

**Secretaria Estadual de Saúde - RIO GRANDE DO SUL**

**CNPJ: 87.958.625/0001-49**

**AV BORGES DE MEDEIROS, 1501**

**Telefone: 5132885965 - E-mail: planejamento@saude.rs.gov.br**

**90119-900 - RIO GRANDE DO SUL - RS**

**RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2015**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO**

**1.1 Secretário(a) de Saúde em Exercício**

Secretário em Exercício

Nome: JOÃO GABBARDO DOS REIS Data da Posse: 01/01/2015

Secretário de Saúde Referente ao Ano do Relatório de Gestão

Nome: JOÃO GABBARDO DOS REIS Data da Posse: 01/01/2015

A Secretaria de Saúde teve mais de um gestor no período a que se refere a RAG? Não

**1.2 Informações do Fundo Estadual de Saúde**

Instrumento legal de criação do FES Tipo Resolução - 6575  
CNPJ 87.182.846/0001-78 - Fundo de Saúde  
Data 05/07/1973  
O Gestor do Fundo é o Secretário da Saúde? Sim  
Gestor do FES JOÃO GABBARDO DOS REIS  
Cargo do Gestor do FES Secretário de Saúde

**1.3 Informações do Conselho de Saúde**

Instrumento legal de criação do CES Tipo Lei - 10097  
Nome do Presidente do CES CÉLIA MACHADO GERVASIO CHAVES  
Data 31/01/1994  
Segmento trabalhador  
Data da última eleição do Conselho 27/11/2014  
Telefone 5132885950  
E-mail ces@saude.rs.gov.br

**1.4 Conferência de Saúde**

Data da última Conferência de Saúde 09/2015

**1.5 Plano de Saúde**

A Secretaria tem Plano de Saúde? Sim  
A Secretaria de Saúde tem Plano de Saúde referente ao período de 2016 a 2019? Não  
A Secretaria de Saúde tem Plano de saúde referente ao ano do relatório de gestão? Sim  
Qual a vigência desse plano? De 2012 a 2015  
Situação Aprovado  
Aprovação no Conselho de Saúde Resolução nº 3 Em 01/10/2013

**ARQUIVOS ANEXOS**

Documento
PES_versao RAG.pdf
CES_Resolucao_03 2013.pdf

A Secretaria de Saúde tem programação anual de saúde referente ao ano de 2016? Não

## 1.6 Plano de Carreira, Cargos e Salários

O estado possui Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)? Sim

O estado possui Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?

## 1.7 Informações sobre Regionalização

Regiões de Saúde Existentes no Estado: 30

## 1.8 Introdução - Considerações Iniciais

A Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul apresenta o Relatório Anual de Gestão 2015 tendo como eixo norteador o PES 2012-2015, aprovado com ressalvas pela Resolução CES/RS 03/2013 em 04 de julho de 2013. Este instrumento apresenta as informações de demografia e dados de morbi-mortalidade, a rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS, os profissionais do SUS, a Programação Anual de Saúde e Pactuação da Saúde, o demonstrativo de utilização dos recursos e indicadores financeiros, os demonstrativos orçamentários, a oferta e produção de serviços e, por fim, a análise e considerações gerais sobre o relatório. Por entendermos que os formulários do SargSUS não contemplam todas as ações da SES incluímos o Anexo I – Principais Realizações e Anexo II – Relatório de Gestão da FEPPS.

O SARGSUS foi construído a partir de um modelo de planejamento utilizado pelo Ministério da Saúde e preconizado pelo Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS) atendendo aos requisitos da Lei Complementar nº 141/2012.

Obs.: O Plano Estadual de Saúde na íntegra está disponível no link: <

[http://www.saude.rs.gov.br/lista/597/Plano\\_Estadual\\_de\\_Sa%C3%BAde](http://www.saude.rs.gov.br/lista/597/Plano_Estadual_de_Sa%C3%BAde) >. Não foi possível anexar no lugar determinado porque o arquivo excede o tamanho limite permitido, mesmo tentando dividi-lo em arquivos menores

### Plano Estadual de Saúde 2016-2019

A elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES), 2016-2019 iniciou em 2015, após discussão e pactuação no Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GT PMA) da SES, com a participação do Conselho Estadual de Saúde (CES). Foram definidos como pressupostos básicos para a construção do PES o fortalecimento do planejamento regional e a indução da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As Necessidades de Saúde da população, primeira parte da análise Situacional do PES, está concluída e a análise das Redes de Atenção à Saúde está em andamento. A etapa de definição das prioridades para o período, tendo como base o PPA 2016-2019, os relatórios das Conferências de Saúde (2015) e o Mapa Estratégico da SES (2015) está previsto para ocorrer em conjunto com as CRS em maio/junho de 2016. A finalização do PES 2016-2019 está prevista para ocorrer em julho/2016.

### Plano de Carreira, Cargos e salários

O PCCS na SES/RS foi atualizado pela Lei 13.417/10, de 5 de abril de 2010, que dispõe sobre a reestruturação do Quadro de Funcionários da Saúde Pública, estabelece normas gerais de enquadramento, institui nova tabela de vencimentos e dá outras providências.

### Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)

A PCCS é constituída por 07 servidores representantes da SES/RS. Conforme Portaria nº 308/10, e Boletim 20/2010, publicado no DOE em 1º de junho de 2010. Tendo em vista o disposto na Lei nº 13.417 foi instituído o Decreto 50.980 de 4 de dezembro de 2013 que aprova o Regulamento de Promoções do Quadro de Pessoal da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, no propósito de dar materialidade a referida Lei.

### Auditoria

A Coordenadoria de Auditoria Médica do Estado do Rio Grande do Sul (CAME-RS) passou a valorizar a interdisciplinaridade, a exemplo do SEAUD/RS - DENASUS, alargando seu foco de auditoria. As atividades da Auditoria estão contidas no Anexo I, no Objetivo do Fortalecimento da Auditoria.

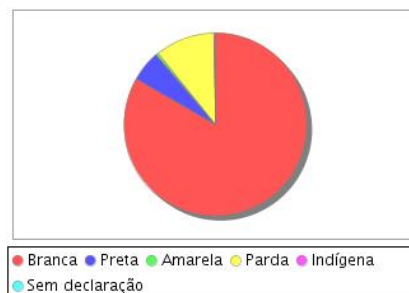
## 2. DEMOGRAFIA E DADOS DE MORBI-MORTALIDADE

### 2.1. POPULAÇÃO ESTIMADA DO ANO 2015

11.247.972

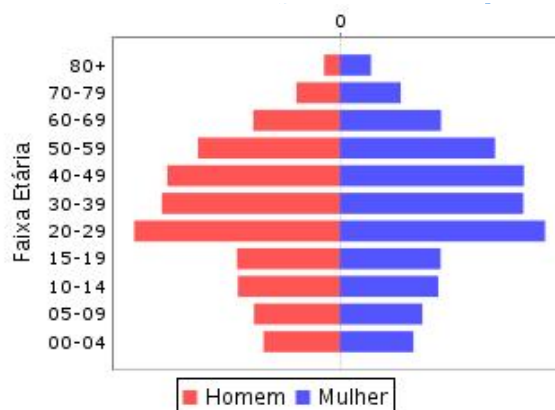
População do último Censo (ano 2012)	Qte	%
Total	10.770.603	100,00%

População do último Censo (ano 2010)	Qte	%
Branca	8.900.007	84,05%
Preta	595.123	5,29%
Amarela	35.682	0,32%
Parda	1.130.043	10,05%
Indígena	32.989	0,29%
Sem declaração	85	0,00%



### 2.1.1. POPULAÇÃO - SEXO E FAIXA ETÁRIA

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
00-04	330.163	318.750	648.913
05-09	371.730	357.290	729.020
10-14	441.770	426.105	867.875
15-19	445.571	436.395	881.966
20-29	890.398	888.725	1.779.123
30-39	770.943	794.575	1.565.518
40-49	747.157	796.790	1.543.947
50-59	613.949	672.335	1.286.284
60-69	375.073	438.316	813.389
70-79	187.820	263.777	451.597
80+	68.084	134.887	202.971
Total	5.242.658	5.527.945	10.770.603



### Análise e considerações do Gestor sobre Dados Demográficos

A população por raça/cor, segundo o Censo de 2010, no RS, apresenta-se, em sua maioria, composta por brancos (84,05%), seguido da cor parda (10,05%) e da cor preta (5,29%). Esta variável é coletada em entrevista direta por autodeclaração.

Em 2012 a população feminina era predominante, representando 52,31% do total. O Rio Grande do Sul está envelhecendo. No sexo feminino 15,1% tem 80 anos ou mais. No sexo masculino este valor representa 12,0%. Portanto, entre os idosos também é maior o número de mulheres. Conseqüentemente a população de jovens tem diminuído, mais acentuadamente no sexo feminino que no masculino. A pirâmide populacional não representa mais uma figura de uma pirâmide clássica, mas uma figura que pode ser chamada de pirâmide adulta, com base menos larga representando baixo nível de taxa de natalidade, com predomínio de adultos e alta expectativa de vida.

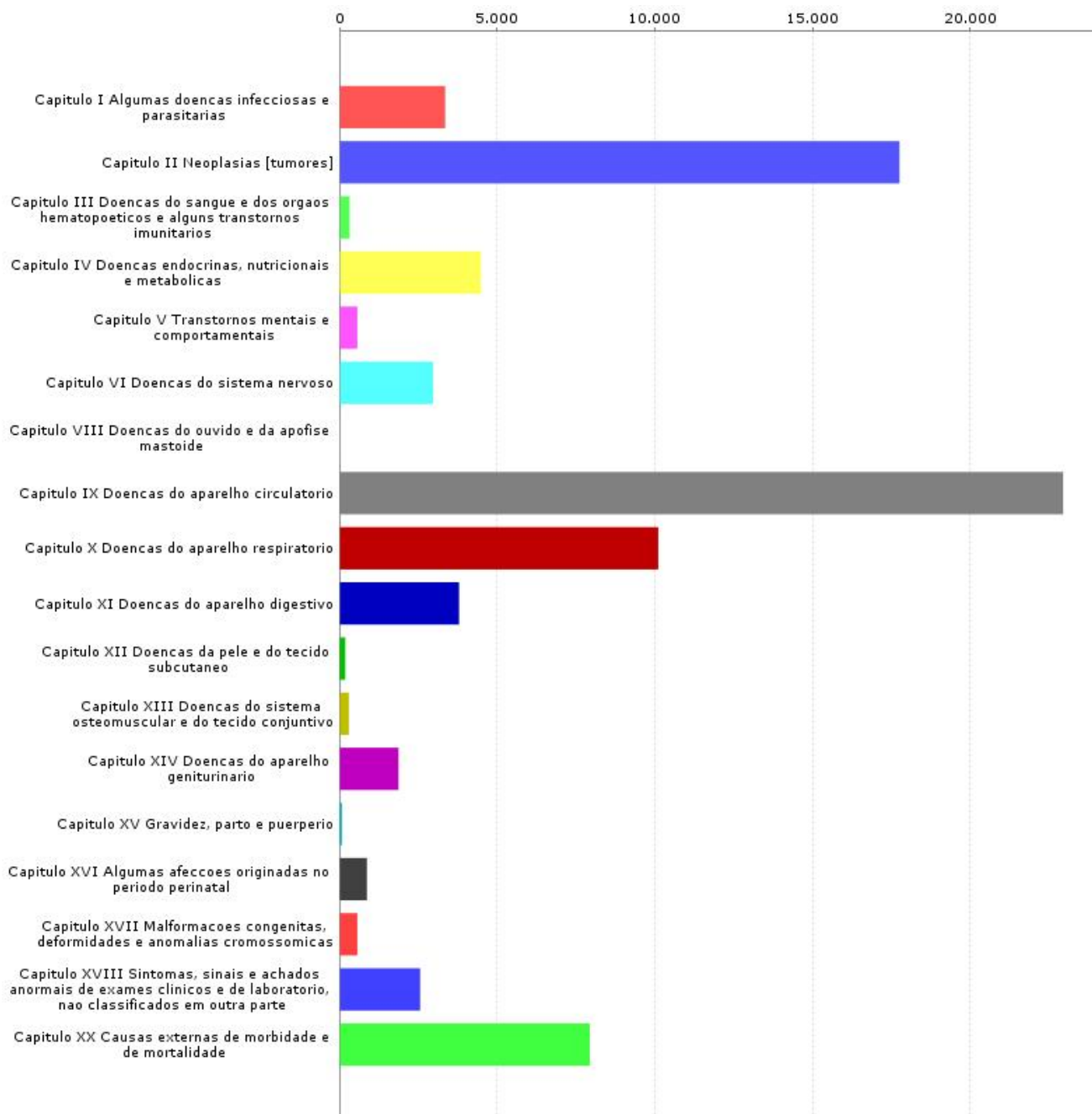
### 2.3 MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS, FAIXA ETÁRIA E POR RESIDÊNCIA (Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM - 2014)

Última atualização: 31/03/2016 00:00:00

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	48	16	4	8	27	177	465	534	618	520	419
Capítulo II Neoplasias [tumores]	6	21	29	38	45	150	392	1.078	3.209	4.546	4.578
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	4	3	1	2	8	12	13	21	27	57	65
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	4	11	5	4	6	31	64	176	500	944	1.305
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	1	0	1	4	24	51	107	181	100	65
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	21	28	14	35	37	49	69	80	147	271	608
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	4	10	6	11	21	87	242	908	2.352	4.216	6.121
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	55	27	13	17	18	67	111	294	819	1.581	2.696
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	11	4	3	1	10	31	122	355	658	807	798
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	1	0	6	10	20	22	40
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0	0	1	2	10	14	28	34	45	82
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	3	1	2	2	3	13	30	57	140	282	453
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	9	33	37	7	0	0	0

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	868	3	1	1	4	0	0	0	0	0	0
Capítulo XVII Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossômicas	402	34	19	7	13	17	13	10	27	17	10
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	40	9	2	15	18	79	108	281	524	732	741
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	60	54	51	100	609	1.790	1.455	1.069	951	667	516
Total	1.526	222	150	243	835	2.570	3.193	5.016	10.208	14.810	18.498

Internações por Capítulo CID-10	80	Idade ignorada	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	520	1	3.357
Capítulo II Neoplasias [tumores]	3.668	0	17.760
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	116	0	329
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1.439	1	4.490
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	39	1	574
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	1.614	1	2.974
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	3	0	10
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	8.964	5	22.947
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	4.412	2	10.112
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	994	4	3.798
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	91	0	190
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	89	0	305
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	891	0	1.877
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	86
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	0	0	877
Capítulo XVII Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossômicas	5	0	574
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	15	2.564
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	601	21	7.944
Total	24.659	51	81.981



### Análise e considerações sobre Mortalidade

Os dados de Mortalidade referente ao ano de 2014 extraídos do SIM do DATASUS trazem um total de 81.981 óbitos no estado do Rio Grande do Sul. Quando esses óbitos são agrupados por Capítulo CID 10, percebe-se que quatro capítulos reúnem 71,88% de todos os óbitos, são eles: Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório (22.947 óbitos), Capítulo II Neoplasias/tumores (17.760 óbitos), Capítulo X Doenças do aparelho respiratório (10.112 óbitos) e Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade (7.944 óbitos). Quanto ao grupo etário os óbitos distribuíram-se da seguinte forma: crianças (0 a 9 anos) 2,32%; adolescentes (10 a 19 anos) 1,31%; adultos (20 a 59 anos) 25,60% e idosos (60 anos e mais) 70,71%.

Ao avaliar as causas de mortalidade pelos ciclos de vida, observa-se que na infância o número de óbitos, em 2014, na faixa etária de zero a 9 anos foi de 1.898. No primeiro ano de vida encontramos 1.526 óbitos o que representa 80,4% do total. De 1 a 4 anos obtivemos 222 óbitos (11,7%) e na faixa etária de 5 a 9 anos obtivemos 150 óbitos representando 7,9% do total de óbitos de zero a nove anos.

Existe um predomínio de afecções originadas no período perinatal (868 óbitos) e malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas (402 óbitos) na faixa etária menor de 01 ano, que correspondem juntas a 67% do total dos óbitos de zero a nove anos e 83% do total dos óbitos até 01 ano. Merece destaque, também, os óbitos nas causas externas (80 óbitos), que no 1º ano de vida superam os das doenças do aparelho respiratório (55 óbitos), os das doenças infecciosas e parasitárias (48 óbitos), os das doenças do sistema nervoso (21 óbitos) e a partir do segundo ano de vida até os nove anos são a principal causa de óbitos.

Na adolescência, as causas externas (709 óbitos), as neoplasias/tumores (83 óbitos) e as doenças do sistema nervoso (72 óbitos) são as três principais causas de óbito tanto na faixa etária de 10 a 14 quanto na de 15 a 19, representando 80,15% de todos os óbitos, sendo maior nessa última faixa etária.

Entre os adultos (20 a 59 anos), observa-se que os capítulos com o maior número de óbitos são causas externas (5.265), neoplasias/tumores (4.829) e doenças do aparelho circulatório (3.589), que representaram 65,2% dos óbitos nessas faixas etárias. As faixas etárias de 20 a 29 e a de 30 a 39 apresentam a seguinte ordem de causas: causas externas (3.245 óbitos), doenças infecciosas e parasitárias (642 óbitos), neoplasias/tumores (542 óbitos) e doenças do aparelho circulatório (329 óbitos).

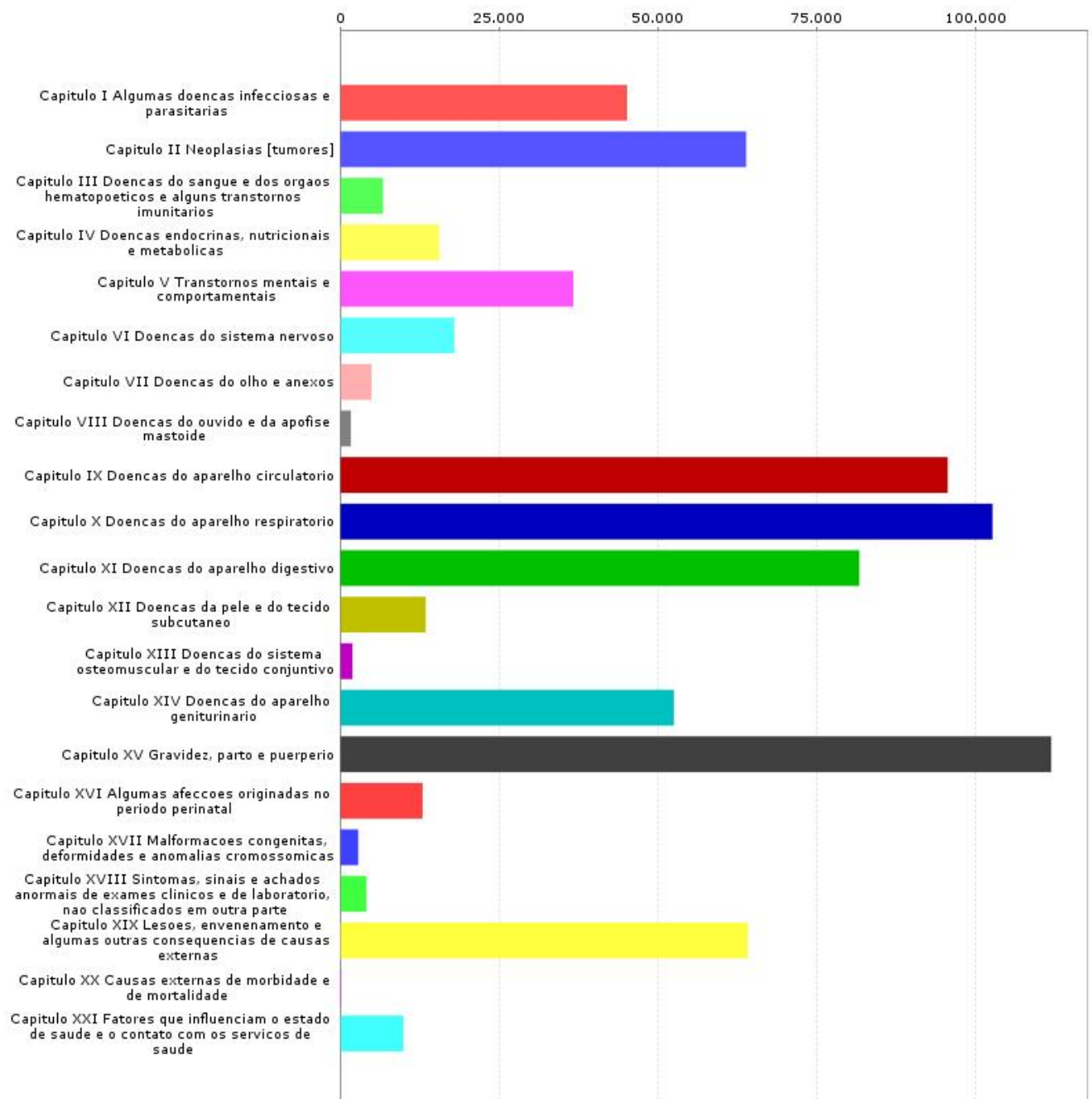
Percebe-se uma distinção entre as faixas etárias do idoso, pois, entre 60 a 69 anos predomina a neoplasias/tumores (4.548 óbitos) como causa principal, seguida das doenças do aparelho circulatório (4.216 óbitos) e das doenças do aparelho respiratório (1.581 óbitos). Já entre 70 e 79 anos temos a seguinte ordem: doenças do aparelho circulatório (6.121 óbitos), neoplasias/tumores (4.578 óbitos) e doenças do aparelho respiratório (2.896 óbitos). Acima dos 80 anos, aparecem na primeira posição as doenças do aparelho circulatório (8.964 óbitos), as doenças do sistema respiratório (4.412 óbitos), neoplasias/tumores (3688 óbitos) e doenças do sistema nervoso (1.814 óbitos). Cabe salientar que essas faixas etárias são aquelas que exercem o maior impacto no perfil da mortalidade geral do Estado, já que os seus quantitativos de óbitos são os maiores dentre os demais.

De forma geral, percebe-se que o atual cenário de mortalidade no RS apresenta como principais causas as doenças relacionadas ao aparelho circulatório, neoplasias/tumores e ao aparelho respiratório. No entanto, devemos destacar o impacto das mortes por causas externas na população infantil, jovem e adulta. Outra questão a ser ressaltada é a presença das doenças infecciosas e parasitárias como segunda causa de óbitos (642) na faixa etária de 20-39 anos, nesse capítulo estão incluídas doenças importantes como HIV, hepatites virais e a tuberculose.

#### 2.4. MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS E FAIXA ETÁRIA (Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez - 2015)

null

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4.852	3.189	1.697	1.162	1.320	3.198	4.336	4.804	5.529	5.522	5.141	4.465	45.215
Capítulo II Neoplasias (tumores)	151	682	796	906	1.072	2.316	4.389	9.421	14.419	15.542	10.416	3.864	63.974
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	229	359	204	171	222	367	419	574	774	1.061	1.250	1.164	6.794
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	398	360	277	277	282	687	1.069	1.544	2.603	3.256	2.863	2.020	15.636
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	3	29	76	602	2.501	7.256	8.625	8.113	6.291	2.325	723	213	36.757
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	692	1.093	711	560	522	1.090	1.546	2.529	3.166	2.521	2.084	1.506	18.020
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	27	33	36	38	54	154	219	354	757	1.517	1.338	459	4.986
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	103	371	263	169	96	105	139	158	169	85	53	15	1.726
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	182	180	205	257	496	1.860	4.332	9.866	19.711	24.900	20.791	12.920	95.700
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	13.762	13.082	5.522	2.385	1.998	3.412	3.750	5.182	9.462	13.739	15.810	14.645	102.749
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	1.469	2.139	2.486	2.688	3.241	7.888	9.686	12.498	15.266	12.749	7.784	3.895	81.789
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	339	829	555	546	707	1.484	1.561	1.696	2.085	1.903	1.187	626	13.518
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	41	159	277	418	604	0	0	0	0	0	0	489	1.988
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	712	956	930	1.209	2.889	6.173	6.692	7.383	7.864	7.989	5.995	3.790	52.582
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	15	0	1	1.000	21.588	55.722	29.999	3.623	31	9	1	4	111.993
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	12.666	28	9	5	39	147	88	20	2	6	8	9	13.027
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0	0	674	562	326	329	241	218	222	201	84	37	2.894
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	168	204	172	206	339	723	810	943	0	0	0	615	4.180
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	389	1.724	2.227	2.337	4.233	10.587	9.278	8.517	8.720	6.579	5.164	4.467	64.222
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	3	6	3	5	15	47	42	30	33	29	13	9	235
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	174	218	264	281	295	1.756	2.894	1.440	1.132	933	438	166	9.991
Total	37.647	26.731	17.385	15.784	42.839	106.884	92.305	82.042	103.648	105.641	83.967	55.378	770.251



### Análise e considerações sobre Mortalidade

As informações da morbidade hospitalar, por grupo de causas, utilizam como fonte de dados SIH do DATASUS. No ano de 2015 ocorreram no estado do Rio Grande do Sul 770.251 internações. Quando as internações são agrupadas por Capítulo CID 10, destacam-se os seguintes capítulos: Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério (111.993 internações), Capítulo X Doenças do aparelho respiratório (102.749 internações), Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório (95.700 internações), Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo (81.789 internações), Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (84.222 internações) e o Capítulo II Neoplasias/tumores (63.974 internações). Quanto ao grupo etário as internações distribuíram-se da seguinte forma: crianças (0 a 9 anos) 10,62%; adolescentes (10 a 19 anos) 7,61%; adultos (20 a 59 anos) 49,97% e idosos (60 anos e mais) 31,81%.

Quanto ao grupo das crianças, de 0 a 9 anos, os principais capítulos com o maior número de internações foram: Capítulo X Doenças do aparelho respiratório (32.388), Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal (12.703) - sendo destas 99,71% das internações em menores de 01 ano, Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9.738), Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo (8.094) e Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (4.340), que representaram 79,8% das internações desse grupo etário.

No grupo dos adolescentes ocorreram 58.823 internações, representando 7,61% do total das internações. Quando as internações são avaliadas separadamente por capítulos do CID, destacam-se os seguintes capítulos, com o respectivo número de internações: Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério (22.588) - sendo que 95,8% referem-se ao grupo de 15 a 19 anos, Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (8.570), Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo (5.929), Capítulo X Doenças do aparelho respiratório (4.383), Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário (4.098), Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (3.103) - sendo que 80,6% referem-se ao grupo de 15 a 19 anos, e Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (2.482). Esses capítulos representaram 83,85% das internações dos adolescentes no estado do Rio Grande do Sul.

Entre os adultos (20 a 59 anos) ocorreram 384.879 internações, sendo que quando as internações são avaliadas separadamente por capítulos do CID, destacam-se os seguintes capítulos, com o respectivo número de internações: Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério (89.375) - sendo que 95,91% referem-se ao grupo de 20 a 39 anos, Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo (45.338), Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (37.102), Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório (35.789), Capítulo II Neoplasias/tumores (30.545) e Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (30.285), representando 89,74% das internações em 2015 no grupo de adultos gaúchos.

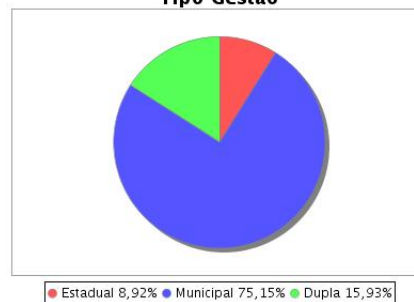
Referente às internações dos idosos (60 anos e mais), avaliadas separadamente por capítulos do CID, destacam-se os seguintes capítulos, com o respectivo número de internações: Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório (58.611), Capítulo X Doenças do aparelho respiratório (44.194), Capítulo II Neoplasias/tumores (29.822), Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo (24.428), Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário (17.774) e Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (16.210), representando 78% das internações em 2015 no grupo de idosos gaúchos.



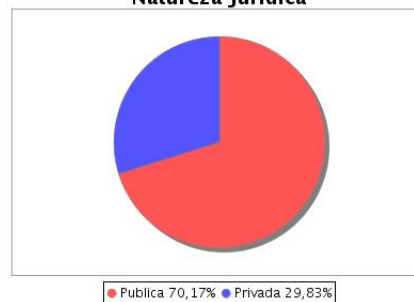
## 3.1 TIPO GESTÃO

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
POSTO DE SAUDE	692	685	1	6
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	1.872	1.670	1	201
POLICLINICA	234	50	43	141
CONSULTORIO ISOLADO	218	204	6	8
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	69	63	2	4
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	221	130	50	41
UNIDADE MOVEL FLUVIAL	1	1	0	0
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	604	322	157	125
FARMACIA	49	43	1	5
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	1.132	689	240	203
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	4	2	1	1
UNIDADE MISTA	17	4	0	13
PRONTO SOCORRO GERAL	14	8	0	6
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	1	0	0	1
HOSPITAL GERAL	294	76	36	182
HOSPITAL ESPECIALIZADO	12	9	2	1
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	40	33	0	7
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	4	2	2	0
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	2	2	0	0
SECRETARIA DE SAUDE	501	450	18	33
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	8	5	3	0
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	200	171	7	22
CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	24	24	0	0
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	11	9	0	2
PRONTO ATENDIMENTO	45	28	0	17
POLO ACADEMIA DA SAUDE	118	118	0	0
TELESSAUDE	1	1	0	0
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	5	3	1	1
OFICINA ORTOPEDICA	2	2	0	0
CENTRAL DE REGULACAO	8	8	0	0
Total	6.403	4.812	571	1.020

Tipo Gestão



Natureza Jurídica



## 3.2. NATUREZA JURÍDICA (GERÊNCIA)

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
FEDERAL	28	26	0	2
ESTADUAL	134	32	88	14
MUNICIPAL	8.784	7.312	282	1.190
PRIVADA	3.832	2.244	774	814
INTERNACIONAL	68	36	8	24
Total	12.846	9.650	1.152	2.044

## Justificativa de Dupla Gestão

Conforme o Manual do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o tipo de gestão identifica com qual gestor (estadual ou municipal) o estabelecimento tem contrato/convênio, e quem é responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamento dos serviços de média e alta complexidade prestados ao SUS.

Estabelecimentos cadastrados como gestão dupla estão sob gestão estadual, mas realizam também ações de atenção básica.

## Análise e considerações do Gestor sobre Prestadores de Serviços ao SUS

Os dados da Rede Física de Saúde Pública e Privada Prestadora de Serviços ao SUS são gerados automaticamente pelo SARGSUS, a partir do CNES.

Conforme dados gerados para o RAG 2015 a rede de prestadores de serviços ao SUS, no estado é constituída por 6.403 estabelecimentos de saúde de diferentes tipos, como Centro de Saúde/Unidade Básica, Unidade de Apoio Diagnose e Terapia – SADT, Posto de Saúde, Clínica/Centro de Especialidade, entre outros.

Considerando a gestão destes estabelecimentos, 75% estão sob gestão municipal, 16% gestão dupla e 9% gestão estadual.

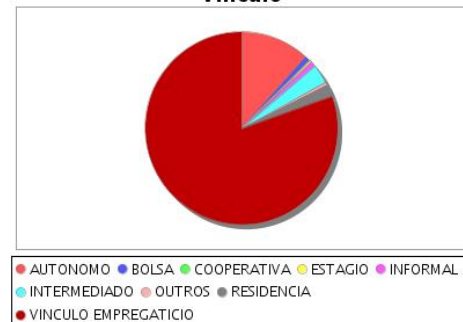
Até o mês de dezembro de 2015, um total de 118 municípios detinha a gestão de todos os prestadores localizados em seus territórios. Destes, 52 municípios tem prestador hospitalar. Outros 27 municípios detinham a gestão de todos os prestadores ambulatoriais e 115 municípios a gestão de um ou mais serviços ambulatoriais, totalizando 260 municípios com assunção de gestão.

O formulário da Rede Física de Saúde Pública e Privada Prestadora de Serviços ao SUS, para o RAG 2015, foi ajustado pelo SARGSUS no campo da esfera administrativa, passando a considerar a totalização de estabelecimentos por Natureza Jurídica.

Nesta classificação identifica-se que 70% dos estabelecimentos são públicos e 30% privados. No entanto, pode ter acontecido um erro do sistema na identificação da gestão (municipal, estadual e dupla) dos estabelecimentos e sua natureza jurídica, pois sabidamente os municípios tem um número maior de prestadores sob sua gestão, diferente do quadro apresentado.

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
CONSULTORIA	13
COOPERADO	1
INTERMEDIADO ORG DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PUBL(OSCIP)	74
INTERMEDIADO P ENTIDADE FILANTROPICA E/OU SEM FINS LUCRATIVO	1079
INTERMEDIADO POR COOPERATIVA	13
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	871
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO NAO-GOVERNAMENTAL(ONG)	31
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO SOCIAL(OS)	14
PESSOA FISICA	9021
PESSOA JURIDICA	1876
SEM INTERMEDIACAO(RPA)	2261
SEM TIPO	945
TOTAL	16199
BOLSA	
TIPO	TOTAL
BOLSISTA	1149
TOTAL	1149
COOPERATIVA	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	149
TOTAL	149
ESTAGIO	
TIPO	TOTAL
ESTAGIARIO	222
SEM TIPO	298
TOTAL	520
INFORMAL	
TIPO	TOTAL
CONTRATADO VERBALMENTE	1099
TOTAL	1099
INTERMEDIADO	
TIPO	TOTAL
AUTONOMO	840
CARGO COMISSONADO	28
CELETISTA	2492
CONTRATADO TEMPORARIO OU POR PRAZO/TEMPO DETERMINADO	475
COOPERADO	394
EMPREGADO PUBLICO CELETISTA	368
TOTAL	4597

Vínculo



<b>OUTROS</b>	
<b>TIPO</b>	<b>TOTAL</b>
BOLSA	284
CONTRATO VERBAL/INFORMAL	192
PROPRIETARIO	206
TOTAL	682
<b>RESIDENCIA</b>	
<b>TIPO</b>	<b>TOTAL</b>
RESIDENTE	2261
SEM TIPO	528
TOTAL	2789
<b>VINCULO EMPREGATICIO</b>	
<b>TIPO</b>	<b>TOTAL</b>
CARGO COMISSONADO	787
CELETISTA	37266
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	12865
EMPREGO PUBLICO	26839
ESTATUTARIO	32057
SEM TIPO	2144
TOTAL	111958

Análise e Considerações Profissionais SUS

Os números apresentados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), são de todos os profissionais do SUS no Estado (municipal, estadual e federal).

A seguir informaremos o quantitativo dos profissionais do SUS ligados à esfera estadual. Os números têm como data de referência 31/12/2015.

#### INTERMEDIADOS POR EMPRESA PRIVADA

436 - Departamento Administrativo

42 - FEPPS

Observa-se que os trabalhadores intermediados, basicamente são classificados como: motorista, cozinheiro, auxiliar de cozinha, limpeza, auxiliar de regulação médica, vigilância, mão de obra, recepcionista.

#### CONSULTORIAS

14 - Consultoria contratada para desenvolver o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) e para a Saúde Mental, através da OPAS/ OMS.

#### ESTAGIÁRIOS

389 - DA/DRH

87 - FEPPS

41 - CEVS

517 - TOTAL DE ESTAGIÁRIOS DA SES/RS

#### RESIDÊNCIAS

146 - ESP

As residências da Escola de Saúde Pública (ESP), são custeadas integralmente pela SES/RS e desenvolvida nos Serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), especializados e hospitalares das Secretarias Municipais de Saúde de Porto Alegre, Canoas, Esteio, Venâncio Aires, Sapucaia do Sul, São Lourenço do Sul, vários órgãos da SES são cenário de práticas da Residência Integrada em Saúde da ESP como CEVS, DAS, HPSP, HSP, ASSTEPLAN e DGTI. O SES/RS também é campo de estágio para residentes da UFRGS e GHC.

#### VÍNCULO EMPREGATÍCIO SES

145 - CARGO COMISSIONADO

60 - CELETISTA

93 - CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO

3.748 - ESTATUTÁRIO

403 - ADIDOS (de outros órgãos)

374 - CEDIDOS (a outros órgãos)

4.823 - TOTAL DE PROFISSIONAIS VINCULADOS À SES/RS

#### VÍNCULO EMPREGATÍCIO FEPPS

53 - CARGO COMISSIONADO

45 - CONTRATO EMERGENCIAIS

313 - EFETIVOS SES

15 - ADIDOS (de outros órgãos)

426 - TOTAL DE PROFISSIONAIS VINCULADOS À FEPPS

## 5. Programação Anual de Saúde e Pactuação da Saúde

**Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.**

Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
1	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.	70,00	72,08	%
2	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)	25,70	27,09	%
3	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	69,00	67,68	%
4	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL.	56,00	47,99	%
5	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	5,00	1,41	%
6	PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	7,80	7,11	%

Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
10	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE	6,64	5,03	/1000
11	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO.	100,00	95,61	%
7	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	1,79	1,35	/100

Nº	Ação	Meta 2015	Resultado	Unidade
1.1	xxxxxxxxxxx	100,00	95,00	%

8	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	5,61	4,44	/100
9	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	8,48	8,01	/100

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
----	-----------	-----------	-----------	---------

**Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de pront-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.**

Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
12	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO	1.870,00	1.132,00	N.Absoluto
13	PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE			%
14	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	13,00	13,43	%
15	PROPORÇÃO DE ÓBITOS, EM MENORES DE 15 ANOS, NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)			%
16	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)	94,20	90,34	%

Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.

**Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.**

Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
18	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,66	0,47	RAZÃO
19	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,45	0,31	RAZÃO

Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
20	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	45,00	39,05	%
21	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL.	75,00	74,04	%

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
22	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE.	2,00	0,25	RAZÃO
23	NÚMERO DE OBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA.	60,00	51,00	N.Absoluto
24	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	9,90	10,15	/1000
25	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	90,00	75,37	%
26	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS	100,00	63,46	%
27	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	100,00	82,52	%
28	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	975,00	1.631,00	N.Absoluto

**Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.**

Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
29	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	1,96	1,40	/100.000

**Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.**

Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
30	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	382,90	379,00	/100.000

**Diretriz 6 - Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.**

Objetivo 6.1 - Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância às práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com o controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais

**Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.**

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
35	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	70,00	37,02	%
36	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	75,00		%
37	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	85,00	82,37	%
38	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	95,00	94,96	%
39	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	85,00	87,10	%
40	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS.	50,00	53,36	%
41	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	100,00	17,50	%
42	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	32,00	37,00	N.Absoluto
43	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/MM3	23,00	23,40	%
44	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS	157.107,00	166.002,00	N.Absoluto
45	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	100,00	73,40	%
46	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS	75,00	82,30	%
47	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL	0,00	0,00	N.Absoluto
48	PROPORÇÃO DE CÃES VACINADOS NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA CANINA			%



Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
49	PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRACOMA NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS			%
51	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE			N.Absoluto
52	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	10,00	22,00	%

Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
53	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	70,00	79,27	%

#### Diretriz 8 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) e do envio do conjunto de dados por meio do serviço WebService como estratégia para o fortalecimento do sistema de gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
54	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM O SISTEMA HORUS IMPLANTADO, OU ENVIANDO O CONJUNTO DE DADOS POR MEIO DO SERVIÇO WEBSERVICE			%

Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
55	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DA EXTREMA POBREZA COM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA E CENTRAIS DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO ESTRUTURADOS			%

Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
56	PERCENTUAL DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS INSPECIONADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NO ANO	100,00	26,08	%

Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HORUS como estratégia de qualificação da gestão da assistência farmacêutica no SUS.

Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) e do envio do conjunto de dados por meio do serviço WebService como estratégia para o fortalecimento do sistema de gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.

**Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.**

**Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.**

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
57	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	80,00	142,87	%
58	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA/SAÚDE COLETIVA			%
59	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL			%
60	NÚMERO DE PONTOS DO TELESSAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS	1.654,00	1.690,00	N.Absoluto

**Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.**

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
61	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS	100,00	98,90	%

**Objetivo 11.3 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.**

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
62	NÚMERO DE MESAS OU ESPAÇOS FORMAIS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, IMPLANTADOS E/OU MANTIDOS EM FUNCIONAMENTO			N.Absoluto

**Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.**

**Objetivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.**

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
63	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE	1,00	0,00	N.Absoluto
64	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SIACS	1,00	1,00	N.Absoluto

**Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.**

Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Nº	Indicador	Meta 2015	Resultado	Unidade
65	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	10,00	15,49	%
66	COMPONENTE DO SNA ESTRUTURADO			N.Absoluto
67	PROPORÇÃO DE ENTES COM PELO MENOS UMA ALIMENTAÇÃO POR ANO NO BANCO DE PREÇO EM SAÚDE			N.Absoluto

### 5.1 Execução Orçamentária

#### Recursos Orçamentários

Valor	R\$	Valor	R\$
-------	-----	-------	-----

#### Análise e Considerações



## 6. DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS (Fonte: SIOPS)

### 6.1 DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS (Fonte: SIOPS)

Última atualização: 29/06/2016 13:08:02

	RECEITAS (R\$)						DESPESAS (R\$)					Movimentação Financeira		
	Transferência fundo a fundo			Op. Crédito /Rend. /Outros	Recursos Próprios	Total	Dotação	Empenhada	Liquidada	Paga	Orçada	RP/Outros Pagamentos	Saldo Finan. do Exercício Anterior	Saldo Finan. do Exercício Atual
	Federal	Outros Estados	Municipal											
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo(6)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros Programas assistência farmacêutica financiados por transferência Fundo a Fundo	1.061.984,16	0,00	0,00	287.405,61	0,00	1.349.389,77	613.868,71	398.854,08	398.854,08	376.141,95	635.845,00	0,00	0,00	973.247,82
Outros Programas de Gestão do SUS financiados por transferência Fundo a Fundo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

### Análise Sobre a Utilização dos Recursos

## 8. INDICADORES FINANCEIROS (Fonte: SIOPS)

### 8.1. INDICADORES FINANCEIROS (Fonte: SIOPS)

Última atualização:  
29/06/2016 13:07:51

Participação % da receita de impostos na receita total do Estado	55,93%
Participação % das transferências intergovernamentais na receita total do Estado	18,12%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para	11,66%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos	100,00%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da	25,00%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita	61,76%
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Estado, por habitante	R\$370,15
Participação % da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	32,50%
Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	1,99%
Participação % da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com	26,75%
Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,33%
% das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde	20,82%
% da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012	12,20%

### Análise Sobre os Indicadores Financeiros

No ano de 2015, o Estado enfrentou severa crise financeira, com forte impacto no financiamento das ações e serviços do SUS. Com a crescente queda na arrecadação e o esgotamento das fontes de financiamento existentes no passado, a Secretaria Estadual da Fazenda vem realizando constantes reduções na previsão orçamentária e financeira da Secretaria Estadual de Saúde. Foi necessário reduzir custos, rediscutir prioridades e trabalhar com o recurso já disponível em caixa. No entanto, mesmo com as dificuldades financeiras enfrentadas pelo Governo do Estado foram aplicados em ações e serviços de saúde o percentual mínimo constitucional, preconizado pelo artigo 6º da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012.

## 9.1 - DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO - DESPESAS COM SAÚDE (Fonte: SIOPS)

RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	RECEITAS REALIZADAS	
			Jan a Dez (b)	%(b/a)x100
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)	33.697.537.179,00	33.697.587.179,00	31.908.984.887,17	94,69
Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação - ITCD	305.108.916,00	305.108.916,00	619.564.774,05	203,06
Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS	28.598.799.019,00	28.598.849.019,00	26.167.838.399,44	91,50
Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores - IPVA	2.372.375.246,00	2.372.375.246,00	2.335.641.755,10	98,45
Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	1.754.993.582,00	1.754.993.582,00	1.724.399.435,93	98,26
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	231.099.026,00	231.099.026,00	235.316.425,58	101,82
Dívida Ativa dos Impostos	243.612.992,00	243.612.992,00	416.239.870,50	170,86
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa	191.548.398,00	191.548.398,00	409.984.226,57	214,04
RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)	2.524.741.116,00	2.524.741.116,00	2.474.801.707,21	98,02
Cota-Parte FPE	1.897.714.157,00	1.897.714.157,00	1.798.646.215,83	94,78
Cota-Parte IPI-Exportação	480.126.731,00	480.126.731,00	529.255.263,84	110,23
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	146.900.228,00	146.900.228,00	146.900.227,54	100,00
Desoneração ICMS (LC 87/96)	146.900.228,00	146.900.228,00	146.900.227,54	100,00
Outras		0,00	0,00	0,00
DEDUÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS AOS MUNICÍPIOS (III)	7.413.259.496,00	8.619.245.177,00	8.127.085.257,57	94,29
Parcela do ICMS Repassada aos Municípios	7.293.227.813,00	7.258.674.528,00	6.781.473.199,50	93,43
Parcela do IPVA Repassada aos Municípios	120.031.683,00	1.225.938.966,00	1.213.298.242,13	98,97
Parcela da Cota-Parte do IPI-Exportação Repassada aos Municípios	0,00	134.631.683,00	132.313.815,94	98,28
TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (IV) = I + II - III	28.809.018.799,00	27.603.083.118,00	26.256.701.336,81	95,12

RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (c)	RECEITAS REALIZADAS	
			Jan a Dez (d)	%(d/c)x100
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS	1.066.479.238,00	1.066.503.238,00	880.217.786,66	82,53
Provenientes da União	1.053.212.988,00	1.053.212.988,00	866.768.811,53	82,30
Provenientes de Outros Estados	0,00	0,00	0,00	0,00
Provenientes de Municípios	0,00	24.000,00	8.038,01	33,49
Outras Receitas do SUS	13.266.250,00	13.266.250,00	13.440.937,12	101,32
TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	1.066.479.238,00	1.066.503.238,00	880.217.786,66	82,53

## 9.2. DESPESAS COM SAÚDE

## 9.2.1. DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)

DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (e)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (f)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (g)	% (f+g)/e
DESPESAS CORRENTES	4.174.301.012,34	4.433.240.699,47	4.149.592.812,92	21.851.259,83	94,09
Pessoal e Encargos Sociais	1.218.129.895,89	1.443.327.387,69	1.375.673.108,30	1.525.233,25	95,42
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	2.956.171.116,45	2.989.913.311,78	2.773.919.704,62	20.326.026,58	93,46

DESPESAS DE CAPITAL	227.838.329,18	41.971.261,51	13.838.777,23	329.399,87	33,76
Investimentos	227.831.329,18	41.964.261,51	13.835.162,90	329.399,87	33,75
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	7.000,00	7.000,00	3.614,33	0,00	51,63
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (VIII)	4.402.139.341,52	4.475.211.960,98	4.185.612.249,85	93,53	93,53

## 9.2.2.DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE, AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EXECUTADAS			
			LIQUIDADAS Jan a Dez (h)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (i)	%[(h+i)/V (f+g)]	
DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS	N/A		0,00	0,00	0,00	
DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO	N/A		0,00	0,00	0,00	
DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS	N/A		960.809.248,82	5.712.806,68	23,09	
Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS	N/A		936.896.950,36	4.224.200,81	22,48	
Recursos de Operações de Crédito	N/A		0,00	0,00	0,00	
Outros Recursos	N/A		23.912.298,46	1.488.605,87	0,61	
OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS	N/A		0,00	0,00	0,00	
RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO	N/A	N/A	N/A	16.467.853,02	N/A	
DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA	N/A	N/A	0,00	0,00	0,00	
DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO	N/A	N/A	0,00	0,00	0,00	
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS (IX)			982.989.908,52	5.712.806,68	23,48	
TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VII) = [V(f+g)/VI(h+i)]			""	0,00	""	4.475.211.960,98

<b>PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS &lt;BR&gt; (VIII%) = (VII</b>	12,20
--	-------

VALOR REFERENTE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL [VII(h+i) - (12 x IVb)/100]	51.818.180,91
--	---------------

EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA	INSCRITOS	CANCELADOS/PRESCRITOS	PAGOS	A PAGAR	PARCELA CONSIDERADA NO LIMITE
Inscritos em 2015	16.467.853,02	N/A	N/A	N/A	0,00
Inscritos em 2014	11.635.987,23	638.244,07	78.218,71	10.919.524,45	0,00
Inscritos em 2013	45.841.648,13	5.906.738,63	26.885.078,10	13.049.831,40	0,00
Inscritos em 2012	15.086.159,00	509.479,87	0,00	14.576.679,13	15.086.159,00
TOTAL	72.563.794,36	7.054.462,57	26.963.296,81	38.546.034,98	15.086.159,00

CONTROLE DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS PARA FINS DE APLICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CAIXA CONFORME ARTIGO 24, § 1º e 2º	RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS		
	Saldo Inicial	Despesas custeadas no exercício de referência (j)	Saldo Final (Não Aplicado)
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2015	0,00	0,00	0,00
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2014	0,00	0,00	0,00
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2013	509.479,87	0,00	509.479,87
Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2012	N/A	N/A	N/A
Total (IX)	509.479,87	0,00	509.479,87

CONTROLE DE VALOR REFERENTE AO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES PARA FINS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS CONFORME ARTIGOS 25 e 26	LIMITE NÃO CUMPRIDO		
	Saldo Inicial	Despesas custeadas no exercício de referência (k)	Saldo Final (Não Aplicado)
Diferença de limite não cumprido em 2014	0,00	0,00	0,00
Diferença de limite não cumprido em 2013	0,00	0,00	0,00
Total (X)	0,00	0,00	0,00

DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (l)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (m)	% [(l+m)/total (l+m)]x100
Atenção Básica	370.549.197,05	186.847.563,81	172.455.487,46	0,00	4,12
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	2.472.244.842,00	2.548.528.807,13	2.373.009.350,37	16.073.648,26	57,08
Suporte Profilático e Terapêutico	185.148.128,00	207.675.665,16	181.256.811,10	1.895.032,80	4,38
Vigilância Sanitária	5.957.500,00	5.657.500,00	3.690.821,94	75.277,00	0,09
Vigilância Epidemiológica	18.895.001,92	19.116.337,96	10.162.464,51	1.456.764,88	0,28
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	1.349.344.672,55	1.507.386.086,92	1.422.856.654,77	2.679.936,76	34,06
TOTAL	4.402.139.341,52	4.475.211.960,98	4.185.612.249,85		100,01

Análise Sobre Demonstrativo Orçamentário



## 10. AUDITORIAS

**Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)**

Sim

**Ente Federado:**

RIO GRANDE DO SUL

**Demandante:**

**Órgão responsável pela auditoria:**

**SISAUD/SUS:**

**Nº da auditoria:**

**Finalidade da auditoria:**

**Status da auditoria:**

null

**Unidade(s) auditada(s):**

**Recomendações**

**Encaminhamentos**

## 10. AUDITORIAS

**Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)**

Sim

**Ente Federado:**

RIO GRANDE DO SUL

**Demandante:**

**Órgão responsável pela auditoria:**

**SISAUD/SUS:**

**Nº da auditoria:**

**Finalidade da auditoria:**

**Status da auditoria:**

null

**Unidade(s) auditada(s):**

**Recomendações**

**Encaminhamentos**

## 10. AUDITORIAS

**Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)**

Sim

**Ente Federado:**

RIO GRANDE DO SUL

**Demandante:**

null

**Órgão responsável pela auditoria:**

null

**SISAUD/SUS:**

**Nº da auditoria:**

null

**Finalidade da auditoria:**

null

**Status da auditoria:**

null

**Unidade(s) auditada(s):**

null

**Recomendações**

null

**Encaminhamentos**

null

## 10. AUDITORIAS

**Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)**

Sim

**Ente Federado:**

RIO GRANDE DO SUL

**Demandante:**

null

**Órgão responsável pela auditoria:**

null

**SISAUD/SUS:**

**Nº da auditoria:**

null

**Finalidade da auditoria:**

null

**Status da auditoria:**

null

**Unidade(s) auditada(s):**

null

**Recomendações**

null

**Encaminhamentos**

null

## 10. AUDITORIAS

**Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)**

Sim

**Ente Federado:**

RIO GRANDE DO SUL

**Demandante:**

null

**Órgão responsável pela auditoria:**

null

**SISAUD/SUS:**

**Nº da auditoria:**

null

**Finalidade da auditoria:**

null

**Status da auditoria:**

null

**Unidade(s) auditada(s):**

null

**Recomendações**

null

**Encaminhamentos**

null

## 10. AUDITORIAS

**Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)**

Sim

**Ente Federado:**

RIO GRANDE DO SUL

**Demandante:**

null

**Órgão responsável pela auditoria:**

null

**SISAUD/SUS:**

**Nº da auditoria:**

null

**Finalidade da auditoria:**

null

**Status da auditoria:**

null

**Unidade(s) auditada(s):**

null

**Recomendações**

null

**Encaminhamentos**

null

## 10. AUDITORIAS

**Auditorias realizadas ou em fase de execução? (Em andamento, Encerrada, Programada, Reprogramada ou Cancelada)**

Sim

**Ente Federado:**

RIO GRANDE DO SUL

**Demandante:**

null

**Órgão responsável pela auditoria:**

null

**SISAUD/SUS:**

**Nº da auditoria:**

null

**Finalidade da auditoria:**

null

**Status da auditoria:**

null

**Unidade(s) auditada(s):**

null

**Recomendações**

null

**Encaminhamentos**

null

### 11.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Destaca-se no ano de 2015, entre todas as ações/atividades desenvolvidas por esta Secretaria:

- Amplo processo visando à reorganização e qualificação da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, através de Oficinas de Planificação da APS. Processo iniciado nas regiões de saúde 1 e 2, da área de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, com os gestores municipais de saúde e profissionais da APS;
- A meta anual de cobertura da Atenção Básica (70%) foi atingida e superada: 72,08%.
- A liderança nacional no número de transplantes de órgãos (67 pmp), em transplantes renais (42 pmp) e de pulmão (4,7 pmp);
- Inauguração da Sala de Situação, ambiente que conta com equipamentos e tecnologias de ponta para o monitoramento de agravos e controle de epidemias no Estado;
- Manutenção da oferta de qualificação, modalidade de educação profissional pós-graduada e multiprofissional, da Residência Integrada em Saúde (R1 e R2) com 147 residentes financiados pela SES/RS;
- Organização do Processo seletivo de 2016 para a Residência Integrada R3 (opcional) de profissionais egressos de programas de Residência em Saúde nas ênfases de: Gestão em Políticas Públicas de Saúde, Vigilância em Saúde, Informação em Saúde e Educação e Ensino em Saúde.
- Apoio ao Conselho Estadual de Saúde/RS para a organização da 7ª Conferência Estadual de Saúde e a participação na 15ª Conferência Nacional de Saúde;

Quanto aos resultados dos indicadores em 2015 no âmbito da vigilância em saúde, pode-se destacar a proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação, indicador que o estado ultrapassou a meta estabelecida em 2%.

Dada a situação atual com grande atenção voltada a execução de ações de eliminação dos criadouros do vetor *Aedes aegypti*, destaca-se que o indicador Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue ultrapassou a meta estabelecida para o ano de 2015. O fator determinante das atividades é o fato do município ter ou não a presença do vetor. Mesmo com dificuldades na alimentação no Sistema de Informação da Dengue e para contratação de agentes de controle de endemias, o resultado da meta estadual de 22%, representa quase três vezes mais que a meta atingida do ano anterior, considerando 165 municípios infestados no estado.

Por fim, acreditamos que o esforço constante na tentativa de qualificar as informações é a melhor estratégia para a elaboração de planos de ação concretos, tendo em vista fortalecer o monitoramento e avaliação dos indicadores impactando na melhora efetiva da qualidade de vida da população.

### 11.2. RECOMENDAÇÕES PARA A PRÓXIMA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E/OU REDIRECIONAMENTOS PARA O PLANO DE SAÚDE

Como já mencionado anteriormente, o Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019 está em construção. Os instrumentos de planejamento e gestão do quadriênio que se encerra também estão sendo utilizados como subsídio para a construção do mesmo. Sendo assim, todos as Diretrizes, Objetivos, Ações, Metas e Indicadores serão revistas para o próximo período de 4 anos.

### 11.3. ARQUIVOS ANEXOS

Documento	Tipo de Documento
PES_versao RAG.pdf	Plano de Saúde referente ao Ano do RAG
CES_Resolucao_03 2013.pdf	Resolução do Conselho de Saúde que aprova o Plano de Saúde referente ao ano do RAG
RELATÓRIO DE GESTÃO 2015 FINAL.pdf	Anexo II - Relatório de Gestão da FEPPS
RAG 2015 - Anexo I - Principais Realizações AJUSTADO.pdf	Anexo I - Principais Realizações
PAS 2015 - AJUSTADO.pdf	Programação Anual de Saúde (PAS)



## 12. APRECIÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO

### 12.1 RELATÓRIO QUADRIMESTRAL (LC 141/12)

Enviado para Assembléia Legislativa em	1º QUA	2º QUA	3º QUA
Enviado ao Conselho de Saúde em	28/04/2015	05/10/2015	01/03/2016
Enviado para Assembléia Legislativa em	28/04/2015	05/10/2015	15/01/2016

### 12.2. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)

#### 12.2.1. INFORMAÇÕES DO GESTOR

Horário de Brasília

Enviado ao Conselho de Saúde para apreciação em	31/03/2016 17:56:46
Enviado ao Tribunal de contas a que está jurisdicionando em	
Enviado à Assembléia Legislativa em	
Reenviado ao Conselho de Saúde para reapreciação em	29/06/2016 14:06:30

#### 12.2.2. INFORMAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE

Horário de Brasília

Data de Recebimento do RAG pelo CS	31/03/2016 17:56:46
Apreciado pelo Conselho de Saúde em	12/04/2016 11:35:32
Reapreciado pelo Conselho em	
Parecer do Conselho de Saúde	Por solicitação, devolvemos para ajustes.
Status da Apreciação	Em Análise
Resolução da Apreciação	Data

RIO GRANDE DO SUL - RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2015**

<b>DIRETRIZES</b>	<b>Fortalecimento, ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde no Rio Grande do Sul, articulando os diferentes níveis de assistência a partir da atenção básica, promovendo a integração das ações e dos serviços de saúde por meio de linhas de cuidado, aprimorando o acesso aos serviços de saúde no Estado, consolidando a regionalização da saúde.</b>
-------------------	---

**OBJETIVO 1** Fortalecer a Atenção Básica

AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implantar Equipes de Saúde da Família nos Municípios, totalizando 2.364 equipes, com 70% de cobertura populacional.	1006	547	136	A posição inicial considerada neste cálculo foi a de 31/12/2012, quando haviam 1358 Equipes de Saúde da Família. Ao final de 31/12/2015 tínhamos 1905 ESF implantadas. A cobertura populacional anual de ESF aumentou significativamente (+7,69%) em relação ao ano de 2014, alcançando 56,42% de população estimada coberta. No entanto, a meta estipulada para o período (2012-2015) não foi alcançada devido aos poucos credenciamentos novos das equipes de Saúde da Família junto ao Ministério da Saúde, o qual prioriza o credenciamento de equipes com Mais Médicos.	DAS/ESF	
<b>Ação 2</b>	Realizar diagnóstico para implantação de Espaço Saúde nas USF e UBS.	1	0	0	A proposta de Espaço Saúde não foi implementada, em grande parte devido a criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Academias da Saúde a partir da implantação de pólos públicos com infraestrutura e profissionais qualificados, estimulando a prática de atividade física e de lazer, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais.	DAS/ESF	
<b>Ação 3</b>	Ampliar o número de municípios que utilizam o Telessaúde.	300	433	177	Municípios que utilizaram Plataforma.	DAS/ESF	
<b>Ação 4</b>	Implantar Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), totalizando 260 equipes	234	102	23	O quantitativo de NASF obteve crescimento de 21,90% em relação ao ano de 2014, passando de 105 para 128 NASF implantados (2015) no estado. Porém, a meta programada para o período (2012-2015) não foi atingida, considerando as dificuldades de credenciamento destas equipes pelo Ministério da Saúde.	DAS/ESF	
<b>Ação 5</b>	Implantar Academias de Saúde de forma integrada com a Vigilância em Saúde em 242 municípios.	333	384	9	No RS temos 384 polos de Academias da Saúde distribuídos em 285 municípios, que foram contemplados e estão recebendo recursos de implantação e/ou manutenção.	DAS/ESF	CEVS
<b>Ação 6</b>	Implantar a ESF nos municípios gaúchos.	100%	95,17%	0,8%	O resultado alcançado de 2012-2015 representa 473 municípios com ESF implantadas, posição de 31/12/2015. A meta estipulada para o período (2012-2015) não foi alcançada devido aos poucos credenciamentos novos das equipes de Saúde da Família junto ao Ministério da Saúde, o qual prioriza o credenciamento de equipes com Mais Médicos.	DAS/ESF	
<b>Ação 7</b>	Implantar consultórios de rua	12	6	1	Até o ano de 2012, a proposta dos Consultórios de Rua era ligada à Coordenação Nacional de Saúde Mental, sendo que após este ano a denominação se tornou <b>Consultório na Rua</b> , caracterizando-se enquanto modalidade de equipe de Atenção Básica e assim inserida no Departamento de Atenção Básica (MS). Quanto ao programado 2012-2015, o mesmo não foi atingido apesar de existirem 8 credenciados no MS, o estado tem 6 Consultórios na Rua implantados. Além das dificuldades inerentes da atenção básica na rede de atenção psicossocial, a Portaria GM/MS 123, de 25 de janeiro de 2012, estabelece critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por município.	DAS/SAÚDE MENTAL	
<b>Ação 8</b>	Construir a Política Estadual de Promoção à Saúde e à Cultura de Paz e Prevenção das Violências, integrando a Vigilância em Saúde e com a participação de outras instâncias públicas e da sociedade civil organizada.	1	0	0	A política não foi construída devido à dificuldade de articulação com outros setores da Secretária e com a juventude organizada na sociedade civil. Foi construído o Programa Articulador Jovem de Saúde com a finalidade de promover a mobilização e o protagonismo social da juventude gaúcha, para o diálogo com a Rede Básica de Saúde, através de representação direta na elaboração de estratégias de prevenção e promoção à saúde, contribuindo para o enfrentamento das violências em seus territórios. Foi instituído, o Comitê Estadual de Saúde da Juventude por meio da Portaria SES/rs nº 1364/2014, publicada no Diário Oficial do Rio Grande do Sul em 26 de dezembro de 2014. Esse Comitê conta com representação da Gestão Estadual, Gestão Municipal.	DAS/RS NA PAZ	
<b>Ação 9</b>	Aprovar a Política Estadual de Promoção à Saúde e à Cultura de Paz e Prevenção das Violências na Comissão Intergestores Bipartite extenso e no Conselho Estadual de Saúde (CES).	1	0	0		DAS/RS NA PAZ	
<b>Ação 10</b>	Construir Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.	1	0	0		DAS/RS NA PAZ	
<b>Ação 11</b>	Aprovar a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.	1	0	0		DAS/RS NA PAZ	
<b>Ação 12</b>	Realizar, na seqüência, o início da sensibilização e apoio institucional aos Municípios para adesão e implementação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências;	1	0	0	Falta de recursos humanos para a construção da Linha de Cuidado, impossibilitando a execução dessas metas.	DAS/RS NA PAZ	
<b>Ação 13</b>	Realizar Educação Permanente para as equipes e profissionais de saúde da Atenção Básica das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios que aderirem à Linha de Cuidado	1	0	0		DAS/RS NA PAZ	

**OBJETIVO 2** Ampliar e Qualificar a Atenção Secundária e Terciária

AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
Ação 1	Ampliar o número de leitos hospitalares SUS em hospitais de porte médio e grande.	575	918	- 357	Conforme cálculo do total de leitos hospitalares (excluído UTI) no mês de dezembro 2011 comparado com dezembro 2015 e dezembro 2015 comparado com dezembro 2014. Analisado hospitais com 50 leitos SUS ou mais. Fonte CNES/Tabwin	DAHA	
Ação 2	Ampliar o número de leitos de UTI adulto SUS.	250	90	10	Conforme cálculo do total de leitos hospitalares (excluído UTI) no mês de dezembro 2011 comparado com dezembro 2015 e dezembro 2015 comparado com dezembro 2014. Analisado hospitais com 50 leitos SUS ou mais. Fonte CNES/Tabwin	DAHA	
Ação 3	Ampliar o número de leitos de UTI pediátrica SUS.	38	-16	-5	A Edição da PT MS/GM 1.300/12 influenciou a requalificação de UTI pediátricas mistas para leitos de UTI neonatal, reduzindo o número de leitos de UTI pediátrica. Leitos apurados conforme consulta TABNET DATASUS (considerado somente leitos tipo II e tipo III; leito tipo I em extinção).	DAHA	
Ação 4	Ampliar o número de leitos de UCI neonatal convencional SUS.	64	66	45		DAHA	
Ação 5	Ampliar o número de leitos de UCI neonatal Canguru SUS.	60	88	50		DAHA	
Ação 6	Ampliar o número de municípios com serviço de telecardiologia.	120	37	0	Ação em processo de redefinição no que se refere a recurso financeiro e forma de implementação.	DAHA	
Ação 7	Analisar e validar mensalmente os dados do Sistema Nacional de Registro Hospitalar de Câncer das 26 unidades habilitadas em Alta Complexidade em Oncologia.	104	78	0	No ano de 2015 não foi possível analisar mensalmente os dados dos pacientes no Sistema Nacional de Registro Hospitalar de Câncer, tendo em vista a priorização da elaboração do Plano Estadual de Oncologia. Somente foram realizadas consultas no Sistema, para verificar se as Unidades inseriram as informações de sua responsabilidade.	DAHA	
Ação 8	Realizar cursos de capacitação para profissionais especializados em atividades nos UNACON's, CACON's.	3	6	0	Meta atingida em 2014.	DAHA	
Ação 9	Vistoriar anualmente as Unidades habilitadas em Alta Complexidade em Oncologia.	26	36	0	Priorização na elaboração do Plano de Ação Estadual de Oncologia RS. Algumas Unidades foram vistoriadas em 2014 mais de uma vez. Ainda restam outras a serem vistoriadas no decorrer de 2016.	DAHA	
Ação 10	Realizar censo estadual dos leitos de UTI.	1	0	0	Não houve formação de GT específico para a ação.	DAHA	
Ação 11	Instituir serviço de retaguarda de cuidados críticos à distância (tele UTI) para pacientes críticos fora de UTI ou com problemas de estrutura.	1	0	0	Pré projeto elaborado e apresentado a instâncias superiores. Aguarda autorização para dar início a sua aplicação.	DAHA	
Ação 12	Implementar o programa Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) em hospitais.	17	15	0	Ação em processo de redefinição no que se refere a continuidade e forma de implementação.	DAHA	
Ação 13	Concluir a obra do hospital público regional de Santa Maria e implementar seu funcionamento.	1	0	0	Obra em fase final de conclusão. Previsão maio 2016.	DAHA	ASSTEPLAN
Ação 14	Apoiar a construção do hospital público regional em Palmeira das Missões.	1	1	1	A construção é de responsabilidade do gestor municipal. Está em fase de finalização o processo licitatório, não tendo sido iniciada a obra.	DAHA	ASSTEPLAN
Ação 15	Apoiar a construção do hospital público regional no Vale do Gravataí.	1	1	1	A prefeitura do município de Gravataí oficializou a intenção da doação de um terreno de seis hectares na ERS-118.	DAHA	ASSTEPLAN
Ação 16	Apoiar a ampliação do Hospital São Vicente de Paulo no município de Osório.	1	1	1	Foram concluídas as obras da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), Pediatria e parte da Emergência. Estão ainda em andamento a obra do Setor Administrativo e do Auditório.	DAHA	ASSTEPLAN
Ação 17	Implementar serviços ambulatoriais de atenção secundária e terciária, para diagnóstico e tratamento nas regiões e/ou macrorregiões de saúde, para ampliação ou qualificação de acesso, conforme pactuação.	84	55	20	Serviços Integrados de Atenção Especializada Ambulatorial, habilitados no âmbito da Resolução nº 412/13 CIB/RS, financiados com recurso do Tesouro Estadual. Habilitações iniciadas em 2013 conforme pactuações nas Regiões de Saúde, qualificação dos prestadores e disponibilidade de recursos financeiros.	DAHA	
Ação 18	Reavaliar as referências nas especialidades de Alta Complexidade em Oncologia, Cardiologia, Traumatologia/Ortopedia e Neurologia com respectivas pactuações em CIB.		2	1		DAHA	
Ação 19	Proceder avaliação e liberação dos medicamentos Trastuzumab e Imatinib para as 26 unidades de oncologia.		1736	800		DAHA	CPAF
Ação 20	Definir indicadores de qualidade a serem utilizados no controle de resultados para os leitos de UTI (Instrução Normativa Anvisa/DC Nº 4/2010 e Escore Fisiológico Agudo Simplificado - SAPS 3).	1	0	0	Ação em redefinição	DAHA	

<b>Ação 21</b>	Estruturar, fortalecer e qualificar a Hemorrede Pública.	100%			Em andamento. A Hemorrede Pública do Estado é composta por cinco Hemocentros Estaduais Regionais: Porto Alegre, Pelotas, Santa Maria, Passo Fundo, Cruz Alta e Palmeira das Missões: além desses, também compõem a Hemorrede Pública do Estado, três Hemocentros Regionais, gerenciados pelos municípios e localizados em Caxias do Sul, Santa Rosa e Alegrete. A Hemorrede Pública do Estado atende, complementada pelo Grupo Hospitalar Conceição e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 49,5% das coletas de sangue e é responsável por 54,56 % das transfusões para leitos SUS no Estado, sendo o restante atendido pelo setor privado contratado. Desenvolve ainda atividades de ensino, treinamento, pesquisa e assistência. Estão em desenvolvimento ações de reforma e ampliação de Hemocentros e a compra de equipamentos para a Hemorrede. No que tange a Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue está em desenvolvimento a implantação e implementação do Plano de Melhoria da Gestão contemplando a reestruturação organizacional e de pessoal, bem como a otimização do gerenciamento de processos de receita/despesa e ainda o NAT (Teste de Ácido Nucléico) que está implantado em toda a Hemorrede. Padronização de metodologias com a finalidade de aumentar a segurança transfusional e garantir a qualidade do sangue fornecido aos leitos SUS no Estado.	FEPPS	
<b>Ação 22</b>	Implementar o atendimento ambulatorial multidisciplinar para 100% dos Pacientes Portadores de Hemoglobinopatias e Coagulopatias em parceria com a Rede Hospitalar.	21.200	21.708	7.762	A Clínica Hematológica do Estado é referência para o atendimento de 1.800 pacientes hemofílicos e portadores de coagulopatias. Em 2015 foram realizadas 7.762 atendimentos nas Clínicas Hematológicas localizadas nos Hemocentros de Porto Alegre, Pelotas e Passo Fundo.	FEPPS	
<b>Ação 23</b>	Disponibilizar plasma de qualidade para encaminhar para a Indústria Brasileira de Hemoderivados (HEMOBRÁS).	100%	0	0	Ação não realizada. Aguardando a finalização da implantação dos Programas da Qualidade para atender as recomendações da HEMOBRÁS.	FEPPS	
<b>Ação 24</b>	Elaborar projeto assistencial para captação de recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde para construção de um hospital público regional na Região Fronteira Oeste.	1	0	0	A Portaria Estadual nº 229/2014 publicada no DOE de 21/03/2014 (pág.90), Indicou Grupo de Trabalho para realizar estudos de viabilidade técnico e financeira visando à instalação do Hospital Regional da Fronteira-Oeste.	DAHA	

OBJETIVO 3							
Ampliar e Qualificar a Vigilância em Saúde							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implementar a Rede de Unidades Sentinelas de Vigilância Hospitalar.	15	11	0	Mantém-se as 11 unidades de VHE em funcionamento, buscando-se a qualificação das equipes existentes por meio de capacitações e supervisões continuadas.	CEVS	
<b>Ação 2</b>	Elaborar protocolo em regulação/contratualização da rede com participação da Vigilância em Saúde.	1	0	0	No ano de 2014 foi iniciada uma parceria técnica entre o DAS e VISA em relação a UTIs Neonatais e Pediátricas no estado do RS. Por solicitação do Ministério da Saúde, com vistas ao credenciamento destes serviços, foram realizadas inspeções em todos os serviços de tratamento intensivo no estado por estes dois departamentos. Em 2015, foi criado grupo intersetorial com a participação do CEVS, que realizou levantamento da situação sanitária e resolutividade dos hospitais de pequeno porte no estado. Está sendo efetuada a reclassificação destas estruturas redirecionando sua missão assistencial, a fim de torná-las mais eficazes e eficientes no atendimento à população.	CEVS	
<b>Ação 3</b>	Integrar os agentes de controle de endemias às Equipes de ESF.	50%	0	0	Considerando o surgimento da ameaça de novos agentes etiológicos transmitidos pelo Aedes aegypti, amplia-se ainda mais a importância da ação transversal da vigilância e controle de vetores de interesse da saúde. É determinação da SES priorizar, em parceria com a atenção básica, as ações de vigilância e controle do Aedes aegypti, através de projeto sistemático que deverá ser implantado em 2016. Esse projeto deverá ser elaborado de forma integrada entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica, com apoio da Escola de Saúde Pública. A integração do agente de controle de endemias às equipes da ESF é um ponto prioritário desse projeto.	CEVS	
<b>Ação 4</b>	Integrar os territórios de controle de endemia aos territórios da ESF (município).	96	0	0	A SES/RS está priorizando, em parceria com a Atenção Básica, as ações de vigilância e controle do vetor, por meio da elaboração de projeto específico voltado ao engajamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no enfrentamento do controle vetorial do mosquito transmissor da dengue, chikungunya e zika, de forma integrada entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica, com apoio da Escola de Saúde Pública. A associação do território de trabalho dos agentes de controle de endemias com o território da ESF é um ponto prioritário desse projeto. O Mapa Estratégico da SES/RS elencou como uma das estratégias para a obtenção dos resultados para sociedade a garantia da transversalidade das ações de Vigilância em Saúde nas Redes de Atenção à Saúde (RASs), que são ordenadas pela Atenção Primária em Saúde (APS), o que impõe ações conjuntas em território único.	CEVS	
<b>Ação 5</b>	Implantar e implementar serviço de verificação de óbito.	1	0	0	Em 2015, a equipe técnica já estava trabalhando na área física destinada ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), elaborando os protocolos operacionais e o Termo de Cooperação Técnica com a Secretaria da Segurança Pública.	CEVS	
<b>Ação 6</b>	Identificar e digitalizar em mapa riscos e agravos ambientais.	1	1	1		CEVS	

<b>Ação 7</b>	Elaborar Política de Educação Permanente em Vigilância em Saúde de forma integrada com a Escola de Saúde Pública (ESP) e outras áreas da SES.	1	1			CEVS
<b>Ação 8</b>	Ampliar os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).	19	12	0	Mantidos os 12 CERESTs/URESTs.	CEVS
<b>Ação 9</b>	Qualificar a informação sobre morbidade, mortalidade e acidentalidade no trânsito, com a produção anual de relatórios, com base no SIM e SIH.	1	1	1		CEVS/NIS
<b>Ação 10</b>	Produzir bianualmente Inquérito sobre Acidentes e Violências.	2	1		Foi estipulado inquéritos trianuais. O próximo será realizado em 2017.	CEVS
<b>Ação 11</b>	Constituir grupo de estudo, planejamento e intervenção, reunindo o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) e o Departamento de Ações em Saúde (DAS), e integrado ao Comitê Estadual de Mobilização pela Segurança no Trânsito.	1	1			CEVS
<b>Ação 12</b>	Promover e garantir o cuidado e a atenção integral às vítimas de trânsito visando seu atendimento desde o nível pré-hospitalar móvel e fixo até a reabilitação hospitalar e ambulatorial.	1	0	0	Em andamento. Mantida a realização pela tríade: SAMU, UPAS e Reabilitação do RS.	CEVS
<b>Ação 13</b>	Criar Política de Toxicovigilância como forma de fortalecer e estruturar as unidades de atendimento e informações toxicológicas, ampliando sua capacidade de atendimento à população.	1	0	0	A política estadual não foi criada da mesma forma que a política nacional. No período não foram encontradas condições técnicas e políticas para a discussão da mesma. É necessária a criação de grupo técnico e político com integrantes da SES/FEPPS, Conselhos Regionais Profissionais, Entidades Representativas e representantes da população.	FEPPS/CIT
<b>Ação 14</b>	Estruturar, fortalecer e qualificar a Rede de Laboratórios de Saúde Pública, com foco nas ações de descentralização dos serviços, estabelecendo uma matriz de competências nos Laboratórios de Fronteira.	100%	14,3%	14,3%	Está em andamento a Regularização da infra-estrutura dos Laboratórios Regionais de Saúde Pública, a FEPPS instituiu Grupo de Trabalho visando a regularização imobiliária dos Laboratórios do interior, a implantação dos Macrorregionais e dos Laboratórios Regionais, cujos processos estão em andamento. Com o funcionamento do Laboratório Macrorregional de Santa Cruz do Sul.	FEPPS
<b>Ação 15</b>	Ampliar, expandir e qualificar as ações do Sistema de Gestão da Qualidade laboratorial da Rede de Laboratórios de Saúde Pública.	100%	100%	100%	Está em execução na rotina os Ensaio de Proficiência e Avaliação Externa da Qualidade - AEQ.	FEPPS

OBJETIVO 4							
Ampliar e Qualificar a Assistência Farmacêutica							
AÇÕES	Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
				Observações	Área	Parcerias	
<b>Ação 1</b>	Realizar diagnóstico sobre necessidade de implantação de centros de referência na aplicação de medicamentos injetáveis e acompanhamento farmacoterapêutico.	1	1	1		CPAF	
<b>Ação 2</b>	Promover a revisão da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REME/RS).	1	0	0	De acordo com a Resolução CIB/RS nº 174/2013, SES/RS e COSEMS/RS iriam indicar três técnicos cada, para comporem uma comissão para revisão permanente da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais do Estado (REME/RS), não tendo sido constituída esta comissão à época. No entanto, importa esclarecer que a criação desta comissão inclusive antecede a criação da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais, pois até este momento não temos essa REME formalizada. O Estado, porém, possui lista própria de medicamentos (medicamentos especiais do Estado) e esta lista obedece a fluxo de atualização previsto na Lei 12.401/2011 (aprovação de protocolo clínico em CIB, sendo que a nossa última inclusão ocorreu no ano de 2014, com a incorporação de fórmula de aminoácidos livres e espessante alimentar). Além das possibilidades previstas na legislação, também temos atendimento e revisão por alteração de competência de fornecimento pelo Ministério da Saúde e por homologação/decisão judicial (por exemplo, situação da Fibrose Cística, cuja revisão e inclusão de itens é permanente, feita através da Câmara Técnica, formada pela SES, MP, PGE, Hospitais e ONGs).	CPAF	
<b>Ação 3</b>	Realizar diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica Básica.	1	0	0	Em 2011 e 2012 foram pesquisados mais de 200 municípios no RS, porém não houve compilação e finalização dos dados levantados, sendo que não temos estes registros. Por esta razão e também por necessitarmos do diagnóstico da AF no Estado, em 2015 iniciamos um novo projeto para este diagnóstico, então seguindo todo o rito necessário para coleta e análise de dados, que encontra-se em fase de desenvolvimento na Assistência Farmacêutica para prosseguimento no comitê de ética e posterior execução.	CPAF	
<b>Ação 4</b>	Realizar eventos de capacitação para profissionais da área da saúde sobre a Assistência Farmacêutica e medicamentos fitoterápicos no SUS.	8	-	-		ESP	CPAF/DAS
<b>Ação 5</b>	Monitorar a aplicação dos recursos Federais e Estaduais do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelos municípios.	1	1	1		CPAF	

