



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

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

## **2013**



## Sumário

### FORMULÁRIOS DO SISTEMA SARGSUS:

01 – Identificação do Estado/Introdução .....	06
02 – Demografia e dados de morbi-mortalidade .....	09
03 – Rede física de Saúde, Pública e Privada prestadora de serviços ao SUS .....	14
04 – Profissionais do SUS .....	16
05 – Programação Anual de Saúde (PAS) .....	17
06 – Diretrizes/Objetivos/Metas/Indicadores .....	50
07 – Demonstrativo da Utilização dos Recursos .....	54
08 – Demonstrativo Orçamentário .....	56
09 – Auditoria .....	59
10 – Análise e considerações gerais .....	59
11 – Apreciação do Relatório de Gestão .....	60

### ANEXO I – PRINCIPAIS REALIZAÇÕES:

<b>Apresentação</b> .....	<b>63</b>
<b>Diretriz 1 – Atenção à Saúde</b> .....	<b>64</b>
<b>Objetivo 1 – Fortalecer a Atenção Básica</b> .....	<b>64</b>
<i>Projeto Estratégico Aqui Tem Saúde</i> .....	64
<i>RS na Paz</i> .....	76
<b>Objetivo 2 – Ampliar e Qualificar a Atenção Secundária e Terciária</b> .....	<b>77</b>
<i>Projeto Estratégico: Ampliação e Qualificação de</i> <i>Hospitais Públicos e Regionais</i> .....	77
<b>Objetivo 3 – Ampliar e Qualificar a Vigilância em Saúde</b> .....	<b>92</b>
<b>Objetivo 4 – Ampliar e Qualificar a Assistência Farmacêutica</b> .....	<b>125</b>
<b>Objetivo 5 – Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado</b> .....	<b>131</b>
<i>Projeto Estratégico: Rede Cegonha/PIM</i> .....	131
<i>Rede de Atenção Psicossocial</i> .....	140
<i>Projeto Estratégico: Linha de cuidado em Saúde Mental, Álcool</i> <i>e outras drogas – O cuidado que eu preciso</i> .....	140
<i>Rede de Atenção às Urgências</i> .....	143
<i>Projeto Estratégico: Ampliação e Qualificação da Rede de</i> <i>Urgência e Emergência</i> .....	143
<i>Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência</i> .....	149

<i>Linhas de Cuidado</i> .....	152
<i>Saúde da Criança/Linha de cuidado da criança</i> .....	152
<i>Primeira Infância Melhor</i> .....	156
<i>Saúde do Adolescente/Linha de cuidado do adolescente</i> .....	163
<i>Saúde do Idoso/Linha de cuidado do idoso</i> .....	165
<i>Saúde da Mulher</i> .....	168
<i>Saúde do Homem/ Linha de cuidado do homem</i> .....	169
 <i>Ações Transversais</i> .....	 171
<i>Saúde Bucal</i> .....	171
<i>Alimentação e Nutrição</i> .....	175
<i>DST/AIDS</i> .....	184
<i>Saúde da População Negra</i> .....	192
<i>Saúde da População Indígena</i> .....	195
<i>Saúde Prisional</i> .....	199
<i>Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e</i> <i>Transexuais</i> .....	204
<i>Saúde da População do Campo, Floresta e Águas</i> .....	204
<i>Saúde do Trabalhador</i> .....	206
<i>Práticas Integrativas e Complementares (PICS)</i> .....	210
 <b>Diretriz 2 – Gestão em Saúde</b> .....	 <b>211</b>
<b>Objetivo 6 – Institucionalizar o Planejamento, Monitoramento e</b> <b>Avaliação do SUS</b> .....	 <b>211</b>
<b>Objetivo 7 – Aumentar o Financiamento e os Investimentos em Saúde</b> .....	<b>213</b>
<b>Objetivo 8 – Fortalecer as Instâncias de Participação Social do SUS</b> .....	<b>215</b>
<i>Controle Social do SUS</i> .....	215
<i>Ouvidoria do SUS</i> .....	215
<b>Objetivo 9 – Ampliar e Qualificar a Regulação em Saúde</b> .....	<b>216</b>
<i>Complexo Regulador Estadual (CRE/RS)</i> .....	216
<i>Central de Transplantes do RS (Central de notificação, capitação</i> <i>e distribuição de órgãos/RS)</i> .....	216
<i>Central Estadual de Regulação das Urgências – SAMU (CRUE/RS)</i> .....	217
<i>Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS)</i> .....	218
<i>Central de Regulação Ambulatorial (CRA/RS)</i> .....	219
<b>Objetivo 10 – Fortalecer a Auditoria do SUS</b> .....	<b>221</b>
<b>Objetivo 11 – Fortalecer a Infraestrutura e Logística</b> .....	<b>224</b>
Fortalecimento da Infraestrutura da ESP .....	224
Fortalecimento da Infraestrutura da FEPPS .....	224
<b>Objetivo 12 – Promover a Gestão da Informação, Inovação e</b> <b>da Incorporação Tecnológica no SUS</b> .....	 <b>226</b>
<i>Projeto Estratégico: Implantação da Política de TI no SUS/RS</i> .....	226
<b>Objetivo 13 – Promover e Qualificar a Gestão do Trabalho em Saúde</b> .....	<b>227</b>

<b>Diretriz 3 – Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva</b> .....	<b>228</b>
<b>Objetivo 14 – Desenvolver Estratégias de Educação Permanente em Saúde</b> .....	<b>228</b>
<b>Objetivo 15 – Construir e Implementar a Política Estadual de Incentivo à Pesquisa</b> .....	<b>230</b>
<b>Objetivo 16 – Consolidar a Política Estadual de Residência Integrada em Saúde</b> .....	<b>231</b>
<b>Avaliação dos indicadores de saúde</b> .....	<b>232</b>
<b>Considerações finais</b> .....	<b>242</b>

**ANEXO II – RELATÓRIO DE GESTÃO DO DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DOS HOSPITAIS ESTADUAIS (DCHE)**

**ANEXO III – RELATÓRIO DE GESTÃO DA FUNDAÇÃO ESTADUAL DE PRODUÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE (FEPPS)**



## RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO DE 2013

### 1- Identificação do Estado

<b>Ano Vigente</b> Ano a que se refere o relatório de gestão											
2013											
<b>Secretaria de Saúde</b>											
Razão Social da Secretaria de Saúde	DNPJ										
SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL	87.958.825/0001-49										
Endereço da Secretaria de Saúde (logradouro, nº)	CEP										
Avenida Borges de Medeiros, 1501 8º Andar	90119-900										
Telefone	FAX										
5132885800	5132887923										
E-mail	Site da Secretaria (URL se houver)										
secretaria@saude.rs.gov.br	www.saude.rs.gov.br										
<b>Secretário(a) de Saúde em Exercício</b>											
Nome	Data de Posse										
SANDRA MARIA SALES FAGUNDES	23/12/2013										
O Secretário de saúde referente ao ano do Relatório de Gestão <input type="checkbox"/> o mesmo.											
Nome	Data de Posse										
CIRO SIMONI	01/01/11										
A Secretaria de Saúde teve mais de um gestor no período a que se refere o RAG? <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não											
Nome do secretário anterior	Data de Posse										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nome do Secretário Anterior</th> <th>Data de Posse</th> <th>Ação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CIRO SIMONI</td> <td>01/01/11</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>OSMAR TERRA</td> <td>01/01/07</td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>			Nome do Secretário Anterior	Data de Posse	Ação	CIRO SIMONI	01/01/11	X	OSMAR TERRA	01/01/07	X
Nome do Secretário Anterior	Data de Posse	Ação									
CIRO SIMONI	01/01/11	X									
OSMAR TERRA	01/01/07	X									
<b>Informações do Fundo Estadual de Saúde</b>											
Instrumento legal de criação do Fundo de Saúde											
Tipo	DNPJ	Fundo de Saúde									
Portaria nº 6575	87.182.848/0001-78										
Data											
05/07/1973											
O Gestor do Fundo é o Secretário de Saúde?											
<input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não											
Nome do Gestor do Fundo											
SANDRA MARIA SALES FAGUNDES											
Cargo do Gestor do Fundo											
Secretário de Saúde											

**Informações do Conselho de Saúde**

Instrumento legal de criação do Conselho de Saúde

Tipo: **Lei** nº 10097

Data: 31/01/1994

Segmento

usuário

Telefone

5132885960

Nome do Presidente

PAULO HUMBERTO GOMES DA SILVA

Data da última eleição do Conselho

07/10/2012

E-mail

ces@saude.rs.gov.br

**Conferência de Saúde**

Data da Última Conferência de Saúde (mm/aaaa)

09/2011

**Plano de Saúde**A Secretaria de Saúde tem Plano de saúde referente ao ano do relatório de gestão?  Sim  Não

Vigência do Plano de Saúde De 2012 a 2015

Situação  Aprovado  Em Análise  Não Aprovado

Aprovação no Conselho de Saúde: Resolução nº 3 Em

Anexo do Plano de Saúde referente ao Ano do RAG

PES.doc

[Procurar...](#)

Anexo da Resolução do Conselho de Saúde que aprova o Plano de Saúde referente ao ano do RAG

CES\_Resolucao Aprovacao PES 2012\_2015.pdf

[Procurar...](#)

**Obs:** Somente deverão ser inseridos documentos com extensão nos formatos DOC, DOCX,XLS,XLSX,PDF,ODT E RTF com o máximo de 5MB, caso o arquivo tenha mais de 5MB é necessário que seja dividido em arquivos menores.  
**Ao selecionar a opção "Não" os arquivos anexados serão excluídos.**

A Secretaria de Saúde tem programação anual de saúde referente ao ano do relatório de gestão?  Sim  NãoA Secretaria de Saúde tem programação anual de saúde referente ao ano de 2014?  Sim  Não**Plano de Carreira, Cargos e Salários**O estado possui Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?  Sim  NãoO estado possui Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?  Sim  Não**Informações sobre Regionalização**

Regiões de Saúde Existentes no Estado: 20

## **Introdução e considerações iniciais:**

A Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul apresenta o Relatório Anual de Gestão 2013 tendo como eixo norteador o Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Este instrumento apresenta a análise dos indicadores pactuados no ano de 2013 (em anexo), 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 (arquivo em anexo), 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.

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. Entretanto, essa ferramenta de apoio para a construção do Relatório de Gestão tem sofrido mudanças sistemáticas para atender aos quesitos da Lei Complementar nº 141/2012. Com isso, a estrutura dos instrumentos de gestão também tem sofrido alterações importantes que indicam o amadurecimento quanto ao processo de planejamento do SUS, gerado a partir do acúmulo de experiência dos gestores e trabalhadores da saúde pública.

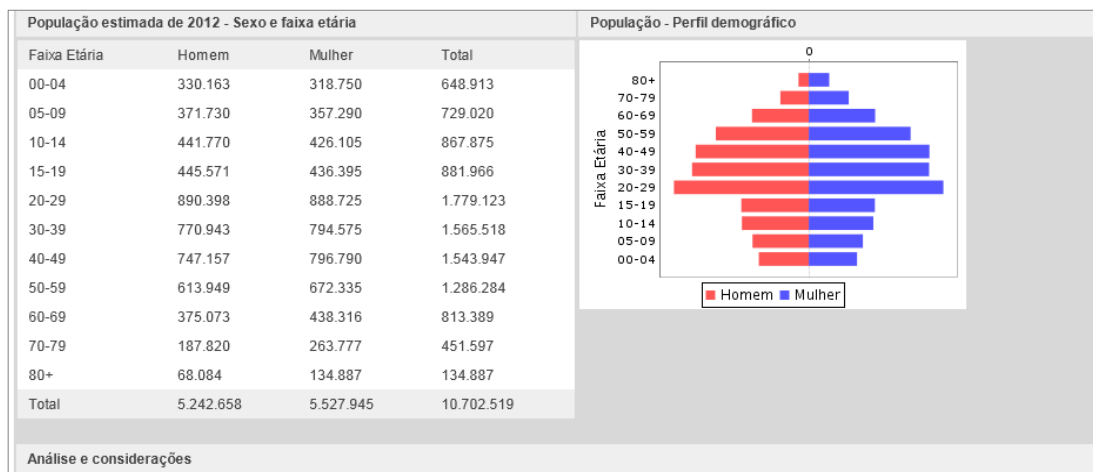
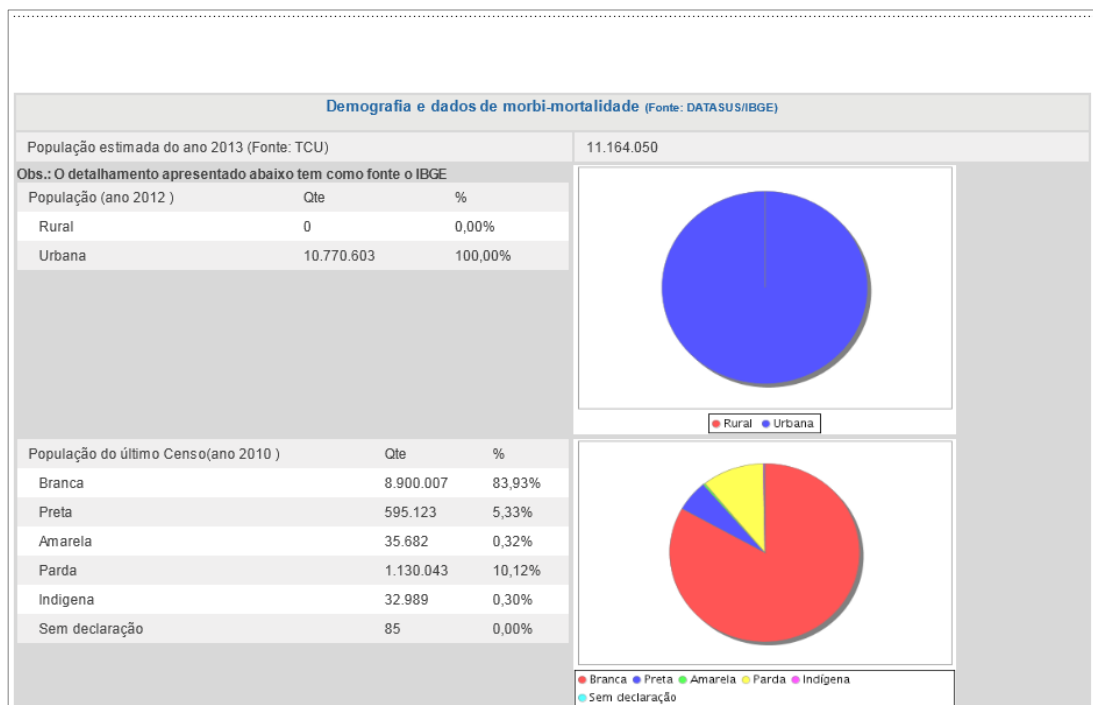
É importante destacar que o Rio Grande do Sul possui 30 Regiões de Saúde instituídas pela Resolução Nº 555, de 13 de setembro de 2012 e dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde que desempenham a função de coordenação político-administrativa da saúde em cada uma das Regiões. As Coordenadorias são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde cooperando técnica e operacionalmente com os gestores municipais e prestadores de serviços. Participam das Comissões Intergestores Regionais (CIR), realizando trabalho conjunto com outras coordenadorias para a organização das redes temáticas de atenção à saúde, oferecendo apoio institucional aos municípios, tendo em vista a articulação e proposição de ações que tenham como foco o planejamento regional, realizado de forma ascendente.

Por fim, o Relatório Anual de Gestão (RAG) constitui-se como uma ferramenta que possibilita a qualificação das práticas de gestão do SUS subsidiando as atividades dos órgãos de controle interno e externo. Através dele, a sociedade poderá acompanhar o desempenho das políticas públicas de saúde contribuindo com o Gestor Estadual para a consolidação do SUS no Estado.

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.



## 2- Demografia e Dados de Morbi-Mortalidade



### Análises e considerações do gestor sobre dados de demografia

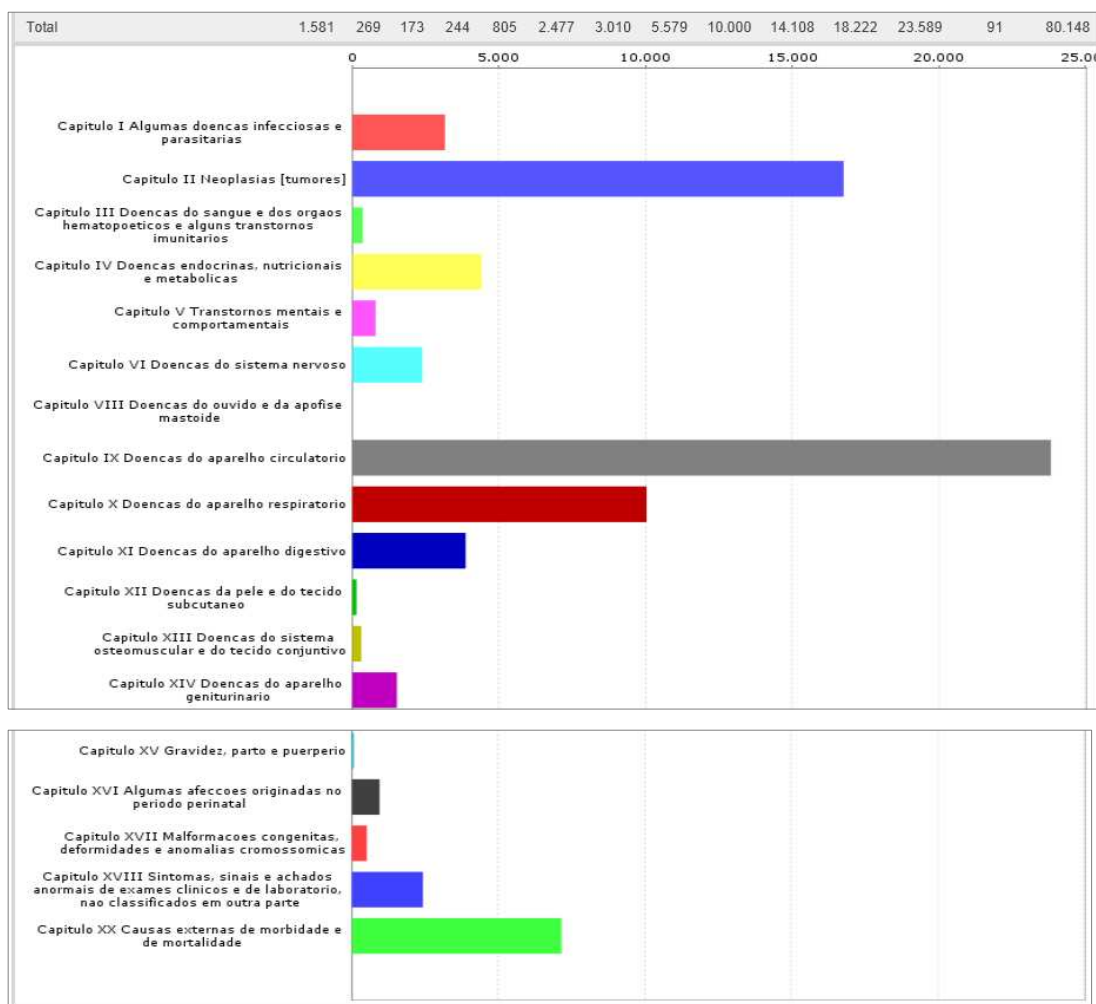
A composição da pirâmide populacional do RS é representada por duas características: sexo e faixa etária. O Estado concentra percentuais menores de crianças em relação à população jovem adulta, sendo que o maior número de pessoas está concentrado nas faixas etárias de 20 a 49 anos. Essa pirâmide “adulta” aponta para um crescimento da população idosa em consequência da diminuição do número de crianças e do aumento da expectativa de vida. Verifica-se ainda que uma concentração maior de população feminina nas

faixas etárias mais altas, ou seja, a partir dos 40 anos de idade, decorrente da maior expectativa de vida em relação ao sexo masculino.

As pirâmides populacionais de todas as Regiões de Saúde comportam-se de forma semelhante a do estado, possuindo uma população de crianças menor que a adulta, bem como população feminina idosa maior que a masculina na mesma faixa etária.

A maior concentração populacional continua sendo na região metropolitana de Porto Alegre.

Dados Epidemiológicos														
Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência ( Fonte: Portal DATASUS Tabne/SIM - 0 )													Última atualização: 06/03/2014 00:00:00	
Mortalidade por Capítulo CID 10	Faixa Etária													
	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 e mais	Idade Ignorada	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	45	17	9	16	22	238	508	599	514	442	370	393	3	3.176
Capítulo II Neoplasias [tumores]	7	28	32	35	65	166	381	1.270	2.998	4.157	4.343	3.268	1	16.751
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	1	5	1	7	5	8	8	31	43	64	79	128	0	380
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5	2	4	13	6	24	68	189	518	917	1.246	1.433	1	4.426
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	1	1	2	38	61	120	188	140	130	132	0	813
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	21	27	25	18	34	62	60	99	133	210	502	1.216	0	2.407
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	2	0	7
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	13	17	6	6	20	98	249	1.037	2.499	4.316	6.336	9.210	4	23.811
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	67	35	18	13	19	74	133	326	832	1.568	2.703	4.248	3	10.039
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	11	3	2	2	10	36	128	412	694	818	826	936	2	3.880
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	0	1	0	1	2	11	13	16	19	38	63	0	166
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0	1	1	2	7	16	31	40	57	75	98	0	328
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	0	2	1	0	3	13	27	62	141	216	384	688	2	1.539
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	6	25	35	13	0	0	0	0	0	79
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	950	4	1	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	961
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	354	52	12	15	16	9	14	17	19	13	6	1	0	528
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	45	14	4	9	21	69	115	311	499	590	747	0	16	2.440
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	60	63	55	105	572	1.606	1.196	1.049	866	580	433	523	59	7.167

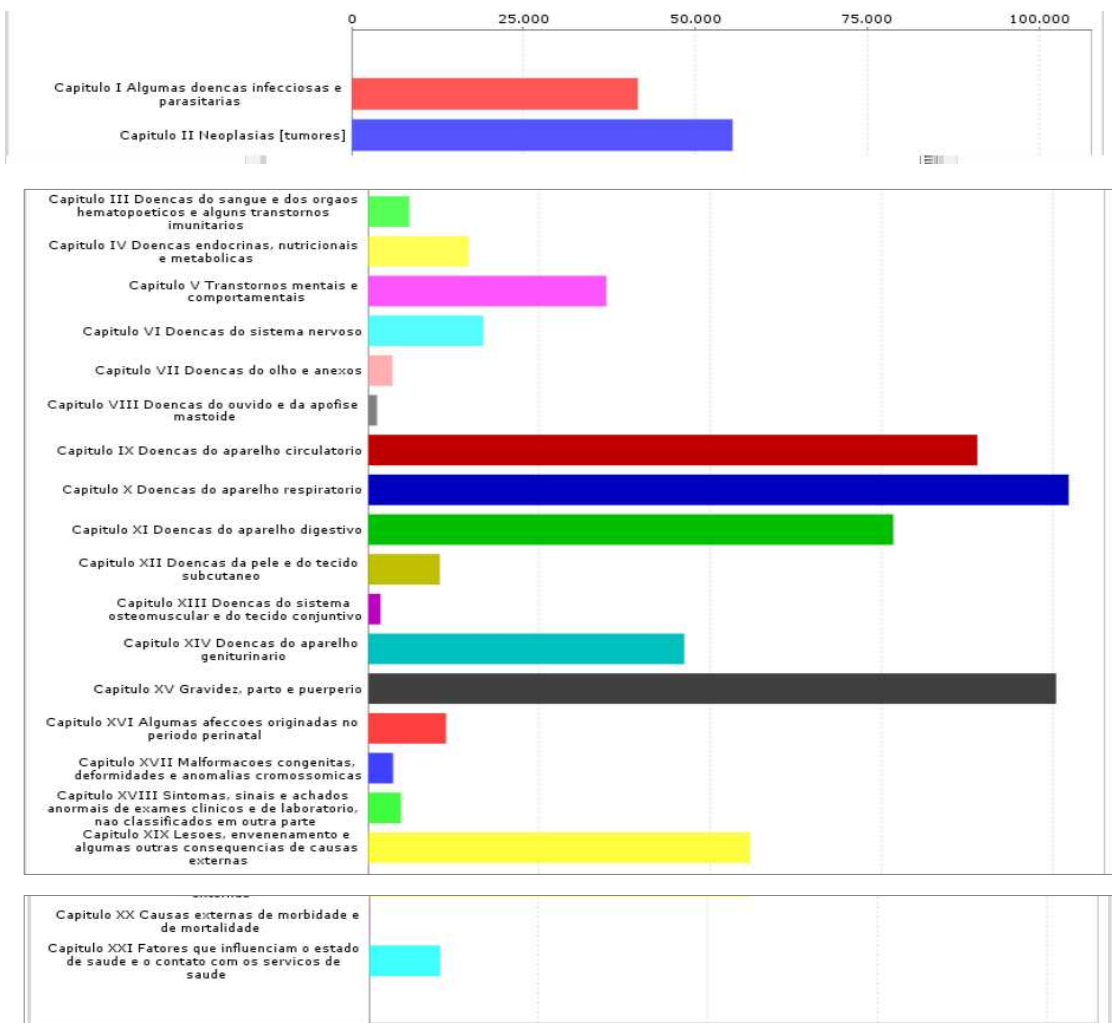


**Análises e considerações sobre mortalidade:**

Entre os grandes grupos de causas de mortalidade continuam-se salientando, em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e doenças respiratórias, causas externas e doenças endócrinas e metabólicas.

Registra-se, entretanto, importante variação segundo a faixa etária, salientando-se que, nos grupos etários das crianças, adolescentes e adultos jovens (de 01 ano até 39 anos), o capítulo do CID das causas externas de mortalidade ocupa o primeiro lugar, sendo, portanto, o maior responsável por anos de vida perdidos.

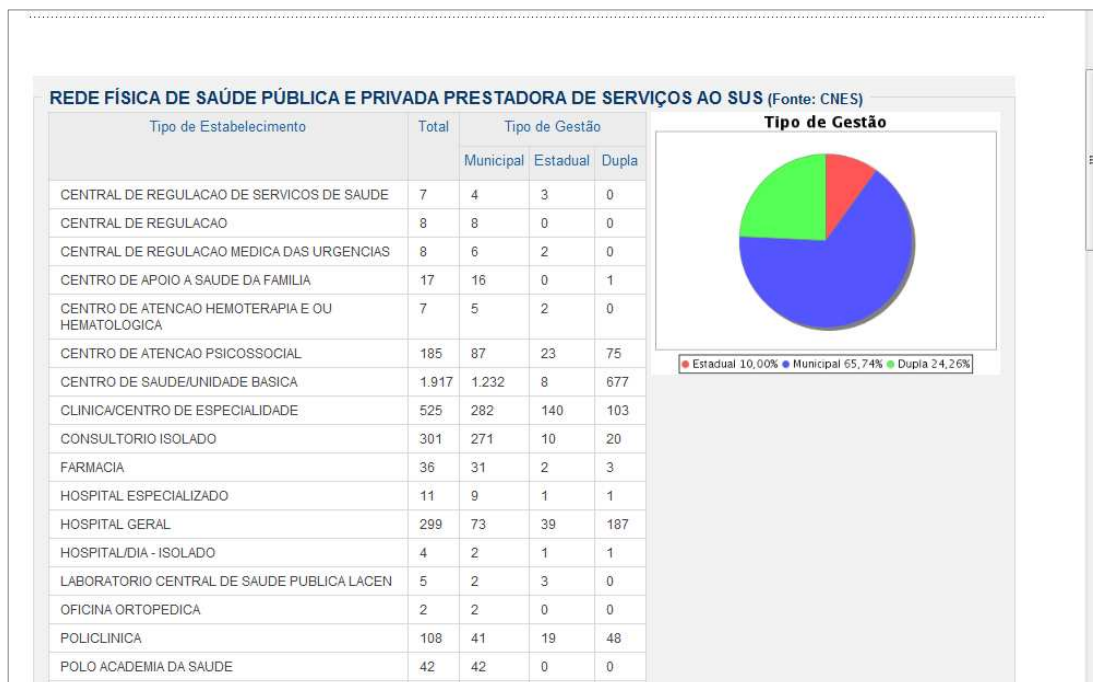
Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência ( Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH - 0 )													Última atualização: 06/03/2014 00:00:00
Internações por Capítulo CID-10	Faixa Etária												
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4.305	3.410	1.952	1.151	1.167	2.974	4.583	4.796	4.812	4.742	4.294	3.464	41.650
Capítulo II Neoplasias [tumores]	155	816	758	799	988	2.036	3.890	8.906	12.537	13.060	8.357	3.121	55.423
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	198	383	229	208	183	329	377	571	678	904	1.062	961	6.083
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	366	376	239	280	268	497	956	1.418	2.605	3.073	2.797	1.876	14.751
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	5	11	61	618	2.639	8.010	8.484	7.438	5.176	1.799	485	130	34.856
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	625	1.044	580	519	476	1.013	1.566	2.526	3.004	2.252	1.938	1.347	16.890
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	25	34	60	71	76	171	156	288	529	991	901	309	3.611
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	90	232	233	149	86	90	110	137	130	53	24	8	1.342
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	167	159	201	237	523	1.780	4.175	9.653	18.725	22.248	19.130	12.030	89.028
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	13.073	12.728	5.764	2.444	1.999	3.526	4.122	5.694	9.993	14.098	15.693	13.232	102.366
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	1.312	1.970	2.440	2.606	2.990	7.146	9.122	11.836	14.763	11.883	7.220	3.463	76.751
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	258	664	507	402	561	1.184	1.159	1.398	1.657	1.358	874	493	10.515
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	30	166	254	392	542	0	0	0	0	0	0	483	1.867
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	625	821	927	1.027	2.783	5.431	6.019	6.831	6.879	6.614	5.193	3.079	46.229
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	1	0	1	998	21.014	49.456	25.863	3.155	23	8	1	0	100.520
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	11.187	29	5	1	39	89	52	10	3	8	9	4	11.436
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0	998	663	482	291	294	216	244	225	159	100	26	3.698
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	136	169	156	224	302	709	742	913	0	0	940	562	4.853
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	446	1.597	2.145	2.357	4.070	9.488	8.014	7.312	7.223	5.335	4.284	3.605	55.876
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	6	3	7	6	8	27	22	31	16	21	8	8	163
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	253	308	253	229	263	1.822	2.939	1.618	1.146	900	618	208	10.557
<b>Total</b>	<b>34.303</b>	<b>25.918</b>	<b>17.435</b>	<b>15.200</b>	<b>41.268</b>	<b>97.782</b>	<b>84.559</b>	<b>77.980</b>	<b>95.061</b>	<b>93.581</b>	<b>75.488</b>	<b>48.409</b>	<b>706.984</b>



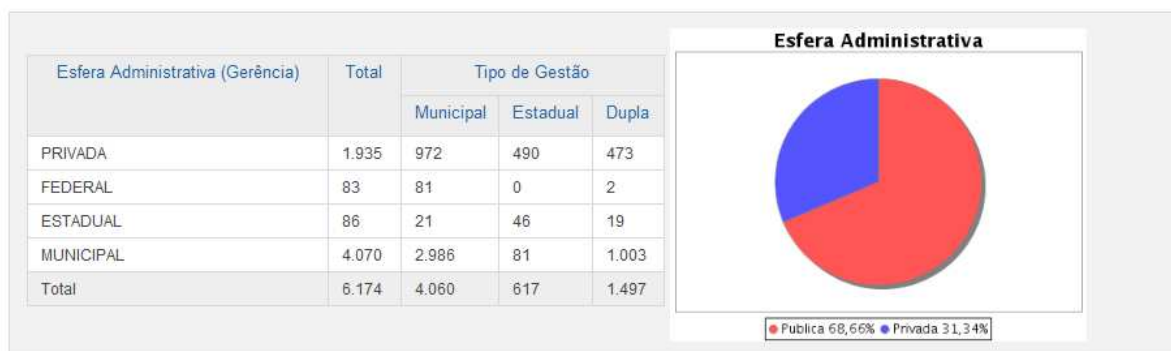
**Análises e considerações sobre morbidade:**

Em relação à morbidade hospitalar, as doenças do aparelho respiratório adquirem grande importância, assim como as doenças do aparelho circulatório e do aparelho digestivo.

### 3- Rede Física de Saúde, Pública e Privada prestadora de serviço ao SUS



POSTO DE SAUDE	733	728	1	4
PRONTO ATENDIMENTO	29	14	2	13
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	3	1	1	1
PRONTO SOCORRO GERAL	17	11	0	6
SECRETARIA DE SAUDE	483	430	16	37
TELESSAUDE	2	2	0	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	1.075	507	318	250
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	9	7	0	2
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	55	45	2	8
UNIDADE MISTA	17	3	1	13
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	187	123	22	42
UNIDADE MOVEL FLUVIAL	1	1	0	0
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	77	71	1	5
<b>Total</b>	<b>6.170</b>	<b>4.056</b>	<b>617</b>	<b>1.497</b>



**Justificativa de Dupla Gestão:**

Estabelecimentos classificados como gestão dupla estão sob gestão estadual no que se refere ao recurso MAC, porém também realizam algum procedimento de atenção básica ou são contratados por municípios, com recursos do tesouro municipal, para atendimento de sua população própria.

No ano de 2013 um total de 88 municípios detinham a gestão de todos os prestadores localizados em seus territórios e 35 a gestão de alguns dos prestadores prestadores.

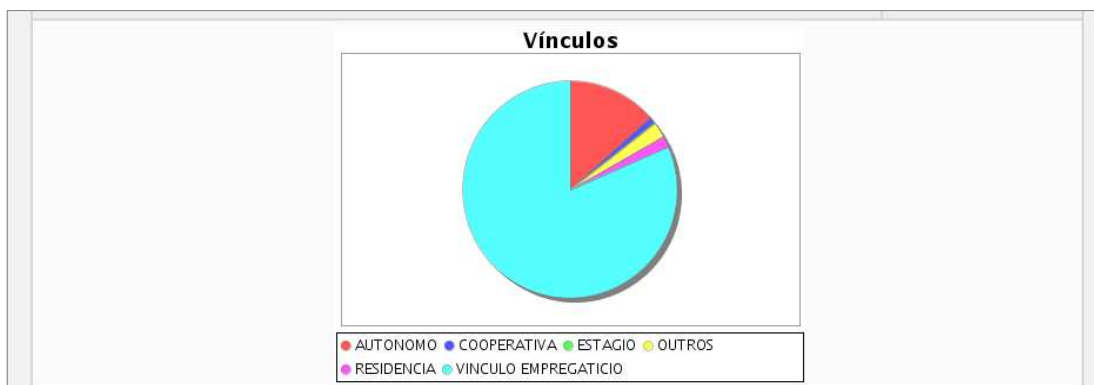
**Análise e considerações do Gestor sobre Prestadores de Serviços ao SUS**

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES gerados pelos SargSUS existem no estado 6.170 estabelecimentos prestadores de serviço ao SUS. Considerando a esfera administrativa 68,66% são públicos e 31,34% privados. Considerando a gestão 65, 74% dos serviços estão sob gestão municipal, 24, 26% sob gestão dupla e 10% sob estadual. A gestão identifica com qual gestor o estabelecimento tem contrato/convênio e que o responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamento dos serviços prestados ao SUS. Estas responsabilidades referem-se ao recurso federal do Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade - MAC, repassado pelo Ministério da Saúde ao estados ou município, conforme aquele que detêm a gestão. Estabelecimentos classificados como gestão dupla estão sob gestão estadual no que se refere ao recurso MAC, porém também realizam algum procedimento de a atenção básica ou são contratados por municípios, com recursos do tesouro municipal, para atendimento de sua população própria. No ano de 2013 um total de 88 municípios assumiram a gestão de todos os prestadores localizados em seus territórios e 35 assumiram a gestão de alguns prestadores.

### 4- Profissionais SUS

Profissionais SUS	
PROFISSIONAIS SUS (Fonte: CHES)	
AUTONOMO	
Tipo	Total
CONSULTORIA	43
INTERMEDIADO ORG DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PUBL(OSCIPI)	394
INTERMEDIADO P ENTIDADE FILANTROPICA E/OU SEM FINS LUCRATIVO	4.464
INTERMEDIADO POR COOPERATIVA	63
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	2.450
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO NAO-GOVERNAMENTAL(ONG)	79
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO SOCIAL(OS)	338
SEM INTERMEDIACAO(RPA)	5.594
SEM TIPO	2.387
<b>TOTAL</b>	<b>15.812</b>
COOPERATIVA	
Tipo	Total
SEM TIPO	1.064
<b>TOTAL</b>	<b>1.064</b>

ESTAGIO	
Tipo	Total
SEM TIPO	145
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>
OUTROS	
Tipo	Total
BOLSA	736
CONTRATO VERBAL/INFORMAL	1.570
PROPRIETARIO	504
<b>TOTAL</b>	<b>2.810</b>
RESIDENCIA	
Tipo	Total
SEM TIPO	1.851
<b>TOTAL</b>	<b>1.851</b>
VINCULO EMPREGATICIO	
Tipo	Total
CARGO COMISSONADO	620
CELETISTA	28.431
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	11.379
EMPREGO PUBLICO	17.810
ESTATUTARIO	27.643
SEM TIPO	9.359
<b>TOTAL</b>	<b>95.242</b>





**Análise e considerações sobre os Profissionais SUS:**

Os dados apresentados nos quadros acima referem-se aos profissionais trabalhadores do SUS no Estado do Rio Grande do Sul. Cabe destacar que o número de servidores que atuam na Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul continuou diminuindo em 2013. Em 2012 a SES possuía 5.430 (cinco mil, quatrocentos e trinta) servidores e no final de 2013 este número diminuiu para 5.347 (cinco mil, trezentos e quarenta e sete) em razão de aposentadorias e exonerações/dispensas. Destes 5.347 servidores no final de 2013, 448 (quatrocentos e quarenta e oito) são contratos emergenciais e 1.319 (um mil, trezentos e dezenove) são servidores municipalizados, que o Estado é responsável pelos seus vencimentos e encargos. Em 15/10/2013 foi publicado no DOE o Edital nº01/2013 para Concurso Público na Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, para provimento de 1.500 (um mil e quinhentas) vagas no Quadro de Pessoal da Saúde do Estado do RS – Lei 13.417/2010, sendo 1.061 (um mil e sessenta e um) cargos de Especialista da Saúde, 206 (duzentos e seis) cargos de Assistente em Saúde e 233 (duzentos e trinta e três) cargos de Técnico em Saúde.

**5 - Programação Anual de Saúde (PAS)**

A Programação Anual de Saúde foi elaborada de acordo com as Diretrizes e Objetivos do PES 2012-2015. Maiores informações sobre as realizações estão disponíveis no Anexo I – Principais Realizações.

**PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – ATENÇÃO À SAÚDE**

<b>DIRETRIZ PES</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</b>					
Fortalecer a Atenção Básica					
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implantar Equipes de Saúde da Família nos Municípios, totalizando 2.364 equipes, com 70% de cobertura populacional.	1006	1417	DAS/ESF	
<b>Ação 2</b>	Implantação de Pólos de Academias de Saúde	339	87 obras concluídas	DAS/ESF	
<b>Ação 3</b>	Ampliar o número de municípios que utilizam o Telessaúde .	300	460	DAS/ESF	
<b>Ação 4</b>	Implantar Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), totalizando 260 equipes	234	52	DAS/SAÚDE MENTAL	
<b>Ação 5</b>	Implantar Academias de Saúde de forma integrada com a Vigilância em Saúde em 242 municípios.	333	299	DAS/ESF	CEVS
<b>Ação 6</b>	Implantar a ESF nos municípios gaúchos.	100%	66,01%	DAS/ESF	
<b>Ação 7</b>	Implantar consultórios de rua	12	4	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	Em andamento	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	Em andamento	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	Em discussão. Situação de violência materno infantil e para adolescentes contempladas na Linhas de Cuidado.	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	Em discussão. Situação de violência materno infantil e para adolescentes contempladas na Linhas de Cuidado.	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	Em discussão.	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	Em discussão.	DAS/RS NA PAZ	

OBJETIVO 2	Ampliar e Qualificar a Atenção Secundária e Terciária				
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Ampliar o número de leitos hospitalares SUS em hospitais de porte médio e grande.	575	491	DAHA	
<b>Ação 2</b>	Ampliar o número de leitos de UTI adulto SUS.	250	em andamento	DAHA	
<b>Ação 3</b>	Ampliar o número de leitos de UTI pediátrica SUS.	38	em andamento	DAHA	
<b>Ação 4</b>	Ampliar o número de leitos de UCI neonatal convencional SUS.	64	30	DAHA	
<b>Ação 5</b>	Ampliar o número de leitos de UCI neonatal Canguru SUS.	60	7	DAHA	
<b>Ação 6</b>	Ampliar o número de municípios com serviço de telecardiologia.	120	7	DAHA	
<b>Ação 7</b>	Analisar e validar mensalmente os dados no Sistema Nacional de Registro Hospitalar de Câncer das 26 unidades habilitadas em Alta Complexidade em Oncologia.	104	26		
<b>Ação 8</b>	Realizar cursos de capacitação para profissionais especializados em atividades nos UNACON's, CACON's.	3	em andamento	DAHA	
<b>Ação 9</b>	Vistoriar anualmente as Unidades habilitadas em Alta Complexidade em Oncologia.	26	12	DAHA	
<b>Ação 10</b>	Realizar censo estadual dos leitos de UTI.	1	em andamento	DAHA	
<b>Ação 11</b>	Instituir serviço de retaguarda de cuidados críticos à distância (tele UTI) para pacientes críticos fora de UTI ou com problemas de estrutura.	1	em andamento	DAHA	
<b>Ação 12</b>	Implementar o programa Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) em hospitais.	17	em andamento	DAHA	
<b>Ação 13</b>	Concluir a obra do hospital público regional de Santa Maria e implementar seu funcionamento.	1	em andamento	DAHA	ASSTEPLAN
<b>Ação 14</b>	Apoiar a construção do hospital público regional em Palmeira das Missões.	1	em andamento	DAHA	

<b>Ação 15</b>	Apoiar a construção do hospital público regional no Vale do Gravataí.	1	em andamento	DAHA	
<b>Ação 16</b>	Apoiar a ampliação do Hospital São Vicente de Paulo no município de Osório.	1	em andamento	DAHA	
<b>Ação 17</b>	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.		2	DAHA	
<b>Ação 18</b>	Reavaliar as referências nas especialidades de Alta Complexidade em Oncologia, Cardiologia, Traumatologia/Ortopedia e Neurologia com respectivas pactuações em CIB.	4	1	DAHA	
<b>Ação 19</b>	Proceder avaliação e liberação dos medicamentos Trastuzumab e Imatinib para as 26 unidades de oncologia.	26	27	DAHA	CPAF
<b>Ação 20</b>	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	em andamento	DAHA	
<b>Ação 21</b>	Estruturar, fortalecer e qualificar a Hemorrede Pública.	100%	em andamento	FEPPS	
<b>Ação 22</b>	Implementar o atendimento ambulatorial multidisciplinar para os Pacientes Portadores de Hemoglobinopatias e Coagulopatias em parceria com a Rede Hospitalar.	100%	50%	FEPPS	
<b>Ação 23</b>	Disponibilizar plasma de qualidade para encaminhar para a Indústria Brasileira de Hemoderivados (HEMOBRÁS).		em andamento	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	em andamento	DAHA	

<b>OBJETIVO 3</b>	Ampliar e Qualificar a Vigilância em Saúde				
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Implementar a Rede de Unidades Sentinela de Vigilância Hospitalar.	15	11	CEVS	
<b>Ação 2</b>	Elaborar protocolo em regulação/contratualização da rede com participação da Vigilância em Saúde.	1	Em andamento	CEVS	FEPPS/LACEN
<b>Ação 3</b>	Integrar os agentes de controle de endemias às Equipes de ESF.	50%	Em andamento	CEVS	
<b>Ação 4</b>	Integrar os territórios de controle de endemia aos territórios da ESF (município).	96	Projeto Piloto	CEVS	
<b>Ação 5</b>	Implantar e implementar serviço de verificação de óbito.	1	Em andamento	CEVS	
<b>Ação 6</b>	Identificar e digitalizar em mapa riscos e agravos ambientais.	1	0	CEVS	FEPPS/LACEN
<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	Em discussão	CEVS	ESP e FEPPS/LACEN ,CIT
<b>Ação 8</b>	Ampliar os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).	19	2	CEVS	FEPPS/LACEN ,CIT
<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	Em andamento	CEVS/NIS	
<b>Ação 10</b>	Produzir bianualmente Inquérito sobre Acidentes e Violências.	2	Em andamento	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		Em andamento	CEVS	

	reabilitação hospitalar e ambulatorial.				
<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		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%	em andamento	FEPPS/LACEN	
<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%	em andamento	FEPPS/LACEN	

OBJETIVO 4	Ampliar e Qualificar a Assistência Farmacêutica				
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	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	0	CPAF	
<b>Ação 2</b>	Promover a revisão da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REME/RS).	1	0	CPAF	
<b>Ação 3</b>	Realizar diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica Básica.	1	em andamento	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	14	CPAF	
<b>Ação 5</b>	Monitorar a aplicação dos recursos Federais e Estaduais do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelos municípios.	1	em andamento	CPAF	
<b>Ação 6</b>	Avaliar dos expedientes administrativos em até 30 dias da data de abertura.	100%	81%	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	em andamento	FEPPS/LAFGERGS, CDCT	
<b>Ação 8</b>	Iniciar ciclo de transferência tecnológica gerado pela PDP.	1	em andamento	FEPPS/LAFERGS,	UFRGS
<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	em andamento	FEPPS/LAFERGS,	UFRGS
<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	em andamento	FEPPS/LAFERGS,	

<b>OBJETIVO 5</b>	Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado				
<b>Rede Cegonha / Primeira Infância Melhor (PIM)</b>					
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Habilitar Ambulatórios de Alto Risco na Rede Cegonha.	44	4 habilitados, 15 encaminhados à aprovação CIB "ad referendum"	DAS/S. Mulher	
<b>Ação 2</b>	Atender Crianças de 0 a 6 anos pelo PIM.	70.224	59.752	DAS/PIM	
<b>Ação 3</b>	Atender famílias pelo PIM.	63.840	54.320	DAS/PIM	



<b>Ação 4</b>		60.000	Atualmente 3000/ano no AGAR (ambulatório de gestante de alto risco habilitado) demais sem cadastro via SISPNweb	DAS/S. Mulher	
	Atender 15.000 Gestantes no Pré-natal de Alto Risco por ano.				
<b>Ação 5</b>	Atender Gestantes no Pré-natal de Risco Habitual.	100.000	100.000	DAS/S. Mulher	
<b>Ação 6</b>	Habilitar Leitos Neonatais na Rede Cegonha.	180	Em andamento, apresentação da rede na CIB 608/2013	DAS/S. Mulher	DAHA
<b>Ação 7</b>	Habilitar Leitos Obstétricos na macrorregião Metropolitana.	830	Processos de habilitação em todo Estado via MS, 120 leitos sendo encaminhados ao MS	DAS/S. Mulher	DAHA
<b>Ação 8</b>	Implantar a Rede Cegonha nos municípios.	100%	86%	DAS/S. Mulher	
<b>Ação 9</b>	Implantar o PIM nos municípios.	360	266	DAS/PIM	
<b>Ação 10</b>	Ampliar o número de visitantes nos municípios.	3.192	2716	DAS/PIM	

Rede de Atenção Psicossocial					
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Manter e implantar Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), totalizando 200.	200	176	DAS/S. Mental	
<b>Ação 2</b>	Ampliar o número de leitos psiquiátricos em hospital geral, totalizando 2015.	1295	1295	DAS/S. Mental	DAHA
<b>Ação 3</b>	Implantar leitos de álcool e drogas em hospital geral, totalizando 842.	200	176	DAS/S. Mental	DAHA
<b>Ação 4</b>	Implantar Telessaúde mental 24 horas.	1	Em andamento	DAS/S. Mental	
<b>Ação 5</b>	Implantar equipe de Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) nos municípios.	120	110	DAS/ESF	
<b>Ação 6</b>	Implantar linha de cuidado de saúde mental nos municípios.	348	242	DAS/S. Mental	
<b>Ação 7</b>	Implantar oficinas terapêuticas.	230	257	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	937	DAS/S. Mental	
<b>Ação 9</b>	Implantar projetos de Redução de Danos.	60	37	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	1	DAS/S. Mental	
<b>Ação 11</b>	Monitorar vagas em comunidades terapêuticas.	60	500	DAS/S. Mental	

<b>Ação 12</b>	Implantar Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).	30	5	DAS/S. Mental	
<b>Rede de Atenção às Urgências</b>					
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implantar unidades de Pronto Atendimento (UPA).	34	1	DAHA	
<b>Ação 2</b>	Implantar Bases do SAMU.	87	1	DAHA	
<b>Ação 3</b>	Equipar UPAs.	25	9	DAHA	
<b>Ação 4</b>	Implantar Planos de Ação Regional.	19	1	DAHA	
<b>Ação 5</b>	Implantar Linhas de Cuidado AVC/UCO nas regiões de saúde.	25	7	DAHA	
<b>Ação 6</b>	Implantar Salas de Estabilização.	15	1	DAHA	
<b>Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência</b>					
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Habilitar Centros Especializados de Reabilitação (CER).	10	4	DAHA	
<b>Ação 2</b>	Aprovar projetos de reforma e/ou construção de Centro Especializado de Reabilitação (CER).	6	5	DAHA	
<b>Ação 3</b>	Instituir um incentivo financeiro para rede de reabilitação hospitalar à pessoa com deficiência.	1	em estudo	DAHA	

<b>Ação 4</b>	Recompor o teto financeiro das 81 unidades já habilitadas.	81	1	DAHA	
<b>Ação 5</b>	Implantar linhas de cuidado em reabilitação hospitalar nas unidades hospitalares que compõem a rede de atenção terciária.	100%	em andamento	DAHA	
<b>Ação 6</b>	Realizar Triagem Auditiva Neonatal (TAN) nos nascidos vivos SUS.	95%	72%	DAHA	
<b>Ação 7</b>	Regular o acesso aos materiais descartáveis, incorporando ao sistema Gerenciamento de Usuários com Deficiência (GUD).	100%	79%	DAHA	
<b>Ação 8</b>	Implantar fluxo de acesso das pessoas com deficiências múltiplas e/ou graves às OPM dispensadas	1	em andamento	DAHA	
<b>Ação 9</b>	Criar protocolo de regulação em Tratamento Fora do Domicílio (TFD) por área de especialidade.	1	1	DAHA	

**Saúde da Criança/ Linha de Cuidado da Criança**

AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implantar a linha de cuidado da Criança nos municípios.	497	497	DAS/Saude da Criança	
<b>Ação 2</b>	Realizar investigação e análise de óbito de menores de 5 anos de idade nos municípios.	497	Instrumento de investigação em fase de construção.	DAS/Saúde da Criança	
<b>Ação 3</b>	Implementar seguimento de egresso de UTI nas macrorregiões.	7	14 ambulatórios, todas as macros cobertas.	DAS/S Criança	DAS
<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	

<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	60 (pactuados cfe Resolução CIB 608/2013)	DAS/S. Criança	DAHA
---------------	---	----	---	----------------	------

**Saúde do Adolescente / Linha de Cuidado do Adolescente**

AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Sensibilizar e qualificar profissionais de saúde municípios.	200	245	DAS	
<b>Ação 2</b>	Implantar a Linha de Cuidado de Adolescentes nos municípios.	8	3	DAS	

**Saúde da Mulher/ Linha de Cuidado da Mulher**

AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implantar nos municípios pré-natal em rede.	68%	86%	DAS/S. Mulher	
<b>Ação 2</b>	Implantar ação de rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama nos municípios.	68%	40%	DAS/S. Mulher	
<b>Ação 3</b>	Implantar ação de rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de colo do útero nos municípios.	68%	40%	DAS/S. Mulher	

<b>Saúde do Homem/ Linha de Cuidado do Homem</b>					
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Implementar a Linha de Cuidado da Saúde do Homem nos municípios.	158	Em processo de implantação da Política Estadual de Saúde Integral do Homem	DAS/S. Homem	
<b>Saúde do Idoso / Linha de Cuidado do Idoso</b>					
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos municípios.	50%	47,9%	DAS/S. Idoso	
<b>Ação 2</b>	Implantar a Linha de Cuidado da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa nos municípios.	50%	3%	DAS/S. Idoso	
<b>Ação 3</b>	Realizar ações de educação permanente em saúde do idoso nos municípios.	50%	30%	DAS/S. Idoso	

<b>Ação Transversal: Saúde Bucal</b>					
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Implantar Equipes de Saúde Bucal nos Municípios.	998	791	DAS/S.Bucal	
<b>Ação 2</b>	Implantar Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).	72	2	DAS/S.Bucal	
<b>Ação 3</b>	Implantar Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD).	90	20	DAS/S.Bucal	
<b>Ação Transversal: Alimentação e Nutrição</b>					
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Ampliar o número de usuários acompanhados com avaliação de estado nutricional pela Atenção Básica à Saúde, totalizando 756.919.		956.467	DAS	
<b>Ação 2</b>	Aumentar de 61% para 69% o acompanhamento de famílias do Programa Bolsa Família (PBF) com perfil saúde na Atenção Básica.	8%	63,59%	DAS	

Ação Transversal: DST/AIDS					
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implantar e implementar o Plano Estadual de Enfrentamento da DST/AIDS.	1	Em andamento conforme a Programação Anual de Ações e Metas da Seção.	DAS/DST/AIDS	FEPPS/LACEN
<b>Ação 2</b>	Implantar investigação de sífilis congênita nos municípios.	497	231	DAS/S. Mulher e S. Criança	CEVS, FEPPS/LACEN
<b>Ação 3</b>	Realizar o teste rápido anti-HIV, triagem e diagnóstico nos usuários do SUS.	467.812	308.120	DAS/DST/AIDS	FEPPS/LACEN
<b>Ação 4</b>	Distribuir preservativos masculinos.	92.820.000	37.769.169	DAS/DST/AIDS	



<b>Ação Transversal: Saúde da População Negra</b>					
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Implementar a linha de cuidado da pessoa com traço ou doença falciforme nos municípios.	70%	70%	DAS/S. Pop. Negra	FEPPS/LACEN
<b>Ação 2</b>	Aumentar a cobertura de atendimento à pessoa com doença falciforme, de 30% para 70.	40%	40%	DAS/S. Pop. Negra	FEPPS/LACEN
<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%	16%	DAS/S. Pop. Negra	FEPPS/HEMORGS
<b>Ação 4</b>	Habilitar hospitais, fora da região metropolitana, como Centros de Referência em Doença Falciforme.	3	3	DAS/S. Pop. Negra	DAHA, FEPPS/LACEN , HEMORGS
<b>Ação 5</b>	Habilitar o Laboratório Central Estadual (LACEN) para a realização de eletroforese de hemoglobina.	1	Em andamento	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%		FEPPS	FEPPS/HEMORGS, LACEN, DAHA
<b>Ação 7</b>	Dispensação direta de medicamentos pelos Serviços de Referência em Doença Falciforme aos usuários.			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%	94%	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%	8,5%	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	ESP	DAS/S. Pop. Negra

<b>Ação Transversal: Saúde Indígena</b>					
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Implantar Equipes completas de Saúde da Família e Saúde Bucal Indígena.	16	SESAI	DAS/ S. Indígena	ESF e Bucal
<b>Ação Transversal: Saúde Prisional</b>					
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Ampliar para 32 o número de equipes de saúde prisional.		24	DAS/S. Prisional	
<b>Ação 2</b>	Ampliar 60 leitos para a saúde prisional.		50	DAS/S. Prisional	
<b>Ação 3</b>	Ampliar para 26 o número de Unidades Básicas de Saúde Prisional equipadas.		19	DAS/S. Prisional	
<b>Ação 4</b>	Implementar a linha de cuidado da pessoa privada de liberdade.	1	Em andamento	DAS/S. Prisional	
<b>Ação 5</b>	Implantar o PIM Prisional.	1	1	DAS/S. Prisional	DAS/PIM

<b>Ação Transversal: Saúde do Trabalhador</b>					
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Implementar a Linha de Cuidado da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador nos municípios sede de CEREST/UREST.	30	Em discussão	CEVS/S. do Trabalhador	FEPPS/LACEN ,CIT
<b>Ação 2</b>	Realizar ações de educação permanente em saúde do trabalhador nos municípios sede de CEREST/UREST.	30	Em discussão	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%	Em andamento	CEVS/S. do Trabalhador	
<b>Ação Transversal: Práticas Integrativas e Complementares</b>					
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Formular a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares.	1	Política aprovada CIB de 20/12/2013.	ESP	CPAF, ESP
<b>Ação 2</b>	Atingir a população do Estado com acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PIC).	20%	Em andamento	ESP	CPAF, ESP, CRSs

**PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – GESTÃO EM SAÚDE**

<b>DIRETRIZ PES</b>	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.				
<b>OBJETIVO 6</b>	Institucionalizar do Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS				
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Manter Grupos de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação em atividade.	20	20	ASSTEPLAN	
<b>Ação 2</b>	Publicar Instrumentos de Gestão do SUS.	11	11	ASSTEPLAN	FEPPS/GAPLAN
<b>Ação 3</b>	Publicar Código Estadual de Vigilância em Saúde.	1	Em andamento	CEVS	FEPPS/LACEN , CIT
<b>Ação 4</b>	Plano Diretor de Vigilância em Saúde.	1	Em andamento	CEVS	FEPPS/LACEN , CIT
<b>Ação 5</b>	Plano de integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica.	1	Em discussão	CEVS	DAS, FEPPS/LACEN
<b>Ação 6</b>	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	Em andamento	CEVS	FEPPS/LACEN , CIT

<b>Ação 7</b>	Implantar estrutura matricial visando ao desenvolvimento de planejamento, monitoramento e avaliação em Vigilância em Saúde.	1	1	CEVS	FEPPS/LACEN , CIT
---------------	---	---	---	------	----------------------

<b>OBJETIVO 7</b>	Aumentar o Financiamento e os Investimentos em Saúde				
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	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	FES	
<b>Ação 2</b>	Realizar campanhas educativas de prevenção.	40	50	ACS	
<b>Ação 3</b>	Financiar pesquisas aplicadas em serviços e projetos específicos de interesse do SUS em consonância com a Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde do Rio Grande do Sul.	33	12	FEPPS	
<b>Ação 4</b>	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.	1	em andamento	FEPPS/CDCT	
<b>Ação 5</b>	Atingir o percentual de 12% de aplicação em ações e serviços de saúde até o final de 2013	12%	12,47%	GABINETE	

<b>OBJETIVO 8</b>	Fortalecer as Instâncias de Participação Social				
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Realizar Conferência Estadual de Saúde em 2015.	1	-	ASSTEPLAN	
<b>Ação 2</b>	Criação de Comitê para construção da Política Estadual de Gestão Estratégica e Participativa.	1	1	ASSTEPLAN	
<b>Ação 3</b>	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	Em andamento	CES	ASSTEPLAN
<b>Ação 4</b>	Implementar Comissões Intergestores Regionais (CIR).	30	30	ASSTEPLAN	DCR
<b>Ação 5</b>	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	OUVIDORIA	
<b>Ação 6</b>	Realizar Eventos de qualificação da rede da ouvidoria do SUS a cada ano.	2	01	OUVIDORIA	
<b>Ação 7</b>	Implantar ouvidoria nos municípios.	77 (15,49%)	21 (4,23%)	OUVIDORIA	

<b>OBJETIVO 9</b> Ampliar e Qualificar a Regulação em Saúde					
<b>Complexo Regulador Estadual CRE/RS</b>					
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Elaborar planejamento da nova área física do CRE/RS.	1	1	DAHA/Regulação	
<b>Ação 2</b>	Publicar Decreto de formalização da estrutura do CRE/RS.	1	Em estudo	DAHA/Regulação	
<b>Central de Transplantes do Rio Grande do Sul (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/RS)</b>					
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Identificar os potenciais doadores em notificações de Morte Encefálica por milhão de população.	60	53.76	DAHA/Central de Trnasplantes	
<b>Ação 2</b>	Aumentar para 27 o número de doadores efetivos de órgãos por milhão de população.	27	18.66	DAHA/Central de Trnasplantes	
<b>Ação 3</b>	Ampliar para 80% o aproveitamento de mais de um órgão dos doadores efetivos em morte encefálica.	80%	63.18%	DAHA/Central de Trnasplantes	

<b>Ação 4</b>	Aumentar para o número de transplantes de medula (TCTH) alogeneicos não-aparentados por Milão de população	9	Em estudo	DAHA/Central de Trnasplantes	
<b>Ação 5</b>	Diminuir para menos de 1 mês o tempo de espera por transplante de córnea.		1 mês	DAHA/Central de Trnasplantes	

<b>Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU (CRUE/RS)</b>					
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</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	em andamento	DAHA/Regulação	
<b>Ação 2</b>	Qualificar/adequar a Central Estadual à legislação, com melhoria da infraestrutura, modernização dos equipamentos tecnológicos e adequação de Recursos Humanos		em andamento	DAHA/Regulação	
<b>Ação 3</b>	Atingir os municípios com regulação de atendimento SAMU 192.	100%	53%	DAHA/Regulação	
<b>Ação 4</b>	Implantar novo Sistema de Comunicação nas Unidades Móveis do SAMU 192.	100%	em andamento	DAHA/Regulação	
<b>Ação 5</b>	Implantar Sistema Estadual Integrado, Interface Simultânea de Regulação Única, reunindo todos os Serviços de Urgência nos municípios.	100%	em andamento	DAHA/Regulação	
<b>Ação 6</b>	Implantar bases de atendimento pré-hospitalar SAMU - Resgate e Transporte Aeromédico.	4	2	DAHA/Regulação	



Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS)					
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Informatizar a totalidade do processo regulatório nos leitos de UTI regulados.	670	216	DAHA/Regulação	
<b>Ação 2</b>	Regular internações hospitalares gerais.	470.000	2.283	DAHA/Regulação	
<b>Ação 3</b>	Concluir os casos regulados para UTI em até 2 horas.	30%	23,7%	DAHA/Regulação	
<b>Ação 4</b>	Garantir a proporção de transferências hospitalares para UTI reguladas com destino inferior a 300 km.	90%	76,3%	DAHA/Regulação	
Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRA/RS)					
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Ampliar o número de consultas com acesso regulado.	1.000.000	226.483	DAHA/Regulação	
<b>Ação 2</b>	Ampliar o número de exames com acesso regulado.	300.000	37.194	DAHA/Regulação	
<b>Ação 3</b>	Reduzir o déficit oferta/demanda mensal médio para consultas médicas especializadas.		Em andamento	DAHA/Regulação	
<b>Ação 4</b>	Regular as consultas médicas especializadas ofertadas no sistema informatizado de regulação.	95%	100%	DAHA/Regulação	

<b>Ação 5</b>	Elaborar e configurar no sistema informatizado de regulação protocolos de regulação.	10	5	DAHA/Regulação	
---------------	--	----	---	----------------	--

OBJETIVO 10 Fortalecer a Auditoria					
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Implementar a Auditoria Estadual do SUS.	1		AUDITORIA	
<b>Ação 2</b>	Realizar concurso público para os cargos de Auditor Médico, Auditor Enfermeiro e Auditor Contábil.	1		AUDITORIA	

OBJETIVO 11 Fortalecimento da Infra-Estrutura e Logística					
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Construir unidades de Saúde da Família (USF).	75	31	DAS/ESF	
<b>Ação 2</b>	Equipar unidades de saúde da família.	75	60	DAS/ESF	
<b>Ação 3</b>	Equipar Maternidades que realizam de 500 a 1.000 partos/ano com equipamentos de suporte de vida.	75	20	DAS/S. da Mulher	DAHA
<b>Ação 4</b>	Equipar unidades básicas de saúde prisional.	26	19	DAS/S. Prisional	
<b>Ação 5</b>	Construir Hospitais Regionais.	3	Em andamento	DAHA	Assteplan

<b>Ação 6</b>	Ampliar Hospital Regional.	1	Em andamento	DAHA	Assteplan
<b>Ação 7</b>	Adquirir unidades de SAMU Neonatal/Pediátrica.	07	Em andamento	DAHA	
<b>Ação 8</b>	Construir Unidades de Pronto Atendimento (UPA), até dezembro de 2012.	06	06	DAHA	
<b>Fortalecimento da Infra-estrutura do nível central e regional da SES</b>					
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Padronizar a estrutura física das sedes de Coordenadorias Regionais de Saúde.	7		DCR	
<b>Ação 2</b>	Reestruturar e ampliar a rede lógica da SES/RS.	1		DA	
<b>Ação 3</b>	Central de UBV (armazenamento de inseticidas e larvicidas) - Dengue e demais endemias construída.		Em andamento	CEVS	
<b>Ação 4</b>	Reestruturar a área física da Assistência Farmacêutica das Coordenadorias Regionais de Saúde.	19	Em andamento	CPAF	DCR
<b>Ação 5</b>	Implementar a nova Central Estadual de Abastecimento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI).	1	Em andamento	CEVS	
<b>Ação 6</b>	Reestruturar a Rede de Frio das Imunizações nas Coordenadorias Regionais de Saúde.	19	Em andamento	CEVS	DCR +CPAF
<b>Ação 7</b>	Construir novo prédio para o Centro Estadual de Vigilância em Saúde.	1	Em estudo	CEVS	
<b>Ação 8</b>	Implantar novo organograma da SES.	1			ESP

<b>Fortalecimento da Infra-estrutura da Escola de Saúde Pública</b>					
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Implementar programa de educação permanente dos servidores da ESP, incluindo a qualificação pedagógica.	1		ESP	
<b>Ação 2</b>	Elaborar e aprovar projeto que prevê a reorganização administrativa da ESP.	1		ESP	
<b>Ação 3</b>	Atualizar o Projeto Político Pedagógico (PPP) e o Regimento Escolar da ESP.	2		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		ESP	
<b>Ação 5</b>	Buscar o credenciamento especial junto ao Ministério da Educação para certificação de cursos de especialização.	1		ESP	
<b>Ação 6</b>	Reestruturar a área física e promover a qualificação da infraestrutura da ESP.	1		ESP	
<b>Ação 7</b>	Fortalecer os NURESC nas CRS.	19		ESP	CEVS
<b>Ação 8</b>	Qualificação da infraestrutura dos NURESC.			ESP	CEVS
<b>Ação 9</b>	Qualificar os NIDS, por meio da atualização do acervo e dos equipamentos disponíveis para consulta e pesquisa.			ESP	
<b>Ação 10</b>	Qualificação e disponibilização dos Laboratórios de Ensino nas macrorregiões.	07		ESP	
<b>Ação 11</b>	Desenvolver e implementar ferramentas educacionais para a educação à distância.			ESP	
<b>Ação 12</b>	Implantação dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC nos municípios.	80%		ESP	

<b>Fortalecimento da Infra-estrutura da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS)</b>					
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<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	em andamento	FEPPS	UFRGS/RNP
<b>Ação 2</b>	Reestruturar o parque de informática da FEPPS.	1	em andamento	FEPPS	
<b>OBJETIVO 12</b>	Promover a gestão da informação, inovação e incorporação tecnológica no SUS				
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Atingir os municípios com base limpa do cartão Nacional de Saúde.	497		DA	
<b>Ação 2</b>	Implantar nas regiões de saúde o Sistema de Prontuário Médico Eletrônico.	100%		DA	
<b>Ação 3</b>	Estruturar rede de atendimento SUS/RS em Gestão de TI.	1		DA	
<b>Ação 4</b>	Implantar software de Gestão de Projetos na SES.	1		DA	
<b>Ação 5</b>	Implementar a informatização plena da regulação estadual.	1		DA	DAHA
<b>Ação 6</b>	Estruturar o núcleo de sistema de informação de interesse para a Vigilância em Saúde.	1		DA	DAHA
<b>Ação 7</b>	Integrar a base territorial de atuação da Atenção Básica e Vigilância em Saúde.	1		DA	DAHA + DAS
<b>Ação 8</b>	Desenvolver sistema informatizado para migração de dados de vigilância ambiental e saúde da família.	1		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.	33	12	FEPPS	
---------------	---	----	----	-------	--

<b>OBJETIVO 13</b>	Promover e qualificar a Gestão do Trabalho em Saúde				
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Realizar Concurso Público para a SES.	1	01 (Edital)	DA	
<b>Ação 2</b>	Realizar Concurso Público específico para a FEPPS.	1	Em Fase de Finalização	DA	FEPPS
<b>Ação 3</b>	Construir projeto de Gestão do Trabalho para a SES.	1		DA	CEVES + ESP

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – EDUCAÇÃO E PESQUISA					
<b>DIRETRIZ PES</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>OBJETIVO 14</b>	Desenvolver Estratégias de Educação Permanente em Saúde				
AÇÕES		META DA AÇÃO		RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Realizado	Área	Parcerias
<b>Ação 1</b>	Qualificar trabalhadores/alunos na temática das redes de atenção a saúde e atenção básica.	7690	5986	ESP	DAS
<b>Ação 2</b>	Instituir redes de apoio intersetorial nas regiões de saúde.	80%	5%	ESP	
<b>Ação 3</b>	Qualificar trabalhadores/alunos na área de Vigilância em Saúde.	140	97	ESP	CEVS
<b>Ação 4</b>	Qualificar trabalhadores/alunos na área de Planejamento e Gestão.	810		ESP	
<b>Ação 5</b>	Qualificar trabalhadores/alunos na área do Controle Social, participação e movimentos sociais.	2040	426	ESP	
<b>Ação 6</b>	Qualificar trabalhadores/alunos da SES.	800	310	ESP	
<b>Ação 7</b>	Elaborar e implantar Cursos Básicos de Vigilância em Saúde para capacitar Agentes Comunitários de Saúde.	50%	Em andamento	CEVS	ESP
<b>Ação 8</b>	Realizar cursos de capacitação para Agentes de Vigilância em Saúde.	8	Em andamento	CEVS	ESP
<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	Em andamento	FEPPS	UFRGS E HCPA

<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	Em andamento	FEPPS/HEMORGS	UFRGS E HCPA
----------------	---	---	--------------	---------------	--------------

<b>OBJETIVO 15</b>					
Construir e Implementar da Política Estadual de Incentivo à Pesquisa					
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<b>Ação 1</b>	Implantar a Política Estadual de Pesquisa.	1	Em andamento	ESP	TODOS OS DEP.
<b>Ação 2</b>	Constituir e implementar Comissão de Pesquisa dos serviços próprios da SES.	1	Em andamento	ESP	TODOS OS DEP.
<b>Ação 3</b>	Constituir comitê de pesquisa intersetorial.	1	Em andamento	ESP	TODOS OS DEP.
<b>Ação 4</b>	Criar Comitê de avaliação de tecnologias e incorporação tecnológica do SUS.	1	Em andamento	CPAF E DAHA	
<b>Ação 5</b>	Realizar seminários de pesquisa no âmbito da SES e/ou intersetorial.	5	2	ESP	
<b>Ação 6</b>	Desenvolver pesquisas científicas.	20	1	ESP	
<b>Ação 7</b>	Publicar artigos em periódicos científicos.	20	1	ESP	




<b>OBJETIVO 16</b>	Consolidar a Política Estadual de Residência Integrada em Saúde				
<b>AÇÕES</b>		<b>META DA AÇÃO</b>		<b>RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO</b>	
		<b>Programado 2012-2015</b>	<b>Realizado</b>	<b>Área</b>	<b>Parcerias</b>
<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		ESP	
<b>Ação 2</b>	Descentralizar o programa de Residência Multiprofissional e/ou Médica contemplando municípios.	6		ESP	
<b>Ação 3</b>	Criar novas ênfases para o Programa de residência Integrada em Saúde.	2		ESP	
<b>Ação 4</b>	Ampliar os campos de prática da Residência em Saúde Mental, contemplando os serviços da rede substitutiva e hospital geral.			ESP	

## 6- Diretrizes/Objetivos/Metas/Indicadores

A análise dos indicadores de saúde foi realizada conforme as diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e encontra-se no Anexo I - Principais Realizações.

