



GOVERNO ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO

2009

Coordenação

Assessoria Técnica e de Planejamento – ASSTEPLAN

Secretária da Saúde

Arita Gilda Hubner Bergmann

Secretária da Saúde Adjunta

Rejane Richter

Assessoria Técnica e de Planejamento – ASSTEPLAN

Marly Moraes Lima

Centro Estadual de Vigilância em Saúde – CEVS

Francisco Antônio Zancan Paz

Departamento Administrativo – DA

Julio Copstein Galperim

Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial – DAHA

Aglaé Regina Silva

Departamento de Ações em Saúde – DAS

Sandra Denise de Moura Sperotto

Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais - DCHE

Gustavo Antônio de Paiva Soares

Departamento de Coordenação das Regionais - DCR

Rogério Nardeli Kohlrausch

Escola de Saúde Pública – ESP

Sandra Regina Martini Vial

Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde - FEPPS

Anibal Moacir da Silva

Fundo Estadual de Saúde - FES

Edison Campos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
IDENTIFICAÇÃO.....	7
ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS.....	7
REDE FÍSICA.....	10
PROFISSIONAIS DO SUS.....	12
REALIZAÇÕES 2009.....	13
6.1. VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	13
6.2. POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA.....	23
6.3. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	25
6.4. ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	27
6.5. POLÍTICA ESTADUAL DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTES.....	28
6.6. AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO (HPSP).....	29
6.7. AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON (HSP).....	30
6.8. AÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - HOSPITAL COLÔNIA ITAPUÃ.....	31
6.9. POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA.....	33
6.10. PROMOÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA - PIM.....	36
6.11. POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM.....	41
6.12. POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER.....	43
6.13. POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DO HOMEM.....	47
6.14. POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DO IDOSO.....	49
6.15. POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.....	50
6.16. POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE INDÍGENA.....	51
6.17. POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO A SAÚDE PRISIONAL.....	52
6.18. POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO.....	53
6.19. POLÍTICA ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.....	57
6.20. POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL.....	60
6.21. POLÍTICA ESTADUAL PARA DST/AIDS.....	62
6.22. POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL.....	65
6.23. POLÍTICA ESTADUAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.....	67
6.24. POLÍTICA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	70
6.25. POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE NAS FRONTEIRAS.....	71
6.26. PLANEJAMENTO.....	72
6.27. INVESTIMENTOS EM SAÚDE.....	76
6.28. REDES DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA.....	80
6.29. REGULACÃO EM SAÚDE.....	83
6.30. PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS.....	86
6.31. AUDITORIA DO SUS.....	88
6.32. OUVIDORIA DO SUS.....	90
6.33. GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	91
6.34. INFRA-ESTRUTURA DA SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL.....	92
6.35. EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	93
6.36. INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	94
ANÁLISE DOS INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE.....	96
7.1. INTRODUÇÃO.....	96
7.2. METODOLOGIA.....	97
7.3. ANÁLISE/ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS.....	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
ANEXO I – FINANCIAMENTO DO SUS – RELATÓRIO DE GESTÃO 2009.....	108
ANEXO II – FUNDAÇÃO ESTADUAL DE PRODUÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE – RELATÓRIO DE GESTÃO 2009.....	123
RELATÓRIO DE GESTÃO FEPPS.....	124
ÁREA APROXIMADA: 1.750,00 m2	134
ANEXO III – CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – RELATÓRIO DE GESTÃO 2009.....	142

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

FIGURAS

FIGURA 1: PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO RS	8
FIGURA 2: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA REDE FÍSICA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS POR TIPO DE GESTÃO	12
FIGURA 3: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA REDE FÍSICA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS POR ESFERA ADMINISTRATIVA	12
FIGURA 4: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO ÍNDICE DE CUMPRIMENTO DE META DOS INDICADORES, EM ORDEM DECRESCENTE	105
FIGURA 5: GRÁFICO COMPARATIVO DO GRAU DE ATINGIMENTO DE META ENTRE OS ANOS DE 2008 E 2009	105

QUADROS

QUADRO 1: INDICADORES PACTUADOS POR PRIORIDADES DO PACTO PELA SAÚDE 2009	100
QUADRO 2: FÓRMULA DE CÁLCULO DO ICM POR POLARIDADE DO INDICADOR	102
QUADRO 3: GRAUS DE CUMPRIMENTO DE META	102

TABELAS

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO RS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA	8
TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO RS POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO E RAÇA OU COR	8
TABELA 3: MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS (CID-10) E FAIXA ETÁRIA	9
TABELA 4: MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS (CID-10) E FAIXA ETÁRIA	10
TABELA 5: REDE FÍSICA DE SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS, POR TIPO DE ESTABELECIMENTO E TIPO DE GESTÃO	11
TABELA 6: REDE FÍSICA DE SAÚDE PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS, POR ESFERA ADMINISTRATIVA E TIPO DE GESTÃO	11
TABELA 7: PROFISSIONAIS DO SUS E RESPECTIVOS VÍNCULOS	13
TABELA 8: RESULTADOS ATINGIDOS, ÍNDICE DE CUMPRIMENTO DE META (ICM) E GRAU DE ATINGIMENTO DE META, POR INDICADOR PACTUADO, ANO 2009	103
TABELA 9: ÍNDICE DE CUMPRIMENTO DE META MÉDIO DOS INDICADORES DE CADA PRIORIDADE DO PACTO PELA SAÚDE, EM ORDEM DECRESCENTE, ANO 2009	104
TABELA 10: DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE INDICADORES POR GRAU DE CUMPRIMENTO DE META E PRIORIDADE DO PACTO PELA SAÚDE, ANO 2009	104

APRESENTAÇÃO

O Relatório de Gestão, além de compromisso legal, é um instrumento de acompanhamento e avaliação para reorientação das políticas de saúde, seus objetivos e metas, bem como das estratégias de ação propostas. Consiste em um instrumento da gestão do SUS, regulamentado pelo item IV, do art. 4º, da Lei 8.142/1990. Torna-se, assim, a principal ferramenta para subsidiar o processo de monitoramento e avaliação da gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, Estadual, no Distrito Federal e União.

Destacamos abaixo os atos normativos atuais, dispostas nas Portarias do Ministério da Saúde, que trazem orientações quanto ao fluxo, elaboração e usos do RAG e cujo texto integral estão dispostos nos Anexos 1 a 5:

- Portaria no 3.332, de 28 de dezembro de 2006 - aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do sistema de planejamento do SUS;
- Portaria nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008 - aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do relatório anual de gestão;
- Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007 - regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Estabelece o Termo de Ajuste Sanitário – TAS;
- Portaria nº 2.046, de 3 de setembro de 2009 - regulamenta o Termo de Ajuste Sanitário - TAS, instituído pela portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007;
- Portaria nº 2.751 de 11 de novembro de 2009 - dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde.

O Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (Demags), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Ministério da Saúde, após reuniões, encontros e oficinas com representantes de Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Fundo Nacional de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e outros departamentos das secretarias do Ministério da Saúde, vem desenvolvendo o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARG-SUS). A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) foi considerada uma das principais contribuintes no processo de idealização da ferramenta, uma vez que possui um sistema informatizado de Relatório de Gestão Municipal em uso no Estado.

O SARG-SUS é uma ferramenta eletrônica que tem como objetivo auxiliar Estados e Municípios no processo de construção do Relatório Anual de Gestão. Sua estrutura de conteúdo visa atender os atos normativos, em coerência com as prerrogativas definidas na Portaria GM nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, que regulamentou a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS).

Entretanto, a ferramenta, com produto final disponibilizado no início de Maio/2010, ainda está passando por um processo de avaliação aqui no RS. Por isso, optou-se por não utilizar o sistema eletrônico para geração do documento Relatório Anual de Gestão.

A SES-RS, apesar de não utilizar o sistema informatizado, optou por estruturar o Relatório Anual de Gestão 2009 de modo fiel ao modelo de conteúdo proposto pelo SARG-SUS, estendendo as análises e o conteúdo em algumas ocasiões. Ressalvamos que o modelo do SARG-SUS considera a análise da Programação Anual de Saúde (PAS). A SES-RS não teve PAS para o ano de 2009, mas dedicou um capítulo à apresentação e análise das realizações dentro de cada política.

O Capítulo 6 – Realizações 2009 – foi, então, estruturado a partir do conteúdo do Plano Estadual de Saúde (PES). As metas do PES 2009-2011 foram utilizadas como referência, fornecendo diretrizes para a prestação de contas das políticas da Secretaria de Estado da Saúde do RS (SES-RS).

Cientes dos limites e dificuldades, aponta-se para o desejo e o empenho técnico na elaboração deste relatório como meio de absorção da realidade de trabalho e de seus resultados, mas também como produto de análise que aponte para caminhos mais sólidos de gestão da saúde pública no estado do Rio Grande do Sul.

IDENTIFICAÇÃO

Dados Gerais

Secretaria Estadual de Saúde - RIO GRANDE DO SUL
CNPJ: 87.958.625/0001-49
Telefone: 32885800 - E-mail: secretaria@saude.rs.gov.br
90119-900 - RIO GRANDE DO SUL - RS
RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2009
Av. Borges de Medeiros, 1501, 6º Andar

Secretário Estadual de Saúde

Nome ARITA BERGMANN
Data da Posse 29/04/2010

Fundo Estadual de Saúde

Instrumento legal de criação do FES Resolução nº 6575, de 05/07/1973
CNPJ do FES 87.182.846/0001-78
O Gestor do Fundo é o Secretário da Saúde? Sim
Gestor do FES ARITA BERGMANN
Cargo do Gestor do FES Secretário de Saúde

Conselho Estadual de Saúde

Instrumento legal de criação do CES Lei nº 10097, de 31/01/1994
Nome do Presidente do CES CARLOS ALBERTO EBELING DUARTE
Segmento Usuário
Data da última eleição do CES 21/08/2008
Telefone 32885950
E-mail ces@saude.rs.gov.br

Conferência Estadual de Saúde

Data da última Conferência de Saúde 01/10/2007

Plano Estadual de Saúde

A Secretaria de Saúde tem Plano de Saúde aprovado pelo Conselho de Saúde? Sim
Período a que se refere o Plano de Saúde 2009 a 2011
Aprovação no Conselho de Saúde Resolução nº 13 Em 10/12/2009

Plano de Carreira, Cargos e Salários

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

Pacto pela Saúde

Aderiu ao pacto pela Saúde Sim
Data da Homologação do Termo de Compromisso de Gestão na reunião da Comissão Intergestores Tripartite 01/09/2007

Regionalização

O Estado tem PDR atualizado após as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde no ano de 2006? Não
Ano a que se refere o PDR vigente 2002
Quantas regiões de Saúde existem no estado? 19
Quantos CGR estão implantados nas Regiões de Saúde? 19

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Este capítulo apresenta alguns dados demográficos e de morbi-mortalidade relevantes para a formulação de políticas públicas no campo da saúde. As fontes dos dados são o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

A Tabela 1 apresenta como se distribui a população residente no RS, total e por diferenciação de sexo, dentro das faixas etárias especificadas.

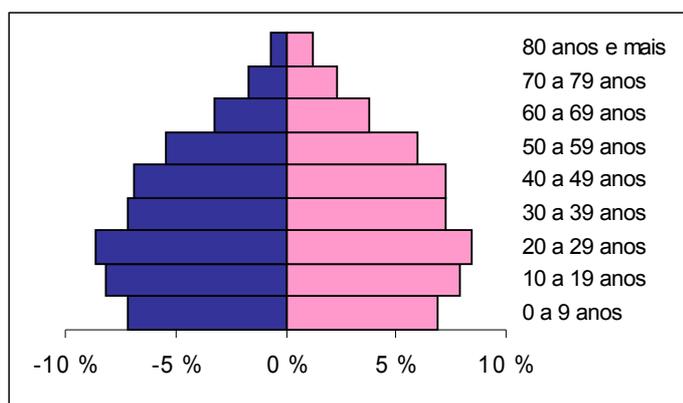
Tabela 1: Distribuição da população residente no RS por sexo e faixa etária

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total
0 a 4 anos	355.654	339.273	694.927
5 a 9 anos	427.636	408.343	835.979
10 a 14 anos	437.808	421.169	858.977
15 a 19 anos	452.244	436.459	888.703
20 a 29 anos	942.061	919.083	1.861.144
30 a 39 anos	778.373	791.331	1.569.704
40 a 49 anos	747.712	797.239	1.544.951
50 a 59 anos	593.768	649.059	1.242.827
60 a 69 anos	355.641	417.683	773.324
70 a 79 anos	182.491	257.730	440.221
80 anos e mais	71.477	131.808	203.285
Total	5.344.865	5.569.177	10.914.042

Fonte: IBGE, 2009

A Figura 1, abaixo, ilustra a distribuição populacional da Tabela 1.

Figura 1: Pirâmide etária da população residente no RS



Fonte: IBGE, 2009

A Tabela 2 apresenta a distribuição populacional por situação de domicílio e raça ou cor no Estado.

Tabela 2: Distribuição da população residente no RS por situação de domicílio e raça ou cor

População (2000)	Quantitativo	%
Rural	1.869.814	18,35
Urbana	8.317.984	81,65
Branca	8.817.734	86,55
Preta	527.140	5,17
Amarela	9.656	0,09
Parda	762.363	7,48
Indígena	38.715	0,38
Total	10.187.798	100,00

Fonte: Censo demográfico, 2000, IBGE

Os dados apresentados na Tabela 2 são oriundos do censo populacional do ano de 2000 por não termos estimativas mais atuais para situação de domicílio e raça/cor da população do Estado.

Tabela 3: Mortalidade por grupos de causas (CID-10) e faixa etária

Internações por Capítulo	Faixa Etária (em anos)
--------------------------	------------------------

CID-10	Menor de 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
001-031 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	41	26	16	13	19	266	584	615	492	383	337	373	2	3.167
032-052 Neoplasias (tumores)	5	24	43	38	62	137	357	1.274	2.902	3.924	4.149	2.863	1	15.779
053-054 Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	4	3	2	1	8	18	14	21	27	44	64	87	0	293
055-057 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	15	14	10	5	6	23	68	194	498	884	1.186	1.152	0	4.055
058-059 Transtornos mentais e comportamentais	0	0	1	0	3	20	72	157	169	123	89	126	2	762
060-063 Doenças do sistema nervoso	22	30	24	26	35	55	59	82	133	179	437	825	0	1.907
065 Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	1	0	6
066-072 Doenças do aparelho circulatório	12	9	7	12	16	77	276	1.128	2.466	4.086	6.178	7.947	7	22.221
073-077 Doenças do aparelho respiratório	66	25	15	10	22	61	118	328	698	1.326	2.396	3.101	18	8.184
078-082 Doenças do aparelho digestivo	6	5	2	6	4	41	158	429	656	658	703	763	5	3.436
083 Doenças da pele e tecido subcutâneo	0	1	0	1	0	1	5	9	14	21	30	45	0	127
084 Doenças sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	0	0	3	6	9	13	34	39	64	69	91	0	329
085-087 Doenças do aparelho geniturinário	3	1	2	1	4	10	31	47	122	223	346	522	0	1.312
088-093 Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	11	38	45	14	0	0	0	0	0	108
094-098 Algumas afecções originadas no período perinatal	1014	5	5	5	3	4	1	0	0	0	0	0	0	1.037
099-101 Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	418	52	17	15	12	26	13	15	14	16	10	6	0	614
102-104 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	47	15	2	8	16	59	106	258	449	565	611	1.004	18	3.158
105-114 Causas externas de morbidade e mortalidade	69	67	63	127	591	1.789	1.186	1.078	821	526	455	420	77	7.269
Total	1.723	277	209	271	818	2.635	3.106	5.683	9.501	13.023	17.062	19.326	130	73.764

Fonte: Relatório Oficial, 2008, Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAS/SES-RS

Tabela 4: Morbidade hospitalar por grupos de causas (CID-10) e faixa etária

Internações por Capítulo CID-10	Faixa Etária (em anos)													Total
	Menor de 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		
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	547	765	353	164	122	317	421	509	454	417	402	272	4.743	

II Neoplasias (tumores)	18	80	67	76	93	245	373	787	929	979	684	229	4.560
III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	17	23	13	21	18	15	25	44	51	44	78	68	417
IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	31	103	30	25	27	86	77	181	273	340	283	212	1.668
V Transtornos mentais e comportamentais	2	2	1	34	220	625	615	640	351	122	35	10	2.657
VI Doenças do sistema nervoso	57	99	58	55	37	74	123	190	234	168	161	107	1.363
VII Doenças do olho e anexos	5	8	8	4	9	22	31	27	48	64	39	16	281
VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	22	28	16	8	14	12	12	7	0	0	1	124
IX Doenças do aparelho circulatório	24	23	14	31	55	184	406	952	1.646	1.866	1.629	1000	7.830
X Doenças do aparelho respiratório	955	1.090	540	234	188	317	333	527	790	1.092	1.205	894	8.165
XI Doenças do aparelho digestivo	126	205	256	232	198	601	711	931	1.112	902	606	258	6.138
XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	20	50	62	30	37	95	93	96	120	88	54	25	770
XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2	16	27	42	55	156	163	227	207	198	132	46	1.271
XIV Doenças do aparelho geniturinário	43	96	126	95	248	508	544	601	546	528	420	211	3.966
XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	89	1.597	4.136	2.012	303	1	0	0	0	8.138
XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	936	5	1	0	6	4	5	2	0	0	3	0	962
XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	94	104	79	60	32	23	18	20	22	5	5	0	462
XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	14	10	8	18	30	66	70	52	75	82	59	25	509
XIX Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	33	161	242	208	330	847	614	573	501	346	313	245	4.413
XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	1	2	1	0	0	2	2	4	1	2	0	15
XXI Contatos com serviços de saúde	41	44	27	25	39	222	375	267	112	74	69	21	1.316
Total	2.969	2.907	1.942	1.460	3.349	8.557	7.023	6.943	7.483	7.316	6.179	3.640	59.768

Fonte: Cadernos de Informação, 2009, DATASUS/SIH

REDE FÍSICA

Informações referentes à gestão dos estabelecimentos de saúde no Estado, bem como à esfera administrativa (gerência) destes, cuja fonte é o SCNES.

Tabela 5: Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS, por tipo de estabelecimento e tipo de gestão

Tipo de Estabelecimento	Tipo de Gestão			Total
	Municipal	Estadual	Dupla	
Central de regulação de serviços de saúde	3	2	0	5
Centro de apoio à saúde da família	2	0	0	2
Centro de atenção hemoterapia e ou hematológica	2	2	0	4
Centro de atenção psicossocial	64	27	53	144
Centro de saúde/unidade básica	854	12	687	1553

Clinica especializada/ambulatório de especialidade	165	112	69	346
Consultório isolado	300	29	43	372
Farmácia	4	12	2	18
Hospital especializado	12	2	1	15
Hospital geral	38	50	220	308
Hospital/dia - isolado	2	0	0	2
Laboratório central de saúde pública - LACEN	0	2	1	3
Policlínica	33	7	63	103
Posto de saúde	938	3	2	943
Pronto socorro especializado	1	2	4	7
Pronto socorro geral	12	0	12	24
Secretaria de saúde	26	3	46	75
Unidade de apoio diagnose e terapia (sadt isolado)	265	365	228	858
Unidade de atenção a saúde indígena	1	0	0	1
Unidade de vigilância em saúde	82	0	1	83
Unidade mista	0	1	19	20
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - urgência/emergência	13	2	2	17
Unidade móvel fluvial	1	0	0	1
Unidade móvel terrestre	65	1	6	72
Total	2.883	634	1.459	4.976

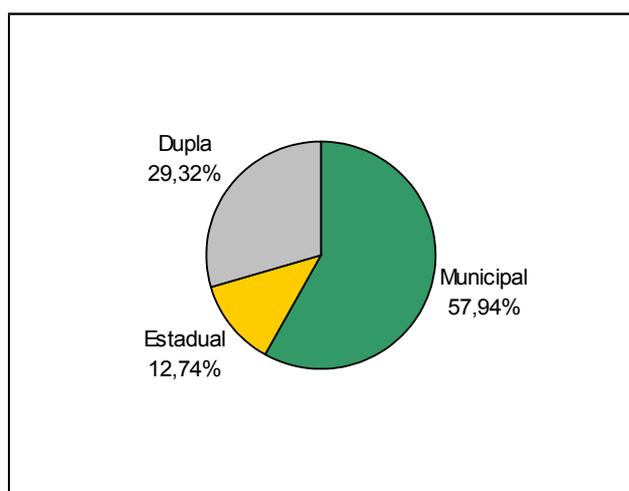
Fonte: CNES, dezembro de 2009 (dado extraído em 19/01/2010)

Tabela 6: Rede física de saúde prestadora de serviços ao SUS, por esfera administrativa e tipo de gestão

Esfera Administrativa (Gerência)	Tipo de Gestão			Total
	Municipal	Estadual	Dupla	
Privada	696	532	500	1728
Federal	19	0	3	22
Estadual	13	37	16	66
Municipal	2155	65	940	3160
Total	2883	634	1459	4976

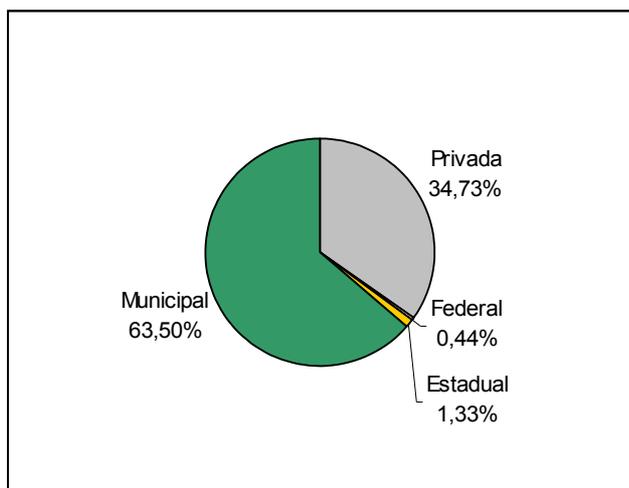
Fonte: CNES, dezembro de 2009 (dado extraído em 19/01/2010)

Figura 2: Representação gráfica da rede física prestadora de serviços ao SUS por tipo de gestão



Fonte: CNES, dezembro de 2009 (dado extraído em 19/01/2010)

Figura 3: Representação gráfica da rede física prestadora de serviços ao SUS por esfera administrativa



Fonte: CNES, dezembro de 2009 (dado extraído em 19/01/2010)

PROFISSIONAIS DO SUS

Informações sobre profissionais que prestam serviços na rede de saúde, pública ou privada, prestadora de serviços ao SUS, cadastrados no SCNES, e respectivos vínculos.

Tabela 7: Profissionais do SUS e respectivos vínculos

Profissionais do SUS	Quantitativo
Vínculo empregatício	75.855
Sem tipo	28.745
Estatutário	13.358
Emprego público	11.539
Contrato por prazo determinado	6.868
Cargo comissionado	258
Celetista	15.087
Autônomo	11.567
Sem tipo	7.327
Intermediado por organização social(os)	54
Intermediado org da sociedade civil de interesse publ(OSCIP)	151
Intermediado por organização não-governamental (ONG)	15

Intermediado p entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos	1.490
Intermediado por empresa privada	739
Consultoria	5
Sem intermediação (RPA)	1.730
Intermediado por cooperativa	56
Cooperativa	1.379
Outros	1.788
Bolsa	334
Contrato verbal/informal	1.290
Proprietário	164
Residência	42
Estágio	16

Fonte: CNES, dezembro de 2009 (dado extraído em 19/01/2010)

REALIZAÇÕES 2009

Este capítulo apresenta as principais realizações de cada uma das políticas da SES-RS, com análises e comentários. Além disso, apresenta e comenta o resultado atingido em 2009 e a série histórica de indicadores monitorados propostos pelo Pacto pela Saúde que se relacionam com as correspondentes políticas.

A análise global dos resultados atingidos nos indicadores do Pacto pela Saúde está apresentada no Capítulo 7.

6.1. Vigilância em Saúde

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) elaborou, além deste abaixo, uma extensão do conteúdo para o Relatório Anual de Gestão 2009, apresentada no Anexo III desse documento.

- Objetivos (PES):**
- 1 - Atuar nos riscos e vulnerabilidades Estaduais e Regionais definidos na análise situacional que compõe este documento.
 - 2 - Atender os compromissos assumidos pelo Estado do Rio Grande do Sul junto à esfera Federal, como a Programação de Ações de Vigilância em Saúde – PAVS e o Termo de Compromisso de Gestão, estabelecido a partir do Pacto pela Saúde, entre outros.
 - 3 - Atender as prioridades Estaduais em sua área de atuação.

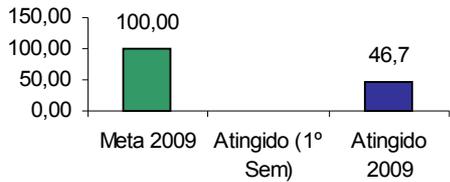
Meta PES (2009-2011)

Realizações 2009

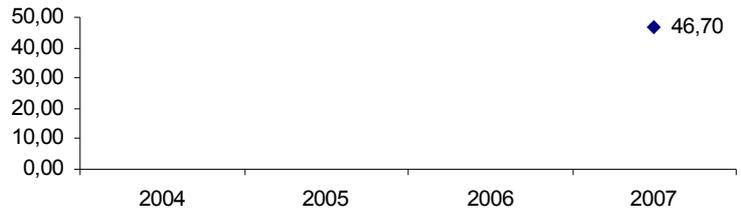
Constituir a Ouvidoria em VS e realizar ações de capacitação, ampliação das linhas do Disque Vigilância em Saúde (Disque 150), e realizar a reforma da sala.	Reforma da área física realizada, assim como a ampliação do número de linhas do DISQUE VIGILÂNCIA. Equipe de estagiários, estudantes de nível superior capacitada. Previsão de ampliação e consolidação de equipe técnica estável na área.
Realizar 12 oficinas de Integração técnica das Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.	Foram realizadas várias discussões e ações, inclusive de campo (investigações de surtos, coordenação de epidemia, gerenciamento de eventos adversos ambientais), integrando as diferentes áreas técnicas do CEVS. Oficinas para sistematizar essa integração, entretanto, deverão ocorrer em 2010/2011.
Propor novo organograma para CEVS.	Iniciada discussão em 2009 (simultaneamente à organização do CIEVS). Execução prevista para 2010.
Estruturar o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) e Unidade de Resposta Rápida (URR).	Realizada implantação do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), após reforma de área física e recebimento de equipamentos do Ministério da Saúde. Ainda em fase de estruturação e URR não implantada, dependendo de ampliação da equipe.
Implantar o Sistema de Vigilância de Óbitos (SVO).	Reforma de área física concluída junto ao Instituto Médico Legal, a partir de Termo de Cooperação Técnica com aquele órgão. Aquisição de mobiliário e equipamentos, assim como contratação de equipe, prevista para 2010.
Construir a Central de Ultra Baixo Volume (UBV).	Execução prevista para 2010/2011. Processo de doação do terreno e projeto da obra concluídos.
Manter e melhorar a rede de frio nas Coordenadorias Regionais da Saúde.	Adquiridas geladeiras para Programa de Imunizações das Coordenadorias Regionais.
Realizar de forma complementar e suplementar as ações pactuadas de Vigilância em Saúde pela execução direta de ações de VAS, VE, VISA e VST.	Ações complementares/suplementares junto aos municípios são realizadas permanentemente pelas diferentes áreas da Vigilância em Saúde, tanto do nível central como regional. Salientam-se, entre outras: ações de média e alta complexidade de Vigilância Sanitária (ainda não assumidas pela maioria dos municípios); ações de vigilância entomológica (especialmente tratamento químico do <i>Aedes aegypti</i>); ações de investigação e controle de surtos/epidemias.
Executar o Projeto Pequenos Vigilantes.	Durante 2009 foi concluída a elaboração do Projeto com previsão de execução a partir de 2010.
Produzir material científico (cadernos do CEVS, publicações em revistas científicas).	Concluídos 04 Boletins Epidemiológicos (anuais) e Manual de Simulídeos.
Produzir material de divulgação de Vigilância em Saúde (material institucional sobre os temas da Vigilância em Saúde).	Concluídos 01 Caderno de divulgação das ações da Vigilância em Saúde/CEVS.
Elaborar material de promoção à saúde (por gênero, ciclo de vida) (cartilhas, folders, cartazes, joguinhos infantis, etc, que visam divulgar informações sobre os programas de Vigilância em Saúde).	Material de divulgação de Febre Amarela, Dengue, Vacinação, Influenza H1N1.
Adquirir veículos e equipamentos de VS para os 19 Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde (NUREVS).	Adquiridas 19 camionetes 4x4 diesel (uma para cada CRS) e 3 camionetes Van para as 14 ^a , 6 ^a e 4 ^a CRS.