<b>Ação 6</b>	Avaliar 100% dos expedientes administrativos em até 30 dias da data de abertura.	100%	86%	86%	As avaliações técnicas ao longo dos anos foram problemáticas, tendo sido inclusive pautadas em Termo de Ajustamento de Conduta - TAC do Ministério Público Estadual e Estado, onde no ano de 2005 ficou pactuado que a SES/RS iria organizar sua rotina para dar conclusão da avaliação em até trinta dias, podendo prorrogar em até quinze dias, havendo justificativa ou até sessenta dias, quando houvesse mais de uma especialidade médica. No entanto, com a falta de profissionais e o crescimento da demanda nos anos, cumprir estes prazos sempre foi difícil, muitas vezes impraticável. No ano de 2014, com o aumento do número de profissionais na rotina de avaliação técnica na Coordenação da Assistência Farmacêutica, descentralização da avaliação para centros de referência e Coordenadorias Regionais, conseguimos manter a rotina de avaliação dentro do prazo previsto no TAC. Importa esclarecer que o índice não é de 100% porque envolve várias etapas no processo, desde o cadastro do paciente no município até a avaliação pelo perito, e ainda temos muitos problemas relacionados a instrução dos processos administrativos, ou seja: o paciente entrega os documentos para solicitar o medicamento ou reavaliar sua solicitação, o município aceita e registra os documentos, repassa para a CRS, que valida e envia para avaliação na CPAF. A partir da entrega e registro da receita no sistema o prazo de avaliação inicia para o paciente (conforme pactuado no TAC). Porém, se os documentos entregues não estiverem de acordo com o estabelecido pelos Protocolos Clínicos específicos para cada patologia, o pedido será considerado incompleto, o consultor não conseguirá concluir a avaliação e solicitará complementação, alterando os prazos de avaliação.	CPAF	
<b>Ação 7</b>	Obter deferimento em processos de Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) para a produção de produtos médicos inovadores, kits diagnósticos para hemodiálise (dialisadores) e medicamentos para doenças negligenciadas.	11				CPAF	FEPPS/LACEN
<b>Ação 8</b>	Iniciar ciclo de transferência tecnológica gerado pela PDP.	1				CPAF	FEPPS/LACEN
<b>Ação 9</b>	Efetuar cooperação técnico-científica com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) objetivando intercâmbio tecnológico e desenvolvimento de sete produtos de interesse social e de saúde pública.	1				CPAF	FEPPS/LACEN
<b>Ação 10</b>	Peticionar registros de medicamentos de alto valor agregado e de importância no contexto SUS por meio de acordos de cooperação técnica.	12				CPAF	FEPPS/LACEN

<b>OBJETIVO 5</b>	Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado						
<b>Rede Cegonha / Primeira Infância Melhor (PIM)</b>							
AÇÕES	Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
				Observações	Área	Parcerias	
<b>Ação 1</b>	Habilitar Ambulatórios de Alto Risco na Rede Cegonha.	44	12	0	Restrições orçamentárias estaduais para a habilitação de novos serviços.	DAS/S. Mulher	
<b>Ação 2</b>	Atender Crianças de 0 a 6 anos pelo PIM.	70.224	57.442	57.442		DAS/PIM	
<b>Ação 3</b>	Atender famílias pelo PIM.	63.840	52.220	52.220		DAS/PIM	
<b>Ação 4</b>	Atender 15.000 Gestantes no Pré-natal de Alto Risco por ano.	60.000	38.400	8.400		DAS/S. Mulher	
<b>Ação 5</b>	Atender Gestantes no Pré-natal de Risco Habitual.	100.000	384.000	96000	Meta subestimada, pois atende-se uma média de 96000 gestantes de pré-natal de risco habitual por ano.	DAS/S. Mulher	
<b>Ação 6</b>	Habilitar Leitos Neonatais na Rede Cegonha.	180	309	11		DAS/S. Mulher	DAHA
<b>Ação 7</b>	Habilitar Leitos Obstétricos na macrorregião Metropolitana.	830	48	48		DAS/S. Mulher	DAHA
<b>Ação 8</b>	Implantar a Rede Cegonha nos municípios.	100%	94%	0	Autonomia de não adesão do município (467 municípios aderiram)	DAS/S. Mulher	
<b>Ação 9</b>	Implantar o PIM nos municípios.	360	248	0		DAS/PIM	
<b>Ação 10</b>	Ampliar o número de visitantes nos municípios para 3.192.	3.192	2.611	0	Além da dificuldade do alcance da meta por conta dos problemas na ausência de repasses financeiros de 2014 (6 meses) e atrasos nos de 2015 (3 meses), justificada pelos gestores nas desabilitações, tivemos também os apontamentos do Tribunal de Contas em função da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).	DAS/PIM	
<b>Rede de Atenção Psicossocial</b>							
AÇÕES	Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
				Observações	Área	Parcerias	
<b>Ação 1</b>	Manter e implantar Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), totalizando 200.	200	189	0	Nº de CAPS acumulado 2012-2015 apresentado no PAS 2014 foi retificado. Em 2015 não houveram solicitações de novas habilitações.	DAS/S. Mental	

<b>Ação 2</b>	Ampliar o número de leitos psiquiátricos/Saúde mental integral incentivados em hospital geral.	1.295	1.252	0	O número de leitos incentivados acumulado apresentado no PAS 2014 foi retificado. Por restrições orçamentárias não houve incremento do número de leitos em 2015.	DAS/S. Mental	DAHA
<b>Ação 3</b>	Implantar leitos de álcool e de drogas em hospital geral, totalizando 842	-	-	-	Mudanças na Política Nacional Portaria MS nº 148/2012, Portaria Ministerial Complementar nº 1615/2012 e Resolução CIB/RS nº 562/12. Houve unificação da ação 2 e 3 na nomenclatura e na forma de cálculo: leitos psiquiátricos em HG implantados + leitos álcool e drogas.	DAS/S.Mental	
<b>Ação 4</b>	Implantar Telessaúde mental 24 horas.	1	0	0	Aguardando nomeação de médicos reguladores (edital 01/2013).	DAS/S. Mental	
<b>Ação 5</b>	Implantar equipe de Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) nos municípios.	120	119	1	Restrição orçamentária para abertura de novos serviços.	DAS/S. Mental	
<b>Ação 6</b>	Implantar linha de cuidado de saúde mental nos municípios.	348	243	0		DAS/S. Mental	
<b>Ação 7</b>	Implantar oficinas terapêuticas.	230	300	03		DAS/S. Mental	
<b>Ação 8</b>	Capacitar trabalhadores, gestores, usuários e controle social na linha de cuidado de usuários de álcool, crack e outras drogas.	2.160	4.800	500		DAS/S. Mental	
<b>Ação 9</b>	Implantar projetos de Redução de Danos.	60	33	0	Não houve adesão dos municípios.	DAS/S. Mental	
<b>Ação 10</b>	Implantar Unidades de Acolhimento (UA) para pessoas em uso prejudicial ou abusivo de álcool e outras drogas e em situação de vulnerabilidade social.	8	5	1		DAS/S. Mental	
<b>Ação 11</b>	Monitorar vagas em comunidades terapêuticas.	600	487	0	Comunidades com convênios em fase de renovação. Aguardando liberação para novo edital devido decreto.	DAS/S. Mental	
<b>Ação 12</b>	Implantar Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).	30	44	5	SRT próprios: 5 casas SRT estaduais, 27 casas SRT Morada SP, 4 casas SRT Morada Viamão. Habilitados: 2 SRT Sta Cruz do Sul, 1 SRT Farroupilha. Novos habilitados: 4 SRT Caxias, 1 SRT Taquara.	DAS/S. Mental	

#### Rede de Atenção às Urgências

AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implantar unidades de Pronto Atendimento (UPA).	34	13	2	Algumas unidades não encontram-se com obra concluída, outras que estão com obra concluída não inauguraram devido a morosidade na publicação da Habilitação pelo MS e consequente recebimento de custeio.	DAHA	
<b>Ação 2</b>	Implantar Bases do SAMU.	87	06	01	O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, tem como objetivo chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo a sua saúde, o qual possa levar à sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde hierarquizado e integrado ao SUS. Compreende: SAMU Unidade de Suporte Básico - USB, Unidade de Suporte Avançado - USA, Motolância e Veículos de Intervenção rápida. Foram implantadas nos anos 2012 (3); 2013 (1); 2014 (1); 2015 (1); Totalizando 6 Bases SAMU-192 implantadas no período de 2012 a 2015.	DAHA	
<b>Ação 3</b>	Equipar UPAs.	25	17	2	Unidades encontram-se ainda em processo de licitação e/ou instalação de equipamentos	DAHA	
<b>Ação 4</b>	Implantar Planos de Ação Regional.	19	19	0	A orientação atual do Ministério da Saúde é que se organize os Planos de Ação por Macrorregião de Saúde. Assim, as 19 CRS são agrupadas em 7 Macrorregiões, todas com aprovação em CIB ( em 2012=1, 2013=0 , 2014=6 e 2015 =0) e 2 com aprovação no MS.	DAHA/ALTA COMPLEXIDADE	
<b>Ação 5</b>	Implantar Linhas de Cuidado AVC/UCO nas regiões de saúde.	25	16	1	AVC: Alguns Instituições com pendências ainda não solucionadas e duas aguardando publicação de portaria ministerial; UCO: 11 estabelecimentos solicitaram investimento para construção de Unidades Coronarianas sem retorno do MS.	DAHA	
<b>Ação 6</b>	Implantar Salas de Estabilização.	15	0	0	O componente Sala de Estabilização está sendo discutido no MS.	DAHA	

#### Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Habilitar Centros Especializados de Reabilitação (CER).	10	09	01		DAHA/SPD	
<b>Ação 2</b>	Aprovar projetos de reforma e/ou construção de Centro Especializado de Reabilitação (CER).	6	05	0	O Ministério da Saúde não autorizou o cadastramento no SISMOB - Sistema de Monitoramento de Obras e SICONV - Sistema de Convênios e Contratos de Repasse da Administração Pública Federal	DAHA/SPD	
<b>Ação 3</b>	Instituir um incentivo financeiro para rede de reabilitação hospitalar à pessoa com deficiência.	1	0	0	Aguardadno Hospital de Santa Maria, com ênfase em reabilitação.	DAHA/SPD	
<b>Ação 4</b>	Recompor o teto financeiro das 81 unidades já habilitadas.	81	40	16		DAHA/SPD	
<b>Ação 5</b>	Implantar linhas de cuidado em reabilitação hospitalar nas unidades hospitalares que compõem a rede de atenção terciária.	100%	0	0	Aguardando Hospital de Santa Maria, com ênfase em reabilitação.	DAHA/SPD	
<b>Ação 6</b>	Realizar Triagem Auditiva Neonatal (TAN) nos nascidos vivos SUS.	95%	77,09%	78,75%	Possivelmente a cobertura do ano de 2015 tenha sido maior, tendo em vista a subnotificação dos procedimentos por parte dos municípios.	DAHA/SPD	

<b>Ação 7</b>	Regular o acesso aos materiais descartáveis, incorporando ao sistema Gerenciamento de Usuários com Deficiência (GUD).	100%	100%	10%		DAHA/SPD	
<b>Ação 8</b>	Implantar fluxo de acesso das pessoas com deficiências múltiplas e/ou graves às OPM dispensadas.	1	1	1		DAHA/SPD	
<b>Ação 9</b>	Criar protocolo de regulação em Tratamento Fora do Domicílio (TFD) por área de especialidade.	1	5	0	Meta atingida em 2014	DAHA/SPD	

#### Saúde da Criança/ Linha de Cuidado da Criança

AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implantar a linha de cuidado da Criança nos municípios.	497	497		Meta alcançada em 2012	DAS/S. Criança	
<b>Ação 2</b>	Realizar investigação e análise de óbito de menores de 5 anos de idade nos municípios.	497	497		Resolução nº 618/12 CIB/RS	DAS/S. Criança	
<b>Ação 3</b>	Implementar seguimento de egresso de UTI nas macrorregiões.	7	15		Meta alcançada em 2012	DAHA	DAS/S. Criança
<b>Ação 4</b>	Ampliar os leitos em UTI adulto, pediátrica e neonatal em maternidade regional que realiza 1.000 e mais partos/ano.	30				DAS/S. Mulher	
<b>Ação 5</b>	Implantar Leitos Canguru para otimizar o leito de UTI neonatal de maternidade regional que realiza 1.000 e mais partos/ano.	60	63		Meta alcançada em 2014.	DAS/S. Mulher	DAHA

#### Saúde do Adolescente / Linha de Cuidado do Adolescente

AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Sensibilizar e qualificar profissionais de saúde municípios.	200	320	120	Meta foi alcançada em 2014.	DAS/Adolescente	
<b>Ação 2</b>	Implantar a Linha de Cuidado de Adolescentes nos municípios.	8	38	30	Meta foi alcançada em 2014.	DAS/Adolescente	

#### Saúde da Mulher/ Linha de Cuidado da Mulher

AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implantar nos municípios pré-natal em rede.	68%	94%	94%		DAS/S. Mulher	
<b>Ação 2</b>	Implantar ação de rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama nos municípios.	68%	100%	0	A meta foi alcançada em 2014.	DAS/S. Mulher	
<b>Ação 3</b>	Implantar ação de rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de colo do útero nos municípios.	68%	100%	0	A meta foi alcançada em 2014.	DAS/S. Mulher	

#### Saúde do Homem/ Linha de Cuidado do Homem

AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implementar a Linha de Cuidado da Saúde do Homem nos municípios.	158	29	0	Justificou-se a não implantação da linha de Cuidado da Saúde do Homem em 2015 por falta de repasse de recurso estadual como incentivo, conforme preconizado na Resolução CIB 236/2014.	DAS/S. Homem	

#### Saúde do Idoso / Linha de Cuidado do Idoso

AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos municípios.	50% atualizado para 41,2%***	47,5% (Caderneta antiga) 0% Nova Caderneta	26,55% (Nova Caderneta)	Informamos que no ano de 2015, o Ministério da Saúde implantou no país a Nova Caderneta de Saúde do Idoso, que é diferente do modelo anterior e não tem implantação universal para os municípios do Estado, dependendo de adesão do Gestor Municipal de Saúde. Realizamos campanha para adesão à Nova Caderneta e 205 municípios gaúchos aderiram ao novo instrumento. Destes 205 aderidos, 132 receberam ainda em 2015 quantidades de cadernetas suficientes para a implantação do instrumento. Com a não universalidade da distribuição da caderneta, a meta teve que ser atualizada para 41,2%*** (que corresponde aos 205 municípios que aderiram e podem receber cadernetas).	DAS/S. Idoso	
<b>Ação 2</b>	Implantar a Linha de Cuidado da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa nos municípios.	50%	0	0	A CIB não aprovou a Resolução de Implantação da Linha de Cuidado da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa em razão de que o Ministério está revisando sua própria proposta de Linha de Cuidado Integral em Saúde do Idoso. Aguardamos a publicação da Linha pelo Ministério da Saúde para iniciarmos a implantação junto aos municípios.	DAS/S. Idoso	



<b>Ação 3</b>	Realizar ações de educação permanente em saúde do idoso nos municípios.	50%	40,90%	8,04%	As ações em educação permanente foram realizadas nos seguintes eixos: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Sexualidade e Saúde do Idoso, Implantação da Nova Caderneta de Saúde do Idoso e Criação de Conselhos e Fundos Municipais do Idoso. Aproximadamente 80 municípios foram capacitados em algum dos eixos, alguns municípios foram capacitados em mais de um eixo. Estimamos que aproximadamente 40 municípios participaram da Educação Permanente pela primeira vez (dado importante para composição do acumulado). Justificativa para não atingimento da meta: insuficiência de quadro na equipe de Coordenação Estadual de Saúde do Idoso.	DAS/S. Idoso
---------------	---	-----	--------	-------	---	--------------

#### Ação Transversal: Saúde Bucal

AÇÕES		META DA AÇÃO			Observações	RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015		Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implantar Equipes de Saúde Bucal nos Municípios.	998	969	46	Atualmente a maior dificuldade para ampliação do número de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família é contratar os recursos humanos, especialmente cirurgiões-dentistas com carga horária de 40 h semanais como o preconizado na PNAB, afora os demais impedimentos oriundos da crise de gestão dos municípios.	DAS/S.Bucal	Coordenação da Atenção Básica
<b>Ação 2</b>	Implantar Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).	72	33	02	A principal justificativa reside no baixo poder de investimento dos municípios, na contrapartida dos investimentos, especialmente em relação à contratação de recursos humanos. Os recursos de incentivo do MS e do RS não sofreram reajuste ao longo destes anos.	DAS/S.Bucal	
<b>Ação 3</b>	Implantar Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD).	90	121	07		DAS/S.Bucal	

#### Ação Transversal: Alimentação e Nutrição

AÇÕES		META DA AÇÃO			Observações	RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015		Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Ampliar o número de usuários acompanhados com avaliação de estado nutricional pela Atenção Básica à Saúde, totalizando 756.919.	756.919	913.136	913.136	No ano de 2011 eram acompanhados 528.807 usuários (posição inicial). Em 2015 são acompanhados 913.136.	DAS/PAN	
<b>Ação 2</b>	Aumentar de 61% para 69% o acompanhamento de famílias do Programa Bolsa Família (PBF) com perfil saúde na Atenção Básica.	Aumentar 8 pontos percentuais	5.46 pontos percentuais	1.94 pontos percentuais (67,68%)	O Bolsa Família por ser um programa que envolve ações entre as áreas da saúde, educação e assistência social apresenta dificuldade apontada pelos municípios na interlocução intersetorial. Essa premissa justifica-se quando observa-se que os municípios com melhores resultados são os que avançaram nesta questão, realizando planejamento de ações conjuntas nas três áreas, principalmente, com a assistência social que é responsável pelo cadastro das famílias.	DAS/PAN	

#### Ação Transversal: DST/AIDS

AÇÕES		META DA AÇÃO			Observações	RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015		Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implantar e implementar o Plano Estadual de Enfrentamento da DST/AIDS.	1	0	0	Optou-se por focar inicialmente na Linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV/AIDS (LC PVHA), que preconiza o compartilhamento do cuidado entre os diferentes pontos de atenção com foco na qualificação do atendimento. O documento da LC da PVHA foi apresentado e aprovado na Comissão de DST/AIDS do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS nº 15/2014) e na Comissão Intergestora Bipartite (Resolução nº 663/2014- CIB/RS).	DAS/DST/AIDS	
<b>Ação 2</b>	Implantar investigação de sífilis congênita nos municípios.	497	497	497	A vigilância é realizada de forma contínua nos 497 municípios, o que inclui a investigação de sífilis congênita. A SES acompanha o processo. Contudo, considerando o alto índice de sífilis em gestantes e sífilis congênita no Estado, a Coordenação Estadual de DST/AIDS realizou, em 2015, em parceria com a Atenção Básica, Programa Primeira Infância Melhor, Saúde da Mulher e Saúde da Criança, encontros para fomentar a implantação de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical em 20 Municípios e 12 Coordenadorias Regionais de Saúde, de acordo com o contexto epidemiológico dos mesmos, para dar suporte as vigilâncias municipais. Até o momento foram implantados sete Comitês de Transmissão Vertical Regional nas seguintes CRS: 1ª, 3ª, 8ª, 9ª, 10ª, 13ª, 17ª e dez Municípios sendo eles: Uruguaiana, Pelotas, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Alvorada, Gravataí, Erechim, Guaíba, Caxias do Sul, e Sapucaia do Sul.	DAS/DST/AIDS	CEVS
<b>Ação 3</b>	Realizar o teste rápido anti-HIV, triagem e diagnóstico nos usuários do SUS.	467.812	1.290.540	564.642	A informação refere-se aos testes rápidos distribuídos aos Municípios.	DAS/DST/AIDS	
<b>Ação 4</b>	Distribuir preservativos masculinos.	92.820.000	129.236.735	23.212.508		DAS/DST/AIDS	

#### Ação Transversal: Saúde da População Negra

AÇÕES		META DA AÇÃO			Observações	RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015		Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implementar a linha de cuidado da pessoa com traço ou doença falciforme nos municípios.	70%	100 %		A meta foi alcançada em 2014	DAS/S. Pop. Negra	
<b>Ação 2</b>	Aumentar a cobertura de atendimento à pessoa com doença falciforme, de 30% para 70.	40%	100%		A meta foi alcançada em 2014	DAS/S. Pop. Negra	

<b>Ação 3</b>	Habilitar a Hemorrede Pública nos Hemocentros para o diagnóstico, tratamento e aconselhamento genético das pessoas com traço ou doença falciforme.	60%	0	0	Ação não realizada. A Hemorrede Pública do Estado não dispõe de Recursos Humanos para a realização desta ação.	FEPPS	DAS/S. Pop. Negra
<b>Ação 4</b>	Habilitar hospitais, fora da região metropolitana, como Centros de Referência em Doença Falciforme.	3	3		A meta foi alcançada em 2014	DAS/S. Pop. Negra	DAHA
<b>Ação 5</b>	Habilitar o Laboratório Central Estadual (IPB-LACEN) para a realização de eletroforese de hemoglobina.	1	0	0	Ação não realizada. Falta Recursos Humanos para a implementação desta ação.	FEPPS	
<b>Ação 6</b>	Realizar reforma/ampliação/reequipamento nos Hemocentros para o diagnóstico, tratamento e aconselhamento genético das pessoas com traço ou doença falciforme.	60%	30%	10%	Com realização parcial. CONVÊNIOS FEDERAIS em execução: 3600/04 e 283269-05 (reforma da Hemorrede); 2075/08; 1100/11; 1120/11; (Aquisição de equipamentos para a Hemorrede); 1480/06; 792571/13 (Treinamento e qualificação de Servidores); 794410/13 (Aquisição de Equipamentos para a Clínica Hematológica) 1110/11 e 646/09 (Aquisição de Unidade Móvel – Ônibus e veículos). Estas ações podem contribuir indiretamente para a realização da ação proposta.	FEPPS	DAS/S. Pop. Negra + DAHA
<b>Ação 7</b>	Dispensação direta de medicamentos pelos Serviços de Referência em Doença Falciforme aos usuários.	-	-	-	Pelo Ministério da Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul, existem dois Centros de Referência para Tratamento de Doença Falciforme (Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Grupo Hospitalar Conceição), locais onde os paciente já recebem atendimento e tiram alguns medicamentos dispensados pelo setor público.	CPAF	DAS/S. Pop. Negra
<b>Ação 8</b>	Aumentar a cobertura de Equipes de Saúde da Família que assistam comunidades remanescentes de quilombos certificadas, de 25% para 70%.	45%	45 %	3%		DAS/S. Pop. Negra	
<b>Ação 9</b>	Implantar a Rede Cegonha/PIM “Mãe Criadeira” nos municípios com comunidades remanescentes de quilombos (certificadas e identificadas).	20%	13,75 %	0	Falta de servidores, tendo em vista que o Programa foi implementado por consultores que tiveram seus contratos encerrados.	DAS/S. Pop. Negra	
<b>Ação 10</b>	Implantar um Programa de Educação Permanente que vise qualificar o acesso e a atenção à saúde da população negra gaúcha.	1	1	0	O Programa foi implantado desde 2012 e estava funcionando até final 2014. Pretende-se retomá-lo em 2016.	ESP	DAS/S. Pop. Negra

#### Ação Transversal: Saúde Indígena

AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implantar Equipes completas de Saúde da Família e Saúde Bucal Indígena.	16	0	0	O Estado não realiza implantação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), visto que a saúde indígena é de competência da união, conforme estabelece a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a lei do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o Estado, por sua vez, possui atuação complementar. No ano de 2015 haviam 29 EMSI completas no Estado. Porém, existem configurações diversas de equipes que se adaptam a realidade dos povos indígenas. No total existem mais de 480 profissionais de saúde que atuam nas áreas indígenas, entre médicos, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, agente indígena de saúde, agente de saúde bucal, entre outros.	DAS/ S. Indígena	ESF e Bucal

#### Ação Transversal: Saúde Prisional

AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Ampliar para 32 o número de equipes de saúde prisional.	32	34	10		DAS/S. Prisional	
<b>Ação 2</b>	Ampliar 60 leitos para a saúde prisional.	60	54	4	20 leitos foram pactuados para habilitação no Hospital de Charqueadas, porém a habilitação da nova ala de leitos não foi concluída.	DAS/S. Prisional	
<b>Ação 3</b>	Ampliar para 26 o número de Unidades Básicas de Saúde Prisional equipadas.	26	19	0	O alcance da meta não foi possível devido ao veto nos repasses de incentivos de capital para os municípios.	DAS/S. Prisional	
<b>Ação 4</b>	Implementar a linha de cuidado da pessoa privada de liberdade.	1	1	1		DAS/S. Prisional	
<b>Ação 5</b>	Implantar o PIM Prisional.	1	1	1		DAS/S. Prisional	DAS/PIM

#### Ação Transversal: Saúde do Trabalhador

AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implementar a Linha de Cuidado da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador nos municípios sede de CEREST/UREST.	30	15	0	No período programado foram erigidos 15 CEREST/UREST, onde ocorreu a implementação da Linha de Cuidado da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.	CEVS/S. do Trabalhador	
<b>Ação 2</b>	Realizar ações de educação permanente em saúde do trabalhador nos municípios sede de CEREST/UREST.	30	45	15		CEVS/S. do Trabalhador	ESP
<b>Ação 3</b>	Realizar investigações dos óbitos relacionados ao trabalho, fortalecendo a vigilância dos ambientes e processos de trabalho.	100%	76,30%	16,30%	O processo investigatório, por razões diversas, exige maior prazo para encerramento. Isto motivou o não atingimento da meta.	CEVS/S. do Trabalhador	

**Ação Transversal: Práticas Integrativas e Complementares**

AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Formular a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares.	1	1	0	Aprovada em CIB Resolução nº 695/2013 e aprovada pela Resolução CES nº 14/2014.	DAS	
<b>Ação 2</b>	Atingir a população do Estado com acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PIC).	20%			Estimativa em construção.	DAS	

**PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2015**

DIRETRIZ PES		Estimular o processo de gestão de qualidade e ao uso eficiente dos recursos públicos com acompanhamento sistemático das políticas e dos processos de trabalho, assegurando as práticas legais de financiamento no SUS/RS, bem como fortalecendo e expandindo da Infraestrutura do SUS no Rio Grande do Sul.						
OBJETIVO 6		Institucionalizar do Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS						
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias	
Ação 1	Manter Grupos de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação em atividade.	20	20	20	19 Grupos de trabalho regionais e 1 estadual em atividade. A Portaria SES nº 374 de 28/07/2008 criou o Grupo de Trabalho para elaboração e implementação da Política de Monitoramento da Gestão em Saúde. A Portaria SES nº 27/2012 redefiniu as atribuições do GT de Monitoramento e Avaliação Estadual. Em 2015, a nova gestão entendeu a importância da manutenção desses grupos, tendo em vista o trabalho intersetorial, e vem incentivando o fortalecimento destes.	ASSTEPLAN		
Ação 2	Publicar Instrumentos de Gestão do SUS.	11	20	10		ASSTEPLAN		
Ação 3	Publicar Código Estadual de Vigilância em Saúde.	1	0	Em andamento	A proposta de novo Código de Vigilância em Saúde encontra-se em fase de conclusão técnica. No ano de 2015 foi criado, no CEVS, um grupo técnico coordenador que interage com as diversas áreas para alinhar e contemplar as necessidades da instituição.	CEVS		
Ação 4	Plano Diretor de Vigilância em Saúde.	1	0	0	No ano de 2015, foram elaborados e/ou atualizados planos específicos conforme a magnitude das situações enfrentadas.	CEVS		
Ação 5	Plano de integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica.	1	0	Trabalhos específicos	Têm sido realizados trabalhos específicos tais como: prevenção e controle ao Aedes Aegypti; imunizações; atenção ao impacto dos agrotóxicos sobre trabalhador rural e ações relacionadas a desastres.	CEVS	DAS	
Ação 6	Implantar metodologia de assessoria técnica para as Coordenadorias Regionais de Saúde e Municípios na área de vigilância em saúde integrada às outras áreas da gestão estadual.	1	0	Em andamento	Têm sido realizados trabalhos específicos tais como: prevenção e controle ao Aedes Aegypti; imunizações; atenção ao impacto dos agrotóxicos sobre trabalhador rural e ações relacionadas a desastres.	CEVS		
Ação 7	Implantar estrutura matricial visando ao desenvolvimento de planejamento, monitoramento e avaliação em Vigilância em Saúde.	1	1		O CEVS juntamente com as CRSs participa do processo de planificação de Atenção Primária à Saúde, que está sendo desenvolvido através de Consultoria do CONASS com os demais departamentos da SES/RS.	CEVS		

OBJETIVO 7		Aumentar o Financiamento e os Investimentos em Saúde						
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias	
Ação 1	Beneficiar com recursos financeiros os municípios por ano para qualificar a atenção básica, secundária e terciária, incluindo a urgência pré-hospitalar, assistência farmacêutica e vigilância em saúde	497	497	497	O valor acumulado 2012-2015 significa que nos quatro anos do PES 2012-2015 todos os municípios foram beneficiados com algum tipo de recursos financeiro para qualificação de suas ações.	FES		
Ação 2	Realizar campanhas educativas de prevenção.	40	180	9		ACS		
Ação 3	Financiar pesquisas aplicadas em serviços e projetos específicos de interesse do SUS em consonância com a Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do Rio Grande do Sul.				PCTIS e PPSES ainda em construção.	DAS	DEMAIS DPTOS	
Ação 4	Captar recursos, através de convênios Federais junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Ciência e Tecnologia (FINEP) para potencializar os investimentos em Saúde Pública.		01	base	Das propostas encaminhadas para o Ministério da Saúde conseguimos captar apenas o Convênio 99.058/2014 para Capacitação em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, parcela única recebida em 20/04/2015 no valor de R\$ 148.500,00. No período de 2012-2015 recebemos parcelas de convênios federais captados em exercícios anteriores, conforme segue: Em 2012, convênio 5.578/2005 para Construção de Unidade de Saúde, parcela liberada em 06/03/2012 R\$ 1.200.000,00 (Valor total R\$ 6.000.000,00); Em 2013, convênio 2.396/2008 para Construção de Etapa do Hospital Regional Centro e Unidade de Reabilitação de Santa Maria/RS, parcela liberada em 18/01/2013 R\$ 724.665,33 (Valor total R\$ 17.012.863,00); Em 2015, convênio 71.705/2011 para Estruturação do Núcleo de Economia da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, parcela única liberada em 04/02/2015 R\$ 191.664,00).	FES	DEMAIS DPTOS	
Ação 5	Attingir o percentual de 12% de aplicação em ações e serviços de saúde até o final de 2013	12%	2012 (9,71%) 2013 (12,47%) 2014 (12,72%) 2015 (12,20%)	12,20%		FES		

OBJETIVO 8		Fortalecer as Instâncias de Participação Social						
		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		

AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
Ação 1	Realizar Conferência Estadual de Saúde em 2015.	1	1	1		CES	ASSTEPLAN
Ação 2	Criação de Comitê para construção da Política Estadual de Gestão Estratégica e Participativa.	1	1		Pactuado na CIB através da Resolução CIB/RS nº 650/2013 e aprovado a utilização do recurso em plenária da CES.	ASSTEPLAN	
Ação 3	Pactuar e aprovar no CES e na CIB o Plano de Ação para a execução dos recursos para o financiamento das ações de participação social.	1	1			ASSTEPLAN	
Ação 4	Implementar Comissões Intergestores Regionais (CIR).	30	30			ASSTEPLAN	DCR
Ação 5	Desenvolver Projeto para o desenvolvimento de ações em Ouvidoria Ativa no RS com a participação das áreas técnicas da SES e as CRS.	1	0	0	A ampliação da Ouvidoria, prevista no Decreto Estadual nº 51.999/2014, por meio da implantação das Ouvidorias Regionais do SUS nas CRS, ocorreu no decorrer do ano de 2015. Após as alterações nas designações dos Ouvidores Regionais, foi realizada capacitação, porém não foi possível avançar para a elaboração do projeto devido ao aumento de demandas na Ouvidoria e a dificuldade com recursos humanos.	OUVIDORIA	
Ação 6	Realizar Eventos de qualificação da rede da ouvidoria do SUS a cada ano.	2	16	7	Foram realizadas 02 (duas) capacitações para o Sistema OuvidorSUS (N1) para as Ouvidorias Regionais e Secretarias Municipais de Saúde; 04 (quatro) capacitações para Rede da Ouvidoria do SUS para todos as Secretarias Municipais de Saúde da Macro Missioneira, e 01 (uma) reunião com os Ouvidores Regionais.	OUVIDORIA	DOGES/MS
Ação 7	Implantar ouvidoria nos municípios.	77 (15,49%)	31 (6,24%)	8	Algumas Ouvidorias que já haviam sido implantadas se desestruturaram, portanto o número total de Ouvidorias implantadas aumentou muito pouco. No ano de 2015 buscou-se implementar e estruturar as Ouvidorias Regionais a fim de viabilizar o monitoramento deste indicador e o desenvolvimento de ações efetivas para atingir a meta.	OUVIDORIA	
Ação 8	Implantar ouvidoria na FEPPS com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica.	1	1		Está implantada na FEPPS, centralizada no GAPLAN-Gabinete de Planejamento e atua em conjunto com a Casa Civil dentro do Programa SIC-LAI.	FEPPS	OUVIDORIA
Ação 9	Elaborar/produzir documento com a memória histórica do Controle Social no SUS no Rio Grande do Sul	1	1	0	Em 2014 houve a organização de evento comemorativo aos 20 anos da lei do CES e publicação do folder da linha do tempo. Em 2014 também se deu a participação em edital do Ministério da Saúde, para elaboração de livro com a memória histórica do Controle Social do SUS no RS, sem aprovação.	CES/RS	
Ação 10	Editar 06 jornais a cada ano	24	5	0	Em 2014 houve a edição de 5 jornais bimensais do CES.	CES/RS	
Ação 11	Elaborar folder sobre as 35 propostas da Conferência Estadual que foram encaminhadas para a Conferência Nacional de Saúde	1	1	1	Em 2015 ocorreu a publicação do Relatório da 7ª Conferência Estadual de Saúde. Não houve publicação, em 2012, das propostas da 6ª Conferência Estadual de Saúde realizada em 2011.	CES/RS	
Ação 12	Reeditar texto da legislação do SUS	1	1	1	Não houve reedição do livro, publicado originalmente em 2010, mas confecção de errata com atualização para aproveitamento dos exemplares ainda existentes. Na errata constam os portais onde poderão ser obtidas atualizações periódicas de todas as legislações de interesse do controle social. E a recomendação de não editar mais livros deste porte e teor pois tornam-se obsoletos antes mesmos de sua publicação devido a dinâmica alteração da legislação em nosso país.	CES/RS	
Ação 13	Apresentar e aprovar cronograma de plenárias do CES	4	4	1	Em todos os anos, na última plenária do ano são apresentados e aprovados os cronogramas das plenárias para o ano seguinte, que são amplamente divulgadas através da página do CES e por correio eletrônico.	CES/RS	
Ação 14	Realizar seminário nas sete macrorregiões de saúde	7	7	0	Em 2013 foram realizados 6 seminários macrorregionais para o controle social no SUS, e em 2014 - realizado 1 seminário macrorregional para o controle social no SUS.	CES/RS	
Ação 15	Levantar em hospitais públicos e conveniados o que se refere à execução do funcionamento dos conselhos gestores e das comissões técnicas		0	0	Ação não realizada.	CES/RS	
Ação 16	Constituir força-tarefa para assessorar os Conselhos Municipais de Saúde	2	2	0	Ano de Realização da Meta: 2014. Conselhos Municipais de Saúde assessorados: Santa Maria e Igrejinha	CES/RS	
Ação 17	Implantar a política de educação permanente para o Controle Social do SUS		7	0	Ano de Realização da Meta: 2013 e 2014. Os Grupo de Trabalho foram constituídos a partir dos seminários macrorregionais para o controle social no SUS.	CES/RS	
Ação 18	Monitorar e ampliar o Programa de Inclusão Digital (PID)		497	0	Ano de Realização da Meta: 2012. 362 Conselhos Municipais validados para recebimento do Kit Canal Saúde (72,8%) e 135 capacitações realizadas com participação de conselheiros das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde. 135 Conselhos Municipais não foram validados para recebimento do Kit Canal Saúde por não atenderem aos critérios estabelecidos pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).	CES/RS	
Ação 19	Qualificar os Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde e dos Conselhos Municipais de Saúde				2013: Reunião da Comissão de Educação Permanente e Informação para o Controle Social (CEPICS) com referencias e Grupos de Trabalho das Macrorregiões; Capacitação de Conselhos Municipais de Saúde (3 Encontros de Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde nos Municípios de Dom Feliciano, Canoas, Campo Bom). 2014: 5 Encontros de Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde nos municípios de Planalto, Tenente Portela, Três Passos, Rodeio Bonito e Frederico Westphalen; 3 eventos de acolhimento aos novos conselheiros estaduais de saúde do CES/RS; 8 Encontros de Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde nos Municípios de Eldorado do Sul, Balneário Pinhal, Novo Machado, Pedras Altas, São Sebastião do Caí, Miraguaí, Ronda Alta e Campo Bom. 2015: Plenárias de Saúde (no contexto das Conferências). Observações: a meta prioritária da CEPICS CES/RS para o período foi a realização dos Seminários Macrorregionais e a constituição dos Grupos de Trabalho de Educação Permanente do Controle Social do SUS.	CES/RS	
Ação 20	Informar e comunicar os temas no campo do controle		1	0	Criação da página na internet do CES/RS. Ano de Realização da Meta: 2012.	CES/RS	

<b>Ação 21</b>	Melhorar a estrutura do CES			0	Meta Acumulada 2012-2015: Garantir o espaço físico com mobiliários e equipamentos necessários conforme acordo com Administração do CAFF; Garantir quadro de trabalhadores para atender as necessidades do CES conforme determinação do Ministério Público Estadual (MPE/RS). Realização Acumulada 2012-2015: Espaço físico com mobiliários e equipamentos - realizado 89%. Quadro de trabalhadores e serviços contratados para atender as necessidades do CES – não realizado. Ano de Realização da Meta: 2013 e 2014. Observações: A necessidade de transcrição das atas foi parcialmente atendida pela contratação de estagiários do curso de letras, considerando que não foi possível contratar um serviço especializado.	CES/RS	
----------------	-----------------------------	--	--	---	---	--------	--

<b>OBJETIVO 9</b>	Ampliar e Qualificar a Regulação em Saúde
-------------------	---

<b>Complexo Regulador Estadual CRE/RS</b>		<b>META DA AÇÃO</b>			<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
<b>AÇÕES</b>	<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Acumulado 2012-2015</b>	<b>Realizado em 2015</b>	<b>Observações</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Elaborar planejamento da nova área física do CRE/RS.	1	0	0	Esta meta não foi atingida tendo em vista o expressivo volume de recursos que a ação exige. No quadriênio avaliado, houve reestruturação e melhoria parcial da área física existente, de forma a atender as condições mínimas preconizadas.	DAHA/Regulação
<b>Ação 2</b>	Publicar Decreto de formalização da estrutura do CRE/RS.	1	0	0	Esta ação está em fase de conclusão, visto que o planejamento da estrutura, organograma e atribuições do Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS estão concluídos. A formalização será finalizada com a alteração do Decreto Estadual nº 44.050/2005 que aprovou o Regimento Interno da SES/RS.	DAHA/Regulação

<b>Central de Transplantes do Rio Grande do Sul (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/RS)</b>		<b>META DA AÇÃO</b>			<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
<b>AÇÕES</b>	<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Acumulado 2012-2015</b>	<b>Realizado em 2015</b>	<b>Observações</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Identificar os potenciais doadores em notificações de Morte Encefálica por milhão de população.	60		57,90	Falta profissionalização, capacitação e incentivo das equipes intra-hospitalares de captação e doação de órgãos. Recursos limitados para diagnóstico de morte encefálica. Financiamentos de equipes de OPO sem reajuste. Os dados referentes a procedimentos realizados, quando monitorados através de indicadores relativos (taxas e proporções em relação a população) não podem ser medidos em valor acumulado, somente em valor médio para o período analisado, por este motivo não foi possível incluir o valor acumulado 2012-2015.	DRE/Central de Transplantes
<b>Ação 2</b>	Aumentar para 27 o número de doadores efetivos de órgãos por milhão de população.	27		21,90	Falta profissionalização, capacitação e incentivo das equipes intra-hospitalares de captação e doação de órgãos e de cuidados com o potencial doador. Limitação recursos para equipes OPO. Os dados referentes a procedimentos realizados, quando monitorados através de indicadores relativos (taxas e proporções em relação a população) não podem ser medidos em valor acumulado, somente em valor médio para o período analisado, por este motivo não foi possível incluir o valor acumulado 2012-2015.	DRE/Central de Transplantes
<b>Ação 3</b>	Ampliar para 80% o aproveitamento de mais de um órgão dos doadores efetivos em morte encefálica.	80%		61,00%	Falta profissionalização, capacitação e incentivo das equipes intra-hospitalares de cuidados com o potencial doador. Recursos limitados para o diagnóstico de morte encefálica. Os dados referentes a procedimentos realizados, quando monitorados através de indicadores relativos (taxas e proporções em relação a população) não podem ser medidos em valor acumulado, somente em valor médio para o período analisado, por este motivo não foi possível incluir o valor acumulado 2012-2015.	DRE/Central de Transplantes
<b>Ação 4</b>	Aumentar o número de transplantes de medula (TCTH) alogeneicos não-aparentados por Milhão de população (pmp).	9		1,5	O número de Transplantes de medula óssea (TMO) no estado foi de 7 pmp no ano 2015. Este procedimento está limitado pela indisponibilidade de leitos e equipes especializadas no Estado, assim como no resto do país. Os dados referentes a procedimentos realizados, quando monitorados através de indicadores relativos (taxas e proporções em relação a população) não podem ser medidos em valor acumulado, somente em valor médio para o período analisado, por este motivo não foi possível incluir o valor acumulado 2012-2015.	DRE/Central de Transplantes
<b>Ação 5</b>	Diminuir para menos de 1 mês o tempo de espera por transplante de córnea.			0,9 meses	Os dados referentes a procedimentos realizados, quando monitorados através de indicadores relativos (taxas e proporções em relação a população) não podem ser medidos em valor acumulado, somente em valor médio para o período analisado, por este motivo não foi possível incluir o valor acumulado 2012-2015.	DRE/Central de Transplantes

<b>Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU (CRUE/RS)</b>		<b>META DA AÇÃO</b>			<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
<b>AÇÕES</b>	<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Acumulado 2012-2015</b>	<b>Realizado em 2015</b>	<b>Observações</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Reorganizar a abrangência populacional de regulação da Central Estadual, redirecionando a regulação de 17 municípios para 02 Centrais Regionais, limitando a abrangência da Central Estadual a 668.625 habitantes.	1	0	0	Meta não realizada devido ao fato da Central de Regulação do SAMU de Caxias do Sul não ter apresentado condições operacionais para assumir a regulação do SAMU Municipal dos 15 municípios da Macrossera que contam com o serviço, e pelo fato dos Gestores Municipais da 3ª CRS, Pelotas, Rio Grande e Cristal, não terem acordado/pactuado o redirecionamento da regulação que hoje é realizada pela Central Estadual.	DRE/SAMURS

<b>Ação 2</b>	Qualificar/adequar a Central Estadual à legislação, com melhoria da infraestrutura, modernização dos equipamentos tecnológicos e adequação de Recursos Humanos.	1	1			DRE/SAMURS
<b>Ação 3</b>	atingir os municípios com regulação de atendimento SAMU 192.	100%	55,13%	55,13%	Meta não atingida pelo fato do RS ter mais de 45% dos municípios com população inferior a 10 mil habitantes, o que torna inviável a implantação de base SAMU em 100% dos municípios.	DRE/SAMURS
<b>Ação 4</b>	Implantar novo Sistema de Comunicação nas Unidades Móveis do SAMU 192.	100%	100%	100%	Foram instalados GPS e smartphones em todas as unidades móveis, processo iniciado em 2013 e concluído em 2015	DRE/SAMURS
<b>Ação 5</b>	Implantar Sistema Estadual Integrado, Interface Simultânea de Regulação Única, reunindo todos os Serviços de Urgência nos municípios.	100%	0	0	Meta não foi atingida pela dificuldade de integrar os diversos sistemas de urgência e o alto custo para esta ação.	DRE
<b>Ação 6</b>	Implantar bases de atendimento pré-hospitalar SAMU - Resgate e Transporte Aeromédico.	4	01	01	Implantada 01 base com cobertura de atendimento estendida a todos os municípios do território estadual, sempre que necessário e possível.	DRE/SAMURS

#### Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS)

AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área
<b>Ação 1</b>	Informatizar a totalidade do processo regulatório nos leitos de UTI regulados.	670	2012=130 2013=151 2014=166 2015=153	153	As ações de regulação do acesso aos leitos sob gestão estadual ou sob gestão municipal de municípios sem central de regulação é realizada pela Central Estadual de Regulação Hospitalar – CRH/RS. Esse processo ocorre em caráter não obrigatório, ou seja, os hospitais ainda podem internar pacientes, cujo acesso foi realizado por contato direto entre solicitante e executante. Atualmente, a CRH/RS regula, sob demanda, acesso a leitos de UTI, traumatologia, psiquiatria e enfermagem para situações especiais.	DAHA/Regulação
<b>Ação 2</b>	Regular internações hospitalares gerais.	470.000	36.929	10.523	O PES 2012/2015 estabeleceu uma meta de regular o acesso à totalidade dos leitos de UTI sob gestão estadual ou sob gestão municipal sediados em municípios que não contam com central de leitos, o que correspondia, em 2012, a 670 leitos. Esta meta não foi atingida, tendo em vista a indisponibilidade de sistema de regulação que vincule o faturamento ao acesso regulado, de forma a tornar o processo obrigatório. A solução para esta questão está sendo encaminhada através de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para utilização conjunta de sistema de regulação hospitalar, o qual está em desenvolvimento. Cabe salientar que, em função do modelo do acesso relatado, os leitos de UTI regulados pela CRH/RS foram estimados, considerando o total de internações reguladas para este tipo de leito e a média de permanência em UTI. O Anexo I contém informações complementares.	DAHA/Regulação
<b>Ação 3</b>	Concluir os casos regulados para UTI em até 2 horas.	30%	26%	25%	Meta atingida plenamente em 2014 e com 83% de alcance em 2015, tendo em vista o aumento da demanda. Cabe salientar que o segundo quadrimestre, de qualquer ano, por contemplar os meses de inverno e a maior incidência de doenças respiratórias, implica em maior necessidade de leitos hospitalares, especialmente de UTI adulto e pediátrica (gráficos 5 e 6), e pode provocar eventuais quedas nos resultados dos indicadores de qualidade do processo regulatório. O Anexo I contém informações complementares.	DAHA/Regulação
<b>Ação 4</b>	Garantir a proporção de transferências hospitalares para UTI reguladas com destino inferior a 300 km.	90%	92%	93%		DAHA/Regulação

#### Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA/RS)

AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área
<b>Ação 1</b>	Ampliar o número de consultas com acesso regulado.	1.000.000	1221417	566299		DRE
<b>Ação 2</b>	Ampliar o número de exames com acesso regulado.	300.000	127.299	84.662	Com o crescimento significativo do quantitativo de exames regulados de 2014 para 2015 (88%), o resultado foi suficiente para o alcance da meta anual de 75.000, porém, não será suficiente para o alcance da meta do quadriênio, prevista no Plano Estadual de Saúde - PES 2012/2015. Isso aconteceu por dois motivos: a ampliação da regulação ambulatorial informatizada priorizou as consultas especializadas nos dois primeiros anos do quadriênio e ocorreram problemas na ocupação das cotas de exames em Porto Alegre em razão do déficit de oferta cadastrada no sistema pela SMS da capital. O Anexo I contém informações complementares.	DRE
<b>Ação 3</b>	Reduzir o déficit oferta/demanda mensal médio para consultas médicas especializadas.	1,0	1,64	1,54		DRE
<b>Ação 4</b>	Regular as consultas médicas especializadas ofertadas no sistema informatizado de regulação.	95%	96,2	97,3		DRE
<b>Ação 5</b>	Elaborar e configurar no sistema informatizado de regulação protocolos de regulação.	10	73	58		DRE

<b>OBJETIVO 10</b>	Fortalecer a Auditoria					
					<b>META DA AÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>

AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
Ação 1	Implementar a Auditoria Estadual do SUS.	1	1		A coordenação de Auditoria Médica Estadual passou a valorizar a interdisciplinaridade alargando seu foco de auditoragem. Atualmente conta além de médicos auditores, com 04 auditoras contábeis, uma auditora com formação em economia, uma auditora de Enfermagem, responsável pelo Núcleo de Enfermagem. Foram programadas e voltou-se a realizar as auditorias "in loco" em todos os prestadores sob Gestão Estadual das 1ª e 2ª CRS's, tornando desnecessária a esses prestadores, a remessa de Prontuários Médicos para fins de auditoria de bloqueios mensais.	AUDITORIA	
Ação 2	Realizar concurso público para os cargos de Auditor Médico, Auditor Enfermeiro e Auditor Contábil.	1	1		O Concurso Público 01/2013 realizado por esta SES/RS previa nosso pedido para fins de preenchimento de vagas para a área administrativa, de profissionais Especialistas em Saúde Médicos e Enfermeira, para a FUNÇÃO de AUDITOR a ser delegada pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde/RS. O atendimento de vagas foi parcial nos Núcleos de Auditores das CRS's que, inclusive permanecem com vagas em aberto. O referido concurso foi recentemente prorrogado conforme EDITAL 002/2016, para fins de nomeação e posse dos aprovados para preenchimento das vagas ainda disponíveis.	AUDITORIA	

OBJETIVO 11 Fortalecimento da Infra-Estrutura e Logística							
AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
Ação 1	Construir unidades de Saúde da Família (USF).	75	325	0	325 obras de construção de UBS concluídas (2012 a 2014). Recurso do Programa Requalifica do Ministério da Saúde.	DAS/ESF	
Ação 2	Equipar unidades de saúde da família.	75	310 municípios	0	Dificuldade de levantar o quantitativo de UBSs equipadas, tendo em vista que os recursos são repassados para os fundos municipais. 57 municípios adesão veículos Resolução CIB/RS nº 633/13 em 2014; 117 outros repasses (acumulado PPA 2012 até 2014); 136 municípios adesão RedeSUS 1º ciclo - 2014 informatização; Total acumulado período = 310 municípios beneficiados; 2015 não teve unidades equipadas.	DAS/ESF	
Ação 3	Equipar Maternidades que realizam de 500 a 1.000 partos/ano com equipamentos de suporte de vida.	75	4	0	Especificamente no que se refere aos Hospitais que realizam de 500 a 1000 partos/ano (SINASC/2014), receberam recursos para aquisição de materiais através de repasses da Consulta Popular no período de 2012-2015 os seguintes hospitais: Hospital São Luiz Gonzaga, Associação Hospital de Caridade de Três Passos, Hospital Beneficente São Carlos de Farroupilha, Associação Franciscana de Assistência à Saúde de Estrela.	ASSTEPLAN	DAS/DAHA
Ação 4	Equipar unidades básicas de saúde prisional.	26	19	0	O alcance da meta não foi possível devido ao veto nos repasses de incentivos de capital para os municípios.	DAS/S. Prisional	
Ação 5	Implantar Hospitais Regionais.	3	0	0	Hospital Público Regional de Santa Maria (Obra em fase final de conclusão. Previsão março 2016). Hospital Regional de Palmeira das Missões (A construção é de responsabilidade do gestor municipal. Está em fase de finalização o processo licitatório, não tendo sido iniciada a obra). Hospital Público Regional de Gravataí (A prefeitura do município de Gravataí oficializou a intenção da doação de um terreno de seis hectares na ERS-118.)	DAHA	ASSTEPLAN
Ação 6	Ampliar Hospital Regional.	1	0	0	Foram concluídas as obras da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), Pediatria e parte da Emergência. Estão ainda em andamento a obra do Setor Administrativo e do Auditório.	DAHA	ASSTEPLAN
Ação 7	Adquirir unidades de SAMU Neonatal/Pediátrica.	07	-	-	O custeio mensal torna-se muito mais razoável com a contratação, através de processo licitatório, de empresas que disponibilizam este tipo de transporte, por Macrorregião, garantindo a cobertura de atendimento sempre que a necessidade for constatada e definida pelo Médico Regulador. Foi informado que havia sido adquirido uma (1) Unidade UTI Neonatal/Pediátrica.	DAHA/SAMU	
Ação 8	Construir Unidades de Pronto Atendimento (UPA), até dezembro de 2012.	06	06	01	Entre as UPAS propostas pelo Estado, no período de 2012-2015 foi concluída a meta prevista conforme segue: Porto Alegre III, Santa Maria Porte III, Bagé Porte II, Lajeado Porte II, Cachoeira do Sul Porte I, Santo Ângelo Porte II.	DAHA	

Fortalecimento da Infra-estrutura do nível central e regional da SES							
AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
Ação 1	Padronizar a estrutura física das sedes de Coordenadorias Regionais de Saúde.	7	0	0		DCR	FES
Ação 2	Reestruturar e ampliar a rede lógica da SES/RS.		189	40	Foram realizadas ações de alterações/melhorias na infraestrutura do nível central e das regiões no período de 2012 a 2015. Os números informados correspondem ao número de serviços realizados no período.	DGTI	
Ação 3	Central de UBV (armazenamento de inseticidas e larvicidas) - Dengue e demais endemias construída.	1	0	0	Processos administrativos nºs: 32138.2000/09-0 (construção) e 69297.2000/14-3 (Projeto Estrutural). Esta Central terá como Município sede Eldorado do Sul, e como finalidade: armazenamento e distribuição de insumos químicos do PNCD; guarda e manutenção de veículos equipados com UBV pesada e equipamentos portáteis de todas as CRSs.	CEVS	
Ação 4	Reestruturar a área física da Assistência Farmacêutica das Coordenadorias Regionais de Saúde.	19	0	0	A Coordenação da Assistência Farmacêutica preocupa-se com as estruturas regionais e municipais de depósitos de medicamentos, porém, não é de sua ingerência providenciar as melhorias das instalações físicas de cada regional. A mera inclusão da ação não foi suficiente para viabilizar quaisquer medidas ou providências para correção durante todo o período.	CPAF	DCR



<b>Ação 5</b>	Implementar a nova Central Estadual de Abastecimento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI).	1	0	Em andamento	O Governo do Estado reformou as câmaras frigoríficas na CEADI já existentes, substituindo equipamentos obsoletos. Firmou contrato de manutenção/prevenção. Porém o espaço para armazenamento de imunobiológicos permanece sendo restrito, necessitando a construção de uma nova Central.	CEVS	
<b>Ação 6</b>	Reestruturar a Rede de Frio das Imunizações nas Coordenadorias Regionais de Saúde.	19	0	Em andamento	Processos nºs: 69544.2000/14-0 e proc. 08335.2000/14-0, estão sendo adquiridos equipamentos e repassados as CRSs. Readequação da climatização de algumas Centrais Regionais de Frio, através de aparelhos de ar condicionado tipo split. Tramitam procs. de aquisição de 76 câmaras de conservação para imunobiológicos que serão distribuídas para 13 Centrais Regionais de Frio em substituição a equipamentos obsoletos e aumentar a capacidade de armazenamento destes insumos.	CEVS	DCR +CPAF
<b>Ação 7</b>	Construir novo prédio para o Centro Estadual de Vigilância em Saúde.	1	0	0	Não foi possível construir o novo prédio do Centro Estadual de Vigilância em Saúde, no período de 2012 a 2015.	CEVS	
<b>Ação 8</b>	Implantar novo organograma da SES.	1			O trabalho está em andamento, sob a orientação do Coordenador da Assessoria Jurídica da SES, e está em fase de compilamento de atribuições dos diversos órgãos integrantes da SES e da legislação que rege a estrutura da SES e a Administração Pública. Houve a manifestação dos setores com sugestões de alterações, porém algumas fora do formato necessário para a elaboração do novo Decreto. Tivemos algumas reuniões com a Direção-Geral da Casa e o projeto deve estar concluído para a remessa ao Governador, a quem compete aprovar a nova organização, durante o mês de abril de 2016.	JURÍDICO	

#### Fortalecimento da Infra-estrutura da Escola de Saúde Pública

AÇÕES		META DA AÇÃO			Observações	RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015		Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implementar programa de educação permanente dos servidores da ESP, incluindo a qualificação pedagógica.	1	1	1	Capacitação docente, em dezembro de 2015, com professores que participaram do planejamento do curso e que ministrarão aulas no Curso de Especialização em Saúde Pública em março de 2016.	ESP	FIOCRUZ
<b>Ação 2</b>	Elaborar e aprovar projeto que prevê a reorganização administrativa da ESP.	1	0	0	Trabalho em andamento. As competências e organograma foram enviados ao Setor Jurídico da SES que está organizando o processo de toda a SES.	ESP	
<b>Ação 3</b>	Atualizar o Projeto Político Pedagógico (PPP) e o Regimento Escolar da ESP.	2	0	0	Está sendo organizado um GT para atualizarmos o PPP anterior.	ESP	
<b>Ação 4</b>	Recuperar a autorização da ESP junto ao Conselho Estadual de Educação para realização e certificação do Curso Técnico de Enfermagem e buscar a autorização para realização e certificação de outros cursos técnicos.	1	0	0	Está em processo: incorporação de documentação e informações junto ao Conselho Estadual de Saúde.	ESP	
<b>Ação 5</b>	Buscar o credenciamento especial junto ao Ministério da Educação para certificação de cursos de especialização.	1	0	0	Foi remetido o processo de credenciamento a instância do Conselho Estadual de Educação de acordo com a Resolução nº 332 de 14 de outubro de 2015. Essa resolução passa a atribuição do credenciamento ao Conselho Estadual de Educação.	ESP	
<b>Ação 6</b>	Reestruturar a área física e promover a qualificação da infraestrutura da ESP.	1	0	0	Conforme Decretos nº 52.230 e nº 52.443 não foi possível melhorar a infraestrutura	ESP	
<b>Ação 7</b>	Fortalecer os NURESC nas 19 CRS.				Encontros mensais na 3ª semana do mês em um total de 11 encontros em 2015.	ESP	
<b>Ação 8</b>	Qualificação da infraestrutura dos NURESC.				Conforme Decretos nº 52.230 e nº 52.443 não foi possível melhorar a infraestrutura	ESP	
<b>Ação 9</b>	Qualificar os NIDS, por meio da atualização do acervo e dos equipamentos disponíveis para consulta e pesquisa.				Foi republicada a Portaria que torna o CEIDS depósito legal de todo o material bibliográfico publicado na Secretaria da Saúde e assim há um repasse de 1 exemplar a cada Núcleo de Informação e Documentação em Saúde (NIDS).	ESP	
<b>Ação 10</b>	Qualificação e disponibilização dos Laboratórios de Ensino nas macrorregiões.	07	0	0	Não foi efetivada por não atender a legislação vigente.	ESP	
<b>Ação 11</b>	Desenvolver e implementar ferramentas educacionais para a educação à distância.				Foi desenvolvida a ferramenta, mas não foi implementada devido a falta de recursos humanos capacitados e recursos financeiros para a elaboração dos materiais instrucionais.	ESP	
<b>Ação 12</b>	Implantação dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC nos municípios.	80%	10%		Foram criados em torno de 10% de NUMESCs no Estado. Tendo em vista a indisponibilidade de verba para a Rede Estadual de Saúde Coletiva, vários NUMESCs estão desativados. Conforme Decretos nº 52.230 e nº 52.443, houve dificuldade no deslocamento e nas diárias.	ESP	

#### Fortalecimento da Infra-estrutura da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS)

AÇÕES		META DA AÇÃO			Observações	RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015		Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implementar o Sistema de Gestão da Qualidade na FEPPS com foco na melhoria e modernização das ferramentas de Tecnologia de Informação (TI).	1	1	1	Houve modernização em Tecnologia da Informação, com ampliação do parque de equipamentos de informática e com a finalização da implantação da fibra óptica no Campus da FEPPS e nos Hemocentros de Porto Alegre e de Pelotas para a transmissão de dados e informações via Procergs (Cia Processamento Dados do Estado Rio Grande Sul), aumentando o link de dados para 100 MB. Implantação da rede lógica estruturada nos Hemocentros de Palmeira das Missões e Santa Maria, tornando a conexão lógica mais confiável, rápida e possibilitando conectar na Rede RS do Estado. Foi realizada a migração do servidor de arquivos para um Data Center da Procergs, possibilitando uma garantia na segurança de perda dos dados e atendendo os requisitos solicitados pelo PNQH (Plano Nacional de Qualificação dos Hemocentros) Em fase de implantação, sistema de redundância para a rede lógica para o Hemocentro de Porto Alegre e o CIT.	FEPPS	

<b>Ação 2</b>	Reestruturar o parque de informática da FEPPS.	1	1	1	Além da instalação da rede de fibra ótica referida acima, a FEPPS adquiriu e instalou 202 novos equipamentos, modernizando desta forma, seu parque de informática.	FEPPS	
---------------	--	---	---	---	--	-------	--

<b>OBJETIVO 12</b>							
Promover a gestão da informação, inovação e incorporação tecnológica no SUS							
AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Atingir os municípios com base limpa do cartão Nacional de Saúde.	497	0	0	A SES não efetuou a gestão do cartão SUS no ano de 2015.	DGTI	
<b>Ação 2</b>	Implantar nas regiões de saúde o Sistema de Prontuário Médico Eletrônico.	100%				DA	DA/DAS-AB/DGTI
<b>Ação 3</b>	Estruturar rede de atendimento SUS/RS em Gestão de TI.	1	1	1		DGTI	
<b>Ação 4</b>	Implantar software de Gestão de Projetos na SES.	1	0	0	Estão sendo realizados estudos para implantação do software desenvolvido pela FGV/SGG para acompanhamento dos projetos estratégicos	DGTI	
<b>Ação 5</b>	Implementar a informatização plena da regulação estadual.	1	0	0	Estão sendo realizados estudos para implantação de uma nova solução de Regulação.	REGULAÇÃO	DAHA
<b>Ação 6</b>	Estruturar o núcleo de sistema de informação de interesse para a Vigilância em Saúde.	1	1	1		CEVS	DGTI
<b>Ação 7</b>	Integrar a base territorial de atuação da Atenção Básica e Vigilância em Saúde.	1	1	1		CEVS / DAS	DGTI
<b>Ação 8</b>	Desenvolver sistema informatizado para migração de dados de vigilância ambiental e saúde da família.	1	0	Em andamento	O software Business Intelligence - BI, permitirá reunir em uma única base de dados as informações epidemiológicas e ambientais (sócio-demográficas; morbi-mortalidade e dos condicionantes e determinantes da saúde) o que possibilitará à Vigilância em Saúde atuar de modo transversal nas Redes de Atenção à Saúde, que são ordenadas pela Atenção Primária em Saúde, com foco na Estratégia da Saúde da Família. Esse fato certamente absorverá essa proposta/demanda de forma ampliada e qualificada. Em 2015 a SES estruturou o seu Mapa Estratégico onde se estabeleceu como uma das perspectivas de processos para a obtenção dos resultados para sociedade: Garantir a transversalidade das ações de Vigilância em Saúde nas Redes de Atenção à Saúde (RASS).	DA	DAS + CEVS
<b>Ação 9</b>	Financiar projetos de pesquisa em saúde, em 2013 com o Programa de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PADCT) da FEPPS.	40	95	10	Estão em desenvolvimento projetos nas áreas de diagnóstico laboratorial e de identificação molecular de HPV, tuberculose, HIV, infecções fúngicas, Doença de Chagas, Meningites, Hepatites, variações genéticas na dislipidemia; avaliação terapêutica e aperfeiçoamento tecnológico nas áreas de diagnóstico de HPV e de tuberculose. Além de cinco projetos apoiados pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico da FEPPS (PADCT) e diversos TCCs de graduação e pós-graduação, Termos de Cooperação Técnica estão sendo fomentados e desenvolvidos.	FEPPS	

<b>OBJETIVO 13</b>							
Promover e qualificar a Gestão do Trabalho em Saúde							
AÇÕES		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Realizar Concurso Público para a SES.	1	1		Ratificamos que a SES cumpriu a meta programado 2012-2015 de realizar concurso público. CONCURSO/SES N° 01/2013 - Concurso Público da Secretaria da Saúde do RS – 2013, com o chamamento de 712 novos servidores em 2014. Contudo no ano de 2015 devido ao Decreto do governador nº 52.230 de 05/01/2015 que adota medidas de contenção no Âmbito de Administração Direta, Autarquias e Fundações do Estado e do Decreto nº 52.443 que prorroga o Decreto nº 52.230 não foi possível fazer o chamado de novos concursados em 2015 em razão da Lei de Responsabilidade Fiscal. A validade do concurso foi prorrogada por mais dois anos conforme Editais de Concursos nº 02/2016 e nº 03/2016 Publicados no DOE de 09/03/2016.	DA	
<b>Ação 2</b>	Realizar Concurso Público específico para a FEPPS.	1	0	0	O Concurso Público foi realizado, porém o de nível superior foi anulado pela FEPPS atendendo parecer da PGE, restando homologado somente os de nível médio que não tem data prevista para a contratação dos aprovados.	FEPPS	
<b>Ação 3</b>	Construir projeto de Gestão do Trabalho para a SES.	1	1		O Programa de Valorização e atenção à Saúde Física e Mental dos Servidores Público do Estado do RS (PROSER), foi constituído em nível de Estado a partir do Decreto nº48.898/12, com aprovação do Regimento Interno através do Decreto nº 50.382/13. A implantação do Programa na SES foi regulamentado pela Portaria SES nº 494/13.	DA	

**PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2015**

<b>DIRETRIZ PES</b>	<b>Incentivo às ações de educação e pesquisa em saúde tendo em vista contribuir para o desenvolvimento tecnológico e a qualificação do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul, fortalecendo a Escola de Saúde Pública como pólo de formação de trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde.</b>
---------------------	--

<b>OBJETIVO 14</b>	<b>Desenvolver Estratégias de Educação Permanente em Saúde</b>
--------------------	--

AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Qualificar trabalhadores/alunos na temática das redes de atenção a saúde e atenção básica.	7690	-	252	Trabalhadores/Alunos certificados pela ETSUS/ESP em Saúde do Idoso (33), Auxiliar de Saúde Bucal (159) e Imunização (60).	ESP	DAS
<b>Ação 2</b>	Instituir redes de apoio intersetorial nas regiões de saúde.	80%	0	0	Conforme Decretos nº 52.230 e nº 52.443, a ação 2 não pode ser efetivada em 2015.	ESP	
<b>Ação 3</b>	Qualificar trabalhadores/alunos na área de Vigilância em Saúde.	140	3.000	3.000	Foram realizados oficinas/treinamentos/cursos referente as áreas de Epidemiologia, Sanitária, Saúde do Trabalhador, Ambiental e Financiamento das ações de vigilância em saúde.	ESP	CEVS
<b>Ação 4</b>	Qualificar trabalhadores/alunos na área de Planejamento e Gestão.	810	-	91	PROGESUS iniciado em 2015 e será finalizado em 2016 (32 alunos); Auditoria (30 alunos); Global Wacth Health (29 alunos).	ESP	
<b>Ação 5</b>	Qualificar trabalhadores/alunos na área do Controle Social, participação e movimentos sociais.	2040	0	0	Conforme Decretos nº 52.230 e nº 52.443, a ação 5 não pode ser efetivada em 2015.	ESP	
<b>Ação 6</b>	Qualificar trabalhadores/alunos da SES.	800	-	3706	Trabalhadores/Alunos certificados pela ESPEs em 2015. Estão inclusos seminários, oficinas, encontros, fóruns, atualizações, capacitações e cursos.	ESP	
<b>Ação 7</b>	Elaborar e implantar Cursos Básicos de Vigilância em Saúde para capacitar Agentes Comunitários de Saúde.	50%	0	0	Por questões operacionais, optou-se por desenvolver Cursos Básicos específicos, de acordo com as Vigilâncias (Epidemiológica, Ambiental em Saúde e Sanitária).	CEVS	ESP
<b>Ação 8</b>	Realizar cursos de capacitação para Agentes de Vigilância em Saúde.	8	8	8		ESP	CEVS
<b>Ação 9</b>	Implantar o Mestrado Profissional em Desenvolvimento Tecnológico e cursos na área de Hematologia e Hemoterapia pela FEPPS com parceria com a Faculdade de Farmácia da UFRGS e a ESP.	1	0	0	Ação realizada parcialmente. A FEPPS não dispõe de Recursos humanos/financeiros para a realização desta ação.	FEPPS	
<b>Ação 10</b>	Reintroduzir no Estado o Curso de Especialização em Hemoterapia organizado pelo Hemorgs/FEPPS e com parcerias com a Ministério da Saúde, ESP, HCPA e UFRGS.	1	0	0	Ação não realizada. O Convênio com o Ministério da Saúde que disponibilizava recurso para a realização desta ação, teve o seu Plano de Trabalho alterado em 2012 pela direção do HEMORGS, ocasionando seu cancelamento. O novo Plano de Trabalho foi alterado para: Treinamento e Capacitação em Gestão Ambiental na Hemorrede.	FEPPS	

<b>OBJETIVO 15</b>	<b>Construir e Implementar da Política Estadual de Incentivo à Pesquisa</b>
--------------------	---

AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2015	Realizado em 2015	Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implantar a Política Estadual de Pesquisa.	1	1	0	A ESP participa da Comissão e GT (compõe Comissão de Implementação da Política de Pesquisa da SES - PPSES).	ESP	
<b>Ação 2</b>	Constituir e implementar Comissão de Pesquisa dos serviços próprios da SES.	1	1		Constituída e Implementada a Comissão. Criada a Coordenação de Pesquisa da ESP com membros de diferentes setores: CEIDS, ETSUS, RIS e Políticas Públicas.	ESP	
<b>Ação 3</b>	Constituir comitê de pesquisa intersetorial.	1	1		Foi constituído. Compõe Política Estadual de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde do Rio Grande do Sul (PECTIS).	ESP	DAS
<b>Ação 4</b>	Criar Comitê de avaliação de tecnologias e incorporação tecnológica do SUS.	1	0	0	Conforme Decretos nº 52.230 e nº 52.443, a ação 5 não pode ser efetivada em 2015.	ESP	

<b>Ação 5</b>	Realizar seminários de pesquisa no âmbito da SES e/ou intersetorial.	5	-	5	Seminário do PPSUS em março 2015, com municípios da 1ª CRS; 2 Encontros para apresentação dos Trabalhos de Conclusão de Cursos; Seminário de Pesquisa da RIS; Seminário do COAPES.	ESP	
<b>Ação 6</b>	Desenvolver pesquisas científicas.	20	-	56	Pesquisas desenvolvidas pela Residência e não publicadas (54); Pesquisa de acesso e acessibilidade da gestante negra com sífilis à Atenção Básica; Pesquisa com os NURESCs	ESP	
<b>Ação 7</b>	Publicar artigos em periódicos científicos.	20	-	4	Em 2015 foram publicados 4 artigos em periódicos científicos na área da Saúde.	ESP	

OBJETIVO 16							
Consolidar a Política Estadual de Residência Integrada em Saúde							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015			Observações	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Ampliar o número de bolsas para a Residência Integrada em Saúde, contemplando o aumento de residentes ingressantes a cada ano.	40	0	0	Houve proposta, mas não preencheram as vagas por falta de aprovação no processo seletivo.	ESP	
<b>Ação 2</b>	Descentralizar o programa de Residência Multiprofissional e/ou Médica contemplando municípios.	6	-	6	Em 2015 permaneceu a descentralização nos seis municípios: Canoas, Esteio, Sapucaia, São Lourenço, Venâncio Aires e Porto Alegre	ESP	
<b>Ação 3</b>	Criar novas ênfases para o Programa de residência Integrada em Saúde.	2	-	5	Foram criadas: 1 ênfase para Vigilância em Saúde; 4 ênfases para R3.	ESP	
<b>Ação 4</b>	Ampliar os campos de prática da Residência em Saúde Mental, contemplando os serviços da rede substitutiva e hospital geral.		-	36	Em todos os municípios é contemplada a Rede de Atenção Psicossocial com, no mínimo, 6 diferentes cenários de prática. CAPS I, CAPS II, CAPS III, Hospital Geral, Equipes de Apoio Matricial, Gestão.	ESP	



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Relatório Anual de Gestão do SUS/RS  
2015**



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Relatório Anual de Gestão do SUS/RS**  
**2015**  
Principais Realizações

- Anexo I -

## Sumário

APRESENTAÇÃO.....	
DIRETRIZ 1: ATENÇÃO À SAÚDE.....	
OBJETIVO: Fortalecer a Atenção Básica	5
OBJETIVO: Ampliar e Qualificar a Atenção Secundária e Terciária	19
OBJETIVO: Ampliar e Qualificar a Vigilância em Saúde	28
OBJETIVO: Ampliar e Qualificar a Assistência Farmacêutica	70
OBJETIVO: Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado	72
DIRETRIZ 2: GESTÃO EM SAÚDE.....	
OBJETIVO: Institucionalizar o Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS	145
OBJETIVO: Aumentar o Financiamento e os Investimentos em Saúde	146
OBJETIVO: Fortalecer as Instâncias de Participação Social do SUS	147
OBJETIVO: Ampliar e Qualificar a Regulação em Saúde	149
OBJETIVO: Fortalecer a Infraestrutura e Logística	169
OBJETIVO: Promover a gestão da informação, inovação e da incorporação tecnológica no SUS	169
OBJETIVO: Promover e qualificar a Gestão do Trabalho em saúde	170
DIRETRIZ 3: EDUCAÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA.....	
OBJETIVO: Desenvolver estratégias de Educação Permanente em Saúde	171
OBJETIVO: Constituir e Implementar a Política Estadual de Incentivo à Pesquisa	173
OBJETIVO: Consolidar a Política Integrada de Residência em Saúde	174
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	

## **APRESENTAÇÃO**

A Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul apresenta o Relatório Anual de Gestão 2015 tendo como eixo norteador o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, por isto, este documento, Anexo I – Principais Realizações, contém a análise dos indicadores pactuados no ano de 2015, a produção de serviços e as demais realizações neste ano. O resultado dos indicadores de saúde pactuados e a produção de serviços são preliminares e/ou parciais e foram calculados pelas áreas técnicas, portanto estão sujeitas a alterações.

Este anexo tem como objetivo qualificar o Relatório Anual de Gestão proposto pelo SARGSUS.



## **DIRETRIZ 1: ATENÇÃO À SAÚDE**

### **OBJETIVO: Fortalecer a Atenção Básica**

#### **PROJETO PRIORITÁRIO**

##### **Indicadores de Monitoramento**

**Quadro 1.** Indicador 1 (U) - Cobertura Populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Resultado 2015* (parcial)</b>	<b>Meta 2015</b>
RS	64,48	67,60	66,01	70,85	72,08*	70,00

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); SCNES; DAB/Ministério da Saúde; IBGE; DGTI/SES/RS. Última atualização em 23/03/2016. Acesso em 28/03/2016.

\*Informação do resultado de 2015 é parcial (até novembro/2015).

O indicador de Cobertura Populacional estimada pelas equipes de AB considera a centralidade da Atenção Básica no SUS, com proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistema locorregionais de saúde e eixo estruturante de programas e projetos, além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.

O indicador considera o número de equipes de saúde da família implantadas e o número de equipes equivalentes, a qual abrange a carga horária do profissional médico (médico pediatra, médico clínico, médico ginecologista e obstetra), sendo que a cada 60 horas acumuladas de atuação desses profissionais tem-se o equivalente a uma equipe de Saúde da Família.

As fontes para cálculo deste indicador são o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e o Histórico de Cobertura de Saúde da Família disponibilizado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/MS).

As informações apresentadas foram coletadas por meio do Sistema *Bussines Intelligence* (BI) - Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (DGTI/SES/RS) atualizado em 23/03/2016 com o banco de dados do Ministério da Saúde, já que o último dado disponível no banco de dados do DATASUS (Tabnet) é referente ao 2º quadrimestre de 2015. Cabe salientar que os dados apresentados referentes ao ano de 2015 são preliminares, visto que se trata de informações até o mês de novembro de 2015 e que, provavelmente, sofrerá alguma alteração com a disponibilização das informações do mês de dezembro pelo DATASUS.

Analisando o resultado preliminar do ano de 2015, no qual obteve-se 72,08% de cobertura populacional estimada de AB, pode-se verificar que o resultado, mesmo parcial, já supera a meta estipulada para o ano a qual foi pactuada em 70% de cobertura.

Quanto à comparação deste indicador no ano de 2015 com os anos anteriores, pode-se identificar aumento gradativo no decorrer dos anos, com exceção do ano de 2013 que teve um pequeno decréscimo quando comparado a 2012 (-1,59%). Já quando analisamos o ano de 2015 em relação ao de 2014, nota-se um acréscimo de 1,23%.

O indicador mensura a existência de equipes e não o trabalho efetivamente realizado por elas. Dessa forma, é uma aproximação da potencial oferta de ações e serviços. A análise do resultado do indicador pode ser complementada com informações sobre a quantidade e qualidade dos atendimentos realizados ou sobre procedimentos produzidos.

