



**Planejamento
Estratégico da Secretária
de Estado da Saúde**

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

GOVERNADOR
Ronaldo Ramos Caiado

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
Ismael Alexandrino Júnior

SUBSECRETARIA DE SAÚDE
Luciana Vieira Tavernard de Oliveira

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO INTEGRADA
Mauro Theobald

SUPERINTENDÊNCIA DO COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DE GOIÁS
Neusilma Rodrigues

SUPERINTENDÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE DE GOIÁS
Kelli Coelho dos Santos

SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Fluvia Pereira Amorim da Silva

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
Sandro Rogério Rodrigues Batista

SUPERINTENDÊNCIA DE PERFORMANCE
Marcelo Rodrigues Trevenzoli

**SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS E CONDIÇÕES
VULNERÁVEIS**
Candice Rezende Castro e Macedo

SUPERINTENDÊNCIA DE TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E SUSTENTABILIDADE
Renato Ricardo Alves



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



COMISSÃO DE CONSOLIDAÇÃO

Cristiane S. Carneiro
Helen Cristina Araújo Rezende
Hildeth Pereira de Oliveira Sousa
Jane Martins Silveira
Rejane Carmo Rezende
Ricardo da Silva Nunes

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Adriana Maria Rodrigues de Oliveira	Eliane Rodrigues da Cruz
Adriana Gomes Pereira	Emílio Alves Miranda
Albemar Carvalho de Araújo Genovesi	Erenice dos Santos
Albertino Dias Lira	Érika Dantas Dias de Jesus
Aline de Rezende Nogueira	Eulália Bonfim Borges
Alvimar Marques de Almeida	Eunice Pereira Salles
Ana Cláudia Leal Alexandre	Fábio Péclat dos Santos
Ana Cristina Gonçalves de Oliveira	Fabício Augusto de Sousa
Ana Maria Porto da Silva Borges	Fabrizia da Silva Vilela
André Luiz Tavares de Brito	Fernanda Costa Nunes
Andreia Silva de Oliveira	Gabriella Albernaz Pereira
Angélica Lima de Bastos	Gláucia Gama Rahal Aires
Aparecida do Santos Lousa	Hardwicken Miranda Vargas
Avilmar Marques de Almeida	Hélina Augusta Marques Barbosa
Bruno César de Araújo	Huilma Alves Cardos
Bruno Nolasco Teixeira	Ivana Lúcia Borges e Garcia
Camilla do Amaral	Ivaneide Caetano dos Santos -
Carmen Helena Ramos	Ivo Tobias Wagner
Carolina de Paula Nunes Barbosa	Izabel Cristina Teles Venâncio
Carolina Pereira Lourenço	Joice Duarte Batista
Cláudia Alves da Silva	Joice Kellen Santos Nogueira
Cynthia Nunes de Moraes Leite	Jorge Camargo Mota
Dalvan do Nascimento Pikhardt	Kalanity de Souza Alves
Daniel Batista Gomes	Kátia Martins Soares
Daniel Marcio de Oliveira	Lara de Castro Bastos Oliveira
Danielle de Freitas Mizoguti	Larissa Di Oliveira Santhomé
Danniella Davidson Castro	Liliane Oliveira Paulo
Denise Ferreira de Freitas	Lorena Nunes Martins
Divino Aparecido Alves	Luciana Aparecida Martins Santana
Drielle Patrícia Ferreira de A. Escórcio	Luciene Siqueira Tavares
Edilberto Alexandre Silva Machado	Ludmila Junqueira
Edmar Franco de Paiva Júnior	Magna Maria De Carvalho
Edna Magalhães de Alencar Barbosa	Magno Pereira Lima
Edna Maria Convem	Mara Rúbia Rodrigues Ribeiro
Elder Bahia Balestra	Marcello Rosa
Eliane Pereira dos Santos	Marcelo Rodrigues Trevenzoli



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Maria de Fátima Rodrigues
Marina de Pina e Abreu Moraes
Marlúcia Catúlio
Morgana Souto de Souza Pedrosa
Murilo do Carmo Silva
Nádia Maria Alcanfôr Ximenes
Neusa Alves Pessoa
Neusinho Ferreira de Farias
Paula dos Santos Pereira
Paula Oliveira Milanez
Priscila Pereira de Oliveira
Rachel Avelar
Rachel Cristina Sousa Cunha Braga
Rachel Duarte Diniz
Radyla Cristhina Mesquita Lima
Rafael Souza Guedes

Rafaela Troncha Camargo
Robério Ponde Amorim de Almeida
Roberta Florêncio Sabina da Silva
Rodrigo Massakatsu Nishiharu Tanaka
Selma Alves Tavares Oliveira
Sérgio Lima de Souza
Seyssa Cristina Pereira da Silva e Cintra
Simone Camilo Aquino Botelho
Simone Resende Carvalho
Suelma de Oliveira Carvalho
Tatiane Cinquini Moraes
Venerando Lemes de Jesus
Vinicius Lemes da Silva
Wiler Pereira da Silva
Wisley Donizetti Velasco



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



LISTA DE SIGLAS

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada
ABRELPE - Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais
ABTO - Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
ACE - Agentes de Combate às Endemias
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AD - Atenção Domiciliar
ADFEGO – Associação dos Deficientes Físicos do Estado de Goiás
AF - Assistência Farmacêutica
AGRODEFESA - Agência Goiana de Defesa Agropecuária
AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS - Atenção Primária em Saúde
ASIST - Análise de Situação de Saúde do Trabalhador
AUD - Gerência de Auditoria
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BI – Business Intelligence/ Inteligência Empresarial
CA – Câncer
CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI - Centro de Atenção Psicossocial e Infância Juvenil do Estado de Goiás
CARA - Centro Estadual de Assistência aos Radioacidentados Leide das Neves
CATs - Comunicações por Acidentes de Trabalho
CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CBM - Corpo de Bombeiros Militar
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDANTS - Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis
CDIR - Coordenação de Doenças Imunopreveníveis e Respiratórias
CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEAP-SOL – Centro Estadual de Atenção Prolongada e Casa de Apoio Condomínio Solidarietà
CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEFT - Comissão Estadual de Farmácia Terapêutica
CEJUSC – Centro Judiciário de Solução de Conflitos
CELAU - Central Estadual de Laudos Dona Gercina Borges Teixeira
CEMAC – Central de Medicamentos de Alto Custo – Juarez Barbosa
CEO - Centros de Especialidades Odontológicas
CEOS - Conselho de Excelência das Unidades Públicas Hospitalares Gerenciadas por Organizações Sociais
CER - Centro Especializado de Reabilitação
CERAC - Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade
CEREST - Coordenação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de Goiás



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



CEROF - Centro de Referência em Oftalmologia
CESAF - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CES-GO – Conselho Estadual de Saúde
CESPCISS - Coordenação Estadual de Segurança do Paciente e Controle de Infecção em Serviços de Saúde
CET – GO - Central Estadual de Transplantes de Goiás
CFCMPC - Coordenação de Fiscalização do Comércio de Medicamentos e Produtos Controlados
CFM - Conselho Federal de Medicina
CFMSS - Coordenação de Monitoramento e Fiscalização de Serviços de Saúde
CGE - Controladoria-Geral do Estado
CGQ - Coordenação de Garantia da Qualidade
CIB - Comissão Intergestora Bipartite
CID - Classificação Internacional de Doenças
CIES - Comissões de Integração Ensino Serviço para o SUS
CIHDOTT's - Comissões Intra hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CIR - Comissões Intergestores Regionais
CIT - Centro de Informação Toxicológica
CMFRI - Coordenação de Monitoramento e Fiscalização de Radiação Ionizante
CMFSIS - Coordenação de Monitoramento e Fiscalização de Serviços de Interesse da Saúde
CMFSS - Coordenação de Monitoramento e Fiscalização de Serviços de Saúde
CMIFA - Coordenação de Monitoramento, Investigação e Fiscalização de Alimentos
CMIFCS - Coordenação de Monitoramento, Investigação e Fiscalização de Cosméticos e Saneantes
CMIFMPS - Coordenação de Monitoramento, Investigação e Fiscalização de Medicamentos e Produtos para Saúde
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COGYN - Central de Odontologia de Goiânia
COMSET – Comunicação Setorial
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde
CONNECTASUS - Gerência de Informações Estratégicas em Saúde
CORAE – Centro de Reabilitação e Assistência ao Encefalopata
COSEMS - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de Goiás
COVID-19 – Coronavírus 2019
CRDT - Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica
CRE - Complexo Regulador Estadual
CREDEQ - Centros de Referência e Excelência em Dependência Química
CREMIC - Centro Estadual de Referência em Medicina Integrativa e Complementar
CRER - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo
CRU - Centrais de Regulação de Urgência
CSPCIH - Coordenação de Segurança do Paciente e Controle de Infecção Hospitalar
CVST - Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DCJ - Doença de Creutzfeldt Jakob



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV - Doença Cardiovascular
DDA - Doenças Diarreicas Agudas
DEMAR - Departamento de Monitoramento de Área de Risco
DESF - Departamento de Saúde da Família
DGMP - DigiSUS Gestor Módulo Planejamento
DI-IPCSL - Densidade de Incidência em Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial
DISEI - Distrito Sanitário Especial Indígena
DIU – Dispositivo Intrauterino
DM - Diabetes Mellitus
DM - Doença Meningocócica
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRSAI - Doenças Relacionadas a um Saneamento Ambiental Inadequado
DTHA - Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar
EaD - Educação a Distância
EAPV - Eventos Adversos Pós Vacinação
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
EEB - Encefalopatia Espongiforme Bovina
EMATER - Agência Goiana de Assistência Técnica, Extensão Rural, e Pesquisa Agropecuária
EPNP – Estratégia do Pré-natal do Parceiro
EPS - Educação Permanente em Saúde
ES - Educação na Saúde
ESAP-GO - Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”
eSB - Equipes de Saúde Bucal
ESF - Estratégia Saúde da Família
ESG - Escola de Saúde de Goiás
ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Interesse Nacional
E-SUS – Sistema de Saúde de Atenção Básica
EUA – Estados unidos da América
FA – Febre Amarela
FAS - Febre Amarela Silvestre
FAU - Febre Amarela Urbana
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GAAL – Gerência de Apoio Administrativo e Logístico
GAB – Gabinete da Secretário
GAOS - Gerência de Avaliação de Organizações Sociais
GAUP - Gerência de Avaliação das Unidades Próprias e Conveniadas
GEAF - Gerência de Assistência Farmacêutica
GEAM - Gerência de Engenharia, Arquitetura e Manutenção
GEINOV - Gerência de Inovação
GEPES - Gerência de Projetos Educacionais e Ensino em Saúde
GEPI - Gerência de Pesquisa e Inovação
GEPSUS - Gerência de Planejamento para o SUS
GERAF – Gerência de Assistência Farmacêutica



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



GERAP – Gerência de Atenção Primária
GERAST - Gerência de Atenção Secundária e Terciária
GERPOP - Gerência de Cuidado a Populações Específicas
GERTRAN - Gerência de Transplantes
GERUE - Gerência de Regulação de Urgência e Emergência
GESUST – Gerência de Sustentabilidade
GTE - Gerência de Tecnologias Educacionais
GETEC – Gerência de Tecnologia
GGDP - Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
GIRF - Gerência de Imunização e Rede Frio
GIPO - Gerência de Integração das Políticas
GPE - Gerência de Projetos Estratégicos
GPES - Gerência de Projetos Educacionais e Ensino em Saúde
GPI - Gerência de Planejamento Institucional
GTI - Grupo de Trabalho Intersectorial
GVE - Gerência de Vigilância Epidemiológica
GVSAST - Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
GVSPSS - Gerência de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços de Saúde
H1N1 - Gripe A influenza
HA - Hipertensão Arterial
HAV - Hepatite pelo vírus A
HBV - Vírus da Hepatite B
HC/UFG - Hospital das Clínicas/ Universidade Federal de Goiás
HCAMP – Hospital de Campanha
HCV - Vírus da Hepatite C
HDS – Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta
HDT - Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad
HEELJ – Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime
HEJA - Hospital Estadual de Jaraguá – HEJA
HEMNSL – Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
HEMOCEG – Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Dr. Nion Albernaz
HEMOGO - Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Prof. Nion Albernaz
HEV - Hepatite pelo vírus E
HGG - Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi
HIV - Human Immunodeficiency Virus
HMI - Hospital Materno Infantil
HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
HSH - Homens que fazem Sexo com Homens
HTLV - Human T Lymphotropic Virus (Vírus Linfotrópico de Células T Humanas)
HUANA - Hospital de Urgências de Anápolis Dr. Henrique Santillo
HUAPA - Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia – HUAPA
HUGO - Hospital de Urgências de Goiânia
HUGOL - Hospital Estadual de Urgências de Governador Otávio Lage
HURSO - Hospital de Urgência da Região Sudoeste
HUTRIN – Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDPAPAE - Instituto de Diagnóstico e Prevenção
IHAC - Iniciativa do Hospital Amigo da Criança
IML - Instituto Médico Legal
INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INPE - Instituto Nacional de Pesquisa Espacial
IPCSL - Infecções Primárias de Corrente Sanguínea Laboratorial
IRAS - Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ISC - Infecção de Sítio Cirúrgico
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LACEN - Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros
LER/ DORT - Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LRPD - Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
LTA - Leishmaniose Tegumentar Americana
LV - Leishmaniose Visceral
LVC - Leishmaniose Visceral Canina
MC - Método-Canguru
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social
ME - Morte Encefálica
MP-GO – Ministério Público de Goiás
MS – Ministério da Saúde
MTA - Mulher Trabalhadora que Amamenta
MUNIC - Pesquisa de Informações Básicas Municipais
NASF - Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NASF-AB - Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB - Norma Operacional Básica
NOTIVISA – Sistema de Notificações em Vigilância em Saúde
NPS - Net Promoter Score (Escala de Satisfação do Usuário)
NSP - Núcleo de Segurança do Paciente
NV – Nascidos-Vivos
ODS - Objetivos globais de Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organizações não Governamentais
ONU - Organização das Nações Unidas
OPM - Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
OPOs - Organizações de Procura de Órgãos
OSS – Organização Social de Saúde
OUV – Ouvidoria Setorial
PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PAS - Programação Anual de Saúde
PASA - Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial
PAV – Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica
PCATool - Primary Care Assessment Tool - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária)



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



PCDTs - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCEP - Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos
PCQM-GO - Programa de Controle de Qualidade em Mamografia do Estado de Goiás
PCR - Plano de Cargos e Remuneração dos servidores efetivos da Saúde
PDCA – Plan, Do, Check, Act (Planejar- Executar – Monitorar - (Re)Avaliar)
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PDRQ - Patient-Doctor Relationship Questionnaire (Questionário de Avaliação da Relação Médico-Paciente)
PE - Planejamento Estratégico
PEC – Proposta de Emenda à Constituição
PEES - Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PEP - Profilaxia Pós Exposição
PERS - Plano Estadual de Resíduos Sólidos do Estado de Goiás
PEST - Política Estadual em Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
PGASS - Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PGRSS - Planos de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde
PI - Projetos de Intervenção
PIB – Produto Interno Bruto
PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMBOOK - Project Management Body of Knowledge (Guia do Conjunto de Conhecimentos em Gerenciamento de Projetos)
PMIM - Programa de Monitoramento da Imagem Mamográfica
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAISARI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISP - Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAS - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH - Primatas Não Humanos
PNI - Programa Nacional de Imunizações
PNPCIRAS - Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNSTT - Política Nacional em Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
POA - Plano Operativo anual
POP - Procedimento Operacional Padrão
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PPSUS - Programa de Pesquisa para o SUS
PQA- VS - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PrEP - Profilaxia Pré-Exposição
PRI - Planejamento Regional Integrado



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



PROADI - Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PS - Plano de Saúde
PUC GOIÁS - Pontifícia Universidade Católica de Goiás
PVC - Programa de Volta para Casa
PVHIV - Paciente Vivendo com HIV/Aids
QRBN - produtos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares
QUALIFAR-SUS - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
RAG - Relatório Anual de Gestão
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Redes de Atenção a Saúde
RCPD - Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência
RDQA - Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RET -SUS - Rede das Escolas Técnicas de Saúde do SUS
RMM - Razão de Mortalidade Materna
RN – Recém-Nascido
RPDC - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RS - Resíduos Sólidos
RSS - Resíduos de Serviços de Saúde
RSU - Resíduos Sólidos Urbanos
RT-PCR - Reverse transcription polymerase chain reaction - Transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase
SAD - serviços de atenção domiciliar
SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAE - Serviços de Assistência Especializada
SAIS – Superintendência de Políticas de Atenção integral à Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPEJUS - Secretaria de Estado de Administração Penitenciária e Justiça
SARGSUS - Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão
SCAGES - Superintendência de Controle Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde
SCATS - Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SDH/ PR - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SECOM - Secretaria Especial de Comunicação Social
SECTEC - Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia e Inovação
SEDI - Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Inovação
SEDUC - Secretaria de Estado da Educação de Goiás
SEFAZ - Secretaria da Fazenda
SEINSF/ GO - Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa de Goiás
SESG – Superintendência da Escola de Saúde de Goiás
SES-GO – Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SEST-SUS - Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS
SGI – Superintendência de Gestão Integrada
SHR - Serviço Hospitalar de Referência
SHU - Síndrome Hemolítica Urêmica
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SIATE - Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências
SIH/ SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
SIMAZ - Sistema Integrado de Monitoramento Aedes Zero
SIMC - Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV
SINAN - Sistema de Informação dos Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Informação de Nascimento
SINASE - Sistema Nacional Socioeducativo
SINAVISA - Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária
SIPNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISAGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
SISCAN - Sistema de Informação do Câncer
SisCNRAC - Sistema Nacional de Regulação de Alta Complexidade
SISLOGLAB - Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais
SISPACTO – Sistema de Pactuação Interfederativa
SISPPPI - Sistema de Programação Pactuada e Integrada
SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento Pré-Natal
SISREG - Sistema Nacional de Regulação
SISSOLO - Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solos Contaminados
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SIVEP DDA - Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas
SNA - Sistema Nacional de Auditoria
SNIS - Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
SNPD - Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência
SNVS - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SPDCSV – Superintendência de Políticas sobre Drogas e Condições Sociais Vulneráveis
SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos
SUB – Subsecretaria da Saúde
SUPCRS – Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
SUPER – Superintendência de Performance
SUS - Sistema Único de Saúde
SUTIS – Superintendência de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade
SUVISA - Superintendência de Vigilância em Saúde
SVO - Serviço de Verificação de Óbito
TCT - Termo de Cooperação Técnica
TDM - Totalmente Descentralizada no Município
TFD - Tratamento Fora de Domicílio
TMI - Taxa de Mortalidade Infantil
TN - triagem neonatal
UBS – Unidade Básica de Saúde



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



UNACON - Unidades de Alta Complexidade em Oncologia

UOM - Unidades Odontológicas Móveis

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VIGIAGUA - Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

VIGIDESASTRES - Programa de Vigilância Relacionada aos Riscos Decorrentes de Desastres Naturais

VIGIPEQ - Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos

VIGISOLO – Programa de Vigilância Ambiental em Saúde de Populações Expostas ou sob risco de exposição a Solos Contaminados

VIVA - Coordenação de Vigilância das Violências e Acidentes

VSPEA - Plano de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Pirâmide etária, por sexo, do ano de 2017.
- Figura 2: Proporção da população idosa do Estado de Goiás, por região, 2012.
- Figura 3: Evolução da população de Goiás por faixa etária - 1970-2030.
- Figura 4: Mapa da população do Estado de Goiás por região.
- Figura 5: Mapa da população do Estado de Goiás por macrorregião.
- Figura 6: Número de casos e taxa de detecção de HIV na população geral por ano de diagnóstico. Goiás, 2007 a 2018.
- Figura 7: Percentual de casos de HIV em indivíduos maiores de 13 anos por faixa etária e ano de diagnóstico. Goiás, 2007 a 2018.
- Figura 8: Percentual de casos acumulados de casos de HIV em adultos por categoria de exposição e sexo. Goiás, 2007 a 2018.
- Figura 9: Número de casos e taxa de detecção de aids (por 100 mil hab.) por ano de diagnóstico. Goiás, 2005 a 2018.
- Figura 10: Número de casos e taxa de detecção em gestantes HIV positivas (por 1.000 nascidos vivos), por ano de diagnóstico. Goiás, 2007 a 2018.
- Figura 11: Número de casos de HIV e Aids em crianças menores de 5 anos. Goiás, 2007 a 2019.
- Figura 12: Coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por aids, segundo sexo e razão de sexo. Goiás, 2007 a 2017.
- Figura 13: Taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, por ano. Goiás, 2010 a 2018.
- Figura 14: Distribuição dos casos de sífilis adquirida segundo sexo e razão de sexo, por ano de notificação. Goiás, 2010 a 2018.
- Figura 15: Número de casos e taxa de detecção de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Goiás, 2007 a 2018.
- Figura 16: Idade gestacional do diagnóstico de sífilis em gestante, por ano de diagnóstico. Goiás, 2012 a 2018.
- Figura 17: Número de casos e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, residentes no Estado de Goiás, segundo ano de diagnóstico, 2000 a 2018.
- Figura 18: Percentual de casos acumulados de mães de crianças com sífilis congênita, segundo acesso ao pré natal e tratamento realizado. Goiás, 2007 a 2019.
- Figura 19: Número de óbito e coeficiente de mortalidade específica por sífilis congênita (por 100.000 nascidos vivos), segundo ano do óbito. Goiás, 2007 a 2017.
- Figura 20: Cobertura vacinal do Calendário Nacional de Vacinação das crianças menores de 2 anos de idade. 2015 a 2019.
- Figura 21: Proporção de vacinas selecionadas do PQA VS, por Regional de Saúde. Goiás, 2019.
- Figura 22: Resumo situacional de captação, distribuição e transplantes no Estado de Goiás – 2.
- Figura 23: Cobertura Populacional Estimada da Estratégia Saúde da Família em Goiás, Novembro/2019.
- Figura 24: Cobertura Populacional Estimada da Atenção Primária em Goiás, Novembro/2019.
- Figura 25: Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Goiás, Novembro/2019.



- Figura 26: Cobertura Populacional Estimada da Atenção Primária em Goiás, Novembro/2019.
- Figura 27: Números absolutos de óbitos infantis e respectivas porcentagens por ano.
- Figura 28: Gráfico do número de Nascidos Vivos, por faixa etária da mãe e ano de nascimento, em Goiás.
- Figura 29: Gráfico do Padrão de Fecundidade, em Goiás (2000-2016).
- Figura 30: Gráfico da Frequência de consultas de pré-natal, por Nascidos-vivos, em Goiás (2016-2019).
- Figura 31: Gráfico do Número de óbitos pelas principais CAUSAS EXTERNAS, por sexo, em Goiás (2016-2017).
- Figura 32: Estrutura e Funcionamento da Assistência Farmacêutica no Estado.
- Figura 33: Municípios Habilitados no QUALIFAR-SUS de 2012 a 2019.
- Figura 34: Entrada x Distribuição de Medicamentos Oncológicos.
- Figura 35: Entrada x Distribuição Palivizumabe (FR-AMP).
- Figura 36: Entrada x Distribuição Medicamentos do Plano de Contingência.
- Figura 37: Fluxo de distribuição dos medicamentos.
- Figura 38: Gráfico - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais/ E.Coli, cloro residual livre e turbidez, Goiás, 2016 a 2019.
- Figura 39: Gráfico – Distribuição mensal de focos de queimadas, Goiás, 2016 a 2019.
- Figura 40: Gráfico – Registro da frota veicular, Goiás, 2016 a 2019.
- Figura 41: Gráfico – Percentual de adesão de municípios à descentralização por regional de saúde qualificada, Goiás, 2017 a 2019.
- Figura 42: Distribuição dos casos notificados de intoxicações por agrotóxicos por município de ocorrência, Goiás, 2016 a 2019.
- Figura 43: Interações entre um lixão e o meio ambiente.
- Figura 44: Distribuição de frequência de inundações por município, Goiás, 2014.
- Figura 45: Municípios com rotas de alto risco de acidentes com produtos perigosos, Goiás, 2019.
- Figura 46: Gráfico - Casos notificados de dengue por semana epidemiológica.
- Figura 47: Demonstrativo da vigilância e controle de Triatomíneos no Estado de Goiás em 2019.
- Figura 48: Estratificação para o controle vetorial da Leishmaniose Visceral em Goiás 2018 com base na série histórica 2015-2017.
- Figura 49: Estratificação para o controle vetorial da Leishmaniose Tegumentar Americana em Goiás 2018 com base na série histórica 2015-2017.
- Figura 50: Abrangência dos Cerests Regionais.
- Figura 51: Gráfico - Qualificações em Saúde do Trabalhador.
- Figura 52: Mineração no Estado de Goiás.
- Figura 53: Número de licenciamento sanitário de 2016-2019.
- Figura 54: Número de inspeções sanitárias cadastradas no SINAVISA.
- Figura 55: Gráfico do Número de Notificações de queixas técnicas e eventos adversos a produtos recebidas e gerenciadas no sistema NOTIVISA.
- Figura 56: Mapa da Rede de SVO.
- Figura 57: Organograma SES-GO vigente.
- Figura 58: Histórico da Escola de Saúde de Goiás.
- Figura 59: Estrutura Organizacional da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás/ SESG.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- Figura 60: Comissões de Integração Ensino Serviço para o SUS (CIES – GO).
Figura 61: Gráfico – Capilarização da Rede de Ouvidorias - Esfera Municipal.
Figura 62: Gráfico – Total de Atendimentos - Ouvidoria do SUS/ SES-GO.
Figura 63: Gráfico – Taxa de Resposta da Ouvidoria do SUS/ SES-GO.



LISTA DE TABELAS

- Tabela 01: Número de médicos capacitados para o Diagnóstico de ME.
- Tabela 02: Estimativa da necessidade de transplantes em Goiás.
- Tabela 03: Transplantes de órgãos em Goiás.
- Tabela 04: Transplantes de órgãos sólidos realizados em Goiás.
- Tabela 05: Comparação do crescimento populacional, por sexo, em Goiás. (2020 e 2023)
- Tabela 06: Proporção de Gravidez na Adolescência (de 10 a 19 anos), por região, em Goiás (2015-2019).
- Tabela 07: Proporção de Gravidez na Adolescência (de 10 a 19 anos), em Goiás (2015-2019).
- Tabela 08: Número de mães adolescentes (de 10 a 19 anos), em Goiás (2015-2019).
- Tabela 09: Principais causas de mortalidade na população adolescente, em Goiás (2016-2018).
- Tabela 10: Mortalidade por causas externas na população adolescente e jovem, em Goiás (2016-2018).
- Tabela 11: Internações pelas principais causas de doenças e agravos, na população feminina, em Goiás (2016-2019).
- Tabela 12: Número de internações por causas obstétricas, em Goiás (2016-2019).
- Tabela 13: Mortalidade Materna Absoluta, em Goiás (2016-2019).
- Tabela 14: Razão de Mortalidade Materna, em Goiás (2016-2019).
- Tabela 15: Proporção de óbitos, por CA de Mama e CA do colo de Útero, por região, em Goiás (2018).
- Tabela 16: Exames citológicos realizados, por ano de resultado, segundo Faixa Etária, em Goiás (2016-2019).
- Tabela 17: Mamografias realizadas, segundo Faixa Etária, em Goiás (2016-2019).
- Tabela 18: Causas de internações em Idosos (acima de 60 anos), em Goiás (2016-2019).
- Tabela 19: Internações por quedas, em Idosos (acima de 60 anos), por local de residência, nas regiões e Goiás (2016-2019).
- Tabela 20: Municípios que realizam estratificação de risco funcional, em Goiás (2019).
- Tabela 21: Municípios que fizeram adesão a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, em Goiás (2019).
- Tabela 22: Valor gasto em Medicamentos do CEAF – Grupo 1 A – Grupo 2 (Programa/Mandados/TCT) - Janeiro/2015 a Dezembro/2019.
- Tabela 23: Valor gasto com medicamentos em Ações Judiciais - Janeiro/2015 a Dezembro/2019.
- Tabela 24: Valor gasto com medicamentos em Termo de Cooperação Técnica - MP/GO - Janeiro/2015 a Dezembro/2019.
- Tabela 25: Número de serviços ambulatoriais implantados por Macrorregiões de Saúde.
- Tabela 26: Municípios com equipes de Serviços de Atenção Domiciliar Implantados até o ano 2019.
- Tabela 27: Número de serviços de Referência em Neurologia implantados e habilitados por Macrorregiões de Saúde.
- Tabela 28: Número de serviços de Referência em Nefrologia implantados por Macrorregiões de Saúde.
- Tabela 29: Número de serviços de Referência em Cardiologia implantados por Macrorregiões de Saúde.
- Tabela 30: Número de serviços de Referência Oncológica implantados por Macrorregiões de Saúde.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Tabela 31: Distribuição de Aldeias em GO, MT e TO.

Tabela 32: Demonstrativo do Número de Pessoas com Deficiência, por tipo de Deficiência, no Estado de Goiás, 2010.

Tabela 33: População Privada de Liberdade no Estado de Goiás, por Região.

Tabela 34: Número de municípios com adesão a Contrapartida Estadual e a PNAISP.

Tabela 35: Número de Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa em Goiás.

Tabela 36: Dados da Violência em Goiás.

Tabela 37: Relatório de implementação do Vigiágua, Goiás 2016 a 2019.

Tabela 38: Áreas cadastradas no SISOLO no período de 2016 a 2019, Goiás.

Tabela 39: Número de casos notificados de intoxicações por agrotóxicos por ano de ocorrência, Goiás, 2016 a 2019.

Tabela 40: Taxa de trabalhadores em relação à população urbana (IN001) dos municípios participantes do SNIS, segundo macrorregião geográfica.

Tabela 41: Estimativa da geração de resíduos de serviços de saúde em estabelecimentos hospitalares no estado de Goiás, por região de planejamento.

Tabela 42: Tipo de destinação declarada pelos municípios para os resíduos de serviços de saúde, por regiões do estado de Goiás.

Tabela 43: Situação de áreas de risco de eventos relacionados com alagamento, enchentes, enxurradas, inundações, deslizamentos e erosões, Goiás, 2014.

Tabela 44: Notificação das Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho em Goiás.

Tabela 45: Acidentes Trabalho Fatal em Goiás - 2015-2019.

Tabela 46: Acidentes de Trabalho Fatal - 2015-2018.

Tabela 47: Acidente de Trabalho por Zona de Residência em Goiás.

Tabela 48: Intoxicações Exógenas por Agrotóxico na Zona Rural em Goiás.

Tabela 49: Tipos de Acidentes com Animais Peçonhentos.

Tabela 50: das Atividades do Centro de Informação Toxicológica no período de 2016 a 2019.

Tabela 51: Proporção de Óbitos por Causas Mal Definidas em Goiás 2012 a 2019.

Tabela 52: Proporção de Óbitos Maternos investigados em Goiás 2012 a 2019.

Tabela 53: Valores Transferidos pela União por Bloco de Financiamento.

Tabela 54: Percentual mínimo de despesa própria do Estado de Goiás com Saúde - 2016 – 2019.

Tabela 55: Despesa total com saúde por habitante.

Tabela 56: Despesas do Fundo Estadual de Saúde por subfunção (R\$) - 2016 a 2019.

Tabela 57: Recursos Federais do SUS – valor despendido por Subfunção– Goiás – 2016 – 2019.

Tabela 58: Distribuição dos recursos do tesouro estadual destinados à Secretaria de Estado da Saúde, liquidados, classificados por categoria econômica, desconsiderando os gastos com pessoal e encargos sociais – Goiás – 2016-2019.

Tabela 59: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2016.

Tabela 60: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2017.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Tabela 61: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2018.

Tabela 62: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2019.

Tabela 63: Distribuição Quantitativa da rede de Ouvidorias na Esfera Estadual.

Tabela 64: Distribuição Quantitativa da rede de ouvidorias na Esfera Municipal.

Tabela 65: Total de Atendimentos – Ouvidoria do SUS/ SES-GO.

Tabela 66: Manifestações respondidas e pendentes – Ouvidoria do SUS/ SES-GO.

Tabela 67: participação Conferência de Saúde - etapa Municipal.

Tabela 68: participação Conferência de Saúde - etapa Macrorregional.

Tabela 69: participação Conferência de Saúde - etapa Estadual.

Tabela 70: Paridade Macroconferências Regionais.

Tabela 71: Parque de Equipamentos da SES.

Tabela 72: Quantidade de Softwares da SES.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Distribuição de Centrais de Regulação.

Quadro 02: Área de abrangências das Organizações de Procura de Órgãos (OPO's) de Goiás.

Quadro 03: Macrorregiões de Saúde.

Quadro 04: Rede de Reabilitação.

Quadro 05: Unidades Assistenciais de Saúde e Administrativas SES-GO.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	26
1. ANÁLISE SITUACIONAL.....	28
1.1 Condições de saúde da população e seus determinantes.....	288
1.1.1 Panorama Demográfico.....	28
1.1.2 Aspectos Socioeconômicos.....	34
1.1.2.1 Economia.....	34
1.1.3 Morbidade e Mortalidade.....	377
1.1.3.1 Doenças Transmissíveis.....	37
1.1.3.1.1 HIV/ AIDS.....	37
1.1.3.1.2 Sífilis.....	44
1.1.3.1.3 Doenças Diarreicas e Doenças de Transmissão Alimentar.....	51
1.1.3.1.4 Hepatites Virais.....	53
1.1.3.1.5 Hanseníase e Tuberculose.....	54
1.1.3.1.6 Arboviroses.....	56
1.1.3.1.7 Zoonoses.....	58
1.1.3.2 Doenças Crônicas não Transmissíveis e fatores de risco.....	59
1.1.3.3 Coberturas vacinais.....	61
1.1.3.4 Doenças Imunopreveníveis.....	64
1.1.3.5 Violências.....	65
1.1.3.6 Emergências em Saúde Pública.....	66
1.1.3.6.1 Análise de Situação Epidemiológica sobre a Infecção por Coronavírus 2019.....	67
1.2 Acesso às Ações e Serviços de Saúde.....	71
1.2.1 Regulação do Acesso à Assistência no Estado de Goiás.....	71
1.2.1.1 Transplantes de Órgãos e Tecidos.....	80
1.2.2 Atenção Primária à Saúde.....	85



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1.2.2.1 Monitoramento, Avaliação e Qualidade	90
1.2.2.2 Atenção Primária em Saúde Bucal	91
1.2.2.3 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	94
1.2.2.4 Ciclos de vida	96
1.2.2.4.1 Saúde da Criança	97
1.2.2.4.2 Saúde do Adolescente	100
1.2.2.4.3 Saúde da Mulher	104
1.2.2.4.4 Saúde do Homem	112
1.2.2.4.5 Saúde da Pessoa Idosa	114
1.2.3 Assistência Farmacêutica no Estado	122
1.2.3.1 Medicamentos para Infecções Oportunistas	124
1.2.3.2 Medicamentos Oncológicos	124
1.2.3.3 Financiamento da Assistência Farmacêutica	125
1.2.3.3.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF	125
1.2.3.3.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – CESAF	126
1.2.3.3.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF	128
1.2.3.4 Implantação de Sistemas de Informação e Utilização da Informação para Tomada de Decisão	132
1.2.4 Atenção em Saúde Secundária e Terciária	133
1.2.4.1 Atenção Ambulatorial Especializada	133
1.2.4.2 Atenção Hospitalar	136
1.2.4.3 Urgência e Emergência	139
1.2.4.3.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	139
1.2.4.3.2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	139
1.2.4.4 Atenção Domiciliar	141
1.2.4.5 Componentes Estratégicos	144
1.2.4.5.1 Neurologia	144



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1.2.4.5.2 Nefrologia.....	146
1.2.4.5.3 Cardiologia	147
1.2.4.5.4 Oncologia	149
1.2.4.6 Hemorrede	150
1.2.5 Políticas sobre Drogas e Condições Sociais Vulneráveis.....	152
1.2.5.1 Integração das Políticas	152
1.2.5.2 Cuidado a Populações Específicas	157
1.2.5.2.1 Política de Promoção da Equidade em Saúde	157
1.2.5.2.2 Saúde das Populações em Situação de Vulnerabilidade.....	158
1.2.5.2.3 População Indígena	158
1.2.5.2.4 Saúde da População Negra.....	160
1.2.5.2.5 População em Situação de Rua	162
1.2.5.2.6 População LGBT	163
1.2.5.2.7 População do Campo, da Floresta e das Águas.....	164
1.2.5.2.8 População Cigana.....	165
1.2.5.2.9 Povos e Comunidades Tradicionais de Religião de Matriz Africana	165
1.2.5.2.10 População Quilombola	166
1.2.5.2.11 Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.....	166
1.2.5.2.12 População Privada de Liberdade	174
1.2.5.2.13 Política de Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei.....	177
1.2.5.2.14 Política de Atenção às Pessoas em Situação de Violência.....	181
1.2.6 Vigilância em Saúde Ambiental	184
1.2.6.1 Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - Vigiagua	184
1.2.6.2 Fiscalização dos Sistemas de Abastecimento de Água.....	186
1.2.6.3 Vigilância em Saúde de População Exposta a Contaminantes Atmosféricos – VIGIAR	187



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1.2.6.4 Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos -VIGIPEQ	189
1.2.6.4.1 Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas - VIGISOLO	190
1.2.6.4.2 Vigilância em Saúde de Populações Expostas aos Agrotóxicos - VSPEA.....	191
1.2.6.5 Fiscalização de Resíduos Sólidos Urbanos e de Serviços de Saúde.....	194
1.2.6.6 Vigilância Relacionada aos Riscos Decorrentes de Desastres Naturais	197
1.2.6.7 Vigilância Ambiental de Vetores	200
1.2.7 Vigilância em Saúde do Trabalhador.....	204
1.2.8 Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços de Saúde	210
1.2.8.1 Inspeção Sanitária e licenciamento sanitário.....	211
1.2.8.2 Segurança do Paciente e Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).....	215
1.2.8.3 Centro de Informação Toxicológica	218
1.2.9 Vigilância dos óbitos	220
1.2.10 Laboratório Central de Saúde Pública de Goiás.....	222
1.3 Gestão em Saúde.....	227
1.3.1 Organização Administrativa da SES	227
1.3.2 Subsecretaria	230
1.3.3 Gestão da Educação na Saúde.....	231
1.3.4 Gestão Integrada.....	244
1.3.4.1 Planejamento Institucional	244
1.3.4.1.1 Programação Pactuada Integrada da Assistência (PPI)	248
1.3.4.1.2 Protocolos de Cooperação entre Entes Públicos – PCEP	251
1.3.4.1.3 Gestão Interfederativa e Governança no Estado de Goiás	252
1.3.4.1.4 Planejamento Regional Integrado no Estado de Goiás.....	253
1.3.4.2 Financiamento	254
1.3.4.3 Engenharia, Arquitetura e Manutenção	263



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1.3.4.4	Gestão e Desenvolvimento de Pessoas.....	265
1.3.4.5	Creche Cantinho Feliz.....	267
1.3.5	Processos de Auditoria, Participação e Controle Social do SUS.....	268
1.3.5.1	Auditoria.....	268
1.3.5.2	Ouvidoria.....	269
1.3.5.3	Conselho Estadual de Saúde.....	274
1.3.6	Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade	286
1.3.7	Superintendência de Performance	288
1.3.7.1	Avaliação e Monitoramento dos Contratos de Gestão.....	289
1.3.7.2	Avaliação e Monitoramento das Unidades Próprias e Conveniadas.....	289
1.3.7.3	Informações Estratégicas de Sistemas e Serviços de Saúde.....	290
1.3.7.4	Monitoramento de Projetos Estratégicos.....	291
1.3.8	Comunicação em Saúde	291
2.	Análises SWOT	298
3.	Mapa Estratégico.....	301
4.	Indicadores de Pactuação Interfederativa.....	308
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	302
	Diretrizes do Plano Estadual de Saúde 2020-2023	310
	Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores do Planejamento Estratégico	310



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



APRESENTAÇÃO

O Estado de Goiás tem como compromisso contínuo proporcionar saúde de qualidade e acessível a todos os seus habitantes. Para alcançar esta visão, é fundamental um planejamento robusto, inclusivo e baseado em evidências. Assim, apresentamos o Planejamento Estratégico da Saúde para o quadriênio 2020-2023.

Este documento é fruto de um trabalho minucioso que se alicerça sobre os pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) - equidade, integralidade, garantia do acesso e regionalização. Além disso, as bases estratégicas deste plano estão ancoradas na Regionalização da Saúde, Regulação Estadual e Eficiência Operacional e Financeira.

A construção deste planejamento não foi um esforço isolado. A Secretaria Estadual de Saúde, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, desempenhou um papel central na consolidação deste projeto, assegurando a inclusão das perspectivas e insights de todos os níveis da gestão de saúde. Foi um processo participativo e ascendente, que respeitou as demandas locais de todas as 18 Regiões de Saúde, aliando-as às diretrizes nacionais e estaduais.

O processo de planejamento não apenas levou em consideração os pilares do governo atual e as prioridades sanitárias nacionais, mas também se baseou em uma análise rigorosa do desempenho do plano anterior, para garantir que as lições aprendidas informem nossas estratégias futuras. A nossa abordagem também envolveu o estudo das características regionais, condições de saúde e determinantes epidemiológicos, alinhando-se sempre com os instrumentos de planejamento governamental.

Através de oficinas e reuniões, identificamos e priorizamos desafios críticos na saúde, delineando assim as sete diretrizes centrais que guiarão nossas ações no próximo quadriênio. Essas diretrizes vão desde o aprimoramento da Atenção Primária até o fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Em última análise, este plano serve como nossa bússola para melhorar a saúde em Goiás, assegurando que cada ação tomada esteja alinhada com nossa visão de oferecer um sistema de saúde eficiente, equitativo e de alta qualidade para todos. Por ser um instrumento dinâmico, permaneceremos flexíveis, adaptando-nos conforme as necessidades surgirem, garantindo assim, o bem-estar contínuo da população goiana..



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E SEUS DETERMINANTES

1.1.1 Panorama Demográfico

O Estado de Goiás situa-se na Região Centro-Oeste do País, ocupando uma área de 340.086 km². Sétimo estado em extensão territorial, Goiás tem posição geográfica privilegiada. Limita-se ao norte com o Estado do Tocantins, ao sul com Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, a leste com a Bahia e Minas Gerais e a oeste com o Mato Grosso.

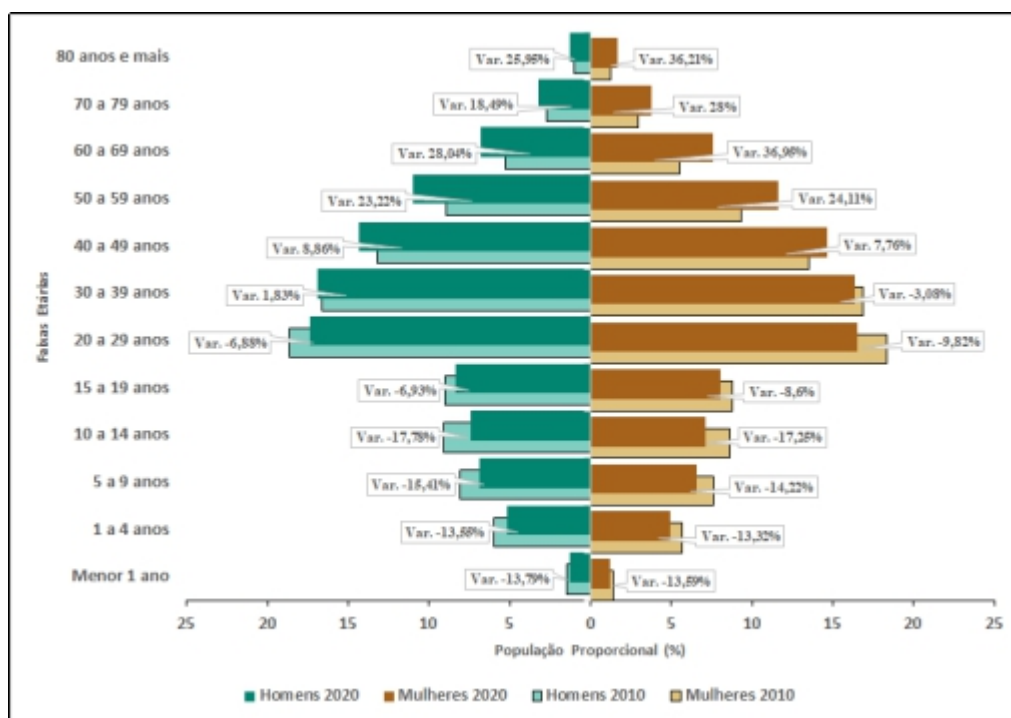
Possui 246 municípios e uma população estimada em 2020, segundo o IBGE, de 7.105.942 habitantes ante 6.003.788 habitantes em 2010, um incremento de aproximadamente 18,35%. Além da capital, estão entre as cidades mais populosas do estado e com mais de 100.000 habitantes: Aparecida de Goiânia, Anápolis, Rio Verde, Águas Lindas de Goiás, Luziânia, Valparaíso de Goiás, Trindade, Formosa, Novo Gama, Senador Canedo, Catalão e Itumbiara.

A densidade demográfica é de 19,93 habitantes por km². Entre 2010 e 2017, a taxa média anual de crescimento foi de 1,75%, maior que a nacional (1,22%) e igual à do Centro-Oeste (1,75%). Desde 2000, Goiás cresce à taxa de 1,8% ao ano. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Estadual é de 0,735, ocupando o 8º lugar no ranking nacional e a taxa de analfabetismo para pessoas de 10 anos acima é de 5,6% da população.

Em termos de transformações demográficas, a mais expressiva foi o deslocamento da população da zona rural para os espaços urbanos. Goiás contava em 2015 com 92% de sua população vivendo em cidades.

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

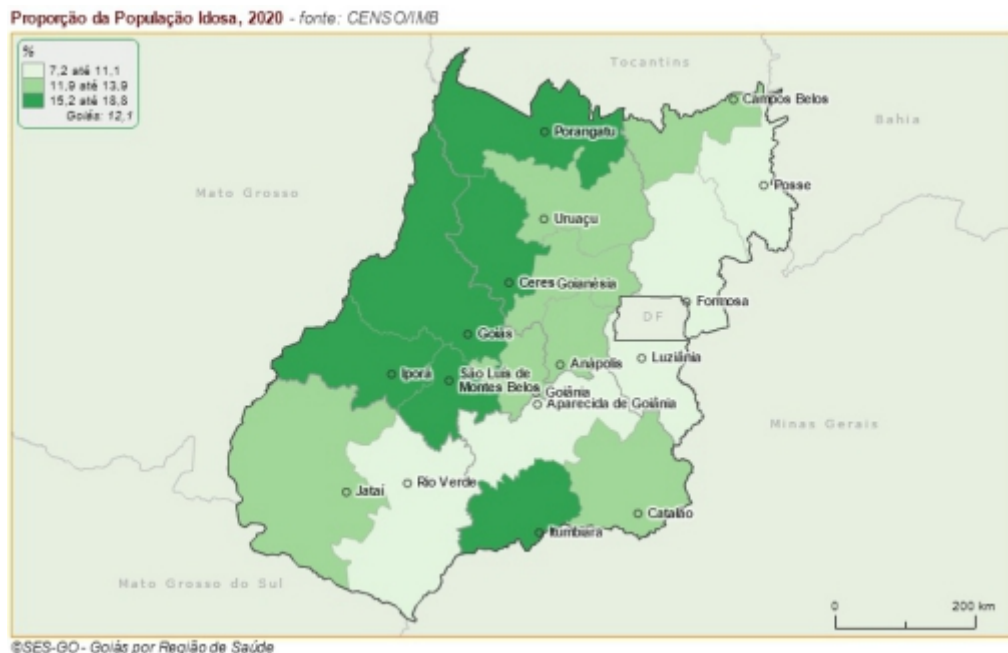
Figura 1: Pirâmide etária, por sexo, do ano de 2017.



Fonte: CONECTASUS/ SES-GO.

A estrutura demográfica goiana vem passando por consideráveis transformações nas últimas décadas (Figura 1). Observa-se uma tendência de envelhecimento da população. Isso se deve, principalmente, pelo contínuo declínio dos níveis de fecundidade, melhora nos indicadores de saúde e das condições de vida, o que se reflete em uma maior expectativa de vida.

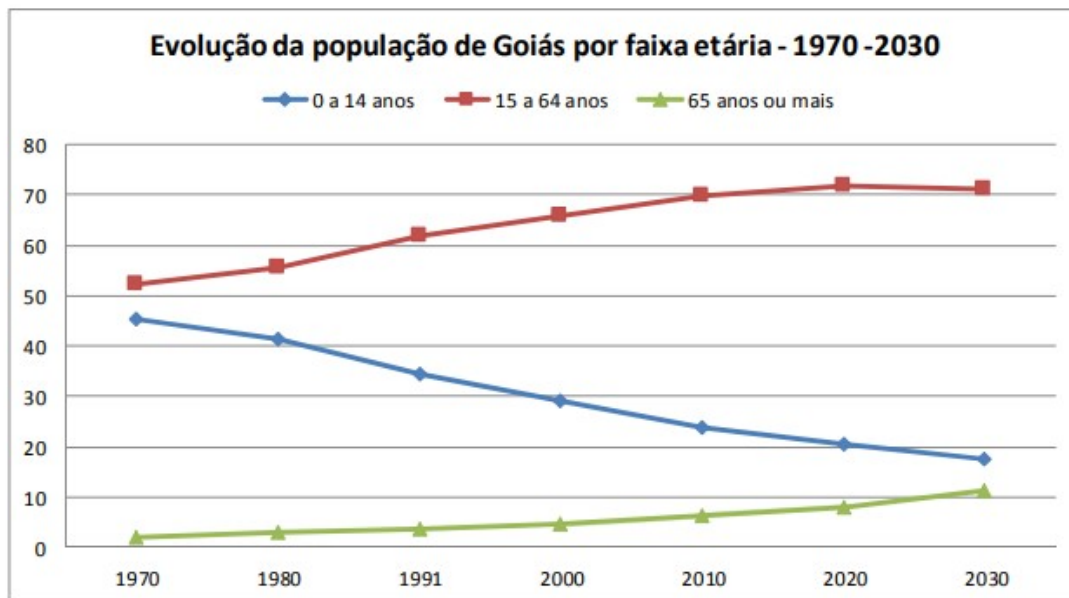
Figura 2: Proporção da população idosa do Estado de Goiás, por região, 2012.



Fonte: CENSO/ Instituto Mauro Borges - IMB.

Se em 1970 as crianças perfaziam 45% da população total, em 2015 essa participação caiu pela metade. As projeções até 2030 seguem a tendência de queda do percentual das crianças e o aumento dos idosos. O bônus demográfico, que significa uma força de trabalho (pessoas na ativa) muito maior que a população dependente, atingiu seu máximo em Goiás por volta de 2020, começando então a diminuir. Ainda, nos anos 2030, deverá acontecer a inversão na quantidade de pessoas de até 14 anos de idade e as com mais de 65.

Figura 3: Evolução da população de Goiás por faixa etária - 1970-2030.



Fonte: Censos e projeções IBGE.

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

A taxa de fecundidade – número médio de filhos que uma mulher teria dentro do seu período fértil – das brasileiras caiu entre 2000 e 2010, principalmente nos grupos etários mais jovens, segundo dados do Censo Demográfico de 2010, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conforme o levantamento, as mulheres com maior grau de instrução e renda têm menos filhos. Traduzindo em números, em 1960, tinha-se uma projeção de 6,77 filhos por mulher, já em 1980, foi para 4,73; no ano de 2000, caiu para 2,24, no ano de 2010, caiu para 1,86 e, no ano de 2016, caiu novamente, ficando em 1,59.

“Em 50 anos, o número médio de filhos por mulher em idade fértil (15 a 49 anos) reduziu mais de 70%, o que equivale a quase cinco filhos a menos neste período. A fecundidade em 1,59 está abaixo da taxa de reposição (2,1 filhos por mulher), de modo que além de não repor habitantes mediante novos nascimentos, haverá participação das pessoas



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



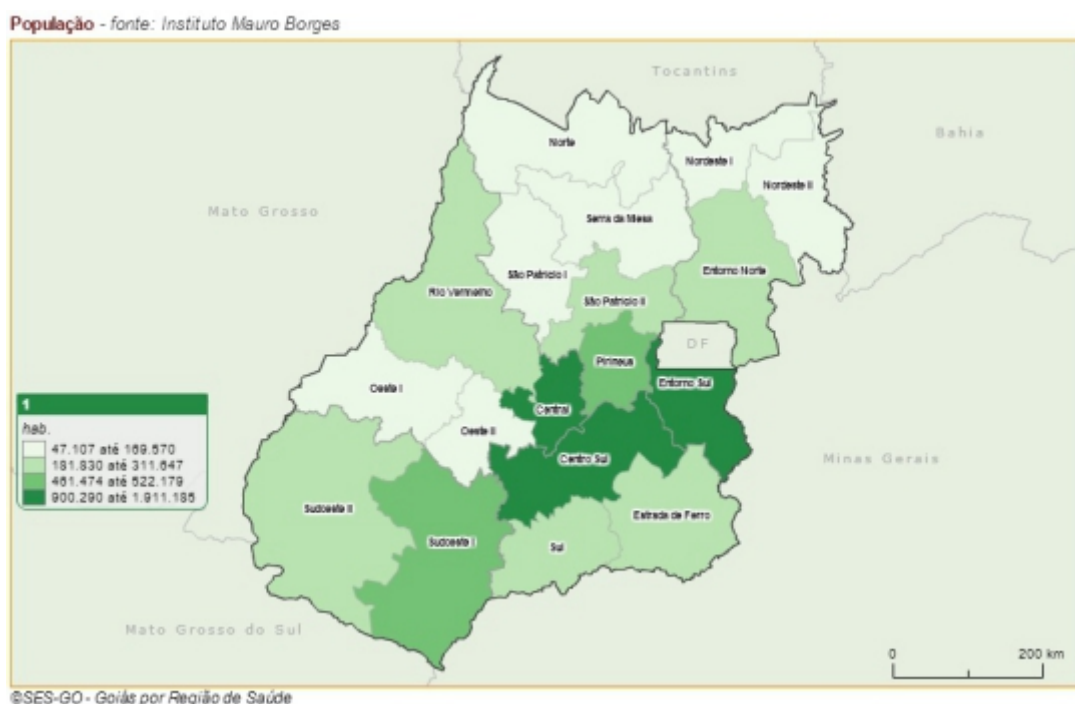
nas faixas etárias mais elevadas resultando no processo de envelhecimento pela base” detalha os pesquisadores.

População por Regiões de Saúde

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

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

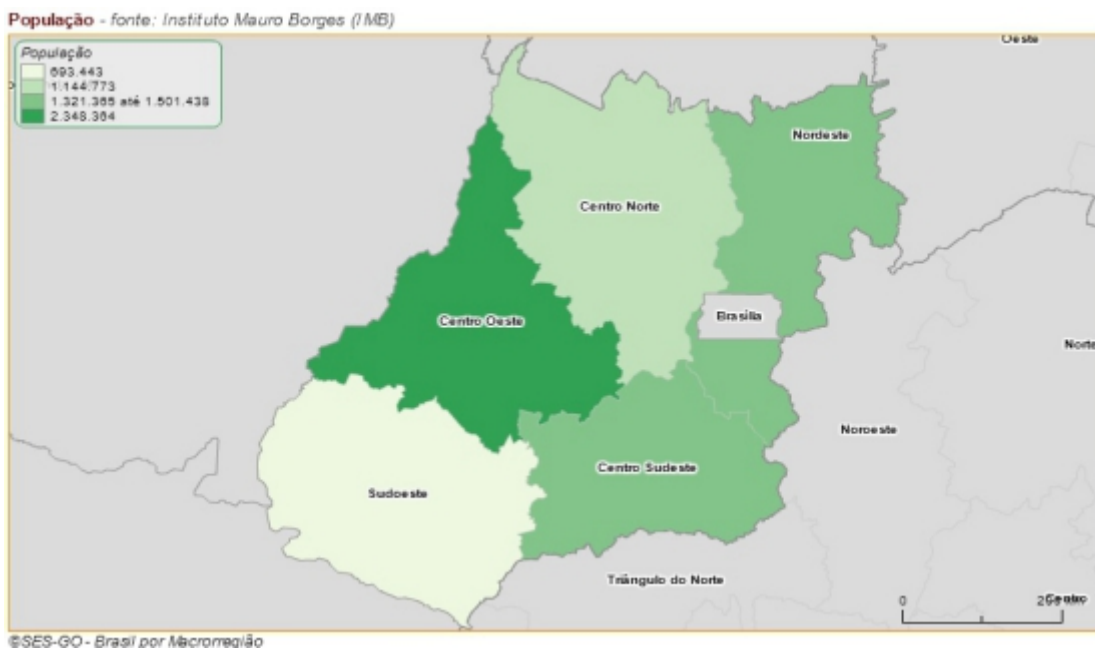
Figura 4: Mapa da população do Estado de Goiás por região.



Fonte: Instituto Mauro Borges - IMB.

Conforme demonstra a Figura 5, além da divisão por região, o Estado de Goiás conta com cinco grandes macrorregiões (Centro Norte, Centro-Oeste, Centro Sudeste, Nordeste e Sudoeste). Essa proposta de regionalização tem como critérios os aspectos populacionais e da densidade demográfica.

Figura 5: Mapa da população do Estado de Goiás por macrorregião.



Fonte: Instituto Mauro Borges - IMB.

Para garantir resposta eficaz e eficiente das funções gestoras SUS em seu território, o Estado de Goiás optou por implantar 18 unidades técnicas administrativas desconcentradas, ratificando, na organização administrativa, o princípio da descentralização do sistema.

Essas Unidades representam a Secretaria de Estado da Saúde/SES-GO na região de saúde delimitadas pelo PDR. Cada unidade possui oito coordenações técnicas e o coordenador regional de unidade de saúde, que são responsáveis por assessorar e apoiar os municípios, além de implementar e monitorar as ações da SES-GO em âmbito regional, fortalecendo a governança interfederativa, o planejamento regional em saúde ascendente, integrado, articulado e participativo (Art. 15 do Decreto nº 7.508/2011). Tais unidades são denominadas de região de saúde acrescida do nome do município onde se localiza sua sede (ex. Regional de Saúde Central – Goiânia).



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1.1.2 Aspectos Socioeconômicos

1.1.2.1 Economia

Goiás é a nona economia brasileira com um PIB de R\$ 189 bilhões (estimativa 2017), representando 2,8% do PIB nacional. Sua renda *per capita* resulta em R\$ 27.457,63. Entre 2010 e 2017, o PIB goiano cresceu a uma taxa média de 1,4% ao ano, desempenho acima do nacional, que ficou em 0,48%. Este bom desempenho manteve Goiás no seletor grupo das 10 maiores economias entre os estados da Federação.(INSTITUTO MAURO BORGES,2018)

O expressivo resultado deve-se à evolução do agronegócio goiano, do comércio e também ao crescimento e diversificação do setor industrial. Este setor teve na atividade de alimentos e bebidas, automobilística, fabricação de medicamentos, beneficiamento de minérios e, mais recentemente, na cadeia produtiva da cana-de-açúcar, seus grandes destaques (INSTITUTO MAURO BORGES,2018)

Dentre os grandes setores da economia, o de Serviços é o que predomina em Goiás, representando 65,6% do fluxo de produção. Neste setor pode-se ressaltar o Comércio, tanto o varejista como o atacadista, bastante dinâmico principalmente na capital, bem como as atividades imobiliárias. O setor industrial participa com 24,5% no PIB goiano, e o agropecuário com 10,4% (2015). Embora tenha participação inferior, o setor agropecuário é de grande importância para a economia goiana, pois dele deriva a agroindústria, uma das atividades mais pujantes do estado, quer seja na produção de carnes, derivados de leite e de soja, molhos de tomates, condimentos e outros itens da indústria alimentícia, bem como na produção sucroenergética (INSTITUTO MAURO BORGES,2018).

Apesar da crescente industrialização, a agropecuária continua sendo uma atividade econômica importante em Goiás, uma vez que a produção de carnes e grãos impulsiona as exportações. Dados preliminares de 2018 do IBGE elaborado pelo Instituto Mauro Borges / Segplan-GO, o estado é o quarto produtor nacional de grãos com uma produção em torno de 22,815 milhões de toneladas o que representa 9,5% da produção de grãos brasileira. A pauta agrícola é bastante diversificada e composta principalmente por: soja, sorgo, milho, cana-de-açúcar, feijão, tomate, entre outros produtos (INSTITUTO MAURO BORGES,2018).



A pecuária goiana também é altamente expressiva e posiciona o estado entre os maiores produtores do país. O rebanho bovino é o 2º no ranking brasileiro e é formado por 22,8 milhões de cabeças, com participação de 10,6% no efetivo nacional. A suinocultura e avicultura também se encontram consolidadas, principalmente na região Sudoeste Goiano. O estado se posiciona, em ambas, no 6º lugar no ranking nacional, cuja produção representa 5,0% e 5,3% da produção brasileira, respectivamente. O efetivo desses rebanhos cresceu muito a partir dos anos 2000 com a vinda de grandes empresas que atuam no setor de carnes (INSTITUTO MAURO BORGES,2018).

Goiás é destaque na indústria de alimentos e bebidas, mineração, fármacos, fabricação de automóveis e etanol. É um dos estados líderes no ranking nacional da produção de *commodities* minerais e agrícolas e de medicamentos genéricos. Está, também, inserido na geografia da indústria automotiva nacional com grandes montadoras de veículos com cerca de 1,8% na indústria automotiva brasileira. A expectativa é de que Goiás se tornará o terceiro no ranking de produção automotiva do país(INSTITUTO MAURO BORGES,2018).

O estado é o 2º maior produtor nacional de cana-de-açúcar (76 milhões de toneladas) e, em decorrência disso, Goiás é o 2º maior produtor nacional de etanol cuja produção na safra 2017/2018 atingiu 4,6 bilhões de litros. Ainda, na produção de açúcar o estado é o 4º maior com 2,3 milhões de toneladas. Para tanto, o número de usinas implantadas em Goiás aumentou bastante. Atualmente há 36 usinas em atividade, uma em implantação e duas suspensas (INSTITUTO MAURO BORGES,2018)

A indústria da mineração em Goiás é bastante diversificada, apresentando segmentos modernos e gestão similar às das grandes corporações internacionais, ajustando-se ao cenário da economia global. São sete pólos distribuídos pelo estado, com produção de cobre, ouro, cobalto, níquel, nióbio, fosfato e vermiculita que ocupam posições importantes na cadeia produtiva nacional (INSTITUTO MAURO BORGES,2018):

Goiás tem apresentado nos últimos anos boa performance exportadora. Em 2017, as exportações somaram US\$ 6,9 bilhões e as importações US\$ 3,2 bilhões. A pauta exportadora reflete as vantagens competitivas de Goiás em recursos naturais, estando concentrada em produtos básicos, sobretudo *commodities* agrícolas e minerais, quais sejam: complexos de soja e de carne, milho, cobre e ferroligas, principalmente. A corrente de comércio chegou a



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



US\$ 10,1 bilhões em 2017. Em 2005 era de US\$ 2,5 bilhões (INSTITUTO MAURO BORGES,2018).

China, Países Baixos, Índia, Rússia e Irã foram os principais destinos dos produtos goianos em 2017. Os produtos importados vêm principalmente dos Estados Unidos, Alemanha, Coréia do Sul, Japão e China, sendo grande parte das compras composta de itens para as montadoras de veículos e máquinas agrícolas e insumos para as indústrias farmacêuticas e de fertilizantes instaladas no estado. Em 2017, Goiás comercializou com 154 países (INSTITUTO MAURO BORGES,2018).



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1.1.3 Morbidade e Mortalidade

Os países chamados ‘em desenvolvimento’, situados na periferia do sistema econômico mundial, sofreram, também, nos últimos 30 a 40 anos, uma transformação em seus perfis de morbidade e de mortalidade semelhante, porém não idêntica, àquela verificada nos países centrais. No Brasil, essas transformações tornaram-se evidentes a partir de 1960 e se acentuaram progressivamente de modo que, ao chegar à década dos noventa, o país apresentava um perfil epidemiológico polarizado, cujas causas e consequências para a atual política de saúde devem ser analisadas (Araújo (*in memorian*),2012).

Desta forma, ao enfrentar o problema emergente do aumento da morbidade e da mortalidade pelas doenças crônico-degenerativas, cujo custo social vem sendo destacado, o Brasil defronta-se com a permanência ou até mesmo com o recrudescimento das doenças infecciosas e parasitárias, ao contrário do que se deu nos países industrializados, onde as doenças crônicas só passaram a assumir papel preponderante, após o virtual controle das doenças transmissíveis. Verifica-se assim, no Brasil, uma polarização epidemiológica com a existência simultânea de elevadas taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas e de incidência e prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, cuja mortalidade ainda é elevada em comparação com as taxas de países desenvolvidos e de outros países da América Latina(Araújo (*in memorian*),2012).

1.1.3.1 Doenças Transmissíveis

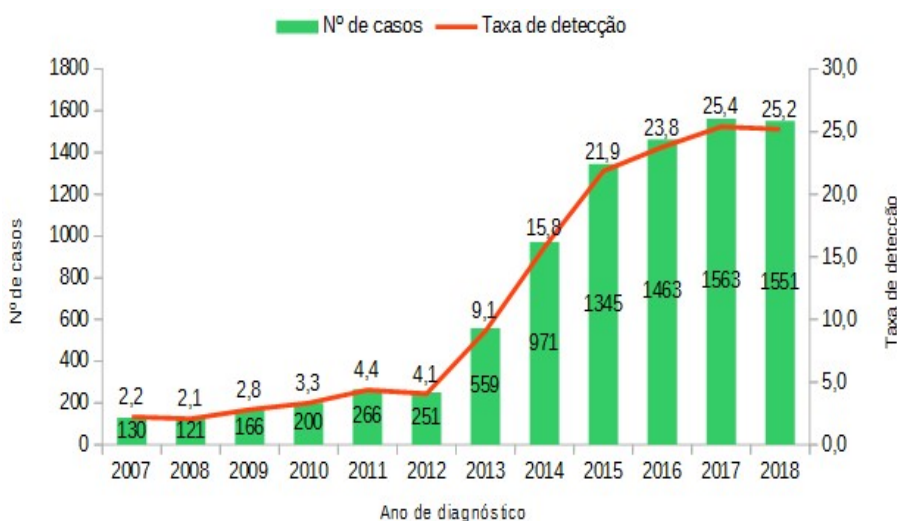
1.1.3.1.1 HIV/ AIDS

A notificação da infecção pelo HIV tornou-se obrigatória em junho de 2014 no Estado de Goiás, conforme Portaria nº 1.264 de 06/06/2014 e desde então a taxa de detecção está em ascensão atingindo em 2018, 25,2 casos para cada 100 mil habitantes. De 2017 para 2018 não houve alteração significativa na taxa de detecção. De 2007 a junho de 2019 foram notificados no Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (Sinan) 9068 casos de HIV no Estado de Goiás, destes, 22 ocorreram em menores de 13 anos de idade.

Houve um aumento gradual do número de casos de HIV entre 2012 e 2017. Essa tendência de aumento de casos de HIV pode estar relacionada ao diagnóstico precoce, melhoria na qualidade das notificações e baixa adesão ao uso de preservativos.

Segundo Relatório do Monitoramento das Ações em IST/Aids do 1º semestre de 2019, dos 246 municípios goianos, 208 realizam o teste rápido para HIV e sífilis em todas as Unidades Básicas de Saúde – UBS, 34 municípios realizam os testes rápidos em algumas das UBS e apenas 4 municípios não realizam nas UBS. Nessa perspectiva, os serviços da Atenção Básica são fundamentais para o acesso ao diagnóstico e ao tratamento do PVHIV, além de estabelecer vínculo dos indivíduos aos serviços de saúde, diminuindo o estigma e melhorando o prognóstico dessas pessoas.

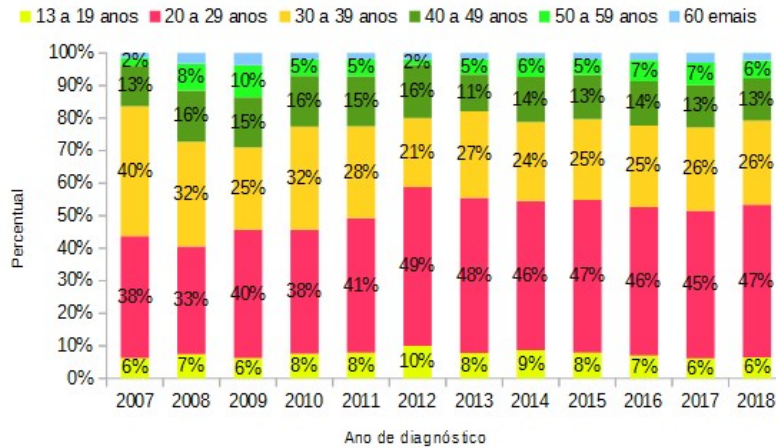
Figura 6: Número de casos e taxa de detecção de HIV na população geral por ano de diagnóstico. Goiás, 2007 a 2018.



Fonte: SES/SAIS/Coordenação Estadual de IST/Aids- Sinan. Casos notificados até 30/06/2019. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

A faixa etária em que a infecção é mais evidenciada é em adultos jovens entre 20 a 39 anos, concentrando cerca de 70 % do total de casos. A representatividade dos casos de HIV na faixa etária de 13 a 19 anos tem diminuído desde 2014, as demais faixas etárias têm mantido a mesmas proporções:

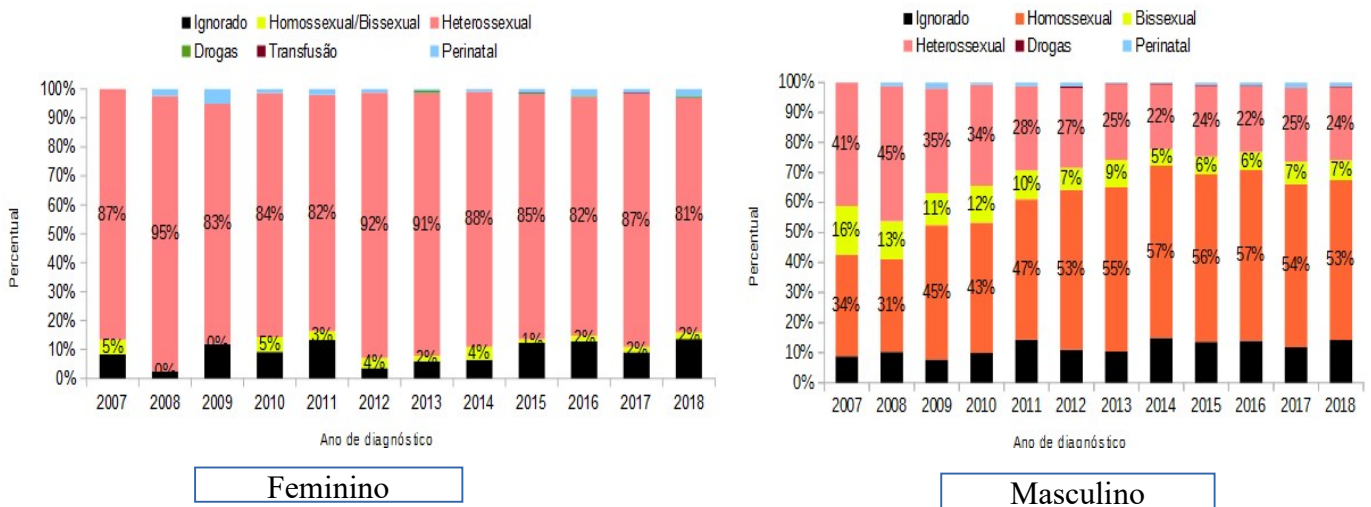
Figura 7: Percentual de casos de HIV em indivíduos maiores de 13 anos por faixa etária e ano de diagnóstico. Goiás, 2007 a 2018.



Fonte: SES/SAIS/Coordenação Estadual de IST/Aids- Sinan. Casos notificados até 30/06/2019. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Quanto à categoria de exposição, observa-se que entre indivíduos do sexo masculino, a proporção de homossexuais com HIV representou desde o ano de 2012 mais de 50% dos casos, entretanto entre indivíduos do sexo feminino prevalece a categoria de exposição heterossexual, com mais de 80% dos casos:

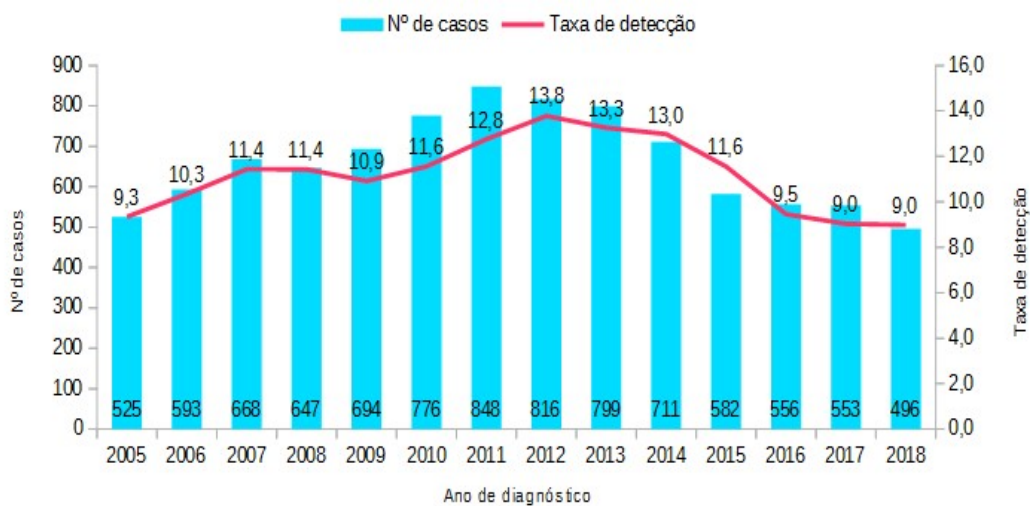
Figura 8: Percentual de casos acumulados de casos de HIV em adultos por categoria de exposição e sexo. Goiás, 2007 a 2018.



Fonte: SES/SAIS/Coordenação Estadual de IST/Aids- Sinan. Casos notificados até 30/06/2019. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

O primeiro caso de aids no Estado de Goiás foi em 1984, e até 30 de junho de 2019 foram notificados 15947, sendo que 10935 (69%) ocorreram no sexo masculino e 5007 (31%) no sexo feminino e 5 casos ignorados em relação ao sexo. A maior taxa de detecção foi encontrada em 2012, com 13,8 casos para cada 100 mil habitantes (Figura 4). A partir de 2012 a taxa de detecção de aids vem reduzindo, atingindo em 2018, 9,0 casos (por 100 mil hab.), configurando um decréscimo de 37%, possivelmente devido a ampliação do acesso à testagem e a redução de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento. A partir de 2013, todos os adultos com resultado positivo para HIV tiveram acesso ao antirretroviral.

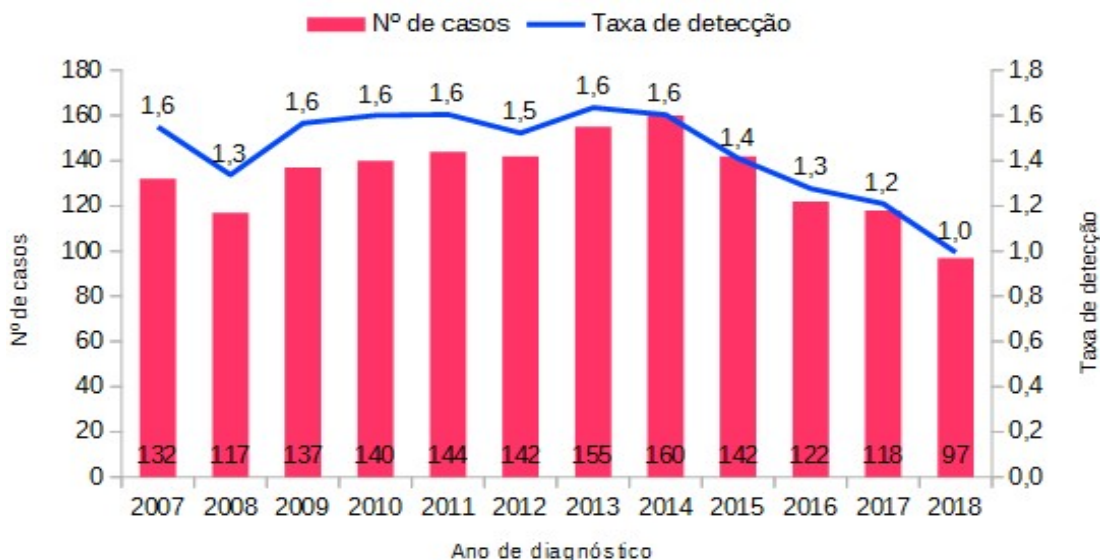
Figura 9: Número de casos e taxa de detecção de aids (por 100 mil hab.) por ano de diagnóstico. Goiás, 2005 a 2018.



Fonte: SES/SAIS/Coordenação Estadual de IST/Aids- Sinan. Casos notificados até 30/06/2019. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

O Ministério da Saúde recomenda que sejam realizados três testes rápidos para o HIV durante o pré-natal, no primeiro e terceiro trimestre de gestação e no momento do parto. O diagnóstico precoce e acompanhamento das gestantes com HIV são fundamentais para evitar a transmissão vertical de HIV. Entre os anos de 2000 a 2018 foram notificados 2273 casos de HIV em gestantes, e a taxa de detecção deste agravo nesta população vem diminuindo nos últimos 5 anos. No ano de 2014 a taxa de detecção foi de 1,6 casos/1000 nascidos vivos e em 2018, 1,0 caso/1.000 nascidos vivos. (Figura abaixo).

Figura 10: Número de casos e taxa de detecção em gestantes HIV positivas (por 1.000 nascidos vivos), por ano de diagnóstico. Goiás, 2007 a 2018.

