

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO

**PLANO ESTADUAL DE
SAÚDE**

2004 – 2007

VERSÃO ATUALIZADA

Goiânia, fevereiro de 2006

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

GOVERNADOR

Marconi Ferreira Perillo Júnior

VICE-GOVERNADOR

Alcides Rodrigues Filho

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Fernando Passos Cupertino de Barros

CHEFE DE GABINETE

João Cleide Aguiar

CHEFE DE ASSESSORIA DE PROJETOS ESTRATÉGICOS

Lazara Ribeiro Ferreira Lima

CHEFE DE ASSESSORIA TÉCNICA E JURÍDICA

Geraldinny Camargo Calixtrato de Souza

SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

Benevides Mamed Júnior

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO

Carlos Alberto Lisboa Vieira

SUPERINTENDENTE DE PLANEJAMENTO

Jorge Alves de Souza

SUPERINTENDENTE DE LEIDE DAS NEVES FERREIRA

Maria Paula Curado

SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Luiz Antônio Aires da Silva

SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL

Ângela Maria de Miranda Melo Cardoso

SUPERINTENDENTE DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Maria Lúcia Carnellosso

SUPERINTENDENTE DE CONTROLE E AVALIAÇÃO TÉCNICA DE SAÚDE

Sílvio Divino de Melo

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	5
2.	BASES ORIENTADORAS.....	7
3.	ANÁLISE SITUACIONAL	9
3.1.	BREVE HISTÓRICO DO ESTADO DE GOIÁS.....	10
3.2.	ANÁLISE DE ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS	12
3.3.	ANÁLISE EM RELAÇÃO ÀS LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	20
3.4.	ANÁLISE SEGUNDO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE	26
3.4.1.	Situação Sanitária dos Principais Grupos de Risco	34
3.4.2.	A Desigualdade Racial na Saúde.....	34
3.4.3.	Crianças, adolescentes e jovens.....	35
3.5.	ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO EM SAÚDE	39
3.6.	ANÁLISE EM RELAÇÃO AO SETOR SAÚDE	44
4.	OBJETIVOS, DIRETRIZES, ESTRATÉGIAS, METAS E PERÍODOS	49
4.1.	LINHA DE ATENÇÃO À SAÚDE	50
4.2.	CONDICÕES DE SAÚDE.....	56
4.3.	GESTÃO EM SAÚDE	61
4.4.	SETOR SAÚDE	69
4.5.	INVESTIMENTO EM SAÚDE	72
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
6.	GLOSSÁRIO DE SIGLAS	77

APRESENTAÇÃO

O Governo do Estado de Goiás por intermédio desta Secretaria apresenta o Plano Estadual de Saúde 2004-2007. Este Plano é uma síntese dos esforços empreendidos no processo de consolidação do SUS em Goiás, reunindo as mais diferentes informações sobre a situação de vida e de saúde dos goianos e propondo o planejamento de ações rumo ao enfrentamento dos problemas de saúde no Estado.

Os objetivos, diretrizes e metas apresentadas neste documento apresentam a convergência em direção ao cumprimento da Política de Saúde proposta pelo nosso saudoso Dr. Henrique Santillo, Secretário de Estado da Saúde, antecessor da atual gestão, no sentido de dar continuidade às intervenções e procedimentos por ele propostas, conforme seu próprio relato:

A Política de Saúde do Estado de Goiás assume, na atual conjuntura, um papel relevante no contexto das políticas públicas, isto porque, o governo está empenhado em investir e canalizar recursos no sentido de viabilizar os avanços para modernizar e melhorar de forma qualitativa o Sistema de Saúde.

Inegavelmente, Goiás não pode mais adiar as mudanças e transformações exigidas pelo processo da Reforma Sanitária, e para que isso ocorra é necessário ter coragem, vontade política e sobretudo, o apoio da sociedade. No sentido de acreditar que o momento é de avanços, as propostas aqui colocadas para o debate traduzem a performance de um governo comprometido com a democracia e com a participação social. [...].

Este Plano de Saúde, que agora apresentamos para o debate, expressa a nossa intenção de situar o reordenamento do Setor de Saúde, no contexto maior das relações Estado-Sociedade. Assumimos, portanto, a ousadia de propor um modelo baseado na regionalização, descentralização e hierarquização do Sistema, com estadualização/regionalização dos serviços de abrangência estadual/regional e municipalização daqueles de abrangência municipal, transferindo a responsabilidade de gestão para onde as ações estão sendo ofertadas, implementando assim, um Sistema de Saúde em total consonância com as realidades regionais, tanto epidemiológicas como sociais, institucionais e políticas, objetivando desse modo,

superar as relações clientelistas, paternalistas historicamente mantidas pelo poder centralizador do Estado.

E para que encontremos os caminhos certos, contamos com a participação da Sociedade aqui representada, atenta e vigilante no sentido de apontar os avanços significativos que a Política de Saúde deve contemplar, (SANTILLO, APUD PES 1999 – 2002, 1999).

O presente documento contextualiza, portanto, a continuidade deste processo no Estado do Goiás, cujas propostas de intervenção se basearam nos documentos de planejamento produzidos pelas áreas técnicas desta Secretaria, os quais, por sua vez, seguiram as diretrizes do governo estadual e federal e da última Conferência Estadual de Saúde. Ao mesmo tempo, aponta para o fortalecimento da Secretaria enquanto gestora do Sistema Estadual de Saúde e comprometida com a formulação e implementação de políticas voltadas à mudança/adaptação do novo modelo de atenção à saúde.

Fernando Passos Cupertino de Barros

1. INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde é um dos principais instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde - SUS. Seu marco legal está regulamentado pelas Leis 8.080/90, no seu Artigo 15, onde está gravada a atribuição da União, Estados, Distrito Federal e Municípios na “elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde”, Lei 8.142/90 no Artigo 4, define que as transferências de recurso fundo a fundo ficam condicionadas à existência de Plano de Saúde. Ainda, a Portaria nº. 548/2001 do Ministério da Saúde - MS, aprova as orientações para a elaboração e aplicação desse instrumento em cada esfera de governo.

Considerando os avanços na implementação do SUS no estado de Goiás, a Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO exhibe no seu Plano Estadual de Saúde, a expressão das decisões do seu gestor, resultante da interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade sobre as ações de saúde a serem desenvolvidas a partir de uma abordagem das desigualdades regionais percebidas nas análises situacionais, contemplando informações acerca das respectivas condições sócio-econômicas, epidemiológicas e de gestão do sistema – como capacidade instalada, profissionais de saúde, recursos financeiros – dentre outros.

Para falar em saúde não se deve levar em conta apenas os aspectos inerentes ao setor e sim contextualiza-la em um todo, onde o bem-estar físico e mental sofre influências de todos os lados. O atual governo tem como prioridade a garantia do direito do cidadão a uma vida saudável no sentido pleno da palavra. Neste contexto o governo tem buscado à promoção da equidade na atenção à saúde, especialmente, a população mais vulnerável e afetada pela desigualdade social, motivada pela busca de soluções para os problemas, melhoria da qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e o apoio ao desenvolvimento social da população.

O presente Plano está estruturado em objetivos, tanto em relação à atenção a saúde propriamente dita, quanto à gestão, os quais apresentam suas diretrizes contextualizadas, de forma a situar o leitor a respeito das necessidades assinaladas, suas estratégias e metas pretendidas nos períodos estabelecidos. Esta organização se deu através do modelo sugerido pelo Ministério da Saúde / Plano Nacional de Saúde, sendo sua estrutura

formada por matrizes, cujas propostas de intervenção se basearam nos documentos de planejamento da SES e do governo Estadual, com ênfase nas deliberações da última Conferência Estadual Saúde, Agenda Estadual de Saúde e Plano Plurianual – PPA 2004-2007.

Sua operacionalização se dará por meio de programas e/ou projetos específicos que deverão ser desenvolvidos no decorrer de sua execução considerando sua natureza estratégica. Ressalta-se a característica dinâmica deste instrumento, sendo que novos ajustes deverão ser realizados para se adequar à complexa situação da saúde, principalmente por considerar os diversos dados originados pelos sistemas de informação do SUS, que não oferecem garantia e segurança total das informações.

É oportuno assinalar que, conforme as etapas de planejamento, o monitoramento e avaliação do plano é que o aperfeiçoará e permitirá um acerto maior das estratégias e metas estabelecidas. A gestão estadual será a principal usuária e também a responsável pela gestão e monitoramento do plano. Considerando o aspecto ascendente na elaboração dos planos de saúde será referência indispensável à esfera Federal na gestão do SUS.

2. BASES ORIENTADORAS

O presente Plano Estadual de Saúde, tomado como eixo de prática em planejamento e programação, fixa os objetivos, diretrizes, estratégias e metas por períodos que sintetizam os elementos previstos no processo de trabalho e se constituem na referência para o SUS no âmbito da gestão estadual em Goiás.

As bases para a formulação deste instrumento foram norteadas pelas políticas governamentais existentes registradas nos documentos, que se seguem: Plano Estratégico do Governo de Goiás 2003-2006; Agenda Estadual de Saúde 2004-2007; Plano Plurianual de Goiás – PPA 2004-2007; Planejamento Estratégico da SES-GO 2004-2006; Plano Estratégico de Organização da Atenção Básica 2005-2006; Recomendações para Gestão em 2006; projeto de Fortalecimento das Regionais de Saúde 2004-2006; e iniciativas pontuais do Governador do estado de Goiás.

O PPA / 2004-2007, definiu como objetivo central a “inserção de Goiás na economia nacional e internacional para garantir seu crescimento em termos de progresso econômico, social e de qualidade de vida”. Para isto, orientou a ação do governo em cinco diretrizes estratégicas: Goiás competitivo e pólo econômico regional; Goiás com cidadania e melhoria da qualidade de vida; Goiás com desenvolvimento harmônico equilibrado; administração pública moderna e empreendedora; e união política por Goiás.

O PPA de Goiás foi estabelecido a partir de um grande processo de participação da sociedade para a formulação e implementação das políticas públicas estaduais. A área da saúde teve como eixo orientador a Agenda Estadual de Saúde, cujas prioridades estão contempladas, essencialmente, na segunda diretriz estratégica do PPA, “Goiás com Cidadania e Melhoria da Qualidade de Vida” que, por sua vez, se desdobrou nos seguintes programas: Goiás com mais saúde e cidadania; regionalização da atenção à saúde; urgência / emergência e ambulatório 24 horas; e fortalecimento e modernização da gestão. Por conseguinte, a partir deste instrumento de gestão que os outros documentos elaborados pela SES/GO nortearam-se em busca de objetivos comuns e integrados com as diretrizes definidas na última Conferência Estadual de Saúde.

Nesta perspectiva, o processo de elaboração deste Plano se orientou de forma a contribuir para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação dos desafios em relação a alguns aspectos a serem incrementados como: melhor articulação entre os diversos instrumentos de gestão; definição precisa das instâncias, dos prazos e das responsabilidades em cada etapa; circulação de informações entre as esferas de gestão do SUS, Conselho de Saúde e Comissão Intergestores; e, ênfase na abordagem estratégica, fundada em compromissos e acordos com relação às prioridades entre os diferentes gestores. (Conass, 2003).

Todas as intenções políticas e prioridades estratégicas apresentadas neste documento são, portanto, uma síntese dos esforços empreendidos no processo de consolidação do SUS em Goiás, no intuito de permitir aos atores sociais envolvidos - gestores, dirigentes, servidores e usuários - avaliar as ações e serviços de saúde, tendo como consequência à redução das desigualdades, melhoria das condições de saúde e vida da população.

3. ANÁLISE SITUACIONAL

Para fazer a análise situacional da saúde no estado de Goiás, primeiramente, serão apresentadas, com base no modelo sugerido pelo MS, informações relativas aos aspectos sócio-demográficos e, em seguida, as análises serão formuladas com uma visão integrada da saúde junto aos demais setores e estruturada nas seguintes dimensões: atenção à saúde, condições de saúde da população, gestão em saúde e setor saúde.

Parte-se do pressuposto de que para avaliar o avanço de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana. Ainda, a troca de informações e comunicação entre estes setores possibilita a confluência de objetivos e interesses que permitem o avanço do desenvolvimento humano no país, nos estados e municípios.

O estado de Goiás possui uma grande extensão territorial com diferenças entre suas regiões, o que exige uma orientação no sentido de atender e respeitar a especificidade de cada uma. Sendo assim, agregam-se a esta análise as múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população, a capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las, os interesses e pressões do mercado na área da saúde que frequentemente tensionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como direito de cidadania. As questões sociais, econômicas e ambientais amplamente trabalhadas pelo atual governo, possibilitaram uma mudança, para melhor, no perfil das condições de saúde da população goiana. A descentralização dos serviços também se destacou como um fator positivo para a melhoria da assistência à saúde.

3.1. BREVE HISTÓRICO DO ESTADO DE GOIÁS

Os colonizadores portugueses chegaram pela primeira vez na região hoje conhecida como estado de Goiás após quase um século do descobrimento do Brasil. As primeiras ocupações se deveram a expedições de aventureiros bandeirantes provenientes de São Paulo, entre as quais, destacou-se a de Bartolomeu Bueno da Silva, o Anhangüera, que seguia em busca de ouro, tendo encontrado as primeiras jazidas no final do século XVII. Conta à lenda que diante da negativa dos índios de informar-lhes sobre o lugar de onde retiravam as peças de ouro com que se adornavam, Bartolomeu Bueno da Silva despejou aguardente num prato e a queimou, dizendo aos indígenas que o mesmo faria com a água de todos os rios e nascentes da região, caso não lhe fossem mostradas as minas. Apavorados, os índios o levaram imediatamente às jazidas, chamando-o Anhangüera, que significa feiticeiro no idioma nativo. Com esse nome Bartolomeu Bueno da Silva e seu filho passaram para a história.

Após esse fato, foram inúmeras as expedições que partiram em direção a Goiás em busca de riquezas do subsolo da região. Em 1726, foi fundado, pelo próprio Bartolomeu Bueno, o primeiro vilarejo da região, denominado Arraial da Barra. Desde então, os povoados passaram a se multiplicar e a exploração do ouro atingiu seu auge na segunda metade do século XVIII. A colonização de Goiás deveu-se também à migração de pecuaristas que partiram de São Paulo no século XVII, em busca de melhores terras para o gado. Dessa origem ainda hoje deriva a vocação do Estado para a produção agropecuária.

Em 1744, a região onde hoje se encontra o estado de Goiás, antes pertencente ao estado de São Paulo, foi separada e elevada à categoria de província. A partir de 1860, a lavoura e a pecuária tornaram-se as atividades principais da região, ao mesmo tempo em que a atividade de mineração do ouro entrou em decadência devido ao esgotamento das minas. A navegação a vapor e a abertura de estradas, no final do século XIX, possibilitaram o escoamento dos produtos cultivados no Estado, permitindo o desenvolvimento da região. No século XX, a construção da nova capital, Goiânia, deu grande impulso à economia do Estado, que deu sinais de novo surto de desenvolvimento com a criação de Brasília, a nova capital do Brasil, em 1960. Em 1988, o norte do Estado foi desmembrado, dando origem ao estado do Tocantins, (MRE, 2004).

O nome do estado origina-se da denominação da tribo indígena *guaiás*, que por corruptela se tornou Goiás. Vem do termo tupi *gwa ya* que quer dizer indivíduo igual, gente semelhante, da mesma raça. O Estado de Goiás está localizado ao leste da região Centro-Oeste do país, ocupando uma área de 340.086,698 km². É o 7º estado do país em extensão territorial, limitando-se ao norte com o Estado do Tocantins, ao sul Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, a leste a Bahia e Minas Gerais e a oeste Mato Grosso. Goiás integra o Planalto Central, sendo constituído por terras planas cuja altitude varia entre 200 e 1600 metros. (SEPLAN/SEPIN, 2003).

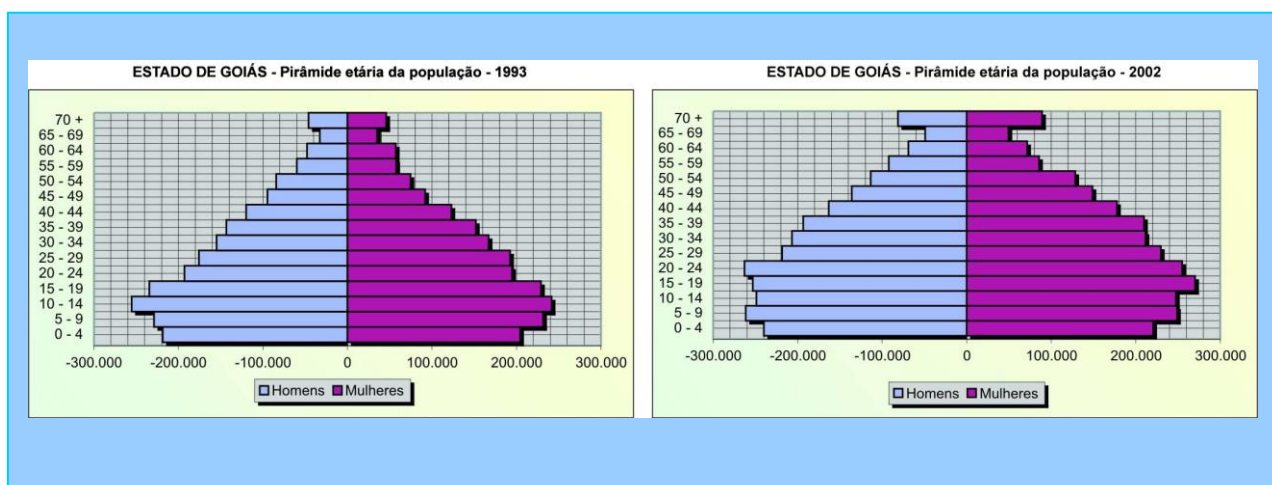
3.2. ANÁLISE DE ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

Goiás possui 246 municípios na grande maioria pequenos. Os 10 maiores municípios em população segundo estimativa do Datasus (2003) são: Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Luziânia, Águas Lindas de Goiás, Rio Verde, Valparaíso de Goiás, Trindade, Planaltina e Novo Gama. Os municípios com maior Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, (2000) em Goiás situam-se na faixa de 0,834 a 0,802 sendo eles: Chapadão do Céu, Goiânia, Catalão, Goiatuba, Rio Verde, Morrinhos, Rio Quente, Pontalina, Anhangüera e Caldas Novas. Os demais municípios se mantêm na faixa média de 0,799 a 0,600, que indica ausência de baixo desenvolvimento humano no Estado. Goiás situa-se em 8º lugar no ranking nacional, com um índice de 0,776, o índice brasileiro é de 0,766.