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 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: 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	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
7	U	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	1,20	1,16	/100
8	U	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	4,98	4,33	/100
9	E	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	6,34	6,53	/100
10	E	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE	11,32	4,98	/1000
11	E	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO.	88,00	94,73	%
OBJETIVO: Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.					
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
1	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.	56,00	66,01	%
2	U	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)	27,00	22,29	%
3	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	65,00	63,59	%
4	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL.	48,30	47,71	%
5	U	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	3,01	1,92	%
6	E	PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	9,75	8,28	%
AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ 1					
<p><b>B I U</b>                        </p> <p>Indicador 10: a meta pactuada para este indicador – razão de 10,55 internações e população residente – foi digitada erroneamente no SISFACTO. A meta correta para 2013 é razão de 5,71 internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade para cada grupo de 1.000 habitantes.</p>					
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 prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.					
OBJETIVO: Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.					
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
12	U	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO	1.049,00	905,00	N.Absoluto
13	E	PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE	N/A		%
14	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	14,00	15,20	%
15	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS, EM MENORES DE 15 ANOS, NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	N/A		%
16	E	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)	91,20	89,65	%
OBJETIVO: Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.					
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
17	E	PROPORÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGULADAS	14,40	14,50	%

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: 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	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
18	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,63	0,51	RAZÃO
19	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,37	0,35	RAZÃO
OBJETIVO: Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.					
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
20	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	45,00	37,40	%
21	U	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL.	73,00	71,98	%
22	U	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE.	1,00	0,03	RAZÃO
23	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA.	70,00	54,00	N.Absoluto
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	10,50		/1000
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	N/A	10,47	N.Absoluto
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	90,00	58,03	%
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNS INVESTIGADOS	100,00	87,50	%
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	90,00	72,20	%
28	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	839,00	900,00	N.Absoluto
Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.					
OBJETIVO: 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	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
29	E	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	1,24	1,32	/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: 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	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
30	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	372,77	392,80	/100.000
30	U	NÚMERO DE ÓBITOS PREMATUROS (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	N/A		N.Absoluto

OBJETIVO: Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.					
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
35	U	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	70,00	<input type="text"/>	%
36	U	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	85,00	54,83	%
37	U	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	100,00	85,00	%
38	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	95,00	94,58	%
39	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	85,00	87,60	%
40	U	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS.	50,00	38,63	%
41	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	50,00	100,00	%
42	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	40,00	79,00	N.Absoluto
43	E	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/MM3	34,00	23,00	%
44	E	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS	135.345,00	142.538,00	N.Absoluto
45	E	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	90,00	78,30	%
46	E	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS	73,00	74,30	%
47	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL	0,00	0,00	N.Absoluto
48	E	PROPORÇÃO DE CÃES VACINADOS NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA CANINA	N/A	<input type="text"/>	%
49	E	PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRACOMA NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS	10,00	7,00	%
51	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	N/A	<input type="text"/>	N.Absoluto
52	E	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	80,00	50,00	%
OBJETIVO: 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	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
53	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	60,00	65,96	%
AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ 7					
					
Indicador 35: a partir dos dados de imunização de cada município o Ministério da Saúde irá fazer o cálculo. Segundo informado pelo Ministério da Saúde, o dado será disponibilizado em abril.					
Diretriz 8 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.					
OBJETIVO: 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.					
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
54	E	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM O SISTEMA HORUS IMPLANTADO	N/A	<input type="text"/>	%
OBJETIVO: Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza..					
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
55	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DA EXTREMA POBREZA COM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA E CENTRAIS DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO ESTRUTURADOS	N/A	<input type="text"/>	%
OBJETIVO: 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 de garantia da qualidade.					
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
56	E	PERCENTUAL DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS INSPECIONADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NO ANO	100,00	76,00	%

Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.					
OBJETIVO: Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.					
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
57	U	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	80,00	<input type="text"/>	%
58	E	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	N/A	<input type="text"/>	%
59	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL	N/A	<input type="text"/>	%
60	E	NÚMERO DE PONTOS DO TELESSAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS	1.641,00	1.260,00	N.Absoluto
OBJETIVO: Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprezar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.					
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
61	U	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS	100,00	100,00	%
OBJETIVO: 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	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
62	E	NÚMERO DE MESAS OU ESPAÇOS FORMAIS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, IMPLANTADOS E/OU MANTIDOS EM FUNCIONAMENTO	N/A	<input type="text"/>	N.Absoluto
AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ 11					
Indicador 61: a proporção representa apenas os servidores da SES.					
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: 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	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
63	U	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE	1,00	1,00	N.Absoluto
64	U	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: Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.					
Nº	Tipo	Indicadores	Meta 2013	Resultado 2013	Unidade
65	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	4,83	4,23	%
66	E	COMPONENTE DO SNA ESTRUTURADO	N/A	<input type="text"/>	N.Absoluto
67	E	PROPORÇÃO DE ENTES COM PELO MENOS UMA ALIMENTAÇÃO POR ANO NO BANCO DE PREÇO EM SAÚDE	N/A	<input type="text"/>	N.Absoluto
AVALIAÇÃO GERAL DAS DIRETRIZES					
A análise dos indicadores de saúde será realizada conforme as diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e fará parte do documento "Principais Realizações" em anexo no formulário "Análise e Considerações Gerais" deste sistema.					

## 7- Demonstrativo da Utilização dos Recursos:

Bloco de Financiamento		Transferência fundo a fundo			Receitas			Despesas			Pag:
		Federal	Outros Estados	Municipal	Oper. Crédito/Rend./Outros	Recursos Próprios	Total	Dotação	Empenhada	Liquidada	
Outras Receitas do SUS		0,00	0,00	53.070,32	352.720,60	2.859.757.916,92	2.859.757.916,92	3.058.062.746,28	2.844.755.141,78	2.801.184.474,91	2.633.307,00
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância em Saúde		24.036.774,72	0,00	0,00	3.387.056,43	516.927,59	24.553.702,31	39.851.626,79	17.260.063,90	15.315.038,49	14.504,00
Atenção Básica		138.900,00	0,00	0,00	36.709,60	0,00	138.900,00	813.942,61	86.918,61	86.918,61	0,00
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar		800.865.224,19	0,00	0,00	2.402.707,26	0,00	800.865.224,19	886.062.366,33	801.619.885,39	801.565.738,34	801.353,00
Bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde		2.894.977,00	0,00	0,00	283.474,23	0,00	2.894.977,00	11.845.323,00	741.200,76	112.633,01	178,00
Assistência Farmacêutica		21.503.355,70	0,00	0,00	1.090.106,08	286.987,00	21.790.342,70	53.240.465,62	21.816.233,89	21.291.471,08	21.153,00
Gestão do SUS		3.279.554,39	0,00	0,00	1.946.867,10	3.626,63	3.283.181,02	12.108.716,17	3.901.121,14	2.723.870,52	2.664,00
Convênios		5.517.042,04	0,00	0,00	915.554,80	9.419,40	5.526.461,44	10.087.459,00	1.123.613,39	1.123.613,39	1.123,00
Prestação de Serviços de Saúde		22.098.101,05	0,00	0,00	423.525,30	0,00	22.098.101,05	26.035.776,77	12.415.504,45	8.159.274,48	7.527,00

### Análise sobre a utilização de recursos:

Em 2013 as áreas que receberam maior aporte de recursos foram a Atenção Secundária e Terciária, a Atenção Primária e a Assistência Farmacêutica.

Em relação à Atenção Secundária e Terciária, destacamos as ações realizadas através do projeto Co-financiamento Hospitalar (projeto 6284), onde foram executados R\$ 705.856.895,86 para manutenção dos serviços e incentivos para abertura de novos leitos, investimentos em equipamentos, obras e ampliações. Para a manutenção das bases do SAMU (projeto 5620) nos municípios foram destinados R\$ 57.211.628,44 e para manutenção das UPAS – Unidades de Pronto-Atendimento foram repassados R\$ 9.467.500,00.

Já na Atenção Primária destacamos os valores repassados ao programa Rede Cegonha/Primeira Infância Melhor (projeto 6292) no montante de R\$ 23.113.606,68 e à Estratégia de Saúde da Família – ESF (projeto 6300) o valor de R\$ 81.473.153,85, visando manutenção das equipes e pagamento de incentivo dos agentes comunitários e ampliações, obras e equipamentos para as UBS. Foram também realizados repasses fundo a fundo para o desenvolvimento da Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde – PIES (projeto 9150) na quantia de R\$ 99.999.999,85.

Com Assistência Farmacêutica (projetos 6182, 6286 e 6287), o Estado executou R\$ 282.649.056,40.

<b>Indicadores Financeiros (Fonte: SIOPS - 2013)</b>	
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	12,47%
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Estado com saúde	23,83%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	4,80%
Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	29,22%
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	2,89%
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	28,57%
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Estado, por habitante	R\$327,09
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Estado	60,68%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Estado	27,94%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Estado	99,99%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Estado	13,17%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Estado	17,76%
Participação da receita de impostos na receita total do Estado	55,18%

#### **Análise sobre os indicadores financeiros:**

A participação da receita própria aplicada em saúde em 2013 foi de 12,47%, atingindo, portanto, o percentual mínimo de gastos em Saúde conforme Lei Complementar nº 141/2012.

## 8 - Demonstrativo Orçamentário

DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO - DESPESAS COM SAÚDE (Fonte: SIOFIS)				
Última atualização: 18/04/2014 17:13:27				
RECEITAS				
RECEITAS	PREVISÃO INICIAL (R\$)	PREVISÃO ATUALIZADA (a) (R\$)	RECEITAS ATUALIZADAS	
			Jan a Dez (b) (R\$)	% (b/a)
<b>RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)</b>	<b>27.001.861.801,00</b>	<b>27.001.861.801,00</b>	<b>27.873.336.872,68</b>	<b>103,23</b>
Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação - ITCD	190.159.627,00	190.159.627,00	351.503.790,85	184,85
Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS	22.896.607.656,00	22.896.607.656,00	23.497.323.275,69	102,62
Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores - IPVA	2.030.216.325,00	2.030.216.325,00	1.973.198.290,09	97,19
Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	1.363.731.064,00	1.363.731.064,00	1.411.867.869,52	103,53
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	185.867.467,00	185.867.467,00	215.652.836,83	116,03
Dívida Ativa dos Impostos	167.340.881,00	167.340.881,00	237.222.885,46	141,76
Multas, Juros de Mora, Atualização Monetária e Outros Encargos da Dívida Ativa dos Impostos	167.728.781,00	167.728.781,00	186.566.924,12	111,23
<b>RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)</b>	<b>2.507.048.027,00</b>	<b>2.507.048.027,00</b>	<b>2.069.245.992,62</b>	<b>82,54</b>
Cota-Parte FPE	1.778.026.186,00	1.778.026.186,00	1.569.008.195,12	88,24
Cota-Parte IPI-Exportação	582.121.614,00	582.121.614,00	353.337.569,96	60,70
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	146.900.227,00	146.900.227,00	146.900.227,54	100,00
Desoneração ICMS (LC 87/96)	146.900.227,00	146.900.227,00	146.900.227,54	100,00
Outras	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>DEDUÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS AOS MUNICÍPIOS (III)</b>	<b>7.024.729.543,00</b>	<b>7.248.729.543,00</b>	<b>7.122.940.788,83</b>	<b>98,26</b>
Parcela do ICMS Repassada aos Municípios	5.835.220.696,00	6.059.220.696,00	6.015.141.400,20	99,27
Parcela do IPVA Repassada aos Municípios	1.043.978.443,50	1.043.978.443,50	1.019.464.996,19	97,65
Parcela da Cota-Parte do IPI-Exportação Repassada aos Municípios	145.530.403,50	145.530.403,50	88.334.392,44	60,70
<b>TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (IV) = I + II - III</b>	<b>22.483.970.285,00</b>	<b>22.259.970.285,00</b>	<b>22.819.641.076,35</b>	<b>102,51</b>



DESPESAS COM SAÚDE					
DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$)	% ((d+e)/c)
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS	1.027.191.968,00	1.027.204.039,00	891.225.740,81	86,76	0,00

Provenientes da União	1.010.729.582,00	1.010.754.027,00	880.333.929,09	87,10	0,00
Provenientes de Outros Estados	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Provenientes de Municípios	87.176,00	87.176,00	53.070,32	60,88	0,00
Outras Receitas do SUS	16.375.210,00	16.362.836,00	10.838.741,40	66,24	0,00
TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS	16.375.210,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	1.043.567.178,00	1.027.204.039,00	891.225.740,81	86,76	0,00

DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$)	% ((d+e)/c)
DESPESAS CORRENTES	0,00	3.826.170.536,62	3.476.288.206,28	41.794.955,32	91,95
Pessoal e Encargos Sociais	0,00	1.143.334.919,67	1.119.930.167,07	216.772,84	97,97
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	0,00	2.682.835.616,95	2.356.358.039,21	41.578.182,48	89,38
DESPESAS DE CAPITAL	0,00	271.957.885,95	175.274.826,55	10.363.695,16	68,26

Investimentos	0,00	271.955.385,95	175.272.554,35	10.363.695,16	68,26
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	0,00	2.500,00	2.272,20	0,00	90,89
<b>TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (VIII)</b>	<b>0,00</b>	<b>4.098.128.422,57</b>	<b>3.703.721.683,31</b>		<b>90,38</b>

CONTROLE DE RESTOS A PAGAR VINCULADOS À SAÚDE INSCRITOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES	RESTOS A PAGAR INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA DE RECURSOS PRÓPRIOS VINCULADOS	
	Inscritos em exercícios anteriores (R\$)	Cancelados em 2013 (R\$)
DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS	0,00	-2,00
DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO UNIVERSAL	0,00	-2,00
DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS	0,00	-2,00
Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS	0,00	-2,00
Recursos de Operações de Crédito	0,00	-2,00
Outros Recursos	0,00	-2,00
OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS	0,00	-2,00
RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA¹	-1,00	-1,00
DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS²	0,00	-1,00
DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO PERCENTUAL MÍNIMO QUE NÃO FOI APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES³	0,00	-1,00
<b>TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS (IX)</b>	<b>0,00</b>	<b>-2,00</b>

PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSPARÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL <15%> [(V - VI)]					[(V - VI)]
TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (X = VIII - IX)					-2,00
VALOR REFERENTE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL [(VIII - 12)/100 x IVb]				VALOR	
				106.276.714,82	
DESPESAS COM SAÚDE (por subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$)	% ((d+e)/c)
PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (VI%) = (j = Vi / IIIb x 100) - LIMITE CONSTITUCIONAL 15%	12,47	0,00	0,00	0,00	0,00
DESPESAS COM SAÚDE					
DESPESAS COM SAÚDE EXECUTADAS COM RECURSOS DO FUNDO CONSTITUCIONAL DO DISTRITO FEDERAL	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (j)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (k)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (l)	% (k+l)/j *100
Inscritos em #	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Inscritos em ^	15.086.159,00	0,00	0,00	15.086.159,00	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>15.086.159,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>15.086.159,00</b>	<b>0,00</b>

### Análise sobre o Demonstrativo Orçamentário:

As maiores despesas liquidadas foram realizadas na Atenção Secundária e Terciária, através do Projeto "Co-financiamento Hospitalar", seguida da Atenção Primária. Em 2013 foi inscrito em restos a pagar o valor de R\$ 45.841.648,13, somando-se aos inscritos em 2012, no valor de R\$ 15.086.159,00. A disponibilidade financeira, em 2013, encerrou em R\$ 213.833.296,91, portanto viável para a cobertura dos restos a pagar. A despesa mínima realizada com recursos próprios do Estado com ações e serviços públicos de Saúde foi cumprida.

## 9- Auditoria

A Coordenação de Auditoria Médica Estadual – CAME/SES/RS, informou que os dados do modelo sugerido na Resolução nº 459/2012 do Conselho Nacional de Saúde, não podem ser fornecidos pois estão protegidas pelo sigilo, de acordo com a Resolução CFM nº 1.614, de 08 de fevereiro de 2001. Entretanto, no Anexo I - Principais Realizações, encontram-se as realizações da Auditoria no ano de 2013.

## 10- Análise e considerações gerais

O Governo do Estado estabeleceu como um dos eixos estratégicos da gestão “Elevar a qualidade de vida e erradicar a pobreza extrema” desenvolvendo políticas públicas de proteção, inclusão social e combate à miséria. Por sua vez, a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul tem a missão de promover a ampliação do acesso com qualidade, em todos os níveis de atenção de forma humanizada, segundo as necessidades sociais, em tempo oportuno e com resolutividade, produzindo autonomia e cidadania, e contribuindo para a qualidade de vida mediante os cuidados em redes regionais, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

O Gestor Estadual assumiu o compromisso de qualificar a atenção básica, secundária e terciária, incluindo a urgência pré-hospitalar, assistência farmacêutica e vigilância em saúde através da cooperação financeira de municípios e instituições considerando as necessidades regionais incluindo o processo de participação popular.

Destacamos os seguintes resultados que representam o compromisso da Secretaria Estadual da Saúde para o ano de 2013:

- A cobertura da atenção básica corresponde a um total de 66,01% da população. Pode-se inferir que este resultado se deve em função das ações de Apoio Institucional às CRS, do Programa Mais Médicos (PMM), do cofinanciamento e dos programas estratégicos.

- A taxa de mortalidade infantil teve uma redução, atingindo o resultado preliminar de 10,47 em comparação ao resultado de 10,70 relativo ao ano anterior.

- A ampliação de oferta de leitos SUS em 109 hospitais, resultando um aumento de 491 no ano.

- O aumento do financiamento em ações e serviços de saúde de 1,9 bilhões em 2012 para 2,8 bilhões em 2013.

- O aumento de 13% no acesso a medicamentos, uma vez que o número de solicitações atendidas apresentou crescimento importante ao longo de 2013, partindo de 79000 em janeiro e chegando a 91000 em dezembro.

Finalizamos o Relatório Anual de Gestão de 2013 com avanços e, certamente, novos desafios a serem enfrentados. Destacamos os esforços realizados para a integração dos instrumentos de gestão a partir da edição do Decreto nº 7.508/2011 e da Lei Complementar nº 141/2012 e para consolidação do Planejamento Regional Integrado e efetivação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

## 11 – Apreciação do Relatório de Gestão

---

Relatório Quadrimestral (LC 141/12)	1º QUA	2º QUA	3º QUA
Enviado para o Conselho de Saúde em	07/06/2013	22/11/2013	07/03/2014
Enviado para à Casa Legislativa em			



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

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

**2013**

Principais Realizações

- Anexo I -



## APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul apresenta o Relatório Anual de Gestão 2013 tendo como eixo norteador o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, por isto, este documento, Anexo I– Principais Realizações, contem a análise dos indicadores pactuados no ano de 2013, a produção de serviços e as demais realizações neste ano. Este anexo tem como objetivo qualificar o Relatório Anual de Gestão proposto pelo SARGSUS.

## DIRETRIZ 1: ATENÇÃO À SAÚDE

### **OBJETIVO 1: Fortalecer a Atenção Básica**

#### ➤ PROJETO ESTRATÉGICO: AQUI TEM SAÚDE

##### **Ampliação e Qualificação da Atenção Básica**

Visando à ampliação e fortalecimento da AB, presentes na Cobertura Estadual de Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Atenção Básica (AB) até 2015, está proposto o projeto estratégico do estado denominado **Aqui Tem Saúde** que tem como escopo, de forma geral, à estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para superar a fragmentação da atenção nas regiões de saúde por meio da implantação das ESF. Nesta proposta, o atendimento no SUS procura oferecer atendimento com acesso facilitado e com garantia de resultados satisfatórios nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ESF. Mais ainda, vaticinando o papel da Atenção Básica como ordenadora das redes, preconiza-se atuação dos profissionais com postura humanizada, atentando para o vínculo e continuidade no trabalho e ofertando para cada usuário da rede a atenção de que ele necessita.

Esse projeto propiciou um conjunto de ações estratégicas visando ao desenvolvimento, qualificação e aumento de cobertura da atenção básica e ESF no estado, como foi comentado. Nesse sentido, o ano de 2013 apresentou considerável melhoria da Atenção Básica (AB) quanto à ampliação e qualificação. A gestão desenvolveu uma série de ações estratégicas com este objetivo, propondo novos cofinanciamentos, espaços de educação em saúde e apoio às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

Em consonância com o Governo Federal, o estado aderiu e foi contemplado com programas de implantação de novas tecnologias digitais e de ações estratégicas de impacto para a AB, como o Programa Mais Médicos. A pactuação de cobertura da AB em tela propôs o desenvolvimento para 56% de cobertura da AB até o final de 2013, se propondo, ainda, à meta de 63% de cobertura para 2014 e 70% até o ano de 2015. Para tanto, a Coordenação Estadual da Atenção Básica do Rio Grande do Sul (CEAB) promoveu e incentivou ações de cunho estratégico para promover e consolidar a implantação e qualificação da AB no estado.

Considerando a necessidade de qualificação da rede de serviços da AB – que vão para além da cobertura, foi desenvolvido, como já vinha acontecendo, novas etapas do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Rio Grande do Sul (PMAQ/RS), que fez as avaliações de acordo com o Ministério da Saúde, contando com parcela básica mensal oferecida pelo RS e contou com novas adesões, no final do ano. Por meio deste programa, possibilitou-se induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.



Além disso, foi realizado a ampliação do incentivo financeiro para ESF/ESB, reforçado ao longo do ano por meio dos cofinanciamentos. O incentivo PMAQ/RS também obteve um incremento. Este programa apresentou 376 municípios com adesão finalizada, garantindo repasse de 20% a mais às equipes com cadastro finalizado em relação a suas equipes, culminando no total de R\$ 1.145.400,00 em complementação ao repasse do Ministério da Saúde. Outro incentivo refere-se à ampliação do repasse aos municípios do incentivo referente a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES) no valor de R\$ 100.000.000,00, com base no Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), que serviu como um dos coeficientes para cálculo da distribuição dos recursos financeiros aos municípios, mantendo, então, os princípios da equidade.

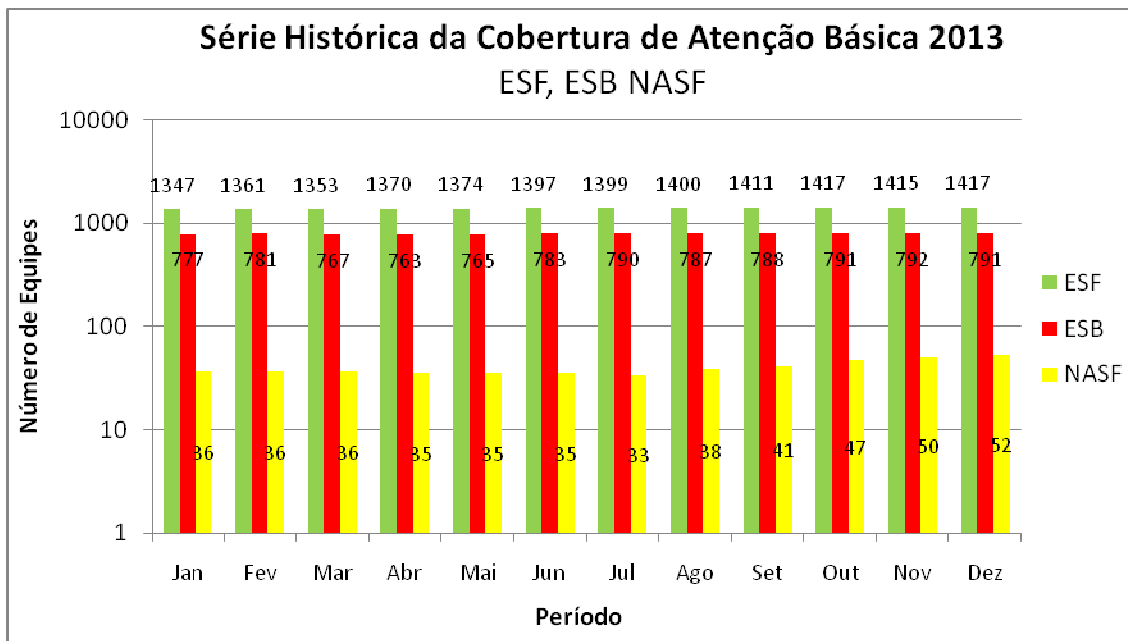
As ações de Apoio Institucional às CRS, que promovem capacitação de equipes, valorização dos trabalhadores e qualificação do cuidado da atenção com a implantação de Linhas de Cuidado, compuseram um conjunto de práticas que facilitaram o desenvolvimento dos programas propostos pela Secretaria Estadual da Saúde (SES) durante todo o ano. A realização do Encontro Estadual de Apoio Matricial para equipes de Atenção Básica foi importante neste sentido, que, realizado em outubro, contou com aproximadamente 250 profissionais da saúde, dentre eles, trabalhadores e gestores. Outro espaço de educação ocorreu, no mesmo mês, com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para os quais foi promovido o II Encontro dos Agentes Comunitários de Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre, com 700 ACS inscritos, discutindo educação permanente em saúde e outras temáticas.

Os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) apoiam 110 equipes; também há, atualmente, 231 Oficinas Terapêuticas. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão implantados em número de 32 do tipo I, 10 do tipo II e 10 do tipo III, totalizando 52 NASF distribuídos pelo estado.

A estratégia Telessaúde avançou para 1260 pontos em 460 municípios em 2013. A estratégia de apoio também facilita e sistematiza as capacitações para implantação do Teste Rápido de Sífilis e HIV nas UBS, atingindo 231 municípios no estado.

Essas ações também auxiliam na cobertura e ampliação de importantes estratégias de saúde no estado, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Estratégia de Saúde Bucal (ESB) e os NASF, que matriciam estas e outras equipes na atenção básica. A ESF, que é a forma prioritária para reorganização da AB no país, obteve crescimento de 1,01% no último quadrimestre, partindo de 1400 equipes de ESF em final de agosto para 1417 no final de dezembro, atingindo uma cobertura de 42,08% da população gaúcha (4.532.130 habitantes).

As equipes de saúde bucal, que atuam conjuntamente com as de ESF, cresceram para 791 equipes no final de dezembro. Breve avaliação da série histórica dos últimos 3 anos da implantação das EqESF, EqESB e NASF no RS possibilita identificar um crescimento constante nas implantações, com exceção de janeiro de 2013 para as ESF e abril de 2013 para ESB. Hoje, o Rio Grande do Sul representa o 3º estado do país com maior aumento relativo (15,45%) de cobertura da ESF, considerando o período 2010-2013, sendo o maior entre os estados da região Sul do Brasil (DATASUS/2013).



O Programa Saúde na Escola teve um total de adesão de 347 municípios do RS, com 1.251 novas equipes de AB pactuadas. Quanto ao Projeto Olhar Brasil há adesão de 35 municípios.

Alguns são os projetos estratégicos que visam implementar uma linha de cuidados mais sólida e transdisciplinar. A Rede Cegonha, ao final de dezembro, contou com a adesão de 464 municípios ao programa, com ampliação para cinco ambulatórios de gestação de autorrisco; também ocorreu a Avaliação e Monitoramento de toda a região metropolitana quanto aos indicadores do programa Rede Cegonha.

Outro importante programa que visa reestruturar os Sistemas de Informação em Saúde é o e-SUS, que coaduna com o programa estratégico RedeSUS RS, o qual prevê cofinanciamentos de até R\$ 45.000,00 por UBS, priorizando àquelas com ESF. Após as pactuações relativas aos processos de implantação deste programa no estado, constatou-se a adesão de, até o momento, 55 municípios, entendendo a necessidade de migração do SIAB para o SISAB, utilizando dados mais precisos, transversais e simplificados para o acompanhamento de programas e ferramentas de apoio à gestão.

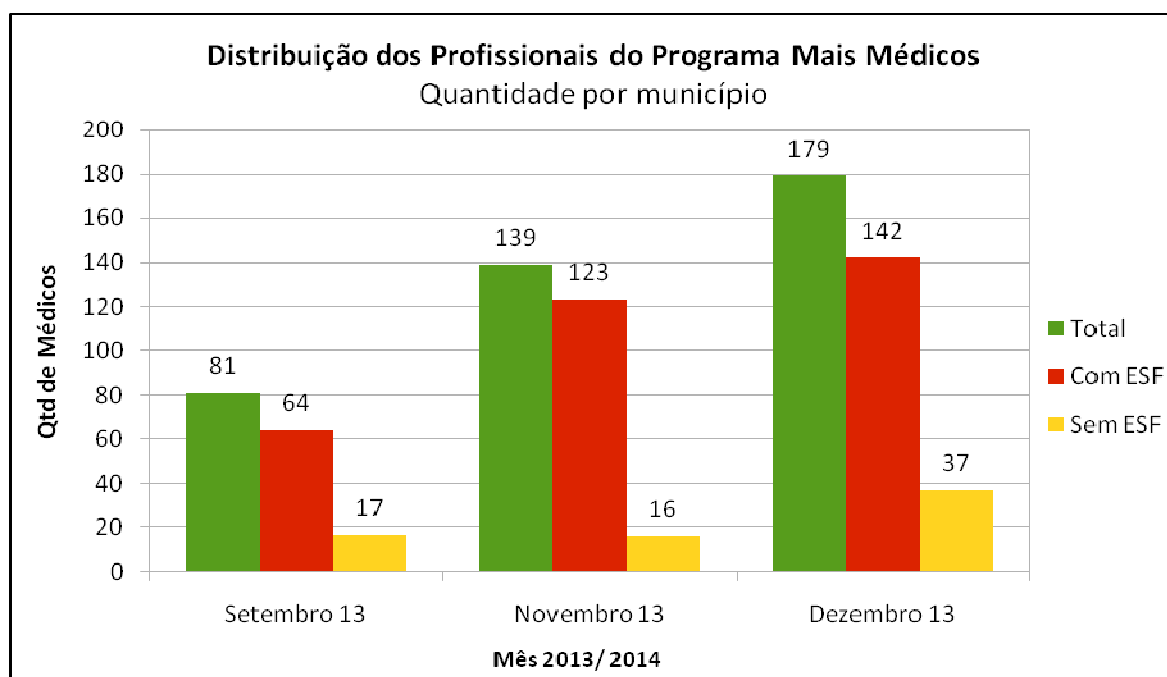
O programa Academia da Saúde, que visa atuar na promoção de saúde na AB, está com 359 pólos aprovados para pagamento da primeira parcela para construção. Destes, 128 obras em ação preparatória, 93 obras iniciadas, 60 pólos habilitados e 78 obras concluídas. O Programa Requalifica UBS, que intenta à melhoria e qualificação das unidades Básicas de Saúde, apresentou 483 propostas aprovadas para construção de novas UBS, 311 propostas aprovadas para reforma de UBS e 361 propostas aprovadas para ampliação de UBS.

ATENÇÃO BÁSICA PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS DE APOIO DA SES/RS E MS – 2013		
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE/RS		
PROGRAMAS / ESTRATÉGIAS	MUNICÍPIOS	NÚMERO DE EQUIPES
Rede cegonha	464	NA
Telessaúde	460	1260
NAAB	110	110
PMAQ/RS	376	1260
Oficina Terapêutica	191	258
MINISTÉRIO DA SAÚDE		
NASF	43	52
PSE	347	1251
Olhar Brasil	35	NA
e-SUS	55	NA
Academia de Saúde	Obra em ação preparatória	128
	Obras iniciadas	93
	Pólos habilitados	60
	Obras concluídas	78
Requalifica UBS - Qualificação das Unidades Básicas de Saúde	Ampliação	361
	Reforma	311
	Construção	483

NA - Não se aplica; DAB/MS - Competência DEZ/2013; SES/DAS - Competência Dez/2013

Nos final do ano em questão foi implantado no estado o Programa Mais Médicos - PMM que, além de viabilizar o plano de expansão da ESF, contemplado no projeto estratégico **Aqui Tem Saúde** que, além de propor aumento da cobertura da ESF, também solidifica a necessidade de qualificação desta. Após a inclusão do total de 399 médicos do PMM na saúde do estado, pode-se notar um crescimento desta estratégia.

Dos 497 municípios do estado, 389 aderiram ao PMM, conforme demonstrado no gráfico abaixo. Destes, 112 foram contemplados com 399 médicos até o momento. São 90 municípios que já possuíam ESF implantadas antes de receber os médicos e 22 que ainda não possuíam. Os 90 municípios que já possuíam ESF receberam 339 médicos. Os outros 22 restantes (dos 64 municípios sem ESF no estado) receberam 60 médicos. Com isso, espera-se que cada vez mais municípios adiram à estratégia tendo em vista que o campo de atuação dos médicos do PMM restringe-se à AB. Espera-se mais um contingente de 728 médicos provenientes do programa nos próximos meses.



Nos últimos meses, alguns incentivos financeiros foram criados e ampliados para a AB. A portaria 539/13 ofereceu um conjunto de incentivos para equipes de ESF. Para o PMAQ/RS, atualmente, oferece um acréscimo sobre o valor da parcela básica da EqSF, que varia conforme a nota da equipe, variando de 20% (regular) até 100% (ótimo). Quanto às equipes, é oferecido um repasse de R\$ 4.000,00 para equipes sem Estratégia de Saúde Bucal (ESB) e R\$ 5.000,00 para EqESF com ESB. A resolução 503/13 oferece às equipes um adicional mensal de R\$4.000,00 ou R\$5.000,00 por EqSF com segundo enfermeiro (com pelo menos 1 possuindo especialização em saúde da família) e um adicional mensal de R\$2.000,00 por equipe ESF com médico da família e comunidade. Para facilitar o processo de implantação de novas equipes de ESF, foi desenvolvida a Resolução 502/13, que oferece R\$ 30.000 em 3 parcelas; também a Resolução 563/13, que propicia uma 13ª parcela extra para as EqESF; a Portaria 565/13, que custeia Unidade Móvel Terrestre no valor de R\$ 250.000,00 para Populações do Campo e Floresta. Quanto à Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES), foi pactuado o incentivo de R\$ 120 milhões para o estado deste recurso, cuja distribuição baseia-se no Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) como um dos coeficientes para cálculo da distribuição dos recursos financeiro aos municípios.

Outros importantes incentivos criados neste ano relacionam-se às equipes de NASF, NAAB, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ESB, atentando para suas especificidades. Cada equipe de NASF e NAAB terão disponibilidade de adquirir um carro no valor de R\$ 50.000,00, conforme a Resolução 504/13; para os ACS, será fornecida parcela extra de R\$ 950,00 no último trimestre de cada ano; para as ESB, serão oferecidos R\$ 2.000,00 mensais para equipes com modalidade II vinculadas a ESF. Quanto às equipes de saúde quilombola e indígena, será fornecido 20% a mais no custeio mensal para ESF/ESB com ESF quilombola (Resolução 539/13) e até R\$ 4.000,00 mensais por equipes multidisciplinares indígenas completas (Resolução 41/13).

COFINANCIAMENTO PARA ATENÇÃO BÁSICA /ESF - 2013		
Ações/Estratégias	Especificações	R\$ (equivalente)
ESF - Estratégia de Saúde da Família	Parcelas Implantação ESF: R\$ 30.000 (dividido em 3x)	R\$ 30.000,00
	R\$ 5.000,00 custeio mensal/EqSF com EqSB (parcela básica)	R\$ 5.000,00
	R\$ 4.000,00 custeio mensal/EqSF sem EqSB (parcela básica)	R\$ 4.000,00
	Adicional de qualificação (condicionado ao PMAQ)	R\$ 10.000,00
	Adicional mensal de R\$4.000,00 ou R\$5.000,00/ EqSF com 2 Enfº	R\$ 5.000,00
	Adicional mensal de R\$2.000,00/EqSF c/Médico de Família e Comunidade	R\$ 2.000,00
	Incentiva o Programa de Combate ao Racismo Institucional na AB (PCRI/AB-RS) - até R\$25.000,00	R\$ 25.000,00
	13ª parcela do incentivo estadual - R\$ 5.000,00/EqSF com EqSB	R\$ 5.000,00
	13ª parcela do incentivo estadual - R\$ 4.000,00/EqSF sem EqSB	R\$ 4.000,00
	R\$50.000/EqSF para aquisição de veículo para EqSF	R\$ 50.000,00
	R\$ 250.000,00/município para Unidade Móvel Terrestre-EqSF	R\$ 250.000,00
ESFQ - Equipe de Saúde da Família Quilombola	Adicional de qualificação (condicionado ao PMAQ) - Até 100% acréscimo do custeio	R\$ 15.000,00
	Aumento de 20% da parcela básica das ESFQ	R\$ 7.500,00
ESB - Equipe de Saúde Bucal	Adicional mensal de R\$1.000,00/EqSB modalidade 2 vinculada a EqSF	R\$ 5.000,00
NAAB - Núcleo de Apoio à Atenção Básica	R\$50.000 para aquisição de veículo para equipes de NAAB	R\$ 50.000,00
NASF - Núcleo De Apoio à Saúde da Família	R\$50.000 para aquisição de veículo para equipes de NASF	R\$ 50.000,00
PIM - Primeira Infância Melhor	Até R\$ 1.000,00/visitador 40h	R\$ 1.000,00
Consultório na Rua	R\$100.000 para aquisição de veículo equipe de Consultórios na Rua	R\$ 100.000,00
Equipe de Redução de Danos	R\$50.000 para aquisição de veículo equipes de Redução de Danos	R\$ 50.000,00
e-SUS - Rede SUS RS	Incentivo de até R\$45.000,00/EqSF prioritário para UBS com ESF	R\$ 45.000,00
Educação Permanente	Incentivo anual de R\$ 10.000.000,00, pode acréscimo de R\$ 2.000.000,00	R\$ 12.000.000,00
Verão numa Boa	Até R\$ 75.000,00 de incentivos para municípios com variação populacional sazonal	R\$ 75.000,00

FONTE: FES/SES-RS-2013

Tendo em vista estes novos incentivos, uma mesma equipe de ESF, somando todos eles, pode captar até R\$ 18.000,00 a mais por equipe, tendo em vista adesão ao 2º enfermeiro, à ESB com Técnico SB (modalidade II) e avaliação como ótimo (conseguindo 100% do custeio) no PMAQ.

Consideramos que a Proporção da Cobertura Populacional Estimada pelas equipes de Atenção Básica (composta por equipes de ESF e Equipes de ESF equivalentes) pode atuar como diretriz para balizar o fortalecimento das ações em atenção primária. São diversas as ações desenvolvidas que atuam no sentido de promoção e prevenção em saúde, atingidas por meio da qualificação e aumento da cobertura da atenção básica, priorizando as ESF.

Atualmente, o estado conta com 2687 UBS, que abrigam as 1417 equipes de ESF atendendo a uma população aproximada de 5.880.749,24 habitantes. Essa cobertura da atenção básica corresponde a um total de 66,01% da população. Tendo em vista a modificação da forma de cálculo desde agosto de 2013 segundo nota técnica do MS, qualquer comparação indicando aumento de cobertura ou decréscimo incorreria em erro metodológico.

Indicador 01	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Meta Anual	ICM do 3º Quadrimestre
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica		52,09%	66,01%	*56%	**NA

\* Meta pactuada sem considerar os novos passos para apuração do indicador de cobertura de Atenção Básica, determinado pela Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica - DAB/MS (23/08/2013).

\*\* Não se aplica conforme explicação abaixo.

A análise dos dados de cobertura da atenção básica está condicionada a um conjunto de variáveis, como o número de ESF e as ESF equivalentes. Anteriormente ao mês de agosto de 2013, que coincide com a data da pactuação de metas 2013-2015, o indicador de cobertura de equipes de atenção básica era apurado de maneira diferente àquela emitida pela Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Esta Nota Técnica estabeleceu novos passos para apuração da cobertura de equipes da Atenção Básica no país. Antes da alteração dos passos para apuração do indicador, a cobertura de equipes da atenção básica foi de 54,06%. Após esta Nota Técnica do DAB/MS, pactuada em Comissão Intergestores Tripartite (CIT), considera-se, quanto ao Indicador 1: Cobertura Populacional estimada pelas equipes de atenção básica, (do Caderno de Diretrizes do MS), para cálculo no tabwin, o tipo de profissional e o incremento de horas ambulatoriais, como anteriormente, porém selecionando a **Ocupação-Múltipla**, ao invés da **Ocupação-Única**, prevista no cálculo anterior. Assim, o estado recebe um acréscimo de aproximadamente 12 pontos percentuais, aumentando para **66,01%**. Dessa forma, a SES/RS irá no ajuste de metas previsto para o ano de 2014 orientar o uso do novo método de apuração de dados para este indicador.

As ações em saúde realizadas na atenção básica do estado visaram a qualificação e ampliação da cobertura ESF, considerada prioridade na atenção primária segundo a PNAB. Algumas estratégias foram primordiais para esse crescimento, como o Apoio Institucional às CRS, o Programa Mais Médicos (PMM), diversos cofinanciamentos e programas estratégicos. Dentre estes destacamos aquele que possui potencial para maior impacto em curto e médio prazo quanto a cobertura de ESF e AB no estado: o Mais Médicos. Antes do programa o estado contava com cobertura populacional de 52,09%, com 42,08% das ESF. As ESF cresceram de 1400 para 1417 no último quadrimestre. Entretanto, deve-se considerar que, dos 399 médicos chegados até então, apenas uma pequena parcela culminou na implantação de ESF. Dessa forma, se as 17 equipes implantadas contaram com médicos do programa, ainda temos um potencial de 382 equipes a serem implantadas em curto prazo, sem contar na perspectiva de mais 728 médicos do programa que estão para fazer parte da atenção primária no estado.

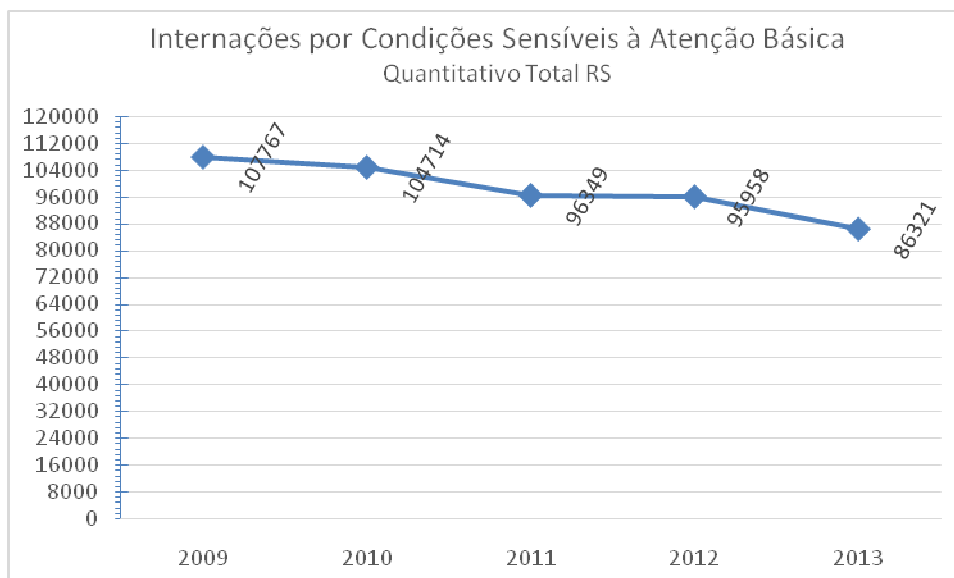
- Indicador 2 (U) - Proporção de internações por causas sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).

INTERNAÇÕES SENSÍVEIS ATENÇÃO BÁSICA					
Período	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Total geral</b>	107767	104714	96349	95958	86321

Fonte: MS/DATASUS/Indicadores do COAP símilis aos do IDSUS no tabwin

Os dados acima denotam o a quantidade de internações por condições sensíveis à atenção básica. Esta produção é resultante de determinadas fragilidades que atingem este nível de complexidade, que dificultam o acesso dos usuários, exigindo encaminhamento para outros níveis de complexidade. As ações de promoção e prevenção, então, incidem diretamente sobre estas internações.

O gráfico abaixo denota a tendência à diminuição de ICSAB, culminando seu menor quantitativo ao no ano de 2013. Essa tendência relaciona-se aos investimentos e cofinanciamentos preconizados para a Atenção Básica no estado.



Para indicar proporção de ICSAB no estado, é preciso realizar uma comparação desse quantitativo com o quantitativo de internações clínicas, conforme Caderno de Diretrizes (2013 – 2015) – MS. O Indicador 2: Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, visa desenvolver capacidade de resolução na atenção primária pela identificação de áreas que possuem potencial para melhorias sanitárias atentando para melhor organização entre os níveis assistenciais. Para tanto, é necessário que haja dados acerca do total de ICSAB estaduais que serão divididos pelo total de internações clínicas da mesma região e período. As causas das internações sensíveis estão dispostas na portaria MS/SAS nº 221/2008.

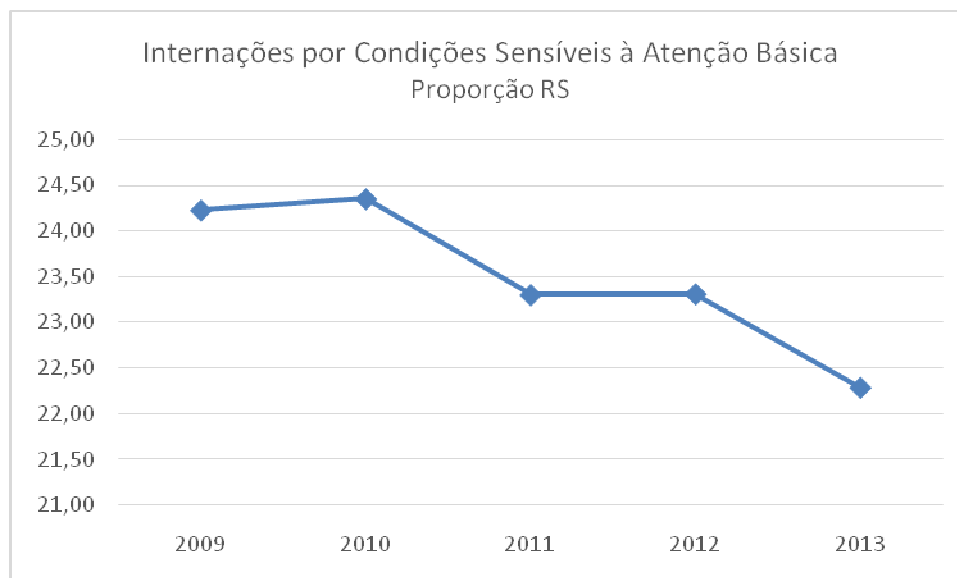
Abaixo a proporção de ICSAB no estado no período de 2009 até 2013.

Período	PROPORÇÃO ICSAB				
	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Total geral</b>	24,23	24,35	23,30	23,31	22,29

Fonte: MS/DATASUS/Indicadores do COAP símilis aos do IDSUS no tabwin

A tendência denotada no quantitativo se repete na proporção, indicando a mesma queda anual da perspectiva anterior, com exceção no ano de 2010. Essa linha decrescente permite inferir maior resolutividade na atenção primária, que auxilia a evitar as ICSAB.





- Indicador 3 (U) - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.

Este indicador expressa o percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), com perfil saúde, acompanhadas pela Atenção Básica na última vigência do ano (2º semestre), e registradas no sistema Módulo de Gestão das Condicionalidades da Saúde do Programa Bolsa Família – DATASUS. As famílias beneficiárias do Programa, com perfil saúde, são aquelas que possuem em sua constituição familiar, crianças menores de 7 anos de idade e mulheres em idade fértil (dos 14 aos 44 anos).

Considerando a evolução dos resultados alcançados no indicador de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF no Estado, após um crescimento significativo entre os anos de 2009 e 2012, quando passou de 55,92% para 67,27, percebe-se um decréscimo no percentual de acompanhamento das condicionalidades do Programa, não atingido a meta pactuada para o ano de 2013, conforme demonstrado no quadro abaixo:

**Série histórica do percentual de acompanhamento das condicionalidades da Saúde,  
no PBF (2009-2013)**

Indicador PBF	2009	2010	2011	2012	2013
Meta pactuada pelo RS	50%	56%	61%	63%	65%
Meta atingida pelo RS	55,70%	60,61%	62,22%	67,27%	63,59%

Fonte: PAN, adaptado dos Relatórios Consolidados do PBF, 2014.

**Percentual de acompanhamento das condicionalidades da Saúde, 2013**

<b>Indicador 3 (U)</b>	<b>Resultado 1º Semestre</b>	<b>Resultado 2º Semestre</b>	<b>Meta Anual</b>	<b>ICM</b>	<b>Qualificação</b>
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família - PBF	63,59%	63,59%	65%	97,83	Desempenho satisfatório

Buscando o alcance dos objetivos e a adequação no gerenciamento, a PAN fortaleceu o controle preventivo mediante envio semanal dos relatórios parciais às CRS valorizando as iniciativas de interação com os gestores municipais.

- Indicador 60 (E) - Número de Pontos do Telessaúde Brasil Redes Implantados.

A estratégia Telessaúde avançou para 1260 pontos em 460 municípios no último quadrimestre de 2013. A estratégia de apoio também facilita e sistematiza as capacitações para implantação do Teste Rápido de Sífilis e HIV nas UBS, atingindo 231 municípios no estado.

➤ **Dados de Produção**

No ano de 2013 foram realizados 75.636.243 procedimentos no âmbito da Atenção Básica, englobando produções ambulatoriais de ordem clínica, cirúrgica e de finalidade diagnóstica, assim como ações de promoção e prevenção em saúde, prioritariamente nas ESF. Dentre estes, 3.539.265 procedimentos com finalidade diagnóstica, 48.898.784 clínicos, 3.401.850 cirúrgicos, 27.738 procedimentos de ações complementares da atenção à saúde e 19.768.606 ações de promoção e prevenção em saúde. Foram realizados procedimentos e atendimentos clínicos em maior número que as Ações de promoção e prevenção em saúde.

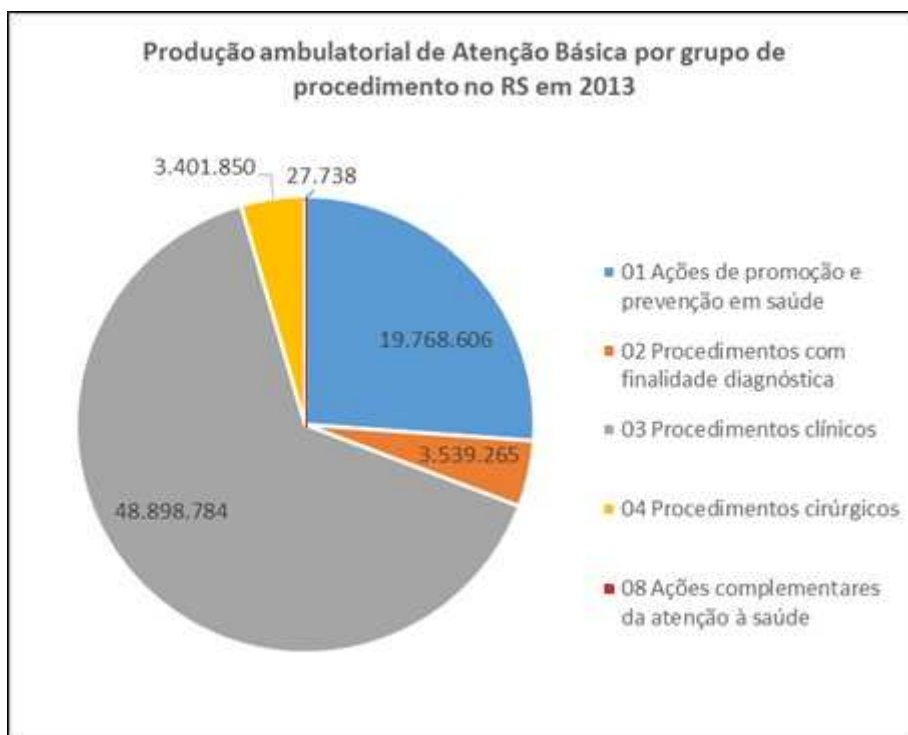
A integralidade dessas ações repercute positivamente na resolutividade da Atenção Básica reduzindo os encaminhamentos para outros níveis de complexidade de atenção a saúde.

**PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE ATENÇÃO BÁSICA POR GRUPO DE PROCEDIMENTO E ANO DE ATENDIMENTO NO RS PERÍODO DE 2009 A 2013**

<b>Grupo proc. [2008+</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Total</b>
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	15.781.812	16.962.140	17.170.219	17.453.321	19.768.606	87.136.098
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.870.797	2.265.664	4.930.692	4.097.084	3.539.265	16.703.502
03 Procedimentos clínicos	42.990.329	44.647.304	49.520.307	45.805.679	48.898.784	231.862.403
04 Procedimentos cirúrgicos	3.495.509	4.589.020	3.743.619	3.945.233	3.401.850	19.175.231
08 Ações complementares da atenção à saúde	56.835	41.556	42.195	34.935	27.738	203.259
<b>Total</b>	<b>64.195.282</b>	<b>68.505.684</b>	<b>75.407.032</b>	<b>71.336.252</b>	<b>75.636.243</b>	<b>355.080.493</b>

Fonte: MS/DATASUS/TABWIN

Como pode-se observar no gráfico abaixo, procedimentos cirúrgicos (4,50%) e de finalidade diagnóstica (4,68%) corresponderam a aproximadamente 4,6%, cada da produção total no ano. Já ações de promoção e prevenção em saúde representaram cerca de ¼ da produção anual, com 26,14% do total. Os procedimentos mais realizados foram os clínicos, correspondendo a 64,65% da produção ambulatorial total no ano em tela. Ações complementares em saúde foram significativamente menores em comparação com as anteriores, correspondendo apenas a 0,04% da produção ambulatorial anual total.



## **RS na PAZ - SAÚDE**

O Programa RS na PAZ + Saúde é responsável pelo apoio temático, pelo cofinanciamento de construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em municípios que já aderiram ao programa e pela promoção de ações de enfrentamento à violência nos Territórios de Paz, na perspectiva do Fortalecimento da Atenção Básica.

As ações do Programa são articuladas no sentido de construir uma Rede Básica de Saúde que promova atenção integral aos usuários do SUS, por meio do cofinanciamento da estrutura física, bem como da sensibilização e qualificação das equipes de saúde na interface com as temáticas das violências, em especial daquelas que afetam a juventude gaúcha.

No Rio Grande do Sul o perfil da morbimortalidade por causas externas segue tendências observadas mundialmente, em termos de maior incidência sobre o sexo masculino e faixas etárias jovens, estando mais concentrada em regiões metropolitanas trazendo grandes desafios para o SUS. Quando os dados de morbimortalidades são desagregados por raça/cor, observa-se que os jovens negros morrem mais por causas externas em relação aos jovens brancos.

Até o ano de 2013, das 36 UBS financiadas pelo RS na PAZ + Saúde, foram concluídas 34 unidades em 34 municípios, com um investimento de mais de 14 milhões de reais. Ao longo de 2013 foram realizadas as seguintes ações:

- Articulação inter-institucional com a Coordenação Estadual da Saúde da População Negra / DAS / SES-RS;
- Apoio temático às equipes de saúde nos Territórios de Paz sobre ações de enfrentamento às violências;
- Levantamento de grupos de jovens organizados para dialogar com o programa;
- Levantamento da situação das Unidades Básicas de Saúde construídas pelo Programa de Prevenção a Violência entregues e não entregues.

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

### **➤ PROJETO ESTRATÉGICO: AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS REGIONAIS**

Com o objetivo de ampliar a capacidade instalada e ofertar atenção à saúde nas regiões mais carentes de serviços, foi prevista a implantação de três hospitais regionais e a ampliação de um, conforme a necessidade e perfil epidemiológico da região.