**Quadro 2.** Indicador 1 (U) - Cobertura Populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde (R)	Resultado 2015* (parcial)
Região 01 - Verdes Campos	66,61
Região 02 - Entre-Rios	80,98
Região 03 - Fronteira Oeste	77,55
Região 04 - Belas Praias	86,20
Região 05 - Bons Ventos	81,77
Região 06 - Vale do Paranhana Costa da Serra	67,91
Região 07 - Vale dos Sinos	69,95
Região 08 - Vale do Caí Metropolitana	67,24
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	55,46
Região 10 - Capital/Vale do Gravataí	59,27
Região 11 - Sete Povos das Missões	82,17
Região 12 - Portal das Missões	96,57
Região 13 - Região da Diversidade	93,33
Região 14 - Fronteira Noroeste	88,19
Região 15 - Caminho das Águas	96,17
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	84,54
Região 17 - Região do Planalto	66,74
Região 18 - Região das Araucárias	85,63
Região 19 - Região do Botucará	90,67
Região 20 - Rota da Produção	87,37
Região 21 - Região Sul	77,07
Região 22 - Pampa	68,13
Região 23 - Caxias e Hortências	62,37
Região 24 - Campos de Cima da Serra	94,87
Região 25 - Vinhedos e Basalto	74,99
Região 26 - Uva e Vale	81,47
Região 27 - Jacuí Centro	65,39
Região 28 - Vinte e Oito	80,97
Região 29 - Vales e Montanhas	93,99
Região 30 - Vale da Luz	74,41

<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>72,08</b>
--------------------------	--------------

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); SCNES; DAB/Ministério da Saúde; IBGE; DGTI/SES/RS. Última atualização 23/03/2016. Acesso em 28/03/2016. \*Informação do resultado de 2015 é parcial (até novembro/2015).

Quanto às regiões de saúde, 20 ultrapassaram a meta pactuada do Estado para este ano, ou seja, mais de 70%. A maior cobertura apresentada no quadrimestre é da R12 (Portal das Missões) com 96,57% de cobertura. Por outro lado, a menor cobertura é da R9 (Carbonífera/Costa Doce) com 55,46%.

Ressalta-se que no decorrer de 2015 foi iniciado um amplo processo visando a reorganização e qualificação da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, através de Oficinas de Planificação da APS no estado do RS. Esse processo iniciou-se nas regiões de saúde 1 e 2, da área de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, com o gestores municipais de saúde e profissionais da APS.

**Quadro 3.** Indicador 2 (U) - Proporção de internações por causas sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) (%), Rio Grande do Sul, 2011-2014.

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Resultado 2015</b>	<b>Meta 2015</b>
RS	28,72	28,54	27,47	27,41	27,09	28,72

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS); DAHA/DGTI/SES/RS. Última atualização em 23/03/2016. Acesso em 28/03/2016.

Este indicador mede a proporção das internações mais sensíveis à atenção básica em relação ao total das internações clínicas realizadas para residentes de um município. Pressupõe que são necessárias internações para o tratamento clínico de uma variedade de agravos e que dentre essas enfermidades existe um subconjunto de causas mais sensíveis à efetividade da atenção básica. Portanto, proporções dessas internações podem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidado na atenção básica, assim como o desenvolvimento de ações de regulação do acesso às internações hospitalares.

O rol de causas das internações sensíveis à atenção básica desse indicador é um subconjunto, portanto não contém todas as causas da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada pela Portaria MS/SAS nº 221, de 17 de abril de 2008.

Para esse indicador, foram selecionadas as causas em que as ações de promoção prevenção e mesmo de cura e reabilitação, no nível primário da atenção, conseguem, em curto e médio espaço de tempo, diminuir o número de internações clínicas para o tratamento dessas doenças.

É importante ressaltar que o indicador não mede a adequação da quantidade dessas internações em relação às necessidades epidemiológicas. Parte dessa limitação, é contrabalançada pelos resultados do indicador Razão entre internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.

O indicador de proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica apresentou redução em 2015 de 0,32% quando comparado ao ano 2014 e 0,38% comparado a 2013. Em 2015 obteve-se o valor de 27,09%, superando em 1,39% o limite da meta anual estipulada de 25,70%.

Sinalizamos que, eventualmente, as bases de dados municipais e estaduais podem estar mais atualizadas que as bases nacionais, podendo existir, então, diferenças entre os indicadores disponibilizados no DATASUS e os calculados pelo Estado a partir de suas bases.

**Quadro 4.** Indicador 2 (U) - Proporção de internações por causas sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde (R)	Resultado 2015
Região 01 - Verdes Campos	30,23
Região 02 - Entre-Rios	30,69
Região 03 - Fronteira Oeste	22,65
Região 04 - Belas Praias	24,51
Região 05 - Bons Ventos	24,93
Região 06 - Vale do Paranhana Costa da Serra	27,04
Região 07 - Vale dos Sinos	21,45
Região 08 - Vale do Caí Metropolitana	28,30
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	23,61
Região 10 - Capital/Vale do Gravataí	30,94
Região 11 - Sete Povos das Missões	26,05
Região 12 - Portal das Missões	27,29
Região 13 - Região da Diversidade	27,04
Região 14 - Fronteira Noroeste	26,43
Região 15 - Caminho das Águas	28,25
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	25,70
Região 17 - Região do Planalto	25,58
Região 18 - Região das Araucárias	24,84
Região 19 - Região do Botucaraí	30,08
Região 20 - Rota da Produção	29,81
Região 21 - Região Sul	27,17
Região 22 - Pampa	31,22
Região 23 - Caxias e Hortências	22,25
Região 24 - Campos de Cima da Serra	28,06
Região 25 - Vinhedos e Basalto	22,83
Região 26 - Uva e Vale	24,97
Região 27 - Jacuí Centro	30,46
Região 28 - Vinte e Oito	25,75
Região 29 - Vales e Montanhas	22,93
Região 30 - Vale da Luz	25,78

<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>27,09</b>
--------------------------	--------------

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - DATASUS; DAHA/DGTI/SES/RS. Última atualização em 23/03/2016. Acesso em 28/03/2016.

Quanto às regiões de saúde, 11 delas ficaram abaixo da meta pactuada para 2015 (25,70%), com destaque para a R7 (Vale dos Sinos) que obteve a menor proporção de ICSAB (21,45%). Uma região (R16 - Alto Uruguai Gaúcho) atingiu 25,70%, exatamente o valor da meta anual pactuada. Por outro lado, a R22 (Pampa) teve a maior proporção no referente ano: 31,22%.

**Quadro 5.** Indicador 3 (U) - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Resultado 2015</b>	<b>Meta 2015</b>
RS	62,22	67,27	63,59	65,74	67,68	69

Fonte: Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde - acesso em Portal do Bolsa Família: <[bolsafamilia.datasus.gov.br](http://bolsafamilia.datasus.gov.br)>.

Analisando-se o resultado alcançado no indicador de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família durante sua vigência, observamos uma importante tendência de crescimento, conforme demonstrado no quadro acima.

Destacamos que:

a) No ano de 2015, registrou-se uma redução no número de famílias beneficiárias com perfil saúde para acompanhamento no PBF em torno de 8% no Estado. No entanto, registramos um aumento em 1,94 ponto percentuais nas famílias elegíveis, totalizando 226.526 famílias acompanhadas pela Atenção Básica;

b) Considerando a meta pactuada pelo Estado para 2015 (69%), 19 Regiões de Saúde atingiram o percentual de acompanhamento. São elas: Regiões R2, R5, R11, R12, R13, R14, R15, R16, R17, R18, R19, R20, R23, R24, R25, R26, R27, R28 e R29;

c) 70% das Regiões de Saúde, ou seja, 21 Regiões de Saúde, apresentaram um crescimento nos percentuais de acompanhamento em relação ao ano de 2014. A saber, Regiões: R3, R5, R6, R8, R10, R11, R12, R13, R14, R15, R16, R17, R18, R19, R20, R21, R23, R25, R27, R28 e R30;

d) Destas, destacam-se as Regiões R3, R12, R17, R18, R19, R23 e R28, que apresentaram um crescimento significativo no acompanhamento das condicionalidades;

e) Observa-se a necessidade de incremento nas ações das Regiões que apresentaram redução no número de famílias acompanhadas pela Atenção Básica. São elas: Regiões R1, R2, R4, R7, R9, R22, R24, R26 e R29.

Deste modo, destacamos a importância das ações desenvolvidas pelos profissionais na Atenção Básica e a identificação dos beneficiários do Programa Bolsa Família dentre os usuários atendidos. Para garantir o acompanhamento, faz-se necessário o envolvimento de todos profissionais e o correto registro no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família perfil Saúde.

O Bolsa Família por ser um programa que envolve ações entre as áreas da saúde, educação e assistência social apresenta dificuldade, apontada pelos municípios, na interlocução intersetorial. Essa premissa justifica-se quando observa-se que, os municípios com melhores resultados são os que avançaram nesta questão, realizando planejamento de ações conjuntas nas três áreas, principalmente, com a assistência social que é responsável pelo cadastro das famílias.

**Quadro 6.** Indicador 3 (U) - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde (R)	Resultado 2015 (%)
Região 01 - Verdes Campos	59,30
Região 02 - Entre-Rios	77,41
Região 03 - Fronteira Oeste	64,12
Região 04 - Belas Praias	68,49
Região 05 - Bons Ventos	74,24
Região 06 - Vale do Paranhana Costa da Serra	61,02
Região 07 - Vale dos Sinos	56,09
Região 08 - Vale do Caí Metropolitana	45,09
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	59,96
Região 10 - Capital/Vale do Gravataí	57,72
Região 11 - Sete Povos das Missões	84,83
Região 12 - Portal das Missões	83,31
Região 13 - Região da Diversidade	81,44
Região 14 - Fronteira Noroeste	87,94
Região 15 - Caminho das Águas	89,16
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	80,01
Região 17 - Região do Planalto	75,50
Região 18 - Região das Araucárias	81,15
Região 19 - Região do Botucaraí	74,90
Região 20 - Rota da Produção	84,45
Região 21 - Região Sul	63,46
Região 22 - Pampa	58,92
Região 23 - Caxias e Hortências	81,93
Região 24 - Campos de Cima da Serra	69,96
Região 25 - Vinhedos e Basalto	73,21
Região 26 - Uva e Vale	82,78
Região 27 - Jacuí Centro	75,28

Região 28 - Vinte e Oito	86,51
Região 29 - Vales e Montanhas	80,65
Região 30 - Vale da Luz	61,30

Fonte: Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde - acesso em Portal do Bolsa Família: <[bolsafamilia.datasus.gov.br](http://bolsafamilia.datasus.gov.br)>.

Principais ações em 2015 do Programa Bolsa Família - Ação 1: Apoio às referências regionais e municipais responsáveis pelo Programa Bolsa Família, orientando o desenvolvimento de ações intersetoriais focadas na busca ativa das famílias beneficiárias e elegíveis ao Programa Bolsa Família, com o objetivo de melhorar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde e identificar as necessidades de um planejamento de ações intersetoriais entre a secretaria de saúde, educação e assistência.

Ação 2: Ações realizadas pelo Comitê Intersetorial Estadual do Programa Bolsa:

2.1. Oficinas Regionais com a participação de 159 municípios de várias Regiões do Estado para fortalecer a interlocução intersetorial – Saúde, Educação e Assistência Social.

2.2. I e II Encontro de Municípios Prioritários no Cadastro Único e Programa Bolsa Família. Os municípios prioritários foram elencados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), por apresentarem baixa cobertura das condicionalidades nas áreas: Educação, Saúde, atualização Cadastral e execução de recursos disponíveis. No Estado são vinte e quatro os municípios prioritários, distribuídos em 15 regiões de saúde: Aceguá, Alvorada, Barão, Caibaté, Campo Bom, Capela de Santana, Cidreira, Dois Lajeados, Dom Pedrito, Eldorado do Sul, Fagundes Varela, Ivoti, Maquiné, Marques de Souza, Nova Petrópolis, Nova Roma do Sul, Nova Santa Rita, Osório, Passo Fundo, Pelotas, Riozinho, Santa Tereza, Tramandaí e Vespasiano Correa.

Os objetivos dos encontros foram: realizar uma escuta qualificada com os profissionais incentivando o planejamento de estratégias de intervenção para melhorar o acompanhamento das famílias e de ações que viabilizem gestão intersetorial e promover maior integração dos Comitês Intersetoriais Estadual e Municipais do Programa Bolsa Família, ressaltando a importância da existência e fortalecimento dos Comitês Intersetoriais Municipais e do envolvimento de todos os profissionais no atendimento aos beneficiários.

2.3. Participação do Comitê Estadual Intersetorial do Programa Bolsa Família no I Fórum Municipal Intersetorial sobre as Condicionalidades do Programa Bolsa Família na Fronteira da Paz promovido pelo município de Santana do Livramento (10ª CRS - R3), reunindo os profissionais da Assistência e Inclusão Social, Saúde e Educação, além dos profissionais que trabalham com o Cadastro Único, buscando melhorar a articulação e integração das três áreas no acompanhamento das famílias beneficiárias, qualificar os profissionais envolvidos com o Programa para melhorar os índices de acompanhamento das condicionalidades da saúde e educação, e ampliar o acesso à saúde dos beneficiários do programa e a atualização do Cadastro Único das famílias beneficiárias.

Ação 3: Participação nos encontros promovidos pelo município de Bento Gonçalves (5ª CRS - R25), e pelo município de Canoas (1ª CRS - R8), para sensibilizar e qualificar os

profissionais envolvidos no atendimento aos beneficiários do Programa, visando ampliar a atualização do cadastro único das famílias beneficiárias e a cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde e educação, garantindo o acesso dos beneficiários aos serviços públicos, bem como, oportunizar debate com profissionais da Saúde, Educação e Assistência Social, sobre as evidências, impactos e entraves do Programa Bolsa Família.

Ação 4: Reunião Técnica para apoio aos municípios de grande porte do Estado na agenda das condicionalidades da saúde, com a presença de representantes dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Foram convidados os municípios com o maior número de famílias beneficiárias do PBF no Estado, que recebem recurso do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) do Ministério da Saúde e municípios convidados da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde. O foco desta reunião de trabalho foi compreender as particularidades do processo de trabalho dos municípios para identificar possibilidades de atuação intersetorial na resolução de entraves, provocando um maior impacto no resultado do indicador do Programa Bolsa Família.

Ação 5: Reunião técnica com os profissionais da Rede de Atenção à Saúde do município de Porto Alegre (2ª CRS - R10), com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde para fortalecer a atuação intersetorial na resolução dos entraves do Programa, discutir com a equipe técnica do município ações intersetoriais focadas na busca ativa das famílias beneficiárias e elegíveis ao Programa Bolsa Família.

**A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)** constitui-se como estratégia essencial para a atenção nutricional no SUS, ou seja, para organização e gestão dos cuidados em alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa organização deverá ser iniciada pelo reconhecimento da situação alimentar e nutricional da população adscrita aos serviços e às equipes de AB, com a identificação de prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida.

Os registros do Sistema Vigilância Alimentar e Nutrição demonstram um aumento considerável de usuários que foram avaliados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em todas as fases do ciclo da vida, no ano de 2015. Destaca-se a integração entre os sistemas: e-SUS Atenção Básica e o Sisvan web, possibilitando que os dados de acompanhamento do estado nutricional e de consumo alimentar registrados no e-SUS AB sejam migrados continuamente para o Sisvan web, evitando a digitação nos dois sistemas.

Considerando as altas prevalências de obesidade na população gaúcha e em cumprimento aos requisitos das Portarias Ministeriais número 424/GM/MS e número 425/GM/MS de março de 2013, a PAN integrou o grupo técnico da SES que organizou o fluxo de referência e contrarreferência estabelecendo a Linha de Cuidado (LC) do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas no RS (Resolução No. 589/14-CIB/RS, de 13 de outubro de 2014), acreditando que a sua contínua e crescente estruturação viabilizará maior acesso dos usuários aos serviços de saúde possibilitando melhores resultados no desafio imposto pelo avanço da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).



Destaca-se também, a qualificação da vigilância contínua que vem sendo realizada pelo monitoramento dos indicadores incluídos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a saber: o acompanhamento dos beneficiários do PBF e a cobertura de crianças menores de 5 anos acompanhadas no Sisvan.

Em relação à **Promoção da Alimentação Saudável e Adequada** foram desenvolvidas as seguintes ações em 2015:

Ação 1: Lançamento da publicação “Guia Alimentar da População Brasileira” que aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira, configurando-se como um instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional no SUS e também, em outros setores. Com esta ação buscamos qualificar os profissionais quanto às novas abordagens e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira.

Ação 2: Participação em reuniões de planejamento e das atividades realizadas no Dia Mundial de Saúde, cujo tema deste ano foi “Segurança de Alimentos: do campo a mesa e em todos os lugares”. As atividades ocorreram em Porto Alegre, no dia 12/04, com o objetivo de incentivar práticas alimentares apropriadas no âmbito individual e coletivo. A ação oportunizou acesso da população aos conhecimentos sobre hábitos, atividades e comportamentos saudáveis, aspectos culturais ligados a escolha de alimentos, através do trabalho intersetorial de diferentes Secretarias e Instituições que atuam no campo da Segurança Alimentar e Nutricional.

Ação 3: Participação em atividades de Comemoração ao Dia Mundial da Alimentação: tema “Comida de verdade no campo e na cidade: por direitos e soberania alimentar”, com o objetivo de potencializar ações de promoção de alimentação adequada e saudável, por meio da articulação com diferentes setores envolvidos na busca do direito a uma alimentação adequada e saudável, visando a melhoria das condições de saúde da população no âmbito individual e coletivo, além de dar visibilidade às ações da PAN na busca por uma alimentação adequada e saudável para a população.

3.1. Participação no I Encontro de Nutrição do Município de Alvorada, com a presença de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, Educação e Trabalho e Desenvolvimento Social. Foi apresentando o novo Guia Alimentar para a População Brasileira e a atuação do nutricionista nas secretarias do município.

3.2. Participação no II Encontro alusivo à Semana Mundial da Alimentação junto com representantes da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, realizado em Porto Alegre, tendo como Tema: “Proteção Social e Agricultura: Quebrando o ciclo da pobreza rural”, para divulgar aos Professores da Rede Estadual de Ensino, as novas Diretrizes sobre Alimentação Adequada e Saudável.

3.3. Participação na Semana da Alimentação/RS, em atividades realizadas na Praça de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável. Na abertura foi entregue a Carta Política da VI Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável do Rio Grande do Sul às autoridades.

Ações como estas, oportunizaram conhecimentos sobre hábitos alimentares saudáveis ligados a escolha de alimentos, através do trabalho intersetorial de diferentes Secretarias e Instituições.

Ação 4: Encontro de qualificação do Programa Saúde na Escola (PSE), uma ação conjunta da Política de Alimentação e Nutrição e Saúde do Adolescente para os profissionais da saúde e da educação dos municípios com adesão ao PSE das Macrorregiões de Saúde Metropolitana e Vales, com o objetivo de qualificar as ações desenvolvidas no programa.

A **Estratégia Nacional Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)** é uma ação que busca reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS, promovendo a reflexão da prática da atenção à saúde da criança e a capacitação de profissionais de saúde, através da qualificação do processo de trabalho, por meio de atividades participativas que incentive a troca de experiências e a construção do conhecimento a partir da realidade local, fortalecendo as ações da Rede Cegonha/PIM na Atenção Básica.

Quanto às ações, ação 1: Participação no I Encontro de Tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) do município de Canoas (1ª CRS - R8), contribuindo com a equipe local na avaliação das ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, orientando e capacitando os tutores da estratégia nos critérios necessários para a certificação das equipes das Unidades Básicas de Saúde na Estratégia Amamenta Alimenta Brasil.

#### Agenda de Prevenção e Controle das Deficiências Nutricionais

No Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, durante o ano de 2015, entre os 139 municípios que participaram do Programa no Estado, 111 (79,9%) utilizaram-se do sistema de gestão do programa para registro de dados, tendo sido registrada a suplementação de 16.133 crianças ao longo do ano, correspondendo a 21,3% da meta anual. Quando comparamos o resultado de 2015 com o alcançado no ano anterior, observa-se o aumento de 34,6% em relação à cobertura de suplementação de crianças em 2014, com 4.144 crianças suplementadas a mais em 2015.

Ação 1: Apoio técnico às Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios para implementar a suplementação de vitamina A na rotina dos serviços de saúde (demanda espontânea ou programada, visita domiciliar ou busca ativa), visando melhorar a cobertura de suplementação das crianças e o registro periódico da utilização das cápsulas no sistema de gestão do programa.

Ação 2: Oficina do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A para capacitação dos novos municípios com adesão ao Programa em 2015 e aos municípios que não registraram dados no sistema de gestão do programa no ano de 2014 no Estado. Principais objetivos da oficina: intensificar o papel e o compromisso do setor saúde na prevenção e controle da hipovitaminose A em crianças de cinquenta e nove meses a seis anos de idade, contribuindo assim, para a redução da mortalidade e morbidades em crianças residentes nas áreas mais vulneráveis do Estado; intensificar o apoio as referências regionais e municipais de

Alimentação e Nutrição no estabelecimento da suplementação da vitamina A na rotina da Atenção Básica; aumentar a cobertura de suplementação das crianças, auxiliando os municípios que permanecem sem dados registrados no sistema de gestão do Programa, o que contribui no cumprimento das metas estabelecidas.

**A Estratégia de Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó (NutriSUS)** visa potencializar o pleno desenvolvimento infantil, prevenir e controlar a anemia e outras deficiências nutricionais e foi implantada em creches prioritárias participantes do Programa Saúde na Escola (PSE) - àquelas com 95% ou mais crianças matriculadas na faixa etária de 6 a 48 meses, segundo dados do Censo Escolar 2013. As ações realizadas para essa Estratégia no ano de 2015 foram as seguintes:

**Ação 1:** Apoio e suporte técnico às CRS e aos dezesseis municípios do Estado para o desenvolvimento da ação, potencializando a capacidade da escola de promover saúde. Os municípios do Estado contemplados foram: Alegrete, Cachoeirinha, Canela, Charqueadas, Cruz Alta, Erechim, Giruá, Gravataí, Jaguarão, Panambi, Paraí, Porto Alegre, Santo Antônio da Patrulha, São Marcos, Tenente Portela e Três de Maio.

**Ação 2:** Oficina de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável em Escolas Municipais de Educação Infantil do município de Cachoeirinha (2ª CRS – R10). Participaram profissionais de duas escolas municipais de educação infantil que implantaram a Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com micronutrientes em pó (NutriSUS). O objetivo principal da oficina foi de incentivar práticas alimentares saudáveis nas escolas infantis contribuindo para o potencializar o pleno desenvolvimento infantil, a prevenção e o controle da anemia e outras carências nutricionais específicas na infância.

**A Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI)** tem como foco os municípios com menos de 150 mil habitantes, que apresentam índice de desnutrição infantil (baixo peso e muito baixo peso para idade) em crianças menores de cinco anos (Portaria MS 2.387 de 18/10/2012). No Estado os municípios são: Alto Alegre, Barão de Cotegipe, Boa Vista do Sul, Campestre da Serra, Capão bonito do Sul, Coronel Barros, Cotiporã, Nova Araçá, Ponte Preta, Travesseiro e Vista Alegre do Prata.

Os compromissos assumidos pelos municípios foram: aumentar a cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF; aumentar o acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de cinco anos no Sisvan; e investigar os casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil.

Os recursos financeiros da ANDI foram transferidos aos fundos municipais de saúde como parte integrante do Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, componente para implantação de ações e serviços de saúde. Trataram-se de recursos de custeio repassados em parcela única anual, não havendo prazo definido para utilização pelos municípios, porém o ministério recomenda a execução até o final da gestão municipal, no ano de 2016.

As ações realizadas foram de apoio às referências regionais e municipais da área de Alimentação e Nutrição quanto à problemática da desnutrição infantil em seus territórios,

considerando os seus múltiplos determinantes, bem como, acompanhar e monitorar as ações e metas pactuadas pelos municípios que fazem parte desta agenda.

**Quadro 7.** Indicador 60 (E) - Número de Pontos do Telessaúde Brasil Redes Implantados, Rio Grande do Sul, 2012-2015.

	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	1.368	1.260	1.460	1.690	1.654

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS. Acesso em 24/02/2016.

O objetivo do indicador 60 é investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS, com a diretriz de contribuição à adequada formação, alocação, qualificação e valorização das relações do trabalho. O ponto de Telessaúde está inserido nos estabelecimentos de saúde, permitindo aos trabalhadores do SUS realizarem teleconsultorias e/ou telediagnóstico em saúde. O acumulado atingindo no ano de 2015 foi de 1.690, superando a meta estipulada de 1.654 e com 230 pontos de Telessaúde a mais do que em 2014.

**Quadro 8.** Indicador 60 (E) - Número de Pontos do Telessaúde Brasil Redes Implantados, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde (R)	Resultado 2015
Região 01 - Verdes Campos	64
Região 02 - Entre-Rios	31
Região 03 - Fronteira Oeste	51
Região 04 - Belas Praias	32
Região 05 - Bons Ventos	41
Região 06 - Vale do Paranhana/Costa da Serra	33
Região 07 - Vale dos Sinos	69
Região 08 - Vale do Caí Metropolitana	90
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	54
Região 10 - Capital/Vale do Gravataí	210
Região 11 - Sete Povos das Missões	75
Região 12 - Portal das Missões	44
Região 13 - Região da Diversidade	52
Região 14 - Fronteira Noroeste	70
Região 15 - Caminho das Águas	55
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	56
Região 17 - Região do Planalto	83
Região 18 - Região das Araucárias	33
Região 19 - Região do Botucaraí	40
Região 20 - Rota da Produção	54
Região 21 - Região Sul	108
Região 22 - Pampa	27

Região 23 - Caxias e Hortências	58
Região 24 - Campos de Cima da Serra	29
Região 25 - Vinhedos e Basalto	52
Região 26 - Uva e Vale	37
Região 27 - Jacuí Centro	36
Região 28 - Vinte e Oito	43
Região 29 - Vales e Montanhas	46
Região 30 - Vale da Luz	17
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>1.690</b>

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS. Acesso 24/02/2016.

A R10 é a região de saúde que apresenta maior número de pontos implantados (210), seguida da R21 (108), enquanto a R30 tem o menor quantitativo (17).

As principais ações realizadas pela Coordenação Estadual da Atenção Básica no ano de 2015 foram:

- Reunião da equipe com o apoio institucional do Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde, para discussões acerca de temas pertinentes à Atenção Básica (AB)/Saúde da Família (SF);

- Treinamento para manuseio do novo sistema administrador junto à Procergs para atualização e alimentação técnica do site da Coordenação da AB;

- Realização do Fórum das Coordenadoras Regionais da Atenção Básica, juntamente ao Encontro do Departamento de Ações em Saúde (DAS);

- Reuniões mensais do Grupo de Trabalho da Atenção Básica (GT-AB) formado por representantes das políticas do DAS/SES/RS e Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS), para discussões e demandas acerca da AB/SF;

- Participação em reuniões com o Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (DGTI) sobre o sistema do e-SUS AB e a disponibilidade de dados dos relatórios de produção;

- Participação da Coordenação no acolhimento dos profissionais vinculados ao Programa dos Mais Médicos para o Brasil, com apresentação dos processos de trabalho desenvolvidos pela Coordenação, bem como da realidade da AB e SF no Estado;

- Organização da Oficina sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ AB;

- Participação na reunião preparatória para a organização das Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde, com apoio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS);

- Organização e participação como facilitadores nas Oficinas de Planificação da APS (1 e 2) destinada aos facilitadores e trabalhadores da R1 (Verdes Campos) e R2 (Entre Rios), no município de Santa Maria e outros seis municípios sede. Em geral, nas oficinas de facilitadores têm sido capacitados, aproximadamente, 120 profissionais e 1000 nas oficinas de trabalhadores;

- Apoio e suporte técnico às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e aos municípios, no que se refere aos encaminhamentos e fluxos para adesão, implantação e qualificação dos programas e projetos pertinentes à APS;

- Acolhimento, acompanhamento e preceptoria dos residentes do 2º ano da Residência Integrada em Saúde Coletiva - ênfase Atenção Básica - da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (RS);

- Análise de pedidos, pelos municípios, de credenciamento das equipes de Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, de acordo com a Resolução nº 346/2013 CIB/RS, a qual aprova o fluxo de credenciamento e implantação das equipes;

- Discussão e análise dos indicadores de saúde e dos dados sistematizados na Matriz de Indicadores produzida pelo TelessaúdeRS/UFRGS e o município de Sapucaia do Sul, com vistas à sua adaptação e utilização no Estado;

- Participação nas reuniões dos grupos construídos para elaboração do Plano Estadual de Saúde (2016-2019);

- Diagnóstico das eSF credenciadas pelo Ministério da Saúde e ainda não implantadas por municípios do Estado;

- Reunião junto ao apoio institucional do Ministério da Saúde e realização do apoio junto às CRS e municípios, com vistas à sensibilização e esclarecimentos de dúvidas na adesão ao 3º ciclo do PMAQ AB;

- Análise e elaboração dos pareceres técnicos dos processos que tramitam na Coordenação Estadual da AB para liberação de recurso financeiro destinados aos municípios do Estado por Convênio ou via Consulta Popular;

- Representações e participação no Seminário da Atenção Básica promovido pela 1ª CRS, bem como no Encontro Regional do PMAQ AB - adesão ao 3º ciclo da 5ª CRS;

- Análise e atendimento dos questionamentos encaminhados pela ouvidoria do SUS acerca da AB/APS e SF;

- Atuação em diversos espaços tais quais fóruns, reuniões, grupos de trabalho com outras políticas de saúde do DAS, departamentos e órgãos externos os quais tem pauta relevante para a AB/APS e SF, realizando interface da AB com estes setores;

- Participação na reunião sobre o Plano de Ação do Comitê Interfederativo HIV/Aids;

- Participação e facilitação dos trabalhos em grupos de educação continuada para médicos da Atenção Básica em HIV/Aids.

## **OBJETIVO: Ampliar e Qualificar a Atenção Secundária e Terciária**

### **PROJETO PRIORITÁRIO**

#### **Ampliação e qualificação de hospitais públicos regionais**

Para o período 2012 a 2015, estava prevista a construção de três hospitais e a ampliação de um.

- Hospital Regional de Santa Maria - Obra está em fase final de acabamento com previsão de finalização para março de 2016. Em 2015 foi criado um grupo de trabalho com prefeitos, secretários municipais de saúde da região e a Secretaria Estadual da Saúde, a fim de definir o perfil assistencial, os equipamentos necessários e a gestão do hospital.
- Hospital Regional de Palmeira das Missões - Obra de responsabilidade do gestor municipal. Fase de finalização do processo licitatório, não tendo sido iniciada a obra em 2015.
- Hospital Regional do Vale do Gravataí - Prefeitura do município oficializou a intenção da doação de um terreno de seis hectares na ERS-118.
- Hospital São Vicente de Paulo, município de Osório - Concluídas as obras da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), Pediatria e parte da Emergência. Em andamento a obra do Setor Administrativo e do Auditório.

#### **Novos serviços**

Em setembro de 2015 o Hospital de Caridade de Três Passos foi habilitado pelo Ministério da Saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, incluindo o atendimento às urgências. O serviço é referência para todos os municípios da Região de Saúde 15 - Caminho das Águas.

Visando qualificar e ampliar o acesso à assistência de média e alta complexidade foram habilitados novos Serviços Integrados de Atenção Especializada Ambulatorial, no âmbito da Resolução nº 412/13 CIB/RS, financiados com recurso do Tesouro Estadual.

- Macrorregião Centro Oeste
  - Região de Saúde 01 - Verdes Campos

Município de Santa Maria - Hospital Casa de Saúde, habilitado nas especialidades de cirurgia bucomaxilo, cirurgia geral, cirurgia vascular, ginecologia, otorrinolaringologia, traumatologia e ortopedia, urologia.

- Região de Saúde 03 - Fronteira Oeste

Município de Itaqui - Hospital São Patrício, habilitado em cirurgia geral.

- Macrorregião Metropolitana

- Região de Saúde 04 - Belas Praias

Município de Torres - Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, habilitado em traumatologia e ortopedia.

- Macrorregião Missioneira

- Região de Saúde 13 - Diversidade

Município de Crissiumal - Hospital de Caridade, habilitado em traumatologia e ortopedia

- Macrorregião Norte

- Região de Saúde 15 - Caminho das Águas

Município de Rodeio Bonito - Hospital São José, habilitado em traumatologia e ortopedia.

Município de Três Passos - Hospital de Caridade, habilitado em ginecologia e obstetrícia.

- Região 17 - Planalto

Município de Passo Fundo - Hospital São Vicente de Paulo, habilitado em cirurgia pediátrica, otorrinolaringologia, reumatologia e urologia.

- Região de Saúde 20 - Rota da Produção

Município de Palmeira das Missões - Hospital de Caridade, habilitado em clínica cirúrgica bucomaxilo.

Município de Ronda Alta - Hospital da Associação dos Trabalhadores , habilitado em traumatologia e ortopedia.

- Macrorregião Serra

- Região de Saúde 25 - Vinhedos e Basalto

Município de Bento Gonçalves - Hospital Bartholomeu Tacchini, habilitado em traumatologia e ortopedia.

- Região 26 - Uva e Vale

Município de Farroupilha - Hospital São Carlos, habilitado em traumatologia e ortopedia.



**Quadro 9.** Indicador 7 (U) - Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente, Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	0,97	1,07	1,16	1,30	1,35	1,79

Fonte: Tabwin/SIA/DATASUS/MS; Tabwin/SIH/DATASUS/MS; DAHA/SES/RS.

Este indicador avalia o acesso a alguns procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade, realizados em ambulatório e também mediante internação hospitalar, para cada 100 residentes em determinado local e período.

Os procedimentos selecionados são: biopsias de endométrio, mama e colo uterino, exames sorológicos e imunológicos, exames de citopatologia e anatomopatologia, exames de ecocardiografia transtorácica, cirurgias do aparelho da visão, vasectomias, postectomias e acompanhamento de pacientes e doadores na área de transplantes.

A meta estabelecida para o ano de 2015 foi superestimada, tendo em vista que foi calculada considerando resultados de anos anteriores, calculados por projeções censitárias de população residente, para o ano de 2012, por faixa etária.

A análise da série histórica, de 2011 a 2015, da razão destes procedimentos, calculados por estimativa de população residente utilizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), demonstra uma tendência de melhoria do acesso, tendo em vista que os quantitativos dos procedimentos realizadas em 2015 ainda podem ser maiores, conforme disponibilização de novos arquivos de produção ambulatorial e hospitalar.

**Quadro 10.** Indicador 7 (U) - Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2011-2015.

Região de Saúde	RAZÃO
R 01 - Verdes Campos	1,55
R 02 - Entre-Rios	1,02
R 03 - Fronteira Oeste	0,97
R 04 - Belas Praias	1,46
R 05 - Bons Ventos	1,30
R 06 - Vale do Paranhana Costa da Serra	1,30
R 07 - Vale dos Sinos	1,30
R 08 - Vale do Caí Metropolitana	1,72
R 09 - Carbonífera/Costa Doce	1,43
R 10 - Capital Vale do Gravataí	1,96
R 11 - Sete Povos das Missões	0,72
R 12 - Portal das Missões	0,77
R 13 - Região da Diversidade	1,19
R 14 - Fronteira Noroeste	1,55
R 15 - Caminho das Águas	0,90

R 16 - Alto Uruguai Gaúcho	0,92
R 17 - Região do Planalto	1,18
R 18 - Região das Araucárias	0,92
R 19 - Região do Botucarái	0,85
R 20 - Rota da Produção	0,90
R 21 - Região Sul	1,06
R 22 - Pampa	1,61
R 23 - Caxias e Hortências	1,17
R 24 - Campos de Cima da Serra	0,68
R 25 - Vinhedos e Basalto	0,64
R 26 - Uva e Vale	0,72
R 27 - Jacuí Centro	0,99
R 28 - Vinte e Oito	1,21
R 29 - Vales e Montanhas	1,42
R 30 - Vale da Luz	1,06

Fonte: Tabwin/SIA/DATASUS/MS; Tabwin/SIH/DATASUS/MS; DAHA/SES/RS. Acesso em março de 2016.

**Quadro 11.** Indicador 8 (U) - Razão de internações clínico-cirúrgicos de média complexidade na população residente, Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	4,53	4,60	4,50	4,60	4,44	5,61

Fonte: Tabwin/SIH/DATASUS/MS; DAHA/SES/RS.

Este indicador avalia o acesso a internações clínico-cirúrgicas de média complexidade para procedimentos obstétricos clínicos e cirúrgicos, procedimentos de diagnose, tratamentos clínicos e cirúrgicos, realizados para cada 100 residentes, em determinado local e período.

A meta estabelecida para o ano de 2015 foi superestimada, tendo em vista que foi calculada considerando resultados de anos anteriores, calculados por projeções censitárias de população residente, para o ano de 2012, por faixa etária.

A análise da série histórica, de 2011 a 2015, da razão destes procedimentos, calculados por estimativa de população residente utilizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), demonstra uma tendência de estabilidade, tendo em vista que os quantitativos das internações realizadas em 2015 ainda podem ser maiores, conforme disponibilização de novos arquivos de produção hospitalar.

**Quadro 12.** Indicador 8 (U) - Razão de internações clínico-cirúrgicos de média complexidade na população residente, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Regiões de Saúde	
R1 Verdes Campos	3,12
R2 Entre Rios	4,42
R3 Fronteira Oeste	4,43
R4 Belas Praias	4,10
R5 Bons Ventos	3,78
R6 V.Paranhana/C. Serra	5,57
R7 Vale dos Sinos	3,78
R8 Vale Caí/Metropolitana	4,67
R9 Carbonífera/Costa Doce	3,73
R 10 Capital/Vale Gravataí	3,86
R 11 Sete Povos Missões	5,03
R 12 Portal das Missões	4,20
R 13 Diversidade	4,25
R 14 Fronteira Noroeste	5,71
R 15 Caminho das Águas	6,67
R16 Alto Uruguai Gaúcho	5,37
R 17 Planalto	4,72
R 18 Araucárias	5,33
R 19 Botucaraí	5,06
R 20 Rota da Produção	4,84
R 21 Sul	3,84
R22 Pampa	4,71
R23 Caxias e Hortênsias	2,84
R 24 Campos de Cima Serra	4,53
R 25 Vinhedos e Basalto	3,87
R 26 Uva Vale	3,75
R 27 Jacuí Centro	6,20
R 28 Vinte e Oito	4,88
R 29 Vales e Montanhas	5,25
R 30 Vale da Luz	5,16

**Quadro 13.** Indicador 9 (E) - Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente, Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	5,65	5,85	6,32	7,26	8,01	8,48

Fonte: Tabwin/SIA/DATASUS/MS; Tabwin/SIH/DATASUS/MS; DAHA/SES/RS.

Este indicador avalia o acesso a procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade como tomografia, ressonância magnética, cintilografia, arteriografia, quimioterapia, litotripsia, realizados para cada 100 residentes, em determinado local e período.

A meta estabelecida para o ano de 2015 foi superestimada, tendo em vista que foi calculada considerando resultados de anos anteriores, calculados por projeções censitárias de população residente, para o ano de 2012, por faixa etária.

A análise da série histórica, de 2011 a 2015, da razão destes procedimentos, calculados por estimativa de população residente utilizada pelo Tribunal de Contas da União – TCU, demonstra uma tendência de melhoria do acesso. A meta estabelecida para 2015, apesar de superestimada, possivelmente será próxima do realizado, considerando a disponibilização de novos arquivos de produção ambulatorial.

**Quadro 14.** Indicador 9 (E) - Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Regiões de Saúde	
R1 Verdes Campos	7,11
R2 Entre Rios	5,21
R3 Fronteira Oeste	5,38
R4 Belas Praias	10,00
R5 Bons Ventos	7,81
R6 V.Paranhana/C. Serra	6,52
R7 Vale dos Sinos	7,10
R8 Vale Caí/Metropolitana	9,86
R9 Carbonífera/Costa Doce	7,15
R 10 Capital/Vale Gravataí	10,76
R 11 Sete Povos Missões	6,88
R 12 Portal das Missões	6,77
R 13 Diversidade	9,26
R 14 Fronteira Noroeste	8,42
R 15 Caminho das Águas	11,84
R16 Alto Uruguai Gaúcho	6,73
R 17 Planalto	8,02
R 18 Araucárias	6,51
R 19 Botucaraí	7,40
R 20 Rota da Produção	9,84
R 21 Sul	6,52
R22 Pampa	7,35
R23 Caxias e Hortênsias	6,44
R 24 Campos de Cima Serra	5,10
R 25 Vinhedos e Basalto	6,27
R 26 Uva Vale	5,17
R 27 Jacuí Centro	5,45
R 28 Vinte e Oito	6,33
R 29 Vales e Montanhas	7,62
R 30 Vale da Luz	6,71

Fonte: Tabwin/SIA/DATASUS/MS; Tabwin/SIH/DATASUS/MS; DAHA/SES/RS. Acesso em março de 2016.

**Quadro 15.** Indicador 10 (E) - Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente, Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	5,14	5,33	5,05	5,35	5,03	6,64

Fonte: Tabwin/SIH/DATASUS/MS; DAHA/SES/RS.

Este indicador avalia o acesso a internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade para procedimentos obstétricos clínicos e cirúrgicos, procedimentos de diagnose, tratamentos clínicos, cirúrgicos e transplantes, realizados para cada 1000 residentes, em determinado local e período.

A meta estabelecida para o ano de 2015 foi superestimada, tendo em vista que foi calculada considerando resultados de anos anteriores, calculados por projeções censitárias de população residente, para o ano de 2012, por faixa etária.

A análise da série histórica, de 2011 a 2015, da razão destes procedimentos, calculados por estimativa de população residente utilizada pelo Tribunal de Contas da União – TCU, demonstra uma tendência de estabilidade, tendo em vista que os quantitativos das internações realizadas em 2015 ainda podem ser maiores, conforme disponibilização de novos arquivos de produção hospitalar.

**Quadro 15.** Indicador 10 (E) - Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Regiões de Saúde	
R1 Verdes Campos	3,34
R2 Entre Rios	3,27
R3 Fronteira Oeste	3,13
R4 Belas Praias	3,68
R5 Bons Ventos	3,95
R6 V. Paranhana/C. Serra	5,20
R7 Vale dos Sinos	3,70
R8 Vale Caí/Metropolitana	7,29
R9 Carbonífera/Costa Doce	3,81
R 10 Capital/Vale Gravataí	4,92
R 11 Sete Povos Missões	4,18
R 12 Portal das Missões	7,49
R 13 Diversidade	5,68
R 14 Fronteira Noroeste	3,93
R 15 Caminho das Águas	4,89
R16 Alto Uruguai Gaúcho	6,95
R 17 Planalto	9,41
R 18 Araucárias	7,83
R 19 Botucaraí	7,11
R 20 Rota da Produção	5,62
R 21 Sul	4,07
R22 Pampa	2,31
R23 Caxias e Hortênsias	3,92
R 24 Campos de Cima Serra	3,69
R 25 Vinhedos e Basalto	2,91
R 26 Uva Vale	2,77
R 27 Jacuí Centro	3,53
R 28 Vinte e Oito	3,40
R 29 Vales e Montanhas	6,51
R 30 Vale da Luz	6,11

Fonte: Tabwin/SIH/DATASUS/MS; DAHA/SES/RS. Acesso em março de 2016.

**Quadro 16. Indicador 11 (E) - Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.**

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	-	-	94,73	90,00	95,61	100,00

Fonte: DAHA/SES/RS.

Considerando o mês de dezembro de 2015, um total de 109 hospitais com mais de 50 leitos (públicos e privados), sob gestão da SES, estavam com contrato vigente, representando um percentual de 96%.

### Hospitais Próprios

O Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais (DCHE) é o órgão responsável por gerir a estrutura formada por três hospitais: Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), Hospital Sanatório Partenon (HSP), Hospital Colônia Itapuã (HCI) e o Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS)

O **Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP)** foi fundado em 1895 e parte de seu patrimônio histórico está sendo restaurado. O HPSP é especializado em saúde mental, com programas de atendimento para as principais patologias mentais e cumpre duas funções importantes na sociedade. Na primeira, funciona como instituição de moradia para pessoas que sofreram perda de seus vínculos sociais, familiares e do gerenciamento de suas vidas, em decorrência do longo período de internação. A segunda função do hospital é prestar atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou transtornos mentais relacionados ao abuso de álcool e drogas em unidades de internação e em regime ambulatorial.

O hospital é referência para Porto Alegre e cerca de 100 outros municípios, distribuídos em sua maioria entre os de referência da 1ª, 2ª e 18ª Coordenadorias Regionais de Saúde e apresenta um perfil para assistência a pacientes psiquiátricos e transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Atualmente, o HPSP apresenta 106 pacientes nas unidades e enfermarias, descritas como espaços de passagem para o trabalho clínico e psicossocial; 31 moradores no Residencial Terapêutico Morada São Pedro e 17 moradores no Residencial Terapêutico Morada Viamão.

Como instituição de ensino, o São Pedro conta há 28 anos com a Residência em Psiquiatria. Hoje, a Residência em Psiquiatria da Criança e do Adolescente é uma realidade, bem como o retorno da Residência Multiprofissional.

Foram feitas reformas nas Unidade Mario Martins Masculina, Moisés Roithman e Elestino Prunes, implantação novo sistema de telefonia Discagem Direta ao Ramal (DDR), reestruturação do Programa Saúde do Servidor (PROSER), treinamento do pessoal do Serviço de Limpeza e Higienização, capacitação de servidores para atendimento ao público, em andamento do Projeto de Acessibilidade.

O **Hospital Sanatório Partenon (HSP)** é referência estadual em ações e serviços de promoção e recuperação da saúde, com ênfase em tuberculose, HIV/AIDS, hepatite e doenças associadas, em âmbito ambulatorial e hospitalar.

O Hospital conta com uma equipe multidisciplinar para atendimento individual e grupal com tratamento e supervisão semanal, serviços de Psiquiatria e de Recreação; Grupos operativos e Grupos de usuários de álcool, mais Unidade de internação para os usuários que fazem abuso de álcool. Esses serviços sofreram modificações necessárias para atender a novas demandas como o aumento do uso de drogas, do número de casos de Aids e do vírus da hepatite C. Salienta-se que, o HSP realizou mais de 105.000 procedimentos no exercício de 2015.

O **Hospital Colônia Itapuã (HCI)** tem cerca de 94 moradores usuários (58 com sofrimento psíquico e 36 ex-hansenianos), que têm assistência não só de moradia, mas também de uma política que visa o resgate da cidadania e a reintegração social destas pessoas.

A construção de Projetos Terapêuticos de Atendimento Multiprofissional, com a revisão diagnóstica e medicamentosa realizada em 2015, percebeu-se que o perfil de usuários havia mudado. Antes tidos como asilados e cronicados, portanto, sem possibilidades de melhorias, agora mostram-se recuperados de graves efeitos colaterais por medicação excessiva, estabilizados em suas patologias clínicas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

O **Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS)** atende usuários com Hanseníase, HIV/AIDS e DST através dos serviços de Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Enfermagem, Laboratório, Micologia, Farmácia, Fisioterapia, Dermatologia e Centro de Testagem e Aconselhamento para Aids.

A prioridade de atendimento é para os usuários referendados pelos municípios com consultas agendadas pelas prefeituras, o que o caracteriza como referência estadual. O atendimento básico desses usuários é de responsabilidade da secretaria municipal de saúde.

Houve melhorias no serviço de Disque Consulta (0800), do Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS), para a marcação de consultas. Foi eliminada a fila de espera, o que qualificou o atendimento aos usuários do SUS.

## OBJETIVO: Ampliar e Qualificar a Vigilância em Saúde

**Quadro 17.** Indicador 12 (U) - Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado, Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	747	895	1.108	1.340	1.132	1.608

Fonte: SINAN. Acesso em 02/03/2016.

Durante o período de 2011 a 2014, apresentamos crescimento no número de unidades notificadoras no estado, em 2015 o número reduziu e não atingimos a meta. As Regiões R1 e R26 atingiram a meta, as Regiões R14, R17, R23, R27 e R30 aumentaram o número de unidades notificadoras, mas não atingiram a meta, as regiões R3 e R18 mantiveram o número de unidades notificando casos, as demais regiões de saúde diminuíram o número de unidades notificadoras.

**Quadro 18.** Indicador 12 (U) - Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde	Número de unidades notificadoras 2015
R1	57
R2	21
R3	58
R4	15
R5	24
R6	19
R7	54
R8	66
R9	21
R10	135
R11	22
R12	15
R13	38
R14	47
R15	37



R16	24
R17	57
R18	36
R19	24
R20	22
R21	34
R22	12
R23	69
R24	10
R25	38
R26	29
R27	45
R28	28
R29	51
R30	24
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>1.132</b>

Fonte: SINAN/Ministério da Saúde. Acesso em 02/03/2016

**Quadro 19.** Indicador 35 (U) - Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	38,71	34,68	52,72	52,72	37,02*	70

Fonte: Programa Nacional de Imunizações/SVS/MS. Acesso: 24/02/2016. \*Dados parciais. O Banco encerra em 31/03/2016.

O indicador busca alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.

A série histórica analisada demonstra uma melhora no desempenho do estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2013 e 2014, quando avaliada o conjunto das coberturas vacinais. Entre as regiões de Saúde, em 2015, 30% destas atingiram meta de 70% para este indicador.

Os dados apresentados para o ano de 2015 são preliminares, fornecidos pelo Programa Nacional de Imunizações/SVS/MS, pois o banco de dados encerra em 31/03/2016. Portanto, o resultado final deve ser diferente do apresentado no quadro acima.

**Quadro 20.** Indicador 35 (U) - Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde (CIR)	COAP - Resultado 2015*(%)
R1 Verdes Campos	30
R2 Entre Rios	40
R3 Fronteira Oeste	30
R4 Belas Praias	60
R5 Bons Ventos	30
R6 V.Paranhana/C. Serra	10
R7 Vale dos Sinos	40
R8 Vale Caí/Metropolitana	20
R9 Carbonífera/Costa Doce	20
R10 Capital/Vale Gravataí	20
R11 Sete Povos Missões	30
R12 Portal das Missões	30
R13 Diversidade	30
R14 Fronteira Noroeste	40
R15 Caminho das Águas	70
R 16 Alto Uruguai Gaúcho	70
R17 Planalto	70
R18 Araucárias	60
R19 Botucaraí	10
R20 Rota da Produção	50
R21 Sul	20
R 22 Pampa	30
R23 Caxias e Hortênsias	20
R24 Campos de Cima Serra	80
R25 Vinhedos e Basalto	80
R26 Uva Vale	90
R27 Jacuí Centro	70
R28 Vinte e Oito	80
R29 Vales e Montanhas	80
R30 Vale da Luz	80

Fonte: Programa Nacional de Imunizações/SVS/MS. Acesso: 03/03/2016. \*Dados parciais. O Banco encerra em 31/03/2016.

**Quadro 21.** Indicador 36 (U) - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	66,5	66,7	64,3	63,7*	Ainda não disponível**	75

Fonte: SINAN/CEVS/SES. Acesso em 24/02/2016. \*Dados preliminares. \*\*Esta doença crônica possui tratamento de no mínimo 6 meses. Após conclusão do tratamento, o programa leva até 3 meses para confirmação da alta por cura (ou outro desfecho) no sistema de informação. Por isso, no caso da Tuberculose, os dados coletados para o cálculo do indicador para o ano de 2015 estarão disponíveis a partir do 10º mês do ano seguinte (outubro/2016).

A meta pactuada neste indicador é de 75%, corrigida pelo Ministério da Saúde para o estado do RS, ainda que a meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) seja de 85%, para redução da incidência de casos nas regiões. A região 10, capital, que concentra o maior número de casos, apresentou um percentual de cura de 59,6% no ano de 2014\*. As regiões de saúde R2. Entre Rios (Santiago), R14. Fronteira Noroeste (Santa Rosa), R15. Caminho das Águas e R17. Planalto (Passo Fundo), totalizando 4 regiões, alcançaram percentual de cura maior que 75%, número inferior se comparado ao ano anterior, quando 9 regiões de saúde alcançaram percentual superior a 75%. Observam-se diferenças significativas de percentual de cura em algumas regiões. Há que se considerar que o número absoluto de casos de tuberculose em algumas regiões de saúde é baixo, fazendo com que possa haver grandes variações entre os anos em virtude do não encerramento de um único caso. As regiões de saúde R6, R12 e R24 são exemplos dessas grandes variações, e possuem, em números absolutos, 24 casos, 16 casos e 5 casos, respectivamente. Concomitantemente, nos chama atenção a persistência, ainda que com um número pequeno de casos, do baixo percentual de cura na região 20 (Rota da Produção), o que muito se deve à baixa completude do banco de dados na região. Reforçamos que é necessário intensificar as ações de vigilância epidemiológica nas regiões de saúde, com ações de capacitação para profissionais de saúde que preenchem dados no sistema alimentador Sinan Net. É de fundamental importância a compreensão do Sinan Net como sistema de informação para a tomada de decisão em saúde, não apenas como formalidade protocolar de preenchimento.

**Quadro 22.** Indicador 36 (U) - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Regiões de Saúde	2013
R1 Verdes Campos	67,3
R2 Entre Rios	76,5
R3 Fronteira Oeste	77,3
R4 Belas Praias	72,2
R5 Bons Ventos	66,7
R6 V.Paranhana/C. Serra	69,2
R7 Vale dos Sinos	75,1
R8 Vale Caí/Metropolitana	63,1
R9 Carbonífera/Costa Doce	64,8
R10 Capital/Vale Gravataí	56,9
R11 Sete Povos Missões	65
R12 Portal das Missões	86,7
R13 Diversidade	57,1
R14 Fronteira Noroeste	87,5
R15 Caminho das Águas	66,7
R16 Alto Uruguai Gaúcho	41,2
R17 Planalto	57,9
R18 Araucárias	55,6
R19 Botucaraí	61,5

R20 Rota da Produção	20
R21 Sul	74
R22 Pampa	81,5
R23 Caxias e Hortênsias	70,6
R24 Campos de Cima Serra	80
R25 Vinhedos e Basalto	86,7
R26 Uva Vale	75
R27 Jacuí Centro	84,6
R28 Vinte e Oito	74
R29 Vales e Montanhas	66,7
R30 Vale da Luz	73,3
Cura TB Pulmonar Bacilífera RS, em %	64,3

Fonte: SINAN/CEVS/SES. Acesso em 24/02/2016. \*Dado preliminar.

**Quadro 23.** Indicador 37 (U) - Proporção de Exame Anti-HIV Realizados entre os Casos Novos de Tuberculose (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	75,54	76,76	81,74	83,34	82,37*	85

Fonte: SINAN/CEVS/SES Acesso em 24/02/2016. \*Dados preliminares.

A meta pactuada para este indicador, pelo Ministério da Saúde, é de 85%. A região de maior incidência - Região 10, Capital - apresentou cerca de 84,65% de testagem para HIV em 2014. Percebe-se um aumento percentual na testagem HIV para casos novos de tuberculose na maioria das regiões de saúde em 2014. Em 2015, considerando que o banco de dados foi exportado em fevereiro de 2016, já apresentamos cerca de 82,37% de testagens realizadas. No mesmo período do ano passado, com um banco exportado em data semelhante, esse percentual era de 77,8%. Isso reforça a importância do indicador “testagem de HIV para casos novos de tuberculose” ter sido incorporado às metas do Governo Estadual, gerando maior mobilização por parte das equipes de vigilância em saúde para completude dos dados e para as equipes de assistência para realização da testagem. Nessa avaliação não são considerados os casos alocados como “em andamento”, o que pode ter influenciado no resultado de algumas regiões de saúde.

**Quadro 24.** Indicador 37 (U) - Proporção de Exame Anti-HIV Realizados entre os Casos Novos de Tuberculose (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde	% Anti-HIV 2015 real*
R1 Verdes Campos	98,04
R2 Entre Rios	89,47
R3 Fronteira Oeste	88,89
R4 Belas Praias	92,06
R5 Bons Ventos	80,72

R6 V.Paranhana/C. Serra	86,76
R7 Vale dos Sinos	74,75
R8 Vale Caí/Metropolitana	82,18
R9 Carbonífera/Costa Doce	71,00
R 10 Capital/Vale Gravataí	84,65
R 11 Sete Povos Missões	76,79
R 12 Portal das Missões	80,95
R 13 Diversidade	89,66
R 14 Fronteira Noroeste	60,00
R 15 Caminho das Águas	82,76
R16 Alto Uruguai Gaúcho	81,63
R 17 Planalto	88,98
R 18 Araucárias	90,48
R 19 Botucaraí	82,76
R 20 Rota da Produção	70,83
R 21 Sul	80,90
R22 Pampa	74,00
R23 Caxias e Hortênsias	85,54
R 24 Campos de Cima Serra	81,25
R 25 Vinhedos e Basalto	83,08
R 26 Uva Vale	74,29
R 27 Jacuí Centro	62,12
R 28 Vinte e Oito	71,28
R 29 Vales e Montanhas	92,16
R 30 Vale da Luz	80,65
Testagem HIV RS CN de TB no RS	82,37*

Fonte: SINAN/CEVS/SES. Acesso em 24/02/2016. \*Dados preliminares.

**Quadro 25.** Indicador 38 (U) - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	95,39	95,25	95,34	95,39	94,96	95

Fonte: NIS/DGTI/SES/RS; SIM/Ministério da Saúde. Acesso em 22/03/2016.

**Quadro 26.** Indicador 39 (U) - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	88,2	89,1	88,1	88,7	87,1	85

Fonte: SINAN/CEVS/SES/RS; Painel da Gestão/DGTI/SES/RS. Acesso em 16/02/16.

O RS atinge a meta pactuada de 85% desde 2011. Em 2015, mesmo com dados preliminares, a meta é ultrapassada em 2%. Das regiões de saúde, 13 não atingem a meta pactuada, sendo a Região 27 a que tem o pior desempenho, encerrando oportunamente somente 65,3% dos casos.

**Quadro 27.** Indicador 39 (U) - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Regiões de Saúde	Resultado 2015
Região 01 - Verdes Campos	82,6
Região 02 - Entre-Rios	83,3
Região 03 - Fronteira Oeste	90,9
Região 04 - Belas Praias	92,8
Região 05 - Bons Ventos	84,3
Região 06 - Vale do Paranhana Costa da	86,5
Região 07 - Vale dos Sinos	85,5
Região 08 - Vale do Caí Metropolitana	90,8
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	76,2
Região 10 - Capital/Vale do Gravataí	94,7
Região 11 - Sete Povos das Missões	90,0
Região 12 - Portal das Missões	78,9
Região 13 - Região da Diversidade	89,5
Região 14 - Fronteira Noroeste	90,0
Região 15 - Caminho das Águas	73,7
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	78,7
Região 17 - Região do Planalto	88,2
Região 18 - Região das Araucárias	79,7
Região 19 - Região do Botucarái	80,6
Região 20 - Rota da Produção	74,0
Região 21 - Região Sul	74,0
Região 22 - Pampa	75,0
Região 23 - Caxias e Hortências	85,6
Região 24 - Campos de Cima da Serra	89,5
Região 25 - Vinhedos e Basalto	93,0
Região 26 - Uva e Vale	88,6
Região 27 - Jacuí Centro	65,3
Região 28 - Vinte e Oito	86,7
Região 29 - Vales e Montanhas	73,5
RS 30 - Vale da Luz	88,4

Fonte: SINAN/CEVS/SES/RS; Painel da Gestão/DGTI/SES/RS. Acesso em 16/02/16.

**Quadro 28.** Indicador 41 (U) - Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

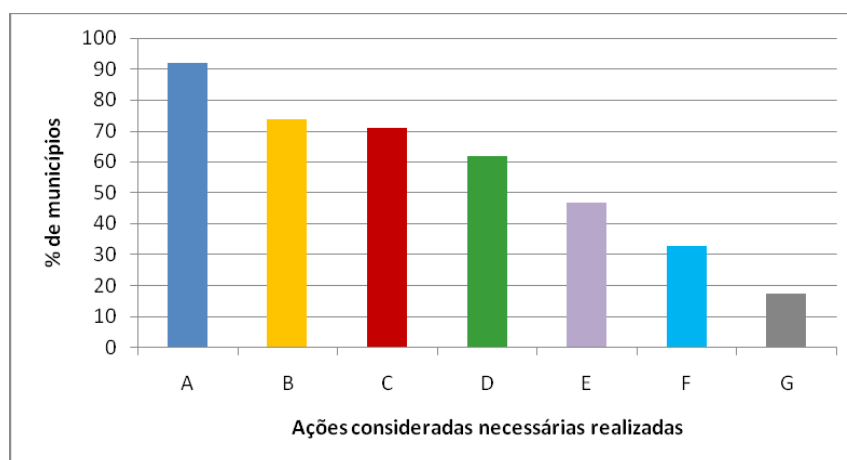
	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	-	-	-	12,3	17,5	100

Fonte: SIA/TABWIN/DATASUS; CEVS/SES/RS. Acesso em 10/03/2016.

As sete ações de VISA consideradas necessárias são Cadastro dos estabelecimentos sujeitos à VISA, Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à VISA, Atendimento a Denúncias, Recebimento de Denúncias, Atividade Educativa para a População, Atividade Educativa para o Setor Regulado e Instauração de Processo Administrativo Sanitário.

Em comparação ao resultado de 2014 (12,3%), houve um incremento de 5,2%. Como o processo de alimentação do SIA/SUS com os dados de vigilância sanitária é recente, o aumento no percentual de municípios que registra as sete ações consideradas necessárias pode sugerir avanço no processo de consolidação desta prática, pois no ano de 2014 foram realizadas oficinas de sensibilização e capacitação para alimentação do sistema. No entanto, cabe ressaltar que trata-se de indicador que mensura quantidades e não qualidade, o que deve ser levado em consideração nas ações de VISA. Além disso, por conter em sua composição a informação acerca da instauração de processo administrativo sanitário (PAS) - que está diretamente relacionado à verificação de infração sanitária - o indicador pode ser impactado pelo processo de trabalho de muitos municípios, em que podem predominar as ações educativas e notificações, estando a autuação sob responsabilidade das instâncias estaduais de VISA. Isso pode ser evidenciado na figura abaixo, em que o percentual de municípios que registram a execução das seis demais ações consideradas necessárias, excetuando a instauração do PAS (32,8%), é quase o dobro dos que registram todas sete ações (17,5%).

**Figura 1.** Percentual de municípios que registraram as sete ações necessárias, descritas cumulativamente dos que realizaram uma até todas ações concomitantes no ano de 2015.



Fonte: SIA/TABWIN/DATASUS. CEVS/SES/RS. Acesso em 10/03/2016.

Legenda:

A = Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à VISA

B = Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à VISA + Atendimento a Denúncias

C = Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à VISA + Atendimento a Denúncias + Recebimento de Denúncias

D = Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à VISA + Atendimento a Denúncias + Recebimento de Denúncias + Cadastro dos estabelecimentos sujeitos à VISA

E = Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à VISA + Atendimento a Denúncias + Recebimento de Denúncias + Cadastro dos estabelecimentos sujeitos à VISA + Atividade Educativa para a População

F = Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à VISA + Atendimento a Denúncias + Recebimento de Denúncias + Cadastro dos estabelecimentos sujeitos à VISA + Atividade Educativa para a População + Atividade Educativa para o Setor Regulado

G = Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à VISA + Atendimento a Denúncias + Recebimento de Denúncias + Cadastro dos estabelecimentos sujeitos à VISA + Atividade Educativa para a População + Atividade Educativa para o Setor Regulado + Instauração de Processo Administrativo Sanitário

A análise do indicador 41 por regiões de saúde evidencia as diferenças regionais e quais necessitam maior atenção e acompanhamento. Neste sentido, a região 07 obteve o melhor resultado, já que dos 15 municípios, 13 realizaram as sete ações de VISA consideradas necessárias, e nenhum município das regiões 16 e 30 atingiu a meta do indicador.

**Quadro 29.** Indicador 41 (U) - Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2011-2015.

Região de Saúde	Resultado 2015
Região 01 - Verdes Campos	4,76
Região 02 - Entre-Rios	9,09
Região 03 - Fronteira Oeste	9,09
Região 04 - Belas Praias	25,00
Região 05 - Bons Ventos	45,45
Região 06 - Vale do Paranhana Costa da Serra	37,50
Região 07 - Vale dos Sinos	86,67
Região 08 - Vale do Caí Metropolitana	50,00
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	10,53
Região 10 - Capital/Vale do Gravataí	66,67
Região 11 - Sete Povos das Missões	12,50
Região 12 - Portal das Missões	15,38
Região 13 - Região da Diversidade	5,00
Região 14 - Fronteira Noroeste	9,09
Região 15 - Caminho das Águas	19,23
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	0,00
Região 17 - Região do Planalto	10,71
Região 18 - Região das Araucárias	15,00
Região 19 - Região do Botucaraí	14,29
Região 20 - Rota da Produção	3,85
Região 21 - Região Sul	13,64
Região 22 - Pampa	33,33



Região 23 - Caxias e Hortências	50,00
Região 24 - Campos de Cima da Serra	11,11
Região 25 - Vinhedos e Basalto	13,64
Região 26 - Uva e Vale	25,00
Região 27 - Jacuí Centro	8,33
Região 28 - Vinte e Oito	7,69
Região 29 - Vales e Montanhas	22,22
RS 30 - Vale da Luz	0,00

Fonte: SIA/TABWIN/DATASUS; CEVS/SES/RS. Acesso em 10/03/2016.

**Quadro 30.** Indicador 44 (E) - Número de testes sorológicos anti-HCV realizados, Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	120.691	127.879	142.501	155.492	166.002	157.107

Fonte: SIA/ DATASUS/Ministério da Saúde. Acesso em 24/02/2016. \*Dados parciais.

O RS tem atingido e ultrapassado sua meta anualmente. Isso se demonstra também nos números de casos de hepatite C que vem crescendo devido ao esforço das vigilâncias em saúde em diagnosticar os casos e realizar os exames de sorologia confirmatórios.

**Quadro 31.** Indicador 44 (E) - Número de testes sorológicos anti-HCV realizados, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde	Resultado 2015
Região 01 - Verdes Campos	7.581
Região 02 - Entre-Rios	237
Região 03 - Fronteira Oeste	3.216
Região 04 - Belas Praias	1.592
Região 05 - Bons Ventos	1.997
Região 06 - Vale do Paranhana Costa da Serra	3.096
Região 07 - Vale dos Sinos	13.630
Região 08 - Vale do Caí Metropolitana	12.512
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	5.330
Região 10 - Capital/Vale do Gravataí	59.950
Região 11 - Sete Povos das Missões	4.821
Região 12 - Portal das Missões	829
Região 13 - Região da Diversidade	840
Região 14 - Fronteira Noroeste	1.234
Região 15 - Caminho das Águas	698
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	1.822
Região 17 - Região do Planalto	7.341
Região 18 - Região das Araucárias	861
Região 19 - Região do Botucaraí	331
Região 20 - Rota da Produção	387
Região 21 - Região Sul	16.855

Região 22 - Pampa	1.606
Região 23 - Caxias e Hortências	7.102
Região 24 - Campos de Cima da Serra	282
Região 25 - Vinhedos e Basalto	3.081
Região 26 - Uva e Vale	1.832
Região 27 - Jacuí Centro	713
Região 28 - Vinte e Oito	4.628
Região 29 - Vales e Montanhas	786
RS 30 - Vale da Luz	801

Fonte: SIA/DATASUS/Ministério da Saúde. Acesso em 24/02/2016. \*Dados parciais.

**Quadro 32.** Indicador 45 (E) - Proporção de Cura dos Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados nos anos das Coortes (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	88,6	76,3	76,3	78,9	73,4	100

Fonte: SINAN/Ministério da Saúde. Acesso em 16/02/2016.

O Estado do Rio Grande do Sul não atingiu a meta pactuada para a Proporção de Cura de Hanseníase Diagnosticadas nos casos das coortes, o qual avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento. Conforme os parâmetros do Ministério da Saúde, a situação é precária.

Observamos no quadro abaixo que as Regiões de Saúde alcançaram a seguinte situação:

**Quadro 33.** Situação das regiões de saúde quanto a proporção de Cura dos Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados nos anos das Coortes, Rio Grande do Sul, 2015.

	Regiões de Saúde	Percentual atingido
Precária (<75%)	3, 7, 8, 11, 13, 15	20%
Regular (≥75,0% a 89,9%)	1, 10, 20 e 25	13,3%
Atingiram a meta	6, 9, 14, 16, 17, 23, 24, 26, 28, 29 e 30	36,7%
Zerado	4, 5, 12, 18, 19, 21, 22 e 27	30%

Importante salientar que as Regiões de Saúde zeradas correspondem na maioria de zero a 01 caso de hanseníase. As prováveis causas do não atingimento de metas são: Falta de médicos capacitados para o diagnóstico e acompanhamento dos portadores de hanseníase no interior do Estado; Dificuldade de fazer a busca ativa aos faltosos; Problemas de registro no SINAN, principalmente nos dados de acompanhamento/ alta; Necessidade de fortalecimento das Coordenadoras Regionais de Hanseníase para o monitoramento dos municípios.

**Quadro 34.** Indicador 45 (E) - Proporção de Cura dos Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados nos anos das Coortes (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

<b>Região de Saúde</b>	<b>Cura 2015 (%)</b>
Região 01 - Verdes Campos	83,3
Região 02 - Entre-Rios	75
Região 03 - Fronteira Oeste	66,7
Região 04 - Belas Praias	0
Região 05 - Bons Ventos	0
Região 06 - Vale do Paranhana Costa da Serra	100
Região 07 - Vale dos Sinos	50
Região 08 - Vale do Caí Metropolitana	57,1
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	100
Região 10 - Capital/Vale do Gravataí	85,7
Região 11 - Sete Povos das Missões	55,6
Região 12 - Portal das Missões	0
Região 13 - Região da Diversidade	50
Região 14 - Fronteira Noroeste	100
Região 15 - Caminho das Águas	70
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	100
Região 17 - Região do Planalto	100
Região 18 - Região das Araucárias	0
Região 19 - Região do Botucaraí	0
Região 20 - Rota da Produção	83,3
Região 21 - Região Sul	0
Região 22 - Pampa	0
Região 23 - Caxias e Hortências	100
Região 24 - Campos de Cima da Serra	100
Região 25 - Vinhedos e Basalto	80
Região 26 - Uva e Vale	100
Região 27 - Jacuí Centro	0
Região 28 - Vinte e Oito	100
Região 29 - Vales e Montanhas	100
RS 30 - Vale da Luz	100
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>73,4</b>

Fonte: SINAN. Acesso em 16/02/2016.

**Quadro 35.** Indicador 46 (E) - Proporção de Contatos Intradomiciliares de Casos Novos de Hanseníase Examinados (%), Rio Grande do Sul 2011-2015.

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Resultado 2015</b>	<b>Meta 2015</b>
RS	81,6	77,9	74,0	78,9	82,3	75

Fonte: SINAN. Acesso em 16/02/2016.

O Estado do Rio Grande do Sul atingiu a meta pactuada a nível estadual e federal para este indicador, embora seu valor seja classificado como Regular. O mesmo mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase.

É muito importante para o estado a vigilância de contatos, porque aumenta a detecção oportuna de casos novos, sendo que um grande problema que estamos enfrentando é a alta proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidades no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados - 13,6%.

Observamos no quadro abaixo que as Regiões de Saúde alcançaram a seguinte situação:

**Quadro 36:** Situação das Regiões de Saúde quanto a Proporção de Contatos Intradomiciliares de Casos Novos de Hanseníase Examinados, Rio Grande do Sul 2011-2015.

	<b>Regiões de Saúde</b>	<b>Percentual atingido</b>
Precária (<75%)	2, 7, 8, 9, 11, 17, 20, 25	26,7%
Regular (≥75,0% a 89,9%)	10	3,3%
Atingiram a meta (Bom - ≥90,0%)	1, 3, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 28, 29 e 30	43,3%
Zerado	4, 5, 18, 19, 21, 22, 26 e 27	26,7%

As prováveis causas relacionadas a baixos valores deste indicador são: dificuldade de fazer a busca ativa aos faltosos; problemas de registro no SINAN, principalmente nos dados de acompanhamento/alta; necessidade de fortalecimento das Coordenadoras Regionais de Hanseníase para o monitoramento dos municípios.

**Quadro 37.** Indicador 46 (E) - Proporção de Contatos Intradomiciliares de Casos Novos de Hanseníase Examinados (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul 2015.

<b>Região de Saúde</b>	<b>Contatos Examinados 2015 (%)</b>
Região 01 - Verdes Campos	100
Região 02 - Entre-Rios	60
Região 03 - Fronteira Oeste	93,1
Região 04 - Belas Praias	0
Região 05 - Bons Ventos	0
Região 06 - Vale do Paranhana Costa da Serra	100
Região 07 - Vale dos Sinos	62,5
Região 08 - Vale do Caí Metropolitana	30,8
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	16,7
Região 10 - Capital/Vale do Gravataí	80
Região 11 - Sete Povos das Missões	50
Região 12 - Portal das Missões	100

Região 13 - Região da Diversidade	100
Região 14 - Fronteira Noroeste	100
Região 15 - Caminho das Águas	92,3
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	93,3
Região 17 - Região do Planalto	40
Região 18 - Região das Araucárias	0
Região 19 - Região do Botucaraí	0
Região 20 - Rota da Produção	28,6
Região 21 - Região Sul	0
Região 22 – Pampa	0
Região 23 - Caxias e Hortências	100
Região 24 - Campos de Cima da Serra	100
Região 25 - Vinhedos e Basalto	50
Região 26 - Uva e Vale	0
Região 27 - Jacuí Centro	0
Região 28 - Vinte e Oito	147,6
Região 29 - Vales e Montanhas	100
RS 30 - Vale da Luz	140
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>82,3</b>

Fonte: SINAN. Acesso em 16/02/2016.

**Quadro 38.** Indicador 47(E) - Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral , Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	1	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN. Acesso em 16/02/2016.

Análise e avaliação

Não ocorreram óbitos por leishmaniose visceral.

**Quadro 39.** Indicador 52(E) - Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue Rio Grande do Sul (%), 2014-2015.

	Resultado 2014*	Resultado 2015*	Meta 2015
RS	8	22	10

Fonte: SISPncd/Coordenadorias Regionais de Saúde/RS. Acesso em 10/03/2016.\*Percentual de Municípios Infestados que conseguiram realizar pelo menos 4 ciclos de visitas em 80% dos imóveis.

Segundo o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), a Vigilância Entomológica tem como objetivo principal o monitoramento dos índices de infestação por *Aedes aegypti* para subsidiar a execução de ações de eliminação dos criadouros deste vetor, a fim de prevenir a dengue.

De todas as atividades operacionais de campo, relativas à pesquisa do *Aedes aegypti*, o Estado do Rio Grande do Sul pactua com os municípios ações específicas, conforme sua situação entomológica. O fator determinante das atividades é o fato do município ter ou não a presença do vetor.

Nos municípios infestados, as atividades preconizadas são as visitas domiciliares em ciclos bimestrais em 100% dos imóveis, que promovem os levantamentos de índice do vetor, bem como as pesquisas em pontos estratégicos (PPE) em ciclos quinzenais.

Uma das dificuldades de avaliação dos indicadores é a possibilidade do município não ter alimentado o Sistema de Informação da Dengue. Este é o caso de Porto Alegre, que é avaliado apenas pelo Relatório de Gestão Municipal, disponível no site da Prefeitura.

Analisando os resultados ao longo dos anos, observam-se variações no desempenho das ações entre municípios gaúchos. Esta situação é atribuída principalmente às dificuldades de contratação de agentes de controle de endemias, bem como de manutenção das equipes para realizar as atividades preconizadas pelo PNCD, mesmo havendo financiamento federal e estadual para este fim. A incipiente integração entre as equipes de saúde da família e as equipes de vigilância ambiental também reflete nos resultados.

Em 2013 o Ministério da Saúde propôs um indicador novo para os municípios infestados: Proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos, sendo considerado como meta 80% destes imóveis em cada ciclo.

Ainda em 2014, o Sistema de Informação da Dengue (SISPNCD), passou por dificuldades de assimilação e domínio por parte dos municípios, bem como ajustes por parte do nível federal, incluindo periodicamente o uso de novas versões do sistema. Dos 132 municípios infestados em 2014, apenas 8% dos municípios conseguiram realizar 04 ciclos de visitas em pelo menos 8% dos imóveis

Em 2015, o número de municípios infestados até junho, foi 173. Destes, Almirante Tamandaré do Sul, Alto Alegre, Barra Funda, Casca, Lagoa dos Três Cantos, Rondinha, Santa Maria, Santiago e São Sepé não pactuaram este indicador, pois infestaram a partir do segundo semestre.

A meta proposta para 2015 foi que 10% dos municípios infestados, conseguissem fazer 04 ciclos de visitas, em no mínimo, 80% dos imóveis. Considerando 165 municípios infestados, tivemos como resultado da meta estadual o percentual de 22%, que representa quase três vezes mais que a meta atingida do ano anterior.

O Programa Estadual de Controle da Dengue considera que mesmo atingido a meta, o desempenho ainda é baixo em função das causas citadas acima.

**Quadro 40.** Número de municípios infestados e número de municípios que realizaram 04 ciclos de visitas em pelo menos 80% dos imóveis, por região de saúde, 2015.

REGIAO DE SAÚDE	NÚMERO DE MUNICÍPIOS INFESTADOS EM 2015	NÚMERO DE MUNICÍPIOS QUE REALIZARAM 04 CICLOS DE VISITAS EM PELO MENOS 80% DOS IMÓVEIS
Região 01 - Verdes Campos	1	0
Região 02 - Entre-Rios	6	2
Região 03 - Fronteira Oeste	6	0
Região 04 - Belas Praias	1	0
Região 05 - Bons Ventos	2	0
Região 06 - Vale do Paranhana Costa da Serra	1	0
Região 07 - Vale dos Sinos	4	0
Região 08 - Vale do Caí Metropolitana	3	0
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	3	1
Região 10 - Capital/Vale do Gravataí	5	0
Região 11 - Sete Povos das Missões	24	14
Região 12 - Portal das Missões	8	0
Região 13 - Região da Diversidade	19	3
Região 14 - Fronteira Noroeste	22	14
Região 15 - Caminho das Águas	17	3
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	5	0
Região 17 - Região do Planalto	6	0
Região 18 - Região das Araucárias	2	0
Região 19 - Região do Botucaraí	5	0
Região 20 - Rota da Produção	14	0
Região 21 - Região Sul	3	0
Região 22 - Pampa	1	0
Região 23 - Caxias e Hortências	1	0
Região 24 - Campos de Cima da Serra	0	0
Região 25 - Vinhedos e Basalto	3	0
Região 26 - Uva e Vale	1	0
Região 27 - Jacuí Centro	1	0
Região 28 - Vinte e Oito	1	0
Região 29 - Vales e Montanhas	0	0
RS 30 - Vale da Luz	0	0
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>165</b>	<b>37</b>

Fonte: SISPNCD/Coordenadorias Regionais de Saúde/RS. Acesso em 10/03/2016.