Com relação ao Índice de Desenvolvimento Infantil – IDI usa-se a mesma classificação do IDH, acrescidos dos indicadores de escolaridade dos pais - % de crianças cujos pais têm escolaridade precária, menos de quatro anos de estudo, serviços de saúde - % de crianças menores de 1 ano vacinadas em DTP e tetravalente e % de gestantes com mais de seis consultas pré-natais e serviços de educação - % de crianças matriculadas em pré-escola. Os 10 primeiros no ranking do IDI em Goiás (2003) são: Santa Bárbara de Goiás, Rio Quente, Ouvidor, Santo Antônio de Goiás, Amorinópolis, Palmeiras, Nova Veneza, Cachoeira de Goiás, Palmelo e Campestre. O estado de Goiás mostra-se com um IDI alto em 27 municípios, médio em 208 e baixo em apenas 11 municípios. No geral, tal como no ranking do desenvolvimento humano, Goiás também se situa em 8º lugar com um índice de 0,691, acima do índice do país que é de 0,670.

Segundo a Síntese de Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2003), o Estado de Goiás conta com uma **população** jovem, contudo, está em uma fase de transição demográfica, ainda lenta, que passa por uma redução nas taxas de mortalidade e natalidade, contribuindo para o aumento do número de idosos. A queda na **taxa bruta de natalidade e taxa de fecundidade total** vem sendo observada tanto na Região Centro-Oeste como no País, entretanto Goiás apresenta índices menores do que a região mencionada e do país, o que lhe garante uma média geométrica de crescimento maior. A queda nestas duas taxas pode ser influenciada por diversos fatores como a urbanização, pela crescente adoção de métodos contraceptivos, à mudança no comportamento da mulher

incluindo sua maior inserção no mercado de trabalho e também pelo aumento no índice de escolaridade dessas mulheres.



No período de 1992 a 2003, a **esperança de vida** ao nascer em Goiás aumentou de 67,5 para 70,3 anos. Provavelmente, este aumento se deu devido à melhoria nas condições de vida e de acesso da população às ações e serviços de saúde. A queda nas taxas de mortalidade infantil contribuiu também para este aumento junto ao incremento da urbanização, da escolarização e organização dos serviços de saúde. A esperança de vida aos 60 anos em Goiás tem aumentado progressivamente, o sexo feminino apresenta uma maior esperança de vida. O índice no Estado foi de 17,89, não diferindo muito do restante do país em 2003. O índice de **envelhecimento** - número de pessoas de 65 anos e mais de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos, em 2003 foram de 28,5, sendo que no Centro-oeste 26,4 e no Brasil 35,4.

A **razão de dependência** foi de 61,54 em 1992 pessoas potencialmente inativas para cada grupo de 100 pessoas em idade ativa. Em 2003 essa razão reduziu para 51,64 (DATASUS, 2003). Já a razão de sexo que expressa a relação quantitativa do número de homens para cada 100 mulheres, foi de 98,7, sendo o valor maior que o da região Centro-oeste e do País, (PNAD/2003).

A taxa de urbanização em 2003 no Estado foi de 87,7, maior do que na região Centro-oeste e no País com os percentuais de 86,1 e 84,3 respectivamente. A população residente em Goiás em 2003 foi de 5.329.322 habitantes, sendo 2.647.315 de homens, 2.682.007 de mulheres. Quanto à situação de domicílio, 4.675.664 urbana e 653.658 rural. (IBGE, 2003).

Em referência à **população rural**, o censo de 2000 demonstra que em Goiás esta representa apenas 12,12% do total de habitantes e em 2003 este número continuou pouco alterado, passando para 12,3%. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (2003), existem 182 projetos de assentamento em Goiás, distribuídos em 58 municípios e com capacidade para aproximadamente 10.933 famílias. O número de famílias assentadas soma 8.136, das quais 118 são tituladas e 8.018 não tituladas.

Um dado relevante é a distribuição das propriedades rurais segundo porte em Goiás, uma vez que ocorre uma grande concentração de terras (54,33%) em um pequeno número de propriedades de grande porte (8,25%). Inversamente, a quantidade de propriedades rurais de pequeno porte representa 70,47% do total, porém, com apenas 16,26% das terras do Estado (SEPLAN/SEPIN, 2003).

Segundo dados do IBGE (2003), a população não natural, **migrações**, representaram uma fatia de 27,8% do total da população. Este fenômeno contribuiu para o aumento da taxa de crescimento populacional. Os estados que mais contribuíram com o número de migrantes foram Minas Gerais seguido pelo estado da Bahia.

Em relação à composição da **economia** do estado de Goiás, esta se baseia na produção agrícola e na pecuária; no comércio e nas indústrias de mineração; alimentícia; de confecção; mobiliário; metalúrgica; e madeireira. Na agricultura destaca-se a produção de arroz, café, algodão herbáceo, feijão, milho, soja, sorgo, trigo, cana-de-açúcar e tomate. A criação pecuária inclui 18,6 milhões de bovinos, 1,9 milhões de suínos, 49,5 mil bubalinos, além de equinos, asininos, ovinos e aves. O estado de Goiás produz também água mineral, amianto, calcário, fosfato, níquel, ouro, esmeralda, cianita, manganês, nióbio e vermiculita. (SEPLAN/SEPIN, 2003)

O Produto Interno Bruto per capita em Goiás foi de R\$ 5.922 e o do País foi de 7.630,93. Já o **Índice de Preços ao Consumidor - IPC FIPE** - que detecta a evolução do custo de vida das famílias - foi no ano de 2003, de 7,71% - amplitude de renda de 1 a 20 salários-mínimos (IBGE,2002).

Apesar da renda média mensal ter aumentado nos últimos anos -R\$ 594 em 2003, a proporção de pobres tem se mantido estável com 27% da população com renda familiar per capita com até meio salário-mínimo, o que sugere certa **desigualdade social**. A renda média

de 1% da população mais rica em Goiás no ano de 2000 foi de R\$ 27.858,24, e no Brasil foi de R\$ 23.388,43, contra R\$ 1.482,91 da média da população goiana, e R\$1.608,81 da população do Brasil. A relação entre a renda média dos ricos e a renda média da população foi em Goiás de 18,79 e no Brasil de 14,54.

A flutuação do **nível de emprego** em 2003 teve o número de 301.347 admitidos, 280.568 desligados, com um saldo de 20.779. Já a população economicamente ativa em 2003 foi de 2.695.971, com uma participação de 50,59% da população e uma taxa de desocupação de 8,31%. Quanto à posição na ocupação do trabalho principal, em primeiro lugar encontra-se o comércio e prestação de serviços, seguida da atividade agrícola (SEPLAN/SEPIN/GO).

Em relação à **educação** o Estado apresentava uma taxa de alfabetização maior do que a nacional, sendo que no ano de 2003, foi de 88,4%. É notória a ligação entre a alfabetização de adultos com melhoria da saúde, maior renda, cidadania mais ativa e a educação das crianças. (IBGE, 2003).

Com relação à média de anos de estudo da população de 7 anos ou mais, por grupos de idade, (IBGE,2003), a faixa etária de 20 a 24 anos é que tem a maior média, tanto em Goiás como no resto do País. Nota-se, também, uma média de anos de estudo maior entre as mulheres, sendo que este índice aumenta entre as ocupadas. Segundo pesquisa da Funap/IBGE, esta média de anos de estudo influencia na Taxa de Mortalidade Infantil. No ano de 1999 apurou-se que, no Brasil, entre o grupo de mães com menos de 4 anos de estudo houve 93 mortes em cada 1.000 crianças nascidas vivas. No grupo de mães com 4 a 7 anos de estudo houve uma proporção de 47,7/1.000 nv. e, no grupo com mais de 8 anos de estudo as mortes caíram para 29,7/1.000 nv.

As ações de **saneamento** abrangem, desde o abastecimento de água, o esgotamento sanitário e o cuidado com a destinação de resíduos sólidos, até obras de drenagem urbana, controle de vetores e focos de doenças transmissíveis. Inclui também a melhoria das condições de habitação e a educação sanitária e ambiental. A falta de saneamento básico além de prejudicar a saúde da população, eleva os gastos da saúde com o tratamento às vítimas de doenças causadas pela falta de abastecimento de água, sistema de tratamento de esgoto e coleta de lixo.

Em Goiás, apesar da melhora do acesso da população aos serviços de saneamento, há ainda um grande abismo entre os serviços ofertados às populações urbana e rural. Esta última conta com uma cobertura menor, o que pode acarretar no aumento de doenças infecciosas e transmissíveis e taxas de mortalidade. Segundo dados da Saneago, no final de 2003, 83% da população do Estado contavam com sistema em operação da **rede de água**. Os dados para a área urbana eram de 83,5% de cobertura e a rural de 17,43%. Estes mesmos dados para o País eram no mesmo ano de 91,44% para a área urbana e 25,68% para a área rural.

No que diz respeito à **rede de esgoto** em 2003, 33% da população era atendida pelo serviço. Já a cobertura na área urbana em 2002 era de 37,35% e na área rural 1,12%. Os dados para o País no mesmo ano eram de 74,92% na área urbana e 15,96% na rural (IBGE/PNAD, 1992-2003). Fica demonstrada a baixa cobertura de serviços de esgoto, sendo que Goiás apresenta índices menores que os do País.

A cobertura de coleta de **lixo** no ano de 2003 era de 98,2% na zona urbana e 16,51% na rural de acordo com dados do IBGE (2001-2003). No País, no mesmo ano, a cobertura foi de 96,01% para a urbana e 19,14% para a rural, notando-se uma semelhança nos dados encontrados.

No que diz respeito ao **índice de exclusão social** em Goiás, este foi de 0,549 sendo que a média no Brasil foi de 0,527. Sua função é medir a qualidade, o resultado do acesso à educação, ao trabalho, à saúde, renda, moradia, transporte e informação e, segundo parâmetros, quanto maior o índice melhor a situação social (Atlas da Exclusão Social no Brasil, 2003). O **acesso à saúde**, segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio – PNAD, (2003), em um período de duas semanas, a porcentagem das pessoas que procuraram por serviço de saúde e que foram atendidas foi de 98,1% contra 1,9% das não atendidas.

Ao se considerar a população brasileira é imprescindível fazer um recorte em relação à **raça e etnia** para melhor compreender a construção social nas diversas regiões do País. No que se refere à desigualdade racial, de acordo com os dados do IBGE (2003), a população de Goiás está distribuída em 43,8% de pessoas brancas, 55,9% de negros e 0,3% de amarelos e indígenas, sendo que integram nas duas primeiras categorias incluem-se os pretos com 4,3% e os pardos com 51,6%. A questão da escolaridade da população negra no Estado

demonstra bem as dificuldades que esta população enfrenta em seu desenvolvimento. A taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade para os **brancos, pretos e pardos** atinge 8,3%, 19,2% e 12,5% respectivamente, o que demonstra que os dois últimos grupos estão bem aquém dos brancos no acesso à educação, sendo que os negros, se comparado ao primeiro grupo, atingem mais do dobro de pessoas analfabetas. Além disso, brancos estão com uma taxa menor que a do País e pretos e pardos estão acima.

Em relação ao desenvolvimento humano relacionado aos aspectos raciais, vale observar que, segundo Marcelo Paixão economista e professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PNAD / PNUD, 2001), coordenador do Observatório Afro-brasileiro “das sete cidades onde os negros têm alto IDH, três ficam em Goiás”. Entre as capitais brasileiras, somente Brasília, Goiânia e Vitória estão na lista.

A média de anos de estudo da população de 10 anos ou mais de idade, completa esse panorama, uma vez que a média do Estado está em 6,3 anos, os brancos atingem 7 anos e os pretos e pardos 5,2 e 5,7 anos respectivamente. Quanto à escolaridade dos brancos e negros do Estado por faixas etárias, observa-se certa diferença percentual entre 5 a 6 anos de idade, uma equiparação na faixa de 7 a 14, e a partir daí, um distanciamento percentual, com vantagens para a população branca, atingindo a diferença de 6,5% entre 20 a 24 anos. Uma vez comparado à média de anos de estudo com o rendimento médio mensal, pode-se observar que os negros estudam aproximadamente dois anos a menos que os brancos e também percebem 1,45 salários mínimos a menos.

Em termos de ocupação da população de Goiás, chama a atenção os grupos de trabalhadores domésticos em que os negros são em dobro dos brancos, já em relação aos empregadores ocorrem o contrário, sendo os brancos o dobro dos negros.

Em relação a indicadores de saúde, segundo raça, também é possível destacar diferenças significativas entre grupos populacionais em Goiás. Uma realidade é a mortalidade infantil, em que a taxa (óbitos por 1.000 nascidos vivos) é de 22,45 e que, uma vez considerado as raças, os brancos ficam com 19,87 e os negros com 24,38. A mortalidade na infância mantém a mesma proporção, sendo que o Estado possui uma taxa de 24,54, os brancos 20,23 e os negros 27,79.

Quanto à fecundidade das mulheres de Goiás, considerando uma série histórica entre 1993 a 2000, observa-se um decréscimo na quantidade de filhos, tanto das mulheres negras quanto das brancas. Entretanto, mesmo com a tendência de queda na fecundidade, existe uma diferença média de 1,5 filhos a mais para as mulheres negras.

No que se refere à adolescência, observa-se um panorama ainda mais preocupante, já que a fecundidade destas mulheres em Goiás entre 10 a 19 anos alcança 20,57% do total de nascimentos em 2000. Entretanto, no detalhamento deste percentual as adolescentes negras e brancas, alcançam 21,18% e 19,74% respectivamente, demonstrando que, de uma maneira geral, as negras têm engravidado mais que as brancas.

Ao se observar a questão da esperança de vida ao nascer, uma série histórica entre 1993 a 2000 demonstra que houve um aumento significativo de anos para a população negra, que obteve em 1993 uma expectativa de 64,7 anos e em 2000, 68,5 anos, ou seja, uma média de aumento de quatro anos. Entretanto, mesmo com esse significativo crescimento, este grupo populacional detém uma expectativa inferior ao grupo de pessoas brancas que obtiveram 68,4 anos e 71,4 anos em 1993 e 2000, respectivamente. Quanto à esperança de vida aos 65 anos de idade, também é claro a diferença entre negros e brancos, sendo que estes últimos vivem em média 0,77 anos a mais, a partir desta idade.

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

Atualmente essa comunidade conta com 3.000 pessoas. Seu território encontra-se em fase de demarcação e está dividido em cerca de cem agrupamentos com várias denominações, onde os núcleos principais estão em cinco agrupamentos. De acordo com levantamento da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), 57% dos partos dos Kalunga, em 2003, foram feitos por parteiras; enquanto 13% desse total por médicos. O parto domiciliar é uma realidade nesta comunidade.

Os **povos indígenas**, de acordo com o relatório da Coordenação Regional de Saúde / Pólo base Goiânia – Funasa (2004) em Goiás se compõem em quatro etnias: Karajá, Tapuia, Avá-Canoeiro e Guarany. Estes estão aldeados nas localidades de Birindina / Ariká (município de Aruanã); Aldeia Carretão (municípios de Rubiataba e Nova América); Aldeia

Avá-Canoeiro de Serra da Mesa (município de Minaçu) e os Guarany, residindo nas cercanias da cidade de Cocalinho – MT, mas que são assistidos pelo pólo base Goiânia.

Nos últimos anos as comunidades indígenas em Goiás sofrem problemas sociais como o alcoolismo que entre estes povos é a principal causa direta do índice de morbidade por atos violentos, como os traumatismos diversos e lesões decorrentes destes atos como ferimentos por arma branca e traumatismo crânio-encefálico, onde, em muitas vezes, as vítimas são mulheres. A comunidade Karajá de Aruanã padece do grave problema da prostituição, principalmente em épocas de temporada de praias e grandes eventos realizados na cidade, quando então ocorre um alto índice de gravidez precoce entre as adolescentes daquela comunidade.

3.3. ANÁLISE EM RELAÇÃO ÀS LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Nessa análise, serão considerados quatro níveis de atenção à saúde: a atenção básica, atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar e os serviços de urgência e emergência.

Em Goiás, a estruturação do nível de atenção primária, busca continuamente, a inclusão da população no sistema de saúde, visando à melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida. Para isto, a estratégia de Saúde da Família, alcançou uma taxa de cobertura que por si só expressa seu grau de importância na aplicação da política estadual na área da Atenção Básica. De acordo com o Datasus (2003), o Programa de Saúde da Família - PSF está implantado em 96,74% dos municípios goianos, onde atuam aproximadamente 6.782 agentes comunitários de saúde do - PACS e 830 equipes de saúde da família que assistem regularmente mais de 2,3 milhões pessoas.

Ao se analisar a evolução do PACS e PSF, este último obteve uma linha de tendência crescente em termo do número de pessoas cadastradas, principalmente a partir do ano de 2000, sendo que no final de 2003 o número de pessoas mais que triplicou. Quanto ao PACS, ocorreu um leve aumento dessas pessoas entre 1998 a 2000, e uma a tendência de queda nos anos seguintes.