As obras do Hospital Regional de Santa Maria estão em fase final, prevendo-se a conclusão em maio de 2014. O Hospital Regional de Palmeira das Missões, cuja construção é de responsabilidade do gestor municipal, está em fase de aprovação dos projetos pela Caixa Econômica Federal para posterior licitação pela Prefeitura Municipal. Quanto ao Hospital Regional do Vale do Gravataí, ainda está sem definição o local de implantação. A ampliação do Hospital Regional de Osório (São Vicente de Paula), nos serviços de Emergência, UTI, Pediatria e Psiquiatria está praticamente concluída, bem como a reforma do Bloco Cirúrgico, restando ainda a reforma do Centro de Diagnóstico.

#### **Comentários complementares às ações:**

**Ação 1:** Ampliar o número de leitos hospitalares SUS em hospitais de porte médio e grande.

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES entre dezembro de 2012 e dezembro de 2013, foram acrescentados 491 leitos ao total de leitos SUS existentes no Estado. Em 2013 um total de 109 hospitais ampliaram a oferta de leitos SUS e 49 hospitais reduziram a oferta de leitos para o SUS.

**Ação 4 e 5:** Ampliar o nº de leitos SUS de Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal Convencional – UCINCO e Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal Canguru – UCINCA.

Foram habilitados 30 leitos UCINCO e 7 leitos UCINCA assim distribuídos:

- Novo Hamburgo: Fundação de Saúde Pública NH – 10 leitos UCINCO
- Pelotas: Hospital São Francisco de Paula, 10 leitos UCINCO e 2 leitos UCINCA
- Porto Alegre: Hospital Presidente Vargas, 10 leitos UCINCO e 5 leitos UCINCA

**Ação 6:** Ampliar o número de municípios com serviço de telecardiologia.

O Projeto de Telecardiologia 24 horas permite a realização de diagnóstico à distância em tempo hábil de resposta para a realização dos tratamentos dos pacientes acometidos de doenças cardiovasculares, nos casos de distúrbios agudos de urgência e emergência. As imagens são captadas junto às unidades remotas e transmitidas a um centro de referência em cardiologia – Instituto de Cardiologia em Porto Alegre IC/FUC.

Em 2003 mais 7 municípios passaram a integrar o projeto: Barracão, Bom Princípio, Campos Borges, Cerro Branco, Liberato Salzano, Vacaria e Vicente Dutra, abrangendo 98.153 habitantes.

**Ação 7:** Analisar e validar mensalmente os dados no Sistema Nacional de Registro Hospitalar de Câncer das 26 unidades habilitadas em Alta Complexidade em Oncologia.

Em dezembro de 2012 o Hospital Nossa Senhora das Graças do município de Canoas foi habilitado como Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia - UNACON com serviço de hematologia, somando-se a rede de 26 unidades já habilitadas no Estado.

A análise e validação dos dados do Registro Hospitalar de Câncer foram realizadas nas 26 Unidades porém, não em todos os meses do ano.

**Ação 9:** Vistoriar anualmente as Unidades habilitadas em Alta Complexidade em Oncologia:

Realizadas 14 vistorias em 12 hospitais habilitados ou em análise de solicitação de habilitação. No quadro abaixo os hospitais vistoriados.

Hospitais	Municípios
Hospital Universitário de Santa Maria	Santa Maria
Hospital Astrogildo de Azevedo	Santa Maria
Hospital Nossa Senhora dos Navegantes	Torres
Hospital N. Senhora das Graças	Canoas
Hospital Geral	Caxias do Sul
Hospital Tacchini	Bento Gonçalves
Hospital Santa Casa	Pelotas
Fundação Universitária de Pelotas	Pelotas
Santa Casa do Rio Grande	Rio Grande
Hospital Bom Jesus	Taquara
Hospital Santo Ângelo	Santo Ângelo
Hospital de Caridade de Ijuí	Ijuí

**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.

Conforme Resolução Nº 544/13 CIB/RS foi habilitado o Hospital de Candelária nas especialidades cirúrgicas de otorrinolaringologia, otoneurologia e cirurgias gerais eletivas, para atendimento da população própria e referenciada de outros municípios da região. A Resolução Nº 581/13 CIB/RS habilitou o Hospital Instituto de Saúde Educação e Vida – ISEV de Taquari nas especialidades cirúrgicas de traumatologia-ortopedia, cirurgia vascular e cirurgias gerais eletivas para atendimento da população e referenciada de outros municípios da região.

**Ação 18:** Reavaliar as referências nas especialidades de Alta Complexidade em Oncologia, Cardiologia, Traumatologia/Ortopedia e Neurologia com respectivas pactuações em CIB.

Foi revisada e pactuada nas Comissões Intergestores Regionais e Comissão Intergestores Bipartite a grade de referências da Assistência em Oncologia.

**Ação 19:** Proceder a avaliação e liberação dos medicamentos Trastuzumab e Imatinib para as 26 unidades de oncologia.

Atualmente estão habilitados 27 Unidades de Alta Complexidade em Oncologia para atendimento ao usuário com patologia oncológica. Os pedidos de avaliação e liberação dos medicamentos citados são provenientes destes 27 serviços, desta forma, foram realizadas no mínimo 27 solicitações ou mais dependendo do número de pacientes de cada instituição.

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

- Indicador 7 (U) - Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.

A meta pactuada pelo Estado – razão de 1,2 procedimentos ambulatoriais de média complexidade, definidos pelo MS, para cada grupo de 100 habitantes - objetivava aumentar em 15% a razão de procedimentos verificada no ano de 2012 (biopsias de endométrio, mama e colo uterino, exames sorológicos e imunológicos, exames de citopatologia e anatomopatologia, exames de ecocardiografia, cirurgias de catarata, vasectomias e postectomias e acompanhamento de pacientes e doadores na área de transplantes).

Considerando os procedimentos realizados no ano de 2013 (processados nos sistemas de informação do MS até o mês de dezembro/2013) e a população residente estimada para o ano de 2012 (estimativa censo para 2013 ainda não está disponível) o percentual de atingimento da meta foi de 96%.

É possível inferir que a meta será superada, pois procedimentos ocorridos no ano de 2013 ainda poderão ser processados até 4 meses após a data de sua realização, aumentando o quantitativo de procedimentos efetivados no ano de 2013.

Nº	INDICADOR:								
7	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MEDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE								
Polaridade: *	1								
REGIÃO DE SAÚDE	RESULTADO					META 2013	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META	
	2009	2010	2011	2012	2013				
1	1,39	1,47	1,60	1,98	1,71				
2	0,71	0,96	0,85	1,07	0,91				
3	0,48	0,59	0,66	0,75	0,79				
4	0,71	0,83	0,96	1,00	1,17				
5	0,90	0,95	1,05	0,94	1,18				
6	0,53	0,64	0,67	0,69	0,87				
7	0,70	0,80	0,77	0,82	0,97				
8	0,72	0,98	0,88	1,03	1,34				
9	0,81	0,89	0,91	1,02	1,32				
10	1,28	1,45	1,42	1,60	1,76				
11	0,39	0,51	0,65	0,71	0,71				
12	0,50	0,56	0,81	0,83	0,87				
13	0,51	0,82	0,90	0,96	0,95				
14	0,90	0,96	1,12	1,07	1,08				
15	0,33	0,45	0,36	0,43	0,52				
16	0,46	0,56	0,76	0,63	0,69				
17	0,77	0,79	0,82	1,06	0,99				
18	0,31	0,38	0,47	0,62	0,65				
19	0,44	0,52	0,67	0,66	0,80				
20	0,58	0,75	0,82	0,93	0,85				
21	0,63	0,72	0,75	0,78	0,87				
22	0,56	0,66	1,04	1,56	1,81				
23	0,95	0,98	0,91	0,80	1,30				
24	0,35	0,43	0,49	0,42	0,59				
25	0,56	0,57	0,46	0,51	0,63				
26	0,46	0,52	0,50	0,46	0,63				
27	0,69	0,59	0,70	0,83	0,69				
28	0,56	0,56	0,62	0,86	0,99				
29	0,64	0,83	0,66	0,73	0,77				
30	0,56	0,67	0,63	0,74	0,86				
<b>RS</b>	<b>0,80</b>	<b>0,91</b>	<b>0,93</b>	<b>1,04</b>	<b>1,16</b>	<b>1,20</b>	<b>96,67</b>	<b>IV</b>	



- Indicador 8 (U) - Razão de internações clínico-cirúrgicos de média complexidade na população residente.

A meta pactuada pelo Estado – razão de 4,98 internações clínico-cirúrgicas de média complexidade, para cada grupo de 100 habitantes - objetivava aumentar em 8,26% a razão das internações ocorridas no ano de 2012 (4,6 internações habitantes ano).

A meta pactuada buscava atingir o valor mediano das internações realizadas nas 30 regiões de saúde do Estado (razão de 4,98).

Considerando as internações realizadas no ano de 2013 (processadas nos sistemas de informação do MS até o mês de dezembro/2013) e a população residente estimada para o ano de 2012 (estimativa censo para 2013 ainda não está disponível) o percentual de atingimento da meta foi de 87%.

É possível inferir que o percentual de atingimento da meta deste indicador pode aumentar, tendo em vista que internações ocorridas no ano de 2013 podem ser processadas até 6 meses a contar da data de alta do paciente.

Nº	INDICADOR:								
8	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE								
Polaridade: *	1								
REGIÃO DE SAÚDE	RESULTADO					META 2013	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META	
	2009	2010	2011	2012	2013				
1	3,57	3,99	3,87	3,59	3,52				
2	6,43	6,10	5,73	5,13	4,37				
3	5,00	4,77	4,95	5,15	4,86				
4	4,22	3,70	4,00	4,49	4,23				
5	4,44	4,47	4,60	5,14	4,71				
6	5,00	5,39	5,36	5,71	5,35				
7	4,31	4,50	4,17	4,34	4,15				
8	4,82	4,93	4,83	4,56	4,28				
9	4,34	4,19	3,74	3,80	3,52				
10	4,20	4,31	4,09	4,23	3,84				
11	5,89	5,50	5,10	5,32	5,50				
12	5,15	5,07	5,24	5,42	4,87				
13	5,07	4,89	4,69	4,53	4,42				
14	6,38	6,03	6,11	6,14	5,66				
15	6,22	6,07	5,84	5,71	5,74				
16	6,12	5,94	5,58	5,63	5,63				
17	5,08	5,25	4,61	4,79	4,53				
18	4,72	4,57	4,74	4,60	4,76				
19	5,13	4,98	5,07	5,15	5,02				
20	4,86	4,81	5,00	4,87	5,20				
21	4,54	4,41	4,27	4,18	3,86				
22	5,11	5,13	4,79	5,41	5,10				
23	3,43	3,28	3,14	3,11	2,86				
24	6,12	6,10	5,44	4,98	4,71				
25	4,59	4,73	4,60	4,73	4,22				
26	4,79	5,04	4,77	4,67	4,50				
27	5,60	5,75	5,61	5,66	5,30				
28	5,27	5,11	5,13	5,43	5,12				
29	4,87	4,75	4,65	4,91	5,00				
30	5,57	5,56	5,22	5,48	5,34				
<b>RS</b>	<b>4,71</b>	<b>4,70</b>	<b>4,53</b>	<b>4,60</b>	<b>4,33</b>	<b>4,98</b>	<b>86,95</b>	<b>IV</b>	

- Indicador 9 (E) - Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.

A meta pactuada para este indicador – razão de 6,34 procedimentos ambulatoriais de alta complexidade para cada grupo de 100 habitantes - objetivava repetir o aumento da razão em 8,2%, verificado entre os anos de 2010 e 2011.

Considerando os procedimentos realizados no ano de 2013 (processados nos sistemas de informação do MS até o mês de dezembro/2013) e a população residente estimada para o ano de 2012 (estimativa censo para 2013 ainda não está disponível) o percentual de atingimento da meta foi de 103%.

Este percentual poderá ser maior, pois procedimentos ocorridos no ano de 2013 podem ser processados até 4 meses após a data de sua realização, aumentando o quantitativo de procedimentos efetivados no ano de 2013.

O resultado deste indicador demonstra que o acesso da população do Estado aos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, como exames de tomografia, ressonância magnética, cintilografia, radiologia intervencionista e tratamentos de oncologia (quimioterapia e radioterapia), entre outros, mantém uma tendência de crescimento.

Nº	INDICADOR:								
9	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE								
Polaridade: *	1								
REGIÃO DE SAÚDE	RESULTADO					META 2013	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META	
	2009	2010	2011	2012	2013				
1	4,18	4,82	4,84	3,72	3,86				
2	3,00	3,50	3,61	3,34	3,25				
3	3,06	3,63	4,42	4,30	4,21				
4	3,53	4,52	5,95	7,25	8,39				
5	3,69	4,18	4,52	5,40	6,26				
6	2,67	3,09	3,28	4,21	5,17				
7	4,40	4,69	4,83	5,20	6,03				
8	5,36	6,41	6,84	6,90	7,60				
9	3,39	3,78	4,15	4,70	5,51				
10	6,53	6,96	7,29	7,12	8,07				
11	3,38	4,28	5,01	4,89	5,35				
12	3,74	4,62	5,79	6,05	6,16				
13	4,40	5,67	7,14	7,13	7,33				
14	4,27	4,98	5,66	6,08	6,64				
15	3,24	5,02	5,98	7,23	8,71				
16	5,54	6,51	6,56	6,70	6,98				
17	4,36	4,76	5,59	6,82	7,24				
18	3,30	3,86	4,47	5,15	5,81				
19	2,64	3,08	3,74	4,43	5,15				
20	4,76	5,44	5,87	6,64	7,29				
21	5,04	5,52	6,04	6,27	6,63				
22	2,33	2,56	3,27	4,04	5,47				
23	4,99	4,85	5,14	5,41	6,29				
24	2,44	2,88	3,35	3,88	4,26				
25	4,19	4,82	5,41	6,07	6,78				
26	3,11	3,62	4,03	4,27	5,03				
27	3,55	3,93	4,48	4,33	4,50				
28	3,76	4,43	5,38	5,71	6,44				
29	4,09	4,94	5,07	5,38	5,90				
30	3,43	4,10	4,43	4,84	4,98				
<b>RS</b>	<b>4,61</b>	<b>5,18</b>	<b>5,65</b>	<b>5,86</b>	<b>6,53</b>	<b>6,34</b>	<b>103,00</b>	<b>IV</b>	

- Indicador 10 (E) - Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.

A meta pactuada para este indicador – razão de 10,55 internações e população residente – foi grafada erroneamente. A meta correta para 2013 é razão de 5,71 internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade para cada grupo de 1.000 habitantes.

A meta tinha por objetivo aumentar em 7,33% a razão das internações ocorridas no ano de 2012 (5,32 internações habitantes ano), projetando o mesmo crescimento havido entre os anos de 2010 e 2011.

Considerando as internações realizadas no ano de 2013 (processadas nos sistemas de informação do MS até o mês de dezembro/2013) e a população residente estimada para o ano de 2012 (estimativa censo para 2013 ainda não está disponível) o percentual de atingimento da meta foi de 87,22%.

É possível inferir que o percentual de atingimento da meta deste indicador pode aumentar, tendo em vista que internações ocorridas no ano de 2013 podem ser processadas até 6 meses a contar da data de alta do paciente.

Nº	INDICADOR:								
10	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO CIRÚRGICA DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE								
Polaridade: *	1								
REGIÃO DE SAÚDE	RESULTADO					META	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META	
	2009	2010	2011	2012	2013	2013			
1	3,80	3,48	3,63	3,60	3,33				
2	2,65	2,83	3,23	3,20	2,48				
3	2,86	2,73	3,12	3,34	2,95				
4	3,80	3,58	3,94	3,75	3,44				
5	3,56	4,09	4,27	5,10	3,89				
6	2,81	2,79	3,10	3,28	3,08				
7	3,83	3,88	3,98	4,09	4,10				
8	4,26	4,90	5,68	6,06	6,24				
9	3,83	3,78	4,00	3,92	3,70				
10	5,09	5,37	5,44	5,54	5,13				
11	3,46	3,86	5,06	5,26	4,32				
12	5,78	7,85	7,98	8,08	7,59				
13	4,54	5,77	5,73	6,56	6,08				
14	2,53	2,60	3,66	4,08	3,84				
15	3,97	4,44	5,10	5,57	5,34				
16	7,19	8,00	8,75	8,83	9,52				
17	10,58	12,13	10,76	12,34	11,21				
18	5,85	6,43	9,25	9,05	8,82				
19	5,40	5,76	7,38	8,63	7,95				
20	4,52	5,30	8,58	8,69	7,72				
21	4,89	4,69	5,20	5,01	4,26				
22	2,43	2,92	4,48	4,28	3,64				
23	4,55	4,38	4,23	4,32	4,25				
24	2,78	2,54	3,45	3,85	3,93				
25	2,99	3,38	3,99	4,19	3,61				
26	2,30	2,66	2,78	2,66	2,89				
27	3,55	3,50	3,95	4,13	4,54				
28	3,46	4,03	4,44	5,15	5,18				
29	6,23	6,71	6,88	6,51	6,25				
30	5,17	6,10	6,53	6,95	5,60				
<b>RS</b>	<b>4,44</b>	<b>4,73</b>	<b>5,12</b>	<b>5,32</b>	<b>4,98</b>	<b>5,71</b>	<b>87,22</b>	<b>IV</b>	

- Indicador 11 (E) - Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.

Em 2013 a SES atingiu o percentual de 94,73% dos hospitais acima de 50 leitos com contrato firmado.

#### **Renovações de contratos:**

No mês de maio a Secretaria Estadual da Saúde renovou os contratos de prestação de serviços pelo SUS de vários hospitais. Entre elas, as entidades do município de Ijuí, Alvorada, Capão da Canoa, Osório, São Gabriel, São José do Ouro, Rio Grande, Lagoa Vermelha, Júlio de Castilhos, Fontoura Xavier e Rodeio Bonito, ampliando serviços como consultas, atendimentos de urgência e emergência, cirurgias, tratamentos, transplantes, e outros.

Parte do valor total dos contratos refere-se a incentivos destinados aos hospitais por serviços específicos oferecidos, como forma de suplementar os valores federais que englobam o restante da quantia do contrato, entre eles o SAMU 192, traumato e ortopedia, otorrino e urologia, Casa da Gestante, atendimento à gestante de alto risco, saúde mental, entre outros.

Entre os hospitais que renovaram seus contratos está o Caridade, de Ijuí. Ao ano, entre os serviços contratados pelo SUS estão mais de 14 mil atendimentos de urgência, 15 mil tratamentos de hemodiálise, mais de 2 mil procedimentos cirúrgicos, 564 tratamentos em oncologia e 60 transplantes de órgãos, tecidos e células. Já no Hospital Bom Pastor de Ijuí foi contratado 300 litotripsias, procedimento usado para o tratamento de cálculo renal.

Entre os serviços contratados pelo SUS na Santa Casa de Rio Grande estão 94,8 mil atendimentos de emergência, quase 50 mil consultas médicas, 49,8 mil diagnósticos por radiologia, 1,8 mil tratamentos de quimioterapia, 600 partos e 16,5 mil hemodiálises.

Em junho foram renovados contratos com o Hospital de Espumoso, Piratini, Mostardas, entre outros.

Em julho foram renovados, entre outros, contratos com o Hospital do município de Caiçara, com a Santa Casa de Misericórdia de Arroio Grande, o Hospital Getúlio Vargas, de Estância Velha, Hospital de São Francisco de Paula, Hospital de Caridade de Canguçu.

Ainda em julho, foi celebrado um novo contrato com o Hospital Santa Terezinha de Erechim, quando o hospital passou a ser 100% SUS. Além do acordo entre o Estado e a instituição, haverá a desoneração de municípios, não tendo mais nenhum contrato de participação financeira dos mais de 90 municípios que atende.

Também foi renovado o contrato com o Hospital de Montenegro, ampliando valores financeiros e serviços, devendo qualificar o atendimento, entre eles, a reabertura da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) que estava fechada desde 2009. O contrato firmado prevê ainda, anualmente, a realização de 4,2 mil mamografias, 42 mil consultas médicas especializadas, 96 mil atendimentos de urgência, 12 mil cirurgias ambulatoriais, entre outros serviços médicos.

No mês de agosto foi aditivado o contrato com o Hospital Sapiranga, o qual reajustou os valores, bem como com o Hospital Santa Isabel, de Progresso e o Hospital São José, de Chapada.

Também foi renovado o contrato de prestação do Hospital Alcides Brum, de Santa Maria. Serão realizadas 1,2 mil cirurgias por ano, nas especialidades de urologia, sistema osteomuscular e sistema nervoso central e periférico. Além disso, a instituição realizará cerca de 4,4 mil atendimentos anuais de alta complexidade (420 densitometrias ósseas, 984 ressonâncias magnéticas, 1,4 mil tomografias e 1,5 mil (cintilografias), mais de 17 mil atendimentos anuais de média complexidade (3 mil consultas com traumatologista, 984 com urologista, 960 com neurologista e 492 (litotripsias), entre outros serviços.



➤ **Dados de Produção**

**PRODUÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE POR GRUPO DE PROCEDIMENTO E ANO DE ATENDIMENTO NO RS PERÍODO 2009 A 2013**

	QUANTIDADE APROVADA				
<b>Grupo proc. [2008+</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	109.225	119.400	118.165	113.298	113.753
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	29.047.122	31.538.073	33.876.917	36.926.337	39.428.948
03 Procedimentos clínicos	19.976.193	22.674.758	24.334.005	27.695.094	28.336.644
04 Procedimentos cirúrgicos	676.476	827.628	684.394	797.699	848.438
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	130.889	159.801	165.093	91.641	90.433
07 Órteses, próteses e materiais especiais	0	29	1.193	1.434	5.870
<b>Total</b>	<b>49.939.905</b>	<b>55.319.689</b>	<b>59.179.767</b>	<b>65.625.503</b>	<b>68.824.086</b>
	VALOR APROVADO				
<b>Grupo proc. [2008+</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	227.487,91	277.147,97	259.413,17	241.647,42	289.002,32
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	240.072.982,40	262.685.991,29	284.506.893,70	314.412.512,41	336.944.974,01
03 Procedimentos clínicos	433.348.276,04	475.508.110,66	510.585.748,49	549.638.168,85	555.237.841,32
04 Procedimentos cirúrgicos	29.088.311,42	34.841.866,19	29.450.699,84	33.933.358,87	37.568.475,36
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	24.274.770,55	29.172.863,02	34.334.458,09	17.303.759,25	17.712.878,07
07 Órteses, próteses e materiais especiais	0,00	7.768,00	331.208,00	418.884,00	2.809.836,26
<b>Total</b>	<b>727.011.828,32</b>	<b>802.493.747,13</b>	<b>859.468.421,29</b>	<b>915.948.330,80</b>	<b>950.563.007,34</b>

Fonte:  
MS/DATASUS/TABWIN

No ano de 2013 foram realizados 68,8 milhões de procedimentos ambulatoriais especializados de média e alta complexidade, classificados em grupo de procedimentos - promoção e prevenção em saúde, finalidade diagnóstica, procedimentos clínicos, cirúrgicos, transplantes e órteses/próteses (conforme informações disponibilizadas pelo MS até 12/2013).

Os procedimentos realizados são de caráter eletivo e de urgência e emergência.

Considerando a série histórica de 2009 a 2013, verifica-se aumento ano a ano do total de procedimentos realizados.

Considerando o grupo 05 – transplantes de órgãos, tecidos e células a partir dos 2012 e 2013, justificada pela instituição do teto físico financeiro para Estado estabelecido pelo Ministério da Saúde para o Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea, fato que limita a realização de coleta e testagem de novas amostras de sangue para inscrição no cadastro de doadores de medula óssea.

É possível inferir que o quantitativo de procedimentos realizados em 2013 foi maior, pois procedimentos ocorridos neste ano ainda podem ser processados até 4 meses após a data de sua realização, aumentando o quantitativo de procedimentos efetivados em 2013.

**PRODUÇÃO HOSPITALAR ESPECIALIZADA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE POR GRUPO DE PROCEDIMENTO E ANO DE ATENDIMENTO NO RS PERÍODO 2009 A 2013**

	AIHS PAGAS				
<b>Grupo proc [2008+</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.817	1.933	2.008	2.270	1.569
03 Procedimentos clínicos	484.141	472.574	459.474	460.158	429.352
04 Procedimentos cirúrgicos	244.467	248.661	249.488	261.302	249.172
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	4.238	4.506	4.499	4.698	4.341
<b>Total</b>	<b>734.663</b>	<b>727.674</b>	<b>715.469</b>	<b>728.428</b>	<b>684.434</b>
	VALOR TOTAL				
<b>Grupo proc [2008+</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	2.901.261,35	3.124.089,14	3.466.270,28	3.480.800,35	1.572.123,22
03 Procedimentos clínicos	364.456.944,66	373.976.842,90	377.548.224,78	392.099.098,65	359.872.926,86
04 Procedimentos cirúrgicos	368.487.098,85	392.112.679,77	408.421.333,21	435.694.805,39	438.754.820,82
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	26.385.842,72	26.761.965,23	33.995.372,94	37.433.425,59	44.373.370,48
<b>Total</b>	<b>762.231.147,58</b>	<b>795.975.577,04</b>	<b>823.431.201,21</b>	<b>868.708.129,98</b>	<b>844.573.241,38</b>

Fonte: MS/DATASUS/TABWIN

No ano de 2013 foram realizadas 684,4 mil internações hospitalares de média e alta complexidade, classificadas em grupo de procedimentos – finalidade diagnóstica, procedimentos clínicos, cirúrgicos e transplantes, conforme informações disponibilizadas pelo MS até 12/2013.

Os procedimentos realizados são de caráter eletivo e de urgência e emergência.

Considerando a série histórica de 2009 a 2013, verifica-se que o quantitativo de internações tem se mantido estável no período.

É possível inferir que o quantitativo de internações realizadas em 2013 será semelhante aos anos anteriores, pois procedimentos ocorridos neste ano ainda podem ser processados até 6 meses após a data de alta do paciente.

### ➤ **Demais realizações**

#### **Implantação de novos serviços**

Na região de Bagé foi implantado o Centro Integrado de Oncologia e Mama - CIOM, onde deverão ser realizados 2,5 mil atendimentos mensais, entre exames, consultas e procedimentos pelo SUS. O diferencial do CIOM é reunir todos os profissionais necessários, com formação em Oncologia, para atendimento regional. No Rio Grande do Sul, a incidência de câncer de mama é de 88 casos para cada 100 mil mulheres. Na região da Campanha, são esperados cerca de 100 casos novos por ano.

Em 2013 foi habilitado o serviço de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia no Hospital de Farroupilha, referência para os municípios de sua Região.

### OBJETIVO 3: Ampliar e Qualificar a Vigilância em Saúde

#### ➤ Indicadores de Monitoramento

- Indicador 12 (U) - Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violências domésticas, violência sexual e outras violências implantado.

RS	RESULTADO					META	ICM	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META
	2009	2010	2011	2012	2013	2013	2013	
	25,00	511,00	747,00	895,00	905,00	1.049,00	86,27%	IV

O Indicador de Número de Unidades de Saúde com Notificação de Violência, em 2013, atingiu o grau de cumprimento de meta Satisfatório no Estado e em 23 Regiões de Saúde. Em 6 Regiões de Saúde o grau de cumprimento da meta foi regular (Regiões 3, 5, 6, 9, 18 e 33). Apenas a Região de Saúde 22 teve baixo desempenho.

- Indicador 35 (U) - Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.

Esse indicador pactuado em 2013 para avaliar as ações de imunizações, com meta estabelecida em  $\geq 70\%$  dos municípios do Estado com coberturas vacinais adequadas, ainda não pode ser avaliado. O ano de 2013 foi um ano de transição do sistema de informações e esta análise está prejudicada, por enquanto. O Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde informou que só poderá disponibilizar a ferramenta para avaliação desse indicador no mês de abril.

A Figura a seguir, apresenta as coberturas vacinais preliminares de dez vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança, relativas ao 1º semestre de 2013, cuja fonte é o SI-API DOS.

**Figura – Coberturas vacinais para alguns imunobiológicos, 1º semestre de 2013, por Coordenadoria Regional de Saúde, Rio Grande do Sul.**

CRS	BCG	HB+PENTA+		ROTAVÍRUS	PNEUMO 10+13	MENINGO C	PENTAVALENTE	ESQSEQ+VIP+	FEBRE	TRÍPLICE	INFLUENZA
		HEXA	VOP+HEXA					AMARELA	VIRAL		
1ª CRS	98,9	95,5	82,7	87,1	91,3	94,0	92,5	51,1	105,4	94,7	
2ª CRS	102,8	87,3	78,4	81,0	89,0	86,0	75,1	39,0	113,2	98,3	
3ª CRS	105,8	90,3	77,1	83,2	86,8	89,3	87,4	9,0	95,5	95,1	
4ª CRS	101,6	97,2	90,6	89,2	92,7	94,7	99,9	74,1	103,6	96,7	
5ª CRS	108,8	104,2	93,8	100,0	100,2	100,9	103,3	84,5	106,4	94,3	
6ª CRS	105,0	94,6	90,8	85,2	96,1	93,5	95,7	46,4	103,2	98,8	
7ª CRS	96,4	97,7	91,7	97,4	95,3	97,8	94,1	79,8	105,3	94,4	
8ª CRS	103,3	94,7	84,2	90,5	92,0	93,7	101,2	52,9	97,6	99,7	
9ª CRS	106,3	94,4	101,2	99,8	104,4	93,5	95,7	79,0	102,1	112,7	
10ª CRS	102,9	98,8	90,0	93,0	95,7	97,4	98,1	64,5	99,1	91,5	
11ª CRS	101,7	100,9	95,3	99,6	99,1	99,6	103,5	82,2	107,9	95,9	
12ª CRS	111,5	103,5	96,4	95,2	98,7	109,7	107,3	99,1	107,1	99,3	
13ª CRS	102,8	101,2	97,4	93,3	99,7	100,5	95,0	78,7	97,9	90,1	
14ª CRS	113,1	93,1	92,4	95,8	96,9	91,6	97,2	101,3	104,5	98,7	
15ª CRS	91,1	90,7	92,5	88,6	90,3	89,8	91,6	76,2	93,3	100,6	
16ª CRS	109,1	99,2	84,7	91,3	94,6	95,8	95,9	60,2	104,9	93,5	
17ª CRS	106,4	96,5	100,7	95,8	97,2	95,8	97,5	83,4	102,0	96,8	
18ª CRS	111,1	110,0	90,4	93,4	93,4	107,4	98,9	1,6	93,7	96,7	
19ª CRS	110,9	87,0	95,3	88,0	90,1	87,7	91,4	77,9	97,4	93,9	
<b>RS</b>	<b>103,8</b>	<b>94,8</b>	<b>86,0</b>	<b>88,5</b>	<b>93,0</b>	<b>93,4</b>	<b>90,7</b>	<b>53,9</b>	<b>105,3</b>	<b>95,7</b>	

- Indicador 36 (U) - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.

RESULTADO				META	ICM	GRAU DE	RESULTADO	META	ICM	GRAU DE
2009	2010	2011	2012	2012	2012	CUMPRIMENTO DE META 2012	2013	2013	2013	CUMPRIMENTO DE META 2013
69,0	67,3	65,2	64,7	85,0	76,1	IV	27,3*	85,0	32,12	II

\*Explicação abaixo

Esclarece-se que os casos de Tuberculose pulmonar geralmente atingem a cura após 6 meses de tratamento, podendo chegar a 18 meses nos casos de mudança de esquema terapêutico. Isto dificulta a avaliação do indicador do ano de 2013 na data do fechamento deste relatório anual. Nessa data apenas 55% dos casos novos bacilíferos estão encerrados no banco de dados.

Pelo cálculo do índice de cumprimento de meta (ICM) realizado a partir de 2009 a 2012 (série histórica) verifica-se que as Regiões de Saúde vêm mantendo o mesmo índice de cumprimento de meta de cura nesses anos estudados. Portanto, a análise do ICM de 2013, no presente momento, gera uma distorção devido aos dados preliminares.

Por outro lado, a análise dos dados de 2012 são mais condizentes com a realidade para a avaliação do alcance de meta deste indicador. Em 2012, 19 Regiões de Saúde ficaram com índice de cumprimento de meta satisfatório, 9 tiveram desempenho regular e apenas 2 apresentaram baixo desempenho.

Ao contrário, na análise da base de dados de 2013, devido à distorção já citada, apenas 1 Região alcança grau de desempenho satisfatório e 19 Regiões têm baixo desempenho. Em 5 Regiões o ICM foi regular e 3 Regiões apresentaram muito baixo desempenho.

- Indicador 37 (U) - Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.

RS	RESULTADO					META	ICM	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META
	2009	2010	2011	2012	2013	2013	2013	IV
	77,40	78,90	80,40	82,70	84,83	100,00	84,83	

O Indicador Proporção de Exames ANTI-HIV realizados entre os casos novos de Tuberculose apresentou em 26 Regiões de Saúde índice de desempenho Satisfatório e em apenas 4 Regiões de Saúde (6,9,15 e 19) teve desempenho regular, no ano de 2013.

- Indicador 38 (U) - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.

RS	RESULTADO				META	ICM	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META
	2010	2011	2012	2013	2013	2013	IV
	95,57	95,40	95,26	94,58	>95	99,56	

O desempenho do Estado em relação à qualidade do Sistema de Mortalidade permanece satisfatório, demonstrando sua qualidade. A meta deverá ser novamente alcançada, pois o SIM ainda se encontra aberto e dados relativos a 2013 permanecem sendo digitados e qualificados pelas CRS e municípios. Ainda assim, a meta já foi ultrapassada em 16 Regiões de Saúde e em outras 13 Regiões já atingiu 90 % ou mais.

- Indicador 39 (U) - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNI) encerradas em até 60 dias após notificação.

RS	RESULTADO				META	ICM	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META
	2010	2011	2012	2013	2013	2013	IV
	81,19	87,97	88,09	87,6	≥85	103,06	

Em 2013 foram notificadas 112.794 doenças e agravos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo as mais freqüentes o atendimento antirrábico humano (31.763 casos), seguido violência doméstica, sexual e/ou outras violências (15.319), varicela (13.779), hepatites virais (12.909), tuberculose (6.958) e AIDS (6.099).

O indicador “Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerradas dentro de até 60 dias após a notificação “(meta ≥ 85% para 2013) foi 87,6% no Estado para o ano de 2013, sendo assim atingindo a meta estadual. Das Regiões de Saúde 15 atingiram a meta.

- Indicador 41 (U) - Percentual de municípios que executam ações de vigilância sanitária consideradas necessárias para todos os municípios.

A Vigilância Sanitária consiste no conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Considerando a complexidade da descentralização dessas atividades, as equipes da Secretaria Estadual (em Coordenadorias Regionais de Saúde e CEVS) ainda mantêm um perfil de execução, tendo **realizado em 2013 quatro mil novecentos e nove (4909) inspeções para licenciamento de estabelecimentos e serviços** incluídos em sua área de competência (hospitais, bancos de sangue, serviços de hemodiálise, serviços e equipamentos de radiação, indústrias de medicamentos, alimentos, cosméticos e saneantes, outros produtos de interesse à saúde – correlatos, entre outros).

Apesar das dificuldades, o processo de descentralização das ações de VISA tem evoluído e em 2013 todos os municípios do Rio Grande do Sul já pactuaram atribuições e competências na área, segundo Resolução CIB-RS nº 250/2007.

**Pode-se considerar, portanto, que o Estado atingiu a meta proposta para o Indicador 41, já que 100% dos municípios estão realizando ações de VISA.** Entretanto, o acompanhamento desse processo de descentralização através do indicador proposto nacionalmente é bastante prejudicado por dois motivos principais: 1º) por ser um indicador composto de sete diferentes informações (ações consideradas essenciais em VISA) e que não define parâmetros para avaliação das mesmas; 2º) pelas dificuldades ainda encontradas em todos níveis (municipal, regional, estadual) para manter atualizadas as informações relativas à vigilância sanitária no SIA-SUS (único sistema de informações disponível no momento para acompanhamento dos municípios).

A SES tomou iniciativas para a implantação de Sistema de Informações específico para a área de VISA, o SIVISA-RS, desenvolvido pelo Estado de São Paulo e oficialmente cedido pelo mesmo ao Rio Grande do Sul. Com a cooperação técnica da PROCERGS o Sistema está sendo adaptado para o RS, tendo já havido duas oficinas com os técnicos das áreas de estabelecimentos de saúde e alimentos. O Projeto Piloto visando sua implantação está previsto para 2014.

- Indicador 44 (E) - Número de testes sorológicos ANTI-HCV realizados.

RS	RESULTADO					META	ICM	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META
	2009	2010	2011	2012	2013	2013	2013	IV
	99.861	104.015	121.225	128.886	142.538	135.345	105,31	

O parâmetro estabelecido foi de ampliar 5% dos exames realizados nos municípios que apresentaram produção no SIA-SUS. Os dados aqui apresentados foram retirados do SIA-SUS, no site do DATASUS (dados de jan a dez/2013).

Foi sugerida a pactuação desse indicador específico para 111 municípios que realizam o exame. Desses, 51 atingiram ou ultrapassaram a meta.

O Estado, portanto, atingiu a meta, registrando incremento de 10,58% do número de anti-HCV realizados ao se comparar os anos de 2012 a 2013.



- Indicador 45 (E) - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.

RS	RESULTADO					META	ICM	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META
	2009	2010	2011	2012	2013	2013	2013	IV
	93,4	95,2	93,6	82,9	78,3	90,0	87,0	

Deve-se salientar, inicialmente, que os dados de 2013 ainda são preliminares, uma vez que o Sistema de Informação ainda continua sendo qualificado em relação aos dados da coorte de pacientes em questão.

O Programa Estadual de Controle de Hanseníase, de acordo com o Programa Nacional, vem implementando ferramentas da gestão como o monitoramento e avaliação (M&A) das ações em andamento para a melhoria do programa e a avaliação sistemática do grau de implementação do mesmo, através da incorporação das práticas de M&A no cotidiano, institucionalizando - as. A meta pactuada para este indicador “Proporção de Cura dos Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados nos Anos de Coorte” foi de 90%.

- Indicador 46 (E) - Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.

RS	RESULTADO					META	ICM	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META
	2009	2010	2011	2012	2013	2013	2013	IV
	81,0	78,6	70,5	66,0	74,3	73,0	101,78	

O Indicador Proporção de Contatos Intradomiciliares de Casos Novos de Hanseníase Examinados apresentou desempenho Satisfatório em 17 Regiões de Saúde, em 1 foi Regular, em 1 Região de Saúde teve o índice de cumprimento de meta baixo e em 3 foi muito baixo. Como em 8 Regiões de Saúde não se registram casos de Hanseníase, este indicador não se aplica às mesmas.

- Indicador 47 (E) - Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral .

Nenhum óbito foi confirmado no Rio Grande do Sul.

Na região da fronteira oeste, tem sido identificada a presença do flebotomíneo vetor, através de vigilância entomológica e de cães portadores da doença. Alguns casos humanos foram confirmados nos municípios de Itaqui (10ª CRS), São Borja e Uruguaiana em anos anteriores. Foi realizada capacitação dos profissionais de saúde de Itaqui, com ênfase na detecção de casos e tratamento e discutidas as principais medidas de prevenção e controle da doença. A busca ativa não evidenciou, até o presente, outros casos semelhantes.

- Indicador 49 (E) - Proporção de Escolares Examinados para o Tracoma nos Municípios Prioritários.

Foi realizado inquérito para levantamento do tracoma em dois dos 3 municípios priorizados na meta pactuada para 2013 (Três Forquilhas, Campo Novo e Seberi), com exames realizados 100% dos escolares do 1º ao 8º série do ensino fundamental. O alcance da meta foi, portanto, regular.

- Indicador 52 (E) - Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.

<b>Nº de visitas domiciliares realizadas em Municípios Infestados pelo Aedes aegypti 2011</b>	<b>Nº de visitas domiciliares realizadas em Municípios Infestados pelo Aedes aegypti 2012</b>	<b>Nº de visitas domiciliares realizadas em Municípios Infestados pelo Aedes aegypti 2013</b>	<b>Proposta de programação em 2013 segundo parâmetro nacional de referência do Indicador 52: Pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios, em cada ciclo</b>	<b>PERCENTUAL DA META ATINGIDA (%)</b>
<b>2 602 314</b>	<b>2 120 644</b>	<b>4 048 801</b>	<b>8 101 062</b>	<b>50</b>

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 entomológica 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 de 100% dos imóveis, que promovem os levantamentos de índice do vetor, bem como as pesquisas em pontos estratégicos (PPE) em ciclos quinzenais.

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 que representa a soma do número de visitas dessas duas atividades.

Uma das dificuldades de avaliação do indicador 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 a série histórica das metas pactuadas e atingidas nos anos de 2009 a 2013, 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.

Como consequência do esforço do Estado no sentido de tornar visível a situação de infestação nos municípios por meio da melhoria das ações de vigilância do vetor, a partir de 2011 aumentou o número de registros de *Aedes aegypti*, somando atualmente 122 municípios infestados por este vetor.

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 2013, o Sistema de Informação da Dengue passou por um processo de transição (do SISFAD para o SISPNCD), causando muitas dificuldades de assimilação e domínio por parte dos municípios, bem como sistemáticos ajustes por parte do nível federal, ocorrendo que as informações ainda estão em processo de consolidação.

Como no antigo SISFAD não é possível acessar um parâmetro básico para a avaliação do novo indicador referido, que é a produção por ciclos, adaptou-se o cálculo, a fim de obter-se um número aproximado. Desta maneira, considerou-se o número de imóveis totais visitados em 2013, dividindo-se esse número pela meta a ser atingida pelo novo indicador e multiplicando-se por 100, obtendo-se assim a proporção.

Como resultado, o percentual da meta estadual atingida foi de 50%, correspondendo, portanto, a um desempenho baixo, cujas principais causas estão citadas acima.

- Indicador 53 (U) - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros: coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.

RS	RESULTADO					META	ICM	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META
	2009	2010	2011	2012	2013	2013	2013	IV
	42,34	56,39	56,07	69,35	65,96	60,00	109,33	

O Estado do RS atingiu a meta no total de amostras realizadas de Coliformes Totais, Turbidez e Cloro residual Livre, com índice de 65,96%.

Vinte e duas (22) Regiões de Saúde atingiram a meta

Duas (2) Regiões de Saúde atingiram um índice de 91,76% (Litoral Norte e da Fronteira/Bagé).

Quatro (4) Regiões de Saúde ficaram abaixo de 40,0 %, concentrando-se mais na região Noroeste do estado e em municípios de pequeno porte. Ao avaliar cada uma das ações que compõem o indicador, constata-se que o nº de análises de Cloro residual livre ficou bastante abaixo da meta. Essa análise é de responsabilidade municipal, realizada no momento da coleta, enfrentando dificuldades em alguns municípios como a falta de medidor de cloro ou falta o reagente para fazer análise.

- Indicador 56 (E) - Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela vigilância sanitária, no ano.

O setor de Medicamentos do Núcleo de Vigilância de Produtos do CEVS é responsável pela realização de inspeções nas indústrias farmacêuticas do Estado, pois essa ação, por sua complexidade, ainda não foi descentralizada. Em 2013 foram inspecionadas 76% das indústrias farmacêuticas envolvendo atividades de inspeção em Boas Práticas de Fabricação, Inspeção investigativa, Renovação de Alvará, Verificação de cumprimento de exigências, Autorização Especial.

- Indicador 04 (RS) - Número de visitas em armadilhas e em pontos estratégicos.

Considerando que o indicador pactuado nacionalmente se referia especificamente a atividades desenvolvidas em municípios infestados, que correspondem a 122 dos 497 municípios do Rio Grande do Sul, foi proposto nesta área um indicador estadual.

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, tendo sido realizadas 824.574 visitas a armadilhas e pontos estratégicos no ano de 2013 (dados ainda preliminares, pois o Sistema de Informação ainda está recebendo dados do indicador em questão).

- Indicador 05 (RS) – Número de visitas a domicílios em áreas de vigilância de simulídeos (específico para municípios infestados das regiões 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 16, 17, 18, 20, 23, 24, 25, 26, 29,30).

Na pactuação de 2013 foi proposto que os municípios que realizam regularmente controle de simulídeos aplicassem o Anexo “Ficha Epidemiológica do Agravo”. O indicador era o número de residências conforme constava no descritor e cada município tinha um número de moradias rurais sugerido, que foi calculado para ser estatisticamente válido.

A residência amostrada deveria ter todos os seus moradores entrevistados.

Os municípios que aplicaram o instrumento “Ficha Epidemiológica do Agravo” não indicaram o número de residências. Em apenas um dos municípios foi mencionado que as fichas se referem a 5 famílias e neste caso a amostra do município deveria ser de 7 residências ou famílias, conforme a tabela que acompanhou o instrutivo da Pactuação.

Dos 134 municípios listados, 37 responderam em 2013 (4 responderam já em 2014).

A ação pactuada apresentou, segundo o indicador avaliado, um baixo desempenho, com 27,61% de alcance de meta.

➤ **Dados de Produção**

**PRODUÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE POR GRUPO DE PROCEDIMENTO E ANO DE ATENDIMENTO NO RS PERÍODO DE 2009 A 2013**

Ano de Atendimento	QUANTIDADE APROVADA			VALOR APROVADO		
	01 Ações de promoção e prevenção em saúde	02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	Total	01 Ações de promoção e prevenção em saúde	02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	Total
2009	137.247	73.574	210.821	56,00	0,00	56,00
2010	608.330	72.239	680.569	177,00	0,00	177,00
2011	265.131	65.136	330.267	34,00	0,00	34,00
2012	382.773	74.783	457.556	104,00	0,00	104,00
2013	712.376	67.709	780.085	2.417,00	0,00	2.417,00
<b>Total</b>	<b>2.105.857</b>	<b>353.441</b>	<b>2.459.298</b>	<b>2.788,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2.788,00</b>

Fonte: MS/DATASUS/TABWIN

➤ **Demais realizações - Vigilância em Saúde**

A Vigilância em Saúde no ano de 2013 viveu, nacionalmente, um período de mudanças, com substituição da Portaria do Ministério da Saúde (Portaria MS nº 3252/2009) que definia seu marco conceitual, estabelecia atribuições e competências das três esferas de gestão e regulamentava a área e seu financiamento. A nova Portaria (Portaria MS nº 1358/2013), mais enxuta, deu início à discussão da Política Nacional de Vigilância em Saúde, atualmente sendo realizada de forma tripartite.

O presente Relatório Anual sintetiza as ações já apresentadas nos Relatórios Quadrimestrais de 2013 relacionadas à Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental em Saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador, analisando sucintamente os principais indicadores pactuados.

Considerando-se a importância do processo de descentralização de ações e de organização das Regiões de Saúde, entre as ações desenvolvidas salientam-se as ligadas à capacitação e educação permanente de profissionais da área, especialmente os integrantes de equipes municipais. Entre essas ações destaca-se a participação na elaboração do projeto de residência em Vigilância em Saúde para 2014, em parceria com a Escola de Saúde Pública e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância epidemiológica tem enfrentado grandes desafios com a mudança do perfil demográfico e epidemiológico do Estado que levou à necessidade de ampliar seu mais tradicional objeto de trabalho – as doenças transmissíveis – para contemplar, sem prejuízo dessas, as doenças e agravos não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, o câncer e as causas externas de adoecimento e morte. Apresenta-se a seguir síntese da atual situação desse trabalho, salientando-se a situação de algumas das doenças que são objeto de monitoramento sistemático e uma de suas principais ações de prevenção, a vacinação.

### Imunizações

#### Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza

A 15ª Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza teve por objetivo reduzir a mortalidade, as complicações e as internações decorrentes das infecções pelo vírus da influenza, nos diferentes grupos elegíveis para a vacinação. Foi realizada em todos os municípios do Estado no período de 15/04/13 a 26/04/13, e prorrogada até o dia 10/05/13.

Nesta Campanha, além das pessoas com 60 anos e mais de idade, foram considerados como elegíveis para a vacinação os trabalhadores de saúde que exercem suas atividades em unidades que fazem atendimento para a influenza, os povos indígenas, as crianças na faixa etária de seis meses a menores de dois anos, as gestantes, as puérperas (até 45 dias após o parto), os grupos portadores de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais e a população privada de liberdade.

Uma das principais novidades em relação à Campanha do ano passado foi a inclusão das **puérperas** (até 45 dias após o parto). Estudos têm demonstrado que elas apresentam risco semelhante ou maior do que as gestantes de ter complicações em decorrência da influenza. A vacinação também contemplou os **indivíduos com comorbidades** (conforme listagem definida pelo Ministério da Saúde em conjunto com sociedades científicas). A estratégia de vacinação destinada à **população privada de liberdade** foi planejada e operacionalizada nos estabelecimentos penais de forma articulada com as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde e Secretaria Estadual de Segurança Pública.

Foram investidos R\$ 2.840.903,02 em campanhas de mídia, materiais gráficos, ações e eventos, com o objetivo de mobilizar a população pertencente aos grupos elegíveis. Foram realizados dois Seminários Estaduais de Influenza nos meses de março e abril para cerca de 1.000 profissionais de saúde. Também foi desenvolvida uma Campanha de Mídia forte contando com o apoio do escritor Luiz Fernando Veríssimo e a criação da Revista da Família CEVS com o tema Influenza, destinada para escolares das 5ª e 6ª séries do Ensino Fundamental da rede estadual.

Como resultado, foram vacinados 92,8% da população-alvo. Todos os grupos populacionais para os quais foram calculadas as coberturas vacinais atingiram a meta preconizada pelo PNI/MS de 80%, conforme a Figura 1.

Figura 1: Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza: Coberturas vacinais por grupo elegível e por Coordenadoria Regional de Saúde, 2013, RS.

CRS	Crianças	Trabalhadores de Saúde	Gestantes	Puérperas	Indígenas	Pessoas com 60 anos e +	Total
1ª CRS - Porto Alegre	94,7	112,2	84,6	136,3	149,9	90,4	94,3
2ª CRS - Porto Alegre	98,3	103,1	88,7	116,3	100,7	86,6	89,8
3ª CRS - Pelotas	95,1	126,3	77,6	133,5	225,0	82,7	88,6
4ª CRS - Santa Maria	96,7	126,7	83,6	115,5	154,1	91,2	96,0
5ª CRS - Caxias do Sul	94,3	113,8	77,0	124,9	236,1	86,0	89,8
6ª CRS - Passo Fundo	98,8	101,1	78,1	109,1	116,9	93,6	94,9
7ª CRS - Bagé	94,4	102,9	78,7	130,6	0	90,6	91,8
8ª CRS - Cachoeira do Sul	99,7	110,5	73,4	92,7	184,4	92,7	94,1
9ª CRS - Cruz Alta	112,7	106,2	91,4	150,0	113,4	99,2	101,3
10ª CRS - Alegrete	91,5	100,4	75,1	105,2	0	84,9	86,6
11ª CRS - Erechim	95,9	104,0	79,0	100,7	84,0	92,9	93,1
12ª CRS - Santo Ângelo	99,3	109,5	82,4	123,5	389,1	98,4	99,8
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	90,1	101,7	79,0	118,6	0	81,7	85,2
14ª CRS - Santa Rosa	98,7	103,9	79,0	125,8	0	94,5	95,3
15ª CRS - Palmeira das Missões	100,6	104,4	75,2	98,0	93,1	92,2	93,2
16ª CRS - Lajeado	93,5	107,8	78,4	114,5	87,8	84,8	87,4
17ª CRS - Ijuí	96,8	104,1	81,2	107,4	91,1	87,3	90,1
18ª CRS - Osório	96,7	116,9	93,6	123,6	102,3	103,1	103,6
19ª CRS - Frederico Westphalen	93,9	105,9	81,2	103,9	90,3	91,2	92,1
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>95,7</b>	<b>111,4</b>	<b>82,0</b>	<b>124,7</b>	<b>99,9</b>	<b>89,6</b>	<b>92,8</b>

Fonte: PN/DATASUS

### 34ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite

A Secretaria Estadual da Saúde realizou no período de **8 a 21 de junho de 2013** a 34ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite. O objetivo da Campanha foi manter o Brasil na condição de país certificado internacionalmente para a erradicação da Poliomielite, estabelecendo proteção coletiva por meio da disseminação do vírus vacinal no meio ambiente, tendo como meta a vacinação de crianças entre seis meses e menores de cinco anos de idade (6 meses a 4 anos 11 meses e 29 dias).

É importante lembrar que, desde o ano de 2012 o Brasil passou a realizar somente uma etapa da Campanha Nacional contra a Poliomielite, no mês de junho.

A **meta era vacinar 601.135** crianças entre seis meses e menores de cinco anos de idade das quais **575.148 foram vacinadas**, o que corresponde em termos percentuais a **95,68%**. Quando se avaliam as coberturas por idade, verifica-se que a meta de 95% não foi atingida para as crianças de um ano e para as de quatro anos de idade, conforme a Figura 2.



**Figura 2 - Campanha Nacional de Vacinação Contra a Poliomielite, Meta, Número de Doses Aplicadas e Cobertura Vacinal por Idade, Rio Grande do Sul, 2013.**

<b>Idade</b>	<b>Meta</b>	<b>Nº de Doses Aplicadas</b>	<b>Cobertura Vacinal</b>
6 meses a < 1ano	68.988	75.025	108,75
1 ano	137.716	121.600	88,30
2 anos	125.093	124.098	99,20
3 anos	131.301	124.987	95,19
4 anos	138.037	129.438	93,77
<b>Total</b>	<b>601.135</b>	<b>575.148</b>	<b>95,68</b>

Fonte: SIPNI/CGPNI/SVS/MS

Destaca-se, diante deste quadro, a necessidade de unir esforços para atingir a meta preconizada, de forma homogênea, para manter o Brasil livre da doença. A heterogeneidade de coberturas vacinais leva à formação de bolsões de suscetíveis facilitando assim, a reintrodução dos poliovírus selvagem. Diante de tais circunstâncias, e com a proximidade de grandes eventos de massa que serão realizados no Brasil, como a Copa do Mundo e Olimpíadas, é importante informar aos profissionais, autoridades e gestores em saúde, sobre os riscos de reintrodução da doença.

#### **Campanha Nacional de Multivacinação para Atualização do Esquema Vacinal**

Em 2013 a Campanha Nacional de Multivacinação para Atualização do Esquema Vacinal ocorreu de forma seletiva no período de 24 a 30 de agosto de 2013, sendo 24 de agosto, o Dia de Divulgação e Mobilização Nacional. A ação foi desenvolvida nos postos de vacinação do Sistema Único de Saúde (SUS) e envolveu as três esferas gestoras do SUS. A Multivacinação é uma estratégia onde em um único momento são oferecidas todas as vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança, visando fortalecer o controle das doenças imunopreveníveis e melhorar as coberturas vacinais.

Os menores de cinco anos de idade (0 a 4 anos 11 meses e 29 dias), aproximadamente 648.913 mil crianças no RS, público alvo para a ação, deveriam ser avaliados em relação a sua situação vacinal, para que de forma seletiva fosse atualizada a Caderneta de Vacinação, de acordo com os esquemas preconizados pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

A Figura a seguir apresenta os resultados obtidos no Rio Grande do Sul.

**Figura 3 - Campanha Nacional de Multivacinação para Atualização do Esquema Vacinal: Crianças que compareceram à vacinação e Crianças que receberam vacina, por idade, Rio Grande do Sul, 2013.**

Crianças que compareceram à vacinação						Crianças que receberam vacina						
< 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	Total	< 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	Total	%
51.238	47.258	45.606	47.414	53.790	<b>245.306</b>	25.072	26.354	21.785	22.298	25.598	<b>121.107</b>	<b>49,37</b>

O período de início da Campanha de Multivacinação (dias 24, 25, 26 e 27 de agosto) coincidiu com um período de extremo frio e chuvas no Estado. Este fato explica em parte, a menor adesão à estratégia comparada ao ano de 2012, cujo número de crianças que atenderam ao chamamento foi de 305.126. Também há que se considerar que neste tipo de estratégia a comunicação e a mobilização da população são fundamentais, devido à sua magnitude e a necessidade de uma maior convicção dos pais e responsáveis. A comunicação social e os esforços das sociedades científicas e entidades de classe são importantes nas três esferas de gestão.

Das crianças que compareceram à vacinação, 49,37% receberam alguma vacina. Este número demonstra que a vacinação das crianças menores de cinco anos de idade não tem acontecido de forma oportuna.

#### **Monitoramento de Coberturas Vacinais**

O Monitoramento de Coberturas Vacinais (MCV) é uma atividade de rotina do Programa de Imunizações desde 2012 e deve ser executado imediatamente após o término da Campanha de Multivacinação. O MCV é uma ferramenta que possibilita localizar áreas/regiões com baixas coberturas vacinais, bem como diagnosticar o motivo de tal cenário. Possibilita às equipes de saúde local e municipal redesenhar estratégias em busca dos faltosos, garantindo cobertura vacinal adequada e homogeneidade nas regiões. Em 2013, todos os municípios do RS realizaram o MCV, exceto Cerrito, município da 3ª CRS. As vacinas elencadas para esta ação foram a vacina Pneumocócica 10 Valente e a vacina Meningocócica Conjugada tipo C. O grupo alvo foram as crianças de seis meses a menores de cinco anos.

No Rio Grande do Sul, foram visitados 37.896 domicílios e avaliado esquema vacinal de 43.269 crianças do grupo alvo. Nos domicílios visitados foram encontradas 41.571 crianças com comprovante de vacinação. Destas, 85,8% estavam com o esquema em dia para a vacina Pneumocócica 10V e 87,6% para a vacina Meningocócica Conjugada tipo C.

As justificativas para a não vacinação estão apresentadas abaixo.

Perdeu / sem comprovante	553
Falta de tempo	966
Dificuldade de ir ao posto de vacinação (acesso)	334
Recusa	99
Posto de vacinação fechado	27
Faltou vacina	325
Contra indicação médica	198
Evento adverso em dose anterior	17
Fora da idade para receber a vacina	1.834
Várias injeções ao mesmo tempo	398
Outros motivos	2.297

O elevado número de outros motivos não permite que se tenha uma real possibilidade de identificação das razões para a não vacinação.

#### **Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações – SIPNI**

Todos os municípios do Estado foram capacitados em SIPNI em 2012. Até dezembro de 2013, 341 (68,6%) municípios do RS e 664 salas de vacina já operavam o novo sistema. A meta para 2014 é de 100% dos municípios e a totalidade das salas de vacina do RS enviando seus dados por intermédio do SIPNI.

A Figura 4 a seguir, apresenta as coberturas vacinais preliminares de dez vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança, relativas ao 1º semestre de 2013, cuja fonte é o SI-API DOS.

**Figura 4 – Coberturas vacinais para alguns imunobiológicos, 1º semestre de 2013, por Coordenadoria Regional de Saúde, Rio Grande do Sul**

CRS	BCG	HB+PENTA+ HEXA	ROTAVÍRUS	PNEUMO 10+13	MENINGO C	PENTAVALENTE	ESQSEQ+VIP+ VOP+HEXA	FEBRE AMARELA	TRÍPLICE VIRAL	INFLUENZA
1ª CRS	98,9	95,5	82,7	87,1	91,3	94,0	92,5	51,1	105,4	94,7
2ª CRS	102,8	87,3	78,4	81,0	89,0	86,0	75,1	39,0	113,2	98,3
3ª CRS	105,8	90,3	77,1	83,2	86,8	89,3	87,4	9,0	95,5	95,1
4ª CRS	101,6	97,2	90,6	89,2	92,7	94,7	99,9	74,1	103,6	96,7
5ª CRS	108,8	104,2	93,8	100,0	100,2	100,9	103,3	84,5	106,4	94,3
6ª CRS	105,0	94,6	90,8	85,2	96,1	93,5	95,7	46,4	103,2	98,8
7ª CRS	96,4	97,7	91,7	97,4	95,3	97,8	94,1	79,8	105,3	94,4
8ª CRS	103,3	94,7	84,2	90,5	92,0	93,7	101,2	52,9	97,6	99,7
9ª CRS	106,3	94,4	101,2	99,8	104,4	93,5	95,7	79,0	102,1	112,7
10ª CRS	102,9	98,8	90,0	93,0	95,7	97,4	98,1	64,5	99,1	91,5
11ª CRS	101,7	100,9	95,3	99,6	99,1	99,6	103,5	82,2	107,9	95,9
12ª CRS	111,5	103,5	96,4	95,2	98,7	109,7	107,3	99,1	107,1	99,3
13ª CRS	102,8	101,2	97,4	93,3	99,7	100,5	95,0	78,7	97,9	90,1
14ª CRS	113,1	93,1	92,4	95,8	96,9	91,6	97,2	101,3	104,5	98,7
15ª CRS	91,1	90,7	92,5	88,6	90,3	89,8	91,6	76,2	93,3	100,6
16ª CRS	109,1	99,2	84,7	91,3	94,6	95,8	95,9	60,2	104,9	93,5
17ª CRS	106,4	96,5	100,7	95,8	97,2	95,8	97,5	83,4	102,0	96,8
18ª CRS	111,1	110,0	90,4	93,4	93,4	107,4	98,9	1,6	93,7	96,7
19ª CRS	110,9	87,0	95,3	88,0	90,1	87,7	91,4	77,9	97,4	93,9
<b>RS</b>	<b>103,8</b>	<b>94,8</b>	<b>86,0</b>	<b>88,5</b>	<b>93,0</b>	<b>93,4</b>	<b>90,7</b>	<b>53,9</b>	<b>105,3</b>	<b>95,7</b>

Fonte: SI-API/Núcleo de Imunizações/DVE/CEVS/SES

### Vigilância Doenças Exantemáticas

O sarampo e a rubéola são doenças de distribuição universal, com variação sazonal, acometem ambos os sexos, independente a idade, desde que sejam suscetíveis (não vacinados ou que não tiveram a doença).. A meta é eliminar a transmissão do vírus autóctone da região, mesmo considerando que o vírus circula em praticamente todos os outros continentes.

As Américas, e o Brasil, alcançaram esta meta no ano 2000, no entanto vem sofrendo importações do vírus do sarampo desde então.

Outros genótipos do vírus do sarampo circulam em países do continente Africano, Asiático e Oceania havendo, continuamente, o risco de importações e, portanto, necessidade de manter a rede de saúde alerta para notificação imediata de casos suspeitos, investigação e realização das medidas de controle preconizadas e monitoramento de coberturas vacinais.

**Número de Casos Confirmados de Doenças Exantemáticas no Brasil, no período de 2010 a 2014\***

ANO	Doença Exantemática	Sarampo	Rubéola
2010	68	68	0
2011	43	43	0
2012	01	01	0
2013	202	202	0
2014*	99	99	0
<b>TOTAL</b>	<b>413</b>	<b>413</b>	<b>0</b>

\*até a semana 08.

O Rio Grande do Sul encontra-se sem a circulação do vírus autóctone do sarampo desde 1999 e da rubéola desde 2008. No ano de 2010 foram confirmados 08 casos de sarampo vinculados à importação, com genótipo B3 e no ano de 2011 foram confirmados 09 casos com genótipo D4. A vigilância se mantém ativa e a maioria dos indicadores de qualidade tem atingido a meta proposta pela OMS/OPAS.

### Coqueluche

Tem-se observado um recrudescimento da coqueluche no Brasil na última década, embora as incidências observadas sejam muito inferiores às descritas na era pré-vacinal. O possível recrudescimento da doença tem sido atribuído a várias hipóteses, entre elas, a queda da imunidade vacinal ao longo dos anos, a baixa cobertura vacinal em relação aos reforços vacinais preconizados.