Indicadores Pactuados

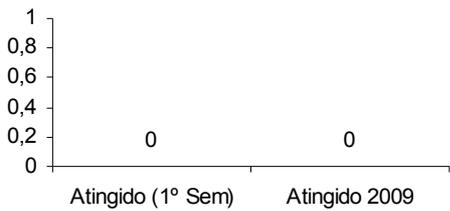
2. Percentual de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), cadastradas, inspecionadas



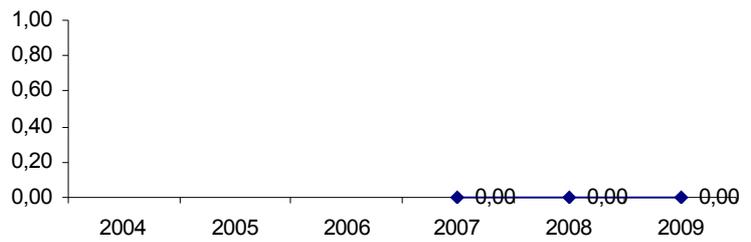
2. Percentual de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), cadastradas, inspecionadas



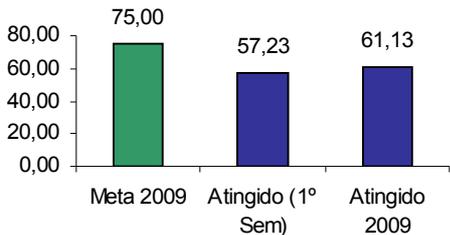
14. Taxa de letalidade por Febre Hemorrágica Dengue



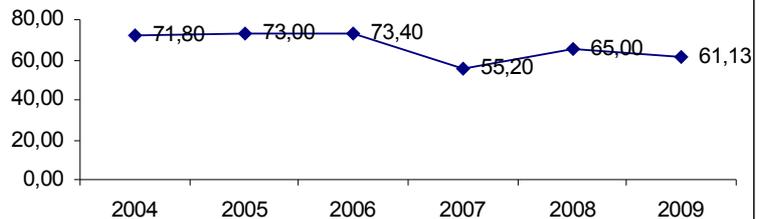
14. Taxa de letalidade por Febre Hemorrágica Dengue



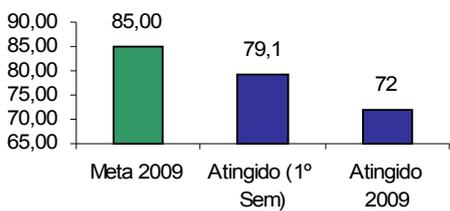
15. Proporção de cura de casos novos de tuberculose bacilífera



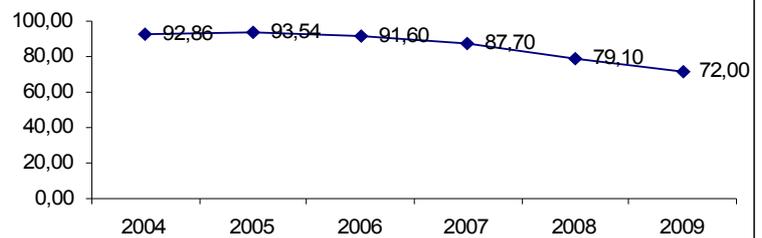
15. Proporção de cura de casos novos de tuberculose bacilífera



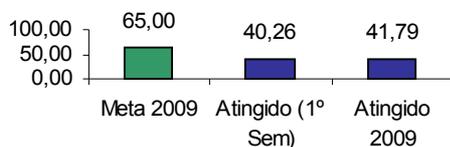
17. Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes



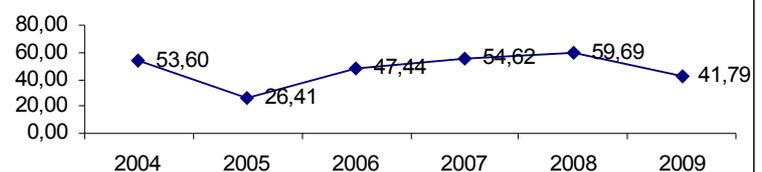
17. Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes



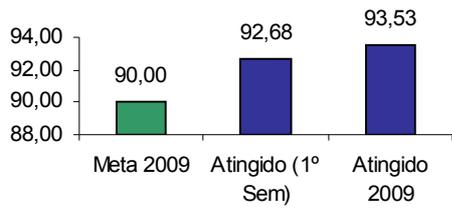
18. Proporção de amostras clínicas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado



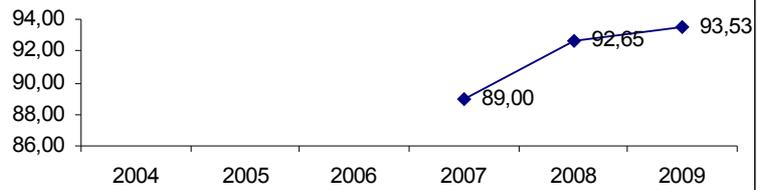
18. Proporção de amostras clínicas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado



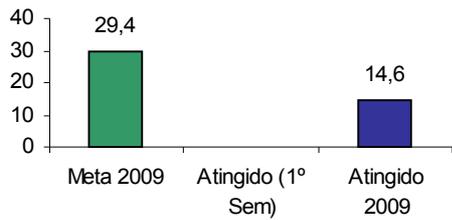
19. Proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia



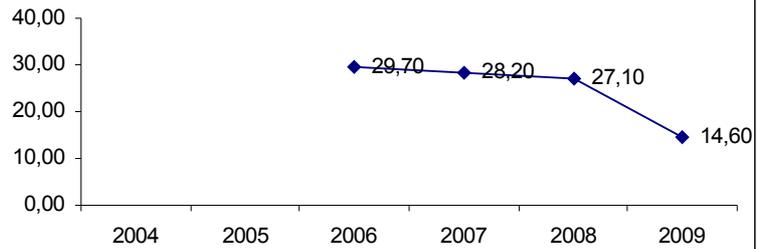
19. Proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia



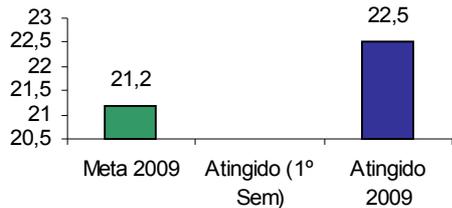
21a. Prevalência de sedentarismo em adultos



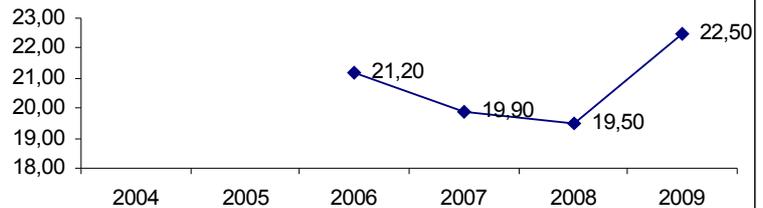
21a. Prevalência de sedentarismo em adultos



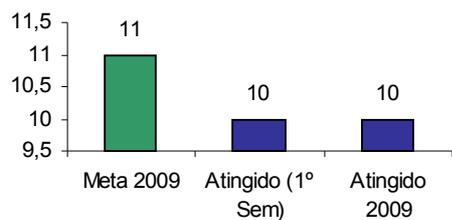
22. Prevalência de tabagismo



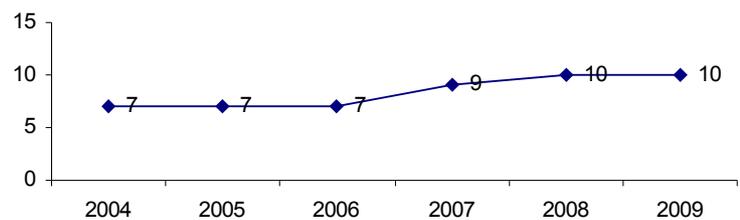
22. Prevalência de tabagismo



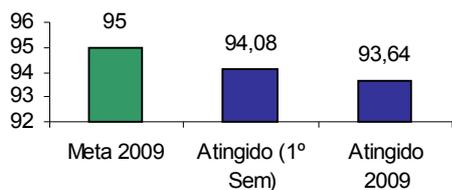
36. Número de CEREST implantados



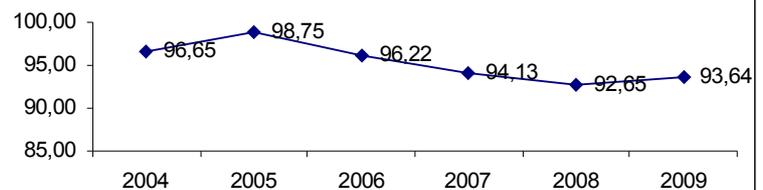
36. Número de CEREST implantados



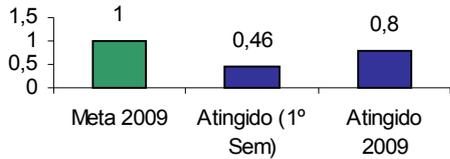
44. Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade



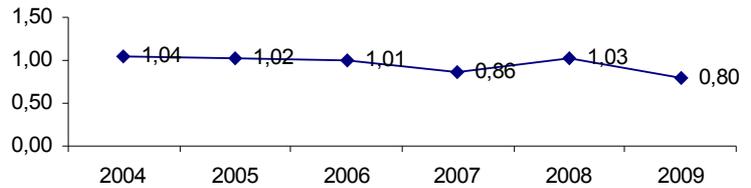
44. Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade



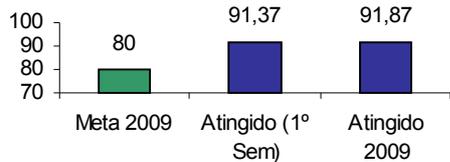
46. Taxa de notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda – PFA em menores de 15 anos



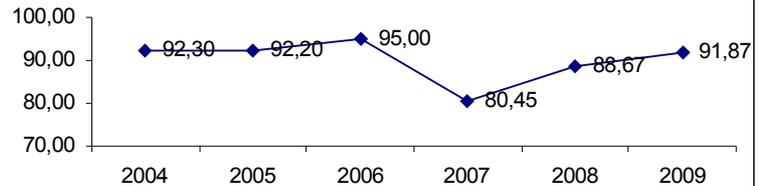
46. Taxa de notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda – PFA em menores de 15 anos



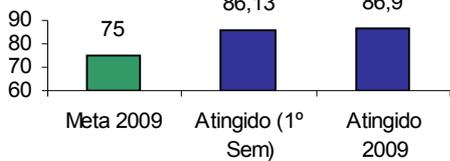
47. Proporção de doenças exantemáticas investigadas adequadamente



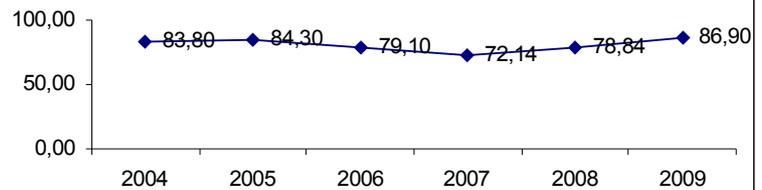
47. Proporção de doenças exantemáticas investigadas adequadamente



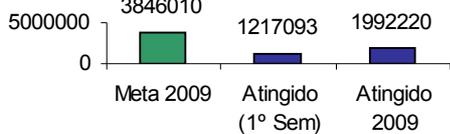
48. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente



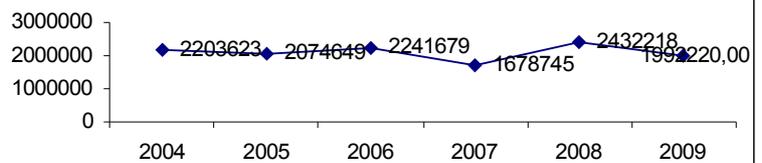
48. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente



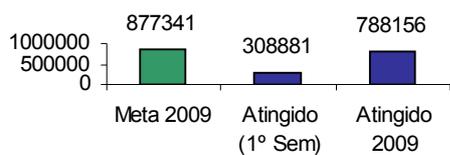
RS 4. Número de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de Aedes aegypti em municípios infestados



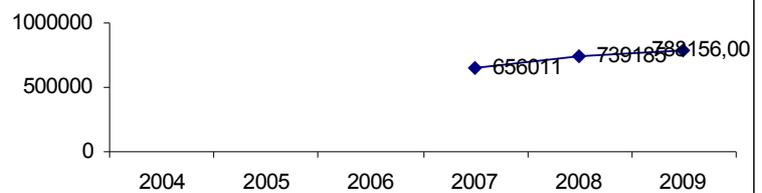
RS 4. Número de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de Aedes aegypti em municípios infestados

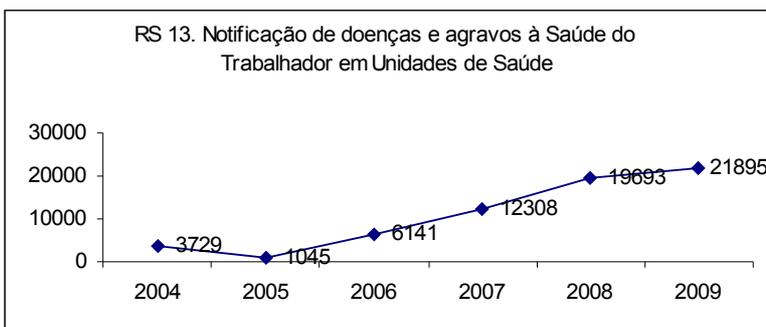
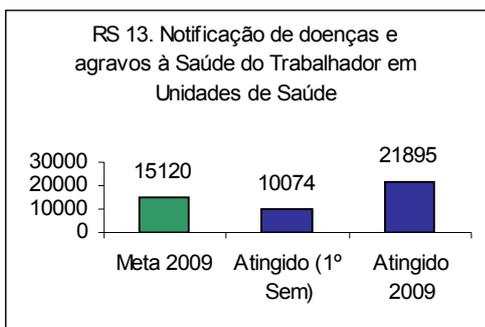
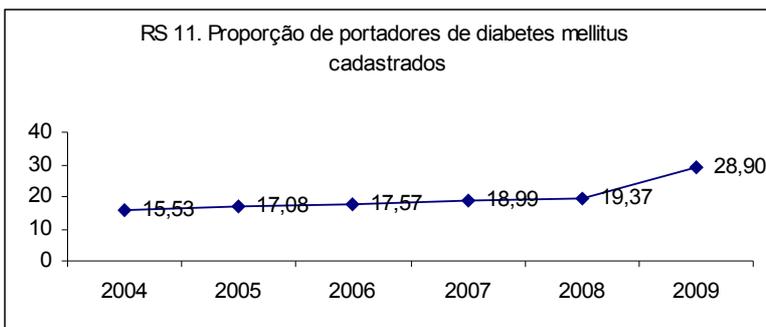
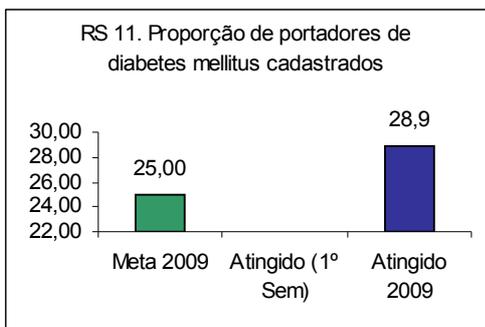
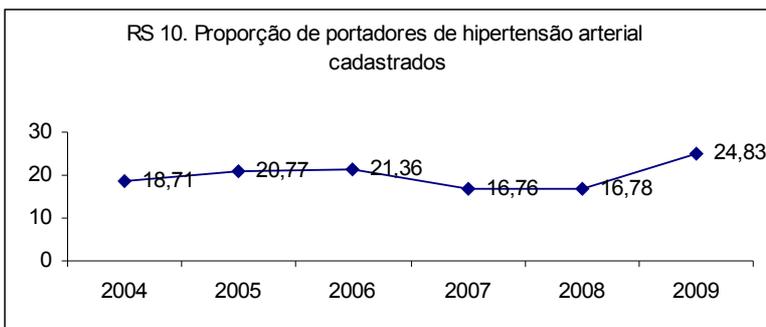
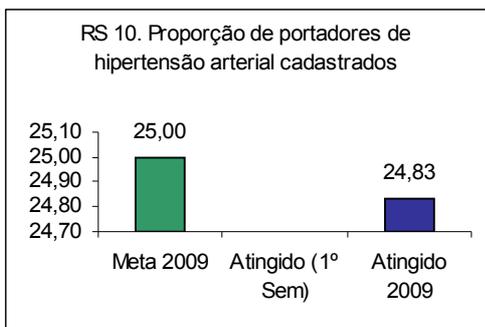
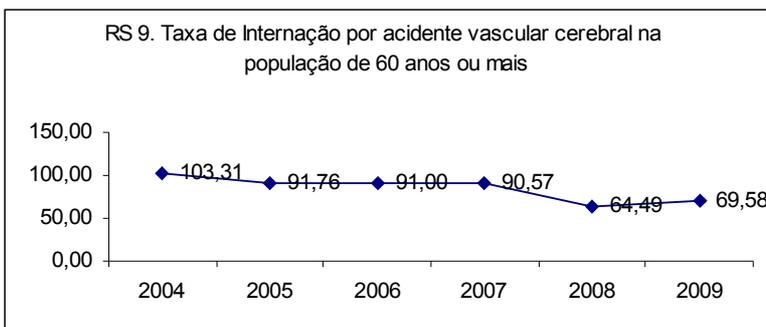
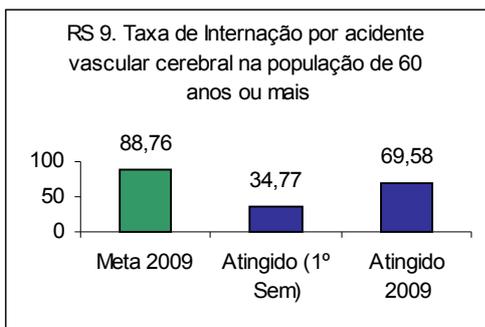
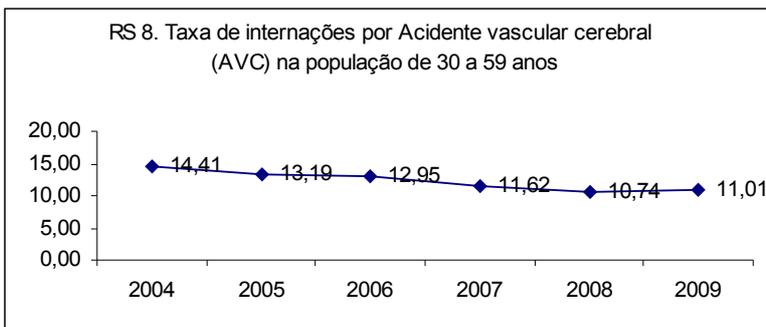
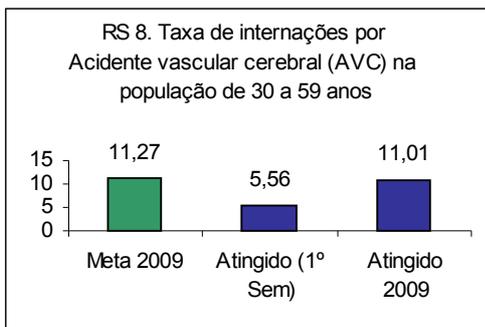


RS 5. Nº de visitas em Armadilhas e Pontos Estratégicos realizadas em municípios não infestados pelo Aedes aegypti



RS 5. Nº de visitas em Armadilhas e Pontos Estratégicos realizadas em municípios não infestados pelo Aedes aegypti





Análises e Comentários

Os resultados e análises da execução da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) 2009 estão apresentadas no Anexo III deste documento.

Indicador 15

A busca das razões para a dificuldade histórica em aumentar o percentual de cura da tuberculose no Rio Grande do Sul aponta uma série de fatores, citados a seguir:

i) a tendência persistente à centralização das ações do Programa de Controle da TB na grande maioria dos municípios, acentuada pela baixa cobertura de ESF no Estado. Além disso, nos locais em que se consegue descentralizar as ações do programa, os profissionais capacitados da AB/ESF não assumem de fato o seu papel no controle da TB, devido aos fracos vínculos de trabalho (rotatividade dos técnicos).

ii) a baixa cobertura de Tratamento Supervisionado (TS). Por mais que se tente expandir a supervisão da tomada dos tuberculostáticos, não se tem conseguido mais do que 15% de TS registrado no SINAN. Além disso, há dificuldade em se ter garantias de que a supervisão está sendo realizada com qualidade e por profissional da saúde.

iii) a alta taxa de co-infecção TB/HIV no RS (aproximadamente 20%, enquanto que no resto do país fica em torno de 10%). Registre-se ainda que, no município de Porto Alegre (que atende entre 25 e 30% dos casos de TB do Estado), esta taxa de co-infecção é maior do que 30%. Estudos de literatura (alguns, inclusive, realizados pelo grupo técnico do Sanatório Partenon), mostram que as taxas de cura são significativamente menores em pacientes HIV positivos, seja pela gravidade da doença, que pode levar ao óbito, seja pelas menores taxas de adesão e conseqüente aumento do abandono. Esse fato se confirma quando se constata que a taxa de cura aumenta significativamente quando calculada somente para o grupo dos pacientes HIV negativos.

iv) o avanço do uso de álcool e outras drogas ilícitas, levando a uma taxa maior de abandono de tratamento.

Indicador 17

Os municípios vêm relatando dificuldades na alimentação do SINAN. Portanto, de início é colocado que a taxa real de cura de casos novos de hanseníase pode ser maior do que a registrada naquele sistema.

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase/SVS/MS esteve assessorando o Rio Grande do Sul no mês de abril de 2010 e constatou que, realmente, o SINAN apresenta problemas para a atualização dos dados. Confirma-se, assim, que a taxa de cura da hanseníase deve ser superior ao encontrado na presente avaliação.

Por outro lado, é necessário considerar a dificuldade de se trabalhar uma doença em eliminação no Estado. Esse fato, apesar de constituir uma vitória da Saúde Pública, induz à desmobilização da vigilância, levando ao desconhecimento do diagnóstico, especialmente por parte de médicos mais jovens.

O Programa Estadual tem buscado maior integração à Atenção Básica e desencadeado capacitações para profissionais de saúde.

Indicador 18

Quando se analisa o indicador por unidade sentinela, verifica-se que o desempenho não é homogêneo (Caxias do Sul – 72,69%, Porto Alegre – 12,31 e Uruguaiana – 40,38).

Em 2009, o RS sofreu duramente o impacto do surgimento do novo vírus pandêmico A H1N1 e os esforços foram direcionados para o atendimento da epidemia, desorganizando, em parte, o fluxo das unidades sentinela.

Em 2010, desencadeou-se, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, processo de avaliação e supervisão das unidades sentinelas, especialmente as de Porto Alegre (Grupo Hospitalar Conceição) e Uruguaiana, buscando identificar e solucionar possíveis problemas.

Também está sendo avaliada a inclusão de uma ou mais unidades sentinelas, visando qualificar e ampliar a cobertura da vigilância viral.

Indicador 21a

Este indicador tem limitações na forma de acompanhamento uma vez que o mesmo é feito pelo VIGITEL (inquérito telefônico realizado pelo Ministério da Saúde nas Capitais) e, portanto, reflete apenas a situação do município de Porto Alegre.

Deve-se reconhecer ainda que a Capital, assim como outros municípios de grande porte, apresenta atualmente grande demanda de ações de vigilância da violência, problema de grande magnitude e impacto nas comunidades.

A implementação do programa de enfrentamento da violência, portanto, tem sido priorizada nos projetos da área de Promoção da Saúde.

Deve-se considerar também a dificuldade de gerar impacto, em curto prazo, em situações que envolvem mudanças de comportamento, como no caso da diminuição do sedentarismo, em que muitos outros fatores (econômicos e culturais, por exemplo) estão envolvidos.

Indicador 22

Este indicador, assim como o de sedentarismo, tem limitações na forma de acompanhamento, uma vez que o mesmo é feito pelo VIGITEL (inquérito telefônico realizado pelo Ministério da Saúde nas Capitais) e, portanto, reflete particularmente a situação do município de Porto Alegre.

O Programa do Tabagismo é desafiador, como outros que requerem mudanças de comportamento e envolvem fatores econômicos e socioculturais, necessitando ações de diferentes setores da sociedade para alcançar impacto, sempre difícil de ser observado em curto prazo.

A Capital enfrentou dificuldades na consolidação, no âmbito da Atenção Básica, da assistência ao fumante. Por outro lado, a regulamentação e a implementação da legislação anti-tabaco também ainda não está completa.

Indicador 36

Em 2009, os 10 CERESTs a seguir listados, encontravam-se implantados e habilitados pelo Ministério da Saúde e outras instâncias do SUS (CMS, CES, CIB).

Cerest Estadual do Rio Grande do Sul/CEVS

Cerest Regional de Porto Alegre;

Cerest Vales (Santa Cruz do Sul);

Cerest Macrorregião Missioneira (Ijuí);

Cerest Macronorte (Palmeira das Missões);

Cerest Macrossul (Pelotas)

Cerest Região Centro (Santa Maria);

Cerest Alto Uruguai (Erechim);

Cerest Serra (Caxias do Sul);

Cerest Nordeste (Passo Fundo).

Dentre os 10 CERESTs implantados, o de Erechim apresentou dificuldades para funcionamento, com solução encaminhada em 2010, a partir de um processo de transferência de gestão estadual para municipal.

Um décimo primeiro centro, com obra concluída em Alegrete, não conseguiu entrar em funcionamento por dificuldades de negociação para ampliação da rede de CERESTs no Estado do RS, no âmbito do Conselho Estadual de Saúde.

Indicador 44

Considera-se que, além da queda persistente da natalidade, que repercute especialmente nos pequenos municípios, em suas coberturas vacinais, outros fatores influenciam no não alcance da meta entre os quais: problemas operacionais nas equipes sob gestão municipal (insuficiência e rotatividade de equipes), baixa cobertura de PSF no Estado, dificuldades no desenvolvimento de estratégias de busca de faltosos, erros de registro. Além disso, o SI-API não permite avaliar as doses aplicadas por município de residência, uma vez que não capta a mobilidade da população.

Ressalta-se que 215 dos 496 municípios do RS, atingiram mais de 100% de cobertura. Este fato pode estar demonstrando o "redesenho de território", ou seja, o cidadão busca o imunobiológico no local que lhe for mais conveniente (o qual muitas vezes não coincide com o seu município de residência).

Indicador 46

O ano de 2009 foi marcado pela ocorrência de várias emergências epidemiológicas (reemergência da Febre Amarela, pandemia de Influenza A H1N1) que, de uma forma ou outra, interferem no trabalho das CRS e municípios.

Manter a mobilização e sensibilidade do Sistema de Vigilância (em especial de profissionais da assistência) para a notificação de casos relacionados a uma doença erradicada é constante um desafio.

Nesse sentido, é importante ressaltar a realização do Seminário de Atualização em Vigilância de PFAs no segundo semestre de 2009, voltado para os técnicos de vigilância das regionais, municípios e fontes notificadoras, com o objetivo de atualizar os conhecimentos sobre a doença, sensibilizar os profissionais de saúde para a notificação dos casos e resgatar a mobilização das fontes notificadoras. Outro trabalho importante foi a grande mobilização junto aos laboratórios para contenção do poliovírus.

Indicador RS 4

Nos municípios infestados as atividades preconizadas pelo MS para avaliar e controlar a situação vetorial em períodos epidêmicos e não epidêmicos são:

- atualização do cadastro de imóveis, por intermédio do reconhecimento geográfico, e o cadastro de pontos estratégicos (PE);
- pesquisa larvária amostral, bimestral ou quatro levantamentos rápidos de índices entomológicos(LIRAA) ao ano;
- visita domiciliar bimestral em 100% dos imóveis;
- pesquisa larvária nos pontos estratégicos, em ciclos quinzenais, com tratamento focal e/ou residual, com periodicidade mensal para o tratamento residual;
- atividades de educação e comunicação, com vistas à prevenção e controle da dengue pela população;
- realização do bloqueio da transmissão, quando necessário.

Para a realização desse grande número de atividades, as diretrizes nacionais preconizam como ideal a disponibilidade de 1 (um) agente para cada 800 a 1.000 imóveis, correspondendo a um rendimento de 20 a 25 imóveis/dia.

Essa dimensão de equipe necessária consiste no maior problema da vigilância da dengue, especialmente nos municípios de maior porte.

Assim, em praticamente todos os grandes municípios (em especial os da região metropolitana) o número de agentes de campo é menor do que o recomendado pelo MS, dificultando o cumprimento das ações programadas e, conseqüentemente, impactando na meta do estado.

Indicador RS 5

São considerados municípios não infestados, de acordo com os resultados do levantamento de índice bimestral ou do monitoramento por intermédio de armadilha, conforme normas técnicas do MS:

- aqueles em que não foi detectada a presença disseminada do vetor nos domicílios ou
- os anteriormente infestados que permanecerem 12 meses consecutivos sem a presença do vetor.

Nos municípios não infestados as atividades que são preconizadas pelo MS para avaliar a situação vetorial são:

- pesquisa larvária em pontos estratégicos (PE), em ciclos quinzenais, com tratamento focal e/ou residual, quando indicado tecnicamente;
- atividades de educação e comunicação, com vistas à prevenção e controle da dengue pela população;
- pesquisa entomológica, preferencialmente com ovitrampas ou larvitrapas, em ciclos semanais.

A distribuição de armadilhas deve atender à proporção mínima de uma armadilha para cada nove quarteirões, uma para cada 225 imóveis ou, ainda, a instalação de armadilhas com 300 metros de distância entre uma e outra.

Nas localidades não infestadas, quando for detectada a presença do vetor, deverá ser realizada a “delimitação de foco”, ou seja, a partir do foco encontrado, serão realizados a pesquisa larvária e o tratamento focal em 100% dos imóveis incluídos em um raio de 300m. A detecção de focos ocorre durante as atividades de vigilância entomológica em PE, armadilhas ou na pesquisa vetorial especial (atendimento a denúncia da população sobre a presença de focos e/ou vetores adultos).

Para a realização destas atividades, as diretrizes nacionais preconizam como ideal a disponibilidade de 1 (um) agente para cada 6.750 imóveis, (correspondendo a um rendimento diário de 30 armadilhas/dia). Esta tem sido a maior dificuldade para a execução do Programa de Dengue. Uma vez que os municípios, de maneira geral, não conseguem manter de forma permanente equipes com quantitativo adequado.

Além disso, os agentes de campo tendem a ser envolvidos em outras atividades, prejudicando a plena realização das ações de vigilância do *Aedes aegypti*.

Indicador RS 10 e RS 11

A análise da série histórica (2005-2009) da proporção de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) cadastrados no SisHiperDia evidencia um aumento progressivo no percentual de cadastrados, com meta praticamente alcançada em 2009 (25%).

Também em relação ao Percentual de Portadores de Diabete Melittus (DM) cadastrados no SisHiperDia, observa-se aumento progressivo deste percentual e o pleno alcance da meta pactuada (25%) desde 2008.

Considerando que várias CRS não têm atingido o percentual pactuado, entende-se como adequado:

- i) manter a meta de 25% para 2010;
- ii) reunir as CRS que não atingiram a meta (já foi realizada uma reunião em 25 de março);
- iii) aumentar progressivamente o percentual pactuado em 10% ao ano a partir de 2011.

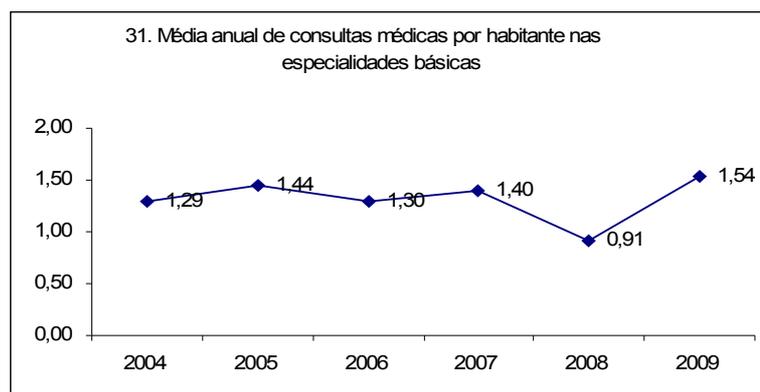
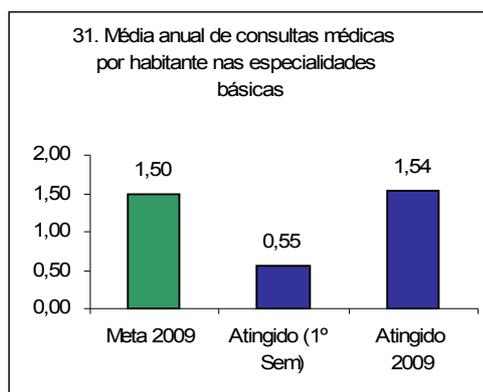
6.2. Política de Atenção Básica

Objetivos (PES): 1 - Reestruturar e implementar a Política Estadual da Atenção Básica- AB.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Realizar oficina com 60 técnicos da SES para discussão da Política Estadual de Atenção Básica, a partir das diretrizes nacionais, no primeiro semestre de 2009.	Foram realizadas 2 oficinas sobre a Política Estadual de Atenção Básica, com a assessoria do CONASS e a participação de técnicos do nível central e das regionais da SES/RS. Uma nos dias 16 a 18/03/2009, no Hotel Continental -POA - RS, outra nos dias 26 a 27/08/2009, no CAFF-POA-RS. Como resultado houve a participação e sensibilização das regionais, para a relevância da construção de uma Política Estadual de Atenção Básica e reestruturação da AB no estado segundo a Portaria 648/2006.
Criar grupo técnico para reestruturação da Política Estadual de Atenção Básica (PEAB).	Foi constituído o Grupo de Trabalho com técnicos de todo o DAS para a discussão e reestruturação da PEAB.
Realizar 01 oficina em cada macrorregional da saúde, para discussão da Política Estadual da Atenção Básica – PEAB.	Foram realizadas 15 oficinas para a discussão da PEAB (12 com a coordenação do nível central), a maioria por regional, contemplando todas as macrorregionais, totalizando 1.116 participantes com a presença de 374 municípios e 237 gestores. Como resultado houve a participação e sensibilização das equipes e dos gestores municipais para a relevância da construção de uma Política Estadual de Atenção Básica e reestruturação da AB no estado segundo a Portaria 648/2006.
Elaborar documento contendo a Política Estadual de Atenção Básica reformulada até dezembro de 2009.	A Política Estadual de Atenção Básica – PEAB, Versão Preliminar foi aprovada na CIB em 08/12/2009 (Resolução Nº 326/09 – CIB /RS).