Os programas de atenção básica a serem desenvolvidos pelos municípios enfocam prioritariamente a hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. A expansão destes programas no Estado está diretamente relacionada com a ampliação da cobertura do PSF ao se observar que o crescimento das equipes e do número de famílias cobertas coincide com a ampliação dos programas para os anos analisados. Pode-se destacar como exemplo, o programa de hanseníase que em 2000 contava com aproximadamente 5.000 pessoas cadastradas e acompanhadas, passando para 30.000 em 2003.

No tocante organização dos serviços de atenção à saúde é imprescindível destacar a implantação do Plano Diretor de Regionalização – PDR, como principal ação estratégica para garantir a integralidade da assistência à saúde. O processo de elaboração do PDR iniciou no estado de Goiás em 2001, com ampla discussão com os gestores municipais, controle social, técnicos das outras áreas da SES, conforme estabelecia a Norma Operacional de

Assistência à Saúde/NOAS/01-02 na consolidação do processo de descentralização por meio da regionalização da assistência a saúde no estado de Goiás.

Os critérios utilizados para elaboração do PDR foi o levantamento dos dados epidemiológicos, características demográficas e geográficas, distância e tempo para acesso a serviços, nos fluxos do usuário na rede de serviços de saúde, tipo de habilitação e situação dos Conselhos Municipais de Saúde em cada município. No PDR, além do desenho territorial das regionais de saúde no Estado, consta o levantamento de toda a capacidade instalada dos serviços de saúde cadastrado no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, desenho das principais redes de serviços especializados de média e alta complexidade, Programação Pactuada e Integrada – PPI, baseada nos parâmetros de necessidades da população, Plano Diretor de Investimento – PDI para suprir as lacunas existentes em equipamentos assistenciais e o Plano Diretor de Controle, Regulação e Avaliação.

O PDR/GO foi conformado em 16 Regiões de Saúde, 38 Microrregiões de saúde e 58 Módulos Assistenciais e os seus respectivos sub-planos mencionados anteriormente, cujo desenho constitui-se, a partir de então, a base orientadora para o planejamento de todas as ações na área da assistência à saúde, estabelecendo, portanto, o processo de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde na esfera estadual.

No que refere aos gastos totais em saúde do tesouro estadual, Goiás investiu em 2000 um montante de 107,8 milhões com um crescimento de 139,23% até 2002, em 2003 esses gastos decresceram em 10,28%, voltando a crescer em 2004 aproximadamente 55,94%. Ao detalhar esses gastos, segundo níveis de atenção, pode-se verificar uma grande concentração de recursos na assistência hospitalar e ambulatorial, este nível, ainda, é o que mais demanda recursos no SUS estadual. Em segundo lugar, estão os gastos com suporte profilático e terapêutico, entretanto com um aporte bem inferior. Os demais níveis permanecem estagnados e com baixos investimentos frente ao montante.

No tocante aos **equipamentos médico-hospitalares**, estes vêm sendo utilizados cada vez com mais intensidade no setor saúde. Sua importância no apoio ao diagnóstico e em algumas terapias ou processos terapêuticos, além dos custos adicionais que representam para o setor saúde, fez com que se tornassem um objeto essencial de pesquisa em sua utilização. Em Goiás, pode-se demonstrar algumas informações relevantes, como segue.

A respeito da rede de aparelhos de *ultra-sonografia doppler colorido*, pode-se dizer que ocorre uma grande concentração na Microrregião Central; uma ausência nas Microrregiões Norte e Serra da Mesa e uma distribuição bastante inferior, porém uniforme, no restante. Quanto à *ultra-sonografia ecográfica*, mantém-se a mesma lógica de concentração na Central, sendo que a Pireneus e a São Patrício aparecem em segundo lugar, com um pouco mais de equipamentos que o restante das Microrregiões e a Nordeste que aparece bem inferior a todas. É válido lembrar que este comportamento também ocorreu com a distribuição de *eletrocardiógrafo*.

Chamam atenção, também, à baixa quantidade de mamógrafos simples e mamógrafo com estereotaxia. Este segundo aparelho possui um quadro ainda mais caótico, já que está ausente na grande maioria das microrregiões. Novamente observa-se uma concentração de ambos na microrregião Central.

Quanto aos aparelhos de raios X, principalmente aqueles com até 500 mA, observa-se sua presença em todas as microrregiões. Os de maior porte, porém, aparecem com menos intensidade.

Os aparelhos da hemodiálise também aparecem em maior número na microrregião Central, seguida da Centro Sul, Entorno Norte, Pireneus, Sudoeste I, Estrada de Ferro e Sul que apresentam aproximadamente a mesma quantidade. Quanto a tomografia e ressonância magnética, suas presenças são também marcantes na microrregião Central, havendo a ausência destes aparelhos em seis e treze microrregiões, respectivamente.

Agora, ao se considerar a análise acima em termos de quantidade de equipamentos por 100.000 habitantes, o panorama muda um pouco, já que ocorre uma uniformidade maior na distribuição entre as microrregiões ou até uma inversão nas concentrações registradas. É o caso do aparelho *ultra-sonografia ecográfica*, onde as Microrregiões Oeste I, Oeste II e Norte se apresentaram superior à Central; do mamógrafo simples, em que a Sudoeste II está também acima da Central; do Raio X de 100 mA, onde a Oeste I, Oeste II, Serra da Mesa e São Patrício estão superior a Central, Pireneus e Estrada de Ferro (que em termos absolutos de equipamentos estavam superiores que as anteriores); do *eletrocardiógrafo*, que a maioria aproximou proporcionalmente à Central; da hemodiálise, em que houve uma aproximação da Entorno Norte à Central; e tomógrafo, que registrou uma aumento da Microrregião Sudoeste II.

Quanto à assistência e rede de estabelecimentos de saúde, na rede ambulatorial verifica-se uma maior oferta de unidades de Saúde da Família com 27,4%, seguida de Consultórios e Outros Serviços de Diagnóstico e Terapia. Em relação ao número de unidades por tipo de prestador, constata-se uma porcentagem de 60,5% de prestadores público municipais.

Na **rede hospitalar** observa-se uma maior oferta do setor privado com fins lucrativos e filantrópicos, isto representa em percentuais 60,0 dos hospitais e 74,9 dos leitos (DATASUS, 2003). De acordo com o MS, o estado de Goiás destaca-se por apresentar a maior razão e proporção de estabelecimentos classificados como de alta complexidade entre os estados brasileiros, respectivamente 0,16 estabelecimento por 10 mil habitantes e 4% do total de estabelecimentos cadastrados (DATASUS, 2003).

Segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/CNES, (2003), existem 378 unidades hospitalares em Goiás com potencial de realizar internações, com seus 19.832 leitos hospitalares cadastrados. Desses leitos, 73,2% estão destinados ao SUS. Entre esses estabelecimentos, 23% estão instalados na microrregião Central - Goiânia, seguidos pelas São Patrício 9,2% e Centro Sul 8,5 %. Enquanto que as microrregiões do Entorno Sul e Nordeste encontram-se com 1,8% de estabelecimentos hospitalares instalados. Em termos de leitos por mil habitantes, Goiás (MS, 2003) alcança a ordem de 3,7, sendo que o parâmetro segundo o MS é de 2,5 leitos/ 1000 hab. O número de leitos hospitalares do SUS por 1.000 habitantes é de 3,23 leitos/1000 hab, sendo que 0,98 públicos, 2,19 privados e 0,06 universitários.

Em Goiás, existe uma significativa pulverização de leitos em pequenos hospitais, com 10% destes localizados em estabelecimentos de saúde com menos de 30 leitos, representando 43% da rede hospitalar e consumindo mais de R\$ 300 milhões/ano. A maioria desses hospitais - 70% - está localizada em municípios com menos de 30 mil habitantes e, com frequência, representam a única possibilidade de internação local, (MS, 2003).

Na assistência, o número de **consultas médicas** pelo SUS em 2003 foi de 2,3 por habitante/ano, o MS estabeleceu um parâmetro de 2 a 3 por habitante/ano. O número de consultórios médicos para cada 10.000 habitantes no mesmo ano era de 6,9 e o de equipamentos odontológicos era de 3,1/10.000 hab. O número de Internações hospitalares foi de 7,8 / 100 habitantes ano, os parâmetros do MS são de 9 / 100 habitantes ano. A proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade, apresenta-se o seguinte ranking em

ordem crescente: clínica médica 46,33%, cirúrgica 23,34%, obstétrica 16,33%, pediátrica 10,25%, psiquiátrica 3,12%, psiquiátrica - hospital/dia 0,22% e outras especialidades 0,41%. Os Parâmetros adotados pelo MS segundo ocorrência de internações por clínica são: obstétrica 30%; cirúrgica 25%; pediátrica 20%; médica 20%; psiquiátrica 4%, (Datusus, 2003).

Em relação ao número de internações de pacientes de outros Estados, no ano de 2003, em primeiro lugar aparecem pacientes do estado do Tocantins com 1.922, seguido do Mato Grosso 1.599 e Distrito Federal com 1.165. No geral, quase todos os Estados referenciam para Goiás, contribuindo com 2% do total de pacientes internados no ano em referência.

A SES/GO propôs um novo modelo de atuação no que se refere aos atendimentos de **urgência e emergência** tendo como base o desenvolvimento dos seguintes programas: programa de prevenção e promoção de qualidade de vida e saúde; programa de atendimento pré-hospitalar móvel; programa de atendimento pré-hospitalar fixo e hospitalar; atenção às urgências psiquiátricas; sistema de atenção pós-hospitalar; Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER; programa de capacitação profissional e educação em urgências - Centro Formador de Recursos Humanos da SES; programas de instalação e operação do complexo de regulação da assistência do SUS.

Quanto à rede de atendimento às urgências e emergências, o Estado implantou o programa Ambulatório 24 horas, que atualmente funciona em 53 unidades instaladas em 43 municípios, distribuídas em todas as regiões, abrangendo diretamente uma população de 3.197.117 pessoas. Está prevista ainda a instalação de mais 10 unidades (SES/GO/SPLAN, 2003). Estas unidades de saúde funcionam 24 horas por dia, durante toda a semana, apresentando expressiva melhora na resolutividade do atendimento às urgências e emergências médicas. São oferecidos cobertura de serviços de assistência médica ambulatorial, a saber: especialidades básicas; atendimento às urgências médicas e odontológicas, com recursos de exames complementares; distribuição de medicamentos; execução de atividades de prevenção junto à população local e procedimentos cirúrgicos de pequeno porte. Nesse trabalho conjunto, o Governo do Estado, através da SES/GO, garantiu reformas e adequações das unidades, equipamentos complementares e ainda, mantém um incentivo financeiro mensal para pagamento de profissionais.

O Estado conta, também, com uma rede própria sob a sua gerência em Goiânia, sob gestão municipal, o que tem demandado um grande aporte de recursos financeiros do tesouro estadual. Esta rede constitui-se de: Hospital de Urgências / HUGO, Hospital Geral Especializado / HGG, Hospital de Referência em Doenças Infecto Contagiosas / HDT, Hospital Dermatologia Sanitária / HDS, Hospital de Medicina Alternativa / HMA, Hospital Materno Infantil / HMI, Centro de Odontologia Especializada, Laboratório de Saúde Pública / LACEN, Centro Integrado Médico Psicopedagógico / CIMP, Hemocentro / HEMOG, Maternidades Dona Íris /MDI, Maternidade N. Sra. de Lourdes/MNSL e Central de Medicamentos de Alto Custo/CMAC.

Todos os estabelecimentos estaduais - ambulatoriais e hospitais regionais, foram municipalizados ao longo do processo de descentralização em Goiás. A rede conveniada/contratada e as unidades públicas municipais de atenção em media e alta complexidade, localizadas em municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica permanecem sob gestão estadual.

No que se refere às ações de **transplantes de órgãos humanos**, a coordenação específica de Goiás segue as diretrizes e normas da Central Nacional de Notificação e Distribuição de Órgãos. Para o ano de 2003 foram realizados 894 transplantes, sendo 757 de córnea, 95 de rim, 37 de medula óssea e cinco de coração.

Em relação à **regulação** do sistema estadual de saúde a SES elaborou o seu Plano Diretor de Controle, Regulação e Avaliação do Estado de Goiás que propõem a criação de 13 Centrais de Regulação sob coordenação estadual, coincidindo com a proposta de implantação das 16 Regiões de Saúde (SES/PDR-GO, 2002). Os municípios escolhidos para abrigar as centrais são pólos microrregionais. Estas Centrais de Regulação estarão conectadas em rede com a Central Estadual de Regulação.

3.4. ANÁLISE SEGUNDO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE

Nesta dimensão serão tratados os seguintes aspectos: indicadores de mortalidade e morbidade; situação sanitária dos principais grupos de risco; e enfoque em algumas áreas estratégicas da atenção à saúde em Goiás.

Com relação à **mortalidade**, a taxa bruta é o coeficiente geral de mortalidade padronizado por idade (CGM) – que deve ser superior a 6,75 por 1.000 habitantes da população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total. Assim como, taxas baixas podem indicar problemas ou ineficiência nos registros dos dados.

Em Goiás segundo dados apresentados, a taxa bruta de mortalidade vem se mantendo estável nos últimos anos, o que difere um pouco do panorama do Brasil, em que houve um pequeno decréscimo. O Estado apresentou taxa de 5,8 em 1997, passando para 5,7 em 2003, sendo que, para o Brasil a taxa foi de 7,0 em 1997 e 6,3 em 2003, (IBGE/SEPLAN/SEPIN, 2002).

Considerando as causas de morte, em 2002, pode-se observar que o principal grupo de morte no Estado foi o de doenças do aparelho circulatório; seguido pelas causas externas, outras causas definidas e por último as neoplasias

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

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

As **demais causas definidas** apresentam uma homogeneidade nas faixas etárias, com um decréscimo somente entre *15 a 19 anos*. Merecem destaque neste grupo, os sintomas, sinais e achados anormais em exame clínico e laboratorial 34,38%, seguido das doenças do aparelho digestivo 22,15% e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas 18,09%. Essa identificação é importante porque se pode, por esses índices, avaliar a qualidade dos serviços de saúde existentes e disponíveis à população.

Quanto às **causas externas**, os óbitos do estado apresentam um comportamento crescente entre as faixas etárias até a idade de 19 anos sendo que, daí, ocorre um decréscimo da taxa, indicando que ocorrem mais óbitos na idade jovem, principalmente entre 15 a 19 anos. Ressalta-se que, neste grupo de causas, 37,29% são por acidentes de transporte e 33,52% por agressões.

Relacionado às causas externas, a violência tem sido um problema de saúde pública com repercussões em todos os setores. Os maiores índices de violência em Goiás se concentram na microrregião do Entorno do Distrito Federal e Região Metropolitana de Goiânia. Segundo a Secretaria Nacional de Segurança Pública, em 2002, a taxa de vítimas de homicídios registrados pelo MS segundo município de residência das vítimas, no Brasil, foi igual a 30,6 vítimas de homicídios registrados por 100 mil habitantes, enquanto a taxa para a RIDE-DF - Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno e Distrito Federal possuía valor correspondente a 34,2 vítimas de homicídios registrados por 100 mil habitantes. As cidades de Vila Boa e Cabeceiras destacam-se por possuírem as taxas mais altas, com valores respectivos de 149,8 e 132,4.

O município de Alexânia, integrante do entorno do DF, apresentou o maior crescimento percentual de vítimas por homicídio, com 377,8%. A imensa maioria das vítimas de homicídios, no entorno do DF, em 2002, é do sexo masculino 92%, sendo que a maior parte, 45% destas vítimas, possui entre 15 e 24 anos de idade. Em 1980, cerca de 60% dos homicídios registrados pelo MS, na RIDE-DF, era causado por armas de fogo e, em 2002, esse percentual foi aproximadamente de 80%. (SENASP/MJ, 2003)

Na comparação entre os dados de mortalidade específica por causas externas, percebe-se que entre o sexo masculino as maiores taxas de mortalidade estão nos homicídios, em primeiro lugar está o entorno de Brasília 62,15 ficando a RM de Goiânia com 58,72 / 100.000 habitantes, e nos acidentes de transporte, sendo que em primeiro lugar está a Região Metropolitana de Goiânia 46,81/100.000 habitantes contra 39,46 do Entorno do DF (Datusus/SIM, 2002).

As mortes do sexo feminino tanto para a Região Metropolitana de Goiânia - RM quanto para o Entorno do Distrito federal concentram-se nas causas externas com 31,26 e 24,97 / 100.000 habitantes respectivamente, com os acidentes de transporte em primeiro lugar com 13,47 para a RM de Goiânia e 10,82 para o Entorno do distrito federal (Ministério da Justiça, 2002).

Em relação à **morbidade** das doenças passíveis de prevenção por imunização, controle de vetores, doenças crônico-degenerativas, principais causas de internação hospitalar, foram extraídos do Relatório de Gestão 2003 e de relatório da área responsável pela vigilância em saúde na SES. Nesta área, destaca-se na SES a iniciativa Carment – Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Doenças não Transmissíveis, que vem sendo desenvolvidas desde 1999, e que conta com, além do município de Goiânia, 11 outros municípios em fase de implantação e implementação. A estratégia Carment inclui um conjunto de ações que vão do diagnóstico da situação, até as ações de prevenção e controle dos fatores de risco e seu monitoramento.

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

experimentação de bebidas alcoólicas. Esses dados confirmam a idéia de que a ocorrência desses fatores de riscos vem ocorrendo em faixas etárias cada vez menores, justificando a importância do investimento na prevenção o mais precocemente possível.

Em relação às internações por doenças não transmissíveis, excluindo-se as internações realizadas no SUS para o atendimento ao parto, gravidez e puerpério, as doenças do aparelho circulatório aparecem como principal causa de morbidade hospitalar no estado de Goiás, (DATASUS, 2003).