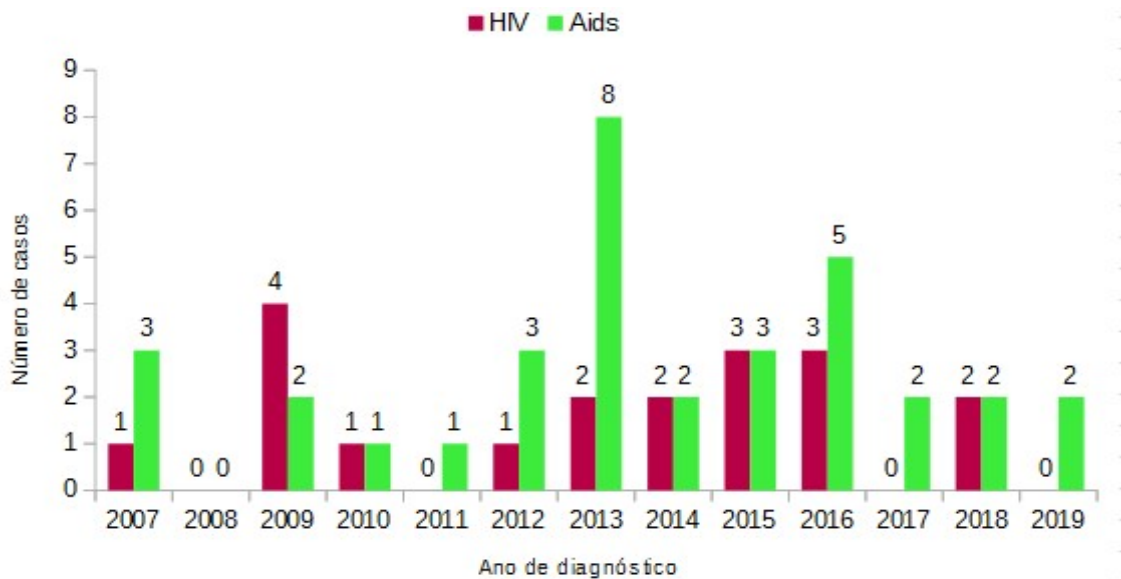


Fonte: SES/SAIS/Coordenação Estadual de IST/Aids- Sinan. *Casos notificados até 30/06/2019. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Foram notificados 243 casos de aids em menores de 13 anos de 1986 até 2019, desses 81 ocorreram em menores de 5 anos. De 2007 a 2019 foram notificados 22 casos de HIV e 51 casos de aids em crianças com idade inferior a 13 anos.

Na figura acima nota-se que os anos com maior número de notificação de crianças menores de 5 anos com HIV e aids, foram em 2009 com 4 casos de HIV e em 2013 com 8 casos de aids. Este indicador é capaz de monitorar casos de transmissão vertical do HIV, que é a principal via de infecção do vírus em crianças no Brasil. Ratificamos que, toda criança de gestantes HIV deve ser notificada como “Criança Exposta ao HIV” e monitorada até os 18 meses de vida e caso a criança seja diagnosticada com o vírus, passa a ser notificada conforme o agravo. Após a implantação de testes rápidos para HIV na Atenção Básica bem como em maternidades é possível identificar gestantes e tratá-las adequadamente, reduzindo o risco de transmissão vertical.

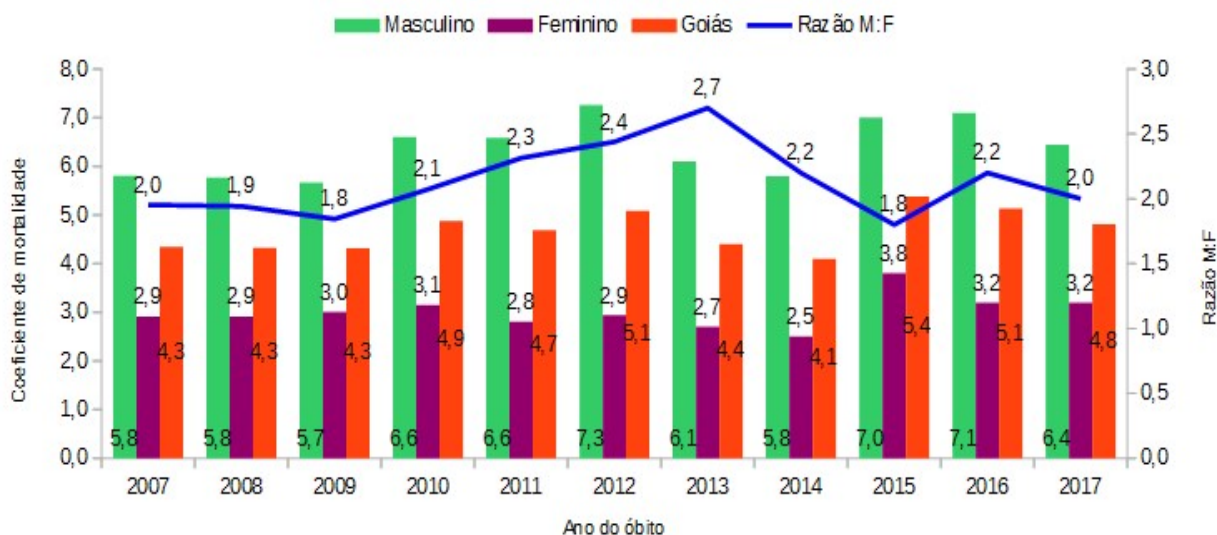
Figura 11: Número de casos de HIV e Aids em crianças menores de 5 anos. Goiás, 2007 a 2019*.



Fonte: SES/SAIS/Coordenação Estadual de IST/Aids- Sinan. *Casos notificados até 30/06/2019. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Do total de óbitos que tiveram a causa básica definida como “doenças pelo vírus do HIV” (CID10:B20-B24) registrados em Goiás no período entre 1984 e 2017(n=5968), 69,3% ocorreram em homens e 30,6% em mulheres. A razão de sexo observado foi de 20 óbitos em homens para cada 10 óbitos em mulheres. No período de 2015 a 2017 verificou-se uma queda de 11% no coeficiente de mortalidade que passou de 5,4 para 4,8 óbitos por 100 mil habitantes, possivelmente pela recomendação do “tratamento para todos” e ampliação do diagnóstico precoce (Figura abaixo).

Figura 12: Coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por aids, segundo sexo e razão de sexo. Goiás, 2007 a 2017.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Nota: 6 casos ignorados em relação ao sexo.

Dentro das estratégias de Prevenção Combinada, Goiás disponibiliza a Profilaxia Pós Exposição (PEP) à infecção pelo HIV, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais, que consiste no uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas após terem tido um possível contato com o vírus HIV em situações como: violência sexual; relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha), acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou em contato direto com material biológico).

Outro método de prevenção é a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) que consiste no uso preventivo de medicamentos antes da exposição ao HIV, reduzindo a probabilidade da pessoa se infectar com vírus. A PrEP não é para todos e também não é uma profilaxia de emergência, como é a PEP. A população elegível para PrEP são as populações, que concentram a maior número de casos de HIV no país: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas trans; trabalhadores/as do sexo e parcerias sorodiferentes (quando uma pessoa está infectada pelo HIV e a outra não).



O Estado de Goiás possui treze serviços de assistência especializada (SAE) para o paciente vivendo com HIV/Aids (PVHIV). Desses, onze serviços foram capacitados para implantação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e até o momento, seis estão aptos para o atendimento (Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad – HDT, Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica – CRDT, Serviço de Assistência Especializada de Anápolis, Serviço de Assistência Especializada de Aparecida de Goiânia, Serviço de Assistência Especializada de Rio Verde, Serviço de Assistência Especializada de Itumbiara, Serviço de Assistência Especializada de Jataí).

1.1.3.1.2 Sífilis

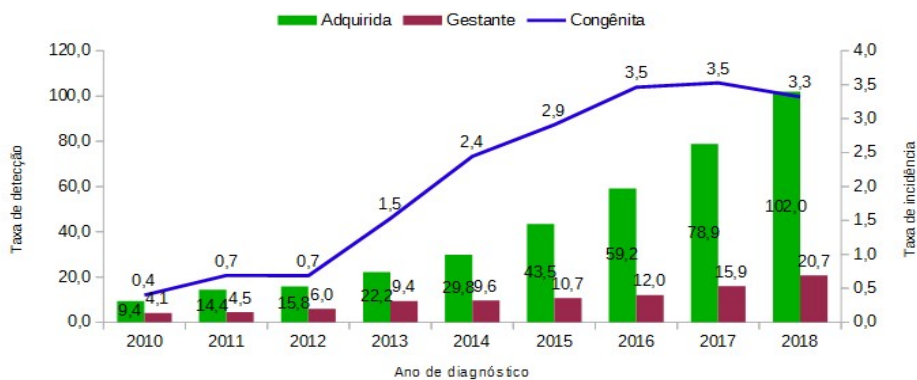
A notificação compulsória da sífilis adquirida foi instituída pela Portaria nº 2.472 de 31 de agosto de 2010, da sífilis em gestante pela Portaria nº 33, de 14 de junho de 2005 e sífilis congênita pela Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. A gestante deve realizar o teste para sífilis na primeira consulta do pré-natal, no 3º trimestre de gestação, no momento do parto (independente dos exames anteriores) e em casos de abortamento. Em Goiás as gestantes realizam o teste da mamãe, instituído pelo Programa de Proteção a Gestante do Estado de Goiás - realizado pelo Instituto de Diagnóstico e Prevenção/ IDPAPAE e o teste rápido para sífilis nas unidades básicas de saúde.

É importante ressaltar que, nos últimos anos, tem-se observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, sífilis congênita e sífilis adquirida. Esse aumento pode ser atribuído, em parte, à expansão da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos e redução do uso de preservativo, levando em consideração, também, a resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, o desabastecimento mundial de penicilina nos anos de 2015 e 2016, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode refletir-se no aumento de casos notificados.

Em 2018 foram notificados 4.994 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 102 casos/100 mil habitantes), 2.017 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 15,9 casos/1.000 nascidos vivos) e 324 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 3,3 casos/1.000 nascidos vivos). Na figura 8 é possível observar a elevação das taxas de detecção de sífilis em gestante e adquirida (/100 mil hab.) entre 2010 a 2018. De 2017 para 2018

tivemos um aumento de 30% nos casos de sífilis em gestantes e sífilis adquirida e uma redução de 6% nos casos de sífilis congênita.

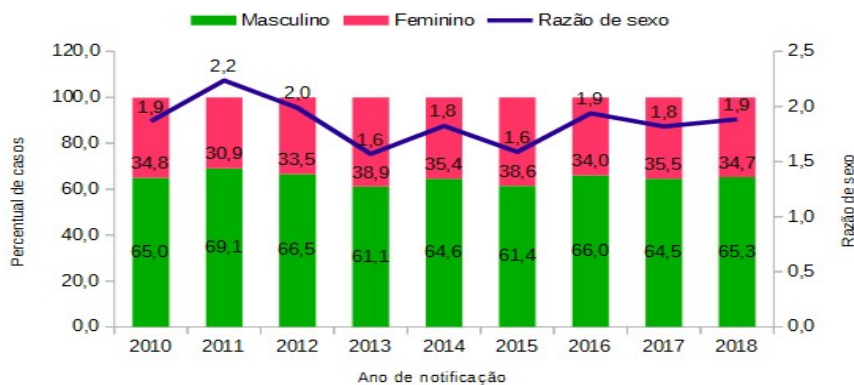
Figura 13: Taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, por ano. Goiás, 2010 a 2018.



Fonte: SES/SAIS/Coordenação Estadual de IST/Aids- Sinan. Casos notificados até 30/06/2019. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

No período de 2010 a junho de 2019 foram notificados no Sinan 20644 casos de sífilis adquirida, dos quais 13347 (65%) ocorreram no sexo masculino e 7293 (35%) no sexo feminino. A proporção de casos de sífilis prevaleceu no sexo masculino desde o ano de 2010, concentrando mais de 60% dos casos. Em 2018, a maior parte das notificações de sífilis adquirida ocorreu em indivíduos com idade entre 20 a 29 anos (39,7%), seguida daqueles com idade entre 30 e 39 anos.

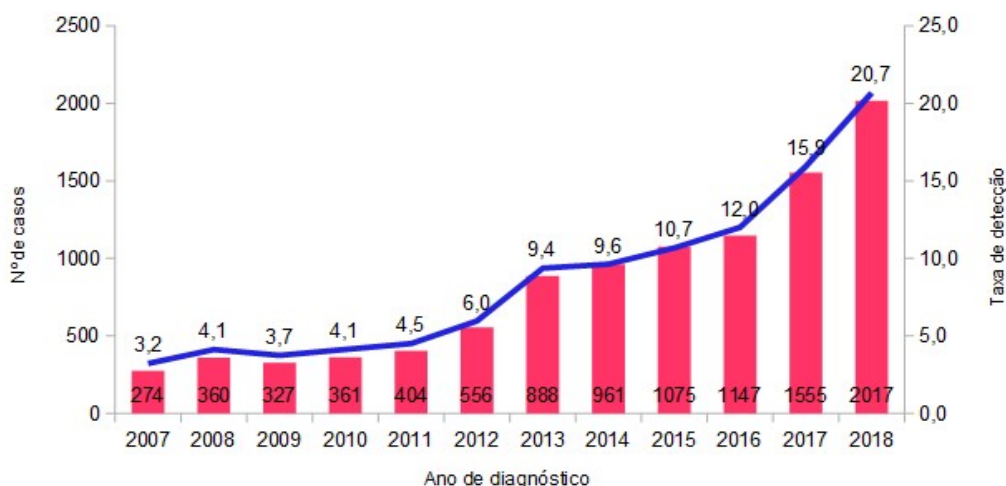
Figura 14: Distribuição dos casos de sífilis adquirida segundo sexo e razão de sexo, por ano de notificação. Goiás, 2010 a 2018.



Fonte: SES/SAIS/Coordenação Estadual de IST/Aids- Sinan. Casos notificados até 30/06/2019. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

No período de 2007 a junho de 2019 foram notificadas no Sinan, 10.693 gestantes com sífilis, das quais 28%(3031) eram residentes da Região de Saúde Central e 15%(1625) da Centro-Sul. Em 2018, observou-se uma taxa de detecção de 20,7 casos de sífilis em gestantes para cada mil nascidos vivos (Figura 10). Notou-se um aumento de 30% no número das notificações do ano de 2017 para 2018.

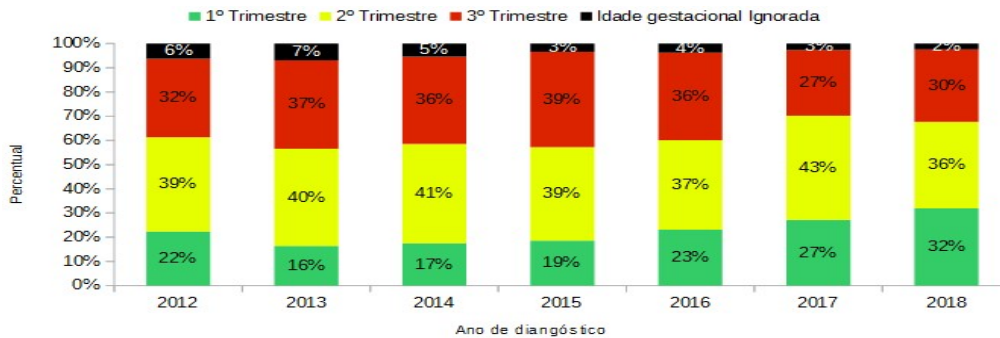
Figura 15: Número de casos e taxa de detecção de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Goiás, 2007 a 2018.



Fonte: SES/SAIS/Coordenação Estadual de IST/Aids- Sinan . *Dados parciais sujeitos à alteração. Casos notificados até 30/06/2019. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Quando analisada a idade gestacional de detecção de sífilis em gestantes, observou-se que, em 2018, 32% das mulheres foram diagnosticadas no primeiro trimestre, 36% no segundo trimestre e 30% no terceiro trimestre. No entanto, apesar de se observar ao longo da série histórica, um número ascendente dos diagnósticos no primeiro trimestre da gestação, ainda nota-se em todos os anos o predomínio do diagnóstico tardio da doença, com detecção majoritária no segundo ou terceiro trimestre de gestação. A proporção de casos de gestantes com idade gestacional ignorada tem diminuído ao longo dos anos.

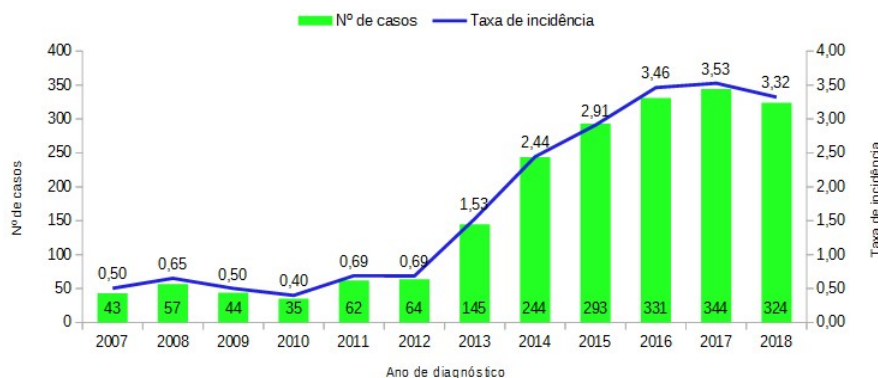
Figura 16: Idade gestacional do diagnóstico de sífilis em gestante, por ano de diagnóstico. Goiás, 2012 a 2018.



Fonte: SES/SAIS/Coordenação Estadual de IST/Aids- Sinan.*Dados parciais sujeitos à alteração. Casos notificados até 30/06/2019. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

De 2000 a junho de 2019 foram notificados no Sinan 2.518 casos de sífilis congênita. Houve um aumento progressivo das taxas de incidência de sífilis congênita a partir de 2012. Em 2012 a taxa era de 0,69 caso/1.000 nascidos vivos e em 2018 a taxa foi 3,32 vezes maior do que em 2012, passando para 3,32 casos/1.000 nascidos vivos (Figura abaixo). É importante destacar que a partir de 2016 houve uma estabilização na taxa de incidência de sífilis congênita.

Figura 17: Número de casos e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, residentes no Estado de Goiás, segundo ano de diagnóstico, 2000 a 2018.

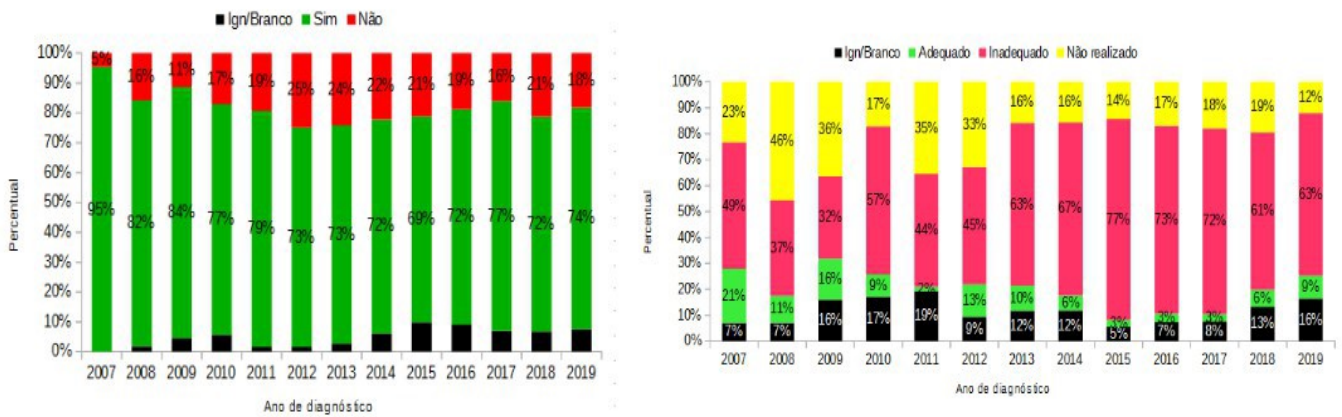


Fonte: SES/SAIS/Coordenação Estadual de IST/Aids- Sinan. Casos notificados até 30/06/2019. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Considerando o acesso das gestantes ao pré-natal, observamos que desde 2007, mais de 70% das mães das crianças com sífilis congênita realizaram o pré-natal. Apesar disso, o

percentual de mães com tratamento inadequado esteve acima de 60% nos últimos 5 anos. Nota-se que, em 2018, 21% das mães não realizaram o pré-natal e 19% não realizaram o tratamento (Figura abaixo).

Figura 18: Percentual de casos acumulados de mães de crianças com sífilis congênita, segundo acesso ao pré natal e tratamento realizado. Goiás, 2007 a 2019.

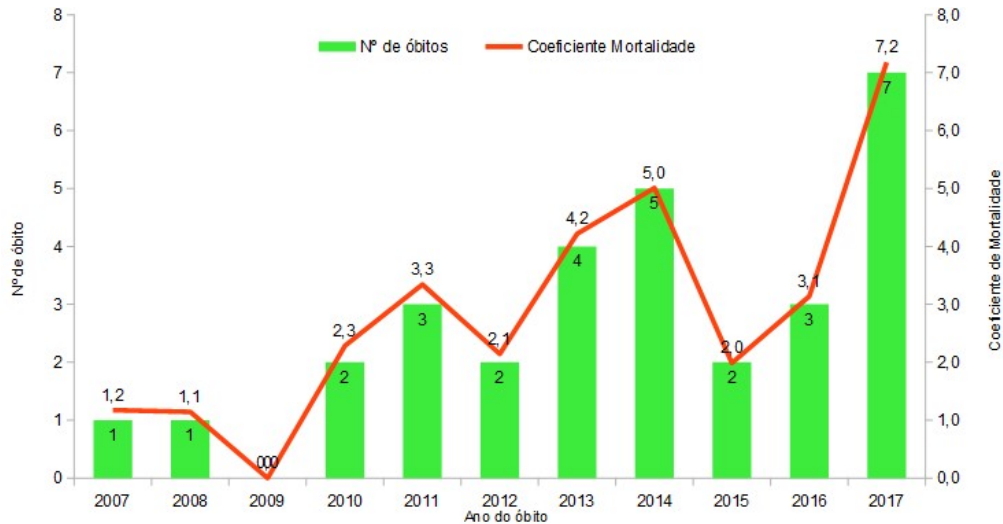


Fonte: SES/SAIS/Coordenação Estadual de IST/Aids- Sinan. Casos notificados até 30/06/2019. Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Entre mulheres com sífilis precoce não tratada, 40% das gestações resultam em aborto espontâneo (CDC, 1999). A infecção congênita tem sido diagnosticada em apenas 1% a 2% das mulheres tratadas adequadamente durante a gestação, em comparação com 70% a 100% das gestantes não tratadas. Estima-se que, na ausência de tratamento eficaz, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de recém-nascidos (RN) que apresentarão sinais sugestivos de sífilis congênita (PCDT, 2019).

Quanto à mortalidade infantil (em menores de um ano de idade) por sífilis congênita, o número de óbitos declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade de 2007 a 2017 foi de 30 óbitos. Nos últimos dez anos o coeficiente de mortalidade passou de 1,2 óbitos/100 mil nascidos vivos para 7,2 óbitos/100 mil nascidos vivos em 2017 (Figura 14).

Figura 19: Número de óbito e coeficiente de mortalidade específica por sífilis congênita (por 100.000 nascidos vivos), segundo ano do óbito. Goiás, 2007 a 2017.



Fonte:MS/SVS/CGIAE- Sistema de Informação sobre Mortalidade- SIM/DATASUS.

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

A “Rede Cegonha”, estratégia adotada pelo SUS a partir de 2011, tem mobilizado gestores, profissionais de saúde e colaboradores do Ministério da Saúde e visa assegurar à mulher e criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

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



HIV e a eliminação da Sífilis congênita, bem como redução de óbitos materno e infantis evitáveis.

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

A implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem de sífilis na Atenção Básica, do Sistema Único de Saúde (SUS), forma o conjunto de estratégias do Ministério da Saúde, que tem como objetivo a qualificação e a ampliação do acesso da população brasileira ao diagnóstico do HIV e detecção da sífilis.

O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e da sífilis durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical. Nesse sentido, verifica-se a necessidade das equipes de Atenção Básica em realizar os testes rápidos para o diagnóstico de HIV e para a triagem da sífilis no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. A ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal na Atenção Básica se apoia na oferta e na execução dos testes rápidos de HIV e de sífilis. Em 2019 houve um aumento de 20% do número de Testes Rápidos de HIV e Sífilis distribuídos nas Unidades de Saúde de todo o Estado em relação ao mesmo período do ano passado.

Desafios:

- Minimizar as subnotificações de casos e aprimorar as informações contidas nas fichas de investigação nas unidades notificantes, pois a incompletude e inconsistências certamente comprometem a análise das variáveis e impossibilitam inferências relativas à associação causal dessas infecções.

Avanços:

- Com fim de ampliar o conhecimento técnico dos profissionais de saúde que atuam na área de Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids, a Coordenação realizou em 2019 as seguintes capacitações:
- 2º Workshop sobre o Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV (SIMC);



- Capacitação sobre Testes Rápidos de HIV e Sífilis e SISLOGLAB (Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais);
- Capacitação no Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- Capacitação em Profilaxia Pré Exposição ao HIV;
- Capacitação em Profilaxia Pós-Exposição de risco à infecção pelo HIV, HV e IST.
- A Coordenação Estadual de IST/Aids implantou o Comitê de Investigação de Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais em 2017, para investigar as falhas e causas da transmissão vertical destes agravos e, atualmente, está em fase de implantação o Comitê de Investigação de óbito por HIV e Aids do Estado de Goiás.
- Os insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos, géis lubrificantes), fórmula infantil para crianças expostas ao HIV e HTLV, testes rápidos de HIV e Sífilis são distribuídos continuamente para todo o Estado, visando o fortalecimento da prevenção, diagnóstico precoce e controle das IST/HIV/Aids.

A Coordenação Estadual de IST/Aids também apoia tecnicamente as ONG que atuam na área de promoção e prevenção de IST/HIV/Aids, bem como gestores de saúde na implantação/implementação de novos serviços de assistência especializada e novas tecnologias de prevenção.

1.1.3.1.3 Doenças Diarreicas e Doenças de Transmissão Alimentar

As doenças diarreicas agudas (DDA) são um grupo de doenças infecciosas gastrointestinais caracterizadas por uma síndrome, na qual ocorre a diminuição da consistência das fezes, aumento do número de evacuações (mínimo de três episódios em 24h). O modo de transmissão é específico para cada agente etiológico e pode acontecer transmissão direta (pessoa a pessoa e de animais para pessoas) ou indireta (veículo comum ou vetor).

Embora a DDA não seja doença de notificação compulsória nacional, os casos isolados atendidos em unidades sentinelas para DDA são monitorados através do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica das DDA (SIVEP - DDA). Surto de DDA, por sua vez, são de notificação compulsória imediata.



Dentre as Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA), são de notificação compulsória a toxoplasmose gestacional, congênita e em imunodeprimidos, as hepatites pelos vírus A e E, febre tifóide, cólera, botulismo e a doença de Creutzfeldt Jakob (DCJ) e os surtos. A síndrome hemolítica urêmica (SHU) não é de notificação compulsória, porém é realizado o monitoramento no Brasil e no Estado.

Conforme o monitoramento das doenças diarreicas agudas, no período de 2015 a 2019, foram registrados aproximadamente 870 mil casos em Goiás. Ao longo do período, houve pouca variação no número de casos. O ano de 2015 foi aquele com menor registro (150.088 casos) e 2019, o maior, com 203.325 casos registrados.

Em três (Central, Centro-Sul e Entorno Sul) das 18 regiões de saúde de Goiás, houve maior concentração de casos de DDA (119.305) em 2019, o que correspondeu a 58% do total de casos. Pessoas acima de 10 anos foram as mais acometidas, com média anual de 99.861 casos no período, enquanto que frequência mais baixa (média de 11.286 casos por ano), foi observado em menores de 01 (um) ano de idade.

Entre os anos de 2014 a 2019, foram notificados 249 surtos de DDA e DTHA, sendo o ano de 2019 com o maior número de notificações (59), seguido por 2017 (50), 2014 (48), 2015 (38) e 2016 e 2018 com 27 surtos cada. Em 2019, dos 59 surtos notificados, 30 foram de DDA de transmissão direta e 29 atribuídos à ingestão de alimentos contaminados (DTHA).

No período de 2016 a 2019, 486 casos de toxoplasmose gestacional foram confirmados, sendo em 2016, 66 casos, com acentuado aumento de 2017 (87 casos) a 2018 (184 casos) e diminuição no ano 2019 (149 casos). Durante o mesmo período, 126 casos de toxoplasmose congênita foram confirmados, sendo o ano de 2019 com maior número (40), seguidos por 2018 (39), 2017 (24) e 2016 (23).

Entre 2015 a 2019, 907 casos de rotavirose foram notificados pelas quatro Unidades Sentinelas estaduais dos municípios Goiânia, Anápolis e Rio Verde. Destes, 114 foram confirmados, 707 descartados e 86 tiveram a classificação final ignorada ou em branco.

A partir de 2006, não houve casos autóctones de cólera no Brasil e essa realidade reflete também no Estado de Goiás, que não possui casos notificados neste período.

Trinta e nove casos suspeitos de DCJ foram notificações no período analisado, destes 13 casos foram confirmados, nove foram descartados e 17 tiveram a classificação final ignorada ou em branco. Desde que a vigilância da DCJ foi instituída no Brasil (2005),



nenhum caso da forma variante (vDCJ) foi confirmado. A vDCJ está associada ao consumo de carne e de subprodutos de gado contaminado com a Encefalopatia Espongiforme Bovina (EEB) e tem repercussões tanto na saúde pública quanto na produção e na exportação de gado. Para confirmar a forma vDCJ é preciso realizar necropsia com análise neuropatológica de fragmentos do cérebro do caso suspeito, exame que não é realizado no Estado de Goiás.

Casos de Hepatite pelo vírus A (HAV) também foram notificados durante esse período. Foram confirmados 104 casos, sendo o ano de 2015 aquele de maior ocorrência (28 casos). A faixa etária mais acometida foi de 35 a 49 anos (31 casos). As crianças de 01 a 04 anos apresentaram menor número de casos (4 casos). Não foram notificados casos de Hepatite pelo vírus E (HEV) no estado.

Outros agravos tais como febre tifoide, botulismo e síndrome hemolítica urêmica, também tiveram casos notificados (3, 7 e 1, respectivamente), durante o período. Um caso de febre tifóide e 5 de botulismo aguardam encerramento. Os demais foram descartados.

1.1.3.1.4 Hepatites Virais

Hepatite Viral existe em todo o mundo e é hoje considerado um dos maiores problemas globais de Saúde Pública, a despeito das medidas de controle e prevenção adotadas e da disponibilidade de efetiva terapia antiviral. Apesar da existência dos seis agentes causais, o Vírus da Hepatite B (HBV) e o Vírus da Hepatite C (HCV), são os responsáveis pela transmissão parenteral e sexual dessa doença, a qual requer monitoramento epidemiológico. Adicionalmente, a infecção pelos dois agentes tem implicações debilitantes a longo prazo, desde encontram-se consistentemente associados a uma substancial proporção de casos de doença crônica do fígado, incluindo hepatite crônica, cirrose hepática e hepatocarcinoma.

O Brasil é considerado um país de prevalência intermediária para infecção pelo vírus da hepatite B (definida pela sororeatividade entre 2-8% na população para o marcador sorológico HBsAg, com variações regionais) e C (caracterizada pela positividade para anticorpos anti-HCV em > 0,5% da população, também com variações regionais). A prevalência da infecção pelo HBV e pelo HCV em Goiás, segue o padrão dos índices nacionais, com base na população de doadores de sangue.

No Estado de Goiás, no período de 2015 a 2018, foram confirmados 1.608 casos de Hepatite B, sendo 846 em indivíduos do sexo masculino e 761 do sexo feminino. A taxa de



detecção deste agravo aumentou nos últimos 5 anos, assim como observado a nível nacional. No ano de 2018 foi observado sensível declínio no número de casos confirmados de hepatite B. Os indivíduos na faixa etária de 35 a 49 anos foram os mais acometidos, correspondendo a 591 registros. A incidência de exposição ao HBV, durante esse período e naquela faixa etária, coincide com a incidência observada entre 2012 a 2015, na qual indivíduos na faixa etária compreendida entre 20 a 49 anos correspondem a mais de 70% da população exposta ao HBV. Durante o período de 2015-2017, foram referidas 14 ocorrências de óbito HBV- associadas.

No mesmo período analisado 567 casos de exposição ao HCV foram confirmados. Destes, 306 envolveram indivíduos do sexo masculino e 261 do sexo feminino. A taxa de detecção manteve-se constante entre 2015 e 2016, apresentou queda em 2017 e posterior elevação em 2018. A mesma tendência foi observada a nível nacional. A faixa etária mais afetada foi aquela compreendida entre 35 a 69 anos, seguindo a mesma análise observada entre 2012 a 2015. Foram relatados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 152 óbitos, entre os anos de 2015 a 2017, HCV- associados.

1.1.3.1.5 Hanseníase e Tuberculose

A hanseníase, moléstia endêmica, constitui ainda problema de saúde pública na maioria dos estados brasileiros. É uma doença fortemente relacionada às condições econômicas, sociais e ambientais desfavoráveis. Com registro de casos novos em todas as unidades federadas, exibe distribuição heterogênea no país, com elevadas concentrações nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, importantes áreas de transmissão da doença.

Em 2018, foram registrados 26.875 casos no Brasil. Ocupando o 7º lugar no ranking nacional, em Goiás, foram diagnosticados 1.371 casos novos, indicando transmissão e manutenção da doença no estado. As medidas de vigilância são focadas no aumento do percentual de exame de contatos domiciliares. Para avaliar a capacidade dos serviços em realizar essa ação, é realizado o monitoramento por meio do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) visando manter o percentual acima de 80%.

A investigação epidemiológica dos contatos domiciliares em Goiás apresentou em 2018 o percentual de 88%, índice considerado “bom”, segundo parâmetros oficiais. O mesmo percentual de contatos examinados foi observado em 2017, e dados preliminares de 2019 até o momento (87%) indicam que o percentual dos anos precedentes será alcançado.



A doença tem tratamento e cura, por isso, a estratégia para redução da carga de hanseníase baseia-se essencialmente na busca ativa de casos novos para a detecção precoce, na prevenção de incapacidades decorrentes do diagnóstico tardio e na cura dos casos diagnosticados. Inserido no monitoramento de pactuação interfederativa 2019, o indicador que avalia a efetividade das ações de controle corresponde ao percentual de cura dos casos novos de hanseníase. Em 2018, o percentual de cura em Goiás foi de 87%, dois pontos percentuais superior ao ano de 2017, parâmetro considerado Regular pela OMS. Por outro lado, dados preliminares de 2019 indicam até o momento, índice de cura de 89% dos pacientes acometidos pela doença, dois pontos percentuais acima do ano anterior.

Apesar da possibilidade de cura, quando não diagnosticada e tratada adequadamente, a hanseníase pode causar incapacidades físicas e graves deformidades, cujas consequências mais frequentes são a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis também pelo preconceito e o estigma contra a doença. O Percentual do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico é um indicador operacional que avalia a proporção de pessoas acometidas pela hanseníase e que apresenta necessidades de reabilitação ao longo de suas vidas. Esse índice é considerado como sendo Baixo se for < 5%. A intensificação de ações mais efetivas não só no diagnóstico e tratamento, como também nas atividades de prevenção de incapacidades e reabilitação mantém nos últimos anos, em média, o percentual de incapacidades de 7% e dados preliminares de 2019 demonstram indicam que esse percentual poderá ser maior.

A Tuberculose é um grave problema de saúde pública mundial e milhares de pessoas ainda adoecem e morrem devido à doença e suas complicações. O Estado de Goiás visa seguir as diretrizes nacionais e internacionais para o efetivo controle da doença, adequando a sua realidade, no qual se torna um desafio para o alcance de meta dos indicadores do programa de tuberculose junto aos municípios. O comportamento da tuberculose em uma série histórica de 2005 a 2018 pouco sofreu alterações no que se refere ao aumento ou queda na sua taxa de incidência, o que representa a manutenção da cadeia de transmissão.

Em 2018, no Estado de Goiás foram notificados 1.046 casos novos de tuberculose na sua forma Pulmonar e Extrapulmonar, correspondendo a uma incidência de 15,0/100.000 habitantes; o percentual de cura foi de 63% (meta recomendada pelo MS: 85%); o percentual



de abandono foi de 13% (meta do MS: menos que 5%) e o número de óbitos, 51/100.000 habitantes (meta recomendada pelo MS: 1 óbito por 100.000 hab.). (Fontes: SINAN e SIM).

Em 2017, foram notificados 1.000 novos casos de tuberculose, enquanto a incidência da infecção na população foi de 14/100.000 hab., números próximos aos observados no ano anterior. O percentual de cura foi de 57% e o percentual de abandono do tratamento, 12%. 61 casos de óbitos por 100.000hab foram notificados, sendo esse índice superior ao do ano de 2017 (Fonte: SINAN e SIM). Dados preliminares do ano de 2019 revelam tendência a pouca alteração desse perfil, com 1.029 casos notificados, taxa de incidência de 14,8/100.000hab. com 48 óbitos, considerando a mesma relação. Dados preliminares sobre taxa de cura e abandono podem ser ainda imprecisos em função do prolongado tempo de tratamento, e assim, sugerir baixa eficácia.

Goiás atualmente ocupa o 3º lugar no ranking de incidência entre os demais estados de federação com a menor taxa de incidência. A incidência da tuberculose pode sofrer a influência de fatores relacionados à melhoria das ações de controle da tuberculose, como a busca de casos, fundamental realização na atenção básica a implementação de ações junto as populações especiais (População em Situação de Rua, Privados de Liberdade, Vivendo com HIV/Aids, Profissionais de Saúde, Indígenas, Tabagistas e Diabéticos), sendo estas, responsáveis pela maior carga de tuberculose pois possuem maior risco de adoecimento quando comparado a população geral.

1.1.3.1.6 Arboviroses

Arboviroses são as doenças causadas pelos chamados arbovírus, dentre as quais incluem o vírus da dengue, Zika vírus, febre chikungunya e febre amarela.

O Estado de Goiás ao longo dos anos vem enfrentando epidemias de Dengue e registrando casos de febre Chikungunya e ZikaVirus. Nos últimos 10 anos foram confirmados mais de 700 óbitos por Dengue. Esse quadro impõe a necessidade de fortalecimento da assistência à saúde e do combate sistemático e contínuo ao mosquito transmissor a fim de evitar sua expansão e conseqüente adoecimento coletivo.

Em 2019 foram notificados 151.019 casos de dengue no Estado de Goiás, sendo confirmados 106.047. Esses números representam aumento de 42% em relação à 2018. Do total de casos notificados, 79 evoluíram a óbito, sendo que 53% foram indivíduos do sexo



masculino. Oitenta por cento (80%) da população que evoluiu para óbito apresentava comorbidades, tais como: diabetes, hipertensão, doença renal, dentre outras, as quais compreendem fator de risco para ocorrência de mortes associadas à dengue. Nos últimos 2 anos o sorotipo circulante foi o DENV1 e DENV2, sendo que o DENV 2 foi o predominante. Em 2020, até meados de janeiro, foram notificados 2.354 casos. Três evoluíram a óbito e estão em investigação.

Chikungunya é um arbovirusre-emergente transmitido a humanos também pelos mosquitos *A. aegypti* e *A. albopictus*. Ele causa doença debilitante com uma fase aguda febril e uma fase crônica caracterizada por dores nas articulações. Numerosas epidemias têm sido reportadas na África, Ásia, Europa e nas Américas, variando em magnitude de algumas centenas a mais de um milhão de casos. No Brasil, entre os anos de 2018-2019, 930 casos de infecção pelo Chikungunya vírus foram registrados. Em 2019, o Estado de Goiás notificou 392 casos suspeitos, o que representa uma queda de 28%, em relação ao ano de 2018 e apenas 4 foram confirmados.

Um outro arbovírus, Zika vírus, descoberto incidentalmente na África em 1947 (Uganda), e que circula predominantemente entre primatas selvagens e mosquitos arbóreos, se apresentou como uma reemergência pandêmica em 2016. No Brasil, entre os anos de 2018-2019 foram registrados 3.105 casos. Goiás registrou em 2019, 1.063 casos, representando uma queda de 47% nos índices, em relação a 2018. Uma das características mais importantes da infecção pelo Zika vírus são as complicações, em especial a Síndrome Congênita e/ou Microcefalia, que até recentemente não era admitida pela comunidade científica. No Estado foram confirmados 3 casos como consequência da infecção pelo agente.

A Febre Amarela é uma doença infecciosa causada por um vírus (vírus amarílico) transmitido a humanos pela picada de mosquitos infectados do gênero *Aedes*, *Haemagogus* e *Sabethes*. Casos de Febre Amarela na sua forma Silvestre (FAS) ocorrem esporadicamente no estado de Goiás (área com recomendação de vacina), de forma isolada, assim como na forma de surtos de maior ou menor magnitude. As consequências da infecção são variáveis, podendo evoluir para cura, mas também para o óbito, com índice de letalidade acima de 50%, podendo chegar a 100%.

A reemergência da FAS nos últimos anos, principalmente em Estados sem recomendação de vacina, elevou a preocupação com o risco da retomada da transmissão



urbana, dada a proximidade dos locais prováveis de infecção em relação aos grandes centros urbanos, infestados por *Aedes aegypti*. Haja vista que casos de FAS ocorrem, geralmente, em intervalos de 05 a 07 anos e que o último surto de maior magnitude em Goiás ocorreu em 2015, é extremamente importante a adoção de estratégias de vigilância, prevenção e controle em períodos epidemiológicos distintos: período de baixa ocorrência, pré-sazonal e sazonal. Assim, para os diferentes momentos, uma série de atividades deverá ser desenvolvida, de modo que a vigilância seja intensificada durante o período sazonal da infecção que apresenta maior frequência de casos. Casos de Febre Amarela Urbana (FAU), não tem sido registrado no Brasil, desde 1942.

A vigilância em epizootias (doença que ocorre em uma população animal não-Homo sapiens), mais especificamente em Primatas Não Humanos (PNH), que são os macacos, tem o objetivo de prevenir casos humanos de Febre Amarela através da identificação precoce da circulação viral na população de macacos doentes ou mortos (vigilância passiva). A análise de uma série histórica de epizootias, entre os anos de 2014-2019, demonstrou em 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019, a ocorrência de 98, 96, 91, 262, 291 e 113 notificações, respectivamente, com 7 casos confirmados de FA em 2015, 8 em 2016 e 10 em 2017.

Tendo em vista que o ciclo de transmissão silvestre do vírus amarelo não é passível de eliminação, estratégias que visem à detecção precoce da circulação viral devem ser adotadas, a fim de monitorar as áreas de risco e de aplicar oportunamente medidas de prevenção e controle, cujo objetivo é evitar a ocorrência de casos na população residente e visitante, reduzindo as chances de dispersão do vírus.

1.1.3.1.7 Zoonoses

Zoonoses são doenças infecciosas capazes de ser naturalmente transmitidas entre animais e seres humanos. Os agentes que desencadeiam essas afecções podem ser micro-organismos diversos, como bactérias, fungos, vírus, helmintos, protozoários e rickettsias.

No que concerne as Leishmanioses, no período de 2014 até 2019, foram notificados 801 casos suspeitos de Leishmaniose Visceral - LV no estado de Goiás, sendo que 294 casos foram confirmados, com média de 49 casos confirmados/ano. Neste período, 29 casos evoluíram para óbito, o que representa uma letalidade de 9,9 %. No que se refere a



Leishmaniose Visceral Canina - LVC, no mesmo período, foram confirmados 3.249 casos, com média de 542 casos confirmados/ano.

Em relação à Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA, no período de 2014 a 2019, foram confirmados 2.034 casos em Goiás, com média de 339 casos por ano. Embora seja uma doença de alta incidência em Goiás, a letalidade por LTA é considerada baixa (07 casos que evoluíram para óbito no intervalo mencionado).

A Doença de Chagas compreende uma endemia no Estado de Goiás, com ao menos 200.000 portadores da doença. Na fase aguda da infecção a Doença de Chagas é de notificação compulsória em todo território nacional. Por iniciativa do Estado de Goiás, a partir de 06 de maio de 2013, por meio da Resolução Estadual nº 004/2013-GAB/SES-GO, a forma crônica da doença de Chagas passou a fazer parte da lista estadual de notificação compulsória, haja vista que, aproximadamente, 750 pessoas vão a óbito por ano no estado de Goiás em decorrência da doença, segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). No período de 2013 a 2019, foram notificados 4.869 casos da forma crônica da doença de Chagas.

1.1.3.2 Doenças Crônicas não Transmissíveis e fatores de risco

As variações temporais dos fatores de risco para DCNT são monitoradas através um inquérito anual realizado por telefone, o Vigitel. O universo da pesquisa Vigitel é de adultos, com 18 ou mais anos de idade, residentes em uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa, no ano.

Em Goiânia, nos últimos 13 anos, houve uma melhora na prevalência dos fatores de proteção para doenças crônicas não transmissíveis - consumo regular de frutas e hortaliças e atividade física suficiente no lazer, e uma redução na prevalência de tabagismo. Porém, houve aumento em todos os outros fatores de risco - excesso de peso, obesidade e consumo de bebidas alcoólicas (VIGITEL 2018).

De 2014 para 2018 foi observado aumento na prevalência de sobrepeso de 31,4 para 33,8%, e de obesidade de 21,8 para 27,3% da população no Estado de Goiás, de acordo com os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

No último levantamento do SISVAN, no ano 2018, quatro regiões de saúde goianas apresentaram maiores prevalências de sobrepeso (Oeste I, 35,32%; Entorno Sul, 35,29%; Rio



Vermelho, 34,66% e Oeste II com 34,65%) e cinco registraram maiores percentuais de obesidade (Sudoeste II, 35,0%; Oeste II, 30,63; Sudoeste I, 30,48%; Estrada de Ferro, 30,04% e Sul, 30,01%).

Quanto à prevenção de doenças, embora 90% da população entrevistada no Vigitel identifiquem os fatores de risco (hipertensão, tabagismo, colesterol e estresse), apenas 3% temem sofrer uma doença cardiovascular (DCV).

A hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM) constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual representam agravos de interesse da saúde pública. Dentre esses, cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede de atenção básica de saúde. A HA e o DM são doenças que apresentam vários aspectos em comum e a possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente (BRASIL,2011).

O número de internações por doenças hipertensivas em Goiás, no período de 2013 a 2018 apresentou declínio, no entanto cursou com o aumento dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM). As internações por hipertensão arterial e seus agravantes, foram mais prevalentes no sexo feminino, enquanto que as complicações, como o infarto, acometeram mais o sexo masculino. Houve pequena diferença entre os sexos, em relação as internações por acidente vascular cerebral (AVC). Quanto a mortalidade, no período de 2008 a 2017, o Estado de Goiás apresentou tendência crescente do número de óbitos por doenças do aparelho circulatório.

No mesmo período de 2013 a 2018, houve um declínio importante no número de hospitalizações decorrentes de complicações por DM, porém uma tendência de aumento no número de óbitos no período de 2008 a 2017, reforçando a importância de uma assistência de qualidade aos portadores de diabetes mellitus.

Em 2017 os percentuais de óbitos em Goiás, segundo grupos de causas, estão assim distribuídos: 27,1% do total foram por doenças do aparelho circulatório, seguido das causas externas com 16,7% e por último, destacam-se as neoplasias com 16,5% do total de óbitos. Houve aumento de óbitos por doenças do aparelho respiratório e aumento considerável no número de óbitos em ambos os sexos por neoplasias, no período de 2008 a 2017 (SIM-DATASUS).

1.1.3.3 Coberturas vacinais

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem como objetivo coordenar as ações de imunização para diminuir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, por meio de altas e homogêneas coberturas vacinais. Todas as faixas etárias são contempladas no Calendário Nacional de Vacinação, dividido em: Calendário da Criança, Adolescente, Adulto e Idoso, Gestante e Indígena.

O Programa estabelece no Calendário Nacional de Vacinação das Crianças menores de 2 anos de idade um índice mínimo de cobertura a ser alcançado de 90% para as vacinas BCG e Rotavírus Humano, 95% para Pentavalente, Poliomielite, Meningocócica C, Pneumocócica 10 valente, Tríplice Viral, Tetra Viral e Hepatite A e 100% para Febre Amarela até 2016. A partir de 2017, a meta para Febre Amarela passa a ser de 95%.

No Estado de Goiás a cobertura vacinal vem diminuindo ao longo dos anos, sendo que em 2015 a cobertura vacinal preconizada pelo PNI foi alcançada nas vacinas BCG, Rotavírus Humano, Meningocócica C e Poliomielite. A partir de 2016 as coberturas não foram atingidas na maioria das vacinas, exceto para a BCG que atingiu nos anos de 2016 e 2018. Em 2019, até o momento não atingiu cobertura em nenhuma das vacinas (Figura abaixo).

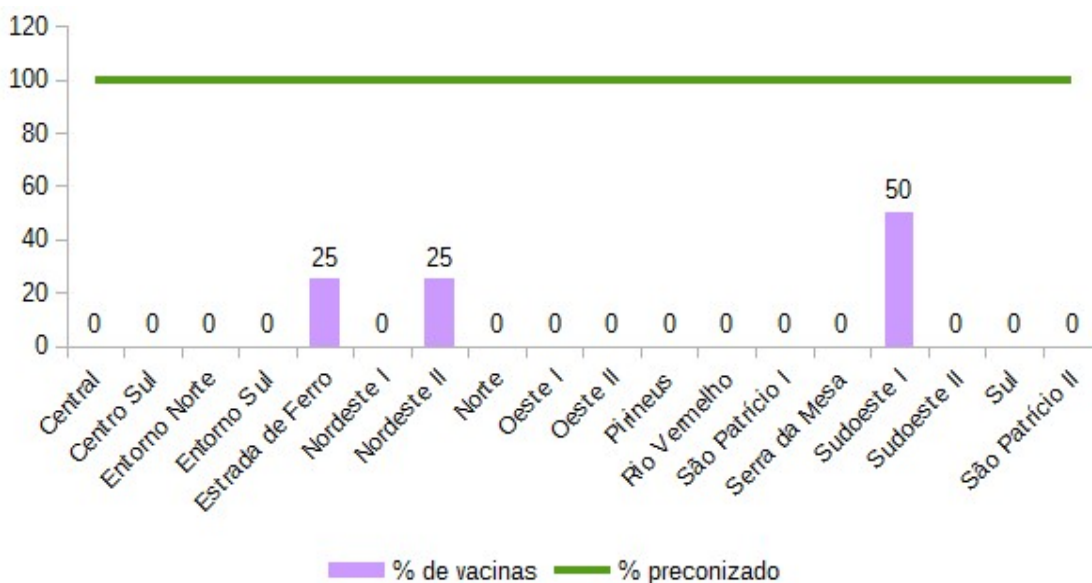
Figura 20: Cobertura vacinal do Calendário Nacional de Vacinação das crianças menores de 2 anos de idade. 2015 a 2019.



Fonte: sipni.datasus.gov.br/TABNET/Dados parciais obtidos em 28/01/2020.

Em relação ao indicador de proporção de vacinas selecionadas no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) tem como meta 100% das vacinas com cobertura adequada. Em 2019, o resultado ainda é insatisfatório e o percentual de municípios que atingiram cobertura vacinal neste indicador está em torno de 12,6%, ou seja, 31 municípios atingiram cobertura vacinal igual ou maior que 95% nas 4 vacinas (Poliomielite, Pentavalente, Pneumocócica 10 valente e Tríplice Viral). Quando avaliamos o indicador por Regional de Saúde todas estão abaixo de 100%, no entanto as Regionais de Saúde Sudoeste I, Estrada de Ferro e Nordeste II se destacam por atingirem a meta de 50%, 25% e 25% respectivamente (Figura seguinte).

Figura 21: Proporção de vacinas selecionadas do PQA-VS, por Regional de Saúde. Goiás, 2019.



Fonte: [sipni.datasus.gov.br/Dados parciais até 10/02/2020](http://sipni.datasus.gov.br/Dados%20parciais%20at%C3%A9%2010/02/2020).

As baixas coberturas podem estar relacionadas a vários fatores e oscilam de acordo com a realidade de cada município. Sendo que os fatores recorrentes são:

- População super ou subestimada;
- Recursos humanos insuficientes e sem qualificação;
- Rotatividade de profissionais de saúde;
- Vacinação fora da faixa etária preconizada, dificultando alcance da cobertura vacinal;



- Horário de funcionamento da sala de vacina restrito, dificultando o acesso da população;
- Escassez da busca ativa de faltosos em zona urbana e áreas de difícil acesso;
- Pouca divulgação sobre a importância da vacinação na mídia televisiva e combate a fake news;
- Desabastecimento de algumas vacinas;
- Em relação ao Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização - SIPNI: preenchimento incorreto e incompleto do registro de doses na ficha do vacinado, falta de digitação das fichas, perda de dados durante interoperabilidade de sistemas próprios e E-sus para o SIPNI.
- Pouca integração entre a equipe da sala de vacina e as Equipes de Saúde da Família;
- Perda de oportunidade de vacinação;
- Priorização dos gestores para a execução das atividades de imunização.

A Gerência de imunização em conjunto com outras áreas vem trabalhando na melhoria destas coberturas, por meio de projetos estratégicos de qualificação dos profissionais de saúde, assessoria e apoio as Regionais de Saúde e municípios nas ações de imunização, a melhoria da divulgação das informações sobre imunização nas mídias televisivas, dentre outras.

A equipe de imunização trabalha de forma articulada e contínua por meio do trabalho executado pela Central Estadual de Rede de Frio no recebimento e distribuição de imunobiológicos por meio de 05 rotas mensais e 08 extras para as campanhas, avaliação de eventos adversos pós vacinação - EAPV, no período de 2017 a 2019 foram notificados um total de 3.425 casos e 22,36% dos 246 municípios não notificaram nenhum EAPV. São realizadas anualmente campanhas de vacinação contra influenza, multivacinação, e outras campanhas de acordo com a situação epidemiológica do país, a citar a contra o sarampo. E também, ocorre o constante monitoramento das coberturas vacinais que antes somente realizado pelo SIPNI, e a partir de 2019, está ocorrendo a transição da inserção de dados de doses aplicadas do SIPNI para o E-sus.



1.1.3.4 Doenças Imunopreveníveis

Dentre as doenças imunopreveníveis de transmissão respiratórias que mereceram destaque nestes últimos 3 anos incluem as meningites, a síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e o sarampo.

A meningite pode ser causada por diversos agentes infecciosos, como bactérias, vírus e fungos, dentre outros, e agentes não infecciosos. Aquelas de origem infecciosa, principalmente as causadas por bactérias e vírus são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, pela magnitude de sua ocorrência e potencial de produzir surtos. Dentre os principais agentes bacterianos causadores da meningite, podemos citar *Neisseriameningitidis* (agente etiológico da doença meningocócica – DM) e *Haemophilus influenzae*.

Foram confirmados 615 casos de meningite no período de 2017 a 2019 (até 20/12/19) e 86 óbitos com uma média de 205 casos e 28 óbitos anuais. Deste total, 70 casos foram de doença meningocócica causada por *N. meningitides*, na sua maioria (47,15%), pertencente ao sorogrupo C. Vinte óbitos foram registrados. Em 44,28% do total de DM, o sorogrupo da bactéria não foi identificado. Nesse mesmo período, em 15 casos de meningite *Haemophilus influenzae* foi o agente isolado.

O número de casos de meningites causadas por estes dois agentes etiológicos tem apresentado redução nos últimos anos em decorrência das vacinas disponíveis nas unidades de saúde do Estado. Esse fato torna extremamente importante a manutenção de coberturas vacinais dentro dos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde. Porém, não se pode descartar a ocorrência de surtos de meningites, uma vez que há uma enorme quantidade de agentes causadores da doença para os quais não se tem vacinas disponíveis.

Desde 2009 o perfil epidemiológico da influenza tem oscilado com o registro de anos epidêmicos e ocorrências sazonais, na dependência do subtipo de vírus circulante (A/H1N1, A/ H3N2, etc). O vírus influenza é um agente etiológico com grande potencial pandêmico devido a sua facilidade de alteração genômica e perfil de transmissibilidade. A vigilância epidemiológica, no entanto, é direcionada para o monitoramento dos casos graves caracterizado como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), independente do agente etiológico causador da síndrome.

O ano de 2019 teve uma atividade menos intensa do vírus influenza quando comparado com 2018. Em Goiás foram notificados 1.363 casos de SRAG. Destes, 139 casos



foram confirmados para influenza A/H1N1, 11 para influenza A/H3N2, 04 para influenza A/não subtipado e 38 casos de influenza B. Em relação aos óbitos, ocorreram 192 registros, sendo confirmados 35 para influenza A/H1N1, 02 para influenza A/H3N2 e 04 para influenza B.

Além do vírus da influenza, outros agentes etiológicos causadores de SRAG e identificados em Goiás, em 2019, se incluem: vírus sincicial respiratório (VSR-278 casos), rinovírus (55), adenovírus (46), metapneumovírus (31), parainfluenza 3 (21), parainfluenza 1 (11) e outros (18 casos).

Assim como em outros 17 estados brasileiros com circulação do vírus do sarampo (13489 casos confirmados) em 2019, Goiás registrou a ocorrência da doença com um aumento expressivo nas notificações a partir da semana epidemiológica (SE) nº 29, concentrando um número maior entre as SE 35 e 37. Foram notificados 202 casos suspeitos em 51 municípios, 14 foram confirmados (Aparecida de Goiânia, Alto Paraíso, Anápolis, Goiânia e Posse) e 174 descartados. Um total de 14 casos continua em processo de investigação (Águas Lindas, Aparecida de Goiânia, Caldas Novas, Novo Brasil, Padre Bernardo, Vianópolis e Goiânia). Em 2020, até a SE nº 04, foram notificados 05 casos suspeitos de sarampo em 04 municípios (Aparecida de Goiânia, Anápolis, Minaçu e Goiânia), com confirmação de 01 caso em Aparecida de Goiânia. Os outros 4 continuam sendo investigados.

1.1.3.5 Violências

A violência interpessoal e autoprovocada, agravo de notificação compulsória desde 2011, apresentou um aumento considerável de registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN neste período, passando de 5937 ocorrência em 2015 para 10069 em 2019. O aumento nesses números, contudo, não representa necessariamente um aumento das violências, mas também um aumento da sensibilidade dos profissionais da área de saúde quanto a vigilância deste agravo reflexo, das qualificações promovidas no período.

Entre 2010 e 2018 os acidentes de transporte e as agressões se configuraram como as principais causas de morte, no Estado de Goiás. As agressões apresentaram crescimento considerável ao longo desse período, e tornaram a primeira causa de mortalidade em Goiás (43,31% dos óbitos por causas externas - 56275), seguida pelos óbitos decorridos de acidente



de transporte terrestre (30,34%). Esses, por outro lado, vem demonstrando queda em números absolutos.

Do total de óbitos por causas externas, 82,33% (46.335 óbitos) foram na população masculina sendo os jovens o grupo mais atingido. As agressões (24.375 registros), ocorridas contra indivíduos do sexo masculino, representam a mais proeminente causa de óbito (47,68% de 46.335), seguida por acidentes de transporte terrestre (29,68%). Situação oposta é observada na população feminina, onde os acidentes de transporte terrestre representam 33,59% do total de 9845 óbitos, enquanto 22,54% são atribuídas a óbitos por agressão.

Outras causas de óbitos menos incidentes, mas que contempla o cenário da mortalidade por causas externas durante o período analisado envolvem: eventos cuja intenção é indeterminada (1.195 casos), intervenções legais e operações de guerra (136 casos); complicações na assistência médica (246 casos) e sequelas de causas externas (207 casos).

1.1.3.6 Emergências em Saúde Pública

Nos últimos 4 anos, Goiás investigou várias situações importantes consideradas emergências em saúde pública como: um surto de doença meningocócica em Rio Verde com 13 casos confirmados e 02 óbitos (2017); um em 2018 de conjuntivite com mais de 9.000 casos notificados distribuídos em vários municípios do Estado, com destaque para Caldas Novas que registrou mais de 3.000, sendo 1803 investigados. Ainda em 2018, o maior surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave registrado no estado envolvendo uma instituição filantrópica em Trindade foi investigado. Foram 187 casos e 16 óbitos (7 confirmados para H1N1). Surtos de menor magnitude e transcendência ocorreram, tais como: caxumba, varicela, síndrome mão-pé-boca, escabiose, diarreia e outros.

Diante disso, o fortalecimento do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde torna-se imprescindível para a atuação de maneira coordenada e integrada com os diferentes atores envolvidos na resposta às emergências em saúde pública, a fim de ampliar a sua capacidade de detecção, monitoramento e resposta rápida, coordenada, oportuna e eficaz frente às emergências em saúde pública no Estado.



1.1.3.6.1 Análise de Situação Epidemiológica sobre a Infecção por Coronavírus 2019

Desde a emergência de uma doença causada por um novo Coronavírus, denominada COVID-19, cujo agente foi formalmente nomeado pela WHO como o novo coronavírus [2019-nCov], em Wuhan, na China em dezembro de 2019, mais de 3 milhões de casos têm sido confirmados em todo o globo, resultando em mais de 200.000 mortes em todo o mundo (WHO, 2020). Essa doença caracteriza-se por uma Síndrome Respiratória Aguda Severa, o que implicou na renomeação do novo agente como SARS-CoV-2, em fevereiro, pelo comitê internacional de taxonomia dos vírus. Apesar do fato de no início, a maioria dos casos de COVID-19 e mortes terem sido reportados na China, a WHO declarou o surto como a sexta emergência em saúde pública de preocupação internacional, em função de sua rápida disseminação em países circunvizinhos e, gradativamente, por todo mundo.

A origem da doença COVID-19 tem sido ainda discutida, apesar dos primeiros casos terem sido diagnosticados em indivíduos com histórico de exposição a animais silvestres em um mercado atacadista de frutos do mar, em Wuhan, naquele país [Huang C et al, 2020], sugerindo uma possível rota zoonótica, com um hospedeiro intermediário ainda desconhecido [Guo et al, 2020]. Contudo, a possibilidade da transmissão de pessoa-para-pessoa tem sido considerada, baseado na inexistência de link epidemiológico de vários casos [Cheng Z et al, 2019], e, também, pela confirmação de casos de transmissão inter-familiar [Chan JF et al, 2019; Fuk-Woo et al, 2020].

Desde sua eclosão, a COVID-19 tem se disseminado pelo globo terrestre, com uma dinâmica de transmissão (R_0) do agente entre populações que tem variado entre 1,4 até 6,47, dependendo da fonte da pesquisa [Chen Z and Shan J, 2020], e tem apresentado um “doubling time” inicial aproximado de 1,8 d [Li Q et al, 2020], o qual poderá também ser variável dependendo da fase da infecção, do número de infectados e da capacidade (e estratégia) de controle da infecção.

Os sintomas da COVID-19 são inespecíficos com a grande maioria dos pacientes demonstrando febre em 98% dos casos, tosse (76%), mialgia ou fadiga (44%) e sintomas atípicos dentre os quais incluem tosse produtiva (28%), cefaleia (8%), hemoptise (5%) e diarreia, em 3% deles. Cerca de metade dos pacientes apresentam dispnéia que se desenvolve em média 8 dias do início dos sintomas. Contudo, a doença pode se apresentar na forma assintomática, ou como uma infecção aguda respiratória, com evolução para pneumonia e morte do infectado (Di Wu et al, 2020).



A taxa de mortalidade tem sido em torno de 2%. Dados recentes têm indicado que 25,9% dos pacientes infectados com SARS-CoV-2 e que desenvolvem pneumonia necessitam de cuidados de urgência, 20,1% desenvolvem Síndrome Respiratória Aguda e aos menos 8,3% necessitam de mecanismos de ventilação invasivos (Lai CC et al, 2020). Suspeita-se que a existências de comorbidades subjacentes em indivíduos infectados seja um cofator de risco para agravamento da infecção [Wu Z et al, 2020; Du Y et al, 2020].

Adultos e idosos representam a população com a mais alta taxa de infecção. Os casos mais severos (incluindo os casos fatais) têm sido mais comumente observados na população de idosos e com comorbidades subjacentes [Gabutti G et al, 2020]. Contudo, crianças e neonatos podem também ser infectados pelo SARS-CoV-2, mas as características clínicas da infecção/doença parecem ser mais moderadas [Gabutti G et al, 2020].

Considerando, no entanto, a limitação de ensaios disponíveis para o diagnóstico da infecção, bem como a existência com casos leves e não detectados, admite-se o risco do número de casos de infecção ser muito maior que o número oficial, o que levaria a uma menor taxa de notificação de casos e muito provavelmente da taxa de mortalidade pelo SARS-CoV-2. Por fim, da dimensão da pandemia.

A infecção nosocomial de pacientes hospitalizados e de profissionais da saúde [Hunter E et al, 2020], bem como a transmissão viral a partir de indivíduos assintomáticos é passível de ocorrência, de acordo com alguns estudos [Guo et al, 2020, Singhal T, 2020; Zhou L et al, 2020; Rothe C et al, 2020].

O achado mais comum em exames de imagem entre pacientes infectados que desenvolvem pneumonia é a imagem em “vidro fosco” com comprometimento bilateral dos pulmões, que pode ser observado por tomografia computadorizada, enquanto o diagnóstico laboratorial tem sido baseado em ensaios de amplificação genômica (RT-PCR) do agente [Tahamtan A and Ardebili A, 2020; Cornam et al, 2020]. No entanto, nem sempre há correlação entre os resultados de exames por imagem e resultados laboratoriais moleculares (Wang Y et al, 2020). Ensaios sorológicos têm sido desenvolvidos em várias plataformas e tendem a ser promissores tanto para o diagnóstico de infecção ativa quanto para os inquéritos epidemiológicos na população geral, de acordo com alguns estudos (Li Z et al, 2020).

Efetivo tratamento da COVID-19 tem sido limitado. Contudo, ensaios clínicos que investigam a eficácia de vários fármacos, incluindo remdesivir e cloroquina, estão em



andamento na China, EUA, Alemanha, e em outros países. Nesse cenário, atualmente, o isolamento social é a intervenção mais eficaz no controle da infecção e a única maneira de impedir a disseminação da SARS-CoV-2, desde que, além de não haver drogas com eficácia comprovada, vacina ainda não existe, apesar de algumas plataformas e tecnologias já em fase de desenvolvimento [Amanat F and Krammer F, 2020; Chem W-H et al, 2020].

Em Goiás, a partir de 04 de fevereiro até o fechamento do último boletim (GVE/ SES-GO, 04/05/2020), foram notificados a Vigilância Epidemiológica 13.537 casos de COVID-19. Deste total, 6,4% (861) foram confirmados, 20,2% (2.737) foram descartados e 73,4% (9.939) são mantidos em suspeição. O primeiro caso confirmado de covid-19 ocorreu em 02.03.2020 em um indivíduo com histórico de viagem internacional.

O total de casos confirmados está distribuído em 58 municípios goianos, com concentração de 57,6% na capital, Goiânia. Um total de 23 municípios teve apenas 1 caso confirmado.

A propagação do vírus na população do Estado de Goiás tem exibido um padrão semelhante ao observado em outras populações, caracterizado a princípio por vínculo epidemiológico, seguido então, por transmissão comunitária, o que, pelo menos em parte, justifica sua rápida expansão, a exemplo do que tem ocorrido em outros Estados, Regiões e, também, a nível mundial.

À semelhança ao que se tem observado a nível nacional, a população predominantemente acometida tem sido do sexo masculino na faixa etária acima de 60 anos. Tem sido notado também que a presença de comorbidades subjacentes se apresenta como um fator associado à gravidade da infecção e à evolução para fatalidade. As comorbidades mais frequentemente observadas na população goiana infectada foram, doença cardiovascular/hipertensão, diabetes mellitus e doença pulmonar crônica.

Os sinais e sintomas de infecção mais frequentemente observados são febre e tosse, seguido por dor de garganta, dispneia e cefaleia.

Dentre os casos de infecção diagnosticados, 181/861 (21,0%) requereram hospitalização, com 83/181 (45,8%) evoluindo para recuperação. Sessenta e dois (34,2%) pacientes permanecem hospitalizados (GVE/ SES-GO, 07/05/2020). Trinta pessoas evoluíram para o óbito até o momento em 13 municípios. Quarenta por cento (12) em residentes de Goiânia, seguidos por 3 em Luziânia e 3 em Goianésia. O maior número de óbitos ocorreu na



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



faixa etária de 70 a 79 anos (12/30), sendo que 77,3% (22/30) concentraram-se nas faixas etárias de 60 anos e mais (GVE/ SES-GO, 04/05/2020).

Visando a tomada de decisões sobre questões do Covid-19, a Secretaria de Estado da Saúde instituiu por meio da Portaria nº 416/2020 – SES o COE, Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública, como uma unidade operacional de trabalho de caráter extraordinário e temporário, para a gestão das ações nos âmbitos da vigilância em saúde e assistência. O COE trabalha semanalmente questões estratégicas, Boletins de Epidemiologia e todos os atos oficiais publicados no Diário Oficial, Relatório Orçamentário e Indicadores de Resultados relacionados a pandemia.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1.2 ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

1.2.1 Regulação do Acesso à Assistência no Estado de Goiás

Para elucidarmos os diferentes aspectos envolvidos na questão da Regulação do Acesso à Assistência no Estado de Goiás, faz-se necessário um olhar amplo e compreensivo sobre o sistema, que é complexo. Para simplificar a compreensão, a presente análise situacional será apresentada de forma descritiva, em temas que se inter-relacionam e se complementam com o objetivo de oferecer uma visão abrangente do problema em questão.

Com base no diagnóstico das necessidades de saúde numa determinada área geográfica e na definição de grades assistenciais de referência pactuadas entre gestores de suas unidades federadas, torna-se necessário organizar os sistemas regionais de saúde em suas especificidades e estabelecer protocolos e fluxos dos pacientes nos diferentes níveis de atenção de suas unidades componentes – o que denominamos Regulação.

De forma mais específica, a Regulação do Acesso à Assistência (objeto principal desta análise situacional), visa a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e através de fluxos assistenciais no âmbito do SUS; e abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso com base em protocolos, classificação de risco e outros critérios técnicos de priorização.

Os processos regulatórios propiciam à gestão pública o estabelecimento de um melhor controle do acesso aos serviços ofertados e da aplicação dos recursos (eficiência), os quais favorecem a organização do sistema de saúde para a atenção às urgências (eficácia) e qualificam essa atenção de forma a proporcionar o alcance em maior dimensão dos objetivos sanitários coletivos propostos na política de saúde (efetividade).

Considerando sua importância, a regulação do acesso constitui um dos principais eixos da atual gestão da SES-GO, neste contexto a Regulação Estadual objetiva dar suporte à reestruturação do processo quanto às funções de execução e gerenciamento, em consonância com o Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde no Estado de Goiás e demais instrumentos de planejamento.

A regulação do acesso é então organizada a partir das pactuações intermunicipais, que são homologadas na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), de acordo com a disponibilização



do acesso pelas Secretarias Municipais e/ou Estadual para os complexos reguladores municipais de cada município executor.

A Regulação do Acesso se dá pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão quer seja por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos ou outros que se fizerem necessários, para isso requer a utilização de sistemas informatizados.

O Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente o SISREG III – Sistema Nacional de Regulação, que é um sistema web, criado para o gerenciamento de um Complexo Regulador, por meio de módulos que permitem a inserção da oferta, da solicitação até a confirmação do atendimento do usuário, bem como a regulação de leitos hospitalares. Porém sua utilização não é compulsória.

Atualmente no Estado de Goiás, de forma geral, o gestor (municipal ou estadual) que possui unidades executantes de serviços de média e alta complexidade (gestor executante) livremente escolhe qual sistema informatizado utilizará para disponibilizar o acesso aos gestores que referenciam uma determinada demanda (gestor solicitante). Esta liberdade de escolha dá causa a existência de diferentes sistemas para a Regulação do Acesso aos serviços de saúde.

Sem prejuízo de outros gestores executantes que possam existir no Estado, de forma exemplificativa citamos abaixo os sistemas informatizados operacionalizados pelos gestores executantes com maior capacidade instalada no estado:

- Complexo Regulador em Saúde de Goiás – utiliza o SISREG III para ambulatório e eletivas, SERVIR para internação e urgência e o SisCNRAC para regulação de alta complexidade interestadual;
- Goiânia – utiliza sistema próprio para todos os módulos;
- Aparecida de Goiânia – utiliza o sistema SISREG III para eletivas e urgência e INOVART para ambulatório;
- Anápolis – utiliza o sistema MV (em transição entre o SISREG III e o sistema MV);
- Rio Verde – utiliza o sistema SISREG III para ambulatório e eletivas e o SERVIR para internação e urgência.



Conforme demonstrado na tabela abaixo, atualmente as 18 (dezoito) regiões de saúde do estado possuem Centrais de Regulação do Acesso divididas em:

- 01 (um) Complexo Estadual Regulador em Saúde;
- 246 (duzentos e quarenta e seis) Centrais Municipais de Regulação Ambulatorial - a grande maioria funciona somente como solicitante;
- 04 (quatro) Centrais Municipais de Regulação de Internações – executantes e solicitantes;
- 12 (doze) Centrais Regionais de Regulação de Urgência – SAMU 192 – executantes de atendimento pré-hospitalar de urgência e solicitantes de internação para serviço hospitalar.

Os municípios que não possuem Central de Regulação de Internação lançam suas solicitações, por telefone, às Centrais de Regulação de Urgência do SAMU 192 (CRU SAMU 192), as quais são regionais e intermediam as solicitações às Centrais de Regulação de Internação que possuem unidades executantes de referência (gestores executantes).

Quadro 01: Distribuição de Centrais de Regulação.

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO POLO	QTD. DE MUNICÍPIOS	Distribuição de Centrais de Regulação/módulo (solicitante ou executante)	Localização geográfica da Central de Regulação	
SUPERINTENDÊNCIA DO COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DE GOIÁS SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS				- Central Estadual de Regulação Ambulatorial	Goiânia	
				- Central Estadual de Regulação de Internação	Goiânia	
				- Central Estadual de Regulação de Urgência e Emergência	Goiânia	
				- Central Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas	Goiânia	
				- Central Estadual de Transplantes	Goiânia	
CENTRO OESTE	1	–	Goiânia	26	- Central Municipal de	Todos os

	CENTRAL			Regulação ambulatorial	municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Goiânia
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Goiânia
	2 – RIO VERMELHO	Goiás	17	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Não possui
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Goiás
	3 – OESTE I	Iporá	16	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Não possui
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Iporá
	4 – OESTE II	São Luís de Montes Belos	13	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Não possui
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Iporá
CENTRO NORTE	5 – NORTE	Porangatu	13	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Não possui
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Porangatu

	6 – SERRA DA MESA	Uruaçu	9	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Não possui
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Porangatu
	7 – PIRENEUS	Anápolis	10	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Anápolis
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Anápolis
	8 – SÃO PATRÍCIO I	Ceres	20	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Não possui
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Ceres
	9 – SÃO PATRÍCIO II	Goianésia	8	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Não possui
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Ceres
NORDESTE	10 – ENTORNO NORTE	Formosa	8	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Não possui
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Formosa

	11 – ENTORN O SUL	Luziânia	7	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Não possui
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Luziânia
	12 – NORDES TE I	Campos Belos	5	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Não possui
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Formosa
	13 – NORDES TE II	Posse	11	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Não possui
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Formosa
SUDOESTE	14 – SUDOES TE I	Rio Verde	18	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Rio Verde
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Rio Verde
	15 – SUDOES TE II	Jataí	10	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Não possui
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Rio Verde

CENTRO SUDESTE	16 – CENTRO SUL	Aparecida de Goiânia	25	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Aparecida de Goiânia
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Aparecida de Goiânia
	17 – ESTRADA DE FERRO	Catalão	18	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Não possui
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Caldas Novas
	18 – SUL	Itumbiara	12	- Central Municipal de Regulação ambulatorial	Todos os municípios
				- Central Municipal de Regulação de Internações	Não possui
				- Central Regional de Regulação de Urgências SAMU192	Itumbiara

Fonte: SUPCRS/ SES-GO.

A Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás (SUPCRS) passou a compor a estrutura da Secretaria Estadual da Saúde por meio da Lei nº 20.491, de 25 de junho de 2019, em consonância ao projeto do governo para reorganização da assistência à saúde da população do Estado de Goiás e tem por finalidade coordenar, supervisionar, orientar as ações de regulação do acesso à assistência à saúde. Dentre suas atividades está a implantação e implementação de políticas públicas, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, objetivando assistência integral à saúde da população goiana de forma regionalizada.

A operacionalização do processo regulatório da SES-GO contempla a implantação de centrais de agendamento de consultas, exames e terapias, de leitos hospitalares, cirurgias eletivas e também da central de regulação de urgência e emergência, regulação de transplantes e regulação de alto custo para tratamento fora de domicílio, que considera os



aspectos clínicos e os fluxos assistenciais para o acesso, através do trabalho integrado das gerências de regulação da Superintendência (SUPCRS).

No estado de Goiás, a regulação de vagas para internações hospitalares e de urgência é realizada por cinco centrais que solicitam e disponibilizam serviços que estão sob sua gestão: Complexo Regulador Estadual (CRE), Central de Regulação de Internação do município de Goiânia, Central de Regulação de Internação e de Anápolis, Central de Regulação de Internação e de Aparecida de Goiânia e Central de Regulação de Internação de Rio Verde. Como dito anteriormente, cada uma operacionaliza um sistema informatizado de regulação de acordo com a decisão do seu gestor e o disponibiliza para as Centrais de Regulação de Internação ou de Urgências (CRU SAMU 192) solicitantes.

O Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE) é um serviço de atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Estado da Saúde com Unidades de Suporte Avançado e Aeronaves, e é vinculado diretamente à Gerência de Regulação de Urgência e Emergência (GERUE) da SUPCRS, destinado ao atendimento de urgência e emergência, por meio de uma parceria com o Corpo de Bombeiros da Secretaria de Estado de Segurança Pública.

No caso de acionamento do SAMU-192 ou o SIATE, por meio do Corpo de Bombeiros 193, a solicitação de vaga será realizada pela respectiva Central de Regulação de Urgências (CRU SAMU 192) à Central de Regulação de Internação Municipal ou Estadual, conforme abrangência. Caberá ao médico regulador de urgências a avaliação do enquadramento em situação de vaga zero. Nesse caso, o médico regulador de urgência autoriza, utilizando a prerrogativa de autoridade sanitária competente, o transporte imediato do usuário para a porta de entrada de urgências mais próxima ou mais adequada para assistência ao quadro clínico apresentado.