A partir de 2013 houve um aumento nas coberturas vacinais, qualidade e coleta de amostras para o laboratório e vigilância oportuna. Este trabalho resultou em uma melhora da qualidade da notificação, atendendo a definição do critério de suspeita, e na coleta: 45% dos casos notificados tinham amostras laboratoriais no LACEN em 2012, aumentando para 67%, em 2013, além da diminuição de coletas inadequadas.

### Dados de Coqueluche do RS, 2004 a 2013

Ano	Nº Casos Notificados	Nº Casos Confirmados	Coefficiente de Incidência/100mil hab.	Nº Óbitos	Letalidade (%)
2004	451	276	2,60	5	1,81
2005	420	191	1,76	5	2,62
2006	258	113	1,03	2	1,77
2007	344	137	1,24	0	0,00
2008	484	222	2,05	1	0,45
2009	288	142	1,30	1	0,70
2010	261	110	1,03	0	0,00
2011	430	162	1,51	1	0,62
2012	1702	707	6,56	8	1,03
2013	1003	509	4,73	0	0

OBS: todos os óbitos em menores de 6 meses

### **Tétano Neonatal (TNN)**

O Brasil aderiu ao Plano de Eliminação do TNN em 1992. No RS o último caso confirmado ocorreu em 2009, na área rural do município de Vera Cruz. Desde então não foi notificado nenhum outro caso.

### **Tétano Acidental**

Ainda ocorrem casos de tétano acidental no estado, ver série histórica abaixo, com alta letalidade, remetendo à necessidade de melhorar a cobertura vacinal da vacina antitetânica. Com essa vacina deve ter um reforço a cada dez anos, este continua um desafio para o programa de vacinações.

#### **Série Histórica da Vigilância Epidemiológica do Tétano Acidental no RS, 2007-2013.**

<b>Ano início sintomas</b>	<b>notificados</b>	<b>confirmados</b>	<b>CI/100.000</b>	<b>óbitos</b>	<b>CL/100</b>
<b>2007</b>	51	39	0,35	13	33,3
<b>2008</b>	49	40	0,37	11	27,5
<b>2009</b>	28	18	0,16	7	38,9
<b>2010</b>	54	38	0,36	13	34,2
<b>2011</b>	31	22	0,20	5	22,7
<b>2012</b>	48	27	0,25	5	18,5
<b>2013</b>	41	18	0,17	8	44,4

### **Difteria**

O RS tem mantido uma média de notificações de casos de difteria de 12 casos ao ano, porém desde 2005 não houve nenhuma confirmação laboratorial no estado.

### **Vigilância paralisias flácidas agudas**

Mesmo com o alcance de bons resultados em relação às metas preconizadas pelo programa de imunizações, as coberturas vacinais para Pólio ainda se mostram heterogêneas no Estado, com a possibilidade de formação de bolsões de suscetíveis e o conseqüente risco de reintrodução da doença.

O principal objetivo da Vigilância Epidemiológica é manter o Brasil livre da circulação do poliovírus selvagem, através do monitoramento da ocorrência de casos de paralisia flácida aguda (PFA) em menores de 15 anos de idade.

<b>Indicadores de Qualidade de Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielite, RS, 2007 - 2013</b>			
<b>RS</b>	<b>Taxa de Notificação/ 100 mil hab</b>	<b>Investigação Oportuna</b>	<b>Coleta Oportuna</b>
2007	1,0	96%	68%
2008	1,1	92%	58%
2009	0,8	100%	67%
2010	1,2	96%	62%
2011	0,8	94%	53%
2012	1,2	100%	82%
2013	1,2	89%	70%

Observando-se a série histórica dos indicadores propostos verifica-se, através do alcance da taxa de notificação, que o RS tem conseguido manter uma vigilância ativa em relação à identificação de casos suspeitos de paralisias flácidas agudas, porém para os próximos anos o objetivo é a qualificação das notificações, trabalhando a sua completude.

#### **Oficina Vigilância Epidemiológica com enfoque em Coletas Laboratoriais**

Com o objetivo de atualização em vigilância e imunizações e qualificação na coleta de amostras laboratoriais para coqueluche, doenças exantemáticas, paralisias flácidas agudas e meningites, foram realizadas oficinas em vigilância epidemiológica e laboratório, em parceria com o LACEN/RS. Foram capacitados profissionais de saúde dos municípios, hospitais e laboratórios de 09 coordenadorias regionais de saúde em 2013. Como resultado, houve qualificação das coletas, da base de dados, dos encerramentos e das medidas de controle realizadas de forma mais oportuna.

#### **Influenza**

Desde 2009, a partir da pandemia de influenza A(H1N1), tem sido significativo o avanço das ações da vigilância. Além do aumento da sensibilidade do sistema, houve uma ampliação no diagnóstico laboratorial, realizado pelo Laboratório Central do Estado (Lacen/RS).

O sistema de vigilância do Rio Grande do Sul tem mantido a sensibilidade, captando casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) todos os anos e monitorando o comportamento do vírus influenza A(H1N1) desde 2009. O novo subtipo apresentou tendência de queda desde então, circulando com menos intensidade que na pandemia, tendo apresentado pico em 2012, conforme pode-se observar na figura 1.

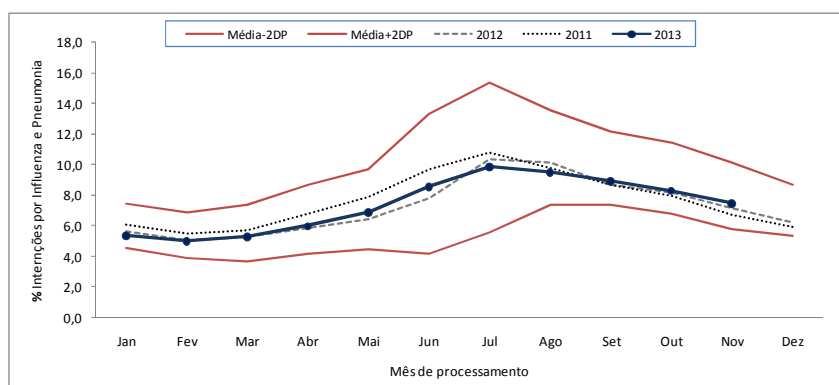
Figura Casos e óbitos notificados e confirmados para influenza A(H1N1), RS, 2009-2013.

Ano	Casos notificados	Casos confirmados	Óbitos notificados	Óbitos confirmados
2009	6189	2871	482	292
2010	681	0	58	0
2011	1505	104	127	14
2012	3952	538	230	68
2013	3171	334	325	59

Em 2013 o número de casos notificados de SRAG foi semelhante a 2012. Cerca de 17% deles foram confirmados como influenza. Entre estes, 59,9% eram do subtipo A(H1N1). Entre os casos de SRAG que foram a óbito, 22,8% tiveram como causa a influenza e 79,8% destes tiveram identificado o subtipo A(H1N1)

O estado, em 2013, manteve-se dentro da média esperada em relação à proporção de internações por influenza e pneumonia.

Figura 6 - Diagrama de controle das proporções de internações por pneumonia e influenza, RS, 1997-2013.



Em 2013 foram realizadas várias atividades preparatórias para a temporada de influenza no Estado, visando melhorar a adesão à notificação de SRAG, vacinação de grupos prioritários e monitoramento da atividade e de subtipos de influenza. Foram realizados dois seminários preparatórios envolvendo sociedades médicas, educação, regionais de saúde, municípios, entre outros, envolvendo cerca de mil pessoas e reuniões com municípios de 09 regionais de saúde abordando a vigilância e a qualidade da coleta para laboratório. Além disso, houve monitoramento semanal do comportamento da doença por meio do sistema de informação online e entrada de amostras no LACEN, participação em teleconferências semanais com Ministério da Saúde e estados da região Sul, disponibilização de informação oportuna para a população e imprensa via link sobre gripe no site da Secretaria Estadual de Saúde, distribuição de folders, cartazes, adesivos, necessários para sensibilização do uso de álcool gel e lenços descartáveis, campanhas publicitárias de mídia sobre vacinação e medidas preventivas, distribuição ampliada de antiviral para unidades de saúde com facilitação da sua dispensação, entre outros.



Todas essas ações devem ter influenciado nos bons resultados da campanha de vacinação em 2013, no clima favorável da imprensa em relação à veiculação de notícias para a população e na prescrição de antiviral na vigência de gripe, medidas que certamente impactaram positivamente na abordagem da doença e sua prevenção.

### Meningites Bacterianas

Entre as meningites bacterianas, o sistema de vigilância detém-se de forma mais sistemática na Doença Meningocócica, pela gravidade. As meningites por *Streptococcus pneumoniae* caracterizam-se com quadros graves, no entanto são menos freqüentes.

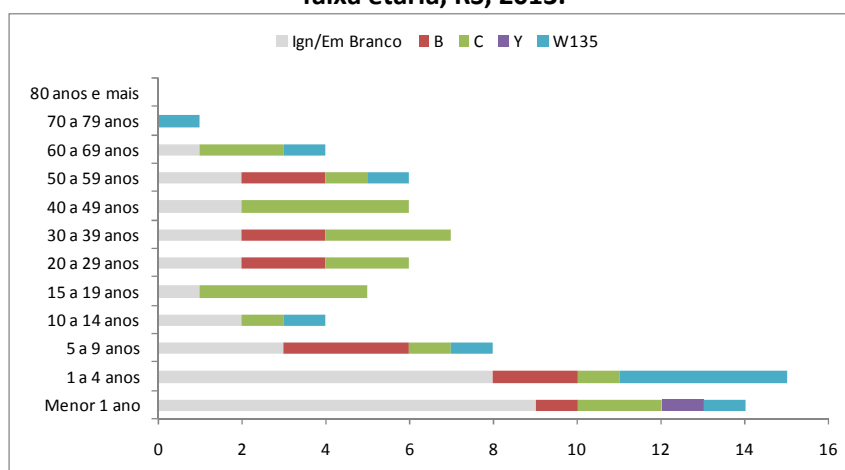
Desde 2010 na rede pública, as crianças recebem a vacina anti-meningocócica C, no entanto, existe circulação de outros sorogrupos como o meningococo B, meningococo Y e W135. Neste mesmo ano, foi introduzida a vacina anti-pneumocócica no calendário básico de vacinação, que tem repercutido na diminuição da incidência das meningites por pneumococo no país.

As meningites por *Haemophilus influenzae* ocorrem com pouca freqüência anual, provavelmente decorrente da introdução da vacina no calendário de rotina em 2002.

No Rio Grande do Sul, o perfil de circulação é diferente do país, com o sorogrupo B se mantendo o mais freqüente entre os sorogrupos identificados até 2012, quando ocorreu a inversão entre os sorogrupos B e C (Figura 1).

Nos menores de 1 ano, faixa etária priorizada para vacinação, o meningococo C continua ocorrendo de maneira uniforme com os outros sorogrupos, no entanto a partir dos 15 anos o sorogrupo C tem se apresentado com uma freqüência superior aos outros, sugerindo um deslocamento de faixa etária da doença meningocócica pelo sorogrupo C após a introdução da vacina (Figura 2).

**Figura 7 - Distribuição dos sorogrupos da doença meningocócica segundo faixa etária, RS, 2013.**



A partir da avaliação dos dados vacinais dos casos confirmados de doença meningocócica, observa-se que 35,7% das crianças constam como vacinadas e 42,9% este dado está como ignorado ou em branco. Ressalta-se a importância de qualificar esta informação, considerando este novo contexto epidemiológico.

Em 2013 foram realizadas capacitações para municípios de 09 regionais de saúde sobre a vigilância e coleta de amostras de casos suspeitos de meningite com vistas a melhorar o envio de liquor para o LACEN e diminuir o encerramento dos casos como meningites não especificadas. Também foi construído um sistema de verificação de inconsistências para qualificação da base de dados de notificação, distribuição de medicação para quimioprofilaxia e controle de kits para coleta de espécimes laboratoriais.

### **Doenças Transmitidas por Alimentos – DTA**

No Estado, a ocorrência de Surtos de DTA, em 2013, foi de 120 surtos notificados, com 8635 pessoas expostas, das quais 2952 investigadas, sendo que 1925 adoeceram e 235 foram hospitalizadas.

Para os anos de 2013 e 2014 o programa de DTA definiu como prioridade encerrar os surtos que estão em aberto (sem emissão do Relatório Final e sem digitação no SINAN, apesar de investigados), conjuntamente com as CRS. Após um levantamento através do SINAN foram detectados aproximadamente 400 surtos pendentes de 2007 até 2012. Até o final de 2013, já foram encerrados 93 surtos.

Foram realizadas CAPACITAÇÕES EM “VE-DTA: Aspectos Epidemiológicos e Sanitários” para 168 municípios, de três CRS, para 252 profissionais. Realizado ainda o curso “Investigação de Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos, aspectos Epidemiológicos e Sanitários”, durante o Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária –SIMBRAVISA/2013 em Porto Alegre.

Entre outras ações relevantes registra-se a participação no painel do “Work Shop de Rede de Laboratórios de saúde Pública/RS “: Água X Laboratórios de Saúde Pública: Conquistas e Desafios, para 40 participantes.

O fortalecimento da articulação com o VIGIÁGUA visando à integração da Vigilância Ambiental na investigação de surtos de DTA para colheita de água (conforme preconiza a Portaria 2914/11-MS), assim como a participação do VIGÁGUA na elaboração do relatório final dos surtos nos quais a água for o alimento suspeito contribuíram para a qualificação do programa.

Tendo em vista o risco de reintrodução da Cólera por ocasião da COPA, foram iniciadas as tratativas de reativação do Comitê da Cólera (3 reuniões), com a finalidade de articulação entre os vários atores envolvidos e o desenvolvimento de controles ambientais, que por longo tempo se mantiveram desativados, uma vez que o RS não registra casos em sua série histórica. Foi também proposta a realização de um seminário sobre Cólera para os 22 municípios diretamente envolvidos com a COPA 2014, ainda no primeiro semestre de 2014.

Entre as ações de educação e informação na área de DTA, salienta-se a produção de material de divulgação: 100.000 Folders “Cardápio Seguro”; 100.000 Volantes; 10.000 jogos de Tabuleiros de Mesa; 10 jogos de Tabuleiro Gigante para chão (utilizados com atividades com crianças, principalmente na Operação Verão numa Boa).

### **Hepatites Virais**

Houve ampliação do diagnóstico das hepatites B e C: foram capacitados 93 apoiadores regionais, para ampliar a testagem rápida de hepatites virais B e C nos municípios. Em dezembro, sete Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) já haviam iniciado suas capacitações. Atualmente, a testagem rápida para hepatites está ocorrendo em todas as CRS do Estado. Já foram capacitados 76 municípios e todas as equipes de Saúde Indígena.

Foi criado Grupo Intersectorial (Programa Estadual de Hepatites, Seção Estadual de DST/AIDS, Hospital Sanatório Partenon e Ambulatório de Dermatologia Sanitária) para elaboração de uma capacitação integrada, em Serviço, de testagem rápida para as hepatites B e C, sífilis e HIV.

A partir de setembro, iniciou-se a distribuição descentralizada de insumos (testes rápidos de hepatites B e C) do Ministério da Saúde diretamente para as Coordenadorias Regionais de Saúde, o que facilitou o recebimento e distribuição dos testes;

Registrou-se a ampliação do atendimento aos portadores, com a capacitação de 9 médicos para atuarem como referência no Estado para o tratamento de hepatite C pelo SUS.

Houve credenciamento de mais 13 serviços para o novo tratamento de hepatite C (terapia com inibidores de protease). Atualmente são 25 serviços credenciados em 18 municípios do Estado. Fortalecimento das interfaces com os Programas de Tuberculose, DST/AIDS, População de Rua, Saúde Indígena e com os demais Programas de Hepatites do país.

Foram distribuídos 2.000 livros instrucionais para capacitações regionais em vigilância epidemiológica das Hepatites Virais e 25.000 cartilhas sobre prevenção das hepatites virais para profissionais que trabalham com instrumentais esterilizáveis. Elaboração de um Boletim Epidemiológico Temático com os dados anuais do Programa Estadual de Hepatites Virais do RS, que será publicado no primeiro semestre de 2014.

### **Doenças e Agravos Não Transmissíveis**

#### **Vigilância da Violência Doméstica , Sexual e Outras Violências**

O Programa de Vigilância da Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências no período 2010 a 2013 registra mais de 50.000 notificações de casos no banco de dados (SINAN), alcançando uma taxa de detecção de casos 471,08 casos por 100.000 hab. com um incremento anual de 25%.

Das 50.000 notificações , 1979 tiveram como consequência da violência o óbito, com uma letalidade de 3,94% para o RS, Cabe salientar, entretanto, que em algumas CRS essa letalidade atinge a taxa de até 20% , evidenciando diferenças significativas entre as regiões.

Durante esse período, 407 municípios foram notificantes.

Essa situação demonstra que o programa está consolidado no Estado, mas necessita ampliar a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para alcançar a notificação universal e progredir na organização de Rede de Atenção à Violência.

### Academias da Saúde

O Estado possui 299 municípios desenvolvendo o programa em diferentes fases alguns com obras já concluídas, outros com obras em andamento e outros ainda em fase de projeto aprovado mas sem obra iniciada.

### Programa de Controle do Tabagismo

No ano de 2013 houve um crescimento no nº de municípios que estão desenvolvendo o programa e no nº de atendimentos em relação ao ano de 2012.

ANO	2012	2013
Nº DE MUNICÍPIOS	159	175
Nº DE SERVIÇOS DE SAÚDE	374	326
Nº DE ATENDIMENTOS	10271	11835

Das 11.835 pessoas que iniciaram o tratamento 47.03% pararam de fumar, sendo um bom resultado, pois a média de tentativas para parar de fumar por paciente é de aproximadamente 4 vezes.

### VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária consiste no conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Considerando a complexidade da descentralização dessas atividades, as equipes da Secretaria Estadual ainda mantêm um perfil de execução, mas têm-se empenhado em apoiar o desenvolvimento dos municípios nessa área. Assim, têm sido priorizadas atividades de capacitação de profissionais.

Diversas ações foram realizadas, envolvendo CRS e Municípios e coordenadas pela Divisão de Vigilância Sanitária do CEVS, salientando-se a seguir algumas das mais relevantes.

✓ Lançamento, em setembro, do **Plano de Contingência dos Mecanismos de Multiresistência nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde** - definido como uma ação conjunta para interromper a disseminação e propagação dos mecanismos de resistência microbiana nos pacientes entre os serviços de saúde nos Estado do Rio grande do Sul. Esse plano estabelece os procedimentos a serem adotados pelo serviço de saúde e órgãos envolvidos direta e indiretamente na resposta à ocorrência de eventos adversos, infecciosos em serviços de saúde.

✓ Realização do **Curso de Capacitação de Inspeção em Serviços de Terapia Renal Substitutiva- 2ª Turma**, ministrados para fiscais da Vigilância Sanitária de 50 municípios do Estado com carga horária de 40 horas, no Município de São Francisco de Paula/RS.

- ✓ **Curso de Processo Administrativo Sanitário**- ministrado para 60 fiscais da Vigilância Sanitária dos municípios da 15<sup>a</sup> CRS e 19<sup>a</sup> CRS no Município de Frederico Westphalen/RS
- ✓ **Curso de Boas Práticas de Fabricação de Alimentos**- ministrado para 40 fiscais da Vigilância Sanitária dos municípios da 5<sup>a</sup> CRS , no Município de Caxias do Sul/RS
- ✓ **Capacitação em Investigação Epidemiológica e Sanitária de Surto por Doença Transmitida por Alimento-DTA**- Este curso ocorreu em parceria com a Divisão de Vigilância Epidemiológica. O curso foi ministrado para fiscais da Vigilância Sanitária dos municípios da 9<sup>a</sup>, 16<sup>a</sup> e 18<sup>a</sup> CRS nos meses de setembro, novembro e dezembro, nos municípios de Cruz Alta, Lajeado e Osório/RS
- ✓ **Curso de Boas Práticas de Fabricação de Cosméticos e Saneantes** ministrado para fiscais da Vigilância Sanitária do Estado, dos municípios e PAF/ANVISA com carga horária de 24 horas, em Porto Alegre.
- ✓ **Curso de Formação e Atualização de Inspetores em Boas Práticas de Fabricação de Produtos para à Saúde** ministrados para 56 fiscais da Vigilância Sanitária do Estado, dos municípios e ANVISA com carga horária de 40 horas, em Porto Alegre.
- ✓ **Curso de Gestão em Vigilância Sanitária- O GVISA** tem como objetivo capacitar gestores e profissionais de saúde que atuam ou poderão vir a atuar como gestores de Vigilância Sanitária nas três esferas de Governo, considerando os princípios do SUS e as diretrizes estabelecidas no plano diretor de VISA-PDVISA e reconhecendo as diversidades do país em sua dinâmica loco-regional. Este curso é realizado em parceria com o Hospital Sirio-Libanês e conta com a presença de 40 alunos da Vigilância do Estado, dos municípios e dos Portos, Aeroportos e Fronteira/ ANVISA. Como produto é esperado um Projeto Aplicativo a ser desenvolvidos nas cidades sedes da Copa do Mundo.

O Núcleo de Educação, Saúde, Gestão e Planejamento/DVS/CEVS trabalhou na realização do VI Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária e II Simpósio Panamericano de Vigilância Sanitária- SIMBRAVISA promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) com o apoio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, da Secretaria Estadual da Saúde -RS e de diversas instituições de ensino, pesquisa e serviços no período de 26 a 30 de outubro de 2013 em Porto Alegre. A temática do Congresso foi: “Vigilância Sanitária: Desenvolvimento e Inclusão, Dilemas para a Regulação e Proteção da Saúde”. Participaram 130 servidores, de nível superior ou médio, da vigilância sanitária dos municípios, com pagamento de inscrições e hospedagem por parte do Estado do Rio Grande do Sul, publicada em Resolução CIB nº 345/13, e também servidores estaduais, além da presença dos vários outros Estados.

### **Projeto “Pequenos Vigilantes”**

Este relevante projeto, que já conta com a adesão de 137 municípios, tem como objetivo tornar as ações de Vigilância Sanitária conhecidas entre os escolares do ensino fundamental contribuindo para torná-los multiplicadores dos conceitos de Vigilância Sanitária. O município de Lindolfo Collor promoveu uma formatura de participantes do projeto.

## VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE

A Vigilância Ambiental em Saúde realiza um amplo espectro de ações na busca de identificar fatores de risco biológicos e não biológicos que possam afetar a saúde da população. As medidas de prevenção ou controle desses riscos são complexas e necessariamente intersetoriais, além de usualmente terem uma importante repercussão econômica. Trata-se de uma área de organização recente e na qual as ações de capacitação de equipes e instrumentalização do Sistema de Vigilância ainda constitui um dos principais eixos de trabalho.

Entre as grandes realizações da área no ano de 2013 está a descentralização do diagnóstico laboratorial do programa da água e da vigilância do *Aedes aegypti*, assim como a ampliação do financiamento de ações de saneamento visando à diminuição de risco sanitário em áreas vulneráveis.

### Vigilância da Qualidade da Água - VIGIAGUA

Utiliza o Sistema de Informação – SISAGUA – para o monitoramento da qualidade da água, a partir do cadastro das fontes de abastecimento, vigilância e controle laboratorial.

Além de atingir a meta proposta para o indicador pactuado, o Programa de Vigilância da Qualidade da água realizou muitas atividades, entre as quais salientam-se:

- ✓ reunião para discussão das ações do programa VIGIAGUA, com ênfase na discussão da Portaria MS nº 2914/2011, com a participação das 19CRSs, do LACEN e dos Municípios, convidados pela respectiva coordenadoria, em Santana do Livramento;
- ✓ elaboração e disponibilização na página da SES a 1ª edição do Boletim informativo do VIGIAGUA/RS;
- ✓ apresentação ao Setor de Alimentos da DVS, em reunião promovida com esse setor das 19 CRSs das minutas das Portarias referentes aos reservatórios de água potável, aos Caminhões Pipa e as Empresas, de tratamento e de controle da qualidade da água para consumo humano, para conhecimento e avaliação para posterior publicação em conjunto;
- ✓ elaboração, em conjunto com a Seção de Saúde Bucal da SES, da portaria para a legalização do sub programa do VIGIAGUA, o VIGIFLUOR/RS, para encaminhamento e publicação em conjunto;
- ✓ início da integração ao GAL (Gerenciamento de análise laboratorial) para obtenção dos resultados das análises de Fluoreto;
- ✓ promoção de parcerias com a Educação em Saúde nas Escolas e Comunidades do Estado visando à melhoria da qualidade da água para consumo humano;
- ✓ promoção do segundo encontro de integração com as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRSs), Coordenadorias Regionais de Educação (CREs) e os dezenove Municípios que implantaram o projeto pedagógico cultural Planetinha Saúde. O encontro proporcionou a discussão e avaliação do projeto oportunizando a apresentação das ações de educação em saúde pelos municípios;
- ✓ realização de reunião com a assessoria de Educação Ambiental da SEDUC, para reforçar a parceria no ano de 2014 nas ações entre saúde e educação;

- ✓ Apoio à ABES (Associação Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental-Seção RS) na organização e promoção da XII Semana Estadual da Água no Estado. Esse evento é uma das maiores ações de mobilização da sociedade em defesa da água no Rio Grande do Sul, atingindo a maioria dos municípios gaúchos;
- ✓ participação no SIMBRAVISA, em Porto Alegre, e no 27<sup>a</sup> Congresso de Engenharia Sanitária e Ambiental em Goiânia/GO;
- ✓ participação na Oficina Regional de Trabalho sobre a atuação do VIGIAGUA em Surto de Transmissão Hídrica, promovida pelo Ministério da Saúde, em Canela;
- ✓ participação como suplente da reunião mensal do Conselho de recursos Hídricos, coordenada pela SEMA, em Porto Alegre;
- ✓ apresentação da proposta de legalização do Programa VIGIFLUOR/RS no Conselho Estadual de Saúde;
- ✓ implantação do Programa Estadual de Melhoria da Qualidade da Água para Consumo Humano em municípios com situação de Risco à Saúde Humana, nos municípios de Araricá; Morrinhos do Sul, Herveiras e Santa Tereza. A meta é atingir trinta municípios prioritizados a partir de avaliação de risco, a partir de critérios estabelecidos pelo programa;
- ✓ realização de Inspeção Sanitária nos mananciais e nos pontos de captação da CORSAN, em Bento Gonçalves.

#### **Vigilância da Qualidade do Ar - VIGIAR:**

O Programa de Vigilância da Qualidade do ar realizou as seguintes atividades:

- ✓ Participação do VIGIAR/RS em Oficina para discussão do modelo de Unidades sentinelas do Programa Nacional do VigiAr, em Brasília
- ✓ representação da SES nas reuniões da Câmara Técnica Permanente de Recursos Atmosféricos e Poluição Veicular do CONSEMA;
- ✓ elaboração e divulgação semanal do Boletim Informativo do VIGIAR;
- ✓ realização de reunião de atualização e acompanhamento do VIGIAR entre o CEVS e o município de Porto Alegre;
- ✓ Realização da análise anual do Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR) para os 497 municípios do RS.

#### **VIGIPEQ:**

A Vigilância Ambiental tem buscado parcerias e participou de reuniões sobre resíduos sólidos na ABES/RS; (Congresso da ABES/RS em Goiânia-GO). Realizou ainda as atividades a seguir citadas, sempre com a intenção de identificar áreas de risco e desencadear ações, envolvendo os municípios e demais parcerias para controlá-los/minimizá-los,

- ✓ Finalização do texto, arte e layout da Cartilha de Prevenção da exposição aos Agrotóxicos; em conjunto com DVST e DVS
- ✓ Reuniões mensais do GT de Atenção à Saúde de Populações Expostas aos Contaminantes Ambientais no bairro de Barreto, Triunfo-RS, dando continuidade a construção do Protocolo Clínico;
- ✓ Participação no Congresso Brasileiro de Toxicologia, em Porto Alegre;

- ✓ Criação de fluxo integrado de notificação com o Centro de Informação Toxicológica-CIT de casos de intoxicação com agrotóxicos, incluindo repasse mensal de dados relativos a casos atendidos à CRS, com o objetivo de busca ativa e registro no SINAN de expostos a agrotóxicos;
- ✓ Elaboração de minuta da Portaria que Estabelece parâmetros adicionais de agrotóxicos ao padrão de potabilidade para substâncias químicas, no controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano no RS;
- ✓ Conclusão do Termo de Referência para contratação de Estudo Epidemiológico com objetivo de conhecer a incidência da intoxicação aguda dos trabalhadores rurais por agrotóxicos no RS.
- ✓ Participação na elaboração do Termo de Referência para a Contratação de Laboratório especializado para realização de análises complementares de parâmetros de resíduos de agrotóxicos, conforme realidade de uso no RS, necessárias à ação de vigilância da qualidade da água de sistemas de abastecimento de água, existentes no Estado.

### **PROSAN**

Este setor tem realizado ações de saneamento visando à diminuição de risco sanitário em áreas vulneráveis. Nesse sentido executou as atividades descritas a seguir:

- ✓ participação implantação do Programa de Melhorias da Qualidade da Água de Consumo Humano em Municípios de elevado Risco Hídrico, nos municípios de Morrinhos de Sul e Araricá;
- ✓ assessoria aos municípios na elaboração de Projetos de Sistema Simplificado de Abastecimento de Água, avaliando-se sua situação, visando ao repasse de recursos financeiros às Prefeituras Municipais;
- ✓ análise técnica e aprovação de 54 Projetos de Saneamento Básico (sistema simplificado de abastecimento de água e módulos sanitários), totalizando recurso de aproximadamente 3,5 milhões de reais, contemplando 29 municípios, melhorando as condições de saúde da população.

### **Núcleo dos Riscos Biológicos**

Este setor vem trabalhando junto às CRS e municípios na vigilância de espécies animais que atuam como vetores ou reservatórios de doenças que atingem o ser humano. Nesse sentido, salienta-se o desenvolvimento de capacitações voltadas a profissionais de municípios e Coordenadorias Regionais de Saúde.

Constitui grande avanço a descentralização de laboratórios de entomologia que foi pactuada na CIB, tendo sido feitos cinco treinamentos visando à implantação desses laboratórios em 80 municípios.

Também foi aplicado em nove Regionais de Saúde o Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose e Geo-helmintoses envolvendo escolares de dezenas de municípios.



### **Programa Estadual de Vigilância do *Aedes Aegypti***

Para discussão e avaliação das ações de vigilância, buscando a qualificação do Programa Estadual da Dengue foi realizada a II Reunião Anual com as Coordenadorias Regionais de Saúde e também, durante o ano de 2013, implantado em todos os municípios o novo Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SisPNCD).

Buscando-se ampliar a descentralização das atividades de identificação de vetores da dengue, em maio de 2013, através da Resolução Nº 190/13 – CIB/RS, foi definida a implantação de uma rede de laboratórios de Entomologia Municipais e Microrregionais, sob coordenação conjunta do Instituto de Pesquisas Biológicas/Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (IPB-LACEN/RS) e do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS).

A referida Resolução fortalece o município como instância executora de ações de baixa complexidade, entre elas a realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde. Para isso, criou incentivos financeiros diferenciados para laboratórios municipais e microrregionais de entomologia, com a finalidade de garantir a adequação de área física e a aquisição de materiais e equipamentos necessários, contemplando também as unidades laboratoriais já existentes.

A Rede de Laboratórios de Entomologia foi ampliada de 25 laboratórios em 2002, para 90 laboratórios até dezembro de 2013. Destes, 74 são municipais e intermunicipais e 16 regionais.

Buscando contemplar as diferenças regionais quanto ao comportamento do vetor *Aedes aegypti*, realizou-se no mês de novembro, em Porto Alegre, a Reunião para discussão de Estratégias Operacionais de Prevenção e Controle da Dengue para Municípios com Baixa Infestação. Participaram técnicos do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias municipais das capitais dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná.

No mesmo mês, em Santana do Livramento, o Ministério da Saúde promoveu discussão de ações de prevenção da dengue nas Regiões de Fronteira, com representantes do RS, Argentina e Uruguai.

### **Núcleo de Eventos Ambientais Adversos à Saúde- NEAAS**

O trabalho nesta área visa sempre a promover a capacidade de resposta intersetorial a eventos ambientais que afetem a saúde da população. Nesse sentido, houve participação da equipe em várias instâncias:

- ✓ na Organização e Realização de Simulado de Acidente com Produto Perigoso promovido pela Concepa e Brasken, com o apoio da Comissão Estadual de Prevenção, Preparação e Resposta Rápida em Acidentes com Produtos Perigosos – CEP2R2, que é presidida pela Defesa Civil e da qual a SES é membro;
- ✓ no 5º Seminário Nacional de Saúde em Desastres
- ✓ nas Reuniões do CONSEMA e das reuniões da Câmara Técnica de Resíduos Sólidos, nas quais o NEAAS representa a SES.
- ✓ nas reuniões do Comitê de Gestão da Transversalidade das Ações de Combate aos Crimes de Abigeato e Abate Irregular de Animais
- ✓ na Promoção e coordenação das reuniões do Comitê Estadual de Saúde em Desastres

- ✓ nas reuniões da Comissão Estadual de Prevenção, Preparação e Resposta Rápida em Acidentes com Produtos Perigosos – CEP2R2
- ✓ na Adequação do Projeto de Construção da Unidade de Armazenamento, Processamento e Distribuição de Praguicidas, em atendimento às disposições da Secretaria de Obras Públicas, Irrigação e Planejamento Urbano
- ✓ na Elaboração de Projeto de Capacitação da Resposta a Acidentes com Produtos Perigosos, no trecho entre o Pólo Petroquímico e Porto Alegre, nos itens referentes ao setor saúde, encaminhado pela CEP2R2 ao Ministério do Meio Ambiente
- ✓ na elaboração do Plano Estadual de Contingência da Saúde para Desastres
- ✓ nas reuniões preparatórias para a COPA 2014, nos aspectos referentes a resposta em situações de desastres
- ✓ na emissão de alertas de ameaça de desastre por eventos climáticos extremos em 7 situações para as coordenadorias regionais de saúde potencialmente atingidas, juntamente com orientações para a atuação.
- ✓ no monitoramento da situação de desastre e apoio às ações das SMSs e CRSs, que resultaram em 117 situações de emergência nos municípios atingidos, orientando-se para a solicitação de recursos e apoiando-se o encaminhamento de demandas.

### **VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

Deve-se salientar o co-financiamento estadual da área e a preparação da próxima Conferência de Saúde do Trabalhador.

Foram investidos, pelo Governo do Estado recursos do Tesouro no montante de R\$ 6.012.002,41, empenhado e liquidado com as seguintes finalidades:

- ✓ R\$ 1.497.002,41 para construção do CEREST- Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador no município de Santa Rosa;
- ✓ R\$ 4.515.000,00 para custeio dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador sediados nos municípios de Alegrete, Canoas, Caxias do Sul, Erechim, Ijuí, Palmeira das Missões, Pelotas, Santa Cruz do Sul, Santa Maria e Santa Rosa.

Dos recursos da RENAST, R\$ 870.633,81 foram aplicados na realização das ações de Saúde do Trabalhador, entre as quais a implantação de quatro serviços especializados nos municípios de Ametista do Sul, Gravataí, Santa Rosa e Santo Ângelo.

### **Conferência de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**

Desde 2005, portanto há 9 anos, não ocorria Conferência de Saúde do Trabalhador. Considerando esta situação o Ministério da Saúde, em 20 de novembro de 2013, publica a Portaria MS nº 2.808, que convoca a Quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, tendo como tema central: Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado.

A resolução Nº 494, de 27 de Novembro de 2013, do Conselho Nacional de Saúde-CNS, aprovou o Regimento Interno da Conferência.

Em 30 de dezembro de 2013, o Governo do Estado do Rio Grande do Sul publicou o Decreto nº 51.094 que convoca a 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 3ª CEST/RS.

As Conferências ocorrerão nas 7 Macrorregiões, além da Estadual, nas seguintes datas e locais:

- ✓ 21 e 22 de março maio em Caxias do Sul, Macrorregião Serra;
- ✓ 28 e 29 de março maio em Pelotas, Macrorregião Sul;
- ✓ 11 e 12 de abril em Santa Maria, Macrorregião Centro-Oeste;
- ✓ 25 e 26 de abril em Porto Alegre, Macrorregião Metropolitana;
- ✓ 09 e 10 de maio em Santa Cruz do Sul, Macrorregião dos Vales;
- ✓ 16 e 17 de maio em Santa Rosa, Macrorregião Missioneira;
- ✓ 23 e 24 de maio em Passo Fundo; Macrorregião Norte;
- ✓ e de 05 a 07 de junho em Porto Alegre, a Conferência Estadual.

Outras atividades realizadas na área de Saúde do Trabalhador merecem destaque:

- ✓ inauguração do CEREST Vale do Sinos, em Canoas em setembro;
- ✓ inauguração do CEREST Região Fronteira Noroeste, em Santa Rosa em novembro;
- ✓ consultoria técnica ao CEREST Santa Maria nos eventos relacionados à descontaminação da área da Boate Kiss, após incêndio ocorrido em janeiro de 2013.

### **Comentários complementares às Ações:**

**Ação 1.** Implementar a Rede de Unidades Sentinela de Vigilância Hospitalar. Parcialmente realizado. Prevista ampliação de Unidades de Vigilância Hospitalar para 2013 e 2014 a fim de alcançar uma Unidade em cada Região de Saúde. Atualmente há 11 Unidades implantadas.

**Ação 2.** Elaborar protocolo em regulação/contratualização da rede com participação da Vigilância em Saúde. Iniciado trabalho conjunto da Vigilância Sanitária e áreas da Saúde da Criança, Regulação e Auditoria, com análise integrada da situação do atendimento em UTIs neonatais e desenvolvimento de plano de ação em relação a esse segmento. Iniciado também projeto de atuação integrada da Vigilância em Saúde e Assistência na elaboração da Política Estadual para Assistência Hospitalar

**Ação 3.** Integrar os agentes de controle de endemias às Equipes de ESF. Atividades de integração entre a Vigilância e a Atenção Básica foram intensificadas, especialmente no processo de discussão das redes de Atenção. Entretanto, ainda não ocorreu a sistematização das mesmas, sob forma de Projeto que possa fomentar essa integração no nível municipal. As experiências em municípios vêm ocorrendo ainda isoladamente.

**Ação 4.** Integrar os territórios de controle de endemia aos territórios da ESF (município). Esta ação faz parte do Projeto Piloto elaborado e em implantação, no âmbito da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, município de Tucunduva.

**Ação 5.** Implantar e implementar serviço de verificação de óbito. Através de Termo de Cooperação Técnica com o Departamento Médico Legal a obra foi finalizada. Processos de compra de equipamentos foram realizados. Dificuldades relativas à contratação de equipe vêm sendo enfrentadas. Foi retomada busca de solução para esse problema através de cooperação com Instituição de Ensino.

**Ação 6.** Identificar e digitalizar em mapa riscos e agravos ambientais. O projeto ainda não pôde ser desenvolvido. Sua execução deverá ser viabilizada com aporte de profissionais com formação adequada, através de concurso previsto para 2014/2015. Além disso, mudanças nos Sistemas de Informação de Base Nacional interromperam o projeto.

**Ação 7.** Elaborar Política de Educação Permanente em Vigilância em Saúde de forma integrada com a Escola de Saúde Pública (ESP) e outras áreas da SES. Deverá ser desenvolvida no contexto das discussões do Plano Diretor de Vigilância em Saúde e do Projeto de Integração com Atenção Básica. Ingresso de novos profissionais, assim como a de estabelecimento de Cooperação Técnica com a Organização PanAmericana da Saúde são fundamentais para viabilizar a ação.

**Ação 8.** Ampliar os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Em 2013 foram inaugurados dois CERESTs: CEREST Vale do Sinos, em Canoas (em setembro) e CEREST Região Fronteira Noroeste, em Santa Rosa (novembro).

**Ação 9.** Qualificar a informação sobre morbidade, mortalidade e acidentalidade no trânsito, com a produção anual de relatórios, com base no SIM e SIH. Projeto em fase de elaboração, enfrentando dificuldades especialmente pela dificuldade de recursos humanos.

**Ação 10.** Produzir bianualmente Inquérito sobre Acidentes e Violências. O inquérito é realizado na Capital, com apoio do Estado, e está previsto para setembro de 2014.

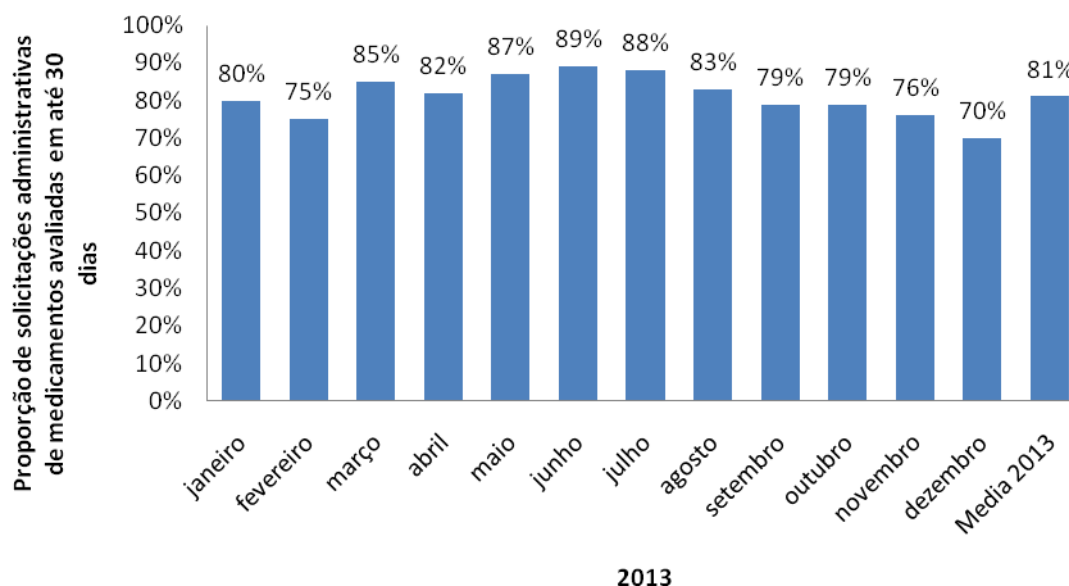
**Ação 11.** Constituir grupo de estudo, planejamento e intervenção, reunindo o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) e o Departamento de Ações em Saúde (DAS), e integrado ao Comitê Estadual de Mobilização pela Segurança no Trânsito. Comitê em pleno funcionamento, com participação de vários órgãos de governo.

**Ação 12.** 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. As ações estão sendo realizadas, entretanto, necessitam ainda maior aperfeiçoamento e integração para a plena implantação e qualificação da Rede de Atenção a esses agravos.

#### OBJETIVO 4: Ampliar e Qualificar a Assistência Farmacêutica

##### ➤ Indicadores de Monitoramento

- Indicador 06 (RS) - Proporção de solicitações administrativas de medicamentos avaliadas em até 30 dias.

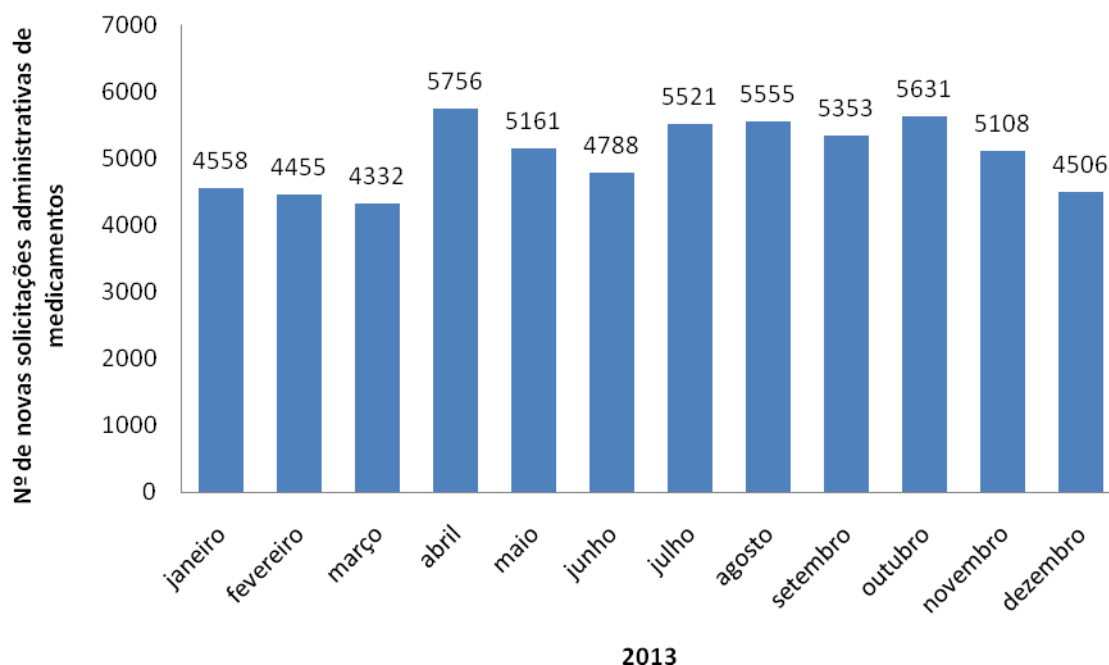


Percentual de solicitações administrativas de medicamentos dos avaliados em até 30 dias nos meses de janeiro a dezembro de 2013.

Este indicador mede a agilidade no atendimento da população residente em um município, região ou estado às solicitações administrativas de medicamentos.

A série histórica do indicador, considerando os 12 meses do ano de 2013, foi calculada para o conjunto de dados do Estado. No mês de janeiro iniciou-se com 80% de solicitações administrativas de medicamentos avaliadas em até 30 dias. Esse valor aumentou até a metade do ano, atingindo 89% no mês de junho. A partir de julho houve queda, chegando a 70% em dezembro, atingindo-se uma média anual de 81%.

**Número de novas solicitações administrativas de medicamentos entre janeiro e dezembro de 2013.**



Pode-se destacar, através do gráfico acima, que a tendência de queda e/ou estabilização da proporção de solicitações administrativas de medicamentos avaliadas em até 30 dias no segundo semestre de 2013 é acompanhada de um aumento do número de novas solicitações a cada mês. Desta forma, embora tenha havido um aumento do quadro de avaliadores da CPAF (Coordenação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica) a partir de julho de 2012, a capacidade de avaliação foi reprimida pelo aumento das solicitações no último ano. As solicitações passaram de 4788 (junho) para 5.631 (outubro), um aumento de 18%.

Para atingir as metas pactuadas para este indicador, as ações no estado estarão direcionadas para ampliação do acesso aos medicamentos, como por exemplo a otimização dos fluxos administrativos de tramitação de expedientes, incluindo a capacitação do quadro funcional nas unidades dispensadoras de medicamentos, Coordenadorias Regionais de Saúde, bem como ampliação e treinamento do quadro funcional de avaliação técnica de solicitações administrativas de medicamentos.

➤ **Dados de Produção**

**PRODUÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR SUBGRUPO DE PROCEDIMENTO  
E ANO DE ATENDIMENTO NO RS PERÍODO DE 2009 A 2013**

Ano de Atendimento	QUANTIDADE APROVADA			VALOR APROVADO		
	0601 Medicamento de Dispensação Excepcional	0604 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	Total	0601 Medicamento de Dispensação Excepcional	0604 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	Total
2009	33.551.324	0	33.551.324	87.041.006,17	0,00	87.041.006,17
2010	5.913.879	23.861.060	29.774.939	16.041.161,02	48.539.982,36	64.581.143,38
2011	0	30.498.583	30.498.583	0,00	32.474.177,68	32.474.177,68
2012	0	31.959.304	31.959.304	0,00	25.871.694,68	25.871.694,68
2013	0	20.874.887	20.874.887	0,00	17.566.151,42	17.566.151,42
<b>Total</b>	<b>39.465.203</b>	<b>107.193.834</b>	<b>146.659.037</b>	<b>103.082.167,19</b>	<b>124.452.006,14</b>	<b>227.534.173,33</b>

Fonte: MS/DATASUS/TABWIN

A Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul realizou o processamento das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC) dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, dispensados no período de Agosto a Dezembro de 2013, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 1554/2013 publicada em 31 de julho de 2013. Verificamos que o faturamento referente às dispensações aos usuários residentes na região metropolitana de Porto Alegre (CNES nº 2792907), deste período, foi objeto de glosa realizada automaticamente pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). O servidor cadastrado sob o CNES nº 898001148426223, registrado como autorizador das APACS no referido CNES, é profissional administrador de empresas. Por não ser esta uma ocupação da área da saúde, ocorreu a glosa automática no SIA. Ocorre que no Art. 34 da PT GM/MS nº 1554/2013 define-se que o autorizador será um profissional de nível superior completo, preferencialmente da área da saúde. Considerando os fatos acima relatados, a SES contactou a área técnica de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, comprovou a realização de tais procedimentos que geraram as APACs nestes meses e solicitou oficialmente o ressarcimento destas à SES pelo Ministério da Saúde. O valor total a ser ressarcido é de R\$ 5.734.992,16 e deve ser adicionado ao valor total de 17.566.151,42 aprovado para o ano de 2013.

➤ **Demais realizações**

**Evento de capacitação para servidores da Assistência Farmacêutica (AF) das CRSs**

Nos dias 3 e 4 de setembro de 2013 realizamos um evento de capacitação técnica com farmacêuticos e demais servidores da AF das CRSs. A programação do evento contemplou a atualização de normas e estabelecimento de fluxos relacionados ao gerenciamento dos componentes básico, estratégico e especializado da AF e ao atendimento das demandas judiciais de medicamentos. Participaram representantes de 18 das 19 CRSs.

**Seminário Qualifar-SUS**

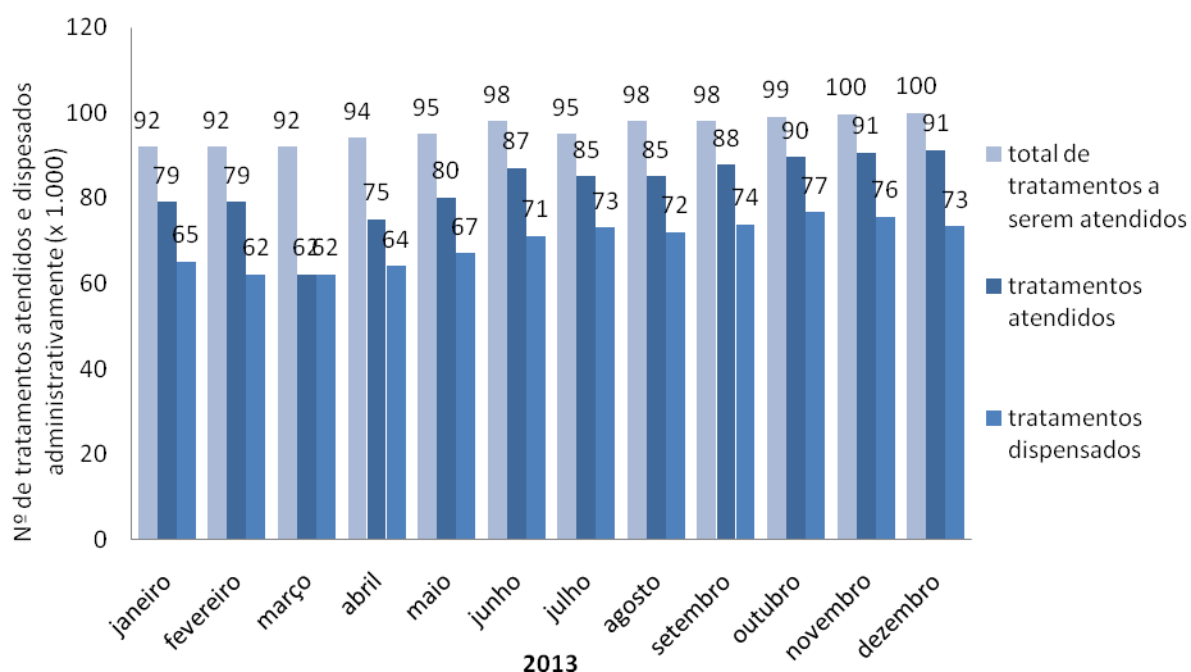
Foi realizado apoio ao Ministério da Saúde para realização do seminário intitulado “Integração do Qualifar-SUS com Projetos Estruturantes visando fortalecer as Redes de Atenção à saúde e a qualificação dos serviços farmacêuticos”. Este foi realizado no dia 10 de Novembro de 2013 e contou com a presença dos representantes da Assistência farmacêutica dos 22 municípios participantes do programa QUALISUS- REDE além dos Coordenadores do Projeto no Ministério da Saúde.

**Demanda Administrativa:**

No ano de 2013 foram dispensados a 70 mil usuários em média, 835 mil tratamentos pela via administrativa (tratamentos dispensados), de um total de 1153 milhão de tratamentos solicitados (total de tratamentos a serem atendidos). De janeiro a dezembro de 2013 o número de usuários de medicamentos via administrativa passou de 66 mil para 74 mil, com média de 1,4 medicamento (tratamento solicitado) por usuário.

Do total de tratamentos a serem atendidos no ano de 2013 (1153 milhão), 991 mil tratamentos solicitados foram colocados à disposição dos usuários nos municípios (tratamentos atendidos). A diferença de 16,3% entre os tratamentos disponibilizados e os dispensados (entregues) aos usuários corresponde às situações em que o medicamento está disponível na farmácia do município, mas que por algum motivo o usuário não foi buscá-lo conforme gráfico abaixo.



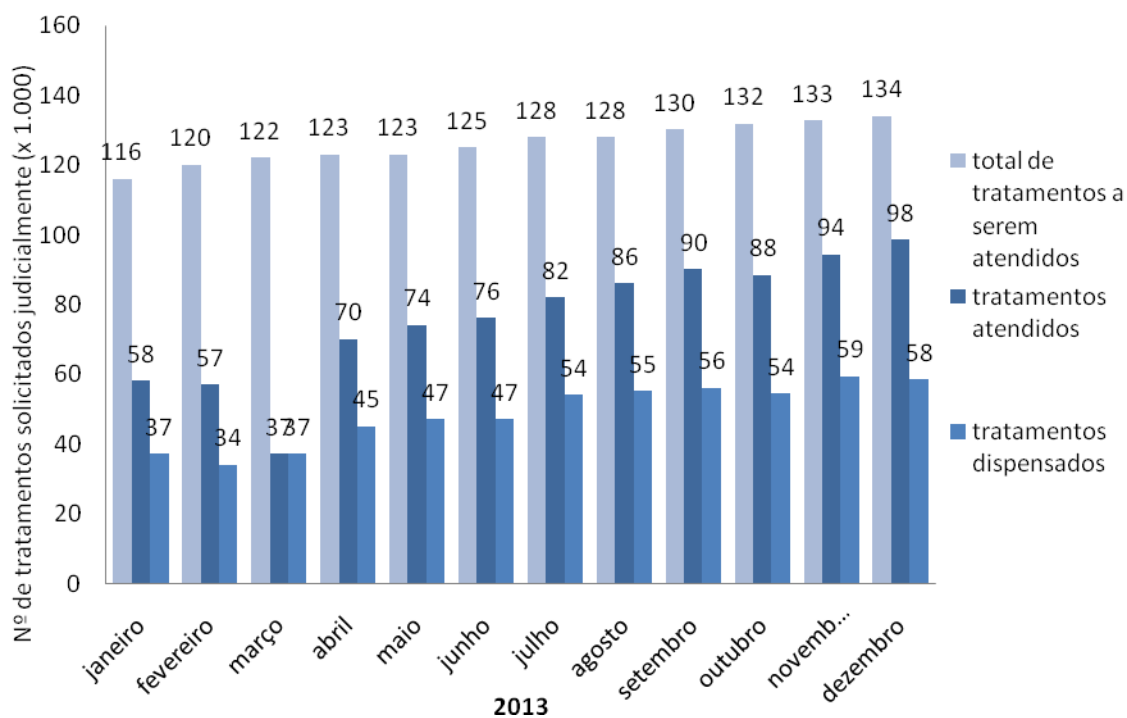


Número de tratamentos (medicamentos) atendidos e dispensados por via administrativa em 2013 em milhares.

#### **Demanda Judicial:**

No ano de 2013 foram dispensados a uma média de 56 mil usuários, 584 mil tratamentos (tratamentos dispensados) de um total de 1513 milhão de tratamentos solicitados (total tratamentos a serem atendidos). O número de usuários de medicamentos via judicial passou de 51 mil para 61mil, com média de 2,2 medicamentos (tratamento solicitado) por usuário.

Do total de tratamentos a serem atendidos (1513 milhão), 911 mil solicitações de medicamentos foram colocadas à disposição dos usuários nos municípios (tratamentos atendidos), no entanto somente 64,1% dos tratamentos foram retirados pelos solicitantes, embora os medicamentos estivessem disponíveis nas farmácias conforme gráfico abaixo.



Número de tratamentos (medicamentos) atendidos e dispensados por via judicial em 2013 em milhares.

O número de solicitações judiciais de medicamentos (tratamentos) atendidas apresentou um crescimento importante ao longo de 2013, partindo de 58.000 em janeiro e chegando a 98.000 em dezembro de 2013.

Foi realizado encaminhamento a partir de novembro/2013, ao Judiciário, Procuradoria Geral do Estado, Assessoria Jurídica da Secretaria Estadual da Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, da relação de usuários autores de ações judiciais de medicamentos, que possuem estoque disponível e regular sem retirada nos últimos noventa dias, para possibilitar a higienização do sistema e aproveitamento do estoque disponibilizado, antes do seu vencimento.

**OBJETIVO 5: Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado**
**➤ PROJETO ESTRATÉGICO: REDE CEGONHA/PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR (PIM)**

A adequada atenção ao pré-natal, parto, puerpério e primeiros anos de vida tem como principal objetivo garantir o acompanhamento precoce à gestante, assegurando, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e infantil. Tendo em vista a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha e a resolução nº01/2011, de 30 de setembro de 2011, do Grupo Condutor da Rede Cegonha / Rede Chimarrão no Rio Grande do Sul, a implementação da Rede Cegonha do Estado do Rio Grande do Sul iniciou-se de acordo com o planejamento do Ministério da Saúde através das resoluções de CIB 408/2011 que aprova Rede Cegonha Estadual e CIB 444/2011 que aprova o Grupo Condutor Estadual. O Plano de Ação Regional do Estado do Rio Grande do Sul deve ser traduzido em Planos de Ações Municipais e expresso na Programação Pactuada e Integrada do Estado e dos Municípios. Desde o início do ano de 2011 a Secretaria Estadual de Saúde (SES) vem trabalhando junto com seu Departamento de Ações em Saúde na construção da Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Estado, tendo como ponto de partida a discussão da Rede Cegonha. No Rio Grande do Sul a estratégia de implantação da Rede Cegonha (RC) foi associada ao Programa Primeira Infância Melhor (PIM), constituindo-se em uma das primeiras discussões de redes de atenção à saúde no ano de 2011 e 2012 com um olhar regional – as Redes Chimarrão. No estado, a principal “mudança” está no modelo de atenção aos usuários, que consiste no fortalecimento da Atenção Básica e fomento ao protagonismo do usuário do sistema construção das ações. Juntamente à Rede Chimarrão (RC+PIM), a SES/RS lançou planos de investimento na construção de uma atenção mais qualificada às gestantes, o que determinou o investimento nos Ambulatórios de Gestantes de Alto Risco (AGAR).

<b>Dados Projeto Estratégico Rede Cegonha - PIM</b>	<b>Número</b>
Ambulatórios Habilitados na Rede Cegonha	4
Municípios aderidos a Rede Cegonha	426
Gestantes no Pré-natal de Alto Risco Atendidas	Sem registro para avaliação no momento
Gestantes no Pré-natal de Risco Habitual Atendidas	Aprox. 100mil gest/ano
Leitos Neonatais na Rede Cegonha Habilitados	Processos em andamento- estado, Portaria MS 1300, da reabilitação, prorrogada para nov/2014.
Leitos Obstétricos na Macrorregião Metropolitana Habilitados	Processos em andamento, a Prazo MS maio/2014 segundo portaria MS 1020/2013

A proposta de qualificação da atenção à saúde da mulher envolve:

- Implementação da Rede Cegonha / Rede Chimarrão
- Construção coletiva da linha de cuidado do ciclo gravídico – puerperal e da criança
- Implantação dos Ambulatórios de Gestantes de Alto Risco em todo Estado
- Pactuação e incentivo do estado a maior número de consultas
- Manutenção do Comitê Estadual de Mortalidade Materna (CEMM)
- Associar o CEMM com auditoria
- Incentivo ao plantão presencial da equipe médica em maternidade
- Habilitação e qualificação de serviços de Gestante de Alto Risco e cuidado contínuo do recém nascido.

### ➤ Indicadores de Monitoramento

Indicador 20	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Resultado Anual	Meta Anual	ICM Anual
Proporção de partos normais	35,59%*	35,59%		37,40	45%	83,11%

A meta para redução de cesáreas, no geral para o estado, é de 10% ao ano. Estamos qualificando profissionais, sensibilizando para o tema o que deve ser assumido por todo território. A mudança do modelo assistencial proposta pela rede cegonha não está traduzida ainda na redução das “boas práticas” e cesáreas.

Indicador 21	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Resultado Anual	Meta Anual	ICM Anual
Proporção de número de mães com no mínimo 7 consultas de pré natal	71,64%	70,75%	*	71,98	73%	98,60%

Considerando a dificuldade com a implementação do SISPN web, a meta foi muito próxima a desejada. Os cadastros no sispn ainda não traduzem na íntegra a realidade do acompanhamento de PN.

- Indicador 22 - Número de testes de sífilis por gestante Resultado 2013: 0,02409

O indicador testes de sífilis por gestante considera o número total de exames realizados, sem distinguir o tipo de exame (VDRL e teste rápido). As fontes para consulta destas informações são o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), porém observa-se que estas informações não vêm sendo preenchidas adequadamente pelos serviços, mas fazem parte da assistência à gestante. O estado através das Coordenações de DST/Aids e Atenção Básica tem trabalhado na orientação dos profissionais quanto ao preenchimento do SIASUS e SIHSUS, porém os resultados ainda são muito frágeis.

Sabe-se que os municípios estão ampliando a implantação dos testes rápido de HIV e Sífilis na Atenção Básica e um dos públicos-alvo desta testagem são a gestantes e seus parceiros. Houve um incremento grande na distribuição destes insumos em 2013.

O registro para o teste rápido da sífilis 2013 em gestante pelo SISPN WEB é de 2294 exames, para um SINASC de 136000 preliminar.

Durante o ano de 2013, devido as dificuldades do SISPRENATALWEB a Seção de Saúde da Mulher implantou e capacitou os municípios para o sistema, ainda não sendo disponibilizados os registros em todos os municípios. Espera-se no ano de 2014 qualificar o dado.

<b>Indicador 23</b>	<b>Resultado 1º Quadrimestre</b>	<b>Resultado 2º Quadrimestre</b>	<b>Resultado 3º Quadrimestre</b>	<b>Resultado Anual</b>	<b>Meta Anual</b>	<b>ICM Anual</b>
Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência	17	21	16	54	70	122,85%

Estamos com número de óbitos significativamente inferior ao de 2012, é o menor, desde que o indicador começou a ser contabilizado. Espera-se incentivo de ações na qualificação do pré-natal, parto e nascimento e puerpério para melhorar ainda mais os números atuais.

<b>Indicador 26</b>	<b>Resultado 1º Quadrimestre</b>	<b>Resultado 2º Quadrimestre</b>	<b>Resultado 3º Quadrimestre</b>	<b>Resultado Anual</b>	<b>Meta Anual</b>	<b>ICM Anual</b>
<i>Proporção</i> de óbitos maternos investigados	100%	75%	100%	87,5%	100%	87,5%

A investigação dos óbitos vem melhorando, mas precisamos de um esforço das regionais para que estas investigações sejam feitas em tempo oportuno.