Ao lado da hipertensão arterial, o **diabetes** constitui um dos principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, sendo considerado como uma doença de proporções epidêmicas em todo o mundo, com um número crescente de casos novos, diagnosticados a cada ano. Foi o que revelou o Censo Nacional de Diabetes, concluído em 1998, quando avaliou a situação do diabetes em 9 capitais brasileiras, tendo mostrado dados verdadeiramente preocupantes, tais como: O diabetes atinge 7,6% da população brasileira, na faixa etária dos 30 aos 69 anos, atingindo cifras próximas de 20% na população acima de 70 anos. Em Goiás, conforme série histórica de 2000 a 2003, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 13,43% das internações realizadas no SUS e o percentual de internações por diabetes entre 2000 e 2003 encontra-se em torno de 1,20% em relação ao total de internações.

Ainda, quanto a hipertensão e diabetes ao se verificar o comportamento dos pacientes cadastrados e pacientes acompanhados entre 1998 a 2003 demonstrados pelo Datasus (2003), indica que tanto o programa de hipertensão quanto o de diabetes ampliou o número de cadastrados e acompanhados.

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

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

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

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

Quanto ao **câncer de próstata**, no mundo, o número de casos novos diagnosticados representa 15,3% de todos os casos incidentes de câncer em países desenvolvidos e 4,3% dos casos em países em desenvolvimento,. O câncer de próstata é o mais prevalente em homens sendo que a estimativa para Goiás em 2006 deverá ser de 43,78 por 100 mil habitantes.

Entre todos os tipos de câncer, este é considerado o câncer da terceira idade, uma vez que cerca de 75 % dos casos – no mundo – ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento acentuado das taxas de incidência tem sido influenciado pelo diagnóstico de casos latentes em indivíduos assintomáticos. As taxas aumentaram especialmente em regiões onde o rastreamento através do teste Antígeno Prostático Específico (PSA) é comum.

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

Em relação ao número de casos novos de **câncer de mama** esperados para o Brasil em 2006 é de 48.930, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Este tipo de câncer é o mais freqüente nas mulheres da região Centro-Oeste 38/100.000 habitantes, Goiás a taxa é de 34.

No tocante a **hanseníase**, Goiás apresenta altas taxas de detecção e prevalência, sendo necessário implementar atividades específicas para o efetivo controle visando à

eliminação. No período de 2000 a 2003 foram notificados 15.964 casos novos de hanseníase, com coeficiente variando de 5,9/10.000 hab. a 5,0/10.000 hab., conforme dados do SINAN/SPAIS, 2003.

Os casos em registro ativo, nesse mesmo período, foram de 22.259 casos, com coeficiente de prevalência variando de 10,55/10.000 hab. a 3,62/10.000 hab. O coeficiente de 3,62/10.000 hab. é considerado médio, conforme parâmetro estabelecido pelo MS. É importante ressaltar que no período analisado, ocorreram 826 casos novos em menores de 15 anos com coeficiente de 0,9/10.000 hab., considerado quadro hiperendêmico.

Quanto ao percentual de abandono de tratamento de hanseníase, no período em análise, observa-se a variação de 12% a 35%, considerando como precário conforme os parâmetros. A descentralização dos serviços e melhora da cobertura das atividades de controle da hanseníase é fundamental para a prevenção do abandono de tratamento, bem como a atualização das informações. O percentual de casos curados de hanseníase, apresentou variação de 67% a 83% no período em análise, também, considerado como precário conforme os parâmetros estabelecidos, isto mostra que os indicadores de hanseníase gerados pelo sistema de informação existente não estão satisfatórios, necessitando de ações corretivas, quer seja dos indicadores, quer seja do sistema de informação.

Quanto à **tuberculose** a detecção de casos pode ser considerada boa, apresentando taxa de 57% e a taxa de cura de 74% que ainda está abaixo do preconizado pelo MS (85%) e o percentual de abandono de 9,2% encontra-se ainda acima do aceitável (5%). Ao avaliar a série histórica (1984-2003) do coeficiente de incidência por 100.000 habitantes, dos casos novos de tuberculose pulmonar baculífero e todas as formas, pode-se observar que este tem mantido estável nos últimos anos. O percentual de cura ainda mantém-se abaixo do preconizado pelo MS (85%) e o de abandono ainda acima do aceitável (5%) (Datusus, 2003).

Com relação a **dengue** nos últimos cinco anos, o maior número registrado no Estado foi em 2002, com 28.282 casos notificados, representando um aumento de 110% em relação a 2001. Houve uma queda no número de casos nos anos de 2003, segundo dados do Datusus, 2003.

Em Goiás, foram detectados circulação autóctone dos sorotipos Den-I, Den-II e Den-III, sendo que o sorotipo Den III foi introduzido em 2002, desde então, observou-se uma dispersão mais ampla e mais rápida do vírus com um aumento considerável das formas mais graves da doença. Descentralizaram-se as coletas de isolamento viral através da aquisição de containeres de nitrogênio líquido e distribuição em 75% das regionais de saúde visando o monitoramento do vírus circulante de maneira mais ágil e eficaz. O exame sorológico está descentralizado em 06 municípios. Observa-se, ainda, um aumento das formas graves da doença nos últimos anos, isto se deve a interação de vários fatores.

Quanto às doenças infecciosas, destaca-se a **hantavirose**, que é enfermidade viral amplamente distribuída pelo mundo. A infecção ocorre principalmente pela inalação de aerossóis formados a partir de urina, fezes ou saliva de roedores silvestres. No ano de 2000, Goiás teve seu primeiro registro de caso, maior concentração na região do Entorno de Brasília. O índice de positividade em pesquisa de anticorpos para hantavirus capturados nesta região foi de 6,8%, superior à maioria dos índices obtidos nos demais estudos realizados em anos anteriores, exceto no ano de 1998. Entre o período de 2000 a 2003 houve vários casos confirmados de hantavirose em Goiás. Como no restante do Brasil a distribuição de casos confirmados por sexo demonstra predominância no sexo masculino, sendo que a grande maioria dos infectados desenvolve atividade agropecuária, Datasus, 2003.

A **raiva humana e animal** no estado de Goiás apresentaram nos últimos anos uma redução significativa, na última década foram registrados 26 casos animal e 01 humana. O último caso de raiva humana ocorreu em 2001 e de raiva canina ou felina ocorreu no ano de 2002, Datasus, 2003.

Quanto ao **tétano acidental** a incidência foi de 0,22 por 100.000 hab.no ano de 2003. A letalidade está em 50%, considerada muito elevada, quando comparada aos países desenvolvidos onde se apresenta entre 10 a 17 % (MS, 2002). No período de 1997 a 2003, 73% dos casos ocorreram no sexo masculino. Em relação à faixa etária, observa-se que foram registradas baixas incidências nos grupos menores de 15 anos e as maiores taxas na faixa de 60 anos ou mais de idade, ressaltando que houve uma redução do número de casos nesta última faixa etária a partir do ano de 2000, quando foi intensificada a vacinação com a dupla adulta, por ocasião da realização das Campanhas de Vacinação contra influenza, (SINAN, 2003).

Em relação ao **tétano neonatal** a OMS considera como meta para eliminação de menos 1 caso/1.000 nascidos vivos por distrito ou município. No período de 1983 até o ano de 1993 foram confirmados 337 casos de tétano neonatal - TNN em Goiás. A partir de 1994, o número de casos foi reduzido para 14, (SINAN, 2003).

Atualmente existem seis municípios de risco para o TNN em Goiás, ou seja, municípios com casos confirmados nos últimos cinco anos, concentrados principalmente na região nordeste do estado, com 50% dos casos, isto pode se explicar pela cobertura vacinal em mulheres em idade fértil nestes municípios que esteve bem abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde, 100%.

A **imunização** de rotina no Estado em 2003, para menores de um ano, conseguiu cobertura vacinal adequada somente para a vacina BCG, as demais vacinas ficaram abaixo do percentual ideal, assim como a homogeneidade para todas as vacinas. Entre as doenças que podem ser prevenidas por vacinação, destaca-se o sarampo, com significativa diminuição desde a epidemia de 1997. A incidência de tétano neonatal, coqueluche e difteria também vêm declinando, (SI – PNI, 2003).

Fatores como as baixas qualidades nos registros dos dados podem estar relacionadas às baixas coberturas. Em relação às Campanhas de Vacinação contra Poliomielite e contra Influenza as coberturas vacinais ainda não estão sendo atingidas.

A **doença meningocócica** apresenta-se sob três formas clínicas principais, meningite meningocócica, meningococemia e meningite meningocócica com meningococemia e sua distribuição geográfica é universal, apresentando casos durante todo ano, porém mais freqüentemente nos meses frios (FUNASA, 2002).

De acordo com dados do SINAN/SPAIS/SES-GO, 2003, um total de 682 casos de doença meningocócica (DM) foi registrado no período de 1997 a 2003, com média de 85 casos por ano. Observou-se um decréscimo importante no número de casos, de 110 em 1999 para 43 em 2003, sendo 1998 o ano com o maior registro, 150 casos. A incidência variou entre 3,16 casos/100000 habitantes em 1998 e 0,81 em 2003. A letalidade média ficou em 24,08%, com o menor índice, 11,96%, no ano de 2000. Em 2003 a letalidade esteve acima da média, 37,21%.

A faixa etária de 1a 4 anos de idade foi a que registrou o maior número de casos, exceto em 2003, no entanto, o grupo de maior risco foi o de crianças menores de um de ano.

A incidência nesta faixa etária foi maior em todos os anos, com exceção do ano 2002, cuja faixa etária com maior índice foi a 1 a 4 anos .

A partir do ano de 2000 foi observada uma acentuada diminuição dos casos com sorogrupos não identificados. Isto ocorreu provavelmente devido à descentralização dos Kits para realização de cultura para os principais hospitais de referência do agravo no Município de Goiânia. A partir de 2001 ocorreu uma redução de casos pelo sorogrupo “B” e um aumento pelo sorogrupo “C”, apresentando uma inversão no percentual de casos de sorogrupo “B” e o Sorogrupo “C” em relação aos anos anteriores.

Quanto a **AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida** o índice no Estado, de 3,6 óbitos por 100 mil habitantes é quase metade do nacional, que foi de 6,1 por 100 mil,. Assistência descentralizada, distribuição de remédios e avanço das terapias elevaram expectativa de vida. A exemplo do que ocorre no restante do País, a mortalidade por AIDS em Goiás está em franca redução. No Estado, a taxa chegou a quase 5 óbitos por 100 mil a uma década. Morre-se menos por AIDS em Goiás do que nos outros Estados das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste.

A partir dos dados gerados pelo SINAN, 2003, pode-se observar que existe um comportamento estável quanto ao número de casos de AIDS notificados no período de 1984 a 2003. Sendo que, nesta série histórica, para o sexo masculino, houve um pico no ano de 1998 com 529 casos e, em seguida, uma média de 330 casos nos anos seguintes.

3.4.1. Situação Sanitária dos Principais Grupos de Risco

Nesta categoria, serão apresentados, de maneira geral, os principais dados, indicadores e informações que dizem respeito aos grupos de risco existentes no estado de Goiás, com destaque para os negros, os índios, a população do campo, as crianças, os adolescentes/jovens, as mulheres, os idosos, os trabalhadores e os portadores de deficiências.

3.4.2. A Desigualdade Racial na Saúde

No que se refere às condições de saúde da população de Goiás, o IBGE (1998) mostrou diferenças percentuais entre brancos e negros, 38,13% e 36,17% respectivamente. No que se refere à declaração das pessoas adultas que se consideram saudáveis, havendo uma diferença aproximada de 2% a menor para os negros. Quanto à população adulta que se encontra em boas condições de saúde, para o grupo dos brancos encontra-se 56,17% das

peessoas, enquanto que para os negros 53,53%. No que se refere à quantidade de pessoas que apresentavam algum problema de saúde, os brancos obtiveram um percentual de 6,56% e os negros 7,7%.

3.4.3. Crianças, adolescentes e jovens

Em 2003, 51% das famílias brasileiras contavam com pelo menos uma criança na faixa etária de 0 a 14 anos - pessoas em fase de crescimento biológico e psico-social, com necessidades nutricionais, educacionais, entre outras. Portanto, as condições socioeconômicas das crianças refletem, basicamente, a situação de suas famílias. Nesta etapa inicial do ciclo de vida das famílias, 38% delas viviam com rendimento médio familiar *per capita* de até 1/2 salários mínimos. O estado de Goiás se posiciona em uma faixa intermediária de 34,6 em nível nacional. Por outro lado, as famílias que contam com melhores rendimentos ainda são poucas no Brasil, apenas 2,8% têm um rendimento per capita superior a cinco salários mínimos. Em Goiás a situação é também semelhante à média nacional com 2,4%.

É importante assinalar que as atividades de estudo, trabalho e afazeres domésticos fazem parte do cotidiano dos jovens. Entre 1993 e 2003, houve um crescimento significativo dos adolescentes de 15 a 17 anos que tinham o estudo como atividade exclusiva, passando de 40,7% para 60,9%. No caso dos jovens de 18 e 19 anos, mesmo tendo durante a década de 1990 se reduzido o percentual daqueles que somente trabalha, o percentual referente aos que tem o estudo como atividade exclusiva é de apenas 30,4%, semelhante a Goiás com 29,6%. Em relação ao contingente dos que trabalham e estudam o percentual chega 21,3%, com um pequeno acréscimo para Goiás com 25,2.

A desnutrição na infância se expressa pelo baixo peso, atraso no crescimento e desenvolvimento e maior vulnerabilidade às infecções. Ela evidencia uma situação de miséria, na qual o crescimento do indivíduo sofre retardo nos últimos anos. Uma boa nutrição concorre para a prevenção de infecções graves na infância, incluindo as respiratórias e doenças diarreicas. Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/ 1997/ WHO 2001c), o número absoluto e relativo de mortes por doenças infecciosas vem declinando no Brasil, contudo as doenças diarreicas e as doenças respiratórias agudas, cuja melhor proteção consiste no aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida da criança, seguida por alimentação complementar oportuna e apropriada, permanecem como causas importantes

de mortes entre crianças. De acordo com dados do MS, o Estado de Goiás tem obtido quedas significativas nos casos de desnutrição.

Em Goiás, os dados sobre nutrição representam em 2003 aproximadamente 2% do total de casos do Brasil. No que se refere ao número de crianças desnutridas em Goiás, comparadas ao total de crianças nas faixas etárias de menor de 1 ano e 12 a 23 meses o valor representa 12,51% no mesmo ano. Pode-se observar, a partir de uma série histórica dos números de casos de desnutrição, segundo Datasus, 2003, onde se percebe que as maiores quantidades destas notificações estão na faixa etária 12 – 23 meses, com um comportamento de crescimento para as duas faixas entre 1999 a 2001 e uma tendência de decréscimo para 2003.

Em relação aos **nascidos vivos** segundo dados de 2003 (IBGE), conforme o grau de instrução da mãe, o maior número ocorreu na faixa de 4-7 anos de estudo, já em relação à faixa etária da mãe, a faixa que obteve maior número de nascidos vivos foi a de 21 a 30 anos com 55,44% do total. A idade materna está relacionada às condições de risco para o recém-nascido como prematuridade e baixo peso ao nascer, mais freqüente entre os nascidos de mães adolescentes e idosas. O risco de morte materna também é maior para as idades extremas menor de 17 anos e maior de 35 anos.

A **taxa de mortalidade infantil** é um dos principais indicadores de saúde pública, utilizado como indicador geral e específico. Como indicador de saúde geral, expressa, em associação com outros indicadores, a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre grupos sociais e regiões. Como indicador específico, revela as condições de saúde do grupo materno-infantil.

De acordo com dados do IBGE, (2002) esta taxa vem diminuindo no Estado progressivamente, aproximando-se do parâmetro considerado mínimo. São consideradas altas as taxas acima de 50 óbitos por mil nascidos vivos (NV), médias entre 20 e 40 óbitos por mil NV e baixas abaixo de 20 óbitos por mil NV. Diversos são os fatores que contribuem para esta queda, entretanto, a educação deve ser destacada, pois níveis mais elevados de educação estão associados ao melhor planejamento familiar e conseqüentemente à redução do número de filhos e a procura precoce por cuidados médicos, melhor alimentação e higiene, o que aumenta a probabilidade de vida das crianças. A taxa de mortalidade infantil, de uma forma geral, houve um decréscimo, tanto no Brasil como no Estado, entretanto este último com uma

maior queda. Goiás apresentou taxa de 28,6 em 1997 e de 20,07 em 2003, sendo que, para o Brasil a taxa foi de 36,7 em 1997 e 27,5 em 2003, (IBGE/SEPLAN/SEPIN, 2002).

No que se refere à mulher, a proporção da população feminina do Estado em idade fértil 10-49 anos, no ano de 2003 foi de 66,9% (IBGE). A mortalidade materna é um indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher.

As mortes de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, são, atualmente e em sua maioria, passíveis de prevenção e evitáveis. A taxa de mortalidade materna acima de 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos pode ser considerada elevada. Países desenvolvidos têm taxas de mortalidade materna de 4 a 8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Em Goiás as mortes maternas têm diminuído, contudo ainda se encontram em um patamar alto. De acordo com dados do MS a Razão de Mortalidade Materna em 2002 e 2003 foi em torno de 49,7 e 37,3/100.000 NV respectivamente. Deve-se destacar que para este cálculo não são consideradas as mortes fora do período do puerpério de 42 dias.

A cobertura de **consultas de pré-natal** em 2002 apresentou um percentual de 56,32% de gestantes com sete ou mais consultas e 2,09% com nenhuma consulta. O percentual de gestantes cadastradas e acompanhadas - gestantes cadastradas e que receberam pelo menos uma visita domiciliar pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS no mês de referência por zona urbana foi de 89,2 para ambas as situações, a zona rural teve 10,8% de gestantes cadastradas e acompanhadas.