Monitorar e avaliar o processo de pactuação dos indicadores de saúde da Atenção Básica no Estado, em nível estadual, regional e municipal.	Foi realizado o monitoramento do processo de pactuação dos indicadores de saúde da Atenção Básica no Estado, em nível Estadual, Regional e Municipal.
Monitorar e avaliar permanentemente os indicadores de saúde da Atenção Básica, em nível estadual, regional e municipal.	Estão sendo realizados monitoramentos trimestrais dos indicadores de saúde da AB, em todos os níveis, através dos Relatórios de Gestão.
Outras realizações.	Realizada Oficina de Avaliação do Ano de 2009 e Planejamento das Ações do DAS para o Ano de 2010, de 16-17/12. Pela primeira vez definida a inserção de recurso específico para a Atenção Básica compondo o Orçamento Estadual.

Indicadores Pactuados



Análises e Comentários

Pela primeira vez, nos últimos cinco anos, o Estado do Rio Grande do Sul alcançou a meta para o indicador "média anual de consultas médicas nas especialidades básicas". Este resultado expressa o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde através da Atenção Básica. O alcance desta meta provavelmente se deve a um melhor registro nos sistemas de informação relativos à Atenção Básica, pois o aprimoramento e qualificação do registro e da informação vêm sendo trabalhado nos últimos anos.

Onze regionais (2ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 11ª, 12ª, 13ª, 14ª, 15ª e 18ª Coordenadoria Regional de Saúde) estiveram acima da média estadual (1,50) contribuindo para o alcance da meta neste indicador. Entendemos que as oito CRS's que ficaram abaixo da média estadual (1ª, 3ª, 4ª, 9ª, 10ª, 16ª, 17ª e 19ª) necessitam trabalhar na reorientação do modelo, visando uma maior oferta de consultas médicas nas especialidades básicas.

6.3. Estratégia Saúde da Família

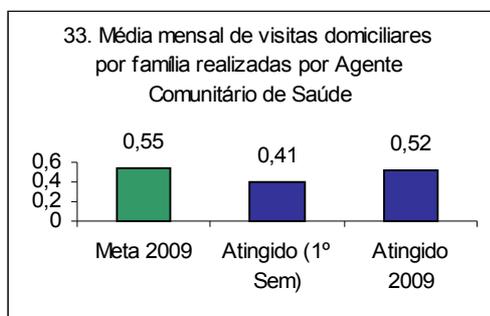
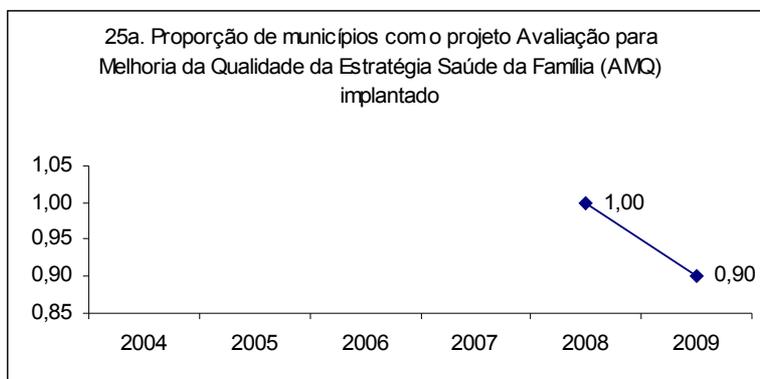
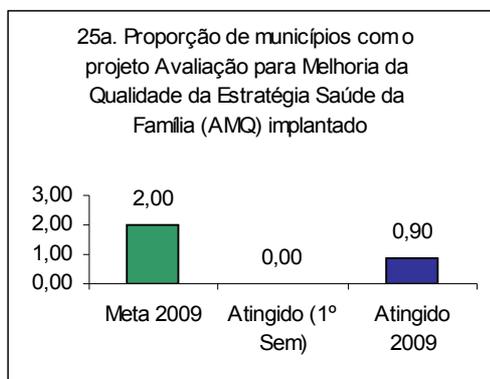
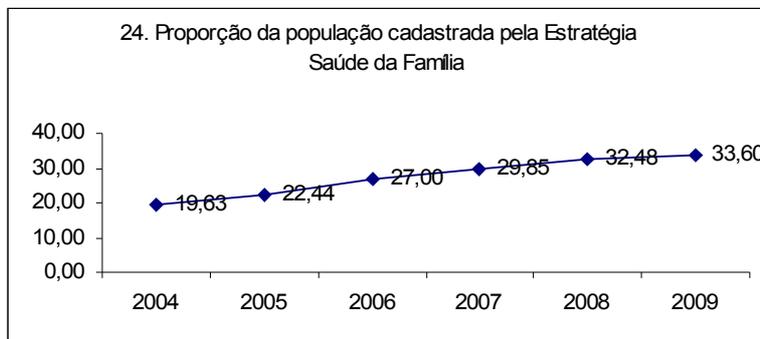
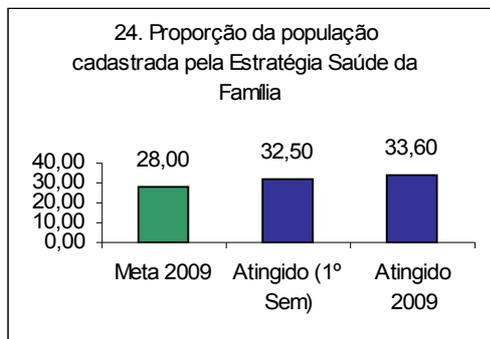
- Objetivos (PES):** 1 - Estimular a expansão da Saúde da Família como estratégia prioritária na organização da Atenção Básica
2 - Qualificar as Equipes da ESF no Estado do Rio Grande do Sul.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Implantar a Estratégia de Saúde da Família em todos os municípios do Estado.	Foram realizadas sensibilizações pelas CRS aos gestores cujos municípios (85) não possuíam ESF. Desses, 43 municípios tiveram equipes de ESF habilitadas.
Ampliar de 38% para 73% a cobertura populacional até 2011, atingindo 2.250 equipes habilitadas no Estado.	Chegamos ao final de 2009 com 1354 equipes habilitadas o que corresponde a 43 % de cobertura populacional da ESF. Em relação ao ano anterior houve um percentual de aumento de 3,2%.
Capacitar 1.050 profissionais no Curso Introdutório Módulo I até 2011.	Foram realizados 8 Cursos Introdutório Módulo I, totalizando 463 profissionais capacitados.
Capacitar 300 profissionais no Curso Introdutório Módulo II até 2011.	Devido a rotatividade, há sempre um grande número de profissionais das equipes de ESF que não realizaram o Curso Introdutório Módulo I, por isso foi priorizada a realização do primeiro módulo do curso introdutório, inviabilizando a realização do Curso Introdutório Módulo II.
Realizar supervisão sistemática das CRS aos municípios, através de visitas bimestrais, para acompanhamento da execução da Estratégia Saúde da Família.	Foram realizadas em média 15 visitas de supervisão aos municípios por CRS durante o ano, totalizando aproximadamente 285 visitas.
Realizar supervisão anual, pelo nível central, em cada uma das 19 CRS.	Esta atividade não foi realizada no ano de 2009. Estão planejadas visitas mensais nas Macrorregiões em 2010.

Implantar 22 equipes de saúde bucal indígena na Estratégia de Saúde da Família.

Não houve implantação de novas equipes de Saúde Bucal Indígena, permanecemos com 17 equipes. O processo de implantação de equipes de Saúde Indígena é de competência da FUNASA.

Indicadores Pactuados



Análises e Comentários

No ano de 2009 foi priorizada a qualificação profissional das equipes de ESF, com a realização de Cursos Introdutório Módulo I para profissionais de nível superior (dentistas, enfermeiros e médicos) das diversas regiões do estado. Em relação a expansão da ESF é importante mencionar entraves encontrados, tais como: recursos humanos insuficientes tanto no nível central, quanto nas coordenadorias regionais da ESF; ausência de coordenadora no nível central por vários meses durante o ano; impedimento de viagens e eventos em função da pandemia H1N1; prefeituras com dificuldades para contratar profissionais em razão da lei de responsabilidade fiscal; alta rotatividade de RH. Percebe-se também que o aumento dos incentivos, tanto estaduais quanto federais, seria fator positivo para a expansão da ESF. Ressalta-se que a cobertura de 43% refere-se ao número de equipes de ESF habilitadas pelo MS (indicador utilizado no programa estruturante Saúde Perto de Você). O valor de 33% refere-se a população cadastrada no SIAB, conforme instrutivo do Pacto pela Vida. O valor atingido na meta traçada para o indicador "Visita Domiciliar" ficou um pouco abaixo do pactuado. Entendemos que, devido ao alto percentual de sub-registro no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), há um prejuízo importante para todos os indicadores vinculados a este sistema de informação. Se

considerarmos, todavia, os registros realizados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o mesmo indicador, se obteria uma média de 0,71 em 2009, ultrapassando o pactuado. Considerando que os dados do SIAB se referem às equipes em real atividade, reitera-se a sugestão já realizada ao Ministério da Saúde, que estes sejam utilizados para o cálculo do indicador ao invés dos dados do SIA/SUS. Em relação ao indicador AMQ a meta foi pactuada acima da capacidade instalada de RH que a Coordenação Estadual da ESF tem para assumir efetivamente o projeto do AMQ. O incentivo relativo ao PAB variável foi pago regularmente dentro do cronograma estabelecido, exceto nos últimos meses de 2009, voltando a ser repassado de acordo com o cronograma no início de 2010.

6.4. Assistência de Urgência e Emergência

Objetivos (PES): 1 - Ampliar a cobertura do SAMU/SALVAR, no Estado segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado.
2 - Promover mais agilidade nos atendimentos de urgência emergência pré-hospitalar, tornando o tempo-resposta de atendimento mais eficiente e colocando mais municípios abrangidos por esse serviço.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Instalar 18 bases do SAMU/SALVAR.	Foram instaladas mais 18 bases de atendimento do Programa Pré -hospitalar de Urgência Emergência nos seguintes municípios: 1ª CRS - Campo Bom: 1 unidade móvel de Suporte Básico (SB); 3ª CRS - Canguçu: 1 unidade móvel SB, Rio Grande: 1 unidade móvel de Suporte Avançado (SA) e 1 SB, São Lourenço do Sul: 1 unidade móvel SB, Santa Vitória do Palmar: 1 unidade móvel SB; 9ª CRS - Cruz Alta: 1 unidade móvel SB; 12ª CRS - Santo Ângelo: 1 unidade móvel SA e 1 SB; 14ª CRS - Cândido de Godói: 1 unidade móvel SB, Giruá: 1 unidade móvel SB, Horizontina: 1 unidade móvel SB, Santa Rosa: 1 unidade móvel SA e 1 SB, Santo Cristo: 1 unidade móvel SB, Três de Maio: 1 unidade móvel SB, Tuparendi: 1 unidade móvel SB; 17ª CRS - Ijuí: 1 unidade móvel SA e 1 SB, Panambi: 1 unidade móvel SB; 18ª CRS - Osório: 1 unidade móvel; 19ª CRS - Três Passos: 1 unidade móvel SB.
Implantar 16 UPAs.	Licitada pela SES uma UPA para Santa Maria (obra em andamento).
Implantar 48 Salas de Estabilização.	Aguardando aprovação de recursos pelo Ministério da Saúde.
Criar 19 núcleos de educação em urgência, um em cada Regional de Saúde.	Aguardando aprovação de recursos pelo Ministério da Saúde.
Criar um núcleo de educação em urgência na ESP.	Aguardando aprovação de recursos pelo Ministério da Saúde.

6.5. Política Estadual de Doação de Órgãos e Transplantes

- Objetivos (PES):**
- 1 - Coordenar o Processo de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos no RS seguindo legislação e regulamentação nacional existente.
 - 2 - Vistoriar e fiscalizar as instituições e equipes envolvidas no processo de doação de órgãos e transplantes.
 - 3 - Auditar as contas hospitalares referentes aos procedimentos de Transplantes, pela Auditoria Médica da SES.
 - 4 - Prestar atendimento, de forma descentralizada, a receptores e familiares de doadores.
 - 5 - Capacitar os profissionais envolvidos no processo de doação e Transplantes , mediante Educação Continuada.
 - 6 - Estabelecer junto à Escola de Saúde Pública da SES, parceria na formação e qualificação de profissionais envolvidos nas etapas que precedem o processo de captação propriamente dito.
 - 7 - Estabelecer parceria com Instituições de Ensino Superior em Saúde na formação e qualificação na graduação de profissionais neste tema.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Aumentar em 10% ao ano a captação de órgãos com efetivação das doações, aumentando assim o número de doadores efetivos de 132 em 2008, para 171 até 2011.	A doação de órgãos é uma ação individual e da família e no ano de 2009, houve uma redução de 3,8% em relação ao ano de 2008. Estão o sendo implantadas ações mais efetivas de incentivo à doação para elevar o número de doadores.
Profissionalizar no mínimo três integrantes das Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes de cada hospital autorizado, por meio do treinamento continuado.	Dois hospitais do RS tiveram essas comissões profissionalizadas.

Outras realizações.	<p>Curso de capacitação de membros das comissões intra hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes, com 120 participantes dos hospitais de todo o Estado, em dezembro de 2009 com 20 horas de carga horária.</p> <p>Curso de faturamento na área de transplantes com 40 participantes cada curso com carga horária de 20 horas.</p> <p>Curso de educação continuada para novos estagiários de medicina -3 cursos de 6 horas cada.</p> <p>Participação de quatro reuniões nacionais do Sistema Nacional de Transplantes, em Brasília.</p> <p>Participação do evento do Grenal dos transplantados, no estádio Olímpico com doação de camisetas pela SES/RS.</p> <p>Reunião de assessoramento junto aos hospitais captadores e transplantadores e Secretarias Municipais de Saúde.</p> <p>Palestras de integrantes da Central de Transplantes de divulgação da área de transplantes e captação de órgãos junto a diversas instituições em Porto Alegre e RS -10 palestras realizadas.</p>
---------------------	---

6.6. Ações de Assistência à Saúde - Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP)

- Objetivos (PES):**
- 1 - Contribuir para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do servidor do Hospital Psiquiátrico São Pedro.
 - 2 - Prestar assessoria aos municípios na área de saúde mental em situações de alta complexidade, utilizando novas tecnologias.
 - 3 - Contribuir com a implementação da política de saúde mental no Estado, consoante aos princípios e diretrizes do SUS.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Criar estratégias para fortalecer a rede de atenção à saúde mental nos 10 municípios que mais utilizam a estrutura do Hospital Psiquiátrico São Pedro.	Participação ativa nos Fóruns Macrometropolitanos , visando melhor integração HPSP/REDE.
Implantar o Telesaúdemental no Hospital Psiquiátrico São Pedro.	Adquirido equipamento de informática. Ajustado Software necessário.
Conduzir, a cada ano, a desinstitucionalização de 10% dos moradores que ainda permanecem na área asilar.	Foram dadas 10 altas para pacientes residentes no HPSP.
Qualificar pelo menos 30% trabalhadores do hospital, conforme mudança no perfil epidemiológico identificado nos Serviços de Admissão e Triagem – SAT do hospital.	Atingido. Programas de Capacitação para técnicos de nível superior e de nível médio.

Outras realizações.	Programas de capacitação em urgências psiquiátricas para a rede SAMU no litoral norte. Programas de capacitação nas principais morbidades psiquiátricas para equipes de CAPS, Fazendas Terapêuticas e quadro dos funcionários do HPSP. Aquisição de 60 computadores. Contratação de Empresa para Projeto de Restauração do Bloco A do Prédio Histórico. Finalização do Projeto de construção do Serviço de Nutrição.
---------------------	--

6.7. Ações de Assistência à Saúde - Hospital Sanatório Partenon (HSP)

Objetivos (PES): 1 - Prestar assistência integral e humanizada em saúde, em situações de alta complexidade em doenças respiratórias infecto-contagiosas (tuberculose), e HIV/Aids, conforme fluxo definido pela rede de saúde.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Qualificar o atendimento à Tuberculose - TB associada à comorbidades (dependência química, HIV/Aids, HCV), melhorando o nível de adesão ao tratamento das pessoas atendidas.	Capacitação para mudança do esquema terapêutico da TB, para: Servidores do HSP, 18ª CRS - Osório, SMS POA. Apresentação para Secretário de Segurança e SUSEPE sobre estudos realizados no Presídio Central POA, Participação no dia da TB na Sociedade Pneumologia e Tisiologia do RS, participação em banca de Mestrado sobre fatores de risco e abandono de tratamento da TB. Participação no Conselho Gestor Observatório de POA.
Disponibilizar leitos de internação em unidade do HSP com retaguarda tecnológica para pacientes com tuberculose associada à dependência química e ou HIV/Aids.	O HSP ampliou leitos para TB de 63 para 83 e ampliou atendimento no Ambulatório de Tisiologia, manhã e tarde. Os leitos do HSP recebem também pacientes com outras patologias associadas, TB/HIVAIDS - TB/Hepatite – TB /Químico Dependente, principalmente de Crack.
Contratar técnicos de enfermagem e enfermeiros.	Recebemos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Como vários servidores de todas as áreas estão próximos a aposentadoria, serão necessários novas contratações a curto e médio prazo.
Ampliar o número de capacitações oferecidas para as equipes quanto ao tema da dependência química.	Os 9 residentes de Psiquiatria, trabalhando no HSP, fortalecerão e capacitarão os servidores no atendimento aos dependentes químicos.

Outras realizações.	Aulas ministradas, Cursos de Tuberculose para R1 e R2 da Residência Integrada em Pneumologia. HIV como fator de risco da recidiva de Tuberculose. Artigo Científico: Impacto da Vacinação BCG em recém-nascidos de 0 a 5 anos. Trabalhos apresentados em Congresso: Pesquisa CEVS/HSP/LACEM; Tuberculose e HIV entre presidiários no Presídio Central de POA, parceria com UFRJ, 1922 pacientes em atendimento e estudo.
---------------------	--

Análises e Comentários

A SES está reequipando o HSP, já foram entregues novos equipamentos de informática, veículos, ar comprimido, máquinas de lavar hospitalar, elevador monta carga.

A Informatização de nossos serviços oportunizou informações precisas e amplas, melhorando inclusive apresentação de fatura mensal para recebimento de recursos do gestor municipal.

6.8. Ações de Assistência à Saúde - Hospital Colônia Itapuã

- Objetivos (PES):**
- 1 - Contribuir para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do Servidor do Hospital Colônia Itapuã
 - 2 - Contribuir com a implementação de um novo Modelo Assistencial seguindo as diretrizes da SES.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Conduzir, a cada ano, a desinstitucionalização de 10% dos moradores que ainda permanecem na área asilar.	
Outras realizações	<p>Aquisição de Equipamentos de Informática e Acessórios.</p> <p>Aquisição de Mobiliários novos para o HCl.</p> <p>Aquisição de 1 veículo zero km, 4 portas.</p> <p>Reformas das estruturas físicas dos diversos prédios do HCl</p> <p>Aquisição de 02 caldeiras e equipamentos para Lavanderia do HCl.</p> <p>Projetos de Reformas de 04 Pavilhões, Setor da Nutrição e dietética e Lavanderia do HCl, com recursos federais e estaduais.</p>

Análises e Comentários

O Hospital Colônia Itapuã ao longo dos anos vinha sofrendo muitos desgastes na sua Estrutura Física e sucateamento de seus equipamentos, e isso refletindo de forma direta na vida dos nossos colaboradores e usuários. E através das metas de modernização da Secretaria do Estado, cujo, objetivo é focado nas melhorarias das condições de trabalho dos servidores teve como reflexo a uma melhor assistência aos nossos moradores oportunizando maior agilidade nas atividades desenvolvidas na Instituição, proporcionado qualidade de vida e bem estar bem como motivação e auto-estima.

Gestão 2006/2010:

Durante nossa gestão recebemos vários equipamentos novos, tais como:

- 02 Caldeiras novas;
- Diversos Mobiliários novos;
- 17 Computadores novos, acessórios e internet "BANDA LARGA";
- 01 Impressora Lexmark;
- 01 Scanner HP.

Projeto Estruturantes:

- Projeto Reforma de 04 Pavilhões (Processo Nº 0635812000/09.0);
- Projeto Reforma Lavanderia (Processo Nº 0635802000/09.7);
- Projeto Reforma Serviço de Nutrição e Dietética (Processo Nº 0705982000/095).

Outras ações:

- Projeto Reforma da Rede de Vapor (Processo Nº 0274522000/08.4);
- Reforma na Cancha de Bocha;
- Pintura externa no prédio da Administração;
- Rampas de acessibilidade, além de outras reformas nas Estruturas Físicas do HCI;
- Articulação para aquisição de 17 linhas Telefônica para os Usuários-moradores sem ônus para SES;
- Aquisição de um Veículo 0 km;
- Planejamento, execução e controle das atividades relacionadas com a emissão de APAC's. - SIA/SUS.

6.9. Política Estadual de Saúde da Criança

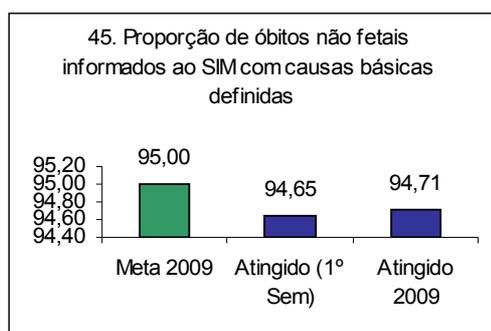
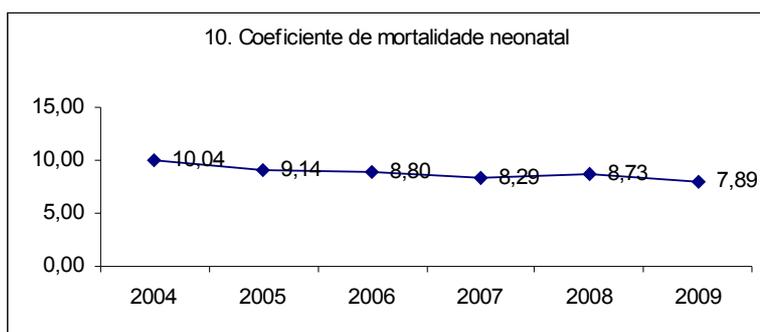
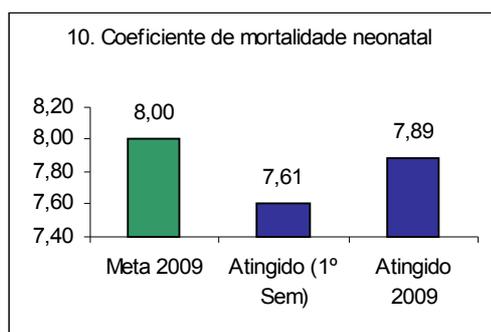
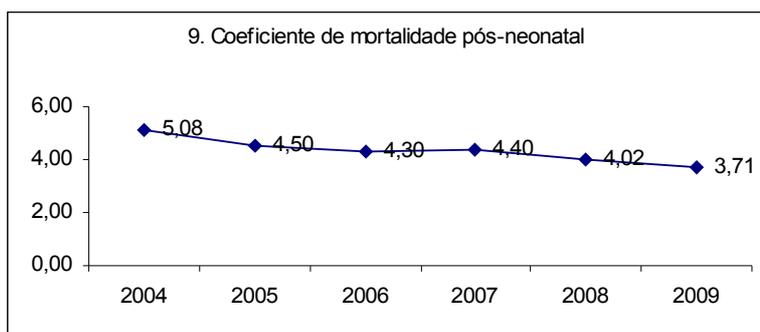
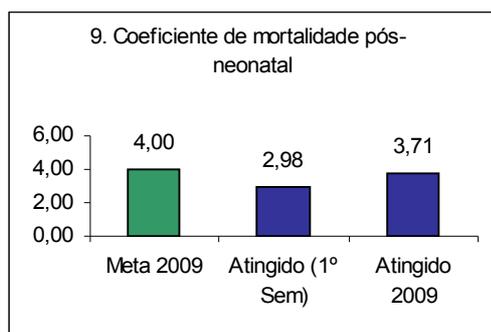
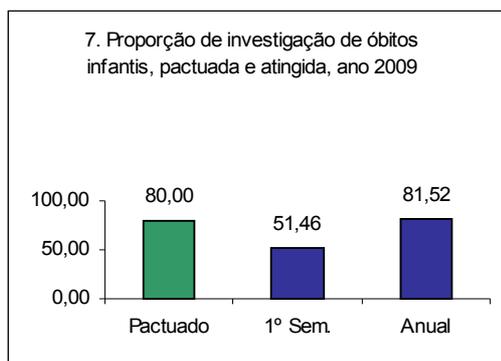
Objetivos (PES): 1 - Reduzir a Mortalidade Infantil no Rio Grande do Sul.

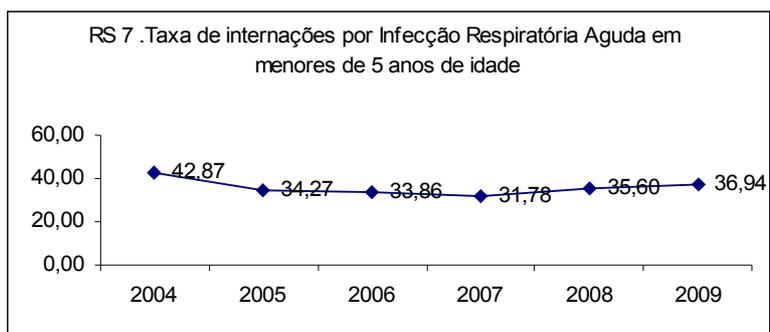
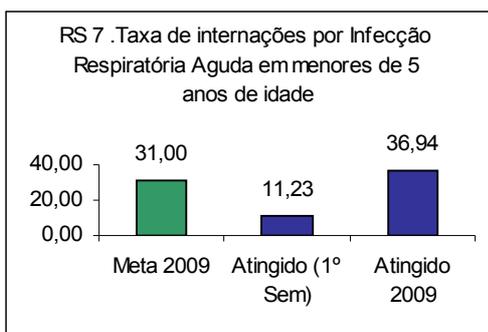
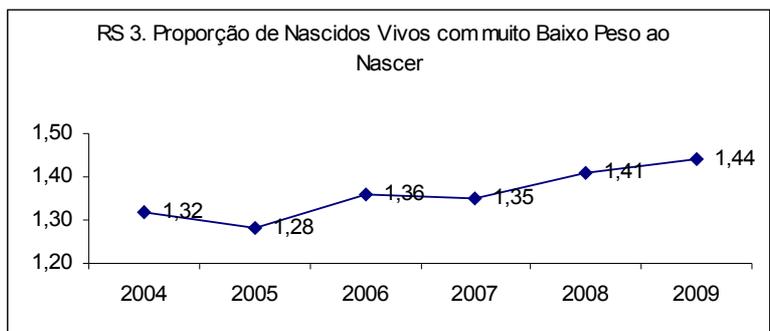
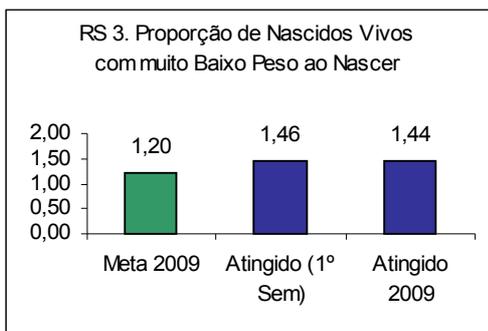
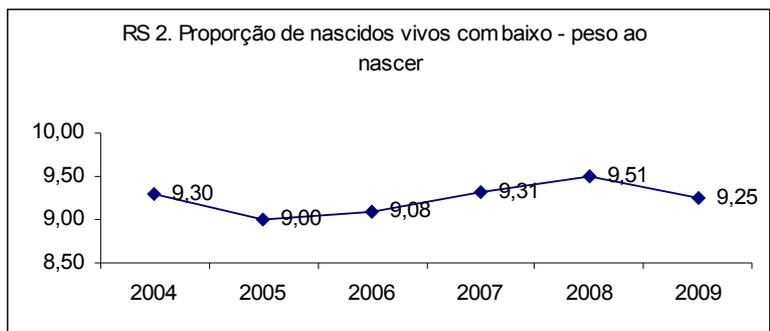
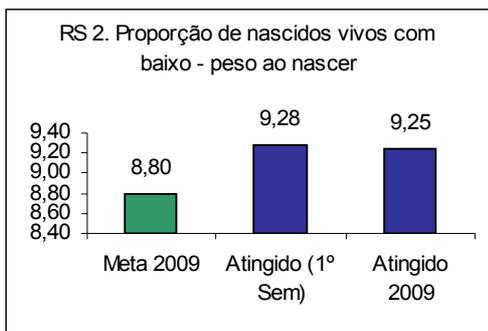
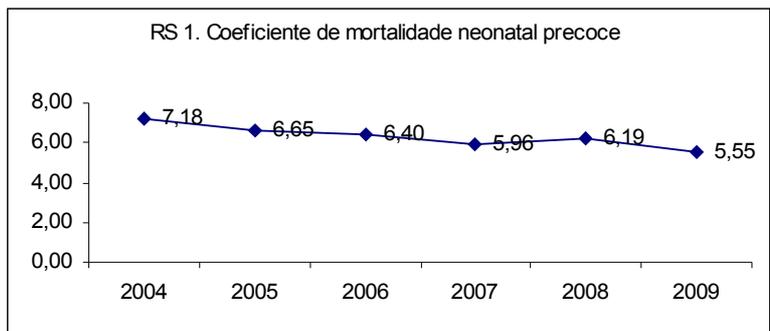
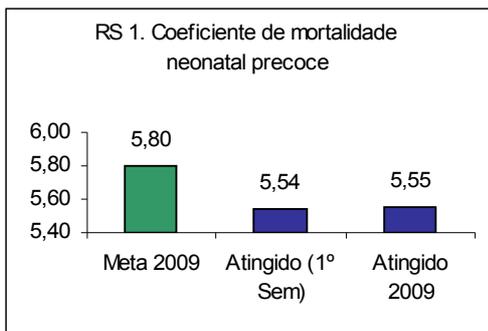
Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Reduzir o Coeficiente de Mortalidade Infantil para um dígito.	Notificação de nascimento de menores de 2.500g, em parceria com o NIS - "Alerta, Prematuro no Pedaco"; Sensibilização da Gestão municipal para a vigilância da criança de risco; Capacitação em Reanimação ao recém-nascido em sala de Parto, com a Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul; Capacitação das CRS, municípios e Comitês na investigação e análise dos óbitos infantis; Monitoramento dos indicadores sentinela do risco materno-infantil; Implantação de UTI Neonatal no hospital Santa Casa de Caridade de Alegrete; Monitoramento e avaliação do acesso à referência hospitalar na assistência perinatal; Qualificação da Rede de assistência ao parto e ao recém-nascido; Incentivo ao Aleitamento Materno através das estratégias: Hospital da Criança, Método Canguru, Rede Amamenta Brasil e Rede de Banco de Leite Humano; Estratégia Inverno Gaúcho; Vigilância Sentinela das Doenças Respiratórias em crianças nos municípios sedes das CRS; Vigilância Sentinela das Doenças Diarréicas em crianças nos municípios sedes das CRS.
Reduzir a taxa de internação por IRA em 10% nos três anos.	Estratégia Inverno Gaúcho; Vigilância Sentinela das Doenças Respiratórias em crianças nos municípios sedes das CRS.
Reduzir a proporção de nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer para 1,2%.	Qualificação do Planejamento Familiar (Gestão da Seção de Saúde da Mulher); Qualificação da Atenção Pré-Natal (Gestão da Seção de Saúde da Mulher); Captação precoce da gestante no Pré-Natal (Gestão da Seção de Saúde da Mulher); Vigilância da gestante de risco com as ações de identificação precoce, acesso a exames e internação adequados ao risco (gestão da Seção de Saúde da Mulher); Monitoramento e Avaliação dos indicadores sentinela do risco materno (gestão da Seção de Saúde da Mulher); Estratégia Casa da Gestante (gestão Seção de Saúde da Mulher e DAHA).
Investigar 90% dos óbitos em menores de 1 ano.	Monitoramento semanal dos óbitos infantis, em parceria com o NIS; Investigação dos óbitos infantis, em parceria com os municípios; Consolidação do banco de dados das investigações dos óbitos infantis em parceria com as CRS; Assessoramento em investigação e análise dos óbitos infantis às CRS, municípios e Comitês; Auditoria de óbitos infantis de crianças maiores de 2.500g em parceria com CAME.