<b>Indicador 27</b>	<b>Resultado 1º Quadrimestre</b>	<b>Resultado 2º Quadrimestre</b>	<b>Resultado 3º Quadrimestre</b>	<b>Resultado Anual</b>	<b>Meta Anual</b>	<b>ICM Anual</b>
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	75%	60%	84,1%	72,20%	90%	80,22%

Os municípios e CRS seguem investigando e digitando os óbitos faltantes. Estamos estimulando e o percentual vem aumentando a cada dia. É fundamental reforçar a importância de que estas investigações sejam feitas em tempo oportuno.

Quanto às ações específicas desenvolvidas pela da Saúde da Mulher, a RESOLUÇÃO Nº 065/09-CIB/RS, trata especificamente das investigações de óbitos fetais (ObF) no estado. As ações específicas são:

- Solicitação de especial atenção das regionais para a investigação dos ObF nas reuniões do comitê estadual de investigação de mortalidade Fetal, Materna, Infantil.

- Criação de grupo para troca de e-mails entre os responsáveis pela investigação dos ObF nas regionais e a SSM-SES.

- Avaliação dos dados das investigações de ObF no SIM federal, solicitando complementação de dados dos comitês sempre que necessário.

- Participação na discussão da criação de campanha, promovida pela AMRIGS (Associação Médica do RS), intitulada TEM FIM - Todos Enfrentando a Mortalidade Fetal, Infantil e Materna.

- Contatos com a comunidade científica para avaliação de métodos atuais de prevenção e diagnóstico precoce de patologias materno-fetais que provocam aumento de morbi-mortalidade perinatal e materna. A partir deste trabalho, este conhecimento poderá ser transformado em ações para redução de mortalidade no RS.

<b>Indicador 28</b>	<b>Resultado 1º quad</b>	<b>Resultado 2º quad</b>	<b>Resultado 3º quad</b>	<b>Meta 2013</b>	<b>Resultado Alcançado</b>
Nº de casos novos de sífilis congênita em > de 1 ano	327	309	264	839	900

Fonte: SINAN. Acesso em 17 de fevereiro, 2014.

- Indicador 28 - número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade

**Nº de Casos de Sífilis Congênita por Ano e Quadrimestre de Diagnóstico, RS, 2011 a 2013**

Ano Diagnóstico	2011	%	2012	%	2013	%
1º Quadrimestre	213	35,0	231	30,6	327	36,3
2º Quadrimestre	210	34,5	265	35,1	309	34,3
3º Quadrimestre	186	30,5	260	34,4	264	29,3
<b>Total</b>	<b>609</b>		<b>756</b>		<b>900</b>	
<b>Mãe Realizou Pré-natal</b>						
Sim	459	75,4	555	73,4	672	74,7
Não	137	22,5	173	22,9	197	21,9
Ign/Branco	13	2,1	28	3,7	31	3,4
<b>Total</b>	<b>609</b>		<b>756</b>		<b>900</b>	
<b>Tratamento Parceiro</b>						
Sim	60	9,9	77	10,2	123	13,7
Não	317	52,1	388	51,3	424	47,1
Ign/Branco	232	38,1	291	38,5	353	39,2
<b>Total</b>	<b>609</b>		<b>756</b>		<b>900</b>	
<b>Evolução</b>						
Vivo	522	90,5	660	91,4	821	94,6
Óbito pelo agravo notificado	19	3,3	35	4,8	18	2,1
Óbito por outra causa	8	1,4	4	0,6	5	0,6
Ign/Branco	28	4,9	23	3,2	24	2,8
<b>Total</b>	<b>577</b>		<b>722</b>		<b>868</b>	

Fonte: SINAN. Acesso em 17 de fevereiro, 2014  
Diagnóstico Final Excluído Descartados/em Branco

A meta estabelecida pela coordenação de DST/Aids para este indicador para o ano de 2013 foi de 839 casos. Nesta situação, houve um decréscimo de 7,3% conforme consta na tabela abaixo.

É um indicador de alta relevância, pois expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e durante o parto.

O Rio Grande do Sul apresentou 900 casos de sífilis congênita em 2013. Os casos vem aumentando ano a ano no estado. Observa-se que 74,7% das gestantes realizaram pré-natal, demonstrando a necessidade de qualificação do PN no Rio Grande do Sul. Porém, 21,9% não realizaram acompanhamento PN e em 3,4% a informação sobre realização do PN é ignorada, demonstrando a dificuldade de acesso das gestantes aos serviços de saúde. Cabe destacar, no que se refere a sífilis congênita, o NÃO tratamento do parceiro em 47,1% dos casos notificados e em 39,2% dos casos notificados a informação do tratamento do parceiro consta como ignorada, totalizando 86,3% dos casos de sífilis congênita. O não tratamento do parceiro ou o desconhecimento de presença de tratamento indicam a necessidade de mudança de postura nos serviços frente ao parceiro. A prevenção da sífilis precisa ser abordada junto a população masculina nos serviços de saúde. A oportunidade de testagem (TR ou exame laboratorial) nunca deve ser perdida, podendo ser incluída no rol de exames de rotina e check up. Verifica-se a necessidade de ações conjuntas entre diversas políticas, tais como: Saúde da Mulher, Saúde do Homem e Atenção Básica no que se refere a ações de prevenção e tratamento da sífilis no homem, durante o pré-natal, para que o parceiro seja chamado a participar.

As unidades básicas devem seguir oportunizando o teste, todavia é necessário o seguimento destas usuárias no que diz respeito a tratamento adequado da gestante e companheiro e acompanhamento de titulação do VDRL mensalmente.

Neste sentido, a Seção de Saúde da Mulher(SSM) realizará o monitoramento do acompanhamento pré-natal de gestantes junto as regionais, seguimento de caso e discussão do seguimento e desfecho junto ao Comitê Estadual de enfrentamento ao óbito fetal, infantil e materno. As ações propostas pela SSM para serem desenvolvidas com o objetivo de qualificação e alcance de metas são:

- Comitê para redução da mortalidade materna, infantil e fetal, reunião mensal com discussão de óbitos ocorridos nas regionais e discussão de ações as demandas.
- Participação no Subcomitê Nacional de Mortalidade Materna – discussão das fichas de investigação de óbito materno junto ao Ministério da Saúde
- Implementação da rede cegonha estadual. Avaliação de leitos para qualificação e habilitação do cuidado materno-infantil nas maternidades do estado.
- Implantação de novos ambulatórios para gestação de alto risco
- Discussão da política estadual dos Hospitais de menor porte com o objetivo de regionalização do parto e nascimento, priorizando qualificação da equipe materno-infantil para redução da prática de cesáreas eletivas sem indicação obstétrica e redução da morbimortalidade materna-infantil.
- Preparação, programação e sensibilização para o fórum da mulher/PIM em novembro/2013 em Santa Maria para discussão da política da mulher e fórum perinatal.
- Capacitação Regional e Municipal para SISPN-web e SISCAN, para qualificação dos sistemas de informação para os programas de pré-natal, câncer de colo e mama.
- Capacitação para visitantes do PIM para qualificação de visitantes para a rede cegonha.
- Participação em: Seminário da Amamentação-RS, Seminário da Saúde da População Negra e Encontro de Macros
- Videoconferência com exm. sr. Ministro da Saúde e área técnica da Saúde da Mulher, Atenção Básica e DST/AIDS, mensalmente.
- Parceria com ESP, MS e Escola GHC para curso de formadores de capacitação para prevenção do câncer de colo e mama.
- Construção do fluxo diagnóstico para câncer de colo e mama e criação de incentivo estadual para este diagnóstico. Para mama Unirmama CIB 501/2013.
- Curso de aprimoramento da investigação de óbitos materno-infantil e fetal – EAD FIOCRUZ.

O DAS/SES/SC DST/Aids mantém o acompanhamento sistemático das ações de prevenção da TV através da análise dos relatórios enviados pelas maternidades do Estado, referentes à testagem rápida de HIV e realização do exame de VDRL, com ênfase na realização do teste em 100% das parturientes, independente do número e data dos exames realizados durante o pré-natal. No primeiro quadrimestre de 2013, a cobertura de testagem rápida de HIV nas maternidades do estado com atendimento pelo SUS ficou em 98,8% e a cobertura de VDRL ficou em 94,7%. No que diz respeito aos partos realizados em serviços conveniados, a cobertura de testagem rápida de HIV foi de 69,3% e do VDRL 77,7 %. No mesmo período, a cobertura de testagem rápida de HIV nos abortos que foram atendidos pelo SUS e por serviços conveniados ficou em 41% e do VDRL 33,2%.



Já no segundo quadrimestre a porcentagem de testes rápidos HIV realizados nas maternidades com atendimento pelo SUS foi de 79,3% e do VDRL 72,5%. Os serviços conveniados realizaram 88,5% de testes rápidos HIV e 77,8% de VDRL nos partos ocorridos. Com relação aos abortos do período, a cobertura de testagem rápida de HIV, somando-se as maternidades que atendem SUS e convênio ficou em 53,2% e Do VDRL ficou em 45,4.

Por fim, no último quadrimestre de 2013 a cobertura de testagem rápida de HIV foi de 85,1% e do VDRL 100% nos serviços com atendimento pelo SUS. Nos partos que ocorreram em serviços conveniados a porcentagem de testes rápidos de HIV realizados foi de 78,2% e do VDRL de 26,5%. A cobertura nos abortos nesse período alcançou 53,2% de testes rápidos HIV e 45,4% de VDRL. Observe as tabelas com os resultados do quadrimestre:

**Tabela1 - Cobertura de TR HIV e VDRL realizados nos partos das maternidades SUS e Convênio do RS, 2013.**

PERÍODO	Partos SUS	TR HIV SUS	Cobertura (%)	VDRL SUS	Cobertura (%)	Partos Conv.	TR HIV Conv.	Cobertura (%)	VDRL Conv.	Cobertura (%)
1ª Quadrimestre	22729	21994	98,8381346	21606	94,7342995	9568	7251	69,6282294	4727	77,737557
2ª Quadrimestre	28829	22854	79,2743418	16578	72,5387241	12194	10788	88,4697392	4322	35,443661
3ª Quadrimestre	51558	44848	86,9855309	38184	85,1409204	21762	18039	82,8921974	9049	41,581656
<b>TOTAL 2013</b>	<b>103116</b>	<b>89696</b>	<b>86,9855309</b>	<b>76368</b>	<b>74,0602816</b>	<b>43524</b>	<b>36078</b>	<b>82,8921974</b>	<b>18098</b>	<b>41,581656</b>

Fonte: Relatórios Mensais de TR anti-HiV e sífilis em maternidades, 2013.

**Tabela 2 - Cobertura de TR HIV e VDRL realizados nos abortos das maternidades SUS e Convênio do RS, 2013.**

PERÍODO	Partos TOTAL	Abortos TOTAL	HIV TOTAL abortos	Cobertura (%)	VDRL TOTAL abortos
1ª Quadrimestre	31337	2187	857	40,969163	758
2ª Quadrimestre	44467	2858	1417	53,1881804	1038
3ª Quadrimestre	37565	3274	1753	53,1881804	1289
<b>TOTAL</b>	<b>113369</b>	<b>8319</b>	<b>4027</b>	<b>48,4072605</b>	<b>3085</b>

Fonte: Relatórios Mensais de TR anti-HiV e sífilis em maternidades, 2013.

Desse modo, no ano de 2013, a cobertura de TR HIV realizados nas maternidades do SUS ficou em 64,5% e do VDRL 77,58%; nos serviços conveniados, a porcentagem de TR HIV realizados nos partos foi de 80,95% e VDRL 35,29%. Nos abortos, a cobertura de TR HIV realizados nas maternidades que atendem SUS e nos serviços conveniados fechou em 48,4% e do VDRL em 37,1%, como demonstrado nas tabelas anteriores.

Ações de monitoramento e avaliação, a partir dos relatórios da Atenção Básica, referentes às testagens rápidas de HIV e sífilis são realizadas mensalmente com devolutiva aos coordenadores municipais e regionais.

Durante o primeiro quadrimestre, foram realizadas através do núcleo de prevenção e promoção da seção de DST e Aids 2 ações estratégicas o Encontro Estadual dos Municípios com Planejamento de Ações e Metas em Educação para a Prevenção às DST e Aids visando o fortalecimento da prevenção da transmissão vertical da Sífilis e HIV/AIDS, envolvendo profissionais da Educação, da Atenção Básica e da Assistência Social dos 27 municípios que recebem recursos da PAM e que previram ações do SPE para o ano de 2013.

No segundo quadrimestre, a Coordenação Estadual de DST/AIDS realizou o Encontro Estadual de Saúde e Prevenção nas Escolas, visando o fortalecimento da prevenção da transmissão vertical da Sífilis e HIV/AIDS, envolvendo profissionais da Educação, da Atenção Básica e da Assistência Social dos 27 municípios que recebem recursos da Programação Anual de Metas.

No terceiro quadrimestre, a Coordenação Estadual de DST/AIDS, buscando potencializar a mudança dos indicadores que perpassam as questões da sífilis congênita, está compondo o Projeto de Participação e dinamização juvenil no Programa Saúde na Escola (PSE):

- “Estratégias para Educação entre Pares” (Fundação Osvaldo Cruz - FIOCRUZ, Ministério da Saúde/Ministério da Educação). A FIOCRUZ está desenvolvendo este projeto piloto nas cinco capitais brasileiras, que atualmente apresentam a maior taxa de incidência de HIV/AIDS e sífilis congênita, dentre as quais está a capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. – Este projeto se apresenta como uma estratégia de trabalho que busca o fortalecimento das questões de saúde sexual e reprodutiva no componente 02 do Programa Saúde na Escola, através da educação entre pares, possibilitando o processo educativo mais significativo e resolutivo, com as famílias dos escolares das diferentes comunidades, no que tange as questões de sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos, dentre estes a sífilis congênita e HIV/AIDS.

Ainda no terceiro quadrimestre, a Coordenação Estadual de DST/AIDS, dando continuidade na realização de estratégias de articulação intersetorial e intrasetorial que possibilitem o fortalecimento da promoção da saúde e prevenção às DST/AIDS, teve como foco o enfrentamento à feminização e conscientização sobre as questões da importância do pré-natal, e acompanhamento dos diagnósticos pré e pós natal, principalmente em relação a sífilis congênita. Assim, em parceria com a Secretaria de Políticas para Mulheres e Secretaria Municipal de Porto Alegre, promoveu quatro encontros educativos e de interlocução, com as servidoras do Instituto de Previdência do Estado do RS (IPE). Este também teve como propósito caracterizar a importância do acesso e uso do preservativo no cotidiano sexual das mulheres, assim como a importância do autocuidado, em relação às doenças mais prevalentes no sexo feminino, no Estado do Rio Grande do Sul: HIV/AIDS, Papiloma vírus humano (HPV) e o câncer de mama.

Sugerido o monitoramento pelas CRS dos casos mensais, com monitoramento pela SSM e discussão no Comitê Estadual de morte materna.

#### Projeto Estratégico Rede Cegonha – PIM

Dados Projeto Estratégico Rede Cegonha - PIM	Número
Ambulatórios Habilitados na Rede Cegonha	4
Municípios aderidos a Rede Cegonha	426
Gestantes no Pré-natal de Alto Risco Atendidas	Sem registro para avaliação no momento
Gestantes no Pré-natal de Risco Habitual Atendidas	Aprox. 100mil gest/ano
Leitos Neonatais na Rede Cegonha Habilitados	Processos em andamento- estado, Portaria MS 1300, da reabilitação, prorrogada para nov/2014.
Leitos Obstétricos na Macrorregião Metropolitana Habilitados	Processos em andamento, a Prazo MS maio/2014 segundo portaria MS 1020/2013

#### Ações Desenvolvidas com o objetivo de qualificação e alcance de metas:

- Comitê para redução da mortalidade materna, infantil e fetal, reunião mensal com discussão de óbitos ocorridos nas regionais e discussão de ações as demandas.
- Participação no Subcomitê Nacional de Mortalidade Materna – discussão das fichas de investigação de óbito materno junto ao Ministério da Saúde
- Implementação da rede cegonha estadual. Avaliação de leitos para qualificação e habilitação do cuidado materno-infantil nas maternidades do estado.
- Implantação de novos ambulatórios para gestação de alto risco
- Discussão da política estadual dos Hospitais de menor porte com o objetivo de regionalização do parto e nascimento, priorizando qualificação da equipe materno-infantil para redução da prática de cesáreas eletivas sem indicação obstétrica e redução da morbimortalidade materna-infantil.
- Preparação, programação e sensibilização para o fórum da mulher/PIM em novembro/2013 em Santa Maria para discussão da política da mulher e fórum perinatal.
- Capacitação Regional e Municipal para SISPN-web e SISCAN, para qualificação dos sistemas de informação para os programas de pré-natal, câncer de colo e mama.
- Capacitação para visitantes do PIM para qualificação de visitantes para a rede cegonha.
- Participação em: Seminário da Amamentação-RS, Seminário da Saúde da População Negra e Encontro de Macros
- Videoconferência com exm. sr. Ministro da Saúde e área técnica da Saúde da Mulher, Atenção Básica e DST/AIDS, mensalmente.
- Parceria com ESP, MS e Escola GHC para curso de formadores de capacitação para prevenção do câncer de colo e mama.
- Construção do fluxo diagnóstico para câncer de colo e mama e criação de incentivo estadual para este diagnóstico. Para mama Unirmama CIB 501/2013.
- Curso de aprimoramento da investigação de óbitos materno-infantil e fetal – EAD FIOCRUZ.

### ***Rede de Atenção Psicossocial***

#### **➤ PROJETO ESTRATÉGICO: LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS- O CUIDADO QUE EU PRECISO.**

A Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas desenvolveu, no segundo quadrimestre de 2013, diversas ações para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial/Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas nos municípios gaúchos, visando ampliar e qualificar o acesso à atenção psicossocial e a garantir fluxos seguros de cuidado. Dentre estas se destacam:

1) Monitoramento e avaliação: vistorias técnicas em hospitais gerais com leitos de saúde mental contratualizados com o estado, num total de quinze (15), em Comunidades Terapêuticas contratadas com o estado, num total de nove (09), e em Centros de Atenção Psicossocial habilitados ou em implantação, num total de vinte e dois (22);

2) Apoio institucional: assessorias técnicas a gestores municipais, num total de cinquenta e oito (58); realização de trinta (30) Oficinas de Pactuação da Rede de Atenção Psicossocial, uma em cada região de saúde; em Santa Maria, realizou-se também apoio institucional voltado diretamente para intervenção com o poder judiciário, num total de 3 vezes e ao acompanhamento do atendimento às vítimas do incêndio da Boate Kiss. Foram realizadas reuniões de acompanhamento com a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, com a gestão municipal, com os Hospitais de referência, com os Conselho Federal e Regional de Psicologia, com a Associação dos pais das vítimas e com os serviços da rede, principalmente com o Acolhe Saúde (montado especificamente para atender a população envolvida de forma direta ou indireta no ocorrido). Realizou-se ainda encontros de apoio institucional à Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE) da Secretaria Estadual de Justiça e de Direitos Humanos para a qualificação do cuidado em saúde mental aos adolescentes em privação de liberdade. Esta ação culminou com a realização de Processo seletivo público, sob Coordenação da Seção de Saúde Mental e da Política de Saúde do Adolescente, de uma equipe multiprofissional de apoio à FASE, para apoiar as equipes do sistema socioeducativo quanto às demandas de saúde mental dos adolescentes em conflito coma lei em regime fechado nas unidades de Porto Alegre.

3) Educação permanente: a realização de dois (05) Encontros de CAPS/RAPS Macrorregionais (Serra-Vales, Sul-Centro-Oeste, Missioneira, Metropolitana e Norte) com os trabalhadores das redes municipais, nos quais se abordaram temas como apoio matricial, atenção à crise, o cuidado em saúde mental em hospitais gerais e na atenção básica, etc; a realização da Capacitação de Processos de Pacificação Social, desenvolvido em 05 módulos em Caxias do Sul, para 500 profissionais da rede intersectorial incluindo saúde; a realização do Colegiado Estadual de Saúde Mental, em São Lourenço do Sul, com a participação de profissionais da saúde e intersectoriais; a copromoção do evento Estadual Mental Tchê em São Lourenço do Sul juntamente com a gestão municipal; a realização do Curso de Atualização em Saúde Mental para os profissionais de Hospitais Gerais da Macro Missioneira e do Curso de Acompanhamento Terapêutico para profissionais da RAPS da Macrorregião Norte; a realização do Encontro de CAPS tipo I e II da Macro Metropolitana; a Roda de Conversa com as Comunidades Terapêuticas contratadas pelo Estado em conjunto com as coordenadoras regionais de saúde mental; o Fórum Macro Metropolitano de Saúde Mental realizado em Capão da Canoa; os Fóruns Regionais de Saúde Mental nas regiões de saúde; oito (08) Oficinas de Capacitação para operação do Sistema RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais) para equipes de CAPS; três (03) Oficinas de Apresentação da Estratégia GAM – Gestão Autônoma da Medicação com as coordenadorias regionais de saúde; uma (01) Oficina sobre a Linha de

Cuidado em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e sobre Redução de Danos com os municípios da região 7ª CRS; a realização do Curso Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas com 40 horas-aula para duas turmas compostas por trabalhadores de saúde em Frederico Westphalen e para uma turma em Erechim, com 40 participantes; a realização do Curso de Saúde Mental em Hospitais Gerais da Macrorregião Missioneira de 100 horas-aula, com 52 participantes; realização do I Encontro Estadual de CAPS infantil, a II Oficina Estadual de Serviços Residenciais Terapêuticos, (03) três Fóruns de Coordenadores Regionais de Saúde Mental.

4) Ampliação da rede, em 2013, temos: 16 CAPS em processo de habilitação passaram a receber custeio mensal com recursos do tesouro do estado; 49 Oficinas Terapêuticas; a implantação de 06 equipes de Redução de Danos, a habilitação de 46 leitos de atenção integral em saúde mental; e a implantação de 12 Núcleos de Apoio à Atenção Básica.

### ➤ **Indicador de Monitoramento**

- Indicador 29 (U) – Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Quanto ao desempenho do indicador de CAPS em nível estadual, sublinha-se que a cobertura de Centros de Atenção Psicossocial no Rio Grande do Sul é considerada satisfatória, estando acima da cobertura nacional, e vem se ampliando de forma significativa nos últimos cinco anos. O indicador cobertura de 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 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. O quadro abaixo indica o desempenho da cobertura de CAPS no Estado em 2013, considerando a meta 1,24 pactuada pelo Estado.

<b>Período</b>	<b>Indicador</b>	<b>Percentual</b>
Primeiro Quadrimestre	1,18	92,9 da meta proposta
Segundo Quadrimestre	1,23	96,8% da meta proposta, aumento de 3,9%
Terceiro Quadrimestre	1,32	Ultrapassada a meta

Em relação à criação de novos incentivos financeiros para a ampliação da rede de atenção psicossocial, destaca-se a Resolução CIB 242/2013, que cria linhas de financiamento estadual para Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento e Centros de Atenção psicossocial de funcionamento 24h.

➤ **Dados de Produção**

O quadro abaixo mostra a produção ambulatorial de atenção psicossocial (030108 Atendimento/acompanhamento psicossocial) por ano de atendimento no RS período de 2009 a 2013:

<b>Ano de Atendimento</b>	<b>Quantidade Aprovada</b>	<b>Valor Aprovado</b>
2009	1.655.594	25.824.928
2010	1.882.203	29.691.157
2011	2.023.211	32.054.691
2012	1.960.004	30.367.133
2013	285.585	726.373
<b>Total</b>	<b>7.806.597</b>	<b>118.664.282</b>

Fonte: MS/DATASUS/TABWIN

A produção dos Centros de Atenção Psicossocial registrou um crescimento contínuo de 2009 a 2011, demonstrando a ampliação da rede de atenção, bem como da demanda para este cuidado. No ano de 2012, um novo instrumento de registro da produção da atenção psicossocial foi criado pela Portaria GM/MS 854, de 22 de agosto de 2012 (RASSS – registro das Ações Ambulatoriais de Saúde). A dificuldade de adaptação dos serviços à alimentação dos dados no novo sistema prejudicou o registro da produção do Caps. Este fato explica a queda da produção da atenção psicossocial no final de 2012 e durante o ano de 2013, em que pese a franca expansão do número de serviços verificada neste período, cujo indicador de cobertura passou de 1,16 CAPS/100.000 habitantes (dezembro de 2012) para 1,32 CAPS/100.000 habitantes (dezembro de 2013).

No quadro a seguir é apresentada a Produção Hospitalar de Atenção Psicossocial (030317 tratamento dos transtornos mentais e comportamentais) por ano de Internação no RS Período de 2009 a 2013

<b>Ano de Internação</b>	<b>AIHs Pagas</b>	<b>Valor Total</b>
2009	35.380	23.243.461,62
2010	37.759	29.688.355,73
2011	39.609	33.137.633,34
2012	38.734	33.800.133,15
2013	37.232	32.331.545,42
<b>Total</b>	<b>188.714</b>	<b>152.201.129,26</b>

Fonte: MS/DATASUS/TABWIN

O total de aih's vinha numa crescente até o ano de 2011 considerando ampliação de leitos. As internações diminuíram em 2013, e consideramos como fatores para isto: a mudança de cadastro de leitos de saúde mental junto ao CNES e nos códigos de faturamento das aih's através da publicação das portarias Ministeriais nº 148 e 953/2012; além disto foram ampliados serviços na rede extra-hospitalar conforme descrito anteriormente, bem como foi ampliado o trabalho de regulação hospitalar de leitos de saúde mental.

No trabalho de regulação Hospitalar a equipe de Regulação Estadual atendeu 1.243 casos de solicitação de internação em saúde mental. A regulação incluiu a gestão de casos, como estratégia central no processo, para discussão e avaliação dos casos e otimização da rede. Além disto, foram realizadas reuniões mensais com a Direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro organizando assim um Grupo de Trabalho para discutir internações, que identificou municípios que mais internam por região de saúde para serem trabalhados pelo apoio institucional da Política de Saúde Mental Estadual através da seção de Saúde Mental/DAS. A equipe participou ainda de ações de educação permanente para discussão sobre atenção hospitalar em saúde mental: Ijuí, Osório, Passo Fundo, Três Coroas.

No Projeto de Desinstitucionalização dos moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro, realizou-se um Projeto de Residência Artística com um grupo de teatro de artistas italianos, dentre os quais estão alguns ex-pacientes do Hospital Psiquiátrico de Trieste/Itália, que compõe a Associação Cultural Accademia Della Follia. Foram três meses de atividades dentro do HPSP com os moradores e trabalhadores da instituição, através da realização de oficinas de teatro e outras estratégias de reabilitação psicossocial, que culminaram com a realização de um espetáculo teatral chamado "Azul como a Liberdade", que teve quatro apresentações. Efetivou-se a implantação de 4 Serviços Residenciais Terapêuticos para acolher, em regime de moradia, 31 pacientes moradores egressos do HPSP. Realizou-se ainda Processo Seletivo Público de Apoiadores Clínico-institucional de desinstitucionalização para trabalhar com as equipes dos Serviços Residenciais Terapêuticos do Estado.

### ***Rede de Atenção às Urgências***

#### **➤ PROJETO ESTRATÉGICO: AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

##### **Rede de Atenção às Urgências**

**Ação 1:** Implantar Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

No ano de 2013 foi implantada 01 UPA no município de Canoas.

**Ação 2:** Implantar Bases do SAMU.

Em 2013 foram enviados ao Ministério da Saúde, para avaliação e aprovação, 17 projetos municipais para implantação de Base Municipal SAMU 192. Destes, 08 receberam parecer favorável, 06 deverão adequar/refazer documentos, 1 recebeu parecer desfavorável e 2 estão no aguardo de parecer.

Dentre os 8 municípios com parecer favorável, apenas o município de Butia recebeu ambulância e se habilitou ao início das atividades. Os demais aguardam liberação de ambulâncias pelo Ministério da Saúde, para providenciar a habilitação.

**Ação 3:** Equipar UPAs.

No ano de 2013 um total de 9 municípios receberam incentivo financeiro para aquisição de equipamentos para as UPAs: Alegrete, Bagé, Cachoeira do Sul, Caxias do Sul, Erechim, Lajeado, Santa Rosa, Venâncio Aires e Tramandaí.

**Ação 4:** Implantar Planos de Ação Regional.

Implantado 1 Plano referente à Macrorregião Metropolitana. Mais 03 Planos, referentes às Macrorregiões Missioneira, Sul e Vales, foram encaminhados ao Ministério da Saúde e aguardam aprovação.

**Ação 5:** Implantar linhas de cuidado AVC/UCO nas regiões de saúde.

No ano de 2013 a linha de Cuidado em Acidente Vascular Cerebral –AVC – foi implantada em 7 regiões de saúde:

- Região 4 Belas Praias: municípios executores Capão da Canoa e Torres
- Região 5 Bons Ventos: município executor Tramandaí
- Região 6 Vale do Paranhana e Costa Serra: referenciada para Região de Saúde 7 – Vale dos Sinos.
- Região 7 Vale dos Sinos: municípios executores Novo Hamburgo e São Leopoldo
- Região 8 Vale do Caí e Metropolitana: municípios executores Sapucaia do Sul e Canoas
- Região 9 Carbonífera/Costa Doce: referenciada para a Região 10 – Capital e Vale do Gravataí
- Região 10 Capital e Vale do Gravataí: municípios executores Gravataí, Viamão, Porto Alegre

Em relação à Linha de Cuidado em Unidade Coronariana - UCO aguarda-se a liberação de recurso pelo Ministério da Saúde, para implantação em 9 hospitais .

**Ação 6:** Implantar Salas de Estabilização.

Implantada 1 Sala de Estabilização no município de Palmares do Sul.



➤ **Indicadores de Monitoramento**

- Indicador 14 (E) - Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).

A meta pactuada pelo Estado – proporção de 14 óbitos para cada 100 internações por Infarto Agudo do Miocárdio - foi 14%, considerando a série histórica de 2008 a 2012.

O percentual atingido em 2013, considerando as internações realizadas no ano e a população residente estimada para o ano de 2012 (estimativa censo para 2013 ainda não está disponível) foi 15,2%, representando 91,43% de atingimento da meta.

É possível inferir que o percentual de atingimento da meta deste indicador pode aumentar, tendo em vista que internações ocorridas no ano de 2013 podem ser processadas até 6 meses a contar da data de alta do paciente.

Nº	INDICADOR:								
14	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)								
Polaridade: *	2								
REGIÃO DE SAÚDE	RESULTADO					META	ICM	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META	
	2009	2010	2011	2012	2013	2013	2013		
1	16,35	16,38	8,60	10,75	10,83				
2	26,19	26,67	31,43	26,00	20,00				
3	17,39	19,46	18,03	19,11	23,97				
4	11,88	11,71	20,79	11,11	22,47				
5	14,52	12,21	15,60	12,64	26,15				
6	15,56	12,20	18,29	14,77	20,51				
7	12,91	12,02	13,54	15,20	11,01				
8	15,03	9,27	14,75	17,96	17,46				
9	17,82	16,57	20,00	16,77	20,26				
10	12,71	12,65	12,54	12,82	13,30				
11	22,73	22,64	15,38	15,03	13,82				
12	8,16	18,57	6,67	15,00	20,00				
13	14,10	13,46	16,79	4,72	12,96				
14	29,90	15,91	14,60	18,38	10,48				
15	12,16	16,05	26,87	26,15	23,44				
16	23,64	24,62	21,82	14,02	15,00				
17	20,55	29,23	21,62	24,29	20,22				
18	11,54	29,41	33,33	31,03	24,00				
19	13,64	23,08	17,24	22,73	14,29				
20	34,48	18,75	20,59	20,00	30,43				
21	9,73	10,30	8,22	10,06	11,31				
22	20,18	26,17	13,74	19,51	16,98				
23	13,41	20,00	10,78	10,07	12,50				
24	13,41	20,00	10,78	10,07	20,45				
25	18,75	19,49	20,00	21,13	13,08				
26	24,07	15,09	12,90	5,66	17,14				
27	14,00	12,28	10,71	10,81	13,39				
28	12,21	11,33	10,47	13,24	11,86				
29	13,04	10,61	13,56	11,67	8,00				
30	12,12	15,22	14,29	8,70	17,50				
<b>RS</b>	<b>14,45</b>	<b>14,04</b>	<b>13,81</b>	<b>14,03</b>	<b>15,20</b>	<b>14,00</b>	<b>91,43</b>	<b>IV</b>	

- Indicador 16 (E) - Cobertura do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192).

A Meta 2013 era de 91,2% sendo que o realizado foi de 89,65%. O Estado do Rio Grande do Sul já apresenta a maior cobertura populacional de atendimento SAMU 192, entre todos os Estados da Federação, o que nos impossibilitou de cumprir em 2013 a meta nacional (aumentar a cobertura em 4% ao ano). Quanto maior a cobertura populacional, maior dificuldade o Estado encontra em implantar novas bases, pois a maioria dos pequenos municípios, que ainda não contam com atendimento SAMU, é de difícil acesso, o que prejudica o tempo resposta de atendimento, interferindo nas pactuações regionais.

A gestão estadual está, juntamente com os municípios, qualificando a cobertura populacional já implantada no RS, sendo que a ampliação está dependendo da liberação de ambulâncias pelo Ministério da Saúde, para que novas Bases Municipais sejam instaladas.

### ➤ Dados de Produção

<b>PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA POR GRUPO DE PROCEDIMENTO E ANO DE ATENDIMENTO NO RS PERÍODO 2009 A 2013</b>					
	<b>Quantidade Aprovada</b>				
<b>Grupo proc. [2008+</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	61.293	59.913	179.166	208.958	339.028
03 Procedimentos clínicos	186.955	227.130	255.378	281.330	218.895
04 Procedimentos cirúrgicos	4.852	5.786	143.349	264.911	299.395
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	1.958	1.560	1.937	2.483	4.413
07 Órteses, próteses e materiais especiais	0	0	0	0	48
<b>Total</b>	<b>255.058</b>	<b>294.389</b>	<b>579.830</b>	<b>757.682</b>	<b>861.779</b>
	<b>Valor Aprovado</b>				
<b>Grupo proc. [2008+</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	3.345.695,29	4.128.032,12	7.393.044,85	9.606.872,48	14.082.682,18
03 Procedimentos clínicos	15.420.029,34	16.462.835,90	16.738.792,02	18.055.317,58	15.460.716,32
04 Procedimentos cirúrgicos	1.043.564,53	968.717,17	4.610.557,46	8.069.181,36	8.705.682,15
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	356.756,85	308.534,64	426.473,87	554.675,86	1.105.599,38
07 Órteses, próteses e materiais especiais	0,00	0,00	0,00	0,00	49.451,00
<b>Total</b>	<b>20.166.046,01</b>	<b>21.868.119,83</b>	<b>29.168.868,20</b>	<b>36.286.047,28</b>	<b>39.404.131,03</b>

No ano de 2013 foram realizados 861,7 mil atendimentos de urgência e emergência, classificados em grupo de procedimentos - finalidade diagnóstica, procedimentos clínicos, cirúrgicos, transplantes e órteses/próteses (conforme informações disponibilizadas pelo MS até 12/2013).

Considerando a série histórica de 2009 a 2013, verifica-se aumento ano a ano do quantitativo de procedimentos realizados.

É possível inferir que o quantitativo de atendimentos de urgência e emergência realizados em 2013 foi maior, pois procedimentos ocorridos neste ano ainda podem ser processados até 4 meses após a data de sua realização, aumentando o quantitativo de procedimentos efetivados em 2013.

<b>PRODUÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA POR GRUPO DE PROCEDIMENTO E ANO DE ATENDIMENTO NO RS PERÍODO 2009 A 2013</b>					
	<b>AIHs Pagas</b>				
<b>Grupo procedimento</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.008	1.073	1.266	1.252	587
03 Procedimentos clínicos	437.300	423.134	420.294	423.252	396.324
04 Procedimentos cirúrgicos	137.939	147.539	161.826	160.058	141.592
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	2.891	3.053	3.166	3.447	2.838
<b>Total</b>	<b>579.138</b>	<b>574.799</b>	<b>586.552</b>	<b>588.009</b>	<b>541.341</b>
	<b>Valor Total</b>				
<b>Grupo procedimento</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.928.623,18	2.121.240,21	2.836.158,51	2.663.739,60	968.551,65
03 Procedimentos clínicos	332.552.768,52	339.368.340,59	350.636.307,88	366.138.308,24	335.758.376,40
04 Procedimentos cirúrgicos	228.516.930,50	250.220.470,92	286.302.962,65	295.388.480,28	261.386.387,15
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	13.641.828,82	14.332.974,34	23.712.701,69	28.262.736,96	29.488.803,21
<b>Total</b>	<b>576.640.151,02</b>	<b>606.043.026,06</b>	<b>663.488.130,73</b>	<b>692.453.265,08</b>	<b>627.602.118,41</b>

Fonte: MS/DATASUS/TABWIN

No ano de 2013 foram realizadas 541,3 mil internações hospitalares de urgência e emergência, classificadas em grupo de procedimentos – finalidade diagnóstica, procedimentos clínicos, cirúrgicos e transplantes, conforme informações disponibilizadas pelo MS até 12/2013.

Considerando a série histórica de 2009 a 2013, verifica-se que o quantitativo de internações de urgência e emergência tem se mantido estável no período.

É possível inferir que o quantitativo de internações de urgência e emergência realizadas em 2013 será semelhante aos anos anteriores, pois procedimentos ocorridos neste ano ainda podem ser processados até 6 meses após a data de alta do paciente.

### ➤ **Demais realizações**

Na área de Urgência e Emergência foram ampliados os incentivos financeiros para implantação de Unidades de Pronto Atendimento 24h – UPAs. Alguns entraves de origem administrativa fizeram com que os serviços de urgência 24h - não hospitalares fossem redesenhados. Investimentos foram liberados, para que fossem construídos com toda a estrutura organizacional necessária para prestar o primeiro atendimento, estabilizar os pacientes, realizar a investigação diagnóstica e definir a necessidade ou não de encaminhamento para serviços de maior complexidade.

Outro avanço foi a habilitação de prestadores de serviços de saúde como Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas.

Destacamos também a operacionalização da Rede de Atenção às Urgências por meio do envio ao Ministério da Saúde dos Planos da Ação Regional – PARs, das Macrorregiões Sul, Missioneira e Vales, com detalhamento técnico dos estabelecimentos que prestam serviços de saúde, necessidades e metas a serem cumpridas, servindo de orientadores para a execução das fases de implementação da Rede de Urgência e Emergência. Estes planos estão em análise no MS e sendo readequados conforme necessidade e apontamentos.

## ***Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência***

### **Comentários complementares às ações:**

#### **Ação 1 – Habilitar Centros especializados de Reabilitação (CER)**

Em 2013 foi aprovado o Plano Estadual à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Resolução CIB/RS nº 283/13), com proposta de ampliação da rede, a partir de matriz diagnóstica macrorregional. Até o momento, foram habilitados pelo Ministério da Saúde, quatro (4) serviços especializados em reabilitação, são eles:

Associação Hospitalar Santo Antônio de Tenente Portela - CER II, nas áreas de reabilitação física e visual. Localizado na Macrorregião Norte. Na área da reabilitação visual será referência para todas as regiões da Macro Norte. Na reabilitação física será referência para a 15ª CRS e 19ª CRS.

Hospital São José de Giruá - CER II, nas áreas de reabilitação física e visual. Serviço qualificado para CER II, sendo que já era habilitado nas áreas reabilitação física e visual através de portarias específicas. Localizado na macrorregião Missioneira. A população beneficiada pelo serviço totaliza 1.891.256 habitantes. Na reabilitação visual é referência para as macrorregiões Missioneira e Centro-Oeste e na Reabilitação Física para a 12ª e 14ª CRS.

Oficinas Ortopédicas Fixas – 02 (duas):

- Associação de Assistência à criança Deficiente – AACD localizada em Porto Alegre
- Associação Canoense de Deficientes Físicos no município de Canoas

**Ação 2** – Aprovar/habilitar projetos de reforma e/ou construção de Centros Especializados em Reabilitação

Os municípios abaixo relacionados tiveram suas propostas de construção ou reforma aprovadas pelo Ministério da Saúde. A previsão de início de funcionamento, para os CER habilitados para reforma, é de 6 a 12 meses. Para os CER's habilitados para construção a previsão é de 1 a 2 anos.

- Alegrete CER II Auditiva e Física -
- São Borja CER II Auditiva e Física
- Novo Hamburgo CER IV - Auditiva, Física, Intelectual e Visual;
- Osório CER III – Auditiva, Física e Visual;
- Rio Grande – CER II – Auditiva e Física;

**Ação 04** - Recompôr o teto financeiro das 81 unidades já habilitadas.

Em 2013 o Hospital São José de Giruá – HSJ, foi qualificado em Centro Especializado em Reabilitação - CER II, nas áreas física e visual e desse modo recebeu ampliação de recursos financeiros, bem como a Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD e a Associação Canoense de Deficientes Físicos – ACADEF, que tiveram a habilitação de suas oficinas ortopédicas fixas e isso implicou também em ampliação de recursos financeiros. Vale ressaltar que outras Unidades de Reabilitação nas diversas áreas que compõem a Rede de Cuidados da Pessoa Com Deficiência, já apresentaram projetos que foram aprovados no Plano Estadual de Saúde do RS, para futura qualificação e habilitação para Centros Especializados em Reabilitação (CERS's) e aguardam habilitação pelo Ministério da Saúde e quando ocorrerem tais habilitações estas Instituições receberão recomposição de teto financeiro.

**Ação 05** - Implantar linhas de cuidado em reabilitação hospitalar nas unidades hospitalares que compõem a rede de atenção terciária.

Em andamento, concomitante à implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, contemplando e articulando todos os componentes da rede – Atenção Básica, Atenção Especializada e Hospitalar e de Urgência e Emergência.

**Ação 06** – Realizar triagem Auditiva Neonatal (TAN) nos nascidos vivos SUS.

Realizado 2013 (72%) - O percentual de cobertura manteve-se em 72%. É possível inferir que este percentual seja maior, devido ao subregistro dos procedimentos.

**Ação 07** – Regular o acesso aos materiais descartáveis, incorporando ao sistema de Gerenciamento de Usuários com Deficiência

Realizado 2013 (79%) - Em 2013, o registro dos usuários com solicitações judiciais para fraldas foram incluídos no sistema Gerenciamento de Usuários com Deficiência – GUD. As Coordenadorias Regionais incluíram 79% dos usuários judiciais no sistema. O restante da demanda será gradativamente incluída e haverá migração do serviço com atendimento judicial para administrativo. Este processo ocorrerá através da proposta técnica que foi apresentada em reunião CIB em 14/02/2014 criando fluxo administrativo para aquisição de fraldas, a fim de universalizar o acesso, através de Política Estadual de Cofinanciamento de Insumos de Saúde para Tratamento Domiciliar. Gradativamente, à medida que for concluído o estudo do impacto financeiro judicialmente gerado e o respectivo cadastramento no Sistema de Gerenciamento dos Usuários com Deficiência – GUD serão incorporados outros insumos de saúde.

**Ação 08** – Implantar fluxo de acesso das pessoas com deficiências múltiplas e/ou graves às OPM's dispensadas.

Realizado 2013 - Em andamento – a SES está estudando estratégias para viabilizar a inclusão dos pacientes sem condições de comparecerem às consultas (acamados), o que atualmente ocorre apenas nas unidades ambulatoriais da rede de reabilitação física.

**Ação 09** - Criar protocolo de regulação em Tratamento Fora do Domicílio (TFD) por área de especialidade.

Realizado 2013 (01) Criado protocolo de regulação (interno) para as situações de transplantes, através de fluxo para avaliação dos casos pela Central de Transplantes.

## LINHAS DE CUIDADO

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

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

- Indicador 24 (U) - Taxa de Mortalidade Infantil

Medidas como: Aplicação de Palivizumabi de acordo com as referências pactuadas; Implantação de ambulatórios de seguimento do egresso de UTI; Diminuição da ocorrência de anóxia perinatal por meio da regionalização do parto e ações de controle de doenças infecto-contagiosas e respiratórias como causa importante de óbitos no período infantil tardio e a distribuição e controle das Cadernetas de Saúde da Criança para as Coordenadorias Regionais de Saúde, a participação da Coordenação da SSCA no Comitê Nacional de Investigação do Óbito Infantil e Fetal, tem contribuído para o decréscimo do Coeficiente de Mortalidade Infantil nos últimos anos. No ano de 2013, a participação da Seção de Saúde da Criança no processo de regionalização do parto e nascimento, bem como no redesenho dos leitos de UTI/UCI no estado, aliados ao apoio do estado para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo e complementar até os dois anos e alimentação complementar saudável, através da realização de oficinas da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB), em parceria com a Política de Alimentação e Nutrição; Reavaliação dos Hospitais credenciados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança; Qualificação da atenção básica para a identificação do risco em crianças menores de dois meses, através da realização de cursos de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI Neonatal); Adesão do estado à fase IV da Triagem Neonatal-Teste do Pezinho realizando mais duas triagens: Deficiência de Biotinidase e a Hiperplasia Adrenal Congênita, estas e demais ações específicas realizadas pela Seção de Saúde da Criança, foram nosteradores do trabalho para que possamos promover a atenção integral à saúde da Criança, bem como alcançar a meta de Coeficiente de Mortalidade Infantil/CMI de 10,5 pactuada para 2013.

A Taxa de Mortalidade Infantil é obtida através do cálculo: Número de óbitos de crianças menores de um ano, divididos pelo número de nascidos vivos, multiplicado por mil. Quanto ao resultado deste indicador, até este momento, é possível obtermos **dados preliminares do ano de 2013**, uma vez que o banco de dados referente a nascimentos e óbitos de crianças menores de um ano de vida não foi considerado fechado. **Taxa de mortalidade infantil estadual calculada com **dados preliminares de 2013**, do Núcleo de Informações em Saúde/NIS/RS: 10,47**. De acordo com o índice de cumprimento de meta proposto, atingimos **preliminarmente** o ICM 100%, grau de cumprimento de meta IV, desempenho satisfatório. Segue na tabela abaixo o Coeficiente de Mortalidade Infantil por Região de Saúde/RS:



<b>Coeficiente de Mortalidade Infantil-CMI/RS 2013</b>						
<b>Total RS Preliminar: NV: 135.606 óbitos: 1.402 CMI: 10,33 ICM: 98,1%</b>						
1ª Região: NV= 5.015	óbito: 53	CMI: 10,57	16ª Região: NV= 2.517	óbito: 21	CMI: 8,34	
2ª Região: NV= 1.330	óbito: 13	CMI: 9,77	17ª Região: NV= 3.989	óbito: 45	CMI: 11,28	
3ª Região: NV= 6.101	óbito: 72	CMI: 11,80	18ª Região: NV= 1.466	óbito: 17	CMI: 11,60	
4ª Região: NV= 1.971	óbito: 16	CMI: 8,12	19ª Região: NV= 1.300	óbito: 19	CMI: 114,62	
5ª Região: NV= 2.806	óbito: 26	CMI: 9,27	20ª Região: NV= 2.050	óbito: 25	CMI: 12,20	
6ª Região: NV= 2.958	óbito: 29	CMI: 9,80	21ª Região: NV= 10.451	óbito: 125	CMI: 11,31	
7ª Região: NV= 10.387	óbito: 100	CMI: 9,63	22ª Região: NV= 2.336	óbito: 31	CMI: 13,27	
8ª Região: NV= 10.677	óbito: 113	CMI: 10,58	23ª Região: NV= 7.822	óbito: 93	CMI: 11,89	
9ª Região: NV= 4.891	óbito: 56	CMI: 11,45	24ª Região: NV= 1.277	óbito: 18	CMI: 14,10	
10ª Região: NV= 32.130	óbito: 282	CMI: 8,78	25ª Região: NV= 3.320	óbito: 37	CMI: 11,14	
11ª Região: NV= 3.377	óbito: 35	CMI: 10,36	26ª Região: NV= 1.955	óbito: 21	CMI: 10,74	
12ª Região: NV= 1.945	óbito: 22	CMI: 11,31	27ª Região: NV= 2.191	óbito: 21	CMI: 9,58	
13ª Região: NV= 2.895	óbito: 32	CMI: 11,05	28ª Região: NV= 3.829	óbito: 45	CMI: 11,75	
14ª Região: NV= 2.480	óbito: 22	CMI: 8,87	29ª Região: NV= 2.406	óbito: 26	CMI: 10,81	
15ª Região: NV= 3,78	óbito: 44	CMI: 14,29	30ª Região: NV= 1.514	óbito: 12	CMI: 7,93	
<b>CMI RS preliminar atingido: 10,47</b>						
<b>META CMI para o ano de 2013: 10,5</b>						

*Nota: Dados preliminares do ano de 2013, pois o fechamento do banco de dados do SIM e SINASC, do Núcleo de Informações em Saúde/NIS/RS, não está fechado até a presente data.*

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde/NIS/RS, 21/03/2014, preliminar.

A tabela que segue, contém a série histórica do Indicador 24. Coeficiente de Mortalidade Infantil, onde vemos que os resultados de 2013 ainda são preliminares no qual o estado alcançou a meta para o ano. As regiões de saúde 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 14, 16, 27 e 30, ficaram abaixo da média estadual pactuada e apenas as regiões 15, 20 e 24 alcançaram desempenho regular, GCM III. As demais regiões alcançaram GCM IV. O GCM/RS: IV

Nº	INDICADOR:							
24	Taxa de mortalidade infantil							
Polaridade: *	2							
REGIÃO DE SAÚDE	RESULTADO					META 2013	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META
	2009	2010	2011	2012	2013			
1		11,42	11,25	9,74	10,57	9,74	91,48	IV
2		9,80	10,60	10,27	9,77	10,27	104,87	IV
3		16,90	16,53	15,06	11,80	13,57	113,04	IV
4		11,70	8,80	11,44	8,12	10,92	125,64	IV
5		9,50	9,71	12,34	9,27	11,57	119,88	IV
6		10,90	9,95	10,04	9,80	10,04	102,39	IV
7		12,10	10,97	12,14	9,63	11,65	117,34	IV
8		8,70	10,89	8,36	10,58	8,82	80,05	IV
9		7,90	8,95	10,43	11,45	10,01	85,61	IV
10		10,90	9,80	9,42	8,78	9,42	106,79	IV
11		12,60	12,50	8,89	10,36	8,89	83,46	IV
12		8,90	10,60	9,78	11,31	9,78	84,36	IV
13		10,00	5,00	9,84	11,05	9,84	87,70	IV
14		11,90	14,20	9,14	8,87	9,14	102,95	IV
15		9,40	12,70	8,05	14,29	9,91	55,80	III
16		11,90	11,60	12,56	8,34	12,17	131,47	IV
17		7,00	11,00	11,77	11,28	11,28	100,00	IV
18		9,60	14,90	9,36	11,60	9,36	76,07	IV
19		19,40	18,50	14,21	14,62	13,42	91,06	IV
20		9,60	11,00	9,44	12,20	9,44	70,76	III
21		13,60	13,70	15,50	11,96	13,33	110,28	IV
22		8,80	14,70	16,58	13,27	14,51	108,55	IV
23		12,40	9,50	11,39	11,89	10,99	91,81	IV
24		19,30	13,60	11,16	14,10	11,16	73,66	III
25		9,90	11,50	8,41	11,14	9,34	80,73	IV
26		8,00	16,60	12,50	10,74	11,54	106,93	IV
27		11,00	13,80	11,58	9,58	11,14	114,00	IV
28		8,10	15,10	7,30	11,75	9,65	78,24	IV
29		11,10	13,30	8,51	10,81	10,30	95,05	IV
30		7,40	10,60	7,59	7,93	8,28	104,23	IV
RS		11,20	11,44	10,70	10,47	10,50	100,29	IV

- Indicador 25 (U) - Proporção de óbitos infantis e fetais investigados

O Percentual de óbitos infantis e fetais investigados é um indicador conjunto entre Saúde da Mulher e Saúde da Criança: de acordo com dados federais **preliminares de 2013**, do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, o Rio Grande do Sul apresenta ao final deste ano, **preliminarmente** 58,03% dos óbitos infantis e fetais com investigação concluída. Considerando que o prazo para a conclusão da investigação dos óbitos é de 120 dias, os resultados **preliminares**, por regiões de saúde é o que segue na tabela abaixo:

<b>Porcentagem de óbitos infantis e fetais investigados por Região de Saúde e total do estado/RS 2013</b>	
1ª Região: 41,55%	16ª Região: 62,16%
2ª Região: 57,89%	17ª Região: 32,35%
3ª Região: 76,74%	18ª Região: 17,64%
4ª Região: 28,57%	19ª Região: 13,04%
5ª Região: 36,58%	20ª Região: 42,42%
6ª Região: 32,55%	21ª Região: 47,59%
7ª Região: 73,68%	22ª Região: 96,81%
8ª Região: 70%	23ª Região: 71,20%
9ª Região: 25%	24ª Região: 35%
10ª Região: 66,17%	25ª Região: 79,62%
11ª Região: 69,56%	26ª Região: 61,90%
12ª Região: 50%	27ª Região: 73,33%
13ª Região: 61,36%	28ª Região: 37,50%
14ª Região: 59,25%	29ª Região: 73,52%
15ª Região: 42%	30ª Região: 63,15%
<b>Total preliminar atingido no RS para o ano de 2013: 58,03%</b>	
<b>META para o ano de 2013: 90%</b>	

Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal 13/02/14, preliminar.  
<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/intantil.show.mtw>

Indicador 25	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Meta Anual	ICM do ano de 2013 preliminar
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	60%	60%	58,03 (preliminar)	90%	III – Desempenho Regular.

*Nota: Dados preliminares do ano de 2013, pois o fechamento do banco de dados do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, não está considerado fechado até a presente data.*

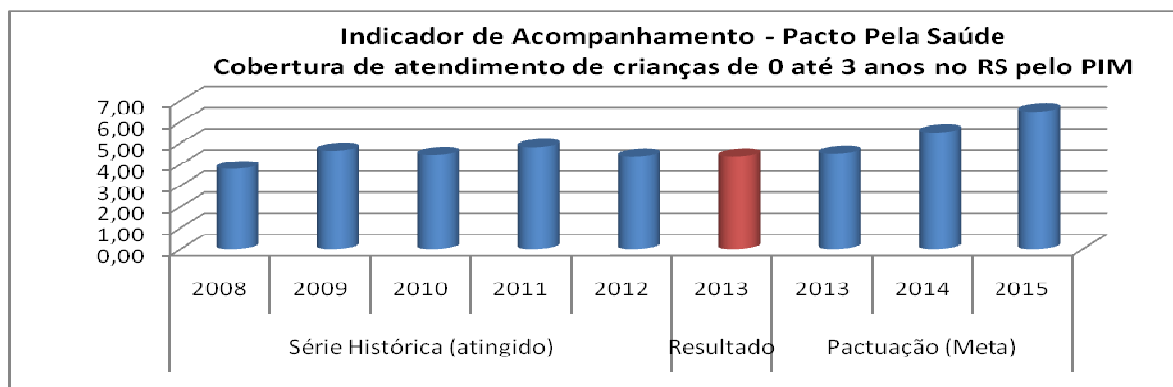
De acordo com a Portaria SES nº 032/02, de 24 de junho de 2002, que institui a obrigatoriedade da investigação dos óbitos maternos e de crianças menores de um ano no Rio Grande do Sul e, considerando a Resolução nº 147/03 CIB/RS, de 10 de setembro de 2003, que fixa prazos para a realização dessas investigações, as regiões de saúde estão sendo monitoradas pelas Coordenações Estaduais de Saúde da Criança e Saúde da Mulher, através das 19 Coordenadorias de Saúde que compõem os **Comitês de Investigação do Óbito Infantil e Fetal**, estes 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. De acordo com o índice de cumprimento de meta proposto, atingimos **preliminarmente** o ICM 64,47%, grau de cumprimento de meta III, desempenho regular.

### **Primeira Infância Melhor – PIM**

#### **➤ Indicadores de Acompanhamento**

- Indicador 1 (RS): Cobertura de atendimento a crianças de 0 até 3 anos no RS pelo Primeira Infância Melhor (PIM)

Série Histórica (% atingido)					Resultado 2013 (%)	Pactuação Regional (% - Meta)		
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013	2014	2015
3,79	4,63	4,44	4,80	4,36	4,36	4,50	5,50	6,50



Este indicador reflete, em percentual, a abrangência do atendimento realizado pelo visitador do Programa Primeira Infância Melhor às famílias com crianças entre zero e três anos de idade nos municípios do Rio Grande do Sul.

Apesar da abrangência do atendimento do Programa ser realizado junto às famílias com criança de até 6 anos, o indicador do PIM no Pacto refere-se ao período mais crítico do desenvolvimento humano, que é dos 0 aos primeiros 3 anos de vida, pois em nenhuma outra fase da vida o ser humano se desenvolve tão intensamente. É neste período que acontece o maior nº. 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.

#### **Análise do Indicador:**

Levando em consideração que o PIM utiliza em sua metodologia uma série de critérios para seleção da área a ser implantada no município para atendimento das gestantes e crianças de zero até seis anos de idade, como:

- Comunidades com maior número de crianças e gestantes
- Famílias com baixa renda *per capita*;
- Alta taxa de mortalidade infantil e materna;
- Famílias morando em áreas de difícil acesso, rural ou urbana,
- Famílias inscritas no Programa Bolsa Família - PBF (cruzamento),
- Altos índices de violência,
- Comunidades tradicionais (indígenas ou quilombolas),
- Altos índices de drogadição;
- Baixa cobertura de Educação Infantil,
- Precariedade ou inexistência de serviços e/ou programas para atendimento às famílias.

O conceito de vulnerabilidade remete à idéia de fragilidade e de dependência que se vincula à situação de crianças e adolescentes, principalmente os mais pobres. Contudo, os fatores de risco que incidem sobre a vida deles 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 de pensar a socialização e sua relação com os direitos da criança e do adolescente. Se ainda ponderarmos que o RS possui um contingente de vulnerabilidade não expressa somente na renda, mas também por outros indicadores sociais, tais como:

- 1) 8,8% das pessoas de 0 a 17 anos de idade vivem com rendimento familiar *per capita* de  $\frac{1}{4}$  salário mínimo<sup>1</sup>
- 2) 20% das Pessoas de 0 a 17 anos de idade vivem com rendimento familiar *per capita* entre  $\frac{1}{4}$  e  $\frac{1}{2}$  salário mínimo<sup>2</sup>,
- 3) 40,7% não possuem condições adequadas de saneamento<sup>3</sup>
- 4) 67% não tem acesso a educação formal (creche)<sup>4</sup>
- 5) 21,11% das crianças de 1 a 6 anos no Brasil morrem por acidentes e agressões e respondem pela principal causa de morte.<sup>5</sup>

A meta estadual de cobertura de atendimento do PIM para a faixa etária de 0 a 3 anos em 2015 é de 6,5%, ou seja, beneficiando 26.054 crianças. Este percentil pode aparentar ser uma pequena cobertura se comparado ao total de crianças de 0 a 3 anos no RS (400.828)<sup>6</sup>, mas a partir da análise acima podemos estimar que somente em torno de 30% desta população infantil encontra-se em situação de vulnerabilidade social, o que equivale a 120.248 crianças. Portanto, considerando somente este universo de crianças em situação de vulnerabilidade, o atendimento do PIM torna-se bastante expressivo. Os dados relativos a junho de 2013 indicam que a taxa de cobertura do programa é de 14% (16.514), e se ainda utilizarmos como filtro somente os mun com PIM implantado (80.834) este universo cresce para 20,5%.

É importante também avaliarmos que o perfil da natalidade no RS nos últimos anos vem mudando. A queda do número de nascidos vivos é uma realidade desde 1995, mas desde o ano 2000 verifica-se que o percentual de nascidos vivos de mães com menor escolaridade diminui a cada ano e na faixa de maior escolaridade das mães acontece o inverso (Boletim Epidemiológico CEVS – v6, nº 3, setembro 2004). Comparando-se 2000 com 2003 aconteceu uma queda de 61,3% de natalidade em mães analfabetas. Esta é uma tendência e já pode ser verificada no perfil das famílias que o PIM assiste, pois na sua implantação em 2003 o PIM considerava que cada família possuía 1,5 crianças de 0 até 6 anos e hoje verifica-se a razão de 1 (família)/1,1 (criança).

<sup>1</sup> Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, número 27 - Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, 2010

<sup>2</sup> Ibidem

<sup>3</sup> Ibidem

<sup>4</sup> Cobertura de Educação Infantil (2012): Ministério da Educação (MEC) – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) - Censo Escolar - levantamento de informações estatístico-educacionais de âmbito nacional, realizado anualmente; Ele é feito com a colaboração das secretarias estaduais e municipais de Educação e com a participação de todas as escolas públicas e privadas do país.

<sup>5</sup> Situação da Infância no Brasil. Crianças de até 6 anos. O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. UNICEF, 2006. Consulta: [www.unicef.org.br](http://www.unicef.org.br)

<sup>6</sup> População Infantil SINASC - nascidos vivos por município de residência – SINASC/RS, 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 e 2006. [www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br) – NIS (Núcleo de Informações em Saúde)

Ainda que o PIM registre um número menor de atendimentos em 2013 no Banco de Dados (BD) em relação a 2010, o nº. visitantes habilitados através de resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aumentou no mesmo período, em 10% (238 visitantes).

Isto demonstra que a fragilidade está principalmente, no cadastro e na alimentação do referido Banco, pois não está sendo realizado de forma sistemática e necessita de atualizações mais freqüentes, seja por falta de equipamento ou por falta de recursos humanos capacitados para tal. Como forma de enfrentamento a este problema, o PIM em 2013 fez a compra de um (1) computador para cada município para suprir esta necessidade e pretende-se que, em 2014 esta ação continue para aqueles novos habilitados, sugere-se também que, além de dar continuidade ao monitoramento do BD como alternativas a serem instituídas durante o ano, para fidelizar o número de cadastros, serão realizadas maior nº de capacitações e assessorias aos digitadores responsáveis, bem como fortalecer à vinculação do repasse do incentivo do Estado de acordo com o cadastramento das famílias atendidas (Portarias nº. 578/13).

Outra análise importante é o resultado atingido de forma significativa quando se verifica a média de cobertura somente daqueles municípios que já possuem o PIM implantado, que totaliza 255, distribuído da seguinte forma:

42 mun – cobertura de 0 até 5%  
 102 mun – cobertura de 5 até 30%  
 41 mun – cobertura de 31 até 50%  
 46 mun – cobertura de 51 até 80%  
 9 mun - cobertura acima de 80%  
 15 mun - não pactuaram

### Outros indicadores acompanhados pelo PIM:

- Indicador 2 (PIM): Cobertura de atendimento a crianças de 0 até 6 anos no RS pelo Primeira Infância Melhor (PIM)

Indicador 2	Ponto de Referência (31/12/2012)	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Meta Anual	Qualificação
Cobertura de atendimento a crianças de 0 até 6 anos no RS pelo Primeira Infância Melhor (PIM)	6,47%	6,58%	7,0%	7,37%	7,60	Desempenho Satisfatório (I)

Em relação ao grau de cumprimento da Meta, o PIM pode comemorar, pois o alcance foi maior que 96%. Com o aumento do incentivo financeiro em agosto de 2012, o PIM cresceu consideravelmente em relação aos anos anteriores. Considera-se um desempenho satisfatório, pois, de dezembro de 2012 a dezembro de 2013, o PIM habilitou 334 Visitadores através das Resoluções Bipartite e registrou o atendimento a mais de 58 mil crianças de 0 a 6 anos em situação de vulnerabilidade social.