A **proporção de partos cesáreos** em 2003 foi de 22,20%. A organização Mundial da Saúde preconiza que entre 5 e 15% de partos necessitem de intervenção cirúrgica (WHO, 1998). Proporções acima dessa faixa implicariam não somente em aumento desnecessário dos gastos com nascimento, mas, sobretudo, implicariam em submeterem gestantes e recém-nascidos a maiores riscos.

Para a redução da mortalidade materna, o Estado vem efetivando políticas que garantam a atenção integral e de qualidade à mulher, focando o planejamento familiar, educação e orientação quanto à saúde reprodutiva, assistência ao pré-natal, cuidados especiais às gestantes de alto risco, tratamento das emergências obstétricas, qualidade do parto e do puerpério e acompanhamento pós parto.

Quanto aos **idosos**, a expectativa de vida no Brasil no último século aumentou de 34 para 66 anos, podendo chegar a 72 anos em 2020. A população idosa em vinte anos (1980-2000) cresceu 86,7% e atualmente equivale a 7,8% da população total, o que representa aproximadamente 14 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em Goiás esta taxa é de 6,25%, aproximadamente 338.000 pessoas. É notório que na medida em que se envelhece aumenta a prevalência de doenças crônicas, que levam à maior parte da ocorrência de incapacidade nos idosos. É comum que o ser humano tenha pelo menos uma patologia crônico-degenerativa após os 60 anos de idade, sendo que pelo menos 15% destas pessoas apresentem duas ou mais doenças, que por sua vez, podem provocar algum tipo de incapacidade e/ou dependência. (ARAÚJO & BACHION, 2004)

3.5. ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO EM SAÚDE

Esta análise contemplará como destaque a descentralização da gestão, a participação social, a gestão do trabalho em saúde, o financiamento da saúde e a informação em saúde.

A Construção do SUS, de acordo com os princípios de universalidade, integralidade, equidade e democratização, definidos pela Constituição Federal e pelas leis que o regulamentam, já caminhou em Goiás para importantes conquistas, com avanços significativos, contudo, existem ainda desafios a serem enfrentados.

A vontade política expressa pelo Governo do Estado de Goiás ao assumir a atual gestão por meio da SES/GO é a de implementar o SUS em sua plenitude. Para isto, é preciso otimizar a **descentralização da gestão**, cabendo a cooperação técnica financeira e a operacional com a esfera municipal. O processo de implementação do SUS é contínuo e às vezes torna-se necessário reconstruí-lo, por isso, a SES/GO está mobilizada em efetivar esta reconstrução.

Em relação a este processo, Souza (2005), assinala ainda que, embora o conceito de descentralização expresse significados bastante distintos deve-se entendê-la, como um processo de delegação de poderes políticos, fiscais e administrativos a unidades sub-nacionais de governo que, no caso brasileiro, vinha se constituindo parte do movimento de redemocratização e que, a partir de 1988 adquire nova feição, particularmente pelo reconhecimento dos municípios como entes federativos e pela redistribuição de poder e de recursos da União para Estados e Municípios.

Neste aspecto, os resultados obtidos quanto à habilitação dos municípios nas atuais categorias de gestão encontra-se em evolução no estado de Goiás, segundo a Comissão Intergestores Bipartite, 2003, dos 246 municípios goianos, 16 estão habilitados em gestão plena do Sistema Municipal e o restante na gestão plena da atenção básica.

A descentralização da saúde exige, portanto, constante atualização nos aspectos técnicos gerenciais e nos aspectos político-administrativos. A SES/GO buscou uma nova reestruturação administrativa e organizacional visando dar um salto qualitativo na atenção à saúde oferecida à população. Nesta perspectiva, desde 1999, a SES/GO procurou desenvolver

a capacidade de apoiar técnica e financeiramente os municípios, conforme previsto em lei, formas de garantir a descentralização, busca da regionalização do sistema de saúde que, por sua vez, teve como uma das estratégias de ação para desencadear este processo a mudança do perfil e o fortalecimento da sua estrutura organizacional e funcional.

O Estado de Goiás enfrenta alguns obstáculos relacionados com o processo de compartilhamento do poder entre os Gestores e os **Conselhos de Saúde** ainda é incipiente, sobretudo quando se observa que na maioria dos municípios e estado, os conselhos não exercem seu caráter deliberativo. Ainda são, também, insuficientes os processos de discussão e troca de informações entre os conselheiros e as comunidades e movimentos sociais representados, prejudicando a legitimidade e a representatividade dos conselhos.

Identifica-se, também, uma baixa capilaridade das resoluções e deliberações dos conselhos e das conferências para o conjunto dos representados, na ausência de outras modalidades de interlocução entre usuários e gestores, tal como as ouvidorias, e para finalizar, as condições operacionais e de infra-estrutura dos Conselhos de Saúde, em conjunto, são muito precárias, impedindo um melhor desempenho dessas instâncias.

Na Gestão do **trabalho** destaca-se a composição da equipe de saúde da família onde os membros de cada profissão reivindicam espaço profissional próprio. A precarização do trabalho em saúde, fruto da minimização do Estado nesta última década, são sem dúvida um dos maiores problemas a ser enfrentado. No Estado os concursos para esta área são poucos, tanto no que se refere à contratação de profissionais da área fim quanto meio, apesar de haver uma sinalização para novos concursos especificamente para a SES/GO para o próximo ano.

Encontra-se em elaboração um Plano de Cargos e Salários que trará benefícios como o estabelecimento da carga horária dos servidores em 30 horas semanais, com exceção daquelas categorias nas quais há regulamentação específica. A progressão funcional obedecerá ao critério do merecimento que será apurado mediante avaliação de desempenho, avaliação de títulos e aproveitamento em curso de formação e aperfeiçoamento específico para progressão. Estabelecerá a gratificação de incentivo à urgência e emergência, a ser concedida aos servidores que estejam em exercício em Unidades de atendimento nesta área; gratificação de produtividade a ser atribuída ao titular de cargo do Grupo Ocupacional

Assistente de Saúde ou Analista de Saúde que houver sido designado para o exercício de funções de vigilância e fiscalização sanitárias e gratificação de incentivo à interiorização.

No que diz respeito ao **financiamento**, segundo dados do MS, o **gasto público** total com saúde no Estado como proporção do Produto Interno Bruto - PIB Goiás, em 2002, foi de 6,63%, a proporção do gasto do país como proporção do PIB Brasil de 3,50%. Os dados desagregados por esfera de governo mostram que o gasto público federal/ PIB Goiás de 1,97% e gasto federal / PIB Brasil foi de 1,88%, o gasto estadual / PIB Goiás de 0,77 e o gasto estadual PIB/Brasil foi de 0,75%, por último, tem-se o gasto público municipal com saúde como proporção do PIB Goiás: 0,88 e como proporção do PIB Brasil: 0,87%.

O gasto público total com saúde per capita anual em Goiás foi de 214,95, o per capita Brasil de 266,89. O gasto federal per capita para Goiás de 116,85 e para o Brasil de 143,09. O gasto estadual por habitante em Goiás de 45,77 e Brasil de 57,14 e o gasto municipal *per capita* de 52,33 para Goiás e 66,66 para o Brasil Destaca-se que as despesas com ações e serviços públicos de saúde excluem nas três esferas de governo as aposentadorias e pensões inativos, clientela fechada e, no âmbito federal, o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza.

A **despesa** familiar com saúde como proporção da renda familiar segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde / RIPSAs, que mede a dimensão do gasto geral com saúde no valor total da renda familiar associado a fatores como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária da população, cobertura e qualidade da oferta de serviços providos pelo Estado. Valores elevados podem estar relacionados, por exemplo, a baixos níveis de desenvolvimento econômico e à insuficiência de serviços públicos. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 a proporção da renda familiar utilizada com saúde em relação à **assistência**, teve destaque como maior proporção da renda utilizada, tanto para Goiás quanto para o Brasil, a classe de rendimento de até 400 reais mensais com 12,45% e 7,13% respectivamente, a menor proporção foi a da classe de rendimento de mais de 6.000 reais com 2,78% para Goiás e 4,5% para o país.

Em relação à proporção da renda familiar utilizada com **medicamentos**, a classe de rendimento com maior proporção foi também a de até 400 reais mensais para ambas as regiões, com 8,78% para Goiás e 5,41% para o Brasil, a proporção menor também foi para a classe de mais de 6.000 reais mensais com 0,91% Goiás e 1,06% Brasil.

Por último, tem-se a proporção da renda utilizada com **planos e seguros de saúde**, onde a classe que apresenta a maior proporção de despesas é a de mais de 3.000 a 4.000 reais mensais tanto para Goiás quanto para o país, com 2,24% para o primeiro e 1,92% para o segundo.

Quanto aos **recursos do tesouro estadual**, na gestão de 1999 a 2003 foram empenhados recursos do Governo do Estado executados diretamente pelo orçamento da Secretaria de Estado da Saúde no montante de R\$ 1.271.834.907,30 para cobertura de despesas relativas à manutenção de unidades assistenciais da SES, convênios com prefeituras municipais/adequações, aparelhagem, pagamento de incentivo financeiro aos municípios com ambulatório 24 horas, deslocamentos das equipes de controle, avaliação, auditoria, vigilância sanitária e programas de ações básicas de saúde, manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, manutenção dos serviços de apóio de nível central e outras atividades afins. Pode-se observar que houve um acréscimo no montante de valores empenhados, na ordem de 85% no período de 1999 a 2003.

Quanto aos **recursos federais do SUS** despendido por ano, segundo tipo de despesa no período de 1999 a 2003 o MS viabilizou, através do Fundo Nacional de Saúde, tanto para a secretaria estadual como para as secretarias municipais, através de repasses fundo a fundo, pagamento direto aos prestadores de serviços ou através de convênios e/ou contratos, sendo estes últimos com disponibilidade orçamentária própria ou advinda de financiamentos externos, um total de R\$ 1.976.709.605,19. Nesta esfera, também, houve acréscimo na liberação de recursos neste período, na ordem de 84%, segundo dados do MS – SIH/SUS, SAI/SUS e Fundo Nacional de Saúde, (2003).

A **Emenda Constitucional nº. 29 – EC 29**, aprovada ao final de 2000, estabeleceu a vinculação de recursos para ações e serviços públicos de saúde para os três níveis de governo. Com isso se procurou enfrentar as dificuldades de financiamento vividas pelo SUS praticamente desde sua criação. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS coleta, organiza e analisa os dados contidos nos Balanços e Orçamentos da União, dos Governos Estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios para acompanhar a participação das despesas com ações e serviços públicos de saúde financiada por recursos próprios na Receita Líquida de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais, para estados e municípios, e a correção do orçamento do MS, segundo a variação nominal do PIB. A aplicação de recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde

informada pelo governo do estado de Goiás no período de 2000 a 2003, foi de 9,72%, 8,78%, 8,12% e 10,15%, conforme dados do SIOPS, 2003.

Em relação à **informação em saúde** no exercício de 2003, a SES/GO, por meio dos diversos mecanismos de planejamento desenvolvidos com amplitude a todos seus órgãos internos, ocorreu, conseqüentemente, um processo de melhoria nos seus sistemas de informação. Assim, atualmente, com a utilização da tecnologia da informação, dos diversos sistemas ora disponibilizados pelo MS e pelo portal da saúde (www.saude.go.gov.br) e interligação, através de rede estruturada, de toda sua estrutura, inclusive as Regionais de Saúde, o número de publicações, pesquisas, comunicações e estudos foram ampliados graças a estas ferramentas.

No tocante a intranet/internet foi desenvolvida, implantada e realizada a manutenção da nova Home Page da SES/GO. Também, os seguintes sistemas: Desenvolvimento, implantação e manutenção do sistema de Gestão de Estoque, contemplando o Almoxarifado Central, Unidades de Saúde e Regionais; em fase de implementação os módulos de Licitação e Compras que serão integrados aos de Gestão de Estoque; e Sistema Help Desk que tem como principal objetivo registrar, acompanhar as solicitações de serviços, reclamações e dúvidas dos clientes internos da SES, bem como supervisionar a utilização efetiva dos sistemas, mensurando o grau de satisfação dos clientes;

Assim, a SES/GO tem capacidade de subsidiar, através dos sistemas de informação em saúde, o processo de tomada de decisão, prestação de contas e a avaliação da sua gestão, principalmente através de seus relatórios de gestão.

3.6. ANÁLISE EM RELAÇÃO AO SETOR SAÚDE

Nesta dimensão serão tratados aspectos relacionados ao sistema público de saúde – SUS, ambiente e saúde, vigilância sanitária, pesquisa em saúde, tecnologia, força de trabalho, em saúde e saúde suplementar.

No que diz respeito ao **meio ambiente** o homem sofre efeitos na sua saúde. Os efeitos podem variar em função do tipo, magnitude e intensidade, dependendo do nível de exposição, da situação de saúde, da pessoa, da idade, formação genética, assim como podem ocorrer diferentes relações de efeito/exposição para diferentes subconjuntos da população. O conhecimento das condições ambientais locais ou regionais e as atividades socioeconômicas são determinantes para a definição e medidas de prevenção de agravos e à eliminação dos riscos potenciais.

A Agência Ambiental de Goiás, através do Departamento de Monitoramento Ambiental (DMA), desempenha papel fundamental na execução da política ambiental em Goiás, seja através do monitoramento e acompanhamento da qualidade das águas dos mananciais de abastecimento, água de poços e nascentes particulares ou coletivos, como também analisando os efluentes das indústrias e fontes poluidoras.

A Vigilância em saúde ambiental de fatores não biológicos desenvolve na SES ações de monitoramento da qualidade da água para consumo humano – Vigi água. Estão em fase de implantação os programas de vigilância em Saúde Ambiental relacionados a solos contaminados e população sob risco - Vigi solo e Vigilância relacionada à contaminantes ambientais e substâncias químicas - Vigiquim. A SES está amparada pelos órgãos governamentais responsáveis em efetivar a política ambiental estabelecida e esta integração possibilita melhoria na saúde da população.

A **Vigilância Sanitária** como cumprimento de suas atribuições, além de executar ações fiscalizadoras nas áreas de produtos, serviços, ambientes e saúde do trabalhador, desenvolvem atividades de educação sanitária ao setor regulado e à população em geral, de tal forma que promovam a divulgação das normas e legislações do SUS fazendo valer a função essencial de saúde pública que é o cumprimento das leis e normas do SUS no âmbito do

Estado. Outra atividade trata-se do monitoramento da qualidade de produtos, realizado pela coleta e apreensão de amostras para análises laboratoriais.

A exigência cada vez maior de técnicos especializados para executar as ações de fiscalização sanitária e de cumprir a função de Estado no SUS, tem sido executado de maneira a capacitar os profissionais das equipes municipais, regionais e da superintendência responsável por esta área. Quanto à municipalização e regionalização das ações de vigilância sanitária são executadas pelas seguintes atividades: repasses financeiros e/ou equipamentos a título de incentivo; disponibilização de apoio técnico para estruturação das vigilâncias sanitárias (VISAS); e capacitação dos técnicos do nível municipal e regional. Apesar de todos os esforços a descentralização das ações de vigilância sanitária representa, ainda, um grande desafio, devido à deficiência de estrutura física, material, técnica e humana das VISAS municipais e regionais.

Quanto aos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, apenas Goiânia executa a totalidade das ações e aproximadamente 45% dos municípios goianos não executam nem as atividades de baixa complexidade. Isto faz com que a Superintendência responsável por estas ações execute todas as atividades de alta complexidade e também as atividades de média e baixa complexidade.

Destaca-se como pioneirismo na área de informatização de dados em vigilância sanitária em Goiás o desenvolvimento de um sistema de informação denominado SINAVISA, que pela sua praticidade e utilidade como ferramenta de análise de dados para planejamento de ações, foi adotada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA para todos os Estados do país. O sistema está implantado e em pleno uso no nível central, nas 15 Administrações Regionais de Saúde e em 20 Serviços Municipais de Vigilância Sanitária.

A SES conta, ainda, com um Centro de Informações Toxicológicas - CIT que atua no atendimento aos casos de intoxicações e realiza, também, a liberação e controle de soros antipeçonhentos para as unidades de saúde do Estado. Por fim, a divulgação das atividades desenvolvidas pela área de vigilância sanitária se processa por meio do Boletim Interno intitulado VISA NEWS, Intranet e site da SES. O serviço de comunicação foi ampliado com a implantação do serviço de atendimento a denúncias em vigilância sanitária - Disque 150.

Quanto ao modelo de **financiamento do SUS para hospitais de ensino e pesquisa**, estes recebem incentivos próprios da SES e, ainda, o Estado conta com o Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde – FIDEPS, recebendo R\$ 2.417.244,00, anualmente, repassados automaticamente ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Os investimentos em **tecnologia e pesquisa ao desenvolvimento de medicamentos**, Goiás possui como principal centro a Indústria Química do Estado de Goiás S/A - IQUEGO, que é o Laboratório Oficial que representa o Estado na composição do sistema oficial de produção de medicamentos, criado em 1962 e operacionalizado pelo MS. Funciona como uma sociedade de economia mista para produzir medicamentos essenciais à saúde do cidadão e a baixo custo ao governo. Desempenha importante papel social frente aos freqüentes problemas de saúde pública enfrentados pelo País, garantindo acesso gratuito aos medicamentos essenciais de excelente qualidade à demanda atendida no SUS.

Dentre os produtos com alto padrão de qualidade produzidos pela Iquego, estão os medicamentos dos Programas Estratégicos do Ministério da Saúde, como os da pneumologia sanitária - tuberculostáticos, dermatologia sanitária - hanseníase, endemias focais - antimaláricos DST/AIDS - anti-retrovirais. Possui a linha comercializada diretamente para os órgãos públicos, os antibióticos, antiparasitários, antianêmicos, medicamentos para problemas no aparelho digestivo, aparelho cardiovascular, quimioterápicos, psicotrópicos e entorpecentes, diuréticos, soro reidratante, antitussígeno/bronco dilatador, analgésicos e antitérmicos, antidiabéticos, antiespasmódicos e anti-sépticos.