Outras realizações.

Implantação da Fase III da Triagem Neonatal metabólica; Triagem Auditiva Neonatal Universal em parceria com o DAHA; Implantação da Triagem Oftálmica Neonatal; Ações para a redução dos casos de Sífilis Congênita, em parceria com DST/AIDS; Elaboração da Política Estadual de Atenção à Saúde da Criança; Elaboração da Política Estadual de Atenção à Saúde do Adolescente; Elaboração da Análise Situacional da Mortalidade Infantil no RS; Elaboração de projeto para a Regionalização da Atenção ao parto no RS.

Indicadores Pactuados





Análises e Comentários

O Estado do Rio Grande do Sul vem, ao longo dos anos, reduzindo o número absoluto de óbitos infantis. Em 2009, conforme dados preliminares divulgados pelo NIS, o CMI será de 11,6. Portanto, inferior ao CMI de 2008. O objetivo desejado, redução da mortalidade infantil, é fortemente influenciado pelas condições de vida da população. Sabe-se que a escolaridade da mãe é o principal fator de proteção a vida da criança. Desse modo, nem todos os fatores que influenciam no desfecho óbito infantil se encontram sob a gestão da SES. Cabe, no entanto, a SES atuar para que as políticas públicas sejam executadas pelos municípios com qualidade e cobertura adequadas, de forma a garantir a eficácia das estratégias e, desse modo, atingir suas metas. A meta proposta reduzir a taxa de internação por IRA em 10% nos três anos não foi atingida. Para isto, duas situações contribuíram. A primeira, foi a epidemia de Gripe H1N1, que elevou o número de internações hospitalares por IRA em diversas faixas etárias. A segunda, foi o ajuste da base populacional de crianças feito pelo DATASUS/TCU, para 694.927 crianças. A redução da base populacional utilizada

como denominador na equação que calcula a taxa de internação, contribuiu para o aumento do valor final. A meta reduzir a proporção de nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer de 1,2% para 0,9% dependem de ações que se encontram fora da gestão da Seção de Saúde da Criança e Adolescente. Com relação a proporção de óbitos infantis investigados: Em 2009 o Estado do RS investigou 81,52% dos óbitos ocorridos em menores de 1 ano. O desempenho, um pouco aquém do esperado, se deveu a problemas ocorridos em Coordenadorias como a 2ª, 6ª, 13ª e 19ª que enviaram menos de 60% de suas investigações. A perspectiva para 2010 não é de melhora deste indicador.

6.10. Promoção e Desenvolvimento da Primeira Infância - PIM

Objetivos (PES):

1 - Orientar as famílias, através de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, da gestação aos 6 anos. Programa socioeducativo que atua na promoção e no desenvolvimento da primeira infância, nos aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
<p>Aumentar em 25% o nº de Municípios com PIM implantado.</p> <p>Ampliar em 61% o nº de visitantes habilitados pela CIB.</p>	<p>O PIM promove uma concepção ampliada de saúde e cuidado integrais, através do desenvolvimento das capacidades e potencialidades de bebês e crianças; coloca a 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 que o PIM apóia e fortalece as famílias, incentivando o enriquecimento pessoal, o engajamento e a mobilização comunitária, com vistas à promoção de sua qualidade de vida, de modo a estreitar as relações sociais e motivar para formas de convivência saudáveis.</p> <p>Atua através de atendimento domiciliar utilizando atividades lúdicas como meio para o fortalecimento deste vínculo. A ampliação no número de visitantes para atendimento a famílias carentes registrou de janeiro de 2009 a dezembro de 2009 um aumento na habilitação de novos visitantes para mais de 16%, o mesmo crescimento foi registrado no nº. de famílias e crianças beneficiadas. No mesmo período o nº. de municípios com o PIM implantado aumentou em 4,5%.</p> <p>A situação dos indicadores nos municípios PIM em dezembro de 2009 eram as seguintes: 54.100 famílias atendidas, 2.164 visitantes, 81.150 crianças beneficiadas, 6.492 gestantes atendidas num total de 233 municípios. As metas para dezembro de 2010 são 66.650 famílias, 2.666 visitantes, 99.975 crianças, 7.998 gestantes expandindo para 265 municípios.</p>

<p>Qualificar as ações do PIM em nível estadual e municipal.</p>	<p>Com o objetivo de habilitar e qualificar sistematicamente os recursos humanos quanto aos conteúdos teóricos e metodológicos necessários para a implantação e ou implementação do Programa nos municípios, foram organizadas e executadas 115 capacitações nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde no ano de 2009. Sendo 54 Capacitações Iniciais e 61 Capacitações Continuadas. Foram Capacitados e assessorados 669 representantes dos Grupos Técnicos Municipais, 433 Monitores e 2164 Visitadores para atendimento às famílias. Durante este período muitos materiais e equipamentos foram produzidos e fornecidos com o intuito instrumentalizar os Técnicos envolvidos com o Programa, em especial os visitadores do PIM. Entre eles destacamos a doação de 1800 bicicletas aos visitadores com o objetivo de facilitar o acesso no atendimento às famílias e o fornecimento de 2200 uniformes composto por boné, camiseta e bolsa, além de publicações como a “Coleção Fazendo Arte – Atividades Lúdicas com o PIM” e “Guias de Orientação do PIM”, descritos abaixo:</p> <p>A “Coleção Fazendo Arte – Atividades Lúdicas com o PIM” tem o apoio e patrocínio através da Lei Rouanet e LIC. Os livros contemplam múltiplas opções de atividades culturais direcionadas às crianças e suas famílias, objetivando o desenvolvimento de sua capacidade criativa, além de suas habilidades artísticas dentro de um contexto cultural rico, onde recursos naturais poderão fazer parte de um novo cotidiano lúdico e criativo. Brinquedos são confeccionados com materiais recicláveis, encontrados dentro da realidade das famílias. Sua 1ª edição contou com uma tiragem de 500 unidades.</p> <p>A tiragem de 42.700 unidades de Guias de Orientação do Programa foram distribuídos aos 223 municípios. Os “Guias do PIM” são compostos por quatro cartilhas e são dirigidas às famílias, visitadores, monitores e grupos técnicos dos municípios que contam com o programa. Como conteúdo, os guias ensinam atividades que devem ser desenvolvidas com as crianças por seus familiares e cuidadores. No Guia da Família, por exemplo, são encontradas informações sobre as características e necessidades das crianças de acordo com a faixa etária. Já o Guia da Gestante traz esclarecimentos sobre a gravidez e controle pré-natal, entre outras informações. Outras publicações são os Boletins Informativos destacando uma edição especial sobre Prevenção da Violência na Primeira Infância. O objetivo deste, foi enfatizar a temática da prevenção voltado às famílias, utilizando conteúdos para orientação e promoção da convivência saudável.</p> <p>Dois eventos de grande porte foram promovidos: Em abril o "Encontro Estadual de Visitadores da Primeira Infância Melhor" e em novembro de 2009, ocorreu o Seminário Internacional da Primeira Infância, no Centro de Eventos da PUC/RS, em Porto Alegre, cujo tema foi “ Modelos Inovadores de Atenção a Primeira Infância,”contando com a presença de palestrantes estudiosos das áreas da neurociência, psicanálise, educação, saúde entre outros. Ambos os eventos contaram com a participação de 1.800 pessoas cada.</p>
<p>Outras realizações.</p>	<p>O PIM é considerado uma ação transversal de grande relevância nos Programas Estruturantes de Governo “Saúde Perto de Você”, “Emancipar” e “Nossas Cidades” fazendo a interface com três ações vinculadas: “Saúde mais Perto de Casa”, “Proteção Social” e “Prevenção da Violência”. A implantação e implementação deste Programa é realizada pelos municípios gaúchos com uma proposta de monitoramento e avaliação sistemáticos e envolvimento efetivo da sociedade, constituindo diferencial importante a ser considerado quando se</p>

pensa em ação sustentável. A co-responsabilização entre família, governo e comunidades, legitima conceitos e altera estruturas no sentido do bem social, desacomodando e instigando o crescimento. Apostar em abordagens integradas na gestão do serviço público, agregando a estas, forças da sociedade, mesmo que desafiadoras, resultaram em êxito. Abaixo seguem algumas das ações intersetoriais trabalhadas em 2009:

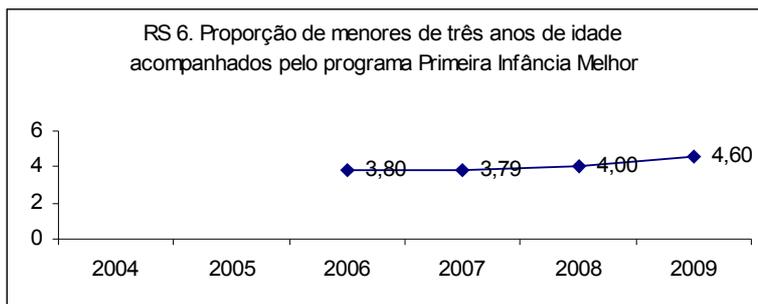
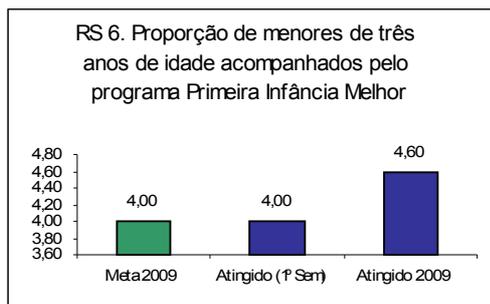
O PIM Diversidade atende famílias indígenas e quilombolas promovendo a revitalização de suas culturas e valorizando as experiências nas suas comunidades, necessitando adaptações da metodologia do Programa para o êxito dessas ações. Alguns atividades realizadas em 2009: Ações do Projeto Diversidade Capacitação Permanente sobre temas vinculados ao desenvolvimento integral na primeira infância para comunidades quilombolas e indígenas atendidas pelo PIM. Avaliação, adequação e elaboração de atividades dos Guias da Família e da Gestante, para inclusão de conteúdos culturais característicos dessas comunidades. Elaboração de uma apostila com as atividades lúdicas e orientações para o Visitador do PIM, incorporadas à metodologia do Programa. Em 2009 iniciou um piloto para comunidade indígena no município de Engenho Velho (etnia Kaingang) e no município de Bagé o piloto no Quilombo de Palmas.

O Comitê Estadual de Perinatologia conta um representante do PIM, que participa sistematicamente das reuniões onde são discutidas e desenvolvidas ações para a redução do óbito materno e infantil. O PIM monitora, através de seu Banco de Dados, informações fornecidas pelo Núcleo de Informações em Saúde com o objetivo de cruzamento de dados e análise das investigações dos óbitos infantis além de auxiliar em intervenções precoces no atendimento a gestantes. Em 2009 foram 6.492 gestantes acompanhadas no seu pré-natal. Desde 2006 o PIM faz parte da Rede Nacional Primeira Infância formada por 73 organizações da sociedade civil, do governo, do setor privado, de outras redes e de organizações multilaterais que atuam na promoção da primeira infância. A rede tem o objetivo de contribuir para a elaboração, implementação, monitoramento e avaliação de uma política nacional para a primeira infância no Brasil para com isso transformar o cuidado com essa faixa da população em política pública permanente, desvinculada de políticas pontuais de governo. Em 2009 foi elaborado o Plano Nacional pela Primeira Infância, que será entregue para o Presidente da República em junho de 2010.

A FADERS (Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas) no ano de 2009, junto ao GTE, iniciou a interlocução sobre a necessidade da inclusão de crianças portadoras de deficiência no Programa Primeira Infância Melhor. Nesse processo ficou estabelecido que as crianças serão acompanhadas nos moldes da metodologia do Programa, ficando também acordado que a FADERS em parceria com o Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial da SES capacitará o GTE e os Municípios com o PIM implantado em 2010.

O PIM é o representante da Secretaria Estadual da Saúde no CEDICA (Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente), com atuação permanente nas análises e encaminhamentos de políticas para a primeira infância. Atualmente existe uma representante atuando nas comissões da FASE/FPE analisando projetos de desenvolvimento social, perfazendo um total 400 projetos distribuídos em 3 editais.

Indicadores Pactuados



Análises e Comentários

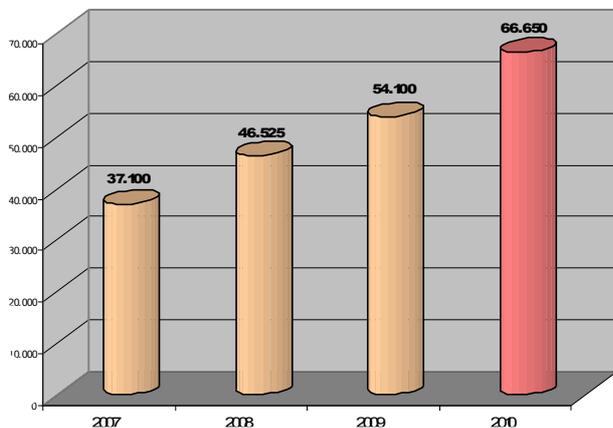
A credibilidade alcançada enquanto ação política voltada ao desenvolvimento infantil, traduz-se pelo apoio recebido de agências de cooperação internacionais, como OPAS, UNESCO, CELEP e UNICEF. Parcerias que viabilizam ao Programa projeção importante no cenário nacional e mundial, uma vez que investir na primeira infância hoje, representa uma tendência social, política e econômica, não apenas reconhecida, mas necessária. A exemplo disso, o PIM foi convidado a participar de oficinas realizadas para implantação do Programa Brasileiro Saudáveis, programa criado a luz do PIM pelo Ministério da Saúde para replicabilidade desta experiência em todo o Brasil.

Como desafio para atingir as metas propostas nos anos subsequentes, é preciso considerar as seguintes estratégias:

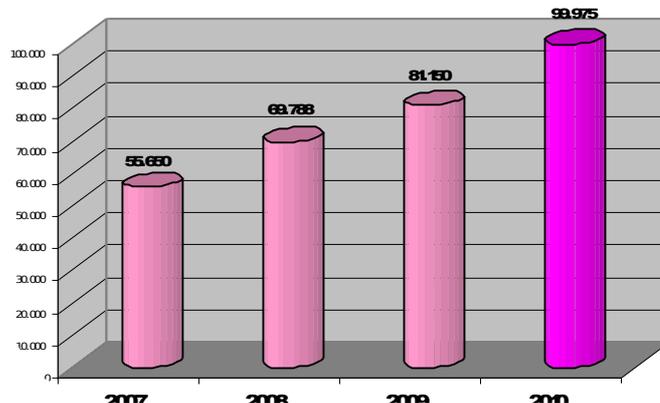
- Manter o acompanhamento sistemático e as Capacitações Continuadas realizadas pelos consultores técnicos do PIM, garantindo a qualificação das ações aos agentes responsáveis pelo Programa nos municípios.
- Buscar ampliação no número de visitantes e implantação em novos municípios priorizando: áreas com alto coeficiente de mortalidade infantil; com altos índices de Violência (áreas PPV); com menor cobertura de atendimento da Rede de Educação Infantil; com menor índice de desenvolvimento humano, em áreas priorizadas no Programa Emancipar.
- Fortalecimento do Banco de Dados do Programa por meio da alimentação sistemática realizada pelos municípios que desenvolvem o PIM.
- Articular estratégias com os diferentes órgãos responsáveis pela orientação jurídica das ações do PIM nas esferas municipais e estadual para validar o entendimento do TCE e Ministério Público do Trabalho e da SES quanto as formas de contratação dos visitantes.
- Equipar os visitantes e monitores com ferramentas e recursos técnicos para otimização das atividades desenvolvidas junto às famílias como, por exemplo: nova tiragem de guias de orientação e da publicação Coleção Fazendo Arte, uniformes (bolsas, bonés e camisetas), computadores para fortalecimento do Banco de Dados, bicicletas, entre outros.
- Promoção de encontros e eventos com vistas à atualização e/ou aprofundamento de informações sobre o desenvolvimento infantil e troca de experiências e de conhecimentos.
- Fortalecer as redes locais através de uma maior integração dos serviços oferecidos.
- Realizar pesquisas que possam demonstrar a efetividade do impacto do PIM sobre os ganhos qualitativos e quantitativos no desenvolvimento infantil das crianças participantes do Programa, bem como suas famílias reforçando sua credibilidade e visibilidade.

As estratégias desenvolvidas pelo Programa Primeira Infância Melhor – PIM, enquanto política pública, buscam o 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 promove o apoio e o fortalecimento das famílias, orientando-as, a partir de sua cultura e experiências, proporcionando o desenvolvimento das capacidades e potencialidades cognitivas, afetivas, motoras e sócio-emocionais da criança, da gestação aos seis anos de idade.

Famílias atendidas de 2007 a 2009 e Meta 2010



**Crianças de 0 a 6 anos Beneficiárias
2007 a 2009 e Meta 2010**



6.11. Política Estadual de Saúde do Adolescente e do Jovem

Objetivos (PES): 1 - Promover a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, de 10 a 24 anos, considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, o meio familiar, às condições de vida, a escolaridade e ao trabalho, visando à promoção à saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade, tendo três eixos centrais: crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e reprodutiva, e redução da morbimortalidade por causas externas.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Sensibilizar e capacitar 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens	15 servidores de 10 das 19 CRS – 53% (Seminário de Sensibilização e de apresentação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes).
Sensibilizar e capacitar 100% dos municípios sede das Coordenadorias Regionais de Saúde.	9 municípios sede de 18 municípios – 50% (Seminário de Sensibilização e de apresentação da Política Estadual da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes).
Sensibilizar e capacitar 100% dos municípios com mais de 50.000 habitantes e índice de gestação na adolescência superior a 17,8%.	9 municípios de 23 municípios prioritários – 39% (Oficinas para a Implantação da Caderneta de Saúde de Adolescentes).
Sensibilizar e capacitar 100% dos municípios prioritários para a redução da mortalidade infantil.	14 municípios de 30 municípios prioritários – 47% (Oficinas para a Implantação da Caderneta de Saúde de Adolescentes).
Sensibilizar e capacitar 100% dos municípios do PPV.	15 municípios de 24 municípios com PPV – 62,5% (Oficinas para a implantação da Caderneta de Saúde de Adolescentes).
Sensibilizar e capacitar 100% dos municípios com Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio às equipes de saúde da família.	4 municípios de 9 municípios com NASF – 44% (Oficinas para a Implantação da Caderneta de Saúde de Adolescentes e participação nos Cursos Introdutórios da ESF).
Implantar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e o Plano Estadual de Ações em 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.	12 CRS de 19 CRS – 63% (Seminários para a implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens).
Implementar a Caderneta de Saúde de Adolescentes em 100% dos municípios sede de CRSs, municípios do SPE, do PSE, do PPV, com NASF, e municípios com mais de 50.000 habitantes tendo o percentual de gestação na adolescência superior a 17,8%; municípios prioritários para a redução a mortalidade infantil.	13,5% (Oficinas nas macrorregionais envolvendo seus respectivos municípios, produção e distribuição de material de apoio, avaliação dos planos municipais e distribuição das Cadernetas).

Identificar 100% dos municípios prioritários, de acordo com dados epidemiológicos sobre gravidez na adolescência, DST/AIDS e mortalidade materna e neonatal e fetal.	100% realizado (Análise dos indicadores existentes).
Outras realizações.	Participação no Grupo Gestor Estadual do SPE (Saúde e Prevenção na Escola e na capacitação de municípios; Participação em reuniões e seminários com a FASE; Apresentação da PEAlSA na Secretaria Técnica - SETEC e na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, Conselho Estadual da Saúde – CES e outros segmentos da sociedade civil e Universidades locais.

Análises e Comentários

Dando início ao processo de discussão e construção da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, a Seção de Saúde da Criança e do Adolescente apresentou, em janeiro de 2009, a proposta do Ministério da Saúde ao Departamento de Ações em Saúde e passou a coordenar reuniões semanais com representantes dos diversos setores do Departamento (Estratégia Saúde da Família – ESF, Saúde da Mulher, DST/AIDS, Saúde Bucal, Saúde Mental, Monitoramento e Avaliação, Política de Alimentação e Nutrição – PAN, Programa de Prevenção da Violência – PPV, dentre outros), constituindo um grupo de trabalho para a elaboração da Política Estadual. Houve, no decorrer das discussões para a construção da PEAlSA a decisão de eleger a faixa etária da adolescência, dos 10 aos 19 anos, pela necessidade de uma abordagem específica a esta população. O processo desencadeado para a formulação e implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Integral de Adolescentes está sendo produtivo e, ainda que tenhamos algumas limitações próprias de fenômenos singulares, como o da implantação de uma política pública, contamos com alguns elementos favoráveis a esse processo. Em caráter de análise preliminar, podemos mencionar a constituição de uma equipe de trabalho multidisciplinar (assistente social, médica pediatra, enfermeira e psicóloga) que, ao longo de meses, vem planejando, executando e integrando ações, a fim de que esse espaço criado institucionalmente seja fortalecido. Do mesmo modo, a iniciativa conta com o apoio das chefias tanto da Seção de Saúde da Criança e do Adolescente como da Direção do Departamento de Ações em Saúde ao qual estamos vinculados. Se considerarmos que há apenas um ano não havia ações específicas de promoção de saúde voltadas ao adolescente, constatamos que neste curto período de tempo já pudemos desenvolver um rol de ações consistentes visando a formulação, discussão, sensibilização, capacitação, pactuação e implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, com ênfase na articulação e integração com as Políticas e diretrizes nacionais relacionadas à criança e adolescentes e com as políticas estaduais setoriais tais como DST/Aids, Saúde da Mulher e Estratégia da Saúde da Família e as interinstitucionais, como Educação, Justiça e Assistência Social. No entanto, sinalizamos alguns desafios que carecem de atenção para as etapas posteriores. Um deles refere-se à criação de mecanismos e instrumentos que possibilitem o monitoramento e a avaliação de ações, para que possamos dimensionar o impacto e as mudanças verificadas após o início deste trabalho. Para tanto, teremos que trabalhar com a sistematização de informações e a análise de indicadores que sejam os orientadores da eficácia, eficiência e efetividade da Política, a curto, médio e longo prazos. Outro desafio refere-se à efetiva participação dos adolescentes no processo de busca dos serviços de saúde, bem como a utilização da Caderneta de Saúde de Adolescentes como um recurso que desperte o autocuidado. Além desse aspecto, temos que pensar em estratégias que confirmem aos adolescentes o protagonismo proposto e requerido por esta Política.

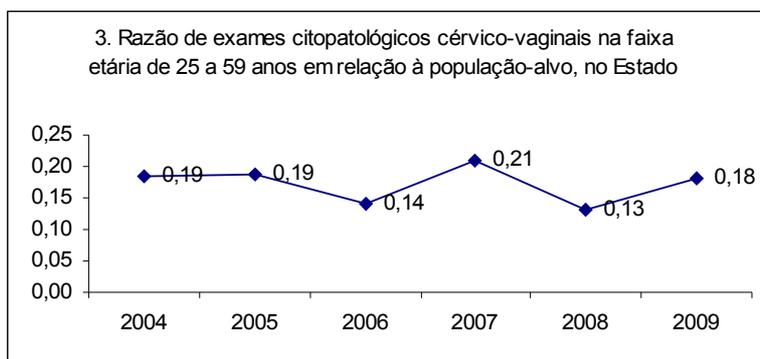
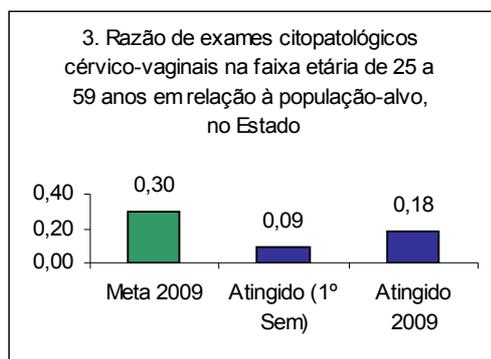
6.12. Política Estadual de Saúde da Mulher

- Objetivos (PES):**
- 1 - Promover a saúde das mulheres gaúchas, mediante garantia do acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.
 - 2 - Planejar, capacitar e apoiar técnica e financeiramente os municípios para a organização, ampliação e qualificação da rede de atenção básica na saúde da mulher.
 - 3 - Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Rio Grande do Sul, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais.
 - 4 - Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

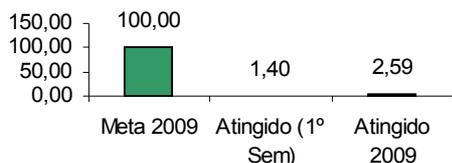
Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Capacitar 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde e serviços credenciados para a implantação do SISMAMA.	As CRS foram 100% capacitadas. 73,5% dos serviços cadastrados em radiologia e citoanatomopatológico de mama foram capacitados. Dos 102 serviços, 75 foram capacitados.
Qualificar a alimentação do SISCOLO através do cruzamento mensal da informação sobre o número de exames citopatológicos de colo uterino com o número destes procedimentos informados no SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais.	Elaborado programa de ações direcionadas a qualificação do SISCOLO para 2010.
Criar 05 Centros de Referência Macrorregional em Saúde da Mulher no Estado, com ênfase em diagnóstico e tratamento de câncer de mama.	Foi criado o primeiro CRR em Saúde da Mulher no Município de Bagé para atendimento da Macro-Sul, em julho de 2009. Estão em andamento dois centros na macro centro oeste e macro vales, em estágio de construção da área física, em Uruguaiana – Sta. Casa de Caridade e no Hospital Ana Nery em Santa Cruz do sul.
Atingir a razão de 0,30 exames citopatológicos de colo uterino realizados na população feminina de 25 a 59 anos.	A razão atingida foi de 0,18; totalizando 491.704 exames realizados.
Realizar 100% de biópsias nas pacientes com lesão de alto-grau.	Conforme o SISCOLO, foram atingidos 2,59. Existem falhas na alimentação do SISCOLO e falta de envio das informações do laboratório para as CRS's e estas para os municípios (visto que, o citopatológico alterado é o que orienta a biópsia de alto grau).
Investigar 75% dos óbitos de mulheres em idade fértil no Estado.	75% investigados.
Investigação de 95% dos óbitos maternos no Estado.	Até o momento, 79,20% dos óbitos foram investigados.
Atingir 72% de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	Conforme o SINASC, foram realizadas 71,15% de consultas.
Implantar documentos técnicos/protocolos estaduais de atenção ao pré-natal de baixo e alto risco.	Os protocolos estão sendo constituídos juntamente com a ABENFO e serão encaminhados a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do RS para validação em 2010. Pretende-se iniciar capacitações baseadas neste protocolo para médicos e enfermeiros da rede de Atenção Básica em 2010.

Organizar rede de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e sexual em 20 municípios prioritários.	Ocorreu a articulação da Saúde da Mulher com outros órgãos envolvidos com o PPV no que se refere a participação da organização das redes de atendimento as mulheres em situação de violência.
Realizar reuniões quinzenais com a Coordenação da Secretaria Estadual de Educação, com o objetivo de promover saúde e prevenção nas escolas.	Houve participação efetiva em 100% das reuniões realizadas com este objetivo.
Distribuir para 100% dos municípios os métodos contraceptivos enviados pelo Ministério da Saúde.	O lote de contraceptivos enviados pelo MS foram 100% distribuídos.
Coordenar e promover capacitações permanentes para qualificação do diagnóstico de câncer de colo e de mama para 50% das Unidades Básicas de Saúde.	O programa de capacitações foi elaborado e será implementado.
Coordenar e promover capacitações permanentes para 100% dos municípios com adesão ao Programa de Saúde e Prevenção na Escola(SPE).	Ocorreram 2 capacitações organizadas pelo grupo de trabalho, sendo que a partir do 2º semestre, estas foram suspensas devido a epidemia da Gripe A.
Coordenar e promover capacitações permanentes para os serviços que utilizam os sistemas de informação SISCOLO e SISMAMA e para as Coordenadorias Regionais de Saúde – 12 capacitações.	Foram realizadas 12 capacitações do SISMAMA e 2 capacitações do SISCOLO.
Outras realizações.	Acompanhamento da Casa da Gestante: 49 hospitais, 339 leitos, com total de 3.381 gestantes atendidas, com a média de 24,95% da taxa de ocupação.