Os municípios não infestados devem realizar pesquisas em armadilhas (PA) com periodicidade semanal, bem como pesquisas em pontos estratégicos (PPE) em ciclos quinzenais. Para estes municípios foi proposto indicador estadual (Indicador 4 RS) que representa a soma do número de visitas dessas duas atividades.

**Quadro 41.** Indicador RS 4 - Número de visitas em armadilhas em pontos estratégicos, Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado	Meta

					<b>2015</b>	<b>2015</b>
RS	651.731	303.080	362.693	277.528	278.280	388.833

Fonte: SISPNCD/Coordenadorias Regionais de Saúde/RS. Acesso em 10/03/2016.

O objetivo desta pactuação foi garantir compromisso de todos os níveis de gestão com a vigilância permanente do *Aedes aegypti*, reconhecendo-se o desafio em priorizar esta ação em municípios ainda sem a presença do vetor e, portanto, sem a ocorrência de casos da doença. Trata-se do verdadeiro desafio da prevenção e da promoção da saúde ambiental e humana.

Deve-se salientar que, apesar das dificuldades, os municípios têm enfrentado esse desafio, e conseguiram realizar 278.280 visitas a armadilhas e pontos estratégicos no ano de 2015, que corresponde a 72% da meta alcançada.

**Quadro 42.** Indicador 4(RS) - Meta, resultado e percentagem do número de visitas em armadilhas em pontos estratégicos, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de saúde	Meta 2015	Resultado 2015	Atingido (%)
Região 01 - Verdes Campos	9.107	9.797	108
Região 02 - Entre-Rios	2.387	2.614	110
Região 03 - Fronteira Oeste	10.072	7.909	79
Região 04 - Belas Praias	15.761	11.314	72
Região 05 - Bons Ventos	22.792	15.314	67
Região 06 - Vale do Paranhana Costa da Serra	17.134	13.158	77
Região 07 - Vale dos Sinos	27.690	19.790	71
Região 08 - Vale do Caí Metropolitana	18.746	11.319	60
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	29.015	15.697	54
Região 10 - Capital/Vale do Gravataí	857	1.202	140
Região 11 - Sete Povos das Missões	0	0	0
Região 12 - Portal das Missões	5.422	1.610	30
Região 13 - Região da Diversidade	3.302	1.766	53
Região 14 - Fronteira Noroeste	149	120	81
Região 15 - Caminho das Águas	8.394	4.708	56
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	13.937	11.693	84
Região 17 - Região do Planalto	9.416	3.328	35
Região 18 - Região das Araucárias	11.931	7.631	64
Região 19 - Região do Botucarái	8.592	1.014	12
Região 20 - Rota da Produção	3.701	1.682	45
Região 21 - Região Sul	35.816	29.901	83
Região 22 - Pampa	s/inform	s/inform	s/inform
Região 23 - Caxias e Hortências	8.274	5.739	69
Região 24 - Campos de Cima da Serra	10.754	7.124	66
Região 25 - Vinhedos e Basalto	14.642	11.745	80
Região 26 - Uva e Vale	9.547	7.367	77



Região 27 - Jacuí Centro	18.202	19.164	105
Região 28 - Vinte e Oito	36.487	25.798	71
Região 29 - Vales e Montanhas	22.782	18.004	79
RS 30 - Vale da Luz	13.924	11.772	85
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>388.833</b>	<b>278.280</b>	<b>72</b>

Fonte: SISPNCD/Coordenadorias Regionais de Saúde/RS. Acesso em 10/03/2016.

**Quadro 43.** Indicador 53 (U) - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	53,93	60,94	101,53	75,35	79,27*	70*

Fonte: SISAGUA/DATASUS. Acesso em 22/02/2016. \*Da Diretriz Nacional para a Vigilância da Qualidade da Água.

**Quadro 44.** Indicador 53 (U) - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde	Resultado 2015	Região de Saúde	Resultado 2015
R1	110,13	R16	68,37
R2	96,94	R17	80,50
R3	78,58	R18	75,08
R4	87,19	R19	85,12
R5	93,57	R20	78,34
R6	73,83	R21	49,65
R7	76,41	R22	112,66
R8	90,62	R23	88,95
R9	52,44	R24	74,50
R10	74,56	R25	82,27
R11	57,01	R26	85,20
R12	37,92	R27	93,63
R13	67,45	R28	108,81
R14	59,31	R29	69,89
R15	66,25	R30	120,25

Fonte: SISAGUA. Acesso em 22/02/2016.

Embora o RS, como um todo, tenha ultrapassado a meta de 70% do número de amostras coletadas para análise da qualidade da água, proposto pela Diretriz Nacional do Plano da Amostragem da Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano, a distribuição desse conjunto amostral não se dá de maneira uniforme em

todo o território do Estado. Observa-se que, das 30 Regiões de Saúde, 21 ultrapassaram a meta estabelecida e, das 9 Regiões que não alcançaram essa meta, apenas 2 não atingiram 50% da meta proposta. Destaca-se também que apenas 25, que corresponde a 5,04% dos 496 municípios do Estado, ainda não têm informações no SISAGUA relativas ao ano de 2015. Nesses municípios, que não alimentaram o sistema de Informações da qualidade da água, residem 1,74% da população do Estado, o que equivale a dizer que 98,26% da população têm informações acerca da qualidade da água distribuída no RS.

**Quadro 45.** Indicador 56 (E) - Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela vigilância sanitária (%), Rio Grande do Sul, 2013-2015.

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Resultado 2015</b>	<b>Meta 2015</b>
RS	76,00	50,00	26,08	100

Fonte: SIA/TABWIN/DATASUS. CEVS/SES/RS. Acesso em 10/03/2016.

A partir da implementação de procedimentos operacionais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) em 2015, a programação para a realização das inspeções nas indústrias farmacêuticas passou a ocorrer conforme a avaliação do risco sanitário associado aos fabricantes. Conforme definido no procedimento POP-O-SNVS-015, a análise de risco permite categorizar os estabelecimentos farmacêuticos de acordo com seu índice de risco, possibilitando definir frequências de inspeção superiores a 12 meses. Fato observado em diversas indústrias farmacêuticas do Rio Grande do Sul.

A demanda de inspeções sofreu incremento devido ao acréscimo no número total de indústrias farmacêuticas no estado. Este evento foi ocasionado pela classificação dos gases medicinais como medicamentos, exigindo a realização de fiscalização do cumprimento das Boas Práticas de Fabricação nestes estabelecimentos. Cada unidade fabril demanda vários dias de inspeção por equipes de inspetores qualificados e, se forem necessárias, reinspeções para verificação das adequações. Atualmente o estado do Rio Grande do Sul possui um quadro limitado de técnicos capacitados para realizar estas ações. Diante do exposto, justifica-se a diminuição no número de inspeções realizadas e com consequente redução do percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas no ano de 2015.

A avaliação por região de saúde não se aplica ao indicador 56, visto que não há indústrias farmacêuticas em todas as regiões de saúde do Estado.

### **Principais realizações do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)**

Apresentam-se a seguir ações desenvolvidas e fatos relevantes registrados no Rio Grande do Sul, nas áreas de Vigilância em Saúde em 2015 nas Divisões de Vigilância

Epidemiológica (DVE), Apoio Técnico (DAT), de Vigilância Sanitária (VISA), e de Vigilância Ambiental em Saúde (DVAS). Por vezes, para melhor contextualização e entendimento da situação foram citados períodos anteriores.

### **Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE)**

#### **Principais Realizações:**

- Capacitação de Doenças Imunopreveníveis com a 6ª CRS em parceria com o núcleo de Imunização;
- Oficina de atualização da vigilância das meningites com hospitais, laboratórios, núcleos de vigilância epidemiológica hospitalares, vigilância dos municípios e regionais de saúde;
- Participação nas capacitações/reuniões realizadas para os núcleos de vigilância epidemiológica hospitalares;
- Participação em conjunto com o Ministério da Saúde e município na condução das ações do surto comunitário de Doença Meningocócica de Cachoeirinha.

#### **Atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Imunizações - 2015:**

- Reunião técnica realizada no dia 15 de abril, com participação das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios sede, para alinhamento das ações da Campanha de Influenza - 2015;
- Fórum de Vacinação Segura do HPV, realizado no dia 16 de abril, com participação de 335 pessoas e duração de 4 horas;
- Fórum Nova Temporada de Influenza 2015: Vigilância e Vacinação, realizado no dia 16 de abril, com participação de 348 pessoas e duração de 4 horas.
- Capacitação das CRSs e municípios sedes no Sistema de Notificação de Eventos Adversos Pós-vacinação (SIEAPV), com 60 participantes realizado 19 a 23 de outubro;
- Reunião técnica realizada no período de 8 a 10 de dezembro, com participação das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde e o Município de Porto Alegre, para alinhamento das ações para 2016;
- Estratégia de Vacinação para o HPV – 2015;
- Campanha de Vacinação da Influenza – 2015;
- Campanha de Multivacinação – 2015;
- Campanha de Vacinação da Poliomielite – 2015;
- Monitoramento Rápido de Cobertura pós Campanha de Multivacinação;

- Foram desenvolvidas 34 capacitações para utilização do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações- SIPNI com 1143 participantes;
- Participação do Núcleo de Imunizações em 09 reuniões do Colegiado Intergestor Regional – CIR.

#### **ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO PROGRAMA DE ANTROPOZOONOSES NO ANO DE 2015**

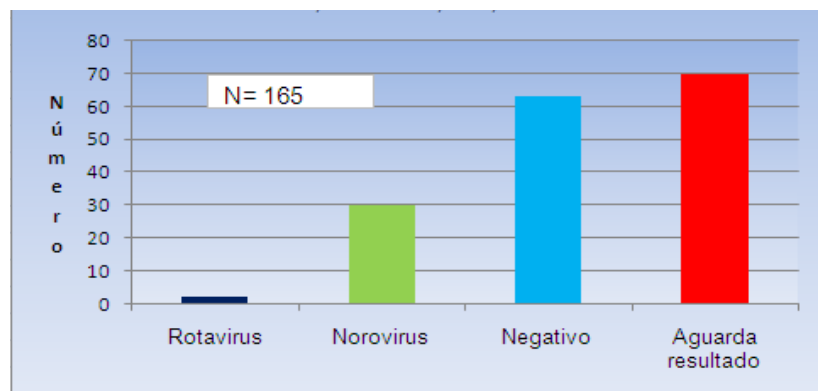
- I. Reunião Anual de Dengue – Dengue/Chikungunya/Zika – maio/2015, Porto Alegre. Público alvo: técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde.
- II. Encontro sobre a Situação Epidemiológica da Dengue no RS - Dengue/Chikungunya/Zika – agosto/2015, Canoas. Público alvo: agente de combate às endemias.
- III. Participação no I Simpósio Nacional e IV Simpósio Estadual de doenças transmitidas por carrapatos – agosto/2015, Indaiatuba/SP, com exposição de resumo/relato de caso.
- IV. Reunião Anual da Raiva – setembro/2015, Porto Alegre. Público alvo: técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde.
- V. Participação na Reunião Macrorregional de Atualização em Vigilância da Doença de Chagas – outubro/2015, São Paulo/SP.
- VI. Recepção e acompanhamento de um residente no CEVS/DVE/Antropozoonoses – outubro/2015, Porto Alegre.
- VII. Reunião técnica para coordenadores regionais dos Núcleos de Imunizações e representantes da cidade sede – dezembro/2015, Porto Alegre.
- VIII. Participação no III Curso de capacitação em vigilância epidemiológica hospitalar - Dengue/Chikungunya/Zika/Mormo – novembro/2015, Porto Alegre. Público alvo: funcionários dos núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar.

#### **Programa de Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas (MDDA)**

O Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarréicas Agudas (SIVEP-DDA) permite a coleta, a consolidação e análise dos dados. O Programa de MDDA tem trabalhado juntos às CRS e municípios a inserção dos dados no sistema de informação, para o dimensionamento da real problemática destas doenças. No estado, há 1.665 unidades distribuídas nos 497 municípios, atendendo casos de diarreias. O foco do trabalho está em 81 municípios onde doenças diarréicas atendidas não tem dados de registro.

A proposta do programa é revisar todas as unidades sentinelas, assim determinadas por ocasião da entrada do Cólera, em 1991, em nosso País. Os objetivos do programa estão sendo redirecionados frente às novas perspectivas epidemiológicas. Os resultados laboratoriais abaixo mostram que o agente mais importante deste ano foi o norovírus. O grande número de amostras negativas levanta a suspeita de coleta fora do período correto.

**Figura 2.** Resultados Laboratoriais para pesquisa viral, Fiocruz, RS, 2015.



Fonte: DTHA/CEVS/SES/RS.

#### Atividades desenvolvidas pelo programa MDDA

- Participação no Sub-Programa Estadual de Melhoria da Qualidade da Água para Consumo Humano em Municípios com Situação de Risco à Saúde (Sub- P.E.m.Q.A.).
- Consultoria com o Ministério da Saúde para avaliar a situação do programa no contexto de uma alteração do mesmo em nível nacional. No programa constou uma reunião com os técnicos da DVE, do programa de MDDA e DTHA, visita à DVE dos municípios de Porto Alegre e Cachoeirinha.
- Revisão da situação das MDDA de todos os municípios com vistas à reorganização do programa e determinação das prioridades do ano de 2016.
- Limpeza de usuários no Cadastro de Sistemas e Permissões dos Usuários do SIVEP-DDA (CSPU), para atualizar e deixar mais leve o sistema. A informação foi repassada ao Ministério da Saúde para que procedessem às atualizações na base de dados.
- Participação em Investigação de Surtos de D.D.A. junto com o VIGIÁGUA.
- Não houve capacitações amplas em 2015, pois o programa foi reorganizado desde a base – contatos das Regionais e Municípios, situação do programa de MDDA em cada município, avaliação geral. Como houve troca de coordenadoras do programa, estas foram convidadas a comparecerem ao setor para aprenderem o que são as doenças diarreicas, os fluxos do programa de MDDA e o programa SIVEP-DDA, bem como a notificação no SINAN Surto. Foi o caso da 12ª CRS, e o programa está permanentemente aberto a todo novo coordenador que assuma as DDAs, quer seja da regional ou dos municípios.

#### Programa Doenças da Transmissão Hídrica e Alimentares, Doença de Creutzfeldt-Jacob e Intoxicações Exógenas

No ano de 2015 foram notificados 95 surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar onde estão incluídas notificações de DTA, DCJ e Botulismo. Além destas, foram 9 notificações de Intoxicações exógenas.

Dois casos de Botulismo foram registrados pelas Regiões 1, município de Restinga Seca e Região 17, município de Passo Fundo. Um caso de Doença de Creutzfeldt-Jacob (DCJ) foi notificado pela Região 1, município de Santa Maria.

A grande maioria das notificações de Intoxicações Exógenas foram feitas pela Região 10 (77,7%) pelos municípios de Gravataí, Porto Alegre e Viamão.

#### Atividades Realizadas

- 7 Capacitações em Investigação de Surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, aspectos Epidemiológicos e Sanitários. A capacitação foi direcionada aos técnicos das vigilâncias municipais de saúde, tendo em vista que são eles que executam as investigações. As Coordenadorias capacitadas foram: 6ª, 7ª, 10ª, 12ª, 13ª, 15ª.

- Resgate de surtos de anos anteriores que permaneciam sem encerramento, nem digitação no SINAN. Como estratégia foi desenvolvida uma atividade de treinamento em serviço, no terceiro dia da capacitação. Os técnicos dos municípios tinham a oportunidade de encerrar seus próprios surtos, vivenciando toda a dificuldade do encerramento, apoiados pelos técnicos do nível central. Quanto à digitação no SINAN, a coordenação do programa vem acompanhando e avaliando direto no Sistema de Informação, a digitação devida. A estratégia tem obtido ótimos resultados, tanto com os relatórios resgatados quanto com a digitação no SINAN.

É objetivo do programa VE-DTHA conseguir 100% da digitação dos relatórios resgatados. Para tanto, o programa está empenhado fazendo acompanhamento direto do sistema de informação, dando retorno às Coordenadorias, sobre a situação de seus municípios através do envio de planilhas de acompanhamento.

#### • “ONE HEALTH”

Durante o ano foram iniciadas as tratativas junto a Faculdade de Veterinária da UFRGS para o desenvolvimento de projetos de pesquisa e qualificação do banco de dados, das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, tendo como escopo uma visão mais abrangente de saúde e a segurança alimentar. Com este propósito foi programado um workshop onde participaram médicos, epidemiologistas, veterinários, nutricionistas, além de outros profissionais. O objetivo deste evento foi aproximar os profissionais das diferentes áreas da saúde humana e animal e diminuir o distanciamento institucional, que separa estes profissionais, que têm como objetivo comum a busca pela saúde humana e animal. Neste primeiro encontro a bactéria selecionada foi a Salmonela.

Com este primeiro passo em direção a academia foram abertas portas que possibilitarão qualificar o trabalho executado pelos serviços de vigilância.

- Acompanhamento de surto de toxoplasmose em São Marcos, na 5ª CRS, região de saúde 26. Durante o mês de Janeiro fomos notificados de um surto por Toxoplasma envolvendo a população do município. Foram 313 suspeitos, 130 pessoas confirmadas e 183 descartados. Devido a magnitude do surto foi necessário ter presente a equipe do EPISUS do Ministério da Saúde, além de profissionais das Vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental do Centro Estadual de Vigilância em Saúde e do município. Também contamos com o apoio dos serviços de saúde e médicos da região, para executarem os exames oftalmológicos necessários ao acompanhamento dos casos. Uma coorte dos casos segue em acompanhamento médico.

### SINAN

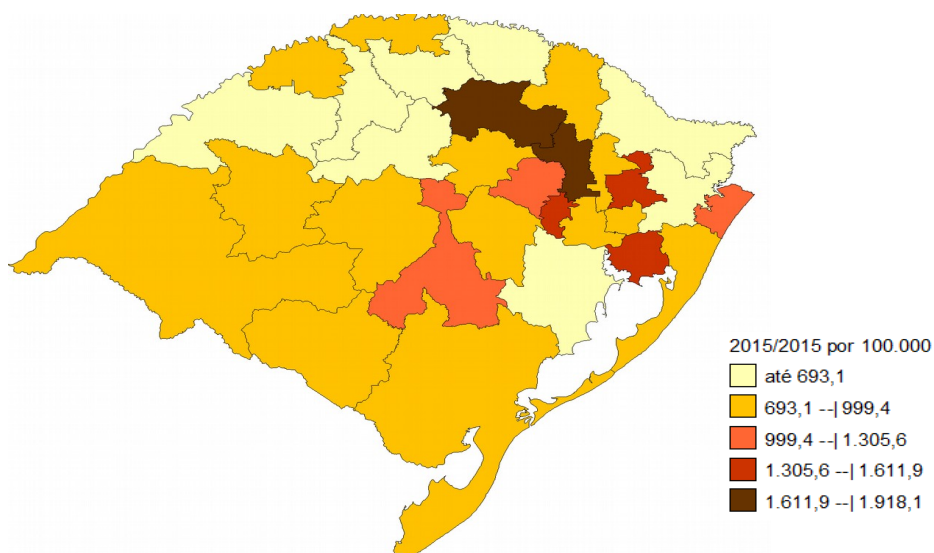
**SINAN** - Em 2015 foram notificados, no SinanNet, 114.502 notificações de todos os agravos no Estado. Os agravos mais notificados estão na tabela abaixo e o Atendimento Anti-Rábico representa 24,8%, seguido da Violência Interpessoal/Autoprovocada que é de 15,4% do total de notificações.

**Quadro 46.** Número e percentual de Notificações dos agravos mais frequentes, no SinanNet, RS, 2015.

<b>Agravos notificados</b>	<b>Nº de Notificações</b>	<b>%</b>
ATENDIMENTO ANTI-RABICO	28.358	24,8
VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	17.617	15,4
HEPATITES VIRAIS	10.436	9,1
SIFILIS NAO ESPECIFICADA	9.992	8,7
AIDS	9.045	7,9
TUBERCULOSE	7.100	6,2
ACIDENTE POR ANIMAIS PECONHENTOS	5.724	5,0
VARICELA	5.192	4,5
ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSICAO A MATERIAL BIOLOGICO	3.392	3,0
SIFILIS EM GESTANTE	2.918	2,5
INTOXICACAO EXOGENA	2.046	1,8
ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE	1.921	1,7
SIFILIS CONGENITA	1.899	1,7
MENINGITE	1.764	1,5
LEPTOSPIROSE	1.705	1,5
GESTANTE HIV	1.526	1,3
<b>Total</b>	<b>114.532</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SinanNet/DVE/CEVS/SES/RS.

**Figura 3.** Distribuição da Taxa de Notificação de todos os agravos por 100.000 habitantes, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.



Fonte: SinanNet/DVE/CEVS/SES/RS.

A taxa de notificação de todos os agravos, no Sinan Net, no estado foi, em 2015 de 1.018,0/100.000 hab.. As Regiões de Saúde R6, R9, R12, R13, R16, R20 e R24 são as que apresentam as menores taxas do Estado, inferiores a 700 notificações por 100.000 habitantes.

Atividades:

- Reunião Anual da Raiva – setembro/2015, Porto Alegre. Público alvo: técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde.
- III Curso de capacitação em vigilância epidemiológica hospitalar - novembro/2015, Porto Alegre. Público alvo: funcionários dos núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar, dos Municípios sede dos Núcleos e CRSs.
- Treinamento de Sistemas: Sinan e Tabwin para os Residentes do CEVS.

## Doenças Transmissíveis Crônicas

### Hanseníase

#### Realizações do Programa de controle da Hanseníase no ano de 2015.

- Reuniões com as novas coordenadoras na função para capacitação (SINAN, TABWIN, fluxo de trabalho (atividades em geral).
- Treinamento em coleta para baciloscopia para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.
- Capacitação em diagnóstico e tratamento de Hanseníase para médicos e enfermeiros.
- Reuniões periódicas com equipes do Ambulatório de Dermatologia Sanitária (serviço de referência), Assistência Farmacêutica e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Coordenação Geral de vigilância em Saúde), para execução de um fluxo de trabalho integrado.
- Participação como palestrante em capacitação e oficina de sensibilização para agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias em 2015, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.



- Campanha do Dia Mundial de luta contra a Hanseníase com distribuição para as SMS de peças publicitárias.
- Campanha Nacional de Hanseníase, Geo-helminthíases e Tracoma em escolares/ 2015, nos municípios elencados pelo MS como prioritários.
- Elaboração do Plano de Ação da Hanseníase para o MS/TCU.
- Busca ativa de casos através do exame dos contatos intra-domiciliares de pacientes residentes em outros municípios mas que realizam tratamento em Porto Alegre.
- Solicitação e distribuição de medicamentos. Fracionamento da medicação clofazimina (enviada pelo MS) na Farmácia do Hospital Sanatório Partenon, estabelecendo-se como rotina fluxo trimestral.
- Distribuição de material produzido pelo Programa no nível do MS e SES-RS: folders, cartazes, manuais e livros.

## **Tuberculose**

### **AÇÕES REALIZADAS EM 2015**

#### ***Sub - Área 1: atividades internas do Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT/RS)***

- Transferência de um médico para o PECT/RS, para gerenciamento auxiliar do Programa e cooperação com equipes médicas do interior do RS.
- Retirada de medicamentos da área física do PECT/RS/CEVS, para gerenciamento de estoque por parte de equipe farmacêutica do Sanatório Partenon.
- Racionalização das solicitações de medicamentos especiais para tuberculose, retomando contatos com médicos do interior do RS para discussão de casos, orientação, cooperação técnica quando necessário
- Capacitação e cooperação com a equipe do Telessaúde/RS para consultorias em casos de tuberculose na Atenção Primária em Saúde. Implementação de protocolos para diagnóstico, encaminhamento e tratamento de tuberculose no Rio Grande do Sul.
- Início da descentralização do Sistema de Informação em Tratamento Especiais para Tuberculose (SITE-TB) para alguns municípios prioritários com unidades de referência secundária do interior do Estado.
- Reforço na cooperação da gestão dos serviços de tuberculose nas Coordenadorias Regionais de Saúde e nos municípios do interior do RS.
- Consolidação da implantação e do gerenciamento, em conjunto com o LACEN/RS, da Rede de Teste Rápido Molecular para Tuberculose no Rio Grande do Sul, com, no momento, 14 aparelhos instalados em 9 municípios do Rio Grande do Sul, com possibilidade de expansão em 2016.

#### ***Sub - Área 2: articulação política e parcerias técnicas com outras áreas***

- Reforço da parceria com a Área Técnica de Saúde Prisional do Departamento de Ações em Saúde (DAS), para identificação de casos de tuberculose dentro de casas prisionais e implementação de serviços de tuberculose para avaliação dos casos dentro das unidades de saúde prisional. Além disso, criação de Grupo de Trabalho com reuniões mensais para avaliação da situação de saúde em tuberculose nas unidades prisionais do RS. Autoria, juntamente com a Saúde Prisional, do Cadernos de Atenção Básica para Saúde Prisional, (em andamento).
- Consolidação da Cooperação Interfederativa, dentro do que concerne a cooperação técnica relacionada à coinfeção HIV/Tuberculose, em parceria com o DAS, com contratação de uma consultora técnica para implementação e execução de atividades relacionadas com a coinfeção TB/HIV, sobretudo nos municípios prioritários para os dois agravos no Rio Grande do Sul.

- Grupo de Trabalho para Enfretamento da Tuberculose no Rio Grande do Sul, juntamente à Secretaria Estadual de Saúde e diversos departamentos da SES.
- Articulação com áreas de Saúde do Trabalhador e Vigilância Ambiental, relacionadas a casos de Mycobacterium Bovis e Brucelose em municípios do interior do RS.
- Cooperação com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar para capacitação, orientando os serviços de controle de infecção de hospitais do RS em relação à notificação no SINAN por tuberculose.
- Elaboração (em andamento) do Projeto ECHO, em conjunto com a PUCRS, para matriciamento de casos de tuberculose por videoconferência.
- Auxílio à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para iniciar implantação ao Sistema de Informação em Tratamento Especiais para Tuberculose (SITE-TB) no município.
- Início de parceria com o DGTI/SES para validação de painel de gestão, no campo tuberculose.

### **Programa Estadual para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais**

- Apoio aos 55 municípios prioritários em hepatites virais, segundo CIB 143/14.
- Participação das Ações da SMS de Porto Alegre no Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais.
- Ações conjuntas com a Regulação Estadual de Consultas e a Direção do Hospital Sanatório Partenon, para a abertura de um ambulatório de Hepatites no referido hospital.
- Ação conjunta com a Sociedade Brasileira de Gastroenterologia para o Projeto Fibroscan Itinerante que realizou elastografia hepática em centenas de pacientes do RS.
- Ações conjuntas com a Saúde Indígena para testagem de habitantes de aldeias para as hepatites B e C.
- Estratégia de Vacinação contra a Hepatite B para os funcionários do CEVS, em parceria com a SMS de Porto Alegre.
- Definição do novo papel dos CAMMIs (Centro de Aplicação e Monitoração de Medicamentos Injetáveis para Hepatite C) no Estado, em parceria com a CPAF.
- Análise permanente do cruzamento de dados do SINAN com as declarações de óbitos, para resgatar os pacientes que não haviam sido notificados. Análise de duplicidades das fichas de Hepatites Virais do SINAN com solicitação de correção aos municípios e acompanhamento. Análise permanente das inconsistências das fichas de hepatites virais do SINAN para correção do banco de dados.
- Coordenação da Rede de Sorologias, Carga Viral e Genotipagem das Hepatites Virais no Estado.
- Coordenação da Rede de Testagem Rápida do Estado. Durante o ano de 2015 o Estado realizou 81.242 testes rápidos de hepatite B, o que representa um incremento de 8,40% do que foi realizado em 2014. Precisamos considerar que houve desabastecimento pelo Ministério da Saúde desse kit de testes durante todo o ano de 2015. Em relação à hepatite C realizamos 127.853 testes rápidos de hepatite C, o que representa um incremento de 74,56% do que foi realizado em 2014.
- Publicação do relatório com a análise de terapia tripla com inibidores de protease de primeira geração para hepatite C no RS.
- Monitoramento das notificações dos eventos adversos ocorridos com os novos medicamentos da hepatite C (Daclatasvir, Sofosbuvir e Simeprevir), em parceria com a Vigilância Sanitária do Estado e a ANVISA.

- Coordenação das reuniões do Comitê Técnico de Medicamentos e Assessoramento do Programa Estadual para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. Foram 11 reuniões realizadas em 2015.
- Preceptoria de um Residente da Escola de Saúde Pública com ênfase em Vigilância em Saúde durante todo ano de 2015.
- Confecção de material publicitário para o Dia Mundial de Combate às Hepatites Virais 2015 (folders e pôsters).
- Publicação de Boletim Epidemiológico do CEVS sobre o Panorama das Hepatites Virais no RS de 2013 (publicado em 2015).
- Publicações de pautas sobre hepatites virais em 2 Informativos de Vigilância em Saúde do RS.
- Elaboração de um capítulo sobre Hepatites Virais a ser publicado nos Cadernos de Atenção Básica para a Saúde Prisional.
- Elaboração de um capítulo sobre transmissão vertical das hepatites virais a ser publicado no Manual das Maternidades organizado pela Seção Estadual de DST/Aids.
- Realização de 10 capacitações sobre acesso e funcionalidades do sistema SisLogLab para os testes rápidos das hepatites B e C, realizadas pelo PEHV para as CRS. Realização de 09 capacitações em testagem rápida para as hepatites B e C (teóricas e práticas), realizadas pelo PEHV para municípios do Estado. Realização de 7 capacitações, uma por macrorregião de saúde, sobre o novo tratamento da hepatite C crônica, para médicos prescritores e farmacêuticos, sendo 6 dessas capacitações realizadas em parceria com a Indústria Farmacêutica. Parceria com a Seção de DST/Aids nas capacitações sobre transmissão vertical das hepatites para as maternidades do RS, por macrorregião de saúde. Participação da capacitação para profissionais da saúde de Gravataí.
- Visitação, para capacitação do PEHV em regulamentação das normas de biossegurança dos estúdios de tatuagem e salões de beleza pela a CGVS, Vigilância Sanitária SMS-Porto Alegre.
- Participação no Comitê Interfederativo de Enfrentamento à Epidemia de AIDS e de suas três câmaras técnicas.
- Participação do PEHV nos seguintes eventos:
  - Simpósio de Hepatites em Porto Alegre, com apresentação de 3 posters.
  - Simpósio do Aparelho Digestivo, em Porto Alegre.
  - Representação da Região Sul no lançamento do novo Protocolo e Diretrizes Terapêuticas para hepatite C, em Brasília.
  - Curso de Especialização em Gestão para Doenças Crônicas, em São Paulo.
  - III Oficina Macrorregional de Hemovigilância, no Rio de Janeiro.
  - Congresso Brasileiro de Hepatologia, em São Paulo.
  - 3º Congresso Brasileiro de Hepatites Virais com apresentação de 1 poster, em João Pessoa.
  - Reunião de Coordenadores das Hepatites Virais do Brasil, em João Pessoa.
  - Curso de Tabwin, realizado pelo DATA-SUS, em Porto Alegre.
  - Palestra sobre Testes Rápidos da 4ª Semana do Farmacêutico na PUC, em Porto Alegre.
  - Capacitação em Farmacovigilância e NOTIVISA, realizada pelo Conselho Regional de Farmácia, em Porto Alegre.

#### **Núcleo de Vigilância De Doenças E Agravos Não Transmissíveis (NVDANT) e Promoção da Saúde**

Núcleo de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde foi constituído no Centro Estadual de Vigilância em Saúde em 2006, trabalha com a Vigilância das Doenças

Crônicas Não Transmissíveis e com as Causas Externas. Propõe e apóia ações de promoção, prevenção e controle dos fatores de risco.

### Programa Estadual de Vigilância da Violência Interpessoal e Autoprovocada

Conforme série histórica, de 2010 a 2015, o número de notificações vem aumentando, no entanto no ano de 2015 percebe-se que o crescimento foi menor que nos anos anteriores.

**Quadro 47.** Série histórica de casos notificados de Violência Interpessoal e Autoprovocada, Rio Grande do Sul, 2010 a 2015.

Ano	Casos notificados de violência
2010	6.604
2011	11.235
2012	14.613
2013	15.571
2014	17.242
2015	17.846*
<b>Total</b>	<b>83.111*</b>

Fonte: SINAN. Acesso em 02/03/2016. \*Dados Preliminares.

**Quadro 48.** Atividades realizadas pelo Programa Estadual de Vigilância da Violência Interpessoal e Autoprovocada em 2015.

Atividade	Quantidade	Pub. Alvo	Nº de Participantes	Período
Capacitação sobre o Programa Estadual de Vigilância da Violência Interpessoal e Autoprovocada	05	Servidores municipais da Secretaria de saúde, de Assistência Social, Educação e Conselho Tutelar	198	26/02 12/05 08/06 21/07 19/11
Seminário de Atualização em Vigilância da Violência	01	Coordenadores do Programa nas CRS e nos municípios	100	05/08
Seminário Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio	01	Servidores da SES, servidores da saúde dos municípios e ONGs	165	10/09
Encontro sobre Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio. Experiência exitosa no município de Riozinho	01	Servidores do CEVS, Hospital São Pedro, Política de Saúde Mental e Secretaria de Justiça e Direitos Humanos	59	13/10
Criação do GT de	01	Secretarias do	Número	13/10

Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio		Estado do RS, Município de Porto Alegre, CVV, Cruz Vermelha e outros parceiros	variado de participantes nas reuniões	Data da primeira reunião
Capacitação sobre o Programa Estadual de Vigilância da Violência Interpessoal e Autoprovocada	02	Alunos e professores da Universidade Uni Ritter	200	16/10 11/11
Capacitação sobre Mediação de Conflitos	01		70	01/12
Organização de apresentação da vigilância da violência no TelessaúdeRS	01	Profissionais da Saúde, Educação, Assistência Social e outros	-	
Apresentação do cenário da violência do RS e do trabalho desenvolvido pelo programa	10	Em diversos eventos e reuniões	500	Durante o ano

### **Projeto Vida no Trânsito**

Em 2015 participamos das reuniões da Equipe de Análise de Acidentes de Trânsito de Porto Alegre, e somos integrantes do Comitê Intersetorial do Projeto Vida no Trânsito no Município de Porto Alegre, conforme Decreto 19.062 de 22 de junho de 2015. Iniciamos a organização para implantação do Projeto no município de Passo Fundo, região que apresenta a maior taxa de mortalidade por acidentes de transporte.

### **Programa Academia da Saúde**

No RS temos 384 pólos de Academias da Saúde distribuídos em 285 municípios, que foram contemplados e estão recebendo recursos de implantação e manutenção. (Fonte: Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis/SVS/MS, de dezembro de 2015)

O Programa Academia da Saúde configura - se como um serviço da Atenção Básica, e suas atividades devem ser desenvolvidas também por profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver. Nesse sentido, o Programa deve funcionar de modo articulado às Unidades Básicas de Saúde (UBS), complementando e potencializando as ações de cuidado individual e coletivo na atenção básica.

Tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de pólos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

O Programa Academia da Saúde é um programa de livre acesso à população e é fundamental que o planejamento de suas ações viabilize efetivamente a participação de pessoas em diferentes ciclos de vida (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos).

O Estado do RS realizou no dia 15 de abril, deste ano, o dia da Atividade Física, alusivo ao dia Mundial da Saúde. O evento foi uma parceria do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde/NVDANT e Secretaria Municipal da Saúde e ocorreu no Largo Glênio Peres em Porto Alegre/RS.

**Quadro 49.** Programa Estadual de Controle do Tabagismo, ações realizadas em 2015.

<b>Atividade</b>	<b>Participantes</b>	<b>Período</b>
Capacitação sobre	530	10/03
Abordagem e Tratamento do Fumante		14/04
		28/04
		23/07
		17/08
		22/10
		29/10
		03/12

**Divisão de Apoio Técnico**

Entre as principais ações desenvolvidas pela Divisão de Apoio Técnico (DAT) durante o ano de 2015, salienta-se:

**I. Aperfeiçoamento das ações do Disque Vigilância 150**

O Disque Vigilância 150 é um serviço que foi implantado em resposta a necessidade de se ter um telefone de contato disponível durante 24 horas, nos sete dias da semana, a partir da implantação do CIEVS (Centro de Informação Estratégica e Resposta em Vigilância em Saúde) no nosso Estado. Recebe notificações e dúvidas da comunidade e dos profissionais de saúde em geral, prestando atendimento aos técnicos de serviços públicos e privados que necessitem de orientação quanto a medidas de controle, conduta ou para notificação de doenças e agravos. Este serviço é uma das portas de entrada do sistema de vigilância em saúde, atuando tanto como ouvidoria, quanto como atividade fim da Vigilância Estadual.

Disque Vigilância 150 e a Ouvidoria do SUS no CEVS funcionam com gestão única. A partir de uma avaliação inicial do serviço, foram realizadas modificações no seu funcionamento, visando a sua qualificação e maior integração entre ambos. Entre as mudanças ocorridas citam-se:

- padronização da classificação e tipificação dos atendimentos do Disque Vigilância 150 conforme manual de Ouvidoria do SUS (no que couber);
- estabelecimento de fluxos de encaminhamentos à área técnica responsável conforme tipificações dos atendimentos;

- instituição de prazos de retorno ao cidadão/profissional de saúde, conforme classificação e tipificação dos atendimentos. Podendo ser de forma imediata quando assuntos considerados urgentes e/ou emergentes em Vigilância em Saúde;

- confecção de relatório dos atendimentos realizados para que sirva de ferramenta auxiliar aos gestores.

## **II - Descentralização da Ouvidoria do SUS para o CEVS**

O Projeto de integração do CEVS e do Disque Vigilância 150 com a Ouvidoria do SUS-SES/RS foi elaborado de acordo com a Lei nº 14.485 de 30/01/2014 e o Decreto Estadual nº 51.999 de 13 de novembro de 2014, que regulamenta a Ouvidoria do SUS-SES/RS, no final de 2014.

## **III - Retomada das análises de geoprocessamento e georeferenciamento**

Frente à evolução tecnológica e aos novos modos de se realizar o monitoramento e análise das doenças e agravos colocados sob vigilância, diferentes áreas técnicas do CEVS passaram a utilizar destas ferramentas em seu trabalho. Tais iniciativas foram pessoais e pontuais sem incorporação pelo sistema de vigilância como um todo. A partir de 2015, com a vinda de novos técnicos para reestruturar o Núcleo de Análise Situacional em Saúde - NASS, o setor passou a investir nesta tecnologia.

### **➤ Preparação da Resposta para o enfrentamento da Microcefalia**

A partir de 1947, foi identificado o Zika vírus, em macacos Rhesus na África. Já o isolamento em amostras humanas ocorreu em 1968. Em 2007, foi registrado um surto da doença na ilha Yap (Micronésia) e em 2013-2014 na Polinésia francesa.

No Brasil, desde outubro de 2014, estão sendo notificados casos de síndrome febril exantemática nos estados nordestinos, descartados para dengue, sarampo e rubéola.

Em 15 de maio de 2015, o Ministério da Saúde confirmou a presença do Zika vírus no Brasil, em amostras dos estados da Bahia e Rio Grande do Norte testadas pelo Instituto Evandro Chagas.

Em 2015 uma mãe residente no RS esteve no estado de Pernambuco no primeiro trimestre da gestação, quando apresentou doença exantemática. O recém-nascido foi diagnosticado com microcefalia e, por critérios clínico, epidemiológico e radiológico essa condição foi associada à infecção por Zika vírus.

## **Residência Integrada em Saúde - Ênfase em Vigilância em Saúde (R2)**

A Residência Integrada em Saúde (RIS) é uma modalidade de educação profissional de pós-graduação multiprofissional, de caráter interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço, mediante trabalho sob supervisão (trabalho educativo).

A Residência Integrada em Saúde é de responsabilidade da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) e se desenvolve em diferentes ambientes de ensino em serviço, que constituem os locais de profissionalização, funcionando de maneira articulada às diferentes estratégias de educação permanente dos trabalhadores de saúde destes locais.

A partir de 2014 foi criada a ênfase em Vigilância em Saúde, recebendo financiamento estadual, com a proposta de formação em serviço de profissional com conhecimento e prática

nas áreas de vigilância ambiental, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, vigilância sanitária e Divisão de Apoio Técnico. O primeiro ano de atividades é realizado na vigilância municipal de Porto Alegre (CGVS) e o segundo ano no Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). No primeiro grupo de ingressos, em 2015, tivemos 11 residentes e finalizaram a residência 07. A residência têm sido fundamental no processo de integração das vigilâncias, fortalecendo o conceito de vigilância em saúde e promovendo a criação da preceptoria com vistas à promoção da educação permanente no CEVS.

### **Principais Realizações da Divisão de Vigilância Sanitária (DVS)**

Durante o ano de 2015, diversas ações relevantes foram executadas na DVS. Deste conjunto, é destacada a elaboração do Manual da Qualidade e dos Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) do Sistema de Gestão da Qualidade da DVS, pois se trata de instrumento de aperfeiçoamento da gestão, pois confere qualificação aos processos desenvolvidos na divisão.

Destaca-se também, para o período, a execução do acompanhamento, supervisão e monitoramento da implantação e implementação do sistema VGS - Sistema de Controle Geral do Sangue, Outros Tecidos, Células e Órgãos nos serviços de hemoterapia do RS, incluindo a elaboração de videoaulas explicativas sobre o acesso e uso do sistema. Outra atividade significativa foi a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, pelo Setor de Controle de Infecções do Núcleo de Vigilância dos Estabelecimentos de Saúde da DVS, para o estabelecimento das medidas pertinentes para aumentar a segurança do paciente, pela promoção da implementação de plano que contemple os protocolos e o estímulo à notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde. Também pode ser evidenciada a implantação do projeto de georreferenciamento dos serviços de Radioterapia, Medicina Nuclear e Hemodinâmica, que produziu um inventário para elaboração de mapas temáticos visando a otimização das ações do Setor de Radiações.

No ano de 2015 foi iniciado o diagnóstico da fortificação da farinha de milho com ferro e ácido fólico produzida nos moinhos do estado, a fim de verificar a adequação à norma sanitária, dada a relevância deste aspecto para a saúde pública e a cultura alimentar local. Ainda sob este aspecto, pode-se salientar a participação do Setor de Alimentos em operações intersetoriais promovidas pelo Ministério Público, visando o combate à fraude e irregularidades nos alimentos, como Operação "Leite Compensado", "Queijo Compensado" e "Ju\$Sara" (destinada à fiscalização da produção de palmito), em que a proibição da comercialização de produtos, a suspensão das atividades de produção, envase e venda das indústrias investigadas e a instauração de inquéritos e processos administrativo-sanitários foram os principais encaminhamentos.

Ainda dentre as principais realizações da DVS, pode-se evidenciar as ações de capacitação de servidores e técnicos que atuam na vigilância sanitária (VISA), dada a relevância de tais atividades para qualificação dos processos de trabalho e resultados obtidos. Neste sentido, foram realizadas quatro edições do Curso de Capacitação do Manual do Processo Administrativo Sanitário, com a participação de 264 servidores de Vigilância Sanitária Municipais e Estaduais, bem como a primeira edição do Curso Básico de Vigilância Sanitária, para 26 fiscais sanitários do CEVS e das CRS, e 5 residentes da ênfase em Vigilância em Saúde da Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública. Também foram promovidas capacitações de servidores das CRS e municípios de interesse da VISA quanto aos serviços de



mamografia e acerca do processo de análise e aprovação de projetos arquitetônicos da área da saúde, farmácia hospitalar e laboratórios clínicos para os servidores ingressantes da SES/RS que atuam na área de Estabelecimentos de Saúde, bem como para técnicos responsáveis pelas inspeções nos serviços de hemoterapia e da cadeia de medicamentos.

As ações que foram destacadas não esgotam as atividades que foram executadas nos setores da DVS no período, mas foram explicitadas porque constituem inovações ou se tratam de questões de vigilância sanitária de grande relevância para a saúde.

## **DIVISÃO DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE (DVAS)**

### **PROGRAMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA DO *Aedes aegypti* (PEVAa), 2015**

Em 2015, o Estado do RS registrou 173 municípios infestados por *Aedes aegypti*, Das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, 17 apresentaram municípios infestados.

#### **ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- **FORÇA TAREFA**

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) através da Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde/DVAS instituiu no início do verão de 2015, a formação de uma força-tarefa, composta pelos agentes de combate a endemias das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). O objetivo destas equipes, foi dar suporte aos municípios, a fim de melhorar as medidas de combate ao *Aedes aegypti*, procurando a diminuição dos potenciais recipientes para o desenvolvimento das larvas do inseto e, conseqüentemente, os casos da doença. Os municípios que receberam a força tarefa foram:

- **Torres:** Em fevereiro, Torres a força tarefa foi coordenada pela Vigilância Ambiental em Saúde da 18ª CRS. Os agentes de combate à dengue do Estado e do município percorreram as residências nos quarteirões onde o mosquito foi encontrado. Ao todo, o trabalho abrangeu uma área de 74 quarteirões que totalizaram 2.483 imóveis e 183 terrenos baldios.
- **Caibaté:** Em março, a partir do surgimento de casos autóctones no município de Caibaté, a Divisão de Vigilância Ambiental enviou uma força tarefa para a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde, a fim de auxiliar o município no combate ao vetor, através da aplicação de inseticida com o equipamento de UBV pesado. Nesta ocasião foi emitido um alerta sobre Dengue, com informações técnicas a fim de estabelecer os fluxos para controle do vetor, bem como o manejo de casos suspeitos.
- **Santo Ângelo:** a partir do momento que o município de Santo Ângelo registrou a primeira morte por dengue no Rio Grande do Sul, a Coordenação Estadual do Programa optou pela manutenção da força-tarefa na Região Missioneira e a implantação de um gabinete de

crise na 12ª CRS, com o objetivo de prestar informações técnicas e definir estratégias e ações de combate à dengue nos municípios da região

- **Erval Seco e Novo Tiradentes:** Em maio, a Secretaria Estadual da Saúde (SES), enviou uma força-tarefa de combate à dengue para Região Norte do Estado.
- **Sarandi:** Em Junho mais uma força-tarefa de combate à dengue, foi direcionada ao município que pertence a 15ª Coordenadoria Regional. Também foram deslocados quatro equipamentos de pulverização de inseticidas costais, duas caminhonetes, inseticidas. A região possui duas rodovias, a RS 404 e a BR 386, que cortam o município, com tráfego intenso de veículos e circulação de pessoas, que são fatores de risco para a expansão do vírus no Estado.

- **REUNIÕES COM GESTORES**

- Em abril a Secretaria Estadual de Saúde (SES), através da Divisão de Vigilância Ambiental/CEVS, promoveu em Santo Ângelo, uma reunião para discutir estratégias de combate à dengue. A atividade foi voltada a gestores e profissionais de saúde, e teve como objetivo alertar e mobilizar a região para ações efetivas de enfrentamento à doença. Neste encontro, foi assinada a Resolução que garantiu o repasse de R\$ 254,9 mil para 62 municípios da região Noroeste do Rio Grande do Sul, que concentra o maior número de casos de dengue em 2015, para intensificar o combate ao mosquito transmissor.
- A direção do CEVS e da Divisão de Vigilância Ambiental participou de reuniões com secretários de saúde, prefeitos, delegados de saúde e servidores da área de vigilância de municípios da 15ª CRS, com sede em Palmeira das Missões, e da 19ª CRS, com sede em Frederico Westphalen. A iniciativa fez parte da estratégia do CEVS de monitorar e acompanhar a situação da doença no Estado, desenvolvendo ações suplementares e conjuntas com as CRSs e municípios com a finalidade de conter a expansão dos casos.
- Em julho ocorreu a I Reunião Anual do Programa Estadual da Dengue, com o objetivo de apresentar para os Coordenadores Técnicos das Coordenadorias regionais de Saúde, o plano de enfrentamento para Dengue 2015/2016.
- Em dezembro a Secretaria Estadual da Saúde (SES) promoveu um seminário com representantes dos municípios gaúchos para tratar das ações de prevenção à Dengue, Chikungunya e Zika Vírus. A atividade teve como objetivo discutir as dificuldades, avanços e desafios do enfrentamento ao mosquito transmissor das três doenças da dengue, chikungunya e zika vírus.

- **CAMPANHA DE MÍDIA**

- Para chamar a população a ser ativa na prevenção e no combate aos focos do mosquito, teve início em abril, uma campanha de rádio, com o lema TODOS CONTRA A DENGUE. As peças informaram como eliminar os criadouros, evitando água parada. A campanha se estendeu até o mês de maio.

- **CAPACITAÇÕES**

- No 1º quadrimestre de 2015 foram realizadas capacitações sobre o Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCD) em:

1. 22 municípios da 3ª CRS;
2. 28 municípios da 6ª CRS;
3. 03 municípios da 7ª CRS;
4. 11 municípios da 8ª CRS.

- **OFICINAS DE VIGILÂNCIA DE VETORES**

As oficinas coordenadas pela DVAS/CEVS, tiveram o objetivo de capacitar os agentes de saúde, agentes de endemias e coordenadores de ações de campo do Programa da Dengue nos municípios, para a proteção e promoção à saúde voltadas ao controle de insetos vetores (causadores) de doenças. Os temas abordados foram, o combate aos vetores de agravos como dengue (mosquito *Aedes aegypti*), doença de chagas (triatomíneos “barbeiros”) e leishmaniose (flebotomíneos “mosquito palha”). Incluiu ainda a febre maculosa, transmitida pelo carrapato e o controle de simuliídeos (borrachudo).

Os agentes de combate a endemias dos foram capacitados e certificados, por meio de treinamento teórico-prático, para o manuseio de equipamento costal de aplicação de inseticidas recomendados pelo Ministério da Saúde. No final da atividade, foi apresentado um painel para debater o cenário atual da dengue na região, dificuldades e soluções. O propósito foi repensar ações e discutir estratégias de educação continuada a partir da necessidade de cada município, bem como construir uma proposta educativa de enfrentamento à dengue. Para isso, a Vigilância Ambiental em Saúde buscou o desenvolvimento de ações integradas com os núcleos regionais e municipais de educação em saúde coletiva que contribuem para a mobilização da comunidade no controle do *Aedes aegypti*. As oficinas fizeram parte do projeto inserido no Plano de Enfrentamento para Dengue no Estado do Rio Grande do Sul 2015. As oficinas ocorreram em:

- **São Borja (12ª CRS):** Ocorreu de 22 a 24 de junho. Estiveram presentes 62 representantes de 24 municípios: Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre-Ijuís,

Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luis Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama, Vitória das Missões

- **Santa Rosa (14ª CRS):** Ocorreu em Julho e estiveram presentes 90 representantes de 22 municípios: Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Campinas das Missões, Cândido Godoi, Dr. Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva e Tuparendi.
- **Ijuí:** Ocorreu em setembro. Estiveram presentes 86 representantes de 20: municípios Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuípe, Chiapeta, Condor, Coronel Barros, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Jóia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul e Sede Nova.
- **Frederico Westphalen:** Ocorreu em Setembro. Estiveram presentes 50 representantes de 22 municípios: Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Novo Tiradentes, Palmitinho Pinhal, Planalto, Rodeio Bonito, Seberi, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Gaúcha.
- **Palmeira das Missões:** Ocorreu em outubro. Estiveram presentes 43 representantes de 22 municípios: Barra Funda, Boa Vista das Missões, Cerro Grande, Constantina, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado Loureiro, Lajeado do Bugre, Miraguaí, Nova Boa Vista, Palmeira das Missões, Passo Fundo, Redentora, Ronda Alta, Rondinha, São José das Missões, São Pedro das Missões, Sarandi, Santa Rosa, Três Palmeiras e Trindade do Sul.

### **SUPERVISÕES**

Ao Estado compete a realização de supervisão, monitoramento e avaliação das ações de vigilância entomológica nos municípios do RS. Em 2015, a Coordenação do Programa Estadual de Vigilância do *Aedes aegypti* realizou supervisões, nos seguintes municípios:

- 7ª CRS: Lavras do Sul e Bagé
- 12ª CRS: São Miguel das Missões
- 9ª CRS: Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Quinze de Novembro, Santa Bárbara do Sul, Saldanha Marinho, Selbach, Jacuizinho, Salto do Jacuí, Tupanciretã
- 6ª CRS: Não Me Toque, Portão, Carazinho, Espumoso, Tapera, Casca, Passo Fundo

- 3ª CRS: São José do Norte, Rio Grande, Pelotas, Capão do Leão, Cerrito, Canguçu, Santana da Boa Vista. 12ª CRS: Santo Ângelo, Caibaté e Ubiretama

#### **ATIVIDADES DE ROTINA**

- Acompanhamento da atividade de Levantamento de Índice Rápido (LIRAA)
- Acompanhamento do trabalho de Vigilância Ambiental realizado pelos municípios através do SISPNCD

#### **VIGILÂNCIA DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS**

No ano de 2015 foi realizado treinamento de técnicos da vigilância ambiental em saúde e laboratoristas das CRSs, LACEN e município de Porto Alegre para identificação, controle e manejo de escorpiões de interesse em saúde objetivando a implantação da vigilância dos escorpiões no Estado. Tivemos como parceiros técnicos do MS, Instituto Butantan e do Estado do Paraná.

Tendo em vista o desabastecimento do soro antiofídico que estamos vivenciando desde o final de 2013, instituímos monitoramento semanal dos estoques existentes no Estado, pois em várias ocasiões houve a necessidade de remanejamento desses imunobiológicos.

#### **VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO**

Em 2015 destaca-se a ação do VIGIAGUA no Estado pelo início da capacitação em Inspeção Sanitária em Serviços de Abastecimento de Água, através do curso realizado no período de 19 a 23 de outubro de 2015, em Porto Alegre, para os responsáveis pelo VIGIAGUA das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde- CRSs e alguns Municípios, totalizando 35 servidores.

Foram realizadas 43 Inspeções Sanitárias nas Estações de Tratamento de Água para Consumo Humano, em 11 Coordenadorias Regionais de Saúde, pelos técnicos do VIGIAGUA das CRSs em conjunto com os técnicos dos Municípios e com o apoio dos técnicos do VIGIAGUA do Nível Central.

Foram realizadas ações de Educação em Saúde durante a Semana Estadual da Água, de 26 de setembro a 06 de outubro de 2015, em 22 municípios do estado.

Foi efetivada a contratação de laboratório para realização de 144 análises de agrotóxicos na Bacia Hidrográfica G50- Alto Jacuí, onde ocorre a maior concentração do uso de agrotóxicos no Estado. Em 2015 foram realizadas 135 análises.

Foi atingida em 2015 a meta de 100% dos municípios com alguma forma de abastecimento de água para consumo humano cadastrada no Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), ou seja, de Sistema de

Abastecimento de Água (SAA), Solução Alternativa Coletiva (SAC) e Solução Alternativa Individual de Abastecimento de Água (SAI), correspondendo à 91% da população do Estado; Destaca-se também a continuidade da implantação do Sub-Programa Estadual de Melhoria da Qualidade da Água para Consumo Humano nos municípios em situação de risco, em 2015 ocorreu na 1ª Coordenadoria Regional de Saúde e no município de Morro Redondo da 3ª CRS.

Foram realizados 02 encontros, em Porto Alegre, com os coordenadores do programa VIGIAGUA das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), nos períodos de 16 a 17 de junho e de 17 a 18 de novembro de 2015, cujas pautas foram respectivamente: avaliar as ações realizadas e metas atingidas, em 2014 e planejar as ações do programa para 2015 e no segundo encontro avaliou-se as ações realizadas em 2015, com a presença dos técnicos do LACEN Central e dos LACENs Regionais.

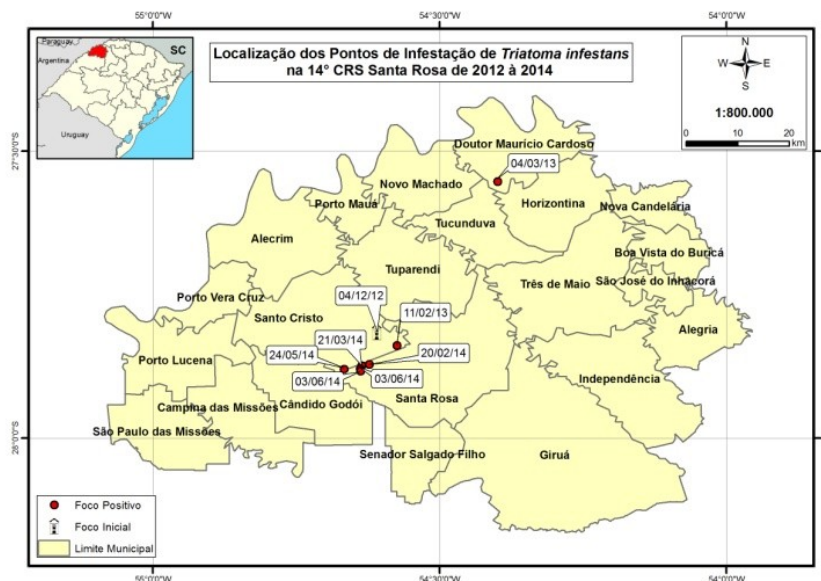
Foram realizadas capacitações para alimentação do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), para os municípios da 3ª CRS, na cidade de Jaguarão, 9ª CRS em Cruz Alta, 11ª CRS em Erechim e 17ª CRS em Ijuí.

Foi construída e publicada no Diário Oficial do Estado a Portaria SES nº 846/2015, que dispõe sobre o licenciamento e expedição do Alvará, para as empresas responsáveis pelo tratamento e o controle da qualidade da água para consumo humano, mediante inspeção da Vigilância Sanitária e Ambiental municipal, nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul.

#### **Programa Estadual de Controle da doença de Chagas**

O vetor de maior importância na transmissão da doença no passado, *Triatoma infestans*, está em vias de eliminação e o último foco foi no município de Santa Rosa em 2014. No ano 2015 o Programa de Controle de Chagas deu continuidade ao Plano de Eliminação de *T. infestans* na 14ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) de Santa Rosa. No Plano iniciado em 2014 foram pesquisadas em 2664 unidades domiciliares em 16 municípios da 12ª CRS - Santo Ângelo, 14ª CRS - Santa Rosa e 17ª CRS - Ijuí com a identificação e eliminação de 4 (quatro) focos de infestação de *T. infestans*, todos no município de Santa Rosa. A 14ª CRS de Santa Rosa atendendo a orientação da Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde constituiu uma rede municipal de responsáveis pelo PCDC com a realização de reuniões com gestores das secretarias municipais de saúde de seus 22 municípios. A 14ª CRS organizou 68 reuniões com 542 servidores das secretarias municipais de saúde entre eles 219 técnicos e 323 agentes comunitários em saúde. Concomitante, foram promovidas oficinas educativas com 1.391 participantes entre a população e estudantes.

**Figura 4.** Localização dos Pontos de Infestação de *Triatoma infestans* na 14ª CRS Santa Rosa de 2012 a 2014.



### VIGILÂNCIA DE POPULAÇÕES EXPOSTAS AOS CONTAMINANTES QUÍMICOS (VIGIPEQ)

Entre as ações para melhorar a vigilância dos riscos de exposição humana aos agrotóxicos em 2015: participação junto ao Fórum Gaúcho de combate aos Efeitos dos agrotóxicos, de reuniões no sentido de sensibilizar os Conselhos profissionais CREMERS e de Enfermagem das notificações compulsórias dos casos de intoxicações exógenas por agrotóxicos; Reuniões mensais do GT Agrotóxicos dentro do CEVS, com representantes de todas as divisões com a finalidade de integrar as Ações de vigilância dos riscos de exposição aos agrotóxicos; Realização de capacitação aos Residentes e ao Disque 150, sobre intoxicação por agrotóxicos; Participação de Audiência Pública em Ijuí, apresentando os dados de intoxicação por agrotóxico no RS; Oficina com todos os colegas das regionais responsáveis pela vigilância epidemiológica, sobre a notificação dos casos de intoxicação por agrotóxicos; Implantação de Grupo Técnico Agrotóxicos nas regionais 14ª e 17ª CRS; Elaboração Nota técnica sobre a notificação dos casos de intoxicação por agrotóxicos dirigida aos médicos em parceria com o CREMERS; Aquisição de equipamento para análise de Colinesterase Eritrocitária, disponibilizada ao no LACEN. Apoio aos seminários e demais ações desenvolvidas nas regionais de saúde e CEREST, 01 seminário em Passo Fundo, 01 seminário em Santa Rosa, 01 seminário em Ijuí e 01 seminário em Santa Cruz do Sul, abordando os riscos à saúde na exposição aos agrotóxicos. Repasse dos atendimentos do Centro de Informação Toxicológica para os colegas das regionais que atuam na vigilância epidemiológica, a fim da realização da busca ativa dos casos atendidos e a notificação dos casos no SINAN.

## **Vigilância em Saúde Ambiental de Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos (VIGIAR)**

Em 2015 foi elaborado e divulgado semanalmente o Boletim Informativo do VIGIAR contendo informações relativas à qualidade do ar e a abordagem de questões ambientais que interferem na saúde da população. Houve a necessidade de construir edições extras devido à erupção do vulcão chileno Calbuco, bem como recomendações à população em virtude da possibilidade das cinzas atingirem o estado do Rio Grande do Sul.

Foi realizada a atualização e análise das informações ambientais e de saúde contidas no Instrumento de Identificação de Risco (IIMR) para todos os 497 municípios do RS. Com base nas informações obtidas foi possível construir o Ranking dos municípios que tem maior probabilidade de sofrerem impacto da poluição atmosférica na saúde humana.

Reuniões para nivelamento e atualização foram realizadas no Centro Estadual de Vigilância em Saúde, conforme demanda gerada pelos municípios. A Capacitação em Vigilância em Saúde de Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos foi realizada para a 16ª CRS, no mês de julho, em Lajeado.

O VIGIAR deu continuidade à estratégia de implantação de Unidades Sentinela, que possibilitam estimar a magnitude de sintomas e agravos respiratórios em crianças menores de cinco anos possivelmente expostas aos poluentes atmosféricos. Conta com 52 Unidades localizadas 19 municípios do RS.

O VIGIAR e a Fundação Universidade de Rio Grande (FURG) iniciaram a construção de Termo de Referência para a tipologia Termelétrica, conforme compromisso assumido com o Ministério da Saúde, no II Seminário sobre Avaliação de Impacto à Saúde (AIS) e atuação do Setor no Licenciamento Ambiental de Empreendimentos, ocorrido em Brasília em novembro de 2014.

O VIGIAR e o Centro de Pesquisas e Previsões Meteorológicas (CPPMet) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), iniciaram parceria de cooperação técnica, com troca de informações mútuas, visando o aperfeiçoamento de metodologia mais sensível para previsão dos índices de qualidade do ar. Dessa forma o setor saúde poderá se beneficiar e agir preventivamente.



## OBJETIVO: Ampliar e Qualificar a Assistência Farmacêutica

**Quadro 50.** Indicador 6 (RS) - Proporção de solicitações administrativas de medicamentos avaliadas em até 30 dias (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	S/I	S/I	S/I	78	87	100

Fonte: CPAF/SES/RS Informado em 18/03/2016.

Avaliação dos processos administrativos de solicitação de medicamentos especiais e especializados segue a seguinte rotina: paciente entrega documentos junto a farmácia de medicamentos especiais do seu município, que cadastra a solicitação no sistema informatizado da SES e repassa para Coordenadoria Regional de Saúde, responsável pela rotina de validação do cadastro e encaminhamento para Coordenação da Assistência Farmacêutica que avalia os pedidos de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas elaborados pelo Ministério da Saúde e também alguns Protocolos Estaduais. O Ministério da Saúde autoriza que as avaliações técnicas sejam feitas por profissionais da área de saúde, com formação superior e designados pelo gestor estadual, na Assistência Farmacêutica temos médicos, nutricionistas e principalmente farmacêuticos com esta atribuição, responsáveis atualmente por manter rotina regular de reavaliação de 203.883 solicitações administrativas e também das novas que tenham encaminhamento. Segundo regra do Ministério da Saúde, as reavaliações devem ser feitas a cada trimestre (período de validade de uma APAC) e para os medicamentos especiais (lista própria do Estado), estendemos para 6/12 meses, caso não haja aumento de dosagem do medicamento, preservando as rotinas de atualização e entregas de receituário médico para dispensação e demonstração de acompanhamento do médico assistente.

As avaliações técnicas ao longo dos anos foram problemáticas, tendo sido inclusive pautadas em Termo de Ajustamento de Conduta - TAC do Ministério Público Estadual e Estado, onde no ano de 2005 ficou pactuado que a SES/RS iria organizar sua rotina para dar conclusão da avaliação em até trinta dias, podendo prorrogar em até quinze dias, havendo justificativa ou até sessenta dias, quando houvesse mais de uma especialidade médica. No entanto, com a falta de profissionais e o crescimento da demanda nos anos, cumprir estes prazos sempre foi difícil, muitas vezes impraticável. No ano de 2014, com o aumento do número de profissionais na rotina de avaliação técnica na Coordenação da Assistência Farmacêutica, descentralização da avaliação para centros de referência e Coordenadorias Regionais, conseguimos manter a rotina de avaliação dentro do prazo previsto no TAC.

Importa esclarecer que a meta não é de 100% porque ainda temos muitos problemas relacionados à instrução dos processos administrativos, ou seja, o paciente entrega os documentos para solicitar o medicamento ou reavaliar sua solicitação, o município aceita e registra os documentos, repassa para a CRS, que valida e envia para avaliação na CPAF. A partir da entrega e registro da receita no sistema o prazo de avaliação inicia para o paciente (conforme pactuado no TAC). Porém, se os documentos entregues não estiverem de acordo com o estabelecido pelos Protocolos Clínicos específicos para cada patologia, o pedido será

considerando incompleto, o consultor não conseguirá concluir a avaliação e solicitará complementação, alterando os prazos de avaliação.

### **Principais Realizações da CPAF em 2015:**

- Termo de Cooperação Técnica com o Grupo Hospitalar Conceição, ainda em fase de assinaturas para implementação de Centro de Aplicação de medicamentos oncológicos demandados judicialmente, objetivando a economicidade por compartilhamento e melhor acondicionamento dos medicamentos termolábeis;
- Contratação de distribuidora A-Z para atendimento da demanda judicial com a modalidade de entrega em casa;
- Desenvolvimento de ferramenta para registro e acompanhamento dos medicamentos oncológicos de compra centralizada que são remetidos aos serviços especializados (CACONS e UNACONS) que atendem pacientes do SUS. Em fase de implantação nos serviços da região metropolitana;
- Desenvolvimento de ferramenta para registro e acompanhamento dos medicamentos do componente estratégico da assistência farmacêutica (Tuberculose, Tabagismo, DST/AIDS, hanseníase e outros) objetivando incluir em sistema a rotina de programação da SES junto ao Ministério da Saúde e monitoramento dos almoxarifados dos programas nas Coordenadorias Regionais e nos Municípios, viabilizando uma rotina efetiva de controle de estoque e abastecimento evitando desperdício e descartes de medicamentos;
- Elaboração do Plano da Assistência Farmacêutica para enfrentamento nas situações de desastres no RS;
- Elaboração do projeto de diagnóstico da Assistência Farmacêutica no RS (Atenção Básica e Componente Especializado), em fase de homologação na Assistência Farmacêutica para prosseguimento no comitê de ética e execução.
- PDC - foi criado em 2015 o Programa Dieta em Casa, programa com entrega na residência dos pacientes cadastrados no município de Porto Alegre, que utilizam dietas enterais 1,5 e 1,2k/cal (hipercalóricas e hiperprotéicas), que hoje totalizam mais de 700 usuários.

## **OBJETIVO: Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado**

### ***Rede Materno Infantil /PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR (PIM)***

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) integra a política de Governo do Estado sob a coordenação da Secretaria da Saúde. Atua na promoção e no desenvolvimento da primeira infância, nos aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais. Tem como objetivo orientar as famílias, através de sua cultura e experiência, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças da gestação aos 6 anos. Os eixos estruturantes do PIM são a família, a intersetorialidade e a comunidade. Como modelo inovador de gestão, a intersetorialidade e a interinstitucionalidade, que se constituem a partir da formação de redes de conhecimentos e de serviços, através de ações articuladas entre as seis Secretarias de Estado da: Saúde, Educação, Justiça e Direitos Humanos, Trabalho e Desenvolvimento Social, Políticas Sociais e Cultura, além de parcerias com a sociedade civil. O PIM é executado pelas prefeituras municipais, através de termo de adesão firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Prefeitura Municipal.

Em sua prática orienta sistematicamente gestantes, pais ou cuidadores, priorizando aqueles em situação de vulnerabilidade social, para a promoção do desenvolvimento das capacidades e potencialidades de seus bebês e de suas crianças, através de atividades lúdicas específicas que contemplam aspectos da cultura de cada comunidade, fortalecendo assim, o vínculo familiar. A metodologia do Programa dá ênfase à promoção de ganhos da criança e da família através da realização de modalidades de atenção, sendo a Individual (de zero a três anos) com atendimento domiciliar e Grupal (de 4 a 6 anos de idade) em locais da comunidade, realizadas pela figura do Visitador. Em novembro de 2015 o PIM estava presente em 253 municípios, através do trabalho de 2.629 visitadores com projeção de atendimento a 52 mil famílias gaúchas.

O visitador do PIM, ao chegar semanalmente na residência das famílias para orientá-las na estimulação adequada de seus filhos está não apenas fomentando suas habilidades e competências, mas viabilizando um sentimento de responsabilidade e valor à vida, através de vivências saudáveis, respeitando sua história e cultura. Deste modo é o protagonismo da família que está sendo promovido e este é um ganho para a vida inteira. Abre perspectiva de futuro melhor para todos, com maiores chances de enfrentamento e superação de desafios. A autoestima e o estabelecimento de vínculo e afeto, sabemos, constituem bens inestimáveis para toda e qualquer conquista humana. O PIM propicia estas aquisições através das relações subjetivas que estabelece com o universo familiar e aposta na capacidade da família em estabelecer relações sensíveis e amorosas com suas crianças.

Mesmo que a abrangência do Programa seja do atendimento a famílias com crianças de até seis anos de idade, prioriza-se a captação no período mais crítico do desenvolvimento humano, que é dos zero aos primeiros três anos de vida, pois em nenhuma outra fase da vida o ser humano se desenvolve tão intensamente. É neste período que acontece o maior número de sinapses, a partir de estímulos externos e das experiências que vivencia. Também é nesse período que devemos ter o cuidado e monitoramento especial com a saúde, visto que nessa

faixa etária existe uma maior suscetibilidade às doenças infantis, que acarretam maior morbidade e podendo ser potencialmente mais graves. Ainda assim, várias doenças podem ser evitadas, pois é nesse período que são realizadas a maior parte das imunizações.

**Proporção de menores de 3 anos de idade acompanhados pelo Programa Primeira Infância Melhor.** Este indicador reflete, em percentual, a abrangência do atendimento realizado pelo visitador do Programa Primeira Infância Melhor às famílias com crianças menores de três anos de idade nos municípios do Rio Grande do Sul. Segue abaixo a evolução dos números para esta faixa etária:

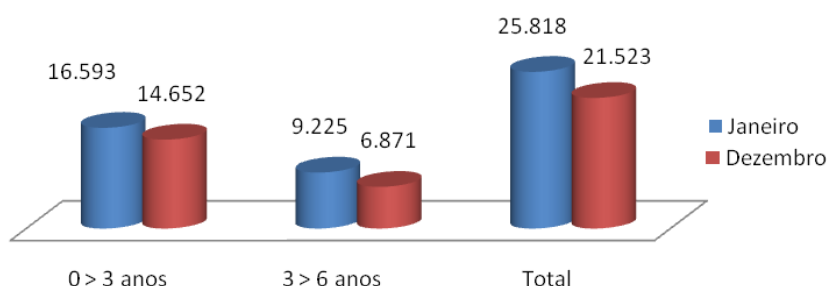
**Quadro 50.** Proporção de menores de 3 anos de idade acompanhados pelo Programa Primeira Infância Melhor (%), Rio Grande do Sul, 2008-2014.

Série histórica (% atingido)							Resultado 2015	Meta (%)
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015
3,79	4,63	4,44	4,80	4,36	4,36	4,14	3,51	5,10

O presente indicador objetiva destacar as estratégias de fortalecimento e de articulação das redes de serviços. Estas redimensionam/ampliam o conceito de saúde como fatores contribuintes da promoção de sujeitos saudáveis e com suas habilidades potencializadas, além de ser um dos possíveis redutores de custos financeiros no SUS, uma forma de melhor otimizar os recursos já existentes no próprio sistema. Somando-se a ESF e outros serviços torna-se mais uma estratégia de fortalecimento da Atenção Básica e de reorientação do modelo assistencial, a partir da Promoção de Saúde.

O PIM registrou no ultimo quadrimestre um decréscimo de 0,63% de atendimentos de crianças de zero até três anos no Banco de Dados do Programa em relação a 2014. De 4,14% de cobertura em dezembro de 2014, apresentou em dezembro de 2015, 3,51%. As principais justificativas apresentadas pelos municípios para queda em seus números são: atraso nos repasses do Incentivo Financeiro do Estado; obrigatoriedade da matrícula na educação básica para crianças a partir dos quatro anos, problemas na contratação de visitadores pelos municípios por apontamentos do Tribunal de Contas em função da Lei de Responsabilidade Fiscal.

**Figura 5.** Número de crianças cadastradas no Banco de Dados do PIM/RS, 2015.



Fonte: PIM/RS.

Além da dificuldade de alcance de meta por conta dos problemas nos repasses de 2014 (6 meses de atraso) justificada pelos gestores municipais nas desabilitações no número de visitantes, também é importante salientar que no mês de junho foram disponibilizados novos dados de população infantil pelo Núcleo de Informações em Saúde/SINASC (417.846), mostrando que houve um aumento considerável no número de nascidos vivos no RS, impactando assim no resultado do indicador, pois quando fizemos o planejamento de metas o dado populacional utilizado foi de 400.828 crianças menores de três anos. Então, a meta em relação ao número de crianças teve que ser corrigida e assim sofreu um acréscimo em função da mudança na base populacional.

A meta estadual de cobertura de atendimento do PIM para a faixa etária de zero a três anos, em 2015, era alcançar 5,10%, sobre a população total de criança do RS, ou seja, 21.310 e alcanço-use 14.652, 3,51%. Este percentual pode aparentar uma pequena cobertura se comparado ao total de crianças de 0 a 3 anos no RS (400.828 - 2010-2012) , mas a partir da análise acima podemos estimar que um universo menor desta população infantil encontra-se em situação de vulnerabilidade social. Estudos vêm sendo feitos em parceria com a Fundação de Economia e Estatística (FEE/RS) para um levantamento que traduza em números este mapeamento. Portanto, considerando somente este universo de crianças em situação de vulnerabilidade, o atendimento do PIM pode tornar-se bastante expressivo.

Outra avaliação que consideramos importante é que se ainda utilizarmos como filtro somente os município com PIM implantado, este universo cresce para 28,1% de cobertura.

Atualmente o PIM registra no Banco de Dados do Programa 25.818 crianças cadastradas (0 a menores de 6 anos), que estão recebendo planos singulares de atendimento em torno de uma hora por atendimento com frequência semanal. E, ao longo de sua trajetória, já passaram pelo PIM: 158.071 famílias, 185.100 crianças, 39.735 gestantes, 9.869 visitantes, 4.000 comunidades.

Este são números bastantes significativos quando falamos em trabalhos com populações vulneráveis. O conceito de vulnerabilidade trabalhado remete à idéia de fragilidade e de dependência que se vincula à situação de crianças, principalmente as mais pobres. Contudo, os fatores de risco que incidem sobre a vida delas não se restringem aos problemas da exclusão social, mas envolvem também os relacionamentos entre crianças e adultos, que ocorrem tanto no espaço público quanto no privado. Daí a necessidade de considerar não apenas os problemas de inserção social, mas também de pensar a socialização e sua relação através da qualidade dos vínculos familiares com os direitos da criança. Estudos vêm sendo feitos pelo PIM em parceria com a Fundação de Economia e Estatística (FEE/RS) para um levantamento que traduza em números este mapeamento.

Mais que sobrevivência, é preciso garantir às crianças oportunidades para seu desenvolvimento integral. Este olhar requer uma mudança no entendimento sobre a criança e uma ação efetiva do poder público e da família. Portanto, a compreensão da primeira infância é uma construção política e cultural contínua, em que a criança já nasce sujeito de direitos quanto ao seu pleno desenvolvimento, embora dependente dos cuidados do adulto.

A partir desta interação saudável no ambiente familiar se pode obter ganhos, como:

INVESTIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA	A curto prazo	A curto, médio e longo prazo
	<p>Ganhos de desenvolvimento infantil: dimensões trabalhadas no atendimento domiciliar pelo PIM através da ludicidade</p>	<p>Ganhos de desenvolvimento humano</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca-se com o atendimento "ações de promoção modificar as causas; "ações de proteção", modificando riscos, e "ações de recuperação", que são as destinadas a quem já tem a doença ou o agravamento</li> </ul>
	<p><b>Criança:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Linguagem e comunicação</li> <li>- Motricidade</li> <li>- Socioafetivo</li> <li>- Cognitivo</li> </ul> <p><b>Família:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimento do protagonismo da Família no cuidado com a criança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vínculos familiares saudáveis, relacionamentos saudáveis, integração na sociedade.</li> <li>- Menores índices de evasão escolar e repetência permanência por mais tempo na escola, e prontidão para aprendizagem.</li> <li>- Melhor desempenho que possibilitará um trabalho melhor remunerado, se propõe a quebra do transgeracional da pobreza.</li> <li>- Planejamento familiar</li> <li>- Melhores condições de gestação e parto, menor probabilidade de mortalidade (infantil e materna) melhora dos indicadores de saúde envolvendo questões de vigilância, saúde psíquica.</li> <li>- Menor ocorrência de castigo físico para disciplina menor ocorrência de abuso e negligência na primeira infância.</li> <li>- Probabilidade de crime, delinquência e consumo de drogas reduzida na adolescência e idade adulta</li> <li>- Maior consciência dos seus direitos e deveres.</li> <li>- Menor desigualdade social e maior inclusão social</li> </ul>

As ações realizadas pelo PIM no ano de 2015 foram:

Participação do PIM em eventos nacionais e internacionais

Oficina do Ministério da Saúde com radialistas PIM: "Nas ondas do rádio a prevenção da violência contra crianças e adolescentes". O objetivo do projeto é agregar novos atores sociais às redes de atenção integral às crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violências valorizando o potencial da linguagem radiofônica na difusão das ações de prevenção da violência e promoção da cultura da paz. Em torno de 40 pessoas participaram da oficina entre eles radialistas que dão espaço para o PIM em seus programas. O evento é uma promoção do Ministério da Saúde com apoio do Primeira Infância Melhor.