- Indicador 3: Nº de Famílias Atendidas pelo PIM

A base do Primeira Infância Melhor - PIM está no reconhecimento da importância da família como agente de seu próprio desenvolvimento, cuja influência é decisiva por sua atuação na educação dos filhos, perpetuando a herança cultural. É no cotidiano e na convivência familiar de cada criança que o PIM apóia e fortalece as famílias, incentivando o enriquecimento pessoal, o vínculo familiar, o engajamento e a mobilização comunitária, com vistas à promoção de sua qualidade de vida, de modo a estreitar as relações sociais e motivar as famílias para formas de convivência saudáveis. O PIM considera os aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais das crianças e suas famílias, promovendo uma concepção ampliada de saúde e cuidado integral. Esta política estimula a promoção do desenvolvimento das capacidades e potencialidades de bebês e crianças desde a gestação, através de atividades lúdicas que contemplam aspectos específicos da cultura de cada comunidade. A cada semana o Visitador do PIM chega à casa das famílias com atividades particularmente planejadas, considerando suas necessidades, o nível de desenvolvimento da criança e sua faixa etária. Estima-se que cada visitador deva atender a 20 famílias e que cada uma delas possua em torno de 1.1 crianças de 0 a 6 anos, sendo este público dividido, quase que igualmente, em crianças de 0 até 3 anos (modalidade de atendimento individual) e de 3 até 6 (modalidade grupal). Estas deverão conter abrangentes possibilidades de exploração, levando-se em conta as áreas motora, socioafetiva, cognitiva e da linguagem, atividades estas que são acompanhadas por indicadores através do acompanhamento de ganhos individuais.

<b>Indicador 03</b>	<b>Ponto de Referência (31/12/2012)</b>	<b>Resultado 1º Quadrimestre</b>	<b>Resultado 2º Quadrimestre</b>	<b>Resultado 3º Quadrimestre</b>	<b>Meta Anual</b>	<b>Qualificação</b>
Nº de Famílias atendidas pelo PIM	<b>47.640</b>	<b>48.500</b>	<b>51.600</b>	<b>54.320</b>	<b>56.200</b>	<b>Desempenho Satisfatório (I)</b>



### **Replicabilidade do PIM a outros estados da Federação:**

Ainda em 2011 e ao longo de 2012 e 2013 foram constantes as visitas, pedidos de colaboração e parcerias com intuito de estabelecer relações com o Governo do RS para identificar, sistematizar e utilizar conhecimentos e práticas que pudessem ser aplicados em projetos do Governo Federal e de outros estados e municípios. Como exemplo citamos:

Em 2011 iniciou a sua replicabilidade para o município de Munhoz de Melo no Paraná, no início de 2012 realizou assessorias e visitas para análise e avaliação do processo de implementação no referido município, no último trimestre do ano instituiu sua própria Lei Municipal com o nome de APIM (Atenção a Primeira Infância e Maternidade). A gestão municipal de Munhoz solicitou que para ano de 2013/2014 façamos a 1ª processo avaliativo da implantação.

Também em 2012, e inicia tratativa para replicabilidade no Estado do Amazonas e em 2013, três Capacitações foram realizadas. Na colaboração com o Estado do Amazonas, contribuiu com o desenho metodológico do projeto de atenção a primeira infância de crianças ribeirinhas, fornecendo subsídios também para o planejamento da formação dos visitantes. PIM inspira projeto para comunidades ribeirinhas do Amazonas. Lá, participou-se da constituição do Marco Zero das crianças de três a seis anos participantes do Primeira Infância Ribeirinha (PIR), projeto inspirado no PIM gaúcho. O PIR, desenvolvido pela Fundação Amazonas Sustentável (FAS), em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (Susam), é acompanhado pelo PIM desde o planejamento. A equipe do Rio Grande do Sul colabora ainda no desenho do modelo de serviço e na formação dos agentes comunitários de saúde do programa. O Marco Zero é um diagnóstico da criança, antes do início das atividades propostas pelo PIM. Os dados são baseados em indicadores de desenvolvimento, também chamados de "ganhos", onde são estipuladas ações ou habilidades desejáveis para cada faixa etária e cada etapa de desenvolvimento da criança.

Em 2013 assinou Protocolo de Intenções com o município de Vila Velha, Espírito Santo. em 2014 está programado assessorias e capacitações. O Projeto Piloto Visa estabelecer um parâmetro tanto quantitativo como qualitativo, pretende-se a implantação inicialmente, com delimitação geográfica (poligonal) de atendimento, para posterior ampliação da abrangência. Foram escolhidas cinco poligonais, uma em cada Região Administrativa, delimitadas por bairros para facilitar localização e dimensionamento:

PIM também é modelo para projeto de visitas domiciliares no município de São Paulo. A política do Governo do Rio Grande do Sul reuniu-se em São Paulo com o Ministério da Saúde (MS), a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS) e a primeira dama da Capital, Ana Estela Haddad, para dialogar sobre a implantação, no programa São Paulo Carinhosa, do projeto de visitas domiciliares para a promoção do desenvolvimento na primeira infância. A ação visa qualificar a atenção à primeira infância no município, através do fortalecimento da Atenção Básica em Saúde e da articulação das redes de saúde, educação e assistência social nos territórios. O PIM apóia o Ministério da Saúde e o município de São Paulo no desenho deste programa e no planejamento e operacionalização das ações.

Da mesma forma, o PIM tem envolvimento efetivo junto a outras ações de governo, como o Projeto RS na Paz, RS Mais Igual e RS sem Limites. Considerado como o primeiro e o melhor ambiente para o desenvolvimento das capacidades cognitivas e socioemocionais da criança, a família desempenha papel fundamental na primeira infância ao estimular, orientar e fortalecer suas competências.

### **Pesquisas:**

O Monitoramento e avaliação do Programa foi realizado através de uma pesquisa avaliativa, “*EDI-Early Development Instrument*”, sob a coordenação da Universidade McMaster de Toronto/Canadá, com o objetivo de avaliar o desenvolvimento das crianças entre 4 e 6 anos de idade e identificar o impacto do PIM para a prontidão escolar. As informações resultantes desta pesquisa contemplaram as cinco áreas do desenvolvimento: saúde e bem estar físico, competência social, maturidade emocional, linguagem e desenvolvimento cognitivo, e habilidades de comunicação e conhecimento geral. A Universidade mantém, atualmente, um banco de dados com informações relativas à aplicação do instrumento em diversos países, com vistas à reflexão sobre os efeitos das ações em saúde e políticas públicas na promoção do desenvolvimento infantil e níveis de prontidão para a escola. O EDI, amplamente utilizado no Canadá e Austrália, foi traduzido em diversas línguas, sendo aplicado em diversos países como México, Chile e, pela primeira vez, na América Latina em São Paulo e no Rio Grande do Sul. O estado do RS foi escolhido pelo Dr. Fraser Mustard (1921-2011), reconhecido pesquisador canadense, membro do corpo docente fundador da McMaster University 's. O Plano amostral da pesquisa foi desenvolvido por Rodrigo Pinto, doutorando do Departamento de Economia da Universidade de Chicago, sob orientação do Dr. James Heckmann, Prêmio Nobel de Economia, ano 2000. Em 2012, um dos resultados apresentados é quanto a avaliação de impacto do PIM na prontidão escolar de crianças egressas que revelou pais mais presentes na vida escolar e redução da vulnerabilidade para aprendizagem, especialmente nos meninos - o que representa um fator protetivo – e nas crianças cujas mães apresentam baixa escolaridade (Offord Center for Child Studies/Canadá). Esta atividade, embora considerada finalizada, em 2013 novas análises iniciaram, em função da riqueza dos dados obtidos na pesquisa possibilitando estudos a partir de novos cruzamentos. Esta sugestão foi oferecida pela própria Universidade, juntamente com a equipe de James Heckmann, Economista Prêmio Nobel de Economia no ano 2.000, Washington.

Ainda em 2013 também iniciou uma cooperação técnica com a Fundação Getúlio Vargas (FGV) para avaliação do PIM com o objetivo de conhecer os mecanismos processuais que concorrem para o sucesso ou representam desafios para implementação da política no Estado, bem como sua replicabilidade em outras realidades. Para tanto, a FGV, através de amplo debate com o Gestor desta Secretaria e com a equipe do PIM, desenhou um modelo de avaliação por cujas etapas de execução será a responsável.

Outra publicação prevista, iniciada em 2013 e andamento em 2014, em parceria com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e do Center of Child Development da Universidade de Harvard serão realizados análises para a elaboração de papers nacionais e internacionais, envolvendo políticas que trabalham com a temática do desenvolvimento na primeira infância e o desenvolvimento econômico das sociedades, sendo que o PIM está inserido dentro dos vários projetos escolhidos.

### **Capacitações Iniciais e Continuadas para municípios com PIM Implantado**

Com o objetivo de habilitar e qualificar sistematicamente os recursos humanos quanto aos conteúdos teóricos e metodológicos necessários para a implantação e implementação do Programa nos municípios, foram organizadas e executadas 180 reuniões de assessoria aos gestores municipais e 30 capacitações envolvendo as 07 macrorregiões e as respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde (19), durante o ano de 2013. Ressalta-se que 14 foram para formação inicial e 16 para formação continuada. Ao total foram capacitados e assessorados sistematicamente 4.435 representantes dos Grupos Técnicos Municipais, Monitores e Visitadores para atendimento às famílias.

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

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes teve como meta a implantação e implementação de sua Linha de Cuidado em dois municípios ao ano até 2015. A meta para o ano de 2013 foi atingida com a implantação/implementação da Linha de Cuidado nos municípios de Ijuí/17ªCRS, Ibirubá/9ªCRS e Alegrete/10ªCRS.

#### **Ações desenvolvidas:**

No primeiro semestre, foram realizados **8 Encontros em CRS** (10ª, 12ª, 14ª, 17ª, 9ª, 11ª, 6ª, 15ª), através dos grupos georreferenciados, atingindo 160 municípios, enfocando Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, Linha de Cuidado, Cuidando de Adolescentes na Rede Cegonha, Programa Saúde na Escola.

No segundo semestre foram realizados Encontros enfocando Saúde de Adolescentes e PSE na 4ª CRS, 16ª CRS, em Uruguaiana e Barra do Quaraí.

**Encontro Intersetorial sobre Atenção Integral à Saúde de Adolescentes** no Auditório Paulo Freire, do CAFF, para CRS e CRES.

Articulação e organização de cursos de formação e qualificação de profissionais de Saúde e Educação nas Secretarias Municipais de Porto Alegre, Novo Hamburgo e Canoas na temática Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, através da sensibilização e qualificação dos profissionais de saúde das Unidades Básicas e ESF, para o acolhimento de Adolescentes, suas demandas e necessidades específicas, facilitando o vínculo com a equipe e ampliando o acesso aos serviços.

Apoio à organização e participação nos Seminários com foco na Saúde Integral de Adolescentes, articulando o PSE na 4ª CRS e 16ª CRS e seus respectivos municípios. Apoio Institucional nos municípios de Uruguaiana, Barra do Quaraí, Pelotas e equipe técnica da Saúde de Adolescentes da 3ª CRS.

Inserção da Política de Atenção Integral de Adolescentes, em encontros de formação do SPE, PIM, AB e Mais Médicos.

**Encontro Estadual “A Rede Intersetorial e a Garantia do Acesso de Adolescentes às Políticas Públicas”**, nos dias 22 e 23 de outubro, no Auditório do CAFF, com participação do Ministério da Saúde, com dois temas centrais: Saúde Sexual e Reprodutiva e os Direitos de Adolescentes e a implantação do POE, com ênfase na Saúde de Adolescentes nas Unidades da FASE. Participaram 130 profissionais de CRS, CRES, Municípios (Saúde, Educação, Assistência Social, FASE), DAS/SES.

Reuniões no Ministério Público – CAO de direitos Humanos, para apresentar, discutir e articular ações voltadas à saúde sexual reprodutiva e redução da gravidez na adolescência. Encontro sobre a temática em Alegrete, reunindo 10ª CRS, CRE, Secretarias municipais de Saúde, Educação e Assistência Social.

Reuniões de articulação realizadas com o CEVS/Núcleo de Imunizações, SEDUC, Sinepe, Conselho Nacional de Educação/CNE, Coordenadorias Regionais de Saúde/CRS e Coordenadorias Regionais de Educação/CRE, visando a operacionalização da vacinação contra o HPV-Vacina quadrivalente Papilomavírus Humano, que será oferecida em 2014 no sistema Único de Saúde/SUS para adolescentes do sexo feminino de 11 a 13 anos.

Rearticulação do Grupo de Trabalho do Plano Operativo estadual, de Atenção Integral de Adolescentes em conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória - POE FASE. Tem sido realizadas reuniões entre SMS de Novo Hamburgo e Porto Alegre, articulando a rede de saúde e o socioeducativo para a elaboração do plano operativo local. As unidades socioeducativas de Novo Hamburgo e Porto Alegre foram cadastradas no CNES. Abertura e acompanhamento da tramitação de processos administrativos para a utilização de recursos federais visando melhorar a ambiência e qualificar os profissionais da unidade da FASE de Novo Hamburgo. Tais processos são morosos devido a exigências específicas. Participação da equipe da Seção de Saúde de Adolescentes, no processo seletivo para a Seleção Pública de Equipe Multiprofissional em Saúde Mental que atuará no apoio à Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE), em Porto Alegre.

Reuniões no Ministério Público - CAO de Direitos Humanos para apresentar, discutir, articular ações voltadas a Saúde Sexual e Reprodutiva e redução da gravidez na Adolescência. Encontro sobre a temática em Alegrete, reunindo 10ª CRS, CRE, Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social.

Até 2013 foram distribuídas 280.000 Cadernetas de Saúde de Adolescentes Masculinas e 290.000 Cadernetas de Saúde de Adolescentes Femininas para 260 municípios que tiveram profissionais qualificados para a implantação da Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e enviaram um Plano de Implantação Municipal.

#### ***Participações:***

- reuniões do grupo de trabalho do Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória – POE (FASE);
- no Grupo Gestor Estadual do Programa Saúde e Prevenção na Escola - SPE;
- Grupo Executivo Intersetorial Estadual do Programa de Enfrentamento a Violência Sexual Infanto-juvenil (SJDH);
- Participação, como grupo gestor estadual (coord. pela SJDH), nos seminários para a elaboração dos planos operativos locais de enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil no Mercosul;
- na Reunião Colegiada de Coordenadores Estaduais da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes promovida pelo Ministério da Saúde em Brasília;
- no grupo de Trabalho para elaboração do Programa de Humanização e de Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes que vivem e circulam em espaços prisionais (Susepe);
- no Comitê de Prevenção da Violência nas Escolas (Educação);
- no CEDICA;

- em eventos e reuniões técnicas para assessoramento e monitoramento das ações nos municípios e CRSs;
- em reuniões e encontros das e nas Macrorregionais.

**Produções:**

- Discussão e elaboração de texto-base sobre a linha de cuidado para atenção integral à saúde de adolescentes e de fluxograma.
- Elaboração e confecção de material educativo (kit curta adolescência com saúde), contendo marcador de livro com informações de saúde, preservativo masculino, escova e pasta de dentes, fio dental, para distribuição aos adolescentes em atividades educativas, como oficinas, rodas de conversa, gincanas. Foram distribuídos 20.000 kits e estão sendo solicitados mais 20.000 kits para produção no primeiro trimestre de 2014.
- Folhetos divulgando os Direitos de Adolescentes (em fase de elaboração juntamente a ACS)
- Material para profissionais de saúde contendo gráficos e tabelas de crescimento e desenvolvimento, bem como orientações para o atendimento de adolescentes e alimentação saudável (em fase de elaboração com a PAN)

## Saúde do Idoso / Linha de Cuidado do Idoso

### ➤ Indicadores de Monitoramento

- Indicador 30 (U) - Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das 04 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

RS	RESULTADO				META	ICM	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META
	2010	2011	2012	2013	2013	2013	IV
	386,60	386,40	380,40	392,80	372,76	94,62	

Região e Município de Residência	de 100.000 Hab. Taxa Bruta
1ª Região	349,3
Santa Maria	313,0
2ª Região	398,1
3ª Região	469,3
Uruguaiana	417,4
4ª Região	417,6
5ª Região	462,2
6ª Região	399,7
7ª Região	366,0
Novo Hamburgo	367,9
8ª Região	416,5
Canoas	451,1
Sapucaia do Sul	422,8
9ª Região	429,6
10ª Região	404,2
Alvorada	482,6
Cachoeirinha	391,9
Gravataí	436,6
Porto Alegre	387,7
Viamão	418,6
11ª Região	371,4
12ª Região	434,9
13ª Região	334,1
14ª Região	383,4
15ª Região	321,2
16ª Região	295,4
17ª Região	354,1
Passo Fundo	376,1
18ª Região	333,6
19ª Região	365,3
20ª Região	415,3
21ª Região	458,9
Pelotas	431,3
Rio Grande	488,4
22ª Região	514,7
Bagé	516,3
23ª Região	311,4
Caxias do Sul	297,1
25ª Região	277,0
Bento Gonçalves	269,1
26ª Região	295,4
27ª Região	496,0
28ª Região	426,1
Santa Cruz do Sul	415,1
29ª Região	366,9
30ª Região	365,1
Total RS	392,8

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde – NIS/DAT/CEVS/SES-RS – dados parciais de 2013

(\*) Fonte: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.

Nota: para selecionar os municípios com mais de 100.000 habitantes e para calcular a Taxa Bruta foi usada a estimativa da população de 2012, pois a estimativa para 2013 ainda não foi divulgada pelo IBGE/DATASUS.

O Indicador apresentou em 2013 índice de desempenho Satisfatório em 29 Regiões de Saúde e em apenas 1 Região de Saúde foi Regular. Salienta-se que o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) ainda não tem totalmente processados os dados relativos a 2013 que são, portanto, preliminares.

Posteriores análises de morbidade pelos grupos de causas considerados e por seus principais diagnósticos (CID) permitirão evidenciar os principais componentes responsáveis pelas evoluções da mortalidade aqui apresentadas, ou seja, melhoria do acesso e qualificação da Atenção Básica e/ou da Atenção de Média e Alta Complexidade.

**Atividade desempenhadas:**

- Realização do 6º Encontro Estadual da Saúde da Pessoa Idosa;
- Apoio e participação na 5ª Conferência Estadual do Idoso;
- Ações de apoio ao Programa Mais Médicos na Macrorregião Metropolitana;
- Ampliação da implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa alcançando 47,9% do RS;
  - Oficina de apoio para ações sobre Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Básica em Passo Fundo – 6º CRS;
  - Oficina sobre implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na 15º CRS - Palmeiras das Missões;
  - Evento sobre direitos humanos e saúde da pessoa idosa na 16º CRS – Lajeado;
  - Curso de Aperfeiçoamento em Cuidado Idoso pela ETSUS/ESP – 19º CRS – Frederico Westphalen;
  - Participação na Semana Estadual de Acolhimento dos Mais Médicos no grupo de trabalho da Macrorregião Missioneira;
  - Curso de Aperfeiçoamento em Cuidado Idoso pela ETSUS/ESP – 16º CRS – Lajeado;
  - Participação nas reuniões do Grupo de Trabalho coordenado pelo COREN/RS sobre Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI);
    - Confecção do folder sobre a Agenda de Compromissos da Saúde da Pessoa Idosa;
    - Organização de materiais sobre saúde do idoso para o TelessaúdeRS;
    - Produção de diagnóstico sobre a política estadual de saúde da pessoa idosa na forma de relatório para a Unesco;
    - Premiação do Ministério da Saúde pelo financiamento da Saúde do Idoso através da Política de Incentivo Estadual da Atenção Básica;
  - Curso de Aperfeiçoamento em Cuidado Idoso pela ETSUS/ESP – 4º CRS – Santa Maria;
  - Construção da Linha de Cuidado do Idoso visando o fortalecimento da Atenção Básica – reuniões mensais;
  - Curso de Aperfeiçoamento em Cuidado Idoso pela ETSUS/ESP – 16º CRS – Lajeado;
  - Palestrante – Conferência Municipal do Idoso de Vacaria;

- Oficina de Prevenção de Quedas e Notificação da Violência – 11º CRS Erechim e 16º CRS – Lajeado;
- Distribuição e implementação de 50 mil Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa entre as Macrorregiões: Metropolitana, Centro-Oeste, Sul e Serra;
- Curso de Aperfeiçoamento em Cuidado Idoso pela ETSUS/ESP – 17º CRS – Ijuí;
- Ações de Educação Permanente e Apoio Institucional na 1º CRS – Porto Alegre, 3º CRS – Pelotas e 4º Santa Maria, 10º CRS- Alegrete e na 14º CRS – Santa Rosa;
- Elaboração do folder sobre a prevenção da DSTs entre idosos e idosas;
- Aula sobre a Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa através de parceria com instituição de ensino, como a ESP, o IPA e o SENAC;
- Abertura de estágio para uma vaga de Residência em Saúde Mental Coletiva/ESP e duas vagas para Odontologia da UFRGS;
- Participação de eventos sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis promovidos pelo Ministério da Saúde e promoção de repercussão estadual;
- Participação nos eventos relacionados ao Conselho Estadual do Idoso;
- Articulação entre Ministério Público e Secretaria Trabalho e Desenvolvimento Social: encaminhada a situação sobre ILPIs (Instituição de Longa Permanência).

### ***Saúde da Mulher***

- Indicador 18 (U) - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e da população da mesma faixa etária.

<b>Indicador 18</b>	<b>Resultado 1º Quadrimestre</b>	<b>Resultado 2º Quadrimestre</b>	<b>Resultado 3º Quadrimestre</b>	<b>Resultado Anual</b>	<b>Meta Anual</b>	<b>ICM Anual</b>
Razão de exames de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	<b>0,07</b>	<b>0,2</b>	<b>0,47</b>	<b>0,51</b>	<b>0,63</b>	<b>80,95%</b>

Espera-se que a implantação do SISCAN qualifique os dados buscando a adequação dos prestadores. Possibilidade de avaliação com dados da saúde complementar. Manter divulgação do exame por todos profissionais visitantes e equipes da atenção básica. Estimular oferta. Curso para facilitadores em parceria com ESP, Escola GHC e MS.



- Indicador 19 (U) - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e da população da mesma faixa etária.

Indicador 19	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Resultado Anual	Meta Anual	ICM Anual
Razão de exames de mamografia realizadas em mulheres de 50 a 69 anos	0,24	0,24	0,26	0,35	0,37	94%

O indicador está com resultado próximo a meta. Estamos no aguardo da implementação do SISCAN para recuperar dados da saúde complementar. Dimensionamento de contratos com prestadores a partir das necessidades da faixa etária. Ampliação da oferta, bem como de faixa etária do rastreamento por necessidades locais ainda não previstas no cálculo deste indicador. Curso para facilitadores em parceria com ESP, Escola GHC e MS. CIB 501/2013 que cria o incentivo para UNIR mama

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

Para atender as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) devem ser priorizadas ações de promoção e prevenção a saúde que fomentem o acesso e longitudinalidade do cuidado dos homens na Atenção Básica em Saúde. Essas ações estão relacionadas ao estímulo à paternidade, a redução de casos de DST/HIV, de doenças crônicas, bem como na educação em saúde para redução de danos ao uso de álcool e outras drogas, assim como na redução da morbidade por causas externas. Nessa perspectiva, a SES, no ano de 2013, buscou-se ampliar o contingente de municípios, Coordenadorias Regionais de Saúde e sociedade civil a serem sensibilizados e capacitados acerca da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, voltada a ações que ampliam o acesso e acolhimento dos homens na Rede de Atenção em Saúde, principalmente na atenção à saúde do homem no contexto da Atenção Básica em Saúde.

Baseado nessas diretrizes e das demais políticas de saúde do DAS, com vistas a garantir a transversalidade do cuidado, observando também leis e portarias que ampliam a Política de Atenção à Saúde do Homem como a Resolução 503/2013, que trata do segundo enfermeiro a fim de fortalecer a Atenção Básica/ESF e qualificar as ações em saúde referentes às políticas de saúde, desenvolvemos determinados processos:

- Em 18 de julho de 2013, foi aprovado o Plano de Ação em Saúde do Homem do RS, através da Resolução nº 04/2013 do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul conforme Portaria nº 2708, de 17 de novembro de 2011 que institui repasse financeiro ao estado para ações de implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, com ênfase na Atenção Básica em saúde, priorizando a Estratégia de Saúde da Família. Assim, a Saúde do Homem do RS foi contemplada com R\$ 75 mil conforme Portaria supracitada. Este recurso será destinado aos Encontros por Macrorregional de implantação da saúde do homem, bem como para construção e impressão de Manual técnico com princípios e diretrizes em Saúde do Homem através de memorial descritivo das experiências exitosas de implantação da saúde do homem nos municípios do RS.

- O II Seminário Estadual da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem realizado nos dias 13 e 14 de agosto de 2013, com o objetivo de sensibilizar e qualificar a Saúde do Homem no RS, contou com um público em torno de 90 participantes, entre eles representantes de 16 CRS's e 34 municípios do estado, pesquisadores, usuários de saúde e outras Secretarias. Este evento marca a disponibilidade de Apoio Institucional direcionada aos municípios e CRS's, bem como outros espaços de Educação Permanente que poderão ser oferecidos nas Regiões de Saúde a fim de implantar a saúde do Homem nos 158 municípios conforme expresso no Plano Estadual de saúde 2012-2015. Este evento tem como produto o Relatório do II Seminário Estadual da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem onde contém, além da Agenda de Compromisso, os Anais do evento e sugestões de ferramentas conceituais e artísticas, como vídeos, músicas, poemas, filmes, com vistas a propiciar a construção de ações de promoção e prevenção pautadas na integralidade e nos aspectos culturais implicados à construção de masculinidades e a saúde. O relatório está disponível no link da Saúde do Homem no site da Secretaria de Saúde do Estado Rio Grande do Sul. O link da saúde do Homem foi atualizado com dados recentes de morbi-mortalidade masculina do NIS e o Plano de Ação da Saúde do homem do ano de 2013, conforme Portaria nº 2708, de 17 de novembro de 2011.

- Seminário Estadual descentralizado da política de Atenção à Saúde do Homem e Encontro com municípios da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, no mês de novembro. Participaram cerca de 140 pessoas, entre profissionais de saúde, gestores e estudantes de graduação na área da saúde. No segundo dia, realizamos com os municípios interessados encontro de apoio Institucional por regiões de saúde, com vistas a implantar a Saúde do Homem. Dezenove municípios participaram deste processo, onde pudemos discutir com cada município as características loco regionais, epidemiológicas, sociais e culturais relativas a população masculina e as respectivas demanda de saúde e serviços de saúde disponíveis. Uma agenda de compromisso foi articulada com estes municípios, no intuito deste instituírem, pelo menos, uma ação contínua de saúde do homem no contexto da atenção básica em saúde, mediante envio de plano de ação à saúde do homem do RS.

- Apoio institucional na 13ª Coordenadoria de saúde, com a adesão de sete municípios interessados em implantar ações contínuas na saúde do homem no contexto da Atenção Básica. Participação no evento da Saúde do Homem organizado pela 5ª Coordenadoria Regional de Saúde e 6ª Coordenadoria Regional de Saúde.

- Feira do Livro de Porto Alegre: Atividades culturais de inserção da sociedade civil com vistas à sensibilização e disseminação da Política de saúde do Homem. Oficina literária, sessão comentada de cinema com a presença dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e a Saúde do Homem do Ministério da Saúde e Roda de Conversa com a participação da comunidade acadêmica.

- Webpalestra no Telessaúde em novembro de 2013 sobre Saúde do Homem.

- Oitenta municípios demonstraram interesse em implantar a Política de Atenção Integral em Saúde do Homem através de envio de projeto ou planos de ação contínua em saúde do homem.

Para o ano de 2014 prevemos implantar, em pelo menos oitenta municípios a Política de Saúde do Homem através de Resolução específica de financiamento próprio |á Saúde do Homem no RS. Contempla-se em 2014 50% dos municípios e até 2015, contemplar 100% do contingente de 158 municípios representados como meta da saúde do Homem no Plano estadual de saúde 2012-2015.

## AÇÕES TRANSVERSAIS

### *Saúde Bucal*

A Saúde Bucal do RS realiza apoio institucional e matricial aos municípios estimulando a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços, buscando a expansão, consolidação e qualificação da atenção básica em saúde bucal. Neste sentido, o Estado contribui com o financiamento da Atenção Básica em Saúde Bucal através do incentivo estadual de custeio por equipe implantada.

Em 2013, o Estado do Rio Grande do Sul ampliou o incentivo financeiro para ESF/ESB estabelecido em R\$ 750,00 por Equipe de Saúde Bucal e criou o incentivo PMAQ/RS. No sistema de informação, verifica-se um aumento de ESB implantadas de 777 para 791 equipes e um aumento de ESB credenciadas de 908 para 966 tendo com isso uma potencialidade de crescimento de 175 (791 a 966) novas equipes. Como estratégia para o incremento de ESB, a Saúde Bucal, sugeriu a lotação profissional de saúde bucal na ETSUS, visando à qualificação do currículo dos cursos de formação de Auxiliar de Saúde Bucal promovidos por esta entidade.

A Coordenação Estadual de Saúde Bucal desenvolveu estratégia visando à qualificação de gestores municipais em parceria com o Ministério da Saúde ao realizar Oficina de Monitoramento e Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias. A articulação com outras políticas de saúde propiciou, também, a realização de curso de qualificação dos profissionais de saúde bucal inseridos em equipes que realizam o teste rápido (hiv/aids) nos municípios. Destacamos, ainda, a disponibilização de instrumentos informativos (folders) voltados para educação em saúde bucal da população, relacionados à Campanha Estadual de Combate ao Câncer de Boca, bem como distribuição de escovas dentais de adultos e infantis para as CRS.

Foram realizadas visitas as Regionais de Saúde (1ª CRS, 2ª CRS, 3ª CRS, 5ª CRS, 8ª CRS, 11ª CRS, 13ª CRS, 15ª CRS, 18ª CRS e 19ª CRS) e municípios do entorno, com o intuito de divulgar as informações e os resultados alcançados na atenção básica, assim como estimular e promover o intercâmbio de experiências e a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), políticas de Saúde Bucal relacionadas ao Programa Brasil Sorridente, Atenção Especializada em Saúde Bucal.

Neste quesito, foram enviadas ao Ministério da Saúde solicitações de 4 (quatro) novos Centros de Especialidades Odontológicas. (Cruz Alta, São Lourenço do Sul, Tapera e Pelotas Até o presente, o RS conta com 25 Centros de Especialidades Odontológicas). Tendo em vista o planejamento e programação orçamentária estadual a Coordenação Saúde Bucal/RS solicitou minuta de resolução à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Rio Grande do Sul estabelecendo mecanismo para controle, regulação e acompanhamento sistemático da produção mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas, pois conta com incentivo financeiro estadual mensal. Sendo publicada a Resolução CIB/RS nº 396/2013.

A Saúde Bucal do RS estimula que os municípios realizem a adesão do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/ PMAQ-AB e do Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal/PMAQ-CEO. No Rio Grande do Sul, neste período, houve a implantação de 20 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) totalizando, em dezembro de 2013, 82 LRPDs. Conforme regulamentação nacional (falta de alimentação do Sistema de Informação com relação à produção) ocorreu o descredenciamento de 05 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.

➤ **Indicadores de Monitoramento**

- Indicador 4 (U) - Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.

INDICADOR: COBERTURA DE EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL					
REGIÕES DE SAÚDE	1º Qdr.	2º Qdr.	3º Qdr.	2013	
	2013	2013	2013	METAS (%)	RESULTADO (%)
43001 Região 01	43,92	41,11	43,06	35	42,7
43002 Região 02	80,46	83,02	83,02	69	82,17
43003 Região 03	45,48	45,26	45,01	34	45,25
43004 Região 04	58,32	57,94	60,39	43	58,88
43005 Região 05	57,46	58,54	61,18	44,5	59,06
43006 Região 06	56,73	54,97	50,86	43	54,18
43007 Região 07	35,88	35,56	34,18	30,5	35,2
43008 Região 08	40,74	39,45	38,93	36	39,7
43009 Região 09	37,25	44,06	41,96	28	41,1
43010 Região 10	31,44	31,63	31,12	29	31,4
43011 Região 11	67,82	71,53	74,66	54,5	71,33
43012 Região 12	70,27	72,55	69,37	60	70,73
43013 Região 13	84,51	84,31	82,8	79	83,87
43014 Região 14	70,46	69,13	68,46	58	69,35
43015 Região 15	85,54	86,96	85,85	86	86,11
43016 Região 16	60,8	60,34	59,7	54	60,28
43017 Região 17	58,38	58,97	56,08	49,6	57,81
43018 Região 18	73,47	67,42	70,52	64	70,47
43019 Região 19	65,16	67,78	76,09	46	69,68
43020 Região 20	66,41	67,69	67,13	57	67,08
43021 Região 21	40,07	39,15	42,8	33	40,68
43022 Região 22	60,26	60,37	60,37	54,5	60,33
43023 Região 23	33,62	31,72	31,3	30	32,21
43024 Região 24	80,69	78,62	80,47	72	79,93
43025 Região 25	54,74	54,94	54,69	43,5	54,79
43026 Região 26	53,61	48,41	50,75	38	50,92
43027 Região 27	54,23	54,33	53,94	44	54,17
43028 Região 28	55,81	55,03	54,37	44	55,07
43029 Região 29	59,71	55,74	60,85	50	58,77
43030 Região 30	52,23	52,8	48,77	40	51,27
<b>TOTAL RS</b>	<b>47,82</b>	<b>47,62</b>	<b>47,7</b>	<b>48,3</b>	<b>47,71</b>

Fonte: Datasus 18/03/14

O Estado do Rio Grande do Sul obteve desempenho satisfatório com relação à meta pactuada no indicador de Cobertura de Equipes Básicas de Saúde Bucal. Destaca-se, nos resultados obtidos (quadro acima) o aumento considerável ocorrido entre o 1º e 2º quadrimestre, beneficiando um quantitativo populacional na ordem de aproximadamente 900 mil de pessoas.

Em todas as regiões de saúde do Estado houve correção para maior com relação à cobertura de equipes básicas de saúde bucal.

- Indicador 5 (U) - Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

INDICADOR : Média da Ação Coletiva de Escovação Supervisionada					
REGIÕES DE SAÚDE	1º Qdr.	2º Qdr.	3º Qdr.	2013	
	2013	2013	2013	METAS(%)	RESULTADOS(%)
43001 Região 01	1,29	2,11	1,99	2,45	1,79
43002 Região 02	0,09	0,23	1,26	2,35	0,52
43003 Região 03	0,06	0,16	0,16	2,89	0,12
43004 Região 04	0,9	1,89	2,93	2,26	1,9
43005 Região 05	0,59	1,07	2,4	2,11	1,35
43006 Região 06	0,94	2,25	1,46	2,47	1,55
43007 Região 07	2,4	2,87	2,81	5,14	2,69
43008 Região 08	2,44	5,04	5,64	4,39	4,37
43009 Região 09	0,3	0,94	1,56	2,57	0,93
43010 Região 10	2,03	2,34	3,63	2,27	2,66
43011 Região 11	1,56	3,09	3,26	2,46	2,62
43012 Região 12	1,35	1,39	1,25	2,84	1,31
43013 Região 13	0,65	1,85	2,81	3,06	1,37
43014 Região 14	1,52	3,2	4,24	2,62	2,98
43015 Região 15	1,39	2,72	3,1	2,15	2,04
43016 Região 16	2,37	4,11	8,02	5,9	4,83
43017 Região 17	1,37	2,83	4,88	3,26	3,02
43018 Região 18	0,7	1,36	2,82	2,24	1,62
43019 Região 19	0,26	0,7	0,91	2,37	0,62
43020 Região 20	2,6	5,06	5,63	3,75	4,43
43021 Região 21	0,62	0,82	2,52	2,19	1,32
43022 Região 22	0,43	0,35	1,32	2,39	0,7
43023 Região 23	0,86	3,61	3,13	4,77	2,53
43024 Região 24	0,81	1,66	1,12	2,34	1,19
43025 Região 25	0,97	2,15	1,75	2,62	1,63
43026 Região 26	0,31	0,57	1,35	2,38	0,74
43027 Região 27	0,45	2,07	1,51	2,22	1,34
43028 Região 28	3,84	5	5,89	5,48	4,91
43029 Região 29	1,36	3,92	3,39	2,34	2,89
43030 Região 30	2,55	5,14	5,56	4,2	4,41
<b>TOTAL RS</b>	<b>1,44</b>	<b>1,82</b>	<b>2,50</b>	<b>3,01</b>	<b>1,92</b>

Fonte: Tabulação Tabwin 18/03/2014

Este indicador expressa a proporção de pessoas que tiveram acesso a escovação dental com dentifrício fluoretado sob orientação/supervisão de um profissional de saúde visando à prevenção de doenças bucais, prioritariamente a cárie dental e doença periodontal. O alcançado em 2013 no Estado ficou aquém da meta entre outras razões por deficiência na alimentação dos dados no sistema SIA. A subnotificação ou a não alimentação correta da realização do procedimento coletivo, pode ser a causa da média de escovação estar abaixo do esperado no ano.

Sugere-se como ação estratégica reforço na orientação da importância deste indicador para acompanhar os investimentos em ações educativo-preventivas que causam impacto na saúde bucal da população. Urge a atenção das Coordenadorias Estaduais e Colaboradores para tal fato, assim como do gestor municipal de Saúde Bucal.

As ações estratégicas pactuadas continuarão a ser realizadas com especial destaque para o apoio institucional aos municípios e Coordenadorias Regionais de Saúde para o monitoramento, avaliação e consistência dos dados informados pelos municípios às bases nacionais.

- Indicador 6 (E) - Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.

INDICADOR: PROPORÇÃO DE EXODONTIA/ PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS					
REGIÕES DE SAÚDE	1º Qdr.	2º Qdr.	3º Qdr.	2013	
	2013	2013	2013	METAS	RESULTADO
43001 Região 01	10,92	7,8	8,77	11	9,16
43002 Região 02	15,18	17,39	17,35	14	16,64
43003 Região 03	13,54	11,23	11,91	13	12,22
43004 Região 04	11,45	9,22	9,75	11	10,14
43005 Região 05	5,89	5,46	5,76	8	5,7
43006 Região 06	9,81	10,65	12,89	9,8	11,11
43007 Região 07	9,31	8,72	9,6	9,5	9,21
43008 Região 08	5,14	5,97	6,34	7	5,81
43009 Região 09	11,75	9,64	12,17	11	11,18
43010 Região 10	10,37	8,67	7,08	10	8,69
43011 Região 11	11,05	14,61	13,83	11	13,16
43012 Região 12	8,63	7,08	9,03	9	8,24
43013 Região 13	6,11	5,47	6,4	9	5,99
43014 Região 14	7,61	11,51	12,35	10	10,49
43015 Região 15	13,81	14,48	13,42	13	13,9
43016 Região 16	7,73	5,14	6,88	7,7	6,46
43017 Região 17	4,25	4,68	5,06	5	4,66
43018 Região 18	8,79	9,5	9,43	8	9,24
43019 Região 19	5,97	6,26	7,25	9	6,49
43020 Região 20	5,63	6,02	5,88	6	5,82
43021 Região 21	12,74	10,87	13,27	13	12,29
43022 Região 22	12,87	10,02	14,04	12	12,31
43023 Região 23	5,53	7,93	6,91	6	6,79
43024 Região 24	12,39	11,4	10,39	12	11,39
43025 Região 25	5,58	6,05	5,02	5,7	5,55
43026 Região 26	7,93	8,16	7,73	8	7,94
43027 Região 27	12,54	9,8	13,19	12	11,86
43028 Região 28	15,38	11,62	13,99	15	13,66
43029 Região 29	8,02	7,72	7,1	8	7,61
43030 Região 30	9,55	10,58	9,79	9	9,97
TOTAL RS	9,38	9,09	6,39	9,75	8,28

Na análise deste indicador verifica-se que a meta está sendo alcançada, entretanto as ações que propiciem apoio institucional devem ser mantidas para lograr êxito na pactuação deste indicador. O monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelos municípios na base de dados nacionais devem ser priorizados como ações estratégicas a serem trabalhadas para este indicador.

### **Alimentação e Nutrição**

• Indicador 3 (U) - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família - PBF

Ao analisar os dados do indicador alcançados na 2ª vigência de 2013 por Regiões de Saúde, destacamos que:

a) as Regiões de Saúde: 02, 05, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 24, 26, 27, 28 e 29 que, considerando a meta pactuada pelo Estado para 2013 (65%), atingiram o percentual de acompanhamento;

b) 36,67% das Regiões de Saúde, ou seja, 14 regiões de saúde apresentaram um crescimento nos percentuais de acompanhamento em relação ao ano de 2012. São elas, as Regiões: 01, 06, 07, 11, 13, 15, 19, 22, 26 e 27;

c) destaca-se também, as Regiões 19 e 26, que apresentaram um crescimento em torno de 10 pontos percentuais.

Entretanto, apesar do esforço empreendido, especial atenção deve ser dada as Regiões de Saúde que não atingiram a meta pactuada do Estado (65%). Estas regiões representam 46,67% da totalidade. São elas: Região 01, 03, 04, 06, 07, 08, 09, 10, 17, 21, 22, 23, 25 e 30.

Percebe-se que o número de municípios que reduziram o percentual de acompanhamento foi significativo, sendo 291 (58,56%) dos municípios do Estado.

Por fim, deve-se acrescentar que, durante o ano de 2013, os Municípios também relataram alguns obstáculos à plena execução de seus objetivos. Nesse sentido, as principais dificuldades relatadas decorrem da escassez de recursos humanos em face da perda de servidores e da reposição insuficiente, assim como dos fatores recorrentes a localização dos usuários.

Cabe a cada Município, no âmbito do processo gestão do Programa, manifestar-se sobre a adequada apuração dos fatos. Nesse período, as principais ocorrências que dificultaram o acompanhamento das famílias, registradas pelos municípios no sistema de gestão do programa foram:

- **famílias localizadas e não acompanhadas** (representa 1,63% do total das famílias para acompanhamento): 18,45% família ausente; 49,79% por recusa da família, e 31,3% outras ocorrências;

- **famílias parcialmente acompanhadas**, (representa 0,46% do total das famílias para acompanhamento): 19,35% beneficiário com perfil saúde ausente, 15,44% recusa do beneficiário, e 57,52% outras ocorrências;

- **famílias não acompanhadas - não localizadas**, (representa 6,6% do total das famílias para acompanhamento): 12,63% família não reside no endereço, 2,35% endereço inexistente, 9,25% família mudou de município, e 75,77% outras ocorrências.

Destaca-se ainda o grande percentual de ocorrências descritas como **outras** que mereceriam ser detalhadas aprimorando, assim, o processo de monitoramento da execução do programa.

### **Principais Ações Desenvolvidas**

Com o intuito de contribuir para o aprimoramento da gestão e da execução das políticas públicas e, conseqüentemente, promover o fortalecimento da atenção básica, os trabalhos inerentes ao processo de acompanhamento do Programa Bolsa Família foram intensificados e implementados cujas principais atividades estão apresentadas a seguir:

Realização de Oficina do Programa Bolsa Família na Saúde, no mês de abril, com a participação de cento e vinte dois (122) técnicos municipais, de noventa e três (93) municípios do Estado, responsáveis pelo acompanhamento das famílias beneficiárias na condicionalidade da saúde do Programa.

Para esta Oficina priorizamos os municípios que na 2ª vigência do ano de 2012 ficaram com o percentual de acompanhamento das famílias beneficiárias, abaixo de 73%, e tendo como objetivos:

- a) apresentar a interface do Programa Bolsa Família na Atenção Básica;
- b) realizar debate sobre o papel de cada profissional para expandir as ações do Programa Bolsa Família no nível local.

Realização de Oficinas de capacitação para a Gestão e Sistema do Programa Bolsa Família em Macrorregiões do Estado: Metropolitana, Centro Oeste, MISSIONEIRA.

#### Macrorregião Metropolitana

Oficina na 18ª CRS, realizada em Osório no dia 27/05/2013, com a participação de 14 municípios, 61% dos municípios da regional (Balneário Pinhal, Arroio do Sal, Maquiné, Torres, Santo Antônio da Patrulha, Mampituba, Xangri-lá, Três Cachoeiras, Imbé, Tramandaí, Osório, Itati, Caraá e Capão da Canoa).

Oficina na 1ª e 2ª CRS, realizada em Porto Alegre no dia 16/08/2012. Nesta oficina foram priorizados os municípios que não atingiram 70% de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF na 1ª Vigência de 2013. Estiveram presentes 09 municípios da 1ª CRS - Alvorada, Canoas, Glorinha, Gravataí, Montenegro, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Sapucaia do Sul e Viamão, e 10 municípios da 2ª CRS - Arroio dos Ratos, Barra do Ribeiro, Camaquã, Chувиска, Dom Feliciano, General Câmara, Guaíba, Montenegro, Pareci Novo e Três Coroas, totalizando 22 participantes.

#### Macrorregião Centro Oeste

Oficina realizada na 4ª CRS, em Santa Maria, no dia 14/11/2013; com a participação de 28 representantes de 18 municípios da Regional: Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Toropi, Jari, Cacequi, São Francisco de Assis, Formigueiro, Itacurubi, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Ivorá, São Vicente do Sul, Silveira Martins, São Martinho da Serra, São João do Polêsine, Cacequi, Unistalda e Santa Maria.

Oficina na 10ª CRS, realizada em Alegrete no dia 27/06. Estiveram presentes 6 municípios, 55% dos municípios da Regional (Uruguaiana, Rosário do Sul, Itaqui, São Gabriel, Quaraí e Santana do Livramento), com a participação de 14 técnicos da saúde. E oficina no dia 31/11/2013; com a participação de 19 representantes de todos os municípios da Regional: Alegrete, Manoel Viana, Maçambará, Rosário do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel, Santa Margarida do Sul, Uruguaiana, Barra do Quaraí, Itaqui e Quaraí.



### Macrorregião Missioneira

Oficina realizada na 14ª CRS, em Santa Rosa no dia 12/11/2013; com 21 representantes da 12ª CRS dos municípios de: Eugênio de Castro, Vitória das Missões, Mato Queimado, Garruchos, Caibaté, Porto Xavier, São Luiz Gonzaga, Sete de Setembro, São Miguel das Missões, Cerro Largo, Salvador das Missões e São Pedro do Butiá; e com a participação de 21 representantes da 14ª CRS dos municípios de: Tucunduva, Santa Rosa, Horizontina, Independência, Boa Vista do Buricá, Nova Candelária, Três de Maio, Senador Salgado Filho, Porto Mauá, São José do Inhacorá, Tuparendi, Porto Vera Cruz, Alegria, Doutor Maurício Cardoso e Alecrim.

Oficina realizada na 9ª CRS, em Crua Alta, no dia 13/11/2013; com a participação de 23 representantes e 100% dos municípios da Regional; e a participação da 17ª CRS com a participação de 23 representantes de 14 municípios da Regional: Augusto Pestana, Bozano, Catuípe, Chiapeta, Condor, Coronel Barros, Humaitá, Ijuí, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Valério e São Matinho.

### Macrorregião Norte

Oficina de trabalho com técnicos municipais das Regionais de Saúde que compõe a Macrorregião Norte, realizada em Passo Fundo, nos dias 02 e 03/07. Estiveram presentes 75 municípios, 51% dos municípios da Macro, totalizando 131 participantes, assim distribuídos:

18 municípios da 11ª CRS- Mariano Moro, Campinas do Sul, Aratiba, Severino de Almeida, Barra do Rio Azul, Quatro Irmãos, Estação, Rio dos Índios, Barão de Cotegipe, Ponte Preta, Charrua, Getúlio Vargas, Floriano Peixoto, São Valentim, Erebangó, Marcelino Ramos, Gaurama, Erechim, Alpestre;

15 municípios da 19ª CRS - Tenente Portela, Taquaruçu do Sul, Palmitinho, Vista Alegre, Caiçara, Rodeio Bonito, Pinhal, Bom Progresso, Derrubadas, Planalto, Alpestre, Novo Tiradentes, Esperança do Sul, Três Passos, Liberato Salzano;

10 municípios da 15ª CRS - Chapada, Três Palmeiras, Braga, Palmeira das Missões, Coronel Bicaco, Planalto, Engenho Velho, Miraguaí, Novo Barreiro, Redentora.

31 municípios da 6ª CRS - Nicolau Vergueiro, Passo Fundo, Gentil, Vila Maria, Capão Bonito do Sul, Tapera, Vanini, Tapejara, Caseiros, Itapuca, Tupanci do Sul, Mormaço, Santo Antônio do Palmar, Almirante Tamandaré do Sul, Casca, Espumoso, Paim Filho, Ibirapuitã, Ernestina, Água Santa, Sananduva, Alto Alegre, Ciríaco, David Canabarro, Marau, Muliterno, Santa Cecília do Sul, Vila Lângaro, Tio Hugo, Ibiaçá, Montauri e Machadinho.

### **RS Mais Igual**

Participação em reuniões sistemáticas no Comitê Gestor do RS Mais Igual e Comitê Intersetorial Estadual do Programa Bolsa Família, e nas atividades propostas, como, Mutirões Sociais, Plenárias e Caravanas do Programa Bolsa Família.

### Vigilância Alimentar e Nutricional – VAN

A Vigilância Alimentar e Nutricional é uma das diretrizes que integram a Política de Alimentação e Nutrição que possibilitará a constante avaliação e organização da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS), identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida.

A realização da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) visa promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam para fornecer uma base às decisões a serem tomadas pelos responsáveis por políticas, planejamento e gerenciamento de programas, relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar. Os profissionais de saúde da atenção básica são motivados e incentivados a desenvolverem uma atitude de vigilância, tendo um olhar diferenciado para a informação, fazendo com que essa gere uma ação individual ou coletiva, para assegurar o direito humano à alimentação adequada e saudável e a segurança alimentar e nutricional.

Em continuidade ao esforço de qualificação da vigilância, dois indicadores de saúde aportados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, estão incluídos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), sendo eles: o acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família e, a cobertura de crianças menores de 5 anos acompanhadas no SISVAN.

Quadro: Informações sobre o estado nutricional dos usuários acompanhados pela Atenção Básica registrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no ano de 2013:

Criança (< 5 anos) Peso para Idade									
2013	< P 0,1		≥ P 0,1 e < P 3		≥ P 3 e ≤ P 97		99.9		Total
	Muito baixo peso para idade		Baixo peso para idade		Peso adequado para idade		Peso elevado para idade		
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
	850	1,67	888	1,75	44.346	87,17	4.787	9,41	50.871

dados gerados em 31/03/2014

Criança (5-10 anos) IMC para Idade

2013	< P 0,1		≥ P 0,1 e < P 3		≥ P 3 e < P 85		≥ P 85 e ≤ P 97		> P 97 e ≤ P 99,9		> P 99,9		Total
	Magreza acentuada		Magreza		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		Obesidade Grave		
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
	568	1,74	360	1,1	19.314	59,09	6.568	20,09	3.672	11,23	2.204	6,74	32.686

dados gerados em 31/03/2014

Adolescente (10-19 anos) IMC para Idade

2013	< P 0,1		≥ P 0,1 e < P 3		≥ P 3 e < P 85		≥ P 85 e ≤ P 97		> P 97 e ≤ P 99,9		> P 99,9		Total
	Magreza acentuada		Magreza		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		Obesidade Grave		
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
	315	1,1	442	1,54	16.774	58,34	6.462	22,48	3.870	13,46	887	3,09	28.750

dados gerados em 31/03/2014

Adulto (20-60 anos) IMC Kg/m<sup>2</sup>

2013	< 18,5		≥ 18,5 e < 25		≥ 25 e < 30		≥ 30		Total
	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade		
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
	1.662	3,49	12.974	27,22	15.804	33,16	17.216	36,13	47.656

dados gerados em 31/03/2014

Idoso (>= 60 anos) IMC Kg/m<sup>2</sup>

2013	≤ 22		> 22 e < 27		≥ 27		Total
	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
	1.451	10,85	4.269	31,92	7.653	57,23	13.373

dados gerados em 31/03/2014

Gestantes

2013	Estado nutricional atual (IMC por semana gestacional)								Total
	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade		
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
	2.180	13,27	5.910	35,98	4.485	27,3	3.849	23,44	16.424

dados gerados em 31/03/2014

## Agenda de prevenção e controle das deficiências nutricionais

### - Programa Nacional de Suplementação da Vitamina A Mais

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A busca reduzir e erradicar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de seis a cinquenta e nove meses de idade, residentes em regiões consideradas de risco.

A Ação Brasil Carinhoso lançada nacionalmente em 13/05/2012, tem como um dos eixos de ação a ampliação da cobertura de programas de saúde para crianças. Sendo assim, o Ministério da Saúde estendeu à suplementação de vitamina A para todas as regiões do País, priorizando os municípios com maiores fatores de risco para a deficiência de vitamina A no Brasil.

No RS foram contemplados no Programa 113 municípios, sendo 102 municípios do Plano Brasil sem Miséria e 11 municípios participantes da Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI).

**Quadro 3: Monitoramento dos Municípios que estão inserindo dados de acompanhamento de suplementação de vitamina A no sistema de gestão (dados parciais de 23 de janeiro de 2013).**

Total de Municípios participantes do programa:	Total de Municípios COM dados no sistema:	% Municípios participantes do programa:	Nº de Municípios com alcance das metas:			Nº Municípios SEM informação no sistema:
			6-11 meses	12-59 meses 1ª dose	12-59 meses 2ª dose	
102	69	67,6	7	37	0	33

Fonte: PAN. Adaptado do Sistema de Monitoramento CGAN/MS.

### Principais Ações Desenvolvidas

- Criação do GT da Vitamina A no Estado com representantes do DAS (PAN, PIM, Atenção Básica e Saúde da Criança), CEVS e Assistência Farmacêutica.

- Elaboração de Nota Técnica pelo GT 01/2013 PAN/DAS/SES(disponível no setor) com considerações e recomendações para a distribuição dos suplementos para o público alvo do Programa. Em virtude do Estado não dispor de dados epidemiológicos sobre a prevalência e/ou evidências de deficiência da Vitamina A, a *suplementação em massa* pode tornar-se uma ação em saúde pública sem ter seu impacto medido.

- Realização da Oficina Transversalizando o Programa de Suplementação da Vitamina A Mais no Estado, em Porto Alegre, nos dias 04 e 05 de junho, com o objetivo de capacitar os profissionais da Saúde das Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios para a implantação do Programa de Suplementação de Vitamina A no Estado. Estiveram presentes 98 profissionais de saúde, 65 (58%) municípios contemplados com o Programa, e 16 (89%) Coordenadorias Regionais de Saúde (a 10ª CRS não tem municípios contemplados).

- Oficina de Micronutrientes realizada nos dias 05 e 06 de novembro de 2013 em Porto Alegre, com a presença da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/MS. Estiveram presentes profissionais da saúde das Coordenadorias Regionais de Saúde, dos Municípios participantes do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (Vitamina A Mais), e representantes das Regiões de Saúde.

05/11 – Municípios contemplados na expansão do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A da Macros Metropolitana, Sul, Centro Oeste e Serra, e todos os municípios da ANDI.

Total de participantes: 38; Total de municípios: 19

06/11 – Municípios contemplados na expansão do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A das Macros Norte e Missioneira.

Total de participantes: 59; Total de municípios: 30

#### **- Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI)**

Esta agenda foi instituída pela Portaria MS 2.387 de 18/10/2012 e visa à estruturação e qualificação de ações para o enfrentamento da desnutrição na Rede de Atenção à Saúde, especialmente no âmbito da Atenção Básica, em consonância com o Brasil Carinhoso e a Rede Cegonha. Objetiva apoiar os municípios, com população inferior a 150 mil habitantes e maior número de casos de baixo e muito baixo peso para idade (déficit ponderal) em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade, segundo o índice antropométrico peso-para-idade, a partir do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no ano de 2011.

Municípios do Estado que fazem parte da ANDI:

CRS	MUNICÍPIO
6ª	Alto Alegre
11ª	Barão de Cotegipe
5ª	Boa Vista do Sul
5ª	Campestre da Serra
6ª	Capão Bonito do Sul
17ª	Coronel Barros
5ª	Cotiporã
5ª	Nova Araçá
11ª	Ponte Preta
16ª	Travesseiro
5ª	Vista Alegre do Prata

### Principais Ações Desenvolvidas:

Realização de Oficina com Técnicos Regionais e Municipais sobre a implementação da Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI), com os seguintes objetivos:

- sensibilizar os profissionais de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde quanto à problemática da desnutrição infantil em seus territórios, considerando os seus múltiplos determinantes;
- promover o alinhamento técnico quanto aos objetivos e metas da ANDI;
- contribuir para a construção dos Planos Municipais de implementação da ANDI;
- promover e fortalecer a articulação e apoio entre Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para implementação da ANDI.

Dos Municípios que fazem parte da ANDI no Estado, 100% participaram da oficina. Dessa forma foi possível apoiá-los na estruturação e qualificação das ações de atenção à saúde da criança e na repactuação das metas para o ano 2014.

Todo os municípios participantes da ANDI repactuaram as metas para o ano de 2014 e assim, permaneceram na Agenda, destes oito (8) foram contemplados com recurso de custeio (quadro abaixo) pois atingiram a meta pactuada para 2013.

As metas pactuadas referem-se a:

- aumento da cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família;
- aumento do acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de cinco anos, no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);
- investigação de casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil.

Municípios que aderiram a ANDI contemplados com recurso de custeio de acordo com avaliação das metas pactuadas para 2013.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO RESIDENTE	VALOR DO RECURSO A SER REPASSADO PARCELA 2013
Alto Alegre	1805	R\$ 45000
Barão de Cotegipe	6521	R\$ 45000
Capão Bonito do Sul	1730	R\$ 45000
Boa Vista do Sul	2767	R\$ 45000
Coronel Barros	2460	R\$ 45000
Ponte Preta	1709	R\$ 45000
Travesseiro	2309	R\$ 45000
Vista Alegre do Prata	1562	R\$ 45000

Fonte: PAN. Adaptado da Portaria nº 1.065, de 19 de setembro de 2013/MS

Assim, os Municípios estão aptos a receber o incentivo financeiro para a qualificação de ações para o enfrentamento da desnutrição na Rede de Atenção à Saúde.

### **Estratégia Nacional – Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)**

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é um instrumento que reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da qualificação do processo de trabalho dos profissionais, fortalecendo as ações da Rede Cegonha/PIM na Atenção Básica.

#### **Principais Ações Desenvolvidas**

A fim de expandir essa estratégia no Estado, e dessa forma, contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, oficinas de formação de tutores da Estratégia estão sendo realizadas pela Política de Alimentação e Nutrição e a Saúde da Criança.

Nesse ano foram realizadas quatro oficinas para formação de tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, possibilitando a formação de 74 tutores. Participaram profissionais da saúde de 28 municípios, e profissionais das Regionais de Saúde: 1ª, 4ª, 5ª, 7ª, 9ª, 10ª, 14ª, 16ª, 17ª e 18ª, da SESAI, PIM, e Saúde da Criança do DAS/SES/RS, conforme descrito no quadro abaixo.

#### **Demonstrativos dos profissionais que participaram da EAAB. Ano2013.**

Quantidade de oficinas	Número de tutores formados	Profissionais da Atenção Básica				
		Nutricionista	C.Dentista	Enfermeiro	Psicólogo	Médico
3	74	36	1	33	1	3

Fonte: PAN. Adaptado dos relatórios de acompanhamento e monitoramento CGAN/ MS. 2014

A disseminação da estratégia passa pelo grande desafio de tornar os tutores promotores da alimentação saudável na comunidade em que atuam auxiliando adequadamente mães e cuidadores, realizando uma escuta efetiva e traduzindo os conceitos técnicos em linguagem simples e acessível. Isso implica na sensibilização e mobilização dos profissionais de saúde e outros profissionais atuantes das Unidades de Atenção à Saúde, envolvidos na temática quanto à relevância da efetiva implantação da Estratégia.

No Estado, em 2013 registra-se a realização de dezessete oficinas de trabalho nas UBS realizadas já pelos tutores formados no Estado, em quatro (4) Municípios, a saber: Estância Velha; Bento Gonçalves, Porto Alegre e Travesseiro. Nesse processo foram envolvidas 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 262 profissionais de saúde, garantindo a efetiva implantação da Estratégia Nacional Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB).

## DST/AIDS

### ➤ Indicadores de Monitoramento

- Indicador 42 (U) - Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.

Indicador 42	Resultado 1º quadrimestre	Resultado 2º quadrimestre	Resultado 3º quadrimestre	Meta 2013 estabelecida na PES 2012/2015	Resultado Alcançado
Nº de casos novos de Aids em > de 5 anos	25 casos	25 casos	29 casos	40 casos	79 casos

Fonte: SISCEL /SINAN em 17 de fevereiro, 2014.

No que diz respeito a este indicador, também houve um decréscimo de quase 50% ao invés de reduzi-lo em 10% em relação ao nº de casos do ano anterior, pois o RS utiliza o mesmo parâmetro nacional para referência. É de alta relevância pois expressa o nº de casos novos de Aids na população de menores de 5 anos de idade em determinado ano e local. Mede o risco de ocorrência de casos novos nesta população.

No ano de 2013 os dados de Aids em menores de cinco anos, antes emitidos somente pelo SINAN, passaram a ser comparados com os relatórios de Carga Viral do SISCEL. Foram localizados no banco de dados do SISCEL 55 casos, 10 casos no banco de dados do SINAN e 14 casos constavam nas duas bases de dados, totalizando 79 casos de Aids em menores de 5 anos.

No esforço para diminuir a Transmissão Vertical do HIV, o estado recomenda a testagem de 100% das parturientes, independente da última testagem no pré-natal (PN). O teste anti-HIV na maternidade é fundamental, mesmo quando a gestante tenha realizado a testagem no 3º trimestre, com resultado negativo, já que pode ter ocorrido a infecção e soro-conversão nesse período. A infecção aguda pelo HIV está associada com viremia elevada e o nível de carga viral materna é um dos principais preditores da transmissão perinatal. A não realização de triagem/diagnóstico do HIV no momento do parto impede a adoção de medidas que podem reduzir drasticamente a transmissão perinatal do HIV como o uso de antirretroviral intra-parto, profilaxia neonatal e contra-indicação da amamentação. Além da dispensação de AZT injetável e xarope para todas as parturientes e recém-nascidos expostos, foi acrescida a nevirapina para as crianças cuja mãe não fez profilaxia durante o PN (NT nº 388/2012 DDAHV); bloqueador de lactação para as parturientes e fórmula láctea para crianças expostas ao HIV até os 12 meses de vida. Também é de vital importância a qualificação do pré-natal visando o diagnóstico precoce e encaminhamento ágil para o serviço de referência e instituição da terapia antirretroviral adequada e em tempo oportuno. Para isto estão sendo realizadas ações em parceria com a Seção de Saúde da Mulher e Coordenação da AB/ESF. Com o crescente número de mulheres infectadas pelo HIV/AIDS, principalmente em idade fértil, conseqüentemente aumenta a possibilidade de transmissão vertical do HIV. A evolução tecnológica vem facilitando o diagnóstico e o tratamento precoces e, conseqüentemente, a possibilidade de intervir, através de campanhas de estímulo à testagem do HIV nos períodos pré-natal e perinatal, com o intuito de minimizar exposições de risco.