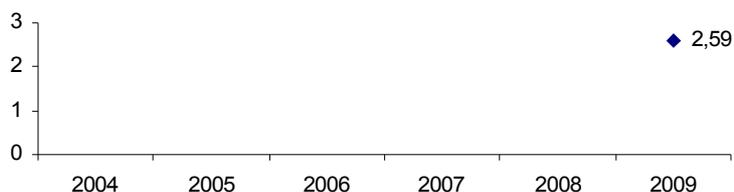
Indicadores Pactuados



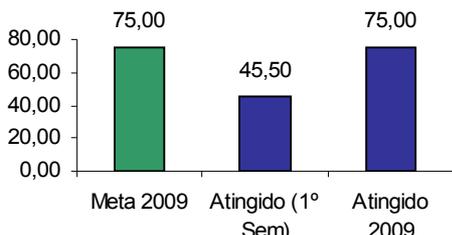
4. Percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero (lesões de alto grau - NIC II e NIC III)



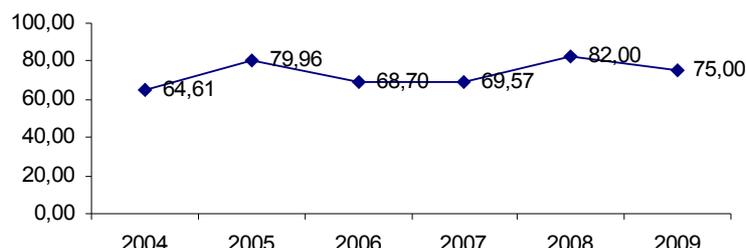
4. Percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero (lesões de alto grau - NIC II e NIC III)



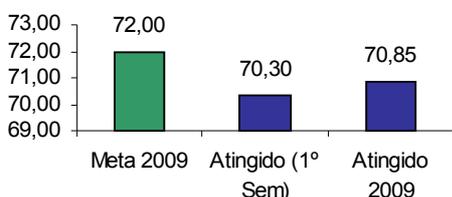
8. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados



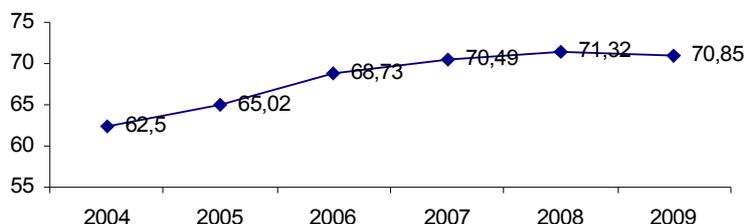
8. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados



32. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal



32. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal



Análises e Comentários

A meta do Indicador 3, razão de exames citopatológicos, não foi atingida por falhas na captação de mulheres para a coleta nas consultas ginecológicas. Entendemos que esta ação depende de um processo educativo para o qual pretendemos empreender esforços junto às UBSs, sensibilizando e motivando profissionais e mulheres para aumentar a cobertura de coletas.

Em relação à descentralização do SISMAMA, foi enviado ofício ao DA para fornecer equipamentos de informática que atendam o sistema XP, visto que os sistemas só funcionam neste programa.

Pretende-se promover oficinas de assistência em nível secundário do diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo do útero, através de parcerias técnicas com o INCA e o INCOLO - HCPA; com vistas a redução da incidência e mortalidade por câncer de colo do útero. Solicitar a colaboração técnica referente a agilização dos diagnósticos de cito e anatomopatológicos do colo do útero e estabelecer o controle de qualidade dos resultados, bem como, cobrar o fluxo adequado do seguimento para a CRS's e Saúde da Mulher/DAS/SES/RS.

O controle de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero são realizados através da releitura de 10% do volume destes exames realizados por mês. Elencam-se os casos de positividade de CP associando-se a resultados negativos até completar os 10% acima citados.

Quanto à investigação de óbitos maternos, será realizado o levantamento das Coordenadorias Regionais inadimplentes e abordada a problemática.

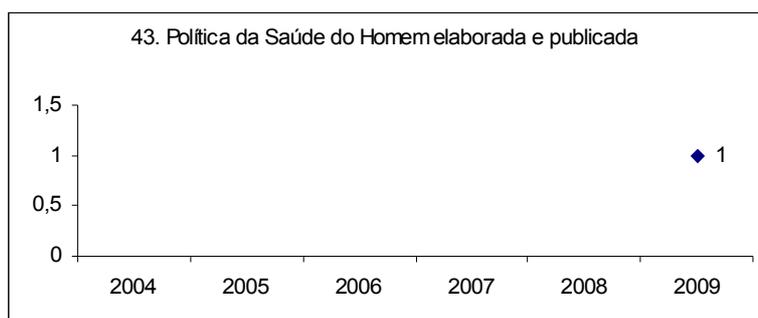
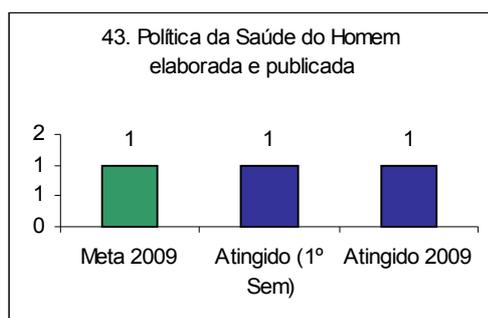
Até dezembro de 2009 foram implantadas 49 casas da gestante com disponibilização de 339 leitos, em 17 CRSs. Em algumas casas, há necessidade de uma melhor adequação aos requisitos preconizados pela Portaria 396/2008. Pretende-se manter a avaliação e monitorização através de uma planilha de controle mensal que avalia a taxa de ocupação e os requisitos da portaria supra citada para 2010.

6.13. Política Estadual de Saúde do Homem

Objetivos (PES): 1 - Formular, implantar e implementar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, de forma integrada às demais políticas existentes, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
<p>Criar o Grupo de Trabalho inter setorial, interdisciplinar, multidisciplinar, interinstitucional e representantes da sociedade civil organizada para a elaboração da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, até o final de 2009.</p>	<p>Conforme a meta proposta, foi constituído um grupo técnico de trabalho coordenado pela direção do DAS, composto de profissionais do Gabinete deste departamento e dos seguintes setores: Saúde do Idoso, Monitoramento e Avaliação, DST/AIDS, Planejamento, bem como do Programa de Prevenção a Violência, do NVDANT/CEVS, do DANTS/CEVS, e contando também, com a participação da Coordenação Municipal da Saúde do Homem de Porto Alegre. O grupo trabalhou desde os meados de 05/2009 até 10/2009. Em 18 e 19/08/2009, no auditório do Ministério Público Estadual, na cidade de Porto Alegre-RS, foi realizado o "Seminário Estadual Sobre a Atenção Integral a Saúde do Homem - Oficina de Construção da Política Estadual" em que se fizeram representar e participaram diversas instituições públicas, sociedade médica, universidades e outras representativas da sociedade civil, que contribuíram de forma significativa para a construção e validação da Política Estadual de Atenção Integral a Saúde do Homem.</p>
<p>Disponibilizar recursos humanos, materiais e financeiros, bem como área física na SES, para a implantação da política no RS até final de 2009.</p>	<p>Para que esta meta fosse atingida o DAS/SES disponibilizou área física (uma sala), recursos de expediente e de informática, bem como recursos humanos.</p>
<p>Formular a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, com aprovação do Conselho Estadual de Saúde e Comissão Intergestora Bipartite até o final de 2009.</p>	<p>A Política Estadual de Atenção Integral a Saúde do Homem foi aprovada na CIB na data de 21 de outubro de 2009, Resolução 197/09-CIB/RS. Na data de 10/12/2009 foi apresentada ao Conselho Estadual de Saúde, em Reunião Plenária Ordinária, tendo sido aprovada na Reunião Plenária Ordinária do dia 25/02/2010, na forma da Resolução CES/RS nº 01/2010.</p>
<p>Realizar evento para o lançamento da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem no segundo semestre de 2009.</p>	<p>Não realizado em função da Política de Atenção Integral a Saúde do Homem ter sido concluída e apresentada ao Conselho Estadual de Saúde apenas no mês de 12/2009.</p>

Indicadores Pactuados



Análises e Comentários

Até 2008, não existia um projeto no Rio Grande do Sul de uma política específica para a população masculina. Assim, a grande meta do ano de 2009 foi a construção de uma política estadual, através da criação do GT e da realização do seminário. Isto possibilitou a aprovação da Política de Atenção Integral a Saúde do Homem pelo CES em janeiro de 2010. As demais metas propostas no PES deverão ser atingidas conforme a Programação Anual de Saúde dos próximos anos.

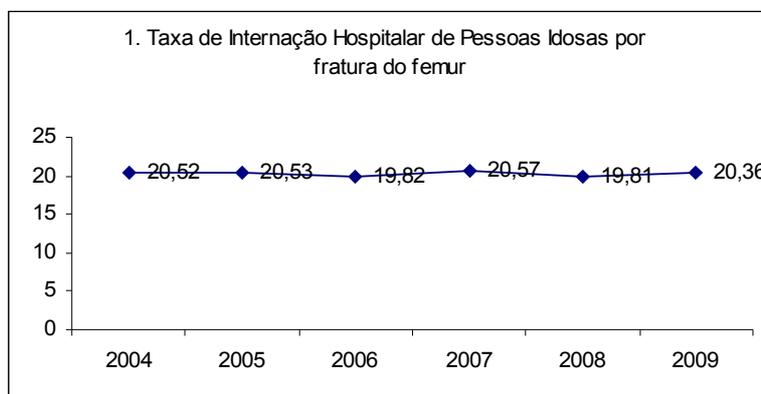
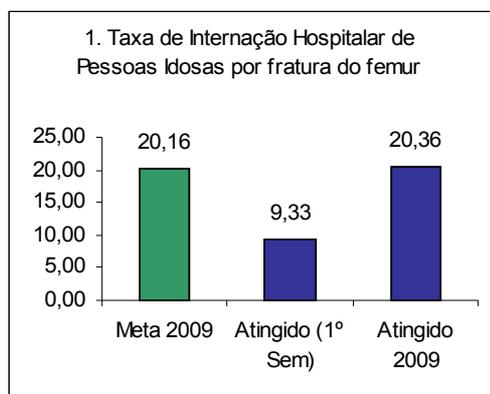
6.14. Política Estadual de Saúde do Idoso

- Objetivos (PES):**
- 1 - Garantir a Atenção Integral à Saúde das pessoas com 60 anos e mais, promovendo o envelhecimento ativo e saudável através da manutenção da capacidade funcional, da autonomia, da inserção na família e na comunidade.
 - 2 - Prover os meios e os recursos para viabilizar a implementação de políticas públicas de atenção integral, integrada, bem como a qualidade de vida da pessoa idosa.
 - 3 - Estabelecer instrumentos de monitoramento e avaliação para o acompanhamento do impacto das ações na implementação da política do idoso.
 - 4 - Estabelecer mecanismos de promoção da educação continuada e a qualificação dos profissionais de saúde do SUS e cuidadores na área do envelhecimento.
 - 5 - Estimular o desenvolvimento de pesquisas na área do envelhecimento e atenção à saúde da pessoa idosa, subsidiando as políticas públicas mais efetivas na área.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Aumentar em 5% o número de grupos de idosos e de atividades educativas nas comunidades na população coberta pela ESF.	Os grupos de idosos estão ocorrendo em diversas comunidades através do Programa RS Amigo do Idoso, e não apenas naquelas cobertas pela ESF.
Aumentar em 10% os procedimentos de enfermagem, consultas e reconsultas de todos os profissionais que atuam na Atenção Básica para a população idosa.	Continua o mesmo percentual de atendimento.
Implantar Programa de Prevenção de quedas, fraturas e osteoporose em 100% dos municípios que integram o Projeto RS Amigo do Idoso.	Foi implantado no 2º semestre de 2008.
Ampliar o Projeto RS Amigo do Idoso de 15 para 195 municípios.	Em fase de implantação dos 15 municípios. Em 2009, outros 151 municípios manifestaram interesse em aderir ao Projeto Rs Amigo do Idoso.
Realizar um Curso de Especialização em Envelhecimento Ativo para profissionais de nível superior que atuam na rede de Atenção Básica do SUS.	O Curso Especialização em Envelhecimento Ativo foi todo elaborado, saindo a primeira turma em Abril de 2010.
Realizar curso de formação de cuidadores de idosos em domicílio e instituições de longa permanência, prioritariamente em 100% dos municípios que integram o Projeto RS Amigo do Idoso.	Realizou-se o primeiro Curso de cuidadores, no município de Porto Alegre, na Escola de Saúde Pública, em dezembro de 2009, com 35 participantes.
Imprimir material educativo abordando temas relativos à direitos humanos, sociais e saúde das pessoas idosas para distribuição a 100% das população idosa.	Foram impressos folders sobre a Doença de Alzheimer (10.000), Violência contra a Pessoa Idosa (1.000), Cartilha das IRAS (10.000), Estatuto do Idoso (800), Imã de Telefones Úteis para Denúncia Contra Violência ao Idoso (10.000).

Realizar a pesquisa sobre o Perfil do Idoso do Estado do Rio Grande do Sul, com financiamento do Projeto RS Amigo do Idoso.	O projeto da pesquisa sobre o perfil do idoso começou em novembro de 2009.
Vacinar, anualmente, 80% da população Idosa dos 496 municípios do estado contra a Influenza.	Em 2009, atingiu-se a taxa de 79,4%.
Outras realizações.	Feira do Livro, parcerias com: ABRAZ, APARS, GRUPO VIVA, AGATEF, UFRGS, HOSPITAL de CLINICAS.

Indicadores Pactuados



Análises e Comentários

Analisando o gráfico acima, observa-se que a Taxa de internação manteve-se estável no transcorrer deste ano.

6.15. Política Estadual de Saúde da População Negra

- Objetivos (PES):**
- 1 - Formular, implantar e implementar a Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra no Estado do Rio Grande do Sul.
 - 2 - Melhorar a qualidade da informação produzida em saúde (coleta, processamento e análise) com relação ao quesito cor (branco, preto, pardo, amarelo e indígena), conforme o estabelecido pelo IBGE.
 - 3 - Implementar a política de atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias.

- 4 - Identificar as práticas culturais de matriz africana e de benzedeadas na promoção da saúde.
- 5 - Sensibilizar a população para as temáticas relacionadas à saúde da população negra.
- 6 - Desenvolver estratégias para qualificar a atenção à saúde das populações remanescentes de quilombos.
- 7 - Capacitar e promover educação permanente em hemoglobinopatias (prevenção, diagnóstico e tratamento da doença e do traço falciforme) para os trabalhadores em saúde.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Criar Grupo de Trabalho intersetorial, interdisciplinar, multidisciplinar e interinstitucional, com representantes da sociedade civil organizada, para elaboração da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PEISPAN), até agosto de 2009.	Através da portaria Nº491/2009, foi instituído o Grupo de Trabalho intersetorial, interdisciplinar, multidisciplinar e interinstitucional para a elaboração da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PEISPAN), publicada no dia 20/11/2009 e o referido GT foi empossado em 10/12/2009.
Formular a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PEISPAN) até o final de 2009.	A partir da criação do GT foram iniciadas reuniões para discutir a elaboração do conteúdo da referida Política, tendo como base Portaria GM/MS nº 922, de 13 de maio de 2009, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
Disponibilizar recursos humanos, materiais e financeiros, bem como área física na SES, para a implantação da política no RS até 2011.	Foi disponibilizado recurso humano, recursos materiais e inclusão no Plano Estadual de Saúde 2009-2011 e também no planejamento do orçamento DAS/ 2010.

Análises e Comentários

No ano de 2009 houve um grande avanço na implantação e implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra (1) com a inclusão dos objetivos propostos dentro da política pelo GT no PES 2009-2011, (2) com a inclusão dentro do Programa: Atenção Integral Saúde projeto/atividade 6254-DAS no orçamento para 2010, possibilitando a execução das ações propostas no PES e garantida na construção da PAS 2010.

6.16. Política Estadual de Saúde Indígena

- Objetivos (PES):** 1 - Formular a Política Estadual de Saúde Indígena no Rio Grande do Sul.
2 - Reduzir as desigualdades e iniquidades na atenção integral à saúde indígena no estado.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
----------------------	------------------

Formalizar a implantação de setor específico para atenção à saúde indígena no Departamento de Ações em Saúde/SES, com representantes nas CRS, até o final de 2010.	A realizar. Iniciou-se a construção do setor.
Repassar mensalmente 100% do incentivo financeiro estadual específico aos municípios que contam com Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI).	O repasse foi efetivado, sendo repassado de forma contínua para 23 ESFI e 17 ESBI.
Participar de todas as atividades propostas pelo Conselho Estadual dos Povos Indígenas – CEPI e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.	O setor está em estruturação.
Elaborar e executar capacitações para os profissionais que atuam junto às populações indígenas, planejadas anualmente em conjunto com a Funasa-CORE/RS, em áreas e temas definidos a partir da análise dos dados disponíveis.	Foram realizadas 3 capacitações envolvendo 20 pessoas por evento, com duração de uma semana cujo tema foi AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), focado para Saúde da Criança Indígena.
Pactuar com a FUNASA, e aprovar na Comissão Intergestores Bipartite, fluxo de informações sobre saúde da população indígena estadual, de acordo com a Portaria GM/MS 2.656, de 17 de outubro de 2007, a partir de agosto de 2009.	A ser realizado, inclusive porque a FUNASA está em transição e a orientação do Ministério da Saúde é para que se aguarde para implantar a Portaria.

Análises e Comentários

Varias metas propostas para 2009 foram reprogramadas para serem executadas em 2010 seguindo uma readequação nacional da Política da Saúde Indígena.

Ao mês são repassados R\$ 92.000,00 para Equipes de Saúde Indígena e R\$ 8.500,00 para Equipes de Saúde Bucal Indígena, totalizando R\$ 100.500,00 ao mês e R\$ 1.206.000,00 anuais. Estes valores compõem o "Total de Recursos Executados" pela Estratégia de Saúde da Família em 2009 (ver Saúde da Família, deste documento).

6.17. Política Estadual de Atenção a Saúde Prisional

- Objetivos (PES):**
- 1 - Desenvolver e implantar ações de saúde para a população prisional.
 - 2 - Fortalecer a política estadual relativa ao enfrentamento do HIV/aids e co-infecções tuberculose e hepatites virais junto à população do sistema prisional no contexto do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.
 - 3 - Organizar e capacitar as Equipes Prisionais de Saúde em parceria com a SUSEPE.

4 - Executar ações de Saúde, pactuadas ou não na Assistência da População Prisional.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Implementar 32 Equipes de Saúde Prisional até 2010, repercutindo no atendimento de saúde de 16.000 apenados.(Projeto Estruturante - RECOMEÇAR).	Foram implementadas mais 03 equipes de saúde prisional em 2009: 01 em São Luiz Gonzaga, 01 em Santa Rosa e 01 em Osório, totalizando 08 equipes no Estado.
Realizar tratamento em 100% da População prisional em DST/Aids.	Ação realizada pela Seção de DST/AIDS em parceria com a SUSEPE, com garantia de acesso ao tratamento.
Organizar seminários mensais itinerantes abordando temas de interesse das equipes de saúde.	Previsto para setembro de 2010.
Outras realizações.	Efetuada convênio com Hospital Vila Nova de Porto Alegre (31 leitos) e Hospital de Charqueadas (20 leitos) destinando-se para cada instituição o valor de R\$ 500.000,00 mil reais para construção de ala hospitalar exclusiva para atendimento de média e alta complexidade à população apenado do RS. Em 2009 a SES capacitou Técnicos em Saúde da SUSEPE, sobre os seguintes temas: <ul style="list-style-type: none"> - Teste rápido do HIV; - Aconselhamento Pré e Pós-teste do HIV; - Imunizações; - Tuberculose (uso da nova medicação preconizada pelo Ministério da Saúde).

Análises e Comentários

A equipe do Projeto Estruturante RECOMEÇAR ao longo de 2009 visitou inúmeros gestores municipais, sensibilizando-os para a adesão à Portaria Interministerial Nº 1.777/2003. Os municípios possuem dificuldade na forma de contratação dos profissionais e questionam o aumento de recursos financeiros federais e estaduais para manutenção das equipes. Vários presídios não apresentam condições para liberação do alvará da Vigilância Sanitária, requisito necessário para a qualificação da unidade de saúde prisional.

6.18. Política Estadual de Humanização

Objetivos (PES): 1 - Interagir com as instâncias da Rede do SUS, articulando as ações de humanização, co-responsabilizando todos os atores envolvidos visando a consolidar o SUS como direito universal à saúde com qualidade.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
----------------------	------------------

Incluir o debate sobre a Humanização nas Conferências Municipais e Estadual de Saúde.

Encontro Estadual de Humanização e I Encontro dos Apoiadores Institucionais da PNH-RS (25 e 26 de Junho de 2009 – FIERGS): contou com 340 inscritos e exposição de 141 trabalhos em formato de Pôster, referentes à intervenções, relatos e experiências a respeito da PNH/RS. Promoveu a expansão e consolidação da PNH/RS, aproximando as atividades que ocorrem no Estado do Rio Grande do Sul, sendo um espaço coletivo de trocas e experiências do “SUS que dá Certo”.

I Encontro Macrometropolitano em São Leopoldo (23 e 24 de Abril de 2009): Sensibilização de gestores, trabalhadores, docentes e estudantes da área da saúde, aprofundamento teórico-conceitual das ferramentas da PNH, integração da rede de atenção do SUS no que tange às ações e projetos de humanização da atenção e gestão e divulgação e socialização dos trabalhos em desenvolvimento na região. Total de 262 pessoas inscritas.

Seminário de Humanização da Saúde de Canoas (26 de Novembro de 2009): PNH entrou na agenda de prioridades da Secretaria Municipal de Saúde, participação intensa de gestores, trabalhadores do SUS, confirmado pelo gestor a criação da Lei Municipal criando o Comitê Municipal de Humanização e articulação dos GTH's por UBS's. Número estimado de participantes: 380.

III Encontro Macro Regional Norte (Erechim - 22 de Abril de 2009): Socialização e consolidação das práticas desenvolvidas na região em relação às propostas da PNH e ampliação das problematizações para além da Macro Regional Norte. Contou com 200 inscritos.

Seminário Regional de Humanização: A Transversalidade da Humanização na rede de Saúde (Caxias do Sul – 08 de Maio de 2009): Divulgação das experiências de Humanização desenvolvidas na região, discussão e aprofundamentos teórico e metodológico da PNH, articulação intersetorial com a faculdade da Serra Gaúcha

Encontro Municipal de Humanização em Sapiranga (23 de Setembro de 2009): Articulação do Comitê Municipal de Humanização, sensibilização dos trabalhadores da Saúde para adesão a PNH/RS, participação e comprometimento dos trabalhadores e gestores municipais em relação a PNH em Sapiranga e ação da rede Intermunicipal com participação dos municípios de Canoas, Esteio e Porto alegre no evento.

Outras realizações.

Assessoria às CRS's: Acompanhamento, estimulação e suporte a rede da PNH-RS nas regiões, de modo a potencializar as ações nas instâncias municipais e estaduais, reativando Cês Municipais e Regionais e criação/reativação dos Comitês Municipais de Humanização e Grupos de Trabalho em Humanização e eventos realizados pelos mesmos. Articulação entre as políticas, principalmente com a Política de Educação Permanente, através do CIES.

Curso de Especialização de Humanização na Atenção e Gestão do SUS em parceria com a UFRGS: Formação de 102 Apoiadores Institucionais que desencadearam diferentes projetos de intervenção a partir dos dispositivos e ferramentas da Política Nacional de Humanização, nos diferentes serviços da rede de atenção do SUS e na rede intersetorial.

Exposição Fotográfica Transversalidades com o apoio da Secretaria da Cultura, Museu de Arte Contemporânea/RS, de 09 de Junho de 2009 à 28 de Junho de 2009 (Artista: Ruth Sousa, Curadora: Ana Lúcia Mandelli de Marsillac): ação transversal (cultura e saúde) na qualificação e aprimoramento do papel social do Estado. Colocou em prática os princípios da Política Nacional de Humanização: Promoção de saúde/Produção de sujeitos, transversalidade. Contou com aproximadamente 500 visitantes. Destaque nacional às inovações práticas da Coordenação Estadual da PNH/RS-ESP/SES/RS e Estimulou a transdisciplinariedade.

Reestruturação do site da PNH-RS: Maior organização das informações referentes a Política Humanização no RS.

Articulação com a SES: Mobilização de diferentes setores referentes às propostas da Humanização como estratégia de mudanças e integração institucional e construção de uma pauta de discussão e proposição quanto aos processo de trabalho, de comunicação e ambiência.

Participação no Projeto "Funcionários ESP": Comprimento de uma agenda de reuniões na qual foram pontuadas questões referentes alguns fluxos de comunicação e trabalho que conseguiram manter a contratualidade do projeto.

Articulação com Universidade Internacional do Movimento da Saúde dos Povos: Encaminhamento e aprovação do projeto de pesquisa sobre "Mobilização Comunitária pela Luta à Saúde na Atenção Primária", no comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e cde dados do projeto piloto.

Curso de qualificação: Prevenção e Promoção de Saúde na Assistência Social: Instrumentalização dos participantes sobre os dispositivos da PNH, como por exemplo tem redes, acolhimento, clínica ampliada, possibilidades da rede de atendimento às demandas e características da rede de serviço que atendem bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos, co-gestão, saúde do trabalhador e ambiência. Grande interesse por parte do público em realizar seus projetos de intervenção a partir dos dispositivos da Humanização.

Análises e Comentários

Encontro Estadual de Humanização e I Encontro dos Apoiadores Institucionais da PNH-RS (25 e 26 de Junho de 2009 – FIERGS): ORGANIZAÇÃO PRÉVIA - Dificuldades frente à burocracia do Estado (prazos, formato das solicitações); Foi positiva a integração que ocorreu entre vários setores da Escola de Saúde Pública (Humanização, Comunicação, Financeiro, Direção, Residência, Apoio) na efetivação deste evento; Avalia-se como positiva as reflexões geradas pelo Comitê Estadual de Humanização na organização do Encontro. Este fato gerou reflexos na organização do evento e na condução da implantação da PNH/RS. O EVENTO: Sobrecarga de trabalho no credenciamento e recepção dos

posteriores, ainda que tenhamos contado com o auxílio dos colegas do CEVS e DA; Foi fundamental a colaboração, nos trâmites administrativos (recepção, credenciamento, informações), dos colegas do CEVS e DA; O número de participantes foi abaixo do esperado. Ainda mais reduzido foi o número de participantes que estiveram presentes nos dois dias; Participantes elogiaram o espaço de encontro e reflexões proporcionados, auxiliando no fortalecimento das redes regionais e da transversalização da PNH/RS; Escolha dos palestrantes e das temáticas foi avaliada como muito positiva, conferindo qualidade e aprofundamento nas discussões; Alguns participantes avaliaram negativamente os atrasos das mesas, gerando redução no tempo de debate; maioria dos participantes era proveniente de Porto Alegre (122), Canoas, em segundo lugar, com 14 participantes, seguido por Nova Ramada com 11.

I Encontro Macrometropolitano em São Leopoldo (23 e 24 de Abril de 2009): A participação e aproximação com Lama Padma Samten foi bastante profícua, expandindo a possibilidade de pensar-agir saúde de forma holística na perspectiva da integralidade. Na parceria estabelecida com a Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo poderia ter havido maior sintonia com a equipe organizadora.

Seminário de Humanização da Saúde de Canoas (26 de Novembro de 2009): Importante envolvimento da Prefeitura de Canoas no evento com apoio e valorização do Prefeito em relação às propostas da Política de Humanização; Excelente organização e entusiasmo dos trabalhadores envolvidos; Número de participantes do evento acima do esperado.

III Encontro Macro Regional Norte (Erechim - 22 de Abril de 2009): Troca de experiências e aprofundamento das questões relativas às práticas de saúde no contexto da Humanização; O ponto negativo foi o tempo curto para a grande quantidade de questões levantada pelo público

Seminário Regional de Humanização: A Transversalidade da Humanização na rede de Saúde (Caxias do Sul – 08 de Maio de 2009): Fortalecimento e institucionalização da Política de Humanização no âmbito da 5ª CRS e da rede atenção a saúde de diferentes municípios da região.

Encontro Municipal de Humanização em Sapiranga (23 de Setembro de 2009): Organização do evento com avaliação positiva; Divulgação da PNH nos meios de comunicação locais; Mobilização de diferentes segmentos e órgãos para efetiva participação no Comitê Municipal de Humanização.

Assessoria às CRS's: Em grande parte das regionais a assessoria técnica atingiu os objetivos propostos e fomentou a construção de redes de diferentes serviços, entretanto em algumas CRS, tivemos dificuldades de articular devido desinteresse, desmotivação da CRS e/ou problemas internos da regional.

Curso de Especialização de Humanização na Atenção e Gestão do SUS em parceria com a UFRGS: Descentralização e consolidação da Política de Humanização no RS.

Exposição Fotográfica Transversalidades com o apoio da Secretaria da Cultura, Museu de Arte Contemporânea/RS, de 09 de Junho de 2009 à 28 de Junho de 2009 (Artista: Ruth Sousa, Curadora: Ana Lúcia Mandelli de Marsillac): Positiva, divulgando os princípios da PNH/RS e colocando-os em prática através de estratégia transdisciplinar.

Reestruturação do site da PNH-RS: Rede limitada; Falta de suporte de melhor qualidade e um profissional que tenha mais propriedade e habilidade para manutenção da atualização do conteúdo no site.

Articulação com a SES: As iniciativas foram importantes, porém limitadas frente a necessidade de mudanças e a conjuntura atual.

Participação no Projeto "Funcionários ESP": Caminhada lenta no que se refere a construção de diretrizes de trabalho em saúde (SUS, Saúde do Trabalhador, Humanização e Redução de Danos); Restrita apropriação do espaço continuado de discussão e organização dos processos de trabalho pelos trabalhadores e direção da ESP.

Articulação com Universidade Internacional do Movimento da Saúde dos Povos: Processo de aprendizagem rico e oportunidade de interlocução e fortalecimento do controle social.

Curso de qualificação: Prevenção e Promoção de Saúde na Assistência Social: Construção de conhecimentos sobre o tema da Humanização, articulação dos mesmos na prática profissional e no contexto em que é desenvolvida sua aplicação nos serviços, através de um projeto de intervenção; Espaço para a interdisciplinariedade e transversalidade.