A regulação de vagas para consultas, SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) e cirurgias eletivas é realizada por meio de Centrais de Regulação Ambulatoriais Municipais Solicitantes diretamente à Central de Regulação Ambulatorial Municipal ou Estadual (Executante), por meio do sistema informatizado disponibilizado pelo gestor executante, exceto 43 municípios das regiões Rio Vermelho, Oeste I e Oeste II que tem suas solicitações ambulatoriais intermediadas junto à SMS de Goiânia pelo Complexo Estadual Regulador em Saúde.



É importante mencionar que a SUPCRS controla e operacionaliza o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) que é um serviço de logística para realização de procedimentos alta complexidade para outros estados, através das unidades, regulados por meio da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC) e Gerência de Transplantes (GERTRAN).

No âmbito estadual a Coordenação da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC) regula, através de Sistema Nacional de Regulação de Alta Complexidade (SisCNRAC), serviços não habilitados no estado para determinados procedimentos de alta complexidade das seguintes especialidades: cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia e traumatologia.

No que tange sobre a regulação do acesso aos serviços de transplante intra e interestadual, atualmente, no Estado de Goiás, o acesso a estes serviços não é padronizado e não contempla todas as ações dos transplantes, deixando o potencial receptor de órgãos ou tecidos desassistido, contribuindo inclusive para a demora da inserção do paciente ao Cadastro Técnico Único.

Com o objetivo de assegurar que todo paciente com necessidade de avaliação pré-transplante acesse os serviços de maneira democrática e equitativa e com objetivo de otimizar as vias de acesso da população aos serviços de transplante, reforçamos a necessidade da elaboração e implantação de Política de Incentivo aos Transplantes de Órgãos e Tecidos, com protocolos e padronização dos fluxos de acesso no âmbito estadual.

Por fim, concluímos que o modelo regulatório em funcionamento no Estado de Goiás inviabiliza a unificação das listas de acesso para os mesmos recursos assistenciais que existem em todo território goiano. Essa fragmentação possibilita e estimula a presença do paciente em várias listas concomitantes, dificultando o acesso em tempo oportuno e não aproveitando de forma adequada os recursos disponíveis.

Nesse contexto, torna-se compreensível a importância da implementação de um processo de regulação estadual ordenado de forma central, com protocolos, fluxos e critérios de priorização padronizados e com sistemas informatizados para regulação do acesso intercomunicáveis, senão único, tendo em vista a otimizar o acesso, que usualmente, no Estado de Goiás, é operacionalizado de forma pouco resolutiva.



1.2.1.1 Transplantes de Órgãos e Tecidos

A Gerência de Transplantes (GERTRAN) é responsável por planejar, executar e monitorar os serviços relacionados aos processos de doação, captação e distribuição de órgãos e tecidos no Estado de Goiás e é representante regional do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), no âmbito nacional denominada Central Estadual de Transplantes – CET-GO, (Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017). Foi credenciada pelo Sistema Nacional de Transplantes / Ministério da Saúde em 1999, pela Portaria nº. 78 de 9 de Março, publicada em 11 de Março de 1999 no Diário Oficial da União.

A rede assistencial para transplantes é composta por serviços dentro e fora do Estado de Goiás. Atualmente no Estado de Goiás estão credenciados serviços para transplantes de córnea, medula óssea, rins, fígado, coração e tecido ósseo em diferentes unidades hospitalares, todas localizadas na capital Goiânia.

Apesar da Notificação de Morte Encefálica ser compulsória em todas suas etapas (Decreto 9.175, de 18 de outubro de 2017), os dados mostram que elas estão concentradas nos hospitais da rede própria, especialmente no Hospital de Urgências Otávio Lage – HUGOL e no Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO.

No ano de 2019 foram registradas 435 notificações de Morte Encefálica, número este 11% superior ao mesmo período de 2018. Destas, 81% são oriundas de hospitais da rede própria estadual, citados anteriormente.

Todo paciente em coma não perceptivo e apneia, independentemente da condição de doador ou não de órgãos e tecidos que esteja em tratamento e observação em ambiente hospitalar pelo período mínimo de seis horas, tem direito à investigação de diagnóstico de morte encefálica, considerando os pré-requisitos determinados em Resolução do Conselho Federal de Medicina, nº 2.173, de 23 de Novembro de 2017.

Quanto ao Diagnóstico de Morte Encefálica é imprescindível que o médico tenha no mínimo um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenham acompanhado ou realizado pelo menos dez (10) protocolos de determinação de ME ou curso de capacitação para determinação em ME, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina, citada acima.



Tabela 01: Número de médicos capacitados para o Diagnóstico de ME.

MÉDICOS COM CAPACIDADE PARA REALIZAR DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA EM GOIÁS

Nº de médicos com experiência em mais de 10 protocolos	Nº de médico que participaram do curso oferecido pela SES-GO	
57	Em 2018 - 38	Em 2019 - 55
TOTAL: 150		

Fonte: CET-GO 2019.

Apesar do aumento progressivo das notificações de morte encefálica e da taxa de 62,9 *pmp* ser superior a média nacional, 54,7 *pmp*, ainda podemos observar que existe uma sub-notificação de possíveis doadores de órgãos, considerando que no ano de 2019, dos 66 estabelecimentos de saúde do Estado de Goiás com perfil notificador, apenas 38 notificaram um total de 435 diagnósticos de ME. Sendo que as notificações da rede própria estadual (355) representam 81% das notificações neste ano.

Após análise dos dados estatísticos da CET observamos também que as doações de córneas estão concentradas nos Institutos Médicos Legais – IML e no Serviço de Verificação de Óbito – SVO, onde os Bancos de Tecidos Oculares de Goiás possuem pontos fixos. Podemos afirmar que os óbitos com potencial doadores de córneas também estão sendo sub-notificados.

Nesse sentido, faz-se necessário elaborar uma política de incentivo à doação de órgãos em Goiás, incluindo-se nesta, metas de atuação das OPOs e CIHDOTT's com o objetivo não somente de aumentar as notificações de morte encefálica e de doadores de córnea, mas também de aumentar do número de doações efetivas em nosso Estado.

Considerando a estimativa de número de transplantes do Registro Brasileiro de Transplantes da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO de 2019, Goiás não conseguiu suprir a necessidade de Transplantes conforme tabela abaixo:

Tabela 02: Estimativa da necessidade de transplantes em Goiás.

Necessidade anual estimada e nº de transplantes	Córnea	Rim	Fígado	Coração	Pulmão
Necessidade estimada	623	415	173	55	55
Transplantes realizados	531	219	6	0	0

Fonte: RBT/ABTO, 2018



O desafio de aumentar o número de transplantes é intrinsecamente ligado ao ato de buscar diariamente nos hospitais com leitos de UTI, a localização de potenciais doadores de órgãos e tecidos humanos para transplantes, conforme previsto na Portaria GM nº 905, de 16 de Agosto de 2000 e na Portaria GM nº 92, de 23 de Janeiro de 2001. A busca ativa é um procedimento inerente das Organizações de Procura de Órgãos (OPO) em conjunto às Comissões Intra – hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT.

A OPO tem o papel de coordenação supra-hospitalar, responsável por exercer atividades de identificação, manutenção e captação de potenciais doadores para fins de transplantes de órgãos e tecidos no âmbito de sua atuação e, no Estado de Goiás está sob coordenação da CET-GO.

Em Goiás há apenas uma OPO em funcionamento e 2 (duas) em processo de implantação, cada qual com sua área de abrangência.

Quadro 02: Área de abrangências das OPO's de Goiás.

OPO HUGOL	OPO HUGO	OPO HUANA
Macrorregião Sudoeste	Macrorregião Sudeste	Macrorregião Centro-Norte
Macrorregião centro-oeste	Macrorregião centro-oeste	Macrorregião Nordeste

Fonte: CET-GO, 2019.

No início de 2018 foi implantada a OPO do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Dr. Otávio Lage de Siqueira (OPO HUGOL). Com previsão de mais duas implantações em 2020: a Hospital de Urgências de Anápolis Dr. Henrique Santillo (OPO HUANA) e Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (OPO HUGO).

No Brasil, a recusa familiar para doação ainda é o grande obstáculo a ser vencido. Em Goiás esse cenário também não é diferente, pois das 262 entrevistas familiares realizadas em 2019, 68% resultaram em negativa para doação de órgão, índice esse muito superior a média nacional (43%).

Tais notificações resultaram em 75 doações efetivas de órgãos e, em consequência, foram captados 215 órgãos sólidos de doadores em ME e 19 rins de doares vivos. Sendo 161 rins, 43 fígados, 7 corações e 4 pâncreas. Destes 104 órgãos foram destinados a Goiás e 79

para outros estados do país. Totalizando 227 transplantes de órgãos sólidos, sendo que 123 foram recebidos de outros estados do país.

Quanto às captações de tecidos, tivemos 114 de córneas captadas pelas unidades hospitalares e 590 pelos Bancos de Olhos nos Institutos Médicos Legais – IML e no Serviço de Verificação de Óbito – SVO. Totalizando 596 transplantes efetivos de córneas, 70 transplantes de medula óssea e 14 transplantes de tecido músculo esquelético.

A negativa familiar é o principal motivo para que um órgão não seja doado no Brasil. A principal justificativa das famílias para não doar órgãos é o fato de nunca terem conversado com o possível doador sobre o desejo de doar. Nesse sentido a divulgação e o esclarecimento são de fundamental importância para que a população possa criar uma consciência sobre a doação de órgãos. Destaca-se também a importância em capacitar profissionais de saúde nas várias etapas do processo, pois estes são fatores decisivos para o resultado final da entrevista familiar.

Figura 22: Resumo situacional de captação, distribuição e transplantes no Estado de Goiás – 2.

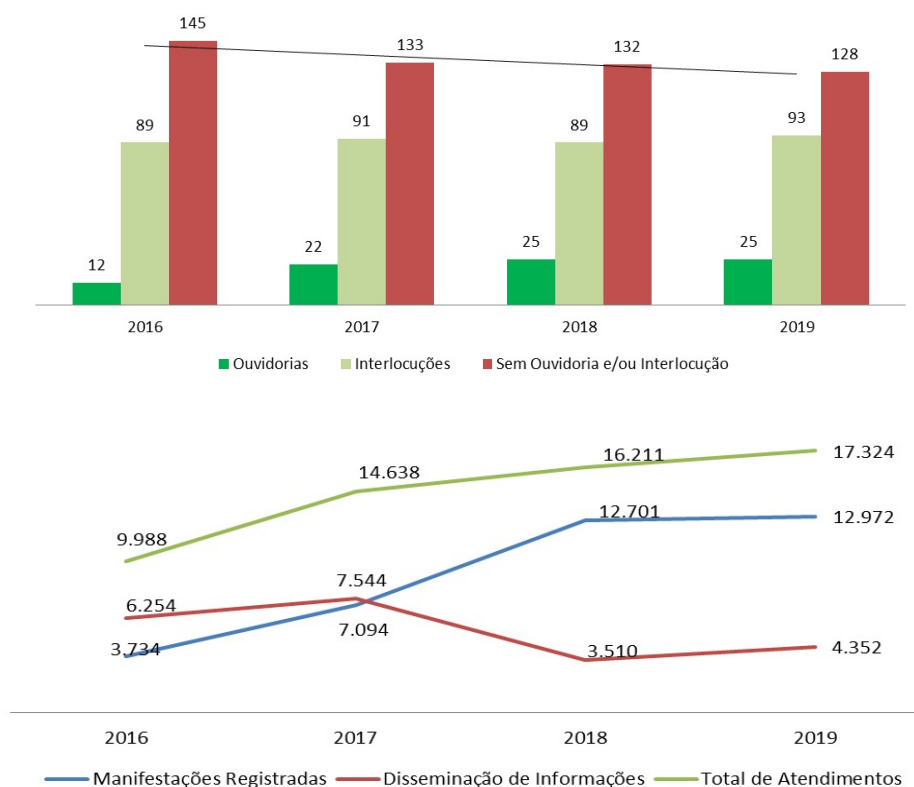


Tabela 03: Transplantes de órgãos em Goiás.

MÊS	DOADORES OCULARES	TECIDOS CAPTADOS				TRANSPLANTES REALIZADOS							
		CÓRNEA				CÓRNEA			MEDULA ÓSSEA				MÚSCULO ESQUELÉTICO
		ÓPTICA	TECTÔNICA	IMPRÓPRIA	ESCLERA	CÓRNEA	ESCLERA	MEDULA ÓSSEA AUTÓLOGO			MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICO		
								ACCAJ	HOSP. MATER. JD. AMERICA	CLÍNICA SANTA MÔNICA		ACCAJ	
Janeiro	49	75	11	10	11	80	7	2	3	0	2	0	
Fevereiro	47	69	11	13	5	66	6	2	2	0	1	0	
Março	37	62	3	9	6	70	4	4	2	0	1	1	
Abril	46	72	7	12	5	65	3	5	3	0	0	1	
Maio	45	52	13	24	1	59	6	3	3	0	1	1	
Junho	14	17	2	8	11	38	4	3	2	0	1	2	
Julho	16	7	11	14	2	16	9	4	0	0	0	2	
Agosto	25	25	7	17	2	31	5	2	3	0	2	0	
Setembro	8	6	4	6	2	15	3	2	1	0	2	4	
Outubro	21	19	7	14	0	25	4	3	1	0	0	2	
Novembro	27	26	12	16	0	40	7	2	2	0	1	1	
Dezembro	22	20	4	19	0	26	7	3	0	1	1	0	
TOTAL	357	450	92	162	45	531	65	35	22	1	12	14	
		704				596		70					

Fonte: Gerência de Transplantes Goiás.

Tabela 04: Transplantes de órgãos sólidos realizados em Goiás.

MÊS	TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS SÓLIDOS REALIZADOS EM GOIÁS								
	RENAL (DOADOR CADÁVER)			RENAL (DOADOR VIVO)			CORAÇÃO	FIGADO	
	HGG	SANTA CASA	SANTA HELENA	HGG	SANTA CASA	SANTA HELENA	SANTA CASA	HGG	
Janeiro	7	0	2	0	0	0	0	0	
Fevereiro	11	4	2	0	0	1	0	1	
Março	12	2	1	1	2	0	0	1	
Abril	12	0	0	1	0	0	0	0	
Maio	12	0	0	1	0	0	0	0	
Junho	8	4	6	1	0	0	0	2	
Julho	0	3	0	0	0	0	0	0	
Agosto	18	0	4	5	0	0	0	2	
Setembro	17	1	3	1	1	0	0	0	
Outubro	25	1	3	0	2	1	0	0	
Novembro	29	1	7	0	1	0	0	0	
Dezembro	6	0	1	0	1	0	0	0	
TOTAL	157	16	29	10	7	2	0	6	
		202			19				

Fonte: Gerência de Transplantes Goiás.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1.2.2 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) centrada na comunidade e na família constitui-se como sendo o nível da atenção à saúde ordenador da rede, bem como reorientador do modelo assistencial. A APS trata de uma dimensão que visa a proteção, promoção, prevenção e restabelecimento da saúde. Logo, acompanha o ciclo de vida de sua população e os indivíduos que a compõem, a começar pela gravidez, amamentação, crescimento e desenvolvimento e o processo de envelhecimento.

A Gerência de Atenção Primária é parte da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, que representa hoje uma das áreas com relevância na agenda governamental. Tendo como compromisso, nesta gestão, “ampliar o acesso e aperfeiçoar a Estratégia de Saúde da Família” O adequado gerenciamento da APS constitui uma ferramenta de aperfeiçoamento da gestão do SUS e otimização de resultados, pois através de ações efetivas na APS propicia-se a prestação de uma assistência integral, contínua e de boa qualidade. Logo, evita-se gastos desnecessários com serviços especializados e/ou alta complexidade e a sobrecarga no SUS.

A Gerência de Atenção Primária está composta pelas coordenações:

- Coordenação de Atenção Primária em Saúde Bucal;
- Coordenação de Gestão da Atenção Primária a Saúde;
- Coordenação de Acesso, vínculo e carteira de serviço;
- Coordenação de integração de cuidado;
- Coordenação de monitoramento, avaliação e qualidade;
- Coordenação de ciclos de vida;
 - Subcoordenação da mulher e da criança;
 - Subcoordenação do adolescente, homem e idoso.
- Coordenação de Práticas Integrativas;
- Coordenação de IST/Aids;
- Subcoordenação administrativa.

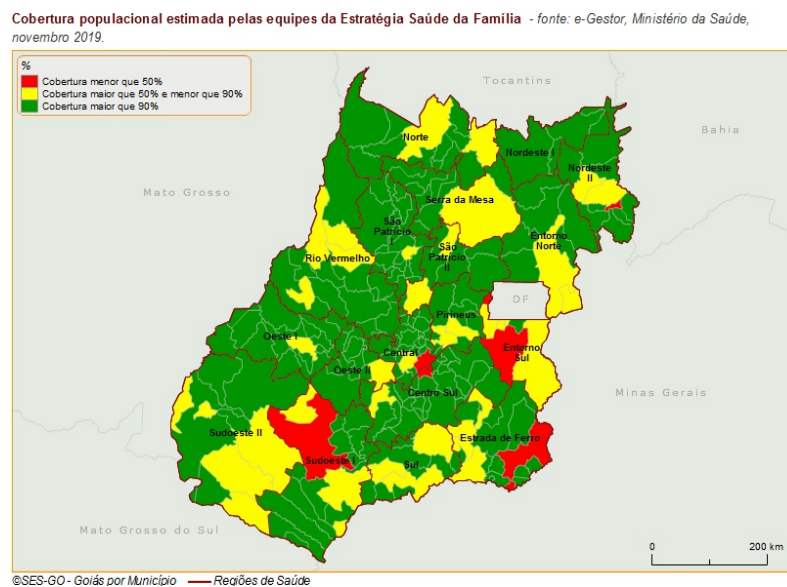
A Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS instituiu em 2015 a Planificação da Atenção à Saúde, com o apoio do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS, pactuado em Comissão Intergestores Bipartite (Resolução nº 060/2015). A Planificação da Atenção à Saúde é um

Instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde, (CONASS, 2018). Tem o objetivo de reorganização do processo de trabalho nas Unidades de Saúde, bem como de ampliar, qualificar e humanizar o atendimento nas Unidades de Saúde em todo o Estado. A Planificação da Atenção à Saúde baseia-se em estratégias como a qualificação dos profissionais que atuam na Atenção à Saúde nos 246 municípios goianos, num processo de educação permanente, através de Oficinas teóricas da Planificação da Atenção à Saúde e Oficinas Tutoriais, colocando a teoria em prática.

Em 2017 a Tutoria alcança 63 municípios, distribuídos em 8 Regiões de Saúde. No ano seguinte ampliou para 147 (59,76%) municípios e as 18 Regiões de Saúde (100%). Iniciou articulações para organização da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) nas Regiões de Saúde Entorno Sul e Pireneus. Atualmente 178 (72,35%) municípios estão em Tutoria.

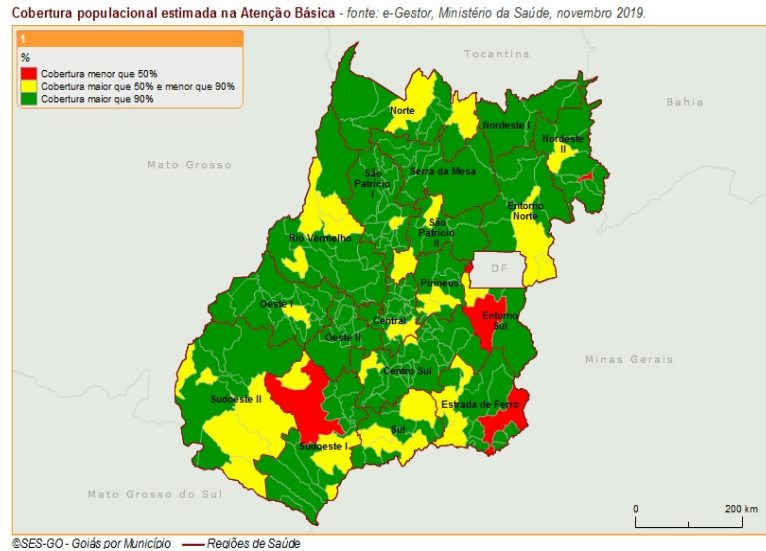
A Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás teve avanços significativos nos últimos anos, passando de 1328 equipes de Saúde da Família implantadas em 2015 para 1.518 equipes em novembro de 2019, ou seja, a cobertura passou de 64,77% para 68,14%.

Figura 23: Cobertura Populacional Estimada da Estratégia Saúde da Família em Goiás, Novembro/2019.



Fonte: e-Gestor Ministério da Saúde, novembro 2019.

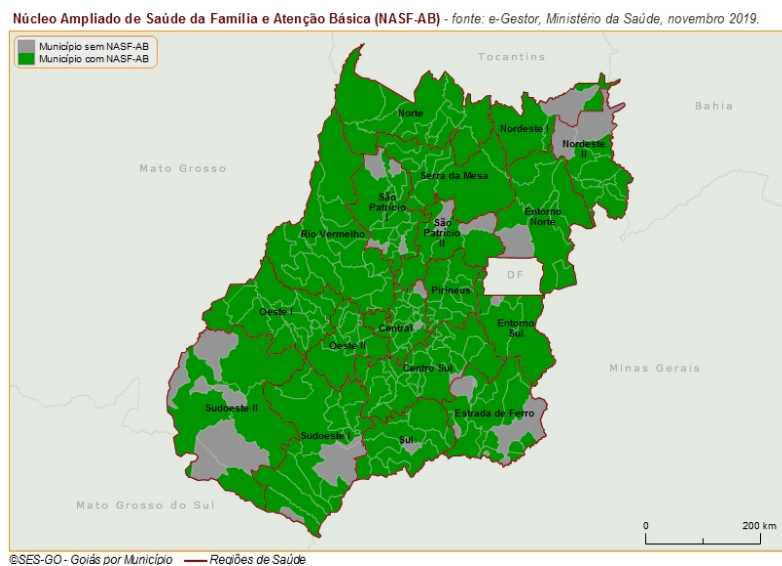
Figura 24: Cobertura Populacional Estimada da Atenção Primária em Goiás, Novembro/2019.



Fonte: e-Gestor Ministério da Saúde, novembro 2019.

Em relação à implantação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em 2016 existiam 188 NASF-AB implantados no Estado, hoje são 240 equipes de NASF- AB, distribuídos em 217 municípios, de acordo com a Figura abaixo.

Figura 25: Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Goiás, Novembro/2019.



Fonte: e-Gestor Ministério da Saúde, novembro 2019.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde

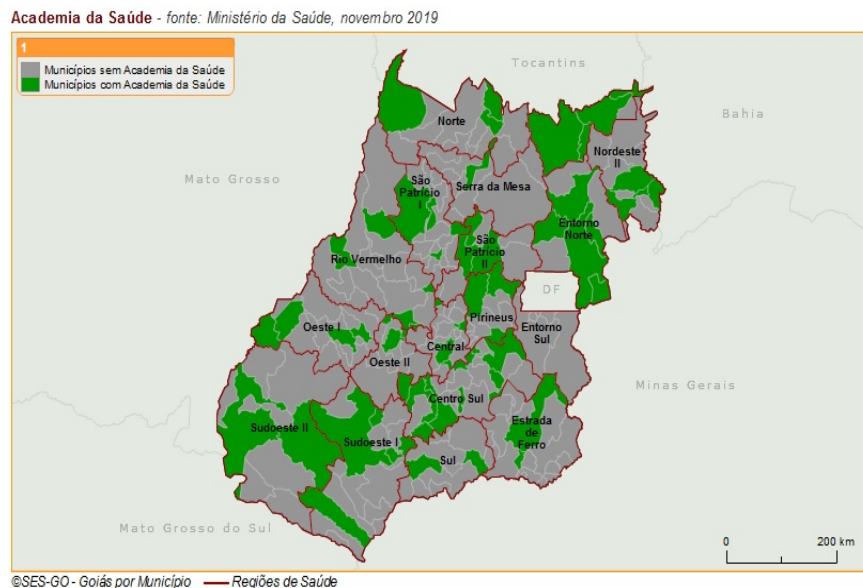


Atualmente o consultório na rua está presente em 04 municípios (Anápolis, Aparecida de Goiânia, Goiânia e Trindade) totalizando 08 equipes.

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB que em 2014/2015 contava com 243 municípios e 1176 equipes de Saúde da Família aderidos e 50 equipes dos NASF-AB, no 3º ciclo, em 2019, teve uma adesão de todos os 246 municípios goianos, representando um quantitativo de 1013 equipes de Saúde da Família com equipes de Saúde Bucal, 352 equipes de Saúde da Família sem equipes de Saúde Bucal e 97 equipes de NASF-AB.

O programa Academia da Saúde possui 133 polos credenciados em dezembro de 2019, e 46 propostas de construção de pólos de Academia da Saúde estão sendo analisadas pelo Ministério da Saúde.

Figura 26: Cobertura Populacional Estimada da Atenção Primária em Goiás, Novembro/2019.



Fonte: Ministério da Saúde, novembro 2019.

Os principais desafios identificados pela Gerência da Atenção Primária à Saúde foram:

- Necessidade de fortalecimentos do Sistema de Informação da Atenção Primária, e-SUS Atenção Básica, nos municípios no Estado;



- Necessidade de implantação/ implementação das ferramentas para a reorganização dos processos de trabalho na Atenção Primária;
- Necessidade de propiciar qualificação técnica de gestores e profissionais de saúde/Secretaria de Estado da Saúde/municípios;

Os principais avanços identificados na Gerência da Atenção Primária à Saúde foram:

- Reforma no organograma da SAIS com criação da Gerência de Atenção Primária e reorganização das áreas temáticas dentro das coordenações.
- Novo modelo de Financiamento da APS instituído pelo Ministério da Saúde (MS), que valoriza a população cadastrada, vulnerabilidade, perfil demográfico, classificação geográfica, indicadores de saúde e incentivo para ações estratégicas.
- Os indicadores de saúde a serem utilizados como parâmetro para pagamento por desempenho, definidos pelo MS na Portaria 3222/2019: proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. Os indicadores do pagamento por desempenho para os anos de 2021 e 2022 contemplarão as seguintes ações estratégicas: ações multiprofissionais no âmbito da atenção primária à saúde; ações no cuidado puerperal; ações de puericultura (crianças até 12 meses); ações relacionadas ao HIV; ações relacionadas ao cuidado de pessoas com tuberculose; ações odontológicas; ações relacionadas às hepatites; ações em saúde mental; ações relacionadas ao câncer de mama; e Indicadores Globais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente com reconhecimento e validação internacional e nacional, como o Primary Care Assessment Tool (PCATool - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária), o Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9 - Questionário de



Avaliação da Relação Médico-Paciente) e o Net Promoter Score (NPS - Escala de Satisfação do Usuário).

- Consolidação da Atenção Primária como Gerência;
- Criação da Coordenação de Acesso, Vínculo e Carteira de Serviços que está caracterizada em exercer ações e serviços que visam orientar, qualificar e padronizar a oferta de serviços na Atenção Primária, adotando uma visão não apenas assistencial, mas também do ponto de vista da integralidade do cuidado.
- Criação da Coordenação de Integração do Cuidado, que oferece apoio institucional aos municípios para garantir integralidade da atenção, bem como a utilização de ferramentas que fortalecem esse processo; estabelecer estratégias, parâmetros, bem como elaboração de Diretrizes, Protocolos Clínicos e Linhas Guias para o adequado cumprimento dos atributos da APS.
- Integração das Coordenações de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas e IST/AIDS que faziam parte de outra gerência.

1.2.2.1 Monitoramento, Avaliação e Qualidade

O monitoramento compreende o acompanhamento sistemático das ações por meio de indicadores visando subsidiar gestores sobre andamento dos seus objetivos com informações tempestivas, simples e em quantidade adequada que possa orientar as tomadas de decisão. Faz parte do ciclo Planejar- Executar – Monitorar - (Re)Avaliar (PDCA), após o planejamento e a execução inicial, o momento check verifica metas para suportar as avaliações e os resultados alcançados.

A avaliação é a fase posterior à produção das informações a partir dos dados encontrados, onde são realizadas as proposições de medidas de correção para melhoria dos processos ou dos produtos. A qualidade está relacionada às percepções individuais, às necessidades e expectativas e é muito influenciada pelos fatores culturais, educacionais. Por isso, a qualidade deve possuir parâmetros específicos para que possa ser quantificada, medida e avaliada.

A Coordenação de Monitoramento, Avaliação e Qualidade da Atenção Primária permeia todas as áreas da GERAP, uma vez que tem como atribuição o acompanhamento dos indicadores do SISPACTO e de pagamento de desempenho das equipes; e mantém estreito



relacionamento com as Regionais de Saúde para divulgação e disseminação dos resultados aos gestores e profissionais de saúde nos municípios para a melhoria dos processos de trabalho bem como da adequada inserção dos dados no SISAB/e-SUS.

O uso dos sistemas de informação em saúde está cada vez mais consolidado através da política de informatização das Unidades Básicas de Saúde pelo Ministério da Saúde, que faz repasse mensal aos municípios que aderirem ao programa para que possuam PEC. No novo modelo de financiamento do Ministério da Saúde a partir da Capitação Ponderada, o uso correto dos sistemas de informação é parte preponderante para o monitoramento dos cadastros bem como para alcance dos indicadores para o pagamento por desempenho. A Portaria nº 3222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil define os indicadores para o ano de 2020.

A qualidade dos dados inseridos pelos profissionais de saúde que produzem as ações e serviços ou pelo “digitador” no município constitui-se um desafio. A sensibilização destes agentes acerca da importância da colocação da produção no sistema conforme o cronograma anual do MS e que retrate a realidade dos serviços na Atenção Primária é fundamental para que o SISAB/e-SUS tenha fidedignidade na sua leitura/pesquisa para torná-lo uma base de dados confiável.

1.2.2.2 Atenção Primária em Saúde Bucal

A organização de redes de atenção integradas e regionalizadas permeiam toda a formulação do arcabouço constitucional do SUS, tanto nas proposições para organização do sistema de saúde como nas instâncias de gestão intergovernamentais que ampliaram as relações e vínculos entre os três entes federados na implantação das políticas de saúde. Esse processo, além de ampliar a descentralização dos serviços, estabelece mecanismos e fluxos de referência e contra referência intermunicipais que garantem o acesso dos cidadãos aos serviços, de acordo com suas necessidades, o mais próximo possível do seu local de residência.

Para a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), são necessárias formas de organização que articulem os serviços existentes, de forma que o processo de descentralização não sobrecarregue os municípios. Para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde,



ainda persistente, a proposta discutida atualmente diz respeito à estruturação de redes de atenção à saúde. (Portaria 4.279/2010)

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

No âmbito da saúde bucal, o serviço público dá sinais de realinhamento conceitual e operativo, rompendo com o paradigma “odonto centrado” e a atitude corporativa isolacionista. Destacam-se as experiências de inserção na Estratégia Saúde da Família (ESF), de regulação e ampliação de acesso a linhas de cuidado e níveis tecnológicos, que incluem os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), bem como novas bases para a formação profissional. Tais decisões conduzem a mudanças que consolidam as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. O modelo de atenção em saúde bucal, organizado em rede, provavelmente opera com melhor capacidade de resposta às aspirações e às necessidades individuais e coletivas, compensando a fracionada e insuficiente presença histórica do Estado no campo da saúde bucal coletiva (Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal / Ministério da Saúde, 2004).

Para otimizar o processo de trabalho na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) por meio da Coordenação de Saúde Bucal, foram designados profissionais para o apoio técnico e institucional e acompanhamento das ações de saúde bucal nas Regionais de Saúde (Apoiadores Regionais), descentralizando as atividades pertinentes ao âmbito estadual aos 246 municípios de Goiás. A partir daí, verificou-se a necessidade de fortalecer o grupo de trabalho formado pelos técnicos da Coordenação de Saúde Bucal e os Apoiadores Regionais em Saúde Bucal com a instituição do Grupo Técnico de Saúde Bucal, legitimado pela Resolução nº 243/2018 – CIB de 05/12/2018, especialmente no que diz respeito ao princípio da regionalização das ações para maior eficiência e amplitude, com maior envolvimento e comprometimento dos atores, como destacado na Portaria 4279/GM/MS de 30/12/2010 que estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde, bem como o Decreto 7508 de 28/06/2011 que define a Região de Saúde de maneira mais clara.

Com o objetivo de ofertar serviços odontológicos para as populações de locais que apresentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o Estado de Goiás foi contemplado com 13 Unidades Odontológicas Móveis (UOM), por meio do Programa Brasil



Sorridente. Trata-se de um consultório odontológico estruturado em veículo (que se desloca para áreas rurais e/ou assentamentos) devidamente adaptado e equipado para desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal, vinculado a uma eSB da ESF. Os municípios goianos que receberam a essas unidades móveis foram: Baliza, Nova Roma, Monte Alegre de Goiás, Campinaçu, Colinas do Sul, Novo Planalto, São João da Aliança, Faina, Teresina de Goiás, Trombas, Niquelândia, Padre Bernardo e Flores de Goiás.

Segundo dados do Departamento de Saúde da Família (DESF) do Ministério da Saúde: na competência novembro de 2019 o estado de Goiás, estava com 1.092 Equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo 1.017 eSB na Modalidade I e 75 eSB na Modalidade II. Existem ainda outras equipes de atenção primária trabalhando fora da Estratégia Saúde da Família. Segundo a mesma fonte, em outubro de 2019 a população de Goiás estava em 6.921.161 pessoas, com uma cobertura de saúde bucal na Atenção Básica de 59,64%, cobrindo uma população estimada de 4.128.473 pessoas. A equiparação do número de eSB com o número de Equipes de Saúde da Família (eSF) torna-se imprescindível para ampliação da cobertura da população de forma equânime e garantia do acesso aos serviços em todos os municípios.

Se considerarmos o indicador 19 do Pacto da Saúde- Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica (competência outubro de 2019) – o Estado de Goiás possui um percentual de cobertura de Saúde Bucal de 59,64% na Atenção Básica. A equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe profissional que se relacione com os usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Principais desafios à serem superados:

- Implementação de um projeto permanente de rastreamento e matriciamento do câncer de boca, visando o diagnóstico precoce e a contenção de agravos.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- A dificuldade dos profissionais desenvolverem ações interdisciplinares e interinstitucionais voltadas à integralidade do atendimento, situação essa agravada pela dificuldade dos gestores municipais de lidarem com as novas políticas na área de saúde que propõem a mudança do modelo assistencial curativista, para um modelo de assistência organizado em redes de assistência, onde as UBS representam a porta de entrada de todos os cidadãos dando acesso à população aos demais níveis de assistência de acordo com as necessidades de cada indivíduo;
- Unidades Básicas de Saúde Municipais com instalações físicas inadequadas; equipamentos em más condições de uso e conservação.
- Uma sobrecarga da demanda de atendimento das Equipes de Saúde Bucal da atenção básica devido a baixa capacidade instalada em desenvolver um fluxo de ações regionalizadas.
- A falta de monitoramento e avaliação em saúde bucal de forma institucionalizada.

1.2.2.3 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de técnicas e recursos que enfatizam a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente, e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio Portaria GM/MS nº 971/2006, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Esta Portaria foi alterada pela Portaria nº 849/GM/MS/2017 e pela Portaria nº 702/GM/MS/2018, para a inclusão de novas práticas, totalizando atualmente 29 práticas, sendo: ayurveda, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, termalismo social/crenoterapia, yoga, apiterapia, aromoterapia, bioenergética, cromoterapia, constelação familiar, geoterapia,



hipnoterapia, imposição de mãos, ozoniterapia e terapia de florais. Os procedimentos ofertados estão dentro do financiamento do PAB e não geram recursos por produção.

A PNPIC prioriza a inserção das PIC na Atenção Primária, e tem nos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) os seus maiores promotores no SUS. A oferta de PIC é transversal a toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo ofertada em serviços nos diversos pontos da rede, conforme organização e demanda local.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares é transversal em suas ações no SUS e possui convergência com várias Políticas Nacionais, tais como: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2017), Cadernos de Atenção Básica nº 19/2006 (Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa) e nº 33/2012 (Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento), Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS/2014), Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEP-SUS/2013), Educação Permanente, Assistência Farmacêutica, Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Povos e Comunidades Tradicionais, entre outras.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2016 as PIC eram ofertadas na Atenção Primária, em 54% dos municípios brasileiros e, em Goiás, por 55,2% dos municípios. Goiás conta com um centro de referência estadual, o Centro Estadual de Referência em Medicina Integrativa e Complementar (CREMIC), localizado em Goiânia, e que realizou no ano de 2019, um total de 26.777 atendimentos.

A Coordenação de Práticas Integrativas e Complementares iniciou suas atividades na Gerência de Atenção Primária no ano de 2020, a partir de uma reestruturação da SAIS, e tem por objetivo a efetivação da PNPIC no Estado, por meio do apoio à implantação e implementação das PIC, priorizando a Atenção Primária.

Principais desafios à serem superados:

- Romper com o modelo fragmentado da prática médica curativista;
- A carência de bancos de dados e de informações fidedignas, tais como: o número unidades com PIC e as práticas utilizadas, o número de profissionais e suas formações, entre outros;
- A sensibilização e instrumentalização dos gestores, técnicos e profissionais sobre as práticas integrativas e suas possibilidades no SUS;



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- A criação de protocolos técnicos;
- O monitoramento;
- A capacitação dos profissionais;
- A intersetorialidade;
- A pesquisa.

1.2.2.4 Ciclos de vida

Em relação ao ciclo de vida, é fundamental a melhoria do acesso e a qualidade dos serviços prestados a cada etapa da vida, observando as especificidades e as singularidades dos indivíduos, considerando as dimensões sociais, econômicas, culturais e biológicas. Destaque-se os grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social e com enfoque as questões relacionadas a cor/raça, gênero, sexualidade e idade.

O perfil demográfico têm apresentado mudanças substanciais no que concerne ao aumento da expectativa de vida, níveis de fecundidade e de mortalidade geral que tem gerado o aumento da expectativa de vida da população goiana. Para a melhoria da qualidade de vida e redução da morbimortalidade dos segmentos populacionais faz-se necessário acompanhar o perfil sociodemográfico e epidemiológico, considerando a diversidade, os determinantes e condicionantes sociais e as diferenças regionais e territoriais.

Goiás apresenta um propenso declínio na taxa de natalidade e fecundidade e um progressivo processo de envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida.

Em relação ao crescimento populacional, conforme Tabela abaixo, a projeção é de redução do número de crianças de 0 a 9 anos, e de adolescentes (10 a 19 anos), nos próximos quatro anos (2020-2023). E aponta para um crescimento da população adulta e idosa.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Tabela 05: Comparação do crescimento populacional, por sexo, em Goiás. (2020 e 2023)

Faixa Etária	2020	2023	2020	2023
	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino
0 a 4 anos	228.003,00	224.722,00	217.738,00	214.586,00
5 a 9 anos	241.853,00	236.605,00	231.389,00	226.293,00
10 a 14 anos	262.554,00	253.840,00	251.945,00	243.402,00
15 a 19 anos	295.458,00	283.734,00	282.567,00	270.919,00
20 a 24 anos	304.954,00	311.945,00	290.220,00	296.152,00
25 a 29 anos	306.660,00	312.372,00	291.211,00	296.528,00
30 a 34 anos	300.433,00	306.570,00	285.610,00	290.201,00
35 a 39 anos	295.226,00	300.072,00	289.976,00	288.731,00
40 a 44 anos	268.937,00	286.001,00	271.286,00	285.577,00
45 a 49 anos	233.843,00	253.109,00	240.298,00	258.143,00
50 a 54 anos	207.085,00	219.222,00	216.763,00	228.858,00
55 a 59 anos	175.362,00	190.303,00	187.475,00	203.629,00
60 a 64 anos	135.261,00	153.281,00	149.685,00	169.521,00
65 a 69 anos	99.624,00	113.008,00	112.581,00	129.508,00
70 a 74 anos	68.540,00	78.857,00	79.126,00	92.388,00
75 a 79 anos	42.980,00	49.572,00	51.472,00	60.264,00
80 a 84 anos	25.606,00	28.247,00	32.433,00	36.351,00
85 a 89 anos	12.220,00	14.274,00	16.339,00	19.536,00
90 anos e mais	6.296,00	7.311,00	8.487,00	10.342,00

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. [Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030.](#)

As mudanças relacionadas à queda da fecundidade e da natalidade fortalece as preocupações sobre a sobrevivência das crianças que estão nascendo, enfocada a redução da mortalidade infantil. Pois, emerge a preocupação sobre o déficit de população produtiva e ativa; o aumento dos níveis de dependência populacional – em específico em relação ao aumento da população idosa –; e o aumento da taxa de mortalidade em decorrência de causas externas que atingem especialmente o estrato etário mais jovem da sociedade.

1.2.2.4.1 Saúde da Criança

Dentre os grupos populacionais que impõe forte preocupação na saúde pública envolvem a infância. A infância está compreendida entre o período etário de 0 a 9 anos, sendo subdividido em primeira infância, de 0 a 6 anos; e a segunda infância, de 07 anos a

puberdade. Nesse grupo um dos indicadores de maior importância é a taxa de mortalidade infantil (TMI).

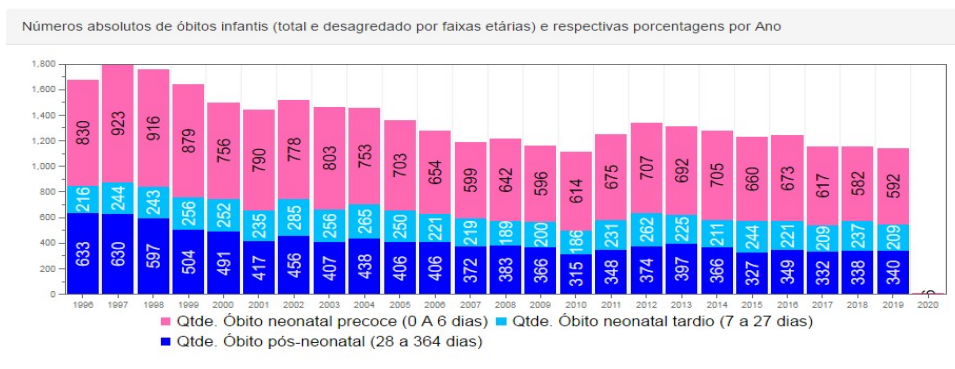
A TMI refere-se ao risco de um nascido vivo vir a óbito antes de completar 01 ano de vida. Observa-se que no contexto global que a melhoria das condições sanitárias e de vida – assistência à saúde, nutrição e saneamento básico – tem apresentado um quadro de redução de óbitos infantis. Essa configuração já é evidenciada no contexto brasileiro, ao longo dos anos, o país tem reduzido, de maneira significativa, a mortalidade infantil.

É importante destacar que as diferenças regionais são bastante acentuadas em relação a TMI, especialmente pela configuração dos territórios e a disponibilização desigual de serviços e bens, especialmente na saúde.

A ocorrência de óbitos infantis nos primeiros dias de vida por questões genéticas e causas ligadas ao parto apontam a necessidade de investimento na saúde da gestante com ações pré-natais e puerperais visando a redução dessa condição de óbito infantil precoce. Além disso, é fundamental a criação de ações sanitárias objetivando prolongar a sobrevivência dessa criança.

No Estado de Goiás, no ano de 2018, a taxa de mortalidade infantil foi de 12,48%, de acordo com informações extraídas do DATASUS/ MS. Observa-se que o componente neonatal (0 a 27 dias de vida) possui relação com mais de 60% dos óbitos infantis, sendo que no ano de 2013 esse valor foi de 69,78%. Em relação aos óbitos neonatais por causas evitáveis, em primeiro lugar encontram-se causas reduzíveis pela atenção à gestação, sendo responsável por 38,05% dos óbitos. A seguir, os reduzíveis pela atenção ao recém-nascido – 32,36%, e os reduzíveis pela atenção ao parto – 17%. (GOIÁS, 2014).

Figura 27: Números absolutos de óbitos infantis e respectivas porcentagens por ano.



Fonte: SIM/SINASC/DATASUS – Dados 2018, 2019 e 2020 são preliminares.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Em um cenário de transformações e mudanças demográficas, com redução da taxa de fecundidade e de natalidade, se mostra oportuno que ações e políticas sejam eficientes para a garantia de sobrevivência da criança. Para tanto, dentre as ações necessárias é a ampliação da cobertura da triagem neonatal (TN). A cobertura da triagem biológica (teste do pezinho) no Goiás tem sofrido leve declínio nos últimos anos, sendo que a meta estabelecida é atingir 80%. No ano de 2016 a cobertura da TN foi de 72,52%, mantendo-se estável em 2017 e 2018 em 71%. Outro fator importante refere-se ao indicador de idade da coleta, sendo importante reduzir o número de coletas tardias e aumentar as coletas precoces (até 48 horas de vida do recém-nascido). Outro ponto a ser destacado é a necessidade de ampliação da triagem ocular e auditiva, considerando-as como fundamentais e previstas na Política Nacional de Triagem Neonatal.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem como princípios: o acesso universal de todas as crianças à saúde, a equidade, a integralidade do cuidado, a humanização da atenção e a gestão participativa. Propõe diretrizes norteadoras para a elaboração de planos e projetos de saúde voltados às crianças, como a gestão interfederativa, a organização de ações e os serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e redes temáticas de atenção à saúde; promoção da saúde, qualificação de gestores e trabalhadores; fomento à autonomia do cuidado e corresponsabilização de trabalhadores e familiares; intersetorialidade; pesquisa e produção de conhecimento e monitoramento e avaliação das ações implementadas (BRASIL, 2018). E considerando os eixos estratégicos de atuação nos três níveis da gestão:

I - Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-Nascido;

II - Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável;

III - Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral;

IV - Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas;

V - Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz;



VI-Atenção à Saúde de Crianças com Deficiência ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade; e

VII-Atenção à Saúde de Crianças com Deficiência ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade.

Vale destacar, que de acordo com a PNAISC, As ações e os serviços para a Atenção Integral à Saúde da Criança são coordenados pela Atenção Básica, a partir da estratificação de risco, observadas as especificidades e as demandas que surgem em cada ciclo de desenvolvimento da criança.

Os serviços de atenção à criança no ambiente hospitalar e ambulatorial especializado, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas portas de entrada das redes: Atenção Básica, Atenção à Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e redes especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011). A [re]organização dos serviços precisam estar atrelados a Rede Cegonha, em primeira ordem, nos três níveis da atenção.

Na Atenção Básica o cuidado integral à criança inicia-se ainda na gestação, através da promoção de pré-natal humanizado, e prolonga-se no período neonatal e puericultura.

1.2.2.4.2 Saúde do Adolescente

A atenção integral à saúde do adolescente ancora-se na prerrogativa de garantia do direito a proteção integral, estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A promoção, proteção e recuperação da saúde da população adolescente exige a articulação de ações, práticas e serviços estruturados de forma intra e intersetorial. O período da adolescência configura uma etapa da vida de transição da infância para a vida adulta. É marcada por mudanças e transformações profundas em nível cognitivo, social, biológico, e emocional, e é cronologicamente delimitada dos 10 aos 19 anos. Em âmbito fisio-biológico é configurada pela etapa da puberdade, com o amadurecimento sexual e desenvolvimento físico.

A promoção de uma juventude saudável é uma preocupação da saúde pública, especialmente pelo cenário de mudança sociodemográfica no Brasil, bem como em Goiás, tendo em vista o impacto das violências e acidentes no perfil de morbimortalidade da juventude. O processo de vulnerabilização da população jovem está envolto de aspectos sociais, econômicos e culturais. Pensar estratégias e ações à população adolescente e jovem



precisam estar imbricadas aos determinantes e condicionantes sociais de saúde que influenciam na qualidade de vida desse grupo, tais como educação, emprego, lazer, e especialmente a saúde.

Adolescentes estão inseridos no grupo populacional que exige novas estratégias e modelos de produzir saúde. Seu ciclo de vida evidencia que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de hábitos e modos de vida que, em determinadas conjunturas, os vulnerabilizam e os conduzem para situações de risco.

Sendo assim, a adolescência e juventude é um período do ciclo de vida com maior vulnerabilidade e exposição ao uso abusivo de álcool/drogas; as infecções sexualmente transmissíveis, a gravidez não-planejada e as violências.

Acerca da gravidez na adolescência é considerada um problema grave e de saúde pública devido aos riscos à saúde da adolescente e do bebê como mortalidade materna, parto prematuro, abortos e pelas consequências no comprometimento de seus projetos futuros com a evasão escolar, rupturas familiares, isolamento social entre outras.

Os impactos gerados pela gravidez na adolescência pontua-se:

- Abandono Escolar;
- Mortalidade materna;
- Prematuridade do RN;
- Abortamento;
- Violência obstétrica, dentre outros.

Em Goiás, conforme tabelas abaixo, a proporção de gravidez na adolescência vem mostrando queda, mas as diferenças regionais são bem evidentes, demonstrando a necessidade de um trabalho de prevenção intenso.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Tabela 06: Proporção de Gravidez na Adolescência (de 10 a 19 anos), por região, em Goiás (2015-2019*).

Percentual de gravidez na adolescência Faixa Etária 10-19 anos – Goiás						
Região de Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	
CENTRAL	13,52	13,64	11,46	10,63	10,82	
CENTRO SUL	18,19	17,09	15,59	14,79	13,64	
ENTORNO NORTE	22,10	22,03	20,10	19,99	17,39	
ENTORNO SUL	20,13	20,19	18,29	16,72	15,95	
ESTRADA DE FERRO	17,64	17,38	15,74	14,71	13,78	
MUNICÍPIO IGNORADO - GO	20,00	10,00	20,00	14,29	13,33	
NORDESTE I	23,02	21,59	20,77	22,75	20,75	
NORDESTE II	23,78	23,30	20,65	19,06	20,96	
NORTE	23,01	20,78	21,06	19,40	17,55	
OESTE I	18,76	17,29	17,64	16,14	14,25	
OESTE II	19,19	18,05	15,81	14,18	15,49	
PIRENEUS	15,96	15,75	13,86	12,87	12,08	
RIO VERMELHO	20,76	20,05	18,80	17,57	18,70	
SAO PATRÍCIO I	19,71	17,26	15,94	15,96	14,23	
SAO PATRÍCIO II	18,06	19,54	17,64	16,02	15,62	
SERRA DA MESA	21,44	21,52	19,46	18,95	16,23	
SUDOESTE I	19,81	18,91	16,62	15,45	15,01	
SUDOESTE II	19,88	18,96	16,72	16,04	14,99	
SUL	18,97	17,94	15,56	15,00	14,17	

Fonte: Sistema de Informação de Nascimento – SINASC. *Dados preliminares.

Tabela 07: Proporção de Gravidez na Adolescência (de 10 a 19 anos), em Goiás (2015-2019*).

Ano	Proporção de Nascidos Vivos por mães adolescentes (%) Goiás- Brasil
2015	17,66
2016	17,25
2017	15,39
2018	14,45
2019	13,36

Fonte: Sistema de Informação de Nascimento – SINASC. *Dados preliminares.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Tabela 08: Número de mães adolescentes (de 10 a 19 anos), em Goiás (2015-2019).

Ano	Quantidade de mães adolescentes- Goiás, Brasil
2015	17.781
2016	16.489
2017	15.010
2018	14.281
2019	11.444

Fonte: Sistema de Informação de Nascimento – SINASC.

Quanto as principais causas de mortalidade que atingem a população adolescente e jovem são: 1. Causas externas (violências e acidentes); 2. Cânceres e 3. Doenças do sistema nervoso (Tabela abaixo).

Tabela 09: Principais causas de mortalidade na população adolescente, em Goiás (2016-2018*).

Causa - CID-BR-10	2016	2017	2018	Total
001-031 ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	16	14	8	38
032-052 NEOPLASIAS	67	50	57	174
053-054 D SANGUE E ORG HEMAT E ALGUNS TRANS IMUNIT	11	7	4	22
055-057 D ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS	4	7	12	23
058-059 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	1	1	2	4
060-063 DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO	35	37	39	111
066-072 DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	25	25	27	77
073-077 DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	27	23	16	66
078-082 DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	11	12	7	30
083 DOENÇAS DA PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO	1	-	1	2
084 DOENÇAS SIST OSTEOMUSC E TECIDO CONJUNTIVO	8	5	6	19
085-087 DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO	3	1	1	5
088-092 GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO	7	9	6	22
098-100 MALF CONGÊN, DEFORM E ANOMAL CROMOSSÔMICAS	16	11	18	45
104-113 CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE	768	768	698	2234
TOTAL	1000	970	902	2872

Fonte: SIM. *Dados 2018 – preliminares.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Em relação aos tipos de causas externas que impactam na sobrevivência da população adolescente apresentam-se:

Tabela 10: Mortalidade por causas externas na população adolescente e jovem, em Goiás (2016-2018*).

	2016	2017	2018
Acidentes de transporte	137	143	124
Quedas	2	6	9
Afogamento e submersões acidentais	23	35	32
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	2	4	11
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	-	1	2
Lesões autoprovocadas voluntariamente	39	40	59
Agressões	544	502	419
Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	5	4	8
Intervenções legais e operações de guerra	6	17	19
Todas as outras causas externas	10	16	15

Fonte: SIM. *Dados 2018 – preliminares.

1.2.2.4.3 Saúde da Mulher

A atenção integral à saúde da mulher envolve diversos aspectos que afetam a qualidade e expectativa de vida, tais como: biológicos, sociais, culturais, psicológicos e econômicos. A ampliação de políticas públicas que propiciaram a participação e inserção das mulheres no mundo do trabalho e o acesso a medidas e ações relacionadas ao planejamento reprodutivo, a exemplo aos métodos de contracepção, propiciaram a mudança nos modos e hábitos de vida da população feminina, e conseqüentemente no contexto familiar.

As mulheres possuem uma expectativa de vida superior a população masculina. No estado de Goiás, a população feminina encontra-se concentrada nos grandes conglomerados urbanos, e nas regiões Central (51,5%), Centro-sul (50%), Entorno-sul (50,1%) e Pireneus (50,1%).

Quanto ao número de internações, as principais causas são decorrentes: 1. Gravidez, parto e puerpério; 2. Doenças do aparelho digestivo e 3. Doenças do aparelho circulatório (Tabela abaixo).



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Tabela 11: Internações pelas principais causas de doenças e agravos, na população feminina, em Goiás (2016-2019).

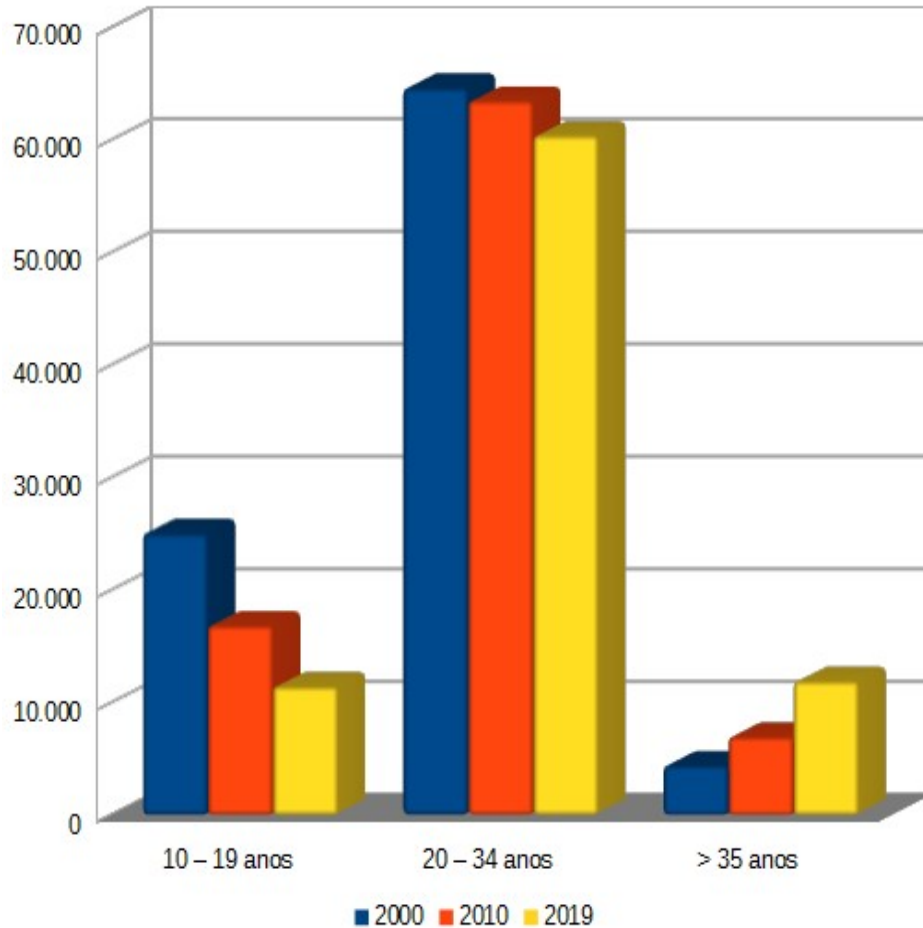
Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8.596	7.646	8.118	7.876	32.236
II. Neoplasias (tumores)	10.216	10.864	11.194	9.521	41.795
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1.480	1.220	1.280	1.165	5.145
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3.276	3.109	2.938	2.460	11.783
V. Transtornos mentais e comportamentais	3.762	3.867	3.939	3.665	15.233
VI. Doenças do sistema nervoso	2.084	2.129	2.000	2.070	8.283
VII. Doenças do olho e anexos	1.229	1.358	1.506	1.539	5.632
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	239	246	242	196	923
IX. Doenças do aparelho circulatório	15.917	15.387	15.174	13.100	59.578
X. Doenças do aparelho respiratório	13.172	13.588	12.258	10.503	49.521
XI. Doenças do aparelho digestivo	16.199	17.001	16.325	13.794	63.319
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.774	1.512	1.376	1.395	6.057
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3.244	3.562	3.252	2.954	13.012
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	15.563	15.495	14.814	12.111	57.983
XV. Gravidez parto e puerpério	51.592	53.062	55.428	47.061	207.143
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	151	202	178	203	734
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	390	440	423	418	1.671
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2.530	2.736	2.891	2.350	10.507
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	12.150	12.414	13.386	12.327	50.277
XXI. Contatos com serviços de saúde	4.297	4.727	4.834	4.459	18.317
Total	167.861	170.565	171.556	149.167	659.149

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Do número total de mulheres que residem em Goiás, cerca de 63% estão em idade fértil, no ano de 2020. Sendo que em 2023 chegarão a 61,5%, ou seja, a projeção é a diminuição do número de mulheres em idade fértil daqui a quatro anos.

Essa mudança do cenário sociodemográfico demonstra uma mudança no perfil de gestantes com tendência às gestações tardias (35 anos ou mais), conforme gráfico seguinte.

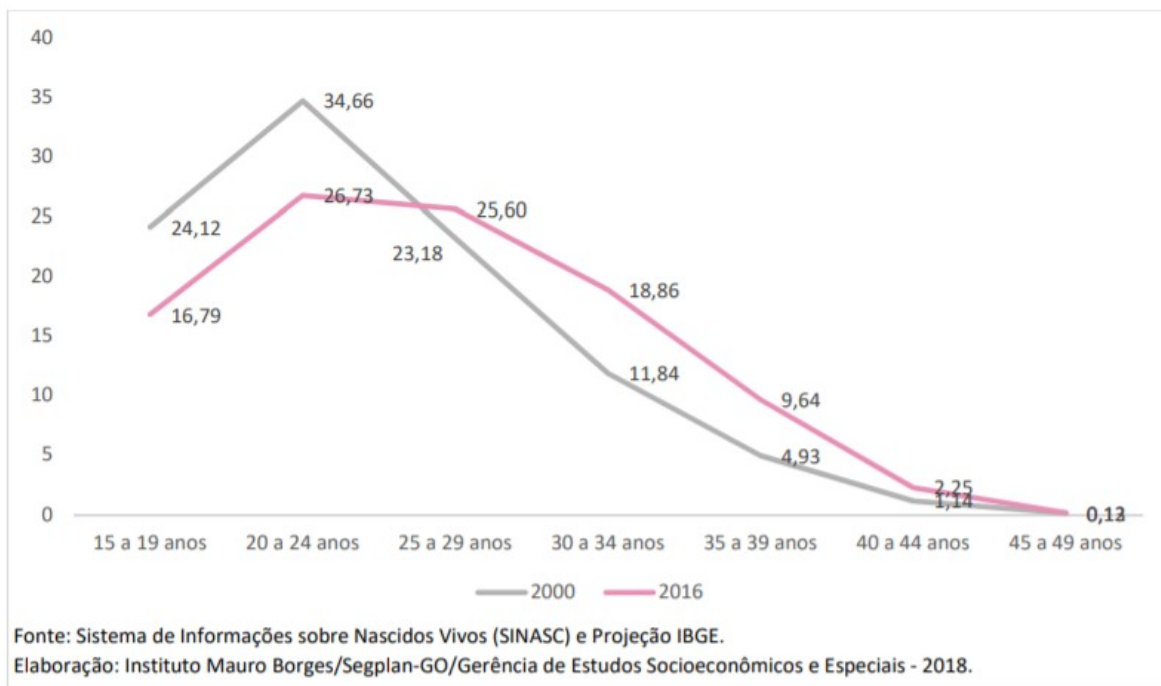
Figura 28: Gráfico do número de Nascidos Vivos, por faixa etária da mãe e ano de nascimento, em Goiás.



Fonte: SINASC (Pentaho, 2020).

Em 2018, o Fundo das Populações das Nações Unidas apontou que a taxa de fecundidade no Brasil (1,7 filhos/mulher) está abaixo da média mundial (2,5 filhos/mulher). Em Goiás, o declínio da fecundidade também é evidenciado, e aponta para a desaceleração do ritmo de crescimento populacional, em 2016 a taxa atinge 1,68 filho por mulher no Estado (Gráfico abaixo).

Figura 29: Gráfico do Padrão de Fecundidade, em Goiás (2000-2016).



Devido as mudanças sociodemográficas e do perfil epidemiológico a área da saúde deve empreender esforços e firmar compromissos que sejam capazes de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços e ações de saúde com foco a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher. Dentre as principais preocupações na saúde pública concerne exatamente pelas causas obstétricas, conforme gráfico a seguir, que podem impactar na mortalidade materna.

Tabela 12: Número de internações por causas obstétricas, em Goiás (2016-2019*).

Ano atendimento	Quantidade de Internações
2015	6387
2016	51559
2017	53034
2018	55385
2019	47033

Fonte: SIH/SUS. *Dados preliminares – referente a nov./2019.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



A Rede Cegonha é uma estratégia que busca garantir os direitos reprodutivos e estruturar a rede de atenção materno-infantil. A estruturação da rede oportuniza a melhoria da qualidade dos serviços e ações relacionadas a saúde da mulher e da criança, e à redução das taxas de mortalidade. Em Goiás, no período de 2016 a 2019, apresenta números de óbitos maternos que sobrepõe as metas preconizadas e pactuadas para o Estado de Goiás (40 por 100 mil NV) (Tabela abaixo).

Tabela 13: Mortalidade Materna Absoluta, em Goiás (2016-2019).

Ano do óbito	Número absoluto de óbitos
2016	53
2017	51
2018	59
2019	50
Total	213

Fonte: SIM (Pentaho, 2020).

A razão de mortalidade materna (RMM) refere-se aos óbitos em mulheres em idade fértil por 100 mil nascidos-vivos (NV). Mesmo que comparado aos parâmetros preconizados pela seja de 70 mortes por 100 mil NV, considera-se a RMM em Goiás, tabela 4, superior aos anos anteriores, o que motiva o monitoramento e a reorganização dos serviços visando a redução deste indicador.

Tabela 14: Razão de Mortalidade Materna, em Goiás (2016-2019).

Ano do óbito	Razão de Mortalidade Materna
2016	55,46
2017	52,30
2018	53,64
2019	59,93

Fonte: SIM (Pentaho, 2020).

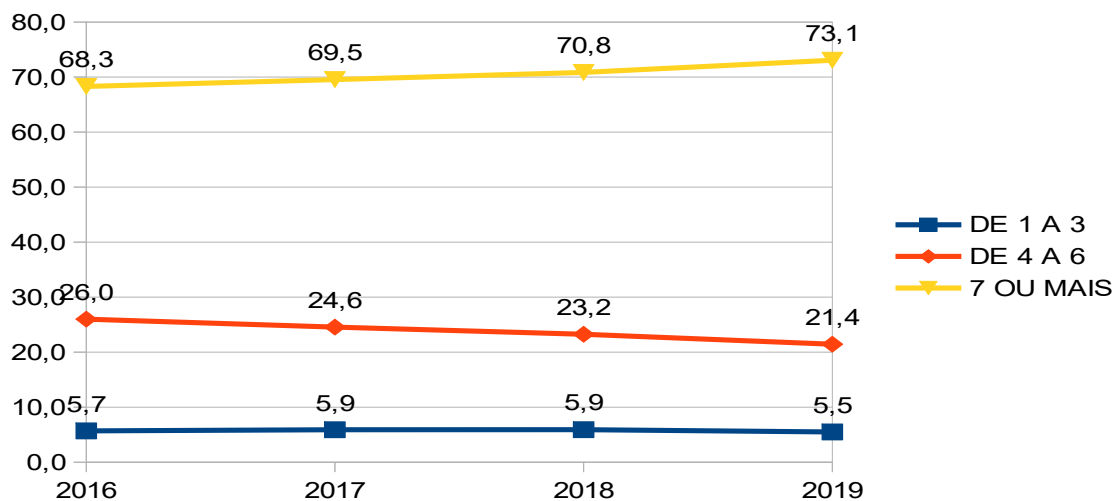
A morte materna configura-se pelo óbito ocorrido durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela condição da gravidez, excetuando-se aquelas decorrentes de causas acidentais ou incidentais”.

As causas principais de óbitos maternos são:

- Hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia);
- Hemorragias graves (principalmente após o parto);
- Infecções puerperais (normalmente depois do parto) e
- Complicações no parto.

Objetivando a redução da taxa de mortalidade materna é necessário ampliar o acesso aos serviços primários de atenção a saúde da gestante, através do acompanhamento através do pré-natal, de forma humanizada e integral. O número de consultas de pré-natal realizadas no Estado, no período de 2016 a 2019, superaram o mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde, conforme gráfico a seguir:

Figura 30: Gráfico da Frequência de consultas de pré-natal, por Nascidos-vivos, em Goiás (2016-2019).



Fonte: SINASC (Pentaho, 2020).

No tocante a mortalidade por neoplasias, destacam-se os cânceres relacionados ao aparelho reprodutivo – colo de útero e mama. Em 2018 ocorreram, preliminarmente, 521



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



óbitos causados por neoplasia maligna de mama; e 239 por neoplasia maligna do colo de útero (Tabela seguinte).

Tabela 15: Proporção de óbitos, por CA de Mama e CA do colo de Útero, por região, em Goiás (2018*).

Região de Saúde/Município	CA Mama	%	CA Colo de Útero	%
Central	197	37,81	72	30,13
Centro Sul	66	12,67	35	14,64
Entorno Norte	14	2,69	11	4,60
Entorno Sul	47	9,02	36	15,06
Estrada de Ferro	23	4,41	9	3,77
Nordeste I	3	0,58	3	1,26
Nordeste II	3	0,58	1	0,42
Norte	8	1,54	4	1,67
Oeste I	7	1,34	7	2,93
Oeste II	7	1,34	3	1,26
Pirineus	47	9,02	13	5,44
Rio Vermelho	15	2,88	9	3,77
São Patrício I	15	2,88	8	3,35
Serra da Mesa	5	0,96	4	1,67
Sudoeste I	21	4,03	11	4,60
Sudoeste II	15	2,88	4	1,67
Sul	20	3,84	5	2,09
São Patrício II	8	1,54	4	1,67
Total	521	100,00	239	100,00

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

***Dados Preliminares**

O rastreamento por meio de exame citopatológico e mamografia é essencial para o diagnóstico precoce e a redução da mortalidade em decorrência dos cânceres do colo de útero e mama. Goiás tem apresentado resultados abaixo dos valores definidos pelo Pacto Interfederativo (antigo SISPACTO), como apresentado nas tabelas a seguir:

Tabela 16: Exames citológicos realizados, por ano de resultado, segundo Faixa Etária, em Goiás (2016-2019*).

Faixa etária	2016	2017	2018	2019	Total
25 a 29 anos	18.772	19.531	18.756	18.476	75.744
30 a 34 anos	21.193	22.170	20.913	20.636	85.205
35 a 39 anos	22.281	24.441	23.509	23.071	93.592
40 a 44 anos	21.827	23.839	23.416	23.520	92.872
45 a 49 anos	20.133	21.677	21.662	21.503	85.270
50 a 54 anos	17.364	19.560	19.194	19.283	75.627
55 a 59 anos	13.364	14.765	15.072	15.553	58.961
60 a 64 anos	9.308	10.278	10.726	10.835	41.298
65 a 69 anos	5.452	6.247	6.104	6.329	24.230
Total	149.694	162.508	159.352	159.206	632.799

Fonte: SISCAN. *Dados preliminares.

Tabela 17: Mamografias realizadas, segundo Faixa Etária, em Goiás (2016-2019).

Faixa etária	2016	2017	2018	2019	Total
Entre 50 a 54 anos	16057	15826	15913	17775	65.571
Entre 55 a 59 anos	12722	12472	13082	14506	52.782
Entre 60 a 64 anos	9077	8854	9741	11205	38.877
Entre 65 a 69 anos	5606	5496	6133	7174	24.409
Total	43462	42648	44869	50660	181.639

Fonte: SISCAN. *Dados preliminares.

Observa-se um declínio contínuo e progressivo na razão de exames citopatológicos e mamográficos na última década (2008-2018). Ainda é muito precoce considerar que o ano 2019 tenha sofrido uma depressão acentuada nos valores de referência, pois ainda são dados preliminares. Contudo exige atenção, pois apresentam, como já mencionado, valores muito abaixo do recomendado e preconizado pela OMS.

Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



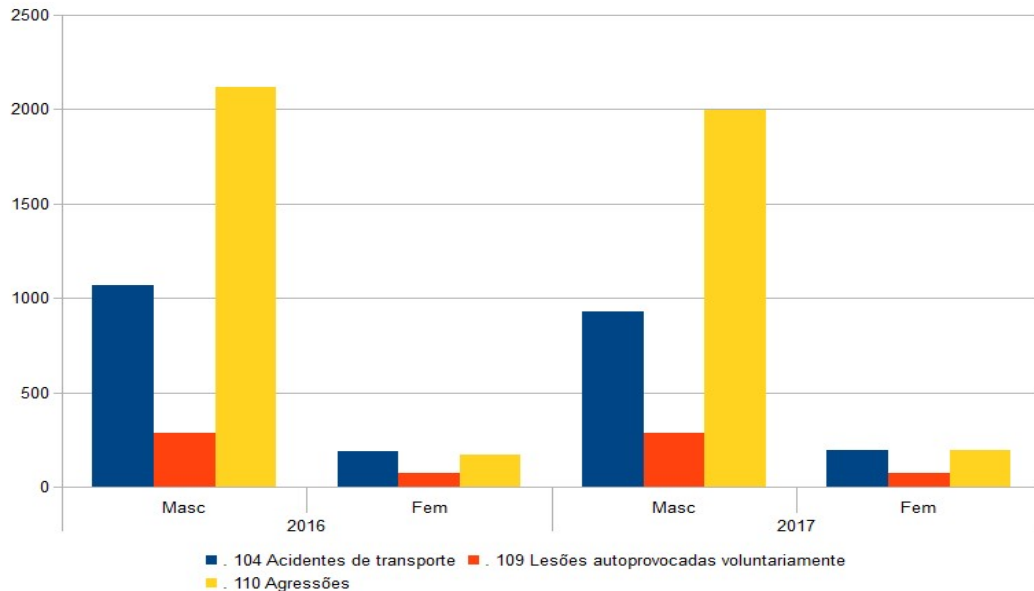
1.2.2.4.4 Saúde do Homem

A Atenção Integral à Saúde do Homem, em síntese, envolve 05 eixos temáticos: 1) Acesso e Acolhimento; 2) Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina; 3) Paternidade e Cuidado; 4) Doenças Prevalentes na população Masculina e 5) Prevenção de Acidentes e Violências, conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Historicamente e culturalmente o campo da saúde se colocou como um espaço ocupado por e para mulheres e crianças, isso pela construção social de gênero, em que as mulheres representam o papel reprodutivo (e relacionado ao cuidado) e os homens o papel produtivo (e de provimento). Como aponta a PNAISH (BRASIL, 2009 p. 14) esses esteriótipos, pautados na configuração de uma sociedade patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino, o que acaba construindo uma tipo de masculinidade que submetem essa população a situações de risco e contribuem para que cuidem menos de si mesmo. Logo, a população masculina configura-se em uma população negligenciada e invisibilizada junto aos serviços de saúde. Isso, fica representado pelos dados epidemiológicos e demográficos que apontam maior adoecimento dessa população.

A população masculina (72,9 anos) possui uma expectativa de vida inferior a população feminina (79,2 anos), apresentando uma brecha temporal de 07 anos, demonstrando o impacto dos determinantes e condicionantes sociais de saúde na vida dos homens idosos. Isso também fica representado pelo perfil de morbimortalidade masculina, especialmente em relação às causas externas (violências e acidentes), como mostra o gráfico abaixo.

Figura 31: Gráfico do Número de óbitos pelas principais CAUSAS EXTERNAS, por sexo, em Goiás (2016-2017).



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

Ainda sobre a mortalidade da população masculina por faixa etária e os agravos que mais a acometem, evidencia-se que as causas externas impactam substancialmente na faixa jovem, enquanto que doenças prevalentes (cardiovasculares, respiratórias e cânceres) incide na população masculina adulta e idosa.

Ademais, pontua-se que a população masculina encontra-se em situação de vulnerabilidade, pois representa a população majoritária no sistema prisional, especialmente o homem negro e pobre. Representam também vítimas de violências relacionadas a sua orientação sexual e identidade de gênero, no caso o homem gay e o homem transgênero. Ainda, os homens estão mais expostos a acidentes de trabalho. São ainda, os principais causadores de violências no contexto doméstico.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade dessa população, considerando que representações vigentes sobre a masculinidade podem comprometer o acesso e cuidados, expondo-a a situações de violência e aumentando sua vulnerabilidade (BRASIL, 2009). Desde



2016 foi criado, voltada a APS, o Pré-natal do Parceiro (EPNP) como uma estratégia voltada a ampliar o acesso e o acolhimento do homem na Atenção Primária e como forma de desenvolver ações que contemplem os cinco eixos da PNAISH.

1.2.2.4.5 Saúde da Pessoa Idosa

A população brasileira, mantendo sua tendência de envelhecimento, ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, passando da marca de 30,2 milhões de pessoas idosas em 2017.

Seguindo as projeções do IBGE para o País e o Estado, a taxa de crescimento populacional tem diminuído, e o índice de envelhecimento tem aumentado. Em Goiás, estima-se o segmento de pessoas idosas em mais de 9% da população total (IBGE, 2018). Sendo que 73% são usuários exclusivos do SUS, especialmente da Atenção Primária.

O processo de envelhecimento acentuado e o aumento da expectativa de vida da população brasileira e goiana trouxe preocupações acerca da melhoria da qualidade de vida da população idosa, especialmente para manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos. Seguindo os princípios e diretrizes do SUS – universalidade, integralidade e equidade - a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A PNSPI tem como diretrizes:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS;
- g) divulgação e informação sobre a política (profissionais, gestores e usuários);
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Em relação à situação da saúde da pessoa idosa demonstra um aumento da dependência funcional decorrente do processo de adoecimento e de ocorrência de quedas (Tabela abaixo).



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Tabela 18: Causas de internações em Idosos (acima de 60 anos), em Goiás (2016-2019*).

Internações Hospitalares	2016	2017	2018	2019	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	384	5.542	5.737	5.519	17.182
II. Neoplasias (tumores)	262	7.699	8.654	7.612	24.227
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	61	1.014	972	797	2.844
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	183	3.100	2.928	2.311	8.522
V. Transtornos mentais e comportamentais	37	757	825	642	2.261
VI. Doenças do sistema nervoso	110	1.324	1.339	1.206	3.979
VII. Doenças do olho e anexos	27	1.566	1.907	1.908	5.408
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	7	95	101	65	268
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.142	18.914	19.016	16.414	55.486
X. Doenças do aparelho respiratório	851	17.076	14.803	12.534	45.264
XI. Doenças do aparelho digestivo	408	9.518	9.557	8.145	27.628
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	92	1.052	1.121	968	3.233
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	113	2.253	2.240	1.912	6.518
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	471	7.603	7.215	6.403	21.692
XV. Gravidez parto e puerpério	-	19	23	8	50
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	33	16	25	74
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	84	98	80	263
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	114	2.047	2.042	1.785	5.988
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	524	8.057	9.245	8.552	26.378
XXI. Contatos com serviços de saúde	68	1.372	1.266	1.353	4.059
Total	4.855	89.125	89.105	78.239	261.324

**Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Dados referentes até nov./2019.**

As principais causas de internação na população idosa estão relacionadas com doenças crônicas não-transmissíveis, com destaque as doenças do aparelho circulatório; aparelho respiratório; aparelho digestivo e neoplasias.

Entre 2016 a 2019 11.185 internações decorrentes de quedas foram registradas no sistema de internação hospitalar (SIH/SUS), com destaque as regiões central e pireneus (Tabela a seguir).

Tabela 19: Internações por quedas, em Idosos (acima de 60 anos), por local de residência, nas regiões e Goiás (2016-2019*).

Região de Saúde (CIR)	2016	2017	2018	2019	Total
52001 Central	36	1067	1167	1297	3567
52002 Centro Sul	9	248	300	381	938
52003 Entorno Norte	1	53	64	67	185
52004 Entorno Sul	51	233	240	253	777
52005 Estrada de Ferro	15	241	288	282	826
52006 Nordeste I	1	14	13	20	48
52007 Nordeste II	1	42	53	36	132
52008 Norte	3	67	92	88	250
52009 Oeste I	2	63	57	69	191
52010 Oeste II	4	64	71	66	205
52011 Pirineus	21	397	421	329	1168
52012 Rio Vermelho	5	101	100	117	323
52013 São Patrício I	6	232	242	220	700
52014 Serra da Mesa	1	71	104	83	259
52015 Sudoeste I	4	84	70	55	213
52016 Sudoeste II	11	128	120	118	377
52017 Sul	6	224	251	259	740
52018 São Patrício II	7	105	119	55	286
Total	184	3434	3772	3795	11185

**Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Dados referentes até nov./2019.**

Para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento na Atenção Básica é necessário repensar as formas de abordagem e reorganizar os processos de trabalho, incorporando o uso da caderneta da pessoa idosa e realizar a estratificação de risco funcional. Pois como apresentado em monitoramento anual (2019), ainda é incipiente o do instrumento de estratificação de risco (tabela abaixo).