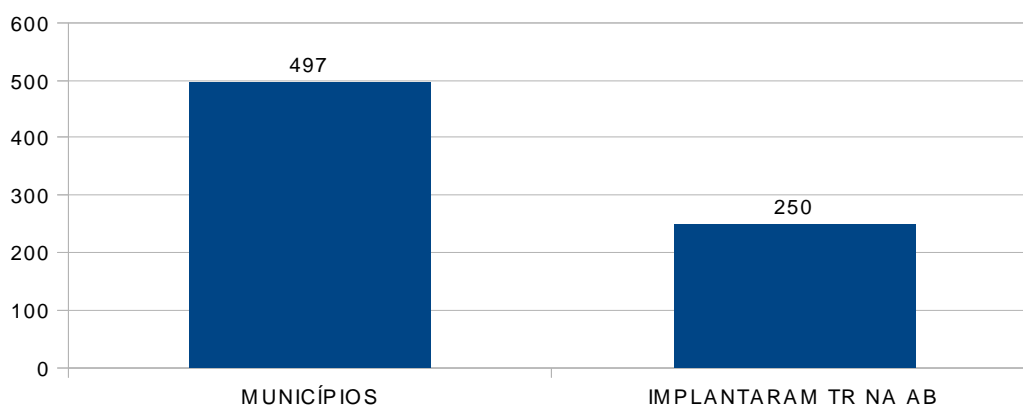
Diversas ações de educação continuada foram realizadas, entre elas 01 capacitação, que teve como objetivo os profissionais das equipes de Atenção Básica nas áreas de medicina, enfermagem, serviço social, psicologia e farmácia para realização do teste rápido de HIV e sífilis, direcionada para municípios da 1ª e 2ª CRS, perfazendo um total de 69 participantes. E uma capacitação voltada para equipes de Atenção a Saúde prisional e contou com a presença de 133 participantes nas áreas de medicina, enfermagem, odontologia, assistência social, nutrição, técnicos de enfermagem e agentes penitenciários. Foi realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, através da Coordenação Municipal de DST/Aids e o Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do MS, ação alusiva ao dia mundial de luta contra a AIDS. Dentre as atividades realizadas consta:

- a) Testagem rápida de sífilis e HIV;
- b) Passeio ciclístico com confecção do laço vivo (com balões vermelhos);
- c) Teatro invisível.

No ano de 2013 foram apoiadas e realizadas diversas ações visando o diagnóstico, a prevenção e o tratamento adequado das DST e HIV/Aids, destacando-se as capacitações para implantação do Teste Rápido na Atenção Básica onde propõe a participação e protagonismo das coordenações regionais e municipais de DST/Aids e AB na função de apoiadores do processo em sua integralidade. Estas têm acontecido de forma contínua nos municípios. A implantação da testagem nestes municípios apresenta realidades bem distintas, alguns com o teste implantado em todas as UBS e outros em apenas uma.

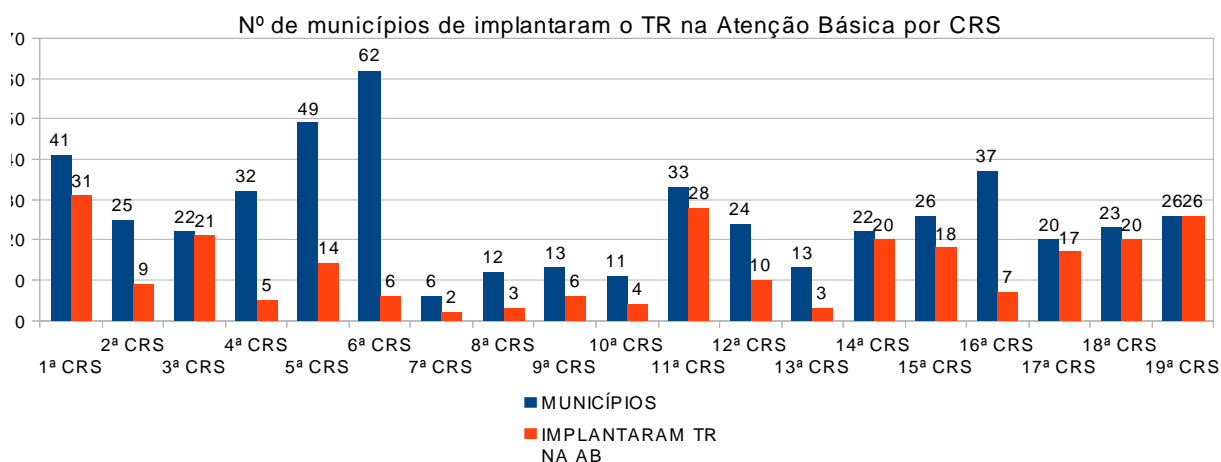
No gráfico abaixo se verifica a implantação da testagem rápida no estado:

Nº de municípios de implantaram TR na AB - Rio Grande do Sul



Fonte: Coordenação Estadual de DST/Aids

A seguir o gráfico demonstra o número de municípios que implantaram o TR na Atenção Básica por Coordenaria Regional de Saúde (CRS):



Fonte: Coordenação Estadual de DST/Aids

Neste sentido, a participação da coordenação estadual de DST/Aids em fóruns de discussão entre gestores regionais e trabalhadores, nas CIR's da macrorregião metropolitana, na tentativa de sensibilização para o entendimento da epidemia da infecção pelo HIV/Aids, mostrou-se potente indutor e disparador do processo de descentralização do diagnóstico do HIV.

A participação desta coordenação, trazendo para discussão a temática das DST/HIV/Aids, junto à coordenação da AB tem nos garantido espaço na agenda de prioridades com o intuito de fortalecer a Atenção Básica, inclusive na tentativa de garantir recursos no orçamento na Atenção Básica no valor de R\$ 15.000.000,00 para ações de prevenção e promoção da saúde.

Durante o terceiro quadrimestre, almejando diminuição do nº de casos de Aids em menores de 5 anos de idade a Coordenação Estadual de DST/AIDS vem construindo diferentes estratégias de articulação intersetorial e intrassetorial, as quais seguem abaixo:

- Projetos focados na diversidade cultural, cidadania e direitos humanos. - Secretaria da Cultura do Estado do RS, denominam-se: - Agentes de Leitura, - Pontos de Leitura e Pontos de Cultura. Dentro deste propósito, a Coordenação Estadual de DST/AIDS, adquiriu três títulos literários em quantitativo de 279 unidades, os quais tratam das questões de gravidez na adolescência, assim como a fragilidade do processo de transmissão das DST/AIDS no cotidiano da população. Os livros serão utilizados por duzentos e vinte jovens residentes nos cinco territórios de paz do município de Porto Alegre, possibilitando a reflexão e promoção do auto cuidado, através da interlocução com suas comunidades.

- Indicador 43 (E) - Proporção de pacientes HIV + com 1º CD4 inferior a 200CELI/MM3.

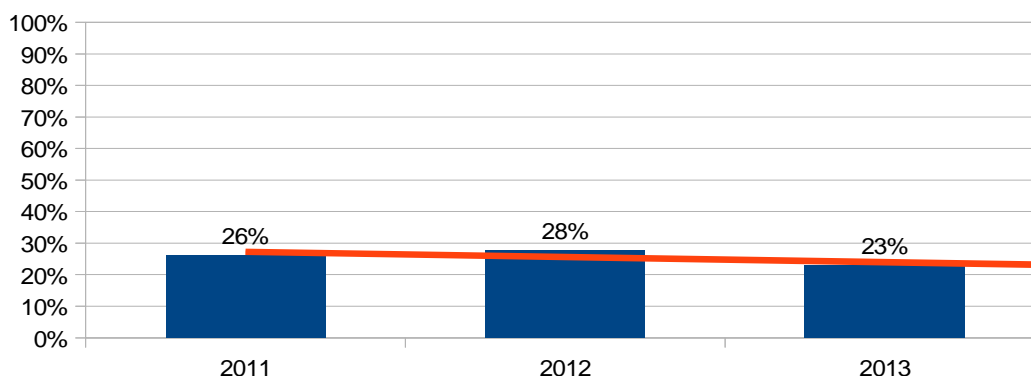
Indicador 43	Resultado 1º quadrimestre	Resultado 2º quadrimestre	Resultado 3º quadrimestre	Meta 2013	Resultado Alcançado
Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm <sup>3</sup>	205 pacientes	36 pacientes	149 pacientes	34%	23%

Fonte: SISCEL /SINAN em 17 de fevereiro, 2014.

Este indicador expressa 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). Tem como meta reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV. O desempenho alcançado em 2013 foi excelente, visto que, a meta estadual propõe a redução de 15% ao ano, diferentemente do parâmetro nacional que propõe a redução de 10% a cada ano.

Segue abaixo gráfico ilustrativo com a série histórica do indicador 3, de 2011 a 2013. A proporção de pacientes diagnosticados tardiamente reduziu bastante quando comparada a anos anteriores. Em 2012 este percentual era de 27,7% e em 2013 conseguiu-se reduzi-lo a 23%.

Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm<sup>3</sup>  
Série histórica 2011 a 2013 - RS

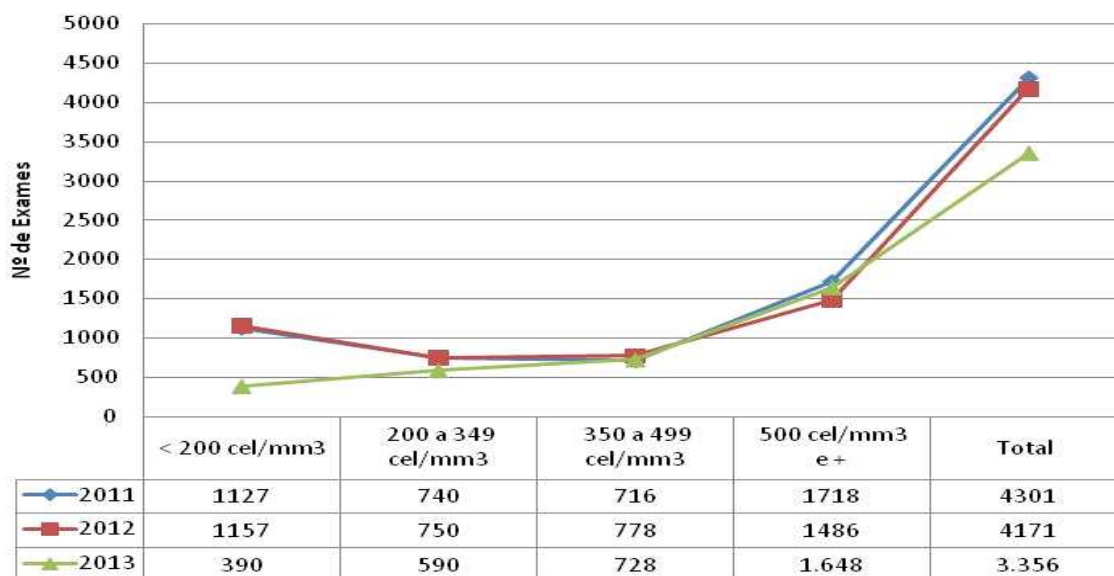


Fonte: SISCEL, 2013. Acesso em 17 de fevereiro de 2014

Lembramos que este indicador considera para cálculo do ICM a polaridade “quanto menor melhor”, ou seja, a meta foi superada. Este fato pode estar relacionado **a maior oferta de exames de diagnóstico principalmente nos serviços de atenção básica.**

Segue abaixo gráfico comparativo entre a quantidade de exames realizados entre os anos de 2011 e 2013.

**Comparativo da Quantidade de Exames de CD4 realizados nos Laboratórios do RS em Indivíduos maiores de 15 anos e virgem de tratamento TARV, 2011 a 2013.**



Fonte: SISCEL, 2013. Acesso em 17 de fevereiro de 2014

Este gráfico demonstra a redução no número de pacientes que realizou o 1º exame de CD4 com resultado inferior a 200 cel/mm<sup>3</sup> no ano de 2013, quando comparado a anos anteriores.

Dando continuidade às ações de prevenção, a Coordenação Estadual de DST/AIDS, objetivou o fortalecimento da promoção da saúde e prevenção às DST/AIDS, através de encontros de sensibilização dos gestores municipais de saúde e educação, para o processo de adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE). A adesão municipal ao PSE possibilitou o fortalecimento do planejamento e execução de ações referentes às temáticas que perpassam os direitos sexuais e reprodutivos, articulação da rede sócio-assistencial local, de forma que esta se desenvolvesse a partir dos pressupostos da integralidade, da pluralidade cultural dos territórios da rede pública de ensino fundamental e médio, onde cada sujeito vive e convive, possibilitando a conscientização sobre a importância do diagnóstico precoce de HIV/AIDS, assim como a diminuição da transmissão viral e uso permanente do preservativo.

Neste ano de 2013 houve uma ampliação considerável da adesão ao PSE. No de 2012 somente 65 municípios aderiram ao PSE, no entanto em 2013 contamos com a adesão de 347 municípios que vem desenvolvendo regularmente suas ações.

Outras ações que envolveram a sensibilização dos gestores foram as reuniões com os municípios prioritários (com alta incidência em HIV/AIDS) que recebem incentivo do Ministério da Saúde para desenvolverem ações de Promoção e Prevenção à Saúde dentro das suas Programações de Ações e Metas Municipais (PAM) compreendendo a complexidade do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE enquanto componente II do PSE. Ao observarmos os documentos das PAMs, constatamos que 72% contemplaram ações do SPE em seus planejamentos.

A Secretaria Estadual da Saúde, Departamento de Ações em Saúde, compôs a Programação da 59ª Feira do Livro de Porto Alegre, sendo que identificamos este propósito como uma potente estratégia de divulgação e conscientização em relação a importância do diagnóstico precoce do HIV/AIDS. Esta estratégia, também possibilitou a capilarização do processo de educação e interlocução com a diversidade sócio econômica e cultural, típica do público que circula na tradicional Feira do Livro de Porto Alegre.

Obtivemos como produto a divulgação ampla do teste rápido, assim como a conscientização sobre a importância da realização deste, também obteve a participação expressiva dos jovens falando dos temas que perpassam as DST/AIDS, através das mais diversas expressões (teatrais, literárias, musicais, composição de letras, edição de curtas-metragens, debate, sessões de autógrafos, palestras, apresentações de mosaicos, oficinas sobre educação entre pares, uso de preservativo (foram distribuídos 108 mil unidades de preservativos masculinos, 2.500 unidades de preservativos femininos).

Através dessa ação, constatamos a necessidade permanente do diálogo sobre as questões de DST/AIDS e uso do preservativo de forma acolhedora, significativa, e que nega quaisquer que sejam os preconceitos que ali possam se inserir. Assim, as ações contaram com a participação dos Grupos Gestores e Trabalhadores Municipais do PSE/SPE e Serviços de Assistência Especializada (SAE)/ Centros de Testagem Ambulatorial (CTA). Também contamos com a participação e realização de atividades por ONG's/ movimentos sociais, Universidades (UFRGS, USP e UFPN), jovens e população LGBT.

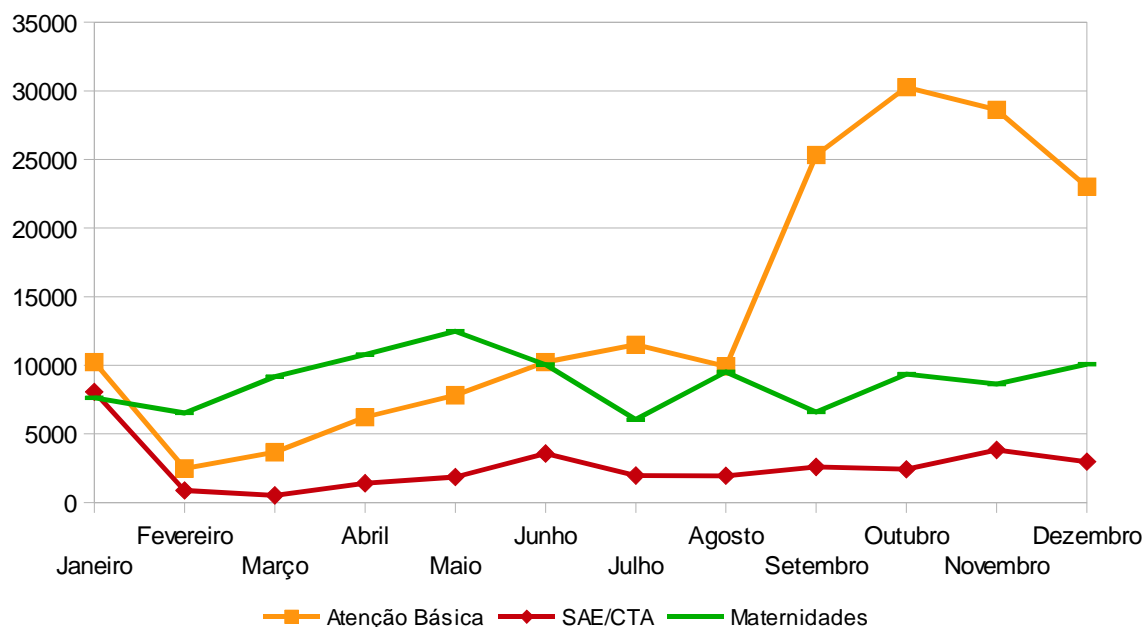
A inserção de um estande permanente na 59ª Feira do Livro de POA foi coordenada pela Seção de DST/AIDS em parceria com as diversas Seções do DAS, o que possibilitou a efetivação de um propósito maior de integração e interlocução com vistas ao cuidado integral do ser humano (promoção à saúde, prevenção e proteção).

Nas capacitações realizadas ao longo do ano para os Coordenadores Regionais das Ações em DST/AIDS foi apresentado o SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), possibilitando a qualificação do processo de dispensa e distribuição de insumos no Estado do Rio Grande do Sul, e também ocasionando um processo unificado de informações entre as esferas municipais, estadual e federal.

Ações realizadas em parceria com os movimentos Sociais:

- Encontro Regional Sul da RNP+: evento realizado em parceria com a Coordenação da RNP+ Brasil para debater e proporcionar condições ao protagonismo das pessoas que vivem com HIV/AIDS na construção das políticas públicas de saúde.
- Oficina de Harmonização de Projetos com OSC reunindo todas as organizações do Movimento Social que tiveram projetos selecionados a partir da divulgação do Edital de Seleção de Projetos nº 01/2012 DST/AIDS.
- Encontro do Grupo de Trabalho Aids e Religião para definir estratégias para a promoção da saúde e prevenção do HIV e da AIDS a partir da atuação das diferentes organizações religiosas de diversas matrizes;
- Encontro Regional Sul de ONG Aids (ERONG), em Curitiba. Parceria com Coordenação DST/Aids PR e Fórum de ONG Aids RS.
- Referente a ação de implantar e implementar o Plano Estadual de Enfrentamento da DST e Aids, estamos trabalhando as metas compostas neste inserindo ações nas Programações de Ações e Metas para DST e Aids (PAM), anualmente, e partindo do reconhecimento das dinâmicas presentes no território e que influenciam na saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos municípios da região.
- Quanto a implantação de investigação de sífilis congênita nos municípios, o estado elaborou uma estratégia de potencialização para criação dos Comitês de investigação da Sífilis congênita municipal, através de ação conjunta das Políticas de DST e Aids, Saúde da Mulher, Atenção Básica e Saúde da Criança, com retorno das informações do SINAN para as CRS e municípios para que haja investigação de cada um dos casos a nível local, que será implantada a partir de 2014.
- Com relação à ação que trata da realização de testes rápidos anti-HIV, triagem e diagnóstico nos usuários do SUS no ano de 2013, a Seção de Controle das DST/Aids distribuiu aos municípios, incluindo os serviços de Atenção Básica, Centros de testagem e Aconselhamento/Serviços especializados e Maternidades o total do número de 308.120 exames O SIASUS é o instrumento adequado para a coleta do dado: realização de testes rápidos anti-HIV, triagem e diagnóstico nos usuários do SUS, porém este dado não vem sendo alimentado pelos serviços de saúde que não informam o número de testes realizados. A informação que temos é número de testes disponibilizados e se considerarmos este número teríamos cumprido 67% da meta pactuada para 2012 – a 2015.
- Neste ano já cumprimos 66% da meta pactuada para 2012 – 2015.
- O gráfico abaixo refere-se a distribuição de testes rápidos anti-HIV para os serviços de Atenção Básica, Serviços de Atendimento Especializado (SAE)/ Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e maternidades no ano de 2013.

### Distribuição de TR HIV no RS, 2013 Atenção Básica, SAE/CTA e Maternidades



Fonte: Planilha Liberação de testes rápidos 2013 – Coordenação Estadual de DST/Aids

### Distribuição de TR HIV no RS, 2013

	Atenção Básica	SAE/CTA	Maternidades
Janeiro	10230	8070	7625
Fevereiro	2475	880	6525
Março	3665	520	9175
Abril	6220	1400	10775
Mai	7820	1860	12475
Junho	10235	3570	10050
Julho	11495	1965	6050
Agosto	9915	1945	9520
Setembro	25330	2595	6600
Outubro	30265	2420	9350
Novembro	28620	3830	8625
Dezembro	23015	2975	10075
<b>Total</b>	<b>308160</b>		

Fonte: Planilha Liberação testes rápidos 2013 – Coordenação Estadual de DST/Aids

A distribuição de preservativos masculinos programados na PAS, a Coordenação Estadual de DST/Aids distribuiu às 19 CRS um total de 37.769.164, entre preservativos masculinos de 49mm e 52mm. Neste ano já cumprimos 70% da meta pactuada para 2012 - 2015.

**Demonstrativo da distribuição de preservativos masculinos, feminino e gel lubrificante durante o ano de 2013**

<b>Mês</b>	<b>Tamanho 49mm</b>	<b>Tamanho 52mm</b>	<b>Preservativo feminino</b>	<b>Gel lubrificante</b>
<b>1º Quadrimestre</b>	53.200	7.187.718	136.300	65.000
<b>2º Quadrimestre</b>	548.000	5.552.404	130.100	90.350
<b>3º Quadrimestre</b>	2.904.690	24.715.547	281.029	1.442.000
<b>Total</b>	3.505.890	37.455.669	547.429	1.597.350

Fonte: SICLOM(Sistema de Controle Logístico de Medicamentos). Acesso em dezembro de 2013.

É perceptível o aumento gradativo de distribuição de todos os tipos de preservativo e gel para as 19 Coordenadorias de Saúde, Serviços Estaduais de Saúde, movimento social e ações para a população em geral.

Cabe salientar que é muito importante para a prevenção das mulheres o aumento da oferta e aceitação do preservativo feminino na busca da redução da feminização da AIDS no nosso Estado. Outra informação importante se refere ao aumento de distribuição de preservativo masculino 49, cujo público alvo é a população adolescente.

### ***Saúde da População Negra***

As ações da Coordenação Estadual da Saúde da População Negra, no ano de 2013, foram organizadas nas sete macrorregiões com o propósito de qualificar a gestão do SUS, fortalecer a Atenção Básica e construir novos paradigmas em saúde coletiva. Para tanto, atuou a partir de quatro projetos estratégicos:

#### **1) Estratégia da Saúde da Família Quilombola (ESFQ)**

Esse projeto estratégico objetiva a qualificação do cuidado e do acesso à saúde da população negra residente em comunidades remanescentes de quilombos, urbanas ou rurais, no estado do RS por meio do fortalecimento da Atenção Básica enquanto espaço privilegiado para práticas coletivas de promoção da saúde no território das pessoas. Assim, a SES-RS instituiu incentivo financeiro específico à ESFQ por meio da aprovação *ad referendum* da Resolução CIB-RS nº 98/2013, prezando pela corresponsabilização dos três entes federativos.



Com esse incentivo estadual, a ESFQ alcançou o índice de 94% de cobertura em 2013 considerando-se a meta estabelecida no Plano Pluri Anual (PPA) 2012-2015. Ou seja, ao longo de 2013 tivemos a adesão de 32 municípios, conforme tabela 01, (totalizando 35 equipes de ESFQ, das quais 27 possuem equipe de Saúde Bucal - ESB), dos 34 previstos no PPA/2012-2015.

O investimento em 2013 para ESFQ foi de R\$ 509.500 (quinhentos e nove mil e quinhentos reais) de abril a dezembro de 2013, conforme tabela 02.

**Tabela 01: Número de Municípios e Equipes de ESFQ no RS.**

Nº	MUNICÍPIO	EQUIPES ESFQ	SAÚDE BUCAL	Nº DE COMUNIDADE ATENDIDAS
1	Aceguá	1	Sim	2
2	Alegrete	1	Sim	1
3	Arroio do Padre	1	Sim	1
4	Arroio do Tigre	1	Sim	1
5	Bagé	1	Sim	1
6	Candiota	1	Sim	1
7	Canguçu	1	Sim	1
8	Canoas	1	Sim	1
9	Cachoeira do Sul	1	Não	1
10	Capivari do Sul	1	Sim	1
11	Catuípe	1	Sim	1
12	Colorado	1	Sim	1
13	Encruzilhada do Sul	1	Sim	1
14	Fortaleza dos Valos	1	Sim	1
15	Girúá	1	Sim	1
16	Gravataí	1	Não	1
17	Morro Redondo	1	Sim	1
18	Mostardas	2	Sim/Não	3
19	Nova Palma	1	Não	1
20	Osório	1	Não	1
21	Pedras Altas	1	Sim	1
22	Porto Alegre	1	Sim	2
23	Restinga Seca	1	Sim	2
24	Rio Grande	1	Não	1
25	Rio Pardo	1	Sim	1
26	Salto do Jacuí	1	Não	1
27	São José do Norte	1	Não	1
28	São Lourenço do Sul	3	Sim/Sim/Sim	4
29	São Sepé	1	Sim	2
30	Sertão	1	Sim	2
31	Três Forquilhas	1	Sim	1
32	Turuçu	1	Sim	1
	<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>27</b>	<b>42</b>

Tabela 02: Total do investimento estadual da ESFQ repassado aos municípios por quadrimestre.

1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	Total - 2013
R\$ 31.000,00	R\$ 148.500,00	R\$ 330.000,00	509.500,00

## 2) Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI)

Esse projeto estratégico visa à sensibilização e qualificação de trabalhadores e gestores em saúde em relação à saúde da população negra, tendo como foco a compreensão do racismo como determinante social em saúde. Também tem como propósito o fortalecimento dos movimentos sociais (Movimento Negro, Quilombola e de Comunidades Tradicionais de Matriz Africana) e do controle social (Conselhos de Saúde) no que se refere à gestão participativa do SUS; além de ser o propulsor dos demais projetos estratégicos da Coordenação Estadual da Saúde da População Negra.

A SES-RS investiu em capacitações e materiais informativos sobre a Saúde da População Negra ao longo do ano de 2013 o valor de R\$ 1.194.821,39 (Tabela 03).

Tabela 03: Total do investimento em capacitações e material promocional promovidos pela Coordenação Estadual da Saúde da População Negra ao longo de 2013.

1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	Total - 2013
R\$ 135.200,00	R\$ 573.092,85	R\$ 486.528,54	R\$ 1.194.821,39

Com o propósito de fomentar a implementação da política de saúde da população negra nos 497 municípios do Estado, a SES-RS instituiu por meio da Resolução CIB-RS 636/13 o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica (PCRI-AB). Os valores do incentivo estão organizados do seguinte modo: 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 e 25 mil reais para municípios com mais de 100 mil habitantes. Está previsto o investimento de mais de 7 milhões de reais para o referido incentivo ao longo do ano de 2014.

A campanha “**Pela Autodeclaração no SUS – Declare seu Amor à sua Mãe, Avó, Avô, Pai, Ancestralidade. Declare sua Raça/Cor!**”, foi lançada no dia 14 de novembro de 2013, no Palácio Piratini, Salão Negrinho do Pastoreio, e tem como objetivo qualificar a notificação do quesito raça/cor nos documentos e bancos de dados do SUS; contribuir com o processo de consciência da origem etnicorracial da população negra; conscientizar a sociedade gaúcha sobre a importância da autodeclaração no SUS para todos os grupos etnicorraciais. No dia 18 de dezembro de 2013, a campanha foi lançada no município de Passo Fundo, iniciando-se um processo de lançamentos pelas sete macrorregiões do estado.

## 3) Rede Cegonha/Primeira Infância Melhor “Mãe Criadeira” (PIM Mãe Criadeira)

Esse projeto estratégico visa à qualificação do acesso e do cuidado à saúde da criança e da mulher negras que vivem em territórios negros rurais e urbanos (quilombolas, de matriz africana, de centros urbanos ou periféricos identificados pelo fenótipo). Conforme PPA/2012-2015 a meta é alcançar 20% de cobertura do PIM Mãe Criadeira no Estado (16 municípios) considerando os 82 municípios com comunidades remanescentes de quilombos certificadas ou identificadas. Ao longo do ano de 2013 ampliou-se a cobertura de 7% para 11%, conforme Tabela 04.

Tabela 04: Municípios que aderiram ao PIM Mãe Criadeira ao longo do ano de 2013.

MUNICÍPIO	COMUNIDADE
São Lourenço do Sul	Quilombo Monjolo
São Lourenço do Sul	Quilombo Torrão
São Lourenço do Sul	Quilombo Rincão das Almas
São Lourenço do Sul	Coxilha Negra
Catuípe	Engenho Velho
Jacuizinho	Novo Horizonte/Rincão dos Caixões

#### 4) Linha de Cuidado Integral às Pessoas com Doença Falciforme

Objetiva a descentralização e regionalização do atendimento especializado às pessoas com doença falciforme. Após a aprovação da Resolução CIB-RS nº 66/2013, que institui nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Estado do Rio Grande do Sul a Linha de Cuidado Integral às Pessoas com Doença Falciforme, pactuamos a regulação do atendimento nas 19 CRS.

No dia 14 de novembro de 2013, com o lançamento da Linha de Cuidado Integral às Pessoas com Doença Falciforme, no Palácio Piratini, Salão Negrinho do Pastoreio, amplia-se o atendimento especializado para mais três hospitais – Hospital Universitário de Rio Grande, Hospital Universitário de Santa Maria e Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo atendendo 100% do previsto no PPA/2012-2015. Além dos hospitais, a Hemorrede também é incorporada ao atendimento especializado por meio do HEMORGS, atendendo 16% do previsto no PPA/2012-2015.

A realização do exame de eletroforese de hemoglobina para o primeiro diagnóstico da Atenção Básica foi pactuada com o Hospital Presidente Vargas (HPV) de Porto Alegre, com uma previsão de 1200 (mil e duzentos) exames por ano. Em parceria com o HPV foi criado o Cartão VERDE para a solicitação e coleta do exame.

### *Saúde Indígena*

#### **Ações Desenvolvidas:**

- Garantia do repasse do incentivo estadual para fortalecimento da Atenção Básica na Saúde Indígena, aos 52 municípios onde há população indígena, conforme Portaria 41/2013;
- VII Seminário dos Povos Indígenas e o Estado: Construindo Redes no SUS. Realizado em maio de 2013, em Porto Alegre, em parceria com a Secretaria Estadual de Cultura e Museu Antropológico do RS.
- III e IV Encontro de Apoiadores Regionais das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) de Saúde Indígena.- Construindo Redes de Atenção na Saúde. Realizados em agosto e novembro de 2013, em Porto Alegre, com o intuito de fortalecer a Política de Saúde Indígena, a partir das demandas e necessidades apresentadas pelos apoiadores;

- Articulação e apoio aos municípios e Apoiadores Regionais na construção dos Planos de Aplicação do Recurso Estadual;

- Participação nas Conferências de Saúde Indígena:

- \* Locais - Porto Alegre – setembro 2013

- \* Distritais ocorridas nos estados sede dos dois pólos que abrangem o estado do RS: Santa Catarina - do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena (DSEI) do Interior e Paraná do DSEI Litoral Sul ocorridas em outubro de 2013

- \* Nacional, ocorrida em Brasília, em dezembro de 2013.

- Participação e apoio na organização do 7º Fórum Estadual dos Povos Indígenas, realizado pelo Conselho Estadual dos Povos Indígenas (CEPI), em Agosto, no município de Porto Alegre.

- Articulação e reuniões entre SES/Saúde Indígena e Atenção Básica, SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena)

- **Diagnóstico Situacional da Terra Indígena do Ligeiro** – Como projeto piloto para saúde mental indígena, este diagnóstico acontece mensalmente, durante uma semana nesta comunidade. Durante esta semana vivenciamos o cotidiano da EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena) nesta terra, nos encontramos em rodas de conversa e reuniões de trabalho com a escola, com as mulheres da aldeia, pais e filhos preocupados com a educação, a geração de renda e o saneamento básico de seus povos. Uma segunda e terceira semanas já estão marcadas para dezembro e janeiro. Tomamos este diagnóstico bem como nossas imersões nesta terra como ação possível para o fortalecimento desta comunidade que nos demanda que andemos juntos. Para este caminhar lado-a-lado, o trabalho executado em coletivo passa por sessões de cinema, espaços de brincadeiras e jogos, a revitalização do Bosque do Amor (espaço de convivência da comunidade), o incentivo ao esporte e a dança (a pedido dos adolescentes), a retomada das Mateadas da Família, pelos Kaingang, mutirões de limpeza no leito do rio junto com a escola, etc.

- **Oficinas da RAPS (Redes de Atenção Psicossocial)** – As RAPS estão prevista na Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 que prevê a ampliação e criação de dispositivos de atenção básica, secundária e terciária, para o cuidado em saúde mental. Temos participado destas oficinas junto as CRS com o intuito de incluir as comunidades indígenas da macrorregião norte na RAPS prevendo fluxos de atenção para o cuidado e prevenção no abuso do álcool. A RAPS é rede que compõem os planos municipais e regionais de saúde, pactuados na CIR (Comissão Intergestora Regional).

- **Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas** para 11ª CRS e 19ª CRS com a participação das EMSI do território. Estes cursos aconteceram ao longo de 2013 e têm encerramento no início de abril de 2014.

Pensar a saúde mental para povos indígenas demanda uma problematização ética profunda, considerando a complexidade dos modos de vida e especificidades das etnias que compõem o estado. É uma discussão delicada, que requer atenção permanente para que não ocorra uma transposição de saberes ou então a intensificação da homogeneização das diferenças. Portanto, a criação de referência para o trabalho em saúde mental deve ser construída com as comunidades indígenas, no diálogo com a comunidade e seus atores sociais, que somam ao processo.

A Agenda de Compromissos com a Saúde Indígena como linha do cuidado reaviva a discussão sobre o acolhimento na atenção básica para os indígenas bem como pontos de atenção no SUS, quando em vazios assistenciais e/ou áreas sem cobertura de saúde pela SESAI.

Assim, **nossas pactuações entre governo estadual e municípios**, na macrorregião norte, no âmbito da saúde indígena se deram através dos **Encontros Regionais da Gestão à Saúde Indígena, que envolveu:**

- **Educação Permanente** – Fomentamos a implantação de reuniões/fóruns de rede sistemáticas, no âmbito municipal, pela garantia dos fluxos pactuados para o cuidado a saúde; Consideramos os Encontros Regionais da Gestão à Saúde Indígena ensaios de encontros educação permanente;

- **Grupos Condutores da Linha de Cuidado em Saúde** – A constituição destes grupos é frente de trabalho da política de saúde indígena e é condição para o recebimento do incentivo estadual para população indígena; Pontuamos a importância destes grupos para a efetivação do cuidado em redes intersetoriais de cuidado; **Entre as atribuições do Grupo Condutor estão:** Mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada modalidade de atenção (entendemos por básica, alta e média complexidade), apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação e implementação da rede, identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada modalidade de atenção, monitorar e avaliar o processo de implantação da rede, apresentar às CIR e CIB a situação do andamento da implantação e implementação dos diversos pontos e atenção da rede para pactuações e repactuações, caso necessárias.

- **Apoio Institucional** – Para o fortalecimento da atenção básica e das redes de cuidado, o apoio institucional, (principalmente aos gestores municipais como prefeitos, secretários de saúde e coordenadores regionais de saúde), é ferramenta imprescindível no território. Iniciamos movimento piloto no município de Redentora, (uma das maiores terras indígenas do estado, com quase cinco mil habitantes) Liberato Salzano e Constantina, que consiste no apoio institucional ao gestor, ajudando-o a estruturar a rede de atenção à saúde em suas modalidades de atenção (básica, média e alta complexidade) exercício sistemático de encontros de educação permanente às equipes de saúde do município (incluindo agentes comunitários e agentes indígenas de saúde, que por vezes não são identificados pela rede como parte da equipe de saúde.)

- **Projeto Saberes e Práticas do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas: apoio institucional na gestão em saúde com as Populações do Campo, da Floresta e das águas** proposto em muitas mãos (participam desta escrita residentes de saúde mental, estagiários, estatutários e consultores) entre Políticas de Saúde Mental, Populações do Campo e Floresta e Indígena.

Com o projeto, propomos a ampliação de uma discussão delicada, que requer atenção permanente para que não ocorra uma transposição de saberes ou então a intensificação da homogeneização das diferenças. A criação de referência para o trabalho em saúde mental sugere o projeto, deve ser construída com as comunidades indígenas, no diálogo com a diversidade e seus atores sociais, que somam ao processo.

Esta proposta de trabalho assume que a retomada de uma discussão entre saúde mental e a política de redução de danos para populações indígenas deve ser processo coletivo e, portanto, abre a discussão para os diversos sujeitos implicados com a saúde indígena. Propomos com o Projeto ***Saberes e Práticas do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas: apoio institucional na gestão em saúde com as Populações do Campo, da Floresta e das águas*** a composição de um planejamento teórico prático para construir e operar possíveis caminhos, que consideramos, além das tradicionais áreas da saúde coletiva (clínica, epidemiologia, planejamento e ciências sociais), outras que se colocam como fundamentais, como a história, a antropologia, a assistência social, a saúde mental e a educação e ainda, naturalmente, os campos de conhecimento que a intersectorialidade pode agregar, como a ecologia, e todos saberes e práticas que operam na linha da sustentabilidade das aldeias.

**Escuta, Cuidado e Acolhimento** são diretrizes para a Agenda de Compromissos, pactuadas nos **Encontros Regionais da Gestão à Saúde Indígena**: Só cuidam de fato de uma pessoa, os serviços de saúde que organizam seus processos de trabalho, de modo que haja o acolhimento dos usuários pelos trabalhadores, o que significa atender bem, fazer uma escuta qualificada do seu problema de saúde, resolver e se necessário, fazer um encaminhamento seguro, e isto só é possível se esta rede estiver operando com base na Linha do Cuidado Integral em Saúde. Tudo isto significa que é necessário organizar os processos de trabalho, isto é, o modo como cada um trabalha, para que as diretrizes do acolhimento, do vínculo e do direito ao acesso universal aos serviços se tornem rotina nas práticas dos profissionais de saúde das EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena) e ESF (Estratégia e Saúde da Família). O processo de trabalho é a chave da questão, porque é através dele que se produz o cuidado aos usuários, ou seja, as pessoas que dele necessitem.

### **Avaliação das Ações**

Ao longo de 2013 buscou-se uma aproximação maior entre os entes que atendem a saúde indígena, principalmente a SESAI. A integração entre as políticas do estado e a política do Ministério, construindo essa relação tanto a nível estadual como também nos municípios. Através da Portaria 41/2013, que propõe a elaboração de um Plano de Aplicação que necessita ser construído com lideranças indígenas, conselho municipal de saúde, secretaria municipal de saúde, SESAI e SES, foi possível essa aproximação maior promovendo um atendimento mais qualificado e integral da população indígena. Também a participação nas instâncias do Controle Social, através da representação nos CONDISI (Conselho Distrital de Saúde Indígena), e nas Conferências de Saúde Indígena, que culminou em Brasília com a V Conferência Nacional de Saúde Indígena.

### Saúde Prisional

A **Política de Atenção Básica de Saúde Prisional** em 2013 avançou na habilitação de Equipes de Atenção Básica de Saúde Prisional (EABSP). No momento atual houve a ampliação de 8 (oito) em 2010 para 24 (vinte e quatro) EABSPs em 2013. A seguir, tabela demonstrativa com o quadro atual:

Município	Estabelecimento Penitenciário	Total: nº equipe	Total: UBS - Prisional	CRS	Macro
Porto Alegre	Presídio Central de Porto Alegre	2	1	1ª	Metropolitana
Porto Alegre	Penitenciária Feminina Madre Pelletier	1	1	1ª	Metropolitana
Charqueadas	Penitenciária Modulada de Charqueadas	2	1	2ª	Metropolitana
Charqueadas	Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas	1	1	2ª	Metropolitana
Charqueadas	Penitenciária Estadual de Charqueadas	1	1	2ª	Metropolitana
Charqueadas	Penitenciária Estadual do Jacuí	2	1	2ª	Metropolitana
Montenegro	Penitenciária Modulada de Montenegro	1	1	2ª	Metropolitana
Sta. Vitória do Palmar	Penitenciária Estadual de Santa Vitória do Palmar	ESF/ recurso federal	1	3ª	Sul
São Luiz Gonzaga	Penitenciária Estadual de São Luiz Gonzaga	1	1	12ª	Missioneira
Santa Rosa	Penitenciária Estadual de Santa Rosa	1	1	14ª	Missioneira
Osório	Penitenciária Modulada de Osório	2	1	18ª	Metropolitana
Três Passos	Penitenciária Estadual de Três Passos	1	1	19ª	Norte
Guaíba	Penitenciária Feminina de Guaíba	1	1	2ª	Metropolitana
Pelotas	Presídio Regional de Pelotas	1	1	3ª	Sul
Santa Cruz do Sul	Penitenciária Regional Santa Cruz do Sul	1	1	13ª	Vales
Santo Cristo	Presídio Estadual de Santo Cristo	ESF/ recurso federal	1	14ª	Missioneira
Ijuí	Penitenciária Modulada de Ijuí	1	1	17ª	Missioneira
Rio Grande	Penitenciária Estadual de Rio Grande	2	1	3ª	Sul
Venâncio Aires	Penitenciária Estadual de Venâncio Aires	1	1	13ª	Vales
<b>Total :</b>		<b>24</b>	<b>19</b>		

Em 2013, foram habilitadas 4 (quatro) novas equipes de Atenção Básica inseridas no sistema prisional do Estado do Rio Grande do Sul. Os municípios de Osório, Venâncio Aires implantaram 01 equipe cada e o município de Rio Grande implantou 02 EABSPs.

Paralelamente, 04 (quatro) municípios receberam incentivos de capital para a compra de equipamentos e materiais permanentes para a implantação de UBSp, totalizando o repasse de R\$ 405.245,00 (quatrocentos e cinco mil, duzentos e quarenta e cinco reais). São eles: São Borja, Ijuí, Osório e Venâncio Aires.

A Política está atrelada ao **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário** (PNSSP), Portaria Interministerial nº 1777 (BRASIL, 2003), que objetiva a garantia do acesso ao atendimento integral à saúde da população privada de liberdade. O processo de condução da Política abrange estratégias de gestão compartilhada e participativa entre as Secretarias da Saúde e Segurança do Estado, dos Municípios do Rio Grande do Sul, do Ministério da Saúde e da Justiça.

A estratégia primordial da Secretaria Estadual da Saúde (SES) para a formulação e condução desta Política Pública de Saúde foi efetivada pela implantação e financiamento das Equipes de Atenção Básica Prisional nos estabelecimentos prisionais, como ponto de atenção das Redes de Atenção à Saúde dos municípios. As equipes seguem a composição de, no mínimo, sete profissionais de saúde (psicólogo, assistente social, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo e auxiliar de consultório dentário) com carga horária de 20 horas semanais, conforme definido pelo PNSSP. O parâmetro de referência estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) é de uma equipe para cada 500 presos. No RS, os profissionais da área da psicologia e do serviço social são contrapartida da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), conforme Resolução CIB nº 101/2006.

A cada equipe habilitada há um repasse mensal, do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, para a manutenção da unidade (pagamento de pessoal, insumos e atenção farmacêutica básica), conforme Resolução CIB nº 257/2011. O critério para cálculo do incentivo de custeio mensal é realizado de acordo com o número de população privada de liberdade do município. Da mesma forma, são repassados incentivos para equipar, mobiliar e adequar a área física das UBS – Prisional (de R\$80.000,00 a R\$150.000,00) já que a maioria dos estabelecimentos penitenciários se encontram em situações precárias, bem como custear a compra de insumos e materiais permanentes para o seu funcionamento, conforme Resolução CIB nº453/2011.

No Rio Grande do Sul, em um período de 3 anos, a cobertura de atendimento em nível de Atenção Básica em Saúde Prisional cresceu de uma cobertura de 20%, até 2010, para 53%, em 2013. O repasse anual de recursos aos Municípios aumentou significativamente, passando de R\$ 817.666,65 (oitocentos e dezessete mil, seiscentos e sessenta e seis reais) no ano de 2010 para R\$ 4.519.476,16 (quatro milhões, quinhentos e dezenove mil, quatrocentos e setenta e seis reais) em 2013.



A tabela abaixo apresenta a ampliação da cobertura e do investimento em Saúde Prisional no RS, conforme segue:

**Tabela. Evolução da cobertura e investimentos em Saúde Prisional no Estado do RS – 2007 a 2013**

	<b>2007-2010</b>	<b>2011-2012</b>	<b>2013</b>
Média da população prisional do RS no período	27.960	29.590	27.866
Nº equipes de saúde prisional habilitadas	08	20	24
Nº de municípios com equipes de saúde prisional	05	13	15
Nº de estabelecimentos prisionais com equipes de saúde prisional	08	17	19
Cobertura de população prisional atendida pelas equipes de saúde prisional (%)	20%	48%	53%
Cobertura de população prisional atendida pelas equipes de saúde prisional (nº)	5.592	14.260	14.731
Nº de leitos prisionais	53	53	53
Incentivo estadual para financiamento das equipes de saúde prisional	370.416,56	3.437.147,47	4.159.476,16
Incentivo estadual para financiamento de construção e compras de equipamentos e materiais permanentes das unidades de saúde prisional	1.060.000,00	1.000.000,00	360.000,00
<b>Total de incentivos estaduais repassados aos municípios</b>	<b>1.430.146,56</b>	<b>4.437.147,47</b>	<b>4.519.476,16</b>

Fonte: DAS/ Saúde Prisional, 2013

As EABSP estão implantadas em 19 Municípios totalizando uma cobertura de atendimento de, aproximadamente, 14.731 pessoas presas. O RS é considerado o Estado pioneiro do Brasil no processo de municipalização e de cofinanciamento de EABSP.

**Tabela.** Ampliação do número de Equipes de Saúde Prisional - RS – 2011, 2012 e 2013

<b>Município</b>	<b>Estabelecimento Penitenciário</b>	<b>Total: nº equipe</b>
Porto Alegre	Presídio Central de Porto Alegre	2
Porto Alegre	Penitenciária Feminina Madre Pelletier	1
Charqueadas	Penitenciária Modulada de Charqueadas	1
Charqueadas	Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas	1
Charqueadas	Penitenciária Estadual de Charqueadas	1
Três Passos	Penitenciária Estadual de Três Passos	1
<b>Total/2011:</b>		<b>07</b>
Guaíba	Penitenciária Feminina de Guaíba	1
Pelotas	Presídio Regional de Pelotas	1
Santa Cruz do Sul	Penitenciária Regional Santa Cruz do Sul	1
Santo Cristo	Presídio Estadual de Santo Cristo	ESF/ recurso federal
Ijuí	Penitenciária Modulada de Ijuí	1
<b>Total/2012</b>		<b>05</b>
Osório	Penitenciária Modulada de Osório	1
Venâncio Aires	Penitenciária de Venâncio Aires	1
Rio Grande	Penitenciária Estadual de Rio Grande	2
<b>Total/2013:</b>		<b>04</b>
<b>Total de EABSP habilitadas até 2013:</b>		<b>24</b>

Fonte: DAS/ Saúde Prisional, 2013

Além da habilitação das novas EABSP, houve um conjunto de ações desenvolvidas em 2013, cabendo destacar:

- Projeto de Apoio Institucional às Equipes de Atenção Básica inseridas no sistema prisional, com 04 encontros, com a participação de, aproximadamente, 130 profissionais vinculados à atenção básica prisional.

- Implantação do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) em parceria com o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na Unidade Materno Infantil do Presídio Feminino Madre Pelletier.

- Parceria com o IMAMA/Mama Móvel, com a realização de 72 mamografias no Presídio Feminino de Guaíba.

- Aprovação do Edital PPSUS/FAPERGS para o financiamento do projeto de pesquisa “A situação das mulheres privadas de liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental às Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional”.

- Apresentação das ações da Política em dois Congressos Nacionais, dois Internacionais e um Mundial.

- Realização de visitas técnicas para a sensibilização de gestores municipais em cerca de 50 municípios, contemplando todas as macrorregiões de Saúde do Estado. Tendo como foco as unidades prisionais que ainda não possuem Equipes de Atenção Básica de Saúde Prisional habilitadas.

**Educação Permanente:**

- Evento: “I Encontro Estadual de Coordenadorias Regionais de Saúde e Delegacias Regionais Penitenciárias”, com a participação de 36 Coordenadores e Delegados Regionais.

- Evento: 2º Encontro de Gestores da Política de Atenção Básica/Saúde Prisional na Macrorregião Serra do RS, organizado em parceria com 7º Delegacia Penitenciária, ocorrido em Caxias do Sul, com a participação de 22 gestores de saúde e do sistema penitenciário.

- Evento: Formação em Manejo Clínico de HIV/AIDS/Hepatites Virais, intitulado: “Acompanhando a pessoa privada de liberdade vivendo com HIV/AIDS”, em parceria com a Seção de DST/AIDS, Seção de Estratégia da Saúde da Família e Divisão de Saúde da SUSEPE. A formação voltada para trabalhadores de saúde e do sistema penitenciários contou com a participação de 143 pessoas.

- Evento: 1º Encontro das Equipes de Atenção Básica/ Saúde Prisional da Macrorregião Norte do RS, organizado pela 19ª CRS em Frederico Westphalen, com a participação de um público de 33 pessoas.

- Evento: 1ª Encontro de Redução de Danos no Complexo Prisional de Charqueadas, com um público de 45 profissionais dos estabelecimentos prisionais e equipes de saúde prisional e mental da SES/RS.

**Financiamento:**

- Repasse mensal aos fundos municipais de saúde para o custeio das 24 (vinte e quatro) Equipes de Atenção Básica de Saúde Prisional implantadas no Estado, totalizando o pagamento de R\$ 4.519.476,16, de janeiro até o mês de dezembro de 2013.

**NOTA EXPLICATIVA:**

Referente à prestação de contas dos valores repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Municípios beneficiários do incentivo, informamos que esta Secretaria expediu o Ofício Circular nº 08 GS/SAS notificando-os para a entrega do Relatório Anual de Gestão, tendo sido dado o prazo de 90 dias a partir de 07/02/2014. Após o recebimento, os referidos relatórios serão encaminhados à Área Nacional de Saúde no Sistema Prisional do Ministério da Saúde.

### ***População de Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis e Transexuais (LGBT)***

A coordenação 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. Tem como foco a garantia do acesso à saúde e o acolhimento livre de discriminação em todos os níveis de atenção.

Esse ano foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT do Rio Grande do Sul com objetivo de ser um canal de discussão entre movimentos sociais, gestão e trabalhadores de saúde através das seguintes portarias:

- Portaria que institui o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, 592 de 20 de dezembro de 2013, com o objetivo de discutir e subsidiar a construção da Política Estadual com a participação da sociedade civil;

- Portaria que aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, 27 de 27 de janeiro de 2014;

- Portaria que nomeia a Coordenação do Comitê Técnico do Comitê, 79 de 27 de janeiro de 2014.

O Comitê se reúne mensalmente e atualmente está criando diretrizes para a política estadual de saúde da população LGBT e seu respectivo plano de ação, monitorando a execução do curso Educação à Distância (EAD) em Saúde da População LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), voltado aos profissionais de saúde do Estado do Rio Grande do Sul em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e desenvolvendo uma campanha de combate a homofobia e a transfobia no SUS.

### ***Saúde da População do Campo, Floresta e Águas***

Em 2013, é definida uma Coordenação para pensar a saúde da População do Campo, Floresta e Águas, está na fase inicial de diagnósticos para elaboração da Política.

Em agosto é realizado o levantamento das demandas em Saúde e dos deslocamentos territoriais da população de assalariados rurais (safristas) no RS, a partir do caso da colheita da maçã em Vacaria, e o acompanhamento de experiência de residência multiprofissional em Saúde Mental junto à 10ª CRS (Alegrete), voltada a pensar estratégias de aproximação, educação permanente e acesso à saúde entre assentamentos e acampamentos.

- Iniciamos o processo de mobilização de Grupo de Trabalho entre políticas intersetoriais, bem como o mapeamento de entidades e movimentos sociais, em agenda prevista para o mês de Setembro entre as Políticas da Equidade (SES/RS) e o Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP/SGEP/MS para discutir os pontos da principais da política).

- Reunião com referência do setor Saúde do Movimento de Pequenos Agricultores (MPA).

- Realização de roda de conversa inicial para pactuação do GT da política estadual, na Oficina de Gestão Estratégica e Participativa realizada entre SGEP/DAS/MS, em setembro, com presença de 19 pessoas. Pactuamos reuniões mensais, com caráter itinerante, com o desafio de acolher a diferentes representações nas regiões do estado.

- Qualificação do mapeamento de entidades representativas das populações do campo e da floresta.

- Participação em outubro de encontro de sensibilização para o projeto de Formação de Lideranças da Confederação Nacional de Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), que ocorre a partir de Março/2014 em 25 municípios das macrorregiões Serra e Vales.

- Realização do 2º encontro do GT da política estadual, no Centro Administrativo Fernando Ferrari, com a presença de 18 pessoas junto à direção do Departamento de Ações em Saúde, bem como de representante temática da política nacional no Ministério da Saúde (DAGEP/SGEP). Foram pautadas a organização do GT, bem como a composição de metas (acompanhamento de ações, programas e projetos em curso, e a institucionalização do GT através de portaria específica).

- Acompanhamento do projeto de Unidades Móveis de enfrentamento à violência às mulheres do campo e da floresta, junto à Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM)

- Reunião em novembro com a Assessoria Técnica de Planejamento (ASTEPLAN), compondo a articulação, com outros componentes da Secretaria Estadual de Saúde, de um Grupo de Trabalho específico, para formulação de ações previstas nas portarias que dispõem recursos para a gestão estratégica e participativa (ParticipaSUS)

- Realização de 3º encontro do GT da política estadual, em escola municipal de Nova Santa Rita (RS) próxima à comunidade de assentamentos, com a presença de nove pessoas. Pautou-se a prática das agentes comunitárias de saúde em assentamentos, bem como a articulação realizada no município para a dedicação de profissionais no território.

- Em dezembro Formulação e avaliação inicial de indicadores, a partir das ações previstas para os Estados, de acordo com o Plano Operativo quadrienal (2012-2015) da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e Floresta (PNSIPCF), publicado por meio da Portaria nº 2866/2011. Em reunião com a Coordenação Estadual de Atenção Básica, foram priorizados indicadores sobre os recortes populacionais, como os obtidos a partir do cruzamento de dados do percentual de população rural por município, bem como da densidade demográfica. Este parâmetro norteou a Portaria 565/2013, que prevê recursos para aquisição de Unidades Móveis de Saúde da Família, em planos de ação dedicados à atenção em saúde das populações do campo, da floresta e das águas.

- Realização do 4º encontro do GT da política estadual, na sede gaúcha da Confederação Nacional de Trabalhadores da Agricultura (CONTAG), com a presença de nove pessoas. Pautou-se o acompanhamento de ações projetadas no estado, como as portarias da Atenção Básica, o GT de Gestão estratégica e participativa e a previsão de recursos para o GT da política estadual.

- Formulação e pactuação, junto ao GT ParticipaSUS, de planejamento de ações para a política estadual para o primeiro semestre de 2014, pertinentes aos recursos do ParticipaSUS. Foram destacados a previsão de auxílio para as reuniões do Comitê Técnico da política estadual (coffee-break e deslocamentos), para a elaboração de panfleto visando aproximar atores na formulação da política, e para a realização de I Encontro Estadual de Saúde das Populações do Campo e da Floresta, previsto para o mês de Agosto de 2014 conforme o calendário de Encontro Estadual das políticas para a promoção das equidades no RS.

- Proposição de Roda de Conversa, junto ao DAS e às residentes da RIS/FACED/UFRGS, intitulada “Desafios da Equidade: pensando as Redes de Atenção Psicossocial entre as populações do campo, da floresta e das águas”, durante o I Encontro Regional das Redes de Atenção Psicossocial, em Pinhal (PR).

- Acompanhamento dos planos de ação de duas residentes da Residência Integrada em Saúde, da Saúde Mental Coletiva (FACED/UFRGS). Os Planos de Ação das mesmas (Dezembro/2013 e Janeiro/2014) puderam ser repactuados na gestão, contando com o mapeamento da rede de serviços da 10ª CRS disponível às populações de assentados (as).

### **Saúde do Trabalhador**

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

- Indicador 40 (U) - Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.

RS	RESULTADO					META	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META
	2009	2010	2011	2012	2013	2013	IV
	12,7	20,77	27,82	26,21	38,6	50,0	

O Ministério da Saúde propôs à pactuação esse indicador que se baseia na notificação através do SINAN. As dificuldades ainda encontradas no RS nessa ação são decorrentes da existência de Sistema de Informação já implantado há mais de uma década no Estado e operado por todos os municípios e regiões. Mesmo assim, o número de municípios que notificaram no SINAN em 2013 cresceu 40% em relação a 2012, correspondendo a um desempenho satisfatório.

- Indicador 02 (RS) - Número de notificações dos agravos relacionados ao trabalho detectados através do SIST e do SINAN.

Em 2013, 192 municípios notificaram algum dos agravos relacionados ao trabalho no SINAN, o que significa um aumento de 40% em relação a 2012. Em 2012 foram 137 registros, correspondendo a um aumento de 11% em relação a 2011, que apresentou 123 registros. Constatou-se ainda 305 municípios silenciosos em 2013 pelo SINAN para a Saúde do Trabalhador.

Deve-se salientar, entretanto, que o SIST/RINA é o Sistema de Informações desenvolvido no Estado e implantado há mais de uma década, correspondendo à legislação estadual que tornou a notificação desses agravos obrigatória. Nesse sistema, em 2013, obteve-se 43.261 registros, sendo 444 municípios notificadores, significando um aumento de aproximadamente 9% em relação a 2012. Registrou-se, entretanto, ainda 53 municípios silenciosos nesse período. Apresenta-se a seguir uma análise sucinta da situação por Região de Saúde.

<b>REGIÃO DE SAÚDE</b>	<b>Notificação de Agravos em Saúde do Trabalhador Avaliação por Região de Saúde</b>
1	Na Região 1, oito municípios permaneceram silenciosos quanto a notificações, perfazendo 38% de municípios que não notificaram. Destaque para as notificações do município de Santa Maria, e São Pedro do Sul, somando juntos 69% das notificações da região 1.
2	Na Região 2, apenas 4 dos 11 municípios notificaram, configurando 63% de municípios silenciosos, tanto para o SIST como para o SINAN.
3	Na Região 3, 80 % dos municípios não atingiram a meta, tendo reduzido o número de notificações de 2012 para 2013.
4	Na Região 4, todos os municípios notificaram e atingiram a meta para 2013, com destaque para Terra de Areia e Torres, com o maior número de notificações, com 42% do total.
5	Na Região 5, todos os municípios notificaram e atingiram a meta para 2013, com um incremento geral de 38% nas notificações.
6	Na Região 6 apenas o município de Três Coroas atingiu a meta, sendo que 72% dos municípios não atingiram.
7	Na Região 7, 40% dos municípios atingiram a meta, mesmo assim houve um incremento de 17% nas notificações em geral. Três municípios permaneceram silenciosos, com destaque para São Leopoldo, considerando a população economicamente ativa e os ramos produtivos do município.
8	Na Região 8, apesar do incremento de 22 % no número de notificações, com destaque para o município de Canoas, com 60% das notificações, apenas 44% dos municípios atingiram a meta.

9	Na Região 9, 30% dos municípios cumpriram a meta para 2013, dentre estes chama a atenção Porto Alegre, devido à população economicamente ativa e ao perfil produtivo do município. O número de notificações na região, no geral, teve um incremento de 24,22%, e os municípios de Alvorada e Viamão permanecem silenciosos.
10	Na Região 10 o desempenho de notificação permanece crítico, com 6 municípios silenciosos: Arambaré, Butiá, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Eldorado do Sul (com grande quantidade de indústrias), Serão Santana. Apenas 21% dos municípios cumpriram a meta estabelecida para 2013.
11	Na Região 11, houve um decréscimo geral de notificações, apesar de ter sido atingida a meta geral de número de notificações para 2013. Quanto às metas individuais por município para 2013, 62,5 % atingiram o mínimo necessário de notificações.
12	Na Região 12, o número total de notificações teve um decréscimo em relação a 2012, apesar de ter alcançado a meta mínima geral estabelecida para 2013. Quanto às metas individuais dos municípios, 61, % dos municípios atingiram o mínimo estipulado para 2013.
13	Na Região 13, 65% dos municípios atingiram a meta de notificações estipulada para 2013. Houve um incremento nas notificações em relação a 2012.
14	Na Região 14, 86% dos municípios atingiram a meta de notificações estipulada para 2013, sendo que o único município silencioso foi Porto Lucena. Em relação a 2012, o número de notificações geral da Região aumentou em 5%.
15	Na Região 15, 84% dos municípios atingiram a meta de notificações estabelecida para 2013. Houve um discreto incremento no número de notificações em relação a 2012. Permanece silencioso apenas o município de Lajeado do Bugre.
16	Na Região 16, 78% dos municípios cumpriram a meta de notificações para 2013 e o número total de notificações na Região aumentou em 88%, possível reflexo da implementação de um CEREST na Região. Apenas o município de Mariano Moro permanece silencioso quanto às notificações.
17	Na Região 17, 95% dos municípios cumpriram a meta de notificação, com um incremento geral na Região de 53% nas notificações em relação a 2012. O município de Sertão permanece silencioso.
18	Na Região 18, 85% dos municípios cumpriram a meta estipulada para 2013, mas houve um decréscimo no número total de notificações em relação a 2012. Não há no momento municípios silenciosos nesta Região de Saúde.
19	Na Região 19, 78% dos municípios cumpriram a meta de notificações estabelecida para 2013. Houve um incremento de 46% no geral das notificações da Região em relação ao ano de 2012. O Município de Fontoura Xavier permaneceu silencioso.
20	Na Região 20, 84% dos municípios atingiram a meta estabelecida para 2013, sendo que houve praticamente uma continuidade no número de notificações em 2012 e 2013.
21	Na Região 21, chama a atenção o número de municípios que não atingiram a meta mínima estabelecida para notificações em 2013 (63%), apesar de que o número geral de notificações da Região de Saúde teve um aumento de 107%. No entanto, a notificação não é homogênea, destacando-se o município de Pelotas com 53% das notificações (SIST + SINAN), e Rio Grande com 37% das notificações.



22	A Região 22, historicamente com dificuldades em cumprir as notificações pactuadas, teve apenas um município (Candiota) que atingiu a meta para 2013. Esta Região merece uma análise especial em função da ausência de notificações que não se justifica por uma ausência de riscos, pois é sabido que a atividade agropecuária, de construção civil pesada e outras, presentes na Região, oferecem uma série de riscos à saúde dos trabalhadores.
23	Na Região 23 todos os municípios cumpriram a meta estabelecida, sendo que o município de Caxias do Sul contribuiu com 88% das notificações em 2013.
24	Na Região 24, 55% dos municípios cumpriram a meta de notificações. Os municípios de Bom Jesus, Pinhal da Serra e São José dos Ausentes, permaneceram silenciosos. Evidencia-se a necessidade de incluir estes municípios na notificação através da capacitação e sensibilização, talvez ainda deficientes devido à distância geográfica dos mesmos.
25	Dos municípios da Região 25, apenas Nova Araçá não atingiu a meta de notificações proposta para 2013. Os outros 95% dos municípios atingiram a meta. O número total de notificações na Região de Saúde aumentou, de 2012 para 2013, em 27%.
26	Na Região 26, todos os municípios atingiram a meta de notificação pactuada no Indicador Estadual 02.
27	Na Região 27, apenas o município de Encruzilhada do Sul não atingiu a meta de notificações estabelecida para 2013, sendo que os demais 92% dos municípios atingiram. O número geral de notificações na Região de Saúde em 2013 apresentou um ligeiro acréscimo em relação às notificações em 2012.
28	Na Região 28, 84% dos municípios atingiram a meta de notificações estipulada para 2013, sendo que nenhum município permaneceu silencioso.
29	Na Região 29, 70% dos municípios atingiram a meta estabelecida para 2013. O número total de notificações na Região de Saúde permaneceu estável.
30	Na Região de Saúde 30, o município de Doutor Ricardo permaneceu silencioso quanto às notificações. Dos restantes, 74% cumpriram a meta de notificações para 2013. O número total de notificações da Região de Saúde teve um pequeno aumento em relação às notificações de 2012 (18%).