Dado à proporção que este naco de medicamentos representa no consumo da população, verifica-se também, a outra face de importância da Iquego que é a função reguladora de preços no mercado farmacêutico. Ainda, paralelamente ao fator industrial, gerador de empregos e riquezas para o Estado, a Iquego desempenha um papel educador na formação de recursos humanos, em parceria com Universidades e Instituições Educacionais, oferecendo estágios afins, e oportunidade de profissionalização.

No que se referem à **força de trabalho** em Goiás, dados fornecidos pelo Conass demonstra que os recursos próprios gastos pela SES-GO, em 2003, foi de R\$ 12.841.752,44 mensais com seus trabalhadores, sendo R\$ 11.040.003,60 com ativos e R\$ 1.801.748,84 com inativos. O número total de trabalhadores desta Secretaria, neste ano, foi de 10.554 ativos e

1.809 de inativos. O gasto mensal em relação ao número total de habitantes do Estado é de R\$ 2,46 por habitante, valor superior ao da maioria das demais regiões do país. Proporcionalmente o gasto entre ativo e inativo é de 6,13 vezes o valor do primeiro em relação ao segundo.

A **remuneração média mensal** dos servidores estaduais ativos, em 2003 foi de R\$ 1.046,05, superando a maioria dos estados do norte e nordeste. Os valores gastos com ativos representam R\$ 25,43 por hab/ano comparado ao gasto estadual em saúde que é de R\$ 46,43% hab./ano, significando 55% deste. Em relação à **escolaridade dos trabalhadores**, Goiás possui 3.331 de nível superior, 3.233 de nível médio e 3.973 de nível elementar. Os valores médios mensais pagos a estes níveis são de R\$ 1.266,78; R\$ 611,00 e 373,64 respectivamente.

Embora haja concentração de serviços e, conseqüentemente, dos profissionais de saúde nos grandes centros urbanos, a proporção por 1000 habitantes, médicos (1,16), odontológicos (0,92) técnicos de enfermagem (1,67) e auxiliares de enfermagem (1,20) estão dentro do ideal previsto, mas ocorre carência de enfermeiros (0,38). De acordo com a OPAS, o estabelecimento e aplicação de um índice ideal de distribuição de profissionais, em geral, esbarram em fatores regionais, sócio-econômicos, culturais, epidemiológicos, entre outros, respeitando-se as diferenças regionais.

No que se refere à regulamentação do setor de **Planos e seguros privados de saúde**, esta é feita pela Agência Nacional de Saúde – ANS, criada no início do ano de 2000, o que contribuiu para a unificação da regulação e fiscalização numa agência reguladora única. Segundo dados do MS e da ANS, a porcentagem da população assistida por planos privados de saúde em 2003 no estado de Goiás foi de 7,98% , sendo que para o Brasil foi de 19,2%.

O número de beneficiários no Estado em dezembro de 2003 foi de 498.146 e no país foi de 38.664.511, os beneficiários do sexo masculino foram da ordem de 238.395, com destaque para a faixa etária de 20 a 29 anos com um representativo de 19,8% do total do gênero. Os do sexo feminino foram 259.751, sendo a faixa etária com maior proporção também de 20 a 29 anos com 20,9% do total do gênero. O total de operadoras foi de 414 contra 1.822 do restante do país e, o de Planos de saúde de 1048 representando 13,45% do total no país, sendo que 87,4% planos médico-hospitalares e 12,6% odontológicos.

Quanto ao ressarcimento ao SUS, pelos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do SUS, o número total de atendimentos identificados foi de 738, as unidades prestadoras de serviços do SUS com internações de beneficiários o ressarcimento foi no total de 82 hospitais, sendo 54 públicos e 28 privados. No período em questão, procedimento mais freqüente foi o de parto normal.

4. OBJETIVOS, DIRETRIZES, ESTRATÉGIAS, METAS E PERÍODOS

O modelo adotado para a reestruturação desse plano foi adaptado a partir da estrutura do Plano Nacional de Saúde – PNS. Nesse sentido, foi apresentada, inicialmente, uma detalhada análise situacional que expressa a realidade social, econômica, sanitária, humana, política e de saúde nos últimos anos em Goiás correlacionada a parâmetros regionais e nacionais. Tal análise se baseou em fontes secundárias, exploração documental, levantamento de experiências e pesquisas quantitativas em sítios oficiais de saúde. Segundo o CGPL/MS, (2004), considerando os elementos essenciais que conformam os planos de saúde, em especial os objetivos, as diretrizes e as metas – guardam uma estreita inter-relação, sendo necessária à adoção de recortes comuns buscando assegurar, ao mesmo tempo, a interdependência e especificidade desses elementos. Com isso, procurou-se, também, resguardar uma simetria mínima, mas necessária, entre esses elementos essenciais. Dessa forma, os objetivos, as diretrizes e as metas correspondentes são apresentados segundo os seguintes recortes: A) linhas de atenção à saúde; (B) condições de saúde da população; (C) gestão em saúde; (D) setor saúde; e (E) investimento em saúde.

De acordo com esses recortes, foram priorizadas, na seqüência, ações de intervenção aos pontos de maior destaque obtidos na análise situacional realizada, resguardando o espectro de governabilidade da SES para sua efetivação. Tais ações são oriundas das propostas contidas nos principais documentos de planejamento da SES, como já descrito anteriormente no item relativo às bases orientadoras. A organização da matriz deste plano seguiu uma ordenação, obedecendo aos princípios básicos das diversas metodologias de planejamento existentes, adotando a seqüência de objetivos, diretrizes, estratégias e metas que sintetizam os elementos do processo do trabalho desenvolvidos.

4.1. LINHA DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

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

A qualificação da atenção à saúde tem por objetivo promover a construção, implantação e implementação de ações e serviços de saúde integrados, visando à priorização de soluções de problemas estratégicas do SUS a serem enfrentadas como resposta às reivindicações da sociedade.

Várias pesquisas demonstram que as filas nas emergências dos hospitais, o longo tempo de espera para a realização de exames, cirurgias, incapacidade das unidades de saúde de acolherem os pacientes e a baixa resolutividade da atenção básica são queixas frequentes entre os usuários do SUS. De acordo com pesquisa do MS, concluída no final de 2003, mais de 90% da população brasileira é usuária de alguma forma do SUS. Esta situação não é diferente em Goiás. Para resolver estas questões um conjunto de mudanças deve proporcionar ações que visam maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital. Em consequência, o planejamento destas ações deve contribuir para salvar um maior número de vidas, com a redução dos danos à saúde, além de assegurar a satisfação por parte da população com o atendimento recebido nos serviços da rede pública.

Estratégias e metas	Documento de Origem	Período
Fortalecer as ações de hematologia e hemoterapia garantindo cobertura de 100% dos leitos SUS até 2007.	Agenda/PPA	2004-2007
Aperfeiçoar a assistência farmacêutica diminuindo o prazo de entrega dos medicamentos produzidos pela IQUEGO para 7 dias.	Agenda/PPA	2004-2007
Fortalecer as ações de transplantes de órgãos humanos aumentando em 60% o número de órgãos transplantados.	Agenda/PPA	2004-2007
Criar mecanismos de remuneração para os médicos transplantadores do Hospital Geral de Goiânia – HGG	Recomendações para gestão	2006
Fortalecer e operacionalizar a rede assistencial de saúde em 100% das unidades sob a gerência estadual.	Agenda/PPA	2004-2007

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

O SUS estadual, neste governo, colocou recursos considerados de investimentos em saúde e ampliou o acesso da população a todos os níveis de atenção. Podemos citar avanços como a vacinação em massa de crianças e idosos em todo o estado, ampliou a estratégia de saúde da família a 98% dos municípios goianos, o número de serviços de saúde nas regiões do entorno do Distrito Federal e nordeste do estado, procedimentos assegurados à população a partir da Constituição de 1988. Mas, ainda há conquistas a serem alcançadas, como a garantia deste atendimento com qualidade aos usuários do SUS, especialmente da atenção básica, assim como o acesso à assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade e política de humanização da atenção e da gestão no SUS.

Estratégias e metas	Documento de Origem	Período
Apoiar a elaboração dos planos municipais de saúde, acompanhar e avaliar sua execução priorizando o monitoramento das ações da atenção básica nos 246 municípios.	Reorganização Atenção Básica	2005-2006
Reorganizar os processos de implantação e funcionamento da estratégia de saúde da família em 100% dos municípios que tem o programa implantado.	Reorganização Atenção Básica	2005-2006
Implementar ações que apoiem a reorganização da atenção básica em âmbito municipal nos 246 municípios;	Reorganização Atenção Básica	2005-2006
Reformular os processos de capacitação para gestores municipais e profissionais que atuam na atenção básica nos 246 municípios;	Reorganização Atenção Básica	2005-2006
Expandir a cobertura da ESF de 57% para 60% da população do estado de Goiás	Recomendações para a gestão	2006
Implantar equipes de saúde bucal em 100% das equipes do PSF	Recomendações para a gestão	2006
Promover a expansão da cobertura do programa de saúde da família de 53 para 70% da população do estado	Agenda/PPA	2004-2007

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

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

Os serviços de urgência e emergência constituem-se em um importante componente da assistência à saúde, considerando o grande crescimento da demanda destes serviços nos últimos anos, decorrente do aumento do número de acidentes, violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial básica, que tem contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência ofertados à população. Neste sentido, faz-se necessário a estruturação dos sistemas estaduais de atenção à urgência e emergência com ordenamento do atendimento, melhoria do acolhimento, aumento da resolutividade, garantia de referência adequada dos pacientes, e com qualidades das ações e serviços de saúde.

Estratégias e metas	Documento de Origem	Período
Implantar mecanismos regulatórios para o atendimento as urgências e emergências em 10 regiões de saúde	Agenda/PPA	2004-2007
Capacitar as equipe profissional envolvidas no sistema de atenção as Urgências e Emergências em todo estado por meio do pólo de capacitação permanente.	Agenda/PPA	2004-2007
Equipar as unidades de saúde destinadas ao atendimento às urgências de menor complexidade.	Agenda/PPA	2004-2007

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

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

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Construir e equipar os hospitais urgências de Anápolis, Aparecida de Goiânia e Trindade.	Agenda/PPA	2004-2007
Construir e equipar o Hospital de Urgência de Santa Helena	Recomendações para gestão	2006
Ampliar a cobertura do atendimento pré-hospitalar móvel adquirindo 59 unidades móveis de suporte básico e 19 unidades móveis de suporte avançado para os municípios (Emendas sancionadas)	Agenda/PPA	2004-2007
Ampliar o número de unidades de Ambulatório 24 horas no estado para 53.	Agenda/PPA	2004-2007
Aperfeiçoar as unidades de Ambulatórios 24 horas existente no Estado	Agenda/PPA	2004-2007
Reajustar dos valores do incentivo destinado aos profissionais que atuam no Programa Ambulatórios 24 horas	Recomendações para gestão	2006
Apoiar a implantação e implementação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Formosa, Luziânia, Rio Verde, Goiás, Porangatu, Iporá, Catalão e Itumbiara.	Recomendações para gestão	2006

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

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

A regulação assistencial atua sobre o acesso e a oferta de serviços aos cidadãos, no sentido de intervir positivamente para responder às demandas de saúde nos diversos níveis e etapas do processo de assistência à população. A implantação desses mecanismos de gestão exige enfrentamento tanto na reorganização interna das Secretarias Municipais de Saúde, quanto da Secretaria Estadual de Saúde no sentido de estabelecer pactos intergestores com o objetivo de definir o papel de cada um dentro do complexo processo que envolve a dinâmica da regulação em saúde. Além disso, é imprescindível a reorganização da relação com os prestadores de serviço, de modo a reforçar o comando único, cujas ações devem obedecer à lógica de necessidade da população e, não mais, a lógica centrada em interesses corporativos e financeiros.

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Implantar o complexo regulador da assistência de média e alta complexidade em 13 Regionais de Saúde	Agenda/PPA	2004-2007
Implementar mecanismos de referência e contra referência na rede de serviços do estado.	PES-SES	2004-2006
Implementar o regulamento funcional de regulação, avaliação, controle e auditoria.	PES-SES	2004-2006
Fortalecer e descentralização das ações de controle, avaliação e auditoria no sistema estadual de saúde nas 16 regionais de Saúde.	PES-SES	2004-2006
Estruturar Serviços Oftalmológicos na rede de Atenção Básica, para realização do Teste de Acuidade Visual (Convênio com CEROF/UFG e FUBOG)	Recomendações para gestão	2006
Concluir as construções e equipagem dos hospitais de Novo Gama, Valparaíso e Santo Antônio do Descoberto.	Agenda/PPA	2004-2007
Concluir a equipagem do Centro de Reabilitação e Readaptação CRER.	Agenda/PPA	2004-2007
Implantar o “Projeto de Olho na Visão” para atendimento a crianças e idosos.	Recomendações para gestão	2006
Elaborar de proposta de reorganização da HEMORREDE e LACEN	Recomendações para gestão	2006
Adquirir equipamentos para análise de medicamentos e metais pesados para o LACEN	Recomendações para gestão	2006
Estruturar, conformar e aperfeiçoar as redes assistenciais especializadas (saúde do idoso, mental, portador de deficiência e acidentes biológico)	Agenda/PPA	2004-2007
Elaborar plano estadual de redes de alta complexidade para doenças renais crônicas, cardiovasculares, traumo-ortopédicas, neurológicas, oncológicas e auditiva.	Agenda/PPA	2004-2007
Adequar e implantar a política dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP).	Recomendações para gestão	2006
Realizar 3ª edição da Campanha “De Olho na Visão” em parceria com Centro de Referência em Oftalmologia/Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Goiás (CEROF/HC/UFG) e Fundação Banco de Olhos de Goiás (FUBOG)	Recomendações para gestão	2006
Realizar Campanha de Prevenção do Câncer de Próstata e Mama	Recomendações para gestão	2006
Aumentar o número de Centros de Reabilitação Psicossocial (CAPS) de 27 para 29 unidades no estado	Recomendações para gestão	2006

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

O fortalecimento do controle, regulação e avaliação se concretizam a partir do planejamento e implantação de ações que oportunizem a avaliação da organização do sistema e modelo de gestão, a relação com os prestadores de serviço, a qualidade da assistência, o grau de satisfação dos usuários e a avaliação dos resultados e impacto sobre a saúde da população. Para isto é crucial o fortalecimento da capacidade de gestão do poder público responsável pela área da saúde no sentido de desenvolver de forma sistemática mecanismos que respondam à promoção da equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão de forma ordenada, oportuna e racional.

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Proceder a contratualização dos prestadores de serviços de saúde sob gestão estadual.	PES-SES	2004-2006
Estabelecer e coordenar a avaliação dos sistemas municipais, regionais e estaduais de saúde.	PES-SES	2004-2006
Monitorar o SUS estadual em consonância com PDR.	PES-SES	2004-2006

4.2. CONDIÇÕES DE SAÚDE

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

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

A construção da vigilância em saúde no Brasil é um processo que acompanha o projeto da reforma sanitária e da construção social do SUS. A Constituição de 1988 ampliou o conceito de saúde, entendida como um direito de todos a ser garantido mediante políticas públicas para a redução dos riscos de doenças e outros agravos, e passou a atribuir ao SUS à tarefa de executar as ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, bem como as de vigilância em saúde do trabalhador e, recentemente, a vigilância ambiental em saúde, as quais integram a vigilância em saúde pública.

Ao analisar as várias ações de vigilância desenvolvidas no Brasil, comumente de forma isolada, chama a atenção para a necessidade de utilizar um enfoque sistêmico em que a vigilância de um específico evento adverso à saúde deve ser composta, ao menos, por dois subsistemas, (Waldman *et al*, 1998), a saber:

1- Subsistema de informações para a agilização das ações de controle – situa-se nos sistemas local-regionais de saúde e tem por objetivo agilizar o processo de identificação e controle de eventos adversos à saúde. A equipe que faz parte desse subsistema deve estar perfeitamente articulada com a de planejamento e avaliação dos programas, responsável, portanto pelas normas utilizadas no nível local e regional dos serviços de saúde.

2 - Subsistemas de inteligência epidemiológica – é especializado e tem por objetivo elaborar as bases técnicas -fundamentação técnica / caráter universal- dos programas de controle específicos de eventos adversos à saúde. Tem por função, também incorporar aos serviços de saúde o novo conhecimento produzido pela pesquisa, com o objetivo de aprimorar as medidas de controle. Este subsistema constitui a ponte entre o subsistema de serviços de saúde - nível local e regional e o subsistema de pesquisa do Sistema Nacional de Saúde.

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Apoiar às ações de implantação de unidades de vigilância em saúde do trabalhador nos sistema municipais nas 16 regiões de saúde e 03 CEREST no estado.	Agenda/PPA	2004-2007
Apoiar a implantação de núcleos de vigilância epidemiológica em doenças não transmissíveis em com profissional de nível superior em 105 municípios	Agenda/PPA	2004-2007
Sistematizar o monitoramento dos grupos de risco e danos a saúde da população e o meio ambiente.	Agenda/PPA	2004-2007
Monitorar os efeitos do césio 137 na população de Goiânia.	Agenda/PPA	2004-2006
Reestruturar a vigilância epidemiológica da varicela	Recomendações para gestão	2006
Implementar o sistema de vigilância epidemiológica em doença sexualmente transmissível/síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS)	Recomendações para gestão	2006
Implementar a integração das ações de vigilância epidemiológica das hepatite B e C nos centro de testagem anônima (CTA's) e serviço de atendimento especializado (SAE)	Recomendações para gestão	2006

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

É notório que a saúde pública no estado de Goiás, assim como em todo o país, segundo análise do MS, (2003), ainda padece da necessidade de construir sistemas de vigilância integrados e abrangentes, superpondo-se às concepções que destacam somente as práticas e a organização de serviços. Sendo assim, o sistema de vigilância em saúde deve incorporar de forma sistemática a coleta, análise e interpretação dos dados acerca de problemas de saúde que afetam a população, estando integrada com a rápida disseminação dos dados para todos aqueles responsáveis pela prevenção e controle. As pesquisas nesta linha visam subsidiar a constituição de instrumentos para o controle de danos e de riscos, não restringindo os problemas de saúde a óbitos, seqüelas, doenças e agravos. Incorporam, ainda, os condicionantes – condições e estilo de vida – e determinantes sócio-ambientais dos problemas de saúde em populações, bem como considera as dimensões das necessidades de saúde: os danos e os riscos, enquanto parte dos problemas de saúde, e as necessidades sociais de saúde.