Evento internacional - Atención Integral a la primera infancia em el ámbito familiar: compartiendo saberes. Bogotá/Colômbia. Realizado na capital da Colômbia, Bogotá, um importante evento em prol da Primeira Infância para a América Latina e Caribe, promovido pela Secretaria Distrital de Integración Social, com público presente de 800 pessoas. O evento teve natureza técnica e acadêmica, com o objetivo de empreender uma profunda discussão sobre os contextos, processos técnicos e populações atendidas em suas próprias residências

por programas e políticas públicas locais, estaduais, nacionais e internacionais. Os participantes convidados foram os representantes do Brasil, através do Primeira Infância Melhor do Rio Grande do Sul, além das representações do Uruguai, Equador e Cuba. Este evento culminou em uma importante mobilização política interna em relação à decisão da permanência das políticas para a Primeira Infância, que foram ratificadas através de uma declaração de propósitos científicos, técnicos e políticos administrativos, de parte de Bogotá, e da assinatura de compromisso de parceria técnica por parte dos países convidados, através da *expertise* no desenvolvimento de suas políticas públicas para a Primeira Infância.

Participação na IV Semana de La Inclusion Social de 19 a 23 de outubro de 2015 em Lima/Peru. Evento realizado pelo Ministério de Desarrollo e Inclusion Social. O PIM foi convidado a participar como comentarista na mesa que abordava o Programa Cuna Más, vinculado ao Ministério de Desarrollo e Inclusion Social. Esse programa de visita domiciliar com foco na Primeira Infância visitou o PIM para qualificar suas ações. A mesa foi "Focalización en los programas sociales: Juntos y Cuna Más" - Expositor Director Ejecutivo del Programa Nacional Cuna Más Sr. Jorge Fernández Iraola.

Curso "Programa de Liderança Executiva no Desenvolvimento da Primeira Infância oferecido por Harvard". O PIM é convidado a participar do Programa de Liderança Executiva no Desenvolvimento da Primeira Infância oferecido por Harvard. O PIM recebeu bolsas de estudo, da Fundação Bernard Van Leer (FBvL) da Holanda, para participação no "Programa de Liderança Executiva no Desenvolvimento da Primeira Infância". O curso é promovido pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, pela Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e pelo Centro de Desenvolvimento da Criança da Universidade de Harvard. O Curso ocorreu na Universidade de Harvard, em Cambridge, nos EUA. Esta é a 4ª edição do Curso e em todas o PIM foi convidado e financiado para participar, pois é referenciado como exemplo internacional de política exitosa de programa de visita domiciliar com enfoque no desenvolvimento infantil. Por ser uma experiência pioneira e com impacto relevantes no Estado é utilizado como um dos principais *cases* do Curso, além disso, atualmente uma das integrantes da equipe já compõe o time de tutores do Programa, o que reforça o impacto do PIM no cenário nacional e internacional de políticas públicas para a Primeira Infância. Nesta última edição a Secretária de Políticas Sociais e também Primeira Dama do Estado, Maria Helena Sartori, juntamente como a Coordenadora Estadual do PIM, Leila Maria de Almeida, no interesse da administração pública, representaram esta importante Política com vistas à aquisição de novas ferramentas para aprofundamento do trabalho, bem como à replicabilidade da experiência para outros estados brasileiros como Amazônia, Acre e Rondônia, conforme solicitado pelo órgão financiador.

## CONSELHOS, COMITÊS, GTs

Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDICA). O PIM é membro representante do CEDICA desde 2004, este ano a pauta principal foi a organização da Conferência Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. A participação do PIM é importante, para conhecer o que está sendo discutido sobre a temática e auxiliar nas decisões do Conselho. O conselho tem reuniões mensais de um turno e neste ano foram votadas várias pautas, sendo as principais as aprovações de repasse de verbas do Fundo Estadual da Criança e Adolescente para projetos sociais de crianças adolescentes do RS e organização da Conferência Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Comitês de Investigação de Transmissão Vertical. No ano de 2015, o PIM esteve representado nas reuniões de planejamento para a implantação de 12 Comitês Regionais e 20 Comitês Municipais de Investigação da Transmissão Vertical/HIV e Sífilis. Participou das ações de implantação do Comitê em duas CRS e da articulação com assessorias técnicas estimulando a participação de técnicos municipais do PIM nas demais CRS. Neste ano foi elaborada uma

Proposta de Ações do PIM para o Enfrentamento à Sífilis Congênita, validada pelo Grupo Técnico Estadual (GTE) e entregue à Política Estadual de DST/AIDS.

Grupo de Trabalho debate integração do PIM aos Planos Municipais de Educação. O Grupo de Trabalho criado pelo Governo do Estado, através do Decreto número 52.263/15, para elaborar estudos sobre a oferta da Educação Infantil e a integração do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) aos Planos Municipais de Educação promoveu, no 1º semestre de 2015, um seminário para aprofundar o debate sobre a demanda por creches e a participar no cumprimento das metas de zero a três anos. O grupo é coordenado pelo Gabinete de Políticas Sociais e conta com a Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (Famurs), Fundação de Economia e Estatística (FEE/RS), Conselho Superior da Agenda 2020, Tribunal de Contas do Estado (TCE), Procuradoria-Geral do Estado (PGE) e Secretaria de Estado de Educação.

Fórum Perinatal/Grupo Condutor. Espaço coletivo de debate realizado em municípios do nosso Estado. Seu objetivo é reunir gestores, profissionais de saúde, usuárias e outros envolvidos na atenção à saúde materno e infantil, considerando os direitos reprodutivos, para a construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento, bem como contribuir na implementação da Rede Cegonha no Estado. O PIM tem participado do Grupo Condutor (grupo de pessoas que planejam os Fóruns mensais) junto às demais políticas e tem procurado promover discussões sobre os temas debatidos com suas equipes técnicas municipais. Neste ano foram realizadas dez edições.

#### PUBLICAÇÕES/ARTIGOS/ENTREVISTA

O PIM foi assunto central em encarte do Jornal Correio do Povo publicado em comemoração ao Dia das Crianças, dia 12 de junho. O Informativo traz em quatro páginas os principais assuntos referentes à Primeira Infância, desde a gestação até os seis anos de idade. Além disso, foi ressaltada a experiência transformadora e exitosa em municípios do interior do Estado do Rio Grande do Sul na matéria “Municípios conquistam vitórias com o PIM” e ainda abordada a importância do Pré-Natal, a replicabilidade do PIM, a apresentação do Piccolo e a atuação do PIM junto às famílias. Como parte das ações de *advocacy* do PIM, o encarte foi veiculado em diversos jornais de circulação regional por municípios de todo o Estado do Rio Grande do Sul contendo temáticas referentes ao período que vai desde a gestação até os seis anos de idade.

Artigo do PIM é publicado no Blog do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)- 17 e 18 de agosto de 2015. O PIM foi o Programa escolhido pelo BID para representar o Brasil no estudo Latino Americano sobre o impacto de programas de visita domiciliar voltados a famílias vulneráveis com crianças menores de seis anos. Este estudo analisou programas públicos de sete países: Jamaica, Nicarágua, Honduras, Panamá, Equador, Peru e Brasil. Os resultados serão publicados na edição anual do BID denominada Development in the Americas 2015. Uma prévia do estudo foi publicada no blog do Banco Interamericano de Desenvolvimento, conforme link: <http://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/2014/09/15/visitas-domiciliarias/>. Outra importante publicação, no mesmo blog ressalta a parceria entre o PIM e o Programa de Fortaleza, Cresça Com Seu Filho. O Programa cearense foi inspirado na metodologia do Primeira Infância Melhor e teve apoio técnico da equipe do PIM para sua implantação e desenvolvimento. A matéria está disponível em: <http://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/2015/08/17/primera-infancia-mejor/>. Esta matéria foi replicada no site <http://www.innovaspain.com/brasil-mais-grande-do-mundo-tambien-en-primera-infancia/>, intitulada: "Brasil, mais grande do mundo, también en primera infancia".

O PIM é citado em matéria da Revista Época - 10 de agosto de 2015. Em entrevista para Revista Época, Ricardo Paes de Barros, pesquisador liberal, economista, um dos pais do Bolsa Família, autor do Índice de Vulnerabilidade em Famílias do IPEA e considerado um dos maiores especialistas do mundo em pobreza e desigualdade, menciona o PIM como mais uma ideia a ser pensada quando referenciamos esforços de educação nos primeiros anos de vida da



criança: "A creche não é a solução para todas as crianças. Mães e pais, em suas casas, com suporte do Estado, com atendimento, podem promover o desenvolvimento fantástico da criança. Um exemplo é o Primeira Infância Melhor, do Rio Grande do Sul. É um programa de visita domiciliar, de um profissional que vai observar a criança e dar orientação para a família de como cuidar dela".

PIM e ESF é citado em publicação do UNICEF - iniciativas que contribuíram para a melhoria dos índices de saúde nas últimas décadas no Brasil. O PIM foi mencionado em publicação do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como uma das iniciativas que contribuíram para a melhoria dos índices de saúde nas últimas décadas no Brasil. O estudo tem como objetivo analisar os sistemas de saúde de vários países da América Latina e Caribe assim como a estrutura dos programas de saúde voltados para a infância e a adolescência como espaços institucionais para alcançar a cobertura universal neste grupo. O trabalho ainda apresenta lições aprendidas e boas práticas em saúde e desenvolvimento infantil. O trabalho explana as iniciativas brasileiras pela saúde de crianças e adolescentes como o Sistema Único de Saúde (SUS), Programa de Saúde da Família (PSF), Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI) e Rede Cegonha. Em nível estadual, o PIM aparece como iniciativa orientada para o desenvolvimento integral das crianças usando como referência bibliográfica o livro "Primeira Infância Melhor: Uma inovação em Política Pública".

## PESQUISAS

Parceria entre PIM e Fundação de Economia e Estatística (FEE) do Rio Grande do Sul. Através das discussões geradas pelo Grupo de trabalho dos Planos Municipais de Educação, a FEE auxiliou o PIM durante o ano de 2015, no estudo e proposição de um indicador que possibilitou medir o nível de vulnerabilidade das Famílias do Estado. Este estudo voltou-se ao aprofundamento do conceito de vulnerabilidade, partindo de proposições teóricas e científicas que afirmam que este conceito envolve uma complexa rede de variáveis, as quais ultrapassam a dimensão de renda das famílias. Possibilitou até o segundo semestre de 2015 a criação de um indicador de vulnerabilidade das famílias do RS. Entre outras referências científicas nacionais e internacionais, um importante estudo do IPEA (2013) serviu como base para analisar as dimensões para este estudo: "Índice de Vulnerabilidade das Famílias (2000-2010): Resultados" (IPEA, 2013), o qual foi realizado a partir das respostas aos censos demográficos de 2000 e 2010. O objetivo do estudo no RS é de aperfeiçoar o planejamento da gestão do PIM, tanto a nível municipal como estadual, sendo potencialmente um estudo de interesse para a gestão das demais Políticas de Saúde do Estado.

Harvard convida o PIM para participar do iLab, uma iniciativa liderada pelo Núcleo Ciência pela Infância em parceria com a Omidyar Network e o Instituto Natura com o propósito de trazer para o Brasil a tecnologia de inovação e aceleração do *Frontiers of Innovation* do *Center on the Developing Child* da Universidade de Harvard, que busca traduzir conhecimento científico em estratégias de alto impacto que tenham potencial de transformar a vida das crianças e famílias em situação de vulnerabilidade.

O PIM iniciou estudo para adaptação transcultural para o português, do instrumento Piccolo, elaborado pela professora Lori Hogmann (Universidade Estadual de Utah - EUA) e colaboradores, e utilizará uma amostra das crianças participantes do PIM para validação do instrumento para a população brasileira. A escala Piccolo é um instrumento observacional usado para avaliar comportamentos parentais de apoio ao desenvolvimento infantil. Compreende quatro dimensões ligadas à relação dos pais com as crianças: afeto, responsividade, encorajamento e práticas educativas. Já foi aplicada em mais de duas mil famílias em vários países, dando origem ao estudo de mais de quatro mil observações de interações entre pais e filhos, as quais foram analisadas e pontuadas. Os resultados são apresentados às famílias e servem de base para o planejamento das atividades dos visitantes domiciliares.

Os efeitos do programa nas condições de saúde e de desenvolvimento infantil no Estado foram apresentados em um estudo da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em dezembro, na Secretaria Estadual da Saúde (SES). Entre os resultados do programa apontados pela pesquisa estão a redução do número de mortes por diarreia em menores de um ano e por causas externas. Também mostrou a redução das internações hospitalares por bronquites infantis. A sistematização dos dados buscou a análise do custo-benefício do Programa no futuro das crianças atendidas. Em uma próxima pesquisa, a UFPel fará uma avaliação de resultados do PIM sobre a área socioeducativa.

## INTRUMENTOS/MATERIAIS DE ORIENTAÇÃO

PIM finalizará revisão do Guia da Gestante. O Guia da Gestante, ferramenta de trabalho das equipes municipais, visitantes e famílias atendidas pelo Primeira Infância Melhor (PIM), está em sua fase final de revisão pela equipe técnica estadual do Programa com a participação de vários setores do Departamento de Ações em Saúde. Na publicação, são destacados os períodos gestacionais, gravidez na adolescência, saúde bucal, alterações comuns durante a gestação, amamentação, pré-natal, parto, puerpério, direitos da gestante, sexo, o papel da família durante a gestação, entre outros. O Guia da Gestante faz parte da coleção “Guias do PIM”, formada pelo Guia da Família, Guia da Gestante para o Visitador e Guia de Orientação para os Grupos Técnicos Municipais, Monitores e Visitadores. Estes materiais também estão passando por um processo de revisão. Após revisada, a publicação será distribuída para todas as famílias atendidas nos 262 municípios onde o Programa está implantado.

Cartilha do PIM é indicada em site de referência na temática da Primeira Infância. O site Radar da Primeira Infância publicou o artigo “Como estimular o desenvolvimento da linguagem do seu filho?”. Na cartilha são apresentadas informações sobre o desenvolvimento infantil e dicas de estimulação de linguagem por faixa etária. O objetivo é instrumentalizar as equipes municipais do PIM, cuidadores e o público em geral sobre a temática. O Radar da Primeira Infância é uma iniciativa da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e do Instituto Alfa e Beto, com apoio da Fundação Bernard van Leer (Holanda), que oferece conhecimento qualificado e informação atualizada sobre a Primeira Infância.

5º Fascículo Coleção Fazendo Arte com o PIM. A Coleção Fazendo Arte com o PIM, coleção de cinco livros, em que cada volume trabalha uma temática artística, teve projeto para nova edição aprovado pela Lei Rouanet em outubro de 2015. A nova edição será acrescida de um fascículo que apresenta brinquedos e brincadeiras desenvolvidos por visitantes do Primeira Infância Melhor, finalistas e ganhadores do Prêmio Salvador Celia, premiação anual promovida pelo Primeira Infância Melhor. A nova edição está em fase de captação de recursos, e conta com Cartas de Recomendação dos Secretários de Estado da Saúde, da Educação e da Cultura. Ainda em 2015 o projeto está sendo avaliado para patrocínio pelo Bannisul, e a partir de janeiro de 2016, concorrerá também para aprovação pela Lei de Incentivo à Cultura.

## WEB SITE/SISTEMA DE INFORMAÇÕES

A comunicação do Primeira Infância Melhor realizou importantes avanços no ano de 2015. Ao todo, foram produzidas 265 notícias que foram distribuídas no site do PIM, redes sociais e parceiros de temas relacionados à Primeira Infância. O site do PIM atingiu a marca de 135 mil acessos e 2,5 milhões de páginas vistas por 50 mil usuários de 126 países diferentes em mais de 2 mil cidades ao redor do mundo. Os números refletem um aumento de 9% nos acessos em relação ao ano anterior e de 30% de novos visitantes, o que configura sucesso na estratégia de levar informação relevante não somente aos profissionais do PIM, historicamente o público majoritário do site, mas também a ampliação do público às famílias e outros profissionais que trabalham com temática. Além disso, foi implantado o sistema de

Newsletter do PIM para distribuição por e-mail do conteúdo publicado. Nas redes sociais, o alcance das publicações no Facebook aumentou 83% ao passo em que as exibições de vídeos do YouTube triplicaram. Em 2015, o PIM se integrou de forma marcante a eventos e campanhas de níveis nacional e global. Utilizou todas as mídias disponíveis para divulgar o Outubro Rosa - em combate ao Câncer de Mama - e o Novembro Azul - em combate ao Câncer de Próstata - além de disseminar informações de prevenção ao Zika Vírus e à epidemia de Microcefalia que se instalou no País. Como evolução de sua comunicação, este ano foi apresentado o novo Manual de Marca e Identidade Visual do PIM para homogeneizar a comunicação do PIM no Estado e dar melhor suporte à comunicação das equipes municipais.

O Sistema de Informação do PIM tem sido uma ferramenta fundamental para a organização dos dados das famílias atendidas e dos profissionais que trabalham nesta Política Estadual, sendo um diferencial da mesma. Além de cadastros das crianças e gestantes atendidas, o sistema armazena o Acompanhamento de Ganhos do Desenvolvimento Infantil. Assim, é possível verificar a evolução do desenvolvimento das crianças através da avaliação de indicadores de desenvolvimento e parecer descritivo. Gestantes são acompanhadas através de parecer descritivo. Além disso, o sistema oferece relatórios de gestão que possibilitam o monitoramento e avaliação das ações municipais. O sistema também viabiliza a geração de relatório que define, mensalmente, o incentivo financeiro repassado aos municípios, de acordo com o número de visitantes cadastrados com famílias ativas. Ao longo dos anos, o sistema vem se aperfeiçoando a fim de suprir recorrentes demandas e modificações da Política. Através dos desafios da prática cotidiana de suporte aos municípios, assim como através de pesquisa quantitativa realizada junto aos profissionais que utilizam o sistema em nível municipal, em 2014 o Grupo Técnico Estadual (GTE) constatou necessidade de mudanças significativas no atual Sistema de Informação. No terceiro trimestre de 2014 iniciou-se então uma parceria técnica junto com ao Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação/SES/RS, através da qual propôs-se ao GTE o mapeamento dos processos de trabalho da Política, desde a adesão até a desabilitação de um município, para posteriormente propor, também em forma de mapeamento de processos, as alterações consideradas importantes. Entre as melhorias discutidas inclui-se a melhoria da interface do sistema, tornando-o mais autodidático. Em 2015 está em discussão o desenvolvimento de um novo sistema de informação, que inclua o registro de maior número dos diferentes processos de trabalho do PIM com vistas a dar maior sustentabilidade, no que se refere à sua manutenção técnica.

## LEGISLAÇÃO

O Marco Legal da Primeira Infância é um conjunto de ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil, desde a concepção, até os seis anos de idade. O Projeto de Lei prevê a criação de políticas, planos, programas e serviços que visam garantir o desenvolvimento integral dos 20 milhões de crianças do País nesse período da vida. O PIM foi convidado para participar de uma publicação da Câmara dos Deputados Federais - Série Cadernos de Debates. O artigo proposto para a publicação contará com apresentação do PIM e do projeto de lei 6998/2013 - Marco Legal da Primeira Infância. A Visitação Domiciliar aparece no artigo 14 do Projeto de Lei, que prevê: políticas governamentais de apoio às famílias; programas que se destinam ao fortalecimento das famílias com atividades centradas nas crianças, famílias e comunidade; criação de um Sistema de Garantia dos Direitos das Crianças que se encontram em situação de vulnerabilidade para que tenham prioridade nas políticas sociais; orientação e formação às gestantes; programas e ações de visita domiciliar e outras modalidades que estimulem o desenvolvimento integral na Primeira Infância como estratégia de atuação; programas de visitas domiciliares voltados ao cuidado e educação na Primeira Infância com profissionais qualificados, apoiados por medidas que assegurem sua permanência e formação

continuada. A ideia é que o Caderno de Debates seja um guia para que os gestores possam implementar o projeto de lei, quando ele for aprovado.

O PIM juntamente com a Saúde da Criança do RS foram agentes importantes para a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). A experiência metodológica e conceitual do Primeira Infância Melhor foi usada para as ações previstas especialmente no Eixo de Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral. Este Eixo contempla, entre outras ações, a disponibilização e atualização dos conteúdos da Caderneta de Saúde da Criança, cuja próxima versão contou com a colaboração técnica da equipe estadual do PIM, especialmente na abordagem dos aspectos do desenvolvimento infantil e do fortalecimento das competências familiares. Para o Primeira Infância Melhor, a elaboração da PNAISC pautada pela articulação de tantos saberes e experiências, representa um avanço importante para o Brasil, pois contribui de maneira expressiva para um projeto de nação que cuida, educa e protege suas crianças. Além do privilégio de poder compartilhar da construção desta conquista, o PIM reconhece o destaque conquistado pela Primeira Infância, uma etapa fundamental para o desenvolvimento humano e que, portanto, demanda um esforço de priorização pelo poder público.

#### PROJETO EM ANDAMENTO

Em parceria com a Superintendência de Serviços Penitenciários e Saúde Prisional (SUSEPE) e o Departamento de Ações em Saúde (DAS), o PIM vem desenvolvendo um projeto piloto de atendimento às gestantes, mães e seus bebês na Unidade Materno Infantil (UMI) do Presídio Feminino Madre Pelletier, tendo por objetivo orientar e promover a atenção e o cuidado à Primeira Infância e gestantes.

#### COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ORGANISMOS INTERNACIONAIS

Cooperação técnica com a Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura (UNESCO). Tomando como referência o acordo firmado para cooperação técnica entre a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e a Unesco/Brasil, que tornou viável a implantação do Programa Primeira Infância Melhor no RS, foi aceita a prorrogação da vigência do Projeto. Foi realizada nova Revisão Substantiva do projeto com o objetivo de elaboração de estratégias eficientes e pontuais que viabilizem o incremento da capacidade para replicar esta tecnologia social; necessidade de manter recursos humanos com *expertise*, competência, perfil adequado e disponibilidade integral para desenvolver e acompanhar ações, além de formação profissional que agregue conhecimentos diferenciados à causa da Primeira Infância; maior capilaridade para adesão de parcerias intersetoriais efetivas, com aporte técnico, logístico e/ou mesmo financeiro mais substancial às ações do PIM, aumentando assim sua capacidade de ampliação, sustentabilidade e cooperatividade; reestruturação e aperfeiçoamento dos recursos técnicos e metodológicos para maior qualificação dos processos de monitoramento e avaliação, com a publicação de resultados validados.

Em agosto iniciou-se a Cooperação entre a Secretaria do Estado da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O projeto visa fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços de atenção à saúde e as ações de atenção e vigilância no estado do Rio Grande do Sul, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de atividades de produção e divulgação de conhecimento, desenvolvimento tecnológico, formação permanente, estudos, pesquisas e integração das ações de saúde. O Projeto/Termo de Cooperação pretende alcançar os seguintes resultados para fortalecer e qualificar a rede de serviços de atenção à saúde no Rio Grande Do Sul: Observatórios de Tecnologias, informação e comunicação em Saúde Implementados e Implantados; Atenção Básica e Vigilância em saúde integradas; Estratégias de Rede Cegonha e do Primeira Infância Melhor integradas e

ampliadas; Ações de atenção e vigilância para DST/AIDS, hepatites virais e tuberculose integradas; Linha de cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras drogas expandida e qualificada na rede de atenção psicossocial (RAPS).

A Cooperação Técnica com a OPAS proporcionará maior viabilidade e execução destas atividades, por meio da sua capacidade de catalisar parcerias estratégicas e conhecimentos, trazendo apoio técnico qualificado, conhecimentos atualizados baseados em evidências globais e regionais, novas tecnologias para ações de gestão, atenção e vigilância e aprimoramento a gestão do conhecimento e da informação em saúde.

Replicabilidade do PIM: considerando as visitas, pedidos de colaboração e parcerias visando estabelecer relações com o Governo do RS, para identificar, sistematizar e utilizar conhecimentos e práticas que possam ser aplicados em outros estados e municípios, através de projetos similares ao PIM são apoiadas os seguintes programas de visitação domiciliar em outros estados da Federação.

**Quadro 51.** Localidades e propostas que replicaram a experiência do PIM/RS, na atenção à Primeira Infância.

Localidade	Proposta
PR/Munhoz de Mello	Atenção à Primeira Infância e Maternidade (APIM)
ES/ Vila Velha	Projeto Estruturante de Atenção à Infância em Vila Velha, através de visitação domiciliar
CE/ Fortaleza	Cresça com seu Filho
SP/ São Paulo	São Paulo Carinhosa, projeto de visitas domiciliares para a promoção do desenvolvimento na Primeira Infância.
AM/Manaus	Projeto de Atenção à Primeira Infância Ribeirinha, através de visitação domiciliar
Porto Velho/ Roraima	Primeira infância de áreas rurais. Projeto Carinho de Mãe do Centro de Estudos Rioterapia e Fundação Bernard Van Leer
Brasília	Brasil Carinhoso

Assessoria/Capacitações:

Durante o período houve o aumento das assessorias técnicas *in loco* para monitoramento das ações do PIM. O número de atividades neste primeiro quadrimestre superou o número de assessorias realizadas durante o ano de 2014 - ao todo foram assessorados 100 municípios e realizadas dez capacitações iniciais. Este movimento traz impactos importantes no que concerne à sensibilização de gestores para retomada das ações do PIM nos municípios.

Também o GTE realizou as seguintes Capacitações Regionais e participou de reuniões da CIR.

**Quadro 52.** Número de Capacitações Regionais e atividades do PIM, Rio Grande do Sul, 2015.

Atividade	Número de atividades	Participantes
Capacitações Regionais Iniciais e Continuadas de GTM, monitores e visitadores com participação efetiva das equipes das CRSs.	61 (sendo 38 iniciais e 23 continuadas)	- Gestores - Equipes técnicas do PIM e Atenção básica dos municípios do RS das Macrorregiões de Saúde Serra e Metropolitana
Apoio institucional e temático aos municípios, através de assessoria presencial, juntamente com o apoio do grupo georreferenciado.	200 municípios	- Gestores - Equipes técnicas do PIM e Atenção básica dos municípios do RS em todas as Macrorregiões

As capacitações e assessorias municipais e regionais realizadas pelo PIM/RS no ano de 2015 podem ser observadas no quadro abaixo:

**Quadro 53.** Número de capacitações municipais e regionais, por macrorregião de saúde, realizadas pelo PIM/RS, Rio Grande do Sul, 2015.

MACRO	ASSESSORIAS LOCAIS (nº municípios)	Capacitações MUNICIPAIS				Capacitações REGIONAIS			
		Iniciais	Nº de Participantes	Continuadas	Nº de Participantes	Iniciais	Nº de Participantes	Continuadas	Nº de Participantes
SERRA 5ª CRS	15 Municípios	-	-	01	30	-	-	02	115
VALES 8ª, 13ª, 16ª CRSs	11 Municípios	-	-	-	-	-	-	01	50
MISSIO NEIRA 12ª CRS	11 Municípios	-	-	-	-	1	12	04	-
MISSIO NEIRA 17ª CRS	23 Municípios	9	10	-	-	-	-	2	-

MISSIO NEIRA 09ª E 14ª CRS	23 Municípios	-	-	1	7	-	-	05	50
CENTRO- OESTE 04ª CRS	25 Municípios	2	16	8	74	-	-	03	44
CENTRO- OESTE 10ª CRS	19 Municípios	4	78	9	88	1	8	03	38
SUL 3ª CRS	27 Municípios	01	78	03	90	1	7	04	100
SUL 7ª CRS	04 Municípios	-	-	-	-	-	-	01	32

De mesma forma, no ano de 2015 foram realizadas capacitações regionais no Sistema de Informações do PIM (SISPIM), atingindo 87 municípios e 174 participantes, conforme demonstrado no quadro abaixo.

**Quadro 54.** Número de capacitações regionais no SISPIM, realizadas pelo PIM/RS, Rio Grande do Sul, 2015.

MACRORREGIÃO	CRS	Capacitações REGIONAIS do SISPIM		
		Continuadas	Nº Municípios	Nº de participantes
METROPOLITANA	18	X	7	16
DIVERSAS	DIVERSAS	X	12	23
DIVERSAS	DIVERSAS	X	17	23
NORTE	6	X	26	54
DIVERSAS	DIVERSAS	X	13	27
CENTRO-OESTE	4	X	8	16
CENTRO-OESTE	10	X	4	15
<b>TOTAL</b>			<b>87</b>	<b>174</b>

**Quadro 55.** Indicador 20 (U) - Proporção de parto normal (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015, Rio Grande do Sul.

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Resultado</b>	<b>Meta 2015</b>
--	-------------	-------------	-------------	-------------	------------------	------------------

					<b>2015</b>	
RS	39,73	37,99	37,39	37,04	39,05	45

Fonte: SINASC; NIS/DGTI/SES/RS. Acesso em 11/02/2016.

A série histórica do Estado mostra que este indicador estava decrescendo nos últimos quatro anos, apontando um cenário restrito para mudança. No entanto, em 2015 houve o aumento de dois pontos percentuais, atingindo o total de 39,05% de partos normais. Embora a meta de 45% não tenha sido atingida, a mudança de um cenário após três anos de estagnação pode ser vista como os primeiros resultados de um trabalho voltado para a melhoria desse valor. Em relação às regiões de saúde do Rio Grande do Sul, podemos observar que as regiões R10, R5, R24, R9, R8, R7 e R21 são os locais que impactam positivamente para o aumento desse indicador no estado, pois todas as outras 23 regiões apresentam um valor inferior a 39%.

Ações realizadas com o objetivo de atingir a meta: monitoramento e avaliação das maternidades financiadas pela Rede Cegonha quanto aos seus serviços e metas envolvendo a diminuição de cesarianas, realização do Fórum Perinatal - que busca o envolvimento social para as questões do parto humanizado - e cursos de capacitação para a orientação das boas práticas do parto e nascimento para profissionais da saúde.

**Quadro 56.** Indicador 20 (U) - Proporção de parto normal (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

<b>Região de Saúde (R)</b>	<b>Parto Normal 2015 (%)</b>
R1 Verdes Campos	35,16
R2 Entre Rios	32,53
R3 Fronteira Oeste	33,54
R4 Belas Praias	36,81
R5 Bons Ventos	49,87
R6 V.Paranhana/C. Serra	32,08
R7 Vale dos Sinos	43,76
R8 Vale Caí/Metropolitana	44,86
R9 Carbonífera/Costa Doce	46,94
R10 Capital/Vale Gravataí	52,67
R11 Sete Povos Missões	29,82
R12 Portal das Missões	25,34
R13 Diversidade	28,21
R14 Fronteira Noroeste	20,04
R15 Caminho das Águas	25,34
R16 Alto Uruguai Gaúcho	36,32
R17 Planalto	33,86
R18 Araucárias	27,17
R19 Botucaraí	29,63
R20 Rota da Produção	22,47
R21 Sul	39,15
R22 Pampa	29,13
R23 Caxias e Hortênsias	29,72
R24 Campos de Cima Serra	47,32



R25 Vinhedos e Basalto	27,50
R26 Uva Vale	18,43
R27 Jacuí Centro	34,78
R28 Vinte e Oito	32,91
R29 Vales e Montanhas	29,53
R30 Vale da Luz	20,86

Fonte: SINASC; NIS/DGTI/SES/RS. Acesso em 11/02/2016.

**Quadro 57.** Indicador 21(U) - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	70,66	71,12	72,03	72,86	74,04	75

Fonte: SINASC; NIS/DGTI/SES/RS. Acesso em 11/02/2016.

O percentual de sete ou mais consultas de pré-natal no estado do Rio Grande do Sul vem se mantendo acima de 70% nos últimos 5 anos e atingiu o valor de 74,04% no ano de 2015. Embora a meta preconizada para o mesmo tenha sido de 75%, o crescimento de 1,18 pontos percentuais entre 2014 e 2015 deve ser considerado, pois foi o maior desse período. Quanto à distribuição entre as regiões de saúde, percebe-se que as regiões com os maiores valores, em 2015, foram: R23, R29, R25, R20, R26 e R15; já aquelas que apresentam o menor percentual foram: R10, R9, R3, R11, R24 e R21.

Ações realizadas com o objetivo de atingir a meta: aprimoramento da atenção básica através do suporte ao Programa Mais Médicos, oficinas de atualização e capacitação aos profissionais, convênio com o programa TelessaúdeRS para apoio aos serviços e manutenção do financiamento dos ambulatórios para gestante de alto risco.

**Quadro 58.** Indicador 21(U) - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde (R)	7 ou mais consultas (%)
R1 Verdes Campos	72,36
R2 Entre Rios	82,34
R3 Fronteira Oeste	68,74
R4 Belas Praias	72,52
R5 Bons Ventos	75,30
R6 V.Paranhana/C. Serra	74,93
R7 Vale dos Sinos	73,84
R8 Vale Caí/Metropolitana	72,45
R9 Carbonífera/Costa Doce	69,66
R10 Capital/Vale Gravataí	70,94

R11 Sete Povos Missões	67,74
R12 Portal das Missões	75,06
R13 Diversidade	82,62
R14 Fronteira Noroeste	76,86
R15 Caminho das Águas	82,68
R16 Alto Uruguai Gaúcho	74,93
R17 Planalto	75,27
R18 Araucárias	82,08
R19 Botucarái	78,14
R20 Rota da Produção	83,96
R21 Sul	63,47
R22 Pampa	78,15
R23 Caxias e Hortênsias	85,59
R24 Campos de Cima Serra	66,74
R25 Vinhedos e Basalto	84,10
R26 Uva Vale	82,82
R27 Jacuí Centro	79,46
R28 Vinte e Oito	72,57
R29 Vales e Montanhas	84,91
R30 Vale da Luz	81,28

Fonte: SINASC; NIS/DGTI/SES/RS. Acesso em 11/02/2016.

**Quadro 59.** Indicador 22(U) - Número de testes de sífilis por gestantes, Rio Grande do Sul, 2012-2015.

	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Resultado 2015</b>	<b>Meta 2015</b>
RS	0,00	0,03	0,015	0,25	2

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/Ministério da Saúde. Acesso em 10/03/2016.

O número de testes de sífilis por gestante ajuda a identificar qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto. No entanto, esse indicador precisa ser analisado com precaução, pois apresenta um histórico de sub-registros. Desta forma, podemos afirmar que o ano de 2015 é o ano que apresentou o maior número de registros e a região de saúde 22 é a única que se aproxima da meta preconizada (dois testes por gestante).

Ações realizadas com o objetivo de atingir a meta: capacitações juntamente com a Coordenação Estadual de DST/AIDS para enfatizar a importância do teste e também estimular o registro correto.

**Quadro 60.** Indicador 22(U) - Número de testes de sífilis por gestantes, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde (RS)	Número de testes rápidos por gestante
R1 Verdes Campos	0,09
R2 Entre Rios	0,03
R3 Fronteira Oeste	0,27
R4 Belas Praias	0,14
R5 Bons Ventos	0,28
R6 V.Paranhana/C. Serra	0,43
R7 Vale dos Sinos	0,43
R8 Vale Caí/Metropolitana	0,15
R9 Carbonífera/Costa Doce	0,02
R10 Capital/Vale Gravataí	0,25
R11 Sete Povos Missões	0,04
R12 Portal das Missões	0,73
R13 Diversidade	0,04
R14 Fronteira Noroeste	0,07
R15 Caminho das Águas	0,02
R16 Alto Uruguai Gaúcho	0,17
R17 Planalto	0,24
R18 Araucárias	0,13
R19 Botucaraí	0,26
R20 Rota da Produção	0,13
R21 Sul	0,07
R22 Pampa	1,81
R23 Caxias e Hortênsias	0,42
R24 Campos de Cima Serra	0,23
R25 Vinhedos e Basalto	0,20
R26 Uva Vale	0,19
R27 Jacuí Centro	0,23
R28 Vinte e Oito	0,24
R29 Vales e Montanhas	0,71
R30 Vale da Luz	0,05

**Fonte:** Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/Ministério da Saúde. Acesso em 10/03/2016.

**Quadro 61.** Indicador 23(U) - Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência, Rio Grande do Sul, 2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	67	94	42	59	51	60

**Fonte:** SINASC; NIS/DGTI/SES/RS. Acesso em 11/02/2016.

Em relação aos óbitos maternos, observa-se que o estado do Rio Grande do Sul não apresenta uma linearidade quando avaliamos a sua série histórica dos últimos cinco anos. A

meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU era chegar a uma razão de 35 mortes por 100 mil nascidos vivos (NV) até o final de 2015. Assim, ao calcular o valor de óbitos pelo número de nascidos vivos no estado, percebe-se que este valor foi atingido em dois momentos nos últimos 5 anos: em 2013 (31,7 óbitos por 100.000 NV) e em 2015 (35 óbitos por 100.000 NV). Quanto às regiões de saúde, observa-se que as os maiores quantidades de óbitos em números absolutos são das regiões R21, R10 e R8. No entanto, ao calcular a taxa de óbitos pela quantidade de nascidos vivos, as regiões que aparecem com os maiores valores são: R13 (68,9 óbitos por 100.000 NV), R22 (85,6 óbitos por 100.000 NV) e R8 (101,4 óbitos por 100.000 NV).

Para atingir a meta anual de 2015, foram realizadas ações que priorizaram a articulação dos serviços em redes, a identificação de critérios mínimos para os serviços de atenção, a melhoria do pré-natal através da qualificação da atenção básica e a organização dos Comitês de Investigação do Óbito Infantil e Fetal.

**Quadro 62.** Indicador 23(U) - Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

<b>Região de Saúde (R)</b>	<b>Número de Óbitos Maternos</b>
R1 Verdes Campos	2
R2 Entre Rios	0
R3 Fronteira Oeste	2
R4 Belas Praias	1
R5 Bons Ventos	0
R6 V.Paranhana/C. Serra	1
R7 Vale dos Sinos	2
R8 Vale Caí/Metropolitana	11
R9 Carbonífera/Costa Doce	2
R10 Capital/Vale Gravataí	8
R11 Sete Povos Missões	1
R12 Portal das Missões	1
R13 Diversidade	2
R14 Fronteira Noroeste	0
R15 Caminho das Águas	1
R16 Alto Uruguai Gaúcho	1
R17 Planalto	0
R18 Araucárias	1
R19 Botucarái	0
R20 Rota da Produção	0
R21 Sul	6
R22 Pampa	2
R23 Caxias e Hortênsias	2
R24 Campos de Cima Serra	0
R25 Vinhedos e Basalto	0
R26 Uva Vale	1
R27 Jacuí Centro	0
R28 Vinte e Oito	2
R29 Vales e Montanhas	1

R30 Vale da Luz	1
-----------------	---

Fonte: SINASC; NIS/DGTI/SES/RS. Acesso em 11/02/2016.

**Quadro 63.** Indicador 26(U) - Proporção de óbitos maternos investigados (%), Rio Grande do Sul, 2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	97,01	86,96	97,73	94,92	63,46	100

Fonte: NIS/DGTI/SES/RS-SINASC. Acesso em 11/02/2016.

A proporção de óbitos materno investigados também não apresentou uma linearidade nos últimos cinco anos. Percebe-se, até o momento, que o ano com o maior percentual de investigação foi 2013. Contudo, ressalta-se que os dados referentes ao ano de 2015 ainda são parciais e não estão finalizados, pois os registros de óbitos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) têm 60 dias para digitação e mais 120 dias para a investigação, portanto, há uma janela temporal para que a informação correta conste no sistema. Desta forma, os dados de 2015 ainda não estão completos para análise.

Quanto às regiões de saúde, até a data de coleta dos dados para esse Relatório (12/02/2016), pode-se afirmar que: três regiões (R6, R15, R16) apresentaram 0% de investigação, oito regiões (R1, R28, R9, R13, R22, R8, R10, R21) apresentaram entre 33%-67% e dez regiões (R3, R4, R7, R11, R12, R18, R23, R26, R29, R30) apresentam 100% de investigação. Salienta-se que nove regiões não apresentaram óbito materno. No entanto, lembramos que os dados regionais referentes ao ano de 2015 também estão em tempo de investigação e são, portanto, parciais.

Para aprimorar o processo de investigação, a Coordenação Estadual da Saúde da Mulher busca apoiar as Coordenadorias Regionais de Saúde e atuar de forma constante no monitoramento dos prazos, assim como, investe na criação de Comitês para investigação dos óbitos materno, infantil e fetal no Estado.

**Quadro 64.** Indicador 26(U) - Proporção de óbitos materno investigados (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde (R)	Proporção de Óbitos Maternos Investigado
R1 Verdes Campos	50
R2 Entre Rios	-
R3 Fronteira Oeste	100
R4 Belas Praias	100
R5 Bons Ventos	-
R6 V.Paranhana/C. Serra	0
R7 Vale dos Sinos	100
R8 Vale Caí/Metropolitana	55
R9 Carbonífera/Costa Doce	50

R10 Capital/Vale Gravataí	63
R11 Sete Povos Missões	100
R12 Portal das Missões	100
R13 Diversidade	50
R14 Fronteira Noroeste	-
R15 Caminho das Águas	0
R16 Alto Uruguai Gaúcho	0
R17 Planalto	-
R18 Araucárias	100
R19 Botucarái	-
R20 Rota da Produção	-
R21 Sul	67
R22 Pampa	50
R23 Caxias e Hortênsias	100
R24 Campos de Cima Serra	-
R25 Vinhedos e Basalto	-
R26 Uva Vale	100
R27 Jacuí Centro	-
R28 Vinte e Oito	33
R29 Vales e Montanhas	100
R30 Vale da Luz	100

Fonte: SINASC; NIS/DGTI/SES/RS. Acesso em 12/02/2016.

### ***Rede de Atenção Psicossocial***

O indicador de cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), permite monitorar a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento da população com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial. Consiste no cálculo do número de CAPS para cada 100.000 habitantes, considerando pesos distintos por tipo de CAPS [(Nº CAPS I x 0,5) + (nº CAPS II) + (Nº CAPS III x 1,5) + (Nº de CAPS i) + (Nº CAPS ad) + (Nº de CAPSad III x 1,5)], segundo a abrangência populacional indicada para cada modalidade deste serviço. Este indicador deve ser pactuado apenas por municípios com população igual ou superior a 15.000 habitantes ou por municípios com população inferior a esta, mas que possuem CAPS regionais.

Quanto ao desempenho do indicador de CAPS, a cobertura de Centros de Atenção Psicossocial no Rio Grande do Sul apresentou leve redução em relação a 2014, ficando abaixo da meta estadual, de 1,96 CAPS por 100 mil habitantes. O resultado desse indicador alcançado no estado do RS, em 2015, foi de 1,40 CAPS por 100 mil habitantes. É importante ressaltar que, embora tenha havido redução do indicador, o número absoluto de CAPS manteve-se o mesmo que em 2014 (189 CAPS). Neste sentido, a redução do indicador se deve ao aumento do índice populacional que serviu como base para cálculo (população estimada pelo IBGE 2014), uma vez que o número absoluto de CAPS no Estado não foi alterado.

Segue abaixo a série histórica do indicador no Estado do RS, referente aos anos de 2011 a 2015.

**Quadro 65.** Indicador 29 (E) - Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	1,38	1,44	1,32	1,46	1,40	1,96

**Fonte:** DAS/SES/RS. Acesso em 23/02/2016.

Embora tenha ficado abaixo da meta Estadual, o indicador representa quase o dobro da meta do Ministério da Saúde (MS), pactuada no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013/2015, que é de 0,77 CAPS por 100 mil habitantes.

Outra informação relevante é que, no ano de 2015, houve habilitação de 05 destes serviços pelo MS. Além disto, durante o ano de 2015 foi decretado pelo Governo do Estado a proibição de abertura de novos serviços devido a restrição orçamentária. Igualmente, o MS tem informado que os processos de habilitação de novos serviços custeados por este ente estão reduzidos devido à contenção de gastos da União.

Quando o indicador de cobertura de CAPS foi calculado por região de saúde, observou-se que a maioria das regiões, 23 das 30, possui o índice acima do pactuado pelo MS (0,77 CAPS/100 mil habitantes) e que as regiões 1, 11, 13, 21 e 22 ultrapassaram a meta Estadual, de 1,96 CAPS por 100 mil habitantes.

Segue abaixo o cálculo do referido indicador nas 30 Regiões de Saúde do Estado, referente ao ano de 2015.

**Quadro 66.** Indicador 29 (E) - Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2011-2015.

Região de Saúde	CAPS/100 mil habitantes 2015
R1	2,71
R2	1,57
R3	1,20
R4	0,55
R5	1,00
R6	1,78
R7	1,61
R8	1,79
R9	0,97
R10	1,17
R11	2,89
R12	1,36

R13	2,38
R14	1,26
R15	0,73
R16	0,66
R17	1,04
R18	0,43
R19	0,00
R20	0,29
R21	2,33
R22	2,63
R23	1,20
R24	0,50
R25	0,90
R26	1,89
R27	0,97
R28	1,62
R29	0,92
R30	0,95

Fonte: DAS/SES/RS. Acesso em 23/02/2016.

É importante salientar que, embora a cobertura de CAPS no Estado seja praticamente o dobro da meta estipulada pelo MS, existem regiões de saúde que deverão ter prioridade no momento em que houver possibilidade de abertura de novos serviços por não terem atingido a meta nacional, são elas: R4, R15, R16, R18, R19, R20 e R24. Embora o número de CAPS no Estado tenha se mantido o mesmo no ano de 2015, houve aumento de quase 40% nos seus atendimentos e conseqüente diminuição, em 6,5%, das internações para tratamento dos Transtornos Mentais e Comportamentais no mesmo ano.

As principais ações desenvolvidas pela área técnica no ano de 2015 são apresentadas a baixo:

**Ação 1 - Monitoramento e avaliação:** foi realizado o monitoramento e avaliação dos seguintes serviços: CAPS (via FormSus), Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), Composições de Redução de Danos e Oficinas Terapêuticas. O objetivo foi avaliar os serviços a fim de dar seguimento, readequar ou rever o seu funcionamento. As Coordenadorias Regionais de Saúde (CRSs) encaminharam os instrumentos de avaliação de cada serviço citado. Foram avaliados, em conjunto com as CRSs, os relatórios de acompanhamento dos serviços pelos apoiadores de cada macrorregião. Nos casos de não recebimento do relatório, relatório incompleto ou não funcionamento do serviço, os municípios foram oficiados. Também foram solicitados projetos para utilização de recurso nos casos de muita verba acumulada.

A avaliação e monitoramento dos leitos integrais em saúde mental em hospitais gerais foi realizada com o estabelecimento de reuniões ordinárias com a equipe do DAHA e revisão dos indicadores hospitalares de cada hospital com leitos em SM. Também foram realizadas as



revistorias do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH), que consiste na avaliação dos seis hospitais psiquiátricos do Rio Grande do Sul para verificar se estão de acordo com as normativas vigentes da Portaria GM/MS Nº 251/2002. Conforme prevê a legislação específica, a equipe foi composta por membros da Coordenação de Saúde Mental do Estado e do município, da vigilância em saúde do Estado e do município, do controle e avaliação do município ou Estado. Os conselhos municipais de saúde foram convidados a participar. Em dezembro, foram informados ao Ministério da Saúde os resultados das revistorias.

**Ação 2 - Apoio institucional:** as assessorias técnicas, através da ferramenta do apoio institucional georreferenciado por macrorregião de saúde, desenvolveram diversos temas, tais como: regulação hospitalar, gestão de casos, qualificação da rede, desinstitucionalização, dentre outros.

O apoio institucional ao processo de desinstitucionalização no município de Cachoeira do Sul está sendo priorizado pela gestão. O trabalho é realizado em articulação com a equipe da Política de Atenção Básica, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Vigilância Sanitária, 8ª Coordenadoria Regional de Saúde, Política de Enfrentamento e Prevenção à Violência, Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social, Ministério Público Estadual e local, bem como com os municípios de proveniência dos usuários moradores das casas asilares de Cachoeira do Sul.

Também foram realizadas reuniões com os Serviços da Rede De Atenção Psicossocial (RAPS) e com as CRSs nas macrorregiões de saúde Centro-Oeste, Sul e Missioneira, com objetivo de identificar a realidade e demanda da RAPS das Macrorregiões de Saúde para potencializar os dispositivos. Várias demandas foram levantadas e dentre as principais delas surgiu a necessidade de capacitação dos CAPS e de articulação da Atenção Básica aos demais serviços da RAPS.

Em 2015, a equipe participou de diferentes espaços de discussões, dentre eles: a) o Núcleo de ação das internações Compulsórias (NAIC), a fim de firmar acordo de cooperação entre o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, o Ministério Público Estadual, a Defensoria Pública do Estado, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a Associação de Psiquiatria do RS e o Conselho Estadual de Saúde para estabelecer medidas que viabilizem a efetividade de acesso ao amparo de saúde mental para as internações hospitalares psiquiátricas; b) A Câmara Temática do Programa Paz e Prevenção do Uso indevido de Drogas que tem como objetivo promover a cultura de PAZ através do Planejamento e Gestão Sistêmicos, na construção e fortalecimento da Rede de Atenção Integral às pessoas, com o foco na diminuição da criminalidade e prevenção ao uso indevido de drogas; c) O Fórum Interinstitucional Carcerário, que trata sobre a descentralização e humanização do Instituto Psiquiátrico Forense (IPF), dentre outras demandas prisionais. Esse fórum objetiva reunir diferentes instituições para somarem ações em prol da humanização do atendimento aos pacientes do IPF e sistema prisional.

**Ação 3: Educação permanente:** foram realizados encontros quinzenais de educação permanente, a partir da leitura de artigos, legislação e discussão de caso, reunindo a equipe da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e as demais políticas do Departamento de Ações em

Saúde (DAS). O objetivo destes encontros foi construir um espaço de educação permanente para o DAS. Entende-se que os encontros foram produtivos e atingiram o objetivo da atividade.

Em setembro, foi realizado o Seminário Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, em parceria com o CEVS/RS. O evento teve como objetivo sensibilizar os profissionais da saúde para o Dia Internacional de Prevenção ao Suicídio e capacitá-los para intervenções a respeito do tema. O evento contou com a participação de cerca de 200 profissionais da saúde, que deram um ótimo retorno em relação à importância do tema abordado. Para o próximo ano, estão prevista outras ações para o "Setembro Amarelo", mês de prevenção de suicídio.

Em novembro, ocorreu a Capacitação em Saúde Mental e Comportamento Violento para gestores da área da saúde, segurança e educação. Em parceria com a Secretaria da Justiça e dos Direitos Humanos/Departamento Estadual de Políticas Sobre Drogas (DEPPAD), como uma ação da Câmara Setorial da Violência. O evento, realizado em novembro, teve a participação de 120 gestores da área da saúde, segurança e educação. A capacitação foi realizada pela equipe da coordenação de saúde mental e alguns convidados, tendo uma boa repercussão entre os participantes.

Ainda foram oferecidas as seguintes palestras, sob organização da Saúde Mental: "O Maniqueísmo em Nossas Vidas: a bondade dos maus e a maldade dos bons", ministrada no Hospital Psiquiátrico São Pedro; "As Máscaras e Faces da Violência" ministrada pelo médico psiquiatra psicanalista Roberto Gomes, organizada pela Coordenação de Saúde Mental do RS em parceria com a ESP/RS. A palestra teve por objetivo abordar os seguintes temas: A relação do fenômeno universal "complexo máscara" com a violência à luz das principais teorias psicanalíticas. A função das máscaras em diferentes épocas. As contribuições da psicanálise ao estudo da violência na sociedade. A palestra teve grande procura pelos profissionais e estudantes da área de saúde mental, tendo boa repercussão dentre os participantes.

**Ação 4 - Rede:** foram mantidos todos os co-financiamentos dos dispositivos da RAPS, que atenderam aos critérios estabelecidos pelo monitoramento e avaliação. Ademais, foram habilitados, pelo Ministério da Saúde, 05 CAPS, 05 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e 03 Unidades de Acolhimento (UA).

Com relação aos Projetos de Desinstitucionalização, além dos SRTs habilitados, foram realizadas as seguintes ações:

Cachoeira do Sul: em continuidade à realização do Censo Clínico e Psicossocial dos moradores residentes em casas asilares deste município, realizado em 2014, estão sendo discutidos Projetos Terapêuticos Singulares e desenvolvidas ações de articulação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial com os municípios envolvidos. Em maio, foi finalizado o relatório sobre o processo de intervenção nas casas asilares Lar de Maria e Nossa Senhora do Perpétuo Socorro. Em julho, foi realizada reunião no Centro de Apoio Operacional de Defesa dos Direitos Humanos do Ministério Público, em Porto Alegre, e reunião na Promotoria da comarca de Cachoeira do Sul. Foi definido que o MP coordenaria um levantamento atualizado dos moradores de todas as casas asilares daquele município, que ocorreu de agosto a novembro. Em dezembro, a coordenação de saúde mental teve acesso aos dados do levantamento, que traçam um sucinto perfil dos residentes nas referidas casas asilares. A partir destes dados, estão sendo traçadas as estratégias da SES para esta população.

Também, estão sendo planejados Projetos Terapêuticos Singulares e a articulação de rede com os municípios de origem dos usuários e suas respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde. Ainda no mês de dezembro, o município de Cachoeira do Sul solicitou ao MS a habilitação de 02 Serviços Residenciais Terapêuticos e já está fazendo a contratação dos profissionais para os serviços.

Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPFMC): a fim de viabilizar o processo de desinternação definitiva e desinstitucionalização dos pacientes com Medida de Segurança Extinta do IPFMC, foram realizadas articulações na rede de saúde mental municipais e junto às Coordenadorias Regionais de Saúde para executar os Planos Terapêuticos Singulares, acordados em audiência e em reuniões. Para tanto, foram realizadas reuniões da equipe assistente com a equipe de desinstitucionalização e com a rede de saúde mental dos municípios de procedência e naturalidade dos pacientes; comparecimento em audiências no IPFMC para tratativas do processo de desinternação de pacientes; comparecimento em reuniões na Vara de Execução das Penas e Medidas Alternativas do Tribunal de Justiça (VEPMA/TJ) do estado do Rio Grande do Sul para composição juntamente com o Judiciário de planos terapêuticos singulares dos pacientes do IPFMC em Medida de Segurança Extinta; além de viabilização de vagas para Desinstitucionalização em Serviços Residenciais Terapêuticos.

Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP): no anos de 2015, ocorreu o acompanhamento e apoio à Divisão de Serviços Residenciais Terapêuticos (DSRT) para a construção de Plano Terapêutico Singular para moradores institucionalizados na área de moradia que estão em processo de desinstitucionalização para casas no território.

### ***Rede de Atenção às Urgências***

#### **Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**

Em 2015 foram inauguradas três UPAs 24hs no Estado (Bento Gonçalves - UPA porte III, Viamão - UPA porte III e Sapiranga - UPA porte I) e foi repassado recurso para os municípios realizarem a compra de equipamentos necessários para o funcionamento imediato de quatro UPAs (Carazinho - UPA porte I, Ijuí - UPA porte I, Santa Cruz do Sul - UPA porte I e Alvorada - UPA porte II).

**Quadro 67.** Indicador 14 (E) - Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Resultado 2015</b>	<b>Meta 2015</b>
RS	13,81	14,02	14,56	12,18	13,43	13,00

Fonte: Tabwin/SIH/DATASUS/MS; DAHA/SES/RS. Acesso em março de 2016.

O indicador apresenta o percentual de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) da população residente em determinado local e período.

**Quadro 68.** Indicador 14 (E) - Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

<b>Região de Saúde</b>	
R 01 - Verdes Campos	15
R 02 - Entre-Rios	29,23
R 03 - Fronteira Oeste	18,81
R 04 - Belas Praias	13,82
R 05 - Bons Ventos	16,38
R 06 - Vale do Paranhana Costa da Serra	13,67
R 07 - Vale dos Sinos	12,17
R 08 - Vale do Caí Metropolitana	13,50
R 09 - Carbonífera/Costa Doce	11,86
R 10 - CapitalVale do Gravataí	11,04
R 11 - Sete Povos das Missões	19,08
R 12 - Portal das Missões	20,24
R 13 - Região da Diversidade	14,63
R 14 - Fronteira Noroeste	14,50
R 15 - Caminho das Águas	23,08
R 16 - Alto Uruguai Gaúcho	15,66
R 17 - Região do Planalto	15,76
R 18 - Região das Araucárias	15,52
R 19 - Região do Botucaraí	18,92
R 20 - Rota da Produção	7,35
R 21 - Região Sul	9,79
R 22 - Pampa	14,29
R 23 - Caxias e Hortências	10,54
R 24 - Campos de Cima da Serra	21,67
R 25 - Vinhedos e Basalto	12,5
R 26 - Uva e Vale	14,86
R 27 - Jacuí Centro	20,87
R 28 - Vinte e Oito	13,59
R 29 - Vales e Montanhas	13,58
R 30 - Vale da Luz	12,07

Fonte: Tabwin/SIH/DATASUS/MS; DAHA/SES/RS. Acesso em março de 2016.

## Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

Em 2015 a Associação Hospitalar Santo Antônio de Tenente Portela, componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, desde 2013 como Centro Especializado em Reabilitação (CER) II nas áreas física e visual, foi habilitada como CER III ampliando o atendimento para a reabilitação auditiva.

O CER III, localizado no município de Tenente Portela, Região de Saúde 15 – Caminho das Águas, - Macrorregião Norte é referência para atendimento da população residente nas Regiões de Saúde 15 e Região 20 – Rota da Produção.

Na área da reabilitação intelectual a oferta de atendimento foi ampliada em 16 serviços de modalidade única, através da complementação do teto financeiro destes serviços, com recurso do tesouro estadual.

O percentual de cobertura da Triagem Auditiva Neonatal – TAN, no ano de 2015 foi de 78,75% dos nascidos vivos no SUS, ampliando a cobertura em relação ao ano de 2014 que foi de 74,53%. Possivelmente a cobertura do ano de 2015 tenha sido maior, tendo em vista a subnotificação dos procedimentos por parte dos municípios;

Em 2015 a Política Estadual de Cofinanciamento de Insumos de Saúde para Tratamento Domiciliar foi revisada, conforme Resolução nº 309/15 CIB/RS, visando facilitar aos municípios a dispensação de fraldas descartáveis e o processo de prestação de contas, além de qualificar os critérios de avaliação diagnóstica para a concessão deste insumo.

## LINHAS DE CUIDADO

### *Saúde da Criança / Linha de Cuidado da Criança*

**Quadro 69.** Indicador 24 (U) - Taxa de mortalidade infantil, Rio Grande do Sul, 2011 a 2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	11,48	10,80	10,57	10,65	10,15	9,9

Fonte: NIS/DGTI/SES/RS. Acesso em 17/02/16.

De acordo com os dados preliminares fornecidos pelo sistema BI (*Business Intelligence*), ocorreram 1.494 óbitos e 147.217 nascidos vivos no ano de 2015. Quanto ao Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), até o momento o estado do Rio Grande do Sul apresenta um CMI de 10,15 sendo que a meta pactuada para o ano de 2015 foi de 9,9. Já em 2014, foram contabilizados oficialmente 1.522 óbitos e 143.178 nascidos vivos, resultando num CMI de 10,63. Observando a série histórica estadual, 2010 a 2014, constatamos que o CMI tem se mantido em dois dígitos, com tendência à redução para um dígito. Em análises complementares, observa-se que o número de óbitos neonatais precoces (0 - 6 dias) é de 751

crianças, representando 50,26% dos óbitos infantis, os óbitos neonatais tardios (7 - 27 dias) somam 305, portanto 20,41% e os óbitos infantis tardios ou pós neonatais (28 até < 1 ano), 438, ou seja, 29,31%. Do total de óbitos infantis, 63,13% estão na faixa de peso menor que 2.500g.

Já as principais causas de óbito por capítulo do CID 10 foram: algumas afecções originadas no período perinatal (58,23%), malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (24,77%), causas externas de morbidade e mortalidade: (4,48%), doenças do aparelho respiratório (3,82%) e algumas doenças infecciosas parasitárias (2,48%).

**Quadro 70.** Indicador 24 (U) - Taxa de mortalidade infantil, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde	Resultado 2015
R1 - Verdes Campos	6,69
R2 - Entre-Rios	10,57
R3 - Fronteira Oeste	10,86
R4 - Belas Praias	6,13
R5 - Bons Ventos	12,33
R6 - Vale do Paranhana Costa da Serra	9,1
R7 - Vale dos Sinos	11,46
R8 - Vale do Caí Metropolitana	10,84
R9 - Carbonífera/Costa Doce	9,35
R10 - Capital/Vale do Gravataí	9,43
R11 - Sete Povos das Missões	7,92
R12 - Portal das Missões	10,2
R13 - Região da Diversidade	11,42
R14 - Fronteira Noroeste	13,95
R15 - Caminho das Águas	6,50
R16 - Alto Uruguai Gaúcho	11,22
R17 - Região do Planalto	11,27
R18 - Região das Araucárias	12,26
R19 - Região do Botucaráí	10,65
R20 - Rota da Produção	7,5
R21 - Região Sul	12,71
R22 - Pampa	13,32
R23 - Caxias e Hortências	9,28
R24 - Campos de Cima da Serra	10,41
R25 - Vinhedos e Basalto	8,89
R26 - Uva e Vale	7,49
R27 - Jacuí Centro	11,69
R28 - Vinte e Oito	9,51

R29 - Vales e Montanhas	9,93
R30 - Vale da Luz	9,79
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>10,15</b>

**Fonte:** NIS/DGTI/SES/RS. Acesso em 17/02/2016.

Em relação às 30 regiões de saúde do Estado, pode-se dizer que 16 delas apresentaram CMI acima do coeficiente estadual. Durante o ano de 2015 foram realizadas reuniões técnicas de apoio às Coordenadorias Regionais de Saúde prioritárias e seus respectivos municípios, buscando diminuir os óbitos infantis ocorridos no estado do Rio Grande do Sul. Dentre as Coordenadorias monitoradas presencialmente estão a 1ª, 2ª, 5ª, 6ª, 11ª, 14ª e 16ª. As demais foram apoiadas e monitoradas de forma não presencial, via intensificação do contato remoto.

**Quadro 71.** Indicador 25 (U) - Proporção de Óbitos Infantis e Fetais Investigados (%), Rio Grande do Sul, 2011 a 2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	79,74	79,01	89,98	94,87	75,37	90

**Fonte:** NIS/DGTI/SES/RS. Acesso em: 17/02/2016.

O resultado parcial deste indicador é obtido através do sistema BI (NIS/DGTI/SES/RS), que por sua vez é abastecido pelo registro de dados do Sistema de Informação da Mortalidade (SIM Federal). O prazo para a o registro no SIM ocorre em até 60 dias para digitação e mais 120 dias para a investigação, portanto, há uma janela temporal para que conste no sistema a conclusão do fechamento da investigação do óbito infantil e fetal. A meta do estado do Rio Grande do Sul para o ano de 2015 é de ter 90% dos óbitos infantis e fetais investigados. Para que a meta seja atingida, as regiões de saúde são monitoradas pelas Coordenações Estaduais de Saúde da Criança e Saúde da Mulher, por meio das 19 Coordenadorias de Saúde que compõem os Comitês de Investigação do Óbito Infantil e Fetal. Esses comitês reiteram o compromisso da investigação do óbito no prazo estipulado, sendo compostos também pela representação dos serviços de saúde envolvidos e das secretarias municipais de saúde. Importante enfatizar que a Portaria SES nº 032 de 24 de junho de 2002 institui a obrigatoriedade da investigação dos óbitos maternos e de crianças menores de um ano no Rio Grande do Sul e a Resolução nº 147 CIB/RS de 10 de setembro de 2003, fixa prazos para a realização dessas investigações, respaldando as ações dos comitês.

A investigação do óbito infantil e fetal é uma ferramenta que nos permite colocar em análise a gestão e assistência da Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, para que novos casos de óbitos sejam evitados. O Grupo Conductor Estadual da Rede Cegonha e o Comitê de Enfrentamento de Morte Materna Infantil e Fetal somam-se como dispositivos importantes nessa questão. No estado do Rio Grande do Sul obteve-se 75,37% de óbitos infantis e fetais investigados, fechados no sistema SIM até o mês de fevereiro de 2016 (data da última

atualização do sistema). Já em 2014, esse indicador atingiu 94,87%. Salieta-se que esse dado é preliminar, uma vez que o banco de dados fecha 14 meses após o ano de referência.

Em relação à análise das trinta regiões de saúde, no que se refere à investigação dos óbitos infantis e fetais, observa-se que 15 delas apresentam o percentual de investigação menor que o percentual estadual. Considerando que o prazo para a investigação é de 120 dias, estes percentuais são passíveis de alteração. As Coordenadorias Regionais de Saúde são corresponsáveis pelo monitoramento das investigações, que são de competência dos municípios.

**Quadro 72.** Indicador 25 (U) - Proporção de Óbitos Infantis e Fetais Investigados (%), por região da saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde	Resultado 2015 (%)
R1 - Verdes Campos	57,83
R2 - Entre-Rios	54,84
R3 - Fronteira Oeste	85,21
R4 - Belas Praias	25,00
R5 - Bons Ventos	79,31
R6 - Vale do Paranhana Costa da Serra	72,22
R7 - Vale dos Sinos	84,51
R8 - Vale do Caí Metropolitana	66,18
R9 - Carbonífera/Costa Doce	44,16
R10 - Capital/Vale do Gravataí	78,09
R11 - Sete Povos das Missões	64,18
R12 - Portal das Missões	57,58
R13 - Região da Diversidade	90,20
R14 - Fronteira Noroeste	98,31
R15 - Caminho das Águas	74,07
R16 - Alto Uruguai Gaúcho	52,00
R17 - Região do Planalto	81,98
R18 - Região das Araucárias	62,50
R19 - Região do Botucaraí	55,56
R20 - Rota da Produção	65,38
R21 - Região Sul	78,18
R22 - Pampa	96,23
R23 - Caxias e Hortências	84,30
R24 - Campos de Cima da Serra	61,29
R25 - Vinhedos e Basalto	82,14
R26 - Uva e Vale	72,41
R27 - Jacuí Centro	81,25
R28 - Vinte e Oito	83,56
R29 - Vales e Montanhas	80,43



R30 - Vale da Luz	75,86
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>75,37</b>

Fonte: NIS/DGTI/SES/RS. Acesso em 17 /02/2016.

As principais ações realizadas pela Seção de Saúde da Criança em 2015 foram:

1. Operacionalização da logística de distribuição do documento de registro de informações e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, do nascimento até 9 anos de idade (Caderneta de Saúde da Criança), para todas as maternidades do Estado;
2. Monitoramento da realização da Triagem Neonatal no território do RS (Teste do Pezinho);
3. Monitoramento do óbito infantil, através do Sistema SIM/MS via BI/NIS/DGTI/SES/RS, e da mortalidade semanal, com a realização de reuniões de planejamento nas Coordenadorias Regionais de Saúde, para definir estratégias de redução do óbito infantil;
4. Monitoramento dos Bancos de Leite Humanos (BLH) e dos Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH);
5. Interface com o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) para o desenvolvimento integral da criança e monitoramento do óbito em menores de cinco anos nos municípios com o PIM implantado;
6. Apoio aos Hospitais Amigos da Criança, com vistas à adequação à nova Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014 que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança/IHAC, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do sistema Único de Saúde (SUS);
7. Início do processo de Readequação das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) Pediátricas;
8. Retomada do Grupo de Trabalho para discussão sobre os Hospitais de Pequeno Porte (HPP), em função da Regionalização da Assistência Perinatal;
9. Monitoramento da disponibilização do Imunobiológico Palivizumabe e dos Ambulatórios de seguimento do Egresso de UTI Neonatal;
10. Interface com o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) para revisão técnica dos Guias de orientação e dos Formulários do Censo, Caracterização e Diagnóstico do Programa;
11. Interface com a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA) visando o monitoramento da Triagem Auditiva Neonatal (TAN);

12. Implantação do Método Canguru na Atenção Básica;
13. Organização e participação no Miniestágio - Curso de Imersão em Serviço e Linha de Cuidado em Serviços de Referência para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, por meio do GT de Enfrentamento à Violência Sexual;
14. Participação na realização da Oficina Estratégia Amamenta Alimenta Brasil;
15. Reavaliação dos hospitais Dom João Becker/Gravataí e Hospital de Clínicas de Porto Alegre na Iniciativa Hospital Amigo da Criança;
16. Participação na realização do curso de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira Pediatria em parceria com Sociedade Pediatria do RS;
17. Participação na realização do Curso de Atualização em Assistência Neonatal da Sociedade de Pediatria RS - Comitê de Neonatologia;
18. Visitas técnicas aos hospitais para averiguação das unidades de cuidados especiais (UTI, UCINco e UCINca).
19. Inserção da Saúde da Criança no Grupo Técnico da Vigilância Epidemiológica/SES, formado para a discussão da microcefalia e Zika Vírus.

### ***Saúde do Adolescente / Linha de Cuidado do Adolescente***

As principais ações desenvolvidas pela área técnica no ano de 2015 foram:

- Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) e assessoria aos municípios de Caxias do Sul, Novo Hamburgo, Porto Alegre e Pelotas para elaboração dos Planos Operativos Locais;
- Gestão e supervisão técnica da equipe de apoio matricial no atendimento em saúde mental nas unidades socioeducativas de Porto Alegre;
- Programa de Saúde na Escola (PSE) - Instrumentalização das CRSs para o desenvolvimento e fortalecimento do programa nos municípios, articulando saúde e educação para ações de promoção, prevenção e atenção à saúde nos 264 municípios aderidos ao PSE;
- Formação para profissionais da saúde e da educação sobre ações do PSE, em parceria com a Secretaria da Educação do Rio Grande do Sul, Política Estadual de Alimentação e Nutrição, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e TelessaúdeRS;
- Implantação e implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, através do monitoramento anual das ações desenvolvidas pelos municípios;
- Projeto de pesquisa: "Indicadores de Saúde de Adolescentes: conhecendo a realidade do Estado do Rio Grande do Sul", com o objetivo de produzir informação e conhecimento para subsidiar a gestão estadual;
- Apresentação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes para profissionais da Atenção Básica dos municípios da 8ª, 16ª e 18ª CRS;
- Apresentação da PEAISA para alunos da Faculdade de Enfermagem do IPA e da UFRGS, para residentes da Escola de Saúde Pública e para professores e mestrandos da Faculdade de Enfermagem do Maranhão.

- Implantação e implementação dos Consultórios Itinerantes junto à UFRGS, UFSM, UFPel e FURG;
- Oficina "Escrevendo o Futuro" para os alunos de 2º e 3º ano de Ensino Médio da Escola José do Patrocínio, fortalecendo a intersectorialidade com a Educação;
- Organização e participação do Miniestágio - Curso de Imersão em Serviço: Linha de Cuidado em Serviços de Referência para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, em parceria com o Ministério da Saúde, SES/RS, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas/Porto Alegre e Grupo Hospitalar Conceição, com o objetivo de fomentar a organização dos serviços para a atenção contínua e integral a pessoas em situação de violência sexual, desde o acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede.

### ***Saúde da Mulher/ Linha de Cuidado da Mulher***

**Quadro 73.** Indicador 18 (U) - Razão de exames de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária, Rio Grande do Sul, 2011 a 2015.

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Resultado 2015</b>	<b>Meta 2015</b>
RS	0,53	0,52	0,51	0,48	0,47	0,66

**Fonte:** Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/Ministério da Saúde - 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. Data de acesso 26/02/2015.

No ano de 2015, o Estado atingiu 71, 2% da meta estabelecida para o indicador. Dentre as regiões de saúde seis superaram a meta anual: R14, R18, R13, R20, R15 e R4. No entanto, a grande maioria das Regiões de Saúde ficou abaixo da meta pretendida. Os indicadores mais baixos foram registrados nas seguintes Regiões de Saúde: R1, R8, R10, R19, R21 e R22. Nestas seis regiões a razão de Citopatológico do colo do útero ficou abaixo do resultado anual alcançado pelo estado que foi de 0,47.

Ações realizadas com o objetivo de atingir a meta: implantação do SISCAN, elaboração da linha de Crônicos/ONCOLOGIA - Colo e Mama (em construção), processo de qualificação laboratorial para todo Estado (Qualicito), estímulo à oferta do exame citopatológico do colo do útero, divulgação do exame por todos profissionais visitantes e equipes da atenção básica, a realização do curso para facilitadores em parceria com ESP, Escola GHC e, por fim, o apoio aos processos para incentivo dos serviços de rastreamento do colo, conforme Portaria MS 140/2014.

**Quadro 74.** Indicador 18 (U) - Razão de exames de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária, Rio Grande do Sul, por região de saúde, 2015.

Região de Saúde (R)	Razão de CP em mulheres de 25 a 64 anos
R1 Verdes Campos	0,40
R2 Entre Rios	0,50
R3 Fronteira Oeste	0,58
R4 Belas Praias	0,67
R5 Bons Ventos	0,60
R6 V.Paranhana/C. Serra	0,57
R7 Vale dos Sinos	0,53
R8 Vale Caí/Metropolitana	0,31
R9 Carbonífera/Costa Doce	0,49
R10 Capital/Vale Gravataí	0,37
R11 Sete Povos Missões	0,58
R12 Portal das Missões	0,59
R13 Diversidade	0,68
R14 Fronteira Noroeste	0,75
R15 Caminho das Águas	0,67
R16 Alto Uruguai Gaúcho	0,54
R17 Planalto	0,51
R18 Araucárias	0,73
R19 Botucaraí	0,18
R20 Rota da Produção	0,68
R21 Sul	0,36
R22 Pampa	0,34
R23 Caxias e Hortênsias	0,47
R24 Campos de Cima Serra	0,57
R25 Vinhedos e Basalto	0,54
R26 Uva Vale	0,49
R27 Jacuí Centro	0,59
R28 Vinte e Oito	0,47
R29 Vales e Montanhas	0,65
R30 Vale da Luz	0,50

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/Ministério da Saúde - 2011-2012; IBGE. Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. Acesso em 26/02/2015.

**Quadro 75.** Indicador 19 (U) - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária, Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	0,29	0,30	0,34	0,34	0,31	0,45

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/Ministério da Saúde. Acesso em 12/02/2016.

Segundo a série histórica, este indicador teve um comportamento oscilante nos últimos cinco anos, apresentando um aumento entre 2011-2013 e uma diminuição entre 2014 e 2015. No entanto, ações de ampliação do acesso à mamografia seguem como um dos objetivos principais da Coordenação Estadual da Saúde da Mulher, estando a oferta ampliada pelo aumento do número de exames. Contudo, segue a dificuldade quanto ao registro de dados de produção nos sistemas de informação. A não obrigatoriedade de registros dos exames em serviços privados e ou de saúde complementar mantém-se como uma dificuldade para o alcance de metas. Em relação as regiões de saúde, destacam-se os locais que atingiram a meta de 0,45 (R20, R14, R15, R16, R18) e aqueles que apresentaram uma razão menor de 0,3 (R22, R21, R12, R28, R1, R26, R2, R 19, R5, R8, R9, R27, R30).

Para atingir a meta, trabalhamos com a implantação do SISCAN e suporte ao acesso dos prestadores, elaboração da linha de Crônicos/ONCOLOGIA - Colo e Mama (em construção), a realização do curso para facilitadores (em parceria com Escola GHC) para o enfrentamento do câncer de colo e mama, e por fim, o apoio aos processos para incentivo dos serviços de rastreamento da mama, conforme Portaria MS 140/2014.

**Quadro 76.** Indicador 19 (U) - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde (R)	Razão de exames de mamografia
R1 Verdes Campos	0,23
R2 Entre Rios	0,26
R3 Fronteira Oeste	0,32
R4 Belas Praias	0,41
R5 Bons Ventos	0,29
R6 V.Paranhana/C. Serra	0,33
R7 Vale dos Sinos	0,38
R8 Vale Caí/Metropolitana	0,29
R9 Carbonífera/Costa Doce	0,29
R10 Capital/Vale Gravataí	0,30
R11 Sete Povos Missões	0,36
R12 Portal das Missões	0,20
R13 Diversidade	0,34
R14 Fronteira Noroeste	0,46
R15 Caminho das Águas	0,50
R16 Alto Uruguai Gaúcho	0,50
R17 Planalto	0,34
R18 Araucárias	0,61

R19 Botucaraí	0,27
R20 Rota da Produção	0,45
R21 Sul	0,16
R22 Pampa	0,11
R23 Caxias e Hortênsias	0,32
R24 Campos de Cima Serra	0,31
R25 Vinhedos e Basalto	0,40
R26 Uva Vale	0,23
R27 Jacuí Centro	0,29
R28 Vinte e Oito	0,22
R29 Vales e Montanhas	0,31
R30 Vale da Luz	0,29

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/Ministério da Saúde. Acesso em 12/02/2016.

**Quadro 77.** Indicador 27 (U) - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	93,09	93,62	91,16	93,19	82,52	100

Fonte: NIS/DGTI/SES/RS; SINASC/MS. Acesso em 12/02/2016.

A proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados apresentava-se acima de 90% até o ano de 2014. Até o momento, o ano de 2015 apresenta um percentual de 82,52% de investigações. Contudo, ressalta-se que, assim como a investigação dos óbitos maternos, os dados de MIF referente ao ano de 2015 ainda são parciais e não estão finalizados, pois os registros de óbitos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) têm 60 dias para digitação e mais 120 dias para a investigação. Assim, os dados de 2015 ainda não estão fechados para análise. Desta forma, pode-se afirmar que, até o momento, as regiões de saúde com o menor percentual de investigação são: R4, R15, R24 e R2; já àquelas com o maior percentual são: R12, R28, R3, R27, R10, R14, R22 e R20.

Salienta-se que para aprimorar o processo de investigação, a Coordenação Estadual da Saúde da Mulher busca apoiar as Coordenadorias Regionais de Saúde e atuar de forma constante no monitoramento dos prazos.