Tabela 20: Municípios que realizam estratificação de risco funcional, em Goiás (2019).

AB realiza estratificação de risco por perfil de funcionalidade	Sim	21	10.05%
	Não	161	77.03%
	Não soube informar	27	12.92%
Nº pessoas idosas Perfil I	15.031		
Nº pessoas idosas Perfil II	2.058		
Nº pessoas idosas Perfil III	588		

Fonte: Subcoordenação de Saúde da Pessoa Idosa/SAIS/SES, 2019.

Quanto ao uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa 103 municípios mencionam que fazem o seu uso, conforme tabela a seguir. O uso da caderneta é fundamental para que seja realizada a avaliação multidimensional da pessoa idosa.

Tabela 21: Municípios que fizeram adesão a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, em Goiás (2019).

O município fez adesão à Caderneta	Sim	179	85.65 %
	Não	30	14.35%
O município recebeu a Caderneta	Sim	123	68.72%
	Não	56	31.28%
A Caderneta está sendo utilizada	Sim	103	83.74%
	Não	20	16.26%

Fonte: Subcoordenação de Saúde da Pessoa Idosa/SAIS/SES, 2019.

Os principais desafios identificados:

- Déficit de tutores estaduais para realização dos cursos da estratégia AIDPI. Em 2017 o Ministério da Saúde informou que o curso estava em reformulação e em breve seriam realizados novos cursos de formação de tutores nos estados, mas até o momento não foram agendadas datas ou informado alguma previsão;
- Manter a referência estadual no HMI para o Método Canguru e monitorar as unidades estaduais que trabalham com o Método Canguru;



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- Implementar o Método Canguru na atenção básica nos principais municípios goianos em que há egressos de UTI de unidades canguru;
- Realizar a junção do Comitê Estadual de Aleitamento Materno com o Fórum Goiano Perinatal;
- Resgatar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e Mulher Trabalhadora que Amamenta;
- Fortalecer as ações de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno em Goiás;
- Adequar a estrutura física do banco de leite humano do Hospital Materno Infantil, referência no Estado;
- Reforçar as campanhas de doação de leite humano, devido o estoque flutuante durante o ano;
- Monitorar continuamente as unidades referência ao atendimento pediátrico no Estado;
- Ampliar a adesão de unidades a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
- Reduzir as barreiras de acesso a população jovem aos serviços da APS;
- Sanar a dificuldade dos profissionais em desenvolver abordagens motivadoras que incentivem a participação do adolescente e jovem a rotina da APS;
- Qualificar as equipes multidisciplinares de saúde e profissionais da educação, que são pouco preparadas para desenvolver abordagens criativas e atraentes, desconstruindo tabus e preconceitos;
- Promover o uso de instrumentos de orientação e promoção da saúde a partir de recomendação do Ministério da Saúde, a exemplo a caderneta de saúde do idoso;
- Reduzir a carência de profissionais especializados em saúde do adolescente (a exemplo Hebiatria) e Geriatria/Gerontologia em saúde do idoso, com inclusão desse profissionais nos quadros das Policlínicas;
- Intensificar as ações voltadas a saúde sexual e reprodutiva na perspectiva de educação para adolescentes e jovens e saúde sexual e saúde mental para a população idosa.
- Melhorar a qualidade do pré-natal e da adequada assistência no parto, monitorando o indicador do número de consultas de pré-natal como critério de financiamento da APS;
- Melhorar a adesão do uso da Estratificação de Risco no Pré-natal e criança;
- Ampliar o número de consultas de pré-natal conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e OMS;



- Aumentar a adesão e engajamento do pai/parceiro na Estratégia Pré-Natal do Parceiro;
- Incentivar o preenchimento do SISPRENATAL WEB pelos municípios;
- Descentralizar a distribuição de ginecologistas/obstetras e enfermeiras obstetras, da rede SUS, nos grandes centros urbanos, com enfoque às Policlínicas;
- Reduzir entraves relacionados a regulação e acesso em Gestação de Alto Risco;
- Reduzir a concentração de leitos de alto risco em Goiânia e Anápolis, com vistas a descentralização;
- Melhorar a articulação da Rede Cegonha em todos os componentes, e em todos os níveis da atenção, com ênfase à APS: I – Pré-Natal, Componente; II – Parto e Nascimento, Componente; III – Puerpério e Atenção Integral à criança de 0 a 24 meses e Componente; IV – Sistema Logístico: Transporte e Regulação;
- Reorganizar e articular a Rede de Oncologia em relação aos Cânceres de Mama e Colo de Útero;
- Melhorar a articulação da Rede de Atenção à Mulher, Criança, Adolescente e idoso em Situação de Violências;
- Qualificar equipes de saúde, especialmente dos profissionais da APS, acerca do Câncer do Colo do Útero e de Mama;
- Ampliar divulgação de informações acerca de exames de prevenção do Câncer do colo de Útero e da Mama por parte das Mulheres e da Comunidade;
- Realizar a aquisição de Kits coleta e outros insumos para realização da coleta do exame para detecção do câncer do colo de útero;
- Realizar a aquisição de Kits para inserção de DIU;
- Aumentar a realização de exames citopatológicos e mamográficos, considerando que a cobertura de Mamógrafos no Estado é satisfatória;
- Ampliar o número de consultas de Pré-natal de Parceiro;
- Minimizar a dificuldades de inserção e inclusão dos homens na rotina da APS.
- Minimizar as dificuldades de comunicação dos profissionais de saúde com o público idoso;
- Melhorar a compreensão das Políticas para a implementação de linhas de cuidado de Saúde da Criança, Adolescente, Mulher, Homem e Idoso acerca dos componentes e diretrizes voltadas a cada uma.



Principais avanços:

- Monitoramento e acompanhamento dos indicadores de saúde voltados a saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do homem e saúde do idoso através de sistema de informação.
- Participação em conselhos, grupos de trabalho e grupos técnicos relacionados a saúde da criança, saúde da mulher e saúde do idoso
- Apoio institucional às regionais de saúde e aos 246 municípios goianos através de visitas técnicas, supervisões e qualificações a gestores e profissionais de saúde;
- Realização de cursos de Sensibilização Para o Método Canguru na Atenção Básica e Hospitalar;
- Atuação da equipe técnica em comissões de credenciamento e avaliação de serviços e instituições em programas de qualidade na assistência, a exemplo Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Atenção Humanizada ao Recém-Nascido, Método-Canguru (MC) e da Rede Brasileira de Bancos de Leite;
- Criação de estratificação de risco no pré-natal e criança, com instituição de norma técnica;
- Ampliação do atendimento a mulher trabalhadora, Mulher Trabalhadora que Amamenta e do homem através do Programa Saúde na Hora;
- Instituição de Estratégia Pré-Natal do Parceiro, visando fortalecer o engajamento do pai/parceiro no cuidado à criança;
- Instituição de Comitê Estadual de Aleitamento Materno pela Portaria nº 90/2017 – GAB/SES-GO;
- Realização de Curso de Manejo do Aleitamento Materno;
- Implementação da Estratégia Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA);
- Auxílio às maternidades no monitoramento online da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) de 2019, término da reavaliação trienal do Hospital e Maternidade D. Íris, início da implantação da IHAC no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG): auxílio nos cursos de capacitação da equipe do HC-UFG para a conquista do título da IHAC.
- Redução da proporção de gravidez na adolescência, entre a faixa etária de 10 a 19 anos;



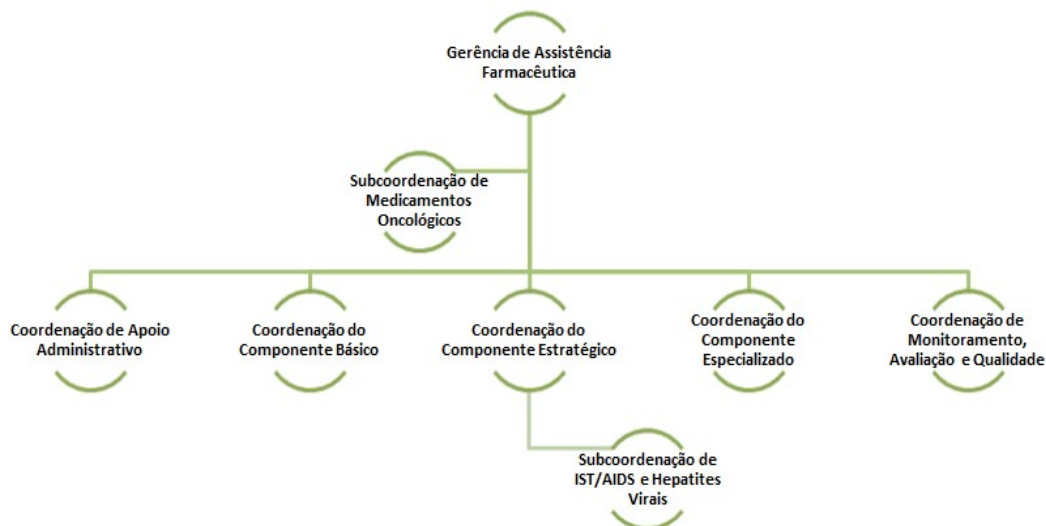
SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- Instituição da semana nacional de prevenção da gravidez na adolescência;
- Articulação intersetorial entre educação e saúde através do Programa Saúde na Escola.
- Corpo técnico especializado, em nível Estadual, na atenção à saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do homem e saúde do idoso;
- Articulação de ações e atividades entre a UBS e Academia da Saúde para mulheres, homens e idoso, com enfoque a redução e prevenção de morbimortalidade por DCNTs.
- Qualificação de profissionais de saúde com foco a promoção e prevenção à população masculina;
- Fortalecimento de articulações intersetoriais, especialmente com Instituições de Ensino Superior, a exemplo com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFG).
- Sensibilização de gestores e profissionais a incorporação do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;
- Realização de Oficinas para qualificação de profissionais da AB quanto ao uso da Caderneta da Pessoa Idosa;
- Participação da gestão estadual na construção e implementação da Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa Idosa no município de Goiânia;
- Boa participação da população idosa nas ações de promoção do envelhecimento saudável, através de práticas corporais e acompanhamento nutricional, no Programa Academia da Saúde.

1.2.3 Assistência Farmacêutica no Estado

Figura 32: Estrutura e Funcionamento da Assistência Farmacêutica no Estado.



Fonte: Gerência de Assistência Farmacêutica/ SAIS/ SES-GO.

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

A Assistência Farmacêutica (AF) é uma Gerência da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde, que representa hoje uma das áreas com grande impacto financeiro no âmbito do SUS. O adequado gerenciamento da AF constitui uma ferramenta de racionalização do bem público e otimização de resultados, uma vez que a demanda por medicamentos é crescente e as tendências não apontam para reduções.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



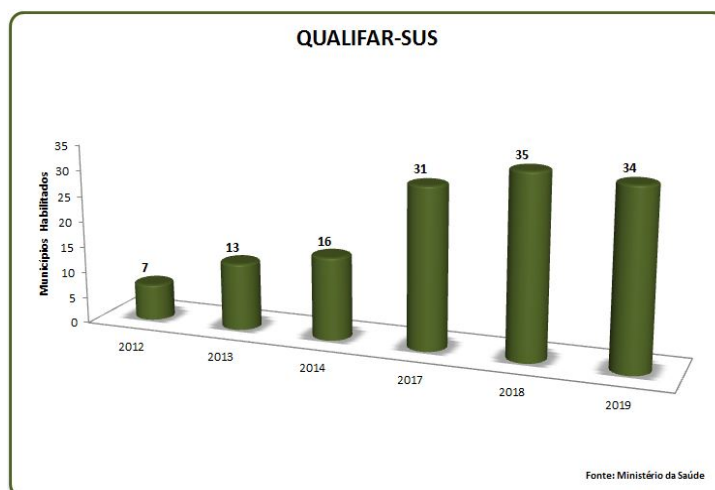
Para que o acesso aos medicamentos seja concretizado, as seguintes etapas devem ser executadas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação.

Além disso, devem ser assegurados a garantia da qualidade dos produtos e serviços, o acompanhamento e avaliação de sua utilização.

Em 2014 foi constituída por meio da Portaria nº 283/2013 GAB-SES/SESGO, a Comissão Estadual de Farmácia Terapêutica (CEFT) que tem a função de fornecer assessoria na formulação de diretrizes para seleção de padronização, prescrição, aquisição, distribuição, dispensação e seguimento farmacoterapêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Goiás – SUS em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos. Esta Comissão encerrou os trabalhos em julho de 2019, sendo reformulada pela nova gestão da SES em dezembro do mesmo ano, passando a integrar no organograma da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás.

Com relação à organização dos serviços farmacêuticos, em 2012 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica – QUALIFAR-SUS. Este programa está estruturado em quatro eixos, dentre os quais o Eixo Estrutura que visa contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica. Os municípios elegíveis são aqueles com população em situação de extrema pobreza constante no Plano Brasil Sem Miséria, com população de até 100.000 habitantes.

Figura 33: Municípios Habilitados no QUALIFAR-SUS de 2012 a 2019.



Fonte: Ministério da Saúde.



1.2.3.1 Medicamentos para Infecções Oportunistas

De acordo com as diretrizes do Departamento Nacional de IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais/MS e pactuação na CIB, ficou como responsabilidade do estado a aquisição e distribuição dos medicamentos para infecções oportunistas (Resolução nº 016/2017 CIB), sendo uma intervenção de grande efetividade, proporcionando a redução significativa da morbimortalidade das pessoas vivendo com HIV/Aids, prevenindo as referidas infecções.

A distribuição dos medicamentos é realizada para os Serviços de Atendimento Especializado (SAE), que são unidades que atendem pessoas vivendo com HIV/AIDS. Atualmente são 13 unidades sendo: Hospital de Doenças Tropicais (HDT), SAE HC/UFG, SAE CRDT, SAE Anápolis, SAE Rio Verde, SAE Itumbiara, SAE Jataí, SAE Caldas Novas, SAE Catalão, SAE de Santo Antônio do Descoberto, SAE Aparecida de Goiânia, SAE Iporá e SAE Cidade Ocidental.

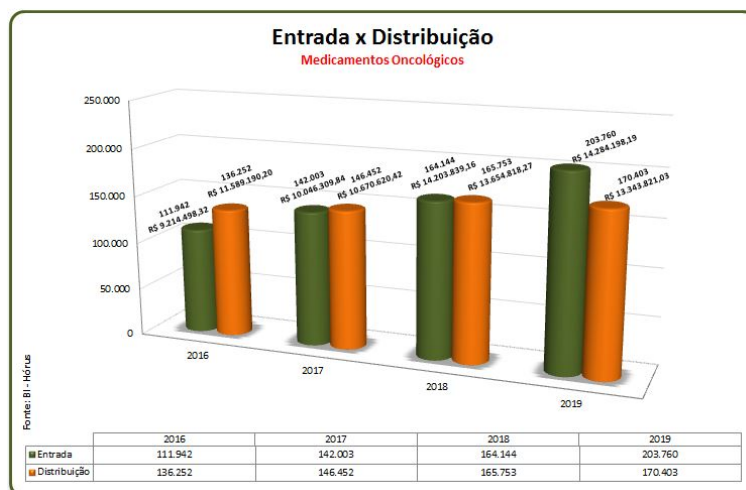
Em 2013 o HDT passou a ser gerido por Organização Social, ficando esta responsável pela aquisição e dispensação dos medicamentos pactuados.

1.2.3.2 Medicamentos Oncológicos

A partir do ano de 2011 a compra de alguns medicamentos oncológicos têm sido centralizada pelo MS. A distribuição é realizada pela SES, segundo orientações do MS, conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e de acordo com o número de pacientes cadastrados nessas unidades por meio da emissão de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC).

Os medicamentos Mesilato de Imatinibe 100mg e 400mg, Trastuzumabe 150mg, Rituximabe 100mg e 500mg, Dasatinibe 10mg e 20mg e Nilotinibe 200mg, são distribuídos para os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) – Hospital Araújo Jorge e para as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Estado - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), Santa Casa de Misericórdia de Goiânia e Santa Casa de Misericórdia de Anápolis.

Figura 34: Entrada x Distribuição de Medicamentos Oncológicos.



Fonte: BI – Hórus.

1.2.3.3 Financiamento da Assistência Farmacêutica

O financiamento no âmbito do SUS para a Assistência Farmacêutica, de acordo com a Portaria nº 3.992, de 28/12/2017, encontra-se no bloco Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, divididos nos três Componentes: Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado.

1.2.3.3.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF

Envolve um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica. Seu financiamento e execução encontram-se normatizados por portarias e resoluções Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Conforme a Portaria nº 001/2018 CIB, 16/01/2018, os valores pactuados foram de R\$ 3,00 por habitante/ano para a contrapartida estadual, a e contrapartida municipal no valor de R\$ 2,36 por habitante/ano. Com a Portaria MS/GM nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019, a base populacional para fins de alocação dos recursos federais, estaduais e municipais teve alteração. As alterações serão pactuadas em CIB no mês de fevereiro de 2020.

A forma de pactuação no Estado é totalmente descentralizada no município (TDM), ficando os municípios responsáveis pela seleção, programação, aquisição, distribuição e



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



dispensação dos medicamentos e insumos complementares destinados aos usuários insulínodpendentes, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente.

Em dezembro de 2014 foi aprovado normas de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP, a responsabilidade de financiamento é do MS. A execução das ações e serviços de saúde é descentralizada, sendo de responsabilidade do Estado, podendo pactuar a transferência dessa responsabilidade para os municípios, desde que estes tenham aderido à PNAISP. Desde a aprovação da PNAISP em Goiás de 2015 a 2019, 30 municípios fizeram a adesão a referida política para receberem o recurso diretamente por meio do Fundo Municipal de Saúde. Ficando a cargo do estado realizar pactuação em CIB para a distribuição de medicamentos, adquiridos com recurso federal para os demais municípios que possuem unidades prisionais.

1.2.3.3.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – CESAF

Na área dos programas estratégicos está voltado ao tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados com protocolos e normas estabelecidas pelo MS.

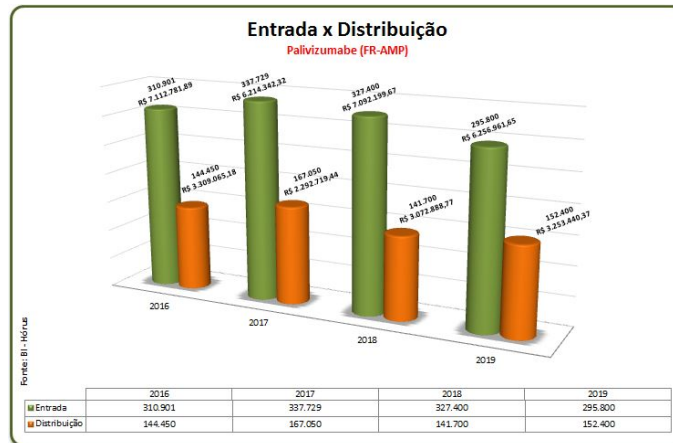
Envolve a distribuição de medicamentos adquiridos pelo MS para as áreas de tuberculose, hanseníase, lúpus, geo-helminthiases, HIV-Aids, sífilis, endemias focais (malária, leishmaniose, meningite, tracoma, esquistossomose, chagas, influenza, dengue, chikungunya, cólera), tabagismo, alimentação e nutrição, saúde da criança, toxoplasmose, toxicologia, e coagulopatias.

Em 2011, a SES-GO aderiu ao Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS), implantando o programa na Central de Abastecimento Farmacêutico do Estado e em todas as Regionais de Saúde. Atualmente toda a distribuição de medicamentos e insumos que compõe o elenco dos programas estratégicos é realizada pelo sistema Hórus possibilitando eficiência na gestão de AF e monitoramento dos medicamentos distribuídos.

No ano de 2014 o MS disponibilizou no rol dos programas estratégicos o medicamento para prevenção da infecção do vírus sincicial respiratório, Palivizumabe, sendo que a distribuição do mesmo foi pactuada na Comissão Intergestora Bipartite do estado, Resolução n 004/2016 CIB, para as unidades de referência, Hospital Materno Infantil de

Goiânia, Hospital das Clínicas – Universidade Federal de Goiás e no Hospital e Maternidade D. Iris, a fim de otimizar as doses do medicamento e organizar o serviço.

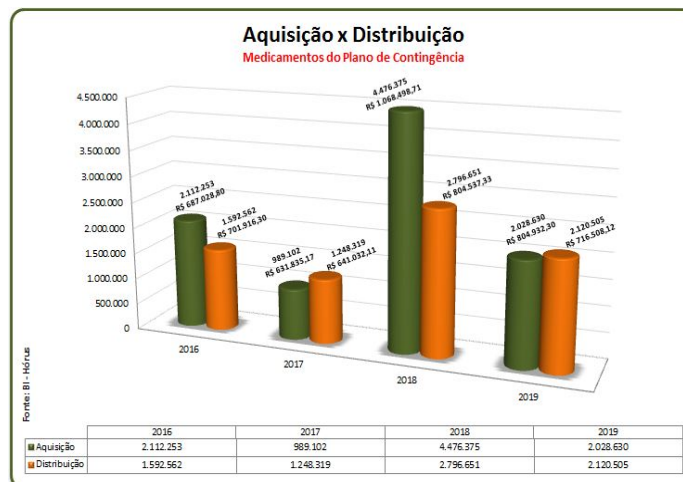
Figura 35: Entrada x Distribuição Palivizumabe (FR-AMP).



Fonte: BI – Hórus.

A Assistência Farmacêutica participou da elaboração dos planos de contingências, apoiando os municípios com a distribuição de medicamentos adquiridos pela SES, durante o período de incidência dos agravos.

Figura 36: Entrada x Distribuição Medicamentos do Plano de Contingência.



Fonte: BI – Hórus. Dados obtidos até 12/06/2019.



1.2.3.3.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF

Envolve um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, para garantir o financiamento e execução dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas de Doenças Crônicas e Raras e consequentemente o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos referidos agravos. Seu financiamento e execução é normatizado pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017, e Portaria nº 13, de 6 de Janeiro de 2020, do Ministério da Saúde.

No Estado de Goiás, a Central Estadual de Medicamentos de Alto Custo Juarez Barbosa é a responsável pela execução do CEAF. Sendo a operacionalização do programa realizada em interação com as demais áreas afins da SES/GO.

Realizando a dispensação (entrega) dos medicamentos diretamente à população, sua sede nesta Capital, ou por meio de ações que envolvem setores específicos com o objetivo de desconcentrar o serviço, melhorando o atendimento aos pacientes.

O Projeto Medclínica, por meio do qual é feita a entrega de medicamentos para o tratamento da Doença Renal Crônica, diretamente nas clínicas, onde os pacientes fazem hemodiálise. Atualmente estão sendo atendidas 14 clínicas: Nefro Clínica, Renal Clínica, Hospital das Clínicas, Clínica de Doenças Renais, Centrel, Hospital Urológico e Nefron Clínica. O Projeto visa contemplar todas as clínicas de hemodiálise da região metropolitana. As Regionais de Saúde estão se organizando para executarem o mesmo projeto.

Setor dos Municípios atende aos representantes dos municípios que pegam medicamentos para 10 ou mais pacientes, por mês, estão sendo atendidos no 4º andar do prédio, atualmente são atendidos 89 municípios, realizando a abertura do processo, renovação e dispensação, sem a necessidade da presença do paciente.

O Setor de Descentralização da CEMAC – Juarez Barbosa, opera com dez Regionais de Saúde representam pacientes de 137 municípios do Estado (1- Regional de Rio Verde, 2 - Regional de Luziânia, 3 - Regional de Jataí, 4 - Regional de Iporá, 5 - Regional de Catalão, 6 - Regional de Itumbiara, 7 - Regional de Porangatu, 8 - Regional de Formosa, 9 - Regional de Uruaçu, 10 - Regional de Ceres). Estes pacientes não se deslocam de sua residência para a CEMAC. Os representantes abrem e renovam os processos e pegam os medicamentos. O



transporte dos medicamentos é feito pela Secretaria Estadual de Saúde, em veículo adequado e climatizado. Quanto à descentralização do CEAFF para as regionais de saúde, Pireneus foi a Regional piloto. A sede da farmácia de alto custo, em Anápolis, funciona desde julho de 2011, executando todas as etapas preconizadas em Portaria.

A Unidade executa a modalidade de gestão compartilhada para os medicamentos que compõem a terapia tripla em Hepatite crônica C, sendo que a Gerência de Assistência Farmacêutica, o CEMAC e os serviços especializados – SAE (Centros de Referência) são os responsáveis pela gestão, incluindo a dispensação dos medicamentos para a referida terapia. De 2013 a 2015 três centros de referência atendem pacientes em tratamento de terapia tripla, SAE do Hospital de Doenças Tropicais (HDT), SAE de Anápolis e SAE de Jataí, Itumbiara e Rio Verde que iniciará em fevereiro 2020.

Além dos medicamentos padronizados pelos Ministério da Saúde, o Estado de Goiás de forma complementar aos PCDTs nacionais, elaborou, publicou PCDTs para DPOC, Psoríase, Citomegalovirus em transplante renal, Edema Macular Secundário a Retina Diabética, Edema Macular Secundário da Oclusão Venosa da Retina. Os dois últimos, a CEMAC faz um trabalho de parceria com o Centro de Referência em Oftalmologia – CEROF.

A CEMAC realiza serviço de fracionamento, compartilhamento de doses em parceria com alguns centros de referência, tais como: Medicamentos de Oncologia – Araújo Jorge, Anti VGEF – CEROF, Reabilitação com o uso de toxina Botulínica com os serviços cadastrados como Centros Especializados em Reabilitação- CRER, APAES, Vila São Cotelengo, Pestalozzi, HGG, HC, CEROF.

Em 2017 o então Núcleo de Judicialização, foi desmembrado com a criação dos Setores de Análise Técnica da Judicialização, Setor de Planejamento e Compras da Judicialização, Setor de Dispensação da Judicialização, para melhoria do fluxo processual das Ações Judiciais e o Termo de Cooperação Técnica - TCT.

O Termo de Cooperação Técnica com o Ministério Público do Estado de Goiás – TCT/MP-GO, foi encerrado em dezembro de 2018, para entrada de novos pacientes, sendo mantidas as aquisições de medicamentos somente para os pacientes que já estavam em tratamento.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



O Tribunal de Justiça do Estado de Goiás implantou o CEJUSC da Saúde para atender as demandas de saúde, com o objetivo de realizar a gestão dos conflitos que envolvem a judicialização da saúde.

As equipes de profissionais que atuam nos municípios carecem de qualificação continuada quanto a assistência farmacêutica no componente especializado, não obstante, as qualificações realizadas pela Unidade – I Workshop de Acesso do Paciente ao PCDT de DPOC – 2019.

O atual modelo de serviço da CEMAC Juarez Barbosa possui alguns gargalos quanto ao modelo centralizado com apenas uma Unidade na Capital, não obstante as iniciativas da gestão (Setor dos municípios, Setor de Descentralização, Setor de Medclínica, Serviço de Compartilhamento de doses), dos 71.637 pacientes ativos em 2019, 38.641, concentração na Capital e Região Metropolitana, ou seja, 53.94 %.

Quanto ao atendimento da população do interior do Estado, está restrito ao serviço do Setor dos Municípios (abertura, dispensação e renovação de processos por meio de representantes municipais) e as 11 regionais de Saúde, Anápolis executado todo o fluxo e, as demais, por meio de representantes das regionais (abertura, dispensação e renovação de processos).

As regionais de saúde não apresentam estrutura adequada e suficiente (pessoal e física), que possibilite a ampliação das 7 (sete) que não executam o Componente Especializado.

O desafio do Componente Especializado e a qualificação dos profissionais das secretarias municipais de saúde que atuam na Assistência Farmacêutica, notadamente quanto ao Componente Especializado.

Da mesma forma, o modelo centralizado de dispensação, a médio e longo prazo, não se mostra capaz de absorver a quantidade de novos pacientes que ingressam no programa para os medicamentos existentes e, ainda novas incorporações de medicamentos. Realizando ainda as aquisições e dispensações para atendimento de Ordem Judiciais dentro de uma demanda crescente.

Publicada Portaria nº 13, de 06 de janeiro de 2020, do Ministério da Saúde, que altera o prazo de renovação de processos, passando de 3, para 6 meses, com prazo de implantação



de 120 dias, o que trará benefícios aos pacientes, que passaram a renovar o processo somente 2 vezes ao ano.

Por determinação de Secretário de Saúde a Unidade passará a realizar a entrega/dispensação dos medicamentos nas residências dos pacientes, para isso está sendo elaborado o projeto MEDCASA.

Os serviços de abertura e renovação de processos serão realizados de forma eletrônica, sendo a Unidade responsável apenas pela validação, avaliação técnica e autorização.

A Unidade manterá apenas a dispensação dos medicamentos onde há compartilhamento de dose ou entrega diretamente em Hospitais ou Clínicas para aplicação.

Tabela 22: Valor gasto em Medicamentos do CEAF – Grupo 1 A – Grupo 2 (Programa/Mandados/TCT) - Janeiro/2015 a Dezembro/2019.

Ano	Valor
2016	25.407.825,67
2017	29.549.459,02
2018	30.876.704,90
2019	34.234.264,74
Total	120.068.254,33

Fonte: SDME.

Tabela 23: Valor gasto com medicamentos em Ações Judiciais - Janeiro/2015 a Dezembro/2019.

Ano	Valor em R\$
2016	22.588.871,29
2017	29.648.112,61
2018	34.976.174,26
2019	39.549.008,05
Total	R\$ 126.762.166,21

Fonte: SCMS.

Tabela 24: Valor gasto com medicamentos em Termo de Cooperação Técnica - MP/GO - Janeiro/2015 a Dezembro/2019.

Ano	Valor em R\$
2016	43.953.205,39
2017	61.221.267,70
2018	54.576.085,14



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



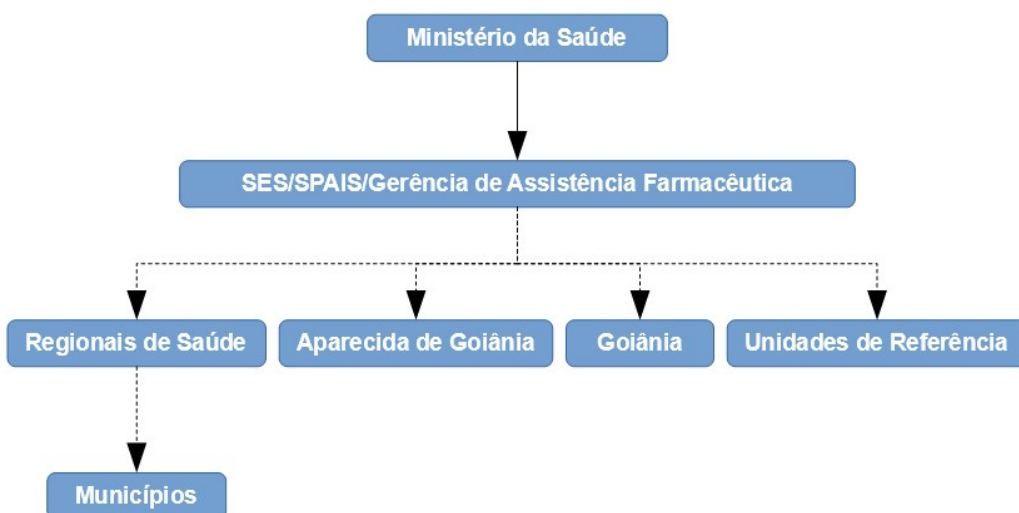
2019	20.734.629,41
Total	R\$ 180.485.187,64

Fonte: SCMS.

1.2.3.4 Implantação de Sistemas de Informação e Utilização da Informação para Tomada de Decisão

O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS para estados e municípios. A Gerência de Assistência Farmacêutica (GEAF) realiza a distribuição dos medicamentos por meio do referido sistema seguindo o fluxo estabelecido:

Figura 37: Fluxo de distribuição dos medicamentos.



Fonte: Ministério da Saúde.

Está disponível no site da SES-GO – CONECTA SUS, painéis de distribuições e estoques de medicamentos referentes ao tratamento: Dengue, H1N1 ,Vírus Sincial Respiratório e Diabetes. Possibilitando transparência nas ações realizadas pela GERAF, o monitoramento e fornecendo informações aos gestores com objetivo de auxiliá-los nas tomadas de decisões.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1.2.4 Atenção em Saúde Secundária e Terciária

Os serviços de Atenção em Saúde Secundária e Terciária são caracterizados por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Esses serviços estão concentrados em poucos municípios, especialmente em Goiânia, levando a população, muitas vezes, a recorrer à capital para atender às suas necessidades na área de saúde, necessitando, portanto, da definição e a pactuação de redes de atenção integradas para as diferentes regiões do Estado. Ainda hoje existem lacunas assistenciais destes serviços em algumas Macrorregiões que encontram dificuldade em garantir o acesso dos usuários a esses serviços, como na Macrorregião Nordeste.

Têm sido intensificadas as ações no sentido de melhor estruturar as Redes de Atenção à Saúde, visando garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada. Para tanto, tem-se buscado aumentar serviços ambulatoriais e hospitalares para a população residente.

1.2.4.1 Atenção Ambulatorial Especializada

Segundo Mendes (2019, p. 613), a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) é o segundo nível de acesso dos cidadãos à atenção à saúde que atua como referência e consultora da Atenção Primária à Saúde (APS). No SUS, ela é conhecida por diversas denominações: centros especializados de odontologia – CEO, centro especializado de reabilitação – CER e centro de atenção psicossocial – CAPS, policlínicas.

Atualmente possuímos no estado de Goiás os seguintes serviços ambulatoriais de atenção secundária que foram implantados em todas as Macrorregiões, como demonstrado na Tabela abaixo.

Tabela 25: Número de serviços ambulatoriais implantados por Macrorregiões de Saúde.

	Macrorregiões de Saúde
--	------------------------



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Serviços Ambulatoriais	Centro-Oeste	Centro - Sudeste	Sudoeste	Centro - Norte	Nordeste
CAPS	8 CAPS I 4 CAPS II 1 CAPS III 05 CAPS AD 1 CAPS i	11 CAPS I 2 CAPS II 2 CAPS AD II 1 CAPS AD 1 CAPS i 4 CAPS III 1 CAPS AD i III	2 CAPS I 4 CAPS II 1 CAPS AD	14 CAPS I 2 CAPS II 1 CAPS AD 1 CAPS i	1 CAPS I 6 CAPS II
CER	7 CER II 1 CER III 1 CER IV 1 Oficina Ortopédica Fixa 1 Oficina Ortopédica Móvel	1 CER II	1 CER II	1 CER II 1 CER III	
CEO	4 CEO Tipo I 3 CEO Tipo II 1 CEO Tipo III	2 CEO Tipo I 7 CEO Tipo II	2 CEO Tipo I 2 CEO Tipo II 1 CEO Tipo III	4 CEO Tipo I 2 CEO Tipo II 3 CEO Tipo III	1 CEO Tipo I 5 CEO Tipo II 1 CEO Tipo III

Fonte: SAIS/ SES-GO.

No âmbito da saúde bucal, o serviço público dá sinais de realinhamento conceitual e operativo, rompendo com o paradigma “odonto centrado” e a atitude corporativa isolacionista. Destacam-se as experiências de inserção na Estratégia Saúde da Família (ESF), de regulação e ampliação de acesso a linhas de cuidado e níveis tecnológicos, que incluem os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), bem como novas bases para a formação profissional.

Para otimizar o processo de trabalho na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) foram designados profissionais para o apoio técnico e institucional e acompanhamento das ações de saúde bucal nas Regionais de Saúde (Apoiadores Regionais), descentralizando as atividades pertinentes ao âmbito estadual aos 246 municípios de Goiás.

Nos CEOs são realizados os procedimentos especializados de média complexidade, tais como: diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca, periodontia especializada, endodontia, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros e atendimento a pessoa com deficiência. Também pode oferecer atendimento em prótese, ortodontia, implante



ósseo integrado, e nos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) são confeccionadas as próteses bucais.

Por outro lado, a Policlínica apresenta-se como uma proposta inovadora, um novo modelo organizativo da AAE, denominado organização em rede ou modelo PASA (ponto de atenção secundária ambulatorial) que se sustenta em dois pilares fundamentais: a coordenação do cuidado entre a AAE e a APS, e o cuidado por generalistas e especialistas.

O Estado de Goiás prevê a implantação de 18 (dezoito) Policlínicas até 2023. Em 2020 serão entregues 07 (sete) unidades regionais nas cidades de Posse, Goianésia, Quirinópolis, Formosa, Cidade de Goiás, São Luís de Montes Belos e Santa Terezinha de Goiás. Até o final de 2022 serão construídas outras 11 (onze) unidades no interior do Estado, ampliando o acesso ambulatorial às especialidades e serviços de apoio diagnóstico.

Para definição das especialidades necessárias em cada Região de Saúde, deve-se analisar o perfil epidemiológico, aplicar os parâmetros de necessidades assistenciais e avaliar a capacidade instalada.

O atendimento ambulatorial nas Policlínicas terá algumas especialidades médicas como: ginecologia e obstetrícia, pediatria, nefrologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, etc. Além de outras especialidades não médicas tais como: fisioterapia, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, e outras.

Em Goiás foram identificados os seguintes problemas para implantação e funcionamento dos Serviços Ambulatoriais Especializados:

- Insuficiência no financiamento tripartite e de forma desordenada;
- Deficiência de Recursos Humanos especializados nas regiões de saúde;
- Deficiências em relação ao Transporte Sanitário;
- Centralização de serviços especializados na região metropolitana;
- Dificuldade de regionalizar as ações e serviços secundários e terciários.
 - Além desses a implantação das Policlínicas em Goiás apresenta os seguintes desafios:
- Ampliar a rede de serviços ambulatoriais de atenção secundária no Sistema Único de Saúde - SUS;
- Ampliar a resolubilidade nas consultas da atenção primária por meio da ampliação de oferta de exames de apoio diagnóstico;



- Racionalizar recursos;
- Qualificar a assistência;
- Implantar protocolos de encaminhamentos.

1.2.4.2 Atenção Hospitalar

A assistência em saúde é um sistema complexo, em que as estruturas e os processos da organização estão interligados, e o funcionamento de um componente interfere em todo o seu conjunto. Nesse sentido, o positivo aumento da cobertura da ESF nos municípios goianos e ampliação da estrutura ambulatorial do estado através das policlínicas e UPAS vêm alterando os encaminhamentos à rede hospitalar e a morbidade dos pacientes que a ela recorrem. A assistência hospitalar é organizada conforme as necessidades da população, de forma integrada às Redes de Atenção à saúde e com outras políticas intersetoriais.

Os hospitais privados contratualizados têm sido uma preocupação constante do governo. Alguns hospitais são centros de excelência em determinadas áreas, enquanto outros estão abaixo dos padrões requeridos.

A implantação de mecanismos de gestão eficientes, que garantam a viabilização do setor, torna-se uma necessidade urgente, a fim de que se possa entender os requisitos necessários para a melhoria do desempenho institucional dos indicadores de saúde.

É na prática clínica que se concentram os custos mais importantes da saúde, os recursos humanos mais diferenciados e mais bem remunerados; as tecnologias complementares de diagnóstico e terapêutica, em que os medicamentos assumem uma importância significativa; a inovação terapêutica, cuja tendência é se tornar cada vez mais cara, mas é eticamente irrecusável.

São necessárias a criação e a aplicação de indicadores do desempenho clínico que permitam medir e comparar desempenhos na atenção ambulatorial e hospitalar e discriminar diferentes níveis de qualidade da atenção, dando credibilidade aos Sistemas de Saúde. A confiança no sistema tende a aumentar com esse tipo de iniciativas que premiam a excelência e reorientam os serviços que apresentam desempenhos não desejáveis.

A estrutura hospitalar estadual é composta 446 unidades hospitalares que atendem SUS, as quais são caracterizadas como: Hospital Geral – 331, Hospital Especializado: 79, Unidade Mista: 14, Hospital dia/isolado: 22. Dentre estes, 14 Hospitais Estaduais. Há ainda,



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



04 (quatro) hospitais habilitados para o atendimento a pacientes psiquiátricos com 453 leitos do SUS cadastrados.

Os hospitais enfrentam, ainda, dificuldade de acolher a demanda de cirurgias, devido à falta de equipamentos, à falta de recursos humanos e à inadequação das estruturas físicas das salas cirúrgicas, ocasionando grande fila de espera em especialidades de média e alta complexidade. Outra característica da rede hospitalar do estado é que os hospitais em sua maioria são de pequeno e médio porte com baixa resolutividade nas quatro clínicas básicas e, em sua maioria, realizam internações clínicas.

Os hospitais públicos de Goiás, como os demais hospitais públicos do país, enfrentam falta de autonomia orçamentária, financeira e técnico-administrativa, limitações de ordem fiscal especialmente quanto à admissão e expansão de recursos humanos, e falta de agilidade nos processos licitatórios para aquisição de insumos de necessidade urgente. A gestão burocrática e centralizada provoca a elevação dos custos de manutenção da rede hospitalar, dificultando o planejamento das ações.

Está previsto a Estadualização de 03 Unidades Hospitalares, nos municípios de Itumbiara, São Luiz de Montes Belos e Formosa. Além disso, encontra-se em construção 02 Hospitais Gerais, sendo 01 em Águas Lindas de Goiás e 01 em Uruaçu, ampliando o acesso aos serviços de saúde e melhor distribuição da oferta de leitos por Região de saúde.

O Estado conta com 18 Regionais de Saúde distribuídas em 05 Macrorregiões, conforme quadro a seguir:

Quadro 03: Macrorregiões de Saúde.

Macrorregião	Região de Saúde
Centro Oeste	Central Rio Vermelho Oeste I Oeste II
Centro Norte	Norte Serra da Mesa Pireneus São Patrício I São Patrício II



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Nordeste	Entorno Norte Entorno Sul Nordeste I Nordeste II
Sudoeste	Sudoeste I Sudoeste II
Centro Sudeste	Centro Sul Estrada de Ferro Sul

Fonte: Plano Diretor de Regionalização (PDR-2015).

Com um total de 10.606 leitos do SUS disponíveis para a população (2.709 cirúrgicos, 3.752 clínicos, 1.271 pediátricos, 1.374 obstétricos, 1.316 outras especialidades e 184 Hospital Dia), Goiás apresenta uma relação de 1,5 leitos por 1.000 habitantes. Do total de leitos, 453 estão distribuídos em 04 unidades hospitalares habilitadas para atendimento ao paciente psiquiátrico. A distribuição de leitos por habitante apresenta importantes diferenças quali - quantitativas entre as Regiões de Saúde, sendo que a maior concentração encontra-se na Macrorregião Centro Oeste e a menor, na Macrorregião Nordeste.

O Estado dispõe ainda, de 951 leitos complementares, dentre eles, 516 UTI adulto, 93 UTI pediátrica, 117 UTI neonatologia, 09 UTI coronariana, 09 UTI Queimados e 115 leitos de isolamento.

Os leitos de UTI constituem um recurso assistencial estratégico, escasso e caro ao SUS, devendo, portanto, ser utilizados de forma criteriosa, racional e otimizada. A sua distribuição apresenta predomínio na região central, com defasagem significativa de leitos pediátricos e neonatais em algumas Regiões de Saúde.

Outros leitos também precisam ser implementados para dar corpo às redes temáticas. No caso da Rede Cegonha, os leitos para alto risco se encontram no município de Goiânia e Anápolis. Muitos são os desafios para o fortalecimento dessa área.

Torna-se premente revisar a vocação das unidades hospitalares integrantes da estrutura organizacional da SES-GO, elaborando e implementando protocolos clínicos, regulando o acesso aos atendimentos e procedimentos realizados nas unidades hospitalares, regulando e publicizando as listas de espera, e padronizando indicadores de gestão e monitoramento com



objetivo de diminuir as diferenças em relação às taxas de ocupação. Embora demonstre uma melhoria no acesso tanto na internação quanto nos atendimentos ambulatoriais, ainda se faz necessário um fortalecimento dos processos acima citados.

1.2.4.3 Urgência e Emergência

1.2.4.3.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

A Rede de Urgência e Emergência é constituída por três componentes: pré-hospitalar móvel, pré-hospitalar fixo e hospitalar.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) constitui o componente pré hospitalar móvel e foi implantado em GOIÁS em 2004, oferece uma cobertura de 100% dos municípios de forma regionalizada e hierarquizada, com financiamento das três esferas do governo. O serviço é responsável pela regulação médica dos atendimentos de urgência, pelo atendimento médico pré-hospitalar, presta atendimento nas vias ou domicílios aos cidadãos acometidos de quadros de urgência e transporta até um serviço de saúde e como atividade secundária pelas transferências de pacientes graves atendidos pelo Sistema Único de Saúde. É acessado gratuitamente através de ligação telefônica ao número 192.

No Estado de Goiás são 12 Centrais de Regulação Médica de Urgências que são responsáveis pela regulação do atendimento de urgência dentro de sua região de abrangência. Conta com 140 ambulâncias de suporte básico (USB) e 35 ambulâncias de suporte avançado/UTI (USA), 18 motolância e tem convênio firmado com o Comando do Corpo de Bombeiros para o serviço aéreo, sendo 1 asa rotativa e 1 asa fixa, cobrindo todo o Estado de Goiás.

1.2.4.3.2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

São estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e Hospitais de Urgência com abrangência regional. Atendem às urgências de média complexidade e quando necessário encaminham ao hospital.

O estado vem construindo os Planos de Ação regional das redes, porém, ainda encontra insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade, incipiência nos mecanismos de referência e contrarreferência, e falta de regulação do sistema.

As Unidades de Pronto Atendimento são componentes da Rede de Urgência e



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Emergência, e esses problemas incidem também sobre os pontos de atenção.

A assistência em saúde é um sistema complexo, em que as estruturas e os processos da organização estão interligados, e o funcionamento de um componente interfere em todo o seu conjunto. Nesse sentido, o positivo aumento da cobertura da ESF nos municípios goianos e ampliação da estrutura ambulatorial do estado através das policlínicas e UPAS vêm alterando os encaminhamentos à rede hospitalar e a morbidade dos pacientes que a ela recorrem.

Existem 26 UPAs no estado em funcionamento, 04 UPAs a serem inauguradas cujos municípios foram notificados por não terem concluído a obra ou, quando conclusa, não a terem colocado em funcionamento e 10 UPAs concluídas que os municípios solicitaram readequação física e aguardam avaliação do Ministério da Saúde.

Estrutura/Municípios:

26 UPAs Funcionando:

Porte III (2 UPAs Goiânia, 3 UPAs Aparecida de Goiânia, 1 UPA Anápolis)

Porte II (1 UPA Caldas Novas, 1 UPA Valparaíso, 1 UPA Luziânia, 1 UPA Ceres, 1 UPA Senador Canedo)

Porte I (1 UPA Catalão, 1 UPA Cristalina, 1 UPA Formosa, 1 UPA Goianésia, 1 UPA Inhumas)

Opção III (1 UPA Luziânia, 1 UPA Itumbiara, 1 UPA Iporá, 1 UPA Campos Belos, 1 UPA Uruaçu)

Opção I (1 UPA Jataí - está fechada mas ainda com portaria do MS habilitada)

Opção V (1 UPA Mineiros, 1 UPA Trindade)

Opção IV (1 UPA Santa Helena)

Opção VI (1 UPA Rio Verde)

10 solicitações de Readequação Física:

Municípios (Niquelândia, Santo Antônio, Goiás, São Luiz de Montes Belos, Porangatu, Pirenópolis, Posse, Quirinópolis, Pontalina e Caldas Novas).

4 aguardando inauguração:

Municípios (Rio Verde, Planaltina, Águas Lindas e Goiânia).

1.2.4.4 Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar (AD) no Estado de Goiás encontra-se em fase de expansão, com 37 (trinta e sete) serviços de atenção domiciliar (SAD) habilitados até 2019, contemplando 41 (quarenta e um) municípios, sendo três SAD configurados na modalidade de consórcio.

Tabela 26: Municípios com equipes de Serviços de Atenção Domiciliar Implantados até o ano 2019.

	UF	IBGE	Município	Proponente	EMA	EMAD	EMA	Data habilitação Equipes (EMAD e EMAP)	EM	EMAD 2	EMA
					D I	2	P		AD I		P
					Habilitadas			Implantadas			
1	GO	520025	ÁGUAS LINDAS DE GOIAS	Municipal	2	0	1	25/04/2016	2	0	1
2	GO	520030	ALEXÂNIA	Municipal	0	1	1	30/12/2016	0	1	1
3	GO	520130	ANICUNS	Municipal	0	1	1	17/12/2019	0	0	0
4	GO	520140	APARECIDA DE GOIÂNIA	Municipal	3	0	1	25/04/2016	3	0	1
5	GO	520330	BELA VISTA DE GOIAS	Municipal	0	1	1	17/12/2019	0	0	0
6	GO	520350	BOM JESUS DE GOIÁS	Municipal	0	1	1	12/04/2019	0	1	1
7	GO	520450	CALDAS NOVAS	Municipal	1	0	1	25/04/2016	1	0	1
8	GO	520540	CERES	Municipal	0	1	1	16/12/2014	0	1	1
9	GO	520545	CEZARINA/VARJÃO/ ARAGOIÂNIA(consórcio)	Municipal	0	1	1	12/04/2019	0	1	1



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



10	GO	520620	CRISTALINA	Municipal	1	0	1	25/04/2016	1	0	1
11	GO	520800	FORMOSA	Municipal	1	0	1	25/04/2016	1	0	1
12	GO	520860	GOIANÉSIA	Municipal	1	0	1	25/04/2016	1	0	1
13	GO	520910	GOIATUBA	Municipal	0	1	1	12/06/2019	0	1	1
14	GO	520870	GOIÂNIA	Municipal	8	0	3	25/04/2016	8	0	3
15	GO	520880	GOIANIRA	Municipal	1	0	1	12/04/2019	1	0	1
16	GO	520890	GOIAS	Municipal	0	1	1	25/04/2016	0	1	1
17	GO	520995	INDIARA/JANDAIA (consórcio)	Municipal	0	1	1	12/04/2019	0	1	1
18	GO	521000	INHUMAS	Municipal	1	0	1	25/04/2016	1	0	1
19	GO	521190	JATAÍ	Municipal	1	0	1	12/07/2019	1	0	1
20	GO	521250	LUZIÂNIA	Municipal	1	0	0	25/04/2016	1	0	0
21	GO	521310	MINEIROS	Municipal	1	0	1	25/04/2016	1	0	1
22	GO	521450	NERÓPOLIS	Municipal	0	1	1	25/04/2016	0	1	1
23	GO	521523	NOVO GAMA	Municipal	1	0	1	25/04/2016	1	0	1
24	GO	521560	PADRE BERNARDO	Municipal	0	1	1	25/04/2016	0	1	1
25	GO	521570	PALMEIRAS DE GOIAS	Municipal	0	1	0	17/12/2019	0	0	0
26	GO	521710	PIRACANJUBA	Municipal	0	1	1	25/04/2016	0	1	1
27	GO	521730	PIRENÓPOLIS	Municipal	0	1	1	17/12/2019	0	1	1
28	GO	521760	PLANALTINA	Municipal	1	0	1	25/04/2016	1	0	1
29	GO	521850	QUIRINÓPOLIS	Municipal	1	0	1	25/04/2016	1	0	1



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



30	GO	521880	RIO VERDE	Municipal	2	0	1	17/11/2017	2	0	1
31	GO	521890	RUBIATABA/ IPIRANGA DE GOIÁS (consórcio)	Municipal	0	1	1	25/04/2016	0	1	1
32	GO	521930	SANTA HELENA DE GOIÁS	Municipal	0	1	1	12/04/2019	0	1	1
33	GO	522010	SÃO LUÍS DE MONTES BELOS	Municipal	0	1	1	12/04/2019	0	1	1
34	GO	522020	SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA	Municipal	0	1	1	17/12/2019	0	0	0
35	GO	522045	SENADOR CANEDO	Municipal	1	0	1	25/04/2016	1	0	1
36	GO	522140	TRINDADE	Municipal	1	0	1	30/12/2016	1	0	1
37	GO	522185	VALPARAÍSO DE GOIÁS	Municipal	1	0	1	25/04/2016	1	0	1

Fonte: e-Gestor Atenção Básica/MS/SAS/DAS, 07/02/2019.

Outro projeto em desenvolvimento é o de Desospitalização, que tem como objetivos: promover atendimento humanizado domiciliar; desocupar os leitos hospitalares, proporcionando um melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais, mediante elaboração e implementação de protocolos e fluxos de encaminhamento/atendimento; permitir a continuidade de tratamento em domicílio, com eficiência e com processos assistenciais estruturados e, ampliar o SAD no estado de Goiás, bem como melhorar a eficiência dos existentes.

Dentro da oferta de serviços de saúde bucal na Atenção Hospitalar, destaca-se o serviço de atendimento à pessoa com deficiência que necessitar de atendimento odontológico em ambiente hospitalar sob anestesia geral ou sedação. No Estado de Goiás, por doação do Ministério da Saúde, os municípios de Goiânia, Jataí e Porangatu possuem esse atendimento pelo SUS para seus municípios. Faz-se necessária a implantação deste serviço nas



macrorregiões do estado de Goiás, e definição deste atendimento dentro da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD).

No Hospital Geral de Goiânia (HGG), no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) e no Hospital Materno Infantil (HMI) são realizados outros procedimentos cirúrgicos complexos, como traumatologia, cirurgias bucomaxilofacial e cirurgias para correção de anomalias faciais. O atendimento à traumatologia bucal e alguns procedimentos em cirurgia bucomaxilofacial precisam ser descentralizados, pois, atualmente, este serviço é ofertado no Município de Goiânia. Com o Projeto de Lei - PLC 34/2013 - aprovado em maio/2019 a perspectiva de avançar com a equipe de saúde bucal nos leitos de UTI é uma nova ação a ser implantada.

1.2.4.5 Componentes Estratégicos

O estado de Goiás atua com a organização das ações e serviços de assistência de alta complexidade, atualmente conta com os seguintes serviços por especialidade, sendo referência para os 246 municípios:

1.2.4.5.1 Neurologia

Tabela 27: Número de serviços de Referência em Neurologia implantados e habilitados por Macrorregiões de Saúde.

MACRORREGIÃO	REGIÃO	MUNICÍPIO/UNIDADE(S) DE SAÚDE DE REFERÊNCIA PARA NEUROLOGIA
CENTRO OESTE 2.340.061	CENTRAL 1.910.923 habitantes	GOIÂNIA Hospital da Criança Hospital Neurológico Hospital das Clínicas
	OESTE II 113.882 habitantes	
	RIO VERMELHO 199.298 habitantes	
	OESTE I 115.958 habitantes	



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



CENTRO NORTE 1.130.123	PIRENEUS 521.757 habitantes	ANÁPOLIS Hospital Evangélico
	NORTE 136.519 habitantes	
	SERRA DA MESA 129.150 habitantes	
	SÃO PATRÍCIO I 166.102 habitantes	
	SÃO PATRÍCIO II 182.595 habitantes	
SUDOESTE 699.317	SUDOESTE I 466.594 habitantes	RIO VERDE Hospital Presbiteriano Dr. Gordon
	SUDOESTE II 232.723 habitantes	
NORDESTE 1.330.797	NORDESTE I 46.464 habitantes	
	NORDESTE II 104.943 habitantes	
	ENTORNO NORTE 269.355 habitantes	
	ENTORNO SUL 910.035 habitantes	
CENTRO SUDESTE 1.512.056	CENTRO SUL 944.218 habitantes	APARECIDA DE GOIÂNIA Hospital São Silvestre Hospital Santa Mônica
	ESTRADA DE FERRO 314.184 habitantes	
	SUL 253.654 habitantes	

Fonte: Redes de Atenção à Saúde/Estimativa Populacional - IBGE/2019.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1.2.4.5.2 Nefrologia

Tabela 28: Número de serviços de Referência em Nefrologia implantados por Macrorregiões de Saúde.

MACRORREGIÃO	REGIÃO	MUNICÍPIO/UNIDADE(S) DE SAÚDE DE REFERÊNCIA PARA TRS
CENTRO OESTE 2.340.061	CENTRAL 1.910.923 habitantes	GOIÂNIA Centro Médico de Doenças Renais Clínica de Doenças Renais Inst. de Nefrologia Centro Médico de Rim e Hipertensão Nefroclínica - Clínica de Doenças Renais Renalclínica - Clínica Goiana de Nefrologia Hospital Urológico Puigvert Santa Casa de Misericórdia de Goiânia Centrel Centro de Nefrologia Nefron - Clínica do Rim e Hemodiálise Terapia Renal Substitutiva Hospital das Clínicas
	OESTE II 113.882 habitantes	SÃO LUÍS DE M. BELOS Montes Belos Terapias Avançadas
	RIO VERMELHO 199.298 habitantes	
	OESTE I 115.958 habitantes	IPORÁ Clínica Nefrocenter de Iporá LTDA
CENTRO NORTE 1.130.123	PIRENEUS 521.757 habitantes	ANÁPOLIS Hospital Evangélico Instituto Nefrológico de Anápolis Soares e Figueredo LTDA
	NORTE 136.519 habitantes	PORANGATU Clinorte
	SERRA DA MESA 129.150 habitantes	
	SÃO PATRÍCIO I 166.102 habitantes	CERES Instituto de Nefrologia
	SÃO PATRÍCIO II 182.595 habitantes	GOIANÉSIA Clinefro Ltda
SUDOESTE 699.317	SUDOESTE I 466.594 habitantes	RIO VERDE Clínica Nefrológica de Rio Verde
	SUDOESTE II 232.723 habitantes	JATAÍ Centro de UroNefrologia



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



NORDESTE 1.330.797	NORDESTE I 46.464 habitantes	
	NORDESTE II 104.943 habitantes	
	ENTORNO NORTE 269.355 habitantes	FORMOSA SEANEF -Serviço de Assistência Clínica e Nefrologia
	ENTORNO SUL 910.035 habitantes	VALPARAÍSO DE GOIÁS SEANE-Serviço de Assistência Nefrológica LTDA Clínica do Rim
LUZIÂNIA Sociedade Renal de Luziânia		
ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS CLIMER - Clínica Médica do Rim		
CENTRO SUDESTE 1.512.056	CENTRO SUL 944.218 habitantes	APARECIDA DE GOIÂNIA Clínica de Hemodiálise São Bernardo Clínica Nefrologista Associados Milli Clínica Nefrológica
	ESTRADA DE FERRO 314.184 habitantes	CATALÃO Centro Médico de Catalão CALDAS NOVAS Centro de Nefrologia Santa Isabel
	SUL 253.654 habitantes	ITUMBIARA Clínica de Hemodiálise de Itumbiara

Fonte: Redes de Atenção à Saúde/Estimativa Populacional - IBGE/2019.

1.2.4.5.3 Cardiologia

Tabela 29: Número de serviços de Referência em Cardiologia implantados por Macrorregiões de Saúde.

MACRORREGIÃO	REGIÃO	MUNICÍPIO/UNIDADE(S) DE SAÚDE DE REFERÊNCIA PARA CARDIOLOGIA
CENTRO OESTE 2.340.061	CENTRAL 1.910.923 habitantes	GOIÂNIA Hospital das Clínicas Santa Casa de Misericórdia de Goiana Hospital da Criança Hospital Geral de Goiânia Dr Alberto Rassi –



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



		HGG Hospital Jacob Facury Hospital Ruy Azeredo Hospital São Francisco
	OESTE II 113.882 habitantes	
	RIO VERMELHO 199.298 habitantes	
	OESTE I 115.958 habitantes	
CENTRO NORTE 1.130.123	PIRENEUS 521.757 habitantes	ANÁPOLIS Hospital Evangélico Goiano
	NORTE 136.519 habitantes	
	SERRA DA MESA 129.150 habitantes	
	SÃO PATRÍCIO I 166.102 habitantes	
	SÃO PATRÍCIO II 182.595 habitantes	
SUDOESTE 699.317	SUDOESTE I 466.594 habitantes	RIO VERDE Hospital Presbiteriano Dr Gordon
	SUDOESTE II 232.723 habitantes	
NORDESTE 1.330.797	NORDESTE I 46.464 habitantes	
	NORDESTE II 104.943 habitantes	
	ENTORNO NORTE 269.355 habitantes	
	ENTORNO SUL 910.035 habitantes	
	CENTRO SUL 944.218 habitantes	APARECIDA DE GOIÂNIA: (Solicitado desabilitação do Hospital Encore e



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



CENTRO SUDESTE 1.512.056		habilitação do Hospital Santa Mônica, conforme resolução CIB n 199/2019 de 24 de Setembro de 2019), aguardando parecer do Ministério da Saúde – MS.
	ESTRADA DE FERRO 314.184 habitantes	CATALÃO Hospital Nars Faiad de Catalão
	SUL 253.654 habitantes	

Fonte: Redes de Atenção à Saúde/Estimativa Populacional - IBGE/2019.

1.2.4.5.4 Oncologia

Tabela 30: Número de serviços de Referência Oncológica implantados por Macrorregiões de Saúde.

MACRORREGIÃO	REGIÃO	MUNICÍPIO/UNIDADE(S) DE SAÚDE DE REFERÊNCIA PARA ONCOLOGIA
CENTRO OESTE 2.340.061	CENTRAL 1.910.923 habitantes	GOIÂNIA Hospital das Clínicas Santa Casa de Misericórdia de Goiana Hospital de Câncer/Hospital Araújo Jorge
	OESTE II 113.882 habitantes	
	RIO VERMELHO 199.298 habitantes	
	OESTE I 115.958 habitantes	
CENTRO NORTE 1.130.123	PIRENEUS 521.757 habitantes	ANÁPOLIS Hospital Evangélico Goiano Santa Casa de Misericórdia de Anápolis
	NORTE 136.519 habitantes	



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



	SERRA DA MESA 129.150 habitantes	
	SÃO PATRÍCIO I 166.102 habitantes	
	SÃO PATRÍCIO II 182.595 habitantes	
SUDOESTE 699.317	SUDOESTE I 466.594 habitantes	
	SUDOESTE II 232.723 habitantes	
NORDESTE 1.330.797	NORDESTE I 46.464 habitantes	
	NORDESTE II 104.943 habitantes	
	ENTORNO NORTE 269.355 habitantes	
	ENTORNO SUL 910.035 habitantes	
CENTRO SUDESTE 1.512.056	CENTRO SUL 944.218 habitantes	
	ESTRADA DE FERRO 314.184 habitantes	
	SUL 253.654 habitantes	

Fonte: Redes de Atenção à Saúde/Estimativa Populacional – IBGE/2019.

1.2.4.6 Hemorrede

Define-se HEMORREDE como o conjunto de unidades públicas, privadas e filantrópicas organizadas de forma hierarquizada e regionalizada que desenvolvem ações de saúde na área do sangue, sob coordenação, normatização e controle do poder público visando atender a demanda por hemocomponentes em todo o Estado de Goiás, que conta com população estimada de 7.018.354 habitantes (IBGE: População estimada 2019).

A Hemorrede Pública do Estado de Goiás possui 28 (vinte e oito) serviços de hemoterapia. Desses, 16 (dezesseis) serviços estão sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde (SES), 11 (onze) serviços sob responsabilidade dos respectivos municípios e



01 (um) serviço federal. De forma complementar, existem 17 (dezesete) serviços de hemoterapia privados.

O Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Prof. Nion Albernaz (HEMOGO) é uma unidade pública da SES - GO, inaugurado em 1988, atendendo às diretrizes do Programa Nacional do Sangue. Além do HEMOGO, são também serviços sob responsabilidade da SES - GO: Hemocentros Regionais (Catalão, Ceres, Jataí e Rio Verde), Unidades de Coleta e Transfusão (Formosa, Iporá, Porangatu, Quirinópolis e o Hospital Estadual de Urgências de Governador Otávio Lage - HUGOL - Goiânia), Agências Transfusionais (Hospital Estadual de Urgências de Anápolis Dr. Henrique Santillo - HUANA, Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia - HUAPA, Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad - HDT, Hospital Estadual de Jaraguá - HEJA, Hospital de Urgência da Região Sudoeste - HURSO).

A despeito da quantidade de serviços públicos (28 no total), existem regiões do Estado que não possuem serviços hemoterápicos públicos e/ou os tem em quantidade insuficiente, comprometendo a descentralização da assistência, como por exemplo as regiões: Rio Vermelho, Oeste II, Pirineus, Serra da Mesa, São Patrício II, Entorno Sul, Centro Sul, Nordeste e Sul.

A assistência hematológica (hemoglobinopatias e coagulopatias hereditárias) está concentrada na capital, tendo a distribuição de medicamentos específicos (coagulopatias) em poucos serviços no interior do Estado.

As desigualdades regionais também encontram-se refletidas na área da saúde, tanto no que se refere aos resultados de saúde como na distribuição dos serviços nos diferentes municípios e a assistência hemoterápica e hematológica está inserida nesse contexto.

Para diminuir essas diferenças e promover a descentralização, são necessárias políticas que busquem a melhoria das condições de acesso aos serviços, rediscutem a alocação de recursos, considere as características epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas das diferentes regiões.

Assim, torna-se necessária a ampliação da cobertura hemoterápica e hematológica pública com a melhoria da regionalização e descentralização da assistência. Nesse contexto, estão inseridos a instituição da Política Estadual do Sangue e a revisão/adequação do Plano Diretor do Sangue em Goiás.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Desafios:

- Atendimento regionalizado;
- Recursos humanos;
- Recursos financeiros;
- Elaboração e implantação de protocolos;
- Retaguarda dos leitos;
- Transporte;
- Apoio diagnóstico;
- Reinternação.

1.2.5 Políticas sobre Drogas e Condições Sociais Vulneráveis

1.2.5.1 Integração das Políticas

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais abrangem um espectro de condições, desde as mais comuns como depressão e ansiedade, até as mais graves e persistentes como Esquizofrenia e Transtorno Bipolar, incluindo ainda os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Tais condições representam cerca de 13% da sobrecarga total de doenças (Global Burden of Disease), sendo que a Depressão ocupa hoje a terceira colocação do ranking de morbidade de doenças, representando uma sobrecarga de 4,3%. Entretanto, estimativas da OMS apontam que a depressão ocupará a primeira posição em 2030, a frente de outras doenças crônicas como doenças cardiovasculares e HIV/AIDS, tornando-se a doença com maior sobrecarga / impacto à saúde (OMS, 2011).

As pessoas portadoras de transtornos mentais apresentam ainda maiores taxas de mortalidade. Por exemplo, portadores de Esquizofrenia e Depressão maior, apresentam mortalidade 1,6 e 1,4 vezes, respectivamente, maior do que a população geral, tanto por causas clínicas (Diabetes, HIV) como por causas externas, sobretudo suicídio. Esta foi a 15ª causa de mortalidade em 2012, representando cerca de 1,4% de todas as mortes ocorridas neste ano. Ainda segundo a OMS, aproximadamente 800.000 pessoas morrem por ano por suicídio, sendo que na faixa etária de 15-29 anos esta é a segunda causa de mortalidade (OMS,2014). Em Goiás, o Mapa da Violência 2014 mostrou que o município de Mineiros ocupa a 6ª posição na estatística de suicídios entre jovens no Brasil e possui o 30º maior índice entre a população em geral. Em 2012, foram 12 casos, atingindo a taxa de 24,5 para



cada 100 mil habitantes, o quántuplo da média nacional. São Miguel do Araguaia, décimo colocado entre 100 municípios brasileiros com mais de 20 mil habitantes, registrou taxa de 27,0.

Em relação ao uso de substâncias, o álcool é a droga mais consumida no Brasil, e as taxas de dependência desta substância lideram os levantamentos epidemiológicos, representando cerca de 12,3% (CEBRID, 2005). Temos observado ainda, na última década, a expansão do consumo de derivados de cocaína fumada, como o crack e/ou similares, e de problemas relacionados ao uso. Segundo levantamento recente, feito nas capitais brasileiras, o número de usuários regulares de crack e/ou similares foi estimado em aproximadamente 370.000, o que representaria 0,81% da população brasileira (FIOCRUZ, 2014).

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

No Brasil a Política Nacional de Saúde Mental é apoiada na Lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de cuidado em saúde mental. Para tanto, está fundamentada na Atenção Psicossocial que amplia a compreensão do sofrimento psíquico, para além do diagnóstico psiquiátrico, e cria novas estratégias de cuidado em saúde mental essencialmente abertas e de base comunitária. Para ampliar o acesso a uma rede de atenção integral, os diversos pontos de atenção devem estar articulados no território com o objetivo de oferecer atenção integral e de qualidade às pessoas com transtornos mentais ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

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

A RAPS conta com os seguintes componentes e respectivos pontos de atenção: Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, equipes de atenção básica para



populações específicas, Centros de Convivência), Atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS), Atenção de urgência e emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde), Atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial), Atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência), Estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos) e Reabilitação psicossocial.

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

Dentre os diversos serviços propostos na RAPS, destacam-se os CAPS como estratégicos e articuladores da rede, porém é pouco para atender a complexidade da atenção em saúde mental de forma ampliada. Por isso a importância da rede.

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

Como se pode perceber na composição da RAPS, a saúde mental não está dissociada da saúde geral, inclusive da Atenção Básica. Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre estas questões. No ano de 2014, foi possível verificar que 74,4% dos municípios goianos realizaram algum tipo de atendimento em saúde mental na Atenção Básica. Além disso 72,3% dos municípios informaram realizar atendimento relacionado ao álcool e 63,4% informaram atendimentos relacionados às outras drogas (SIAB, 2014).

Em função da flexibilização dos critérios de implantação da Política Nacional da Atenção Básica, o Estado de Goiás ampliou a quantidade de Núcleos de Atenção à Saúde da Família/NASF significativamente. No ano de 2011 haviam 53 equipes de NASF e em 2014 já havia 173 equipes, conforme informações da Área Técnica de Atenção Primária/SPAIS/SES/2015, o que representa um avanço importante para o desenvolvimento das ações de Atenção Psicossocial.

Também, entre 2013 e 2014, 9.946 profissionais de saúde participaram do Projeto “Caminhos do Cuidado”. O projeto, inserido no eixo do Cuidado do Plano Integrado “Crack,



é possível vencer”, teve como objetivo proporcionar aos agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem, formação em saúde mental com ênfase em crack, álcool e outras drogas. Esses profissionais receberam informações sobre os melhores procedimentos e as práticas mais eficientes para o atendimento e cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas tendo como base a perspectiva da redução de danos.

Para a atenção especializada, segundo dados do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES, 2019), o Estado de Goiás possui 92 CAPS habilitados. Em relação à criança e ao adolescente, apesar de ser considerada prioridade no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.089/1990), esta faixa etária tem ficado em segundo plano e conta com poucos serviços de saúde mental para este segmento em todo estado.

O único indicador estabelecido pelo Ministério da Saúde no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2017-2019 é o indicador 21 sobre ação de matriciamento sistemático realizada por CAPS nas equipes de Atenção Básica.

O indicador de matriciamento do CAPS não evidencia a disponibilidade de serviços no território, não consegue avaliar a qualidade ou adequação da assistência segundo o modelo psicossocial. Ainda, não há uma outra diretriz estadual e, na tentativa de garantir também a qualificação das equipes, o Grupo Condutor da RAPS deliberou pela elaboração de Planos de Ação ordenado por Macrorregiões.

Diante dos Planos de Ação elaborados, o Grupo Condutor tem se esmerado em discutir estratégias para implantação e monitoramento da RAPS. O Estado de Goiás possui 19 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) habilitados, 26 leitos em Hospital Geral, 4 Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental.

O Serviço Hospitalar de Referência (SHR) ou Unidade Especializada em Saúde Mental em Hospital Geral é um importante ponto de atenção da rede para oferecer suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica. No Estado de Goiás, apenas 26 leitos estão em funcionamento (04 em Piracanjuba, 09 em Rio Verde e 04 em São Miguel do Araguaia, 4 em Ceres, 5 São Luís dos Montes Belos).

O Programa de Volta para Casa (PVC), criado pelo Ministério da Saúde, regulamenta o auxílio – reabilitação – psicossocial para a assistência, o acompanhamento e a integração



social de pessoas com transtornos mentais que têm história de longas internações psiquiátricas (dois anos ou mais de internação). Instituído pela Lei 10.708/2003, é outra estratégia de desinstitucionalização importante.

Além do investimento nos pontos da Rede de Atenção Psicossocial definidos pelo MS, em álcool, crack e outras drogas e de todo clamor social que envolve a questão, o Governo do Estado de Goiás posicionou-se pela implantação de leitos públicos (96 vagas por unidade) nos Centros de Referência e Excelência em Dependência Química (CREDEQ), conforme Plano de Governo de 2015.

Porém no Plano de Governo atual, a unidade do CREDEQ localizada em Aparecida de Goiânia será um ponto de cuidado da Secretaria de Desenvolvimento Social para utilização das medidas socioeducativas, e os usuários do CREDEQ serão atendidos na rede RAPS.

O fortalecimento da rede RAPS é o pilar dessa gestão, trabalhando na regionalização dos municípios e implantação de CAPS III (24 horas) e de leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, os hospitais psiquiátricos do Estado de Goiás conveniados com o SUS continuarão sendo utilizados para este fim, não havendo financiamento de novos leitos para este dispositivo, conforme a Portaria 3588 GM/MS2017.

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

O PAILI já recebeu do judiciário 449 pacientes, sendo que 105 tiveram suas Medidas de Segurança extintas, e atualmente acompanha 375 pessoas em tratamento ambulatorial sendo que destas 7 encontram-se, excepcionalmente, recolhidos em Unidades Prisionais, por várias razões, dentre elas, a falta de suporte social e familiar, o que demanda maior investimento na parceria com os municípios goianos na implantação de serviços substitutivos que integram a Rede de Atenção Psicossocial e demais parceiros na busca de alternativas.

Por fim, a Gerência enfrentou grandes dificuldades no ano de 2019 e que perdura o ano de 2020. A mesma ainda não recebeu o nome Gerência de Saúde Mental, depois de sua



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



exclusão e inclusão na Gerência de Integração das Políticas, dentro da Superintendência de Políticas sobre Drogas e Condições Sociais Vulneráveis. E ante aos grandes desafios a serem enfrentados para o próximo quadriênio, temos trabalhado na qualificação dos pontos de atenção existentes e na ampliação da oferta de serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

1.2.5.2 Cuidado a Populações Específicas

1.2.5.2.1 Política de Promoção da Equidade em Saúde

Instituída pelo Ministério da Saúde considerando as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para inclusão social das populações vulneráveis em resposta às reivindicações históricas dos movimentos sociais organizados por esses segmentos populacionais.

A equidade é a promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo; a sua consolidação é um desafio a ser superado pela gestão.

A dignidade do cidadão é um direito humano que deve ser respeitada independente da raça, crença religiosa, etnia, orientação sexual e gênero, entretanto a violação dos direitos desses povos é frequente no cotidiano social.

Esta política caracteriza-se por sua ação transversal, cujo propósito é combater as desigualdades, com redução significativa da população em situação de vulnerabilidade, por meio de políticas públicas.

O público-alvo são os povos e comunidades que se caracterizam por seus modos de vida, produção e reprodução sociais relacionados, predominantemente, com a terra, mata e água, dentre os quais; populações em situação de rua; negros/as; LGBT; ciganos/as; indígenas; povos do campo, da floresta e das águas; população quilombola e Povos e Comunidades Tradicionais de Religião de Matriz Africana

A saúde desses grupos é condicionada por inúmeros fatores sociais, raciais, gênero, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica, presentes nos processos de trabalho particulares. Vivenciam episódios de violência



relacionados aos conflitos pela posse e propriedade da terra, fruto da expansão de grandes empreendimentos.

Destacam-se ainda os agravos decorrentes das violências doméstica, familiar e sexual, principalmente, contra as mulheres e homens jovens negros. A discriminação expõe determinados grupos raciais ou étnicos à situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações. Desta exclusão, resultam determinantes sociais da saúde como: os níveis de escolaridade, de renda, das condições de habitação, do acesso à água e ao saneamento, da insegurança alimentar e nutricional, a participação na política local, os conflitos interculturais e os preconceitos como o racismo, a LGBT fobia, o machismo, entre outros.

Na saúde, as desigualdades se refletem nos dados epidemiológicos que evidenciam a diminuição da qualidade e da expectativa de vida, nas altas taxas de morte materna e neonatal e na violência vivenciada de forma mais intensa por esses grupos.

1.2.5.2.2 Saúde das Populações em Situação de Vulnerabilidade

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

1.2.5.2.3 População Indígena

As aldeias indígenas que se encontram no Estado de Goiás estão localizadas nos Municípios de Aruanã, Nova América, Rubiataba e Minaçu, e nelas vivem 647 indígenas das etnias Karajá, Tapuia e Avá-Canoeiro.

Porém o Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia (DISEI - Araguaia) é responsável por uma população de 5.914 indígenas, distribuídos em 32 aldeias nos Estados de Goiás, Mato Grosso e Tocantins:



Tabela 31: Distribuição de Aldeias em GO, MT e TO.

Estado	Aldeias	População Geral	População Aldeada	População Desaldeada
Goiás	04	647	428	219
Mato Grosso	18	2.487	2.199	288
Tocantins	18	2.780	2.758	22
Total	40	5.914	5.385	529

Fonte: Relatório Informativo, DSEI Araguaia, 2018.

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

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

Segundo o SINAN/NET, a situação epidemiológica da população indígena atendida nos serviços públicos do Estado de Goiás apresenta como principais agravos: os atendimentos antirrábicos (acidente com animais), síndrome do corrimento cervical em mulheres, varicela e hepatites virais.

Considerando os dados populacionais e epidemiológicos e ainda o contexto da rede SUS, as ações de saúde realizadas pelos órgãos responsáveis enfrentam algumas barreiras (a maioria delas comuns também aos grupos de baixa renda), como dificuldades habitacionais,



sanitárias, econômicas, sociais, culturais, entre outros, que podem contribuir para a ocorrência dos agravos mostrados.

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

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

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

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

Vale ressaltar que a questão indígena é integralmente jurisdicionada ao governo federal, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde dessa população será desenhada segundo os princípios e diretrizes da Política Nacional, cabendo ao Estado de Goiás apoiar, por meio da rede SUS, as ações e intervenções emanadas dos órgãos responsáveis diretamente pela política da saúde nas áreas indígenas.

1.2.5.2.4 Saúde da População Negra

Instituída em 13 de maio de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN, por meio da Portaria GM/MS nº 992/2009, tem o propósito de promover a



saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS.