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Aumentar a cobertura vacinal de febre amarela silvestre para 95%	Agenda/PPA	2004-2007
Aumentar a cobertura vacinal da tríplice viral em crianças menor de 1 ano de 85 para 95%.	Agenda/PPA	2004-2007
Aumentar a cobertura vacinal da dupla em mulheres de na idade fértil para 95%.	Agenda/PPA	2004-2007
Aumentar o coeficiente de detecção dos casos novos de AIDS de 24,2 para 26,6/10.000 habitantes	Agenda/PPA	2004-2007
Reduzir a incidência do número de casos de dengue em 50% ao ano	Agenda/PPA	2004-2007
Proceder à análise microbiológica, metais pesados e endotoxinas nos serviços de terapia renal substitutiva.	Recomendações para gestão	2006
Integrar as ações de controle de dengue com outros órgãos de governo (Estaduais e Municipais)	Recomendações para gestão	2006
Estabelecer parcerias com empresas para controle da hipertensão e diabetes	Recomendações para gestão	2006
Divulgar “Projeto Saúde Nota 10”	Recomendações para gestão	2006
Implementar o controle das ações de redução multifatoriais das enfermidades não transmissíveis (CARMEN)	Recomendações para gestão	2006
Realizar campanhas educativas direcionadas a grupos de risco de doenças prevalentes	Recomendações para gestão	2006
Promover campanha estadual de vacinação animal	Recomendações para gestão	2006
Realizar campanhas educativas para prevenção do Dengue	Recomendações para gestão	2006

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

A nova proposta de vigilância em saúde é a idéia de que seu desenvolvimento deve se basear em problemas reais, instalados em áreas delimitadas, cujas ações devem estar envolvidas sob uma perspectiva intersetorial, reafirmando a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios basilares do SUS. Neste contexto require-se, para os três níveis de governo, uma abordagem integrada às rotinas dos serviços de saúde, desde que observadas as especificidades primordiais dos grupos de risco e a sua diversidade interna, quanto a idade, sexo e situação sócio-econômica, (Sistema Nações Unidas, 2001). Assim, a ação programada, expressa nos termos de uma política estadual desta população, além dos componentes relativos à produção de conhecimento científico, capacitação dos profissionais de saúde, informação da população deve-se estabelecer ações afirmativas na área de atenção à saúde

com a inclusão de práticas de promoção e educação em saúde nas rotinas assistenciais e facilitação do acesso em todos os níveis do sistema de saúde.

A gestão estadual em vigilância da saúde ao considerar as variáveis sexo, raça e condição de vida como essenciais na demarcação do perfil epidemiológico da população principalmente no que diz respeito à promoção da atenção à saúde de grupos populacionais mais vulneráveis deverá criar mecanismos com vistas à redução da morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, particularmente para as crianças, mulheres, idosos e pessoas com transtornos mentais.

Estratégias/met	Documento de Origem	Período
Reduzir os índices de mortalidade infantil de 22,0 para 18,0 por 1.000 nascidos vivos.	Agenda/PPA	2004-2007
Reduzir os índices de mortalidade materna de 45,0 para 39,0 por 100.000 habitantes.	Agenda/PPA	2004-2007
Garantir o fornecimento de métodos anticoncepcionais para 100% das unidades básicas de saúde da família	Recomendações para gestão	2006
Apoiar a efetivação da política do idoso nos 246 municípios	Recomendações para gestão	2006
Reduzir a taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo uterino de 4.16 para 3.0 por 100.000.	Recomendações para gestão	2006
Reduzir a taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama de 6.52 para 5.00 por 100.000.	Recomendações para gestão	2006
Implantar o sistema de registro hospitalar de câncer em 03 CACON's do estado	Recomendações para gestão	2006
Implementar o plano operativo estadual de saúde no sistema prisional em 100% das unidades penitenciárias.	Recomendações para gestão	2006
Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso nos 246 municípios do estado de Goiás	Recomendações para gestão	2006
Alcançar e manter a coberturas vacinais ideais e homogêneas na campanha do idoso em 70%.	Agenda/PPA	2004-2007
Reduzir em 08% o nº. de internações psiquiátricas no estado de Goiás	Recomendações para gestão	2006
Implantar o programa de atenção ao loco infrator (PAILI) no estado de Goiás	Recomendações para gestão	2006
Reorientar o modelo assistencial de saúde mental reduzindo em 55% o número de internações em quatro anos.	Agenda/PPA	2004-2007

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

Quanto à tuberculose e a hanseníase, sabe-se que são doenças seculares que ainda continuam a desafiar técnicos e gestores da área da saúde, cuja incidência é significativa em algumas regiões, especialmente em Goiás. Entre o desempenho das ações envolvidas é necessário focar a importância do diagnóstico precoce da hanseníase na prevenção das incapacidades e descentralização das ações para o seu controle atingindo níveis de eliminação como problema de saúde pública. Para a tuberculose a meta do plano estadual é detectar o maior número de casos previstos, interrompendo a cadeia de transmissão, elevar a taxa de cura e reduzir o abandono do tratamento das doenças. Sendo assim, o desafio é evitar a permanência da tuberculose e da hanseníase, exigindo ações que resultem na redução do sofrimento humano e dos danos que estes agravos causam à sociedade como um todo.

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Ampliar a cobertura de tratamento e diagnóstico de tuberculose de 56% para 70% das unidades básicas de saúde	Recomendações para gestão	2006
Reduzir a proporção de abandono de tratamento de tuberculose de 9.2 para 6.0% dos casos.	Recomendações para gestão	2006
Aumentar as buscas de casos novos de tuberculose de 18,9 para 20,1/100.000 habitantes.	Agenda/PPA	2004-2007
Reduzir a prevalência de hanseníase de 5.03 para 3,71/10.000 habitantes no estado	Agenda/PPA	2004-2007
Reduzir o percentual de abandono de 27 para 17% e aumentar o percentual de cura de 64 para 80%	Recomendações para gestão	2006
Ampliar de 42% para 80% a cobertura do diagnóstico e tratamento de hanseníase nas unidades básicas do estado	Recomendações para gestão	2006

4.3. GESTÃO EM SAÚDE

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

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

Um dos principais desafios atuais para a plena implementação do SUS, diz respeito à compreensão das mudanças institucionais e no cotidiano da vida da população e das ações e dos serviços de saúde que, por sua vez, devem ter a capacidade de acompanhar e, mesmo, construir sempre novas possibilidades, num movimento renovado de integralidade com equidade.

Para a proposição de desenhos da atenção à saúde de forma descentralizada, usando a estratégia da regionalização, conforme foi estabelecida pela NOAS/01-02, por meio da organização do estado em regiões/microrregiões e módulos assistenciais a regionalização da assistência visa, portanto, imprimir maior eficácia, eficiência e equidade ao sistema através de maior racionalização no uso dos serviços de saúde, a ser alcançada através da organização e articulação regional da oferta e do acesso aos serviços em seus diferentes níveis de complexidade. Assim, pode-se dizer que o desafio que se apresenta para a esfera estadual é de construir uma proposta de hierarquização e territorialização da assistência em microrregiões, com formação de redes intermunicipais resolutivas e funcionais. Para isto, é imprescindível a integração entre os sistemas municipais e o fortalecimento do papel coordenador e mediador do gestor estadual.

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Implementar a descentralização da gestão e das ações e serviços de saúde para os municípios os 246 municípios.	Agenda/PPA	2004-2007
Fortalecer a cooperação técnica permanente aos 246 municípios no estado de Goiás	Agenda/PPA	2004-2007
Fortalecer as 16 administrações regionais de saúde em Goiás.	Agenda/PPA	2004-2007
Descentralizar 11 serviços do LACEN para os municípios.	Agenda/PPA	204-2007
Incentivar a habilitação e qualificação dos municípios nas	Agenda/PPA	2004-2007

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
gerações estabelecidas pela NOAS em todas as superintendências.		
Qualificar os sistemas municipais de saúde para o desenvolvimento das ações de saúde pública, por iniciativa de todas as superintendências.	PES-SES	2004-2006
Descentralizar a gerencia da unidade assistencial de média complexidade da SES/GO para o município de Goiânia.	PES-SES	2004-2006
Implementar a cooperação técnica administrativa junto as SMS em todas as superintendências	PES-SES	2004-2006
Participar do provimento de infra-estrutura, de recursos humanos, insumos e equipamentos em saúde nos municípios, de acordo com as disponibilidades da ses.	PES-SES	2004-2006

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

Para o aperfeiçoamento dos processos de negociação, pactuação no SUS estadual, tornam-se necessário mudar a configuração formal das instâncias e dos fluxos de gestão de forma a torná-los mais eficientes, com mecanismos de comunicação social eficientes; definir fontes estáveis, suficientes e permanentes de recursos financeiros para a saúde; garantir acesso da população referenciada; acompanhar e apoiar os municípios em suas funções; estabelecer relações horizontais entre as esferas de governo e instituições, definindo critérios técnicos que respondam às prioridades da política de saúde para dimensionar critérios de alocação e o volume de recursos financeiros a serem utilizados em cada projeto ou região. Nesse sentido, o Estado tem um papel essencial de coordenador deste processo, visando à plena efetivação do SUS em cada região.

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Coordenar a articulação regional para estimular a integração intermunicipal e entre as regionais de saúde.	PES-SES	2004-2006
Implantar instâncias de negociações e pactuação regionais (CIB Regionais).	PES-SES	2004-2006

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

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

O SUS é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas. Sob o enfoque do novo modelo de gestão proposto torna-se imprescindível desenvolver mecanismos e processos internos de gestão eficientes que permitam aos gestores do SUS, assumir plenamente suas atribuições e relacionar-se, adequada e eficientemente, com todos os órgãos da administração pública, com os Conselhos de Saúde, trabalhadores e prestadores de serviços.

A amplitude e o grau de eficiência desta gestão devem incorporar ações e investimentos que promovam mudanças no modelo de atenção que se farão somente com mudanças na condução da gestão. Para isto, além da implementação da modernização em infra-estrutura é necessário adotar proposta de uma nova relação entre usuário, os profissionais de saúde e a comunidade. O objetivo fundamental neste campo é trabalhar para que o SUS estadual seja mais acolhedor, mais ágil, direcionado à promoção da equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas da população. Ainda, um SUS estadual mais humano, que reconhece e respeita a diversidade do povo goiano sem fazer nenhum tipo de distinção. Neste contexto, especialmente a gestão estadual do SUS deve agir de forma articulada com as outras duas esferas de governo a municipal e a federal procurando o desenvolvimento de processos e fluxos de gestão compatíveis com as demandas do sistema de saúde pública.

Estratégias/metasp	Documento de Origem	Período
Elaborar e implementar o plano de modernização da SES/GO.	PES-SES	2004-2006
Adequar e modernizar a rede física SES e das unidades assistências.	Agenda/PPA	2004-2007
Executar os projetos que integram o convênio de cooperação técnica Goiás/Quebec.	PES-SES	2004-2006
Definir a institucionalização de mecanismos e responsabilização com relação ao planejamento da SES.	PES-SES	2004-2006
Compatibilizar e aperfeiçoar as diversas iniciativas /tecnológicas e todos os processos de educação/pólos com o projeto de fortalecimento de gestão e o programa qualidade na saúde.	PES-SES	2004-2006

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Definir estrutura gerencial para as áreas de assistência farmacêutica	PES-SES	2004-2006
Avaliar e redefinir as atribuições e competências das superintendências e regionais de saúde.	PES-SES	2004-2006
Elaborar e implementar um plano de comunicação e marketing das ações da SES/GO ao público interno e externo.	PES-SES	2004-2006
Desenvolver ciência e tecnologia em saúde nas áreas de informação e gerenciamento de equipamentos.	Agenda/PPA	2004-2007
Identificar novas tecnologias em saúde a serem aplicadas na SES.	Agenda/PPA	2004-2007
Desenvolver critérios de avaliação de incorporação tecnológica em saúde.	Agenda/PPA	2004-2007
Promover cooperação técnica e parcerias junto ao MS e outras organizações para apoiar os projetos da SES.	Agenda/PPA	2004-2007
Reformar o centro de formador de recursos humanos/Escola de Saúde Pública Cândido Santiago, Hospital Medicina Alternativa, Central de Odontologia e Maternidade Dona Íris.	Recomendações para gestão	2006
Instituir o código sanitário do estado de Goiás	Recomendações para gestão	2006
Implementar a política “Humaniza SUS”	Recomendações para gestão	2006
Implementar a política de medicamentos	Recomendações para gestão	2006
Instituir entrega à domicílio do medicamentos de alto custo de modo a evitar filas no centro de medicação de alto custo Juarez Barbosa	Recomendações para gestão	2006
Implantar sistema compras NET	Recomendações para Gestão	2006
Realizar de mapeamento do trânsito de documentos visando à racionalização de fluxos e identificação/remoção de estrangulamentos	Recomendações para Gestão	2006
Implantar sistema de solução integrada de informação em saúde (SIGA-SAÚDE)	Recomendações para gestão	2006
Implantar sistema de apoio à decisão – identificação das fontes de informações e unificação na base de dados de inteligência de negócios	Recomendações para gestão	2006
Implantar sistema de gestão hospitalar	Recomendações para gestão	2006
Implantar mensageira eletrônica	Recomendações para gestão	2006
Contratar e implantar o sistema DATA-CENTER	Recomendações para gestão	2006
Expandir a melhoria de infra-estrutura da rede lógica de dados	Recomendações para gestão	2006
Consolidar a implantação do sistema nacional de vigilância	Recomendações	2006

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
sanitária e ambiental (SINAVISA)	para gestão	
Organizar o banco de dados DST/HIV/AIDS	Recomendações para gestão	2006

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

Na perspectiva da estratégia de modernização da gestão estadual para orientação das práticas de saúde, aproximando-as das necessidades e direitos da população, da integralidade e da qualidade técnica na promoção, proteção e recuperação da saúde e em todos os níveis de complexidade e custos do sistema, torna-se imprescindível priorizar o trabalho intersetorial com a área da educação. Devem-se construir espaços de estabelecimento de diálogo e negociação entre atores de ações e serviços do SUS e de instituições formadoras da área de saúde constituindo-se em fórum privilegiado para a identificação de necessidades e a construção de estratégias e políticas voltadas para a mudança nas práticas de saúde e de educação em saúde, com o objetivo de "cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional", (CIT, 2003). Objetivo primordial, portanto é desenvolver e/ou aperfeiçoar técnicas e competências profissionais, visando à implementação de práticas assistenciais e gerenciais em suas práticas na área da saúde, com conseqüente elevação dos padrões de eficiência e qualidade de seus serviços.

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Formular, implementar e avaliar o plano de formação e educação permanente para SUS estadual.	PES-SES	2004-2006
Formular e implementar e avaliar o plano de desenvolvimento institucional da ESAP, incluindo o regimento interno.	PES-SES	2004-2006
Identificar linhas de financiamento existentes voltados para a educação permanente.	PES-SES	2004-2006
Capacitar prioritariamente às pessoas das regionais de saúde e a área de manutenção e operação de equipamentos médicos hospitalar.	PES-SES	2004-2006
Formular política de gestão de pessoas do SUS/GO e aplicação do plano de cargo e salários.	PES-SES	2004-2006
Formar e capacitar 40.000 profissionais do setor saúde do	Agenda/PPA	2004-2007

Estratégias/metas	Documento de Origem	Período
estado e municípios		
Desenvolver as competências e planos de capacitação em RH (convenio SES-GO e Quebec/Canadá)	Recomendações para gestão	2006
Desenvolver e implantar de banco de dados de qualificação profissional	Recomendações para gestão	2006
Realizar 4ª edição do projeto estratégico “Goiás fazendo saúde”.	Recomendações para gestão	2006
Criar biblioteca virtual	Recomendações para gestão	2006
Capacitar profissionais para criação de um núcleo para gestão de projetos de investimentos em saúde	Recomendações para gestão	2006

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

A Constituição Federal de 1988, ao consagrar os princípios e diretrizes da universalidade, equidade e integralidade, com referência aos direitos da população à saúde, previu o mínimo de 30% do orçamento da seguridade social, em suas disposições transitórias, além dos orçamentos fiscais da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. O “desfinanciamento” do SUS, nos últimos anos, vem impedindo a efetivação do novo modelo de atenção e gestão à saúde, segundo texto produzido pela Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, (2004).

A busca de alternativas frente a estes problemas se dá na medida em que o gestor se propõe a rever, criar, desenvolver e implantar novas práticas de trabalho voltadas para a modernização da gestão orçamentária, administrativa e financeira no intuito de desenvolver e implantar novos mecanismos de controle e gestão. Para isto, a adoção e difusão da filosofia do compartilhamento de soluções, visando eliminar custos e diminuir a fragmentação de ações, com foco na qualidade dos procedimentos de utilização dos recursos públicos podem acarretar mudanças que atenuam as dificuldades relativas aos recursos financeiros e aumentem a capacidade institucional, visando o comprometimento de financiamento na medida em que possibilite o planejamento dos gastos em nome da preservação da saúde e da vida da população.