**Quadro 78.** Indicador 27 (U) - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde (R)	Óbitos de MIF Investigado (%)
---------------------	-------------------------------

R1 Verdes Campos	78
R2 Entre Rios	48
R3 Fronteira Oeste	91
R4 Belas Praias	45
R5 Bons Ventos	78
R6 V.Paranhana/C. Serra	79
R7 Vale dos Sinos	89
R8 Vale Caí/Metropolitana	75
R9 Carbonífera/Costa Doce	55
R10 Capital/Vale Gravataí	94
R11 Sete Povos Missões	83
R12 Portal das Missões	90
R13 Diversidade	66
R14 Fronteira Noroeste	94
R15 Caminho das Águas	46
R16 Alto Uruguai Gaúcho	70
R17 Planalto	84
R18 Araucárias	79
R19 Botucaraí	59
R20 Rota da Produção	100
R21 Sul	85
R22 Pampa	98
R23 Caxias e Hortênsias	83
R24 Campos de Cima Serra	46
R25 Vinhedos e Basalto	84
R26 Uva Vale	77
R27 Jacuí Centro	93
R28 Vinte e Oito	90
R29 Vales e Montanhas	65
R30 Vale da Luz	70

**Fonte:** NIS/DGTI/SES/RS; SINASC/MS. Acesso em 12/02/2016.

### ***Saúde do Homem / Linha de Cuidado do Homem***

Em 2015 foram realizadas as ações abaixo descritas:

- 1 - Acordamos com as CRS arranjos institucionais para a permanência e/ou alterações nas coordenações de Saúde do Homem;
- 2 - Seminário de monitoramento das ações desenvolvidas pelos municípios que pactuaram a implantação e implementação de ações na área da Saúde do Homem;
- 3- Visitas as CRS, de apoio institucional, para monitoramento das ações de Saúde do Homem no território do estado do Rio Grande do Sul.

### **Saúde do Idoso / Linha de Cuidado do Idoso**

A Política Estadual de Saúde do Idoso, tem por objetivo garantir a atenção integral à saúde das pessoas com 60 anos ou mais, promovendo a manutenção da capacidade funcional e da autonomia e articulando ações para um envelhecimento ativo e saudável. Compete ainda à Área Técnica incidir para organização das Redes de Atenção a Saúde visando sua adequação para o cuidado da parcela dos idosos frágeis, que apresentam prejuízo funcional, seja por incapacidade ou perda de autonomia, com o gerenciamento de ações voltadas a atender as necessidades desse segmento.

#### Eixos estruturantes em Saúde da Pessoa Idosa

- Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como centro da atenção à saúde do idoso;
- Organização da rede de atenção a saúde da pessoa idosa, com forte ordenamento da APS, garantindo a continuidade de acesso e cuidado nos pontos de atenção especializados;
- Reconhecimento da pessoa idosa como usuário “*sócio-sanitário*” do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, as ações de cuidado devem ser articuladas com outras políticas públicas, em especial com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS);
- Produção de um modelo de atenção à saúde da pessoa idosa que invista na implementação de novas ferramentas de autocuidado e em planos integrados de cuidado.
- Educação permanente aos profissionais de saúde e áreas de interface para o cuidado em saúde da pessoa idosa;

**Quadro 79.** Indicador 30 (U) - Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das 04 principais DCNT (Doenças do Aparelho Circulatório, Cânceres, Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas), Rio Grande do Sul, 2010-2015.

<b>Objetivo - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das Redes de Atenção a Saúde</b>								
Indicador	Unid	Série histórica					Meta 2015	***Resultado Preliminar 2015
		2010	2011	2012	2013	2014		
TAXA DE MORTALIDADE PREMÁTURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	/100.000	386,6	386,0	380,4	398,70	355,37	382,90	379

Fonte: Saúde do Idoso/DAS/SES/RS.

**Quadro 80.** Indicador 30 (U) - Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das 04 principais DCNT (Doenças do Aparelho Circulatório, Cânceres, Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.



	CID 100-I-99	CID C00-C97	CID J30-J98	CID E10-E14	Total	População da Região (30-69 anos)	Taxa Preliminar 2015
1ª Região	305	389	69	48	811	202124	401,2
2ª Região	61	91	14	10	176	61290	287,1
3ª Região	462	391	90	61	1004	215003	466,9
4ª Região	112	58	17	20	207	68011	304,3
5ª Região	173	104	50	47	374	101249	369,3
6ª Região	127	129	35	27	318	101085	314,5
7ª Região	468	542	126	84	1220	366401	332,9
8ª Região	498	469	141	72	1180	344528	342,4
9ª Região	178	129	46	45	398	183898	216,4
10ª Região	1765	2606	377	322	5070	1077170	470,7
11ª Região	172	200	50	35	457	139483	327,6
12ª Região	102	97	14	34	247	73343	336,7
13ª Região	136	241	25	26	428	110449	387,5
14ª Região	123	199	38	30	390	116592	334,4
15ª Região	92	117	28	9	246	90906	270,6
16ª Região	80	151	22	18	271	114439	236,8
17ª Região	357	483	92	56	988	185433	532,8
18ª Região	37	55	10	12	114	64443	176,9
19ª Região	60	31	17	14	122	55017	221,7
20ª Região	54	68	10	15	147	76925	191
21ª Região	698	841	164	111	1814	409647	442,8
22ª Região	159	156	37	51	403	85875	469,2
23ª Região	296	496	76	63	931	263332	353,5
24ª Região	57	52	26	17	152	44610	340,7
25ª Região	116	202	30	16	364	145116	250,8
26ª Região	56	56	17	9	138	86311	159,8
27ª Região	187	191	64	33	475	97985	484,7
28ª Região	268	327	64	46	705	163572	431
29ª Região	146	225	31	22	424	106012	399,4
30ª Região	68	76	22	6	172	58889	292

Fonte: SIM/DATASUS/MS; BI/DGTI/SES/RS.

Inicialmente cabe destacar que o indicador de monitoramento da Área Técnica de Saúde do Idoso, conforme proposição do Ministério da Saúde, visa auferir uma taxa que expresse o número de adultos entre 30 e 69 anos que não cumpriu a expectativa média de vida do Brasil de 70 anos em razão do adoecimento e do óbito pelo conjunto das 4 condições crônicas mais prevalentes na população em geral, quais sejam, as doenças do aparelho circulatório, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus.

Conforme a série histórica apresentada, anualmente, em média 379 gaúchos(as) em um grupo de 100.000 habitantes perde a vida entre os 30 e os 69 anos por condições crônicas de saúde. Para redução deste número de óbitos são necessárias ações integradas de diversas áreas do Sistema Único de Saúde, em especial as de Promoção da Saúde (estímulo as atividades físicas regulares, alimentação adequada e combate ao tabagismo, por exemplo) e de fortalecimento da Atenção Primária.

As principais produções da área técnica no ano de 2015 foram:

**Quadro 81.** Principais produções da Coordenação Estadual do idoso, Rio Grande do Sul, 2015.

Ação	Descritivo	Produção
------	------------	----------

Apoio a Campanha de Vacinação da Gripe	Em conjunto com as Coordenações Regionais de Saúde do Idoso foram contatados todos os municípios que tiveram cobertura de vacinação da gripe menor que 80% em 2014 para o grupo de idosos, com oferta de apoio para aumento da cobertura.	72 municípios contatados;
Apoio a inspeção e vistorias técnicas de Instituições de Longa Permanência para Idosos.	Ação conjunta a Vigilância Sanitária estadual/regional e municipal.	5 visitas realizadas;
Composição do Conselho Estadual da Pessoa Idosa.	Participação permanente nas plenárias e reuniões de Comissão do Conselho. A Coordenação de Saúde do Idoso coordena a Comissão de Normas do Conselho Estadual do Idoso/RS compondo ainda a Mesa Diretora desse mesmo Conselho.	Participação em 23 reuniões;
Fortalecimento das Redes Municipais de Cuidado a Saúde do Idoso.	Reuniões de trabalho regionais com os trabalhadores de saúde dos municípios adscritos para qualificação do cuidado em saúde do idoso. Temas trabalhados: Implantação da Nova Caderneta de Saúde do Idoso, Vigilância de Instituições de Longa Permanência para Idosos, Implantação de Conselho e Fundo Municipal do Idoso e Sexualidade do Idoso (HIV/AIDS).	Aproximadamente 80 municípios foram capacitados em algum dos eixos, alguns municípios foram capacitados em mais de um eixo;
Atendimento da demanda de processo judiciais.	Instrução de defesas para a Assessoria Jurídica e Procuradoria Geral de Estado em relação aos pedidos de custeio de clínica geriátrica privada para pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social.	54 processos instruídos;
Enfrentamentos as vulnerabilidades em HIV/AIDS em pessoas Idosas	Apresentação do trabalho desenvolvido no Estado e premiado pelo Ministério da Saúde junto a FIOCRUZ (RJ) para replicabilidade da nossa experiência em outros Estados do Brasil.	1 apresentação nacional da proposta;
Participação das ações de formulação e apoio para a realização da Conferência Estadual de Saúde.	Reuniões de trabalho junto ao Conselho Estadual de Saúde em representação ao Departamento de Ações em Saúde/SES/RS.	8 reuniões e trabalho permanente na Conferência;
Apoio as ações de Preparação para a Aposentadoria dos Servidores do Estado do Rio Grande do Sul.	Contribuir para que o Servidor do Estado do Rio Grande do Sul construa um plano para sua aposentadoria através da participação como palestrante junto aos servidores do Estado.	2 palestras em PPP (DAER e SES);
Auferimento do Prêmio de Experiência Exitosa Estadual no Campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.	O Ministério da Saúde selecionou 12 experiências exitosas no campo de envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa de Estados e Municípios para reconhecer como meritorias e passíveis de reprodução no território nacional.	1 Prêmio recebido;
Ajuste de Metas (Pactuação)	Produção de calculo de ajuste de metas do indicador 30 (a, b) do SISPACTO para os 497 municípios do Estado e as 30 regiões de Saúde e subsídio técnico as	497 municípios;

	Coordenadorias Regionais de Saúde para o Ajuste Anual de Metas.	
--	---	--

## AÇÕES TRANSVERSAIS

### *Saúde Bucal*

**Quadro 82.** Indicador 4 (U) - Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	38,33	39,41	47,71	52,66	47,99	56

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/Ministério da Saúde; DGTI/SES/RS. Acesso em 15/01/2016.

O indicador de cobertura estimada pelas equipes básicas de saúde bucal no ano de 2015 não atingiu a meta proposta. Ressalta-se que os dados referem-se ao mês de novembro de 2015. Atualmente, a maior dificuldade para ampliação do número de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família encontra-se na contratação de recursos humanos, especialmente cirurgiões-dentistas com carga horária de 40 horas semanais, conforme o preconizado na Política Nacional de Atenção Básica que flexibiliza a carga horária somente para os médicos.

**Quadro 83.** Indicador 4 (U) - Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde	Resultado 2015
R1 - Verdes Campos	43,18
R2 - Entre-Rios	83,72
R3 - Fronteira Oeste	52,23
R4 - Belas Praias	49,88
R5 - Bons Ventos	56,03
R6 - Vale do Paranhana Costa da Serra	46,19
R7 - Vale dos Sinos	36,96
R8 - Vale do Caí Metropolitana	42,52
R9 - Carbonífera/Costa Doce	35,23
R10 - Capital/Vale do Gravataí	32,87
R11 - Sete Povos das Missões	69,85
R12 - Portal das Missões	75,39
R13 - Região da Diversidade	79,49
R14 - Fronteira Noroeste	66,28
R15 - Caminho das Águas	92,52
R16 - Alto Uruguai Gaúcho	63,69
R17 - Região do Planalto	47,79
R18 - Região das Araucárias	72,85

R19 - Região do Botucaraí	72,81
R20 - Rota da Produção	81,65
R21 - Região Sul	45,52
R22 – Pampa	33,31
R23 - Caxias e Hortências	32,10
R24 - Campos de Cima da Serra	79,22
R25 - Vinhedos e Basalto	55,71
R26 - Uva e Vale	50,99
R27 - Jacuí Centro	51,58
R28 - Vinte e Oito	61,87
R29 - Vales e Montanhas	59,84
R30 - Vale da Luz	52,23
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>47,99</b>

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/Ministério da Saúde. Acesso em 15/01/2016.

Conforme se observa, em relação às regiões de saúde, temos 14 regiões com coberturas superiores à meta de 2015 e cinco regiões com um percentual inferior 40%. Sendo a menor cobertura na R10 (32,87%) e a maior na R15 (92,52%). Reitera-se a necessidade da continuidade, permanência e regularidade no repasse dos incentivos financeiros pelo Estado e Ministério da Saúde aos municípios e permanente apoio institucional para o desempenho positivo do indicador.

**Quadro 84. Indicador 5 (U) - Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, Rio Grande do Sul, 2011-2015.**

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	3,21	2,00	1,95	2,34	1,41	5,00

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/Ministério da Saúde; DGTI/SES/RS. Acesso em 26/02/2016.

Entre as principais atividades da Seção de Saúde Bucal descreve-se o assessoramento na Pactuação dos Indicadores de Saúde Bucal, em especial para o Indicador Média de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, através de contato direto com os gestores e profissionais responsáveis pela execução das ações, informando e esclarecendo dúvidas quanto ao cálculo e inserção correta da informação no sistema de registro. Entretanto percebe-se uma resistência de muitos gestores em aplicar o cálculo preconizado para este indicador, pois alegam que os dados a serem lançados mensalmente pelo município não refletem o objetivo do indicador que é o de medir a proporção de pessoas do município que tem acesso à ação coletiva durante o ano, ficando sempre aquém da realidade da ação. Neste sentido, em meados de 2015 após vários encontros com as regionais de saúde, foi enviada uma solicitação das CRS para a Coordenação Geral de Saúde Bucal do MS, solicitando uma revisão do indicador. Aponta-se, ainda, as dificuldades financeiras enfrentadas pelo Estado e

municípios e a necessidade da disponibilidade de insumos e recursos humanos, que fazem que a ação fique prejudicada.

Dessa forma, o resultado do indicador ficou abaixo do pactuado, tanto em relação ao Estado (1,41 para uma pactuação de 5,0) quanto no que se refere às regiões de saúde. Neste último caso, somente as regiões R16 e R23 apresentaram o valor próximo ao preconizado. As regiões R3, R10, R13, R21, R22, R24 e R27 devem ser melhor sensibilizadas devido seus baixo resultados, considerando o exposto na análise anterior.

**Quadro 85. Indicador 5 (U) - Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.**

Região de Saúde	Resultado 2015
R1 - Verdes Campos	0,79
R2 - Entre-Rios	0,75
R3 - Fronteira Oeste	0,21
R4 - Belas Praias	3,12
R5 - Bons Ventos	1,86
R6 - Vale do Paranhana Costa da Serra	2,31
R7 - Vale dos Sinos	2,31
R8 - Vale do Caí Metropolitana	1,51
R9 - Carbonífera/Costa Doce	1,04
R10 - Capital/Vale do Gravataí	0,81
R11 - Sete Povos das Missões	1,18
R12 - Portal das Missões	1,71
R13 - Região da Diversidade	0,85
R14 - Fronteira Noroeste	1,46
R15 - Caminho das Águas	1,22
R16 - Alto Uruguai Gaúcho	4,71
R17 - Região do Planalto	1,22
R18 - Região das Araucárias	1,15
R19 - Região do Botucaraí	1,72
R20 - Rota da Produção	2,41
R21 - Região Sul	0,22
R22 - Pampa	0,27
R23 - Caxias e Hortências	4,65
R24 - Campos de Cima da Serra	0,42
R25 - Vinhedos e Basalto	1,75
R26 - Uva e Vale	2,93
R27 - Jacuí Centro	0,25
R28 - Vinte e Oito	1,41
R29 - Vales e Montanhas	1,58
R30 - Vale da Luz	2,21
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>1,41</b>

**Fonte:** Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/Ministério da Saúde; DGTI/SES/RS. Acesso em 26/02/2016.

**Quadro 86. Indicador 6 (E) - Proporção de Exodontia em Relação aos Procedimentos (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.**

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	16,67	9,27	8,28	7,93	7,11	7,8

**Fonte:** Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/Ministério da Saúde; DGTI/SES/RS. Acesso em 18/02/2016.

O indicador 06 apresentou desempenho satisfatório no ano de 2015 com o alcance da meta proposta. Destaca-se que houve necessidade de se fazer um ajuste no resultado encontrado pelas fontes de informação, uma vez que foram detectadas inconsistências no banco de dados em relação a alguns municípios. Nesse sentido, foram descartados os dados de São Pedro da Serra (R8) referente a fevereiro de 2015, e Cruz Alta (R12) referente a maio de 2015, por extrema distorção da informação gerada talvez por erro de digitação no sistema. Este resultado demonstra que as ações de saúde bucal estão sendo mais conservadoras, embora algumas regiões, tais como a R8, a R11 e a R12, devam ser acompanhadas e sensibilizadas para uma mudança de prática. Ações de educação permanente devem ser incrementadas, em que pesem as dificuldades financeiras vislumbradas também para o ano de 2016.

**Quadro 87. Indicador 6 (E) - Proporção de Exodontia em Relação aos Procedimentos (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.**

Região de Saúde	Resultado 2015 (%)
R1 - Verdes Campos	7,99
R2 - Entre-Rios	9,25
R3 - Fronteira Oeste	11,54
R4 - Belas Praias	6,73
R5 - Bons Ventos	3,67
R6 - Vale do Paranhana Costa da Serra	10,22
R7 - Vale dos Sinos	9,50
R8 - Vale do Caí Metropolitana	32,93
R9 - Carbonífera/Costa Doce	5,41
R10 - Capital/Vale do Gravataí	15,73
R11 - Sete Povos das Missões	43,38
R12 - Portal das Missões	80,59
R13 - Região da Diversidade	5,49
R14 - Fronteira Noroeste	8,32
R15 - Caminho das Águas	12,27
R16 - Alto Uruguai Gaúcho	3,28
R17 - Região do Planalto	6,84
R18 - Região das Araucárias	6,58
R19 - Região do Botucaraí	6,47
R20 - Rota da Produção	7,45
R21 - Região Sul	14,41
R22 - Pampa	21,30

R23 - Caxias e Hortências	8,01
R24 - Campos de Cima da Serra	10,18
R25 - Vinhedos e Basalto	4,51
R26 - Uva e Vale	6,23
R27 - Jacuí Centro	11,81
R28 - Vinte e Oito	6,98
R29 - Vales e Montanhas	4,81
R30 - Vale da Luz	5,03
<b>Rio Grande do Sul</b>	16,23 sem ajuste
<b>Total RS</b>	<b>*7,11%</b>

**Fonte:** Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/Ministério da Saúde; DGTI/SES/RS. Acesso em 26/02/2016. \*Descartados os dados de São Pedro da Serra (R8) referente a fevereiro de 2015, e Cruz Alta (R12) referente a maio 2015, por distorção.

Aponta-se que a Coordenação Estadual de Saúde Bucal do RS realiza ações que visam à transversalidade em todas as Redes de Atenção à Saúde, garantindo para além da ampliação de cobertura e resolutividade das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, os fluxos adequados no que se refere aos Centros de Especialidades Odontológica (CEO) e Laboratórios de Prótese Dentária (LPD). Para tanto, em 2015 tivemos, dentre outras ações:

- Reuniões com a Coordenação Municipal de Saúde de Porto Alegre para discussão dos processos de regulação de procedimentos e consultas odontológicas município/Estado especialmente estomatologia e atendimento hospitalar para Pessoas com Deficiência;

- Participação no Grupo Técnico da Atenção Básica visando a aproximar os gestores do SUS/RS para responder às demandas e desafios na busca do fortalecimento e qualificação da Atenção Primária à Saúde;

- Acompanhamento da pactuação e monitoramento dos indicadores de saúde;

- Visita às Coordenadorias Regionais de Saúde (5ª, 8ª e 9ª) para discussão dos indicadores 4, 5 e 6 das Diretrizes Objetivos e Metas 2013-2015;

- Encontro com os Coordenadores Regionais de Saúde Bucal para avaliação, proposições e alinhamento das ações para 2016.

### ***DST/AIDS***

**Indicador 28(U).** Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade

A sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória desde o ano de 1986, instituído por meio da Portaria 542 de 22 de dezembro, na tentativa de facilitar e ampliar as medidas de prevenção, diagnóstico, além de garantir o tratamento adequado.

O Ministério da Saúde, por meio do Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita em nível nacional, tem como meta o controle e a redução deste agravo na população, passando a ser um indicador de avaliação da Atenção Básica em Saúde nos municípios participantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, este indicador tem como objetivo nacional

organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade. Expressa a qualidade da assistência pré-natal, visto que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em, pelo menos, duas oportunidades, durante gestação e parto, conforme o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015.

Durante o ano de 2015, os serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul notificaram no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 1.631 casos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade, sendo possível destacar o aumento no número de casos nos últimos anos, conforme tabela abaixo. A meta estabelecida pela Coordenação Estadual de DST/Aids para o ano de 2015 foi de 975 casos, sendo assim, houve um acréscimo de 656 casos conforme dados abaixo.

**Quadro 88.** Casos notificados de sífilis congênita em menores de 1 ano (número e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos), por ano de diagnóstico. RS, 2011-2015 (1, 2)

	2011		2012		2013		2014		2015		Meta 2015
	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº
RS	612	4,4	769	5,5	984	7,0	1180	8,2	1.631	11,1	975

**FONTE:** Seção DST/Aids/DAS/SES - SINANNET. **Notas:** (1) Dados preliminares exportados em 16/02/2016. (2) Para o cálculo da taxa foi utilizado o número de nascidos vivos do ano correspondente NIS/DGTI/SES.

Comparando o percentual de casos do ano 2014 com o ano de 2015, é possível observar um aumento de 38,2%. Este aumento pode ser atribuído a falta, no Brasil, de penicilina benzatina e penicilina cristalina, que são medicamentos utilizados para o tratamento da sífilis em gestante e sífilis congênita. A aquisição desses medicamentos são de responsabilidade municipal e das instituições hospitalares. Contudo, devido à dificuldade de aquisição destes insumos pelos municípios e em função da sífilis congênita ser um grave problema de saúde pública, a Secretaria de Estado da Saúde iniciou, no ano de 2015, processos de compra destes medicamentos, sendo efetivados, no ano de 2015, a compra de 1.500 frascos de penicilina benzatina, as quais foram distribuídas para os municípios do Estado que estavam em falta do produto.

Com relação ao acesso ao pré-natal, os dados mostram que, entre os anos de 2010 a 2014, 2.953 (74,5%) das mães das crianças com sífilis congênita, acessaram o sistema de saúde para a realização do pré-natal, recebendo, a maioria, o diagnóstico de sífilis durante o 3º trimestre de gestação (38,2%). Nesse sentido a transmissão vertical pode estar relacionada a falhas no diagnóstico e tratamento durante o pré-natal, tanto da gestante quando do parceiro.

A Coordenação Estadual de DST/Aids trabalhou em 2015, em parceria com a Atenção Básica, Programa Primeira Infância Melhor, Saúde da Mulher e Saúde da Criança para uma melhor qualificação das vigilâncias das Coordenadorias Regionais de Saúde e dos municípios



do Estado através da realização de oficinas de sensibilização sobre transmissão vertical. Essas oficinas tiveram por objetivo o fomento da implantação de 12 Comitês Regionais e 20 Comitês Municipais de Investigação da Transmissão Vertical da Sífilis Congênita e Aids. Até o momento foram implantados sete Comitês de Transmissão Vertical regionais nas seguintes CRS: 1ª, 3ª, 8ª, 9ª, 10ª, 13ª, 17ª e dez Municipais sendo eles: Uruguaiana, Pelotas, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Alvorada, Gravataí, Erechim, Guaíba, Caxias do Sul, e Sapucaia do Sul. Os comitês visam aprimorar o monitoramento e acompanhamento sistemático dos casos.

A taxa de detecção de sífilis congênita foi calculada com base nos casos confirmados, ou seja, não foram considerados para cálculo os casos descartados, passando de 4,4/1000 nascidos vivos em 2011 para 11,1/1.000 nascidos vivos em 2015 (dados preliminares do SINAN e SINASC exportados e consultados em 16/02/2016).

Observando o quadro abaixo, é possível destacar uma concentração de casos na R10 (Capital e Vale do Gravataí) que registrou um total de 730 sífilis congênita, seguida da R8 (Vale do Caí e Metropolitana) com 183 casos confirmados. Analisando a taxa de detecção nas regiões de saúde no ano de 2015, cinco das 30 regiões apresentaram taxa superior à do Estado (11,1/1.000 nascidos vivos), sendo por ordem decrescente: R10 - Capital e Vale do Gravataí (22,7); R8 - Vale do Caí e Metropolitana (16,0); R1 - Verdes Campos (14,0); R17 - Planalto (13,4/1000); e R23 - Caxias e Hortênsias (11,5), por 1.000 nascidos vivos.

**Quadro 89.** Casos notificados de sífilis congênita em menores de 1 ano (número e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos), segundo região de saúde, por ano de diagnóstico, Rio Grande do Sul, 2015 <sup>(1, 2)</sup>.

Regiões de Saúde	2015	
	nº	taxa
R1	73	14,0
R2	4	3,0
R3	45	7,1
R4	9	3,9
R5	21	7,0
R6	13	4,4
R7	89	8,0
R8	183	16,0
R9	49	9,5
R10	730	22,7
R11	9	2,6
R12	20	10,2
R13	9	3,1

R14	10	3,9
R15	2	0,9
R16	5	1,8
R17	75	13,4
R18	8	5,2
R19	0	0,0
R20	7	3,3
R21	92	8,4
R22	5	2,1
R23	93	11,5
R24	4	2,8
R25	28	7,3
R26	2	0,9
R27	13	5,4
R28	19	4,6
R29	11	4,2
R30	3	1,8

Fonte: Seção DST/Aids/DAS/SES - SINANNET. Notas: (1) Dados preliminares exportados em 16/02/2016. (2) Para o cálculo da taxa foi utilizado nascidos vivos do ano correspondente NIS/DGTI/SES.

Traz-se que, a Coordenação Estadual de DST/Aids tem como um dos seus objetivos a ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV e da Sífilis, através da implantação dos testes rápidos (TR). Essa estratégia é fundamental para o enfrentamento da sífilis congênita e da transmissão vertical (TV) do HIV. Atualmente, 442 municípios do Estado tem o TR implantado em sua rede de Atenção Básica, representando uma cobertura de 90%. A meta estadual é implantar a testagem rápida em 100% dos municípios, para isso tem-se realizado ações de formação em serviço em parceria com o Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS) do Estado, além de contar com a rede de multiplicadores das Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios.

A Coordenação Estadual de DST/Aids avalia e realiza suporte técnico à rede de serviços que prestam atendimento às gestantes e parturientes com HIV, Sífilis e recém nascidos expostos a esses agravos. As ações de prevenção da transmissão vertical nas maternidades têm sido monitoradas sistematicamente, através da análise de relatórios, com informações sobre testagem rápida de HIV, realização de exame para sífilis e prescrição de insumos de prevenção.

O Estado realiza, também, visitas de monitoramento *in loco* nas Organizações Não Governamentais (ONG) com o objetivo de acompanhar, orientar e discutir projetos de prevenção ao HIV/Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) dirigidos a crianças, adolescentes e mulheres, por meio do Edital 01/2012. Esses projetos, dentre outras ações, tem foco na promoção e prevenção à saúde de gestantes e parceiros. Ao total, foram monitorados 11 projetos nos municípios de Porto Alegre, Guaíba, Passo Fundo e Pelotas. Entre as atividades desenvolvidas pelas ONG, encontram-se ações de educação em saúde, oficinas de prevenção, capacitações variadas, desenvolvimento de materiais informativos e distribuição de preservativos. Por meio das visitas de monitoramento, busca-se articular os projetos desenvolvidos pela sociedade civil a outras ações e serviços de saúde locais.

**Indicador 42 (U):** Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos

Este indicador, segundo o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015, tem como objetivo nacional fortalecer a promoção e a vigilância em saúde, tendo como meta reduzir a incidência de Aids em menores de 5 anos. Igualmente, tem como relevância principal expressar o número de casos novos de Aids, considerando a população residente em determinado local e no ano, medindo, assim, o risco de ocorrência de casos novos nessa população.

No ano de 2015, o número de casos notificados foi 37 casos novos de Aids em menores de cinco anos, conforme dados preliminares do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), não sendo possível atingir a meta estabelecida pela Coordenação Estadual de DST/Aids para este indicador que foi de 32 casos. Comparando o total de casos de 2014 com o ano de 2015, observa-se uma redução de 22,9%, sendo possível, portanto, alcançar o parâmetro nacional de referência deste indicador que é reduzi-lo em 10% em relação ao número de casos do ano anterior (quadro 90).

A taxa de detecção da Aids em menores de 5 anos por 100.000 habitantes, tem sido utilizada como indicador para monitorar a transmissão vertical do HIV. Tem-se observado uma redução no coeficiente, passando de 7,4 em 2014 para 5,7/100 mil habitantes em 2015 (quadro 90).

**Quadro 90.** Casos notificados de Aids em menores de 5 anos (número e taxa de detecção por 100.000 habitantes), por ano de diagnóstico, RS, 2011-2015 <sup>(1, 2)</sup>.

	2011		2012		2013		2014		2015		Meta 2015
	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº	tx	nº
RS	47	7,3	56	8,6	37	5,7	48	7,4	37	5,7	32

**FONTE:** Seção DST/Aids/DAS/SES - SINANNET. **NOTAS:** (1) Dados preliminares exportados em 15/01/2016. (2) Para o cálculo da taxa foi utilizada a população do ano 2012 do DATASUS.

Analisando a frequência por região de saúde, observam-se casos notificados em dez das 30 regiões de saúde do Estado, sendo possível destacar a R10 (Capital Vale do Gravataí), seguida da R8 (Vale do Caí e Metropolitana), com os maiores números de casos notificados. Ao avaliar a taxa de detecção nas regiões de saúde no ano de 2015, percebe-se que, em sete das dez regiões, a taxa de detecção foi superior à do Estado, conforme demonstra o Quadro 91.

**Quadro 91.** Casos notificados de Aids em menores de 5 anos (número e taxa de detecção por 100.000 habitantes), segundo região de saúde e ano de diagnóstico, RS, 2015 <sup>(1,2)</sup>.

Regiões de Saúde	2015	
	nº	taxa
R1	1	4,2
R2	-	-
R3	-	-
R4	-	-
R5	1	7,8
R6	-	-
R7	4	8,2
R8	9	18,9
R9	2	8,1
R10	13	9,6
R11	-	-
R12	-	-
R13	-	-
R14	-	-
R15	-	-
R16	-	-
R17	1	4,3
R18	-	-
R19	1	14,1
R20	-	-
R21	1	2,0
R22	-	-

R23	-	-
R24	-	-
R25	-	-
R26	-	-
R27	4	34,5
R28	-	-
R29	-	-
R30	-	-

**FONTE:** Seção DST/Aids/DAS/SES - SINANNET. **NOTAS:** (1) Dados preliminares exportados em 15/01/2016. (2) Para o cálculo da taxa foi utilizado a população do ano 2012 do DATASUS.

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer também através da amamentação, com percentual entre 7% a 22% por exposição (mamada), conforme Manual do Ministério da Saúde (Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, 2010). Diante disto, recomenda-se a não amamentação e a substituição do leite materno por fórmula láctea infantil para todas crianças expostas ao vírus. A Coordenação Estadual de DST/AIDS fornece fórmula láctea infantil tipo 1 para crianças até 6 meses de idade e a fórmula láctea tipo 2 para crianças entre 6 e 12 meses.

O Estado do Rio Grande do Sul recomenda a realização de testagem para HIV e sífilis em 100% das gestantes e parturientes, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, através de Nota Técnica Estadual nº02/2015.

No ano de 2015 foram elaborados e distribuídos materiais didáticos para maternidades e unidades de saúde da Atenção Básica sobre profilaxia da transmissão vertical do HIV, sífilis congênita e hepatites B e C. Além disso, foram organizados seis eventos de atualização sobre as condutas para profilaxia da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C para os profissionais das maternidades das macrorregiões de saúde Metropolitana, Serra, Centro-oeste, Sul e Missioneira. As demais macrorregiões serão contempladas em 2016. Esses eventos contaram com a colaboração da Coordenação Estadual de Hepatites Virais e Coordenações Regionais de DST/Aids.

A Coordenação de DST/Aids, com objetivo de traçar estratégias para enfrentamento da transmissão vertical, tem priorizado ações em parceria com outras políticas estaduais de saúde como a Saúde da Mulher, Atenção Básica, Saúde Prisional, Saúde da Criança, Tuberculose, Hepatites Virais, entre outras. Além disso, vem realizando parcerias com profissionais de outras instituições internas e externas à SES/RS, como Hospital Sanatório Partenon (HSP), Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), entre outros.

**Indicador 43 (E):** Proporção de pacientes HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200cel/mm3.

Este indicador tem como Diretriz Nacional a redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, sendo a meta reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV. Segundo o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015, o objetivo nacional é fortalecer a promoção e vigilância em saúde, tendo como relevância mostrar o poder de captação precoce dos casos de HIV positivo para tratamento a partir do nível de comprometimento do sistema imunológico dos indivíduos infectados ao serem testados para verificação de indicação de Terapia Antirretroviral (TARV).

O Quadro 92, por meio de uma série histórica, mostra a proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200 cel/mm<sup>3</sup> no Estado, demonstrando, assim, a ocorrência da captação tardia dos casos de infecção. Ressaltamos que os dados disponibilizados de 2015 são até o período de 26 de outubro de 2015, não sendo possível ainda analisar a meta 2015 pactuada para esse indicador.

**Quadro 92.** Indicador 43 - Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm<sup>3</sup> (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015 <sup>(1)</sup>

	2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
RS	26,2	27,7	22,9	23,9	23,4	23,0

**FONTE:** SISCEL e SICLOM - exportados do site <<http://www.aids.gov.br/dadosCOAP>>. **NOTAS:** Dados de 2015 parciais e atualizados em 26/10/2015.

O Quadro 93 mostra os resultados parciais de 2015 (atualizados até 26/10/2015) por região de saúde. Observa-se que, em 11 das 30 regiões de saúde a proporção foi superior à do Estado até o período analisado. A região de saúde 29 apresentou o maior percentual (36,1%) mostrando que o diagnóstico, de grande parte da população, vem acontecendo tardiamente na localidade - o que necessita de investimentos em termos de política pública.

**Quadro 93.** Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200 cel/mm<sup>3</sup> (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015 <sup>(1)</sup>.

Regiões de Saúde	Resultado 2015 (%)
R1	25,2
R2	0,0
R3	19,7
R4	13,5
R5	20,5
R6	15,8
R7	22,9

R8	23,0
R9	19,2
R10	24,3
R11	24,3
R12	21,6
R13	4,0
R14	11,1
R15	16,7
R16	33,3
R17	5,6
R18	13,6
R19	20,0
R20	7,1
R21	31,3
R22	23,7
R23	25,0
R24	7,7
R25	22,5
R26	25,0
R27	31,3
R28	28,8
R29	36,1
R30	21,4

**FONTE:** SISCEL e SICLOM - exportados do site <<http://www.aids.gov.br/dadosCOAP>>. **NOTAS:** Dados parciais atualizados em 26/10/2015.

A definição do diagnóstico tardio se dá por meio da contagem de menos de 200 células de CD4/mm<sup>3</sup> no momento do primeiro exame anti-HIV. Esse indicador é monitorado por meio da análise do primeiro exame de CD4 registrado para cada paciente no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel). Uma das estratégias para impactar positivamente nos resultados deste indicador é a ampliação do acesso ao diagnóstico, através da implantação dos testes rápidos de HIV na Atenção Básica (AB).

A Coordenação Estadual de DST/Aids presta suporte técnico, realiza monitoramento e promove a ampliação da rede de diagnóstico de HIV e Sífilis por meio da oferta do teste rápido na Atenção Primária, Secundária e Terciária à saúde. Os profissionais dos municípios são capacitados para realização de acolhimento, aconselhamento e testagem para HIV, sífilis e

hepatites virais nos serviços de Atenção Básica. Com esta estratégia, pretende-se que todos os municípios do Estado tenham o TR implantado na AB. No ano de 2014 eram 331 municípios (66,6%) e em 2015 são 442 municípios (90%) com TR implantado.

A implantação da Linha de Cuidado (LC) para as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e outras DST tem sido uma prioridade da Coordenação Estadual de DST/Aids. Essa linha de cuidado tem como objetivo orientar os municípios na organização das redes de atenção à saúde, apresentando diretrizes e recomendações gerais para subsidiar a definição das atribuições entre os níveis de atenção, com enfoque para o compartilhamento do cuidado entre Atenção Básica (AB) e Serviço Especializado (SAE). No ano de 2015 foram realizadas visitas técnicas aos municípios, a fim de prestar apoio temático em relação as ações de DST/Aids e compartilhamento do cuidado entre AB e SAE.

Ainda em 2015, foram realizados 2 encontros de educação continuada para médicos (macrorregião de saúde metropolitana e municípios do interior) com ênfase no compartilhamento do cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/Aids entre Atenção Básica e Serviço Especializado em HIV/Aids (conforme preconizado na Linha de Cuidado de HIV/Aids para PVHA e outras DST do Rio Grande do Sul). O objetivo dos encontros foi proporcionar a integração/articulação entre médicos do SAE e AB, além de capacitar os médicos da AB para o cuidado às PVHA conforme estratificação de risco, no nível de competência estabelecido para a AB e atualizar os médicos do SAE no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (Ministério da Saúde, 2013).

Com o objetivo de monitorar os usuários que realizaram exames de CD4 e não iniciaram o uso de Terapia Antirretroviral (TARV), a Coordenação Estadual de DST/Aids vem trabalhando com o Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (SIMC). O SIMC é um sistema de informação que identifica usuários elegíveis para tratamento pelo critério de CD4 e que ainda não entraram em tratamento antirretroviral no ano de referência. O *gap* de 2015 para o estado do RS foi de 1.515 usuários com CD4 < 350 e que não estão em terapia antirretroviral, sendo que 752 (49,6%) já foram analisados e atualizados no sistema. Dos usuários analisados, 506 entram em terapia antirretroviral, 20 recusaram o tratamento, 101 foram a óbito, 21 não foram localizados pelos serviços, uma criança exposta, 15 foram transferidos para outros serviços, 53 abandonaram o tratamento, 4 são HIV negativo e 31 não estão sendo acompanhados no serviço vinculado a solicitação do exame.

O Estado realizou, em 2015, visitas de Monitoramento *in loco* para acompanhar, orientar e discutir projetos de prevenção ao HIV/Aids e outras DST dirigidos a populações-chave (homens que fazem sexo com homens, travestis/transsexuais, usuários de drogas, pessoas vivendo em instituições fechadas) realizados por ONG, por meio do Edital 01/2012. Dentre outras ações, os projetos têm foco no acesso ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Ao total foram monitorados 11 projetos com esse foco, nos municípios de Porto Alegre, Guaíba, Sapiranga, Novo Hamburgo, Pelotas e Caxias do Sul. Entre as atividades desenvolvidas pelas ONG encontram-se ações de estímulo à testagem, educação em saúde, oficinas de prevenção e adesão ao tratamento, capacitações variadas, desenvolvimento de materiais informativos, distribuição de preservativos.

Em parceria com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/SVS/Ministério da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e sete ONG do Estado, a Coordenação Estadual de



Saúde vem organizando e implantado a Segunda edição do Projeto Viva Melhor Sabendo. Este projeto prevê ações de testagem para populações específicas (jovens, homens que fazem sexo com homens, travestis/transsexuais, usuários de drogas) por meio da tecnologia do fluido oral nos municípios de Porto Alegre, Guaíba, Gravataí, Novo Hamburgo, Sapiranga, Pelotas e Caxias do Sul. Além da testagem, as ONG distribuem materiais informativos e realizam encaminhamentos implicados para os serviços de saúde (testagem confirmatória, PEP).

Em relação ao fluido oral, também, está em execução um projeto-piloto no município de Santana do Livramento. A testagem rápida de fluido oral está sendo realizada através da equipe municipal de redução de danos. Desde o início do projeto (20/06/2015) foram contemplados 190 usuários, sendo eles: população geral, profissionais do sexo e caminhoneiros.

O Estado realizou ações de prevenção, durante o carnaval 2015, com o objetivo de dar visibilidade a temas como: a promoção e a prevenção em saúde por meio de orientações sobre o uso de preservativos, a testagem do HIV, o acesso ao diagnóstico e demais informações sobre DST/Aids. Essas ações ocorreram em parceria com os municípios e praças de pedágios (Concepa, UNIVIAS e Ecosul). No total foram distribuídos 127 mil folders informativos e 180 mil preservativos masculinos.

A fim de reduzir o risco de transmissão do HIV, após exposição sexual ocasional, ocupacional, violência sexual e consequente estratégia de fortalecimento ao combate de novos casos de HIV/Aids no Estado do Rio Grande do Sul, a SES estabeleceu uma rede de atendimento para Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP). A rede envolve Serviço de Atendimento 24 horas, Atenção Básica, e demais portas de entrada para acolhimento, avaliação, realização e encaminhamento dos usuários que, de alguma forma, se expuseram ao vírus HIV. A implantação da PEP possibilita a melhoria do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde e consequente impacto local no âmbito da redução da infecção pelo vírus HIV em 28 municípios: Porto Alegre, Canoas, Esteio, Sapucaia do Sul, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Alvorada, Gravataí, Viamão, Guaíba, Caxias do Sul, Santana do Livramento, Cachoeirinha, Uruguaiana, Rio Grande, Bento Gonçalves, Cruz Alta, Rosário do Sul, Caçapava do Sul, Cachoeira do Sul, Lajeado, Torres, Capão da Canoa, Tramandaí, Pelotas, Itaqui, Sobradinho e Estância Velha. Neste ano, a Seção de Controle das DST/Aids publicou o primeiro número do Boletim Epidemiológico sobre HIV, Aids e Sífilis. O objetivo desse boletim é divulgar informações sobre a vigilância epidemiológica desses agravos no Estado, a fim de traçar estratégias e subsidiar na tomada de decisão local/regional, a partir da consolidação dos dados disponibilizados nos sistemas nacionais de notificação, sendo este um marco para o enfrentamento da epidemia.

Ainda, com o objetivo de articular suas ações aos serviços e às demandas municipais relacionadas à prevenção e assistência ao HIV/Aids, foram realizadas visitas *in loco* a cinco Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/Aids, nos municípios de Porto Alegre e Pelotas.

#### Comitê Interfederativo:

O Comitê Interfederativo visa construir uma agenda acordada entre as três esferas governamentais para responder a situação epidemiológica das DST/Aids e hepatites virais no

estado do Rio Grande do Sul, no que se refere a morbimortalidade por Aids, coinfeções TB e hepatites virais na população em geral e focalizando as ações para populações chaves. Assim, será possível aumentar a capacidade e eficiência dos serviços de saúde, expansão da oportunidade de acesso ao diagnóstico rápido e aprimoramento da gestão.

Através do Comitê Interfederativo foram constituídas quatro câmaras técnicas de assessoramento aos grupos de trabalho da Cooperação: Gestão de Redes e Linha de Cuidado, Vigilância Epidemiológica, Prevenção e Municípios Prioritários (Região Metropolitana de Porto Alegre, fronteiras e interior), cujas principais temáticas desenvolvidas foram a Profilaxia Pós Exposição (PEP), atenção às populações chaves, linha de cuidado e o encaminhamento das pesquisas nominadas Subtipo C do HIV no RS, Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas Relacionadas às DST e Aids (PCAP), Estudo de PrEP, Estudo de Prevalência do HIV entre Parturientes atendidas nas Maternidades do SUS no RS e Projeto Sobrevida.

Em consonância com as ações do plano de trabalho do Comitê Interfederativo encontra-se em construção, em parceria com o Departamento de Gestão de Tecnologia da Informação (DGTI), o Observatório de AIDS com vistas a ofertar ferramentas de prevenção à população além de informações gerenciais necessárias ao enfrentamento da epidemia. Além disso, também, encontra-se em desenvolvimento o programa de educação permanente em DST/AIDS, que envolverá trabalhadores e gestores dos 15 municípios prioritários.

Com objetivo de formalizar o compromisso político em investir na agilidade de resposta frente a epidemia de HIV/AIDS dos 15 municípios prioritários da Cooperação, em 10/12/2015, ocorreu o ato de assinatura da Declaração de Paris, uma ação conjunta entre o Programa das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) e a Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, que tem o compromisso de alcançar as metas 90-90-90 da UNAIDS. O que significa ter, até 2020, 90% das pessoas vivendo com HIV sabendo que tem o vírus, 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebendo tratamento antirretroviral; 90% das pessoas em tratamento antirretroviral com carga viral indetectável, além de Zero Discriminação.

A partir deste compromisso assumido pelos gestores do governo estadual e municipais o número de pessoas em tratamento antirretroviral passa a ser acompanhada como indicador. A SES RS estipulou como meta, a partir de 2016, um aumento progressivo de 10% ano, objetivando atingir 90% das pessoas em tratamento antirretroviral e com carga viral indetectável até o ano de 2020.

### ***Saúde da População Negra***

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra, instituída pela Resolução CIB nº 55 em 2010, em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela Portaria nº 992 em 2009, define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão dos governos municipais, estaduais e federal, voltados para a melhoria das condições de saúde dessa população. Ela inclui ações de cuidado, atenção, promoção e prevenção à saúde, participação popular e controle social, e de produção de conhecimento, formação, educação permanente e continuada para trabalhadores em saúde.

Seu objetivo é promover a saúde integral da população negra priorizando a redução das desigualdades etnicorraciais, o enfrentamento ao racismo e ao racismo institucional, garantindo acesso e qualidade na atenção à saúde desse segmento da população gaúcha e materializando o princípio da equidade no Sistema Único de Saúde. As estratégias de ação da Coordenação Estadual da Saúde da População Negra também estão comprometidas com a redução da morbimortalidade, promovendo a longevidade com qualidade de vida das pessoas com doença falciforme, por meio da implementação da Política Nacional e Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

Com o intuito de estimular os municípios a implantar as políticas nacional e estadual de atenção integral a saúde da população negra todos os incentivos, pactuados em CIB/RS, destinados a essa área foram mantidos, a saber:

#### 1) Incentivo para Estratégia da Saúde da Família Quilombola (ESFQ)

Tem como objetivo a qualificação do cuidado e do acesso à saúde da população negra residente em comunidades remanescentes de quilombos, rurais e urbanas, por meio do fortalecimento da Atenção Básica enquanto espaço privilegiado para práticas coletivas e tradicionais de promoção da saúde. Foi instituída por meio da Resolução CIB/RS nº 98/2013 e propõe incentivo financeiro estadual específico à Estratégia de Saúde da Família que atende comunidades quilombolas.

Quando da formulação do PES 2012-2015 havia 88 comunidades certificadas e em 2015 esse número chegou a 108. Se considerarmos os números atuais a cobertura é de 55%. Aderiram a esse incentivo 41 municípios que atendem 60 comunidades remanescentes de quilombos (totalizando 50 equipes de ESFQ, das quais 31 possuem equipe de Saúde Bucal - ESB). Por meio desse incentivo é repassado aos municípios R\$ 2.000,00 por ESFQ, sendo que, as que possuem Estratégia de Saúde Bucal (ESB) recebem R\$ 500,00 a mais, totalizando R\$ 2.500,00, conforme determina a Resolução CIB/RS nº 098/2013. O quadro que segue apresenta o número de Equipes de ESFQ e os municípios contemplados.

**Quadro 94.** Número de ESFQ por municípios e quantidade de comunidades remanescentes de quilombos atendidas, Rio Grande do Sul, 2015.

Nº	MUNICÍPIO	EQUIPES ESFQ	Nº DE COMUNIDADES ATENDIDAS
1	Aceguá	1	2
2	Alegrete	1	1
3	Arroio do Padre	1	1
4	Arroio do Tigre	1	2
5	Bagé	1	1
6	Candiota	1	1
7	Canguçu	2	2
8	Canoas	1	1
9	Cachoeira do Sul	1	1

10	Capivari do Sul	1	1
11	Catuípe	1	1
12	Cerrito	1	1
13	Colorado	1	1
14	Encruzilhada do Sul	1	1
15	Formigueiro	1	2
16	Fortaleza dos Valos	1	1
17	Girúá	1	1
18	Gravataí	1	1
19	Jacuizinho	1	1
20	Maquiné	1	1
21	Morro Redondo	1	1
22	Mostardas	2	3
23	Nova Palma	1	1
24	Osório	1	1
25	Pelotas	4	3
26	Pedras Altas	1	3
27	Porto Alegre	2	3
28	Restinga Seca	1	2
29	Rio Grande	1	1
30	Rio Pardo	1	1
31	Salto do Jacuí	1	1
32	Santana do Livramento	1	1
33	São Gabriel	2	2
34	São José do Norte	1	1
35	São Lourenço do Sul	3	4
36	São Sepé	1	2
37	Sertão	1	2
38	Tapes	1	1
39	Três Forquilhas	1	1
40	Turuçu	1	1
41	Vila nova do Sul	1	1
	<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>60</b>

**Fonte:** Coordenação Estadual da Saúde da População Negra/DAS/SES/RS.

## 2) Incentivo para o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica (PCRI-AB)

O Racismo Institucional se expressa na discriminação racial, legitimada pelo Estado brasileiro e praticada pelas instituições/organizações públicas ou privadas, em relação aos grupos populacionais devido a sua raça/cor. No campo da saúde, isso se materializa na dificuldade de acesso, no não cuidado, no não atendimento da população negra nos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.

Com o propósito de fomentar a implementação da política de saúde da população negra nos 497 municípios do Estado, a Secretaria de Estado da Saúde instituiu por meio da Resolução CIB/RS nº 636/2013 o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica (PCRI-AB), tendo como foco a compreensão do racismo como determinante social em

saúde. O incentivo deverá ser utilizado em ações de qualificação e educação em saúde da população negra do município e prevê: 10 mil reais para municípios com até 10 mil habitantes; 15 mil reais para municípios com população entre 11 e 50 mil habitantes; 20 mil reais para municípios com população entre 51 e 99 mil habitantes; 25 mil reais para municípios com mais de 100 mil habitantes. O ano de 2015 fechou com a adesão de 104 municípios ao PCRI-AB (Quadro abaixo), com a inclusão de Dona Francisca e Gramado.

**Quadro 95.** Municípios que Aderiram ao PCRI-AB, Rio Grande do Sul, 2015.

	<b>MUNICÍPIO</b>		<b>MUNICÍPIO</b>
1	Alvorada	53	Morro Redondo
2	Aceguá	54	Mostardas
3	Alecrim	55	Muçum
4	Alegria	56	Nova Hartz
5	Alegrete	57	Nova Palma
6	Arroio Grande	58	Nova Petrópolis
7	Arroio do Padre	59	Nova Santa Rita
8	Arroio do Tigre	60	Novo Machado
9	Bagé	61	Novo Hamburgo
10	Boa Vista do Incra	62	Osório
11	Boa Vista do Buricá	63	Palmares do Sul
12	Boa Vista do Cadeado	64	Passo Fundo
13	Bom Progresso	65	Pelotas
14	Bom Jesus	66	Pedras Altas
15	Candiota	67	Pedro Osório
16	Canguçu	68	Porto Lucena
17	Canoas	69	Porto Alegre
18	Cachoeira do Sul	70	Porto Vera Cruz
19	Capão da Canoa	71	Pontão
20	Capivari do Sul	72	Restinga Seca
21	Cerro Largo	73	Rio Grande
22	Cerrito	74	Rio Pardo
23	Catuípe	75	Rolador
24	Colorado	76	Rosário do Sul
25	Cristal	77	Salto do Jacuí
26	Dom Feliciano	78	Santana do Livramento
27	Dona Francisca	79	Santa Barbara do Sul
28	Encruzilhada do Sul	80	Santa Margarida do Sul
29	Erechim	81	Santa Rosa
30	Esperança do Sul	82	Santo Cristo
31	Estância Velha	83	Santa Cruz do Sul
32	Espumoso	84	São Gabriel
33	Fontoura Xavier	85	São José do Norte
34	Fortaleza dos Valos	86	São Leopoldo
35	Formigueiro	87	São Lourenço do Sul
36	Giruá	88	São Marcos
37	Gramado	89	São Miguel das Missões
38	Gravataí	90	São Paulo das Missões

39	Hulha Negra	91	São Sepé
40	Humaitá	92	Sertão
41	Ibirapuitã	93	Tapes
42	Independência	94	Tiradentes do Sul
43	Itacurubi	95	Três Forquilhas
44	Itati	96	Três Passos
45	Jacuizinho	97	Tuparendi
46	Lavras do Sul	98	Turuçu
47	Lajeado	99	Uruguaiana
48	Maquiné	100	Vacaria
49	Mampituba	101	Vera Cruz
50	Manoel Viana	102	Viamão
51	Monte Alegre dos Campo	103	Vila Nova do Sul
52	Morrinhos do Sul	104	Xangri-lá

**Fonte:** Coordenação Estadual da Saúde da População Negra/DAS/SES/RS. Acesso em dezembro de 2015.

### 3) Incentivo para o Programa Articulador Jovem de Saúde

Foi instituído por meio da Resolução CIB/RS 311/2014 e tem por finalidade a mobilização e o protagonismo social da juventude gaúcha, para o diálogo com Rede Básica de Saúde, através de representação direta na elaboração de estratégias de prevenção e promoção à saúde, contribuindo para o enfrentamento das violências em seus territórios.

O programa cria um incentivo financeiro para custeio de jovens ou seleção de projetos para atuarem em municípios com Territórios de Paz ou com altos índices de violências, conforme lista da Secretária de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Já aderiram ao incentivo três municípios: Vacaria, Alvorada e Santana do Livramento. O quadro se segue apresentando os municípios aptos à adesão ao Programa.

**Quadro 96.** Anexo I da Resolução CIB/RS 311/2014, que define os municípios que podem aderir ao Programa Articulador Jovem de Saúde e valor do incentivo por Municípios, Rio Grande do Sul, 2015.

	Município	População	Nº Máximo de Articulador Jovem	Valor total do incentivo por mês
1	Porto Alegre	1365039	16	R\$ 12.800
2	Caxias do Sul	427664	4	R\$ 3.200
3	Pelotas	321818	4	R\$ 3.200
4	Canoas	317945	8	R\$ 6.400
5	Santa Maria	259004	4	R\$ 3.200
6	Gravataí	253060	4	R\$ 3.200
7	Novo Hamburgo	237044	4	R\$ 3.200
8	Viamão	236999	4	R\$ 3.200

9	São Leopoldo	212279	4	R\$ 3.200
10	Alvorada	194837	4	R\$ 3.200
11	Rio Grande	192582	4	R\$ 3.200
12	Passo Fundo	181299	4	R\$ 3.200
13	Sapucaia do Sul	129615	4	R\$ 3.200
14	Uruguaiana	125171	4	R\$ 3.200
15	Santa Cruz do Sul	117214	4	R\$ 3.200
16	Cachoeirinha	116499	4	R\$ 3.200
17	Bagé	116078	4	R\$ 3.200
18	Bento Gonçalves	104470	4	R\$ 3.200
19	Erechim	96031	4	R\$ 3.200
20	Guaíba	94884	4	R\$ 3.200
21	Cachoeira do Sul	83400	4	R\$ 3.200
22	Sant'Ana do Livramento	81964	4	R\$ 3.200
23	Vacaria	61342	4	R\$ 3.200
24	Esteio	80755	4	R\$ 3.200

**Fonte:** Resolução CIB/RS nº 311/2014.

Outras ações desenvolvidas pela Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra foram:

Valorização dos espaços de educação, articulação e participação social: participação em audiência pública realizada pela Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul sobre Política de Atenção à Saúde da População Negra realizada no dia 18 de novembro de 2015; participação como representante da Secretária da Saúde de reuniões mensais do Conselho Estadual do Povo de Terreiro; participação em palestra sobre Saúde da População Negra aos residentes da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS) em 17 de novembro de 2015.

Apoio Institucional: apoio às Coordenadorias Regionais de Saúde- foram realizados contatos telefônicos, envio de emails e reuniões presenciais, visando o fortalecimento das CRSs como propulsora da implementação da Política Estadual. A principal demanda foi a elaboração dos planos de aplicação dos recursos repassados pelo Estado aos municípios; apoio aos municípios - a Coordenação Estadual recebeu os gestores municipais para dirimir dúvidas, prestar esclarecimentos e pactuar a implementação da Política Estadual de Atenção Integral a Saúde da População Negra. Dentre os municípios recebidos estão: Bagé, Vila Nova do Sul e Canoas.

Ainda, foi realizada preceptoria a estudante da Residência Integrada em Saúde - Saúde Mental da Escola de Saúde Pública.

### ***Saúde Indígena***

A gestão estadual da Saúde Indígena atuou com vistas ao atendimento dos princípios do SUS, consolidando o processo de descentralização e transversalização em parceria com as CRS, municípios e união.

O trabalho desenvolvido teve o intuito alcançar o papel complementar do Estado quanto à saúde indígena, conforme legislação vigente. O foco foi no fortalecimento e qualificação da atenção básica, observada a integralidade do cuidado em saúde e as especificidades dos povos indígenas no Estado. Desse modo, foram desenvolvidas propostas, ações e projetos que visaram a aproximação e articulação dos três entes (federal, estadual e municipal), o estabelecimento de fluxos e pactuações que tiveram como objetivo a melhoria das condições de vida e saúde dos povos indígenas e, de modo geral, a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e do Subsistema Atenção à Saúde Indígena (SASI/SUS) no estado do Rio Grande do Sul.

Considerando a responsabilidade da União pela saúde indígena realizou-se articulação e apoio contínuo à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde (MS), para promoção de espaços de tomada de decisão compartilhada entre as duas instituições, para o atendimento das demandas dos próprios indígenas e no que se refere à gestão, planejamento e avaliação da atenção à saúde a esse grupo específico. Estes espaços de debates são importantes para a implementação da política de saúde indígena, pois representam um avanço e parceria entre os entes para a melhoria da atenção à saúde.

O principal e mais importante trabalho realizado foi o de apoio institucional tanto aos gestores municipais quanto às referências regionais para a saúde indígena que se encontram nas CRS. Identificou-se que o apoio institucional tem papel fundamental na transformação dos processos de trabalho, e o modo de agir dialogado potencializa as mudanças necessárias para o alcance dos princípios do SUS e de uma atenção diferenciada. O apoio aos municípios foi realizado pelos meios de comunicação disponíveis, além do apoio presencial do nível central (coordenação estadual) em 20 dos 60 municípios com população indígena aldeada e, ainda, o apoio realizado pelas referências regionais nas CRSS acompanhando os serviços as ações e reconhecendo as comunidades indígenas presentes em seus territórios. Os momentos de apoio foram tanto individualizados com os municípios, como coletivos com participação em reunião de Comissões Intergestores Regionais (CIR).

O apoio às referências regionais da saúde indígena das CRSs buscou construir relações que incentivam a autonomia sobre as realidades de cada região e dos povos indígenas locais. Tendo em vista as diversidades e especificidades que os povos indígenas apresentam ao SUS



no processo de adoecimento e cura, pode-se destacar o apoio institucional como uma estratégia importante para lidar com a complexidade das problemáticas que se apresentam ao sistema. Muitos desses espaços de reflexão se deram nas próprias CRSs com presença de gestores municipais e federais, indígenas e profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), estreitando relações e apoiando os diferentes atores na compreensão das especificidades, demandas e questões técnicas relacionadas aos povos indígenas.

A portaria que definia os recursos estaduais para a saúde indígena (Portaria nº 41/2013) foi revisada, dando lugar à portaria nº 946/2015 que dispõe sobre recursos para a qualificação da atenção básica prestada aos povos indígenas. Foram habilitados cinco novos municípios no ano de 2015, somando 60 municípios cofinanciados pelo Estado na saúde indígena (quadro abaixo). As habilitações foram realizadas considerando os aspectos culturais e o número de indígenas nos municípios, conforme estabelece a Portaria. Também foi feito apoio aos municípios na execução dos recursos, auxiliando-os na compreensão das especificidades, diminuindo lacunas históricas marcadas pelo preconceito étnico e contribuindo para efetivação da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas. Além disso, houve o acompanhamento das reuniões de planos de aplicação de recursos em diversos municípios do Estado, principalmente na macrorregião norte que conta com maior parte da população aldeada.

**Quadro 97.** Municípios contemplados com recurso estadual para saúde indígena (Portaria nº 946/2015) e os respectivos valores, Rio Grande do Sul, 2015.

<b>Município</b>	<b>Repasse</b>	<b>Município</b>	<b>Repasse</b>
Água Santa	R\$ 4.000,00	Lajeado	R\$ 2.000,00
Barra do Ribeiro	R\$ 4.000,00	Lajeado do Bugre	R\$ 2.000,00
Benjamin Constant do Sul	R\$ 4.000,00	Liberato Salzano	R\$ 4.000,00
Cacique Doble	R\$ 4.000,00	Maquiné	R\$ 1.000,00
Cachoeira do Sul	R\$ 2.000,00	Mariana Pimentel	R\$ 2.000,00
Canguçu	R\$ 1.000,00	Mato Castelhano	R\$ 4.000,00
Camaquã	R\$ 3.000,00	Muliterno	R\$ 4.000,00
Capivari do Sul	R\$ 1.000,00	Nonoai	R\$ 4.000,00
Caraá	R\$ 2.000,00	Osório	R\$ 4.000,00
Carazinho	R\$ 1.000,00	Palmares do Sul	R\$ 1.000,00
Charqueadas	R\$ 1.000,00	Passo Fundo	R\$ 2.000,00
Charrua	R\$ 4.000,00	Planalto	R\$ 4.000,00
Constantina	R\$ 4.000,00	Porto Alegre	R\$ 4.000,00
Cristal	R\$ 1.000,00	Redentora	R\$ 4.000,00
Eldorado do Sul	R\$ 1.000,00	Rio dos índios	R\$ 3.000,00
Engenho Velho	R\$ 4.000,00	Riozinho	R\$ 1.000,00
Erebango	R\$ 4.000,00	Rodeio Bonito	R\$ 1.000,00
Erechim	R\$ 1.000,00	Ronda Alta	R\$ 4.000,00
Erval Seco	R\$ 3.000,00	Salto do Jacuí	R\$ 4.000,00
Estrela	R\$ 3.000,00	Santa Maria	R\$ 3.000,00
Estrela Velha	R\$ 1.000,00	São Leopoldo	R\$ 3.000,00
Farroupilha	R\$ 2.000,00	Santo Ângelo	R\$ 1.000,00
Faxinalzinho	R\$ 4.000,00	São Miguel das Missões	R\$ 3.000,00
Gentil	R\$ 4.000,00	São Valério do Sul	R\$ 4.000,00
Getúlio Vargas	R\$ 1.000,00	Tabaí	R\$ 1.000,00
Gramado	R\$ 1.000,00	Tenente Portela	R\$ 4.000,00
Gramado dos Loureiros	R\$ 4.000,00	Torres	R\$ 3.000,00
Guaíba	R\$ 2.000,00	Três Palmeiras	R\$ 4.000,00
Ibiraiaras	R\$ 4.000,00	Viamão	R\$ 4.000,00
Iraí	R\$ 4.000,00	Vicente Dutra	R\$ 3.000,00

**Fonte:** Coordenação Estadual de Saúde Indígena/DAS/SES/RS.

No que se refere aos serviços de média e alta complexidade, participamos e contribuimos com as discussões e propostas que visaram uma atenção diferenciada aos povos indígenas com vistas à integralidade. O intuito dessas ações e atividades foi envolver diferentes entes governamentais e indígenas na formulação de estratégias que contemplem essas especificidades e diminuam os entraves e o sofrimento desses povos que demandam serviços na rede de saúde. A regulação de casos específicos dos povos indígenas foi acompanhada, frisando as especificidades culturais que influenciam no processo saúde e adoecimento e a situação de vulnerabilidade social desses povos.

Tendo em vista a importância do controle social no SUS e os desenhos próprios do controle social indígena, contribuimos ativamente como conselheiros do segmento gestor, representando a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) no Conselho Estadual dos Povos Indígenas (CEPI), que se constitui ainda como espaço de articulação intersectorial, e dos Conselhos dos Distritos Sanitários Indígenas (CONDISI), dos quais fazem parte os indígenas presentes no Estado. Representamos a secretaria em espaços de capacitação de conselheiros distritais de saúde, com ênfase nos princípios e legislações do SUS

e configurações da saúde indígena no Brasil. A capacitação de conselheiros é necessária para que os espaços de controle social estejam cada vez mais qualificados e com participação ativa dos povos indígenas. Além disso, apoiamos a participação dos indígenas em conferências de saúde nos conselhos municipais de saúde.

Devido à importância de espaços abertos de diálogos com os indígenas, foram realizados encontros nas áreas indígenas versando sobre a situação dos serviços de saúde e para que pudessem contribuir com o processo de gestão. A partir das demandas, e com vistas ao conceito ampliado de saúde, realizamos de forma contínua articulação intersetorial entre secretarias, demais órgãos governamentais e instituições acadêmicas.

Foram realizadas intervenções que visaram garantir o acesso aos serviços, promover a equidade e a integralidade do cuidado em saúde de forma diferenciada. E, considerando a importância da formação em saúde, realizou-se ainda preceptoria de residentes e estagiários com intuito de contribuir para a discussão sobre a diversidade em saúde, visto que temas como esse são pouco trabalhados nos modelos de formação atuais, mas necessários para que se alcance uma atenção diferenciada no âmbito do SUS.

### ***Saúde Prisional***

A Área Técnica de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional está atrelada à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) da Coordenação Geral da Atenção Básica (CGGAB) do Ministério da Saúde, que tem por objetivo garantir e ampliar o acesso da população privada de liberdade no sistema prisional aos recursos e serviços existentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

As atribuições da área técnica de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional ocorrem por meio de uma gestão intersetorial, compartilhada entre a Secretaria Estadual da Saúde, a Secretaria da Segurança Pública, os gestores municipais, o Ministério Público, a Sociedade Civil organizada e o Ministério da Saúde. As equipes são financiadas com incentivos da Secretaria Estadual da Saúde do RS e do Ministério da Saúde. Atualmente, o Rio Grande do Sul conta com 34 Equipes de Atenção Básica de Atenção à Saúde no Sistema Prisional (EABP). Ao longo de 2015, foram habilitadas 4 novas equipes de atenção básica, por meio do incentivo estadual previsto pela Resolução CIB/RS nº 257/2011. A partir do lançamento da PNAISP, ocorrido em abril de 2014, houve acréscimo de 10 equipes habilitadas, por meio dos incentivos federais previstos pela Portaria GM/MS nº 482/2014.

Em 2015, através da sensibilização dos gestores municipais, a coordenação técnica estadual realizou a articulação interfederativa, tornando possível atingir a cobertura de mais de 60% de assistência em atenção primária às pessoas privadas de liberdade (PPL) em regime fechado do Sistema Prisional do Estado. Do total de 34 equipes em funcionamento no RS, todas recebem incentivo federal e/ou estadual para custeio e manutenção do serviço, sendo que destas 26 recebem o incentivo estadual previsto na Resolução CIB/RS nº 257/2011, por atenderem ao disposto nesta Resolução.

As EABPs estão implantadas em 23 municípios totalizando uma cobertura de atendimento de, aproximadamente, 16.864 pessoas presas. O RS é considerado o Estado pioneiro do Brasil no processo de municipalização e de co-financiamento de EABP.

**Quadro 98.** Evolução do número de equipes em funcionamento de Atenção Básica no Sistema Prisional, Rio Grande do Sul, 2008-2015.

<b>Município</b>	<b>Estabelecimento Penitenciário</b>	<b>Total: nº EABP</b>
Charqueadas	Penitenciária Estadual do Jacuí	1
Charqueadas	Penitenciária Estadual de Charqueadas	1
Charqueadas	Penitenciária Modulada Charqueadas	1
Santa Vitória do Palmar	Presídio Estadual de Santa Vitória do Palmar*	1/ESF
Montenegro	Penitenciária Modula de Montenegro	1
<b>Total/2008</b>		<b>5</b>
São Luiz Gonzaga	Presídio Estadual de São Luiz Gonzaga	1
Santa Rosa	Presídio Estadual de Santa Rosa	1
Osório	Penitenciária Modulada Estadual de Osório	1
<b>Total/2009</b>	<b>Acumulado até 2010</b>	<b>8</b>
Porto Alegre	Presídio Central de Porto Alegre (equipe 1 e 2)	2
Porto Alegre	Penitenciária Feminina Madre Pelletier	1
Charqueadas	Penitenciária Modulada de Charqueadas (equipe 2)	1
Charqueadas	Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas	1
Charqueadas	Penitenciária Estadual do Jacuí (equipe 2)	1
Três Passos	Penitenciária Estadual de Três Passos	1
<b>Total /2011</b>		<b>15</b>
Guaíba	Penitenciaria Feminina de Guaíba	1
Pelotas	Presídio Regional de Pelotas	1
Santa Cruz do Sul	Penitenciaria Regional Santa Cruz do Sul	1
Santo Cristo	Presídio Estadual de Santo Cristo*	1/ESF
Ijuí	Penitenciaria Modulada de Ijuí	1
<b>Total/2012</b>		<b>20</b>
Osório	Penitenciária Modulada de Osório (equipe 2)	1
Venâncio Aires	Penitenciária de Venâncio Aires	1
Rio Grande	Penitenciária Estadual de Rio Grande	2
<b>Total/2013:</b>		<b>24</b>
<b>Total/2014</b>		<b>0</b>
Guaporé	Penitenciária Estadual de Guaporé	1
Porto Alegre	Presídio Central de Porto Alegre (equipe 3)	1
Canoas	Penitenciária de Canoas I	1
São Gabriel	Presídio Estadual de São Gabriel	1
Cruz Alta	Presídio Estadual de Cruz Alta*	1
Erechim	Presídio Estadual de Erechim*	1
São Vicente do Sul	Presídio Estadual de São Vicente do Sul*	1/ESF
Cacequi	Presídio Estadual de Cacequi*	1
Iraí	Presídio Estadual de Iraí*	1
Montenegro	Penitenciária Modulada de Montenegro (equipe 2)*	1
<b>Total/2015</b>		<b>34</b>

A área técnica de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional no ano de 2015, realizou um conjunto de ações para efetivação da rede de cuidados e de acesso à saúde nos municípios gaúchos com estabelecimentos prisionais. Dentre estas ações destacam-se:

- Realização do I Simpósio sobre Maternidade, Crack, Gênero e Institucionalização. O objetivo do encontro foi promover um debate, entre os diversos setores presentes, sobre o expressivo aumento de gestantes usuárias de crack que ingressam no sistema prisional. O encontro contou com a participação de mais de 300 profissionais envolvidos com o tema, bem como de representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria Estadual da Saúde, Secretaria Estadual de Segurança Pública, Secretaria Estadual da Justiça e de Direitos Humanos, Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, Tribunal de Justiça/RS, Gabinete de Políticas Sociais/RS, representantes das principais maternidades públicas de Porto Alegre.

- A área técnica tem representação no GT da Violência e Redes de Atenção da SES/RS, cuja periodicidade dos encontros é semanal. Esse GT tem por finalidade realizar uma análise dos serviços de notificação de casos de violência contra mulher, adolescentes, crianças e população LGBT no Estado do RS. Coloca-se em discussão o direcionamento, levantamento dos serviços prestados para esta população e reflexos sobre o tema da violência contra mulher.

- A fim de seguir na construção da Linha de Cuidado da Mulher Privada de Liberdade, seu Bebê e Família, durante o ano de 2015, foi dado seguimento às oficinas na Unidade Materno Infantil (UMI) no Presídio Feminino Madre Pelettier (PFMP). O público-alvo foram a População Privada de Liberdade (PPL) da Unidade Materno Infantil (UMI), ou seja gestantes e mães com bebês. As oficinas foram realizadas em parceria com as políticas do DAS, a Unidade Básica de Saúde Prisional do PFMP e as Equipe Técnicas da UMI e tiveram periodicidade quinzenal. Promover o conhecimento, cuidado qualificado e atenção integral à saúde das mães e gestantes em privação de liberdade, bem como apoiar a reinserção da criança no contexto familiar, é o objetivo da política pública materno-infantil que almejamos, minimizando assim, a vulnerabilidade desta população.

- Publicação da Resolução CIB/RS 433/2015, habilitando 04 (quatro) leitos hospitalares destinados à população prisional por meio do incentivo estadual, previsto na Ação de Apoio aos Hospitais Vinculados ao SUS, integrante do Programa Estruturante SAÚDE PERTO DE VOCÊ, no Hospital Irmandade da Santa Casa, no município de São Gabriel, garantindo o custeio e o atendimento hospitalar à população prisional local e regional.

- A equipe técnica de Atenção Básica à Saúde Prisional da SES realizou Apoio Institucional para implantação do e-SUS AB nas unidades básicas de saúde prisional, com o objetivo de qualificar e adequar o processo de trabalho das EABP, conforme rege o Art. 8º da Portaria 482/2014 (PNAISP), o qual determina que o monitoramento e a avaliação dos serviços e das ações de saúde ofertados pelas equipes de atenção básica no sistema prisional devam ser realizados no sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

- Elaboração do "Caderno de Atenção Básica: estratégias para a organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no sistema prisional, no âmbito SUS". Esta obra se constitui em uma publicação coletiva, pioneira e de alto nível de importância para equipes, gestores e redes de atenção que atuam em interface com o âmbito prisional gaúcho. O documento compila um conjunto de informações técnicas, diretrizes e parâmetros mínimos para a atuação dos profissionais de saúde e para a organização do processo de trabalho das equipes no âmbito do SUS. A formulação envolveu todas as Políticas do DAS e demais correlatas aos agravos mais frequentes na PPL. A publicação eletrônica está prevista para ocorrer durante o ano de 2016.

- Implantação do Apoio Matricial nas EABP: O Apoio Matricial em saúde mental à Equipe de Atenção Básica do Presídio Feminino Madre Pelletier foi proposto pela pesquisa aprovada pelo Edital PPSUS (processo 13/1131-0), com vistas à construção de um modelo de atenção voltado às necessidades da população prisional feminina. Ao propormos sua realização em duas dimensões, suporte assistencial (apoio a produção e cuidado em saúde) e técnico-pedagógico (apoio a ações educativas com e para a equipe), buscamos produzir a atuação

transdisciplinar, visando a expressão dos saberes, desejos e práticas dos profissionais para o melhor acompanhamento do processo de saúde/doença/intervenção. Ao longo de 2015, foram realizados 12 encontros, sendo três oficinas de Educação Continuada em Saúde com as temáticas de Gênero e Projeto Terapêutico Singular. Este projeto atende ao disposto nas Portarias GM/MS nº 94/2014 e nº 95/2014, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em processo de implementação pela SES/RS.

- Publicação da Resolução CIB/RS 259/15 que aprovou o repasse do incentivo financeiro de que dispõe a Portaria GM/MS nº 2765/14, referente à execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP - competência de 2014. Essa é uma ação para a implementação da Política de Assistência Farmacêutica Básica no Sistema Prisional, que permitiu descentralizar o recurso federal aos municípios com adesão à PNAISP. Os valores repassados aos municípios serão utilizados exclusivamente para aquisição de medicamentos e insumos especificados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e correspondem a R\$ 17,73 (dezessete reais e setenta e três centavos) por pessoa privada de liberdade no Sistema Prisional.

- Publicação das Resoluções CIB/RS nº 127/2015, nº 128/2015, nº128/2015 e nº 363/2015, que aprovaram o repasse dos incentivos estaduais para a habilitação de 4 novas equipes de atenção básica no sistema prisional nos municípios de Canoas, Guaporé, Porto Alegre e São Gabriel. Em 2015, houve um total de 10 novas equipes de atenção básica em funcionamento em estabelecimentos prisionais do Estado, considerando as habilitações federais da PNAISP e as habilitações estaduais.

- No ano de 2015, foi instituído o Grupo Condutor Estadual de Acompanhamento da Tuberculose no Sistema Prisional, no âmbito do SUS, coordenado pela Área Técnica de Atenção Básica à Saúde Prisional do DAS, em parceria com o Programa Estadual de Controle da Tuberculose do RS (PECT/CEVS/SES/RS). Foram realizados sete encontros com a participação de profissionais de saúde das EABP dos municípios prioritários da TB, coordenação do PECT/RS, representantes da SUSEPE e da Coordenação Estadual de Saúde Prisional do DAS/SES/RS. Esse grupo de trabalho objetiva acompanhar e aperfeiçoar o controle de casos e do tratamento nas Unidades Básicas de Saúde Prisional.

- Continuidade do projeto TB Reach (Programa ligado ao Stop TB Partnership/OMS com financiamento do Governo Canadense e executado pelo Programa Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde), o qual está em desenvolvimento nas penitenciárias de Porto Alegre e Charqueadas. Essa iniciativa visa financiar ações que promovam o aumento e a detecção precoce de casos de tuberculose, como também a garantia do seu tratamento em tempo adequado. As principais atividades incluem a chamada porta de entrada (avaliação radiológica para identificação de suspeitos de tuberculose entre todos os presos que estão ingressando no sistema prisional) e a realização de teste rápido molecular para o diagnóstico da tuberculose (TRM-TB), cujo teste e insumos são fornecidos pelo Ministério da Saúde. Encontra-se em fase de planejamento as ações educativas que ocorrerão a partir da elaboração e distribuição de material informativo para presos, seus familiares, profissionais de saúde e segurança.

- Representatividade no Comitê de Gestão Compartilhada Estratégica do Complexo Prisional de Canoas. Este comitê foi criado pelo Decreto nº 51.878, de 06 de Outubro de 2014, e visa, juntamente com as demais secretarias envolvidas e o município de Canoas, a formulação, articulação, construção, análise e avaliação de diretrizes para o funcionamento deste estabelecimento prisional. O grupo se reúne periodicamente (quinzenal/mensal).

***Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis e Transexuais (LGBT)***

A política de saúde da População LGBT tem como objetivo apresentar estratégias para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Visa a garantia do acesso à saúde e o acolhimento livre de discriminação em todos os níveis de atenção.

No ano de 2015, a Coordenação Estadual da Saúde da População LGBT passou por um processo de reestruturação da equipe e de retomada das reuniões do comitê técnico vinculado à Política no final do 3º quadrimestre do referido ano. Neste período, iniciou-se também o processo de planejamento para o ano de 2016 e de articulação com as demais áreas técnicas do Departamento de Ações em Saúde da SES-RS.