- Indicador 03 (RS) - Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados.

Foi pactuada, em setembro de 2013, a investigação de 100% dos óbitos relacionados ao trabalho.

Considerando-se os óbitos constantes dos três sistemas de informações (SIM, SIST e SINAN), após a correção de inconsistências constatadas entre os mesmos, foram notificados 394 óbitos em 2013.

O processo de investigação de muitos desses óbitos ainda se encontra em andamento, considerando-se a ainda recente pactuação. Até o momento, 32 investigações desses óbitos relacionados ao trabalho no ano de 2013, chegaram à Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Com a continuidade do processo e a capacitação progressiva das equipes para essa ação, espera-se a qualificação da ação e agilidade de fluxos.

**Comentários complementares às ações:**

**Ação 1.** Implementar a Linha de Cuidado da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador nos municípios sede de CEREST/UREST e **Ação 2.** Realizar ações de educação permanente em saúde do trabalhador nos municípios sede de CEREST/UREST.

O Rio Grande do Sul vinha participando de Grupo de Trabalho Nacional que iniciou a elaboração de instrumentos de educação permanente de profissionais da Atenção Básica em Saúde do Trabalhador, a serem utilizados na construção da linha de cuidado. Esse trabalho ficou temporariamente desacelerado com a priorização da organização da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

**Ação 3.** Realizar investigações dos óbitos relacionados ao trabalho, fortalecendo a vigilância dos ambientes e processos de trabalho.

Foi pactuado na CIB/RS um indicador estadual criando o compromisso em todos os níveis de gestão com a investigação de 100% dos óbitos relacionados ao trabalho. Iniciou-se um processo de qualificação da notificação com cruzamento de dados entre os vários Sistemas de Informação (SIM, SINAN, SIST). É necessária a qualificação desse processo, com a ampliação da capacitação de equipes, considerando a complexidade dessas investigações.

***Práticas Integrativas e Complementares***

A Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares foi concluída pela comissão de formulação (coordenada pela Direção Geral e Coordenação das Coordenadorias Regionais de Saúde) e aprovada pela Resolução 695 da CIB em 19 de dezembro de 2013, tendo sido encaminhada ainda em dezembro ao Conselho Estadual de Saúde; a proposta foi constituída de mais de 20 diretrizes e ações específicas, assim como uma proposta de monitoramento e avaliação de sua implementação, a qual deverá ser efetuada em 2014;

- Sobre a meta de 20% dos municípios: a proposta de implementar as PICs no primeiro ano em pelo menos 20% dos municípios gauchos, foi definida a partir do levantamento preliminar feito, que contemplou que em torno de 28% dos municípios já contemplam alguma Prática Integrativa implantada nas ações de saúde, sendo predominante a implantação da Fitoterapia; sendo necessário aprimorar esse levantamento, como uma das primeiras ações do processo de implementação, a fim de apurar o dado preliminar e expandir as práticas para além da Fitoterapia.

## DIRETRIZ 2: GESTÃO EM SAÚDE

### OBJETIVO 6: Institucionalizar o Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS

#### ➤ Indicador de Monitoramento

Indicador 63 (U)	Resultado 2013	Meta Anual	ICM
Proporção de Plano de Saúde estadual enviado ao Conselho de Saúde	1	1	IV

O Plano Estadual de Saúde 2012-2015 traduz a intenção política da atual gestão e explicita as diretrizes, objetivos e as metas para o período. Sua elaboração contou com a participação de diversos atores que atuam no cenário da gestão estadual do Sistema Único de Saúde - SUS. Teve como orientador o Decreto Presidencial nº 7.508/2011 e como subsídios o desenho do Mapa Estratégico do Governo, o Plano Plurianual Participativo 2012-2015 e a definição do novo desenho das Regiões de Saúde, os quais forneceram as bases para a composição do instrumento. O conteúdo deste documento foi compartilhado e discutido com o Conselho Estadual de Saúde - CES, sendo aprovado com alterações (Resolução CES nº 03/2013).

#### ➤ Demais realizações

##### Planejamento Regional Integrado:

A introdução do Decreto Presidencial nº 7.508/2011 reafirmou a importância da territorialização e da organização dos serviços de saúde em rede. Para tanto a Secretaria Estadual de Saúde desenvolveu uma estratégia para a efetivação do planejamento regional integrado no nível da região de saúde visando a implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).

Este processo, iniciado com a implementação das 30 Regiões de Saúde em 2012, teve continuidade no ano de 2013, com a construção de uma metodologia para elaboração da análise situacional das Regiões de Saúde (Mapa da Saúde) e da construção do Mapa de Metas junto aos municípios nas Comissões Intergestores Regionais (CIR). Importante ressaltar que os sistemas relativos ao COAP estão sendo desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (SISCOAP e Mapa da Saúde e de Metas) ainda não estão disponíveis para uso.

A elaboração dos Instrumentos de Planejamento e Gestão do SUS/RS, como os Planos de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatórios Quadrimestres e Anual de Gestão são fundamentais para a institucionalização do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS. Com vistas a efetivar o COAP, foram realizadas: produção de Notas Técnicas e orientação às Coordenadorias Regionais para elaboração dos Instrumentos de Planejamento e Programação, bem como utilização dos sistemas de apoio, tais como SARGSUS – Sistema de apoio à construção do Relatório de Gestão do SUS, SISPACTO - Sistema Integrado de Pactuação de Indicadores, SISPLAG - Sistema de Informações de Planejamento e Gestão do RS; Reuniões sistemáticas do Grupo Técnico de Planejamento, Monitoramento e Avaliação do nível central e das CRS.

A metodologia utilizada para a construção do Plano Estadual foi compartilhada com os municípios, através das coordenadorias, para a construção dos Planos Municipais relativos ao período de 2014-2017. E a experiência do processo de planejamento regional integrado vem sendo divulgada através de publicações de artigos científicos e apresentações em congressos como:

- 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde: Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: Um projeto possível, que ocorreu em Belo Horizonte, entre os dias 01 e 03 de outubro de 2013. Artigo apresentado: Análise histórica do processo de regionalização no Rio Grande do Sul e a construção do planejamento regional;

- Colloque International - « Dynamiques urbaines et enjeux sanitaires » Concepts, méthodes et interventions, realizado nos dias 11, 12, 13 de setembro de 2013 na Université Paris Ouest Nanterre la Défense, Paris – França. Artigos apresentados: 1.Construction methods of planning and regional health in Brazil and social transformation in governance health policy of Brazil; 2.Consolidation d'un Système de Sante Unique (SUS) au Brésil et le processus de décentralisation des actions et des services de santé.

#### **Comentários complementares às ações:**

**Ação 3.** Publicar Código Estadual de Vigilância em Saúde. Em revisão, prevendo-se ampliação da discussão nas diferentes instâncias no ano de 2014. No segundo semestre de 2013, iniciada discussão em Grupo de Trabalho da Assembléia Legislativa.

**Ação 4.** Plano Diretor de Vigilância em Saúde. Previsão de execução da elaboração a partir de 2014, já com adequação às alterações na legislação do SUS ocorridas em 2012 (especialmente através do Decreto Lei nº 7508), inclusive na área de Vigilância em Saúde (com a mudança da Portaria que a regulamentava).

**Ação 5.** Plano de integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica. Deverá ser desenvolvido conjuntamente com o Plano Diretor de Vigilância em Saúde. A ampliação do quadro de profissionais, com a finalização de concurso público, é essencial para a formulação e sistematização de novos projetos.

**Ação 6.** Implantar metodologia de assessoria técnica para as Coordenadoria Regionais de Saúde e Municípios na área de Vigilância em Saúde integrada às outras áreas da gestão estadual. O Grupo de Trabalho constituído no CEVS para desenvolver ações de planejamento/monitoramento/avaliação iniciou sua participação nos Grupos de Trabalho Macrorregionais da SES integrado aos outros setores da SES.

**Ação 7.** Implantar estrutura matricial visando ao desenvolvimento de planejamento, monitoramento e avaliação em Vigilância em Saúde. Implantado Grupo de Trabalho reunindo as diferentes áreas técnicas do CEVS, que definiu metodologia de trabalho e desenvolveu atividades sistemáticas em 2013. O processo de planejamento de ações para o ano de 2014 foi realizado em dezembro já coordenado por esse grupo e com a participação da área de Vigilância das Coordenadorias Regionais de Saúde.

**OBJETIVO 7: Aumentar o Financiamento e os Investimentos em Saúde****➤ Realizações relevantes da SES no ano de 2013**

A **comunicação social** é um instrumento estratégico de gestão pública para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Sul.

A ACS planeja, organiza e executa programas e atividades de Relações Públicas, Publicidade e Jornalismo, assessorando o Gabinete e os demais departamentos da SES/RS na divulgação de assuntos de interesse da Pasta.

Na área de publicidade a Assessoria faz a interface entre os setores e as agências publicitárias licitadas pelo Governo do Estado, assessorando no planejamento e estratégias de campanhas de promoção e prevenção à saúde bem como na divulgação de programas e eventos da Secretaria.

Ressaltamos a importância desde pequenos materiais, que levam informação sobre doenças e agravos, à grandes campanhas midiáticas, que conscientizam e promovem a educação em saúde da população.

Em 2013, foram realizadas 57 campanhas divulgando assuntos institucionais, além de temas relacionados à vigilância e à assistência. Abaixo lista de todas as campanhas e materiais desenvolvidos.

- Campanha Institucional verão
- Campanha AIDS Carnaval 2013
- Adesivagem Ambulâncias e Aeronaves
- Materiais Política de Alimentação e Nutrição
- Campanha Tuberculose 2013
- Cartilha CEVS para prefeitos e SMS
- Brindes AIDS para campanhas
- Campanha Saúde bucal – kits
- Campanha saúde do adolescente – kits
- Materiais Hepatites Virais 2013
- Campanha RS Mais Saúde 2013
- Campanha Dengue 2013
- Campanha de Prevenção à Violência
- Revista Família CEVS – Volume 1 – vacinação
- Materiais II Encontro Gaúcho de CAPS I
- Campanha vacinação gripe
- Saúde do Trabalhador Motorista
- Campanha prevenção Gripe
- Publicações Vigilância em Saúde
- Mídia Caminhada da Saúde
- Materiais Acidentes Trabalho Infantil
- Folderes Tele Saúde
- Identificação salas, pastas e canetas Institucionais
- Folderes Primeira Infância Melhor
- Materiais Saúde do Trabalhador
- Materiais Doença de Chagas
- Materiais segurança alimentar
- Materiais Assédio Moral no Trabalho

- Folder Doença da Folha Verde do Tabaco
- Arte Congresso de Toxicologia
- Boletim Epidemiológico 2013
- Controle da Tuberculose – campanha 2014
- Erradicação Trabalho Infantil
- Conservação de Alimentos
- Materiais Conselho Estadual de Saúde
- Campanha Raiva 2013
- Folder Rede de Atenção à Saúde
- Cartazes Vigiágua
- Saúde do Idoso – materiais prevenção DST/AIDS
- Saúde do Trabalhador – SIST
- Cartilha Riscos Biológicos
- Campanha Prevenção do suicídio
- Campanha Doação de Órgãos
- Projeto Pequenos Vigilantes
- Câncer de Mama – Campanha Outubro Rosa
- Material Teste da Orelhinha
- Materiais Dia do Bebê no Parque
- Materiais Gripe para crianças
- Arte e materiais Seminário PIM
- Primeira Infância Melhor – Régua Desenvolvimento Filho
- Folder Bicho de Pé
- Folder Hantavirose
- Materiais Toxoplasmose
- Divulgação Ouvidoria do SUS
- Materiais Tabagismo
- Materiais Doenças Diarreicas Agudas
- Materiais Dengue 2014

**OBJETIVO 8: Fortalecer as Instâncias de Participação Social do SUS**
**Controle Social do SUS (Conselho Estadual de Saúde)**
**➤ Indicador de Monitoramento**

Indicador 64 (U)	Meta 2013	Resultado 2013	ICM
Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no sistema de acompanhamentos dos conselhos de saúde	1,00	1,00	IV

**Comentários complementares às ações:**

Em dezembro de 2013 foi aprovada a resolução CIB nº 650/2013 contendo os produtos e ações que serão realizados com o recurso da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa - ParticipaSUS. Esta resolução oficializa o Grupo de Trabalho sobre a temática da Gestão Participativa no SUS, prevê a realização de seminários e publicações para o ano de 2014 e contempla ações com a prerrogativa da participação popular, fortalecimento da Ouvidoria e do Controle Social através do Conselho Estadual de Saúde (CES).

O CES participou da elaboração das ações, porém ainda não foi realizada plenária para discussão e aprovação das ações.

**Ouvidoria do SUS no RS**
**➤ Indicador de Monitoramento**

- Indicador 65 (U) - Proporção de municípios com ouvidorias implantadas.

META DA AÇÃO		
Programado 2012-2015	2013	
	Programado	Realizado
15,49%	4,83%	4,23%

### ➤ **Demais realizações**

Em 2013, a Ouvidoria do SUS-SES/RS participou, em parceria com o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES/MS) e a Federação dos Trabalhadores da Agricultura (FETAG/RS), da atividade de Ouvidoria Ativa através da realização de 08 oficinas e 02 seminários em municípios das Regiões de Saúde de Lajeado (29), Estrela (30), Soledade (19), e Vinhedos e Basalto (25).

As oficinas desenvolvidas permitiram esclarecer e informar os cidadãos sobre a Rede de serviços do SUS no RS, a importância do Controle Social, e da participação nos Conselhos de Saúde, bem como escutar os cidadãos em suas dúvidas e queixas.

O Projeto para o desenvolvimento de ações em Ouvidoria Ativa no RS encontra-se em elaboração. Desta forma, as ações desenvolvidas em 2013 tiveram o objetivo de divulgar as possibilidades de Ouvidoria Ativa para a Rede da Ouvidoria e promover a discussão sobre o tema.

As demais ações da Ouvidoria, em 2013, priorizaram a estruturação adequada da Ouvidoria através da contratação de uma equipe de tele-atendimento. Através de processo licitatório, no mês de novembro foi contratada a equipe para dois postos de atendimento, contando com cinco funcionários. Ainda foram confeccionados os materiais de divulgação (folders, cartazes, etc).

Em relação à Implantação de Ouvidorias do SUS, o período de transição da gestão municipal (2012/2013) interrompeu o processo de implantação de Ouvidorias municipais, neste contexto a Ouvidoria do SUS-SES/RS, em 2013, buscou retomar alguns processos de implantação de estruturas de Ouvidoria e sensibilizar os gestores municipais do SUS.

## **OBJETIVO 9: Ampliar e Qualificar a Regulação em Saúde**

### ***Complexo Regulador Estadual CRE/RS***

#### ***Central de Transplantes do Rio Grande do Sul (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/RS)***

A Central de Transplantes, responsável pela formulação e execução da Política Estadual de Transplantes, tem focado suas ações na estruturação e capacitação das Organizações de Procura de Órgãos - OPO, manutenção e ampliação do incentivo estadual para apoio à certificação da morte encefálica, às cirurgias de retirada de órgãos e apoio logístico aos hospitais. Para a avaliação das metas elencados no Plano Estadual da Saúde 2012-2015, foi utilizado a população estimada do Censo para o ano de 2012 MS/DATASUS.



A meta taxa de transplante de células tronco hematopoiética não aparentado será alterada quando da revisão do PES. A principal dificuldade para realização de desta modalidade de transplante é a insuficiente capacidade instalada da rede, que requer leitos diferenciados e equipe especializada, gerando demora na realização do procedimento mesmo quando há doador já identificado. No ano de 2013 foram realizados 16 transplantes nesta modalidade.

Em 2013 a taxa de notificações de morte encefálica aumentou 13%, em relação ao ano anterior. O aumento da notificação não se refletiu na taxa de doadores efetivos que se manteve igual ao ano de 2012. Dentre as causas de não efetivação a negativa familiar continua sendo o principal motivo, seguido pelas contra-indicações médicas e a parada cardiorrespiratória.

Embora a taxa de doadores efetivos tenha se mantido igual ao ano de 2012, o aproveitamento multiorgânico (utilização de mais de um tipo de órgão do doador) teve um aumento de 20% no período 2012/2013, devido à eficácia da manutenção do doador e da logística de captação,

O aproveitamento multiorgânico propiciou um aumento nos transplantes de fígado realizados, que atingiu em 2013 a taxa de 12,72 transplantes por milhão de população.

A meta de tempo de espera para o transplante de córnea foi atingida em 2013, com um tempo de médio de 20 dias.

A Central de Transplante iniciou em setembro de 2013 a realização de seis edições de curso de capacitação para coordenação intra-hospitalar de transplantes. Este curso está focado para a capacitação de profissionais para a entrevista familiar, considerando a expressão da negativa familiar nas causas de não efetivação e os cuidados com o doador de órgãos em leito de UTI. Além disto, está programada a regulamentação das leis estaduais do Disque-doação e do registro voluntário de doadores de órgãos e tecidos.

### ***Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU (CRUE/RS)***

#### **Ação 3 – Atingir 100% dos municípios com regulação de atendimento SAMU 192.**

Dos 497 municípios do RS, 264 (53%) já contam com link 192 aberto, ou seja, já contam com atendimento SAMU 192 regulado. Para abertura de link em novos municípios, ou o município implanta Base SAMU 192, ou pactua atendimento com município vizinho que tenha condições de dar cobertura com a(s) Unidade(s) SAMU já implantadas.

Importante destacar que os 264 municípios com atendimento SAMU 192 abrangem 89% da população do Estado.

#### **Ação 6 – Implantar bases de atendimento pré-hospitalar SAMU - Resgate e Transporte Aero Médico**

Implantadas duas bases, uma no município de Porto Alegre, no Batalhão de Aviação Aérea da Brigada Militar, localizado no aeroporto Salgado Filho e outra no Batalhão Aéreo de Capão da Canoa.

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

A Secretaria Estadual da Saúde realiza a regulação do acesso aos leitos de UTI Neonatal, Pediátrico e Adulto, mediante a solicitação recebida da unidade de saúde que não oferta leitos de terapia intensiva ou não dispõe de vaga no momento. A equipe médica da Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS) classifica o risco, através de informações acerca das condições clínicas e exames complementares do paciente e procura, na rede do SUS, pelo serviço que atenda às necessidades. Identificada a vaga, o leito é reservado e disponibilizado ao hospital solicitante.

A CRH/RS também regula o acesso a procedimentos traumatológicos, internações em saúde mental e situações de internação em leito clínico/cirúrgico que demandem procedimentos especiais, não disponíveis no serviço hospitalar de referência para as mesmas. O total de internações reguladas pela CRH/RS vem demonstrando tendência ascendente, conforme mostra o gráfico abaixo, processo que deverá ser intensificado com a adoção da obrigatoriedade do processo regulatório para ocupação dos leitos de UTI.

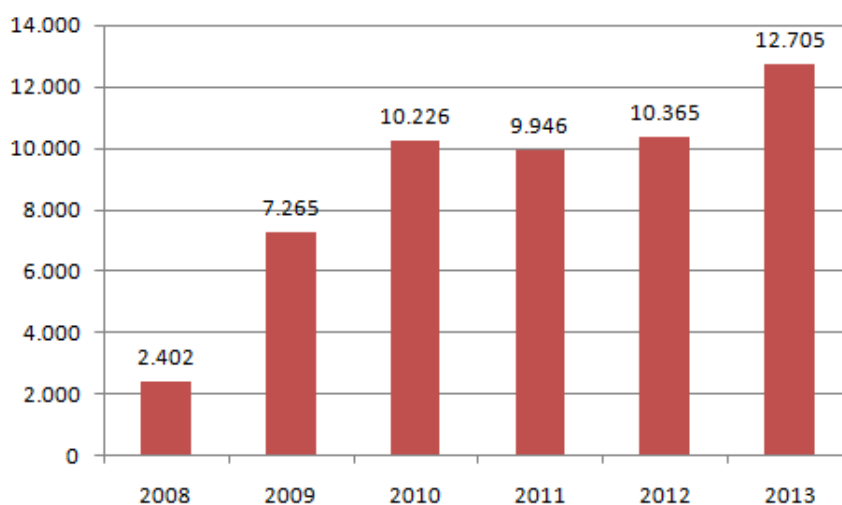
Em 2013 foram reguladas 12.705 solicitações de transferência hospitalar, 10.421 delas para UTI e 2.283 em leitos hospitalares gerais. O número de leitos regulados informados corresponde à capacidade instalada ocupada sob regulação da CRH/RS, não incluindo portanto os leitos regulados pelas Centrais de Caxias do Sul, Pelotas e Porto Alegre. Como não há regulação obrigatória de leitos pela SES, a estimativa de leitos regulados foi calculada considerando o número de internações reguladas e a média de permanência em UTI.

Em 2013 o percentual de transferências até 300 km (76,3%) ficou aquém da meta estabelecida (90%), porém a contratação de transporte terrestre e aéreo pela SES tem permitido o acesso mais ágil e rápido ao serviço de destino.

Outras realizações geraram impacto positivo na resolutividade da regulação hospitalar como a compra de leito de UTI privado em prestador não contratado ou autorização de leito de UTI extra em prestador contratado, quando esgotada a capacidade de leitos SUS.

A regulação do acesso a leitos cirúrgicos ainda está sendo estruturada pelo Estado. Atualmente, é realizada diretamente pelos serviços de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), com auxílio das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e de centrais de leitos municipais de cidades pólo para esse tipo de atendimento.

**Gráfico Solicitações de Internações Hospitalares Reguladas pela CRH/RS, 2008 a 2013**



OBS: os dados de 2008, 2009 e 2010 foram retirados dos registros manuais, pois, a implantação do sistema informatizado ocorreu em março de 2010. O dado de 2008 é parcial, pois, a regulação hospitalar foi implantada em junho daquele ano.

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

A Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA/RS) iniciou seu funcionamento em 2011, com a finalidade de modernizar e agilizar o processo de marcação de consultas e exames especializados pelo SUS. Através de um sistema totalmente informatizado, a CRA/RS assumiu, em um primeiro momento, a regulação do acesso às consultas oferecidas em Porto Alegre, para não residentes na capital, e consultas de reabilitação em todo o território gaúcho, exceto Caxias do Sul.

Consolidada essa etapa, a regulação ambulatorial informatizada está sendo expandida nas Coordenadorias Regionais de Saúde, em processo coordenado pelo Complexo Regulador Estadual (CRE/RS). Até o final de 2013, oito CRSs já haviam implantado a ação, com previsão de cobertura de regulação das áreas estratégicas, nas dezenove coordenadorias regionais de saúde, até julho de 2014.

O processo de marcação de consultas começa nas unidades de saúde do SUS, onde o médico avalia a necessidade de encaminhamento do paciente a uma avaliação especializada. A solicitação é encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde, que cadastra o pedido no sistema informatizado e realiza o agendamento, na disponibilidade de cotas municipais. As demais solicitações são avaliadas, classificadas segundo a gravidade e agendadas pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial ou pela CRS.

Em 2013, foram agendadas, pelas centrais estaduais (CRA/RS e CRSs), 226.483 consultas médicas e 37.194 exames especializados através de sistema informatizado de regulação, com ocupação máxima da oferta contratada. Além disso, várias medidas de qualificação da lista de espera e de otimização da oferta foram adotadas, com impacto na redução do déficit oferta/demanda para consultas e exames especializados.

➤ **Indicador de Monitoramento**

- Indicador 17 (E) - Proporção das interações de urgência e emergência reguladas.

A meta para 2013 foi estabelecida em 14,4% e a meta alcançada foi de 14,5%. Pode-se inferir que esta proporção será maior tendo em vista que os dados de interações reguladas pelas centrais de regulação dos municípios de: Caxias dos Sul, Pelotas e Porto Alegre ainda são preliminares.

**OBJETIVO 10: Fortalecer a Auditoria do SUS**

META	REALIZAÇÕES/2013
Capacitar 100% dos profissionais dos componentes Estaduais de auditoria.	<p>1º Quadrimestre: - Entrega dos TABLETS e Treinamento aos Médicos Auditores do Sistema Estadual de Auditoria/SES/RS, realizado no Auditório Principal do CAFF, em 14/Março/2013;</p> <p>2º Quadrimestre: - Capacitação em Atenção Básica e SIGTAP aos Médicos Auditores do Sistema Estadual de Auditoria/SES/RS, realizado no Auditório Principal do CAFF, em 29/Maio/2013;</p> <p>3º Quadrimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 06/12/2013: - Encerramento Anual da CAME/SES/ RS – Exercício 2013;</li> <li>- 11/12/2013: - Encontro Estadual de Capacitação para Médicos Autorizadores do SUS-2013;</li> <li>- 18/12/2013: - Encontro Estadual de Capacitação para Médicos Auditores do SUS.</li> </ul>
Capacitação Núcleo Contábil	1º Quadrimestre: Capacitação: “Prevenindo e Corrigindo Falhas na Terceirização do SUS”, realizado no dia 21/03/2013 NO Rio de Janeiro/RJ;
TOTAL de AIH's ANO	AIH's 500.345
Bloqueios de AIH's	1029 Relatórios e análise de 37.582 AIH's;
Processos Administrativos de Auditoria	1216 Relatórios;
Atendimento das demandas de outros órgãos.	PGE/RS, MPE, MPF, Del. Polícia, DENASUS, Judiciário etc - 123 Processos;
Auditoria Operativa especial através de Força Tarefa por solicitação do MPE/Rio Grande:	Processo: 060.521-2000/12-7 total 501 AIH's aguarda OR;
Auditorias em Oncologia/Hemoterapia	14 Processos
Denúncias - NAD	266 Processos;
Auditoria nos Serviços de Traumatologia.	53 Processos;
Auditoria de Enfermagem	250 Análises;

META	REALIZAÇÕES/2013
Auditoria Contábil	<p>Adiantamento de Numerário:  -03 Solicitações -03 prestação de Contas;  SISPLAG – Sistema de Planejamento do Estado/RS - Alimentado em 23/04, 15/07 e 1º/11/2013;  Atestado de Despesa – Sistema FPE: 05</p> <p>Abertura de Processo:  -Assinatura de Periódicos: 02 Compras e 02 Pagamentos;  -Processo Pagamento de Inscrição em Curso: 01;  -Processo de Afastamento: 19;  -Processo Inscrição Seminário: 01;  -Processo Diárias: 13  -Processo Pagamento de Evento: 01;</p> <p>OUVIDORIA SUS  -79 Processos Instaurados;  -38 Concluídos e Arquivados;</p> <p>-75 Processos de Compra de Leitos aguardando análise;  -03 Processos MPF e Prestadores em andamento;  -29 Processos SEAUD, Prestadores, MPF e MPE/RS aguardando análise;</p> <p>OPM, Cirurgias Múltiplas e Sequenciais:  -73 Processos em andamento;  -20 Processos Aguardando análise;  -03 Arquivados</p> <p>89 Análises Compra de Leitos/Internações Judiciais;  -Boate KISS: A Análise é considerada como Compra de Leitos fosse;</p> <p>07 Pareceres Contábeis;  06 análises de Processos GSH – Sistema Aghos;  Levantamento Patrimonial realizado nos dias 20/11, 25-29/11/2013;  Levantamento e Organização dos Homônimos entre OUTRAS REGIONAIS - Comp. 10/2012, e 01-08/2013, realizado desde o dia 08/11;  Atendimento ao MPF, TCE/RS com digitalização de processos de interesse de ambos e encaminhamento das cópias digitalizadas aos destinatários;  Troca de – emails com o TCE/RS  03 Mutirões para organização do arquivo da CAME;  Ofícios PGE/RS, MPF- Pelotas, MPF-Canoas, SEAUD, DENASUS, MPE/RS, TCU e TCE/RS;  32 processos concluídos;  08 em andamento;  Auditoria Interna no Sistema AGHOS desenvolvido pela Empresa GSH – Gestão e Tecnologia em Saúde;  Auditoria no Hospital Santa Casa do Rio Grande;  Análise da Defesa apresentada pela empresa GSH nos seguintes processos:  - 071.578-2000/12-9 – MAI/2012 (03v);  - 101.997-2000/12-3 – JUL/2012;  - 107.126-2000/12-6 – AGO/2012;  - 121.363-2000/11-0 – SET/2012;</p>

META	REALIZAÇÕES/2013
Auditoria do SIH - Bloqueio	<p>Auditorias: 5553  Óbito Materno: 02;  Óbito Infantil: 93;  Solicitação de Liberação: 700;  Auditoria em Homônimos entre OUTRAS REGIONAIS: 270;  OPM: 4619;  Cirurgia Múltipla: 1043;  Cirurgia Sequencial: 606;  Enxerto de Pele: 76;  Parto Cesáreo: 1285;  Homônimos em Duplicidade: 2321;  Tuberculose: 70;  Cirurgia Bucomaxilofacial: 44;</p>
Outras realizações	<p>Ofícios Enviados: 2039;  Memos Enviados: 91;  Informações: 875;  Viagens para Auditoria “in locum”: 21  Assessoria Técnica em conjunto com o Judiciário;  Auditoria de AIH's Suplementares/ Complementares;  Auditorias na Rede de Atenção Básica Estadual;  Tabulação da Auditoria do Sistema Regulatório/SES/RS;  Consolidação da Auditoria de Enfermagem;  Trabalho em Conjunto com o TCE, TCU e Procuradoria dos Prefeitos/Procuradoria Geral de Justiça/RS;  Auditoria no Sistema Regulatório Estadual pertinentes aos Municípios;  Auditoria no Município de Cachoeira do Sul;  Auditoria na Atenção Básica de todos os Municípios no Estado/RS– Em Andamento;  Auditoria em Leitos de UTI Ped., Neo., e Adulto no Estado/RS;  04 reuniões com o Sistema Nacional de Auditoria-SNA;  Auditoria à partir da Competência 03/2013, nos critérios de OPM, Cirurgias Múltiplas e Sequenciais;  Em andamento o escaneamento dos arquivos da CAME/SES/RS – <u>OBS</u>: Pastas de prestadores que integral a 1ª CRS. e 2ª CRS foram concluídos e a demanda 2013 –geral em andamento;  Em análise o total de AIH's auditadas no Estado do RS durante o ano de 2013.</p>
Valores Apurados em OR:	<p>07 Processos aguardando análise;  15 Processos com OR – R\$ 337.378,83.  29 Processos de Compra de Leitos Concluídos;  08 Processos de Ressarcimento ao Usuário  Enviados em Quadrimestres anteriores e descontados neste quadrimestre:  04 Processos R\$ 45.437,38</p> <p>Valor total: R\$ 382.816,21</p>

**OBJETIVO 11: Fortalecer a Infraestrutura e Logística*****Fortalecimento da infraestrutura da Escola de Saúde Pública (ESP)***

A recuperação e adequação da estrutura da ESP é fundamental para que a Escola possa buscar junto ao Conselho Estadual de Educação a autorização para a realização de Cursos técnicos na área da saúde e, junto ao Ministério da Educação, o credenciamento e autorização para a realização de Cursos de Especialização presenciais e na modalidade à distância. Nesse sentido, em 2013, a ESP adotou como estratégia para viabilizar as ações necessárias para atingir essa meta até 2014, a constituição de grupos de trabalho (GT) para elaboração dos projetos que buscam o fortalecimento e reestruturação da ESP, com a participação de servidores das variadas Coordenações/Divisões da Escola. Em 2013 o GT Modernização e Qualificação da ESP finalizou o projeto, que vem sendo implementado com participação do próprio GT. Algumas ações já foram concretizadas, como a compra de condicionadores de ar para todas as salas de aula e de trabalho, telas de projeção, recarga de extintores e equipamentos de prevenção de incêndio conforme PPCI, instalação de mais um laboratório de informática, entre outras. Estão em andamento processos para compra de equipamentos para a ESP e seus Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva, presentes nas 19 CRS da SES.

Também estão em atividade o GT para atualização do Projeto de Desenvolvimento Institucional (PDI) e o Projeto Político Pedagógico (PPP) e o GT para elaboração de proposta de reorganização administrativa da ESP/SES.

Para viabilizar a descentralização das atividades de formação e educação permanente, fortalecendo a instância dos NURESC, está sendo pactuado a instalação de Unidades Regionais da ESP, colocando em um único espaço físico as estruturas já existentes: Núcleos de Informação e Documentação em Saúde/biblioteca, Laboratórios de Ensino para realização de cursos técnicos, Coordenação de NURESC; agregando espaços de sala de aula e/ou auditório e, quando possível, laboratório de informática. Existe possibilidade da instalação de Unidades Regionais em área própria (Passo Fundo e Santo Ângelo); em conjunto com a Secretaria de Educação (Palmeira das Missões e Cruz Alta) ou Hospital Regional (Rio Pardo).

Encontra-se em fase final de elaboração o novo site da ESP, que será importante ferramenta para viabilizar a comunicação interna e externa e para educação à distância.

***Fortalecimento da infraestrutura da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS)***

O Relatório da FEPPS encontra-se em arquivo Anexo III.



**Comentários complementares às ações:**

**Ação 3.** Central de UBV (armazenamento de inseticidas e larvicidas) - Dengue e demais endemias construída. Projeto Arquitetônico elaborado. Projetos complementares elaborados e aprovados pelo Programa Nacional de Controle da Dengue do Ministério da Saúde. Projetos complementares elaborados e encaminhados para a Secretaria de Obras para providências quanto ao procedimento licitatório.

**Ação 5.** Implementar a nova Central Estadual de Abastecimento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI). Convênio com o Ministério da Saúde celebrado. Projeto Arquitetônico finalizado e encaminhado à Secretaria de Obras (SOP). Projetos complementares (elétrico e hidráulico) já licitados pela SOP.

**Ação 6.** Reestruturar a Rede de Frio das Imunizações nas Coordenadorias Regionais de Saúde. Iniciado processo de compra de ar condicionado para todas as Centrais Regionais de Frio. Cadastradas câmaras de conservação na SELIC para início de processo de compra. Orientadas as CRS para projetar aquisição de grupos geradores e câmaras frigoríficas, dependendo da situação local.

**Ação 7.** Construir novo prédio para o Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Previsto recurso orçamentário. Iniciadas negociações para definir terreno a ser utilizado.

**OBJETIVO 12: Promover a gestão da informação, inovação e da incorporação tecnológica no SUS****➤ PROJETO ESTRATÉGICO: IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE TI NO SUS DO RS**

Estruturado para qualificar e agilizar o atendimento à saúde no Sistema Único de Saúde no RS, por meio da modernização e informatização da rede de atenção à saúde, otimizando as atividades dos profissionais de saúde e a gestão do Sistema Único de Saúde. O projeto tem como público alvo os municípios gaúchos que aderirem ao Termo de Cooperação, no âmbito dos quais serão apoiadas prioritariamente às Unidades Básicas de Saúde com ESF e outros estabelecimentos selecionados, de acordo com critérios técnicos a serem definidos.

A implementação de soluções informatizadas nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, requer adequações de infraestrutura no que se refere à rede lógica e a elétrica, além de equipamentos de informática, foi instituído o Programa REDE SUS RS com vistas a permitir a utilização da política Federal do e-SUS AB nas suas versões Coleta de Dados simplificado - CDS e Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC, bem como outras soluções de Tecnologia da Informação - TI, incentivadas pela Secretaria da Saúde.

No ano de 2013 o Estado promoveu a informatização do Sistema Único de Saúde por meio do Projeto Rede SUS - RS. Há 2 softwares disponibilizados, o SIGS-RS, solução adquirida pela SES e implantada em 5 dos 58 municípios da Região de Passo Fundo (Passo Fundo, Soledade, Ibirapuitã, Tio Hugo e Mormaço) a qual está sendo implantada em outros 19 municípios (Tapejara, Marau, Casca, Ciriaco, David Canabarro, Coxilha, Pontão, Serafina Correa, Muliterno, Vanini, São Domingos do Sul, Montauri, Santo Antonio do Palma, Gentil, Camargo, Nova Alvorada, Mato Castelhana, Nicolau Vergueiro e Sertão) e em 02 da macroregião Metropolitana (Esteio e Charqueadas) e o e-SUS AB, software público disponibilizado pelo Ministério da Saúde que está sendo implantado em Sapucaia do Sul e Porto Alegre e foi a apresentado a outros 30 municípios de várias regiões do estado.

O Projeto está focado no atendimento das necessidades da Atenção Básica em especial direcionado às Unidades de Saúde da Família porque atingem a maior parte da população usuária do SUS e se constitui num instrumento de agilização do atendimento, de redução da demanda na Atenção Secundária e Terciária e de registro de informações imprescindíveis ao planejamento das políticas acerca dos serviços de saúde e das condições de saúde dos usuários.

Em 2014 o projeto será expandido para o restante do Estado enquanto política protagonizada pelo governo estadual e em consonância a política nacional de qualificação do SUS, com vistas a permitir a utilização de diferentes soluções informatizadas sob coordenação estadual e com articulação entre os entes, buscando a centralização dos dados em banco de dados único para garantir a unicidade e estabilidade das informações.

**OBJETIVO 13: Promover e qualificar a Gestão do Trabalho em saúde****➤ Indicadores de Monitoramento**

- Indicador 61 (U) - Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.

5.347 (cinco mil, trezentos e quarenta e sete) servidores no final de 2013 na SES do RS, não possuímos dados dos demais órgãos/entidades que atendam o SUS.

**➤ Demais realizações**

Abertura de Edital para realização de concurso público para provimento de 1.500 (um mil e quinhentas) vagas no Quadro de Pessoal da Saúde do Estado do RS – Lei 13.417/2010, sendo 1.061 (um mil e sessenta e um) cargos de Especialista da Saúde, 206 (duzentos e seis) cargos de Assistente em Saúde e 233 (duzentos e trinta e três) cargos de Técnico em Saúde.

Com relação ao Projeto de Gestão do Trabalho para a SES RS foi criado através da Portaria nº 494/2013, publicado no DOE de 05/11/2013, o Núcleo do Programa de Valorização e Atenção à Saúde Física e Mental dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul (PROSER), no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado.

## DIRETRIZ 3 – EDUCAÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

### **OBJETIVO 14: Desenvolver Estratégias de Educação Permanente em Saúde**

#### ➤ **Indicador de Monitoramento**

- Indicador 57 (U) - Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas pelos municípios nas regiões de saúde:

Segundo o indicador universal e indicador de monitoramento do Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015, 80% de ações de educação permanentes implementados e/ou realizados, a ESP realizou ações em Pelotas, Capão da Canoa, Marau, Porto Alegre, São Lourenço, Esteio, Santo Angelo, Santa Maria, São Leopoldo, Caxias do Sul, Alegrete, Santa Cruz, Campo Bom, Passo Fundo, Tres de Maio, São Francisco de Paula, Lageado, Erechim, Panambi, Ijuí, Crissiumal, Santa Rosa, Osório, Nova Santa Rita, Palmeiras das Missões, Farroupilha, Igrejinha, Santa Maria do Herval, Montenegro, Canela, Giruá, Vacaria, Frederico Westphalen, Bento Gonçalves, Bagé.

Sendo realizadas em diferentes municípios, as ações de educação permanente têm abrangência regional e tiveram como temas:

Vigilância em saúde para atuação nas ações do Programa VERÃO NUMA BOA em 06 edições, cursos para Agentes Comunitários em Saúde, Promotores Populares em Saúde com 6 edições, Capacitação para Implantação de teste Rápido Diagnósticas de HIV e Triagem de Sífilis nas Unidades Básicas de Saúde do RS com 05 edições, Fórum Vivências e Estágios na Realidade do SUS com duas edições, Capacitação de agentes comunitários de Saúde: O que devemos saber sobre Medicamentos, Seminário Animações Pedagógicas: Vivenciando a Educação Permanente em Saúde nas Políticas Públicas, 1ª Mostra Estadual de Práticas de Cuidado em Saúde Mental no Território, Encontro Técnico sobre Inspeção em Drogarias, Capacitação em Diagnóstico e Tratamento da HANSENIASE, II Encontro Estadual de Humanização – A Função – apoio e as Redes de Atenção à Saúde no RS, Capacitação em Teste Rápido para HIV, Sífilis e Aconselhamento, no âmbito da Rede Cegonha com 07 edições, Curso de Aperfeiçoamento Especializado em Gestão de Atenção à Saúde Hospitalar: MÓDULO I – Gestão Hospitalar e as Políticas de Saúde no Brasil e no Contexto Atual, Curso Básico de vigilância Epidemiológica, I Formação de Docentes do Curso de Aperfeiçoamento em Saúde do Idoso, Seminário Povos Indígenas e a Participação Social na Construção de Rede com 04 edições, Encontro de Educação em Saúde: as políticas da Humanização e de Educação Permanente em Saúde como estratégias de Fortalecimento em 03 edições, Curso Suporte Básico de Vida – Módulo III com 09 edições, Curso da Urgência e Emergência – Suporte Básico da Vida – Módulo II e IV com 07 edições, Curso de Qualificação dos Agentes Comunitários da Saúde com 04 turmas, Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde com 04 turmas, Curso de Gestão e Humanização em Saúde, Encontro Macrorregional Sul PNH 2013 – O apoio na ação da PNH no Paraná; Santa Catarina e Rio Grande do Sul: conceitos, métodos, experiências, Curso de Aperfeiçoamento Especializado em Gestão da Atenção à Saúde Hospitalar: Módulo II – Integralidade da Atenção em Saúde e as Linhas de Cuidado.

Em Novembro de 2013 foi aprovada Resolução 590/2013 instituindo a Rede de Educação em Saúde Coletiva, que visa qualificar o processo de educação permanente em saúde por meio de intercâmbios interinstitucionais envolvendo gestão, formação, conselhos, trabalhadores, com fortalecimento dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva.

### **Comentários complementares as ações:**

**Ação 3.** Qualificar trabalhadores/alunos na área de Vigilância em Saúde. Em especial em CRS e Secretarias Municipais de Saúde, para qualificar a descentralização das ações.

Assim como as capacitações de agentes comunitários, os agentes de vigilância municipais vêm sendo capacitados sistematicamente pelo CEVS e Regionais de Saúde, porém ainda de forma fragmentada (por programas, como dengue, imunizações, vigilância sanitária), ainda sem a sistematização de um Programa de Educação Permanente de Vigilância em Saúde. Dados da Escola de Saúde Pública apontam a participação de 97 trabalhadores/alunos da área de vigilância em capacitações.

**Ação 7.** Elaborar e implantar Cursos Básicos de Vigilância em Saúde para capacitar Agentes Comunitários de Saúde. Capacitações de agentes comunitários de saúde em Vigilância em Saúde, especialmente na vigilância da dengue, vêm sendo realizadas de forma descentralizada, pelas Regionais de Saúde e Municípios, não havendo sistema de informação que permita quantificá-las. Projeto sistematizando essas capacitações deverá ser executado até 2015.

**Ação 8.** Realizar cursos de capacitação para Agentes de Vigilância em Saúde. Curso Básico deverá ser elaborado para implantação a partir de 2014. No ano de 2012 foi dada prioridade à conclusão do 1º Curso de Especialização em Vigilância em Saúde, que foi elaborado pelo CEVS, em conjunto com a Escola de Saúde Pública e iniciado em agosto de 2011, com execução pela UNISC. Em 2013 foi desenvolvido projeto de Residência em Vigilância em Saúde em conjunto com a ESP e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

### **OBJETIVO 15: Construir e Implementar a Política Estadual de Incentivo à Pesquisa**

**Ação 1** - Em 2013 houve a conclusão do processo de formulação da Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, a qual originou também a Política de Pesquisa da SES, pela Comissão designada para tanto; ambas - PECTIS/RS e PPSES - foram concluídas e encaminhadas aos gestores através da Coordenação, a cargo da direção da Escola de Saúde Pública;

**Ação 2** - Os processos de implementação de comissões de pesquisa foram otimizados na FEPPS e no Hospital Sanatório Partenon, os quais derivaram atividades como seminários internos e intensificação da participação do Programa Pesquisa para o SUS; nesse último, também houve participação da Escola de Saúde Pública;

**Ação 3** - A constituir no processo de implementação da PPSES, em 2014;

**Ação 4** - A ser criado no processo e implementação da PPSEs, em 2014;

**Ação 5** - Foi planejado mas não executado II Seminário de Pesquisa da SES;

#### ➤ **Demais Realizações**

Aprovação da pesquisa “Uma análise do processo de implantação dos Núcleos Municipais de Educação em saúde Coletiva, enquanto estratégia de implementação das Políticas de Educação Permanente em Saúde e Humanização, em municípios da 1ª CRS”, junto a FAPERGS (edital PPSUS).

- Reuniões ordinárias do CEPS-ESP: 12
- Projetos analisados: 89 (conforme relatório detalhado em anexo)
- Implementação da Plataforma Brasil (Sistema CEP-CONEP)
- Nomeação dos novos membros do CEPS-ESP (Diário oficial de 14/10/2013) com a inclusão do representante dos usuários, apresentado pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre
- Encaminhamento da Renovação de Registro do CEPS-ESP junto ao Sistema CEP-CONEP/CNS, cuja aprovação ocorreu em 29/01/2014

**OBJETIVO 16: Consolidar a Política Estadual de Residência Integrada em Saúde**

Em 2012 estava prevista a Descentralização para 1 município mas, foram contemplados 5 novos municípios (Sapucaia do Sul, Esteio, Venâncio Aires, Santa Cruz do Sul e São Lourenço do Sul). Para o ano de 2013, a estratégia foi de qualificação da formação nestes novos campos contemplados e ampliação do número de vagas, bem como, ênfases nos mesmos. A ação prevista para ser alcançada em 2013 foi realizada, ainda no ano de 2012.

**Ação 3 - Programado 1 - Realizado 1**

Meta alcançada com a criação da ênfase Vigilância em Saúde.

**Ação 4 - Programado 1 - Realizado 1**

A partir do ano de 2012 os campos de prática da ênfase Saúde Mental Coletiva passaram a ser os serviços da rede substitutiva ampliando vagas de formação em serviços como CAPS AD, Residenciais Terapêuticos, CAPS inf, Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental, Oficina de Geração, Trabalho e Renda, Hospital Geral, etc. Já no Hospital Psiquiátrico, a inserção foi reconfigurada, estando os residentes vinculados ao projeto de Desinstitucionalização dos moradores do hospital. Esta ação só foi possível graças ao processo de Descentralização da RIS que alcançou a outros municípios a formação Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. Em 2012 a ênfase de Saúde Mental Coletiva estava em Porto Alegre e São Lourenço do Sul. Em 2013 foi ampliado para Sapucaia do Sul.

Nesta ação 4 estava Programado 2012 - 2015 um total de 6 municípios.

Programado 2013: 1 município - Realizado 1

## AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE

O processo de pactuação de indicadores iniciado em 1999 com o pacto de Indicadores da Atenção Básica constitui-se em um instrumento de referência para o monitoramento e avaliação da gestão em saúde. Ao longo desses quinze anos de existência, alterações foram introduzidas com o objetivo de qualificar o processo, tornando-o mais abrangente e participativo. Os indicadores são fundamentais para o acompanhamento do alcance de metas, para embasar a análise crítica dos resultados obtidos e para auxiliar no processo de tomada de decisão.

A avaliação dos indicadores de saúde é premissa norteadora para a definição de novas estratégias de ação, fortalecendo o planejamento em saúde. O quadro 1 apresenta os graus e faixas de índice de cumprimento de metas estabelecidos pelo PlanejaSUS e sua qualificação.

**Quadro 1 - Graus de Cumprimento de Metas**

Grau de Cumprimento de Meta	Faixa de Índice de Cumprimento de Meta	Qualificação
I	de 0% até 25%	Muito baixo desempenho
II	mais de 25% até 50%	Baixo desempenho
III	mais de 50% até 75%	Desempenho regular
IV	mais de 75%	Desempenho satisfatório

O quadro 2 apresenta os indicadores de saúde, a série histórica e o resultado alcançado por indicador em 2013:



Quadro 2- Planilha de Pactuação Estadual de Metas para 2013-2015 segundo Diretrizes e Objetivas do PES 2012-2015

Diretriz 1 - Atenção à Saúde															
Objetivo 1 - Fortalecer a Atenção Básica															
Nº	Tipo	Indicador	Unid	Série histórica					2013		Proposta de Meta		Polaridade	ICM 2013 %	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META - 2013
				2008	2009	2010	2011	2012	Meta 2013	Realizado 2013	2014	2015			
1	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.	%	46,21	48,11	47,37	48,98	51,93	56,00	66,01	63,00	70,00	1 (NA)		-
2	U	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)	%	31,00	29,71	29,84	28,71	28,54	27,00	22,29	25,00	22,00	2	117,44	IV
3	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	%	50,92	55,7	60,61	62,22	67,27	65,00	63,59	67,00	69,00	1	97,83	IV
60	E	NÚMERO DE PONTOS DO TELESSAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS	N. Absol	...	...	...	...	1.368	1.641	1.260	1.806	2.152	1	76,78	IV
Objetivo 2 - Ampliar e Qualificar a Atenção Secundária e Terciária															
Nº	Tipo	Indicador	Unid	Série histórica					Meta				Polaridade	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META - 2013
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	Realizado 2013	2014	2015			
7	U	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	/100	0,78	0,80	0,91	0,93	1,04	1,20	1,16	1,44	1,73	1	96,67	IV
8	U	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	/100	4,71	4,71	4,70	4,53	4,60	4,98	4,33	5,48	6,03	1	86,95	IV
9	E	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	/100	4,26	4,61	5,18	5,65	5,86	6,34	6,53	6,97	7,67	1	103,00	IV
10	E	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE	/1.000	8,66	8,83	9,40	10,17	10,55	5,71	4,98	12,82	14,10	1	87,22	IV
11	E	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO.	%	16,96	19,77	8,48	7,41	8,07	88,00	94,73	90,00	92,00	1	107,65	IV

Objetivo 3 - Ampliar e Qualificar a Vigilância em Saúde															
Nº	Tipo	Indicador	Unid	Série histórica					Meta				Polaridade	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META - 2013
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	Realizado 2013	2014	2015			
12	U	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO	N. Absol	-	-	506	715	874	1049	905	1259	1511	1	86,27	IV
35	U	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	%					20	70,00	0,00%	70,00	70,00	1	-	-
36	U	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	%		68,55	67,47	65,81	56,06	85,00	27,30	85,00	85,00	1	32,12	II
37	U	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	%		77,43	78,88	80,40	82,72	100	84,83	100,00	100,00	1	84,83	IV
38	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	%			95,57	95,40	95,26	95,00	94,58	95,00	95,00	1	99,56	IV
39	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	%			81,19	87,97	88,09	85,00	87,60	85,00	85,00	1	103,06	IV
41	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	%	-	-	1,01	1,81	3,02	50,00	100,00	50,00	50,00	1	200,00	IV
44	E	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS (para municípios e regiões constantes do Instrutivo Estadual)	N. Absol	60.248	71.724	73.739	83.838	87.404	135345	142538	142112	149218	1	105,31	IV
45	E	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES (para municípios e regiões que registram casos na série histórica)	%		77,30	88,10	93,60	82,91	90,00	78,30	90,00	≥90	1	87,00	IV
46	E	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS (para municípios e regiões que registram casos na série histórica)	%		81	78,6	70,5	66,01	73,00	74,30	73,00	≥73%	1	101,78	IV
47	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL (para municípios e regiões da área de transmissão ou de risco para leishmaniose, segundo instrutivo estadual)	N. Absol			0	1	0	0	0	0	0	2	100,00	IV

49	E	PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRACOMA NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS (indicador de responsabilidade estadual com programação 2013 para municípios de Campo Novo Três Forquilhas e Seberi)	%	...	...	...	...	...	10,00	7,00	10,00	10,00	1	70,00	III
52	E	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE (para municípios infestados por Aedes aegypti, segundo Instrutivo Estadual)	%				3.167.864	2.660.535	80,00	50,00	80,00	80,00	1	62,50	III
53	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	%	26,58	42,34	56,39	56,07	69,35	60,00	65,96	60,00	60,00	1	109,93	IV
56	E	PERCENTUAL DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS INSPECIONADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NO ANO	%	...	...	...	...	...	100,00	76,00	100,00	100,00	1	76,00	IV
4	RS	Nº DE VISITAS EM ARMADILHAS E EM PONTOS ESTRATÉGICOS (p/ municípios não infestados pelo Aedes aegypti)	nº absol				651.635	537.719	663.594	824.574	0	0	1	124,26	IV
5	RS	NUMERO DE VISITAS A DOMICÍLIOS EM ÁREAS DE VIGILÂNCIA DE SIMULÍDEOS (específicos p/ municípios infestados das Regiões 1, 2,4,5, 6,7,8,16,17,18, 20, 23, 24, 25, 26, 29,30)	%						1.686	465,50	0	0	1	27,61	II

#### Objetivo 4 - Ampliar e Qualificar a Assistência Farmacêutica

Nº	Tipo	Indicador	Unid	Série histórica					Meta				Polaridade	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META - 2013
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	Realizado 2013	2014	2015			
6	RS	PROPORÇÃO DE SOLICITAÇÕES ADMINISTRATIVAS DE MEDICAMENTOS AVALIADAS EM ATÉ 30 DIAS	%	...	...	...	...	74,00	85,00	81,00	90,00	95,00	1	95,29	IV

Objetivo 5 - Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado															
Rede Cegonha															
Nº	Tipo	Indicador	Unid	Série histórica					Meta				Polaridade	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META - 2013
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	Realizado 2013	2014	2015			
20	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	%	46,27	44,3	41,87	39,72		45,00	37,40	55,00	65,00	1	83,11	IV
21	U	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL.	%	71,32	71,2	72,8	70,67	71,1	73,00	71,98	75,00	78,00	1	98,60	IV
22	U	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE.	Razão	0,52	0,56	0,53	0,62	0,63	1,00	0,03	2	2	1	3,00	I
23	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNO EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA.	N. Absol	82	75	78	67	92	70	54	65	60	2	122,86	IV
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNO INVESTIGADOS	%			87,18	97,01	85,87	100,00	87,50	100,00	100,00	1	87,50	IV
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	%	-	9,68	79,65	91,49	...	90,00	72,20	>90,00	>90,00	1	80,22	IV
1	RS	PROPORÇÃO DE MENORES DE TRÊS ANOS DE IDADE ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR	%	3,79	4,63	4,44	4,80	4,36	4,50	4,36	5,50	6,50	1	96,89	IV
Rede de Atenção Psicossocial															
29	E	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	/100.000	0,81	0,9	1,17	1,38	1,44	1,24	1,32	1,56	1,74	1	106,45	IV

Rede de Atenção às Urgências															
14	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	%	17,00	14,45	14,04	13,81	14,03	14,00	15,20	14,00	13,00	2	91,43	IV
16	E	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)	%	...	...	68,00	87,70	88,40	91,20	89,65	93,90	98,30	1	98,30	IV
Linhas de Cuidado															
Saúde da Criança															
Nº	Tipo	Indicador	Unid	Série histórica					Meta				Polaridade	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META - 2013
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	Realizado 2013	2014	2015			
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	/1000	12,76	11,54	11,2	11,44	10,7	10,50	10,47	10,20	9,90	2	100,29	IV
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	%	-	24,95	72,54	77,86	...	90,00	58,03	90,00	90,00	1	64,48	III
Saúde da Mulher															
18	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	Razão	0,55	0,54	0,53	0,53	0,51	0,63	0,51	0,66	0,70	1	80,95	IV
19	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	Razão	0,18	0,21	0,26	0,29	0,31	0,37	0,35	0,4	0,45	1	94,59	IV
Saúde do Idoso															
30	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<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	372,76	392,80	365,31	358,00	2	94,62	IV

Saúde Bucal															
4	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL.	%	34,65	36,62	36,7	38,33	39,41	48,30	47,71	50,80	56,00	1	98,78	IV
5	U	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	%	1,27	1,89	2,85	3,21	1,96	3,01	1,92	3,86	5,00	1	63,79	III
6	E	PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	%			8,85	16,67	9,27	9,75	8,28	8,75	8,00	2	115,08	IV
DST/AIDS															
28	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	N. Absol	330	423	465	645	842	839	900	665	600	2	92,73	IV
42	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	N. Absol	121	113	101	107	44	40	79	36	32	2	2,50	I
43	E	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/MM3	%	...	...	...	...	34,50	34,00	23,00	28,90	24,56	2	132,35	IV
Saúde do Trabalhador															
40	U	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS.	%	10,48	12,7	20,77	27,82	26,21	50,00	38,63	50,00	50,00	1	77,26	IV
2	RS	Nº DE NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO DETECTADOS ATRAVÉS DO SIST E DO SINAN (p/ todos os municípios)	nº absol			29.678	36.712	41.695	20.530	43.261	23.610	27.151	1	210,72	IV
3	RS	PERCENTUAL DE ÓBITOS RELACIONADOS AO TRABALHO INVESTIGADOS (p/ todos os municípios)	%			93,00	116,00	101,00	100,00	8,12	100,00	100,00	1	8,12	I

Diretriz 2 - Gestão em Saúde															
Objetivo 6 - Institucionalizar o Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS															
Nº	Tipo	Indicador	Unid	Série histórica					Meta				Polaridade	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META - 2013
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	Realizado 2013	2014	2015			
63	U	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE	N. Absol						1	1	1	1	1	100,00	IV
Objetivo 8 - Fortalecer as Instâncias de Participação Social do SUS															
Nº	Tipo	Indicador	Unid	Série histórica					Meta				Polaridade	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META - 2013
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	Realizado 2013	2014	2015			
64	U	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SIACS	N. Absol	...	...	...	...	...	1	1	1	1	1	100,00	IV
65	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	%	-	1,41	1,81	3,63	4,84	4,83	4,23	10,06	15,49	1	87,58	IV
Objetivo 9 - Ampliar e Qualificar a Regulação em Saúde															
Nº	Tipo	Indicador	Unid	Série histórica					Meta				Polaridade	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META - 2013
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	Realizado 2013	2014	2015			
17	E	PROPORÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGULADAS ( p/ municípios que possuem Central de Regulação de Internação - 24h)	%	...	...	...	...	...	14,40	14,50	15,00	20,00	1	100,69	IV
Objetivo 13 - Promover e Qualificar a Gestão do Trabalho em saúde															
Nº	Tipo	Indicador	Unid	Série histórica					Meta				Polaridade	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META - 2013
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	Realizado 2013	2014	2015			
61	U	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS	%						100,00		100,00	100,00	1	-	-

Diretriz 3 - Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva															
Objetivo 14 - Desenvolver Estratégias de Educação Permanente em Saúde															
Nº	Tipo	Indicador	Unid	Série histórica					Meta				Polaridade	ICM 2013	GRAU DE CUMPRIMENTO DE META - 2013
				2008	2009	2010	2011	2012	2013	Realizado 2013	2014	2015			
57	U	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	%						80,00	0,00	80,00	80,00	1	-	-



A análise detalhada de cada um dos indicadores de saúde foi realizada ao longo do Anexo I. O quadro 3 consolida o desempenho dos indicadores pactuados, por Diretriz e Objetivo do PES.

**Quadro 3 - Desempenho dos Indicadores por Diretrizes e Objetivos do PES 2012-2015.**

Diretriz	Objetivo	Nº de Indicadores pactuados	Ind. c/Meta atingida		Grau de Cumprimento de Meta								Sem informação		Não se aplica	
			Nº	%	Grau IV		Grau III		Grau II		Grau I		Nº	%	Nº	%
					Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
1 - Atenção à Saúde	1 - Fortalecer a Atenção Básica	4	1	25,00	3	75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1	25,00	
1 - Atenção à Saúde	2 - Ampliar e Qualificar a Atenção Secundária e Terciária	5	2	40,00	5	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
1 - Atenção à Saúde	3 - Ampliar e Qualificar a Vigilância em Saúde	17	7	41,18	12	70,59	2	11,76	2	11,76	0,00	1	5,88	0,00	0,00	
1 - Atenção à Saúde	4 - Ampliar e Qualificar a Assistência Farmacêutica	1	0	0,00	1	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
1 - Atenção à Saúde	5 - Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado - Rede Cegonha	7	1	14,29	6	85,71	0,00	0,00	1	14,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
1 - Atenção à Saúde	5 - Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado - Rede de Atenção Psicossocial	1	1	100,00	1	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
1 - Atenção à Saúde	5 - Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado - Rede de Atenção às Urgências	2	0	0,00	2	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
1 - Atenção à Saúde	5 - Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado - Saúde da Criança	2	1	50,00	1	50,00	1	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
1 - Atenção à Saúde	5 - Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado - Saúde da Mulher	2	0	0,00	2	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
1 - Atenção à Saúde	5 - Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado - Saúde do Idoso	1	0	0,00	1	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
1 - Atenção à Saúde	5 - Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado - Saúde Bucal	3	1	33,33	2	66,67	1	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
1 - Atenção à Saúde	5 - Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado - DST/AIDS	3	1	33,33	2	66,67	0,00	0,00	1	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
1 - Atenção à Saúde	5 - Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado - Saúde do Trabalhador	3	1	33,33	2	66,67	0,00	0,00	1	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<b>Total Diretriz 1</b>		<b>51</b>	<b>16</b>	<b>31,37</b>	<b>40</b>	<b>78,43</b>	<b>4</b>	<b>7,84</b>	<b>2</b>	<b>3,92</b>	<b>3</b>	<b>5,88</b>	<b>1</b>	<b>1,96</b>	<b>1</b>	<b>1,96</b>
2 - Gestão em Saúde	6 - Institucionalizar o Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS	1	1	100,00	1	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2 - Gestão em Saúde	8 - Fortalecer as Instâncias de Participação Social do SUS	2	1	50,00	2	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2 - Gestão em Saúde	9 - Ampliar e Qualificar a Regulação em Saúde	1	1	100,00	1	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2 - Gestão em Saúde	13 - Promover e Qualificar a Gestão do Trabalho em saúde	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1	100,00	0,00	0,00	
<b>Total Diretriz 2</b>		<b>5</b>	<b>3</b>	<b>60,00</b>	<b>4</b>	<b>80,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>1</b>	<b>20,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
3 - Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva	14 - Desenvolver Estratégias de Educação Permanente em Saúde	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1	100,00	0,00	0,00	
<b>Total Diretriz 3</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>1</b>	<b>100,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
<b>Total</b>		<b>57</b>	<b>19</b>	<b>33,33</b>	<b>44</b>	<b>77,19</b>	<b>4</b>	<b>7,02</b>	<b>2</b>	<b>3,51</b>	<b>3</b>	<b>5,26</b>	<b>3</b>	<b>5,26</b>	<b>1</b>	<b>1,75</b>

Analisando os dados do quadro, conclui-se que o Estado apresentou uma qualificação de desempenho satisfatório, tendo em vista que 44 do total de 57 indicadores de saúde obtiveram como resultado Grau IV, representando 77% do total. Destaca-se que 19 indicadores atingiram a meta pactuada para 2013. Contudo, 03 indicadores de saúde ainda representam desafios a serem superados, pois obtiveram Grau I de cumprimento de meta, são eles: Nº de testes de sífilis por gestantes (ICM 3%); Nº de casos novos de AIDS em menores de 5 anos (ICM 2,5%) e Percentual de óbitos relacionais ao trabalho investigados (ICM 8,12%).

## 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. 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.

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.