6.19. Política Estadual de Prevenção da Violência

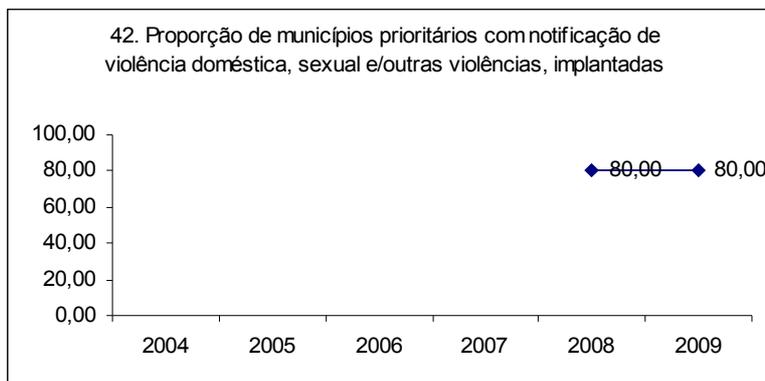
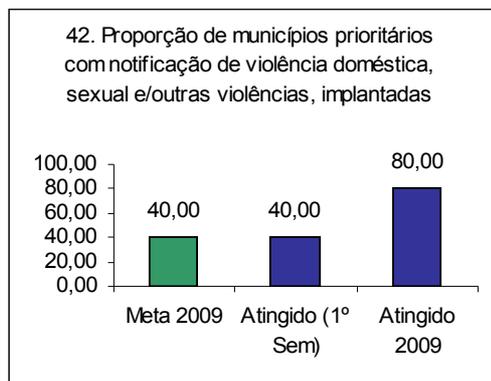
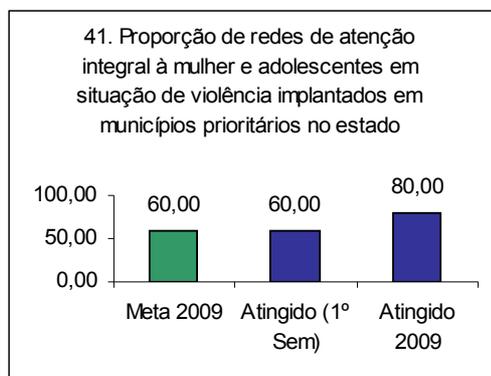
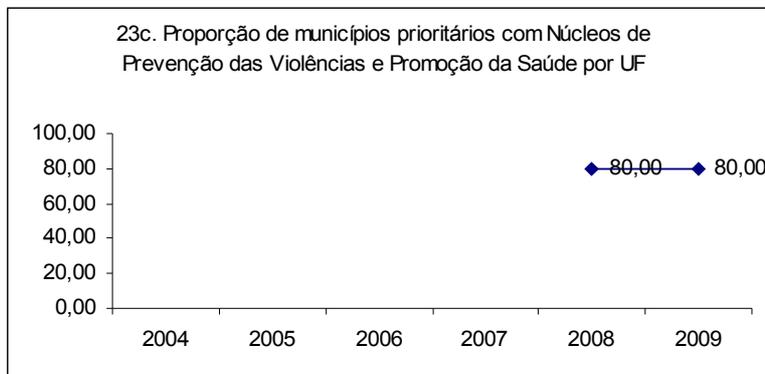
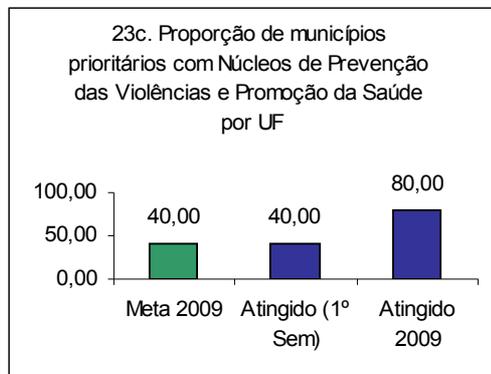
- Objetivos (PES):**
- 1 - Incentivar ações de prevenção às violências, de caráter intra e intersetorial e organizado de forma horizontal, de base comunitária, especialmente na Estratégia Saúde da Família.
 - 2 - Diagnosticar a situação atual e elaborar planos de ação de prevenção à violência, construídos com as comunidades, nos municípios com maior prevalência de situações de violências.
 - 3 - Realizar ações preventivas de prevenção à violência e articular redes regionalizadas de prevenção à violência.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Implantar o Programa de Prevenção à Violência nos 50 municípios prioritários.	92% (46 municípios) com o programa implantado, conforme termo de adesão assinado. São os municípios: Alegrete, Alvorada, Bagé, Bento Gonçalves, Cachoeira do Sul, Cachoeirinha, Camaquã, Candelária, Canguçu, Canoas, Carazinho, Caxias do Sul, Charqueadas, Cruz Alta, Eldorado do Sul, Erechim, Esteio, Estrela, Farroupilha, Ijuí, Lajeado, Montenegro, Novo Hamburgo, Parobé, Passo Fundo, Pelotas, Pinhal, Porto Alegre, Rio Grande, Rosário do Sul, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santa Rosa, Santana do Livramento, Santiago, Santo Ângelo, São Borja, São Lourenço do Sul, São Luiz Gonzaga, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Soledade, Taquara, Torres, Vacaria, Venâncio Aires.
Construir 70% dos diagnósticos dos 50 municípios com adesão ao Programa de Prevenção à Violência.	59% (27 municípios) dos diagnósticos concluídos, dos seguintes municípios: Alegrete, Alvorada, Bento Gonçalves, Cachoeira do Sul, Camaquã, Canguçu, Carazinho, Caxias do Sul, Eldorado do Sul, Erechim, Esteio, Farroupilha, Lajeado, Montenegro, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Rosário do Sul, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santana do Livramento, Santiago, Santo Ângelo, São Borja, São Luiz Gonzaga, Soledade, Taquara, Torres, Venâncio Aires.
Construção de planos de ação nos municípios com adesão ao Programa de Prevenção à Violência.	37% (17 municípios) com seu plano de ação em andamento: Alvorada, Camaquã, Canoas, Caxias do Sul, Esteio, Montenegro, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santana do Livramento, Santiago, Santo Ângelo, São Luiz Gonzaga, Torres
Implantar comitês municipais de prevenção à violência em todos os municípios com adesão ao Programa de Prevenção à Violência.	67% (31 municípios) com os comitês de prevenção da violência em funcionamento: Alegrete, Alvorada, Bento Gonçalves, Cachoeira do Sul, Camaquã, Canguçu, Carazinho, Caxias do Sul, Eldorado do Sul, Erechim, Esteio, Farroupilha, Lajeado, Montenegro, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Rosário do Sul, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santana do Livramento, Santiago, Santo Ângelo, São Borja, São Luiz Gonzaga, Soledade, Taquara, Torres, Venâncio Aires.
Reduzir em 5% a taxa de mortalidade por homicídios nos 50 municípios prioritários.	Dados em apuração conjunta entre o Programa de Prevenção da Violência e a Secretaria de Segurança Pública – SSP.
Reduzir em 5% a taxa de mortalidade por suicídio nos 50 municípios prioritários.	Dados em apuração conjunta entre o Programa de Prevenção da Violência e a Secretaria de Segurança Pública – SSP.
Reduzir em 5% a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito nos 50 municípios prioritários.	Dados em apuração conjunta entre o Programa de Prevenção da Violência e a Secretaria de Segurança Pública – SSP.

Outras realizações.

Mais de 8.000 servidores e integrantes da comunidade capacitados nos conceitos do Programa de Prevenção da Violência, 100 representações em eventos e ações de planejamento nas instituições integrantes da rede de prevenção da violência.

Indicadores Pactuados



Análises e Comentários

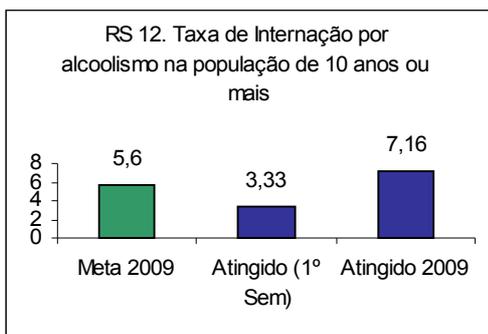
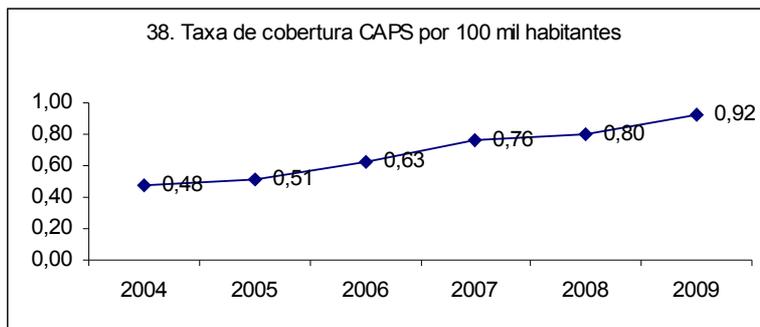
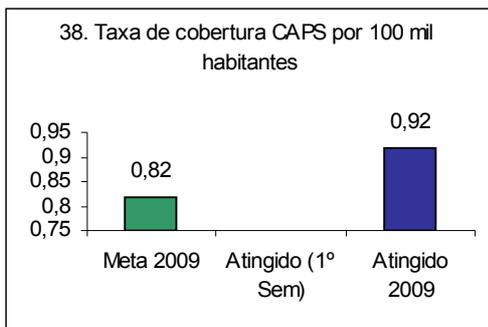
No ano de 2009, mais 23 municípios aderiram ao PPV. As capacitações realizadas pelo programa, abordando diversos temas relacionados a prevenção da violência, capacitaram mais de 3000 técnicos municipais e estaduais. Foi atingida a marca de 40 Equipes de Saúde da Família atuando em áreas PPV. Para os municípios com altos índices de suicídios, foi firmado o Projeto de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde, CEVS, Dants e o PPV. A portaria nº 445 de 2009 garante a atuação das equipes socioeducativas de saúde, assim como suas atribuições e critérios, voltados para o atendimento de famílias cujos jovens e adolescentes estejam cumprindo medidas socioeducativas de regime aberto. Neste ano, também é formalizada as Diretrizes do Crack, prevendo uma atuação integrada entre as Equipes de Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial, os Leitos Alcool e Drogas em Hospitais Gerais, assim como os convênios junto às Comunidades Terapêuticas.

6.20. Política Estadual de Saúde Mental

Objetivos (PES): 1 - Fortalecer a implementação da Reforma Psiquiátrica no Estado, avançando na substituição gradual de leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede efetiva de serviços de atenção integral à Saúde Mental.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Realizar 06 encontros/ano envolvendo as demais macroregionais de saúde para consolidar a capacidade técnica na atenção aos portadores de transtornos de álcool e drogas, em parceria com a Escola de Saúde Pública.	Já se realizou dos 06 encontros, apenas 02, da Macro Missioneira e da Macro Vales, sendo organizado para o final de junho outro encontro e os demais no ano de 2011.
Implantar 15 CAPS nas modalidades "I" e "AD" em regiões prioritárias.	No ano de 2009 foram implantados 16 CAPS, sendo 8 do Tipo I e 8 do Tipo AD.
Aumentar em 10%, a cada ano, o número de hospitais gerais que realizam internação por álcool e drogas em leito clínico.	A meta foi alcançada, uma vez que se buscou aumentar em 10% no ano de 2009 e conseguiu-se aumentar 14,45%.
Ampliar para 160 o número de CAPS no Rio Grande do Sul, condicionado ao financiamento federal.	No ano de 2009 contamos com 129 CAPS cadastrados junto ao MS tendo sido 9 deles cadastrados neste ano.
Acompanhar, qualificar e regular os 6 Hospitais Psiquiátricos do Rio Grande do Sul.	Construída proposta de regulação estadual de saúde mental em parceria com o DAHA/Regulação e protocolo técnico.
Implantar 03 novos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).	Foram implantados 02 SRT de gestão público/privado no município de Canoas.
Outras realizações.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Organização e realização do VII Encontro Estadual de Saúde Mental II de SRT, Atenção Básica e I de Saúde Mental e Prevenção da Violência 2) Realizado 3 Fóruns com as Coordenações Regionais de Saúde Mental 3) Organização e Realização do Curso de Saúde Mental em Hospital geral 4) Organização e Realização do Curso de Acompanhante Terapêutico – IV edição, em parceria com a ESP/RS 5) Participação no GT do IPF 6) Participação na Escola de Supervisores de Saúde Mental – parceria ESP/RS 7) Participação no Mental Tchê – 5ª edição 8) Participação no Programa Verão Legal 9) Realização de oficina de planejamento das ações de saúde mental para 2010 10) Contratação de 21 Comunidades Terapêuticas para o atendimento em álcool e outras drogas, em especial o crack 11) Supervisão e local de estágio da Residência Integrada em Saúde da ESP/RS – Ênfase de gestão e formação em saúde Mental -R3 e Residência Integrada em Saúde GHC – Ênfase em Saúde Mental - R2

Indicadores Pactuados



Análises e Comentários

O indicador 38 da taxa de cobertura de CAPS foi alcançado, eis que a meta para 2009 era 0,82 e alcançamos 0,92. O Ministério da Saúde entende que 0,75 é uma meta considerável ótima. Até o presente momento, já atingimos 0,95 no ano de 2010. Quanto ao indicador da Taxa de Internação por alcoolismo na população de 10 anos ou mais, não atingimos a meta uma vez que a oferta de leitos em Hospitais Gerais foi maior que o esperado. Tivemos também a oferta de vagas em Comunidades Terapêuticas a partir da contratação de 22 entidades com o Estado. Fizemos a realização do Encontro Estadual de Saúde Mental e dos Cursos de Saúde Mental em Hospital Geral e de Acompanhante Terapêutico possibilitaram a capacitação de 1900 profissionais refletindo num atendimento mais qualificado e resolutivo na área de saúde mental.

A contratação de 361 vagas em comunidades terapêuticas permitiu a ampliação de oferta de atendimento em dependência química, em especial o crack, em 15 Coordenadorias Regionais de Saúde. Destas vagas 230 são para Adultos Masculinos, 65 para Adolescentes Masculino, 56 para Adulto Feminino e 10 para Adolescentes Feminino.

A ampliação de 13 novos serviços do Tipo CAPS (cadastrados no MS) ampliou o atendimento em saúde mental nas seguintes Coordenadorias Regionais de Saúde: 1ª, 2ª, 3ª, 6ª, 9ª, 10ª, 13ª, 16ª e 19ª.

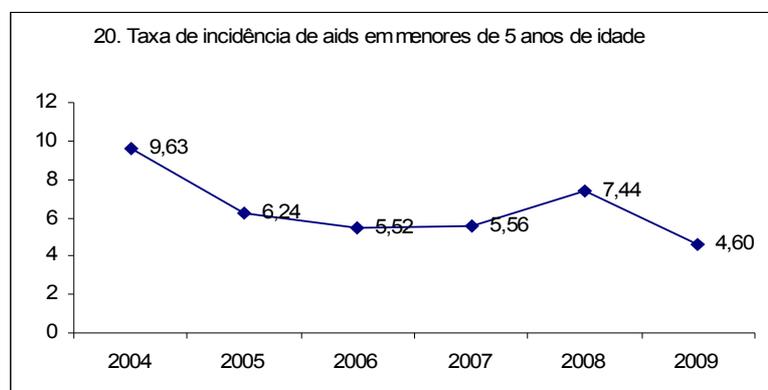
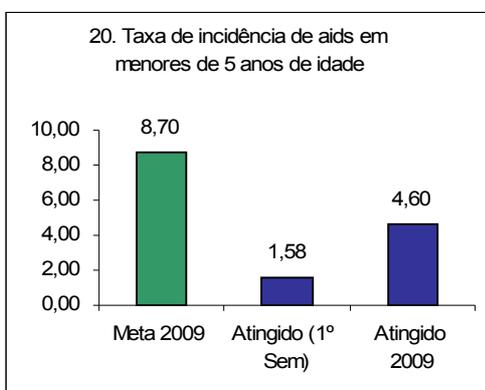
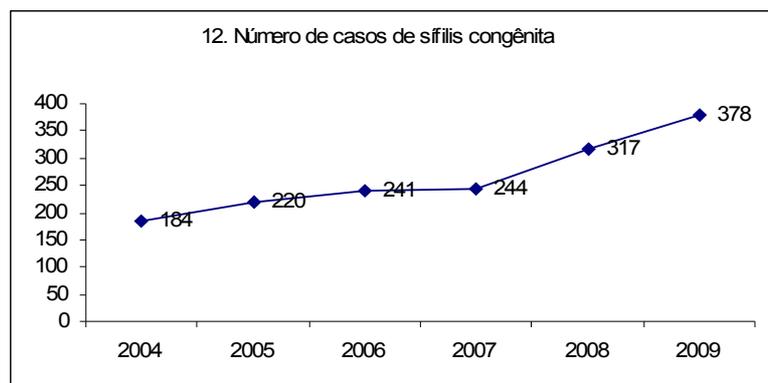
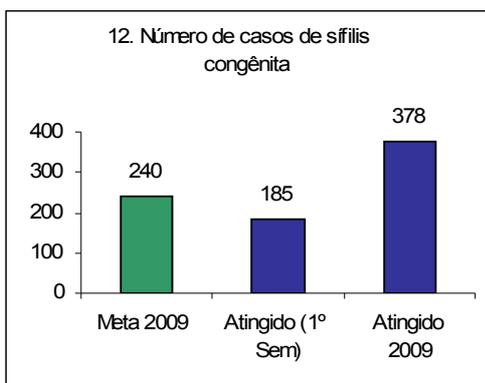
6.21. Política Estadual para DST/AIDS

Objetivos (PES): 1 - Promover o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS e outras DST, com vistas à redução da incidência destes agravos na população, através da implementação de políticas públicas voltadas à prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde individual e coletiva no Estado do Rio Grande do Sul.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Ampliar as ações da Política de HIV/AIDS e outras DST para 100% do RS.	No ano de 2009, foi constituído um grupo de trabalho para formulação da Política Estadual de Atenção Integral às DST/HIV/Aids, que foi encaminhada para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Conselho Estadual de Saúde (CES); foram realizadas capacitações em diversas áreas para regionais de saúde com a meta de assessorar no desenvolvimento de ações em DST/HIV/AIDS em seus municípios de abrangência, que não possuem financiamento específico para essas ações.
Ampliar a rede diagnóstica disponível para HIV e outras DST.	No ano de 2009 não houve ampliação da rede diagnóstica para HIV e outras DST, está sendo avaliada a capacidade da rede laboratorial a fim de redistribuição de serviços, principalmente na região metropolitana.
Reduzir os casos de sífilis congênita a menos de 1 caso por 1.000 nascidos vivos.	Estamos monitorando os casos através dos relatórios das Maternidades. Também o Comitê de Investigação da Sífilis Congênita está sendo reativado e a reciclagem do Pré-Natal está sendo realizada no estado.
Reduzir para 2% a taxa de transmissão vertical do HIV.	Estamos monitorando as gestantes HIV positivas quando de sua entrada na Maternidade para o parto. Está sendo realizada a aquisição e distribuição da fórmula láctea infantil para crianças filhas de mãe HIV+ até os 06 meses de idade (com ampliação em 2010 para até 12 meses). Distribuição de medicamentos antiretrovirais para gestantes e crianças filhas de mãe HIV+, além de realização de capacitações.
Executar os Planos de Enfrentamento da Epidemia da AIDS e outras DST entre mulheres, HSH gays e travestis (vide plano anexo), em conjunto com outras áreas do governo e sociedade civil em 100% dos municípios que recebem financiamentos específicos.	Foram realizadas reuniões para a elaboração da cartilha do Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids e outras DST para HSH gays e travestis. Está programada para 2010 a elaboração da cartilha do Plano de Enfrentamento da epidemia da Aids e outras DST entre mulheres.
Ampliar o Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) para os municípios que recebem financiamento específico.	Houve uma reavaliação pelo Grupo Gestor Estadual (GGE) que decidiu que as capacitações deveriam ser realizadas por CRS e CRE e seus municípios e não municípios com financiamento específico. Foram capacitados e implantados o SPE em 37 municípios.
Disponibilizar 100% da aquisição de insumos de prevenção, especialmente preservativos masculinos, como contrapartida Estadual.	Os preservativos masculinos foram adquiridos e distribuídos conforme plano de necessidades do estado.
Disponibilizar 100% dos medicamentos que compõem o tratamento da pessoa com HIV/AIDS e outras DST, especialmente os de responsabilidade do gestor	Aquisição e distribuição dos medicamentos para infecções oportunistas e DST nas 56 UDM (Unidades Dispensadoras de Medicamentos) no Estado. Foram adquiridos 91% dos medicamentos pactuados na CIB para tratamento das DST e 90% dos medicamentos para HIV/Aids.

estadual, pactuados na CIB.	
Capacitar 100% das equipes de saúde de serviços especializados no atendimento de HIV/AIDS e outras DST conforme demanda.	Foram realizadas capacitações para equipes de saúde da SUSEPE e FUNASA, sobre a transmissão vertical do HIV além de implantação do Programa de Redução de Danos nesse público alvo; Foram realizadas 81% das capacitações programadas no Plano de Ações e Metas de 2009.
Promover encontros com gestores, sociedade civil organizada para discussão de estratégias de enfrentamento das questões relativas ao HIV/AIDS e outras DST.	Realização de capacitações como: Encontro Estadual sobre Aids e religião Afro-brasileira, Oficina para a elaboração do PAM 2010, Rede de Controle Social e Saúde na população negra, Rede Lai Apejo, 20 anos da Declaração dos Direitos Fundamentais das Pessoas Vivendo com HIV/Aids, Aids e Religião, Oficina sobre as Diretrizes para a elaboração de projetos junto as OSC.
Capacitar os municípios, regionalmente estratégicos, para implantação do programa de redução de danos.	Realização das capacitações: Curso para a Macrorregião Missioneira, Curso para trabalhadores e gestores de ações e serviços em Redução de Danos, em conjunto com a Escola de Saúde Pública, a capacitação para profissionais da saúde indígena (FUNASA).
Outras realizações.	No ano de 2009 foram realizadas 3 campanhas educativas: no Carnaval, no Planeta Atlântida e no Dia Mundial de Luta contra a Aids, dia 1º de dezembro. Foram disponibilizadas participações de técnicos da Seção Estadual, profissionais responsáveis pela DST/AIDS das CRS e representantes da Organização de Sociedade Civil em supervisões, eventos e capacitações no estado e no território nacional. Participação de técnicos da Seção em cursos de formação profissional.

Indicadores Pactuados



Análises e Comentários

No ano de 2009, para promover o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids e outras DST, com vistas à redução da incidência destes agravos na população, foram realizadas capacitações para equipes de saúde; encontros periódicos

com os coordenadores municipais e regionais de DST/Aids; qualificação dos técnicos desta Seção e das CRS através de participação em cursos e eventos estaduais e nacionais; realização de campanhas publicitárias; ampliação do número de municípios na Política de Incentivo; aquisição e distribuição de medicamentos, insumos de prevenção e fórmula láctea infantil e foi ainda elaborada a Política Estadual de Atenção Integral às DST/HIV/Aids.

Indicador Aids em menores de 5 anos: Os dados de 2009 provém do TABNET (27 casos de janeiro a junho) e somente do SINANNET (15 casos de julho a dezembro). Os dados são parciais: 42 casos em 2009 com coeficiente de 6,0 por 100.000 < 5 anos. Comparando com 2008 há uma tendência a diminuição, mas ainda são resultados parciais. O Programa está monitorando as gestantes HIV positivas quando de sua entrada na Maternidade para o parto. O indicador que deveríamos estar analisando seria a transmissão vertical, mas ainda não temos mecanismos adequados para seguimento do recém-nascido exposto até confirmar ou não a transmissão vertical do HIV.

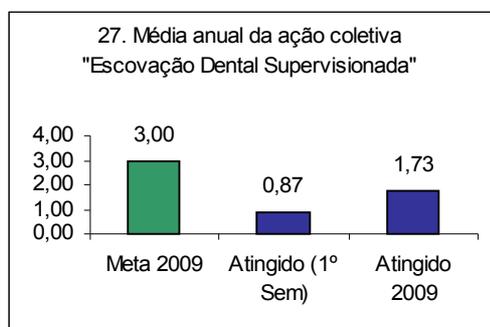
Indicador Redução da Sífilis Congênita: O número de casos em 2009 foi de 378 notificados no SINAN. Embora o número bruto de casos tenha aumentado em relação ao ano anterior, não significa, necessariamente, que o coeficiente tenha aumentado, pois tem de se relativizar o dado bruto em relação ao número de nascidos vivos naquele ano. Os dados do SINASC de 2009 ainda estão parciais, impedindo o cálculo do coeficiente. Estamos monitorando os casos através dos relatórios das Maternidades. Também, o Comitê de Investigação da Sífilis Congênita está sendo reativado e a reciclagem do pré-natal está sendo realizada. Como nos últimos 5 anos esse número vem aumentando, pensamos que existem problemas, tais como: ausência do 2º VDRL (3º trimestre da gravidez), tratamento inadequado da gestante, e ausência de tratamento do parceiro. No ano de 2010 serão intensificadas as capacitações no pré-natal em parceria com a Saúde da Mulher e Estratégia Saúde da Família. A meta dos medicamentos não foi totalmente cumprida porque algumas licitações foram desertas.

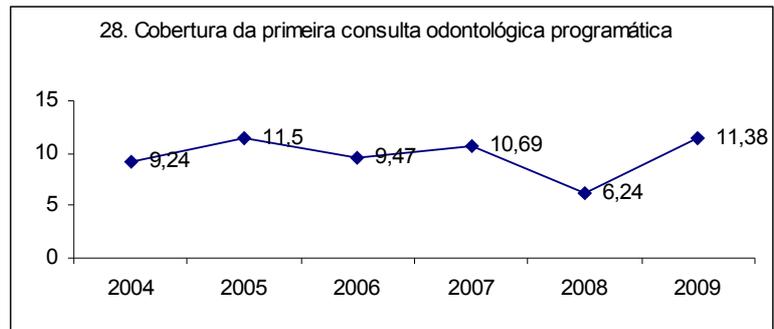
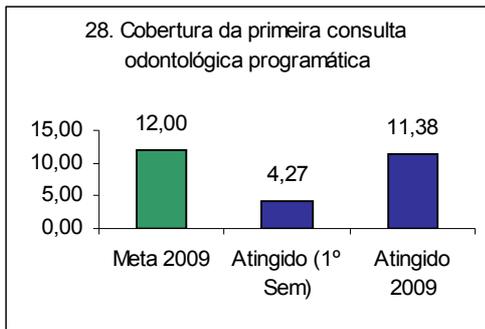
6.22. Política Estadual de Saúde Bucal

Objetivos (PES): 1 - Estimular, assessorar e monitorar os municípios do RS na organização da gestão em saúde bucal, vigilância das condições de saúde, e realização de ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde com vistas a reduzir os índices de cárie, doença periodontal, câncer bucal, e controlar a má oclusão e fluorose em todas as faixas etárias.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Implantar 2.052 equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.	Implantação de 28 equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, totalizando o número de 715 equipes de saúde bucal habilitadas.
Implantar 22 equipes de saúde bucal indígena na Estratégia de Saúde da Família.	Não ocorreu implantação de novas equipes, permanecendo 17 equipes de saúde bucal indígena na Estratégia de Saúde da Família.
Implantar 50 Centros de Especialidades Odontológicas.	Implantação de três CEO (São Lourenço do Sul, Tenente Portela e Ijuí), totalizando 30 centros com portaria CIB/RS.
Ampliar o acesso à Primeira Consulta Odontológica para 17% da população do RS.	O indicador da primeira consulta odontológica programática atingiu 11,83%.
Implantação de 12 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).	Implantação de dois laboratórios (São Lourenço do Sul e Tenente Portela), totalizando 7 laboratórios no RS.
Realizar, no mínimo, 01 curso descentralizado por Coordenadoria Regional para formação de Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal.	Reuniões com a Escola de Saúde Pública e com coordenadores regionais para formação dos cursos.
Realizar, no mínimo, 01 encontro de capacitação para trabalhadores de saúde bucal por Coordenadoria Regional.	Realização de três encontros de capacitação: para câncer Bucal, DST/HIV/AIDS e hepatites e de Centros de Especialidades Odontológicas.
Qualificar a vigilância dos teores de flúor tanto no nível estadual e municipal através de 60% das amostras de água com teores de flúor adequados.	Reunião com o setor de vigilância da qualidade da água para consumo humano do CEVS e com o Grupo Técnico do Flúor.

Indicadores Pactuados





Análises e Comentários

Cobertura da 1ª consulta odontológica programática: o atingido ficou levemente aquém da meta planejada. Há que se considerar a existência de sub-notificação das informações. Se formos avaliar o dado juntamente com o de 2008, ano da mudança do enunciado do indicador, percebe-se uma tendência de crescimento.

Média anual da ação coletiva “Escovação Dental Supervisionada”: Embora tenha sido atingido um valor bem maior que o do ano 2008, o indicador não atingiu a meta. O registro deste procedimento vem sendo negligenciado, visto que muitos municípios interromperam este registro quando implantaram o SIAB. Sabe-se também que há sub-notificação da produção ambulatorial quando realizada em escolas.

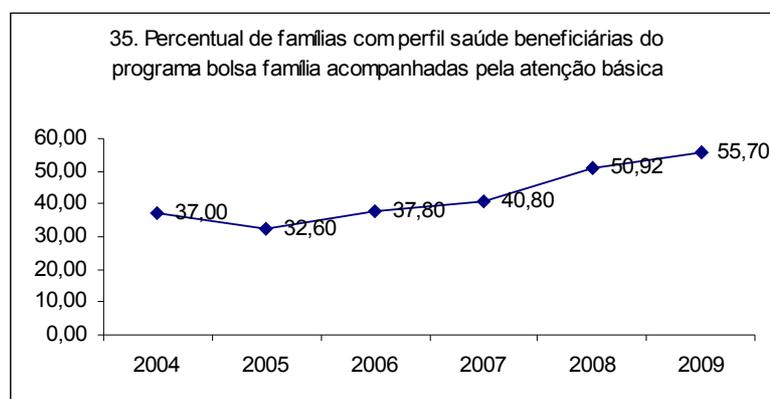
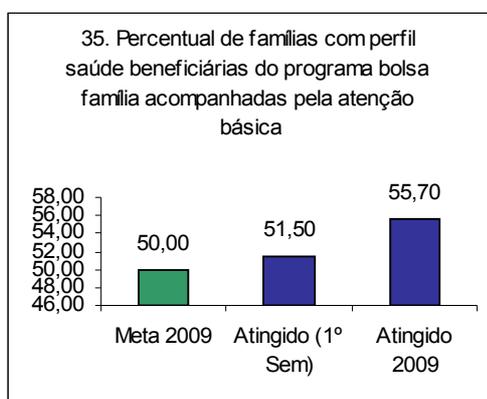
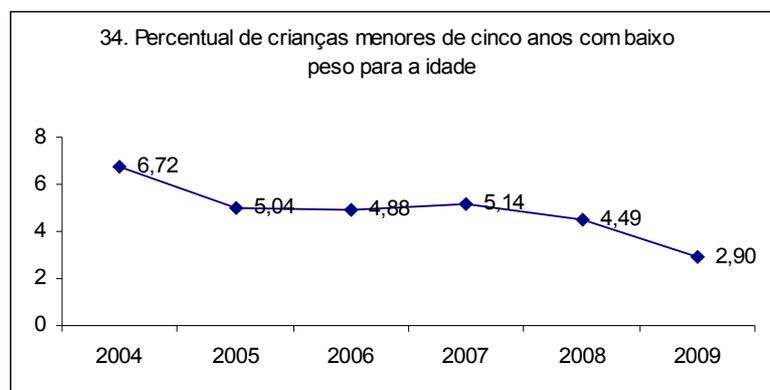
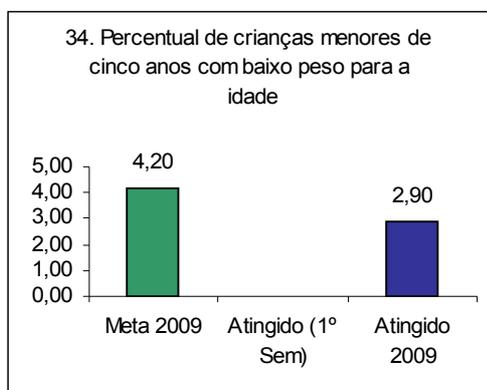
6.23. Política Estadual de Alimentação e Nutrição

Objetivos (PES): 1 - Reduzir a incidência e a prevalência das doenças correlacionadas com o hábito alimentar, atuando na vigilância e promoção da alimentação saudável.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
<p>Realizar 03 reuniões técnicas anuais para capacitação das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde em alimentação e nutrição, com ênfase nas diretrizes da Política Estadual de Alimentação e Nutrição.</p>	<p>No ano de 2009 foi realizada (01) uma reunião técnica com todas as CRS, no início do ano, para planejamento das ações a serem desenvolvidas na área de alimentação e nutrição no decorrer do ano.</p>
<p>Realizar 02 capacitações por ano para todos os Coordenadores Municipais de Alimentação e Nutrição do Estado para a implementação e execução do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.</p>	<p>No ano de 2009 foi realizada (01) uma capacitação, no mês de junho, para a implementação e execução do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Total de participantes: 388 representantes das CRS e das SMS responsáveis pelas ações do Sisvan Web e Programa Bolsa Família. Total de municípios: 300 municípios (60,5%) Objetivos: - Capacitar e atualizar os técnicos no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN/ Web e Programa Bolsa Família/ Sistema de acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa com perfil saúde; e - Esclarecer dúvidas relacionadas ao SISVAN/ Web e ao Programa Bolsa Família, salientando a importância destes sistemas com os indicadores 34 e 35 do Pacto pela saúde.</p>
<p>Fomentar e divulgar em 90% dos municípios do Estado a promoção de hábito de vida e alimentação saudável, através da distribuição de material educativo destinado a população leiga (folder “Coma melhor e viva melhor” elaborado pela equipe técnica).</p>	<p>Realizações em 2009: - Oficina “Segurança Alimentar e Nutricional: Uma Abordagem Antropométrica e Alimentar no Ciclo da Vida”, abordando os seguintes temas: Direito Humano à Alimentação Adequada, SAN – Segurança Alimentar e Nutricional, Antropometria, Diagnóstico Nutricional e Alimentação Saudável nas Diferentes Fases do Ciclo da Vida: criança, adolescente, adulto, idoso, gestante e gestante adolescente Total de participantes: 339. Total de municípios: 210 (43,3%) Seminário Estadual Sobre Risco Nutricional. Temas abordados: Risco Nutricional: um novo conceito, Perfil Epidemiológico do RS e do Brasil, Desnutrição Infantil/Calórico-proteica, Hábito Alimentar do Adolescente, Hábito Alimentar do Idoso, Obesidade/Gordura Abdominal, O Impacto individual dos nutrientes e suas interações na saúde. Sensibilização dos técnicos das CRS para o desenvolvimento da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável – ENPACS. Esta estratégia, elaborada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Alimentar – IBFAN Brasil, tem como finalidade a formação de profissionais de saúde da atenção básica e da Equipe de Saúde da Família para impulsionar a orientação alimentar como atividade de rotina nos serviços de saúde, contemplando a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno e de qualidade, respeitando a identidade cultural e alimentar das diversas regiões brasileiras.</p>

<p>Qualificar os profissionais da SES que atuam na política de alimentação e nutrição para atualização científica na área.</p>	<p>Participação dos técnicos da PAN e das CRS em reuniões, congressos, encontros, seminários e oficinas, dentre eles: IX Encontro da Rede de Nutrição do SUS, 5º Congresso Pan-americano de Incentivo ao Consumo de Frutas e Hortaliças para a Promoção da Saúde, e Capacitação dos Coordenadores Estaduais para Estratégia Nacional da Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), promovidos pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN/MS); XV Congresso Latino Americano de Nutrição e XVI Jornadas Chilenas de Nutrição; 2º Encontro Nacional de Coordenadores do Programa Bolsa Família e CadÚnico e Encontro Intersetorial sobre Gestão de Condicionalidades do Programa Bolsa Família; II Reunião Técnica de Alimentação e Nutrição da Região Sul e Seminário Regional sobre o Programa Bolsa Família na Saúde da Região Sul, promovidos pelo Centro Colaborador de alimentação e Nutrição (CECAN SUL), e Reunião da Área de Alimentação e Nutrição do Núcleo de Promoção da Saúde do CONASS.</p>
<p>Reduzir para 4% o percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade.</p>	<p>A redução do percentual de desnutrição em nosso Estado deve-se as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pela Política Estadual de Alimentação e Nutrição, e ao aumento do número de registros de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 5 anos no sistema de vigilância alimentar e nutricional- Sisvan Web.</p>
<p>Acompanhar, pela Atenção Básica, 65% de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família.</p>	<p>Evolução do percentual de acompanhamento por família beneficiárias em relação a segunda vigência de 2009 a primeira vigência de 2009: 4,2% Percentual de acompanhamento de famílias beneficiárias 1ª vigência: 51,55% e na segunda vigência: 55,7%.</p>

Indicadores Pactuados



Análises e Comentários

Indicador 34: Analisando-se a série histórica, observa-se uma redução nos percentuais de desnutrição de crianças menores de 5 anos em nosso Estado atendidas na Atenção Básica. O monitoramento da situação alimentar e nutricional- SISVAN WEB, do crescimento e desenvolvimento, e uma maior adesão deste público de risco às recomendações para a recuperação do estado nutricional, tem contribuído para a melhoria dos índices de desnutrição.