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

De acordo com o DATASUS/2019, dentre as principais causas de mortalidade da população negra no Estado de Goiás estão as causas externas (ex: agressões/violência, acidentes), seguida das doenças no aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho digestivo. E como as principais causas de morbidade, segundo o SIH/SUS-2019, as doenças do aparelho digestivo, circulatório e a dengue.

De acordo com dados do SUS, a taxa de mortalidade materna de mulheres negras é sete vezes maior que a mesma taxa entre mulheres não negras e a diferença relativa entre o nível da mortalidade infantil de negros e não negros é de 40%. As principais doenças e agravos prevalentes que atingem essa população são: anemia falciforme, câncer de colo de útero e mama, miomatose uterina, diabetes mellitus, hipertensão arterial, DST/AIDS, hanseníase, tuberculose, leishmaniose, alta taxa de mortalidade materna, neonatal e juvenil. Sofrem danos físicos e morais decorrentes do trabalho escravo, agressões, violência, rede de prostituição, tráfico de pessoas e de órgãos.

Algumas dessas fogem bastante do controle das ações de saúde por se relacionarem mais com situação socioeconômica e cultural, demandando ações integradas das políticas públicas. Em relação à anemia falciforme, doença prevalente (mas não exclusiva) na população negra, o serviço público de saúde oferece ampla cobertura na área da detecção do traço/doença (realizado pela APAE) e na área do tratamento (realizado pelo HC/UFG).

Por meio da Portaria SES nº 39/2013, foi instituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do estado de Goiás, que tem a atribuição de propor ações e providências para a implantação, implementação e acompanhamento das políticas e ações de Atenção a Saúde da População Negra.

A Política Estadual de Saúde da População Negra, reconhecendo a prática do racismo institucional na rede de serviços de saúde, destaca a necessidade de mudanças no atendimento, dando ênfase ao acolhimento na porta de entrada do Sistema, nas unidades de



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



saúde, voltando sua atenção para a sensibilidade profissional e para o respeito às diferenças em todos os níveis, fomentando a participação popular e a rede de controle social como forma de combater o racismo institucional e de promover as mudanças necessárias no atendimento na rede de serviços de saúde.

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

Portanto, o combate ao racismo institucional surge como um sério problema a ser enfrentado, muito embora, nem sempre treinamentos e cursos são capazes de vencer preconceitos, mas pode ser o início de uma mudança de comportamento dos profissionais para um melhor acolhimento e maior atenção aos agravos prevalentes na saúde da população negra, sobretudo os “geneticamente determinados”, como as doenças falciformes em geral.

Dados da Organização das Nações Unidas/ONU, quanto à discriminação racial no Brasil apresentam a seguinte situação: os negros são os mais assassinados, tem menor escolaridade, salário, acesso à saúde, participação no Produto Interno Bruto (PIB) e ocupação em postos nos governos, e as maiores taxas de desemprego, são os que mais lotam as prisões e mortalidade precoce.

1.2.5.2.5 População em Situação de Rua

Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como, as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Apesar das pessoas que circunstancial ou permanentemente vivem nas ruas, terem por direito constitucional serem consideradas cidadãs integrais, segundo a Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua (MDS, 2008), as visões estigmatizantes da



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



sociedade civil, sobre as mesmas, ainda costumam restringir-se, na maioria das vezes, às pulsões e ações assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de “higienização social”. É preciso afirmar a humanidade e os direitos de quem está vivendo nas ruas por contingência ou escolha, através da execução de políticas públicas voltadas a este segmento da sociedade, também para que a população de forma geral consiga enxergá-los para além de estigmas.

A Política busca garantir o acesso aos serviços de saúde, bem como, a melhoria do nível de saúde dessa população, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia, orientação religiosa e orientação sexual. A redução de riscos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida (falta de higiene adequada, exposição a baixas e altas temperaturas, alimentação inadequada ou insuficiente, sono irregular, exposição a intempéries, etc.) e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.

A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada em 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome identificou 31.922 pessoas (maiores de 18 anos) em situação de rua. Este número total, se considerado agregado as pesquisas de outras cidades, cujos dados estão disponíveis podemos estimar um número aproximado de 50.000 pessoas nas capitais de estado (e Distrito Federal) e cidades com mais de 300 mil habitantes do Brasil.

Pela Portaria nº 66 GAB/SES de 18 de fevereiro de 2014, foi instituído o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua. A atenção integral à saúde da População em Situação de Rua/PSR por meio do acesso integral e humanizado ao SUS inclui dispositivos de promoção, prevenção, cuidados interdisciplinares e multiprofissionais, reabilitação, direito à hospitalidade e ao usufruto da cidade.

Atualmente Goiás conta com 8 equipes de Consultório na Rua e com expectativa da criação de mais 10 equipes até 2023.

1.2.5.2.6 População LGBT

O Ministério da Saúde considera a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e reconhece as desfavoráveis condições de saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).



É um grupo populacional alvo de muitas discriminações raciais, de gênero, de orientação sexual, de identidade de gênero e preconceito social. A continuidade da política contribuirá para eliminação do estigma e da discriminação das LGBT fobias, consideradas na determinação social de sofrimentos e de doenças. Em Goiás não se tem dados estatísticos precisos sobre esses grupos populacionais, mas encontram-se presentes em todas as regiões do estado.

As doenças e agravos mais prevalentes: agressões, violência doméstica ou familiar sofrimento psíquico, transtornos mentais, DST AIDS, cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas), drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio prevalentes.

Em Goiás a portaria, nº 381 GAB/SES de 05 de novembro de 2012 institui o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais que visa a defesa dos direitos e deveres dos usuários de saúde no Estado de Goiás, a fim de assegurar o atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero.

Atualmente o estado conta com três serviços especializados do Processo Transexualizador, sendo um ambulatorial na cidade de Itumbiara e dois hospitalares em Goiânia sendo um no Hospital das Clínicas (HC) e o outro no Hospital Alberto Rassi (HGG). Existe a previsão de abertura de mais quatro serviços do Processo Transexualizador na modalidade ambulatorial nos próximos anos.

1.2.5.2.7 População do Campo, da Floresta e das Águas

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

Em Goiás, segundo Censo de 2010 do IBGE, 583.074 pessoas, correspondente a 9,71% da população, vive na zona rural. Até março de 2011 havia 287 assentamentos, com 14.486 famílias, distribuídos em 78 Municípios do Estado de acordo com dados da Superintendência Regional do INCRA em Goiás.



1.2.5.2.8 População Cigana

Os estudos e relatos não conseguem confirmar as variadas estimativas sobre o número da população cigana no Brasil, nem sobre sua distribuição geográfica.

A Associação Internacional Maylê Sara Kali – AMSK analisou os dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) de 2011, recolhidas pelo IBGE, e constatou que foram identificados 291 municípios que abrigavam acampamentos ciganos, localizados em 21 estados. Aqueles com maior concentração de acampamentos ciganos são Minas Gerais, com 58, Bahia com 53 e Goiás com 38 acampamentos.

1.2.5.2.9 Povos e Comunidades Tradicionais de Religião de Matriz Africana

A intolerância religiosa é crescente no Brasil, mesmo sendo a prática religiosa um direito humano, amparada constitucionalmente e reforçada pelo conceito laico do Estado.

O Plano de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades de Religião de Matriz Africana, traz como premissa a proteção de indivíduos e grupos no exercício de suas crenças o compromisso do Estado com essa política deixa a desejar.

Conforme o Plano, “comunidades tradicionais de matriz africana constituem espaços próprios de resistência e sobrevivência, que possibilitaram a preservação e recriação de valor civilizatórios, de conhecimentos e da cosmovisão trazidos pelos africanos, quando transplantados para o Brasil. Caracterizam-se pelo respeito à tradição e aos bens naturais; o uso do espaço para a reprodução social, cultural e espiritual da comunidade; e a aplicação de saberes tradicionais transmitidos através da oralidade”.

Essa população sofre preconceitos decorrentes dos estereótipos construídos socialmente, enfatizando representações negativas, desvalorizando e desprestigiando uma tradição religiosa ancestral. Esse imaginário social decorrente do desconhecimento por preconceito, temor e aversão reflete uma negação de direito a essas pessoas.

Na área da saúde observa-se no cotidiano, desrespeito por parte dos profissionais aos seguidores das religiões de matriz africana, quanto ao acolhimento, acesso, oferta e prestação dos serviços de saúde. Tal situação talvez ocorra por desconhecimento de suas especificidades, algo que não está incluído na formação profissional, bem como, a não socialização de seus saberes ancestrais, que são transmitidos através da oralidade para os praticantes das religiões.



Existem relatos de que há resistência dos profissionais em realizar visitas domiciliares nos terreiros, de utilizar o espaço para promover mobilizações sociais e de democratizar a informação em saúde aos usuários seguidores de religião de matriz africana, o que contribui para o preconceito, discriminação, diminuição da autoestima.

1.2.5.2.10 População Quilombola

Goiás possui 64 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares, e apenas uma titulada. O Sítio Histórico Kalunga abrange três municípios (Cavalcante, Monte Alegre e Teresina) e é o maior território quilombola do país.

Entre as causas de morbimortalidade mais frequentes destacam-se a hipertensão arterial, diabetes mellitus, leishmanioses, hanseníase, tuberculose, neoplasias de fígado e próstata, anemia falciforme, anemia ferropriva uso abusivo de álcool e outras drogas.

Principais problemas identificados:

1. Inacessibilidade dos povos tradicionais nas políticas de atenção à saúde;
2. Preconceito institucional;
3. Baixa participação das populações das comunidades tradicionais no controle social;
4. Ausência de indicadores de saúde da fase diagnóstica e falta proposição de propostas que atendem as necessidades de saúde;
5. Ausência de políticas e fragilidade de acesso aos serviços de saúde que atendem as especificidades das populações em situação de rua; negros/as; LGBT; ciganos/as; indígenas; povos do campo, da floresta e das águas; população quilombola e Povos e Comunidades Tradicionais de Religião de Matriz Africana.
6. Pouco interesse dos municípios em aderir às políticas de Equidade em Saúde devido a falta de incentivo financeiro.
7. Falta de profissionais treinados para atender as propostas da política no processo transexualizador.

1.2.5.2.11 Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

A população brasileira apresenta aproximadamente 24% de indivíduos com alguma deficiência como apontam dados coletados pelo IBGE no Censo 2010. Para garantir direitos e oportunidades a essas pessoas, o Governo Federal lançou, em 2011, o Plano Nacional dos



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, que trata de assuntos como acesso à educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde.

Em nosso caso, eixo da saúde, a operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RPDC) se deu com a implantação e acompanhamento do Grupo Condutor Estadual que foi aprovado pela Resolução CIB nº 226 de 28 de julho de 2012.

Ainda no ano de 2012 a Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência iniciou a pactuação para implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de Goiás, sendo aprovada em 21 de fevereiro de 2013 por meio Resolução CIB nº 022. A partir daí se deu a construção do Plano de Ação da RCPD aprovado pela Resolução nº 067 de 23 de abril de 2013 que presta como objetivos:

- I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS;
- II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

No ano de 2016 em decorrência do grande número de obras pactuadas foi necessário realizar a repactuação da RPDC, sendo aprovado pela Resolução CIB nº 103 em 30 de agosto deste mesmo ano.

Os critérios para organização e conformação da RPDC foram o desenho das Regiões de Saúde do Estado e o processo de regionalização, o princípio de descentralização e hierarquização dos serviços, a capacidade instalada/oferta e cobertura de serviços, os fluxos de acesso, e os dados do último censo realizado sobre o quantitativo de pessoas com deficiência no Estado extraídos do IBGE/2010.

Este processo teve como referência o Decreto Nº 7612 de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite; na Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde e a Portaria GM/MS nº 835 de



25 de abril de 2012, que institui os incentivos financeiros de investimento e de custeio para o componente atenção especializada.

Foram também utilizados para a conformação da RPDC os seguintes marcos regulatórios/orientadores da política:

1. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver Sem Limites - Lançado em 17 de novembro 2011.
2. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) • VIVER SEM LIMITE – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência : SDH-PR/SNPD, (Publicação, 2013).
3. Manual de Identidade Visual – Fevereiro/2013.
4. Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas Orientações para Elaboração de Projetos (Construção, Reforma e Ampliação) Abril/2013.
5. Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas /Orientações para Elaboração de Projetos (Construção, Reforma e Ampliação) Abril/2013.
6. Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (Centro Especializado em Reabilitação - CER e Oficinas Ortopédicas), 2014.

A tabela a seguir apresenta o número de pessoas com ao menos uma deficiência na população residente no Estado de Goiás:

Tabela 32: Demonstrativo do Número de Pessoas com Deficiência, por tipo de Deficiência, no Estado de Goiás, 2010.

ESTADO DE GOIÁS		
POPULAÇÃO	Nº de Habitantes	(%)
Total de habitantes	6.003.788	100,00 %
Total de pessoas com deficiência	941.232	15,68%
Deficiência Visual	197.503	3,29%(*)



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Deficiência Auditiva	293.948	4,90%(*)
Deficiência Motora	374.048	6,23%(*)
Deficiência Intelectual	75.733	1,26%(*)

Fonte: IBGE, 2010 (*) % do total da população com deficiência.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências no Estado de Goiás conta com os seguintes serviços de reabilitação já habilitados pelo Ministério da Saúde:

- 05 Centros Especializados em Reabilitação II (Física e Intelectual – APAE, Clínica Escola Vida, Pestalozzi, ADEFEGO e CORAE) e 01 Centro Especializado em Reabilitação IV (Física, Auditiva, Visual e Intelectual - CRER) no município de Goiânia;
- 01 Centro Especializado em Reabilitação III (Física, Auditiva e Intelectual) em Trindade,
- 01 Centro Especializado em Reabilitação III (Física, Auditiva e Intelectual) em Anápolis,
- 01 Centro Especializado em Reabilitação III (Física, Auditiva e Intelectual) em Jataí;
- 01 Centro Especializado em Reabilitação II (Física e Intelectual) em Ceres,
- 01 Centro Especializado em Reabilitação II (Física e Intelectual) em Goiás,
- 01 Centro Especializado em Reabilitação II (Física e Intelectual) em São Luís de Montes Belos,
- 01 Centro Especializado em Reabilitação II (Física e Intelectual) em Rio Verde e
- 01 Centro Especializado em Reabilitação II (Física e Intelectual) em Catalão
- Totalizando 13 serviços especializados em reabilitação para atendimento à população de Goiás.

Além destes, farão parte da RCPD, brevemente, os seguintes CER: 01 Centro Especializado em Reabilitação IV (Física, Auditiva, Visual e Intelectual), recém-construído em Luziânia, porém ainda não inaugurado e 01 Centro Especializado em Reabilitação IV (Física, Auditiva, Visual e Intelectual) em Formosa; 01 Centro Especializado em Reabilitação



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



II (Física e Intelectual) em Santa Helena; 01 Centro Especializado em Reabilitação II (Física e Intelectual) em Alvorada do Norte, todos em construção.

O quadro abaixo apresenta a atual rede de reabilitação:

Quadro 04: Rede de Reabilitação.

MACRO REGIÃO	REGIÃO	MUNICÍPIO	CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO – CER	MODALIDADES DE REABILITAÇÃO
CENTRO OESTE	CENTRAL	Goiânia	CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo	CER IV Física/Intelectual/Auditiva Visual/Oficina Ortopédica
			ADFEGO – Associação dos Deficientes Físicos do Estado de Goiás	CER II Física/Intelectual
			APAE – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais de Goiânia	CER II Física/Intelectual
			Associação Pestalozzi de Goiânia	CER II Física/Intelectual
			CORAE – Centro de Orientação, Reabilitação e Assistência ao Encefalopata	CER II Física/Intelectual
			Clínica Escola Vida – PUC	CER II Física/Intelectual

		Trindade	Vila São José Bento Cottolengo	CER III Física/Intelectual/Auditiva
	OESTE II	São Luís de Montes Belos	Centro de Reabilitação José de Siqueira	CER II Física/Intelectual
	RIO VERMELHO	Goiás	Serviço de Fisioterapia São Domingos	CER II Física/Intelectual
CENTRO NORTE	PIRINEUS	Anápolis	APAE – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais de Anápolis	CER III Física/Intelectual/Auditiva
	SÃO PATRÍCIO	Ceres	Centro Regional de Referência em Reabilitação de Ceres	CER II Física/Intelectual
SUDOESTE	SUDOESTE I	Rio Verde	Associação Pestalozzi de Rio Verde	CER II Física e Intelectual
	SUDOESTE II	Jataí	<i>Em Construção</i>	CER III Visual, Auditiva e Intelectual
MACRO NORDESTE	ENTORNO SUL	Luziânia	Obra concluída e equipada Não inaugurada desde 2017	CER IV Física/Intelectual/Auditiva Visual
MACRO NORDESTE	ENTORNO NORTE	Formosa	Em construção – atrasada	CER IV Física/Intelectual/Auditiva Visual



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



MACRO SUDOESTE	Sudoeste I	Santa Helena	Obra entregue não habilitada pelo MS	CER II Física/Intelectual
MACRO NORDESTE	Nordeste II	Alvorada do Norte	Em construção	CER II
MACRO CENTRO SUDESTE	Estrada de Ferro	Catalão	Centro Especializado em Reabilitação Dr. Roberto Antônio Marot	CER II Física/Intelectual

Fonte: GERPOP/ SPDC/ SES-GO.

A Oficina Ortopédica Fixa e a Oficina Ortopédica Itinerante de referência para toda a população do Estado de Goiás estão habilitadas pelo Ministério da Saúde localizadas no CRER. Vale ressaltar que a Oficina Ortopédica Itinerante é vinculada à Gerência de Regulação. A Vila São José Bento Cottolengo mantém um serviço de dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) para pacientes regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

O componente Atenção Hospitalar Especializada na RCPD conta com leitos de reabilitação nas unidades do CRER (65 leitos) e Vila São José Bento Cottolengo (18 leitos) pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em 2010.

Os principais entraves apontados na Análise Situacional da Rede de Cuidados às Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais são em sua maioria:

- Falta de capacitação dos profissionais da atenção básica sobre o fluxo do paciente com deficiência na rede;
- Dificuldades na regulação da rede por falta de conhecimento do perfil do paciente atendido no CER;
- Falta de recursos humanos especializados em reabilitação;
- Necessidade de financiamento tripartite para o custeio dos centros especializados – CER.



Prioridades da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência:

- 1 – Monitoramento dos Centros Especializados em Reabilitação - CER e das obras em cada município - Jataí, Alvorada do Norte, Santa Helena de Goiás, Formosa e Luziânia – obras iniciadas ou em fase de conclusão (particularidades de cada uma).
- 2 – Solicitar reunião com gestor de Luziânia para discutir sobre inauguração do CER IV.
- 3 – Discutir abrangência e repactuação da Oficina Ortopédica do CRER.
- 4 – Repactuação da abrangência de atendimentos do CER II – Rio Verde – Região Sudoeste I.
- 5 - Repactuação da abrangência de atendimentos do CER II – Jataí – Obra em fase final.

Capacitações / Educação Continuada Organizadas pela Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência:

1. Curso de Capacitação para Gestores/Coordenadores dos Centros Especializados em Reabilitação - maio 2014.
2. Capacitação em Fluxo do Paciente na Rede de Cuidados à Pessoa Com Deficiência - 23 e 24 de abril de 2015.
3. “Capacitação Macrorregião Pireneus: A Atenção Primária na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – O Papel dos Profissionais de Reabilitação” -17 e 18 de março de 2016.
4. “Simpósio sobre desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos com ênfase na identificação precoce de alterações neuropsicomotoras” - 6 a 8 de dezembro de 2016.
5. “Oficina de Trabalho para Implantação/Implementação da Nota Técnica Nº 001/2015 – Resolução CIB nº 128/2015 sobre o encaminhamento de usuários para os Centros Especializados em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência” - 30 de março de 2017.
6. I Simpósio dos Centros Especializados em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Goiás”- 30 e 31 de agosto de 2017.
7. I Oficina de Qualificação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de Goiás - 11 e 12 de Setembro de 2018.



8. Programação de continuidade das Oficinas de Qualificação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de Goiás nas Regiões de Saúde.

Participação em Conselhos, Comitês, Comissões e outros:

1. Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência – conselheiro titular/ representante governamental
2. Comissão Estadual de Farmácia Terapêutica – membro consultor
3. Comitê Zika Vírus - membro
4. Planificação do Estado de Goiás-Membro
5. Membro do Comitê Gestor do Grupo BPC – Secretaria de Cidadã- Membro Consultor.

1.2.5.2.12 População Privada de Liberdade

Segundo dados de 2019, coletados e sistematizados pela Subcoordenação de Atenção Integral à Saúde no Sistema Penitenciário/GERPOP/ SPDC/ SES, o Sistema Prisional de Goiás abriga um contingente flutuante de 23.416 (vinte e três mil, quatrocentos e dezesseis) presos custodiados em unidades prisionais. Deste total, 6.566 (seis mil, quinhentos e sessenta e seis) pessoas privadas de liberdade encontram-se no Complexo Penitenciário de Aparecida de Goiânia, composto por seis unidades prisionais (Casa de Prisão Provisória, Central de Triagem, Núcleo de Custódia, Penitenciária Feminina, Penitenciária Odenir Guimarães e Colônia Agroindustrial do Regime Semiaberto). A tabela abaixo evidencia a população prisional por Região.

Tabela 33: População Privada de Liberdade no Estado de Goiás, por Região.

REGIÃO	Nº DE MUNICÍPIOS	Nº DE UNIDADES PRISIONAIS	POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE
Central	8	8	1.252
Centro Sul	13	18	7.601
Oeste I	5	5	493



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Oeste II	5	5	327
São Patrício I	7	7	543
São Patrício II	4	4	653
Nordeste I	2	2	76
Nordeste II	3	3	184
Sudoeste I	9	11	1.778
Sudoeste II	4	4	944
Estrada de Ferro	6	6	970
Sul	6	6	963
Rio Vermelho	8	8	654
Norte	5	5	476
Serra da Mesa	4	4	376
Pireneus	7	8	1.557
Entorno Norte	4	7	1.566
Entorno Sul	7	10	3.002
Total	103	116	23.416

Fonte: Subcoordenação de Atenção Integral à Saúde no Sistema Penitenciário/GERPOP/SPDC/SES-GO, 2020.

Em janeiro de 2014, foi publicada a Portaria Interministerial nº 1/2014, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional/PNAISP. O Estado de Goiás formalizou sua adesão em 19/03/2014, por meio da Secretaria de Estado da Saúde e da então Secretaria de Estado de Administração Penitenciária



e Justiça/SAPEJUS. Iniciou-se então, o processo de sensibilização dos gestores municipais de saúde para adesão à PNAISP.

O Estado de Goiás possui 107 (cento e sete) municípios com unidades prisionais em seu território, sendo que destas, 18 (dezoito) aderiram a PNAISP e 36 (trinta e seis) pleitearam a adesão e aguardam publicação de portaria pelo Ministério da Saúde.

Até 2016, a responsabilidade pela contratação e manutenção de profissionais de saúde nas unidades prisionais foi assumida pela então Secretaria de Segurança Pública/SAPEJUS, com participação da Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

Diante das dificuldades encontradas para manutenção do quadro de pessoal necessário para o atendimento da pessoa privada de liberdade, o Conselho Estadual de Políticas Salariais e Recursos Humanos estabeleceu, por meio da Resolução nº 01/2016, de 15/08/2016, em seu Art. 1º a atribuição “à Secretaria de Estado da Saúde a responsabilidade de buscar os meios para suprir as necessidades dos profissionais de saúde...” Porém, não havia disponibilidade de profissionais em número suficiente para atender a necessidade das unidades prisionais existentes no Estado, e nem previsão de realização de concurso público para admissão desses profissionais.

Como alternativa para a organização da assistência à saúde nas unidades prisionais, foi pactuado na Comissão Intergestores Bipartite/ CIB, em reunião do dia 21/03/2017, critérios para o repasse de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde para os municípios, mediante adesão, como incentivo para o custeio da contratação de profissionais para composição de equipes de saúde responsáveis pela prestação de ações e serviços de saúde às pessoas privadas de liberdade. Em 2018, alguns municípios pontuaram a necessidade de utilizar os recursos financeiros repassados para aquisição de insumos e medicamentos bem como pequenas reformas. Assim, foi pactuado novamente junto a CIB, a Resolução nº 066/2018 que amplia a utilização dos recursos financeiros.

Até o momento, 87 (oitenta e sete) municípios fizeram adesão à contrapartida estadual. Os repasses financeiros são destinados à contratação de equipes de saúde e/ou custeio das ações de saúde à população privada de liberdade.

Os recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde bem como pela Secretaria de Estado da Saúde tem possibilitado a ampliação das equipes de saúde com a contratação de mais profissionais, aquisição de medicamentos, aquisição de material de insumo e consumo



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



para desenvolvimento das ações de saúde prisionais, adequações e reformas do espaço físico destinado às equipes de saúde.

Segue abaixo tabela demonstrativa do número de municípios com unidades prisionais que possuem adesão a contrapartida estadual e PNAISP, dos municípios com adesão somente a contrapartida estadual, dos municípios com adesão somente a PNAISP e dos municípios que não possui adesão a nenhum dos financiamentos.

Tabela 34: Número de municípios com adesão a Contrapartida Estadual e a PNAISP.

Nº de municípios com adesão a PNAISP e a Contrapartida Estadual	45
Nº de municípios com adesão somente a PNAISP	3
Nº de municípios com adesão somente a Contrapartida Estadual	42
Nº de municípios não possui nenhum dos tipos de adesão	17
Total	107

Fonte: Subcoordenação de Atenção Integral à Saúde no Sistema Penitenciário/GERPOP/SPDC/SES-GO, 2020.

Os desafios a serem enfrentados na condução dos serviços à população privada de liberdade são diversos, tais como: a superlotação e insalubridade dos ambientes prisionais, a garantia de segurança aos profissionais de saúde, espaços inadequados e/ou inexistentes para atendimento em saúde, dificuldades na cooperação técnica entre gestores da saúde e da segurança, entre outros. Assim, faz-se necessário a realização de um trabalho integrado entre a gestão estadual e a municipal a fim de minimizar os danos causados à saúde da população privada de liberdade.

1.2.5.2.13 Política de Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei

A Constituição de 1988, o SINASE (Sistema Nacional Socioeducativo) e o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) promoveram mudanças significativas na política de atendimento à infância e adolescência ao propor um novo sistema articulado e integrado de atenção a todas as necessidades da criança e do adolescente e a garantia de seus direitos. De



acordo com o texto constitucional o paradigma da proteção integral considera a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, cujas prioridades compreendem: a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; b) a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; d) a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

No Estado de Goiás, assim como no restante do país, observamos que os adolescentes não compartilham de uma realidade homogênea em todas as regiões e setores sociais. Essas desigualdades devem ser levadas em consideração quando se trata de formular e colocar em prática políticas para esta população. As dificuldades em lidar com o adolescente fica mais evidente quando observamos o tratamento oferecido àqueles que cometem atos infracionais, com medidas que variam drasticamente de acordo com a idade.

Antes dos 18 anos, os adolescentes são objeto de medidas socioeducativas que teriam por objetivo protegê-los e evitar que cometam outros atos infracionais. Ao completar 18 anos, o jovem deixa de ser considerado um indivíduo em situação peculiar de desenvolvimento e a percepção social também muda: diante de uma situação de violência, o adolescente que comete uma infração é percebido de forma ambígua, em parte autor, em parte vítima dos seus comportamentos e tende a ser visto como um perigo para a sociedade.

O contexto atual nos aponta que um projeto estadual deve conter uma linha de reflexão sobre a atenção à saúde do adolescente em conflito com a lei, que pressupõe o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a organização de ações para a execução dessas práticas, destacando a importância da promoção da saúde e a necessidade de estabelecer processos de trabalho intersetoriais e interdisciplinares com foco nos determinantes de saúde e vulnerabilidade dessa faixa etária, tendo vista sua reinserção social. A aposta nesse modelo de cuidado se fundamenta na ideia de que só serão cumpridos os objetivos fundamentais do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativos e o Estado garantir a essas pessoas o exercício dos seus direitos fundamentais.



O estado de Goiás conta atualmente com 09 Unidades Socioeducativas, distribuídas em seis (06), municípios; Goiânia(03), Formosa(01), Luziânia(01), Anápolis(02), Itumbiara(01) e Porangatu(01).

Tabela 35: Número de Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa em Goiás.

Ano	Número de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em Goiás. Média de internação.
2016	471
2017	419
2018	380
2019	378

Fonte: Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social – Superintendência do Sistema Socioeducativo.

A Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social é a Gestora do Sistema Socioeducativo em Goiás e a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás é responsável pela Atenção Integral à saúde dos adolescentes infratores, os quais estão sob medidas socioeducativas e em regime de internação e internação provisória, de forma compartilhada com os demais entes federativos envolvidos, por meio da PNAISARI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (Origem: PRT MS/GM 1082/2014), no seu artigo 4º estabelece que: “ao adolescente em conflito com a lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, será garantida a atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nas três esferas de gestão. Os eixos da PNAISARI são: a) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial; b)Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva; c) Saúde bucal; d) Saúde mental e prevenção ao uso de álcool e outras drogas e) Prevenção e Controle de agravos f) Educação em Saúde, g)Direitos Humanos, Promoção da Cultura de Paz, prevenção de violências e assistência a vítimas.

Compete ao Estado, por intermédio da respectiva Secretaria de Saúde apoiar os municípios na implementação da PNAISARI;



- instituir e coordenar o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com as Secretarias de Saúde Municipais e a secretaria gestora do Sistema Socioeducativo,
- apoiar e participar da elaboração e execução dos Planos Operativos e Planos de Ação Municipais,
- inserir no seu planejamento anual e no Plano Estadual de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade;
- apoiar e incentivar a inserção da população adolescente em conflito com a lei e a privada de liberdade nos programas e políticas da saúde promovidas pelo Estado e municípios,
- apoiar tecnicamente o desenvolvimento das ações previstas no Plano de Ação Anual dos Municípios,
- participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos,
- participar da organização da referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade em parceria com a gestão municipal de saúde;
- capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite;
- prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos e Planos de Ação Anuais, e
- monitorar e avaliar a implementação das ações constantes no Plano de Ação Anual em conjunto com os Municípios.

O monitoramento das ações é realizado por meio de visitas técnicas, qualificação de servidores para o atendimento humanizado, educação permanente aos servidores, verificação das condições de saúde e busca da garantia de acesso aos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade.

No estado de Goiás todos os municípios que possuem unidades socioeducativas realizaram a adesão à PNAISARI e nos últimos 4 anos constata-se diversos avanços, dentre eles: melhorias na elaboração dos Planos de Ação anuais cujo desenvolvimento das ações foi acompanhado pela Secretaria de Estado da Saúde por meio de visitas técnicas às unidades



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



socioeducativas e unidades de saúde municipais responsáveis pelo atendimento aos adolescentes; realização de oficinas para os profissionais de saúde mental; elaboração de relatórios sobre as condições de saúde dos socioeducandos referentes aos principais eixos da Política; coordenação do GTI-Estadual com fortalecimento da intersetorialidade em parceria com a SEDUC, Ministério Público Estadual, Juizado da Infância e Juventude e outros segmentos da sociedade com vistas na implementação de ações que reflitam na promoção da saúde física e mental dos adolescentes.

Os principais desafios são o fortalecimento das parcerias intersetoriais principalmente Conselhos Estadual e Municipais de Direitos da Criança e Adolescentes, Conselhos Tutelares, Secretarias Municipais de Assistência Social; atuação efetiva que promova mudanças de paradigmas sociais no que diz respeito aos direitos dos adolescentes e redução do estigma social; qualificar os servidores do sistema socioeducativo e de saúde que trabalham com os adolescentes em conflito com a lei, com vistas na garantia de direitos, acolhimento humanizado; promoção da atenção a saúde em todos os níveis de atenção e, principalmente, atuar nas condições de vulnerabilidade dessa população para reduzir e prevenir o aumento de indicadores de violência interpessoal e autoprovocada, evasão escolar, exclusão social que são, entre outros, fatores importantes que levam ao ato infracional.

Com vistas nessa redução de vulnerabilidade da População Adolescente foi lançado o Projeto “Tá Ligado” em junho de 2019 que iniciará sua implantação e implementação no decorrer do atual quadriênio.

1.2.5.2.14 Política de Atenção às Pessoas em Situação de Violência

A violência tornou-se um problema de saúde pública diante da observação de suas consequências tanto para estado físico quanto psicológico do indivíduo. Ademais, diante da ampliação do conceito de saúde, deixando esta de ser apenas a ausência de uma doença, mas sim o bem-estar físico e mental da população, e através da instituição do SUS (Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990), além da assinatura de acordos internacionais para prevenção e ação contra a violência, esta passou a ser um dos pontos de ação da saúde pública no país.

No Estado de Goiás a violência tem sido um fenômeno presente, marcante e gerador de sequelas graves tanto na saúde física quanto mental da população, conforme ilustram os dados a seguir:

Tabela 36: Dados da Violência em Goiás.

INVESTIGAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL 2019 GOIÁS													
Frequência por Sexo	Fx Etária (13)												
	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Em Branco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Masculino	1	30	46	42	8	13	1	1	1	0	0	0	143
Feminino	17	93	118	260	125	140	72	41	16	5	3	1	891
Total	18	123	164	302	133	154	73	42	17	5	3	1	1035

INVESTIGAÇÃO DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA 2019 -GOIÁS													
Frequência por Sexo	Fx Etária (13)												
	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Em Branco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Masculino	2	13	50	55	44	47	35	15	14	22	9	6	312
Feminino	7	33	53	113	154	260	258	154	68	28	29	13	1170
Total	9	46	103	168	198	307	293	169	82	50	38	19	1482

INVESTIGAÇÃO DE VIOLÊNCIA - NEGLIGÊNCIA 2019 -GOIÁS													
Frequência por Sexo	Fx Etária (13)												
	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Em Branco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Masculino	50	163	96	42	56	5	3	3	7	19	16	9	469
Feminino	48	118	45	42	21	7	2	6	11	19	19	26	364
Total	98	281	141	84	77	12	5	9	18	38	35	35	833

INVESTIGAÇÃO DE VIOLÊNCIA FÍSICA -2019 GOIÁS													
Frequência por Sexo	Fx Etária (13)												
	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Em Branco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Masculino	27	59	73	102	323	305	240	133	80	87	33	9	1471
Feminino	31	62	62	185	479	867	631	393	158	54	41	19	2982
Total	58	121	135	287	802	1172	872	526	238	141	74	28	4454

Fonte: GERPOP/ SPDC- SES-GO.

Tendo em vista os dados da realidade ilustrada e a fim de responder e executar as políticas de saúde relacionadas às violências foi instituída a Subcoordenação de Atenção às Pessoas em Situação de Violências, sendo esta responsável pelas ações direcionadas a prevenção e gestão dos serviços que prestam atendimento às pessoas que vivenciam uma situação de violência, abrangendo todos os tipos de violência interpessoal e autoprovocada (física, sexual, psicológica, negligência, automutilações e suicídio) perpetradas contra



populações em vulnerabilidade, como mulheres, crianças, adolescentes, idosos, população LGBTI, negros, indígenas e pessoas com deficiência.

Todas as atividades desenvolvidas possuem como principal objetivo a qualificação do atendimento oferecido a essas pessoas em todos os âmbitos da saúde, da atenção primária à terciária, a fim de estabelecer fluxos de atendimento mais eficazes e eficientes, com profissionais capacitados e serviços pertinentes às realidades locais, visando amenizar os impactos da violência nas famílias e sociedade geral através da qualificação da rede de atenção, fornecendo apoio contínuo aos profissionais que lidam cotidianamente com essas situações, com vistas na prevenção da violência, a atenção às vítimas e a promoção da cultura da paz.

Todas as ações estão embasadas por políticas públicas de saúde instituídas no país, como a Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, além de outros programas, políticas e legislações que abrangem as populações mais vulneráveis, como Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), Política de Promoção da Saúde (Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006), diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010) e outros, bem como Linhas de Cuidado estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Esta subcoordenação propiciou o avanço da proteção às vítimas de violência com a instituição do Grupo Condutor da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência por meio da Portaria 967/2017 GAB/SES/GO. Este grupo elaborou o manual de apoio para gestores e profissionais de saúde e outras instituições, intitulado “Guia Orientador da Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violências”, com a finalidade de contribuir na organização das redes intersetoriais de atenção e proteção nos municípios.

Outro avanço se deu na pactuação das redes de Atenção às Pessoas em Situação de Violência em 08 das Regionais de Saúde; elaboração e instituição de Protocolos de Atendimento às crianças vítimas de violência física e negligência no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage – HUGOL; participação na elaboração da emenda da Lei de Prevenção à Violência Obstétrica (Lei Nº 19.790, de 24 de Julho de 2017); ações em parceria com Ministério Público Estadual para prevenção e atendimento de casos de adolescentes



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



vítimas de violências autoprovocadas em escolas estaduais; elaboração de Nota Técnica “Protocolo de Atenção às Pessoas em Situação de Violência para Atenção Básica” e atualização e regularização dos serviços de atenção às vítimas de violência sexual no Estado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Os desafios mais urgentes estão em estabelecer e qualificar a rede de atenção a saúde para o atendimento da pessoa em situação de violência em todos os níveis de atenção de forma ágil e em articulação com o sistema de proteção e garantia de direitos e na revisão na Política Estadual de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, estabelecimento de protocolos e fortalecer a coordenação de Atenção às Pessoas em Situação de Violências como referência de comunicação, apoio e articulação de atividades intersetoriais em todo o Estado.

1.2.6 Vigilância em Saúde Ambiental

1.2.6.1 Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - Vigiagua

A Organização Mundial de Saúde (2012) afirma que a falta de acesso à água potável eleva o risco de doenças relacionadas com contaminantes químicos e biológicos e de quase 90% das doenças diarreicas.

Diante deste cenário, a vigilância em saúde ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano consiste no conjunto de ações adotadas para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e às normas estabelecidas na legislação.

O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA é um dos principais instrumentos de vigilância, e os dados inseridos no sistema subsidiam a avaliação dos riscos e agravos relacionados ao consumo de água imprópria pela população: informações de controle, geradas pelos responsáveis pela operação dos sistemas de abastecimento de água, relativos ao monitoramento microbiológico, químico e físico-químico, e informações de vigilância da qualidade da água prestadas pelas Secretarias Municipais de Saúde.

No período de 2016-2019, identificou-se 06 municípios com abastecimento de água realizado sem tratamento, situação que ainda persiste motivada pela resistência da gestão municipal em contratar uma concessionária e pela carência de informação da população sobre a importância da potabilidade da água.

Entretanto, verificou-se a implantação do Programa VIGIAGUA nos 246 municípios, de acordo com o relatório de implementação (Tabela Abaixo), demonstrando o aumento da adesão dos municípios:

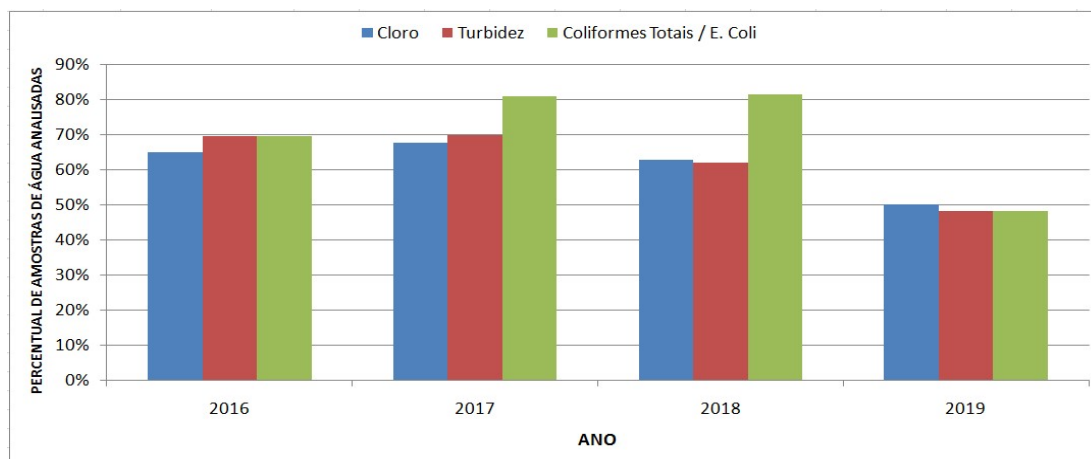
Tabela 37: Relatório de implementação do Vigiágua, Goiás 2016 a 2019.

	2016	2017	2018	2019
Total de Municípios	246	246	246	246
Municípios sem informação	1 (0,41%)	0 (,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Municípios com informação apenas de Cadastro	10 (4,07%)	7 (2,85%)	9 (3,66%)	12 (4,88%)
Municípios com informação apenas de Cadastro e Controle	17 (6,91%)	11 (4,47%)	20 (8,13%)	36 (14,63%)
Municípios com informação apenas de Cadastro e Vigilância	17 (6,91%)	15 (6,10%)	11 (4,47%)	13 (5,28%)
Municípios com informação de Cadastro, Controle e Vigilância	201 (81,71%)	213 (86,59%)	206 (83,74%)	185 (75,20%)

Fonte: Sisagua, 2020.

O Gráfico abaixo demonstra a análise do cumprimento de metas do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) relativas ao controle de qualidade da água, no período de 2016 a 2019 em Goiás, e observa-se que nos anos de 2016 a 2018 os municípios chegaram próximo de atingir a meta estabelecida para todos os parâmetros. Entretanto, por problemas operacionais ocorridos na SES/GO, no primeiro semestre de 2019 o número de análises ficou abaixo da meta estabelecida.

Figura 38: Gráfico - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais/E.Coli, cloro residual livre e turbidez, Goiás, 2016 a 2019.



Fonte: Sisagua, 2020.



No período de 2016 a 2019 foram realizadas capacitações e apoio técnico nas Regionais de Saúde e Municípios relacionadas à alimentação do SISAGUA, à integração do sistema com o Gerenciador de Ambiente Laboratorial, sobre metodologias de coleta de amostras de água para análise, o monitoramento de municípios prioritários quanto aos resíduos de agrotóxicos e metais pesados na água, e articulação nos municípios que não possuem tratamento para informar sobre os riscos e a importância da qualidade da água de consumo humano.

Com estas intervenções e profissionais mais capacitados, foi possível realizar o monitoramento contínuo das informações, além de avançar com o aumento de municípios com informações de cadastro, controle e vigilância no SISAGUA. Também houve redução de municípios sem tratamento de água no Estado, visto que dos 06 municípios sem tratamento, 02 já estão em processo de adequação.

Os principais desafios para avanço das ações do VIGIAGUA, dizem respeito a estimular os municípios para inserção correta e em tempo oportuno dos dados no SISAGUA, realização de inspeções rotineiras nas diversas alternativas de abastecimento; divulgação das informações relativas à qualidade da água para a população; manter os técnicos capacitados, devido à alta rotatividade de profissionais nos municípios; e mobilizar os gestores para comprometimento com as ações do programa.

1.2.6.2 Fiscalização dos Sistemas de Abastecimento de Água

A Fiscalização dos sistemas de abastecimento de água é uma das competências da vigilância em saúde ambiental e contribui para ampliar o acesso da população à água de qualidade, uma das metas do Objetivo 6 – Água potável e saneamento, dos 17 Objetivos globais de Desenvolvimento Sustentável – ODS, da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas.

Situações de escassez hídrica são reportadas na mídia e encontradas nas fiscalizações, como em Vicentinópolis, que recorre emergencialmente à água de poço particular para complementar o abastecimento municipal. Em Goiânia o abastecimento pelo Rio Meia Ponte enfrentou crises em 2017 e 2019 e motivou a declaração de situação de emergência na bacia hidrográfica e determinou ações de redução de perdas de água, divulgação de informações para a população quanto à economia e ao uso racional de água.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Em Goiás a demanda por água, em 2015, era de 16,2 m³/s e em 2025 será de 20,48 m³/s; 81 sistemas necessitavam de ampliação e 32 de novo manancial de captação. Do total de sedes urbanas, 62% têm o seu abastecimento associado a mananciais superficiais. Nas cidades com menos de 50 mil habitantes, predominam os sistemas de abastecimento exclusivamente subterrâneo.

Segundo o Atlas Esgotos, 45% da população brasileira não possui tratamento ou nem a coleta do esgoto sanitário, comprometendo ainda mais a qualidade e os usos da água. 145 municípios goianos foram apontados como potencialmente comprometedores da qualidade da água de captações a jusante, ensejando foco em ampliar ou implementar o tratamento dos seus esgotos.

Entre os anos de 2016 a 2019, foram realizadas 19 fiscalizações relacionadas a água e esgoto, situação que permitiu observar que nos povoados separados das sedes municipais os sistemas de abastecimento de água são por vezes negligenciados em sua infra-estrutura e no controle de qualidade.

Os impactos do controle deficiente na qualidade e até mesmo no tratamento da água sobre a saúde da população pode ser estimado em dados epidemiológicos, como a taxa de internação pelas Doenças Relacionadas a um Saneamento Ambiental Inadequado – DRSAI, como diarreia e hepatite A.

O monitoramento epidemiológico com busca ativa em campo e com dados secundários (notificados) pode ser uma estratégia para abordar a questão do tratamento da água nas localidades resistentes a se implantar a desinfecção.

1.2.6.3 Vigilância em Saúde de População Exposta a Contaminantes Atmosféricos – VIGIAR

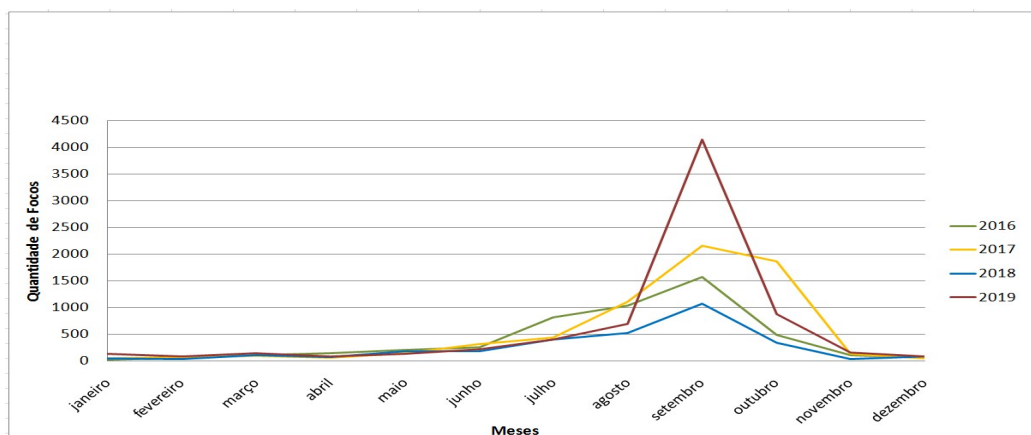
A poluição ambiental é um dos maiores desafios para a saúde pública mundial e a Organização Mundial de Saúde – OMS (2018) enfatiza que a poluição do ar é um fator de risco crítico para doenças não transmissíveis, causando cerca de 24% de mortes por doenças cardiovasculares, 25% por acidente vascular cerebral, 43% por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e 29% associadas ao cancro do pulmão.

Os maiores responsáveis pela poluição do ar são: veículos automotores a gasolina e a diesel, indústrias e queimadas que utilizam combustíveis fósseis cuja queima lança ao ambiente um alto nível de monóxido e dióxido de carbono, dentre outras substâncias nocivas.

O Gráfico abaixo mostra a distribuição mensal de focos de queimadas no Estado de Goiás, que tendem a aumentar nos meses de agosto a outubro, coincidindo com o período de seca na região, e que o mês de setembro de 2019 apresentou uma situação crítica em relação aos demais anos.

No ranking dos 20 municípios com mais focos de queimadas registrados pelo Instituto Nacional de Pesquisa Espacial – INPE, verificou-se que 10 municípios se mantiveram entre os 20 com mais registros nos anos de 2016 a 2019: Niquelândia, Cavalcante, Formosa, Caiapônia, São João da Aliança, Mineiros, Jataí, Itumbiara, Cristalina e Rio Verde.

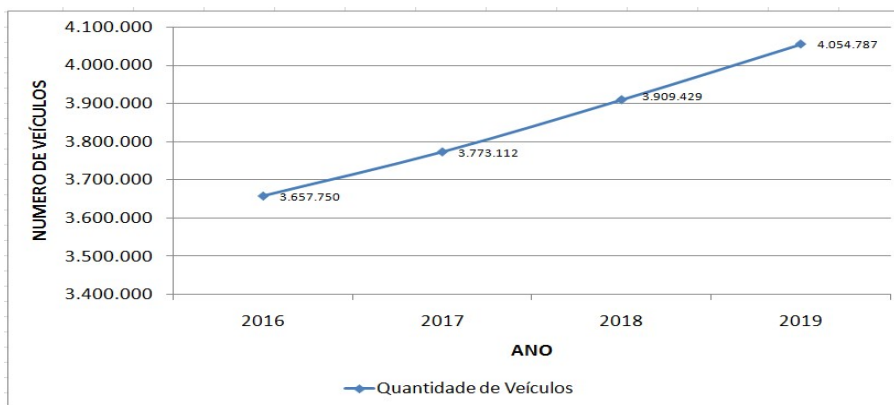
Figura 39: Gráfico – Distribuição mensal de focos de queimadas, Goiás, 2016 a 2019.



Fonte: INPE, 2020.

Considerando que os veículos automotores contribuem consideravelmente para a poluição atmosférica, verifica-se que a frota veicular do estado cresceu cerca de 11% entre 2016 e 2019, totalizando 4.054.787 veículos em todo o estado, uma média de crescimento de 3,5% ao ano (Gráfico seguinte).

Figura 40: Gráfico – Registro da frota veicular, Goiás, 2016 a 2019.



Fonte: INPE, 2020.

O aumento da frota veicular no estado, aliado aos fatores ambientais de focos de calor que em 2019 superou os anos anteriores, demonstra a necessidade de permanente avaliação das morbidades e mortalidade por doenças respiratórias, mesmo estando com tendência de queda. As doenças do aparelho circulatório representam a 1ª causa de mortalidade em Goiás e no Brasil; as neoplasias ficam em 3ª lugar e as doenças respiratórias estão em 4º lugar dentre as principais causas de mortalidade.

Os principais avanços nessa área são a qualificação das equipes regionais e municipais para a vigilância de populações expostas a poluentes atmosféricos e o levantamento de informações para mapeamento de áreas de risco, considerando as fontes poluidoras e a situação epidemiológica de agravos respiratórios nos municípios.

Com relação aos desafios, identifica-se: ausência de um sistema de informação de base municipal; municípios que não realizam o cadastramento e atualização das atividades potencialmente poluidoras e a baixa adesão municipal às ações do programa.

1.2.6.4 Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos - VIGIPEQ

A produção, comercialização, uso, armazenagem, transporte, manuseio e descarte de substâncias químicas, incluídas nos resíduos industriais e domésticos, são preocupações constantes devido aos riscos potenciais que oferecem à saúde humana, e a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos – VIGIPEQ, busca identificar



fontes de contaminação e modificações no meio ambiente que se traduzam em risco à saúde, além de propor e adotar medidas de prevenção ou eliminação dos riscos a que essas populações estão expostas.

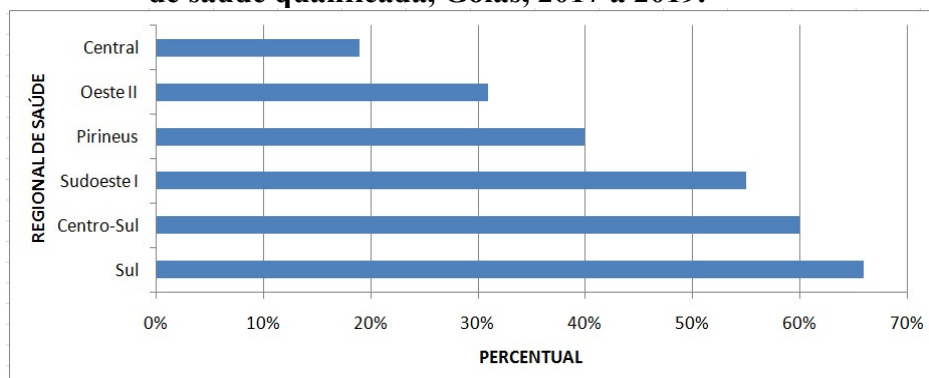
Nesse sentido, foram selecionadas substâncias prioritárias, em virtude do potencial dano à saúde quanto ao risco e mortalidade: agrotóxicos, mercúrio, amianto, chumbo e benzeno são as substâncias alvo das ações do VIGIPEQ. Integram o VIGIPEQ: A Vigilância em Saúde de Populações Expostas aos Agrotóxicos (VSPEA) e Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas (VIGISOLO).

1.2.6.4.1 Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas - VIGISOLO

As atividades priorizadas no VIGISOLO para cadastramento no Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas (SISSOLO) são: postos de revenda de combustíveis, Aterro Sanitário/lixões, cemitérios e depósitos de endemias.

Em 2017 teve início a descentralização da alimentação do SISSOLO para os municípios e, até o momento, 101 municípios de 06 Regionais de Saúde assumiram esta ação, e o percentual de registro no sistema de cada Regional de Saúde pode ser observado no Gráfico abaixo.

Figura 41: Gráfico – Percentual de adesão de municípios à descentralização por regional de saúde qualificada, Goiás, 2017 a 2019.



Fonte: SISSOLO, 2020.



Quanto às áreas cadastradas no SISOLO em todo estado de Goiás, a Tabela a seguir, mostra a quantidade de registros existentes no sistema, por tipo de atividade.

Tabela 38: Áreas cadastradas no SISOLO no período de 2016 a 2019, Goiás.

Tipo de Atividade	Quantidade
Unidade de Postos de Abastecimento e Serviços (Postos de Combustíveis)	653
Área de Disposição Final de Resíduos Urbanos (Aterro Sanitário/lixões e cemitério)	122
Depósito de Agrotóxicos	30
Outros	47
Total	852

Fonte: SISOLO, 2020.

O levantamento das áreas com população potencialmente exposta a contaminantes químicos presentes no solo identificou a necessidade de priorizar ações/projetos, e em 2015, foi realizado o diagnóstico dos postos de revenda de combustíveis registrados no SISOLO que culminou na implantação do “Projeto Benzeno”, já implantado em 5 municípios, com 130 postos inspecionados e cerca de 160 técnicos das áreas de Vigilância Ambiental e Sanitária Municipais, Atenção Básica Municipal, Secretarias de Meio Ambiente, Saúde do Trabalhador e CEREST capacitados.

Os principais avanços nessa área são a descentralização da alimentação do SISOLO em seis regionais de saúde, e a adesão ao Programa VIGISOLO de aproximadamente 50% dos municípios após a descentralização do cadastro no sistema. Os principais desafios são: descentralizar a alimentação do SISOLO para todos os municípios; aumentar a adesão dos municípios ao Programa VIGISOLO; desenvolver estratégias de prevenção e eliminação/redução dos riscos a que a população está exposta e desenvolver estratégias de comunicação de risco e educação em saúde.

1.2.6.4.2 Vigilância em Saúde de Populações Expostas aos Agrotóxicos - VSPEA

O perfil econômico de Goiás demonstra o foco no agronegócio, sendo o 6º Estado em consumo de agrotóxicos, representando um importante fator de risco para saúde da população, especialmente para a saúde dos trabalhadores e para o ambiente. Em 2014 foi elaborado e implantado o Plano de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos – VSPEA,



que contempla ações de proteção e promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, análise de situação e monitoramento da saúde de populações expostas ou potencialmente expostas a agrotóxicos.

As intoxicações por agrotóxicos respondem por cerca de 50% das intoxicações exógenas notificadas no Brasil, sendo que Goiás responde por 41,9% das intoxicações por agrotóxicos no Centro Oeste e 6,3% no Brasil. (SINAN, 2020).

Em Goiás, no período de 2016 a 2019, foram notificados 3.391 casos de intoxicação relacionada aos agrotóxicos agrícolas, de uso doméstico, de uso em saúde pública, raticidas e produtos veterinários, distribuídos conforme mostra a tabela seguinte.

Tabela 39: Número de casos notificados de intoxicações por agrotóxicos por ano de ocorrência, Goiás, 2016 a 2019.

Ano de Ocorrência	Casos notificados
2016	738
2017	836
2018	894
2019	923

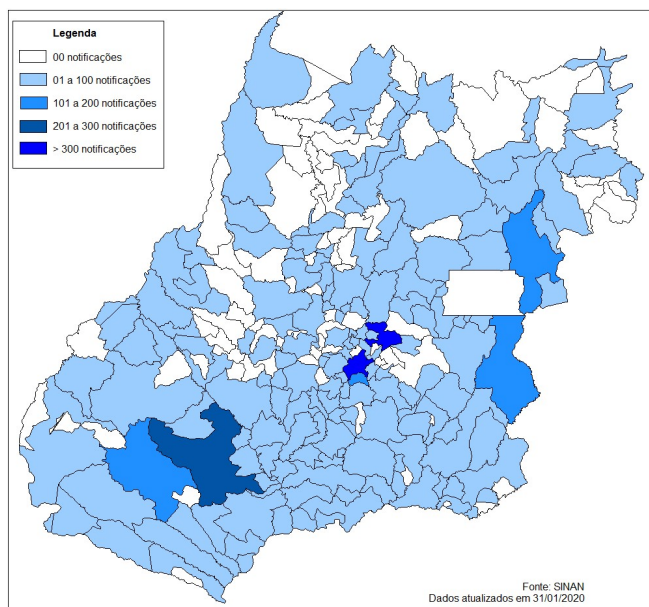
Fonte: SINAN/ Dados atualizados em 31/01/2020.

Ao longo dos anos há um aumento das notificações e este cenário pode representar não só a ocorrência de maior número de casos de intoxicação, mas também maior adesão à Vigilância em Saúde de Populações Expostas aos Agrotóxicos (VSPEA), após a implantação do Plano, fator de melhoria da capacidade de atuação das áreas de assistência e vigilância à saúde para identificar, diagnosticar e notificar os casos.

A análise das notificações de intoxicações por agrotóxicos no Estado de Goiás aponta que, dos 246 municípios do estado, 83 não tiveram notificação de ocorrência de casos, o que não indica necessariamente a ausência de casos no município, mas a possibilidade de subnotificação de casos.

Os municípios onde houve maior notificação de casos foram Goiânia (414 casos) e Anápolis (311), seguidos por Rio Verde (211), Formosa (183), Cristalina (145), Jataí (136) e Aparecida de Goiânia (132), todos com mais de 100 casos notificados no período analisado (Figura Abaixo).

Figura 42: Distribuição dos casos notificados de intoxicações por agrotóxicos por município de ocorrência, Goiás, 2016 a 2019.



Fonte: SINAN. Dados atualizados em 31/01/2020.

Entretanto, ao se considerar a incidência, indicador do risco que a população está exposta, os municípios de Santo Antônio da Barra (4,53/1.000 hab.), Paranaiguara (4,26/1.000 hab.), Buriti Alegre (2,69/1.000 hab.), Barro Alto (2,68/1.000 hab.), São João da Paraúna (2,64/1.000 hab.), Ceres (2,53/1.000 hab.) e Cristalina (2,53/1.000 hab.), se destacaram com incidência maior de 2,5/1.000 habitantes (Figura acima).

As tentativas de suicídio estão entre as principais circunstâncias de intoxicações por agrotóxicos (1.457 casos), seguido da causa acidental (1.298 casos). Quanto à área de ocorrência, predominou a zona urbana, com 71% dos casos notificados, situação que guarda relação com as circunstâncias de intoxicação.

Com o objetivo de divulgar o Plano, qualificar as equipes de saúde dos níveis Regional e Municipal, e intensificar as ações de promoção e prevenção de saúde, no período de 2016 a 2019 foram realizadas 05 oficinas macrorregionais, com a participação de 400 técnicos das 18 Regionais e de 160 municípios.

Devido ao seu caráter intra e interinstitucional um dos maiores desafios para o avanço das ações do VSPEA é a articulação com outras áreas da Vigilância, com Regionais e Municípios, bem como com outras Instituições. Outro desafio é a necessidade de orientar a

população exposta ou potencialmente exposta sobre os riscos advindos da exposição aos agrotóxicos, bem como envolver a participação social na formulação e no controle das ações.

1.2.6.5 Fiscalização de Resíduos Sólidos Urbanos e de Serviços de Saúde

Entre os Objetivos globais de Desenvolvimento Sustentável – ODS que tratam da relação entre qualidade de vida e resíduos sólidos urbanos, no objetivo 12 (Consumo e produção responsáveis), foi estabelecida a meta de “Até 2030, reduzir substancialmente a geração de resíduos por meio da prevenção, redução, reciclagem e reuso.”

Os estudos científicos atualmente disponíveis evidenciam riscos muito significativos relacionados às emissões gasosas causadas pelos lixões (POPs, VOCs) (ABRELPE, 2015), à lixiviação de contaminantes do solo e da água, à alimentação animal de criações clandestinas nos lixões, além de acidentes estruturais de grande porte e problemas sociais com os trabalhadores catadores especialmente.

A Figura a seguir demonstra as principais interações entre um lixão e o meio ambiente, com destaque para os problemas já identificados.

Figura 43: Interações entre um lixão e o meio ambiente.



Fonte: ABRELPE, 2015.



Segundo o Diagnóstico do Manejo de Resíduos Sólidos Urbanos (SNIS,2018), no Brasil, a média de cobertura de coleta domiciliar de resíduos à população urbana é de 98,8%, 99,3% para o Sudeste e Centro-Oeste (SNIS,2018). Ou seja, a maioria dos geradores de resíduos tem a opção de descartá-los e com potencial de tratamento. Em Goiás são em média 0,95 kg diários de resíduos urbanos por habitante. Falando na parcela de recicláveis captados pelas coletas seletivas, esse índice é ainda de 13,8 kg/habitante urbano *ao ano* (região Centro-Oeste) ou 1,15kg de recicláveis por mês. Apesar de ainda baixa a proporção de recicláveis separados, o número de municípios brasileiros que declararam ter coleta seletiva via Prefeitura aumentou para 38,1%.

O manejo de Resíduos Sólidos (RS) gera diversas frentes de emprego fixos e temporários. Estima-se que em média 2,02 trabalhadores ocorram para cada mil habitantes geradores de RS.

Tabela 40: Taxa de trabalhadores em relação à população urbana (IN001) dos municípios participantes do SNIS, segundo macrorregião geográfica.

Macrorregião	Quantidade de municípios	Taxa de empregados em relação à população urbana (IN001) (empregados/ 1.000 hab)
Norte	164	1,60
Nordeste	628	2,11
Sudeste	975	1,91
Sul	871	1,52
Centro-Oeste	218	2,02
Total – 2018	2.856	1,88
Total – 2017	2.873	1,85
Total - 2016	3.561	1,84

Fonte: SNIS, 2018.

O Plano Estadual de Resíduos Sólidos do Estado de Goiás – PERS (2015) apontou a responsabilidade do setor Saúde na gestão dos resíduos sólidos através da fiscalização de cumprimento dos Planos de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS pelos estabelecimentos. De acordo com a pesquisa referenciada no documento, cuja geração de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) em uma unidade hospitalar foi da ordem de 3,37 kg diários/leito existente, sendo 27,3% desses considerados dos grupos infectantes (A e E), apresentou a estimativa de geração total mensal de RSS por região geográfica de Goiás.

Tabela 41: Estimativa da geração de resíduos de serviços de saúde em estabelecimentos hospitalares no estado de Goiás, por região de planejamento.

Região	Geração de RSS hospitalar (kg/mês)	Percentual de geração de RSS hospitalar, por região (%)
Norte Goiano	96.954,90	5,1
Nordeste Goiano	39.125,70	2,1
Noroeste Goiano	44.079,60	2,3
Centro Goiano	230.508,00	12,1
Entorno do Distrito Federal	91.899,90	4,8
Oeste Goiano	96.106,50	5,1
Metropolitana de Goiânia	939.825,60	49,4
Sudeste Goiano	88.245,14	4,6
Sudoeste Goiano	157.817,10	8,3
Sul Goiano	117.174,90	6,2
Estado de Goiás	1.901.737,34	100

Fonte: PERS, 2015.

Ainda pela pesquisa do PERS, dos 225 municípios goianos que prestaram informações, 11 declararam que a coleta dos RSS gerados não é diferenciada dos resíduos comuns, 72% dos municípios fazem a destinação com empresa contratada e 19,1% destinam através dos serviços diretos da Prefeitura, mesmo em lixões como apontado na tabela adiante.

Tabela 42: Tipo de destinação declarada pelos municípios para os resíduos de serviços de saúde, por regiões do estado de Goiás.

Região	Total de municípios por região	Número de municípios que prestaram informação	Tipo de destinação			
			Incineração	Lixão	Aterro sanitário	Incineração e aterro sanitário
Norte Goiano	26	21	19	1	1	0
Nordeste Goiano	20	16	12	3	1	0
Noroeste Goiano	13	13	10	3	0	0
Centro Goiano	31	30	22	6	2	0
Entorno do Distrito Federal	19	16	15	0	0	1
Oeste Goiano	43	37	34	2	1	0
Metropolitana de Goiânia	20	19	17	1	1	0
Sudeste Goiano	22	19	17	2	0	0
Sudoeste Goiano	26	24	22	2	0	0
Sul Goiano	26	25	21	4	0	0
TOTAL	246	220	189	24	6	1

Fonte: PERS, 2015.



A Fiscalização de Meio Ambiente realizou as seguintes ações relacionadas a resíduos, de acordo com o SINAVISA, até o ano de 2016:

- 3.143 rotinas de entrega do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- 3 notificações e 11 intimações sobre o acondicionamento de resíduos em local inadequado;
- 522 notificações e 119 intimações sobre o PGRSS;

No período de 2016 a 2019, foram atendidas 22 demandas espontâneas recebidas via denúncia ou ofício para as categorias de Resíduos Sólidos Urbanos – RSU, incluindo os pneus inservíveis, entulhos, e de Resíduos de Serviços de Saúde – RSS.

1.2.6.6 Vigilância Relacionada aos Riscos Decorrentes de Desastres Naturais

O Programa VIGIDESASTRES tem por objetivo desenvolver um conjunto de ações a serem adotadas, continuamente, pelas autoridades de saúde pública para reduzir a exposição da população e dos profissionais de saúde aos riscos decorrentes de desastres naturais e antrópicos e a redução das doenças e agravos decorrentes deles.

Goiás é um estado de grandes dimensões, com 246 municípios e muitas áreas sujeitas a enchentes, inundações, estiagens entre outros desastres naturais, e os dados disponíveis, de 2014, compõem a Tabela a seguir:

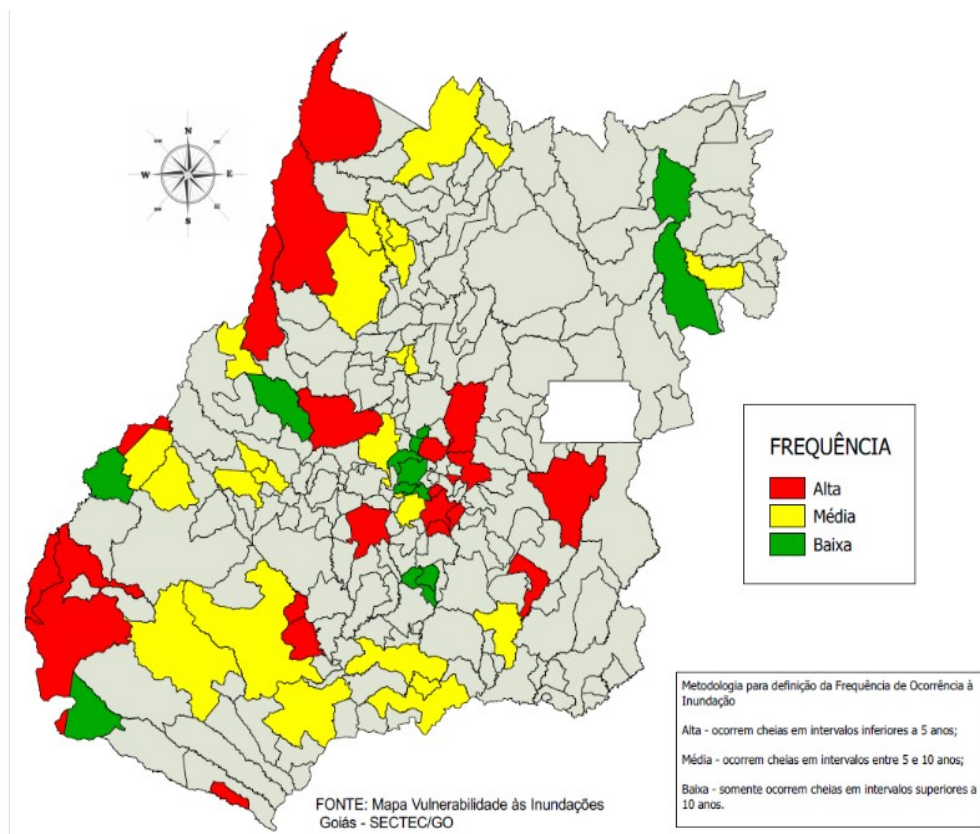
Tabela 43: Situação de áreas de risco de eventos relacionados com alagamento, enchentes, enxurradas, inundações, deslizamentos e erosões, Goiás, 2014.

Situação	Quantidade
Municípios com áreas de risco	59
Áreas de risco	287
Moradias em áreas de risco	3764
População vulnerável	12.470
População vulnerável (crianças)	3.027
População vulnerável (adultos)	9.443

Fonte: DEMAR CBM-GO, 2014.

Dentre as áreas de risco identificadas, a Figura seguinte mostra os municípios com maior frequência de acontecimento de eventos relacionados à chuva.

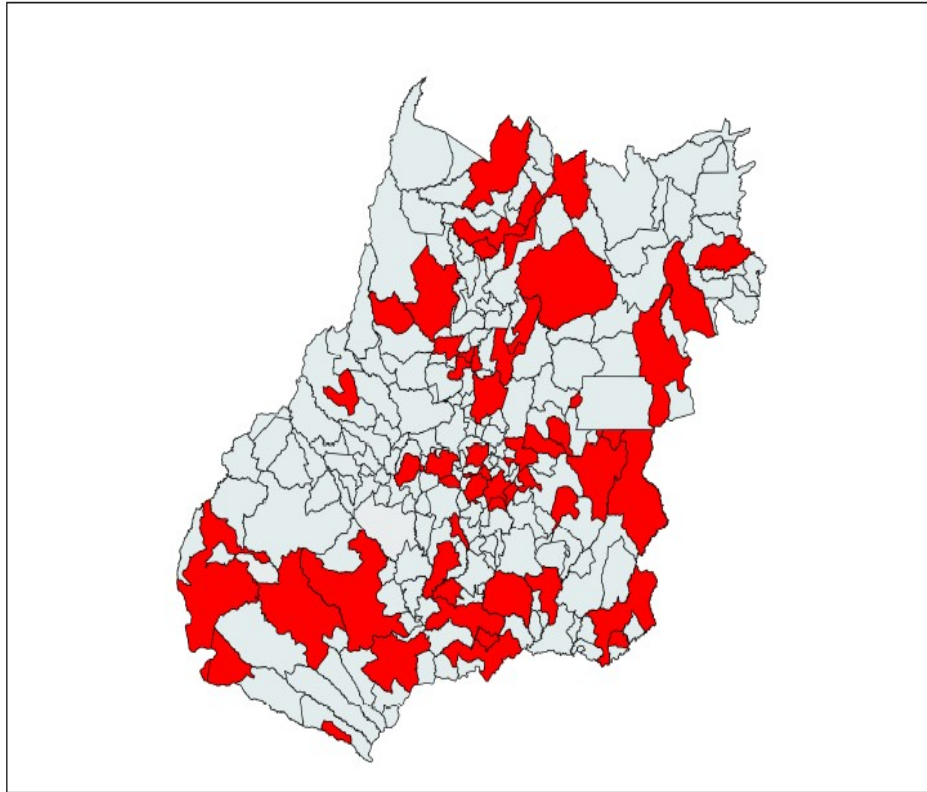
Figura 44: Distribuição de frequência de inundações por município, Goiás, 2014.



Fonte: Mapa Vulnerabilidade às inundações Goiás – SECTEC/ GO.

Além dessas áreas de riscos, sujeitas a enchentes/inundações, o Estado possui uma grande quantidade de empresas e indústrias que utilizam produtos perigosos e que percorrem por rodovias em todo Estado, dessa forma é grande o risco de acidentes com produtos perigosos (Figura Abaixo).

Figura 45: Municípios com rotas de alto risco de acidentes com produtos perigosos, Goiás, 2019.



Fonte: CVSA/GVAST/SUVISA/SES/GO, 2019.

Encontra-se em fase de revisão e atualização o Plano Estadual de Enfrentamento de Emergências em Saúde Pública Relacionadas aos Desastres, onde os vários setores da Secretaria de Estado da Saúde estão propondo ações no sentido de estabelecer estratégias de intervenção em cenários de risco presentes no território, bem como ações de ampliação da capacidade de atuação do Estado frente aos desastres.

Os principais avanços são o levantamento de informações para mapeamento das áreas de risco e a articulação intrasetorial para revisão do plano. Quanto aos desafios, pode-se citar a necessidade de identificar ameaças de acidentes com produtos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares (QRBN); a caracterização da população de risco; a avaliação da capacidade de resposta; a implantação do Plano Estadual de Enfrentamento de Emergências em Saúde Pública.



1.2.6.7 Vigilância Ambiental de Vetores

O controle ambiental de vetores é realizado com base em diretrizes e normativas Federais e Estaduais, que contemplam medidas de prevenção e controle de fatores e condições ambientais favoráveis à sua proliferação. Os vetores culicídeos, triatomíneos, flebotomíneos, anofelinos, entre outros, estão relacionados à disseminação de doenças como Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela, Doença de Chagas, Leishmanioses, Malária, Mayaro, Febre Maculosa entre outras.

Até 2015, a SES/GO adotou como estratégia de controle vetorial a cobertura de visitas domiciliares pelos Agentes de Combate às Endemias – ACE, com foco prioritário no controle do *Aedes aegypti*, ficando os demais vetores sem receber destaque e ações de vigilância na intensidade que o cenário etimológico e epidemiológico exigiam.

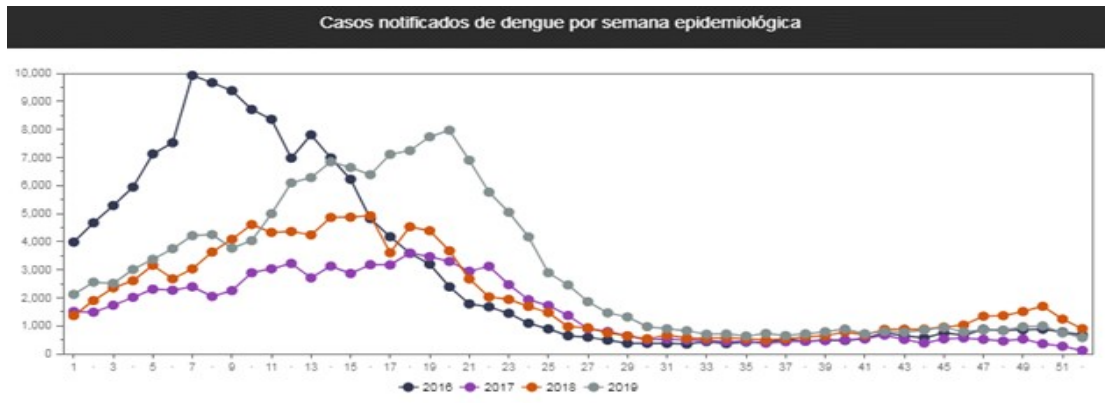
Com a Emergência em Saúde Pública de Interesse Nacional – ESPIN 2015, relacionada ao Zika Vírus, o controle do Aedes se destacou mais ainda em todo o país. Em Goiás, várias linhas de atuação foram implantadas: metodologia de ampliação da cobertura de visitas domiciliares integrando as tarefas dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS com os ACE; mutirões/mobilizações mensais nos municípios; criação do Sistema Integrado de Monitoramento Aedes Zero – SIMAZ; a racionalização do uso de inseticidas em saúde pública, com a priorização do uso de equipamentos costais motorizados.

O avanço no controle do Aedes foi visível, saltando de 9.000.000 de visitas domiciliares em 2015 para até 22.000.000 em 2017; a redução da infestação predial média do Estado de 3,98% para índices menores que 1%; redução em 66% da incidência de dengue no ano de 2017.

Entretanto, este modelo começou a apresentar indícios de suas fragilidades no final do ano de 2018, dentre elas a dificuldade de manter o ritmo das visitas domiciliares com caráter universal (100% dos imóveis), e os conflitos entre as categorias de ACE e ACS foram exacerbados com a edição da Lei Federal 13.595/2018, com a limitação da atuação dos ACS em suas áreas de abrangência.

A consequência desta situação pode ser observada na análise do Gráfico abaixo, de casos notificados por semana epidemiológica, de 2016 a 2019 onde os dois últimos anos:

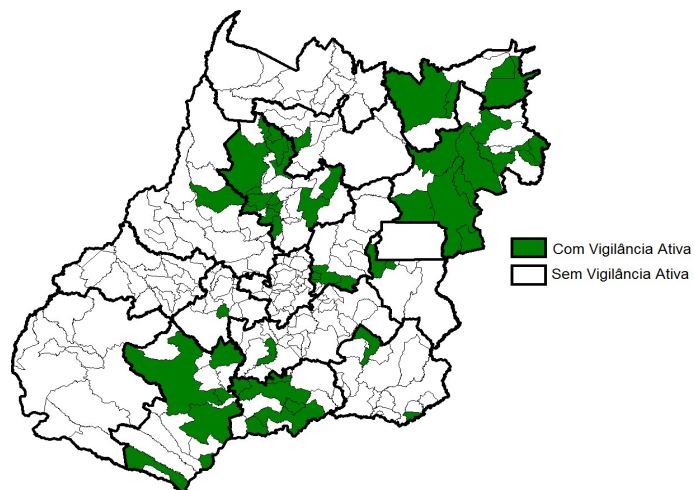
Figura 46: Gráfico - Casos notificados de dengue por semana epidemiológica.



Fonte: Boletim Epidemiológico da Dengue – GVE/SUVISA/SES-GO.