### ***Saúde da população do Campo, Floresta e Águas***

Quanto à Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, as principais ações realizadas em 2015 pelo DAS/SES/RS foram:

- Representação da Secretaria Estadual da Saúde no Comitê Estadual de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas;
- Promoção da inclusão da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) no Plano Estadual de Saúde 2016-2019;
- Viabilização de parcerias com entidades sindicais através de Termo de Cooperação Técnica para fortalecimento das ações previstas na Portaria 304/2014, que dispõe sobre medidas de prevenção e combate à situação de risco às doenças associadas à exposição solar;
- Desenvolvimento e apoio a ações de educação em saúde para usuários e movimentos sociais voltadas para as especificidades dessas populações;
- Análise de dados estratificados estaduais sobre as populações do campo, da floresta e das águas para planejamento de ações estratégicas de saúde.

### ***Saúde do Trabalhador***

**Quadro 99. Indicador 40 (U)** - Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	27,82	26,21	38,63	37,60	53,36	50,00

Fonte: SINAN/Ministério da Saúde.

**Análise e avaliação:** A série histórica demonstra, na sua análise geral, uma tendência ao aumento no número de municípios que realizam uma ou mais notificações ao ano de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados e já superando a meta estabelecida.

**Quadro 100. Indicador 40 (U)** - Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados (%), por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2011-2015.

Região de Saúde	Resultado 2015
R1	28,57

R2	18,18
R3	72,72
R4	58,33
R5	81,81
R6	87,50
R7	66,66
R8	55,55
R9	15,00
R10	31,57
R11	50,00
R12	30,76
R13	45,00
R14	54,54
R15	50,00
R16	51,51
R17	65,00
R18	70,00
R19	62,50
R20	61,11
R21	45,45
R22	66,66
R23	66,66
R24	33,33
R25	61,90
R26	26,92
R27	29,62
R28	69,23
R29	100,00
R30	14,81

**Fonte:** SINAN/Ministério da Saúde.

A tabela anterior expressa a proporção de municípios, em cada uma das Regiões de Saúde, que realizaram uma ou mais notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho no ano de 2015. A média ficou em 53,36 superando A meta estabelecida. Salienta-se a disparidade de algumas regiões com a R2 - Entre Rios (18,8%) e R9 - Carbonífera e Costa Doce (15%), com baixos índices de notificações.

**Quadro 101.** Indicador 02 (RS) - Número de notificações dos agravos relacionados ao trabalho detectados através do SIST e SINAN, Rio Grande do Sul, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	37.768	43.060	51.020	49.441	43.764	27.151

**Fonte:** SIST e SINAN.

A série histórica demonstra um incremento no número geral de notificações, estabilizando-se no decorrer de 2014 e 2015. Considera-se que o número de notificações de



2015 deverá elevar-se, no fechamento final do banco de dados. A Meta do Estado para esse indicador foi superada, atingindo 16.613 notificações a mais que o pactuado para o ano de 2015.

**Quadro 102.** Números de notificações dos agravos relacionados ao trabalho detectados pelo SINAN, por região de saúde, Rio Grande do Sul, 2015.

Região de Saúde	População	Resultado 2015
R1	416.981	267
R2	124.263	2
R3	465.038	177
R4	138.103	92
R5	203.016	92
R6	212.547	47
R7	755.770	253
R8	717.414	249
R9	2.225.237	54
R10	384.175	1.896
R11	286.248	51
R12	152.070	16
R13	222.771	83
R14	226.933	68
R15	272.370	115
R16	230.814	79
R17	292.174	624
R18	128.088	60
R19	120.243	73
R20	161.822	42
R21	845.135	120
R22	182.579	55
R23	532.917	706
R24	94.963	13
R25	279.288	165
R26	169.633	37
R27	200.264	94
R28	327.158	296
R29	117.449	102
R30	207.963	48

**Fonte:** SINAN/Ministério da Saúde.

O quadro acima totaliza 5.976 notificações, o que corresponde a 13,65% do total de notificações de agravos relacionado ao trabalho, isso demonstra a adequação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) gaúcha ao Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST). Observa-se que o número de notificações tem, na maioria das regiões de saúde, uma relação com a população total de 2% a 10%. Faz-se exceção para a R9 - Carbonífera e Costa Doce - que apresenta relação de 0,002%. A análise conjunta com dados anteriores indica uma tendência de crescimento das notificações pelo

Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (SINAN), claramente associada à publicação da Nota Técnica do CEVS 02/2015.

**Quadro 103. Indicador 03 (RS) - Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados (%), Rio Grande do Sul, 2011-2015.**

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	8,62	19,23	8,12	26,00	16,30	100

Fonte: SIST, SINAN e SIM. Acesso em 31/12/2015.

Observa-se uma forte oscilação com tendência de elevação das investigações de óbitos relacionados ao trabalho. O encerramento do processo investigatório prolonga-se, em muitos casos, por vários meses, o que deverá contribuir para elevar o percentual de investigação de 2015. Salienta-se a criação do Termo de Cooperação Técnica 029/2015, firmado entre o Ministério Público Federal e a SES/RS, para a criação de um Comitê de Investigação de Óbitos relacionados ao trabalho.

Destaca-se a publicação da Resolução/CIB Nº 227/2015 que trata do aprimoramento da regulação referente do fomento financeiro à manutenção e à implementação da RENAST/RS.

Cabe ressaltar também o esforço coletivo de produzir uma agenda conjunta para a PAS-2016 da RENAST/RS, como forma de alinhar o planejamento para o fortalecimento das ações que possam contribuir para a vigilância e mitigação dos agravos e acidentes de trabalho. Os 12 pontos apontados são:

- 1) Mapear os sistemas produtivos da área de abrangência, contemplando a produção primária e a indústria de transformação; o comércio de bens e serviços e os dados sócio-demográficos, através de informações oriundas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, EMATER/RS, Fundação de Economia e Estatística/RS, Sindicatos e Previdência;
- 2) Inventário do impacto dos agrotóxicos sobre o trabalhador rural;
- 3) Implementar e oficializar a Rede de Unidades Sentinelas, em comum acordo com a SES, através de Portaria Estadual;
- 4) Fortalecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) na Atenção Primária à Saúde (APS), via Matriciamento;
- 5) Registrar no SAI/SUS toda as atividades/ações realizadas pela Vigilância da Saúde do Trabalhador;
- 6) Apoiar as Secretarias Municipais de Saúde e CRSs na investigação de 100% dos óbitos decorrentes do trabalho;
- 7) Força tarefa dos frigoríficos e hospitais em conjunto com o Ministério Público do Trabalho e Conselho Regional de Engenharia e Agronomia/RS;
- 8) Rede de Atenção em Saúde Mental e Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT);
- 9) Informação e Comunicação;
- 10) Fortalecimento do Controle Social implantando uma Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CIST) em todas as sedes dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;

- 11) Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT);
- 12) Fortalecer o monitoramento das ações através do acompanhamento de indicadores comuns e eficazes.

Também é adequado salientar o apoio e a participação da SES, através das CRSs, na Força Tarefa dos Frigoríficos, coordenada pelo Ministério Público do Trabalho (MPT), que objetiva a vigilância dos processos de trabalhos e que tem contribuído para a adequação do ambiente de trabalho às Normas Reguladoras do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS).

Com o objetivo de fomentar o debate, bem como as estratégias de enfrentamento do trabalho infantil destaca-se a participação das audiências públicas em Pelotas e Caxias do Sul, convocadas e coordenadas pelo MPT.

Merecedor de destaque a implantação do Estudo *Ecológico da Leptospirose no Rio Grande do Sul na interface animal-humana*, conduzido conjuntamente com a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Secretaria da Agricultura, Pecuária e Agronegócio/Fundação Estadual de Pesquisa Agropecuária (FEPAGRO), sob a coordenação da Rede de Saúde Humana, Animal e Ecossistemas - Rede Saúde - FIOCRUZ e apoio das Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde.

Foi construído e assinado um Termo de Cooperação Técnica com o MPT (TCT 029/2015), para a criação de uma parceria de apoio institucional para a realização de ações de vigilância e controle de processos, agravos, acidentes e doenças relacionados ao trabalho.

### **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC/RS)**

A PEPIC encontra-se em fase de estruturação da coordenação, com organização da sala de trabalho e equipe, articulações com atores envolvidos com PICs e identificação dos integrantes do Comitê Gestor, bem como de definição de indicadores preliminares para a implementação da política. Em razão da estratégia de implementação da Fitoterapia, foram executadas várias ações na área, decorrentes da execução do Projeto de Implementação da Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos - APLPMFito/RS, Arranjo Produtivo Local de Plantas Medicinais e Fitoterápicos - o qual contemplou a realização de três cursos de Fitoterapia para profissionais e 148 gestores de saúde e possui dois projetos de pesquisa em andamento, quais sejam, um mapeamento com vistas ao diagnóstico situacional em plantas medicinais e fitoterápicos no Estado e uma pesquisa bibliográfica e documental sobre as plantas mais utilizadas no Rio Grande do Sul, além de outras ações de organizações parceiras estaduais e municipais.

A Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PIPMPF) foi implementada na SES a partir de um projeto com financiamento federal, o Projeto Arranjo Produtivo Local de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Foram executadas várias ações estruturantes como uma pesquisa sobre as forças que atuam com plantas medicinais no estado, desde a certificação botânica, o cultivo, o processamento, a comercialização, até a identificação de novos ativos para medicamentos, a nível de pesquisa acadêmica; também foram feitas várias ações no Jardim Botânico, em relação às espécies vegetais com interesse medicinal. No âmbito da

educação foram contratados seis bolsistas de diferentes cursos de formação como uma estratégia de complementação para a educação na área.

## **DIRETRIZ 2: GESTÃO EM SAÚDE**

### **OBJETIVO: Institucionalizar o Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS**

**Quadro 104. Indicador 63 (U) - Percentual de Plano de Saúde enviado ao Conselho Estadual de Saúde (%), Rio Grande do Sul, 2013-2015.**

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Resultado 2015</b>	<b>Meta 2015</b>
RS	1	0	0	1

Fonte: Assteplan/SES.

A elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES), 2016-2019 iniciou em setembro de 2015, após discussão e pactuação no Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GT PMA) da SES, com a participação do Conselho Estadual de Saúde (CES).

Foram definidos como pressupostos básicos para a construção do PES o fortalecimento do planejamento regional e a indução da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A estrutura utilizada para o PES 2016-2019 será uma adaptação entre a estrutura preconizada pela Portaria nº 2.135 de 25 setembro de 2013 e a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde de Eugênio Vilaça Mendes. Foram definidos os seguintes capítulos: I. Análise Situacional; II. Definição das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores; III. Processo de Monitoramento e Avaliação.

A Análise Situacional, que conta com a visão geral do estado e a visão das regiões de saúde foi iniciada nos dias 10 a 12 de novembro de 2015, quando ocorreu, em Porto Alegre, o encontro com as Coordenadorias Regionais de Saúde para disparar o processo de elaboração do PES 2016-2019 no território das regiões de saúde. No encontro foi apresentada a metodologia do PES e realizadas oficinas com o objetivo de abordar especificamente os Condicionantes e Determinantes de Saúde e o Perfil de Mortalidade de cada região de saúde. As Necessidades de Saúde da população, primeira parte da análise Situacional do PES, está concluída e a análise das Redes da Atenção à Saúde está em andamento. A etapa de definição das prioridades para o período, tendo como base o PPA 2016-2019, os relatórios das Conferências de Saúde (2015) e o Mapa Estratégico da SES (2015) está previsto para ocorrer em conjunto com as CRS em maio/junho de 2016.

## OBJETIVO: Aumentar o Financiamento e os Investimentos em Saúde

No ano de 2015, o Estado enfrentou severa crise financeira, com forte impacto no financiamento das ações e serviços do SUS. Com a crescente queda na arrecadação e o esgotamento das fontes de financiamento existentes no passado, a Secretaria Estadual da Fazenda vem realizando constantes reduções na previsão orçamentária e financeira da Secretaria Estadual de Saúde. Foi necessário reduzir custos, rediscutir prioridades e trabalhar com o recurso já disponível em caixa.

O Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM nº 1.073/2015, orientou as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde do país a reprogramar ou remanejar saldos de recursos federal de suas contas, disponíveis em 31/12/2014, a fim de amenizar tal situação. A Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul valeu-se dessa proposta e pactuou na Comissão Intergestores Bipartite (Resolução CIB/RS nº 212/2015) a reprogramação e remanejamentos de seus saldos de recursos federal, conforme visualiza-se abaixo:

**Quadro 105.** Reprogramação e remanejamentos dos saldos de recursos federal pela SES/RS.

TOTAIS POR BLOCO/INGRESSO	SALDO LIBERADO P/USO - PORTARIA MS	REMANEJAMENTO PARA BLOCO TETO MAC	SALDO 2014 LIVRE PARA REPROGRAMAÇÃO EM 2015
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA Total</b>	2.300.332,67	0,00	2.300.332,67
<b>ATENÇÃO BÁSICA Total</b>	453.918,33	0,00	453.918,33
<b>GESTÃO DO SUS Total</b>	25.372.533,64	20.217.664,71	5.154.868,93
<b>INVESTIMENTO Total</b>	6.373.482,28	0,00	6.373.482,28
<b>TETO MAC Total</b>	1.387.799,42	0,00	1.387.799,42
<b>VIGILÂNCIA EM SAÚDE Total</b>	48.706.081,65	43.137.028,79	5.569.052,86
<b>TOTAIS</b>	<b>84.594.147,99</b>	<b>63.354.693,50</b>	<b>21.239.454,49</b>

Fonte: FES/SES.

Deste modo, foram remanejados R\$ 63.354.693,50 dos blocos Vigilância em Saúde e Gestão do SUS para o bloco da Média e Alta Complexidade, como aporte financeiro. Nos demais blocos, não foi possível o remanejamento, somente a reprogramação do uso do recurso, ou seja, revisão de prioridades.

De igual forma, a SES propôs aos municípios, através da Resolução CIB nº 213/2015, a reprogramação e o remanejamento, no âmbito dos blocos de financiamento de eventuais saldos financeiros oriundos de recursos do Fundo Estadual de Saúde, disponíveis até 31 de dezembro de 2014, nos Fundos Municipais de Saúde.

O resultado das resoluções CIB nº 212/2015 e 213/2015 gerou diversas pactuações nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para reprogramações e remanejamentos de saldos municipais e estadual. A idéia, tanto na esfera estadual quanto na esfera municipal, era ser eficiente com o recurso disponível e eficaz nas novas ações planejadas. Tornou-se uma ação positiva frente às dificuldades financeiras enfrentadas pelo nosso Estado.

## **OBJETIVO: Fortalecer as Instâncias de Participação Social do SUS**

### ***Controle Social do SUS***

A Secretaria de Estado de Saúde apoiou o Conselho Estadual de Saúde/RS para a organização da 7ª Conferência Estadual de Saúde e a participação na 15ª Conferência Nacional de Saúde, na qual 144 Delegados do RS tiveram efetivada a viabilização da sua ida a Brasília.

#### **Quadro 106. Indicador 64 (U) - Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (%), Rio Grande do Sul, 2013-2015.**

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Resultado 2015</b>	<b>Meta 2015</b>
RS	1	1	1	1

Fonte: SIACS. Acesso em 21/03/2016

O Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul está cadastrado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) com 52 conselheiros, sendo 26 representantes de usuários, 10 de trabalhadores, 5 de prestadores e 11 de gestores.

### ***Ouvidoria do SUS no RS***

#### **Quadro 107. Indicador 65 (E) - Proporção de municípios com Ouvidorias implantadas (%), Rio Grande do Sul, 2013-2015.**

	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>Resultado 2015</b>	<b>Meta 2015</b>
RS	21 (4,23%)	23 (4,6%)	31 (6,24)	77 (15,49%)

Fonte: Banco de Dados Ouvidoria do SUS/SES/RS. Acesso em 26/02/2016.

## Análise e avaliação

Em 2015 foram cadastradas 6.902 manifestações de cidadãos, pela Ouvidoria do SUS-SES/RS. Tendo sido recebidas: 80,6% por telefone (0800); 13,7% formulário web (disponível no site da SES); 2,35% email; 2,83% presencialmente (no Centro Administrativo Fernandes Fernando Ferrari - CAFF-térreo); e menos de 1% (0,48%) por carta ou correspondência oficial.

Destaca-se que 79,7% das manifestações foram classificadas como “solicitações” e estiveram relacionadas a medicamentos e alimento (dietas, fórmulas nutricionais) da “Farmácia de Medicamentos Especiais do Estado”, sendo 85% das solicitações; seguidas das “consultas e cirurgias”, sendo 11% das solicitações, prioritariamente em “ortopedia/traumatologia”. O restante das manifestações foi classificado em “reclamações”, 10,2%; “informações”, 4,7%; “denúncias”, 3,8%; “sugestões”, 0,9%; e “elogios”, 0,4%. Dentre as reclamações e denúncias destacam-se a insatisfação do cidadão com “rotinas e protocolos” de estabelecimentos de saúde, e com os “recursos humanos”.

Salienta-se ainda que, neste período a Ouvidoria realizou o acompanhamento de mais de 498 demandas registradas pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES/MS) e Outras Ouvidorias do SUS, que foram direcionadas à SES/RS devido ao seu conteúdo.

Em continuidade à estruturação da Ouvidoria do SUS no RS e descentralização dos processos de trabalho, foram designados 04 (quatro) Ouvidores Regionais, completando assim a implantação das Ouvidorias Regionais do SUS nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (SES/RS). Em junho/2015 foi realizada capacitação para estas Ouvidorias Regionais, com o apoio do DOGES/MS, para acesso ao Sistema OuvidorSUS Nível 1 (N1).

Em setembro/2015 foi realizada capacitação para 15 Municípios e 03 (três) Hospitais, para acesso ao Sistema OuvidorSUS (N1), buscando apoiar a implantação de estruturas descentralizadas de Ouvidorias do SUS no RS, e ampliar o Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, em parceria com o DOGES/MS.

Ainda foram realizadas 04 (quatro) capacitações para os municípios da Macrorregião Missioneira: em Cruz Alta - 9CRS, Santo Ângelo - 12CRS, Santa Rosa - 14CRS e Ijuí - 17CRS, totalizando cerca de 80 municípios capacitados. Todos esses municípios passaram a integrar a Rede da Ouvidoria do SUS no RS, utilizando o Sistema Informatizado e contando com um Interlocutor de Ouvidoria em cada Secretaria Municipal de Saúde.

Apesar dos esforços o número total de Ouvidorias implantadas nas SMS aumentou muito pouco. A dificuldade com recursos humanos e o aumento nas demandas da Ouvidoria retardaram esse processo de implantação das Ouvidorias. No ano de 2015 buscou-se estruturar as Ouvidorias Regionais a fim de viabilizar o monitoramento deste indicador e o desenvolvimento de ações efetivas para atingir a meta.

Informações complementares estão disponíveis no Relatório Gerencial da Ouvidoria do SUS - SES no site <<http://www.saude.rs.gov.br/contato>>.



## **OBJETIVO: Ampliar e Qualificar a Regulação em Saúde**

### ***Complexo Regulador Estadual CRE/RS***

#### **Regulação de Acesso**

##### **DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL (DRE)/RS**

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2012/2015 contemplou duas metas relacionadas ao planejamento geral das ações de regulação assistencial:

##### **Elaboração e planejamento da nova área física do DRE/RS**

Esta meta não foi atingida tendo em vista o expressivo volume de recursos que a ação exige. No quadriênio avaliado, houve reestruturação e melhoria parcial da área física existente, de forma a atender as condições mínimas preconizadas.

##### **Publicação do Decreto de formalização da estrutura do DRE/RS**

Esta ação está em fase de conclusão, visto que o planejamento da estrutura, organograma e atribuições do Departamento de Regulação Estadual estão concluídos. A formalização será finalizada com a alteração do Decreto 44.050/2005 que aprovou o Regimento Interno da SES/RS.

## **2. REGULAÇÃO AMBULATORIAL**

A Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA/RS) está totalmente informatizada para regulação do acesso às consultas médicas especializadas ofertadas em Porto Alegre para não residentes na capital, em processo compartilhado com a Secretaria Municipal de Saúde. A regulação do acesso aos procedimentos ambulatoriais ofertados em outros municípios, realizada em conjunto pelas CRS e CRA/RS, está parcialmente informatizada, tanto em relação ao número de hospitais, quanto à oferta dos mesmos. Esse processo está em andamento, com avanços significativos em 2015, com alcance de 90,3% dos municípios do estado contemplados com processo regulatório do acesso em uma ou mais especialidades.

Os dados analisados a seguir, bem como as metas do PES 2012/2015 referem-se somente aos procedimentos regulados sob gestão estadual, pois, os processos regulatórios coordenados pelos municípios em gestão plena, com exceção de Porto Alegre e, parcialmente, Canoas, utilizam sistemas informatizados não integrados ao estadual, o que dificulta a consolidação dos dados.

##### **Consultas especializadas com acesso regulado**

No ano de 2015, a SES/RS realizou a regulação de 566.299 consultas especializadas, através da Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA) e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), o que significa um aumento de 83% em relação a 2014 (Figura 6).

O quantitativo total de consultas está dividido da seguinte forma: 110.259 consultas referentes à oferta de Porto Alegre destinada a não residentes na capital, 27.061 consultas referentes aos serviços de reabilitação em todo o estado, 716.877 consultas referentes às ofertas regionais reguladas pelas CRS, 12.080 consultas da oferta especial de Canoas, sob regulação da Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA) e 22 consultas para a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC).

Com esses resultados, o alcance da meta pactuada anual (PES/RS 2012-2015) de 250.000 consultas reguladas foi de 226,5%, superando a expectativa.

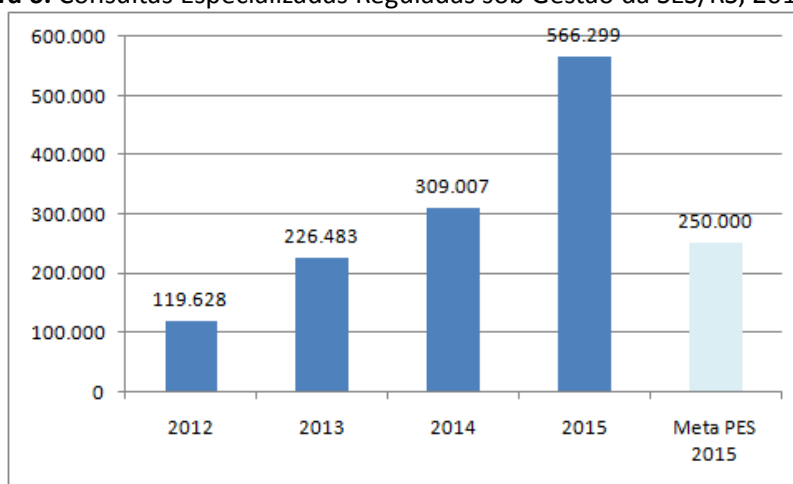
Os dados relativos a 2015 constam no Quadro 108 e ao período de 2012-2015, na Figura 6.

**Quadro 108.** Consultas Especializadas Reguladas sob Gestão da SES/RS, 2015.

Mês/Ano	Consultas Especializadas Reguladas pela CRA/RS			Consultas Especializadas Reguladas pela CRA/RS e CRS	Consultas Especializadas Reguladas pelas CRS																			TOTAL	
	Consultas Especializadas em PORTO ALEGRE para Não Residentes	Consultas Especializadas em CANOAS para Não Residentes	CNRAC- PORTO ALEGRE	Consultas da Rede de Reabilitação (exceto Porto Alegre)	TOTAL	1ºCRS	2ºCRS	3ºCRS	4ºCRS	5ºCRS	6ºCRS	7ºCRS	8ºCRS	9ºCRS	10ºCRS	11ºCRS	12ºCRS	13ºCRS	14ºCRS	15ºCRS	16ºCRS	17ºCRS	18ºCRS		19ºCRS
<b>Total</b>	<b>110.259</b>	<b>12.080</b>	<b>22</b>	<b>27.061</b>	<b>416.877</b>	<b>5.388</b>	<b>12.751</b>	<b>31.683</b>	<b>56.326</b>	<b>0</b>	<b>80.023</b>	<b>4.776</b>	<b>16.621</b>	<b>5.418</b>	<b>15.204</b>	<b>14.270</b>	<b>13.474</b>	<b>30.846</b>	<b>15.082</b>	<b>11.921</b>	<b>53.555</b>	<b>12.988</b>	<b>5.738</b>	<b>31.213</b>	<b>566.299</b>
jan/15	9.044	1.288	5	1.674	25.303	76	1.095	1.724	3.681		5.891	343	572	235	1.368	112	1.055	2.142	738	617	4.172	874	195	413	<b>37.314</b>
fev/15	7.255	995	5	1.737	24.340	78	941	2.077	3.230		5.012	318	694	13	974	79	1.054	1.764	942	764	4.668	864	258	610	<b>34.332</b>
mar/15	10.806	1.444	5	2.361	33.195	126	982	2.045	4.408		7.185	363	882		1.513	93	1.293	2.589	1.107	905	5.830	966	552	2.356	<b>47.811</b>
abr/15	9.791	967	4	2.547	32.692	146	1.074	2.863	4.598		6.469	318	816	297	976	233	1.305	2.525	1.247	861	5.399	897	450	2.218	<b>46.001</b>
<b>1º Quad.</b>	<b>36.896</b>	<b>4.694</b>	<b>19</b>	<b>8.319</b>	<b>115.530</b>	<b>426</b>	<b>4.092</b>	<b>8.709</b>	<b>15.917</b>	<b>0</b>	<b>24.557</b>	<b>1.342</b>	<b>2.964</b>	<b>545</b>	<b>4.831</b>	<b>517</b>	<b>4.707</b>	<b>9.020</b>	<b>4.034</b>	<b>3.147</b>	<b>20.069</b>	<b>3.601</b>	<b>1.455</b>	<b>5.597</b>	<b>165.458</b>
mai/15	8.750	1.428		3.474	36.170	296	1.000	2.991	4.843		8.340	321	815	435	898	430	1.335	2.800	1.191	950	5.254	997	392	2.882	<b>49.822</b>
jun/15	9.482	1.343		2.486	38.665	379	1.076	3.060	5.170		8.168	260	1.837	476	1.005	926	934	3.020	987	1.114	5.286	1.165	510	3.292	<b>51.976</b>
jul/15	10.127	1.485		2.131	39.646	720	1.022	3.329	5.113		7.050	312	1.908	481	1.557	844	1.142	2.605	1.869	1.054	5.061	1.883	454	3.242	<b>53.389</b>
ago/15	9.151	990		1.911	37.094	627	1.025	3.209	4.575		6.632	321	1.899	448	1.271	2.171	1.093	2.650	1.497	860	4.064	1.009	482	3.261	<b>49.146</b>
<b>2º Quad.</b>	<b>37.510</b>	<b>5.246</b>	<b>0</b>	<b>10.002</b>	<b>151.575</b>	<b>2.022</b>	<b>4.123</b>	<b>12.589</b>	<b>19.701</b>	<b>0</b>	<b>30.190</b>	<b>1.214</b>	<b>6.459</b>	<b>1.840</b>	<b>4.731</b>	<b>4.371</b>	<b>4.504</b>	<b>11.075</b>	<b>5.544</b>	<b>3.978</b>	<b>19.665</b>	<b>5.054</b>	<b>1.838</b>	<b>12.677</b>	<b>204.333</b>
set/15	8.448	537		2.064	38.028	605	1.023	2.866	5.449		6.905	340	1.931	487	1.431	2.484	1.092	2.721	1.335	1.114	3.583	1.126	525	3.011	<b>49.077</b>
out/15	9.173	566		2.658	38.277	752	976	2.746	5.365		7.029	371	1.881	858	1.381	2.573	1.090	2.743	1.470	1.254	3.273	935	417	3.163	<b>50.674</b>
nov/15	9.372	555		2.467	38.071	803	917	2.428	5.782		6.763	721	1.931	908	1.458	2.217	902	2.820	1.308	1.218	3.421	927	290	3.257	<b>50.465</b>
dez/15	8.860	482	3	1.551	35.396	780	1.620	2.345	4.112		4.579	788	1.455	780	1.372	2.108	1.179	2.467	1.391	1.210	3.544	945	1.213	3.508	<b>46.292</b>
<b>3º Quad.</b>	<b>35.853</b>	<b>2.140</b>	<b>3</b>	<b>8.740</b>	<b>149.772</b>	<b>2.940</b>	<b>4.536</b>	<b>10.385</b>	<b>20.708</b>	<b>0</b>	<b>25.276</b>	<b>2.220</b>	<b>7.198</b>	<b>3.033</b>	<b>5.642</b>	<b>9.382</b>	<b>4.263</b>	<b>10.751</b>	<b>5.504</b>	<b>4.796</b>	<b>13.821</b>	<b>3.933</b>	<b>2.445</b>	<b>12.939</b>	<b>196.508</b>

Fonte: Núcleo de Monitoramento e Avaliação - CRE/RS

**Figura 6.** Consultas Especializadas Reguladas sob Gestão da SES/RS, 2012 a 2015.



Fonte: DRE/SES/RS.

As consultas marcadas em Porto Alegre, Canoas e em toda a rede de reabilitação correspondem somente às primeiras consultas (aproximadamente 20% do total), enquanto que as consultas reguladas por algumas CRS, para acesso às respectivas referências regionais, incluem as consultas de retorno.

## 2.2. Exames com acesso regulado

Atualmente, o acesso aos exames cuja regulação está sob gestão estadual (oferta de serviços regionais) ou regulação compartilhada (oferta de Porto Alegre) é regulado através do Sistema Informatizado de Regulação (SISREG), pelas Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS, com apoio da Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA/RS), totalizando 84.662 procedimentos em 2015.

Com o crescimento significativo do quantitativo de exames regulados de 2014 para 2015 (88%), o resultado foi suficiente para o alcance da meta anual de 75.000, porém, não será suficiente para o alcance da meta do quadriênio, prevista no Plano Estadual de Saúde - PES 2012/2015. Isso aconteceu por dois motivos: a ampliação da regulação ambulatorial informatizada priorizou as consultas especializadas nos dois primeiros anos do quadriênio e ocorreram problemas na ocupação das cotas de exames em Porto Alegre em razão do déficit de oferta cadastrada no sistema pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da capital.

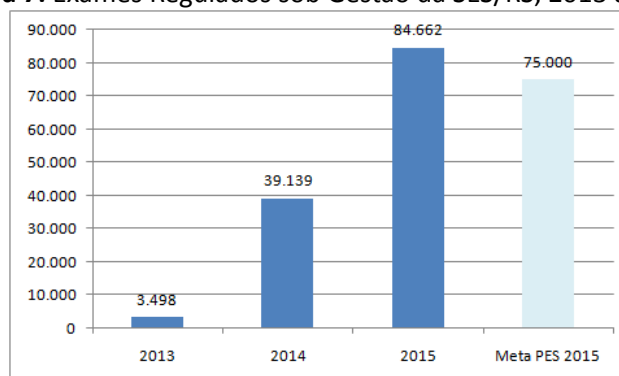
Do total de exames regulados em 2015 (84.662), o conjunto das CRS agendou, sob coordenação do Departamento de Regulação Estadual (DRE/RS), 73.685 exames, com destaque para as centrais regionais da 6ª CRS e 18ª CRS (Quadro 109). Os dados relativos à série histórica e meta PES 2015 constam na Figura 7.

**Quadro 109. Exames Regulados sob Gestão da SES/RS, 2015.**

Mês/Ano	Oferta de Porto Alegre - exames regulados pelas CRSs	Oferta de Serviços Regionais - Exames Reguladas pelas CRSs																			TOTAL	
	SISREG POA	Total	1ªCRS	2ªCRS	3ªCRS	4ªCRS	5ªCRS	6ªCRS	7ªCRS	8ªCRS	9ªCRS	10ªCRS	11ªCRS	12ªCRS	13ªCRS	14ªCRS	15ªCRS	16ªCRS	17ªCRS	18ªCRS		19ªCRS
<b>Total</b>	<b>10.977</b>	<b>73.685</b>			<b>19</b>			<b>23.348</b>		<b>241</b>	<b>269</b>	<b>2.782</b>			<b>5.262</b>		<b>3.232</b>	<b>7.853</b>	<b>2.432</b>	<b>17.072</b>		<b>84.662</b>
jan/15	984	4.410	53				1.202	51				222			418			429	163	1.481	391	5.394
fev/15	1.074	5.009					1.859	51	8			196			300			595	158	1.293	549	6.083
mar/15	1.349	5.833	30				2.160	52	15			264			533			627	196	1.463	493	7.182
abr/15	1.287	5.599	77				2.003	51	22			254			475			605	185	1.346	581	6.886
mai/15	1.109	5.196	115				1.808	51	22			197			343			776	184	1.168	532	6.305
jun/15	1.046	5.684	134				1.881	51	28			221			542	124		680	229	1.261	533	6.730
jul/15	755	6.061	76				1.876	42	25	79	224				582	133		774	367	1.394	489	6.816
ago/15	723	5.946	86				2.025	52	29	190	217				400	142		656	195	1.460	494	6.669
set/15	635	7.454	141			729	1.968	51	26			187			431	131	846	682	192	1.562	508	8.089
out/15	663	7.344	104			630	2.102	52	26			305			497	118	641	672	185	1.523	489	8.007
nov/15	710	7.776	4		8	697	2.267	50	21			282			488	79	828	759	199	1.615	479	8.486
dez/15	642	7.373	14		11	754	2.197	57	19			213			253	151	917	598	179	1.506	504	8.015
1º quad	4.694	20.851	160				7.224	205	45			936			1.726			2.256	702	5.583	2.014	25.545
2º quad	3.633	22.887	411				7.590	196	104	269	859				1.867	399		2.886	975	5.283	2.048	26.520
3º quad	2.650	29.947	263		19	2.810	8.534	210	92			987			1.669	479	3.232	2.711	755	6.206	1.980	32.597

Fonte: Núcleo de Monitoramento e Avaliação - CRE/RS

**Figura 7. Exames Regulados sob Gestão da SES/RS, 2013 a 2015.**



Fonte: DRE/SES.

## Outros indicadores de regulação ambulatorial pactuados no PES 2012/2015

### Déficit demanda/oferta mensal médio para consultas médicas especializadas

O déficit médio mensal (número de novas solicitações de consultas dividido pelo número de cotas) é avaliado, mensalmente, para a oferta de consultas em Porto Alegre e vem apresentando redução (Quadro 110), conforme meta pactuada no PES 2012/2015. Esse avanço é resultado de ações de gestão da lista de espera pactuadas no Grupo de Trabalho (GT) de Regulação e a aprovação de protocolos de regulação ambulatorial, em parceria com o TelessaúdeRS, com a finalidade de qualificar os cadastros de solicitação de consulta especializada.

#### Quadro 110. Déficit Médio Mensal para Consultas Especializadas de Não Residentes em Porto Alegre, 2012 a 2015.

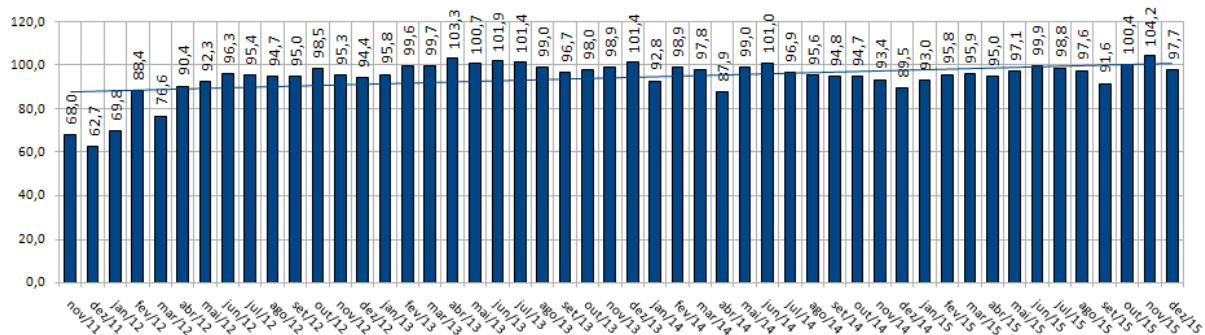
	jan/12	fev/12	mar/12	abr/12	mai/12	jun/12	jul/12	ago/12	set/12	out/12	nov/12	dez/12	jan/13	fev/13	mar/13	abr/13	mai/13	jun/13	jul/13	ago/13	set/13	out/13	nov/13	dez/13	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	out/14	nov/14	dez/14	jan/15	fev/15	mar/15	abr/15	mai/15	jun/15	jul/15	ago/15	set/15	out/15	nov/15	dez/15																																																																																								
Déficit	1,76				1,82				1,52				1,71				1,62				1,79				1,62				1,67				1,39				1,46				1,62				1,54																																																																																											
Solic.	9.871	15.824	1.60	1,94	10.688	21.116	2,11	1,82	12.662	17.529	1,45	1,52	10.389	14.762	1,45	1,71	8.041	14.403	1,79	1,62	11.479	22.736	1,98	1,79	10.819	18.506	1,71	1,62	9.707	17.285	1,78	1,79	11.220	19.767	1,76	1,62	9.642	18.142	1,88	1,62	8.923	15.326	1,72	1,62	9.538	14.660	1,54	1,67	10.261	16.567	1,62	1,79	9.195	14.130	1,54	1,62	10.524	16.517	1,57	1,62	7.142	14.852	2,08	1,67	10.319	18.363	1,76	1,67	10.679	14.941	1,40	1,62	11.048	16.136	1,46	1,62	11.712	17.070	1,46	1,62	10.298	14.912	1,45	1,62	10.478	15.438	1,19	1,62	9.727	11.837	1,22	1,62	7.920	11.728	1,55	1,62	11.264	17.642	1,57	1,62	10.307	15.571	1,51	1,62	9.010	15.065	1,67	1,62	9.486	15.428	1,62	1,62	10.265	15.946	1,55	1,62	9.373	15.227	1,62	1,62	9.210	15.119	1,64	1,62	9.137	13.988	1,53	1,62	9.381	15.504	1,65	1,62	9.792	13.308	1,34	1,62
Cotas	9.871	15.824	1,60	1,94	10.688	21.116	2,11	1,82	12.662	17.529	1,45	1,52	10.389	14.762	1,45	1,71	8.041	14.403	1,79	1,62	11.479	22.736	1,98	1,79	10.819	18.506	1,71	1,62	9.707	17.285	1,78	1,79	11.220	19.767	1,76	1,62	9.642	18.142	1,88	1,62	8.923	15.326	1,72	1,62	9.538	14.660	1,54	1,67	10.261	16.567	1,62	1,79	9.195	14.130	1,54	1,62	10.524	16.517	1,57	1,62	7.142	14.852	2,08	1,67	10.319	18.363	1,76	1,67	10.679	14.941	1,40	1,62	11.048	16.136	1,46	1,62	11.712	17.070	1,46	1,62	10.298	14.912	1,45	1,62	10.478	15.438	1,19	1,62	9.727	11.837	1,22	1,62	7.920	11.728	1,55	1,62	11.264	17.642	1,57	1,62	10.307	15.571	1,51	1,62	9.010	15.065	1,67	1,62	9.486	15.428	1,62	1,62	10.265	15.946	1,55	1,62	9.373	15.227	1,62	1,62	9.210	15.119	1,64	1,62	9.137	13.988	1,53	1,62	9.381	15.504	1,65	1,62	9.792	13.308	1,34	1,62

Fonte: DRE/SES.

### Proporção de ocupação das consultas médicas especializadas ofertadas no sistema informatizado de regulação

A ocupação da oferta de consultas especializadas de Porto Alegre (Figura 8) tem se mantido acima de 95%, conforme meta do PES 2012/2015 sendo que, para as subespecialidades com déficit de oferta, a ocupação é plena.

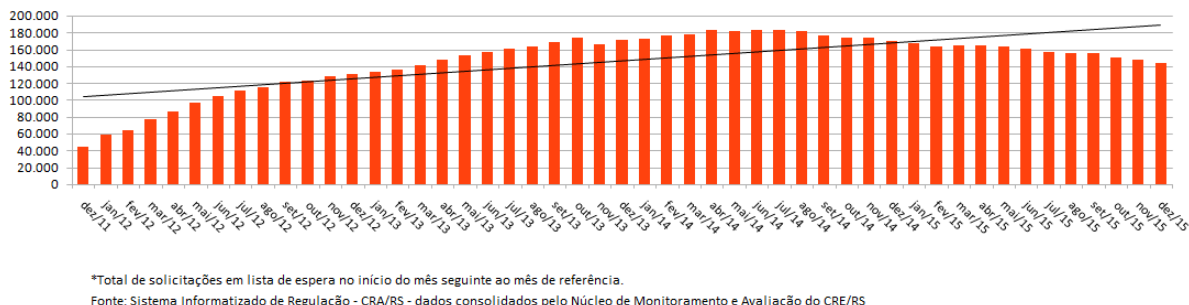
Figura 8. Percentual de Utilização das Consultas Médicas Especializadas de Porto Alegre para não Residentes, Novembro/2011 a Dezembro/2015.



Fonte: DRE/SES/RS.

A utilização plena das consultas ofertadas, bem como as ações de gestão da lista de espera, tem impactado positivamente no controle da tendência de crescimento da demanda reprimida por consultas especializadas na capital, conforme demonstrado no Figura 9.

**Figura 9.** Lista de Espera para Consulta Médica Especializada, Ofertada em Porto Alegre para não Residentes, Dezembro/2011 a Dezembro/2015.



### Elaboração e implantação de protocolos de regulação

A meta de elaboração de 10 (dez) protocolos de encaminhamento (regulação) até final de 2015 foi cumprida (Quadro 111), visto que, através do convênio com o TelessaúdeRS e do trabalho da equipe da CRA/RS, foram elaborados e aprovados protocolos de regulação ambulatorial para 73 patologias no quadriênio 2012/2015, sendo 58 deles no último ano.

**Quadro 111.** Patologias com Protocolos de Regulação para Acesso Ambulatorial aos Serviços Especializados, Rio Grande do Sul, 2013 a 2015.

Até 2013	Até 2014	2015	Total	Meta PES 2012/2015
7	8	58	73	10

Fonte: DRE/SES.

### Outras realizações de regulação ambulatorial

**Monitoramento contínuo dos indicadores de processo e resultados relacionados à regulação de consultas e exames:** essa atividade tem a finalidade de orientar o planejamento do processo de ampliação da regulação e da contratação da rede de atenção.

- 2.4.2. **Integração da CRA/RS - Central Estadual de Regulação Ambulatorial ao TelessaúdeRS, com a finalidade de qualificar a demanda por consultas especializadas:** essa iniciativa tem o objetivo de encaminhar a elaboração de protocolos de regulação e de qualificar o processo de gestão da lista de espera. A participação do TelessaúdeRS no processo relatórios contempla o contato, via telefone, com o médico solicitante da consulta especializada, proporcionando a capacitação do mesmo para utilização do protocolo aprovado e orientação para manejo do caso em tela. Essa metodologia proporciona um potencial significativo de eliminação da necessidade do encaminhamento para o paciente em discussão e para os demais em situação análoga. Essa ação, associada às capacitações coletivas, presenciais ou educação à distância (EAD), tem provocado impacto positivo na redução da lista de espera por consultas especializadas em Porto Alegre.

**Expansão da regulação ambulatorial informatizada:** a implantação de sistema informatizado de regulação - SISREG já ocorreu em dezoito CRS, de forma integrada com a Central Estadual de Regulação Ambulatorial - CRA/RS. A 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (Caxias do Sul) é composta somente por municípios em gestão plena do sistema, os quais, a princípio, não delegaram esta ação ao estado, porém, comprometeram-se em implantá-la, a médio prazo. Essa ação foi aprovada na CIB/RS, em dezembro de 2012, e vem sendo implantada com boa evolução e com prioridade para as especialidades de oncologia e traumatologia/ortopedia.

### 3. REGULAÇÃO HOSPITALAR

#### Leito de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) regulado

As ações de regulação do acesso aos leitos sob gestão estadual ou sob gestão municipal de municípios sem central de regulação é realizada pela Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS). Esse processo ocorre em caráter não obrigatório, ou seja, os hospitais ainda podem internar pacientes, cujo acesso foi realizado por contato direto entre solicitante e executante. Atualmente, a CRH/RS regula, sob demanda, acesso a leitos de UTI, traumatologia, psiquiatria e enfermagem para situações especiais.

O PES 2012/2015 estabeleceu a meta de regular o acesso à totalidade dos leitos de UTI sob gestão estadual ou sob gestão municipal sediados em municípios que não contam com central de leitos, o que correspondia, em 2012, a 670 leitos. Esta meta não foi atingida (Quadro 112), tendo em vista a indisponibilidade de sistema de regulação que vincule o faturamento ao acesso regulado, de forma a tornar o processo obrigatório. A solução para esta questão está sendo encaminhada através de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para utilização conjunta de sistema de regulação hospitalar, o qual está em desenvolvimento.

**Quadro 112.** Leitos de UTI Regulados pela Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/SES/RS), 2011 a 2015.

2011	2012	2013	2014	2015	Meta 2015
120	130	151	166	153	670

Fonte: DRE/SES.

Cabe salientar que, em função do modelo do acesso relatado, os leitos de UTI regulados pela CRH/RS foram estimados, considerando o total de internações reguladas para este tipo de leito e a média de permanência em UTI.

Apesar da meta não atingida, houve incremento importante nas ações de regulação de leitos, pois, em 2015, a Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS) recebeu 16.181 solicitações de internação/transferência hospitalar (tabela 6), número 13% superior ao registrado em 2014, o que revela uma tendência crescente na demanda pelo processo regulatório do acesso às internações hospitalares.

Do total de 16.181 solicitações cadastradas na CRH/RS, 10.810 (67%) foram pedidos de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Pediátrica ou Neonatal. Considerando o total de solicitações, 65% (10.523) foram internados/transferidos, 6% (972) canceladas por óbito durante o processo regulatório e

29% (4.686) canceladas por outros motivos (melhora do quadro clínico, opção do familiar pela não transferência e/ou reavaliação de indicação da mesma pelo médico assistente e médico regulador). Cabe salientar que, dos cancelamentos por óbito, 133 ocorreram após a reserva do leito na unidade executante da transferência hospitalar. Considerando somente as solicitações para UTI, os dados correspondem a 68,8% para transferências, 8,5% para cancelamentos por óbito e 22,7 de cancelamentos por outros motivos.

**Quadro 113.** Solicitações de Internação Hospitalar Reguladas pela CRH/RS, Rio Grande do Sul, 2015.

Mês	Total GERAL	Total UTI	UTI AD	UTI NEO	UTI PED	Outros	Traumato	Psiquiatria	Contra Ref	Enfermaria	Sem Class
TOTAL	16.181	10.810	6.173	3.436	1.201	5.371	304	3.671	11	1.229	156
jan/15	1.338	930	501	336	93	408	27	285	2	90	4
fev/15	1.272	902	530	310	62	370	26	259	2	75	8
mar/15	1.560	994	538	357	99	566	35	414	2	104	11
abr/15	1.401	906	526	290	90	495	27	348	1	111	8
1º Quad	5.571	3.732	2.095	1.293	344	1.839	115	1.306	7	380	31
mai/15	1.466	972	538	323	111	494	22	316	2	141	13
jun/15	1.526	1.003	561	286	156	523	38	331	1	129	24
jul/15	1.487	1.000	601	245	154	487	28	314	0	131	14
ago/15	1.326	907	549	250	108	419	23	320	0	69	7
2º Quad	5.805	3.882	2.249	1.104	529	1.923	111	1.281	3	470	58
set/15	1.102	740	445	214	81	362	20	258	0	76	8
out/15	1.243	847	498	261	88	396	17	255	1	115	8
nov/15	1.235	795	438	273	84	440	22	284	0	105	29
dez/15	1.225	814	448	291	75	411	19	287	0	83	22
3º Quad	4.805	3.196	1.829	1.039	328	1.609	78	1.084	1	379	67

Fonte: Núcleo de Monitoramento e Avaliação - CRE/RS

**Conclusão dos casos regulados para UTI em até 2 horas**

O PES 2012/2015 estabeleceu meta de 30% para este indicador, resultado (Quadro 114) atingido plenamente em 2014 e com 83% de alcance em 2015, tendo em vista o aumento da demanda.

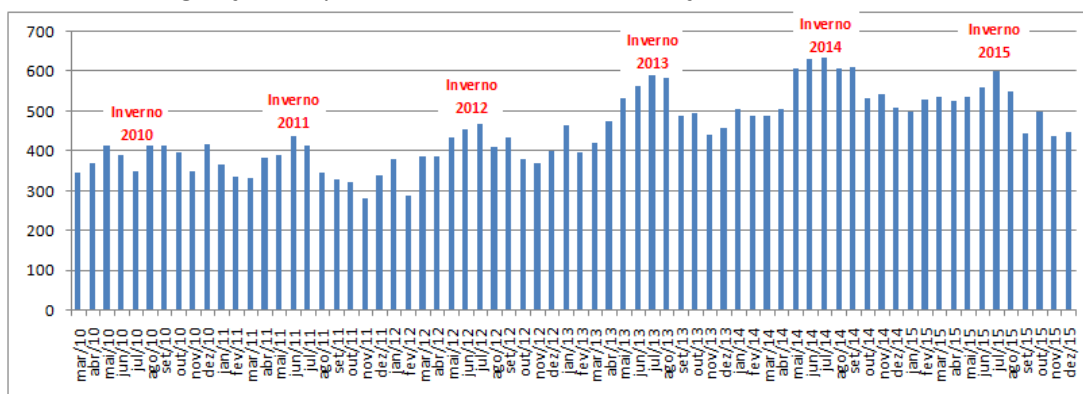
**Quadro 114.** Proporção de casos regulados para UTI e concluídos em até 2 Horas, Rio Grande do sul, 2013 a 2015.

2013	2014	2015	Meta Anual
23%	31%	25%	30%

Fonte: DRE/SES.

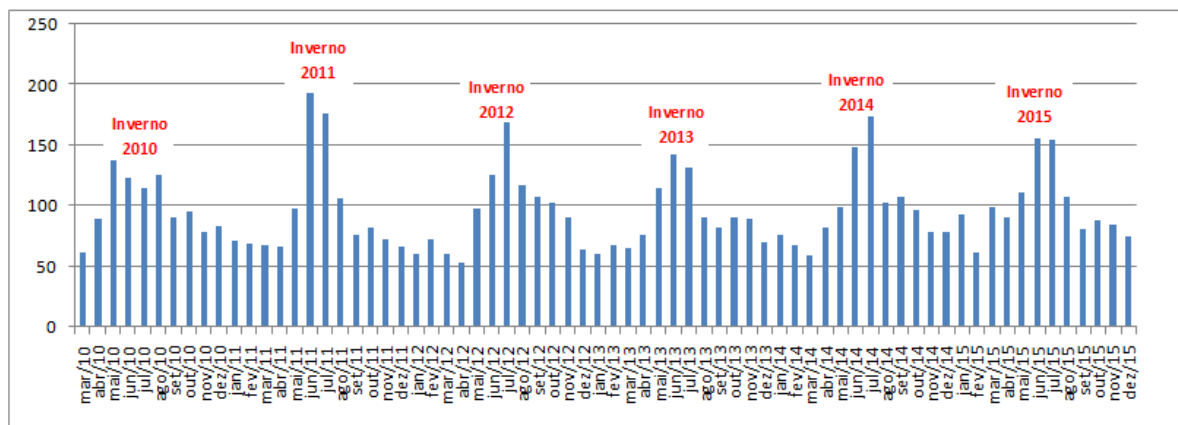
Cabe salientar que o segundo quadrimestre, de qualquer ano, por contemplar os meses de inverno e a maior incidência de doenças respiratórias, implica em maior necessidade de leitos hospitalares, especialmente de UTI adulto e pediátrica (Figuras 10 e 11), e pode provocar eventuais quedas nos resultados dos indicadores de qualidade do processo regulatório.

**Figura 10.** Solicitações de Transferência/Internação Hospitalar para UTI Adulto, Central Estadual de Regulação Hospitalar, Rio Grande do Sul, março/2010 a 2015.



Fonte: DRE/SES.

**Figura 11.** Solicitações de Transferência Hospitalar para UTI Pediátrica, Central Estadual de Regulação Hospitalar, Rio Grande do Sul, março/2010 a 2015.



Fonte: DRE/SES

#### Proporção de internações hospitalares em UTI reguladas e com destino inferior a 300km

Para este indicador, a meta mínima pactuada foi de 90%, de forma que o tempo de transporte não influencie negativamente no prognóstico da situação. A meta foi atingida nos últimos dois anos (quadro 115).

**Quadro 118.** Proporção de Internações Hospitalares em UTI Reguladas com Destino Inferior a 300km, Rio Grande do Sul, 2013 a 2015.

2013	2014	2015	Meta Anual
88%	94%	93%	90%

Fonte: DRE/SES.

### 3.4. Outras realizações de regulação hospitalar



**Monitoramento mensal de indicadores de resolutividade de regulação hospitalar:** esse processo permite o ajuste das rotinas e a adoção de medidas emergenciais, quando necessário. Os indicadores monitorados são: proporção de transferências/internações hospitalares até 300 km, proporção de transferências/internações hospitalares até 150 km, proporção de conclusão para UTI em até 2 horas, proporção de regulações concluídas com óbito no processo regulatório, proporção de solicitações para UTI sobre o total de solicitações, número de solicitações por mês para análise da sazonalidade, proporção de casos transferidos com compra de leito ou autorização de leito extra SUS sobre total de transferências. Os indicadores relativos à regulação do acesso aos leitos de UTI são calculados e acompanhados por tipo de unidade (UTI Adulto, UTI Neonatal e UTI Pediátrica).

**Compra de leito privado e autorização de leito extra SUS:** essa rotina é praticada mediante avaliação e autorização dos médicos reguladores da Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS), quando constatada a necessidade imediata do leito de UTI e indisponibilidade do mesmo na rede SUS. Os dados de 2015 (Quadro 116) revelam uma redução nessa ação, com impacto negativo na proporção de internações em UTI sobre total de solicitações para este tipo de leito (redução de 72,6% para 68,8%, em relação a 2014), porém, sem impacto significativo na proporção de conclusões por óbito, a qual passou de 8,3%, em 2014, para 8,5% em 2015.

**Quadro 116.** Compra de Leito de UTI em Hospitais Privados e Autorizações de Leitos Extras de UTI, Rio Grande do Sul, 2015.

Mês	Total	% sobre Transferências	Compra leito UTI Hospital privado	Autorização Leito UTI Extra
TOTAL	221	2,1%	70	151
jan/15	15		4	11
fev/15	7		2	5
mar/15	24		5	19
abr/15	25		8	17
1º Quad	71	1,9%	19	52
mai/15	25		8	17
jun/15	22		10	12
jul/15	20		5	15
ago/15	27		12	15
2º Quad	94	2,5%	35	59
set/15	14		7	7
out/15	13		2	11
nov/15	10		2	8
dez/15	19		5	14
3º Quad	56	1,9%	16	40

Fonte: Núcleo de Monitoramento e Avaliação - DRE/RS

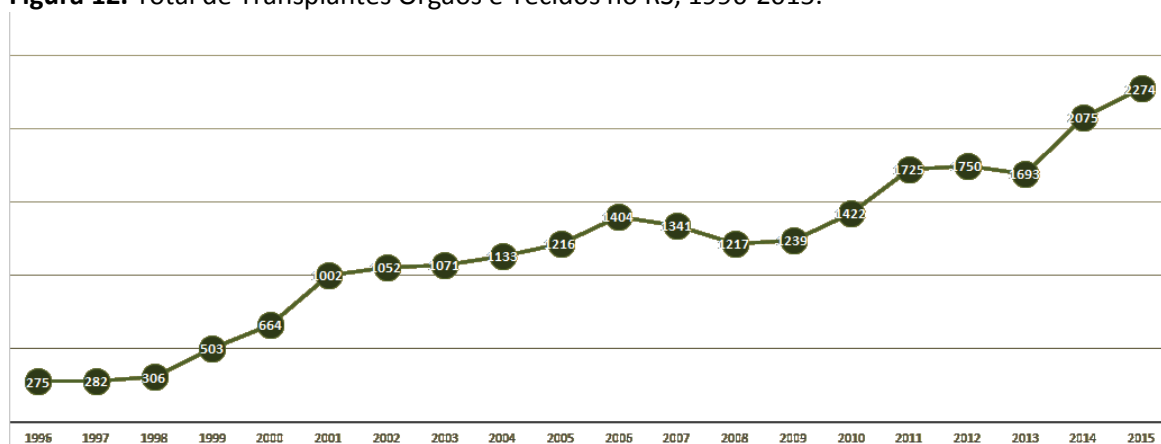
- 3.4.3. Contratação de transporte medicalizado, terrestre e aéreo, por licitação pública, para complementação à rede do SAMU/RS. Nesta modalidade, foram autorizados 100 transportes aéreos (59 para UTI Neonatal, 25 para UTI Pediátrica e 16 para UTI Adulto) e 1.529 transportes terrestres (574 para UTI Neonatal, 237 para UTI Pediátrica e 718 para UTI Adulto)

## Regulação Central de Transplantes

### Resultados do Programa de Transplantes do RS

Estado conta com quatro centros transplantadores em Porto Alegre e seis no interior. A Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/RS (CNCDO) é bem estruturada, o programa de transplantes é bem consolidado, com histórico e pioneirismo no país. No ano de 2015, o Estado apresentou cenário diverso da realidade dos transplantes nacional, preservando a crescente atividade transplantadora, mesmo com todas as adversidades da realidade do sistema de saúde no estado e no país. No ano, foram realizados 540 transplantes renais, sendo 476 com doador falecido. Realiza todas as modalidades de transplantes no estado, sendo líder nacional no número de transplantes de órgãos (67 por milhão de população - pmp), em transplantes renais (42 pmp) e de pulmão (4,7 pmp). Foram realizados sete transplantes no ano de 2015 de medula óssea pmp, mantendo taxa de crescimento anual.

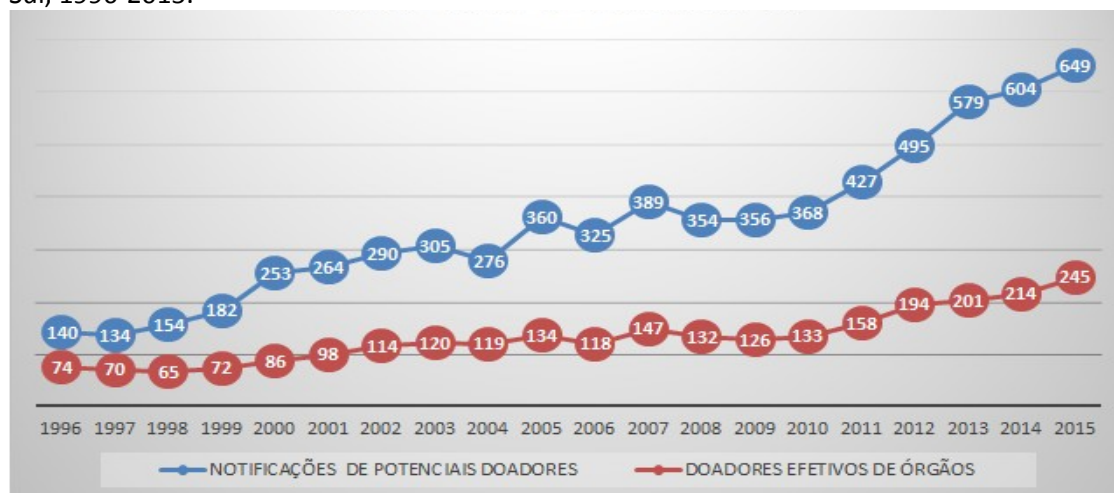
**Figura 12.** Total de Transplantes Órgãos e Tecidos no RS, 1996-2015.



Fonte: DRE/SES.

Na figura 12 podemos observar que o número de transplantes subiu no período demonstrado. Houve estagnação nos anos de 2011-13, quando foi retomado o programa de capacitação dos profissionais da área da saúde que atuam na captação, manutenção e doação de órgãos, apresentando, em seguida, como mostra o gráfico, resultado significativo.

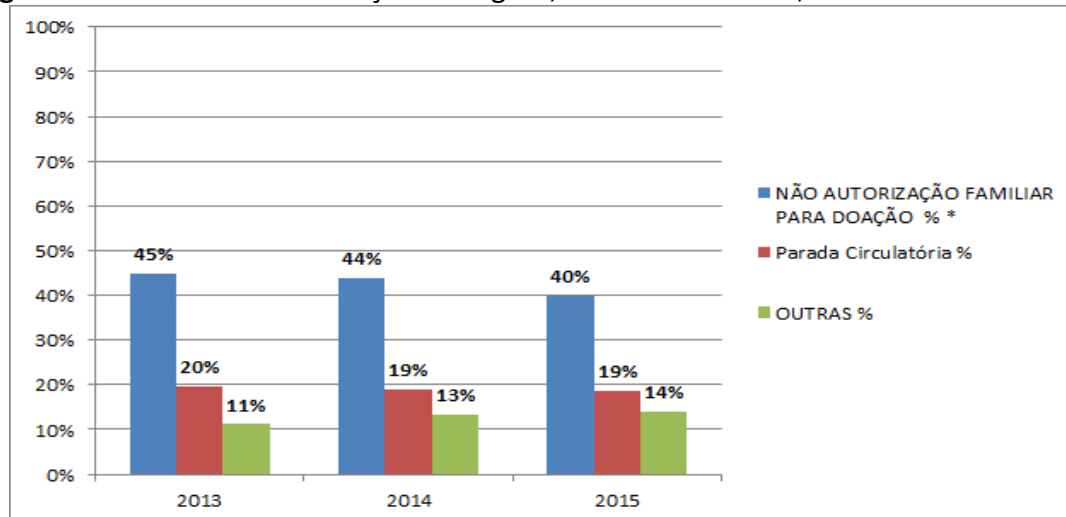
**Figura 13.** Notificação de potenciais doadores e Doadores efetivos de órgãos, Rio Grande do Sul, 1996-2015.



Fonte: DRE/SES.

O gráfico mostra o comparativo entre o número de notificações de morte encefálica e de doações efetivas ocorridas no período, no RS. Vale registrar que os recursos hospitalares (UTI) e capacitação dos profissionais nos cuidados do potencial doador estão diretamente ligados aos resultados finais da manutenção deste potencial doador (PD) para a doação de órgãos.

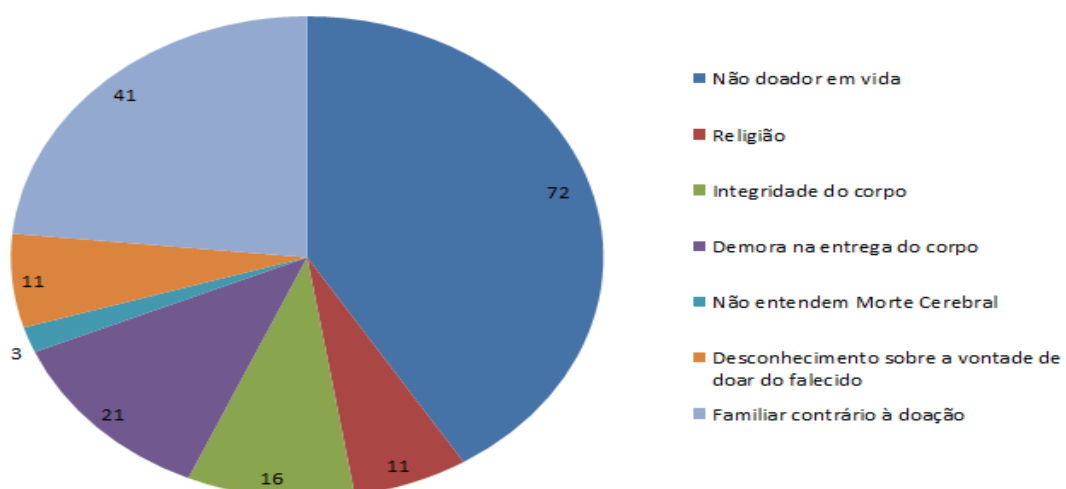
**Figura 14.** Causas da Não Doação de órgãos, Rio Grande do Sul, 2013-2015.



Fonte: DRE/SES.

A Figura 14 mostra as causas para a não doação, registrada no período. Nota-se que a não autorização familiar para a doação baixou em quatro pontos, o percentual de paradas circulatórias se manteve, com leve queda de um ponto e outros motivos, tais como contraindicação médica e sorologia positiva aumentaram talvez devido ao acesso aos exames especializados e avaliação mais capacitada das condições do potencial doador.

**Figura 15.** Causas da não autorização para a doação de órgãos, Rio Grande do Sul, 2015.



Fonte: DRE/SES/RS.

Na figura acima percebemos os motivos apontados na entrevista familiar para doação de órgãos mais freqüentes no RS. Destaca-se o fato do potencial doador não ter manifestado seu desejo de doar os órgãos e tecidos em vida, seguido pelo desejo do familiar entrevistado/detentor da decisão de não realizar a doação.

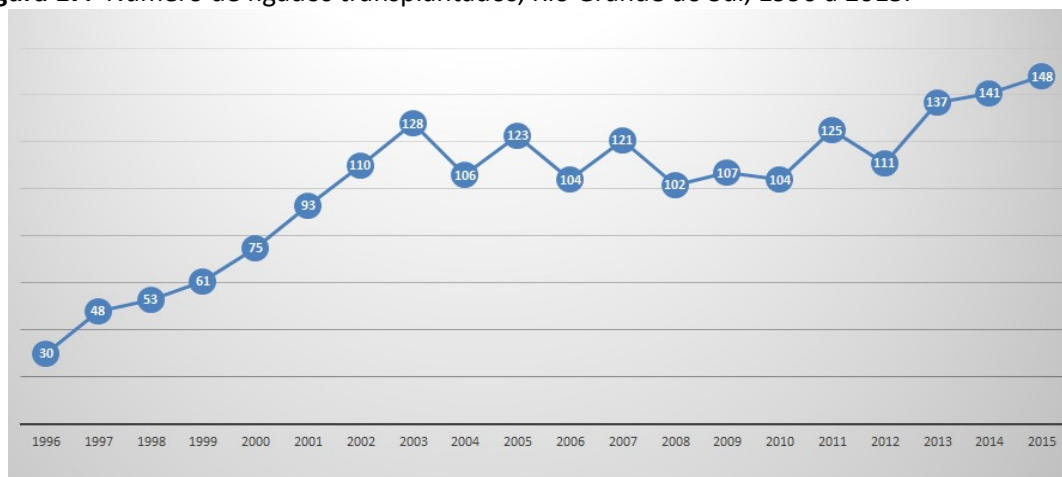
## Transplantes Realizados

**Figura 16.** Número de rins transplantados, Rio Grande do Sul, 1996 a 2015.



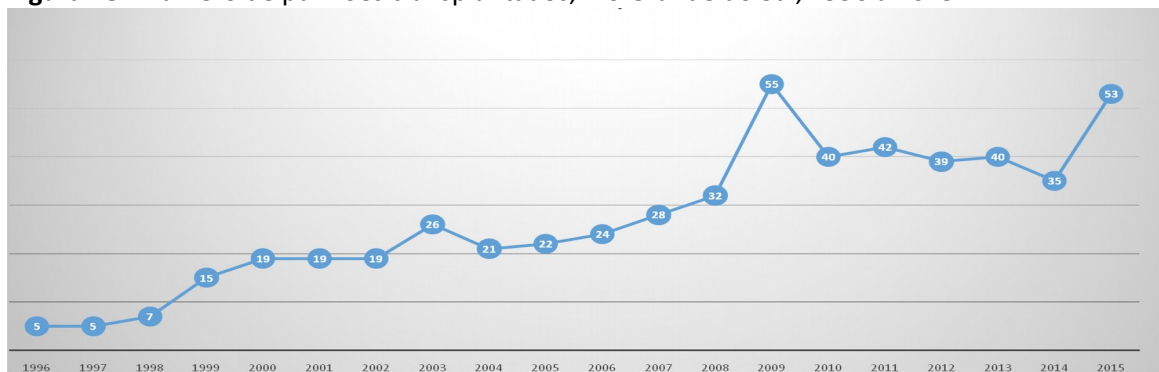
Fonte: DRE/SES/RS.

**Figura 17.** Número de fígados transplantados, Rio Grande do Sul, 1996 a 2015.

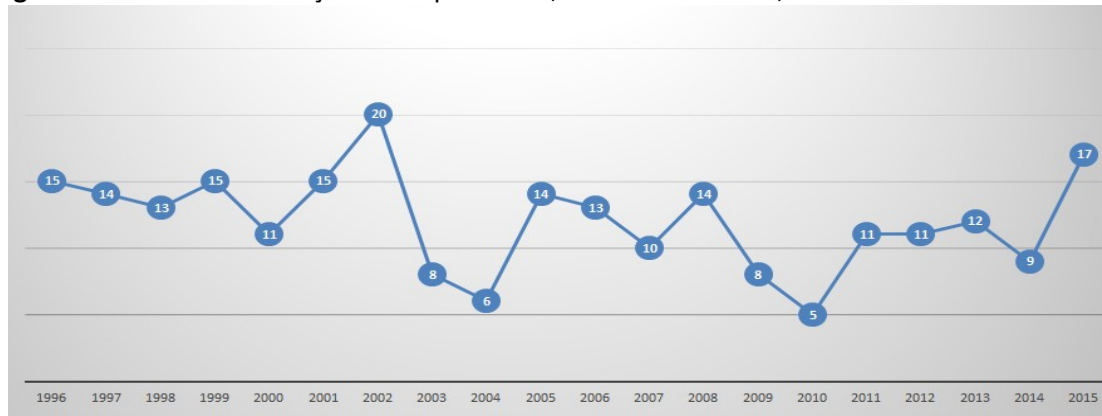


Fonte: DRE/SES/RS.

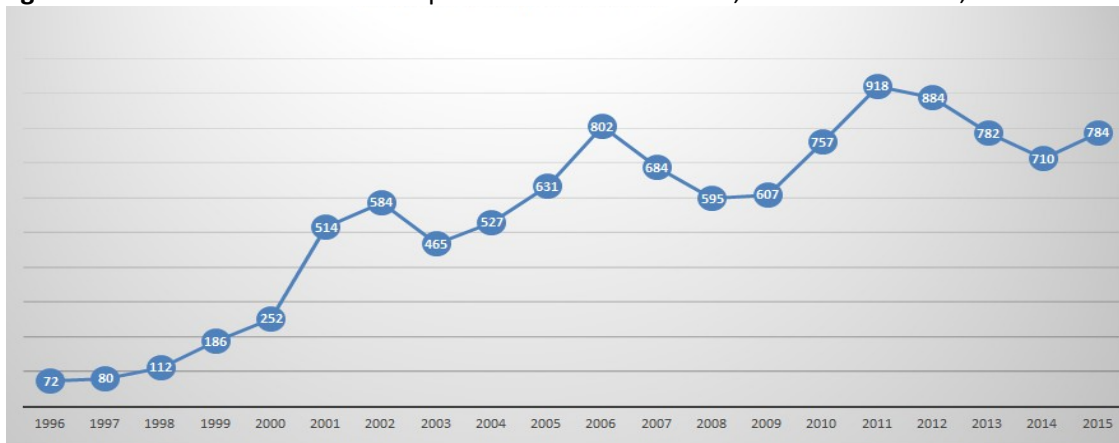
**Figura 18.** Número de pulmões transplantados, Rio Grande do Sul, 1996 a 2015.



Fonte: DRE/SES/RS.

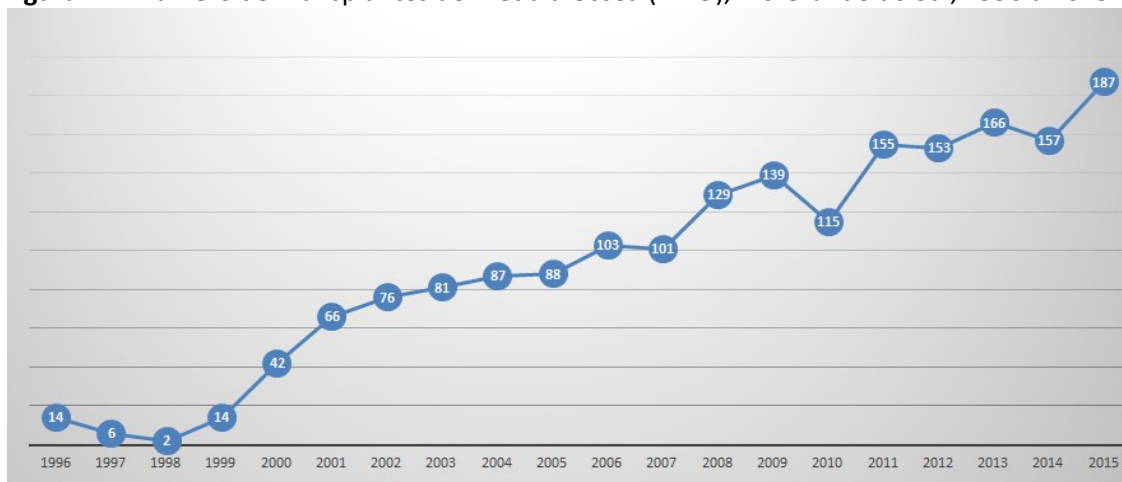
**Figura 19.** Número de corações transplantados, Rio Grande do Sul, 1996 a 2015.

Fonte: DRE/SES/RS.

**Figura 20.** Número de córneas transplantadas de 1996 a 2015, Rio Grande do Sul, 1996 a 2015.

Fonte: DRE/SES/RS.

Nota-se uma diminuição no número de transplantes, devido a diminuição do número de receptores em lista no RS, restando ofertar nacionalmente as córneas excedentes do Estado.

**Figura 21.** Número de Transplantes de Medula Óssea (TMO), Rio Grande do Sul, 1996 a 2015.

Fonte: DRE/SES/RS.

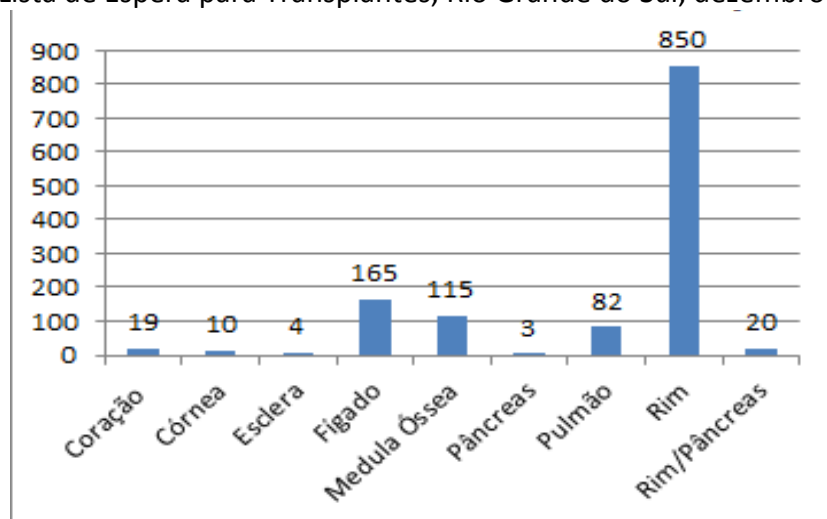
**Tabela 1.** Série histórica Transplantes, Rio Grande do Sul, 1996-2015.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	
Rim Transplantado	138	129	118	212	264	294	321	349	404	336	302	376	331	332	413	485	576	556	576	557	7079	
Fígado Transplantado RS	30	48	53	61	75	93	110	128	106	123	104	121	102	107	104	125	111	137	141	148	2027	
Pulmão Transplantado RS	5	5	7	15	19	19	19	26	21	22	24	28	32	57	40	42	39	40	35	53	548	
Coração Transplantado RS	15	14	13	15	11	15	20	8	6	14	13	10	14	8	5	11	11	12	9	17	241	
Pâncreas Transplantado RS	1	0	1	0	1	2	22	42	37	34	22	21	17	8	4	1	0	0	0	8	221	
Córnea Transplantada RS	72	80	112	186	252	514	584	465	527	631	802	684	595	607	757	918	884	782	710	784	10946	
Osso (Doação e Transplante no RS)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	419	500	919
Pele (Doação e Transplante no RS)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	28	20	48
TMO - RS	14	6	2	14	42	66	76	81	87	88	103	101	129	139	115	155	153	166	157	187	1881	
<b>TOTAL</b>																						
Transplantes Órgãos e Tecidos no RS	275	282	306	503	664	1003	1152	1099	1188	1248	1370	1341	1220	1258	1438	1737	1784	1693	2075	2274	23910	

Fonte: DRE/SES.

\*Dados Não Disponíveis. Dados Preliminares - Fonte SIG do SNT/MS e arquivo da CETx.

Na tabela acima podemos comparar os resultados dos transplantes realizados no RS durante o período da série histórica.

**Figura 22.** Lista de Espera para Transplantes, Rio Grande do Sul, dezembro de 2015.

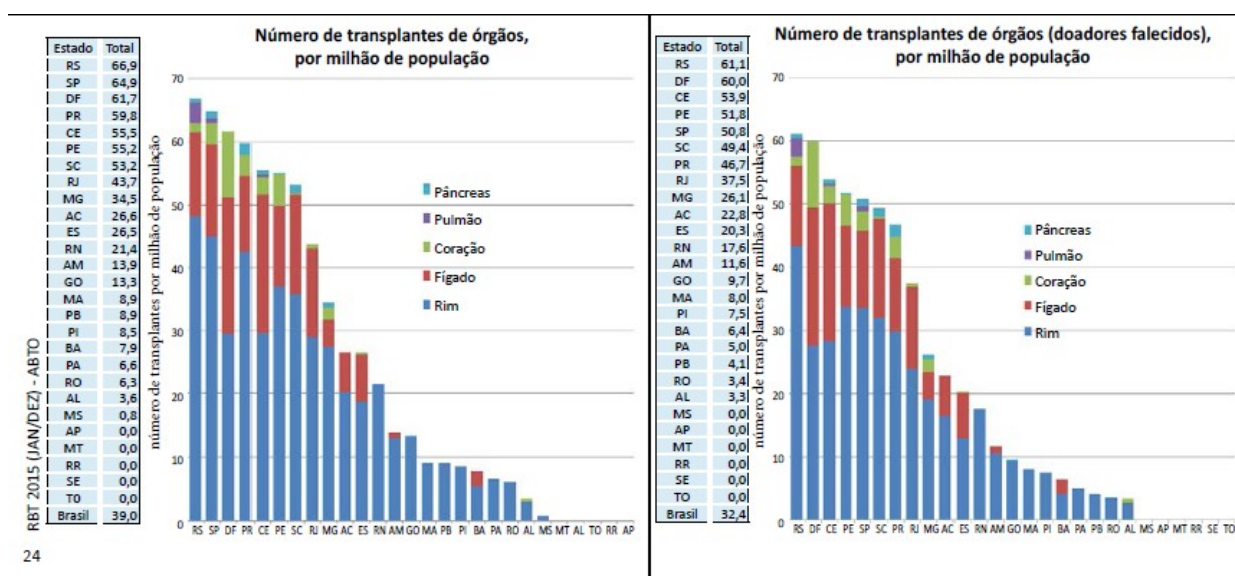
Fonte: DRE/SES/RS.