Indicador 35: O Aumento gradativo do percentual de acompanhamento das famílias beneficiárias com perfil saúde do Programa Bolsa Família, tem refletido o trabalho desenvolvido pelos municípios em busca de melhores índices de cobertura das condicionalidades do Programa Bolsa Família.

6.24. Política Estadual de Assistência Farmacêutica

Objetivos (PES): 1 - Organizar os serviços de assistência farmacêutica no Estado, de forma hierarquizada, baseados no elenco de ações desenvolvidas em cada nível de atenção à saúde, objetivando o atendimento dos usuários de acordo com as políticas de medicamentos e assistência farmacêutica nacional e estadual, investindo no desenvolvimento de recursos humanos e na infra-estrutura para a gestão descentralizada da assistência farmacêutica.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Padronizar procedimentos operacionais e atualizar procedimentos padronizados já existentes.	Procedimentos operacionais revisados e padronizados.
Capacitar no mínimo 01 servidor da Assistência Farmacêutica de cada uma das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde.	Realizadas 01 videoconferência, 02 eventos de capacitação em Porto Alegre e capacitação presencial em 10 CRSS.
Implantar a integração dos Sistemas AES (estoque almoxarifado central) e AME (estoques dos órgãos dispensadores) em todos os órgãos dispensadores do Estado.	Implementada a integração em todos os municípios que aderiram (atualmente 68 municípios).
Efetuar a entrega de medicamentos dos elencos dispensados em caráter Especial e Excepcional, deferidos administrativamente, diretamente na residência para usuários idosos.	Implementado o Programa Remédio em Casa que disponibiliza 67 apresentações farmacêuticas em 164 municípios para todos os idosos que aderirem ao Programa.
Implantar o sistema de inventário eletrônico de estoques em todos os órgãos dispensadores do Estado.	Sistema implementado para todo o estado, tendo sido aderido por 144 municípios.
Implantar pelo menos 05 novos Centros de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis para o tratamento de usuários portadores de hepatite C.	Implementados 05 novos CAMMIs no interior do Estado (Rio Grande, Caxias do Sul e Passo Fundo, Uruguaiana e Hospital Fêmeina).
Credenciar empresas para elaboração de Pareceres Técnicos Científicos em pelo menos 15 especialidades médicas para subsidiar a defesa do Estado pela PGE em ações judiciais lacionadas a medicamentos.	Credenciadas 06 empresas que somam 15 especialidades médicas.
Outras realizações	Efetuada integração do Sistema AME com a distribuidora licitada para atendimento da demanda judicial, possibilitando exportação de compras eletrônicas pelo AME e recebimento de Notas Fiscais do fornecedor.

6.25. Política Estadual de Saúde nas Fronteiras

- Objetivos (PES):**
- 1 - Fortalecer as ações básicas estabelecendo prioridades conjuntas para os municípios de fronteira.
 - 2 - Estabelecer ações estratégicas conjuntas de Vigilância em Saúde nas fronteiras.
 - 3 - Viabilizar, a partir dos acordos firmados, condições de assistência à saúde nos municípios de fronteira, prioritariamente, nas cidades gêmeas Brasil-Uruguaí.
 - 4 - Garantir escopo legal para os acordos internacionais que vierem a ser construídos.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Outras realizações.	Participação VI Reunião de Alto Nível da Nova Agenda de Cooperação e Desenvolvimento Fronteiriço (junho/2009). Análise dos diagnósticos da situação de saúde nos municípios de fronteira do Rio Grande do Sul, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Análises e Comentários

Na VI Reunião de Alto Nível realizada em Porto Alegre-RS no mês de junho de 2009 foi discutido o Ajuste Complementar para a prestação recíproca de Serviços de Saúde na Fronteira, que culminou na publicação do Decreto Legislativo nº 933 de 2009, que aprova o texto do Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para prestação de serviços de saúde, conforme acordo firmado no Rio de Janeiro em 28 de novembro de 2008.

Sugere-se criação de um grupo de trabalho para elaboração de projeto intersetorial para tratar do tema saúde nas fronteiras, a ser considerado na PAS no ano de 2010.

6.26. Planejamento

- Objetivos (PES):**
- 1 - Disseminar a cultura de planejamento no Rio Grande do Sul, tendo em vista contribuir com a resolubilidade e qualidade da gestão e da atenção à saúde.
 - 2 - Fortalecer o sistema de planejamento do SUS no nível da gestão estadual, estimulando a utilização dos instrumentos de planejamento em saúde.
 - 3 - Fomentar o desenvolvimento de novas tecnologias em planejamento, aplicáveis ao âmbito produtivo.
 - 4 - Planejar, monitorar e avaliar os investimentos em saúde no Rio Grande do Sul.
 - 5 - Desenvolver estratégias para qualificar o monitoramento e a avaliação (M&A) do sistema de saúde, tendo em vista aprimorar a gestão do SUS no Estado.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Realizar 20 cursos de capacitação em planejamento, para 800 participantes das Secretarias Municipais de Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde e dos Conselhos de Saúde.	Foi realizado um Curso Básico de Planejamento em Saúde para 40 servidores da SES e das SMS, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva - ISC / Bahia, nos moldes dos dois cursos realizados em 2008. Ao longo do ano foram licitadas e contratadas empresas para realização de 10 cursos básicos de planejamento que serão desenvolvidos a partir de março de 2010, devido a entraves no processo de licitação.
Adquirir material bibliográfico para a SES, ou seja, realizar aquisição de livros e assinaturas anuais de periódicos de referência em planejamento na área da saúde.	Foi realizada licitação para compra de materiais bibliográficos para a Assessoria Técnica de Planejamento, biblioteca da Escola de Saúde Pública e para os 19 CIES que estão distribuídos nas Coordenadorias Regionais de Saúde, com o objetivo de qualificar o processo de planejamento. Até o final do ano, o material ainda não havia sido entregue pela empresa vencedora da licitação.
Informatizar o Relatório de Gestão.	O Ministério da Saúde realizou um conjunto de oficinas ao longo de 2009, a fim de discutir uma ferramenta informatizada para o Relatório Anual de Gestão. A SES-RS participou e contribuiu para a construção dessa ferramenta com a apresentação do modelo que vinha utilizando nos relatórios anteriores. O resultado dessas oficinas foi a elaboração de um Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), que está sendo testado pelos gestores municipais e estaduais. A informatização do RAG estará sendo realizada na medida em evoluir o modelo que está sendo proposto pelo Ministério da Saúde e demais estados do Brasil.
Monitorar 100% das ações, políticas e estratégias em saúde desenvolvidas no estado.	A SES conta com um Grupo de Trabalho de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação dos indicadores de saúde pactuados. Esforços têm sido direcionados para qualificar o processo de monitoramento e avaliação, sendo que algumas ações foram realizadas: fortalecimento dos 19 GT Regionais de M&A com a reorganização dos grupos, encontros para a discussão e pactuação de indicadores com as coordenadorias regionais, videoconferências, discussão com alunos de cursos de Pós-graduação em Gestão do SUS e Residência Multiprofissional em Saúde. Sabe-se que nem todas as políticas de saúde são avaliadas, embora a tendência aponte para um avanço no monitoramento, a partir da implementação dos instrumentos de gestão elaborados (PES e PAS).
Realizar, pelo menos, um encontro semestral ao ano, com as Coordenadorias Regionais de Saúde para discussão e qualificação das ações de planejamento no SUS.	Realizou-se dois encontros presenciais com as Coordenadorias Regionais de Saúde. O primeiro envolveu, aproximadamente, 100 representantes das áreas de planejamento, ações em saúde e vigilância em saúde, com o objetivo de discutir a elaboração do Plano Estadual de Saúde. No segundo encontro foi discutido o Pacto pela Saúde no Rio Grande do Sul, tendo em vista instrumentalizar os delegados e técnicos estaduais para a condução do processo de adesão municipal ao Pacto, com a presença aproximada de 140

	<p>peessoas.</p>
<p>Realizar 02 oficinas ao ano, para 80 pessoas cada em M&A com as Coordenadorias Regionais de Saúde e os municípios.</p>	<p>Foi realizada uma oficina, cujo objetivo foi discutir os principais indicadores de saúde do Estado com a presença de 100 técnicos das CRS. Ao longo do segundo semestre, as Coordenadorias Regionais de Saúde coordenaram o processo de pactuação de indicadores junto aos municípios de sua região de saúde.</p>
<p>Publicar uma Edição do Boletim da Saúde em parceria com a Escola de Saúde Pública, com foco na área de Planejamento em Saúde.</p>	<p>Esta meta atende a proposta do Plano de Ação do PLANEJASUS-RS do ano de 2008, entretanto ao longo de sua execução mostrou-se inviável, tendo em vista a dificuldade em coletar um conjunto de textos de qualidade na área de planejamento, monitoramento e avaliação em saúde no Rio Grande do Sul. Sugere-se que o recurso destinado a esta ação seja utilizado na elaboração de Anais do Encontro Estadual de Monitoramento e Avaliação a ser realizado no ano de 2011, e que a meta seja retirada do Plano Estadual de Saúde, tendo em vista a justificativa exposta.</p>
<p>Publicar e promover a distribuição de, pelo menos, 500 exemplares do Plano Estadual de Saúde (PES) 2009/2011, e da versão atualizada do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e do Plano Diretor de Investimento (PDI).</p>	<p>O Plano Estadual de Saúde foi elaborado pelo GT PES ao longo de 2009, sendo sua aprovação realizada com ressalvas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), na reunião plenária de 10 de dezembro de 2009, conforme Resolução CES/RS nº 13/2009 de 13 de janeiro de 2010, publicada no D.O.E de 20 de janeiro de 2010. A revisão e, conseqüente, publicação será realizada ao longo de 2010. Os demais instrumentos, PDR e PDI, não foram atualizados, porém uma metodologia para a sua construção está sendo discutida para esta revisão e atualização ocorrer durante os anos de 2010 e 2011.</p>
<p>Confeccionar material instrucional na área de gestão e planejamento para capacitação de gestores municipais e de técnicos da SES.</p>	<p>Não houve elaboração de material instrucional em planejamento pela SES. Os esforços foram direcionados para a construção do Plano Estadual de Saúde. Material de apoio e instrutivos para a pactuação de prioridades, objetivos e metas municipais e estaduais foram disponibilizados, bem como o material explicativo para preenchimento das planilhas de monitoramento dos indicadores pactuados para a condução dos Relatórios de Gestão municipais. No site da SES, também foram disponibilizados instrutivos sobre o Pacto pela Saúde e sobre este assunto foi construído e publicado no site um documento com perguntas e respostas.</p>
<p>Capacitar pelo menos um representante de cada uma das 19 Coordenadorias Regionais e profissionais de municípios em planejamento - Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência e Monitoramento, Avaliação, Controle e Regulação.</p>	<p>Realização de 01 Oficina da PPI na FAMURS/POA, com a participação das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, municípios em Gestão Plena e municípios com mais de 100 mil habitantes.</p> <p>Realização de 01 Oficina da PPI em Nova Petrópolis, para os 48 municípios da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde.</p> <p>Realização de 01 treinamento para uso do Sistema Informatizado SisPPI com a participação das Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios multiplicadores.</p> <p>Realização de 01 encontro com as Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios pólos para a programação da Alta Complexidade.</p> <p>Realização de 01 reunião entre consultores do MS, equipe técnica da PPI, ASSEDISA, CES, CEVS e representação de algumas regionais de saúde para fazer a consolidação das bases municipais.</p> <p>Realização de 01 Vídeo Conferência para as Regionais de Saúde e respectivos</p>

municípios em Dezembro/2009 para a finalização do processo da programação assistencial

Outras realizações

A condução do Processo de Adesão ao Pacto no RS foi uma das áreas prioritárias da Gestão durante o ano de 2009. Houve participação em reuniões, eventos e oficinas descentralizadas para acompanhamento e assessoria das Coordenadorias Regionais, na discussão do processo de adesão Municipal ao Pacto pela Saúde no RS. Reuniões de trabalho foram realizadas com as regionais e municípios para a discussão e apoio no preenchimento do Termo de Compromisso de Gestão e de seus Anexos. Foi realizada uma videoconferência e um encontro presencial com a participação de todas as CRS e do Ministério da Saúde para a discussão e fortalecimento deste processo. Houve a orientação do município de São Borja no processo de Adesão ao Pacto que foi o primeiro município do Rio Grande do Sul a aderir o Pacto pela Saúde no ano de 2009.

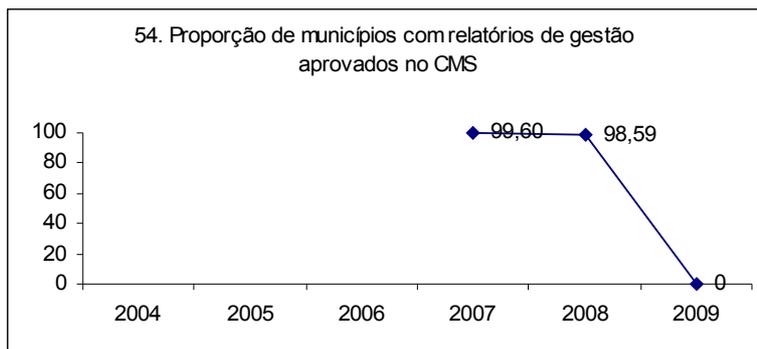
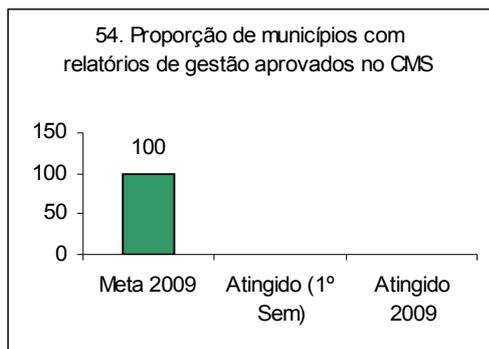
Implementação da Política ParticipaSUS no Estado. Foi realizada uma oficina em parceria com o MS para a implementação do GT da Política ParticipaSUS, bem como reuniões específicas com as áreas técnicas para o assessoramento e o acompanhamento da Política. No ano de 2009, também houve a descentralização do recurso da Política ParticipaSUS, com a publicação das Portarias GM MS nº 2344/2009 e GM MS nº 3251/2009. Houve o apoio técnico aos 26 municípios beneficiados pelas referidas Portarias para a implementação municipal do ParticipaSUS. Para fins de recebimento do recurso federal 6 municípios apresentaram planos de trabalho e firmaram o compromisso de Adesão Municipal ao Pacto pela Saúde: Bagé (Dez/2010), Caxias do Sul (Dez/2010), Gravataí (1º semestre/ 2010), Novo Hamburgo (Dez/2010), Pelotas (2º semestre/2010) e São Leopoldo (Dez/2010).

Trabalho em conjunto com a SEFAZ - Projeto Cota Base Zero - na qualificação do Orçamento da SES, cujo objetivo foi alinhar os gastos de custeio do órgão aos seus objetivos estratégicos, propor melhorias para qualificar o orçamento, racionalização dos gastos e avaliação de políticas de saúde desenvolvidas. Foi realizada uma experiência de avaliação de impacto de um projeto da SÉS, o Inverno Gaúcho. Este processo desencadeou uma reorganização do orçamento da SES com a composição de um GT, formado por técnicos de todos os setores, responsável pela adequação, qualificação e elaboração da proposta orçamentária 2010.

Em dezembro de 2009, a Assessoria Técnica de Planejamento, em parcerias com os demais setores e departamentos da SES-RS, iniciou a coordenação do Grupo de Trabalho do Plano de Enfrentamento aos Desastres Ambientais no Estado do Rio Grande do Sul na área da saúde, o qual se responsabilizou pela avaliação e aprovação de processos encaminhados por 286 municípios que decretaram situação de emergência de setembro a dezembro de 2009, para o repasse de R\$ 39.050.000,00, com vistas a prevenção de danos em novos desastres ambientais e recuperação e reparos na rede de assistência a saúde. Além disso, em 2009 o planejamento contribuiu com a elaboração de edital de seleção para ofertar campo de estágio para a Residência Multiprofissional em Saúde (terceiro ano / R3), com o objetivo de inaugurar novas estratégias de qualificação de futuros gestores para o SUS, através da integração ensino-

serviço. Da mesma forma, ao longo de 2009 a ASSTEPLAN coordenou a Oficina Orçamento e Contratos para os gestores e gerentes da SES-RS. Organizou encontro de Secretários Municipais da Saúde e encontro de Prefeitos. Outra ação realizada foi a organização do encontro para avaliação das Funções Essenciais da Saúde Pública (Fesp) em parceria com a OPAS e o CONASS.

Indicadores Pactuados



* Dado final de 2009 ainda não disponível. Até o momento, 301 municípios informaram sobre a situação do RGM 2009 e todos foram aprovados pelos conselhos municipais.

Análises e Considerações

Os avanços obtidos nas ações de planejamento em saúde referem-se aos esforços realizados pelo conjunto de setores/departamentos responsáveis pela coordenação das políticas ou serviços de saúde pública da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, na construção e integração dos instrumentos básicos de gestão do SUS. Com isso, ao longo de 2009, trabalhou-se na construção e difusão da cultura de planejamento, bem como na utilização daqueles instrumentos no processo de trabalho cotidiano, imprimindo maior racionalidade à gestão do SUS.

Através das diretrizes do Sistema de Planejamento do SUS, que garantiu autonomia e recursos financeiros específicos para pensar, executar, disseminar e divulgar a cultura de planejamento no Estado, elaborou-se o Plano Estadual de Saúde 2009-2011, a Programação Anual de Saúde 2010, e vem-se trabalhando para traduzir os objetivos, diretrizes, metas e as ações propostas em resultados que são avaliados pelo Relatório Anual de Gestão de 2009.

No entanto, a experiência na construção dos instrumentos de gestão e no fechamento do ciclo do planejamento tem apontado para a necessidade de correções nesses instrumentos, sendo que, ao longo do tempo, novas metodologias de trabalho têm sido construídas e assimiladas ao processo de planejamento pelos diferentes atores envolvidos na proposição, monitoramento e avaliação das políticas públicas e dos indicadores de saúde no Rio Grande do Sul. Com isso, destaca-se a criação de uma rede de aprendizagem organizacional que tem como fio condutor a implementação da cultura de planejamento em saúde, garantindo qualidade ao processo de gestão do SUS e maior segurança na tomada de decisão de gestores e gerentes da SES-RS.

6.27. Investimentos em Saúde

Objetivos (PES): 1 - Fortalecer o processo de participação popular no Rio Grande do Sul, com a ampliação dos investimentos em saúde.

2 - Qualificar o processo de regionalização da saúde no Rio Grande do Sul.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009			
Ampliar o número de votantes na Consulta Popular para a área da saúde.	As Cordenadorias Regionais de Saúde redobram a participação nas Assembléias Regionais e Municipais procurando estimular e orientar a participação dos municípios.			
Aumentar os investimentos em saúde por meio da Consulta Popular.	As Cordenadorias Regionais da Saúde e a SES vem procurando diagnosticar as principais necessidades relativas à Saúde para qualificar a destinação dos investimentos, priorizando ações que visem ampliar as redes regionalizadas de saúde de média e alta complexidade, nas diversas regiões. No ano de 2009 foi investido o total de R\$ 23.651.538,44, distribuídos da seguinte forma:			
	CRS	Corrente	Capital	Total
	1	2.181.075,00	2.334.582,46	4.515.657,46
	2	1.395.287,00	1.383.932,80	2.779.219,80
	3	446.000,00	613.810,63	1.059.810,63
	4	663.679,32	1.121.402,72	1.785.082,04
	5	1.110.038,15	890.565,60	2.000.603,75
	6	813.760,54	1.309.369,47	2.123.130,01
	7	330.210,99	57.000,00	387.210,99
	8	426.925,84	142.908,12	569.833,96
	9	56.252,55	168.478,32	224.730,87
	10	91.863,50	1.029.324,00	1.121.187,50
	11	668.637,08	45.750,00	714.387,08
	12	220.634,74	810.674,40	1.031.309,14
	13	221.767,30	414.808,12	636.575,42
	14	146.800,00	710.000,00	856.800,00
	15	91.460,00	271.000,00	362.460,00
	16	-	101.860,06	101.860,06
	17	55.437,00	371.800,00	427.237,00
	18	1.180.468,83	1.295.137,50	2.475.606,33
	19	398.836,40	80.000,00	478.836,40
	Total	10.499.134,24	13.152.404,20	23.651.538,44
* Valores pagos com exclusão de CADIN.				
O orçamento inicial de 2009 foi de R\$ 12.940.518,01, sendo que foi suplementado em R\$ 1.555.958,00. Do total pago no exercício (R\$ 23.651.538,44), mais de 52% do valor refere-se ao PASSIVO, ou seja pagamento de anos anteriores.				
Entre as diversas ações, destacam-se por Cordenadoria Regional de Saúde:				
1º CRS				
CANOAS - Reforma no Hospital Nossa Sª das Graças R\$ 683.500,00 e aquisição de equipamentos R\$ 186.922,00; Reforma no Hospital de Pronto Socorro R\$ 334.500,00; Aquisição de equipamentos para UBS R\$ 280.383,00.				
ESTEIO - Ampliação da UTI do Hospital São Camilo e aquisição de equipamentos R\$ 334.500,00.				
NOVO HAMBURGO - Reforma e ampliação do Hospital Municipal R\$ 1.074.500,00, bem como aquisição de equipamentos R\$ 283.500,00.				
PORTO ALEGRE - Ampliação e aquisição de equipamentos para o HPS e para o PAMs R\$ 200.852,46; aquisição de 02 imóveis R\$ 260.000,00.				

2º CRS

GUAÍBA - Reforma do centro de parto normal, do centro cirúrgico e do centro de material esterilizado do Hospital de Guaíba R\$ 500.000,00.

ROLANTE - Ampliação do Bloco Cirúrgico da Fundação Hospitalar de Rolante R\$ 280.000,00; Reforma de diversas UBS R\$ 370.000,00

SÃO FRANCISCO DE PAULA - Aquisição de equipamentos e material permanente para Hospital São Francisco de Paula, bem como para UBS R\$ 189.912,00.

TAQUARA - Reforma do Hospital de Caridade e de UBS's R\$ 395.287,00

TRÊS COROAS - Ampliação e reforma da Fundação Hospitalar Oswaldo Diesel, bem como de diversas UBS's R\$ 269.500,00.

3º CRS

CANGUÇU - Reforma da UTI Pediátrica e Neo-natal do Hospital de Caridade R\$ 150.000,00.

JAGUARÃO - Reforma da Ala do SUS na Santa Casa de Caridade R\$ 109.000,00.

PEDRAS ALTAS - Aquisição de equipamentos, bem como veículo tipo Van R\$ 105.000,00.

PINHEIRO MACHADO - Aquisição de equipamentos, entre eles um mamógrafo R\$ 138.531,63.

SÃO LOURENÇO DO SUL - Reforma do Hospital Dr. Walter Thofehm -

Associação Beneficente São João da Reserva R\$ 100.000,00; Aquisição de Usina de Oxigênio e Ar Comprimido Medicinal para a Santa Casa de Misericórdia R\$ 150.000,00.

4º CRS

SANTIAGO - Ampliação e reforma do Hospital de Caridade R\$ 360.062,00.

SÃO FRANCISCO DE ASSIS - Aquisição de equipamentos para a ESF João XXIII, COHAB - João de Deus, bem como para o Hospital Santo Antônio R\$ 125.000,00.

SÃO SEPÉ - Construção e Reforma de UBS para transformação em Centro Integrado de Tratamentos Odontológico e construção de módulos sanitários R\$ 149.400,00; Aquisição de equipamentos para Associação Beneficente Hospital Santo Antônio R\$ 100.000,00.

SÃO VICENTE DO SUL - Aquisição de Ambulância para o Hospital São Vicente, bem como equipamentos para o Posto de Saúde Central R\$ 120.000,00.

5º CRS

BENTO GONÇALVES - Aquisição de exames de média e alta complexidade R\$ 127.048,00.

BOM JESUS - Aquisição de equipamentos para a Fundação Amigos do Hospital Bom Jesus, bem como para a UBS Centro R\$ 150.000,00.

CANELA - Construção do Centro Cirúrgico do Hospital de Caridade R\$ 142.165,60; Aquisição de equipamentos para UBS R\$ 150.000,00.

CAXIAS DO SUL - Custeio de serviços de média e alta complexidade R\$ 485.916,00.

GRAMADO - Aquisição de equipamentos para o Hospital Arcanjo São Miguel R\$ 230.000,00.

6º CRS

LAGOA VERMELHA - Aquisição de serviços de média e alta complexidade, bem como equipamentos para a Fundação Araucária - Hospital São Paulo R\$ 237.605,20; Construção de UBS no Bairro Susana R\$ 100.000,00.

LAGOÃO - Reforma de UBS's e aquisição de medicamentos R\$ 104.833,00.

SANANDUVA - Aquisição de serviços de média e alta complexidade, bem como aparelho de ultrassonografia digital para o Hospital Beneficente São João R\$ 226.610,51.

SÃO JOSÉ DO OURO - Aquisição de serviços de média e alta complexidade, bem como equipamentos e material permanente para a Fundação Araucária - Hospital São José R\$ 204.497,74.

SOLEDADE - Reforma do Hospital de Caridade Frei Clemente R\$ 172.714,08, bem como aquisição de um tomógrafo computadorizado R\$ 285.221,67.
TAPEJARA - Aquisição de equipamentos Raio X R\$ 107.997,10.

7º CRS

BAGÉ - Aquisição de material de consumo, bem como medicamentos para o Hospital Universitário R\$ 330.210,99.

8º CRS

ARROIO DO TIGRE - Reforma do Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação pós-anestesia da Associação Beneficente Santa Rosa de Lima R\$ 101.925,84.
SEGREDO - Construção de UBS R\$ 107.808,12.

9º CRS

CRUZ ALTA - Aquisição de autoclave e carrinho de emergência para o Hospital São Vicente de Paulo R\$ 61.283,30.

10º CRS

ALEGRETE - Construção do Centro de Imagenologia, bem como reforma da UTI Neonatal com compra de material de consumo da Santa Casa de Caridade R\$ 161.863,50; Aquisição de equipamentos para o Bloco Cirúrgico e Ambulatório R\$ 112.500,00; Aquisição de Tomografia Computadorizada R\$ 625.000,00.

11º CRS

ERECHIM - Reforma do Hospital Santa Terezinha R\$ 560.000,00.

12º CRS

SÃO LUIZ GONZAGA - Aquisição de equipamentos para Hospital R\$ 510.261,15; Aquisição de medicamentos R\$ 208.847,99.

13º CRS

RIO PARDO - Aquisição de equipamentos para Hospital dos Passos R\$ 100.000,00; Aquisição de material ambulatorial R\$ 85.258,46.
SANTA CRUZ - Reforma do Setor de Urgência/Emergência e Posto de coleta do Hospital Associação Pró-Ensino R\$ 101.925,84.
VENÂNCIO AIRES - Ampliação do Centro Cirúrgico do Hospital São Sebastião Mártir R\$ 201.000,00.

14º CRS

SANTA ROSA - Reforma, ampliação, bem como aquisição de equipamentos para a Associação Hospitalar Caridade Santa Rosa R\$ 580.000,00.
TRÊS DE MAIO - Aquisição de equipamentos para Traumatologia-ortopedia do Hospital São Vicente de Paulo R\$ 180.000,00.