Em relação ao controle de Triatomíneos no Estado, e com a demanda concentrada na situação de emergência relacionada ao Aedes, poucos dados são enviados ao Estado que indiquem uma vigilância ativa desses vetores. Nas planilhas quadrimestrais apresentadas ao Ministério da Saúde, fica evidenciado que esse trabalho tem sido voltado para o atendimento de denúncias, o que denota uma desarticulação desse importante programa de controle vetorial no âmbito dos municípios.

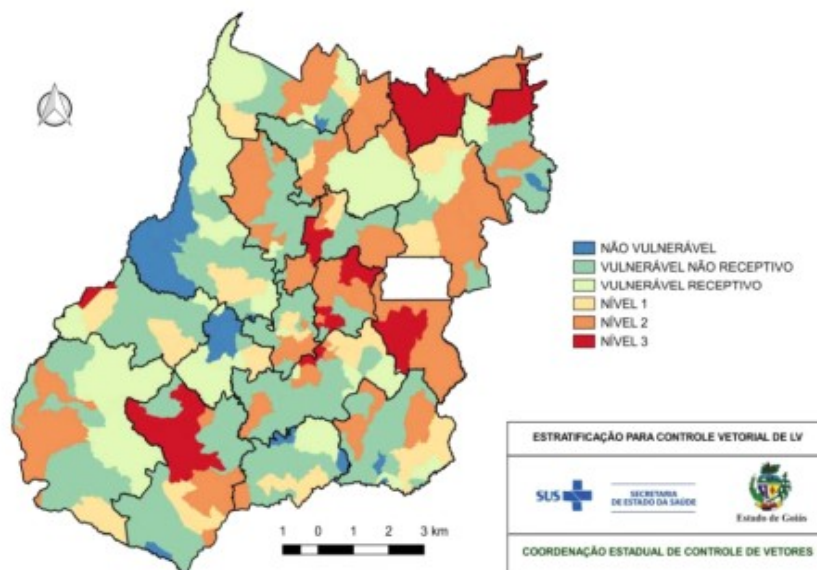
Figura 47: Demonstrativo da vigilância e controle de Triatomíneos no Estado de Goiás em 2019.



Fonte: Planilha Anual Consolidada sobre Controle de Triatomíneos/CVCAV/GVAST/SUVISA – 2019.

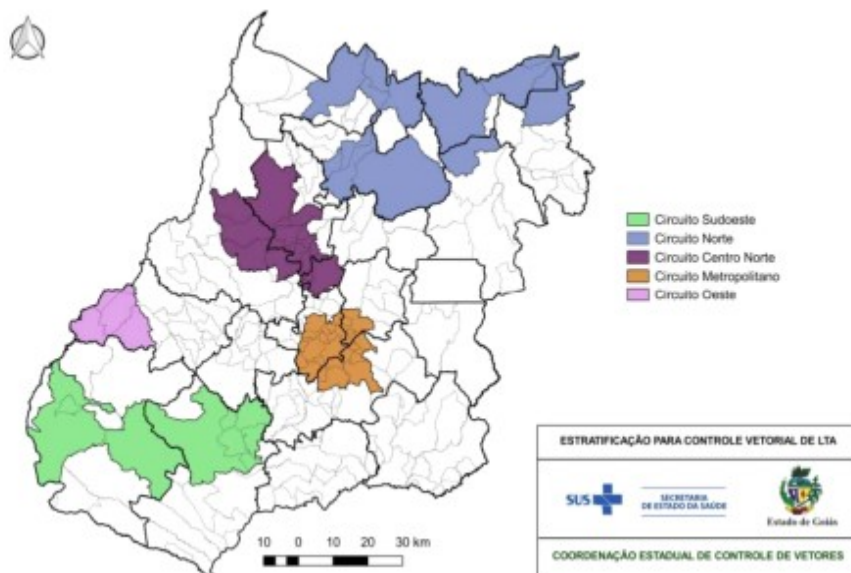
Em relação aos Flebotomíneos, a Vigilância em Saúde Estadual vem construindo parâmetros, normatização e tecnologias de sistemas para a classificação dos municípios em relação à ocorrência de Leishmanioses, levando em consideração o conceito amplo de vulnerabilidades. Conforme se verifica nas análises dos triênios 2015-2017 para Leishmanioses Visceral e Tegumentar, nas figuras a seguir identificamos para o controle vetorial da Leishmaniose Visceral 83 municípios com níveis de transmissão, sendo 11 deles de maior intensidade (nível 3) e, para a Leishmaniose Tegumentar 5 circuitos de transmissão que evidenciam 71 municípios com maior probabilidade para essa doença:

Figura 48: Estratificação para o controle vetorial da Leishmaniose Visceral em Goiás 2018 com base na série histórica 2015-2017.



Fonte: CVCAV/GVAST/SUVISA/SES/GO, 2019.

Figura 49: Estratificação para o controle vetorial da Leishmaniose Tegumentar Americana em Goiás 2018 com base na série histórica 2015-2017.



Fonte: CVCAV/GVAST/SUVISA/SES/GO, 2019.

Para Febre Amarela Silvestre (FAS) Goiás continua fazendo parte da região endêmica brasileira, pela manutenção do vírus amarílico entre os hospedeiros naturais. O último surto ocorreu entre 2007 e 2008, foram registrados 24 casos com 16 óbitos, o que corresponde a uma letalidade de 66,7%. Em 93 municípios foram registradas a transmissão intensa de um agente patogênico entre os animais hospedeiros naturais ou morte de macaco, o que configura as epizootias.

Em 2009, foram registradas 15 epizootias em 14 municípios goianos; em 2010, 12 epizootias em 09 municípios e, em 2011, 16 epizootias em 05 municípios, não tendo sido detectado o vírus amarílico nas amostras coletadas. O caráter cíclico da doença associado à localização geográfica, ao seu histórico, a ocorrência periódica de morte de macaco e a alta infestação por *Aedes aegypti* em Goiás, torna a Febre Amarela uma grande preocupação de saúde pública para os próximos três anos.



1.2.7 Vigilância em Saúde do Trabalhador

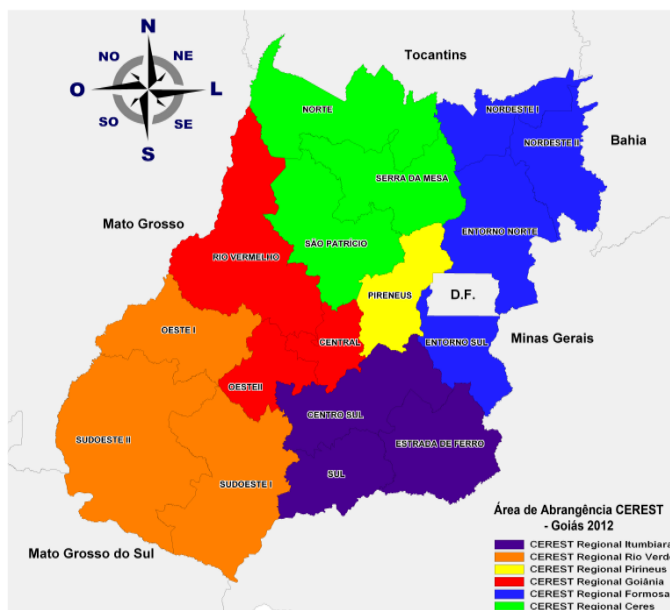
A Vigilância em Saúde do Trabalhador atua na pesquisa, análise e intervenção dos fatores que determinam e condicionam as doenças, os agravos e os riscos relacionados aos processos, condições e ambientes de trabalho.

Em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), pela Portaria GM/MS nº 1.679, de 19/09/2002, sendo revista e ampliada em 2005 e 2009, cuja finalidade é de articular as ações de saúde do trabalhador no contexto do SUS, conferindo organicidade aos serviços existentes no país e buscando dar visibilidade à área na estrutura do SUS.

Em Goiás as ações de vigilância em saúde do trabalhador são realizadas por duas coordenações, visando a promoção, prevenção e proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

No Estado foram habilitados seis CERESTs Regionais, que desenvolvem ações de saúde do trabalhador em sua área de abrangência. O município sede do CEREST Regional é o responsável por sua gestão, e as ações apresentam limitações referentes ao uso adequado do recurso, vínculos precários e rotatividade dos profissionais e dificuldades para o acesso aos municípios de abrangência.

Figura 50: Abrangência dos Cerests Regionais.



Fonte: CERESTGO/GVSAST/SUVISA/SES/GO, 2015.



No ano de 2012 instituiu-se a Política Nacional e Estadual em Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT e PEST) para orientar a normatização, fiscalização, controle, avaliação, monitoramento e qualificação dos serviços de saúde do trabalhador.

A legislação específica define os seguintes agravos e doenças: acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição à material biológico, intoxicação exógena (Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017), câncer relacionado ao trabalho, dermatoses ocupacionais, lesões por esforços repetitivos/ distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT), perda auditiva induzida por ruído (PAIR), pneumoconioses e transtorno mental relacionado ao trabalho (Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017).

Até o momento, somente a rede de acidente de trabalho com exposição à material biológico foi reestruturada e pactuada, havendo a necessidade de propor e pactuar a rede para as demais doenças e agravos em algumas instâncias regionais.

No intuito de minimizar essas fragilidades da área de saúde do trabalhador, foi realizado em 2016 um estudo locorregional das doenças e agravos em saúde do trabalhador no Estado, que caracterizou o território, a população geral, a população trabalhadora, o perfil produtivo e os potenciais riscos à saúde do trabalhador.

Uma das fragilidades identificadas foi a necessidade de ampliar a oferta de educação permanente para qualificar profissionais de saúde e controle social em seus níveis de atuação, subsidiando as ações de vigilância em todo o Estado, conforme gráfico abaixo:

Figura 51: Gráfico - Qualificações em Saúde do Trabalhador.



Fontes: Cerest Estadual e Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador-2020.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



A Tabela abaixo apresenta os dados do SINAN referentes as doenças e agravos relacionados ao trabalho no Estado, demonstrando um maior número de notificações de agravos, sendo bem menor as notificações de doenças. Os agravos se concentram no setor de serviços de saúde, transporte, agropecuária e construção civil.

Tabela 44: Notificação das Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho em Goiás.

Doenças e Agravos Relacionadas ao Trabalho	Ano de Notificação					Total *
	2015	2016	2017	2018	2019	
Acidente de Trabalho	4562	4351	4603	4890	6168	24574
Acidente Trabalho com Exposição a Material Biológico	2176	2375	2545	2641	2702	12439
Intoxicações Exógenas Relacionadas ao Trabalho	385	422	383	380	415	1985
Câncer Relacionado ao Trabalho	0	0	1	21	26	48
Dermatoses Ocupacionais	1	5	2	1	0	9
LER/DORT	19	31	15	28	39	132
PAIR	146	109	117	98	68	538
Pneumoconiose	50	3	1	12	8	74
Transtorno Mental	4	8	1	3	4	20
Total	7343	7304	7668	8074	9430	39819

Fonte: SINAN NET dados Exportados 08-01-2020 * Sujeitos a alterações

As Tabelas abaixo mostram dados de notificação de casos do SINAN e do Observatório do Ministério Público do Trabalho/MPT (CATs), referentes aos óbitos por Acidentes de Trabalho, porém os dados de 2019 não foram atualizados no observatório, mesmo assim, é visível a subnotificação existente no SINAN, quando comparamos as duas fontes.

Tabela 45: Acidentes Trabalho Fatal em Goiás - 2015-2019.

Tipo do Acidente de Trabalho	Ano de Notificação					Total *
	2015	2016	2017	2018	2019	
Típico	19	32	31	38	36	156
Trajeto	15	19	27	24	17	102
Total	34	51	58	62	53	258

Fonte: SINAN NET dados Exportados 08-01-2020. * Sujeitos a alterações.

Tabela 46: Acidentes de Trabalho Fatal - 2015-2018.

Indicador	Ano de registro da CAT				Total
	2015	2016	2017	2018	



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Acidentes de Trabalho Fatal	102	114	84	93	393
Total	102	114	84	93	393

Fonte: Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho - MPT (CAT), 2020.

Em 2017 e 2018 foram ofertados cursos de Análise de Situação de Saúde do Trabalhador/ASIST para qualificar as Regionais de Saúde e os Cerest's Regionais, que apresentarem a ASIST de seus municípios de abrangência em 2019, definido os principais ramos produtivos do Estado: Setor de Serviços, Comércio, Administração Pública, Agropecuária, Indústria de Transformação, Construção Civil e Mineração.

A Resolução 061/2016 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que estabelece a pactuação das ações em saúde do trabalhador pelos gestores municipais foi uma ferramenta estratégica importante que propiciou um cenário favorável para o entendimento e monitoramento da vigilância em saúde, além de ampliar o número de fiscalizações realizadas.

No período de 2016 a 2019, 169 municípios assumiram, mediante pactuação, a execução das ações de vigilância em saúde do trabalhador, conforme dados do Sinavisa (2020). No mesmo período, o número de fiscalizações passou de 22 para 215, nos diversos estabelecimentos sob responsabilidade da SUVISA.

Em outra vertente de atuação, ampliou-se o diálogo com a Universidade e sociedade civil, por meio da instituição de quatro Comitês Regionais de Vigilância em Saúde do Trabalhador Rural, nos municípios de Rio Verde, Itumbiara, Posse e Cristalina, dos quais participam diversos órgãos, como a EMATER, AGRODEFESA, Regionais de Saúde, CERESTs Estadual e Regionais, Conselhos Municipais de Saúde e Sindicatos.

Nas Tabelas a seguir são apresentados os dados relativos à situação de saúde do trabalhador rural no Estado de Goiás:

Tabela 47: Acidente de Trabalho por Zona de Residência em Goiás.

Zona Residência	Ano de Notificação					Total *
	2015	2016	2017	2018	2019	
Urbana	4163	4084	4329	4586	5678	22840
Rural	233	196	209	190	280	1108
Total	4396	4280	4538	4776	5958	23948

Fonte: SINAN NET dados Exportados 08-01-2020 * Sujeitos a alterações

Tabela 48: Intoxicações Exógenas por Agrotóxico na Zona Rural em Goiás.

Agentes Tóxicos	Ano da Notificação					Total *
	2015	2016	2017	2018	2019	
Agrotóxico agrícola	31	28	32	91	41	223
Agrotóxico doméstico	4	1	1	1	0	7
Agrotóxico saúde pública	1	0	1	0	0	2
Total	36	29	34	92	41	232

Fonte: SINAN NET dados Exportados 08-01-2020 * Sujeitos a alterações

Tabela 49: Tipos de Acidentes com Animais Peçonhentos.

Tipo de Acidente	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Ign/Branco	54	52	62	61	80	309
Serpente	1051	997	1023	1149	1386	5606
Aranha	314	289	284	349	535	5915
Escorpião	1549	1995	1697	2012	3070	10323
Lagarta	38	41	30	46	62	217
Abelha	149	200	184	198	290	10540
Outros	228	295	251	281	323	1378
Total	3383	3869	3531	4096	5746	20625

Fonte: SINAN NET, 2018

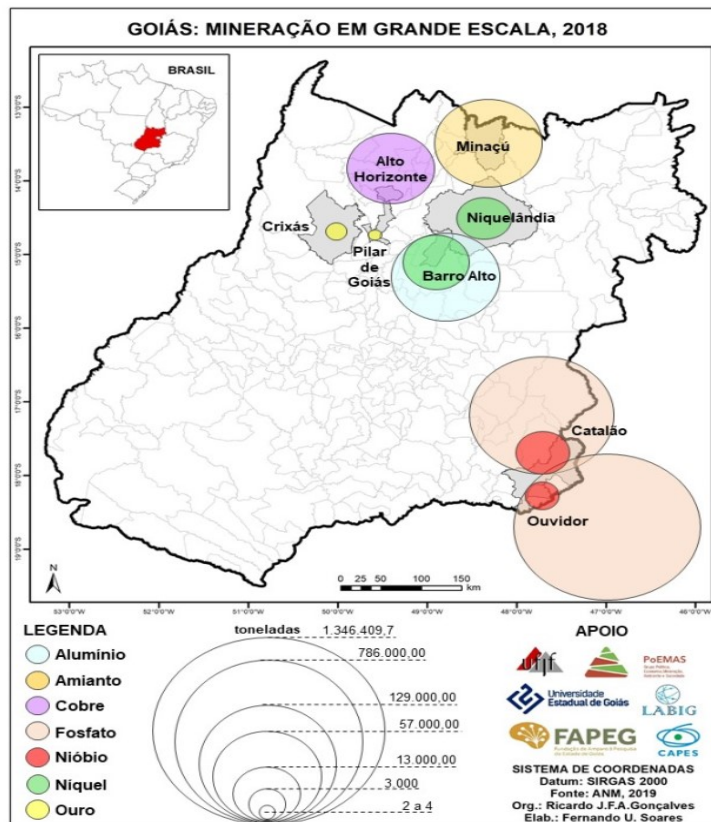
O Projeto de Vigilância das Populações Expostas ao Benzeno, em execução no Estado, contempla uma linha de atuação relativa à vigilância dos trabalhadores expostos a produtos perigosos. O Projeto foi desenvolvido, no período de 2015 a 2019, nos Municípios de Anápolis, Aparecida de Goiânia, Formosa, Ceres e Goiânia, com ações de fiscalização realizadas em 130 postos de combustíveis, abrangendo 570 trabalhadores.

Para os trabalhadores expostos à sílica, encontra-se em execução o Projeto Sílica, no período de 2016 a 2019, abrangendo quatro ramos produtivos: fábricas de cimento, cerâmica, mineração e pedreiras. Foi desenvolvido em oito municípios: Alexânia, Aruanã, Campo Limpo de Goiás, Cezarina, Cocalzinho de Goiás, Edealina, Edéia e Pirenópolis, com a realização de 33 fiscalizações sanitárias, abrangendo 160 trabalhadores, e observou-se o aumento do número de notificações de pneumoconiose, no monitoramento do SINAN.

Com relação à atividade de extração de mineral metálico em grande escala, seis municípios de Goiás são considerados prioritários para a vigilância à saúde do trabalhador: Alto Horizonte, Barro Alto, Crixás, Catalão, Guarinos, Minaçu, Niquelândia, Ouvidor e Pilar de Goiás, conforme Figura a seguir.

Este ramo de atividade também apresenta como risco de agravo à saúde do trabalhador a exposição à sílica, tendo sido instituído um Grupo Técnico para formulação das ações de vigilância à saúde dos trabalhadores e da população residente em área de mineração no Estado de Goiás.

Figura 52: Mineração no Estado de Goiás.



Fonte: Gonçalves, 2019.



1.2.8 Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços de Saúde

A Gerência de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços de Saúde (GVSPSS) é um departamento da Superintendência de Vigilância em Saúde responsável pelas ações de vigilância sanitária atinentes aos estabelecimentos da cadeia de produção e distribuição de produtos como alimentos, cosméticos, medicamentos, saneantes e produtos para saúde, prestadores de serviços assistenciais à saúde e de interesse à saúde e pelo Centro de Informação Toxicológica.

As ações de Vigilância Sanitária possuem a missão de promover e proteger a saúde da população, com ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de bens, da prestação de serviços de saúde e de interesse à saúde. Atuando na implementação dos processos de regulação de setores que inclui a cadeia de produção, distribuição e comercialização de produtos como alimentos, cosméticos, medicamentos, saneantes e produtos para saúde, bem como na prestação de serviços de saúde por estabelecimentos de assistência à saúde, diagnóstico e serviços de interesse à saúde como Instituições de longa permanência para idosos, Comunidades terapêuticas, Institutos de medicina legal, escolas, creches entre outros.

No Brasil, a ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária é responsável por criar normas e regulamentos e dar suporte para todas as atividades da área no País e executa as atividades de controle sanitário e fiscalização em portos, aeroportos e fronteiras. As atribuições das atividades de Vigilância Sanitária vão além da fiscalização e controle sanitário das áreas físicas em que os serviços são fornecidos ou os produtos são fabricados e comercializados, pois têm o objetivo de garantir a qualidade.

A descentralização das ações de Vigilância Sanitária requer a criação de infraestrutura formal – administrativa e operacional - instituída por ato legal nos municípios goianos. No estado de Goiás verificamos uma baixa adesão dos municípios à pactuação das ações de fiscalização sanitária em atividades econômicas de baixo risco, credita-se este fator à falta de estrutura técnica-operacional das visas municipais, questão que deve ser revista no quadriênio 2020-2023, pois com a publicação da Resolução RDC nº. 207 em 03 de janeiro de 2019 que dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento,



Registro, Certificação de Boas Práticas, Fiscalização, Inspeção e Normatização, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS, as atividades de fiscalização em estabelecimentos de baixo risco sanitário deverão essencialmente ser executadas no âmbito das vigilâncias sanitárias municipais ficando os estabelecimentos de alto risco sanitário sujeitos à pactuação.

1.2.8.1 Inspeção Sanitária e licenciamento sanitário

O processo de inspeção sanitária na SUVISA possui gestão de um Sistema de Garantia da Qualidade como requisito estruturante para qualificação das ações de vigilância sanitária e possui o objetivo de padronizar e harmonizar ações de fiscalização nas diferentes áreas de atuação da vigilância sanitária, por meio da adoção de procedimentos operacionais padrão (POP's). Este processo vem se expandindo das áreas de fiscalização de fabricação de medicamentos e produtos para saúde para área de cosméticos, saneantes, alimentos e comércio de medicamentos, possuindo como desafio para o quadriênio 2020-2023 a implantação nas áreas de inspeção de serviços de saúde e de interesse à saúde.

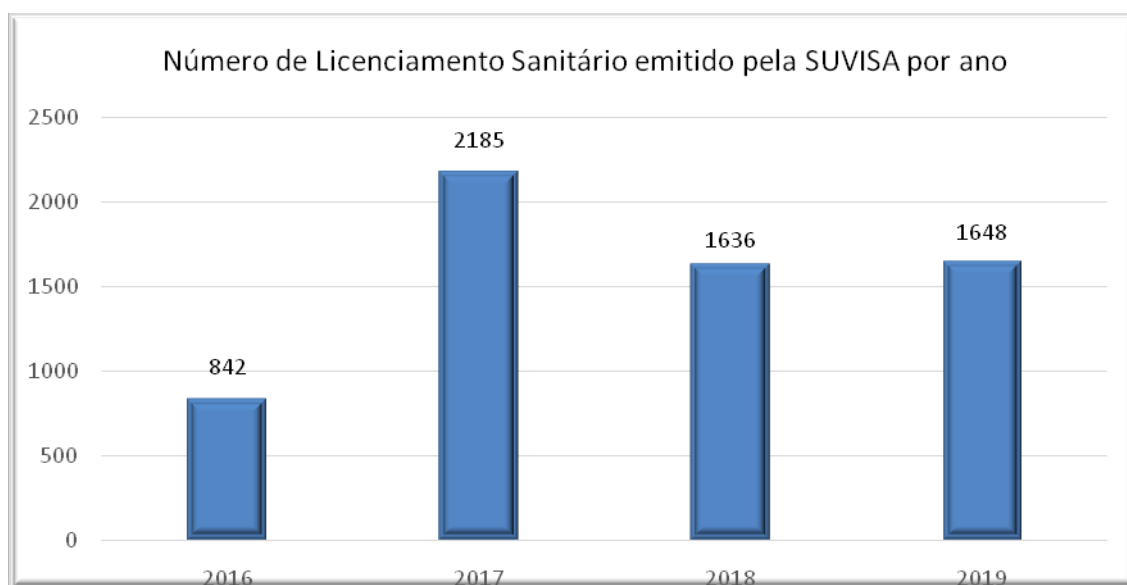
A SUVISA participa do Grupo de Trabalho Tripartite para Gestão de Documentos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, alinhando todos os documentos da qualidade de forma harmonizada com a ANVISA. Desde o ano de 2015 a SUVISA passa por um processo periódico de auditoria pela ANVISA para verificação dos requisitos de realizar inspeção. Com o resultado destas auditorias a SUVISA está qualificada, sendo uma das 7 Vigilâncias sanitárias estaduais a possuir qualificação com delegação de responsabilidade para inspeção sanitária de fabricantes de medicamentos e produtos para saúde por atender os 78 requisitos da qualidade do processo de inspeção sanitária.

A Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA) possui, atualmente cadastrados no sistema SINAVISA, cerca de 53.029 estabelecimentos que são sujeitos ao controle e fiscalização sanitária em Goiás.

A renovação do licenciamento sanitário (Alvará Sanitário) pelos estabelecimentos sob regulação sanitária na Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA) podem ser realizados por meio de uma Agência Virtual, que é uma ferramenta desenvolvida pela Superintendência de Vigilância em Saúde/ SES-GO que utiliza a Internet como meio de comunicação para demandas do setor regulado de produtos e serviços. A Agência opera na plataforma WEB, substituindo o atendimento presencial, esse serviço é importante na medida

em que traz agilidade, comodidade e segurança na obtenção do alvará sanitário pelas empresas e profissionais liberais, sem a necessidade de deslocamento a Goiânia ou às Regionais de Saúde no interior.

Figura 53: Número de licenciamento sanitário de 2016-2019.



Fonte: SINAvisa.

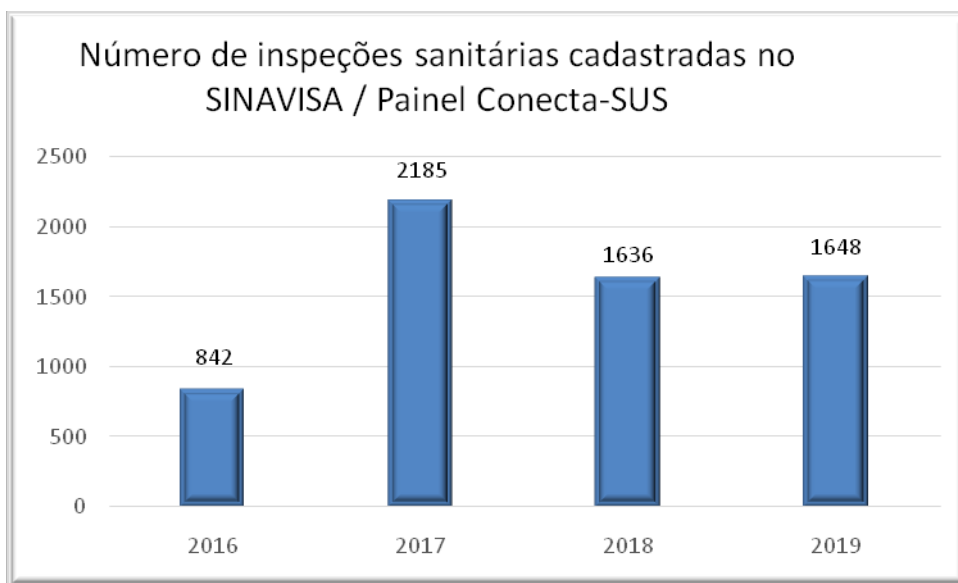
A adequação dos estabelecimentos às normas sanitárias vigentes ocorre por meio da avaliação in loco durante fiscalizações sanitárias. Os maiores problemas identificados relacionam-se ao não cumprimento das boas práticas estabelecidas nas normas vigentes e aos constantes desvios da qualidade de produtos expostos ao consumo, denunciados e/ou notificados por profissionais de saúde e pela população em geral.

As inspeções sanitárias são atividades desenvolvidas por profissionais com capacidade comprovada e credenciamento legal por meio de Portaria para realização de fiscalização, com objetivo de avaliar os estabelecimentos de serviços de saúde e produtos implicando em expressar julgamento de valor sobre a situação observada, se dentro dos padrões técnicos minimamente estabelecidos na Legislação Sanitária, e quando for o caso, a aplicação de medidas de orientação ou punição, previstas na Legislação.

No ano de 2016 foi implantado um painel estadual no Conecta SUS com objetivo de mapear as ações de inspeção sanitária no território, na análise dos dados do gráfico abaixo podemos verificar que de 2016 a 2019 o cadastro das inspeções no SINAvisa ocorreu de

forma progressiva e sistemática demonstrando o comprometimento das equipes de fiscalização na execução deste cadastro, considerando que a ferramenta foi disponibilizada no decorrer do ano de 2016.

Figura 54: Número de inspeções sanitárias cadastradas no SINAVISA.



Fonte: SINAVISA/Conecta-SUS.

As ações de monitoramento da qualidade de produtos e serviços são realizadas por meio de programas estaduais e/ou nacionais, de forma conjunta entre a vigilância sanitária e o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), com a finalidade de verificar a conformidade dos produtos expostos ao consumo e identificar os setores produtivos que necessitam de intervenção institucional.

Os resultados desse monitoramento subsidiam o planejamento e execução de programas de fiscalização, como também o aprimoramento da legislação sanitária e a revisão de registro de produtos comercializados no âmbito do Estado, além de proporcionar à população a oferta de produtos e serviços de qualidade, destacando-se os seguintes programas: Monitoramento da Qualidade de Alimentos, Cosméticos, Saneantes e Medicamentos.

O Programa de Monitoramento da Imagem Mamográfica (PMIM) instituído no Estado há mais de uma década continuou a apresentar resultados expressivos na detecção de serviços sem padrão de qualidade. No último biênio foi realizado mais uma etapa do

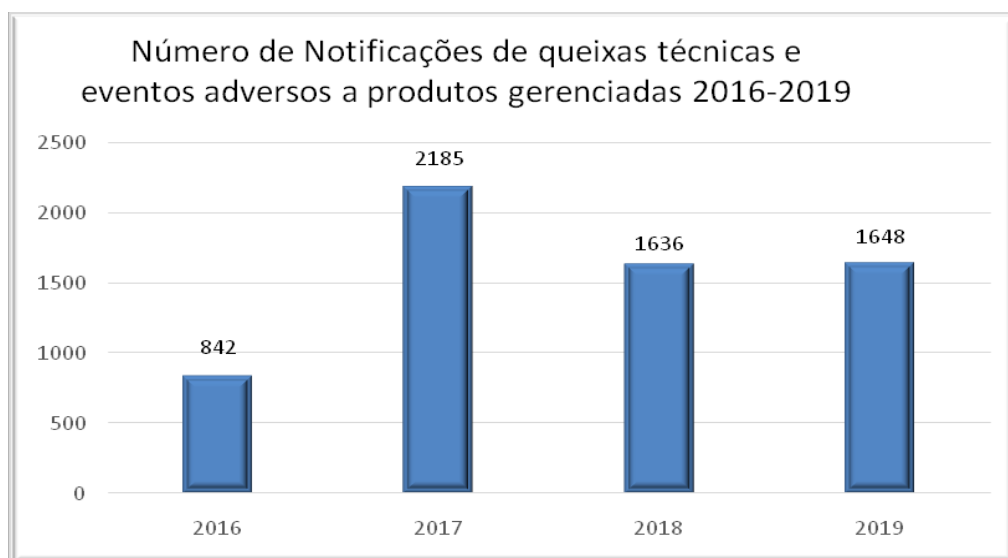


Programa de Controle de Qualidade em Mamografia do Estado de Goiás (PCQM-GO) em consonância e parceria com um Projeto de Pesquisa para o SUS (PPSUS) da Universidade Federal de Goiás na avaliação da qualidade mamográfica dos serviços do Estado; nessa etapa foi tomada uma rodada de avaliações em todos os mamógrafos em funcionamento (no período da avaliação) do Estado, totalizando 104 inspeções.

Os resultados preliminares demonstram melhora significativa em alguns aspectos do processo de qualidade dos serviços de mamografia devido ao impacto de ações regulatórias/orientativas, sendo que os resultados definitivos serão publicados ainda no ano de 2020. A fiscalização de serviços de alta complexidade que utilizam radiação ionizante e especificamente, fontes radioativas, como a radioterapia e a medicina nuclear continuou supervisionada e assessorada por esta Coordenação, perfazendo pelo acompanhamento das inspeções em todas as 12 instalações radioativas no Estado no último quadriênio.

As ações pós mercado na área de vigilância de produtos tem como objetivo acompanhar e investigar os eventos adversos e queixas técnicas notificadas por profissionais de saúde, por meio do Sistema NOTIVISA e/ou denunciados pela população em geral. Abrangem alimentos, saneantes, ações de farmacovigilância, tecnovigilância, cosmetovigilância.

Figura 55: Gráfico do Número de Notificações de queixas técnicas e eventos adversos a produtos recebidas e gerenciadas no sistema NOTIVISA.



Fonte: Sistema NOTIVISA.



1.2.8.2 Segurança do Paciente e Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)

A Segurança do Paciente é um dos pressupostos que impacta diretamente na qualidade da assistência oferecida pelos serviços de saúde a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos, principalmente àqueles considerados graves e os óbitos os quais nunca deveriam ocorrer. A instituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a implantação dos protocolos nos serviços de saúde é um grande desafio devido às diferentes características dos serviços, como recursos financeiros, humanos, disponibilidade dos gestores, entre outras. Porém, apesar dessas diferenças, muitos serviços de saúde têm implantado os protocolos com sucesso e têm minimizando os riscos de ocorrência de incidente durante a assistência ao paciente (BRASIL, 2013b).

No ano de 2015, o estado de Goiás, possuía apenas 109 NSP cadastrados, ocupando o quarto lugar no rank do país. Em 2016 este número aumentou para 143 NSP cadastrados, e no ano de 2017 houve um aumento de 62% em comparação a 2016, com 232 NSP cadastrados, entretanto apenas 66 desses serviços notificaram. No ano de 2018, o estado de Goiás ocupou o terceiro lugar no ranking de NSP cadastrados no país, com um aumento de 63% em relação a 2017, 378 NSP cadastrados e ocupou o quarto lugar com 99 NSP notificantes. Até julho de 2019 houve um aumento de 18% em relação a 2018, com 446 NSP cadastrados, sendo que destes, apenas 33% (123 NSP) estão notificando.

Considerando o fato que Goiás possui 5.419 serviços de saúde cadastrados no Datasus com dados de janeiro de 2020, que deveriam ter o Núcleo de Segurança do Paciente instituído e cadastrado no notivisa, o número atual de serviços com NSP cadastrados e que notificam é muito baixo, evidenciando a necessidade de estimular a constituição e implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, bem como o cadastro no Notivisa.

A Coordenação Estadual na estrutura da GVSPSS/SUVISA é responsável pela promoção da segurança do paciente em todos os serviços de saúde do estado de Goiás e orientação da implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente. Inicialmente foram priorizados os serviços de saúde de alta complexidade, para posteriormente apoiarmos a implantação nos serviços de média e baixa complexidade.

Em 2019, o estado de Goiás possuía 302 serviços de saúde com centro cirúrgico atuantes, destes, 73 possuem leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, 11 com UTI pediátrica e 18 com leitos de UTI neonatal. Todos os serviços de saúde com UTI já possuem



NSP e cadastro no Notivisa, entretanto não são todos que notificam seus eventos no sistema oficial de notificação, Notivisa.

Referente às notificações relacionadas à assistência à saúde, notificadas no Notivisa no ano de 2017, foram notificados 3.901 incidentes. A maioria dos incidentes notificados ao SNVS ocorreu em hospitais. No ano de 2018, foram notificados no Notivisa, 4561 incidentes e em 2019, foram notificados até o momento 3694 incidentes no estado de Goiás.

Estes dados reforçam a necessidade de desenvolvermos ações de promoção da cultura de segurança nos serviços de saúde do estado a fim de melhorar a qualidade da assistência com foco na segurança do paciente. Justificando assim a necessidade de promover estratégias para a implantação dos núcleos de segurança do paciente e dos protocolos básicos de segurança do paciente nos serviços de saúde do estado de Goiás, bem como a promoção de ações a fim de sensibilizar os gestores municipais do estado de Goiás.

Análise Infecções Primárias de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL)

As médias anuais de serviços notificantes em UTI adulto (91,7%), pediátrica (85,4%) e neonatal (82,1%) ultrapassaram a meta proposta pelo Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS (PNCIRAS 2016-2020) para 2017, que era de 65,0% como também a meta para 2020 que é de 80,0%, tendo havido um aumento no percentual de serviços notificantes de 12,0% para UTI adulto e 5,7% para UTI pediátrica e para a UTI neonatal houve uma queda de 3,7%, em relação ao ano de 2016 (SUVISA, 2018).

Esse resultado pode ser atribuído ao contínuo trabalho das coordenações estadual e municipais na sensibilização das CCIHs dos serviços de saúde, com incentivo e orientação para realização das notificações no FormSus, além da comunicação de eventuais inconsistências dos dados informados para as devidas correções. Essa estreita relação estabelece um vínculo que possibilita um *feedback* e favorece tanto a manutenção das notificações como uma maior consistência das informações. O fato da obrigatoriedade da notificação pelos hospitais com leitos de UTI e pelos que realizam parto cirúrgico, conforme legislação da Anvisa, possivelmente também favoreceu o alto percentual de serviços notificantes.

Na UTI adulto, no ano de 2017, a densidade de incidência em infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (DI-IPCSL) foi de 3,8%, tendo havido uma diminuição de



9,5% em relação ao ano de 2016 (4,2%) (SUVISA, 2018). Na UTI pediátrica, em 2017 houve uma redução na DI-IPCSL (4,8%) de 15,8% em relação ao ano de 2016 (5,7%) (SUVISA, 2018). Essa redução desses indicadores pode refletir uma maior adesão das CCIHs dos serviços de saúde às medidas de prevenção e controle das IRAS. O mesmo resultado ocorreu nas DI-IPCSL da UTI neonatal, nas faixas de peso de 750 g a 999 g (5,3%), de 1000 g a 1499 g (6,3%), de 1500 g a 2499 g (9,0%) e ≥ 2500 g (6,0%) em relação do ano de 2016 (7,3%; 10,5%; 10,3%; e 10,6%, respectivamente), tendo havido aumento desse indicador apenas na faixa de peso < 750 g (7,1%) em relação a 2016 (4,2%) (SUVISA, 2018). Os percentuais de redução foram de 27,7% na faixa de peso de 750 g a 999 g, de 40,1% na faixa de 1000 g a 1499 g, de 12,9% na faixa de 1500 g a 2499 g e de 42,9% para ≥ 2500 g. O percentual de aumento na faixa de peso < 750 g foi de 67,4%.

Esse aumento do indicador na faixa de peso menor que 750 g, pode dever-se ao fato de que o risco de infecção associado aos cuidados de saúde seja reconhecidamente maior nessa faixa de peso. Além disso, embora possa ter ocorrido uma piora real do controle das IRAS, isso também pode refletir uma melhora na vigilância e na capacidade laboratorial para o diagnóstico dessas infecções, bem como na qualidade das notificações. Na medida em que haja o avanço no monitoramento pelas CCIHs e pelas coordenações municipais e coordenação estadual, a tendência desses indicadores poderá ser mais bem avaliada.

Análise Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)

Estima-se que haja cerca de 250 serviços de saúde realizando partos cirúrgicos (cesarianas) no estado de Goiás, conforme dados do Datasus. Partindo dessa estimativa, no ano de 2017, cerca de 29,3% dos serviços notificaram ISC em cesarianas. Esse percentual está muito aquém da meta estabelecida pelo PNPCIRAS 2016-2020 que é de 55% para o ano de 2017 e de 80% de serviços notificando regularmente (de 10 a 12 meses no ano) até 2020, embora tenha havido um aumento de 16,7% de serviços notificantes em relação ao ano de 2016 (25,1%) (SUVISA, 2018). O baixo percentual encontrado deve-se, entre outras causas, à dificuldade de sensibilizar os gestores desses serviços sobre a importância de fornecer essas informações bem como à limitação no estabelecimento de um canal de comunicação com todos os serviços do estado que realizam esse tipo de procedimento.



No ano de 2017, a taxa anual de ISC em parto cirúrgico em Goiás foi maior (1,0%) quando comparada a 2016 (0,9%), o que representou um aumento de 11,1%. Em relação aos implantes mamários, a taxa de ISC também foi maior em 2017 (1,2%) em comparação com 2016 (1,1%), o que representou um aumento de 9,1%. No entanto, houve também um aumento no número de serviços notificantes, o que pode fragilizar essa comparação. (SUVISA, 2018)

Além disso, esses números podem não expressar necessariamente a realidade do estado de Goiás, visto o elevado número de serviços não notificantes. Deve ser considerado ainda que a obrigatoriedade da notificação é relativamente recente (desde 2016), sendo que muitos serviços não possuem especialistas em controle de infecção para realizar a construção desses indicadores observando os critérios nacionais de diagnóstico de ISC, o que pode aumentar a inconsistência dos dados. A fim de minimizar esse problema, a Coordenação Estadual de Segurança do Paciente e Controle de Infecção em Serviços de Saúde (CESPCISS), em parceria com as coordenações municipais existentes, tem atuado junto aos serviços de saúde com o objetivo de capacitar os membros executores das CCIHs para que possam construir indicadores mais consistentes.

Em relação às infecções de sítio cirúrgico nos demais procedimentos monitorados, não há dados estaduais ou nacionais anteriores publicados para que sejam feitas comparações.

A Coordenação Estadual e as Municipais têm trabalhado continuamente junto aos profissionais dos SCIH dos estabelecimentos de saúde monitorados, com o intuito de sensibilizá-los da importância das notificações, bem como orientá-los quanto ao preenchimento das mesmas e a aplicação dos critérios diagnósticos nacionais de IRAS, conforme publicações técnicas da Anvisa (2017b), além do contínuo monitoramento das notificações comunicando inconsistências e solicitando as devidas correções, o que tem favorecido o aumento do número de notificações bem como a qualidade das informações.

1.2.8.3 Centro de Informação Toxicológica

O Centro de Informação Toxicológica (CIT) possui plantonistas médicos 24 horas-dia, que prestam atendimento às vítimas de intoxicação por pesticidas, medicamentos, saneantes domissanitários, plantas, alimentos, cosméticos, produtos químicos industriais, metal, drogas de abuso, e outros agentes tóxicos e, envenenamentos por animais peçonhentos, orientando



tecnicamente, via telefone, os profissionais das unidades de saúde de Goiás e outros Estados. A disponibilização de profissionais favoreceu a agilidade da digitação de dados e na investigação dos agravos.

O CIT é responsável pela distribuição de Soro Antipeçonhentos em Goiás, sendo que no período de 2016 a 2019 foram 38.730 ampolas distribuídas de vários tipos de soroterapia antiveneno.

Tabela 50: das Atividades do Centro de Informação Toxicológica no período de 2016 a 2019.

Atividade	2016	2017	2018	2019
Notificação de atendimento de casos de Intoxicação	1.327	1.484	2.383	2.920
Atendimento de Informação em Toxicologia	153	280	138	199
Investigação dos casos de Notificação de Intoxicação	2.345	2.022	6.983	10.479
Distribuição de (ampolas) Soro antiveneno	10.253	11.113	8.453	8.911

Fonte: Sistema DATATOX/ CIT-SUVISA/SES-GO.

A Gerência de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços de Saúde vem trabalhando consubstancialmente de forma a atender as demandas atuais conforme diretrizes do SNVS, no entanto, para melhor gestão estratégica e operacional se faz necessária ampliação de ações para consolidação da gestão do sistema estadual de vigilância sanitária. Neste contexto é necessário provimento de esforços da gestão em dois eixos importantes: provimento de recursos humanos para fiscalização e a reorganização do processo de descentralização da Vigilância Sanitária aos municípios.

O provimento urgente de recursos humanos para fiscalização deverá ser eixo condutor e norteador para o quadriênio 2020-2023, considerando que atualmente os servidores investidos na função de fiscalização são provenientes do cargo de analista de saúde da SES-GO, devido não haver uma carreira de fiscalização sanitária no estado, fato este que torna difícil suprir o déficit de servidores do nível central e regionais em virtude de aposentadorias ocorridas no último quadriênio.

Já a reorganização do processo de descentralização da Vigilância Sanitária aos municípios se torna um grande desafio da gestão para que as ações de vigilância sanitária possam ser desenvolvidas de uma forma mais abrangente e eficaz no território do estado, pois



as atividades de baixo risco essencialmente devem ser realizadas pelas visas municipais, processo este que deve ser articulado e pactuado em bipartite, favorecendo a formação de equipe de vigilância sanitária municipais com perfil técnico, desenvolvimento da infraestrutura necessária (estrutura física, administrativa e operacional) e da legislação pertinente a cada ação, visando fundamentalmente garantir maior resolutividade e qualidade às ações e serviços de Vigilância Sanitária no estado de Goiás.

1.2.9 Vigilância dos óbitos

A vigilância de óbitos se enquadra no conceito de vigilância epidemiológica que compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida e a proposição de medidas de prevenção e controle. Para esse conhecimento sobre mortalidade o DATSUS, criou o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. O DATASUS também desenvolveu o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) visando reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Sua implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todas as Unidades da Federação.

O Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC) é um sistema informatizado com a premissa de descentralização do processo de coleta, processamento e consolidação de dados quantitativos e qualitativos, referentes aos óbitos e nascimentos informados em todo território nacional.

A demanda por um aprimoramento das políticas de saúde para mulheres e crianças em nosso país apontou a necessidade de melhorar a informação sobre os óbitos materno, infantil e fetal; identificar a magnitude destas mortes, suas causas, fatores que as determinam; e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes. Uma estratégia importante é atuação conjunta de profissionais de saúde qualificados para desenvolver a vigilância de óbitos e de outros atores para exercer o controle social por meio dos grupos de discussão dos terminantes de mortalidade.

Tabela 51: Proporção de Óbitos por Causas Mal Definidas em Goiás 2012 a 2019.

REGIONAL Residência	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019*
5201 Central	2.87	1.61	131	121	1.52	1.18	1.13	0.54	3.01
5202 Centro Sul	4.84	2.25	197	178	1.49	1.09	0.99	0.60	4.12
5203 Entorno Sul	6.70	3.91	359	317	3.83	4.40	4.79	2.64	5.54
5204 Entorno Norte	10.43	10.33	164	403	3.98	5.23	6.43	5.24	8.67
5205 Nordeste I	5.99	3.76	7.66	483	6.62	5.39	9.72	6.90	10.84
5206 Norte	12.22	7.05	5.29	605	7.59	4.69	3.23	3.23	4.77
5207 Serra da Mesa	5.60	1.90	188	196	5.90	6.11	4.71	3.54	8.33
5208 São Patrício I	8.28	1.74	0.70	0.37	0.26	1.01	1.15	0.75	3.36
5209 Pirineus	2.74	0.89	0.96	1.48	1.23	1.18	1.02	0.61	1.57
5210 Rio Vermelho	10.80	4.73	5.15	6.16	2.86	5.23	5.16	1.49	4.97
5211 Oeste I	10.08	2.54	1.95	2.49	4.73	3.98	4.40	3.73	4.50
5212 Oeste II	5.95	0.30	2.10	1.34	2.17	1.41	0.25	0.26	2.05
5213 Sudoeste I	8.12	2.38	2.68	2.60	2.65	0.92	1.12	0.24	1.54
5214 Sudoeste II	5.64	1.54	2.05	1.42	1.55	1.82	1.84	1.46	3.66
5215 Sul	4.20	3.71	2.75	1.44	1.95	2.49	1.76	1.14	8.46
5216 Estrada de Ferro	6.36	4.93	5.04	3.71	4.18	2.76	3.32	2.88	4.72
5217 Nordeste II	16.71	4.32	9.15	7.06	10.15	6.53	5.66	5.34	6.67
5218 São Patrício II	9.32	4.02	2.96	2.32	1.81	5.03	6.95	3.54	5.72
Total	5.58	2.78	237	228	2.54	2.36	2.40	1.49	4.11

Fonte: SIM, 2019.

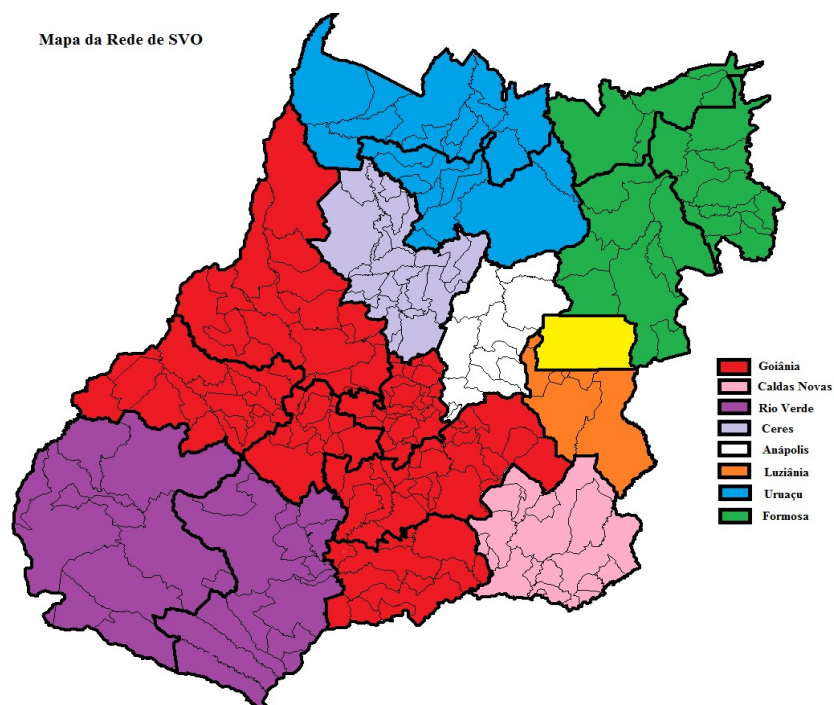
Tabela 52: Proporção de Óbitos Maternos investigados em Goiás 2012 a 2019.

5201 Central	94.12	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	61.54
5202 Centro Sul	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	57.14
5203 Entorno Sul	90.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	75.00
5204 Entorno Norte	0.00	-	100.00	100.00	100.00	100.00	-	50.00
5205 Nordeste I	-	-	-	100.00	-	100.00	100.00	-
5206 Norte	100.00	100.00	-	100.00	100.00	100.00	-	0.00
5207 Serra da Mesa	0.00	-	0.00	100.00	-	-	100.00	-
5208 São Patrício I	-	-	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	-
5209 Pirineus	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	83.33
5210 Rio Vermelho	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00
5211 Oeste I	-	100.00	-	-	-	100.00	100.00	-
5212 Oeste II	0.00	-	-	100.00	-	100.00	100.00	0.00
5213 Sudoeste I	0.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
5214 Sudoeste II	-	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00
5215 Sul	-	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	-
5216 Estrada de Ferro	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	-	-	0.00
5217 Nordeste II	50.00	100.00	-	100.00	-	100.00	100.00	0.00
5218 São Patrício II	-	100.00	100.00	-	-	100.00	100.00	-

Fonte: SIM, 2019.

O Serviço de Verificação de Óbito (SVO) é o responsável por determinar a causa do óbito, nos casos de morte natural, sem suspeita de violência, com ou sem assistência médica, sem esclarecimento diagnóstico e, principalmente aqueles por efeito de investigação epidemiológica, o que para a sociedade é de grande importância, uma vez que pode colocar em evidência os possíveis riscos à saúde que estão em emergência, tanto os já conhecidos quanto os que não são comuns, ou ainda casos de uma doença nova em um determinado local. Em Goiás temos 100% dos municípios com cobertura de atendimento para SVO com definição de responsabilidades dos municípios pactuados em CIB.

Figura 56: Mapa da Rede de SVO.



Fonte: TabWin, 2020.

1.2.10 Laboratório Central de Saúde Pública de Goiás

O Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros – LACEN-GO é participante da Rede Nacional de Laboratórios, cuja competência é a coordenação da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse de Vigilância em Saúde,



controle de qualidade analítica, procedimentos de maior complexidade como complemento de diagnóstico, além da promoção de capacitação de recursos humanos e a prestação das informações relativas às atividades laboratoriais para os gestores nacionais.

O diagnóstico e monitoramento de doenças de notificação compulsória, a vigilância de doenças transmissíveis e saúde do trabalhador, da água para consumo humano e diálises, monitoramento de resíduos e contaminantes em amostras ambientais e o monitoramento da qualidade de produtos e serviços expostos à população fazem parte do escopo deste Laboratório e exigem respostas rápidas, dado à grande exposição a fatores ambientais, biológicos, químicos e físicos a que a mesma se submete cotidianamente.

Procedimentos de alta complexidade para diagnósticos e acompanhamento são demandados rotineiramente à Coordenação de Biologia Médica do LACEN-GO, como os casos de IST/AIDS, Hepatites Virais, contagem de células TCD4, TCD8 e TCD45, dentre outros. No âmbito da genética, o LAGENE – Laboratório de Citogenética Humana e Genética Molecular realizam exames de vínculo genético, cariótipos de sangue periférico e de medula óssea, além de aconselhamento genético. A partir de 2014, o LACEN-GO passou ser a referência para o diagnóstico de micoses sistêmicas no Estado.

Por outro lado, o LACEN-GO conta com serviços especializados e diferenciados no monitoramento da qualidade de produtos sujeitos ao controle sanitário e ambiental. O monitoramento apresenta-se como um instrumento valioso nas ações de vigilância sanitária para identificar risco iminente ou virtual de agravos e, para garantia da qualidade de produtos que devem ser objetos de verificações periódicas das características originais averbadas no registro. Por meio de análises laboratoriais, a Coordenação de Produtos e Ambiente do LACEN-GO monitora a qualidade de alimentos, água, medicamentos, cosméticos, saneantes e outros produtos sujeitos à vigilância sanitária, ambiental e à saúde do trabalhador.

Os ensaios de monitoramento de qualidade realizados na Coordenação de Produtos e Ambiente têm por objetivo avaliar as características físicas, químicas, toxicológicas e microbiológicas de produtos acabados.

No contexto atual de Saúde Pública vivencia-se a introdução de doenças emergentes e reemergentes que demandam diagnósticos laboratoriais, investigação e monitoramento. O LACEN-GO realiza o monitoramento epidemiológico do vírus Dengue, identificando os quatro sorotipos virais (*DENV-1*, *DENV-2*, *DENV-3* e *DENV-4*) e promovendo o diagnóstico



diferencial para outros arbovírus como Mayaro, Chikungunya, Febre Amarela e Zika, por meio da técnica PCR em Tempo Real, Isolamento Viral e sorologia.

Na área de vírus respiratórios realiza o diagnóstico de Influenza utilizando a metodologia PCR em Tempo Real com o objetivo de identificar os vírus Influenza *AH1N1* pandêmico, *Influenza AH3 sazonal*, *Influenza AH1 sazonal* e *Influenza “B”*, bem como o diagnóstico diferencial para Outros Vírus Respiratórios, estando preparado para a ampliação do escopo de testagem frente à entrada de outros agentes patogênicos no país.

Outro importante fator, dentro do escopo do Laboratório, são os diagnósticos diferenciais das doenças exantemáticas, necessários para classificar adequadamente os casos suspeitos de sarampo e rubéola e determinar outros vírus que circulam no país e que cursam com febre e exantema como dengue, o que levou o LACEN-GO a instituir um algoritmo de investigação baseado em vigilância sindrômica para outros vírus exantemáticos, tais como parvovírus B19, Herpes vírus tipo 6 (HHV-6) e Herpes vírus tipo 1 e tipo 2.

A atuação do LACEN-GO está também voltada para a ampliação dos diagnósticos sorológicos das doenças de notificação compulsória, monitoramento das doenças diarreicas agudas causadas por diferentes agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitos), diagnósticos e monitoramentos de bactérias multirresistentes e, ainda, na preparação do laboratório para as respostas às investigações dos casos de microcefalia por Zika vírus no Estado.

As Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue dão a estados e municípios a missão de organizar suas atividades de prevenção e controle, em períodos de baixa transmissão ou em situações epidêmicas, contribuindo, dessa forma, para evitar a ocorrência de óbitos e reduzir o impacto das epidemias de dengue.

O papel do LACEN-GO nesse contexto é o aprimoramento da capacidade de diagnóstico laboratorial dos casos para detecção precoce da circulação viral, e monitoramento dos sorotipos circulantes. A vigilância laboratorial é empregada para atender às demandas inerentes da vigilância epidemiológica, não sendo o seu propósito o diagnóstico de todos os casos suspeitos, em situações de epidemia, conforme legislação nacional.

No campo da Entomologia, o LACEN-GO vem fornecendo os dados às vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental para predição de riscos e prevenção da ocorrência de doenças transmitidas por vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos,



participando da definição das estratégias de controle, monitoramento e avaliação dessas medidas.

Desta forma, o LACEN-GO vem ampliando a sua capacidade operacional e capital humano para a consolidação das novas metodologias fundamentadas nas necessidades das políticas de saúde vigentes e no fornecimento de evidências para o monitoramento das mesmas.

Não obstante, dois fatores exigem soluções rápidas e ações diretas para a consolidação dos objetivos essenciais do LACEN-GO de prover o desenvolvimento, a captação, a incorporação e o repasse de tecnologias para a rede estadual, a padronização de novas técnicas e o controle de qualidade, visando à eficiência, à eficácia e à efetividade do Sistema.

O primeiro fator trata da completa inadequação da estrutura física atual do Laboratório. As áreas de trabalho estão incompatíveis com o volume de trabalho, as redes física e lógica subdimensionadas e, há a necessidade urgente de alocação de um suporte financeiro necessário à adequação da área física e à edificação da unidade e aquisição de equipamentos, de forma a abrigar as novas fontes de trabalho, bem como de manutenção dos insumos críticos.

O outro fator crítico para a consecução dos objetivos do Laboratório e para a garantia da qualidade e humanização dos serviços prestados está no fato de haver uma grande distância entre pólos regionais e a Sede em Goiânia, com uma urgente necessidade de descentralização dos serviços de vigilância laboratorial com serviços diagnóstico de tuberculose, micoses sistêmicas, microrganismos multirresistentes, arbovírus e chagas dentre outras doenças de importância em saúde pública.

Em abril de 2018, o LACEN-GO recebeu um grupo de auditores internacionais e se submeteu ao programa de Pré-Qualificação de Laboratórios de Controle de Qualidade da OMS que se destina a avaliar a competência técnica dos Laboratórios de Controle de Qualidade Farmacêutica, cuja qualificação permite colaborar diretamente com agências internacionais de avaliação laboratorial de medicamentos. O processo de pré-qualificação incluiu uma análise rigorosa do Laboratório que determinou que o mesmo cumprisse com orientações de qualidade exigidas pela OMS. A Seção de Medicamentos, Cosméticos, Saneantes e Produtos para Saúde demonstrou o seu alinhamento com os requisitos da OMS e



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



o Laboratório foi incluído na lista de Laboratórios Qualificados e está considerado apto a colaborar com as diferentes agências internacionais.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1.3 GESTÃO EM SAÚDE

1.3.1 Organização Administrativa da SES

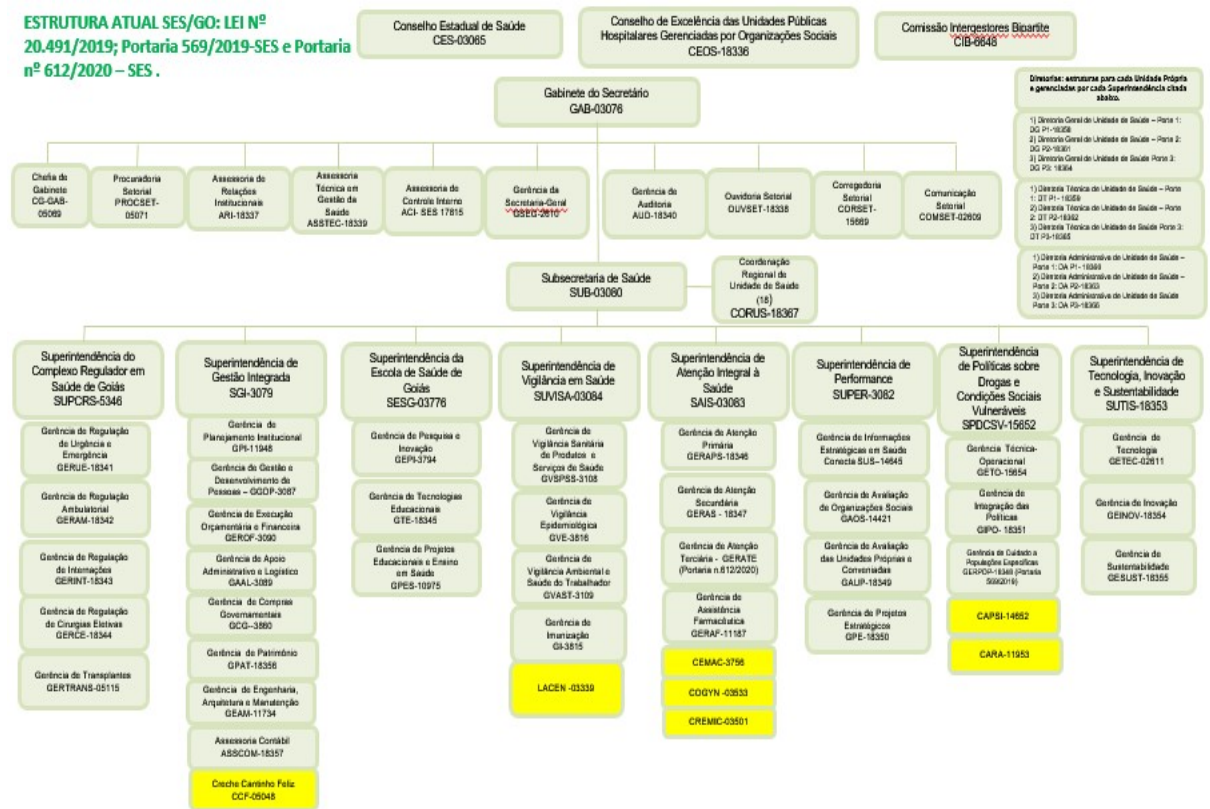
A Secretaria de Estado da Saúde (SES) é composta, em sua estrutura básica, por dez departamentos setoriais que estão diretamente ligados ao Gabinete do Secretário, sendo eles: Chefia de Gabinete, Procuradoria Setorial, Assessoria de Relações Institucionais, Assessoria Técnica em Gestão da Saúde, Assessoria de Controle Interno, Gerência da Secretaria Geral, Gerência de Auditoria, Ouvidoria Setorial, Corregedoria Setorial e Comunicação Setorial.

Além desses departamentos, foi criada na estrutura administrativa da SES a Subsecretaria de Saúde (SUB), também ligada ao Gabinete, para gerenciar diretamente as 08 (oito) Superintendências, sendo elas: Gestão Integrada (SGI); Atenção Integral à Saúde (SAIS); Vigilância em Saúde (SUVISA); Escola de Saúde de Goiás (SESG); Complexo Regulador em Saúde de Goiás (SUPCRS); Performance (SUPER); Políticas sobre Drogas e Condições Sociais Vulneráveis (SPDCSV); e Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade (SUTIS) e ainda as 18 (dezoito) Coordenações Regionais e Unidade de Saúde.

Destaca-se ainda a existência de três órgãos colegiados: O Conselho Estadual de Saúde (CES), o Conselho de Excelência das Unidades Públicas Hospitalares Gerenciadas por Organizações Sociais (CEOS) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

No ano de 2019, ocorreu alteração na estrutura administrativa, com a instituição da Lei 20.491/2019, o que ocasionou a nova reestruturação. Assim, fazem parte da sua estrutura complementar, 34 gerências e 08 (oito) unidades próprias gerenciadas pela SES e vinculadas pelas Superintendências, conforme em destaque no organograma abaixo.

Figura 57: Organograma SES-GO vigente.



Fonte SES-GO.

A SES possui Unidades Geridas pela SES e por O.S. (Organizações Sociais). Descreve-se abaixo a relação de Unidades.

Quadro 05: Unidades Assistenciais de Saúde e Administrativas SES-GO.

Unidade	Gerenciamento
Complexo Regulador Estadual	
CELAU - Central Estadual de Laudos Dona Gercina Borges Teixeira	
CEAP-SOL – Centro Estadual de Atenção Prolongada e Casa de Apoio Condomínio Solidariedade	
HUTRIN – Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos	



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



HEMOCEG – Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Dr. Nion Albernaz	O.S.S Organização Social de Saúde
HGG – Hospital Estadual Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi	
HDT – Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad	
HURSO – Hospital Estadual de Urgências da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado	
HUANA – Hospital Estadual de Urgências de Anápolis Dr. Henrique Santillo	
CRER – Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo	
HUGOL – Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira	
HMI – Hospital Estadual Materno Infantil Dr. Jurandir do Nascimento	
HUAPA – Hospital Estadual de Urgências de Aparecida de Goiânia Caio Louzada	
HEELJ – Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime	
HDS – Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta	
HEMNSL – Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes	
HEJA – Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin	
HUGO -Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz	
HCAMP – Hospital de Campanha (Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Junior)	
HCAMP – Hospital Municipal de Formosa Dr. César Saad Fayad	
HCAMP – Hospital Regional de Luziânia	
Policlínica – Regional Posse	
CREDEQ Prof. Jamil Issy – Centro Estadual de Referência e Excelência em Dependência Química de Aparecida de Goiânia	
Creche Cantinho Feliz	
LACEN - Laboratório Estadual de Saúde	



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Pública Dr. Giovanni Cysneiros	SES-GO
CEMAC - Central Estadual de Medicamentos de Alto Custo Juarez Barbosa	
COGYN - Central de Odontologia de Goiânia	
CREMIC - Centro Estadual de Referência em Medicina Integrativa e Complementar	
CAPSI - Centro de Atenção Psicossocial e Infante Juvenil do Estado de Goiás	
CARA - Centro Estadual de Assistência aos Radioacidentados Leide das Neves	

Fonte: SES-GO.

1.3.2 Subsecretaria

A Subsecretaria de Saúde forma um time com as Superintendências e Regionais de Saúde e exerce a função de organização, coordenação e supervisão técnica com leveza e gentileza, integrando as atividades para o correto cumprimento das normas legais em saúde, além de planejar, supervisionar e coordenar as atividades técnico-administrativas desenvolvidas nas Unidades Regionais de Saúde.

Prezamos pelos servidores e acompanhamos a execução, no âmbito da Secretaria, dos planos e dos programas, com avaliação e controle de seus resultados, apoiando a tomada de decisão tática por meio de políticas informadas por evidências e supervisionando a condução do Planejamento Estratégico – PE.

Apresentando um olhar amplo e estratégico da Secretaria de Saúde, apoiamos a melhoria contínua dos processos de trabalho, buscando o aprimoramento da gestão em saúde e mantendo sempre o foco na excelência da atenção à saúde da população goiana, conduzindo todas as ações com empatia e ética, primordialmente.

Usando como fundamento a Regulação no âmbito do Estado, a Regionalização da Saúde e a Eficiência Operacional e Financeira, os três pilares dessa gestão, esta Subsecretaria de Saúde tem como meta acompanhar a execução dos planos, programas e projetos pertinentes à sua área de atuação e fortalecer a governança do sistema de saúde em nível macrorregional prezando pela pontualidade, eficiência e eficácia.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1.3.3 Gestão da Educação na Saúde

Histórico da Escola de Saúde de Goiás

Marcos institucionais:

Na década de 1980 foram criados os Centros Formadores de Nível Médio e Elementar para a Área de Saúde, em alguns estados, também denominados de Escola Técnica de Saúde que se constituíram posteriormente nas unidades de formação/qualificação pertencentes à Rede das Escolas Técnicas de Saúde do SUS (RET-SUS). Em Goiás, na década de 1980, destaca-se a *criação da Escola de Auxiliar de Enfermagem* no Hospital Geral de Goiânia (HGG/INAMPS).

Na década de 1990, a *Escola de Auxiliar de Enfermagem* no Hospital Geral de Goiânia (HGG/INAMPS) deixou de existir e foi criado o *Centro Formador de Pessoal de Nível Médio e Elementar para a área da Saúde* designado sucessor da Escola de Auxiliar de Enfermagem do HGG/INAMPS.

A década de 2000 foi marcada por três importantes fatos: A criação do *Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás* em 2002, a criação da *Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”* (ESAP-GO/ Lei nº 15.260, de 15 de julho de 2005) E em 2008 a Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago” foi desativada. Suas competências, atribuições, acervos e demais recursos foram incorporados à Escola de Governo da Secretaria da Fazenda (SEFAZ).

Na década de 2010 dois marcos se destacaram: Foi criada a *Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS (SEST-SUS)* da Secretaria de Estado da Saúde (Lei nº 17.257, de 25 de janeiro de 2011) e em 25 de junho de 2019, após Reforma administrativa a *SEST-SUS* passa a ser denominada *Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG)*, regulamentada pela Lei nº. 20.491.

Figura 58: Histórico da Escola de Saúde de Goiás.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, adaptado 2020.

I - A atual estrutura organizacional da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás:

Desde a criação da Escola Estadual de Saúde Pública, na década de 1980, o marco político mais importante foi sua transformação em Superintendência, que se deu na terceira década (2011).

Desde então busca-se o ideal por meio do desenvolvimento dos seus objetivos identificando a própria filosofia de trabalho, missão institucional, estrutura organizacional, as atividades acadêmicas que desenvolve e diretrizes pedagógicas que orientam suas ações.

➤ Missão Institucional

Impactar positivamente o Sistema Único de Saúde (SUS) em Goiás por meio da formação e qualificação dos atores do SUS e incentivo à pesquisa e inovação em saúde.

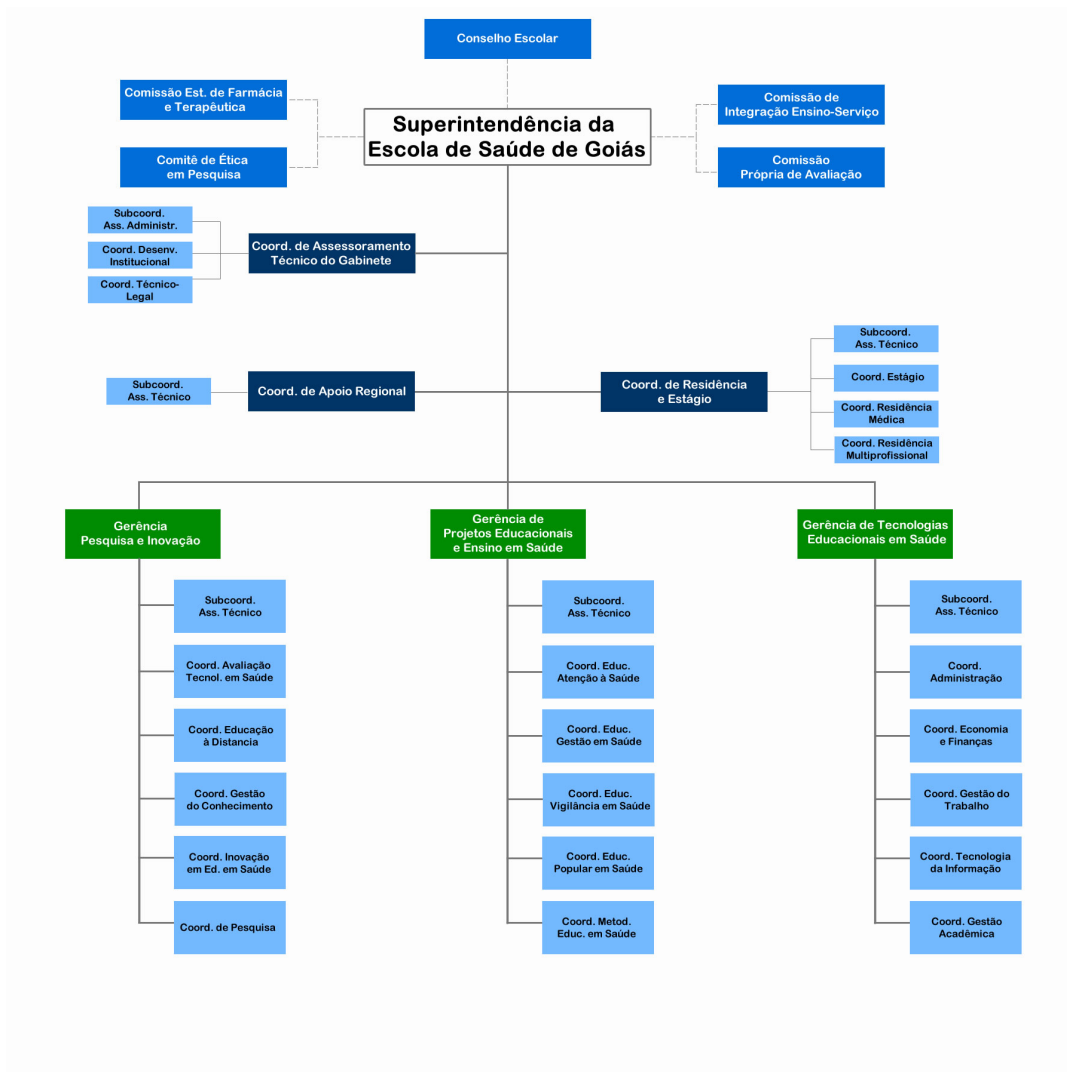
➤ Visão

Ser reconhecida como instituição de ensino e pesquisa de excelência, com práticas inovadoras e foco na integração ensino-serviço-comunidade.

➤ Valores

Cooperação, Excelência, Inovação, Integração e Transparência.

Figura 59: Estrutura Organizacional da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás/ SESG.



Fonte: SESG/ SES-GO.

I. A Estrutura Organizacional da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás e suas novas atribuições:

Além das instâncias de apoio institucional como Conselho Escolar, Comissões de Farmácia e Terapêutica, de Integração Ensino-Serviço, Própria de Avaliação e Comitê de Ética em Pesquisa, a nova Superintendência apresenta ainda 03 (três) Coordenações de Assessoramento: Assessoramento Técnico, Apoio Regional e Residência e Estágio. Na sua



estrutura complementar conta com 03 (três) Gerências, de Pesquisa e Inovação, de Projetos e Ensino em Saúde e de Tecnologias Educacionais em Saúde.

Para esse novo formato 04 (quatro) grandes objetivos foram pensados:

1. Fortalecer o SUS integrando os profissionais que atuam na área da saúde do Estado de Goiás por meio da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás / SESG: com o olhar direcionado a capacitação dos atores do SUS como, Residentes Médicos e Multiprofissionais, Estagiários da Área da Saúde e Docentes da SES-GO, claramente identificados nas Coordenações de Residência e Estágio e Metodologias Educacionais.

2. Qualificar a força de trabalho do SUS na SES-GO e nas 18 Regiões de Saúde do Estado de Goiás: profissionais da saúde que atuam no Estado de Goiás, capacitados para a assistência direta aos usuários do SUS, identificados na Gerência de Projetos Educacionais e Ensino em Saúde (onde se encontram os eixos temáticos de Vigilância, Atenção, Gestão e Popular em Saúde) e a Coordenação de Apoio Regional e ainda na Gerência de pesquisa e inovação por meio da coordenação de Educação a Distância (EaD).

3. Desenvolver e fomentar atividades de inovação tecnológica em saúde no Estado de Goiás, em cumprimento à Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no SUS e de acesso dos trabalhadores e atores sociais à informação científica, cuja Gerência de Pesquisa e Inovação foi amplamente implementada no novo desenho, contando com a criação da Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde, com o aprimoramento da coordenação de Inovação.

4. Gerir de forma otimizada os recursos financeiros disponíveis e garantir o apoio administrativo necessário para a realização das ações que envolvem a SESG, objetivo bem evidenciado nas suas coordenações, Administração, Economia e Finanças, Gestão do Trabalho, Tecnologia da Informação e Gestão Acadêmica.

Considerados como pilares, os objetivos postos sustentarão pelo próximo quadriênio a interseção entre os serviços redesenhados na nova estrutura, que por sua vez destacam e reforçam a gestão compartilhada, onde o desenho estrutural se mistura propositadamente com as funções a serem desempenhadas, na intenção clara de uma Gestão compartilhada e participativa, na qual nenhum setor trabalhará isoladamente.



II. Gestão Institucional e Acadêmica

A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) realiza a gestão das ações de Educação na Saúde (ES) para o aprimoramento dos processos de trabalho dos atores do Sistema Único de Saúde (SUS) em Goiás, ofertando cursos, tanto de forma presencial quanto a distância nos eixos educacionais de atenção, gestão, vigilância e educação popular em saúde, nos campos de educação profissional, pós-técnico e pós-graduação lato e stricto sensu, nas modalidades de formação inicial e continuada, capacitação, qualificação e aperfeiçoamento em resposta aos indicadores de saúde pontuados regionalmente, além de capacitar os docentes da SES-GO.

A SESG também, apoia, avalia e acompanha a realização de pesquisas científicas na SES-GO, divulga e dissemina a informação científica, avalia tecnologias em saúde para a SES-GO e, propõe e incuba projetos de inovação tecnológica atendendo às necessidades do SUS.

Organizações voltadas para atividades de formação/capacitação de pessoas devem integrar as suas ações de ensino com duas outras atividades: pesquisa e extensão. No campo da pesquisa, observando a missão e os objetivos institucionais, o propósito desta é não apenas ser condição para certificação de processos de formação, mas, que possa ser direcionada ao desenvolvimento de conhecimento que oriente os processos decisórios.

Atualmente, o SUS conta com linha de financiamento específica para esta ação por meio do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS). O objetivo deste programa é fomentar pesquisa em torno de uma agenda de prioridades, que abranja a identificação de situações-problema que demandem investigação científica sobre a existência e manutenção destas, indicando formas de enfrentamento. A produção científica deve servir de base para uma gestão de políticas baseada em evidências, superando o estágio de improvisado que caracterizam as decisões políticas no âmbito da gestão. A disseminação de linhas de pesquisa prioritárias deve servir de referência para os trabalhos de conclusão de curso (*Stricto e Lato Sensu*), acompanhados do estímulo à divulgação desta produção dos seus resultados, por meio de publicações (livros ou periódicos).

No campo da gestão da Educação na Saúde nos deparamos com a distância entre a formação básica e adequação dos profissionais à realidade do SUS. Embora algumas Universidades tenham se preocupado com isso, buscando incorporar em seus currículos



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



disciplinas que melhor preparem os profissionais para o SUS e adotar o serviço como um importante cenário de ensino-aprendizagem, existe um longo caminho a percorrer para que isso seja efetivamente incorporado na prática diária dos mesmos.

A demanda constante de educação para os profissionais de saúde sempre foi gerada pelo nível central, de forma fragmentada, realizadas pelas diferentes áreas, programas ou agravos, levando os técnicos das regionais e dos municípios a se ausentarem com muita frequência das suas atividades, embora a Educação à Distância (EaD) tenha se tornado uma realidade desde 2015 nesta instituição.

A constante liberação dos mesmos profissionais em deslocamentos a sede da SESG para os processos de capacitações, inviabiliza a transferência dos conhecimentos adquiridos para os demais membros da equipe da rede de atenção à saúde, além de dificultar ainda mais a assistência à saúde local, que na maioria dos municípios é realizada pelos mesmos profissionais que se fazem presentes nas capacitações, o que remete a um planejamento também da gestão municipal para um possível rodízio na liberação de seus profissionais a serem capacitados, caso seja possível, e no compartilhamento do conhecimento adquirido com a gestão local.