A figura 22 mostra o número de receptores aguardando órgãos ou tecidos no estado, retratando as necessidades que praticamente mantiveram-se no início de 2016.

As listas de espera para transplantes no RS são proporcionalmente menores do que a maioria dos estados brasileiros, segundo avaliação na RBT 2016 – ABTO.

Abaixo seguem gráficos dos doadores e transplantes de todos os estados:

**Figura 23.** Número de transplantes de órgãos por milhão de população por unidades da federação, de janeiro a dezembro de 2015.



Fonte: DRE/SES.

## SAMU/RS

1. Em abril iniciou o funcionamento da motolância de Caxias do Sul.
2. Doze municípios (Rio Grande, Pelotas, São Leopoldo, Uruguaiiana, Santa Cruz do Sul, Palmeira das Missões, Carazinho, Torres, Canoas, Sapucaia do Sul, Taquara e Tramandaí) estão em processo de habilitação das motolâncias junto ao Ministério da Saúde, através do Sistema de Apoio à Implementação das Políticas de Saúde/SAIPS, com orientações da SES e do próprio MS.
3. Em maio, Charqueadas devolveu à SES a Unidade de Suporte Avançado que havia implementado em janeiro de 2014. O município ficou apenas com a Unidade de Suporte Básico/USB em funcionamento.
4. Em 26 de junho iniciou transporte neonatal, com cobertura a todos os municípios da 19ª CRS, com a Unidade de Suporte Avançado/USA SAMU 192 de Seberi.
5. Final de junho, Camaquã parou as atividades da Unidade de Suporte Avançado alegando que o MS e o Estado estão com repasses financeiros mensais atrasados e que não tem condições de manter esse tipo de serviço. O município ficou apenas com a Unidade de Suporte Básico em funcionamento.

6. Os Gestores Municipais de Bagé e Lajeado decidiram devolver as motolâncias que haviam recebido em 2010 e que ainda não haviam colocado em funcionamento. Uma motolância está sendo remanejada para Pelotas e a outra deverá ser repassada a Caxias do Sul, como segunda moto a iniciar o funcionamento em cada município.

7. Está sendo em curso, para apreciação do Ministério da Saúde a troca de finalidade da Unidade de Suporte Avançado/USA SAMU, entregue a Passo Fundo em 2010, que nunca foi colocada em funcionamento. A Unidade ficará sob responsabilidade da Gestão Municipal como Reserva Técnica.

8. Foram concluídos 135 processos para **conversão dos Termos de Cessão de Uso** das ambulâncias e motolâncias do SAMU 192, repassadas aos municípios, **em Termos de Doação**, visando a regularização da utilização das mesmas.

9. Foram renovadas, pelo Ministério da Saúde, em duas etapas, as Unidades do SAMU 192 (USB/USA) de 31 municípios:

*1ª etapa - agosto:* Alegrete, Cândido Godói, Canguçu, Getúlio Vargas, Giruá, Horizontina, Ijuí, Pelotas, Santa Vitória do Palmar, Santo Cristo, São Lourenço do Sul, Sapiranga, Torres, Tramandaí, Três Cachoeiras, Tuparendi, Viamão, Xangrilá.

*2ª etapa - novembro:* Bagé, Bento Gonçalves, Bom Princípio, Caxias do Sul, Frederico Westphalen, Guaíba, Quaraí, Santa Maria, São Leopoldo, São Marcos, Tenente Portela e Venâncio Aires.

10. Em 16 de novembro, o município de Cambará do Sul, 1ª CRS, iniciou as atividades de uma Unidade de Suporte Básico/USB/SAMU 192, com o ok do Ministério da Saúde, após análise da documentação postada no SAIPS.

11. Com a implantação de mais uma base SAMU, **o RS apresenta hoje uma cobertura populacional de 90,34% do total da população do Estado** (Pop IBGE 2014). **Conta com 161 bases SAMU**, com cobertura de **atendimento em 274 municípios (55,13%)**, do total de 497, **com 38 USA, 187 USB, 18 motolâncias e 10 Unidades de Intervenção Rápida, em funcionamento.**

12. **Foi implementada a Equipe Aeromédica do SAMU 192**, sediada no Batalhão de Aviação da Brigada Militar/BAV, no Aeroporto Salgado Filho, Porto Alegre, para atendimentos regulados pela Central Estadual de Regulação do SAMU, transporte de pacientes e de órgãos, com cobertura a todos os municípios do RS, sempre que houver necessidade.

#### **Núcleo de Educação em Urgência (NEU) SAMU/RS**

1. Em maio foi realizado primeiro Curso de Capacitação sobre Regulação Aeromédica (14.05.2015), no Auditório do Hospital Sanatório Partenon, 32 pessoas. Curso destinado a médicos e enfermeiros das Centrais de Regulação do Estado (SAMU, Hospitalar, Ambulatorial e Transplantes).

2. Em 10 de junho iniciou o Programa Regulação#facoparte: O Programa visa à integração das bases do SAMU com a Central Estadual de Regulação do SAMU. A Central recebe os profissionais das Bases Municipais de todo o Estado e estudantes das áreas de Saúde, e a base SAMU do município de Canoas recebe os servidores, médicos e enfermeiros da Central.



### 3. CURSOS REALIZADOS ATRAVÉS DO NEU/SAMU EM 2015

**Quadro 117.** Cursos realizados através do NEU/SAMU, Rio Grande do Sul, 2015.

CURSOS	QUANTIDADE	NÚMERO DE PARTICIPANTES
INDICAÇÕES DE SERVIÇO AEROMÉDICO NEU/SAMU	1	18
SANGRAMENTO VAGINAIS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	1	22
MORTE ENCEFÁLICA	1	34
ESTATUTO DO SERVIDOR	1	23
MOTOLANCIA	1	41
SURTO PSICÓTICO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH)	1	22
RCP	1	16
LEI 2048	1	41
PROTOCOLO AEROMÉDICO	1	26
LEIS E IMPLICAÇÕES	1	43
OS PRINCÍPIOS DA TRAUMATOLOGIA NO APH	1	10
<b>INTRODUTÓRIO</b>	<b>5</b>	
MARÇO		42
ABRIL		35
JULHO		40
OUTUBRO		67
DEZEMBRO		80
<b>TOTAL DE PARTICIPANTES</b>		<b>264</b>

Fonte: DRE/SES/RS.

4. Participação do grupo de Enfermeiros Reguladores no evento PREVENSUL, na comissão organizadora e apresentações científicas, reunindo os profissionais do atendimento pré-hospitalar nas discussões e atualizações das atividades.

5. Estabelecido com Liga do Trauma da Pontifícia Universidade Católica (PUC/RS) e Liga do Trauma da Universidade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (UFCMPA) parceria no apoio das capacitações práticas dos Cursos Introdutórios do SAMURS.

6. Pela plataforma de educação do Ministério da Saúde foram capacitados 14 Médicos, 08 Enfermeiros e 05 Rádio Operadores da Central Estadual de Regulação do SAMU.

7. Foi realizado treinamento/qualificação para manejo do sistema TRUE para médicos, enfermeiros, radio operadores e técnico auxiliar de regulação medica (tarms).

8. Realizada revisão das 13 Notas Técnicas da Coordenação Estadual do SAMU publicizadas no site SES para consulta sobre as atividades do SAMU 192.

9. Conclusão, aprovação no Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren/RS), e distribuição às bases municipais do SAMU no Estado, do Regimento Interno do Serviço de Enfermagem no Atendimento Móvel de Urgência e Emergência - SAMURS.

10. Desenvolvimento do documento de aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem/SAE, exigido pelo Conselho Regional de Enfermagem do RS, com projeto de aplicação de piloto em janeiro de 2016.

**11.** Realizado Curso de Capacitação Aeromédica junto aos serviços da Aeronáutica e Brigada Militar, num total de 100 horas de treinamento, para profissionais médicos e enfermeiros da Central de Estadual de Regulação, a serem designados para exercer suas funções no Serviço Aeromédico.

**12.** Realizado dois encontros semestrais com os profissionais responsáveis técnicos (RT), médicos e enfermeiros (responsáveis técnicos das bases municipais do SAMU/RS), sendo que o segundo evento, realizado em 30 de novembro, transcorreu como reunião técnico-científica, com apresentação de trabalhos desenvolvidos em diferentes bases municipais.

### **CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DO SAMU/RS**

**1.** Não foi possível adequar valores mensais, pela Portaria 1473/2013, nem qualificar a Central Estadual de Regulação do SAMU, de acordo com a Portaria 1010/2012, considerando que existem veículos repassados aos municípios ainda não habilitados, como a USA de Passo Fundo e as motolâncias, que estão em processo de devolução e de habilitação junto ao MS.

**2.** Em 2015, na Central Estadual, foram admitidos 07 novos médicos, 01 foi realocado e 18 se exoneraram, permanecendo um total de 50 médicos, com um déficit de 22.

### **3. Produção da Central Estadual**

**Quadro 118.** Produção da Central Estadual, 2014-2015.

	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Ligações totais</b>	1.463.485	1.596.285
Trotes	406.838 (27,80%)	339.214 (21,25%)
<b>Atendimentos de socorro</b>	<b>133.216</b>	<b>147.164</b>
clínicos	68.277	74.954
traumáticos	42.888	46.885
psiquiátricos	2.457	2.907
orientações	NA	623
<b>Transportes (total)</b>	<b>6.560</b>	<b>7.200</b>
clínicos	5.208	5.631
traumáticos	1.083	1.271
psiquiátricos	61	52
obstétricos	206	246

Fonte: SAMU/DRE/SES/RS.

**OBJETIVO: Fortalecer a Auditoria do SUS****Realizações da Coordenação de Auditoria Médica Estadual (CAME)****Quadro 119. Realizações da Coordenação de Auditoria Médica Estadual (CAME)**

<b>META</b>	<b>Realizações CONSOLIDADO/2015</b>
Auditoria do Sistema Hospitalar/Autorização de Internação Hospitalar (AIH) - Auditorias de Bloqueios/Pré pagamento	-45.580 AIH's
Auditorias Regulares	-1.362 Relatórios Exarados
Atendimento das demandas de outros órgãos.	-42 Processos analisados: Ministério Público Estadual - MPE/RS, Ministério Público Federal - MPF, Delegacias de Polícia Federal e Estadual/RS, DENASUS, Judiciário Federal e Estadual/RS, entre outros órgãos
Auditorias Programáticas	-14 Processos analisados em Oncologia e Hemoterapia -71 Processos analisados nos Serviços de Traumatologia -50 Processos de Auditoria de Incentivos
Auditorias demandas PGE/RS	-126 Processos analisados
Denúncias - Núcleo de Auditoria de Denúncia (NAD)	-25 Processos instaurados e em análise -160 Processos concluídos e arquivados
Auditoria Contábil	-19 Processos analisados com Parecer Contábil -65 Processos de Internações Judiciais -86 Processos de Compra de Leitos
Auditoria de Enfermagem	-126 Processos de internações Judiciais -36 Processos de Compra de Leitos

Fonte: Auditoria Médica/SES/RS.

A coordenação de Auditoria Médica Estadual (CAME) SES/RS, passou a valorizar a interdisciplinaridade, a exemplo do Serviço Regional de Auditoria - SEAUD/RS - DENASUS, alargando seu foco de auditoragem.

A CAME - Nível Central, atualmente conta com 23 médicos auditores atuantes, 04 auditoras contábeis, 01 auditora com formação em economia, 01 auditora de enfermagem, e que também é responsável pelo Núcleo de Enfermagem composta por ela e dois estagiários universitários em formação acadêmica do curso de enfermagem. Os Núcleos de Auditoria estão instalados nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), e atualmente contam com 41 médicos auditores.

Foram programadas e retomadas as auditorias “*in loco*” em todos os prestadores sob Gestão Estadual na 1ª e 2ª CRS, extinguindo a incumbência do nosocômio, quanto ao dever de encaminhar os Prontuários Médicos para realização da auditoria de bloqueios mensal.

O Concurso Público 01/2013 realizado pela SES/RS previa preenchimento de vagas para a área administrativa, de servidores Médicos e Enfermeira, e cuja FUNÇÃO de AUDITOR é delegada pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde/RS.

O atendimento de vagas para Médicos foi parcial nos Núcleos de Auditores das Regionais. O Núcleo de Auditores da 10ª CRS (Alegrete) não teve candidatos, e a regional é atendida pelo Núcleo de Auditores da 7ª CRS (Bagé). A 15ª CRS (Palmeira das Missões) chegou a ter as duas vagas disponíveis preenchidas. Com a desistência dos médicos auditores, atualmente permanece com apenas 01 médico auditor sendo apoiado, sempre que necessário, pelo Núcleo de Auditores da CRS disponível e/ou mais próxima, tarefa essa que é determinada pelo Coordenador da Auditoria Médica nesse Nível Central, mediante inteiração dos fatos.

Ao Nível Central, compete expedir todas as orientações administrativas e técnicas necessárias aos auditores, assim como a programação de auditorias para o ano vindouro. Também compete a formação de Força Tarefa, composta pelos auditores deste Nível Central, e temporariamente designada para trabalhar em conjunto com o Núcleo Regional de Auditores, objetivando a análise de documentos e fatos, abordando questões de melhoria relativas à qualidade da prestação de serviços médicos aos Usuários do SUS, em apoio ao Núcleo Regional de Auditores, ou mesmo em conjunto com a Equipe de Auditores das SMS, Ministério Público Estadual/Federal, Serviço Regional de Auditoria - SEAUD/RS - DENASUS, e outros órgãos do poder público Estadual/Federal.

O referido concurso foi recentemente prorrogado conforme EDITAL 002/2016, para fins de nomeação e posse dos aprovados para preenchimento das vagas ainda disponíveis.

## **OBJETIVO: Fortalecer a Infraestrutura e Logística**

### ***Fortalecimento da infraestrutura da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS)***

O relatório da FEPPS encontra-se no Anexo - FEPPS.

## **OBJETIVO: Promover a gestão da informação, inovação e da incorporação tecnológica no SUS**

### ***Gestão da Tecnologia da Informação***

Foi implementada a ferramenta de *Business Intelligence* (BI), que busca reunir em uma única base de dados as informações epidemiológicas (sócio-demográficas; morbimortalidades e dos condicionantes e determinantes da saúde). Atualmente o BI opera com os dados sociodemográficos, dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Foram desenvolvidos painéis que permitem acesso a informações de Mortalidade e Nascidos Vivos, visão geral das notificações de agravos, visão específica do agravo Dengue, acompanhamento semanal de mortalidade infantil, fetal e materna, visão do acordo de resultados com os oito indicadores pactuados e visão para gestão de cerca de 30% dos indicadores do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015. Isso permite qualificar a análise dos territórios ou regiões de saúde, auxiliando o planejamento em saúde e a tomada de decisão pela gestão estadual.

O gestor estadual investiu na melhoria da qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio do desenvolvimento de sistemas, tais como o de acompanhamento da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, que permite ao gestor obter informações rápidas para a ação e a tomada de decisão. Melhorar a qualidade dos sistemas de informação significa aumentar a capacidade dos gestores para a tomada de decisão, garantindo a adequada alocação dos recursos públicos. No final de 2015 foi inaugurada a Sala de Situação, ambiente que conta com equipamentos e tecnologias de ponta para o monitoramento de agravos e controle de epidemias no Estado.

## OBJETIVO: Promover e qualificar a Gestão do Trabalho em saúde

**Quadro 120.** Indicador 61 (U) - Proporção de Trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos (%), Rio Grande do Sul, 2011 a 2015.

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	-	-	-	99,40	98,9	100

Fonte: DA/DRH, DAS, ASSTEPLAN. Acesso em 31/12/2015.

Para a análise se observou o quantitativo de profissionais com vínculos protegidos e desprotegidos, de acordo a classificação descritiva no Caderno de Diretrizes, Objetivos, metas e Indicadores 2013 - 2015, 3ª edição, p. 129.

De acordo com a definição do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de trabalhadores com vínculo protegido e considerando as informações referentes às categorias que não caracterizam vínculo empregatício (protegido e desprotegido), constatamos que dos 5.470 trabalhadores do SUS vinculados ao Estado/RS em dezembro de 2015, a proporcionalidade daqueles que se encontram com vínculo protegido é de 98.9%. Para este cálculo foi observado vínculos protegidos: estatutário, emprego público (Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)), cargo comissionado, contrato temporário e intermediados pela esfera privada. Vínculos desprotegidos: consultoria. Não foram computados e considerados como vínculos protegidos e desprotegidos: residência, bolsas, estágios.

### **DIRETRIZ 3: EDUCAÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA**

#### **OBJETIVO: Desenvolver estratégias de Educação Permanente em Saúde**

**Quadro 121. Indicador 57 (U) - Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas (%), Rio Grande do Sul, 2011 a 2015.**

	2011	2012	2013	2014	Resultado 2015	Meta 2015
RS	-	-	-	-	142,82	80

Fonte: ESP/SES/RS.

Foi inicialmente previsto 2.835 cursos em 2015 para a qualificação de trabalhadores/alunos na temática das redes de atenção a saúde e atenção básica, nas áreas de planejamento e gestão, controle social, participação e movimentos sociais e, instituição de redes de apoio intersectorial nas regiões de saúde. No ano foram certificados 4.049 profissionais/alunos, perfazendo o valor de 142,82% do indicador avaliado.

Entre as estratégias de educação permanente em saúde com foco em qualificar a atenção à saúde desenvolvidas pela Escola de Saúde Pública em 2015 destacam-se:

- Curso de Especialização na Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – 30 alunos – em andamento;
- Capacitação docente, em dezembro de 2015, com os professores que participaram do planejamento do curso e que ministrarão aulas no curso de especialização em Saúde Pública a ser realizado pela ESP em 2016;
- Seminário de Acreditação Pedagógica realizado em outubro de 2015 em parceria com a FIOCRUZ RedEscola com a participação de 80 profissionais do Estado RS;
- Curso de Imunizações - início junho a outubro de 2015 - foram capacitados 60 alunos;
- Curso de Auxiliar em Saúde Bucal - foram capacitados 159 alunos;
- Curso de Aperfeiçoamento em Saúde do Idoso - foram capacitados 33 alunos;
- Curso Básico de Informática por alunos da ESP/ETSUS - foram capacitados 17 alunos;

- INCLUSÃO DIGITAL NA ESP: uma realidade de educação continuada para trabalhadores do SUS e comunidade - foram capacitados 15 alunos;

- Educação, saúde e participação: a ousada experiência de constituir a rede produtora da relatoria de Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - Participação da ESP na Comissão organizadora da 7ª Conferência Estadual de Saúde - 23 relatores;

- Curso de Informática Básico para funcionários do DRE - foram capacitados 27 alunos;

- Treinamento em Sistemas de processos Administrativos Eletrônicos na SES/RS: o caso do PROA - FUNCIONARIOS DA SES (DEPARTAMENTOS, HOSPITAIS E CRS) - foram capacitados 73 alunos.



## **OBJETIVO: Constituir e Implementar a Política Estadual de Incentivo à Pesquisa**

### **Política de Pesquisa da SES - PPSES**

As ações desenvolvidas, visaram estruturar a coordenação e dar início à implementação da PPSES, que objetiva potencializar a capacidade de pesquisa e desenvolvimento tecnológico das organizações da SES, no âmbito da Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CTIS), que está em avaliação no Conselho Estadual de Saúde.

Esta política é uma demanda do controle social desde 2004, embora no âmbito de uma Política de CTIS, o que implicou na necessidade de uma maior resposta dos serviços da SES em pesquisa e desenvolvimento, e na definição de eixos prioritários de pesquisa para as instituições de pesquisa e outros centros e organizações similares voltadas para a inovação em saúde, com vistas a superarem-se as necessidades das políticas de saúde para problemas cujas soluções dependam de pesquisa.

## **OBJETIVO: Consolidar a Política Integrada de Residência em Saúde**

A Escola de Saúde Pública (ESP) em 2015 contava com 147 residentes e para o fortalecimento da Política Integrada de Residência em Saúde realizou:

- Renovação dos convênios com 6 municípios parceiros das Residências médicas e multiprofissionais, Porto Alegre, Sapucaia do Sul, Esteio, Canoas, Venâncio Aires e São Lourenço do Sul;

- Organização pedagógica das ênfases: Atenção Básica, Saúde Mental, Dermatológica Sanitária, Pneumologia Sanitária e Vigilância em Saúde;

- Organização do Processo seletivo de 2016 para a residência médica e residência multidisciplinar em conjunto com Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS) e Fundação Universidade Empresa de Tecnologia e Ciências (FUNDATEC);

- Organização do Processo seletivo de 2016 para a Residência Integrada R3 (opcional) de profissionais egressos de programas de Residência em Saúde nas ênfases de: Gestão em Políticas Públicas de Saúde, Vigilância em Saúde, Informação em Saúde e Educação e Ensino em Saúde;

- Tutoria dos residentes nos serviços de saúde dos municípios de Porto Alegre, Sapucaia do Sul, Esteio, Canoas, Venâncio Aires e São Lourenço do Sul, Residência Multiprofissional;

- Orientação dos projetos de pesquisa e trabalhos de conclusão de curso dos Residentes;

- Realização de Seminários de Pesquisa e Apresentação de Trabalhos de Conclusão.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento do planejamento do SUS utilizado para a comprovação da aplicação dos recursos, apresentando os resultados alcançados com a execução da programação anual em saúde.

Fazendo uma avaliação do processo de construção do Relatório Anual de Gestão através do Sistema informatizado disponibilizado pelo Ministério, percebemos que somente as informações constantes nos formulários não subsidiam suficientemente uma maior avaliação da execução das ações em saúde. Dessa forma, apresentamos este anexo como parte integrante do Relatório Anual de Gestão de 2015 (RAG 2015). Observa-se um avanço no que diz respeito ao tratamento das informações na medida em que são apresentadas e estruturadas em conformidade com as Diretrizes, Objetivos e Metas dispostos no Plano Estadual de Saúde 2012-2015, que por sua vez está em sintonia com o Plano Nacional.

Ressaltamos que, embora a obrigatoriedade do envio do RAG 2015 ocorra até o final de março, os resultados dos indicadores e dos dados de produção são preliminares e/ou parciais.

Destaca-se no ano de 2015, entre todas as ações/atividades desenvolvidas por esta Secretaria:

- Amplo processo visando à reorganização e qualificação da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, através de Oficinas de Planificação da APS. Processo iniciado nas regiões de saúde 1 e 2, da área de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, com o gestores municipais de saúde e profissionais da APS;
- A meta anual de cobertura da Atenção Básica (70%) foi atingida e superada: 72,08%.
- A liderança nacional no número de transplantes de órgãos (67 pmp), em transplantes renais (42 pmp) e de pulmão (4,7 pmp);
- Inauguração da Sala de Situação, ambiente que conta com equipamentos e tecnologias de ponta para o monitoramento de agravos e controle de epidemias no Estado;
- Manutenção da oferta de qualificação, modalidade de educação profissional pós-graduada e multiprofissional, da Residência Integrada em Saúde (R1 e R2) com 147 residentes financiados pela SES/RS;
- Organização do Processo seletivo de 2016 para a Residência Integrada R3 (opcional) de profissionais egressos de programas de Residência em Saúde nas ênfases de: Gestão em Políticas Públicas de Saúde, Vigilância em Saúde, Informação em Saúde e Educação e Ensino em Saúde.
- Apoio ao Conselho Estadual de Saúde/RS para a organização da 7ª Conferência Estadual de Saúde e a participação na 15ª Conferência Nacional de Saúde;

Quanto aos resultados dos indicadores em 2015 no âmbito da vigilância em saúde, pode-se destacar a proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação, indicador que o estado ultrapassou a meta estabelecida em 2%.

Dada a situação atual com grande atenção voltada a execução de ações de eliminação dos criadouros do vetor *Aedes aegypti*, destaca-se que o indicador Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue ultrapassou a meta estabelecida para o ano de 2015. O fator determinante das atividades é o fato do município ter ou não a presença do vetor. Mesmo com dificuldades na alimentação no Sistema de Informação da Dengue e para contratação de agentes de controle de endemias, o resultado da meta estadual de 22%, representa quase três vezes mais que a meta atingida do ano anterior, considerando 165 municípios infestados no estado.

Por fim, acreditamos que o esforço constante na tentativa de qualificar as informações é a melhor estratégia para a elaboração de planos de ação concretos, tendo em vista fortalecer o monitoramento e avaliação dos indicadores impactando na melhora efetiva da qualidade de vida da população.



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

# FUNDAÇÃO ESTADUAL DE PRODUÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE – FEPPS

## Relatório de Gestão – 2015

Porto Alegre/RS – janeiro de 2016

<b>SUMÁRIO</b>	<b>02</b>
<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>03</b>
<b>1. DADOS GERAIS DA FUNDAÇÃO</b>	<b>03</b>
Organograma	
Diretoria	
Fundo vinculado	
Conselho Deliberativo	
Sistemas de informação e gestão em operação	
<b>2. PRINCIPAIS AÇÕES – Programas continuados (PPA 2012/2015)</b>	<b>06</b>
Programa 383	
Programa 384	
Programa 385	
Programa 138	
<b>3. AVALIAÇÃO</b>	<b>07</b>
FEPPS/IPB-LACEN	
LAFERGS	
FEPPS/CIT	
FEPPS/HEMORREDE	
FEPPS/CDCT	
Diretoria Técnica	
<b>4. PRINCIPAIS AÇÕES, PROJETOS E OBRAS</b>	<b>13</b>
<b>6. CONVÊNIOS FEDERAIS EM EXECUÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>7. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA</b>	<b>17</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>19</b>

## **APRESENTAÇÃO**

O presente relatório da gestão da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS) abrange o primeiro ano do Governo José Ivo Sartori sob a presidência de Neusa Kempfer. Seguem dados e informações do desempenho técnico/administrativo e da execução física dos Programas do PPA 2012/2015, dos orçamentos previstos, assim como se registraram os pontos críticos que dificultam o melhor atendimento das finalidades da instituição, breves análises e recomendações.

Sua elaboração deu-se a partir das informações enviadas ao Gabinete de Planejamento - GAPLAN, pelos diretores das Unidades da Fundação, tanto técnicos como administrativos, assim como das assessorias e diretores do âmbito estratégico junto à Presidência.

### **1 - DADOS GERAIS DA FUNDAÇÃO**

A FEPPS é uma organização da administração indireta, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com a finalidade de pesquisa e produção de insumos e serviços estratégicos para as políticas de saúde da SES – Secretaria de Estado da Saúde e do SUS - Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul, sua criação em 1994 (Lei nº 10.349, de 29 de dezembro de 1994)

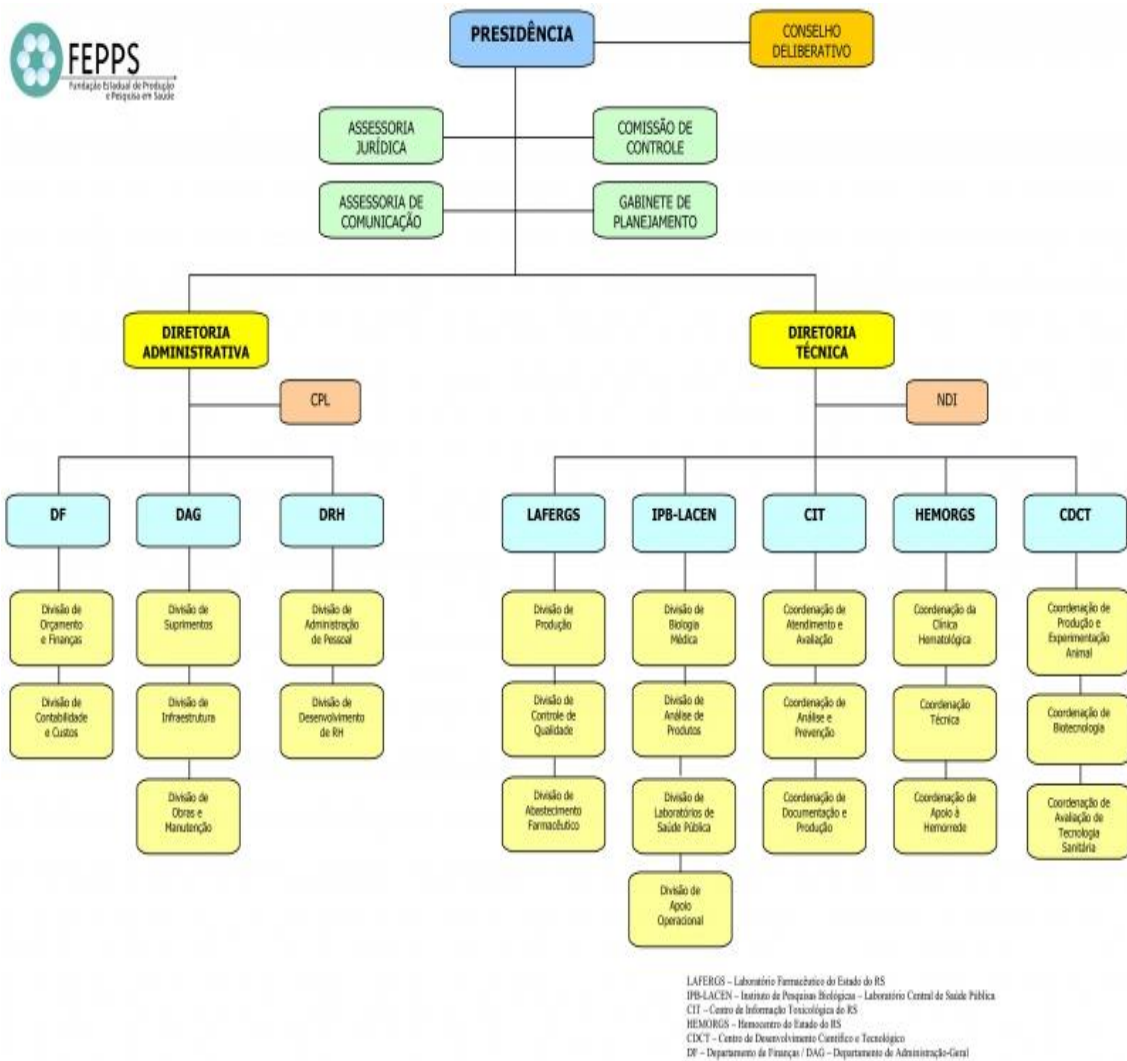
A FEPPS interage com várias políticas, redes e subsistemas do SUS, sendo uma instituição que interage também com o Sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Suas atividades caracterizam-se por utilizar-se de áreas de conhecimento diversas, legislações, instrumentais e rotinas técnicas de produção, com processos de trabalho típicos de áreas industriais e de serviços laboratoriais, os quais demandam manutenção predial, de equipamentos, um considerável mix de insumos, além de amplo regramento de segurança para o trabalhador e para o usuário dos seus serviços e de seus produtos.

Coordena a hemorrede e a rede de laboratórios de saúde pública, com suas respectivas políticas e se insere nas políticas estaduais e nacionais de assistência farmacêutica, com a produção industrial de medicamentos e insumos diagnósticos e dá suporte laboratorial e de informação ao sistema de vigilância em saúde. Tem inserção também, como um centro de pesquisa, na política nacional e estadual de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde junto às metas e estratégias nacionais para o fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde.

Para corresponder a essas expectativas e necessidades do SUS e do Estado, a FEPPS estrutura-se em duas Diretorias, Técnica e Administrativa, e

assessorias de planejamento, jurídica e de comunicação, junto à Presidência, direção estratégica da instituição, conforme organograma a seguir:

## Organograma



Departamento de Recursos Humanos / FEPPS

A FEPPS conta com 436 servidores: EFETIVOS: 320; ADIDOS: 19; CONTRATOS EMERGENCIAIS: 45 e CCs: 52, lotados em Porto Alegre e no interior os quais são insuficientes para atender suas necessidades



## **Diretoria**

PRESIDENTE: Neusa Kempfer  
DIRETOR ADMINISTRATIVO: Marcos Costa da Silva  
DIRETORA TÉCNICA: Silvia Spalding  
DIRETOR FINANCEIRO: Marcos Costa da Silva (Interino)  
DIRETORA DE RECURSOS HUMANOS: Araci Menezes de Moura

### **DIRETORES DE UNIDADES**

IPB-LACEN: Fernando Kappke  
LAFERGS: Paulo Mayorga Borges  
CIT: Alberto Nicolella  
CDCT: Maria Lúcia Rossetti  
HEMORREDE: Denise Jornada Braga

### **ASSESSORIAS**

AJUR – Assessoria Jurídica: Adv. Helena Saldanha  
GAPLAN – Gabinete de Planejamento: Adm. Edir Medeiros  
ASCON – Assessoria de Comunicação: Jorn. Janis Loureiro  
ASSESSOR ESPECIAL DA PRESIDENCIA: Adm. Emerson Clezar

## **Fundo Vinculado:**

A Fundação não dispõe de fundo vinculado, sendo alguns de seus recursos de convênios gerenciados através do Fundo Estadual de Saúde - SES.

## **Conselho Deliberativo:**

A FEPPS dispõe como regra das fundações estaduais, de um Conselho Deliberativo, é dirigido pelo Diretor Presidente e composto por representantes da SES, da Secretaria de Ciência, Inovação e Desenvolvimento Tecnológico, da representação dos usuários no Conselho Estadual de Saúde, dos funcionários da FEPPS, da Associação de Secretários de Saúde e das instituições de ensino superior.

## **Sistemas de informações e gestão em operação:**

A FEPPS opera vários sistemas, tanto próprios como os utilizados pelo Estado, para protocolo, acompanhamento financeiro, monitoramento de metas, etc. Além desses, há sistemas de monitoramento de redes do Ministério da Saúde, vinculados às políticas, sistemas e redes específicas de monitoramento, controle e avaliação.

- Protheus - Sistema de patrimônio;
- FPE - Sistema da Fazenda para Financeiro e Almoxarifados;
- SPI - Sistema da Procergs, para Protocolo Integrado;
- LIC - Sistema da Procergs, para Licitações;
- SOE - Sistema da Procergs, para administração do SoeIBM;
- AFE - Sistema da Procergs, para cadastro de Credores do RS;
- RTP - Sistema da Procergs, para controle de chamados à Procergs;
- Mantis - Sistema de suporte e de solicitação de veículos;
- SGA - Sistema de Gerenciamento de Amostras;
- GAL – Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial;
- Hemovida – Sistema Gerenciador de Dados de Serviço de Hemoterapia
- Hemovida Ambulatorial – Sistema Gerenciador de Acompanhamento de pacientes Hemofílicos;
- RHE - Recursos Humanos do Estado;
- TEE - Sistema de Gerenciamento e Geração de Laudos de Investigação de Paternidade/Maternidade;
- CIT Online - Sistema de Controle de Informações Toxicológicas;
- Siscel – Sistema Gerenciador de para Laboratórios;
- Expresso - Sistema de Correio Eletrônico;
- SICONV – Sistema de Convênios Federal;
- GESCON – Sistema Gerenciador de Convênios do Ministério da Saúde;
- SISPLAG – Sistema de Planejamento e Gestão – Realizações do Governo (acompanhamento da execução do PPA);
- SEO – Sistema de Elaboração do Orçamento.

## **2 - PRINCIPAIS AÇÕES – Programas continuados (PPA 2012/2015)**

- **PROGRAMA 383 – Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva**  
AÇÕES:
  - 1 - Ações de qualificação e capacitação em saúde
  - 2 - Política de incentivo à pesquisa na FEPPS
- **PROGRAMA 384 – Gestão, financiamento e infraestrutura do SUS**  
AÇÕES:
  - 1 – Fortalecimento da infraestrutura da FEPPS

2 – Descentralização das ações de Vigilância em Saúde e de Análises Laboratoriais.

• **PROGRAMA 385 – Qualificação da Rede de Atenção à Saúde no RS**

**AÇÕES:**

- 1 – Ações em Vigilância Toxicológica
- 2 – Análises laboratoriais em Vigilância em Saúde
- 3 – Segurança transfusional e qualidade do sangue
- 4 – Retorno à produção de medicamentos pelo LAFERGS
- 5 – Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade

### **3 - AVALIAÇÃO**

**FEPPS/IPB/LACEN:** atende todo o Estado; realiza análises/exames, de média e alta complexidade, que garantem as ações estratégicas e de interesse em Saúde Pública que subsidiam as ações de Vigilância em Saúde. Como integrante do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB, atua como Laboratório de Referência Estadual, exercendo a função de coordenação geral e técnica, por intermédio de supervisão, capacitação, normatização, padronização, incorporação tecnológica, avaliação e monitoramento contínuo e permanente da Rede Laboratorial do Estado. Executa diversas análises relativas às Doenças de Notificação Compulsória e demais pesquisas para elucidação diagnóstica, tais como HIV, Hepatites Virais, Tuberculose, Chagas, Leptospirose, entre outras; além de verificar a contaminação de trabalhadores oriunda de demanda do Programa de Saúde do Trabalhador. Atua estrategicamente frente à situação de surtos epidêmicos e epidemias, tais como: Meningite, H1N1, Dengue, Febre Amarela, Cólera, entre outras, incluindo o atendimento de Surtos de Toxi-infecções Alimentares. É órgão balizador junto a Vigilância Sanitária. Analisa os mais diversos produtos, medicamentos, saneantes, cosméticos, alimentos; leite, massas, derivados de soja, entre outros. Participa de diversos programas e ações ampliadas em saúde: Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIÁGUA (desempenhando um importante papel para garantir a qualidade e segurança da água para consumo humano no Estado), Programa de Análise de Resíduos de Medicamentos Veterinários - PAMVET, Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos – PARA (com o objetivo de avaliar continuamente os níveis de resíduos de agrotóxicos nos alimentos de origem vegetal que chegam à mesa do consumidor), Programa Estadual de Monitoramento da Qualidade Sanitária dos Alimentos - PEMQSA, Programa Nacional e Estadual de Tuberculose, Programa Nacional e Estadual de Hepatites Virais, Programa Nacional e Estadual de DST-AIDS, Centro de Apoio Operacional do Consumidor / Ministério Público Estadual, Fórum Gaúcho de Combate aos Impactos dos Agrotóxicos / Ministério Público Federal, entre outros. A

instituição participa de importantes Programas de Ensaio de Proficiência Interlaboratoriais Nacionais: HIV, Chagas, Leptospirose, Leishmaniose Visceral Canina, Colinesterase plasmática; e Internacionais: Chumbo em sangue - PICC – PbS, Zaragoza, Espanha / Metais em urina - PICC – MetU, Barcelona, Espanha. Integra Projetos de Pesquisa Nacional cooperando com outras instituições para o diagnóstico e levantamento epidemiológico das atividades laborais estudadas. Dentre eles podemos citar projetos apoiados e/ou coordenados pelo Ministério da Saúde, tendo como algumas das instituições nacionais parceiras o CESTEH/ENSP/FIOCRUZ e INCA e na equipe estadual o CEVS - DVST- DVSA e FEPPS/IPB-Lacen /RS - "Vigilância da Exposição a solventes nos Postos de Combustíveis Estudos Exploratórios no Rio Grande do Sul" e o Projeto Coordenado pelo INCA"; Saúde e Desenvolvimento Sustentável na Agricultura Familiar em Regiões Produtoras de Fumo"; Projeto sobre o "Perfil genético e epidemiológico das cepas *M. tuberculosis* da População Privada de Liberdade do Rio Grande do Sul" (LACEN-UNISC); Projeto: "Co-infecção do vírus influenza e bactérias produtoras de proteases envolvidas no processo de infecção viral e nos mecanismos de defesa do hospedeiro" (LACEN-UFCSPA); Identificação e caracterização das espécies de flebotomíneos (Diptera: Psychodidae), naturalmente infectadas por *Leishmania* spp (LACEN-PUC); "Projeto de avaliação da Vacina Pneumocócica 10-Valente", conduzido pelo MS/OPAS/CDC de Atlanta (LACEN-SES-MS); "Projeto RENIC: Rede de Isolamento e Caracterização do HIV para a Vigilância Epidemiológica Nacional da Fármaco-Resistência do HIV", desenvolvido pelo LACEN - ULAB / DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, em conjunto com a Organização Mundial da Saúde – OMS. Neste sentido, conta atualmente com uma equipe superior a 200 profissionais, qualificados e comprometidos, atuando no nível central (Porto Alegre) e também nos dezesseis Laboratórios Regionais (LR) localizados no interior do Estado, situados em Alegrete, Bagé, Cachoeira do Sul, Caxias do Sul, Cruz Alta, Erechim, Ijuí, Lajeado, Palmeira das Missões, Passo Fundo, Pelotas, Osório, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santa Rosa e Santo Ângelo. Visando conferir rapidez e agilidade, disponibiliza imediatamente os resultados no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, com acesso via WEB, disponível 24 horas, nos setes dias da semana. Em 2015 foram realizados 733.208 exames laboratoriais em Vigilância: Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador, conforme demonstrativo abaixo. Neste período, houve ampliação da capacidade de resposta analítica, através da implantação do Diagnóstico de Meningite por Biologia Molecular, que agregou em qualidade e agilidade deste importante agravo de notificação compulsória em Saúde Pública.

**Demonstrativo da realização física no período**

<b>RESULTADO ANUAL ACUMULADO</b>			
<b>PRODUTOS</b>	<b>PREVISTO</b>	<b>REALIZADO</b>	<b>%</b>
1 - Pesquisa Lab. em Vigilância em Saúde	10	14	140,0
2 - Análises Lab. em Vig. em Sanitária	60.000	78.178	130,3
3 - Análises Lab. em Saúde do Trabalhador	1.400	1.549	110,6
4 - Análises Lab. em Vig. Epidemiológica	210.000	179.480	85,5
5 - Análises Lab. em Vig. Ambiental	300.000	474.001	158,0
6 – Nº de Prof. de Saúde Capacitados	200	97	48,5

**FEPPS/LAFERGS:** Aprovação do Projeto de Lei 243/2015 na Assembléia Legislativa do Estado do RS que alterou a Lei 14.469/2014 que autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul S.A. – LAFERGS; parecer favorável do Ministério da Saúde à aprovação de 4 projetos do Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS) criado com o objetivo de fortalecer os produtores públicos e a infraestrutura de produção e inovação em saúde do setor público, totalizando a aplicação de 20 milhões de reais no Lafergs; participação ativa do Lafergs no programa Cluster de Tecnologias para Saúde/RS, com a elaboração das ações para instalação do cluster da saúde no RS, em consonância com o termo de cooperação assinado pelo Governador do Estado e do presidente o Medical Valley em maio de 2015 na Alemanha; aprovação do projeto de Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) submetido ao Ministério da Saúde, para a fabricação e fornecimento de aparelhos auditivos a todo o Sistema Único de Saúde, com um mercado de aproximadamente 60 milhões de reais; aprovação pela Vigilância Sanitária do Estado de projeto arquitetônico para instalação da planta de produtos para a saúde no Lafergs; o Lafergs sediou evento da Associação dos Laboratórios Oficiais do Brasil – ALFOB, o 6º Encontro da Câmara Técnica dos Laboratórios de Base Farmoquímica; atendimento ao Programa Saúde na Pele, do Governo do Estado, através da entrega às Coordenadorias Regionais de Saúde de aproximadamente 100.000 unidades de protetor solar; assinatura de termo de cooperação entre o Lafergs, a Fundação de Ciência e Tecnologia – CIENTEC e o grupo de pesquisadores detentores da patente da substância fosfoetanolamina, para o desenvolvimento, registro na Anvisa e possível fabricação e fornecimento ao SUS de medicamento derivado desta substância para tratamento de câncer.

**FEPPS/CIT:** atua em telemedicina, presta orientação frente a acidentes tóxicos em caráter de urgência em regime de plantão permanente (24 horas/dia) aos profissionais de saúde no atendimento (diagnóstico e tratamento) de pacientes vitimados por exposições químicas em geral (exposições por substâncias potencialmente tóxicas, contaminação por pesticidas agrícolas ou domésticos, substâncias químicas de uso doméstico ou industrial, plantas tóxicas, animais peçonhentos, medicamentos de uso humano ou animal, drogas lícitas e ilícitas

ou qualquer outro agente potencialmente tóxico). Estes atendimentos, originárias de Unidades Básicas de Saúde e Hospitais Municipais possibilita o tratamento precoce dos acidentes tóxicos, diminuindo seqüelas e risco de vida à população. Desenvolve e mantém um Programa de Educação a Distância (EAD) em Toxicologia Básica para a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Programa Nacional de Telesaúde do Ministério da Saúde. No ano de 2015 houve um aumento significativo no diagnóstico à distância por transferência de imagens envolvendo acidentes com animais peçonhentos. Este fato é resultado, entre outras causas, da utilização deste serviço pelas Unidades Básicas de Saúde envolvidas no programa de educação a distância. Outro fato importante a ser destacado foi o aumento substancial no número de diagnósticos laboratoriais envolvendo dependentes químicos, atendidos pelos Centros de Atendimento Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD), demonstrando a importância e necessidade do desenvolvimento de programas de controle desse agravo em nosso Estado. Os resultados das ações previstas no PPA 2012/2015 no período são os seguintes:

***Demonstrativo da realização física no período***

<b>RESULTADO ANUAL ACUMULADO</b>			
<b>PRODUTOS</b>	<b>PREVISTO</b>	<b>REALIZADO</b>	<b>%</b>
1 - Atendimento toxicológico realizado	25.500	23.839	93,5
2 - Análises toxicológicas realizadas	11.000	10.238	93,1
3 - Agentes etiológicos identificados	1.150	2.305	200,4
4 - Nº de Prof. de Saúde Capacitados	1.050	497	47,3
5 - Pessoas Informadas em Prev. Toxicológica	50.000	153.926	307,9

**FEPPS/HEMORREDE:** a Hemorrede Pública do Estado é composta por cinco Hemocentros Estaduais Regionais: Porto Alegre, Pelotas, Santa Maria, Passo Fundo, Cruz Alta e Palmeira das Missões: além desses, também compõem a Hemorrede Pública do Estado, três Hemocentros Municipais Regionais, localizados em Caxias do Sul, Santa Rosa e Alegrete. A Hemorrede Pública do Estado atende, aproximadamente, 50% da demanda dos leitos SUS/RS, sendo o restante atendido pelos Bancos de Sangue Públicos da Santa Casa, GHC e Hospital de Clínicas e complementados pelo setor privado contratado pelo SUS. É responsável pela Clínica Hematológica do Estado, referência para o atendimento de 1.300 pacientes hemofílicos e portadores de coagulopatias. Em 2015 foram realizadas 7.762 atendimentos nas Clínicas Hematológicas. Desenvolve ainda atividades de ensino, treinamento, pesquisa e assistência. No que tange a Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue está em desenvolvimento a implantação e implementação do Plano de Melhoria da Gestão contemplando a reestruturação organizacional e de pessoal, bem como a otimização do gerenciamento de processos de receita/despesa e ainda o NAT (Teste de Ácido Nucléico) que está sendo implantado em toda a Hemorrede. Padronização de metodologias com a finalidade de aumentar a

segurança transfusional e garantir a qualidade do sangue fornecido aos leitos SUS no Rio Grande do Sul.

*Demonstrativo de execução física no período*

RESULTADO ANUAL POA/Pelotas/S.Maria/P.Fundo/P.das Missões/C.Alt			
PRODUTOS	PREVISTO	REALIZADO	%
1 - Programa da qualidade implantado	34%	20%	59,0
2 - Bolsas coletadas	63.602	56.065	88,1
3 - Hemocomponentes produzidos	163.160	142.959	87,6
4 - Hemocomponentes disponibilizados	100.519	79.909	79,5
5 - Amostra de medula coletadas	13.100	14.732	112,5
6 - Atendimentos Hematológicos	7.200	7.762	107,8

**FEPPS/ CDCT:** promove pesquisa biológica e genética para a qualificação do diagnóstico de doenças; disponibiliza produtos e serviços na área de análises de seqüência de DNA. Está sendo finalizado o prédio da sua nova sede; a obra civil está concluída, restando a finalização e acabamento dos serviços e instalação e calibração dos equipamentos. A inauguração está prevista para o segundo semestre de 2016. Além das análises de fragmentos de DNA para dar suporte à pesquisa no Estado, desenvolve técnicas de investigação que ainda não são utilizadas para diagnosticar doenças ou caracterizar agentes infecciosos que possibilitem encontrar os casos, traçar a transmissão de uma doença ou mesmo localizar focos. Também pode identificar agentes infecciosos por análise de DNA que auxiliem no controle e monitoramento de doenças. Desenvolve pesquisas em biologia molecular tendo atingido bons avanços com as patentes obtidas e realiza testes de paternidade/maternidade em convênio firmado com o Tribunal de Justiça do RS e Defensoria Pública e também diagnostica doenças genéticas raras para o SUS. Tem os seguintes projetos em desenvolvimento: kit molecular para identificação de tuberculose: mediante parceria com a Empresa Labtest (Minas Gerais) para produção comercial. O kit molecular para detecção de Papilomavírus Humano (HPV) necessita de parceiro industrial para produção. Kit para detecção de resistência ao tratamento da tuberculose: a patente está sendo providenciada. Kit para detectar e genotipar o vírus da hepatite C (HCV) em fase de planejamento para a realização de validação interlaboratorial do método, já foi solicitado ao INPI. Implantação de cultivo celular e modelos pré-clínicos em ratos e camundongos visando o emprego de células-tronco para a regeneração cardíaca: protocolo realizado em parceria com o Instituto de Cardiologia e o Departamento de Genética da UFRGS. Epidemiologia molecular da tuberculose multirresistente no Rio Grande do Sul: estudo concluído e publicado em revista internacional. Epidemiologia e caracterização molecular do HIV-1 no Estado do Rio Grande do Sul: estudo concluído e publicado. Estudo de polimorfismos genéticos e resposta ao tratamento com interferon e ribavirina em pacientes com o vírus da hepatite C: em fase de conclusão. Finalização dos dados através da realização das análises estatísticas. Mapeamento em lesões teciduais e potencial de resposta de populações específica de células-tronco adultas. Efeitos da

aplicação de células-tronco mesenquimais em modelos murinos de insuficiência cardíaca. Caracterização dos compartimentos de células-tronco hematopoiéticas, mesenquimais, endoteliais e cardíacas em pacientes com doenças cardiovasculares.

***Demonstrativo da execução física no período***

<b>RESULTADO ANUAL ACUMULADO</b>			
<b>PRODUTOS</b>	<b>PREVISTO</b>	<b>REALIZADO</b>	<b>%</b>
1 - Kits Diagnóstico Desenvolvido	5	2	40,0
2 - Projetos de Pesquisa Desenvolvidos	10	7	70,0
3 - Produtos Patenteados	1	1	100,0
4 - Trab. de Pesquisa Publicados	12	5	41,
5 - Animais Produzidos	19.180	4.039	21,0
6 - Análises de DNA Realizadas	5.200	3.794	73,0
7 - Projetos de Pesquisa Fomentados	7	5	71,4

**Direção Técnica:** Coordena e supervisiona os departamentos técnicos da FEPPS e as Comissões de Ética em Pesquisa (CEP) e de Biosegurança (CTBIO), assessora o Grupo de Políticas de pesquisa (GPP) e está na Rede Saúde. Na FEPPS estão em desenvolvimento projetos nas áreas de diagnóstico laboratorial e de identificação molecular de HPV, tuberculose, HIV, infecções fúngicas, Doença de Chagas, Meningites, Hepatites, variações genéticas na dislipidemia; avaliação terapêutica e aperfeiçoamento tecnológico nas áreas de diagnóstico de HPV e de tuberculose. Além de cinco projetos apoiados pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico da FEPPS (PADCT) e diversos TCCs de graduação e pós-graduação, Termos de Cooperação Técnica estão sendo fomentados e desenvolvidos.

**Rede Saúde** - A Rede de Saúde Humana, Animal e Ecossistemas. Foi constituída com o objetivo de promoção do conhecimento científico, tecnológico e de inovação em saúde. Foi oficializada por um *Acordo de Cooperação Técnica* que criou a Rede Saúde entre 16 instituições, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul e a Fundação Oswaldo Cruz. A Rede promoveu seminários e reuniões técnicas para melhor compreender a dimensão integrada entre seus três domínios científicos: saúde humana, animal e ambiental, tanto quanto a identificação e comunicação de riscos, às potenciais oportunidades que permitam a harmonização entre essas áreas, controle dos riscos à saúde e ao meio ambiente. No ano de 2015, a Leptospirose serviu como exemplo para essa interface. A REDE SAÚDE está sediada na FEPPS.

**Parcerias Institucionais:** Centro de Biotecnologia (UFRGS) Porto Alegre/RS; Centro de Doenças Infecciosas – Vitória/ES; Departamento de genética (UFRGS) – Porto Alegre/RS; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - São Paulo/SP; Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro/RJ e Salvador/BA; Hospital Conceição - Porto Alegre/RS; Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre/RS; Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - Porto Alegre/RS; Hospital Sanatório Partenon - Porto Alegre/RS; Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) – UFRJ; Instituto Adolfo Lutz - São Paulo/SP



Instituto de Doenças do Tórax (IDT); Instituto de Saúde Pública da Holanda - Bilthoven, Holanda; Instituto Rega – Leuven, Bélgica; National Center for Infectious Diseases - Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, EUA; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre/RS; Secretaria Municipal de Saúde - Porto Alegre/RS; Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC; Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis/SC; Universidade da Califórnia – Berkley – USA; Universidade de Caxias do Sul – Caxias do Sul/RS; Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo/SP; Universidade Paris-Sud, Orsay, França; Universidade de Zaragoza – Espanha; Universidade Federal de Ciências Médicas e da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre/RS; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro/RJ

**Produtos:**

Kit de detecção da Tuberculose (DETECT-TB)

**Patentes Requeridas:**

Tuberculose - PI 0900612-5

Tuberculose resistente – PI 1020130018988

Hepatite - PI 016100003887

**4 - PRINCIPAIS AÇÕES, PROJETOS e OBRAS**

- Criação da Empresa LAFERGS, no âmbito do Plano de Retomada da Produção de Medicamentos;

**O que já foi executado:**

1. Aprovação do Estatuto da empresa;
2. Instalação do Conselho de Administração;
3. Integralização de recursos iniciais;
4. Nomeação em curso do Conselho de Administração provisório;

**O que falta executar:**

1. Transferência dos bens da FEPPS para a empresa LAFERGS;
  2. Adequação ao novo marco regulatório das PDPs;
  3. Liberação autorizações ANVISA/MS;
  4. Análise das novas propostas de PDPs;
  5. Criação de Unidade Orçamentária própria.
- Conclusão do novo prédio do Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CDCT), e instalação de suas atividades.

**O que já foi executado:**

1. Conclusão da obra civil (processo 1299-2069-08/8l).

**O que falta executar:**

1. Serviços complementares (processo 4730-20.00-13/1).
2. Fornecimento e instalação do mobiliário (processo 1014-20.69-12/1).
3. Finalização contrato, atestado de recebimento obra.

- Estadualização da Hemorrede – reforma e ampliação de hemocentros

**O que já foi executado:**

- 1 - Centralização da sua coordenação no prédio administrativo da FEPPS.
- 2 - Estadualização dos Hemocentros Regionais de Pelotas, Santa Maria, Passo Fundo, Palmeira das Missões e Cruz Alta.

**O que falta executar:**

1. Estadualização, de Alegrete, Santa Rosa e Caxias do Sul.
2. Construção da nova sede do HEMORGS (Hemocentro Sustentável); (com recurso federal e contrapartida do estado)
3. Reforma da Clínica Hematológica (Recurso Federal já empenhado);
4. Construção de muro de arrimo e reforma da rede elétrica na atual instalação;
5. Reforma e ampliação do Hemocentro Regional de Passo Fundo;
6. Reforma e ampliação do Hemocentro Regional de Alegrete.

- **Demonstrativo de outras obras e respectivos custos:**

- 1 - PPCI da FEPPS - Custo: R\$ 480.000,00
- 2 - Reforma do Hemopasso – Custo R\$ 2.690.000,00 - (Convenio)
- 3 - Demolições de prédios sobre áreas não edificáveis - Custo R\$ 34.650,00 (só o projeto) É o caso do almoxarifado central, na parte mais próxima ao muro, prioritário para obtenção de licenciamento ambiental.
- 4 - Reforma do prédio da Divisão de Infraestrutura – Custo R\$ 42.000,00 (Projeto em andamento).
- 5 - Drenagem do LAFERGS – Custo R\$ 332.000,00 - A necessidade se impõe em função do afundamento do terreno;
- 6 - Recuperação da estrutura dos *chillers* do LAFERGS – Custo R\$ 90.000,00. (Essa é uma demanda prioritária, pois os *chillers* foram escorados de forma emergencial, quando da constatação de danos na estrutura de suporte);

- 8 - Reforma de *lay-out* interno do LACEN – Custo R\$ 382.000,00 (Faz-se necessário em função da saída do CDCT para novo prédio).
- 9 - Recuperação estrutural do prédio do LACEN – Custo R\$ 600.000,00  
Projeto em andamento
- 10 - Recuperação estrutural e reforma interna do vestiário do LAFERGS  
Custo R\$ 190.000,00 - Projeto em andamento.
- 11 - Fechamento do subsolo do LAFERGS – Custo R\$ 62.500,00  
Projeto em andamento.
- 12 - Reforma da área de produção do filtro solar do LAFERGS – Custo  
R\$ 42.000,00 - Projeto em andamento.
- 13 - Recuperação do prédio anexo vestiário do LAFERGS – Custo R\$  
35.000,00 - Projeto em andamento.
- 14 - Reforma da Antecâmara do LAFERGS – Custo R\$ 5.000,00 –  
Projeto em andamento.
- 15 - Limpeza das calhas do LAFERGS – Custo R\$ 8.900,00 - Projeto em  
andamento.
- 16 - Gradeamento da Central de Resíduos – Custo a orçar –  
Necessidade de atender a legislação.
- 17 - Caminho de circulação do LACEN até a Central de Resíduos –  
Custo R\$ 27.000,00 – Necessidade de atender a legislação.
- 18 - Recuperação da iluminação e sinalização externa – Custo a orçar.
- 19 - Cercamento externo da FEPPS – Custo R\$ 150.000,00.
- 20 - Calçamento do passeio do HEMORGS – Custo R\$ 130.000,00
- 21 - Fixação externa de ganchos nos prédios administrativo e unidades  
Técnicas – Custo R\$ 36.000,00 - Projeto em andamento
- 22 - Adequação da segunda via de acesso (após a aquisição do terreno,  
em processo - a orçar - (asfaltamento, portão, guarita, etc.)
- 23 - Adequação da rede elétrica interna do LACEN, que ligue a substa-  
ção a rede de distribuição - a orçar.
- 24 - Execução Obra de Implantação de Câmaras Climáticas - LAFERGS  
Custo R\$ 15.000,00 - Projeto em andamento.
- 25 - Correção da infiltração na cobertura da área de produção -  
LAFERGS - Custo R\$ 42.000,00 - Projeto em andamento
- 26 - Central Elétrica – Reforma - a orçar – Necessidade urgente.
- 27 - Divisão Medidores Energia - a orçar - Necessidade urgente
- 28 – Reforma e ampliação do Hemocentro Regional de Alegrete – Custo  
Estimado: R\$ 700.000,00 – (Prospectar Recurso)

**Fonte: Departamento de Administração Geral/Gaplan-FEPPS**

## 5 – CONVÊNIOS FEDERAIS EM EXECUÇÃO: (Saldo bancário em 31.12.2015)

CONVÊNIO	ORIGEM	OBJETO	VIG.	\$ CONCEDIDO	\$ CONTRAP.	\$ TOTAL	SALDO	À EXEC.
<b>CDCT</b>								
488/11	FINEP	Adeq. Infraest. Lab.	26.03.2016	355.020,00	81.000,00	436.020,00	375.925,94	60,78
<b>SOMA</b>				<b>355.020,00</b>	<b>81.000,00</b>	<b>436.020,00</b>	<b>375.925,94</b>	
<b>HEMORGS</b>								
3600/04	FNS	Reforma P. Fundo	01.05.2016	350.000,00	70.000,00	420.000,00	160.614,50	47,86
1480/06	FNS	Aquis. Equip. Trein.	09.07.2015	150.000,00	15.000,00	165.000,00	124.686,74	70,59
2075/08	FNS	Aquis. Equip.	05.08.2016	512.000,00	102.400,00	614.400,00	126.237,38	19,88
283269/05	MS/CEF	Reforma Hemorgs	30.06.2017	349.000,00	87.250,00	436.250,00	451.484,58	100,0
646/09	FNS	Aquis. Unid. Móvel	29.09.2016	1.197.120,00	299.280,00	1.496.400,00	600.761,65	34,09
1100/11	FNS/SES	Equip. Hemorrede	Indeterm.	1.830.411,87	-	1.830.411,87	1.001.541,29	46,34
1110/11	FNS/SES	Equip. Hemorrede	Indeterm.	1.206.042,20	-	1.206.042,20	1.065.618,73	77,62
792571/13	FNS	Qualif. Serv. Hemat.	31.12.2016	250.000,00	27.778,00	277.778,00	292.118,92	100,0
794305/13	FNS	Aquis. Equipamento	31.12.2016	325.000,00	36.111,12	361.111,12	Bloqueado	-
794410/13	FNS	Equip. Clínica	23.12.2016	1.174.562,00	130.506,90	1.305.068,90	1.488.955,72	89,69
794815/13	FNS	Reforma da Clínica	30.06.2016	2.601.500,00	290.200,00	2.891.700,00	Bloqueado	-
799374/13	FNS	Novo HEMORGS	30.06.2016	7.388.600,00	829.400,00	8.218.000,00	Bloqueado	-
<b>SOMA</b>				<b>17.334.236,07</b>	<b>1.851.814,90</b>	<b>11.134.151,93</b>	<b>5.687.945,45</b>	
<b>LAFERGS</b>								
2743/01	FNS/SES	Aquis. Equip. e Mat.	31.08.2015	1.745.495,00	472.000,00	2.217.495,00	620.479,15	34,30
0986/06	FNS	Exec. Obra	20.05.2016	609.696,46	60.970,00	670.666,46	Bloqueado	-
0072/06	FNS/SES	Impl. Ações Farmac.	30.11.2017	1.193.600,00	120.000,00	1.313.600,00	887.646,34	72,32
<b>SOMA</b>				<b>3.635.786,46</b>	<b>652.970,00</b>	<b>3.867.033,46</b>	<b>1.622.439,10</b>	
<b>LACEN</b>								
013/14(TCT)	MS/SVS	FIN/LACEN	30.05.2016	25.917.521,38	-	25.917.521,38	627.054,16	2,68
013/14(TCT)	MS/SVS	LACEN/VISA	30.05.2016	940.384,50	-	940.384,50	15.685,26	2,44
013/14(TCT)	MS/SVS	LACEN/VISA	30.05.2016	8.881.551,26	-	8.881.551,26	30.043,33	0,39
P.2603	MS/SVS	Ações Tuberculose	Indeterm.	30.095,24	-	30.095,24	10.908,75	35,86
P.3087	MS/SVS	Monit. de Alimentos	Indeterm.	1.786.873,43	-	1.786.873,43	235.468,87	23,21
P.2982	MS/SES	Eventos (Copa)	Indeterm.	1.238.549,97	-	1.238.549,97	1.228.429,78	91,85
009/09	ANVISA	PARA/MS	31.11.2015	1.697.954,09	382.663,34	2.080.617,43	475.391,45	11,93
<b>SOMA</b>				<b>40.492.929,87</b>	<b>382.663,34</b>	<b>40.875.593,21</b>	<b>2.622.981,60</b>	
<b>TOTAL GERAL</b>				<b>61.817.972,40</b>	<b>2.968.448,24</b>	<b>51.605.850,68</b>	<b>9.933.366,15</b>	<b>19,25%</b>

## 06 - EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA



TOTAL PROJETOS LACEN	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	2.714.180,88	1.924.201,63	70,89%
CORRENTE CONVÊNIOS	6.690.342,08	4.220.774,46	63,09%
INVESTIMENTO PRÓPRIO / TESOURO	30.000,00	0,00	0,00%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	2.744.180,88	1.924.201,63	70,12%
TOTAL RECURSOS CONVÊNIOS	6.690.342,08	4.220.774,46	63,09%
TOTAL GERAL	9.434.522,96	6.144.976,09	65,13%

TOTAL PROJETOS CIT	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	776.100,00	623.113,71	80,29%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	776.100,00	623.113,71	80,29%
TOTAL GERAL	776.100,00	623.113,71	80,29%

TOTAL PROJETOS C.D.C.T.	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	2.358.610,00	1.975.532,99	83,76%
CORRENTE CONVÊNIOS	99.370,00	0,00	0,00%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	2.358.610,00	1.975.532,99	83,76%
TOTAL RECURSOS CONVÊNIOS	99.370,00	0,00	0,00%
TOTAL GERAL	2.457.980,00	1.975.532,99	80,37%

TOTAL PROJETOS LAFERGS	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	1.318.561,00	668.629,17	50,71%
CORRENTE CONVÊNIOS	449.388,00	0,00	0,00%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	1.318.561,00	668.629,17	50,71%
TOTAL RECURSOS CONVÊNIOS	449.388,00	0,00	0,00%
TOTAL GERAL	1.767.949,00	668.629,17	37,82%

TOTAL PROJETOS HEMORREDE	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	12.043.949,16	9.745.253,76	80,91%
CORRENTE CONVÊNIOS	812.150,00	0,00	0,00%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	12.043.949,16	9.745.253,76	80,91%
TOTAL RECURSOS CONVÊNIOS	812.150,00	0,00	0,00%
TOTAL GERAL	12.856.099,16	9.745.253,76	75,80%

TOTAL PROJETOS INFRAESTRUTURA	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
INVESTIMENTOS PRÓPRIO / TESOURO	169.139,84	68.866,00	40,72%
INVESTIMENTOS CONVÊNIOS	2.923.391,31	491.396,00	16,81%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	169.139,84	68.866,00	40,72%
TOTAL RECURSOS CONVÊNIOS	2.923.391,31	491.396,00	16,81%
TOTAL GERAL	3.092.531,15	560.262,00	18,12%

TOTAL PROJETOS CAPACITAÇÃO	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE CONVÊNIOS	62.000,00	3.758,00	6,06%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	62.000,00	3.758,00	6,06%
TOTAL GERAL	62.000,00	3.758,00	6,06%

TOTAL PROJETOS PUBLICIDADE INSTITUCIONAL - FEPPS	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	119.000,00	62.437,63	52,47%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	119.000,00	62.437,63	52,47%
TOTAL GERAL	119.000,00	62.437,63	52,47%

TOTAL PROJETOS APOIO ADMINISTRATIVO - FEPPS	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	2.986.873,08	2.878.596,72	96,37%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	2.986.873,08	2.878.596,72	96,37%
TOTAL GERAL	2.986.873,08	2.878.596,72	96,37%

TOTAL PROJETOS ARMAZENAMENTO, LOGÍSTICA	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	660.000,00	349.596,16	52,97%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	660.000,00	349.596,16	52,97%
TOTAL GERAL	660.000,00	349.596,16	52,97%

TOTAL PROJETOS REMUNERAÇÃO ATIVOS - FEPPS	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	14.254.972,88	12.806.048,54	89,84%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	14.254.972,88	12.806.048,54	89,84%
TOTAL GERAL	14.254.972,88	12.806.048,54	89,84%

TOTAL PROJETOS CONTRIB. PATRONAL FAS IPERGS	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	221.812,00	168.461,99	75,95%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	221.812,00	168.461,99	75,95%
TOTAL GERAL	221.812,00	168.461,99	75,95%

TOTAL PROJETOS OUTRAS OBRIGAÇÕES PATRONAIS	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	1.509.985,12	1.303.070,85	86,30%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	1.509.985,12	1.303.070,85	86,30%
TOTAL GERAL	1.509.985,12	1.303.070,85	86,30%

TOTAL PROJETOS OBRIGAÇÕES PATRONAIS REG. PRÓPRIO PREV. SOCIAL	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	265.507,00	257.915,30	97,14%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	265.507,00	257.915,30	97,14%
TOTAL GERAL	265.507,00	257.915,30	97,14%

TOTAL PROJETOS PARCELAMENTO DÍVIDA PASEP	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
INVESTIMENTO PRÓPRIO / TESOURO	7.000,00	3.614,33	51,63%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	7.000,00	3.614,33	51,63%
TOTAL GERAL	7.000,00	3.614,33	51,63%

TOTAL PROJETOS PRECATÓRIOS - FEPPS	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	20.000,00	0,00	0,00%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	20.000,00	0,00	0,00%
TOTAL GERAL	20.000,00	0,00	0,00%

TOTAL PROJETOS RPV TJ/TRT/TRF - FEPPS	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	40.000,00	16.177,44	40,44%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	40.000,00	16.177,44	40,44%
TOTAL GERAL	40.000,00	16.177,44	40,44%

TOTAL F.E.P.S.	DOTAÇÃO 2015	DESPESA EXECUTADA	PERCENTUAL EXECUÇÃO
CORRENTE PRÓPRIO / TESOURO	39.289.551,12	32.779.035,89	83,43%
CORRENTE CONVÊNIOS	8.113.250,08	4.224.532,46	52,07%
INVESTIMENTO PRÓPRIO / TESOURO	206.139,84	72.480,33	35,16%
INVESTIMENTO CONVÊNIOS	2.923.391,31	491.396,00	16,81%
TOTAL RECURSOS PRÓPRIO / TESOURO	39.495.690,96	32.851.516,22	83,18%
TOTAL RECURSOS CONVÊNIOS	11.036.641,39	4.715.928,46	42,73%
TOTAL GERAL	50.532.332,35	37.567.444,68	74,34%

FONTE: Depto. de Orçamento e Finanças da FEPPS

## **07 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Todos os programas e ações do presente Relatório de Gestão foram concebidos e desenvolvidos com a finalidade de responder às demandas de saúde pública do Estado do Rio Grande do Sul previstas no PES – Plano Estadual de Saúde e no PPA 2012/2015, oferecendo apoio estratégico ao SUS. Estes tiveram o objetivo de promover a melhora das condições da saúde pública através da implementação de produtos voltados diretamente à população como, por exemplo: a adequação às demandas da legislação do FEPPS/LAFERGS para permitir a produção de medicamentos estratégicos para o atendimento das Políticas de Assistência Farmacêutica do SUS, para doenças negligenciadas, fitoterápicos, fotoprotetores e produtos para a saúde; a realização de testes de paternidade/maternidade; a pesquisa biomolecular em saúde; o desenvolvimento de kits moleculares de detecção de doenças (kits diagnósticos); reestruturação dos laboratórios regionais e a implementação das ações de vigilância em saúde; atendimento emergencial aos agravos tóxicos, a implementação da Hemorrede Pública do Estado e da Qualidade da Cadeia Produtiva do Sangue com a capacitação e qualificação de servidores e a implantação de programas e ações de qualidade.

Os programas são complexos, envolvendo ações de pesquisa aplicada, saúde coletiva, análises laboratoriais, desenvolvimento tecnológico de processos e produtos, logo os impactos sobre o público alvo mostraram-se bastante satisfatórios.

A análise comparativa entre as ações propostas, os resultados alcançados com os recursos empregados evidenciam que as metas foram atingidas e/ou superadas e outras ficaram abaixo da meta por se tratarem de ações por demanda, o que demonstra, além da eficiência de gestão, o comprometimento dos técnicos, pesquisadores e servidores envolvidos nas questões relativas à saúde pública do Estado. O enfrentamento desses desafios requereu esforços

coletivos dos gestores, técnicos e pesquisadores na tentativa de equacionar dificuldades e viabilizar as ações necessárias ao atendimento das demandas.

Em termos gerais as atividades da FEPPS caracterizam-se por utilizar-se de áreas de conhecimento diversas, legislações, instrumentais e rotinas técnicas de produção, com processos de trabalho típicos de áreas industriais e de serviços laboratoriais, os quais demandam manutenção predial, de equipamentos, um considerável mix de insumos, e amplo regramento de segurança para o trabalhador e para o usuário dos seus serviços e de seus produtos.

Percebeu-se que a FEPPS, para tanto, exige uma estrutura de gestão adequada a sua complexidade, com a devida densidade em planejamento, em administração, em informação, em recursos humanos e em articulação político institucional, tendo por base a idéia de que a FEPPS possa ser uma instituição de produção e pesquisa em saúde com efetivo impacto no SUS/RS, desta forma buscou-se aperfeiçoar ações que já vinham sendo desenvolvidas e afirmar a Fundação como uma instituição estatal para o Sistema Único de Saúde/RS.

A integração e fortalecimento da Hemorrede, com a criação de uma Direção Técnica/Administrativa junto ao campus da FEPPS, assim, iniciou-se em 2015, com visitas *"in loco"*, o mapeamento da rede e planejamento integrado de ações, incluindo os bancos de sangue privados, visando garantir a disponibilização de sangue e hemoderivados para as necessidades da população e na qualidade e excelência exigida pela legislação.

Outra ação que está em desenvolvimento foi a criação de grupo de trabalho para atender as demandas do Ministério da Saúde para a construção de nova Unidade de Hematologia e Hemoterapia junto ao atual HEMORGS na Avenida Bento Gonçalves, na capital, em área de 11.414 m<sup>2</sup>.

Apoio à criação e instalação da Empresa LAFERGS: está em desenvolvimento a transição para empresa pública. As ações desenvolvidas até o momento estão alinhadas em três eixos estratégicos: Primeiro a Obtenção/Atualização de aspectos regulatórios (aprovações sanitárias, alvará, etc). Em segundo lugar a recomposição da carteira de registros, uma vez que o LAFERGS está sem nenhum registro válido. Esta recomposição passa fundamentalmente pela clonagem de registros e pelas Parcerias para Desenvolvimento Produtivo-PDPs, estratégias que encurtam significativamente o tempo de tramitação (atualmente de 4 anos) de um pedido de registro. Em terceiro lugar o desenho de estratégias que visam ao estabelecimento de arranjos de cooperação para suprir necessidades com relação à execução financeira e disponibilidade de pessoal qualificado (atualmente o LAFERGS possui cinco farmacêuticos no seu quadro).

Regularização da infra-estrutura dos Laboratórios Regionais de Saúde Pública, a FEPPS instituiu Grupo de Trabalho visando a regularização imobiliária dos Laboratórios do interior, visando a implantação dos Macrorregionais e dos Laboratórios Regionais, cujos processos estão em andamento.

Instalação do Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CDCT no novo prédio no *campus* da FEPPS, garantindo seu pleno funcionamento sem descontinuidade das suas



atividades; o prédio está finalizado, restando a execução de pequenas obras secundárias e de instalação de equipamentos.

O suporte para as áreas fins deram-se em várias atividades da Fundação no âmbito dos setores administrativos. A ação de fortalecimento da infraestrutura da FEPPS, prevista no PPA vigente, incluiu, além da obra em conclusão do novo prédio do CDCT e algumas obras secundárias; houve modernização em Tecnologia da Informação, com ampliação do número de equipamentos da rede interna, com a implantação de sistema de fibra ótica para a transmissão de dados e informações via PROCERGS.

Outra ação em andamento foi a aprovação da adesão da FEPPS na Rede Nacional de Pesquisa (RNP), que disponibilizará rede de fibra ótica para as atividades de pesquisa e desenvolvimento. Ambos os sistemas de rede de TI possuem a capacidade de 100 MB, atualmente a FEPPS possui rede com 10 MB. Está em curso processo de definição de um Sistema de Gestão da Qualidade e em estudos e visitas de *benchmarking* para busca de experiências de melhorias dos fluxos administrativos, com implantação de sistemas de *Workflow*.

Os fluxos administrativos da FEPPS foram revistos, em rodadas de discussão com gerentes e servidores operacionais, de modo a identificar os principais nós críticos e definir as melhorias em conjunto. Assim, foram aperfeiçoados alguns fluxos, que proporcionou melhorias e encurtamento no andamento dos processos.

Foi desenvolvido um programa de educação continuada coordenado pela Diretoria Técnica para a qualificação de servidores das áreas técnica e administrativa, com capacitações dirigidas a atualizações técnicas e de suporte, como em informática e biossegurança. O Departamento de Recursos Humanos, como parte das ações de atenção ao trabalhador, promoveu capacitações em segurança do trabalhador, prevenção de incêndios, e outros.

Ações de impacto têm sido empreendidas no sentido da regularização dos imóveis da Fundação, terrenos onde se situam as unidades da FEPPS, também exigido por necessidade da criação da empresa LAFERGS, em curso. Outras ações tiveram tramitação, como licenciamento ambiental e alvará sanitário.

Essas ações foram tratadas paralelamente às demandas de urgência, especialmente em manutenção predial e de equipamentos, evidenciando que a área necessita ter estratégias revistas para sua melhoria. Assim como a área de almoxarifado e patrimônio, as quais apresentam severos problemas, que devem ser solucionados com o aporte esperado de recursos humanos.

A importância da FEPPS para o SUS e para a Secretaria de Ciência e Tecnologia - SCT, assim como para a maior autonomia do Estado em relação a insumos e serviços estratégicos para as políticas de saúde, ainda não foi suficientemente explorada ou aproveitada no seu potencial e na capacidade instalada nos seus departamentos.

Apesar de muitas dificuldades de infra-estrutura e de recursos humanos, a FEPPS detém condições em conhecimento, infra-estrutura e na sua própria institucionalidade, de ser um instrumento efetivo de desenvolvimento em saúde no estado e no país. Entretanto, muitos dos

seus problemas são bem estruturados e apontados sistematicamente por diretores, gerentes operacionais e quadro de servidores em geral, com soluções exeqüíveis especialmente dependentes de gestão profissional e continuidade de estratégias de gestão.

Porto Alegre, janeiro de 2016

**PLANEJAMENTO/FEPPS**  
***Edir Medeiros***  
***Coordenador***