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Elaborar um plano de modernização da gestão orçamentária e financeira	PES-SES	2004-2006
Integrar o sistema entre todas as superintendências e entidades externas ao processo de gestão orçamentária e financeira.	PES-SES	2004-2006
Controlar e acompanhar o cumprimento da emenda constitucional no SUS.	PES-SES	2004-2006
Buscar captação de novos recursos.	PES-SES	2004-2006
Estabelecer um plano orçamentário para sustentar as ações definidas no planejamento estratégicos/ses-go	PES-SES	2004-2006
Compatibilizar o PPA 2004-2007 com o plano estadual de saúde.	PES-SES	2004-2006
Definir mecanismos de repasse de recursos financeiros provenientes da arrecadação própria para as regionais de saúde.	PES-SES	2004-2006
Efetivar o convênio fundo protege (fundo de proteção social de Goiás)	Recomendações para gestão	2006
Eliminar o passivo financeiro da secretaria de estado da saúde, ordem de 80 milhões de reais.	Recomendações para gestão	2006
Definir o cumprimento de um fluxo regular de recursos mensais para a SES-GO	Recomendações para gestão	2006

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

Tendo em vista que as necessidades de saúde e a capacidade de resposta dos sistemas locais de atenção não são homogêneas no Estado e deve estar integrado a participação efetiva do controle social, a estratégia mais marcante dentro do processo de descentralização que a legislação do SUS demanda dos gestores estaduais é o fortalecimento das capacidades de dirigir o sistema em cada local de forma regionalizada e pactuada entre todos os gestores, bem como, adotar mecanismos que facilitem a participação popular, com o objetivo de garantir as disposições constitucionais, equidade de acesso e integralidade no cuidado oferecido pelo sistema de saúde. Para que isto ocorra torna-se essencial a promoção de melhorias na participação popular e na atuação dos trabalhadores em saúde, visando a construção do conhecimento, na participação, na percepção dos sujeitos a partir do seu

cotidiano, da realidade social, da troca de informações e discussão entre os sujeitos, o que favorece o exercício da criatividade e do trabalho de forma democrática.

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Implantar sistema de ouvidorias nas unidades e serviços de saúde.	PES-SES	2004-2006
Transferir capacidade técnica às regionais de saúde para desenvolver e acompanhar as ações dos municípios.	PES-SES	2004-2006
Instituir mecanismo de participação dos usuários no planejamento, programação, monitoramento e avaliação do sistema de saúde.	PES-SES	2004-2006
Contribuir para o fortalecimento do CES.	PES-SES	2004-2006
Estimular as instâncias municipais responsáveis pelas ações de saúde pública a participarem efetivamente dos conselhos de saúde.	PES-SES	2004-2006
Fortalecer o controle social capacitando 100% dos conselheiros estaduais e municipais	PPA/Agenda	2004-2007
Instituir política de proteção ao usuário	Recomendações para gestão	2006
Implantar um sistema para registro das sugestões, queixas ou insatisfações dos usuários em relação às ações e serviços, de modo a contribuir com os gestores no planejamento e na tomada de decisão.	Recomendações para gestão	2006
Estruturar o serviço de proteção aos usuários do sistema único de saúde em Goiás - SEPRU nas regiões de saúde do entorno norte, entorno sul, nordeste e pireneus (convênio SES-GO/Québec - Canadá).	Recomendações para gestão	2006

4.4. SETOR SAÚDE

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

Por definição, a vigilância ambiental em saúde se configura como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos relacionados à variável ambiental, (ANVISA, 2001).

Os sistemas de vigilância ambiental em saúde devem priorizar a informação no campo da vigilância ambiental, de fatores biológicos (vetores, hospedeiros, reservatórios, animais peçonhentos), qualidade da água para consumo humano, contaminantes ambientais químicos e físicos que possam interferir na qualidade da água, ar e solo, e os riscos decorrentes de desastres naturais e de acidentes com produtos perigosos. Para isto, tem como tarefas fundamentais os processos de produção, integração, processamento e interpretação de informações visando o conhecimento dos problemas de saúde existentes, relacionados aos fatores ambientais, sua priorização para tomada de decisão e execução de ações relativas às atividades de promoção, prevenção e controle recomendadas e executadas por este sistema e sua permanente avaliação.

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

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Implantar a nova estrutura organizacional e os processos de trabalho em vigilância sanitária e ambiental.	PES-SES	2004-2006
Implantar o projeto de educação sanitária e ambiental na escola em 05 escolas públicas.	Agenda/PPA	2004-2007
Promover a capacitação de 550 conselheiros municipais de vigilância sanitária e ambiental.	Agenda/PPA	2004-2007
.Elaborar, imprimir e distribuir material educativo sobre vigilância sanitária e ambiental para a população do estado, (10.000 folders; 1.000 cartazes; 10.000 cartilhas).	Agenda/PPA	2004-2007
Promover articulação com instituições educacionais e órgãos responsáveis por atividades afins, para execução de projetos de educação sanitária e ambiental em 04 instituições educacionais e 06 órgãos fiscalizadores.	Agenda/PPA	2004-2007

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

A gestão estadual deve propiciar a realização de reflexão crítica e demonstrar a necessidade da realização de ações integradas, articuladas com outros órgãos que possuem interfaces com os objetos da vigilância sanitária, considerando sua importância no processo de evolução das práticas sanitárias. Para assegurar a qualidade e o acesso a produtos, serviços e ambientes saudáveis de interesse da saúde, as ações de vigilância sanitária, devem-se necessariamente fazer o uso de diversas tecnologias de intervenção que visem o controle, diminuição ou a eliminação dos riscos de doenças e agravos para melhoria da qualidade de vida.

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

Estratégias/metasp	Documento de Origem	Período
Inspecionar produtos e serviços sujeitos ao regime de vigilância sanitária estadual	Agenda/PPA	2004-2007
Fortalecer a prevenção de riscos sanitários com aumento das fiscalizações sanitárias.	Agenda/PPA	2004-2007
Apoiar os 246 municípios na implantação das ações de vigilância sanitária.	Agenda/PPA	2004-2007

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

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

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

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Desenvolver pesquisas de inovação metodológica e técnica - científica em saúde	PES-SES	2004-2006
Estruturar núcleos de ciência e tecnologia em saúde no estado de Goiás.	PES-SES	2004-2006

4.5. INVESTIMENTO EM SAÚDE

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

Contexto:

A efetividade da atenção à saúde está comprometida por diversas disfunções, dentre elas a falta de critérios bem definidos para a alocação de investimentos descentralizados em saúde. Historicamente, as políticas de investimento em saúde no Brasil apresentaram como característica a falta de integralidade, a inobservância do caráter de multidimensionalidade da área social, da intersectorialidade desejada nas ações públicas e dificuldades na definição de focos políticos de saúde, dentre outras, agravadas pela carência de uma avaliação sistemática das políticas de investimento, de sua execução e impactos (MS, 2003).

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

Nesta perspectiva, podemos dizer que é crucial implantar melhores políticas na área de investimento em saúde visando acelerar o progresso de consolidação do nosso sistema de saúde pública, priorizando as seguintes linhas de investimentos visando: fortalecer e qualificar a atenção básica; Estruturar a rede de atendimento às Urgências e Emergências; Promover formas alternativas de atendimento à saúde que evitem internações desnecessárias; Reorganizar o atendimento hospitalar e de alta complexidade por meio da racionalização da rede de assistência com hierarquização, regionalização e informatização de estrutura de referência e contra referência; Incentivar a criação de centros de referências por grandes áreas de especialidades, mediante substituição aos tradicionais ambulatórios de centros de diagnósticos e tratamentos; Apoiar o processo de descentralização, tendo como estratégia a regionalização; Reformular e ampliar a política de medicamento e assistência farmacêutica;

Qualificar os trabalhadores do SUS; Qualificar a gestão administrativa da saúde; e Fortalecer o controle social na gestão do SUS.

Diretriz E.1.1: Elaboração de plano estadual de investimento

Estratégias/metás	Documento de Origem	Período
Atualização do Plano Diretor de Investimento - PDI que integra o Plano Diretor de Regionalização - PDR	Recomendações para gestão	2006

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Sítio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2001. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Versão 1.0.0. ESM Consultoria, 2003. Dados PNUD, 2003. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em: 05 out. 2005.

BRASIL. Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública. *Infoseg*. Disponível em: <<http://www.infoseg.gov.br/>> Acesso em: 28 nov.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde .Secretaria de Vigilância em Saúde .Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2004 uma análise da situação de saúde*, Brasília 364 p.: il. color. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) ISBN 85-334-0804-8.

BRASIL. Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde. *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: Avanços, Desafios e Reafirmação de Princípios e Diretrizes*, Conselho Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde / DATASUS. *Caderno de Informações de Saúde-Estado de Goiás, 2005*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 05 out/05.

BRASIL. Ministério da Saúde / DATASUS. *Informações em saúde*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: out/05 a dez/05.

BRASIL. Ministério da Saúde / Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.299 p. : il.ISBN 85 – 87943 – 10 – 3 1. Saúde Pública – Brasil. I. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa. II. Organização Pan-Americana da Saúde. NLM: WA 100. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/ripsa/>>.Acesso em: out/05 a dez/05.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde*. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/svs>>. Acesso em: 20 dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. *Indicadores de Vigilância Ambiental em Saúde*. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília 1999,8(3):59-66.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde / Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia Alimentar para a População Brasileira - Promovendo a Alimentação Saudável*. Edição Especial, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília – DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. *Séria histórica de casos de Doenças de Notificação Compulsória- 1980-2003*. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/svs>>. Acesso em 24 nov. 2005.

Brasil. Ministério das Relações Exteriores. *História de Goiás*. Disponível em: <<http://www.mre.gov.br>>. Acesso em: 09 maio 2005.

BRASIL.Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Segurança Pública. *Estatísticas Disponível em:* <<http://www.mj.gov.br/senasp/estatisticas>> Acesso em: 28 nov.2005.

COSTA, F.A. *Saneamento Ambiental*. Disponível em <<http://federativo.bndes.gov.br>> Acesso em 06 out. 2006.

ELIAS, P. Estado e Saúde - Os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo em perspectiva, 18(3): 41-46, 2004.

Escola Nacional de Saúde Pública. RADIS Comunicação em Saúde para a Web. 2004. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/radis/27-web-01.html>.

GOIÁS. *Agência Ambiental de Goiás*. Disponível em: <<http://www.agenciaambiental.go.gov.br>>.Acesso em: 11 nov. 2005.

GOIÁS. *Goiás em Dados 2005*. Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento; Superintendência de Estatística, Pesquisa e Informação. - Goiânia: SEPLAN, 2005 116 p.; il. Disponível em: <<http://portalsepin.seplan.go.gov.br/>>. Acesso em: 05 out. 2005.

GOIÁS. *Saneago - Saneamento de Goiás S/A*. Disponível em: <<http://www.saneago.com.br>>. Acesso em: 11 nov. 2005.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 1999 – 2002*. Goiânia, 1999.

IBGE. Censo Demográfico 2000 - Rio de Janeiro, p. 1-178, 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 05 out. 2005.

IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 Primeiros resultados - Brasil e Grandes Regiões*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 nov. 2005.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios -volume 24 - p. 1-120, 2003*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 nov. 2005.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003*, Rio de Janeiro, 2005.

IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais – 2004*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 19 dez. 2005.

OMS. Organização Mundial de Saúde. In: *Indicadores para o estabelecimento de políticas e a tomada de decisão em saúde ambiental*. OMS (mimeo). Volume 8, nº3 julho/setembro 1999.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Brasil. *Relatório de Desenvolvimento Humano Brasil - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Um pacto entre nações para eliminar a pobreza humana*. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/>>.Acessado em 03 out. 2005.

POCHMANN, M. et al. *Atlas da Exclusão Social no Brasil*. São Paulo: Cortez, vols.1,2, e 3.

Souza, Jorge Alves de. *Reestruturação das Regionais de Saúde em Goiás: Limites e Possibilidades*. 2005. 71f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva – área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

Subsídios para o debate sobre Política Nacional de Saúde da População Negra – uma questão de equidade. Sistema das Nações Unidas, Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/saudepopnegra>>.

UNICEF. *Relatório Situação da Infância Brasileira*. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br>>. Acesso em: 20 dez. 2005. UNICEF: Brasil, 2005.

WALDMAN, Eliseu Alves *et al.* *Vigilância em Saúde Pública*. Vol. 7. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

6. GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS – Agência Nacional de Saúde
ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
BGG – Vacina Contra Tuberculose (bacilo de Calmette-Guérin)
CACON's - Centros de Alta Complexidade em Oncologia.
CAPS – Centro Reabilitação Psicossocial
CARMENT - Controle das Ações de Redução Multifatoriais das Enfermidades Não Transmissíveis
CELG – Centrais Elétricas do Estado de Goiás
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEROF – Centro de Referencia em Oftalmologia
CES – Conselho Estadual de Saúde
CGM – Coeficiente Geral de Mortalidade
CGPL – Coordenadoria Geral de Planejamento
CHESP – Companhia Hidrelétrica do Estado de São Paulo
CIB - Comissão Intergetores Bipartite
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIMP – Centro Integrado Psicopedagogia
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMAC – Central de Medicina de Alto Custo
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretário de Saúde
CRER – Centro de Reabilitação Readaptação
CTA's – Centro de Testagem Anônima
DANTS – Doenças e Agravos não Transmissíveis
DATSUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DF – Distrito Federal
DM – Doenças Meningocócica
DMA – Departamento de Monitoramento Ambiental
DPOC-Doenças Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTP – Vacina Contra Difteria Tétano e Coqueluche
EC- Emenda Constitucional
ECG – Eletro encefalograma
ESAP – Escola Saúde Pública
ESF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Equipe Saúde da Família
FA – Vacina contra Febre Amarela
FIDEPES – Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde
FIPE – Fundação Instituto de Pesquisa Econômicas
FNS – Fundo Nacional de Saúde

FUBOG - Fundação Banco de Olhos de Goiás
FUNAP – Fundação de Amparo ao Preso
FUNSA - Fundação Nacional de Saúde
HB – Vacina Contra Hepatite B
HC – Hospital das Clinicas
HDS-Hospital Dermatologia Sanitária
HDT – Hospital de Doenças Tropicais
HEMOG – Hemocentro de Goiás
HEMOREDE – Redes de Serviços de Hemoterapia
HGG – Hospital Geral de Goiânia
HIB – Vacina Contra Haemophilus Influenzae Tipo B
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HMA – Hospital de Medicina Alternativa
HMI – Hospital Materno Infantil
HPP – Hospital de Pequeno Porte
HUGO – Hospital de Urgência de Goiânia
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB – Indicadores e Dados Básicos
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDI - Índice de Desenvolvimento Infantil
INCA - Instituto Nacional de Câncer
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IPC – Índice de Preços ao Consumidor
IQUEGO – Indústria Química do Estado de Goiás
IRA - Infecção Respiratória Aguda
IVAS – Infecção das Vias Aéreas Superiores
LACEN – Laboratório Central
MDI – Maternidade Dona Íris
MJ – Ministério da Justiça
MNSL – Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
MRE – Ministérios das Relações Exteriores
MS – Ministério da Saúde
NET – Internet
NOAS – Normas Operacionais de Assistência a Saúde
NV – Nascidos Vivos
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-americana da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários
PAILI - Programa de Atenção ao Loco Infrator
PDI - Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PEA – População Econômica Ativa
PES – Plano Estadual de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra à Domicílio
PNDS - Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPA - Plano Estadual de Saúde
PPA - Plano Plurianual
PSA - Antígeno Prostático Específico
PSF – Programa de Saúde da Família
RH – Recursos Humanos
RIDE - Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno
RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RM – Região Metropolitana
RM – Ressonância Magnética
SAE – Serviço de Atendimento Especializado
SAF – Superintendência de Administração e Finanças
SAMU – Serviço de atendimento Móvel de Urgência
SANEAGO – Saneamento de Goiás
SCPH – Síndrome Cardio- Pulmonar por Hantavirus
SCR – Vacina Tríplice Viral
SENASP – Secretaria de Segurança Pública
SEPIN – Serviço de Pesquisa e Informação
SEPLAN – Secretária de Estado do Planejamento e Desenvolvimento
SEPPIR - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SEPRU - Serviço de Proteção aos Usuários do Sistema Único de Saúde em Goiás
SES-GO – Secretária Estadual de Saúde de Goiás
SI/PNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica
SIATE – Serviço Integrado de Atendimento de Trauma em Emergências
SIGA-SAÚDE - Sistema de Solução Integrada de Informação em Saúde
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINAVISA - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e Ambiental
SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS – Sistema Municipal de Saúde
SPAIS – Superintendência de Atenção Integral a Saúde
SPLAN – Superintendência Planejamento
SPO – Sistema Público sobre Orçamento
SR – Vacina Dupla Viral
SUS – Serviço Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária
TC – Tomografia Computadorizada
TNN – Tétano Neonatal
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UFG – Universidade Federal de Goiás
USG – Ultra Sonografia
UTI – Unidade Tratamento Intensivo
VISAS – Vigilância Sanitária
VOP – Vacina Oral Contra Poliomielite
WHO – Washington/ USA

SUPERVISÃO GERAL

Jorge Alves de Souza

COORDENAÇÃO

Silvana Cruz Fuini

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO

Dante Garcia de Paula

Francisnete Ferreira da Silva

Loreta Marinho Queiroz Costa

Karina Tavares Marques Segurado

Edmundo Fernandes de Carvalho Filho

Maria Angélica Gonçalves de Paula Ungarelli

Olésia Nunes da Cunha

Olga Maria Saab Ribeiro

Maria Julieta Damasceno

Sílvia Rosa de Souza Toledo