Os processos de ensino-aprendizagem, mediados por tecnologias, se consolidaram, definitivamente, como uma possibilidade de oferta de oportunidades de qualificação profissional. As grandes distâncias e os problemas de acesso em um país com as dimensões do Brasil, e que se aplicam ao caso do estado de Goiás, impõem o desenvolvimento de estratégias de ensino na modalidade de EaD. Além destas limitações, é preciso considerar o custo para o sistema do deslocamento de trabalhadores para atividades presenciais. Este custo não se refere somente às despesas financeiras decorrentes, mas o da interrupção de atendimento à população. Esta situação tem gerado uma tensão constante entre gestores de serviços e sistemas de saúde e os profissionais responsáveis pelo sistema de gestão da educação na saúde.

O conceito de Educação Permanente em Saúde ancora-se na ideia da educação no trabalho e para o trabalho, ou seja, de um processo educativo orientado pelo desenvolvimento de competências necessárias ao enfrentamento dos principais problemas do sistema, identificados e mensurados pelos seus marcadores críticos. A relação oferta-demanda no âmbito do sistema, portanto, implica reconhecer e dimensionar estes problemas, identificando



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



lacunas no manejo destes e as estratégias para superá-los. Este processo de identificação de problemas, por sua vez, requer capacidades de sínteses destes em projetos e programas de qualificação capazes de superar a fragmentação e dispersão da oferta. O objetivo estratégico a ser alcançado é buscar a aglutinação de conteúdos que sejam comuns entre si para estruturação destes projetos e programas ou ações de educação com foco mais intervencionista no território de atuação profissional.

Tal análise tornou o ano de 2019, marcado neste aspecto, pela pactuação entre os Superintendentes, sob o aval do Secretário de Estado da Saúde, quanto à coordenação da SESG no planejamento de forma integrada de todas as ações de Educação na Saúde no âmbito do SUS em Goiás para o próximo quadriênio (2020-2023). Nesta lógica, os treinamentos realizados pelas áreas técnicas, com carga horária inferior a 40 horas serão revistos pela SESG e desta forma, assuntos com público alvo afim poderão ser condensados em cursos robustos, ou ações de educação com foco mais intervencionista no território de atuação profissional, com possibilidade de promover certificação aos discentes, além de otimizar recursos financeiros, com direcionamento às necessidades do território com controle de qualidade dos projetos educacionais.

Na elaboração do Planejamento Estratégico da SES-GO, a Escola de Saúde se apresenta dentro da perspectiva de gestão. O primeiro passo do planejamento foi priorizar um problema a ser trabalhado. A ESG considerou a “Baixa aplicabilidade de intervenções nos contextos locais após ações de Educação Permanente” como principal problema a ser enfrentado. O objetivo a ser atingido é “Qualificar as ações de educação permanente”, cujo indicador é o “*Percentual de cursos com Projetos de Intervenção (PI) aplicados*”, que até 2023 deverá atingir a meta de 70% da oferta de cursos com PI aplicados.

Dentre as causas do problema priorizado, elencou-se:

1. Desconhecimento das possíveis intervenções produzidas após ações educacionais;
2. Predominância das metodologias tradicionais de ensino;
3. Possibilidade de aumento de custos relacionados aos projetos de Intervenção e;
4. Cultura de desvalorização da educação como mecanismo de transformação.



As consequências geradas resultam na baixa resolubilidade dos serviços de saúde, na assistência inadequada à saúde e no grande número de intervenção/interdições nas Unidades de Saúde, gerando interferências negativas na Gestão, na Atenção Integral e na Vigilância à Saúde, respectivamente.

Atualmente a ESG Certifica seus cursos de especialização (pós-graduação *Lato Sensu*) na modalidade presencial. Apesar de possuir corpo técnico com bom nível de formação, dispor de recursos financeiros, tecnológicos e logísticos ainda não foi avaliada pelo MEC a certificação de cursos de especialização na modalidade EaD, devido a dificuldade desse ministério em reconhecer uma Escola de Governo e seu propósito na qualificação dos trabalhos do SUS. Esta situação tem levado à necessidade de realização de convênios com instituições de ensino superior para tais certificações, que se desenvolvem em meio a entraves jurídicos e burocráticos de toda ordem.

Para sanar tal necessidade e certificar todos os cursos de especialização (*lato e stricto sensu*) ofertados, houve orientação do MEC quanto à certificação da SESG como Instituição de Ensino Superior (IES), abrindo caminhos para a certificação de todas as modalidades de ensino. Tal investimento foi incluído no Plano Plurianual 2020-2023.

Outra relevante frente de ação de nossa instituição foi a implementação dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional que, por envolverem formação em serviço, em unidades hospitalares, são de fundamental importância para qualificação das tecnologias e processos de trabalho desenvolvidos nestas unidades, em sua interação com os demais níveis assistenciais do sistema, na lógica da conformação de redes integradas de atenção à saúde. Particularmente, em relação aos programas de residência médica, a expansão de vagas é fundamental para ampliação da oferta de serviços e ações de saúde especializadas. Em relação à oferta de vagas de Estágios Curriculares Obrigatórios, para o Internato (Medicina) há possibilidade de expansão anual de 10% aproximadamente.

Para fortalecer a Atenção Primária no âmbito do SUS Estadual, outra proposta incluída no Plano Plurianual foi o Programa de Aperfeiçoamento Médico que tem como objetivos:

- Aperfeiçoar em Saúde da Família médicos que não tenham cursado e/ou não estejam cursando Programa de Residência Médica;
- Fixar médicos na Atenção Primária em Saúde em Goiás;
- Construir política para incremento da demografia médica no Estado de Goiás.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



A SESG trabalhará com a possibilidade de expandir o número de médicos ao longo do tempo e, ainda de incluir programa semelhante para equipe multiprofissional.

Considerando o esforço em direção ao desenvolvimento de sistemas regionais com suficiência para atender às necessidades dos usuários, o processo de modelagem da identificação das demandas para gestão da educação na saúde teve como referências os espaços locorregionais e seus marcadores de saúde, sejam aqueles relativos à morbimortalidade, ao acesso e qualidade de ações e serviços, à vigilância em saúde, ou à gestão, não desconsiderando o público formado pela população em geral.

Como primeiro *instrumento norteador* do atendimento das reais necessidades de formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS, foi construído em 2018, de forma ascendente e aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho Estadual de Saúde (CES), o *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS 2019-2022)*: conforme Diretrizes estabelecidas pela Port. nº 3.194/MS que tem como objetivo o fortalecimento das práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS) no SUS.

Nesta lógica, as regiões de saúde levantaram seus principais problemas considerando os eixos de Atenção, Vigilância e Gestão em Saúde dentro dos subeixos, Controle Social, Cuidado com a Pessoa Deficiente, Epidemiologia e Vigilância em Saúde, Farmácia, Processos de Trabalho, Regulação, Saúde Bucal, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e do Homem, Saúde do Idoso, Saúde Mental e Urgência e Emergência, como resposta às Redes de Atenção à Saúde.

A atual estrutura orgânica básica da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás definida após a reforma administrativa ocorrida em 25 de junho de 2019 corrobora com a lógica desenvolvida, fortalecendo e minimizando as dificuldades em atender as demandas ao criar o segundo instrumento norteador para o atendimento das reais necessidades de formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS, dividindo os assuntos por áreas temáticas, valorizando o redesenho da estrutura pedagógica da ESG:

Criando 04 (quatro) coordenações referentes a projetos educacionais em saúde com ações voltadas para formação/capacitação de Atores do SUS (*):

- Coordenação de Educação em Atenção à Saúde,
- Coordenação de Educação em Vigilância em Saúde,



- Coordenação de Educação em Gestão em Saúde,
- Coordenação de Educação Popular em Saúde.

(*) Atores do SUS: Profissionais de todas as categorias no âmbito do SUS-GO, incluindo Residentes Médicos e Multiprofissionais; Agentes de Saúde (ACS/ACE); Cuidadores de pessoas que demandam atenção especial em qualquer fase do ciclo de vida ou em condições especiais; Componentes da CIES (Gestores Estaduais e Municipais de Saúde e Educação, Trabalhadores do SUS, Controle Social e Instituições de Ensino com cursos na área da saúde); Profissionais de outras pastas que contribuem para a intersetorialidade.

Criando 01 (uma) Coordenação com ações voltadas para a capacitação dos Docentes da SES-GO (**).

- Coordenação de Metodologias Educacionais

(**) Docentes da SES-GO: Colaboradores dos cursos realizados pela Escola de Saúde de Goiás.

Neste sentido, a adequação da demanda de atividades de formação/capacitação de pessoas para o SUS implica encontrar a sua fundamentação nos indicadores críticos a serem enfrentados pelo sistema. Implica, também, no fomento ao desenvolvimento da pesquisa, de forma a identificar os fatores que condicionam e determinam a situação de saúde existente e a mensuração dos efeitos das intervenções feitas, incluídas as de formação/capacitação de pessoal.

No período de 2011 a 2019 foram ofertados 91 cursos, nos quais 23.873 profissionais da área da saúde foram capacitados.

Diante do exposto, fundamenta-se a citada proposta de intervenção no problema identificado locorregionalmente, cujo objetivo é a qualificação das ações de educação permanente, respondendo ao problema prioritário que se traduz na baixa aplicabilidade de intervenções nos contextos locais após ações de educação permanente. Importante destacar que tal proposta prevê a aplicação da intervenção durante a execução do curso, o que garantirá a certificação do discente. A avaliação dos resultados, no entanto, dependerá do tempo-resposta da intervenção, previsto pelo discente. Para tanto, a ESG resolveu em 2019, inovar com o desenvolvimento do primeiro curso com proposta de Projeto de Intervenção (PI) aplicado à realidade do discente no âmbito do seu território de atuação no entanto, com o



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



surgimento da crise na Saúde Pública e declaração de Pandemia em março de 2020, a SESG decide iniciar a ampliação desse indicador em 2021 com 20% dos cursos planejados pela SESG com foco intervencionista, em 2022, 40% e em 2023 em 70%.

Somado a este propomos a implantação do Sistema de Acompanhamento de Egressos que se tornou um dos principais desafios dessa instituição desde 2014. É uma solução que proporcionará uma melhor efetividade das ações institucionais, gerando benefícios aos egressos dos cursos ofertados pela SESG/SES-GO, e especialmente aos usuários do SUS no âmbito do Estado de Goiás. Além disso, trabalha na perspectiva de orientações autoinstrucionais, por meio de cursos na modalidade EAD, como foco na demanda posta e direcionamento oportuno aos profissionais do SUS do Estado de Goiás.

A grande questão que o sistema nacional de gestão da educação enfrenta hoje em relação ao acompanhamento de egressos é a do desafio da avaliação dos efeitos gerados pelo investimento realizado na área. Saber onde estão o que estão fazendo e com que qualidade desenvolve suas atividades após a participação em processo de formação/capacitação é fundamental para que se possa avaliar a qualidade do gasto pelo sistema de gestão da educação na saúde. Neste sentido, a ESG começa a desenhar um projeto de pesquisa, junto a Gerência de Pesquisa e Inovação, para levantamento destas informações e aprimoramento de suas ações educativas.

É importante o desenvolvimento de um sistema que permita o rastreamento do trabalhador dentro do sistema, observando a adequação de sua inserção profissional com os investimentos realizados, bem como os efeitos observados sobre a melhoria de processos de trabalhos, também decorrentes das formações/capacitações recebidas. Considerando a insuficiência de experiência implantada no país, este será o maior e mais complexo desafio da SESG.

Além disso, A SESG propõe o desenvolvimento de um Observatório de Educação Permanente em Saúde de Goiás que tem como objetivo promover a disseminação das informações sobre Educação Permanente em Saúde (EPS) no estado.

O Observatório de EPS subsidiará elementos para a consolidação da CIES Estadual e Regional, bem como para fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde PNEPS. O monitoramento das ações de EPS inseridas na mesma plataforma, atingirá os 246 municípios do Estado e será um marco nos processos de trabalho da CIES Estadual,



também para as CIES Regionais e para os Núcleos de Educação Permanente em Saúde, pois serão disponibilizadas informações para o planejamento das ações de educação em saúde.

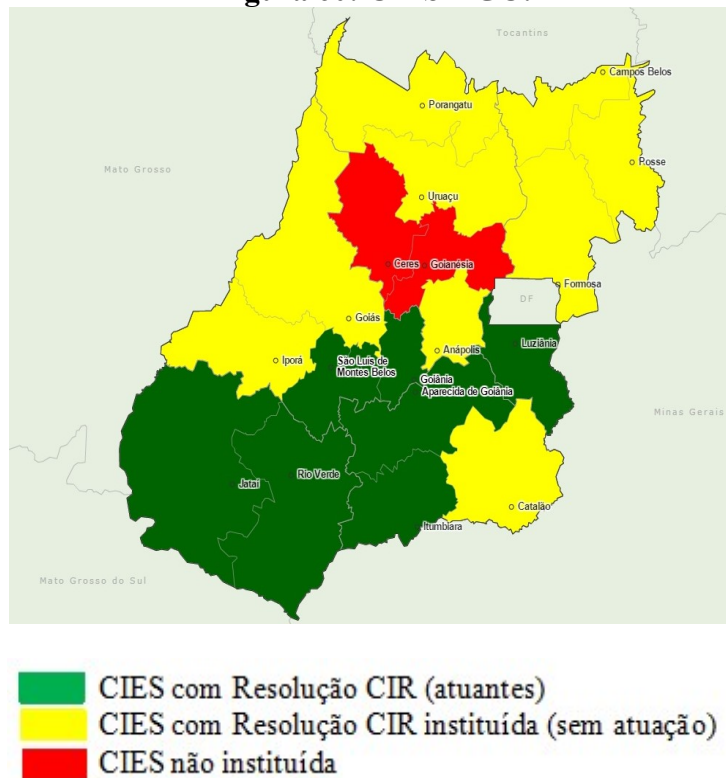
Portanto, o Observatório será um instrumento de propagação das informações e um ambiente de interação, de conhecimento e análise da realidade do estado. Esta junção possibilita a sistematização de informações, e ampliam a capilaridade de em ambiente virtual.

A identificação das demandas educacionais a serem desenvolvidas junto aos trabalhadores do sistema impõe a necessidade de estruturação de uma agenda de trabalho às Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES estadual e regionais), com imersão na análise da situação de saúde de cada região e a proposição de um plano de trabalho em educação permanente que responda aos desafios de criação de competências necessárias ao seu enfrentamento, incluindo a definição das prioridades.

A CIES-GO, foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2007 visando novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde conforme a portaria nº 1996/2007, que considera a necessidade de qualificação e implementação do processo de descentralização. São instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH - SUS.

As CIES são compostas pelo quadrilátero: I - Gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes; II - Trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; III - Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e IV - Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Figura 60: CIES – GO.



Fonte: SESG/ SES-GO.

O novo desenho metodológico da SESG para captação de demandas e sua influência sobre a gestão da qualidade pedagógica do trabalho desenvolvido pelas equipes, justifica a criação de expertise no campo da avaliação dos processos de educação permanente, possibilitando uma reflexão crítica das técnicas pedagógicas inovadoras aplicadas.

Sendo assim e, considerando a missão da SESG frente ao processo de implementação do SUS no Estado, e os objetivos da instituição, foram elencados alguns projetos que se constituem como estratégicos até 2023. Este elenco de ações prioritárias abrange:

1. Regularizar, monitorar e apoiar o treinamento de Residentes multiprofissionais em serviço no âmbito da SES-GO;
2. Regularizar, monitorar e apoiar os Estágios supervisionados de estagiários no âmbito da SES-GO;
3. Qualificar docentes da SESG em Metodologias Educacionais em Saúde, no âmbito da SES-GO;



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



4. Ampliar os cursos com Projetos de Intervenção (PI) aplicados nos Projetos planejados pela ESG;
5. Desenvolver projetos de Educação em Atenção Integral, Vigilância, Gestão e Educação Popular em Saúde em todos os níveis educacionais direcionados pelo PEEPS 2019-2022, para Atores do SUS do Estado de Goiás, no âmbito da SESGO;
6. Implantar a Política Estadual de EPS nas 18 regiões de saúde;
7. Implementar ações de informação científica, desenvolvimento de pesquisa, avaliação de tecnologias e inovação em saúde aos trabalhadores do SUS e atores sociais;
8. Otimizar ações para garantir o apoio administrativo necessário para a realização das ações que envolvem a SESG.

1.3.4 Gestão Integrada

1.3.4.1 Planejamento Institucional

Rede de Planejamento do SUS

Em 2017, por meio da Lei nº 19.494, foi instituída a Gerência de Planejamento para o SUS (GEPUS), com a proposta de dar foco na melhoria dos instrumentos do SUS.

Dentre as estratégias adotadas por esta Gerência, destacava-se a instituição Rede de Planejamento do SUS. Tratava-se da formação e da oficialização de um grupo de servidores com representações em todas as áreas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) para construção, fortalecimento e monitoramento dos instrumentos de planejamento do SUS.

Após a realização de vários encontros com atores relacionados ao planejamento das diversas áreas técnicas da SES foi possível identificar pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades, resultando na melhoria dos instrumentos de planejamento do SUS a partir do ano de 2018.

A proposta da Rede de Planejamento surgiu no período de 2018, com mobilização maior em 2019. No entanto, a divulgação da Lei nº 20.491, de 25 de junho de 2019, que estabelece a organização administrativa do Poder Executivo e dá outras providências, decretou alterações na estrutura administrativa da SES, extinguindo a GEPUS e provocando a mudança dos atores já envolvidos com a proposta.



Desta forma, a proposta desta Rede poderá ser readequada, dentro da nova estrutura organizacional, mantendo o foco na melhoria dos instrumentos de planejamento do SUS, tornando-os verdadeiras ferramentas de gestão e de subsídio no processo decisório.

Atualmente a coordenação dos instrumentos de planejamento do SUS estão ligados a Gerência de Planejamento Institucional –GPI.

Sistema de Gestão Integrada de Planejamento

O Sistema de Gestão Integrada de Planejamento consiste em um banco de dados utilizado para padronizar o cadastro, possibilitar o monitoramento e a análise dos dados, e também gerar relatório de acompanhamento dos Instrumentos de Planejamento do SUS: Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG).

O sistema vem sendo desenvolvido pela equipe da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/ GO) desde 2016, com o intuito de automatizar o preenchimento desses instrumentos e assim buscar a melhoria do monitoramento dos mesmos.

O acesso será via intranet e será possível gerar relatórios e painéis periódicos da situação do alcance das metas e objetivos traçados pela gestão da SES/GO.

A proposta é um monitoramento não para a pura e simples realização desses documentos, que está prevista em Lei, mas, que compreenda também o monitoramento do processo de formulação, do conteúdo e do uso desses instrumentos básicos.

No decorrer dos anos de 2016 a 2019, foram realizados alguns cadastros e testes no sistema. Porém, tendo em vista dificuldades estruturais, os testes não puderam ser finalizados.

Além do mais, surgiu, no final de 2017, as discussões para implantação de um novo sistema por parte do Ministério da Saúde, o DigiSUS, que englobaria os instrumentos de Planejamento do SUS.

Em 2019, essas discussões foram finalizadas e o sistema DigiSUS foi implantado e instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 750 de 29 de abril de 2019. Porém, este sistema não atende as necessidades da gestão no sentido de permitir um monitoramento detalhado articulado com o sistema financeiro da SES.

Desta forma, para o próximo quadriênio (2020 a 2023), almeja-se finalizar as adequações necessárias e implantar o Sistema de Gestão Integrada de Planejamento.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Sistemas de acompanhamento das Pactuações Interfederativas

O Pacto pela Saúde, seus eixos temáticos, prioridades, objetivos e metas, divulgado por meio da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006 foi contemplado de forma permanente na pauta de reflexões, debates e decisões no âmbito das Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Ministério da Saúde desenvolveu na época o Sistema Pacto pela Saúde - SIPACTO que era um instrumento virtual para preenchimento e registro da pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores da Saúde que acompanhava o pacto e permitia as pactuações, o acompanhamento e monitoramento das metas interfederativas, bem como, o acesso aos dados de anos anteriores por meio dos relatórios de gerenciamento.

No ano de 2016, foi definido um rol de 29 indicadores de acompanhamento nacional por meio da Resolução CIT nº 02, de 16/08/2016. Destes, 18 indicadores são universais, ou seja, de pactuação comum e obrigatória e 11 indicadores específicos, de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território.

Para o quinquênio 2017 a 2021 foi estabelecido um rol de 23 indicadores de saúde, conforme Resolução CIT nº 08, de 24/11/2016, sendo 20 indicadores universais e 03 específicos.

Vale ressaltar que em 2019 esse rol teve um de seus indicadores excluídos, o indicador número 20 (Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano), por meio da Resolução CIT nº 45, de 25/07/2019. Sendo assim, atualmente, o rol é composto por 22 indicadores, sendo 19 universais e 03 específicos.

No entanto, o sistema SISPACTO encontra-se indisponível para inserção das pactuações desde o ano de 2018, pois a partir deste ano, as pactuações dos indicadores deverão ser inseridas no novo Sistema DigiSUS.

O DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) é um sistema de informação desenvolvido pelo Ministério da Saúde para estados e municípios, baseado nos normativos do planejamento do SUS e na internalização da lógica do ciclo de planejamento.

O sistema incorpora as funcionalidades do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) e do Sistema de Pactuação (SISPACTO).



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Sendo assim, O DGMP permitirá a elaboração dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG), e receberá o registro das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores e de um conteúdo mínimo dos planos de saúde e das programações anuais de saúde.

Possui os seguintes objetivos:

- O aperfeiçoamento da gestão em saúde;
- A facilitação do acompanhamento das políticas de saúde;
- O aprimoramento do uso dos recursos públicos;
- O apoio aos gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde; e
- A transparência das políticas de saúde e do uso dos recursos públicos em saúde.

Destaca-se que a construção do sistema foi concomitante a outras discussões tripartite, como o rateio de recursos, o planejamento regional integrado, o caixa único, a redefinição das subfunções da saúde e a integração dos sistemas informatizados na estratégia e-Saúde. Por ser um sistema em constante evolução, novas funcionalidades podem ser ajustadas e agregadas ao longo do tempo.

Com essa nova forma de organizar e apresentar as informações de planejamento, procura-se valorizar uma sequência lógica e interligada entre os instrumentos de planejamento do SUS, dando mais agilidade na apresentação de informações pelo gestor, entregando para a gestão e para a sociedade, meios de acompanhar o resultado das políticas públicas de saúde.

Atualmente, as pactuações do estado de Goiás referentes aos anos e 2018 e 2019 encontram-se pendentes, aguardando a homologação por parte do Conselho Estadual de Saúde. Isso se deve ao fato de que as discussões sobre a implantação do DigiSUS interferiram e atrasaram todo o processo de pactuação, que se inicia nos municípios e termina em Goiás. Somente após todas as 246 pactuações municipais homologadas é que o Estado pode finalizar sua pactuação.

Em Goiás, a implantação e o treinamento referente às funcionalidades do sistema aconteceu a partir do ano de 2018 e no decorrer de 2019 com o apoio da equipe do Ministério da Saúde por meio da Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa de Goiás – SEINSF/GO.



Além da equipe de Planejamento da SES, 14 (quatorze) das 18 (dezoito) Regiões de Saúde do Estado receberam o treinamento sobre o DigiSUS, sendo elas: Central, Rio Vermelho, Oeste I, Pirineus, Centro Sul, Estrada de Ferro, Sul, Sudoeste I, Sudoeste II, Serra da Mesa, Entorno Norte, Nordeste I, Nordeste II e São Patrício I.

A estratégia foi realizar o treinamento com as referências em planejamento das Regionais a fim de que as mesmas posteriormente multiplicassem o conteúdo às referências nos municípios goianos.

Em virtude da alta rotatividade de alguns profissionais que receberam esse treinamento, em 2019, nas Regionais de Saúde, resultará no atraso da implantação do DigiSUS no Estado e acarretará a necessidade de realização de novos treinamentos.

1.3.4.1.1 Programação Pactuada Integrada da Assistência (PPI)

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência é considerada uma dimensão inseparável do processo geral de planejamento em saúde, e deve estar orientada pela busca de solução dos principais problemas de saúde da população. A PPI é a quantificação das ações descritas no Plano de Saúde, a partir de parâmetros definidos para uma população, com alocação de recursos financeiros.

A Programação Pactuada e Integrada – PPI foi implantada pela primeira vez em Goiás em 2002. Foi utilizado, naquela ocasião, o software desenvolvido pelo Ministério da Saúde, denominado SISPPPI.

Ocorre que esse programa não conseguiu acompanhar as mudanças necessárias para se manter uma programação voltada às demandas de cada Estado, como também, o grande volume de atualizações publicadas pelo MS em termos de valores, quantidades, parâmetros, etc. A alternativa que o Estado de Goiás adotou para garantir a atualização dos impactos em termos de valores, foi realizar pactuações em formato de Ajuste CIB, o que gerou um distanciamento entre a programação da necessidade e a garantia das referências intermunicipais.

Por decorrência da elaboração e disponibilização de um novo sistema denominado SISPPPI, pelo MS, esse com uma nova visão técnica e com flexibilidade para adaptação à realidade de programação, Goiás decidiu aderir a tal aplicativo em meados de 2009. Apesar de todo apoio dado pelo Ministério da Saúde, inclusive com equipe técnica presencial, a SES/GO



enfrentou diversos entraves burocráticos para efetivar o trabalho, já que demandou agilidade em termos de disponibilidade de pessoal, deslocamento em viagens, equipamentos de informática, infra-estrutura de rede, equipamentos multimídia, contratação de consultoria, apoio operacional para realização de oficinas de trabalho.

A equipe, que era reduzida, continuou trabalhando com o apoio do Grupo Técnico da PPI, vinculado à Comissão Intergestores Bipartite-CIB, na configuração do módulo estadual, programação das áreas estratégicas e a parametrização da média complexidade ambulatorial e hospitalar, e a configuração dos serviços que são por abrangências, conforme orientado pela nova lógica.

Em 2012 foi realizado um Encontro de Sensibilização para os Gestores Municipais de Saúde, com objetivo de sensibilizar os gestores acerca do processo de implantação do novo SISPP. Foi realizado também uma Oficina de Nivelamento do Grupo Técnico-SCATS/PPI, com o objetivo de nivelar o conhecimento sobre o novo sistema entre os técnicos multiplicadores.

Após os eventos restou fazer oficinas de capacitação dos municípios, com o objetivo de formar profissionais técnicos e secretários municipais para manuseio do novo sistema, pois era necessário a configuração e a parametrização do módulo municipal, definindo parâmetros das áreas estratégicas de acordo com a realidade dos municípios, macroalocar os recursos e fazer as pactuações intermunicipais, de acordo com a necessidade.

Ao longo do tempo a SES/GO, através da gerência responsável pela coordenação da programação assistencial, vem realizando diversos momentos de capacitação e treinamento dos colaboradores e gestores dos municípios e das regionais de saúde acerca da PPI e financiamento. Porém, observou-se que o resultando não é o esperado, pois há uma grande rotatividade dos funcionários indicados pelas secretarias municipais de saúde para coordenar o processo no âmbito municipal.

Podemos ainda, destacar a presença nas capacitações e treinamentos de várias empresas de assessoria, que prestam serviço a muitos municípios e realiza o trabalho que é de responsabilidade do gestor.

Considerando o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que Regulamenta a Lei no 8.080/90, e a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do



art. 198 da CF/88, temos mudanças significativas no processo de planejamento do SUS, obrigado urgente reformulação dos processos de programação das ações e serviços de saúde.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde - PGASS é um dos instrumentos de gestão em saúde, consistindo em um processo de negociação e pactuação intergestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito da região de saúde.

Abrange ações da Assistência à Saúde (abrange ações e serviços da atenção básica, de urgência e emergência, da atenção psicossocial, da atenção especializada ambulatorial e hospitalar) Vigilância em Saúde (integrará com as ações detalhadas de diagnóstico laboratorial de eventos de interesse de saúde pública e oferta de tratamento clínico e cirúrgico para doenças de interesse para a saúde pública e imunização) Assistência Farmacêutica (abrange o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional).

De acordo com a Resolução CIB n.183/2015, que aprova a criação do Subgrupo Técnico de Média e Alta Complexidade e PPI, para agendamento de um fórum de discussão de PPI com os seguintes assuntos: capacidade instalada de todos os Municípios e Regiões de Saúde do Estado, parâmetros assistenciais e critérios utilizados para pactuação e aprovação de normatização de pactuações. Ficou pactuado ainda a realização de oficinas para capacitação e treinamento dos entes envolvidos no processo de programação da PPI da assistência à saúde.

Cumpramos ressaltar que é um trabalho cuja coordenação é de competência estadual, sediada na Gerência de Planejamento Institucional da Superintendência de Gestão Integrada, porém, desenvolvido por meio de uma construção coletiva e bipartite.

Identificamos os seguintes desafios para garantir o sucesso de obter o resultado satisfatório:

- Redução no tensionamento na articulação interfederativa devido ao deslocamento do poder (Federal-Estadual-REGIONAL-Municipal);
- Fragilidade no processo de planejamento dos entes federados de forma articulada, resolutiva e solidária;
- Qualificação e integração de sistemas de informação;



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- Sinergia entre os processos de planejamento, programação, regulação e contratualização;

1.3.4.1.2 Protocolos de Cooperação entre Entes Públicos – PCEP

Segundo determina os marcos regulatórios do SUS o PCEP é o instrumento que se destina a formalização da relação entre gestores do /Sistema Único de Saúde quando unidades públicas de saúde hospitalares e ambulatoriais especializadas situadas no território de um município estão sob a gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra.

Como instrumento de gestão o PCEP deve contemplar a definição da oferta e fluxo de serviços, metas qualitativas e quantitativas bem como mecanismos de acompanhamento e avaliação.

O PCEP deve conter na forma de anexo o plano federativo anual - POA relativo a cada unidade que o integrem.

O Plano Operativo anual deve conter:

I - Definição das metas físicas das unidades, atendimentos ambulatoriais atendimento de urgência e emergência serviços de apoio diagnósticos e fluxos de referencia e contra referência;

II - Definições de metas de qualidade;

III - Descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão.

O plano operativo anual deverá especificar as metas físicas assumidas pelo gestor relativas ao período de 12 meses a partir da data de sua assinatura devendo ser revista anualmente e incorporadas ao PCEP mediante termo aditivo.

Quanto a transferência de recursos financeiros referentes ao PCEP, os mesmos são realizados fundo a fundo.

Em Goiás, o gestor estadual mediu e pactuou com os três principais municípios do Estado e avançou na formulação desse instrumento de gestão e governança que é o PCEP. Os municípios de Goiânia, Anápolis e Aparecida de Goiânia onde se concentram as maiores ofertas de serviços de média e alta complexidade, foram os municípios com os quais o Gestor avançou na negociação e pactuação do PCEP.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Instrumento que está em execução acompanhado por uma comissão instituída pelos gestores de cada ente federado.

1.3.4.1.3 Gestão Interfederativa e Governança no Estado de Goiás

O Decreto nº 7.508/11, ao regulamentar a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) no que diz respeito à organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e à articulação interfederativa e governança trazendo novos desafios à gestão do SUS, particularmente o fortalecimento dos mecanismos e instrumentos de governança das Comissões Intergestores em cada uma das esferas político-administrativas do Estado.

Nesse sentido, a Articulação Interfederativa e Governança visam o fortalecimento da capacidade de gestão e da articulação entre os gestores do SUS municipais, por meio de instrumentos e mecanismos efetivos de governança, na perspectiva da garantia do pleno usufruto do direito à saúde a toda a população. O termo Governança no SUS pode ser entendido como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismo e procedimentos para a gestão regional compartilhada; a pactuação políticas; o processo decisório, a pactuação de recursos; o dimensionamento do quadro de trabalhadores necessários e o monitoramento e avaliação de desempenho da rede, incluindo a definição de instrumentos de participação e controle social.

As contínuas transformações da gestão demandam constante reformulação das estratégias dos processos de diálogo e de pactuação entre os entes federados, que refletem significativamente na gestão das políticas e dos serviços públicos de saúde do Estado. Mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamental tornam-se indispensáveis para a efetiva implementação das políticas públicas.

A Coordenação da Gestão Interfederativa e Governança – GPI tem por objetivo dar apoio técnico estratégico participando junto aos gestores municipais no processo de planejamento em saúde, visando integração dos instrumentos, métodos e iniciativas que apoiem e qualifiquem o gestor para o fortalecimento sistêmico e interfederativo no âmbito do SUS. A moderna concepção administrativa e técnica do SUS exige novos arranjos institucionais, administrativos e culturais para sua concretização.

Assim, a coordenação faz parte do suporte técnico e tem como estratégia as Regiões de Saúde que é o palco onde é exercida a governança do sistema. As tomadas de decisões



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



ocorrem nas Comissões Intergestores Regionais – CIR onde se reúnem gestores municipais e estadual do SUS. Nessa instância os gestores pactuam e deliberam questões importantes para a realidade sanitária da região, na perspectiva da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de sua população, otimizando a utilização de seus recursos físicos e financeiros e força de trabalho pela superação dos problemas de saúde daquele território, um exercício permanente de planejamento integral.

Ao longo de muitos anos em que os Entes federados não conseguiram quebrar certos paradigmas anteriores, se torna necessário operacionalizar o SUS que é um modelo interfederativo, cooperativo e consensual . Assim, fica cada vez mais materializada a importância da discussão, definição e pactuação do processo inovador da qualificação da Gestão Interfederativa e Governança no estado de Goiás.

1.3.4.1.4 Planejamento Regional Integrado no Estado de Goiás

O processo de Planejamento Regional Integrado – PRI tem o objetivo de propor a organização das macrorregiões de saúde com vistas a definir estratégias para melhoria da gestão de forma ascendente envolvendo os três entes federados, evidenciando as Macro Regiões de Saúde em consonância com as Redes de Atenção a Saúde - RAS.

O PRI é uma proposta a ser instituída e coordenada pelo estado em articulação com os municípios, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, observando as seguintes orientações:

I - O PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

II - As - RAS devem ser definidas a partir das regiões de saúde garantindo a resolubilidade da atenção à saúde, organizada num espaço regional ampliado, com base em parâmetros de território e tempo, que permitam assegurar que as estruturas organizacional estejam bem distribuídas na região, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor distribuição de estrutura de serviços/população/território e viabilidade operacional sustentável na execução físico e financeira.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



III - O produto desse processo de planejamento é o Plano Regional Integrado conforme disposto na LC nº 141/2012, e deve expressar:

- a) A identificação do espaço regional ampliado;
- b) A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada;
- c) As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- d) As responsabilidades dos entes federados no espaço regional;
- e) A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional;
- f) A programação geral das ações e serviços de saúde;
- g) A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

Com relação à discussão e implantação do PRI em Goiás, foi pactuada e aprovada na CIB-GO, em 26 de junho de 2018 a Resolução 153/2018 que aprova AD REFERENDUM o cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado-PRI e a definição das Macro Regiões de Saúde do estado de Goiás conforme disposto no art. 4º da Resolução CIT 37 de 23 de março de 2018.

Este processo se encontra em fase inicial de discussão, entre os entes envolvidos, e sua implantação deve proporcionar o desenvolvimento da cultura de Planejamento Regional Integrado - PRI; Organização das Redes de Atenção à Saúde – RAS e a otimização de recursos, vez que a distribuição planejada de forma regionalizada possibilitará a gestão mais eficiente e eficaz, com o alcance do maior número de acessos dos usuários ao sistema.

1.3.4.2 Financiamento

Em Goiás, foi instituído o Fundo Estadual de Saúde, por meio da lei nº 17.797/2012, instrumento de gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, visando desburocratizar a gestão e garantir uma maior transparência e agilidade processual à pasta. O FES é administrado pela SES-GO.



A forma de repasses dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde -FNS para o Fundo Estadual de Saúde - FES, através de Portarias autorizativas, depositados em conta específica no FES para esse fim, pagamento direto aos prestadores de serviços e aos beneficiários cadastrados, contratos e convênios. Demonstra-se abaixo os valores transferidos, por bloco de financiamento, entre os anos de 2016 e 2019:

Até o ano de 2017 os repasses para o Fundo estadual de Saúde era realizado em Blocos de Financiamentos normatizados pela Portaria N° 204/GM/MS de 29 de janeiro de 2007, que regulamentava o financiamento e a transferência dos recursos federais para as Ações e Serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Em 2017 foi publicado a portaria

No dia 28 de dezembro 2017, foi publicada a Portaria n° 3.992, de 28/12/2017 alterando a Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS de 28/09/2017, que contemplava o conteúdo da portaria n° 204/2007 acerca do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde. Como principal mudança, a nova normativa estabeleceu que, a partir de 2018, o repasse dos recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais Entes federados na modalidade fundo a fundo, passam a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

A tabela abaixo refere-se à receitas com transferências de recursos fundo a fundo, com a publicação da Portaria n° 3.992, foi alterado a forma de repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde, criando assim dificuldades para análise referente a comparação da variação das receitas por blocos e programas no período. Contudo é possível verificar que houve um aumento no total repassado de aproximadamente 166,27% no período de 2016 a 2019, passando de R\$ 154.042.740 em 2016 para R\$ 410.171.459 em 2019.

Tabela 53: Valores Transferidos pela União por Bloco de Financiamento.

Conta Contábil	Descrição	2016	2017	2018	2019
1.7.1.8.03.11.0002	TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - REPASSES FUNDO A FUNDO - ATENÇÃO BÁSICA - PRINCIPAL			689.440	
1.7.1.8.03.11.0003	ATENÇÃO DE MACAMBULATORIAL E HOSPITALAR - PRINCIPAL			107.548.255	
1.7.1.8.03.11.0004	TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - REPASSES FUNDO A FUNDO - VIGILÂNCIA EM SAÚDE - PRINCIPAL			20.330.215	
1.7.1.8.03.11.0005	TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - REPASSES FUNDO A FUNDO - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - PRINCIPAL			27.066.631	
1.7.1.8.03.11.0006	TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - REPASSES FUNDO A FUNDO - GESTÃO DO SUS - PRINCIPAL			730.480	
1.7.1.8.03.11.0007	TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SUS - ATENÇÃO BÁSICA				381.150
1.7.1.8.03.21.0001	TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SUS - ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR				366.754.721
1.7.1.8.03.31.0001	TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SUS - VIGILÂNCIA EM SAÚDE				16.221.747
1.7.1.8.03.41.0001	TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SUS - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA				19.825.032
1.7.1.8.03.51.0001	TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SUS - GESTÃO DO SUS				130.420
1.7.2.1.33.11	ATENÇÃO BÁSICA	311.890	173.880		
1.7.2.1.33.12	ATENÇÃO DE MACAMBULATORIAL E HOSPITALAR	88.094.052	134.594.340		
1.7.2.1.33.13	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	16.219.389	15.428.260		
1.7.2.1.33.14	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	35.159.677	27.719.874		
1.7.2.1.33.15	GESTÃO DO SUS	201.500	130.000		
2.4.1.8.03.11.0002	BLOCO DE INVESTIMENTOS NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE			899.770	
2.4.1.8.03.11.0004	TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SUS - ATENÇÃO BÁSICA				49.388
2.4.1.8.04.21.0001	TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS DESTINADOS À ATENÇÃO ESPECIALIZADA				6.799.006
2.4.2.1.01.01	BLOCO DE INVESTIMENTOS NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE	14.056.272	29.999.865		
	Total	164.042.740	208.048.218	167.284.791	410.171.459

Fonte: business object – BO - <https://www.consultas.sefaz.go.gov.br/BOE/BI/>.

A verificação da aplicação mínima de recursos próprios em gastos com ações e serviços públicos de saúde, é feita por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, o qual é disponibilizado via Internet, sendo o banco de dados alimentado pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, por meio do preenchimento de dados em software desenvolvido pelo DATASUS/MS, que tem por objetivo acompanhar as receitas totais e os gastos públicos com ações e serviços de saúde.

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



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Tabela 54: Percentual mínimo de despesa própria do Estado de Goiás com Saúde - 2016 – 2019.

Ano	% Valor Aplicado	% Mínimo a Aplicar
2016	12,03%	12
2017	12,09%	12
2018	12,11%	12
2019	12,35%	12

Fonte : SIOPS.

Conforme demonstrado na tabela acima a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás vem cumprido o que determina a Lei Complementar 141/2012, investindo acima do mínimo estipulado pela legislação em ações e serviços públicos de saúde.

A tabela abaixo representa o gasto médio com saúde, por habitante, ou seja, despesa total com saúde, incluindo aquelas financiadas por outras esferas de governo, per capita. Sendo o resultado deste indicador para todas as Unidades da Federação excluindo o distrito Federal:

Tabela 55: Despesa total com saúde por habitante.

UF	2016	2017	2018	2019	Media
Roraima	1.137,45	1.334,49	1.341,38	1.304,88	1.280,75
Acre	1.026,82	1.061,95	1.158,69	1.103,94	1.088,28
Tocantins	918,21	929,08	937,98	1.013,25	949,77
Amapá	902,16	870,72	966,69	1.013,98	939,31
Amazonas	701,2	609,57	694,86	738,67	686,07
Espirito Santo	594,59	633,2	703,32	716,92	662,04
Rondônia	568,34	641,9	612,84	654,64	619,33
Mato Grosso do Sul	543,76	647,46	563,8	577,16	583,14
Pernambuco	513,02	544,55	557,31	593,02	552,07
Mato Grosso	504,53	479,9	552,48	530,68	517,03
São Paulo	536,3	491,12	511,58	519,02	514,47
Sergipe	442,88	455,62	506,7	544,65	487,51
Santa Catarina	435,65	454,17	523,4	495,2	477,29
Paraná	412,37	451,22	477,39	473,47	453,70
Rio Grande do Norte	389,44	430,78	504	440,94	441,41
Rio Grande do Sul	393,02	406,66	439,86	459,99	424,91
Piauí	373,14	397,31	426,25	449,33	411,66
Ceará	340,71	373,24	408,31	414,93	384,41
Alagoas	337,82	333,41	394,36	411,61	369,17
Bahia	318,38	349,37	379,06	419,99	366,29
Rio de Janeiro	308,29	389,85	380,24	350,16	357,15
Minas Gerais	330,81	336,61	295,89	418,78	345,48
Paraíba	315,61	325,12	365,42	341,75	337,00
Goiás	306,49	318,27	337,9	372	333,95
Pará	290,44	315,21	376,54	341,4	331,02
Maranhão	289,79	311,81	324,51	343,88	317,57

Fonte : SIOPS.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Muito embora o Estado de Goiás venha cumprindo a aplicação do percentual mínimo de gastos em saúde, nota-se que para os anos de 2016 a 2019, temos a terceira menor média per capita do Brasil. Este dado resulta da aplicação de recursos próprios e das transferências federais, sendo a última a grande contribuinte para a nossa colocação neste ranking.

Diante do exposto, faz-se necessária a articulação para captação de mais recursos provenientes de programas financiados pela União, emendas parlamentares, aumento da produção hospitalar com fortalecimento dos processos de faturamento das Unidades Assistenciais, entre outros.

A tabela abaixo apresenta as despesas pagas com ações e serviços públicos de saúde com fonte de recursos do Tesouro Estadual pelo Fundo Estadual de Saúde por Subfunções.

Tabela 56: Despesas do Fundo Estadual de Saúde por subfunção (R\$) - 2016 a 2019.

Descrição	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	Total
ADMINISTRAÇÃO GERAL	702.005.326,20	36,38	689.003.593,18	32,96	709.880.397,92	40,18	667.221.153,47	28,42	2.788.110.470,77
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	1.050.654.566,42	54,45	1.211.583.963,67	57,96	1.003.111.483,79	56,78	1.394.294.335,57	57,66	4.659.644.369,45
ATENÇÃO BÁSICA	67.169.544,29	3,48	62.058.456,05	2,97	7.087.059,25	0,40	84.605.760,56	3,50	220.920.820,15
CONTROLE EXTERNO DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E ENGENHARIA		0,00		0,00		0,00	40.108,82	0,00	40.108,82
FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	417.127,07	0,02	932.588,08	0,04	64.141,06	0,00	60.121,33	0,00	1.473.977,54
SUPOORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO	99.953.704,03	5,18	111.625.513,20	5,34	45.798.315,17	2,59	246.214.759,10	10,18	503.582.281,50
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	4.309.152,24	0,22		0,00		0,00		0,00	4.309.152,24
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	4.910.981,10	0,25	12.896.931,70	0,62	32.869,42	0,00	50.673,31	0,00	17.891.455,53
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	320,00	0,00		0,00		0,00	5.349,33	0,00	5.669,33
Total	1.929.420.721,35	100,0	2.050.442.661,77	100,0	1.766.605.939,18	100,0	2.418.195.148,15	100,0	8.204.664.470,45

Fonte: business object – BO - <https://www.consultas.sefaz.go.gov.br/BOE/BI>.

Verifica-se na tabela acima que houve um acréscimo de 25,33% no gastos total com ações de serviços de saúde com recursos do Tesouro Estadual no período de 2016 a 2019, e que a maior parte dos recursos foram aplicados em Assistência Hospitalar e Ambulatorial, com uma média de 56% dos recursos durante o período. Isso se deve ao fortalecimento do modelo gestão da Rede Assistencial da Secretaria de Estado da Saúde –



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



SES, administradas por Organizações Sociais, obras de construção de novas unidades de saúde, financiamento Entidades Filantrópicas através de convênios firmados, repasse de recursos fundo a fundo aos municípios para cofinanciar de hospitais, localizados no interior do Estado, para custeio desta unidades e ampliação de ofertas leitos de UTI para o SUS no Estado de Goiás.

Também se pode constatar que as despesas com Atenção Básica, em 2018, representam apenas 0,40% do total de despesas pagas com Recursos do Tesouro Estadual, isso se deve ao não pagamento das despesas empenhadas das contra partidas estadual com Atenção Básicas nesse ano.

A tabela abaixo apresenta as despesas pagas com ações e serviços públicos de saúde com fonte de recursos da União, incluindo convênios, pelo Fundo Estadual de Saúde por Subfunções.

Tabela 57: Recursos Federais do SUS – valor despendido por Subfunção– Goiás – 2016 – 2019.

Descrição	2016	2017	2018	2019	Total
ADMINISTRAÇÃO GERAL	8.325.657,86	11.679.955,93	28.621.404,08	15.580.311,31	64.207.329,18
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	39.620,19	27.750,00	32.500,00	259.243,89	359.114,08
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	99.642.730,31	121.810.413,73	99.699.790,15	163.407.962,15	484.560.896,34
ATENÇÃO BÁSICA	887.339,83	1.503.969,15	1.049.557,25	352.445,52	3.793.311,75
CONTROLE EXTERNO	323.500,00	700.563,08	214.002,97	44.530,00	1.282.596,05
DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E ENGENHARIA		4.014.365,95	6.702.161,11	5.082.664,95	15.799.192,01
FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	1.879.437,73	4.519.955,18	4.224.551,39	2.152.384,64	12.776.328,94
PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO		15.920,00	63.430,00	26.299,99	105.649,99
SUORTE PROFILÁTICO E TERAPEÚTICO	36.676.499,10	39.060.169,79	34.987.736,82	12.706.348,95	123.430.754,66
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	3.189.151,30				3.189.151,30
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	10.652.390,41	6.401.643,52	8.455.214,94	7.142.275,27	32.651.524,14
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	2.424.633,91	2.097.856,92	2.244.894,09	1.684.334,37	8.451.719,29
Total	164.040.960,64	191.832.563,25	186.295.242,80	208.438.801,04	750.607.567,73

Fonte: business object – BO - <https://www.consultas.sefaz.go.gov.br/BOE/BI/>.

A forma de repasses dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde até 2017 era depositado em contas específicas do FES para



pagamento direto aos prestadores de serviços e aos beneficiários cadastrados, contratos e convênios.

A partir de 2018 com a publicação da Portaria nº 3.992/2017, estabelece que transferência dos recursos financeiros federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde na modalidade fundo a fundo, passou a ser realizada em apenas uma conta financeira. Além disso, os recursos para investimentos serão transferidos para uma só conta corrente específica para os investimentos. Ou seja, os recursos federais serão repassados somente duas contas financeiras.

Quanto aos gastos dos recursos Federais pela SES-GO, podemos constatar na tabela acima que houve um acréscimo nos gastos total de 27,07% no período, com Assistência Hospitalar e Ambulatorial chegando em 2019 a R\$ 163.407.962,15, outro ponto a ser destacado e o gasto com Suporte Profilático e Terapêutico que em 2019, foi menor que os anos anteriores, com valor de R\$ 12.706.348,95.

A Tabela abaixo apresenta a distribuição dos recursos próprios do Tesouro Estadual constante no orçamento do setor saúde, classificado por Categoria Econômica em despesas Correntes e despesas de Capital no período de 2016 a 2019, excluindo despesas com pessoal.

Tabela 58: Distribuição dos recursos do tesouro estadual destinados à Secretaria de Estado da Saúde, liquidados, classificados por categoria econômica, desconsiderando os gastos com pessoal e encargos sociais – Goiás – 2016-2019.

Exercício	OUTRAS DESPESAS CORRENTES R\$	%	DESPESAS DE CAPITAL R\$	%	Soma:	%
2016	1.337.777.038,93	91,56%	123.260.132,04	8,44%	1.461.037.170,97	100%
2017	1.467.242.449,62	89,30%	175.854.099,31	10,70%	1.643.096.548,93	100%
2018	1.545.717.320,99	93,26%	111.684.539,83	6,74%	1.657.401.860,82	100%
2019	1.893.473.092,45	95,22%	94.994.513,95	4,78%	1.988.467.606,40	100%
Total	6.244.209.901,99	92,51%	505.793.285,13	7,49%	6.750.003.187,12	100%

Fonte: business object – BO - <https://www.consultas.sefaz.go.gov.br/BOE/BI/>.

A Classificação Outras Despesas Correntes são despesas de custeio de manutenção das atividades da SES, como por exemplo: despesas com pessoal, aquisição de bens de consumo, serviços de terceiros, manutenção de equipamentos, despesas com água, energia, telefone,



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



locação de imóveis e etc. Estão nesta categoria as despesas que não concorrem para ampliação dos serviços prestados pela SES, nem para a expansão das suas atividades.

As Despesas de Capital são despesas relacionadas com aquisição de máquinas equipamentos, realização de obras, aquisição de imóveis. Normalmente, uma despesa de capital concorre para a formação de um bem de capital, assim como para a expansão das atividades da SES.

A tabela acima demonstra que os gastos com investimentos na SES-GO no período de 2016 a 2019 foi de R\$ 505.793.285,13, sendo de 7,49% do total de gastos com saúde excluído a despesas com pessoal.

As Tabelas de 59 a 62 apresenta a distribuição dos recursos próprios do Tesouro Estadual constante no orçamento do setor saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções, excluindo despesas com pessoal, no período de 2016 a 2019.

Tabela 59: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2016.

POR SUBFUNÇÕES	CATEGORIA ECONÔMICA		Total	%
	INVESTIMENTOS R\$	OUTRAS DESPESAS CORRENTES R\$		
ADMINISTRAÇÃO GERAL	2.006.108,69	51.032.295,00	53.038.403,69	3,63
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO		43.630,19	43.630,19	0,003
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	93.996.537,15	1.065.468.550,95	1.159.465.088,10	79,36
ATENÇÃO BÁSICA	17.353.262,05	63.279.374,15	80.632.636,20	5,52
CONTROLE EXTERNO	28.439,19	299.030,81	327.470,00	0,02
FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS		2.870.427,04	2.870.427,04	0,20
PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO		124.170,00	124.170,00	0,01
SUORTE PROFILÁTICO E TERAPEUTICO		136.987.158,38	136.987.158,38	9,38
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	6.173.534,68	2.814.019,27	8.987.553,95	0,62
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	3.698.875,28	12.415.583,73	16.114.459,01	1,10
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	3.375,00	2.442.799,41	2.446.174,41	0,17
Total	123.260.132,04	1.337.777.038,93	1.461.037.170,97	100,00

Fonte: business object – BO - <https://www.consultas.sefaz.go.gov.br/BOE/BI/>.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Tabela 60: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2017.

POR SUBFUNÇÕES	CATEGORIA ECONÔMICA		Total	%
	INVESTIMENTOS R\$	OUTRAS DESPESAS CORRENTES R\$		
ADMINISTRAÇÃO GERAL	5.831.759,49	54.354.875,13	60.186.634,62	3,66
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO		27.750,00	27.750,00	0,00
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	155.965.375,52	1.177.698.747,14	1.333.664.122,66	81,17
ATENÇÃO BÁSICA	1.233.048,60	62.354.801,60	63.587.850,20	3,87
CONTROLE EXTERNO	78.252,99	1.487.555,98	1.565.808,97	0,10
DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E ENGENHARIA	2.137.688,71	4.218.273,13	6.355.961,84	0,39
FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS		5.452.543,26	5.452.543,26	0,33
PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO		15.920,00	15.920,00	0,00
SUORTE PROFILÁTICO E TERAPEUTICO		150.692.225,24	150.692.225,24	9,17
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	10.607.974,00	8.841.901,22	19.449.875,22	1,18
VIGILÂNCIA SANITÁRIA		2.097.856,92	2.097.856,92	0,13
Total	175.854.099,31	1.467.242.449,62	1.643.096.548,93	100,00

Fonte: business object – BO - <https://www.consultas.sefaz.go.gov.br/BOE/BI/>.

Tabela 61: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2018.

POR SUBFUNÇÕES	CATEGORIA ECONÔMICA		Total	%
	INVESTIMENTOS R\$	OUTRAS DESPESAS CORRENTES R\$		
ADMINISTRAÇÃO GERAL	1.653.644,14	51.567.941,54	53.221.585,68	3,21
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO		32.500,00	32.500,00	0,00
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	108.337.364,92	1.296.733.611,52	1.405.070.976,44	84,78
ATENÇÃO BÁSICA	262.000,00	75.225.081,15	75.487.081,15	4,55
CONTROLE EXTERNO	36.022,97	177.980,00	214.002,97	0,01
DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E ENGENHARIA	958.717,81	7.953.399,10	8.912.116,91	0,54
FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS		4.415.179,91	4.415.179,91	0,27
PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO		63.430,00	63.430,00	0,00
SUORTE PROFILÁTICO E TERAPEUTICO		99.020.308,89	99.020.308,89	5,97
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	436.789,99	8.282.994,79	8.719.784,78	0,53
VIGILÂNCIA SANITÁRIA		2.244.894,09	2.244.894,09	0,14
Total	111.684.539,83	1.545.717.320,99	1.657.401.860,82	100,00

Fonte: business object – BO - <https://www.consultas.sefaz.go.gov.br/BOE/BI/>.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Tabela 62: Distribuição dos Recursos do Tesouro Estadual constantes no orçamento, destinados a Secretaria Estadual de Saúde, liquidados, classificados por grupos de despesa e por subfunções – Goiás – 2019.

POR SUBFUNÇÕES	CATEGORIA ECONÔMICA		Total	%
	INVESTIMENTOS R\$	OUTRAS DESPESAS CORRENTES R\$		
ADMINISTRAÇÃO GERAL	1.959.742,15	50.797.896,09	52.757.638,24	2,65
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO		259.243,89	259.243,89	0,01
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	90.336.238,51	1.476.478.049,23	1.566.814.287,74	78,80
ATENÇÃO BÁSICA	42.528,00	84.915.678,08	84.958.206,08	4,27
CONTROLE EXTERNO	40.108,82	44.530,00	84.638,82	0,00
DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E ENGENHARIA	2.615.896,47	8.198.409,31	10.814.305,78	0,54
FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS		2.508.436,53	2.508.436,53	0,13
PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO		26.299,99	26.299,99	0,00
SUORTE PROFILÁTICO E TERAPEUTICO		261.263.417,05	261.263.417,05	13,14
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA		7.291.448,58	7.291.448,58	0,37
VIGILÂNCIA SANITÁRIA		1.689.683,70	1.689.683,70	0,08
Total	94.994.513,95	1.893.473.092,45	1.988.467.606,40	100,00

Fonte: business object – BO - <https://www.consultas.sefaz.go.gov.br/BOE/BI/>.

Em Goiás, nos últimos anos, a maior parte dos recursos do tesouro estadual foi, basicamente, na área Assistência Hospitalar e Ambulatorial chegando a 84,78% dos gastos com ações e serviços de saúde pela SES em 2018, excluindo as despesas com pessoal, outro dado relevante e o incremento de gastos com Suporte Profilático e Terapêutico que em 2019 foi 13,14% dos gastos total com valor de R\$ 261,263.417,05.

1.3.4.3 Engenharia, Arquitetura e Manutenção

A Gerência de Engenharia, Arquitetura e Manutenção é composta pelas áreas de projetos, execução de obras e manutenção (predial e de equipamentos).

No que diz respeito à elaboração de projetos para as Unidades de Saúde, a atribuição coordenada por equipe que filtra as demandas solicitadas observando a característica de cada intervenção, assim, depara-se com situações diversas devido às particularidades encontradas em cada objeto a receber a ação. As demandas são diferenciadas, o estudo de cada caso específico na maioria das vezes nos remete a solicitar apoio de demais áreas administrativas para o nosso direcionamento em um programa de necessidades básico, e isso na maioria das



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



vezes demanda tempo e experiência profissional. Essas condicionantes exigem revisões e ajustes periódicos e isso faz com que o resultado final nem seja sempre o esperado!

As solicitações são por demanda e o resultado que se propõe nem sempre é atingido de forma satisfatória, visto que para a elaboração de projetos, cada um tem suas características, seu grau de exigência e quadro técnico qualificado e a Gerência de Engenharia, Arquitetura e Manutenção (GEAM) tem déficit de servidores especializados na área de Engenharia, Arquitetura e Mecânica, que são equipes extremamente importantes para a elaboração dos trabalhos. Assim, o resultado que se espera depende do preenchimento de várias condicionantes, muito embora o trabalho continue fluindo devido ao esforço contínuo que as ações exigem.

As demandas são intermitentes, pois finaliza-se um projeto, inicia-se outro e revisa-se alguns. Como a ação é continuada, não se esvai em um determinado intervalo de tempo, o que deixa transparecer que os trabalhos não foram cumpridos em sua totalidade, mas existe evolução contínua que não se pode estimar em números somente com resultado aparente e provisório. Existem projetos que dependem até mesmo de outros órgãos da esfera estadual, municipal e federal para sua completude.

Ao todo são 47 Unidades Administrativas tanto na capital quanto interior contabilizando ainda a Sede da SES. Além de intervenções pontuais de pequena monta que exigem projetos mais complexos foram feitos projetos para a SEST-SUS, Regionais do interior do Estado e Unidades Assistenciais na capital. O HDT, LACEN e CREMIC também foram contemplados com intervenções mais detalhadas. Ainda temos trabalhos em elaboração e revisão sendo executados por nossa reduzida equipe de profissionais, que não conseguem atender a grande demanda e complexidade dessas ações continuadas.

Como informado, essas ações não se esvaem no tempo devido a sua característica continuada, caso contrário as Unidades ficariam desassistidas e na maioria dos prédios, as instalações se encontraram defasadas quando não obsoletas ou necessitam de reparos.

Obras civis têm em seu escopo condicionantes que vão além da tão somente gestão técnica para atingir o resultado. Atrasos em mobilização de canteiro, disponibilidade de recursos, cronograma revisado e priorização da Administração interferem substancialmente na consecução dos trabalhos. Além disso, adequações ao longo das etapas devido às exigências de novas normativas faz com que os trabalhos sejam constantemente interrompidos. Somado



esses fatores ao quantitativo exigido e a carência de técnicos para fiscalização das obras, as ações apresentam-se reduzidas quanto ao resultado final.

Parte de ações pretendidas ou ficaram paralisadas ou ainda não têm autorizações para serem iniciadas por conta de outras prioridades por parte da Administração. Tecnicamente interrupções e paralisações quando retomadas exigem novo direcionamento com atualizações de cronograma e orçamento. A insuficiência de recursos compromete a evolução de metas da GEAM.

Quando envolve manutenção de equipamentos, como seu caráter também é contínuo dependemos de recursos, priorização da Administração e quadro técnico suficiente. Na maioria das vezes o serviço tem que ser terceirizado, pois a Administração não tem a mobilidade necessária para suprir as demandas com a urgência que as ações necessitam.

Salientamos que as Policlínicas de Quirinópolis, Goianésia e Posse tiveram evolução considerável, pois não houve descontinuidade com a mudança de gestão e tem já seu cronograma reajustado para entrega dos serviços. A grande maioria das obras ficaram paralisadas durante um período por determinação da Administração e outras ficaram com a sua prioridade comprometidas e as definições estão sendo retomadas. Quando se fala em bens e serviços, que como frisamos que tem suas ações continuadas, já apresentam boa evolução nos contratos de manutenção predial, de elevadores, de combate a incêndios e refrigeração. Necessitamos de mais suporte, por isso grande parte das ações estão em fase de procedimento licitatório ou de renovação dos contratos.

Importante que essas ações sejam conclusas, principalmente no quesito obras civis, que acarretam prejuízos ao erário se mantiverem paralisação por longo intervalo de tempo. Os contratos e ações que exigem manutenção de equipamentos e predial são continuados e devem ser priorizados no próximo plano, pois a SES não consegue fluir sem o seu atendimento integral.

1.3.4.4 Gestão e Desenvolvimento de Pessoas

A Secretaria de Estado da Saúde realizou seu último concurso em 2010 e, após quase uma década da sua realização, o Estado de Goiás adotou a política de gestão dos serviços de saúde da rede pública por meio das Organizações Sociais, cuja possibilidade de contratação de mão de obra direta reduziu a necessidade de convocação dos candidatos



aprovados integrantes do cadastro de reserva apresentado no último concurso público. Isso ocorreu, sobretudo, para os cargos cuja atuação destina-se a áreas finalísticas, uma vez que ultrapassa a necessidade de profissionais desta Pasta em determinadas categorias para exercício nas Unidades Administrativas e Unidades de Saúde não geridas por Organizações Sociais, haja vista que o maior déficit de pessoal encontra-se na área administrativa.

O Governo de Goiás, considerando a necessidade de implementar política de contenção de despesas correntes e de capital, tendo em vista as restrições orçamentárias e financeiras, para manter o equilíbrio das contas públicas e cumprir os limites fixados pela Lei de Responsabilidade Fiscal, publicou o Decreto nº 9.376/2019, que tem como finalidade promover economia e o bom uso dos saldos de cotas liberadas. Nesta perspectiva, cada unidade orçamentária deverá adotar medidas necessárias para o controle e a redução dos gastos, dentre eles a suspensão temporária das despesas com capacitação de servidores públicos e participação em cursos, congressos, seminários, a admissão de pessoal em regime temporário, bem como autorizações para abertura de concurso público.

Assim, diante da impossibilidade de contratação de pessoal, quer seja por concurso ou por contrato temporário, e do déficit de pessoal cadastrado nesta Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas torna-se necessário, a partir da definição das áreas estratégicas, buscar, motivar e desenvolver nossos servidores para atuarem de forma estratégica no alcance dos resultados.

A Lei nº 18.464/2014 que dispõe sobre o Plano de Cargos e Remuneração dos servidores efetivos da Saúde – PCR é definida como instrumento de desenvolvimento e valorização dos recursos humanos, com vista à melhoria da gestão de saúde pública, considerando o crescimento dos servidores, fundamentado na busca de maiores níveis de aperfeiçoamento profissional, a natureza do cargo, a escolaridade e o tempo de serviço.

Embora tenha sido definido como um instrumento de desenvolvimento e valorização do servidor, o PCR da SES, desde 2017 teve paralisado sua aplicabilidade inviabilizando o alcance de sua finalidade, o que torna imprescindível a elaboração de uma nova proposta para aprimoramento do Plano, com o objetivo de promover a motivação para um melhor engajamento do servidor na prestação do serviço público e, conseqüente, alcance dos resultados, além de garantir a efetividade do instrumento de gestão de pessoas.



Atualmente, os dados existentes relacionados à força de trabalho da SES são insuficientes para dar suporte afim de que a execução da estratégia da organização se materialize. Segundo Maria Luiza Anselmi (2000), a complexidade inerente aos serviços de saúde, em decorrência seja da crescente incorporação tecnológica seja das peculiaridades do processo de trabalho em saúde, requer um sistema de gestão capaz de maximizar a alocação e monitoramento dos recursos, compatibilizando objetivos e resultados almejados. Nesse contexto, o dimensionamento de pessoal mostra-se como uma importante ferramenta de gestão que poderá minimizar o desequilíbrio da alocação da força de trabalho, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, suprimindo o déficit de pessoal existente, de forma que gerará uma economia para o Estado, uma vez que a contratação de pessoal sairia mais onerosa.

É importante salientar que o programa de qualidade de vida no trabalho, por meio da promoção de ações de pesquisa de clima organizacional, acompanhamento psicossocial, saúde e segurança no trabalho, acrescido a melhoria no Sistema de informações de Pessoal, se faz tão necessário quanto às ações expostas acima, de forma a garantir a efetividade na prestação do serviço de saúde à população.

1.3.4.5 Creche Cantinho Feliz

A Creche Cantinho Feliz é uma unidade da Secretaria de Estado de Saúde (SES/GO) criada como Unidade Assistencial de Saúde pelo Decreto nº 3.800, Art. 1º. VIII, § 4 de 09 de junho de 1992, com a finalidade de atender exclusivamente filhos de servidores da SES/GO ou com guarda legal, independente do tipo de contrato: efetivo, temporário, comissionado ou de outras secretarias à disposição, desde que o ônus seja para SES/GO. A permanência da criança deverá ser de acordo com a jornada de trabalho do servidor: integral, parcial e escala. A creche funciona de segunda a sexta-feira das 07:00 às 19:00 horas.

A Creche atende crianças de 04 meses a 3 anos e 11 meses de idade com a missão de proporcionar o desenvolvimento integral em seus aspectos: físico, motor, cognitivo, psicológico, afetivo, emocional, linguístico, étnico, cultural e social, complementando a ação da família e da comunidade.

Tem como objetivo proporcionar condições favoráveis e facilitadoras para o desenvolvimento biológico, psíquico e social das crianças garantindo um ambiente seguro,



estável, acolhedor, lúdico, estimulador, de interações e oportunidade de socialização. Para isso, a creche possui em seu quadro de pessoal uma equipe multiprofissional composta por Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Pedagogos, Psicólogo e Assistente Social, além de toda a equipe de apoio técnico-administrativo.

No entanto, muitas dificuldades vem sendo enfrentadas, o espaço físico precisa estar adequado para desenvolver as atividades pedagógicas, sem correr o risco de queda à criança e aos servidores. Além disso, para dar continuidade ao nosso trabalho aumentando a qualidade e eficiência dos serviços prestados à criança, são necessários materiais, tais como: brinquedos pedagógicos, lençóis, mesas e cadeiras para crianças e servidores, armários, caixas organizadoras, televisores, data show para treinamentos, entre outros.

Apesar das limitações procura-se proporcionar um trabalho atendendo as especificidades inerentes à educação infantil.

1.3.5 Processos de Auditoria, Participação e Controle Social do SUS

1.3.5.1 Auditoria

O Sistema Nacional de Auditoria – SNA, previsto na Lei nº 8.080/1990, instituído pela Lei nº 8.689/1993 e regulamentado pelo Decreto nº 1.651/1995, é organizado em todos os níveis de governo e compreende os órgãos que forem instituídos, sob a supervisão da respectiva direção do SUS.

A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

O SNA exerce, sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, as atividades de:

I – controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II – avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III – auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.



A Gerência de Auditoria – AUD é o componente estadual do SNA, conforme Decreto Estadual nº 4.875/1998 e Portaria nº 161/2005 – GAB/SES, com a competência de verificar:

I – a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios, de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;

II – as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;

III – os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;

IV – os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;

V – as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria.

1.3.5.2 Ouvidoria

A Ouvidoria do SUS representa importante mecanismo de participação social, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Revelando-se como instrumento de fortalecimento do controle social, por estimular e viabilizar a relação de corresponsabilidade entre o Estado e a sociedade, legitimando assim as decisões e ações do Governo.

A Ouvidoria do SUS, nessa vertente, emerge como canal democrático de estímulo à participação comunitária, de disseminação de informações em saúde, de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços públicos de saúde e como ferramenta de gestão que possibilita contribuir para definição de ações que resultem em melhorias para o Sistema Único de Saúde (Brasil, 2010).

Nesta perspectiva a Ouvidoria Setorial do SUS da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (Ouvidoria Setorial SUS/SES-GO) tem contribuído para o fortalecimento da participação popular e do controle social, desde a sua criação em 2007 (Portaria nº 098/2007-GAB/SES-GO). Sua atuação encontra conformidade, com o comando constitucional do art. 37, parágrafo 3º da Constituição Federal que determina ao Poder Executivo, instituir e manter serviços de atendimento às reclamações e às sugestões dos cidadãos, especialmente, os usuários dos serviços públicos; e garantir espaços, mecanismos e instrumentos de participação e controle social sobre sua atuação e serviços ofertados à população.

Atualmente a Ouvidoria Setorial do SUS/SES-GO tem sua atuação regida pelas normas estabelecidas na Lei Federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre



participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública.

A Ouvidoria Setorial do SUS/SES-GO, em consonância com esse marco legal, tem garantido a participação e proteção dos usuários dos serviços públicos de saúde no Estado, recebendo as solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhadas pela população e levando-as ao conhecimento dos órgãos/áreas competentes, bem como subsidiando a gestão com dados gerenciais (indicadores e análise técnica) sobre o desempenho institucional.

A ouvidoria também fornece informações sobre o funcionamento do SUS e os direitos dos cidadãos, além de realizar a mediação de situações emergenciais, atenuando conflitos. Para essa escuta sistemática dos usuários e disseminação de informações são disponibilizados diversos canais para facilitar o acesso do cidadão: Presencial, Telefone, E-mail, Formulário Web e Carta.

Está organizada na Secretaria, a partir de uma Gerência, vinculada, diretamente ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde e constituída pelos seguintes setores: Teleatendimento; Análise Técnica e Tratamento das Demandas, Monitoramento e Análise de Dados; Articulação e Descentralização, sendo esta a estrutura da Ouvidoria a nível Central.

Na esfera Estadual conta ainda com a seguinte capilarização e níveis de acesso ao Sistema Informatizado OuvidorSUS: Ouvidorias Descentralizadas - Nível I (16); Interloquções - Nível II (13); e Regionais de Saúde - Nível III (18).

Na esfera municipal: Ouvidorias das Secretarias Municipais de Saúde – Nível I (25); e as Interloquções Municipais – Nível II (93), conforme Tabelas 01 e 02 e Gráfico 01.

A Rede de Ouvidoria do SUS do Estado de Goiás é constituída, a partir dessa capilarização, sendo a Ouvidoria Setorial do SUS/SES-GO a responsável pelo apoio técnica dessa rede.

O aumento de Ouvidoria do SUS implantadas nas Secretarias Municipais de Saúde tem sido lento. Todavia, observa-se que as 25 ouvidorias implantadas, com 24 ativas, cobrem aproximadamente de 59,78% da população do Estado.

No período de 2016-2019, a Ouvidoria Setorial do SUS/SES-GO e Ouvidorias Descentralizada da SES-GO registraram 36.501 manifestações de cidadãos de diferentes municípios goianos. Desse total a taxa de resposta foi de 92,56% (Tabela 02 e Gráfico 03).



A ausência de resposta, no prazo legal, compromete a efetividade do trabalho da Rede de Ouvidoria do SUS/Goiás, constituindo-se um dos obstáculos a ser enfrentado pelas esferas Estadual e Municipal.

Nesse período foram identificadas algumas dificuldades que impedem o fortalecimento do serviço e que mantenham um índice aceitável de resolução, qualidade e satisfação do usuário:

- Falta de compreensão por parte dos membros da Rede de Ouvidoria do SUS/Goiás, em entender a atuação e finalidade da Ouvidoria do SUS, dificultando o cumprimento da meta quanto à taxa de resposta;
- Falta de conhecimento dos gestores municipais sobre o real papel da Ouvidoria do SUS e a sua importância para Gestão na implementação políticas públicas de saúde. Dificultando a implantação Ouvidoria do SUS nas SMS;
- Dificuldade em realizar as capacitações de forma descentralizada (regionalizadas). Além de possuir uma equipe reduzida, onde faltam mecanismos de valorização profissional como gratificação.

Para essa análise situacional foram utilizados os seguintes indicadores: Capilarização da Rede de Ouvidorias do SUS (Esfera Estadual e Municipal), Total de atendimentos (Manifestações Registradas e Disseminações de Informações), Taxa de Respostas (Manifestações Respondidas e Pendentes) e Tempo de Resposta (Manifestações respondidas dentro prazo legal estabelecido).

Tabela 63: Distribuição Quantitativa da rede de Ouvidorias na Esfera Estadual.

Rede Estadual	2016	2017	2018	2019
Ouvidorias – Nível I	10	16	16	16
Interloquções – Nível I	18	13	13	13
Regionais – Nível III	18	18	18	18

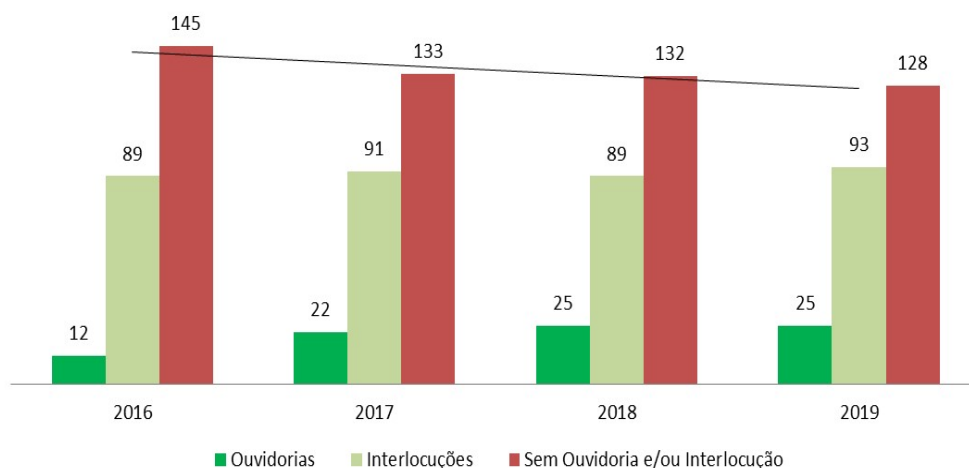
Fonte: Ouvidoria Setorial do SUS/SES-GO.

Tabela 64: Distribuição Quantitativa da rede de ouvidorias na Esfera Municipal.

Esfera Municipal	2016	2017	2018	2019
Ouvidorias –Nível I	12	22	25	25
Interloções- Nível II	89	91	89	93

Fonte: Ouvidoria Setorial do SUS/SES-GO.

Figura 61: Gráfico – Capilarização da Rede de Ouvidorias - Esfera Municipal.



Fonte: Ouvidoria Setorial do SUS/SES-GO.

Tabela 65: Total de Atendimentos – Ouvidoria do SUS/ SES-GO.

Atendimentos	2016	2017	2018	2019
Manifestações Registradas	3.734	7.094	12.701	12.972
Disseminação de Informações	6.254	7.544	3.510	4.352
Total de Atendimentos	9.988	14.638	16.211	17.324

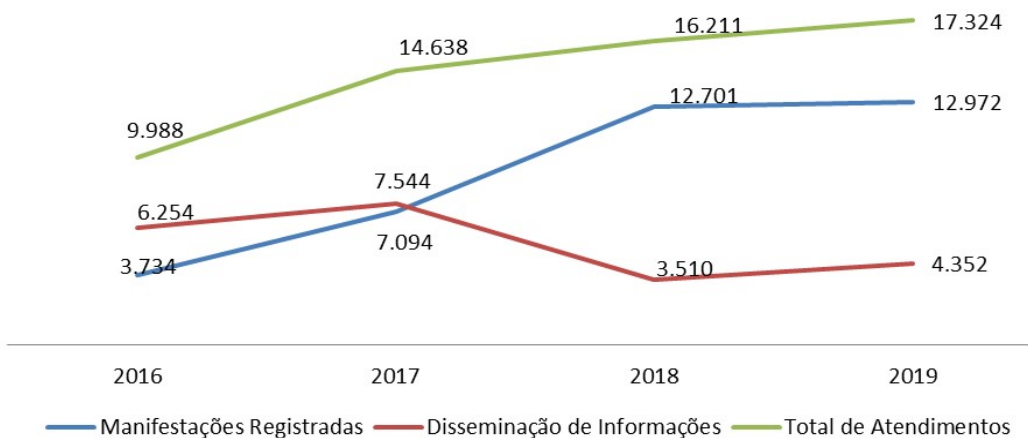
Fonte: Ministério da Saúde.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Figura 62: Gráfico – Total de Atendimentos – Ouvidoria do SUS/ SES-GO.



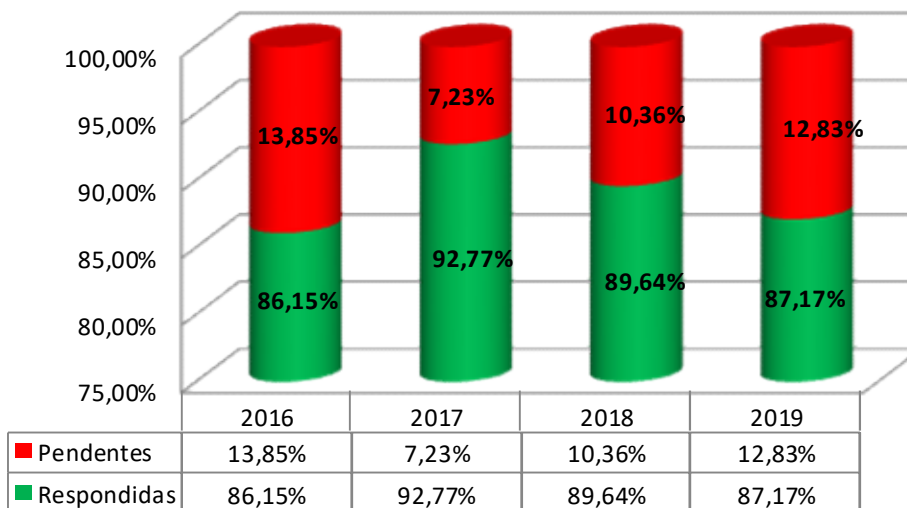
Fonte: Ministério da Saúde.

Tabela 66: Manifestações respondidas e pendentes – Ouvidoria do SUS/ SES-GO.

Manifestações Registradas	2016	2017	2018	2019
Respondidas	3.643	7.005	11.829	11.308
Pendentes	91	89	872	1.664
Total de Manifestações	3.734	7.094	12.701	12.972

Fonte: Ministério da Saúde.

Figura 63: Gráfico – Taxa de Resposta da Ouvidoria do SUS/ SES-GO.





SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Fonte: Ministério da Saúde.

1.3.5.3 Conselho Estadual de Saúde

Situação dos Conselhos Municipais de Saúde

Quanto às condições legais e normativas, os Conselhos Municipais de saúde apresentam a seguinte situação:

- 214 (86,99%) são regulamentados por lei, dessas, 208 (84,55%) foram aprovadas e publicadas de 1991 a 2014, portanto, a necessidade de atualização ou adequação às normas gerais é eminente;
- 9 (3,66%) são regulamentados por decreto, desses, 8 (3,25%) foram aprovados e publicadas de 1991 a 2014, portanto, a necessidade de atualização ou adequação às normas gerais é eminente;
- 1 (0,40%) é regulamentado por portaria, portanto, a necessidade de adequação às normas gerais é eminente;
- 22 (8,95%) não foi informado;

Quanto à organização e funcionamento, os Conselhos Municipais de saúde apresentam a seguinte situação:

- 176 (71,54%) são paritários na forma da Resolução nº 453/2012-CNS ou da Lei nº 8.142/1990;
- 46 (18,70%) não são paritários na forma da Resolução nº 453/2012-CNS ou da Lei nº 8.142/1990;
- 24 (9,75%) não informaram sobre a composição do conselho de saúde;
- 210 (85,36%) realizam eleição para presidente do conselho de saúde;
- 9 (3,66%) não realizam eleição para presidente do conselho de saúde;
- 27 (10,98%) não informaram se realizam eleição para presidente do conselho de saúde;
- 134 (54,47%) realizam eleição para os demais membros da Mesa Diretora do conselho de saúde;



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- 4 (1,63%) não têm Mesa Diretora;
- 108 (43,90%) não informaram se têm Mesa Diretora;
- 10 (4,06%) os mandatos dos presidentes dos conselhos de saúde são de um (1) ano;
- 171 (69,51%) os mandatos dos presidentes dos conselhos de saúde são de dois (2) anos;
- 6 (2,45%) os mandatos dos presidentes dos conselhos de saúde são de três (3) anos;
- 22 (8,94%) os mandatos dos presidentes dos conselhos de saúde são de quatro (4) anos;
- 37 (15,04%) não informaram sobre a periodicidade dos mandatos dos presidentes dos conselhos de saúde;
- 196 (79,68%) realizam, ordinariamente, reuniões mensais;
- 12 (4,88%) realizam reuniões bimestrais;
- 1 (0,40%) realiza reuniões semanais;
- 1 (0,40%) realiza reuniões quadrimestrais;
- 3 (1,22%) realizam reuniões quinzenais;
- 7 (2,85%) realizam reuniões trimestrais;
- 26 (10,57%) não informaram a periodicidade das reuniões.

Quanto às condições de trabalho, os Conselhos Municipais de saúde apresentam a seguinte situação:

- 68 (27,64%) contam com espaço físico de uso exclusivo para o exercício de suas atividades; 146 (59,35%) não dispõem de espaço físico de uso exclusivo para o exercício de suas atividades;



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- 32 (13,01%) não se dispõem de espaço físico de uso exclusivo para o exercício de suas atividades;
- 211 (85,77%) dispõem de um (1) servidor público exercendo a função de Secretário-Executivo;
- 7 (2,84%) não dispõem de servidor público o exercício das atividades de assessoramento aos conselheiros de saúde;
- 28 (11,39%);
- 109 (44,31) têm conselheiros que participaram de atividades de capacitação para o exercício da função;
- 104 (42,27%) não têm conselheiros que participaram de atividades de capacitação para o exercício da função;
- 33 (13,41%) não informaram se têm conselheiros que participaram de atividades de capacitação para o exercício da função;
- 53 (21,55%) constituíram comissões para apoiar o trabalho dos conselhos de saúde;
- 167 (67,88%) não instituíram comissões para apoiar o trabalho dos conselhos de saúde;
- 26 (10,57%) não informaram se constituíram comissões para apoiar o trabalho do conselho de saúde;
- 39 (15,85%) contam com previsão orçamentária para financiar as atividades do conselho de saúde;
- 175 (71,14%) não contam com dotação orçamentária para custear as atividades do conselho de saúde;
- 32 (13,01%) não informaram se contam com disponibilidade orçamentária para custear as atividades do conselho de saúde;



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- 176 (71,54%) dispõem de computador, impressora e outros bens como internet, TV e projetor de slides;
- 70 (28,46%) não informaram se dispõem de bens para o exercício das atividades e atribuições do conselho de saúde;

Ao analisar os dados da organização e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde verifica-se que há fragilidades em todas as estruturas e processos de trabalho, o que compromete o alcance de resultados quantitativos e qualitativos. No campo da organização dos Conselhos Municipais de saúde percebe-se fragilidades na composição dos colegiados (falta paridade), das Comissões de Permanentes, nas Mesas Diretoras e nos quadros de pessoal das Secretarias Executivas.

Os dados expressam uma situação preocupante quanto ao funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde quando constata-se a falta de regularidade das reuniões ordinárias, os processos eleitorais, também, são confusos e não têm regularidade.

Ainda que não se tenha registro das apreciações de matérias pode-se afirmar que, com as condições expressadas pelo conjunto de dados, a regularidade e a qualidade dos processos de deliberações padecem e requerem melhorias que permitam alinhar todas as estruturas e processos de trabalho, na maioria esmagadora dos Conselhos Municipais de saúde.

Nessa seara, às representações do estado, cabe a responsabilidade de programar e executar ações articuladas de apoio aos municípios visando superar as dificuldades e qualificar as relações e a governança interfederativa no campo da participação e do controle social.

Quanto à organização e realização das Conferências Municipais de Saúde no Estado de Goiás:

Em 2019, ocorreu a 16ª Conferência Nacional de Saúde. No Estado de Goiás ela foi distribuída em 03 etapas (Estadual, Regional e Municipal). O Conselho Estadual de Saúde coordenou a 9ª Conferência Estadual de Saúde, apoiando tecnicamente as Secretarias, Conselhos Municipais e as Administrações Regionais de Saúde em todas as suas etapas. Entretanto em se tratando da etapa Regional conforme Art. 4º do Capítulo III da Resolução nº 006/2018 do Regimento da Conferência foi estabelecido que ela seria realizada em um formato de Conferências Macrorregionais.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Nº DE MUNICÍPIOS NO ESTADO DE GOIÁS – 246

Nº DE MACRORREGIÕES – 05 Sendo assim distribuída (Centro-Oeste, Centro Norte, Nordeste, Sudoeste e Centro Sudeste).

Na etapa Municipal tivemos a participação conforme tabela a seguir:

Tabela 67: participação Conferência de Saúde - etapa Municipal.

MACRORREGIÃO	Nº MUNICÍPIOS	Nº PARTICIPANTES	
			Média/Município
CENTRO OESTE	64	5136	80
CENTRO NORTE	58	4470	77
NORDESTE	29	2798	96
SUDOESTE	28	3009	107
CENTRO SUDESTE	52	4629	89
TOTAL GERAL	231	20042	87

Fonte: CES/GO.

Na etapa Macrorregional tivemos a participação conforme tabela a seguir:

Tabela 68: participação Conferência de Saúde - etapa Macrorregional.

MACRORREGIÃO	Nº MUNICÍPIOS	Nº MUNICÍPIOS PARTICIPANTES	% PARTICIPAÇÃO
CENTRO OESTE	72	64	89%
CENTRO NORTE	61	58	95%



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



NORDESTE	30	29	97%
SUDOESTE	28	28	100%
CENTRO SUDESTE	55	52	95%
TOTAIS	246	231	94%

Fonte: CES/GO.

Na Etapa Estadual tivemos 267 participantes no total sendo que a distribuição ocorreu da seguinte forma:

Tabela 69: participação Conferência de Saúde - etapa Estadual.

DATA	TIPO PARTICIPANTE	QUANTITATIVO
	DELEGADO – SEGMENTO USUÁRIO	79
	DELEGADO – SEGMENTO TRABALHADOR	52
	DELEGADO – SEGMENTO GESTOR/PRESTADOR	43
De 12 a 15/06/2019	CONVIDADOS (*)	65
	EQUIPE DE APOIO	28
	TOTAL	267

* Obs: No dia 13/06/2019 participação de 40 alunos do curso de Enfermagem da UFG, o que ocorreu somente nesta data no período matutino.

Fonte: CES/GO.

Na Etapa Estadual foram disponibilizadas 99 Vagas para a etapa Nacional, tendo sido todas preenchidas com participantes eleitos na 9ª Conferência Estadual de Saúde.

O apoio técnico foi executado pela Secretaria da Conferência, criada exclusivamente para este fim e coordenado pela Comissão Organizadora da Conferência, composta por membros representantes conselheiros e membros da Mesa Diretora do CES/GO e ainda das diversas comissões criadas para gerenciamento da conferência sendo elas: Comissão de



Mobilização, Comunicação e Articulação, Comissão de Infraestrutura, Comissão de Relatoria.

Ressalta-se que as comissões não foram muito efetivas em suas atribuições em razão de participação inexpressiva por parte dos conselheiros, excetuando-se pelas Comissões Organizadora e de Relatoria que desempenharam suas ações com comprometimento e eficiência. Na forma da Resolução nº 06/2018-CES, essa metodologia consistia na realização das etapas municipais, macrorregional e estadual, todas precedidas da atualização e ampliação do Mapa da Saúde, Análise da Situação de Saúde, Análise da Estrutura dos Sistemas Regionais de Saúde e elaboração de diretrizes.

Foram realizadas oficinas com os grupos de trabalho, em todas as macrorregiões de saúde, com a participação de representantes do CES, CMS e uma parcela pequena de técnicos ou representantes eleitos pela Secretaria Estadual de Saúde. Este trabalho foi importante para orientar a aplicabilidade da metodologia de organização e realização das conferências municipais e macrorregionais de saúde e mobilizar a sociedade para analisar, debater os problemas e formular diretrizes para subsidiar os planos de saúde.

O processo de mobilização resultou na realização de 231 Conferências Municipais e 05 Conferências Macrorregionais, fato inédito na história das conferências de saúde em Goiás este modelo macrorregional. 94% (Noventa e quatro por cento) dos municípios realizaram a conferência de saúde e destas foram extraídas as 197 Propostas de âmbito Estadual. As propostas de âmbito Macrorregional ocorreram da seguinte forma: Macrorregional Centro-Oeste – 139 propostas; Macrorregional Nordeste – 86 propostas; Macrorregional Centro Norte – 102 propostas; Macrorregional Sudoeste – 146 propostas; Macrorregional Centro Sudeste – 114 propostas o que totalizaram – 587 propostas no âmbito municipal.

Levantamento realizado a partir dos relatórios e documentos das conferências municipais de saúde revelou que:

Quanto a Estrutura Normativa:

➤ 101 (43,72%) dos 231 Conselhos Municipais de Saúde emitiram RESOLUÇÃO orientando e deflagrando o processo de conferência.

1. Dados comparativos demonstram que na última conferência (2015) o percentual foi de 41,87%.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

➤ 107 (46,32%) dos 231 prefeitos municipais publicaram DECRETO de convocação para as conferências.

1. Dados comparativos demonstram que na última conferência (2015) o percentual foi de 54,07%

Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

➤ 110 (47,62%) dos 231 Conselhos Municipais de Saúde emitiram REGIMENTO orientando a organização e funcionamento das conferências.

1. Dados comparativos demonstram que na última conferência (2015) o percentual foi de 57,73%

Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

➤ 80 (34,63%) das 231 Conferências Municipais de Saúde fizeram REGULAMENTO para orientar o seu funcionamento.

1. Dados comparativos demonstram que na última conferência (2015) o percentual foi de 34,96%

Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

➤ 225 (97,40%) das 231 Conferências Municipais de Saúde apresentaram LISTA DE DELEGADOS escolhidos para a Conferência Municipal de Saúde nas atividades de conferências.

1. Dados comparativos demonstram que na última conferência (2015) o



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



percentual foi de 89,43%.

Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

Quanto ao Resultado:

➤ 203 (82,52%) das 231 Conferências Municipais de Saúde apresentaram relatórios de diretrizes e propostas para subsidiar a elaboração dos Planos Estadual e Nacional de Saúde.

Dados comparativos demonstram que na última conferência (2015) o percentual foi de 78,46%.

Fonte: Relatórios das Conferências Municipais de Saúde entregues ao CES Goiás.

Quanto a Paridade:

Dados abaixo referem-se à paridade extraída das Macroconferências Regionais:

Tabela 70: Paridade Macroconferências Regionais.

SEGMENTO	CENTRO NORTE	NORDESTE	SUDOESTE	CENTRO OESTE	CENTRO SUDESTE
Usuário	45%	50%	53%	48%	52%
Trabalhador	31%	29%	26%	31%	27%
Gestor/Prestador	24%	21%	21%	21%	21%

Fonte: CES-GO.

Esta foi a primeira Conferência de Saúde realizada com exigência no atendimento ao critério da paridade. Os delegados que não comprovavam suas indicações respeitando este quesito, eram cadastrados como convidados. Ainda assim, percebe-se a necessidade de se garantir que a participação seja democrática, mas, sobretudo promova o equilíbrio das



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



relações de poderes da sociedade.

Ainda que no ano de 2015 (período em que ocorreu a última conferência) tenham sido realizadas as 246 Conferências Municipais de Saúde, percebe-se que as 231 Conferência de Saúde Municipais do ano de 2019, em termos de cumprimento de questões básicas, evoluiu sobretudo nos itens de: Estrutura Normativa, Eleição de Delegados e Entrega de relatórios, mas sobretudo e o mais importante houve evolução expressiva na apresentação de propostas.

Pela primeira vez foram realizadas Macroconferências Regionais, o que possibilitou experimentar uma nova estratégia de atuação e mobilização dos municípios do Estado, nesta importante ação que propiciou ainda a atualização do Mapa da Saúde e a realização de Análise da Situação de Saúde. Contudo há que se reconhecer ainda fragilidades nos processos de organização e funcionamento das conferências, dada às dificuldades em cumprir todos os critérios exigidos.

Ao analisar toda a documentação e etapas do processo, é imperiosa a necessidade de se aprimorar o processo de assessoramento aos municípios, sobretudo para se atingir melhor qualidade dos conteúdos apresentados, tendo em vista que muitos municípios ainda preocupam-se no cumprimento da exigência sem dar a real importância para a finalidade do trabalho.

Situação do Conselho Estadual de Saúde

Quanto às condições legais e normativas, o Conselho Estadual de Saúde apresenta a seguinte situação:

- É regulamentado pela Lei nº 18.865 de 10 de junho de 2015;
- A organização e funcionamento é regimentado pela Resolução nº 01/2016-CES-GO.

Quanto à organização, o Conselho Estadual de Saúde, apresenta a seguinte situação:

- A estrutura organizacional obedece aos dispositivos da Lei nº 18.865/2015 que determina a constituição de Plenário, Mesa Diretora, Comissões Intersetoriais e Permanentes e Secretaria-Executiva;



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- O conselho não conta com Coordenações Regionais de Participação e Controle Social nas estruturas descentralizadas da Secretaria de Estado da Saúde (Regionais de Saúde) para viabilizar o assessoramento aos municípios;
- A composição não obedece à paridade, notadamente no segmento de gestores/prestadores de serviços de saúde, quando representação de Organização Social ocupa vaga de prestador de serviços de e não preenche as características exigidos para fazer parte do segmento e organização de prestação de serviços sociais, também, ocupa vaga de prestador de serviços de e não preenche as características exigidos para fazer parte do segmento;
- As Comissões Intersetoriais e Permanentes (cinco comissões) atuam com muita fragilidade quanto à agenda de trabalho ou a ausência de agenda, o que determina baixa produção e qualidade duvidosa quanto ao que produz.

Quanto ao funcionamento o Conselho Estadual de Saúde apresenta a seguinte situação:

- O conselho reúne-se ordinariamente uma (1) vez por mês com regularidade;
- A atuação do Conselho Estadual de saúde no campo da formulação de estratégias para as políticas de saúde alcança apenas vinte e cinco (25%) das atribuições previstas na Lei nº 18.865/2015;
- A atuação do Conselho Estadual de saúde no campo do controle da execução das políticas de saúde tem um histórico em que, nenhum dos Relatórios Quadrimestrais foi apreciado e emitido parecer no período de 2012 a 2019, os Relatórios Anuais de Gestão 2012 a 2016 foram apreciados e deliberados sempre com muito atraso e a qualidade do processo de apreciação não têm contribuído para qualificar a gestão do sistema estadual de saúde;
- A atuação do Conselho Estadual de saúde nos processos de assessoramento aos Conselhos Municipais de Saúde é frágil e não produz o impacto desejável para qualificar a Participação e o Controle Social do SUS em Goiás.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- O conselho não tem uma agenda de atividades de ensino-aprendizagem para propiciar aos conselheiros, o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades específicas para o exercício das atividades de análise e emissão de pareceres técnicos sobre os instrumentos de gestão.

Quanto às condições de trabalho, o Conselho Estadual de Saúde, apresenta a seguinte situação:

- Dispõe de espaço físico de uso exclusivo para o exercício de suas atividades;
- Dispõe de doze (12) servidores públicos lotados na Secretaria-Executiva;
- A equipe de servidores não está tecnicamente e quantitativamente alinhada às necessidades da prestação de assessoramento técnico e administrativo à Mesa Diretora e ao plenário do conselho;
- A estrutura material e tecnológica da sala de reuniões não é adequada para racionalização e fluidez dos debates e deliberações conselho;
- Os conselheiros, salvo as exceções, não dispõem de conhecimentos e habilidades específicas para exercer as atividades de análise e emissão de pareceres técnicos sobre os instrumentos de gestão;
- O conselho tem dotação orçamentária para custear suas atividades;
- Salvo necessidades específicas da sala de reuniões, o conselho dispõe de mobiliário, utensílios, equipamentos, instalações e tecnologias para o exercício das suas atribuições.

A organização e funcionamento do Conselho Estadual de saúde apresenta fragilidades na estrutura organizacional (Coordenações Regionais de Apoio aos Conselhos Municipais de Saúde) no Quadro de Servidores da Secretaria-Executiva e no mobiliário e tecnologias da Sala de Reuniões Plenárias.

Quanto aos processos de trabalho, o Conselho Estadual de Saúde carece alinhar os processos de formulação e controle da execução das políticas de saúde e processos de apoio



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



aos Conselhos Municipais de Saúde visando à qualificação dos resultados da participação e do controle social do SUS em no Estado de Goiás.

1.3.6 Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade

A Superintendência de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade passou a compor a estrutura da Secretaria Estadual da Saúde por meio da Lei nº 20.491, de 25 de junho de 2019, em consonância ao projeto do governo para disseminar a tecnologia e inovação em saúde no Estado de Goiás e tem por finalidade coordenar, supervisionar, orientar as ações de tecnologia, inovação e sustentabilidade no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Dentre suas atividades está o planejamento, coordenação, supervisão, acompanhamento e avaliação das atividades de tecnologia da informação e sustentabilidade, assegurando as condições operacionais adequadas ao fomento da tecnologia em saúde, para auxiliar à tomada de decisões de acordo com as diretrizes da Secretaria.

É importante mencionar que a SUTIS controla e operacionaliza toda infraestrutura de tecnologia, desenvolvimento de sistemas, administração de banco de dados, sistemas do ministério da saúde, inovação em saúde, BIG DATA, Business Intelligence, inteligência artificial e gestão dos processos com a finalidade de trazer sustentabilidade ao trabalho da secretaria.

Atualmente o parque de equipamentos da SES está defasado, tanto no que diz respeito a computadores, quanto aos equipamentos do tipo servidores.

Tabela 71: Parque de Equipamentos da SES.

Equipamentos instalados	Quantidade	Quantidade sem garantia
Computadores	2700	1679
Servidores Torre	36	36
Servidores Blade	5 lâminas	5 lâminas
Switches (Data Center)	75	75



Storage	1	1
Servidores de Rack	1	1
Unidade de Fita	1	1

Fonte: SUTIS/ SES-GO.

Há ainda a necessidade de aquisição de softwares, principalmente office e softwares de virtualização para otimizar a utilização dos equipamentos do tipo servidor.

Tabela 72: Quantidade de Softwares da SES.

Software	Quantidade
Virtualização	6
Microsoft Office	450
Corel Draw	4
Pacote Adobe	5

Fonte: SUTIS/ SES-GO.

Além destas aquisições, torna-se necessário instalar equipamentos que permitam acesso a rede *wifi*, em todas as unidade da SES-GO, que prestam atendimento ao público visando atender a lei municipal nº 10.055, de 26 de julho de 2017, que dispõe “*sobre obrigatoriedade de todas as Unidades Prediais, Agências, Instituições de cunho Público ou Privado exercendo múnus Público, no âmbito deste Município, o dever de colocar à disposição dos usuários, clientes, pacientes, que realizarem qualquer tipo de espera/atendimento, que seja realizado em um prazo não inferior a 30 (trinta) minutos, a disponibilidade de rede de comunicação de dados sem fio Wi-Fi para acessos via dispositivos móveis a internet gratuitamente*”.

Quanto à modernização da rede de assistência de média e alta complexidade para a população goiana, a proposta do prontuário hospitalar, único e integrado, otimizará o atendimento, tornando o diagnóstico mais ágil, maximizando a utilização dos recursos (acesso a todo histórico médico do paciente na rede estadual). Esse projeto faz parte das prioridades da secretaria e do Estado, pois com a disponibilização de um prontuário único, as áreas de



inovação e tecnologia poderão prover ferramentas de análise, painéis de indicadores e inteligência artificial que permitam a alta gestão da secretaria e do estado tomarem decisões com maior eficiência.

Para contribuir com a gestão estratégica da SES, os processos de trabalho prioritários devem ser readequados às novas diretrizes bem como as novas estruturas organizacionais que foram criadas. Com isso, os processos se tornarão mais céleres e aderentes ao novo modelo de gestão da SES e também alinhados ao planejamento do Estado.

1.3.7 Superintendência de Performance

No ano de 2019, com a reforma administrativa instituída através da Lei Estadual nº 20.491/2019, foi criada a Superintendência de Performance (SUPER), tendo a seguinte estrutura:

- Gerência de Avaliação de Organizações Sociais - GAOS;
- Gerência de Avaliação das Unidades Próprias e Conveniadas – GAUP;
- Gerência de Informações Estratégicas em Saúde – CONECTASUS;
- Gerência de Projetos Estratégicos – GPE.

A SUPER incorporou diversas atividades antes realizadas pela Superintendência de Controle Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde - SCAGES, porém incluindo um foco mais estratégico na gestão de projetos e em ferramentas/informações para tomada de decisão pela alta administração.

O acompanhamento efetivo sobre os Contratos de Gestão tem como objetivo a otimização desses instrumentos, com foco na redução de custos e incremento nos serviços de assistência à saúde de forma humanizada.

Para atestar a qualidade na gestão praticada pelas OSS em referência às Unidades por elas gerenciadas, a SES estabeleceu a implantação de modelo de Acreditação ou certificação pertinente como forma de avaliar a Gestão da Unidade de Saúde.

Apoiar a inteligência institucional, por meio da organização de dados de saúde, gestão da informação e do conhecimento, da análise de dados e da inovação também está entre as competências da Superintendência.



1.3.7.1 Avaliação e Monitoramento dos Contratos de Gestão

A Gerência de Avaliação de Organizações Sociais - GAOS, responsável pelo monitoramento, avaliação, acompanhamento e fiscalização dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria de Estado de Goiás e as Organizações Sociais empreendeu melhorias ao processo de execução dessas atividades, com o incremento de sistemas eletrônicos de monitoramento das metas quantitativas e de desempenho, ampliação de visitas técnicas de rotinas nas unidades hospitalares, implementação de coordenação específica para análises das questões relacionadas à qualidade, eficiência e segurança nestes locais, bem como desenvolvimento da metodologia de custeio das unidades, o que permitiu trazer os contratos para valores mais competitivos, mais compatíveis com a realidade do Estado de Goiás o que produziu vantajosidade econômica contribuindo para a implantação da primeira Policlínica do Estado de Goiás na região de Posse.

Dentre as principais dificuldades e desafios, a GAOS precisa validar os sistemas de monitoramento, tornando-os cada vez mais ágeis e eficientes; e, essencialmente, otimizar e atualizar o processo de fiscalização vinculado ao de prestação de contas.

A gestão estratégica das informações obtidas a partir do monitoramento diário precisa ser melhor compreendida, em conjunto, pelas coordenações para a maior efetividade do acompanhamento e fiscalização. As fragilidades e os desafios a serem superados envolvem o quantitativo de normas e legislações a serem cumpridas, as quais, muitas vezes são conflitantes e, ao mesmo tempo, insuficientes para o saneamento de questões expressivas e rotineiras, tais como os rateios de sede, a regulamentação de multas ou outro tipo de sanção por descumprimento de cláusulas contratuais, os parâmetros que, de fato, deveriam ensejar instauração de procedimento administrativo apartado, dentre outros.

Desta forma, para os próximos anos, é fundamental que os processos sejam automatizados, com fluxos claros de trabalho, posto que a tendência é a ampliação do número de unidades hospitalares (para promoção da regionalização e interiorização da assistência), sendo que os principais entraves envolvem o excesso e o conflito de normas ineficientes em vários aspectos da fiscalização.

1.3.7.2 Avaliação e Monitoramento das Unidades Próprias e Conveniadas



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



A Gerência de Avaliação das Unidades Próprias e Conveniadas – GAUP surgiu após a reforma administrativa de julho/2019, com a junção de atribuições de diversos setores da SES. Sendo assim, o planejamento das ações foi realizado após este período.

Dentre eles, os principais avanços desta gerência são relacionados ao monitoramento e avaliação das principais atribuições da mesma, como: levantamento das habilitações de serviços de alta complexidade importantes existentes, identificação de novas possíveis habilitações nas unidades próprias da SES, monitoramento e avaliação dos convênios vigentes, o que nos possibilitou identificar as fragilidades na elaboração dos mesmos e estudar melhorias e avanços nos novos a serem firmados e capacitação das Regionais de Saúde na descentralização de operacionalização do sistema cadastral SCNES e sistemas de produção SIA/SUS e SIH/SUS. Assim, foi possível identificarmos fragilidades e pontos importantes a serem trabalhados nos próximos anos, dentre as prioridades, estão a habilitação de 80% das Unidades Próprias do Estado serviços de alta complexidade, junto ao MS, fortalecer e aperfeiçoar os convênios firmados pela SES e descentralizar a operacionalização e atualização do Sistema SCNES e sistemas de faturamento e processamento de Média e Alta Complexidade das unidades sob gestão Estadual.

1.3.7.3 Informações Estratégicas de Sistemas e Serviços de Saúde

O ConectaSUS é uma gerência da Superintendência de Performance com atribuições, em linhas gerais, de transformar dados brutos em informações e conhecimento para, dentre outros usos, suportar as decisões que precisam ser tomadas com vistas a melhorar a gestão da saúde em Goiás, bem como propiciar melhores condições de saúde para a população do Estado.

Avanços relevantes puderam ser observados com o desenvolvimento de diversos trabalhos. Dentre os maiores avanços alcançados, estão aqueles relacionados às questões de pessoal, técnicas e operacionais. No quesito pessoal, a chegada de novos servidores propiciou que outros projetos pudessem ser aventados, discutidos e inicializados, agregando sobremaneira a equipe, o amadurecimento técnico acerca do tipo de trabalho que se propôs a desenvolver na gerência, bem como a compreensão das expectativas da superintendência em relação ao que deveria ser realizado e, no aspecto operacional, destaca-se a entrega de



importantes trabalhos como a análise técnica para definição dos locais onde deveriam ser instaladas policlínicas no âmbito das Regiões de Saúde, dentre outros.

1.3.7.4 Monitoramento de Projetos Estratégicos

A Gerência de Projetos Estratégicos é a unidade responsável na promoção, em articulação com as superintendências, das atividades necessárias à sistematização, padronização, implantação, monitoramento e controle de projetos estratégicos, por meio de técnicas e instrumentos de gestão de modernização gerencial.

Desde a sua criação, identificou-se a necessidade de utilização de ferramentas automatizadas para o acompanhamento de projetos estratégicos, com o intuito do acompanhamento efetivo de 100% do seu portfólio de modo a subsidiar o processo decisório.

Em 2019, foram padronizadas metodologias a serem aplicadas no escopo dos processos de trabalho da gerência, com base em melhores práticas utilizadas pelo *PMBOK*, que consistiram na elaboração do Manual de Governança de Projetos da SES.

Adicionalmente, no início da atual gestão, foram considerados os seguintes instrumentos para a montagem do portfólio de projetos: prioridades da alta gestão da SES, Plano de Governo do Estado e Planejamento Estratégico da SES.

Como parâmetro para o atendimento de objetivos a serem alcançados, está sendo elaborado o Planejamento Estratégico, fruto de parceria firmada entre a SES, o CONASS e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, no âmbito do PROADI/SUS, no qual a GPE se encarregará no monitoramento dos seus indicadores e metas.

1.3.8 Comunicação em Saúde

Na saúde pública, a comunicação é uma ferramenta que deve ser utilizada para democratizar a informação sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) promovendo conteúdos que auxiliem na prestação de serviços, acesso à saúde, educação em saúde, entre outros. Devido ao alcance e audiência que a mídia tem em diversos setores da sociedade, os veículos de comunicação, como TVs, rádios, jornais impressos e sites, auxiliam como parceiros na promoção da saúde. Entretanto, mensurar e qualificar como as informações são divulgadas pela imprensa é um desafio diário que exige monitoramento contínuo para que, diante de



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



inconsistências ou equívocos, a correção ocorra em tempo hábil para minimizar os impactos sociais e prejuízos à população.

Assim, a equipe da Coordenação de Jornalismo da Comunicação Setorial da SES-GO trabalha para que a Secretaria seja a fonte primária das informações que abordam a saúde estadual. O intuito é que o conteúdo seja divulgado de forma clara, objetiva e com transparência pela pasta para pautar os veículos de comunicação com dados, protocolos e fluxos para que estes, utilizando a audiência que possuem, ampliem as informações para a sociedade. Ao se pensar na gestão da informação, é necessário que o ponto de partida inicial do conteúdo sobre a Secretaria seja a própria pasta, minimizando assim ruídos e equívocos na divulgação. Uma das ações utilizadas para se atingir esse objetivo é a divulgação de "press release", que é um texto jornalístico no qual a assessoria de imprensa passa para os veículos de comunicação informações de interesse público, a fim de que estas sejam aproveitadas.

Mesmo com todas as ações desenvolvidas e executadas no quadriênio 2016/2019, ainda é preciso melhorar essa relação com a imprensa para promover a divulgação de conteúdo positivo e de interesse público sobre o SUS em Goiás. Para tal, o que se propõe é o aumento do conteúdo produzido pela Secretaria a ser enviado para os veículos externos de comunicação, com direcionamento de ações para cada uma das 18 Regionais de Saúde com materiais que abordem tanto questões regionalizadas, quanto políticas e ações de saúde em níveis estadual e nacional. Este trabalho também causa impacto direto na quantidade de material divulgado nos canais de comunicação da SES-GO, como no Portal www.saude.go.gov.br, por exemplo.

Por meio do reforço de estratégias como o "follow up" (ação que visa obter retorno, por telefone ou por e-mail), do envio de "press release" (distribuição de material de apoio ou para convocação de coletivas junto à imprensa) é possível acompanhar o andamento dos materiais divulgados para as redações dos jornais, colocando as fontes da Secretaria à disposição para entrevistas e esclarecimento de dúvidas sobre o assunto. Essa articulação não é garantia de publicação ou divulgação do material, mas é importante para construir uma relação com a imprensa mostrando que a SES-GO é a fonte primária de informações que dizem respeito à Saúde Estadual, devendo ser acionada diante de qualquer dúvida ou necessidade de explicação.



Com o objetivo de acompanhar o movimento das informações divulgadas pela SES-GO e a imagem da Secretaria na imprensa, foi implantada na Comunicação Setorial a Coordenação de Clipping. Desta forma, para monitorar as matérias de interesse da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, é realizado diariamente, sete dias por semana, a seleção (“clipagem”) de notícias em emissoras de rádios e televisões, sites e jornais impressos. Após a “clipagem”, todo o material selecionado é reunido em um documento e enviado pelo aplicativo de mensagem WhatsApp e para o e-mail institucional de gestores da SES-GO. Desde o mês de abril vêm sendo implantado um processo de tabulação dos dados apurados para elaboração de um relatório mensal.

Por meio deste documento é possível obter um panorama das divulgações sobre a saúde estadual na mídia, mapeando a quantidade de inserções positivas, negativas e neutras nos veículos para que sejam definidas estratégias específicas para cada situação com o objetivo de levar informações claras, objetivas e com transparência à população. Desta forma, as Coordenações de Clipping e Jornalismo atuam em conjunto para um bom relacionamento da SES-GO com a imprensa, para ampliar a divulgação de pautas positivas sobre a pasta e o SUS nos veículos de comunicação e intervir, nas situações de crise, na melhor condução do processo com direito de resposta, explicação dos fatos e, se necessário, correção de informações equivocadas.

O relatório mensal do clipping também possibilita identificar quais veículos de comunicação divulgam mais matérias negativas, possibilitando que a equipe de jornalismo trabalhe estratégias direcionadas para melhorar esse relacionamento por meio da intensificação do “follow up” e do envio de pautas positivas, por exemplo. O documento permite ainda que seja identificado o alcance de pautas positivas da SES-GO e, a partir da criação de um banco de dados, a mensuração das inserções em relação a períodos anteriores.

Ao longo do quadriênio 2016/2019 também foi de responsabilidade do setor coordenar a equipe de fotografia, organizando a escala de trabalho dos fotógrafos para coberturas de eventos, reuniões e captura de imagens para os conteúdos produzidos pela Comunicação Setorial. Uma dificuldade identificada nesta área é que, muitas vezes, os profissionais utilizam seus próprios equipamentos de trabalho para entregar produtos com maior qualidade à pasta. Para uma equipe com três fotógrafos, há somente uma máquina fotográfica e nenhum equipamento de filmagem.



Atualmente, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás está presente digitalmente nas redes sociais mais populares do País, disseminando informações com credibilidade e aproximando o público desses espaços aos conteúdos que a SES-GO produz, por meio da Coordenação de Mídias da Comunicação Setorial. Em abril de 2020, os números estimados são: Facebook, 36 mil seguidores; Instagram, 22 mil seguidores; e Twitter, 4.230 seguidores.

Compreendendo a necessidade de não apenas informar de maneira clara e direta nesses canais, a Comunicação Setorial da SES-GO identificou a necessidade da implantação de recurso que permita aos deficientes visuais conseguirem identificar o que há em fotos e imagens. Usando a hashtag #ParaCegoVer, a ferramenta descreve o que é postado em formato de imagem para texto, permitindo que pessoas com limitações visuais entendam o contexto das postagens.

As descrições escritas depois da hashtag (#) são reproduzidas em aplicativos de audiodescrição, comuns em smartphones — o que facilita o entendimento. O objetivo é atingir 25% das postagens com esse recurso até 2023. A evolução prevista ficaria da seguinte forma: 5% das postagens realizadas em 2020; 10% em 2021; 15% em 2022; e 25% em 2023.

Também cabe à Coordenação de Mídias realizar, em parceria com a equipe de Jornalismo, a cobertura de eventos, reuniões e pautas externas sobre a Saúde Estadual para alimentação, em tempo real, das redes sociais da pasta. Assim como no setor de fotografia, todo o trabalho de captura de imagens, vídeos e áudio é realizada com equipamentos e celulares da própria equipe. Para prosseguir com o fortalecimento da Comunicação em Saúde no Estado de Goiás e difundir conteúdo sobre o SUS e sobre a Saúde Estadual, a SES-GO trabalha para implantar ferramentas utilizadas nos processos de comunicação interna e externa, como grupos de WhatsApp para compartilhamento de anúncios e informes; a Revista Comunica para disseminar conteúdo da Secretaria aos departamentos, unidades hospitalares e Regionais de Saúde; a criação de um Podcast, para disseminar conteúdo em formato de áudio; e utilização do Telegram para divulgação de informativos, por meio de mensagens de texto e imagens.

A Coordenação de Sites da Comunicação Setorial é a responsável por gerenciar todas as páginas da SES-GO. Os sites das Superintendências de Vigilância em Saúde e da Escola de Saúde de Goiás e do Conselho Estadual de Saúde foram reunidos em um único só Portal, cuja



migração foi realizada em fevereiro de 2020. Futuramente, a página da Comissão Intergestores Bipartite também será incorporada ao sítio eletrônico da Secretaria.

A equipe também é responsável pela página de Acesso à Informação e da transparência de dados e informações sobre as Organizações Sociais (OS) que possuem Contratos de Gestão com a SES-GO. Assim, a Coordenação busca uma melhor infraestrutura para a página de transparência das OS junto à Gerência do Governo Eletrônico da Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Inovação (Sedi), que é responsável pela criação dos sites do Governo. A equipe também atua em parceria com a Controladoria-Geral do Estado (CGE), que é a responsável pela metodologia e ranking da transparência, para tornar o abastecimento do site com as informações das Organizações Sociais mais sistematizado. O objetivo é buscar por maior segurança, transparência e agilidade, já que a SES-GO contará com novas unidades de saúde, como Policlínicas e Hospitais de Campanha. O trabalho da Coordenação é para executar as demandas, em tempo hábil, com a inserção de arquivos para atender não só a SES-GO, mas os órgãos que regulam e auditam a transparência das OSs. Entretanto, um ponto fraco enfrentado para tal é a equipe reduzida que atua na área, em especial no que diz respeito na gestão dos arquivos do Portal da Transparência.

A equipe da antiga SEST/SUS, agora faz parte da Comunicação Setorial e encontra-se repleta de desafios para a Coordenação de Eventos. O ano de 2019 foi atípico devido a várias mudanças, não só de Governo, como de Gestão e das áreas demandantes, onde os servidores das áreas técnicas, em sua maioria, foram trocados, e alguns que realizavam as capacitações, saíram. Entraram novas linhas de frente que tiveram que se ajustar e adaptar, havendo assim, uma demora no início das capacitações.

Outro motivo atípico foi o fim do contrato vigente (contrato que engloba alimentação, hospedagem, áudio visual, estrutura física para o evento e local para sua realização), encerrado em 16 de outubro de 2019 e sem autorização de prorrogação do mesmo até então. Dando início assim, a uma nova licitação, que se encontra em andamento até o momento (Maio/2020).

Essas mudanças, tanto no contrato, como das áreas técnicas demandantes, fizeram com que os números de capacitações realizadas em 2019 fossem bem menores, se comparados aos dos anos anteriores (comparativo: em 2018 tivemos 346 capacitações e em 2019, somente 93).



Vale lembrar que a equipe de eventos não é a responsável pela realização dos eventos. Ela é apenas a gestora do contrato. Sendo de sua responsabilidade, receber as solicitações das áreas demandantes e intermediar as negociações junto às empresas prestadoras de serviços, bem como oferecer apoio na execução das capacitações, em conjunto com as áreas demandantes das capacitações (ex.: SUVISA, SAIS, LACEN, OUVIDORIA, etc.).

A Coordenação de Eventos tem como prioridade, melhorar essa parceria, alinhando e informando as áreas técnicas a respeito do contrato; de sua finalidade e especificidades (no momento estamos sem o contrato, pois está em processo de licitação, como informado anteriormente).

Assim, é necessário aguardar a conclusão do mesmo para que se possa realizar a ação (dentro desse PES), de "atender às demandas de execução de eventos e capacitações realizadas pela Secretaria da Saúde" da melhor forma possível.

Temos nos quadros da Comunicação Setorial 31 (trinta e um) servidores. Todas as tarefas administrativas relativas à solicitação de férias, licenças, faltas justificadas (atestados) e demais ocorrências realizadas pelos servidores são de responsabilidade da Coordenação Administrativa da COMSET. O núcleo administrativo da COMSET atualmente é responsável por gerir os sistemas de frequência, que englobam o Sistema de Registro de Frequência (SFR1) e o Banco de Horas (SFR2).

Outra atividade não menos importante do administrativo da COMSET, é a gestão e o acompanhamento dos contratos realizados pela SES-GO, que são de atribuição da unidade, como os contratos com os jornais O popular e O Globo, importantes para dar suporte ao jornalismo.

No mesmo contexto, outra questão imprescindível para a COMSET são os contratos com as empresas para confecção de material gráfico, sendo responsabilidade da área: receber demandas das áreas técnicas, atender essas demandas (confeccionando materiais), fiscalizar a execução do contrato e as questões financeiras (controle de notas fiscais).

Registre-se que, recentemente, o contrato de realização de capacitações e eventos também será gerido pela COMSET e ficará sob responsabilidade do administrativo todo o seu trâmite e, quando finalizada a contratação, a sua execução, controle financeiro e administrativo.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Nesse mesmo contexto, a área administrativa é responsável pelos processos de campanhas publicitárias que são demandados pelas áreas técnicas da Secretaria, sendo submetidos ao secretário de saúde para ordenar a despesa e, logo após, remetido à Secretaria de Comunicação para execução. Dessa forma, a gestão dos processos de campanhas publicitárias dentro da SES é realizada pela coordenação administrativa da COMSET, assim como todo o trâmite, juntada de documentos e impulso do processo.

Por fim, sobre os contratos de publicidade, se faz necessária a realização de reunião anual com a Secretaria de Comunicação para que, tendo em vista o contrato vigente entre a SECOM e as agências, seja possível estabelecer quais campanhas publicitárias serão executadas no decorrer do ano, possibilitando um melhor planejamento das áreas, da COMSET e uma melhor fiscalização do contrato, evitando problemas futuros.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



2. ANÁLISES SWOT

- Importante quantidade de ameaças no ambiente externo
- Fatores críticos de sucesso
 - Educação permanente e continuada
 - Gestão de processos
 - Comprometimento da alta liderança
 - Regulação em Saúde
 - Segurança do paciente
 - Gestão de custos
 - Alinhamento dos recursos financeiros com o planejamento
- Diretrizes estratégicas
 - Fortalecimento da educação permanente e continuada para:
 - Melhoria das relações com as instituições decisórias (inclusive o COSEMS) e de participação no SUS e para a captação de novas tecnologias
 - Garantia de incorporação tecnológica racional
 - Ampliação da conscientização dos cidadãos sobre a política de saúde
 - Apoio ao crescimento e desenvolvimento dos gestores municipais
 - Fortalecimento da gestão de processos para:
 - Melhoria das relações com as instituições decisórias (inclusive o COSEMS) e de participação no SUS e para a captação de novas tecnologias
 - Garantia de incorporação tecnológica racional
 - Combate à desvalorização das políticas públicas
 - Combate à lentidão das decisões políticas do governo do Estado
 - Apoio ao crescimento e desenvolvimento dos gestores municipais
 - Manutenção do comprometimento da alta liderança para:



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- Melhoria das relações com as instituições decisórias (inclusive o COSEMS) e de participação no SUS e para a captação de novas tecnologias
- Ampliação de parcerias público-privadas
- Apoio ao crescimento e desenvolvimento dos gestores municipais
- Garantia de incorporação tecnológica racional
- Combate à desvalorização das políticas públicas
- Fortalecimento da regulação em saúde por meio de e/ou para:
 - Melhoria das relações com as instituições decisórias (inclusive o COSEMS) e de participação no SUS e captação de novas tecnologias
 - Combate à desvalorização das políticas públicas
 - Apoio ao crescimento e desenvolvimento dos gestores municipais
- Institucionalização da segurança do paciente por meio de e/ou para:
 - Melhoria das relações com as instituições decisórias (inclusive o COSEMS) e de participação no SUS e captação de novas tecnologias
 - Sensibilização do Governador
 - Ampliação de parcerias público-privadas
 - Combate às instabilidades econômicas do governo federal
 - Combate à desvalorização das políticas públicas
- Ampliação da gestão de custos por meio de e/ou para:
 - Captação de novas tecnologias
 - Ampliação de parcerias público-privadas
 - Combate à judicialização
 - Combate às instabilidades econômicas do governo Federal
 - Combate à desvalorização das políticas públicas
 - Apoio ao crescimento e desenvolvimento dos gestores municipais
- Alinhamento dos recursos financeiros com o planejamento por meio de e/ou para:



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- Melhoria das relações com as instituições decisórias (inclusive o COSEMS)
- Combate à lentidão das decisões políticas do governo do Estado
- Combate às instabilidades econômicas do governo federal
- Combate à desvalorização das políticas públicas
- Apoio ao crescimento e desenvolvimento dos gestores municipais

REFERENCIAL ESTRATÉGICO

Visão: Ser referência na regionalização, na regulação do acesso e na eficiência operacional e financeira em saúde até 2023

Missão: Liderar a política estadual de saúde com ênfase na regionalização, promovendo maior satisfação e melhoria da saúde da população no Estado de Goiás

Valores: Espírito de Corpo, Transparência, Empatia, Excelência e Inovação

RESULTADOS PARA A SOCIEDADE

Ampliar o acesso aos serviços de saúde de forma regionalizada

Reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis

Reduzir a morbimortalidade por doenças negligenciadas e outras com potencial epidêmico

Reduzir a morbimortalidade materno-infantil por causas evitáveis

PROCESSOS

Ampliar a resolutividade da atenção primária

Estruturar a regulação do acesso com foco na regionalização

Aperfeiçoar o processo de avaliação e incorporação de Tecnologia em Saúde

Ampliar as ações de qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde

GESTÃO E REGIONALIZAÇÃO

Qualificar as ações de educação permanente

Qualificar os processos prioritários visando integração e eficiência

Fortalecer a governança do sistema em nível regional

Qualificar a gestão da força de trabalho

Qualificar a participação e o controle social

FINANCEIRA

Qualificar a execução orçamentária, promovendo a gestão de custos



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS (ANA). **Atlas Brasil**: abastecimento urbano de água. Brasília, 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS (ANA). **Atlas esgotos**: despoluição de bacias hidrográficas. Brasília, 2017.

ALIREZA Tahamtan, Abdollah Ardebili. **Real-time RT-PCR in COVID-19 detection**: issues affecting the results. *Espert Rev Mol Diagn* 2020 (20) 5:453–454. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14737159.2020.1757437>. Acesso em: 21 fev. 2020.

AMANAT F and Krammer F. **SARS-CoV-2 Vaccines**: Status Report. *Immunity*. 2020 Apr 6 doi: 10.1016/j.immuni.2020.03.007.

ARANDA, Clelia Maria Sarmiento de Souza Aranda et al. **Manual de Procedimentos para Vacinação**. 4. ed - Brasília: Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde; 2001 316 p. il.

ARAÚJO (*in memoriam*), J. D. **Polarização epidemiológica no Brasil**. Informe Epidemiológico do SUS. 1992; 1(2): 6-15. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 21(4):533-538, out-dez 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE LIMPEZA PÚBLICA E RESÍDUOS ESPECIAIS (ABRELPE). **Panorama dos Resíduos Sólidos no Brasil 2015**. São Paulo, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde / Secretaria de vigilância em Saúde / Departamento de Vigilância das Doenças transmissíveis / **Diretrizes para a Vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública** / 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Asis - Análise de Situação de Saúde** / Ministério da Saúde e Universidade Federal de Goiás. Volume 1. 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf. Acesso em: 19 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Usuário**: Módulo Planejamento DigiSUS Gestor. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 01**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde – corresponde à Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 09 mar. 2020.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação N° 2**, de 28 de setembro de 2017. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Anexo VX – Portaria GM/MS 1823/2012. Brasília. Acesso em: 19 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação N° 4, de 28 de setembro de 2017. **Sistemas e subsistemas do SUS**. Brasília. Acesso em: 19 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação N° 5, de 28, de setembro de 2017. **Ações e serviços de saúde do SUS**. Brasília. Acesso em: 19 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 1.679, de 19 de setembro de 2002. Institui a **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador** – RENAST. Brasília. Acesso em: 18 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. **Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 44 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176 p.:il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 3. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 252 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos**, v. 1. t. 1. Brasília, 2016.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. Secretaria Nacional de Saneamento – SNS. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento: **Diagnóstico do Manejo de Resíduos Sólidos Urbanos** – 2018. Brasília, 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A
[Ancias](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A). Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de análise de indicadores operacionais e epidemiológicos a partir da base de dados do Sinan versão 5.0**. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.520, de 30 de maio de 2018**. Altera os Anexos XCVIII e XCIX à Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a inclusão de metas e indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em



Saúde - PQA-VS, a partir de 2018. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1520_06_06_2018.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose**: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/tuberculose>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CHAN JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. **A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster**. Lancet. 2020 (in press).

CHEN W-H, Strych U, Hotez PJ, and Bottazz MEi. **The SARS-CoV-2 Vaccine Pipeline: an Overview**. Curr Trop Med Rep. 2020 Mar 3: 1–4. doi: 10.1007/s40475-020-00201-6 [Epub ahead of print] Cordenção de Pesquisa e Análise.

CHENG Z; Shan J. **2019 Novel coronavirus**: where we are and what we know Infection. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01401-y>. Acesso em: 29 abr. 2020.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 4ª edição. Barueri, SP: Manole, 2014.

CORMAN VM, Landt O, Kaiser M, Molenkamp R, Meijer A, Chu DKW, et al. **Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR**. Euro Surveill 25(3).10.2807/1560917.ES.2020.25.3.2000045.

DI WU, Tiantian Wu, Qun Liu, Zhicong Yang. **The SARS-CoV-2 outbreak: what we know**. PII: S1201-9712(20)30123-5 DOI. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.004>. Acesso em: 29 abr. 2020.

DU Y, Tu L, Zhu P, Mu M, Wang R, Yang P, et al. **Clinical Features of 85 Fatal Cases of COVID-19 from Wuhan: A Retrospective Observational Study**. Am J Respir Crit Care Med. 2020 Apr 3. doi: 10.1164/rccm.202003-0543OC.

FUK-WOO CJ, Shuofeng Y, Kin-Hang K, et al. **A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster**. The Lancet 2020; 395:514-23.

GABUTTI G, d'Anchera E, Sandri F, Savio M, Stefanati A. **Coronavirus**: Update Related to the Current Outbreak of COVID-19. Infect Dis Ther. 2020 Apr 8:1-13. doi: 10.1007/s40121-020-00295-5.

GOIÁS. Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento. **Goiás no contexto nacional 2017**. Disponível em: https://www.imb.go.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=861:estado-de-goi%C3%AAs-no-contexto-nacional-2017&catid=23&Itemid=186. Acesso em 18 maio 2020.



GOIÁS. Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento. **Goiás em dados 2017**. Disponível em: https://www.imb.go.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=85:goi%C3%A1s-em-dados-2017&catid=19&Itemid=151. Acesso em 18 maio 2020.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **História da Escola de Saúde de Goiás**. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/component/content/article/132-escola-de-sa%C3%BAdede-de-goi%C3%A1s/7546-hist%C3%B3ria-da-escola-de-sa%C3%BAdede-de-goi%C3%A1s?Itemid=101>. Acesso em: 10 jan. 2020.

GOIÁS. Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. Secretaria de Estado da Economia. Disponível em: <https://www.imb.go.gov.br/bde/>. Acesso em: 18 maio 2020.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Portaria nº 323**, de 11 de outubro de 2012. Institui a Política Estadual de Saúde do Trabalhador no Estado de Goiás. Acesso em: 20 jan. 2020.

GOIÁS. Secretaria de Meio Ambiente, Recursos hídricos, Infraestrutura, Cidades e Assuntos Metropolitanos. **Plano Estadual de Resíduos Sólidos de Goiás**. Goiás, 2017.

GUO Y-R, Cao Q-D, Hong Z-S, et al. **The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status**. Mil Med Res (2020). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>. Acesso em: 29 abr. 2020.

HUANG C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. **Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China**. Lancet. 2020 (in press).

HUNTER E, Price DA, Murphy E, van der Loeff IS, Baker KF, Lendrem D, et al. **First experience of COVID-19 screening of health-care workers in England**. Lancet. 2020 Apr 22. pii: S0140-6736(20)30970-3. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30970-3.

IMOB - INSTITUTO MAURO BORGES, de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. **GOIÁS, visão geral- overview**. SEGPLAN/ Governo de Goiás, 2018. pág 8-21.

LAI CC, Shi TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. **Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID19): The epidemic and the challenges**. Int J Antimicrob Agents 2020:105924. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>. Acesso em: 29 abr. 2020.

LI Q, Guan X, Wu P, et al. **Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia**. N Engl J Med 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>. Acesso em: 29 abr. 2020.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



LI Z et al. **Development and clinical application of a rapid IgM-IgG combined antibody test for SARS-CoV-2 infection diagnosis.** J Med Virol. 2020 Feb 27. doi: 10.1002/jmv.25727.

ROTHE C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. **Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany.** N Engl J Med. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2001468>. Acesso em: 21 fev. 2020.

SINGHAL T. A. **Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19).** The Indian Journal of Pediatrics (April 2020) 87(4):281–286. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>. Acesso em: 29 abr. 2020.

WANG Y, Kang H, Liu X, et al. **Combination of RT-qPCR Testing and Clinical Features for Diagnosis of COVID-19 facilitates management of SARS-CoV-2 Outbreak.** J Med Virol. 2020 Feb 25. doi: 10.1002/jmv.25721.

WHO, 2020. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 100.** Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200429-sitrep-100-covid-19.pdf?sfvrsn=bbfbf3d1_6. Acesso em: 29 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) and the UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Progress on Drinking Water, Sanitation and Hygiene: 2017 Update and SDG Baselines.** Geneva, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Nove em cada dez pessoas em todo o mundo respiram ar poluído.** Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5654:nove-em-cada-dez-pessoas-em-todo-o-mundo-respiram-ar-poluido&Itemid=839. Acesso em: 15 jan. 2020.

WU Z, McGoogan JM. **Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention.** JAMA. 2020;2019: 24–7.

ZOU L, Ruan F, Huang M et al. **SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients.** N Engl J Med. 2020. NEJMc2001737. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2001737>. Acesso em: 21 fev. 2020.



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



ANEXOS

INDICADORES DE PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA – Resolução CIT Nº 08 de 24 de novembro de 2016.

Nº	Indicador	Classificação
1	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	U
2	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	E
3	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	U
4	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10- valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada.	U
5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	U
6	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	U
7	Número de casos autóctones de malária.	E
8	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	U
9	Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos.	U
10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	U
11	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	U
12	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	U
13	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.	U
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	U
15	Taxa de mortalidade infantil.	U
16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	U
17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	U

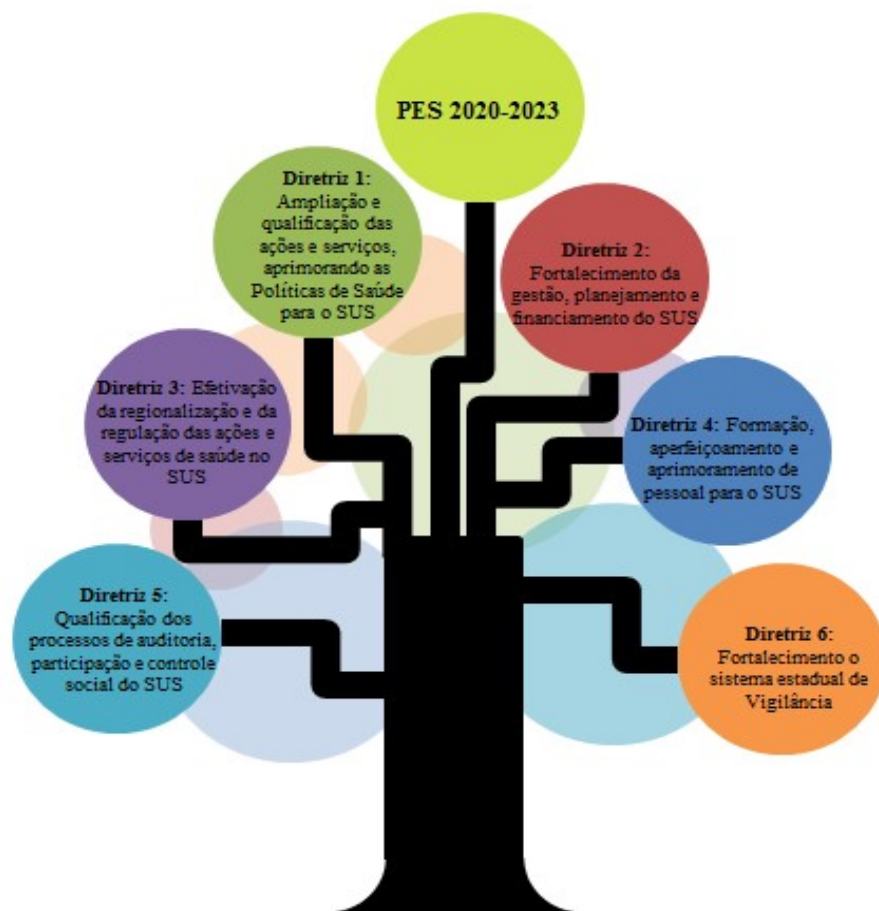


SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



18	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	U
19	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica.	U
20	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano.	U
21	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.	E
22	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	U
23	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	U

DIRETRIZES DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020-2023





SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



DIRETRIZ, OBJETIVO, METAS E INDICADORES DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO.

Diretriz 1: Ampliação e qualificação das ações e serviços, aprimorando as Políticas de Saúde para o SUS.

Diretriz 1: Ampliação e qualificação das ações e serviços, aprimorando as Políticas de Saúde para o SUS.											
Objetivo	Responsável	Meta	Indicador	Unidade Medida	Linha de Base		PES 2020-2023	2020	2021	2022	2023
					Valor	Ano		Meta Física	Meta Física	Meta Física	Meta Física
1.1 Ampliar acesso aos serviços de saúde de forma regionalizada.	Gerência de Atenção Primária/ Superintendência de Políticas de Atenção integral à Saúde (GERAP/ SAIS)	1.1.1 Aumentar para 80% o número de municípios que realizam a inserção de DIU na Atenção Básica.	Percentual de municípios que realizam a inserção de DIU na Atenção Básica.	Percentual	7,3%	2019	80%	10%	40%	60%	80%
	Gerência de Atenção Primária (GERAP/ SAIS)	1.1.2 Ampliar o número de atendimentos de enfermeiros na Atenção primária para	Percentual de atendimentos de enfermeiro/atendimentos médicos.	Percentual	31,7%	2019	46,00%	34,00%	38,00%	42,00%	46,00%



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



	46%.									
Gerência de Atenção Primária (GERAP/ SAIS)	1.1.3 Ampliar para 07 Policlínicas e 08 Hospitais Estaduais até 2022.	Número de unidades assistenciais, sob gestão estadual, construídas e equipadas.	Número	0 Policlínicas e 14 Hospitais	2019	07 Policlínicas e 08 Hospitais	01 Policlínica e 05 Hospitais	05 Policlínicas e 00 Hospitais	01 Policlínica e 03 Hospitais	-



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Diretriz 1: Ampliação e qualificação das ações e serviços, aprimorando as Políticas de Saúde para o SUS.

Diretriz 1: Ampliação e qualificação das ações e serviços, aprimorando as Políticas de Saúde para o SUS.											
Objetivo	Responsável	Meta	Indicador	Unidade Medida	Linha de Base		PES 2020-2023	2020	2021	2022	2023
					Valor	Ano		Meta Física	Meta Física	Meta Física	Meta Física
1.2 Ampliar a resolutividade da atenção primária.	Gerência de Atenção Primária (GERAP/SAIS)	1.2.1 Reduzir a taxa de internações por causas sensíveis/nº de leitos existentes para 4,04.	Taxa de internações por causas sensíveis/ nº de leitos. (INDICADOR A PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA)	Taxa	4,98	2019	4,04	4,72	4,48	4,25	4,04
		1.2.2 Manter o percentual de encaminhamentos menor de 15%.	Percentual de encaminhamentos para serviço especializado em relação ao número de consultas médicas (*2018 SISAB).	Percentual	11%	2018	<15%	<15%	<15%	<15%	<15%
		1.2.3 Alcançar 50% dos municípios com selo de acreditação bom e ótimo.	Percentual de municípios com selo de acreditação bom e ótimo no Programa de Cuidados a Pessoas com Problemas Crônicos.	Percentual	-	-	50%	5%	25%	35%	50%



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Gerência de Imunização e Rede Frio/ Superintendência de Vigilância em Saúde (GIRF/SUVISA)	1.2.4 Ampliar para 34% a cobertura vacinal nos municípios até 2023.	Percentual de municípios que atingiram cobertura vacinal $\geq 95\%$ em cada vacina que compõem o indicador do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS).	Percentual	29%	2018	34%	31%	32%	33%	34%
--	---	--	------------	-----	------	-----	-----	-----	-----	-----



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Diretriz 1: Ampliação e qualificação das ações e serviços, aprimorando as Políticas de Saúde para o SUS.

Diretriz 1: Ampliação e qualificação das ações e serviços, aprimorando as Políticas de Saúde para o SUS.											
Objetivo	Responsável	Meta	Indicador	Unidade Medida	Linha de Base		PES 2020-2023	2020	2021	2022	2023
					Valor	Ano		Meta Física	Meta Física	Meta Física	Meta Física
1.3 Reduzir proporcionalmente a morbimortalidade por DANT (Doenças e agravos não transmissíveis).	GVE - Gerência de Vigilância Epidemiológica/ Superintendência de Vigilância em Saúde (GVE/ SUVISA)	1.3.1 Reduzir a taxa de Mortalidade Prematura em 2% ao ano, chegando a 260,06 até 2023.	Taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das 4 principais DCNT. (INDICADOR 1 PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA)	Taxa	281,95	2019	260,06	276,31	270,78	265,36	260,06
			Proporção de óbitos infantis e fetais investigados. (INDICADOR B PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA)	Proporção	60	2019	75	71	73	74	75
		1.3.2 Aumentar em 80% o percentual de acompanhamento na AB de portadores de DM até 2023.	Taxa de pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM) acompanhados na Atenção Básica (AB) em Goiás.	Percentual	-	-	80%	50%	60%	70%	80%



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1.3.3 Reduzir a taxa de mortalidade por CA de mama em 1% ao ano, chegando a 7,2 em 2023.	Taxa de mortalidade de câncer de mama em mulheres em Goiás.	Percentual	7,6%	2019	7,2%	7,5%	7,4%	7,3%	7,2%
1.3.4 Ampliar em 10% ao ano a proporção de notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada, no estado de Goiás.	Número de notificações de violência interpessoal/autoprovocada registrada no SINAN.	Número	10.685	2019	15.643	11.753	12.928	14.221	15.643
1.3.5 Reduzir a taxa de mortalidade por acidente de transporte terrestre (ATT) em Goiás em 1% ao ano.	Taxa de mortalidade por acidente de trânsito.	Percentual	26/ 100.000	2019	24,97/ 100.000	25,74/ 100.000	25,48/ 100.000	25,22/ 100.000	24,97/ 100.000



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Diretriz 1: Ampliação e qualificação das ações e serviços, aprimorando as Políticas de Saúde para o SUS.

Diretriz 1: Ampliação e qualificação das ações e serviços, aprimorando as Políticas de Saúde para o SUS.											
Objetivo	Responsável	Meta	Indicador	Unidade Medida	Linha de Base		PES 2020-2023	2020	2021	2022	2023
					Valor	Ano		Meta Física	Meta Física	Meta Física	Meta Física
1.4 Reduzir a morbimortalidade por Doenças Negligenciadas e outras com potencial epidêmico.	GVE - Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE/ SUVISA)	1.4.1 Reduzir o número de óbitos por Dengue em 10% ao ano para no máximo 69 óbitos em Goiás até 2023.	Número Absoluto de Óbitos por Dengue.	Número	106	2019	69	95	85	77	69
		1.4.2 Aumentar a proporção de cura de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos da coorte para 93%, até 2023, em Goiás.	Proporção de Cura dos Casos Novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. (INDICADOR 06 PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA)	Percentual	80	2019	93	90	91	92	93



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



1.4.3 Reduzir o número de óbitos por Chagas Crônica em aproximadamente 7% ao ano para, no máximo, 600 óbitos em Goiás até 2023.	Número Absoluto de Óbitos por Chagas Crônica.	Número	755	2019	600	755	700	650	600
1.4.4 Reduzir em 50% a taxa de letalidade de Leishmaniose Visceral em Goiás, até 2023.	Taxa de letalidade de Leishmaniose Visceral.	Percentual	7,5	2019	3	6	4,50	3	3
1.4.5 Reduzir em 100% o número de casos confirmados de sarampo em Goiás até 2023.	Número de casos confirmados de sarampo.	Percentual	14	2019	0	7	3	1	0
1.4.6 Aumentar a proporção de cura dos casos novos de tuberculose diagnosticados, para 75% até	Proporção de Cura dos Casos Novos de Tuberculose Diagnosticados.	Percentual	69%	2019	75%	69%	70%	72%	75%



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



		2023, em Goiás.										
		1.4.7 Ampliar a capacidade de detecção, monitoramento e resposta frente às ESP em 85% até 2023.	Proporção de eventos de saúde pública (ESP) detectados, monitorados e respondidos oportunamente.	Percentual	30%	2019	85%	60%	70%	80%	85%	
	Gerência de Projetos Estratégicos/ Superintendência de Performance (GPE/ SUPER)	1.4.8 Implantar 07 hospitais de enfrentamento do Covid-19 em Goiás.	Número de hospitais de enfrentamento ao COVID-19 implantados temporariamente.	Número	1	2019	7	7	0	0	0	



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Diretriz 1: Ampliação e qualificação das ações e serviços, aprimorando as Políticas de Saúde para o SUS.

Diretriz 1: Ampliação e qualificação das ações e serviços, aprimorando as Políticas de Saúde para o SUS.											
Objetivo	Responsável	Meta	Indicador	Unidade Medida	Linha de Base		PES 2020-2023	2020	2021	2022	2023
					Valor	Ano		Meta Física	Meta Física	Meta Física	Meta Física
1.5 Reduzir a morbimortalidade materno infantil por causas evitáveis.	Superintendência de Políticas de Atenção integral à Saúde (SAIS)	1.5.1 Manter a razão da mortalidade materna abaixo 55 /100.000.	Razão de óbitos maternos. (INDICADOR 16 PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA)	Razão (/100.000)	63,7	2018	55	55	55	55	55
		1.5.2 Reduzir mortalidade infantil para abaixo de 10 em 2023.	Taxa de mortalidade infantil. (INDICADOR 15 PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA)	Percentual	11,67%	2019	9,90%	11,00%	10,75%	10,25%	9,90%



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Diretriz 1: Ampliação e qualificação das ações e serviços, aprimorando as Políticas de Saúde para o SUS.

Diretriz 1: Ampliação e qualificação das ações e serviços, aprimorando as Políticas de Saúde para o SUS.											
Objetivo	Responsável	Meta	Indicador	Unidade Medida	Linha de Base		PES 2020-2023	2020	2021	2022	2023
					Valor	Ano		Meta Física	Meta Física	Meta Física	Meta Física
1.6 Ampliar as ações de qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde.	Gerência de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços de Saúde (GVSPSS/SUVISA)	1.6.1 Garantir que 100% dos serviços de saúde com UTI do Estado de Goiás possuam Núcleo de Segurança do Paciente constituídos, cadastrados no Sistema NOTIVISA 2.0, notificantes e com os Protocolos básicos de Segurança do Paciente implantados até o ano de 2023.	Proporção de serviços de saúde com UTI com Núcleo de Segurança do Paciente implantados e as ações implementadas.	Percentual	70%	2019	100%	80%	85%	90%	100%



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



<p>1.6.2 Garantir que 100% dos serviços de saúde que realizam parto cirúrgico do Estado de Goiás com Núcleo de Segurança do Paciente constituídos, cadastrados no Sistema NOTIVISA 2.0, notificantes e com os Protocolos básicos de Segurança do Paciente implantados até o ano de 2023.</p>	<p>Proporção de serviços de saúde que realizam parto cirúrgico com Núcleo de segurança do paciente implantado e as ações implementadas.</p>	Percentual	40%	2019	100%	50%	60%	80%	100%
<p>1.6.3 Garantir que até o ano de 2023, 60% dos serviços da Atenção Primária a Saúde de Goiás tenham constituído o Núcleo de Segurança do</p>	<p>Proporção de serviços de saúde da atenção primária com Núcleo de Segurança do Paciente implantados e as ações implementadas</p>	Percentual	5%	2019	60%	10%	20%	30%	60%



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Paciente, sejam cadastrados no Sistema de Notificação de Eventos Adversos - NOTIVISA 2.0 e estejam implantadas as práticas de Segurança do Paciente.										
1.6.4 Garantir que 100% dos serviços de saúde com UTI participem da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente ANVISA até o ano de 2023.	Proporção de serviços de saúde com UTI participantes da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente da ANVISA.	Percentual	70%	2019	100%	80%	85%	90%	100%	
1.6.5 Garantir que até o ano de 2023, 90% das notificações de eventos adversos relacionados à assistência	Proporção de notificações de eventos de interesse (óbitos / never events) concluídas dentro do prazo pelos serviços de saúde.	Percentual	10%	2019	90%	20%	50%	70%	90%	



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



<p>recebidas no sistema NOTIVISA 2.0, considerados de maior interesse a saúde (óbitos e never events) sejam prontamente identificados, reportados, investigados e concluídos pelos serviços de saúde, dentro do prazo estabelecido pela Anvisa.</p>									
<p>1.6.6 Reduzir em 10% a Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL) associada ao uso de Cateter Venoso Central (CVC) em UTI adulto, com taxa de infecção acima</p>	<p>Densidade de Incidência de Infecção Primária Decorrente Sanguínea Laboratorial (DI-IPCSL) em pacientes internados em UTIs, no estado de Goiás com percentil acima de 90.</p>	<p>Percentual</p>	<p>4,3</p>	<p>2018</p>	<p>10%</p>	<p>2,50%</p>	<p>5,00%</p>	<p>7,50%</p>	<p>10%</p>



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



	do percentil 90 até o ano de 2023.									
	1.6.7 Reduzir em 10% a Densidade de Incidência de Pneumonia (PAV) Associada a Ventilação mecânica em UTI adulto, com taxa de infecção acima do percentil 90, até o ano de 2023.	Densidade de Incidência de Pneumonia (DI-PAV) em pacientes internados em UTIs, no estado de Goiás com percentil acima de 90.	Percentual	16,00%	2018	10,00%	2,50%	5,00%	7,50%	10,00%
	1.6.8 Reduzir em 10% a Densidade de Incidência de Infecção do Trato Urinário (ITU) Associada ao uso de sonda vesical de demora em UTI adulto, com taxa de infecção acima do percentil 90, até 2023.	Densidade de Incidência de Infecção do Trato Urinário (DI-ITU-AC) em pacientes internados em UTIs, no estado de Goiás com percentil acima de 90.	Percentual	6,00%	2018	10,00%	2,50%	5,00%	7,50%	10,00%



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Diretriz 2: Fortalecimento da gestão, planejamento e financiamento do SUS.

Diretriz 2: Fortalecimento da gestão, planejamento e financiamento do SUS.											
Objetivo	Responsável	Meta	Indicador	Unidade Medida	Linha de Base		PES 2020-2023	2020	2021	2022	2023
					Valor	Ano		Meta Física	Meta Física	Meta Física	Meta Física
2.1 Gerir e otimizar a força de trabalho para o SUS.	Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas/ Superintendência de Gestão Integrada (GPI/ SGI)	2.1.1 Implantar em 60% das estruturas da SES-GO a quantidade adequada de servidores.	Percentual de unidades administrativas da SES com dimensionamento de pessoal realizado.	Percentual	-	-	60%	5%	20%	40%	60%
		2.1.2 Desenvolver em 30% do quadro de servidores da SES-GO o perfil de competência adequado.	Percentual de unidades administrativas da SES com perfis de competência definido.	Percentual	-	-	30%	5%	10%	20%	30%



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Diretriz 2: Fortalecimento da gestão, planejamento e financiamento do SUS.

Diretriz 2: Fortalecimento da gestão, planejamento e financiamento do SUS.											
Objetivo	Responsável	Meta	Indicador	Unidade Medida	Linha de Base		PES 2020-2023	2020	2021	2022	2023
					Valor	Ano		Meta Física	Meta Física	Meta Física	Meta Física
2.2 Qualificar os processos prioritários, visando integração e eficiência.	Superintendência de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade (SUTIS)	2.2.1 Otimizar 13 processos de negócio priorizados pela SES.	Número de processos prioritários otimizados na SES-GO.	Número	-	-	13	1	3	4	5



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Diretriz 2: Fortalecimento da gestão, planejamento e financiamento do SUS.

Diretriz 2: Fortalecimento da gestão, planejamento e financiamento do SUS.											
Objetivo	Responsável	Meta	Indicador	Unidade Medida	Linha de Base		PES 2020-2023	2020	2021	2022	2023
					Valor	Ano		Meta Física	Meta Física	Meta Física	Meta Física
2.3 Fortalecer a governança do sistema de saúde em nível macrorregional.	Subsecretaria da Saúde (SUB)	2.3.1 Ampliar em no mínimo 80% o desempenho dos coordenadores das 05 macrorregiões até 2023.	Índice de desempenho dos coordenadores regionais de saúde, composto por indicadores estratégicos de aplicação regional.	Percentual	-	-	100%	50%	70%	90%	100%



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Diretriz 2: Fortalecimento da gestão, planejamento e financiamento do SUS.

Diretriz 2: Fortalecimento da gestão, planejamento e financiamento do SUS.											
Objetivo	Responsável	Meta	Indicador	Unidade Medida	Linha de Base		PES 2020-2023	2020	2021	2022	2023
					Valor	Ano		Meta Física	Meta Física	Meta Física	Meta Física
2.4 Qualificar a execução orçamentária, promovendo a gestão de custos.	Gerência de Compras/ SGI	2.4.1 Implantar em 100% o Centro de Custo nas Unidades administrativas da SES até 2022.	Percentual de unidades administrativas com custos implantados.	Percentual	-	-	100%	40%	80%	100%	-



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Diretriz 2: Fortalecimento da gestão, planejamento e financiamento do SUS.

Diretriz 2: Fortalecimento da gestão, planejamento e financiamento do SUS.											
Objetivo	Responsável	Meta	Indicador	Unidade Medida	Linha de Base		PES 2020-2023	2020	2021	2022	2023
					Valor	Ano		Meta Física	Meta Física	Meta Física	Meta Física
2.5 Aperfeiçoar o processo de avaliação e incorporação de Tecnologia em Saúde.	Subsecretaria da Saúde (SUB) e Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG)	2.5.1 Informatizar 100% do acompanhamento das demandas de judicialização.	Percentual das demandas judiciais acompanhadas de forma automática.	Percentual	-	-	100%	50%	50%	0	0
		2.5.2 Produzir e divulgar 66 Notas Técnicas de Revisão Rápida de Avaliação de Tecnologias em Saúde no âmbito da SES-GO até 2023.	Número de Notas Técnicas de Revisão Rápida (NTRR) de Avaliação de Tecnologias em Saúde no âmbito da SES-GO produzidas e divulgadas.	Número	1	2019	66	12	16	18	20
		2.5.3 Capacitar 100 profissionais da SES-GO em Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) até 2023.	Número de profissionais qualificados da SESG/SES-GO para produção de NTTR.	Número	5	2019	100	10	20	30	40



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



	2.5.4 Avaliar, incorporar ou desincorporar 21 tecnologias demandadas judicialmente ou administrativamente, segundo critérios de eficácia, segurança e custo-benefício até 2023, condicionada a demanda e capacidade dos setores envolvidos.	Número de tecnologias avaliadas para Número de PCDT (protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas) implantados até 2023.	Número	-	-	21	03 (três) avaliações e/ou conforme demanda e capacidade dos setores envolvidos	6 (seis) avaliações e/ou conforme demanda e capacidade dos setores envolvidos	6 (seis) avaliações e/ou conforme demanda e capacidade dos setores envolvidos	6 (seis) avaliações e/ou conforme demanda e capacidade dos setores envolvidos
--	---	---	--------	---	---	----	--	---	---	---



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Diretriz 3: Efetivação da regionalização e da regulação das ações e serviços de saúde no SUS.

Diretriz 2: Fortalecimento da gestão, planejamento e financiamento do SUS.											
Objetivo	Responsável	Meta	Indicador	Unidade Medida	Linha de Base		PES 2020-2023	2020	2021	2022	2023
					Valor	Ano		Meta Física	Meta Física	Meta Física	Meta Física
3.1 Estruturar a regulação do acesso na Rede Sus sob Gestão Estadual.	Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás (SUPCRS)	3.1.1 Ampliar para 100% os serviços especializados regulados até 2023.	Percentual de serviços especializados, sob gestão estadual, regulados.	Percentual	18%	2019	100%	30%	60%	80%	100%



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Diretriz 4: Formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS.

Diretriz 4: Formação, aperfeiçoamento e aprimoramento de pessoal para o SUS.											
Objetivo	Responsável	Meta	Indicador	Unidade Medida	Linha de Base		PES 2020-2023	2020	2021	2022	2023
					Valor	Ano		Meta Física	Meta Física	Meta Física	Meta Física
4.1 Qualificar as ações de educação permanente.	Gerência de Projetos Educacionais e Ensino em Saúde/ Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (GPES/ SESG)	4.1.1. Ampliar para 70% os cursos com Projetos de Intervenção (PI) aplicados nos Projetos planejados pela ESG até 2023.	Percentual de cursos com Projetos de Intervenção (PI) aplicados nos Projetos planejados pela ESG.	Percentual	-	-	70%	0%	20%	40%	70%



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Diretriz 5: Qualificação dos processos de auditoria, participação e controle social do SUS.

Diretriz 5: Qualificação dos processos de auditoria, participação e controle social do SUS.											
Objetivo	Responsável	Meta	Indicador	Unidade Medida	Linha de Base		PES 2020-2023	2020	2021	2022	2023
					Valor	Ano		Meta Física	Meta Física	Meta Física	Meta Física
5.1 Qualificar Conselheiros de Saúde no Estado de Goiás.	Assessoria Técnica/ Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG)	5.1.1 Oferecer capacitação para 30% do total de conselheiros em exercício no Estado de Goiás até 2023.	Percentual de Conselheiros de Saúde qualificados.	Percentual	-	-	30%	0%	0%	10%	20%