15º CRS

PALMEIRAS DAS MISSÕES - Aquisição de equipamentos para Associação Hosp Caridade R\$ 200.000,00; Aquisição de exames Consórcio Intermunicipal R\$ 91.460,00.

16º CRS

COLINAS - Aquisição de equipamentos R\$ 63.860,06.

17º CRS

SANTO AUGUSTO - Aquisição de equipamentos para Hospital Bom Pastor R\$ 190.000,00.

18º CRS

CAPÃO DA CANOA - Reforma do Setor de emergência, bem como aquisição de equipamentos para o Hospital Santa Luzia R\$ 269.889,46; Aquisição de equipamentos para UBS R\$ 185.000,00.
MOSTARDAS - Construção de UBS R\$ 90.000,00.
OSÓRIO - Construção de Ala de Internação Psiquiátrica, bem como aquisição de equipamentos para o Hospital Beneficente São Vicente de Paulo R\$ 422.473,04.
SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA - Ampliação do setor de emergência, bem como aquisição de equipamentos para o Instituto Hospitalar R\$ 550.000,00;
Reforma do Posto de Saúde Central e UBS AGASA e Niraguaiá R\$ 175.000,00.
TORRES - Reforma do Hospital Nossa Senhora dos Navegantes R\$ 407.658,37.
TRAMANDAÍ - Reforma, bem como aquisição de equipamentos para o Pronto Atendimento R\$ 109.757,18; Aquisição de equipamentos para a Comunidade Evangélica Luterana São Paulo R\$ 130.157,28.

	<p>19º CRS FREDERICO WESTPHALEN - Aquisição de medicamentos e material de consumo para Sociedade Beneficente do Hospital de Caridade R\$ 100.000,00. RODEIO BONITO - Aquisição de medicamentos e material de consumo para Associação Hospitalar São José R\$ 100.000,00. TRÊS PASSOS - Aquisição de medicamentos, material de consumo e custeio de leitos para o Hospital de Caridade R\$ 150.000,00.</p>																																																															
Construir Hospital Regional Centro em Santa Maria como referência regional e estadual para reabilitação física e motora (20.001m²).	Foi realizado edital de licitação para a construção do Hospital pela Secretaria de Obras Públicas, publicado no D.O.E. de janeiro/2010. Em 22/02/10 foi publicado o Termo de Contrato nº 006/2010, com a Portonovo Empreendimentos e Construções Ltda., empresa vencedora do edital. A obra foi orçada em R\$ 36.326.623,19, com prazo de 540 dias para sua conclusão.																																																															
Outras realizações.	<p>Repasse de até R\$ 160.000,00 para 49 municípios (transferência Fundo a Fundo no valor total pago de R\$ 7.833.568,27 através do Projeto 6300 - Estratégia e Saúde da Família) para construção de Unidades Básicas de Saúde com 178m². As Unidades Básicas de Saúde estão distribuídas da seguinte forma:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CRS</th> <th>TOTAL</th> <th>QTDE DE UBS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>2</td><td>473.568,27</td><td>3</td></tr> <tr><td>3</td><td>320.000,00</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td>160.000,00</td><td>1</td></tr> <tr><td>5</td><td>640.000,00</td><td>4</td></tr> <tr><td>6</td><td>320.000,00</td><td>2</td></tr> <tr><td>7</td><td>160.000,00</td><td>1</td></tr> <tr><td>8</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>9</td><td>320.000,00</td><td>2</td></tr> <tr><td>10</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>11</td><td>320.000,00</td><td>2</td></tr> <tr><td>12</td><td>800.000,00</td><td>5</td></tr> <tr><td>13</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>14</td><td>640.000,00</td><td>4</td></tr> <tr><td>15</td><td>960.000,00</td><td>6</td></tr> <tr><td>16</td><td>320.000,00</td><td>2</td></tr> <tr><td>17</td><td>640.000,00</td><td>4</td></tr> <tr><td>18</td><td>480.000,00</td><td>3</td></tr> <tr><td>19</td><td>1.280.000,00</td><td>8</td></tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>7.833.568,27</td> <td>49</td> </tr> </tbody> </table>	CRS	TOTAL	QTDE DE UBS	1	-	-	2	473.568,27	3	3	320.000,00	2	4	160.000,00	1	5	640.000,00	4	6	320.000,00	2	7	160.000,00	1	8	-	-	9	320.000,00	2	10	-	-	11	320.000,00	2	12	800.000,00	5	13	-	-	14	640.000,00	4	15	960.000,00	6	16	320.000,00	2	17	640.000,00	4	18	480.000,00	3	19	1.280.000,00	8	TOTAL	7.833.568,27	49
CRS	TOTAL	QTDE DE UBS																																																														
1	-	-																																																														
2	473.568,27	3																																																														
3	320.000,00	2																																																														
4	160.000,00	1																																																														
5	640.000,00	4																																																														
6	320.000,00	2																																																														
7	160.000,00	1																																																														
8	-	-																																																														
9	320.000,00	2																																																														
10	-	-																																																														
11	320.000,00	2																																																														
12	800.000,00	5																																																														
13	-	-																																																														
14	640.000,00	4																																																														
15	960.000,00	6																																																														
16	320.000,00	2																																																														
17	640.000,00	4																																																														
18	480.000,00	3																																																														
19	1.280.000,00	8																																																														
TOTAL	7.833.568,27	49																																																														

Análises e Comentários

Os investimentos em Saúde estão demonstrados por Projeto/Atividade no item 9 do ANEXO I - Financiamento do SUS. As realizações estão analisadas e comentadas nas Políticas Específicas.

6.28. Redes de Assistência Especializada

- Objetivos (PES):**
- 1 - Garantir o acesso do cidadão às ações e serviços especializados de média e alta complexidade, no seu município ou em outro município de sua região, de modo a evitar ou diminuir as distâncias de deslocamento intermunicipal.
 - 2 - Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal.
 - 3 - Garantir a integralidade da atenção à saúde através da organização das Redes de Ações e Serviços de Saúde Integradas.
 - 4 - Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover equidade.
 - 5 - Integrar os hospitais às Redes Regionalizadas de Saúde e impulsionar a adesão às ações prioritárias da política estadual de saúde, ampliando o acesso assistencial.
 - 6 - Monitorar a produção das unidades habilitadas, pelo acompanhamento e avaliação da produção e sua conformidade com os parâmetros pactuados ou contratados.
 - 7 - Implementar o Plano Estadual de Saúde Auditiva e o Roteiro para Habilitação dos Serviços de Deficiência Mental e Autismo, conforme RES n074/08.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Habilitar no mínimo 08 Redes Assistenciais de Média Complexidade localizadas em cada uma das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, de acordo com as especificidades de cada	Habilitação de 2 Unidades de Atenção à Saúde Auditiva: 5ª Regional de Saúde – Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade Fátima em Caxias do Sul 6ª Regional de Saúde - Clínica de Audição PROAUDI em Passo Fundo Habilitação de 6 unidades de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência

<p>região.</p>	<p>Intelectual (Mental): 3ª Regional de Saúde - APAE de Pelotas 5ª Regional – APAE de Guaporé 6ª Regional APAE de Soledade 8ª Regional - APAE de Cachoeira do Sul 14ª Regional APAE de Boa Vista do Buricá 19ª Regional - APAE de Frederico Westphalen</p> <p>Habilitação de 27 Hospitais de Pequeno Porte nos seguintes municípios: 2ª Regional de Saúde - município de Charqueadas 3ª Regional de Saúde - município de Morro Redondo 4ª Regional de Saúde - municípios de Ivorá e Pinhal Grande 5ª Regional de Saúde - município de Guabiju 6ª Regional de Saúde - municípios de Campos Borges, Ciríaco, Ibiraiaras, Nova Alvorada, São Domingos do Sul e Vila Maria 9ª Regional de Saúde - municípios de Fortaleza dos Valos, Quinze de Novembro e Saldanha Marinho 11ª Regional de Saúde - municípios de Áurea, Itatiba do Sul e Três Arroios 14ª Regional de Saúde - municípios de Doutor Maurício Cardoso e São José do Inhacorá 15ª Regional de Saúde - município de Engenho Velho 16ª Regional de Saúde - municípios de São José do Herval e Sério 17ª Regional de Saúde - municípios de Catuípe e Joia 19ª Regional de Saúde - municípios de Liberato Salzano, Taquaruçu do Sul e Vista Gaúcha.</p>
<p>Habilitar, no mínimo 3 Redes Assistenciais de Alta Complexidade localizadas em cada uma das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, de acordo com as especificidades de cada região .</p>	<p>Habilitação de 9 leitos novos de UTI Adulto tipo II: 5ª Regional de Saúde – 2 leitos no Hospital Nossa Senhora das Oliveiras em Vacaria 10ª Regional de Saúde – 1 leito no Hospital Ivan Goulart em São Borja e 2 leitos na Santa Casa de Uruguaiana 12ª CRS – 4 leitos no Hospital de Caridade em Santo Ângelo.</p> <p>Habilitação de 3 hospitais para Atenção em Traumatologia-ortopedia de Alta Complexidade: 1ª Regional de Saúde – Hospital Universitário da ULBRA em Canoas 3ª Regional de Saúde – Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Jr em Rio Grande 10ª Regional de Saúde – Hospital Santa Casa de São Gabriel</p> <p>Habilitação da Rede de Atenção em Terapia Nutricional de Alta Complexidade constituída de 20 hospitais: 1ª Regional de Saúde - Hospital de Clínicas, Hospital de Pronto Socorro, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Santa Casa em Porto Alegre; Hospital Nossa Senhora das Graças em Canoas; Hospital Municipal São Camilo em Esteio; Hospital Dom João Becker, em Gravataí; Hospital Municipal de Novo Hamburgo; Hospital Centenário em São Leopoldo e o Hospital de Sapiranga. 3ª Regional de Saúde – Hospital Escola da Universidade Federal, Hospital São Francisco de Paula da Universidade Católica e Hospital Santa Casa, todos localizados em Pelotas 4ª Regional de Saúde – Hospital Universitário em Santa Maria</p>

	<p>5ª Regional de Saúde – Hospital Geral e Hospital Pompéia em Caxias do Sul 6ª Regional de Saúde – Hospital São Vicente de Paulo em Passo Fundo 7ª Regional de Saúde – Hospital Santa Casa de Bagé 17ª Regional de Saúde – Hospital de Caridade em Ijuí.</p> <p>Habilitação de Unidade de alta complexidade em Cardiologia</p> <p>Hospital de Caridade em Ijuí – 17ª Regional de Saúde</p> <p>Habilitação de Unidade de Alta complexidade em Nefrologia Hospital de Caridade em Santiago – 4ª Regional de Saúde</p> <p>Habilitação de Unidade de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência Física na 1ª Regional de Saúde – Associação Canoense do Deficiente Físico ACADEF no município de Canoas.</p>
Ação de Apoio aos Hospitais - Conceder incentivos financeiros a 315 hospitais vinculados ao SUS, em áreas prioritárias da política assistencial do Estado.	<p>Concessão de incentivos financeiros Estaduais a 298 hospitais para atenção à gestação de alto risco, aplicação do método Mãe Canguru, realização de cirurgias de traumatologia-ortopedia de média complexidade e outras cirurgias, disponibilização de leitos clínicos em hospitais gerais para internação psiquiátrica e tratamento de dependentes de álcool e outras drogas e incentivo à Urgência emergência como referência ao SAMNU. .</p> <p>Foram disponibilizados 339 leitos em hospitais habilitados ao incentivo Casa da Gestante e 62 leitos nos hospitais habilitados ao incentivo Mãe Canguru. Na Saúde Mental foram disponibilizados 570 leitos para tratamento de dependentes de álcool e outras drogas e 408 leitos para tratamento psiquiátrico em 96 hospitais gerais.</p>
Regular 100% das vagas nos serviços de reabilitação para atendimento das pessoas com deficiência física, auditiva, mental e autismo.	<p>Na saúde auditiva foi regulado 100% das vagas, totalizando 3.808 pacientes atendidos na alta e média complexidade.</p> <p>Na reabilitação física foram atendidos 4.400 pacientes com regulação de 100% da vagas.</p>
Implantar a Triagem Auditiva Neonatal Universal – TAN em 40 hospitais.	<p>Neste ano foram comprados os 40 equipamentos para realização do exame, para cessão às Secretarias Municipais de Saúde de referência para realização do teste, garantindo cobertura para todas as regionais de saúde.</p>
Outras realizações.	<p>Na área da deficiência visual foi contratada empresa para dispensa de prótese ocular e lente escleral, totalizando 225 próteses concedidas, ao custo de R\$ 111.150,00 e 49 lentes esclerais com recurso financeiro de R\$ 25.970,00. Além disso, foram abertos 2 Chamamentos Públicos para compor a Rede da Reabilitação Visual. Na área de Estomia e Incontinência Urinária, foi implantando Cadastro Estadual Informatizado que envolve 600 usuários desses materiais especiais disponibilizados pelo Estado.</p>

Análises e Comentários

A Reabilitação no SUS/RS foi ampliada e qualificada melhorando o acesso dos usuários com Deficiência às tecnologias especializadas promovendo a reabilitação funcional. A SES/RS destinou recursos financeiros e humanos para atingir a referida qualificação das Redes e Serviços destinadas ao atendimento das Pessoas com Deficiência, sendo referenciado pelo Ministério da Saúde no que concerne a gestão desta Política.

6.29. Regulação em Saúde

- Objetivos (PES):**
- 1 - Promover a relação humanizada no trabalho e na assistência aos doentes graves e terminais, através da proximidade com a família e local de residência.
 - 2 - Cumprir a função de organizar o sistema de contra-referência com a continuidade da assistência.
 - 3 - Otimizar a utilização da capacidade instalada da atenção especializada e serviços de referência, reservando-a para o atendimento dos casos que exigem tal nível de complexidade.
 - 4 - Garantir o acesso dos pacientes a tecnologias de acordo com protocolos estabelecidos.
 - 5 - Priorizar os serviços de atendimento de urgências de hospitais especializados como “portas de entrada” do sistema de saúde para estas situações, definindo as “portas de saída” (hospitais de menor complexidade) e, portanto, uma hierarquia de serviços.
 - 6 - Criar mecanismos efetivos de integração e comunicação entre hospitais de diferentes níveis de complexidade, intermediado pela Central Estadual de Regulação e assegurando os princípios de universalidade e integralidade da assistência.
 - 7 - Substituir o relacionamento pessoal e a informalidade como matriz dos encaminhamentos por um fluxo regulado entre os níveis de complexidade. Na Regulação dos fluxos de referência e contra-referência voltados para a gravidez de Alto Risco e Mortalidade Infantil Neonatal:
 - 8 - Auxiliar a equipe de saúde do serviço solicitante no manejo de situações que envolvam gestação de risco, uniformizando conceitos e critérios de abordagem.
 - 9 - Facilitar o processo de tomada de decisões no atendimento obstétrico e perinatal, em relação à necessidade de transferência da gestante e/ou neonato a serviços especializados (Orientações de manejo clínico, verificação de necessidades e condições para a transferência, cuidados necessários, etc.).
 - 10 - Reduzir os fatores de risco da gestação.
- Nos protocolos de admissão e alta hospitalar de neonatos em UTI/UCI protocolos de admissão neonatal:
- 11 - Definir critérios de admissão de recém-nascidos em risco de vida que necessitam de cuidados especiais, nas 24 horas do dia, em Unidades de Tratamento Intensivo ou de Cuidados Intermediários Neonatais.
 - 12 - Assegurar acesso a atendimento especializado, humanizado e de qualidade, indicado às suas condições de saúde.
 - 13 - Oportunizar todos os recursos disponíveis para diagnóstico e tratamento com potencial mínimo de risco, alicerçado em evidências e princípios éticos.
 - 14 - Contribuir com a redução da mortalidade neonatal.

No Monitoramento e Avaliação da Regulação:

15 - Mapear as internações em UTI – para regulação das solicitações de leitos de UTI: análise, orientação para o caso e identificação da disponibilidade de leitos.

16 - Implantar protocolos de internação/tempo de permanência em UTI.

17 - Acompanhar os mapas de leitos dos serviços de UTI, sob gestão estadual, com a finalidade de monitorar a utilização do serviço de acordo com o protocolo.

Na avaliação de indicadores de qualidade e desempenho:

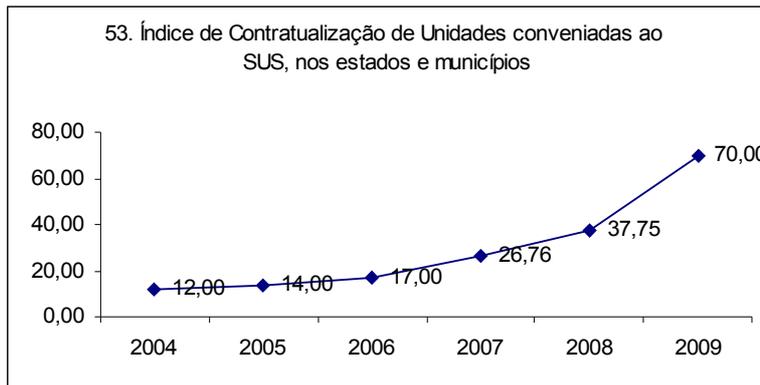
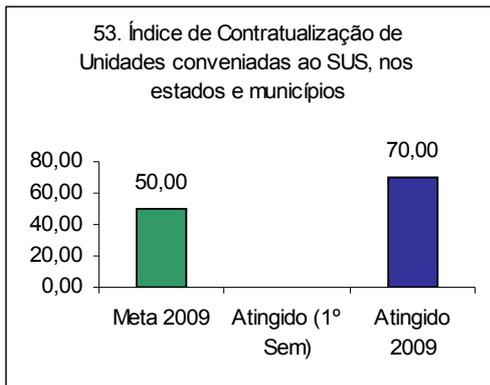
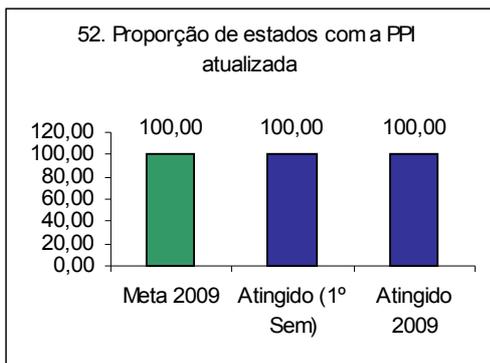
18 - Institucionalizar atividades de monitoramento e avaliação que

instrumentalizem o processo de tomada de decisão, no sentido de confirmação das ações desenvolvidas ou correção de rumo.

19 - Avaliar o ingresso e a permanência dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva, verificando a adequação aos protocolos estabelecidos.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Regular a totalidade da UTI sob protocolo operacional de Regulação e mapeamento analítico.	Realizada regulação de 70 % das internações em UTIs sob Gestão Estadual em 2009, sendo 81,26 % das Internações em UTI Neonatal, 82,1 % em UTI Pediátrica e 44,7 % em UTI Adulto. O mapeamento analítico foi realizado em 50 % das UTIs Adulto e em 100 % das UTIs Neonatal e Pediátricas sob Gestão Estadual.
Regular as internações em Neurologia e Neurocirurgia sob protocolo operacional da Regulação Estadual.	O Protocolo de regulação em Neurologia está em fase de implantação.
Regular as internações em Cardiologia sob protocolo operacional da Regulação Estadual.	O Protocolo de regulação em Cardiologia está em fase de elaboração.
Regular as internações em traumatologia sob protocolo operacional Regulação Estadual.	O Protocolo de regulação em Traumatologia em fase de elaboração.
Regular as consultas especializadas e exames ambulatoriais.	Reguladas as áreas de reabilitação física e auditiva.
Estruturar 07 Centrais de Regulação, uma em cada macrorregião de saúde.	A regulação do acesso das macrorregiões vem sendo efetuada centralizadamente pela Regulação Estadual.
Outras realizações.	Realizada 100 % das solicitações de teleconsultoria para equipes hospitalares e de pronto-atendimento na atenção a gestantes e neonatos de risco com a equipe da Regulação Estadual. Realizada 100 % da regulação e autorização de pagamentos de transportes medicalizados para UTIs, em situações especiais, com requisitos pré-estabelecidos. Redirecionamento de pacientes internados em UTI dos grandes hospitais de Porto Alegre para UTI de hospitais da Região Metropolitana, visando a otimização da ocupação dos leitos.

Indicadores Pactuados



Análises e Comentários

Dos 762 estabelecimentos de saúde ambulatoriais e hospitalares, cujo pagamento dos serviços prestados ao SUS é realizado pela SES, 533 estavam contratualizados em 2009, correspondendo ao percentual de 70% representando um grande esforço institucional para regularização da situação contratual dessas Unidades.

6.30. Participação Social no SUS

- Objetivos (PES):**
- 1 - Estimular a sensibilização de atores sociais para o fortalecimento da participação popular no controle social do SUS.
 - 2 - Cooperar técnica e financeiramente com o Conselho Estadual de Saúde (CES) para a educação permanente de conselheiros de saúde no Rio Grande do Sul.
 - 3 - Contribuir para a instrumentalização e qualificação dos conselheiros de saúde estaduais e municipais.
 - 4 - Desenvolver estratégias para a qualificação de atores sociais (representantes da sociedade civil, movimentos de pessoas portadoras de patologias, entre outros) para o controle social do SUS Estadual.
 - 5 - Garantir infra-estrutura, bem como recursos humanos, materiais e de mobilização para a execução das ações do controle social.
 - 6 - Ampliar o conhecimento da população do campo sobre a incidência de algumas doenças e agravos mais frequentes nesta população.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
<p>Sensibilização de atores sociais para o fortalecimento da participação popular no controle social do SUS para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conselheiros de saúde; - Entidades que compõem os conselhos de saúde; - Educação Popular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oficina de Educação Permanente com Conselheiros Municipais de Saúde de Restinga Seca com conselheiros de saúde e entidades que participam do CMS (30): <ul style="list-style-type: none"> • Contratação de ônibus para plenárias descentralizadas 2009. Das seis previstas, apenas duas (Osório e Cachoeira do Sul) executadas. Processos emperrados na licitação; • Oficinas com entidades do CES – transferido duas vezes por problemas de licitação (setembro e outubro). - Reuniões quinzenais da Comissão de Educação Permanente de Informação e Comunicação em saúde - CEPICSS. - Elaboração materiais de Divulgação: <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do livro de legislação SUS é Legal, em licitação desde 2007; • Não foi possível elaborar o Relatório da V Conferência Estadual de Saúde – processo parado até o momento no setor de comunicação. - Sensibilização para a Política Estadual de Educação Permanente do Controle Social via produção de 300 mil folders dos 20 anos do SUS - Organização e Participação na Reunião CIES sobre Movimentos Sociais (1) e sobre Educação popular (1). - Avaliação pelo CEPICSS dos Projetos da CIES/RS. - Articulação da Educação Permanente e Educação Popular em Saúde: Fortalecer a participação.

<p>Instrumentalização e qualificação dos Conselheiros de Saúde estaduais e municipais</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aulas de Direito à Saúde, Participação e Controle Social no Curso de Especialização em Saúde Pública (44), Residência em Saúde – RIS (60). - Participação no Seminário Estadual de Humanização no SUS – Política de Humanização e Controle Social na mesa que debateu o Controle Social no SUS (200). - Participação na Capacitação do DIEESE para as Comissões de Emprego e Renda do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná (80). - Participação nas reuniões da Coordenação e Seminários dos Trabalhadores ESP/RS. - Oficina com Equipes de Saúde Indígenas. - Oficina de Educação Popular – em processo de licitação desde 2008. - Duas Oficinas de Educação Popular, em conjunto com a CIES e CES - Participação no Encontro de Práticas Educativas em Saúde – SGEP. - Articulação das entidades que atuam com Educação em Saúde com sede no RS (80). - Orientações para a implementação das políticas do ParticipaSUS. - Concepção e Plano de trabalho para execução dos Incentivos do ParticipaSUS.
<p>Cooperação técnica e financeira com o CES/RS para a Educação Permanente de Conselheiros de saúde no RS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento das Plenárias descentralizadas do CES/RS (5). - Realização de um evento descentralizado de Educação Permanente para o Controle Social com os Conselheiros dos CMS da região de Cachoeira do Sul. - Apoio à Elaboração de Projeto para Encontros Descentralizados de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (Passo Fundo, Ijuí, Pelotas e Cruz Alta).

Análises e Comentários

- Sensibilização para a Política Estadual Permanente e o Controle Social do SUS.
- Contribuição para formação de uma compreensão ampliada de saúde e sua articulação com outras políticas públicas.
- Contribuição para a articulação entre os conselheiros de saúde e outras instâncias de controle social sobre as políticas públicas existentes no estado e nos municípios.
- Participação das reuniões quinzenais da CEPICS do CES/RS e elaboração dos projetos de Educação Permanente para o Controle Social do SUS.
- Acompanhamento dos projetos descentralizados da EP para os Conselheiros de Saúde.
- Acompanhamento a realização do II encontro de EP: ênfase em Educação Popular.
- Elaboração de artigo para o Livro de EP.
- Aproximação com ações da CIES via II Encontro de EP, reuniões mensais.
- Aproximação com Nuresc e Centro de Redução de Danos para a realização dos eventos de Educ. Permanente para o Controle Social.
- A partir das Plenárias Descentralizadas do CES, da participação nas reuniões da CEPICSS, da participação das reuniões na CIES e a parceria com Nuresc e Centro de Redução de Danos, está-se construindo um processo descentralizado de Educação Permanente para o Controle Social do SUS.
- Essas ações estão sendo possíveis de serem realizadas devido ao apoio financeiro do ParticipaSUS.

6.31. Auditoria do SUS

Objetivos (PES): 1 - Instrumentalizar as equipes de Auditoria, componentes Estadual e Municipal, qualificando a gestão do sistema de saúde, em consonância com a Política Nacional de Auditoria do SUS.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Outras realizações	<p>1. Quantitativo de Auditorias realizadas:</p> <p>Auditoria Operacional: 111 Bloqueios: 984 Compra de Leitos/UTI: 53 Denúncias: 48 Pesquisa Satisfação/Usuário: 177 Outras: 27</p> <p>2. Com relação ao Financeiro:</p> <p>2.1 - Processos encaminhados ao FES para recolhimento de multa e/ou OR:</p> <p>2.1.1 – Cobrança de Multa, lei 11.867/2002 05 processos - R\$ 61.391,32</p> <p>2.1.2 – Cobrança de Ordem de Recolhimento (OR): 13 processos - R\$ 392.641,72</p> <p>2.2 - Processos auditados em andamento:</p> <p>Auditorias finalizadas c/valores em negociação a serem recebidos pela SES: 04 processos - R\$ 9.792.457,93</p> <p>Obs: A auditoria, neste período, somando-se os valores arrecadados e os em andamento para recolhimento somam um total de R\$ 10.246.490,97 (Dez milhões, duzentos e quarenta e seis mil, quatrocentos e noventa reais e noventa e sete centavos).</p> <p>2.3 - Ressarcimento/Pagamento ao usuário/SUS: Usuário ressarcido conforme Lei 11.867/2002: 06 processos - R\$ 5.840,84</p> <p>3. Ouvidoria SUS/MS</p> <p>Demandas disponibilizadas via internet. A auditoria está realizando a gestão deste sistema. Dados recebidos pelo Sistema Ouvidoria SUS: Demandas encaminhadas/processos abertos: 290 Demandas em análise: 129 Demandas reencaminhadas: 06 Demandas concluídas: 417 Total de demandas no sistema: 713</p>

Análises e Comentários

Capacitações, que seriam realizadas com recursos do Ministério da Saúde não realizadas por falta de RH para organizá-las. Informamos que dispomos dos médicos auditores nas especialidades necessárias para ministrarem as aulas, inclusive com o programa e aulas preparadas.

As atividades do setor são dificultadas por escasso número de servidores no apoio administrativo, salientando que a maioria das tarefas precisam ser realizadas por estagiários, de forma precária, tornando-se o setor de difícil gestão.

Ressalta-se que duas funcionárias administrativas concursadas designadas para o setor em 2009/2010, solicitaram demissão devido a baixa remuneração.

6.32. Ouvidoria do SUS

- Objetivos (PES):**
- 1 - Implantar Ouvidoria Estadual do SUS, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica, conforme diretrizes nacionais.
 - 2 - Estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidoria em saúde, co-responsabilizando os gestores municipais na implantação deste serviço, assegurando aos cidadãos o acesso a informações sobre o direito à saúde e as relativas ao exercício deste direito.
 - 3 - Estimular e fortalecer a implementação de Ouvidorias nas Secretarias Municipais de Saúde no Rio Grande do Sul.
 - 4 - Incentivar a implantação de Ouvidorias em municípios localizados nas 19 regiões de saúde.
 - 5 - Organizar, implantar e ampliar a rede Estadual de Ouvidorias do SUS.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Adequar área física e rede lógica para a instalação do Serviço de Ouvidoria Estadual.	Em andamento.

Análises e Comentários

Esta meta visa cumprir com o compromisso pactuado com o Ministério da Saúde de implantar a Ouvidoria Estadual, através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, que estabelece a responsabilidade da SES no fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

Em 2009, foram abertos os processos licitatórios para a compra de equipamentos e materiais permanentes para implementação do serviço de Ouvidoria SES/ SUS - Convênio MS 1508/2008.

Foi iniciado o processo para a constituição oficial do Serviço de Ouvidoria da SES - por meio de Decreto de Criação Oficial da Ouvidoria SES/SUS que se encontra em avaliação na Casa Civil.

6.33. Gestão do Trabalho em Saúde

- Objetivos (PES):**
- 1 - Reestruturar o plano de cargos, carreiras e salários da Secretaria Estadual da Saúde e da FEPPS.
 - 2 - Ampliar o quantitativo de recursos humanos na secretaria estadual da saúde e FEPPS.
 - 3 - Desenvolver estratégias de gestão de recursos humanos na SES E FEPPS.
 - 4 - Estruturar uma política de saúde do servidor da Secretaria Estadual de Saúde, articulada às diferentes especificidades de cada espaço de atuação profissional.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Reestruturar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários e encaminhar para a Assembléia Legislativa.	Projeto de reestruturação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários da SES elaborado em conjunto com o IBAM (Instituto Brasileiro de Administração Municipal).
Elaborar e implantar projeto de acolhimento e integração de novos servidores.	Projeto em andamento, Aplicação da Política de HUMANIZAÇÃO - PNH/RS até o ano de 2010.
Nomear 150 servidores concursados para a SES-RS.	Processo que solicita autorização para nomeação de novos concursados em andamento no GAE – Secretaria da Fazenda.

Análises e Comentários

* Realizada a Contratação Emergencial pela FEPPS para contratação de 20 servidores.

** Realizado Curso de Informática para 514 servidores, sendo 100 para Porto Alegre e 414 para as Coordenadorias Regionais do Interior.

6.34. Infra-Estrutura da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul

- Objetivos (PES):** 1 - Implantar a reforma organizacional e administrativa da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.
2 - Aperfeiçoar a infra-estrutura da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Capacitar 120 trabalhadores da SES em Fiscalização de Contratos.	Capacitação de 50 fiscais de contrato a Nível Central e CRSs - Divisão de Contratos/DA.
Capacitar 100 trabalhadores da SES em Gestão de Contratos.	Participação da Gestora de Contratos - I Congresso Brasileiro de Fiscais e Gestores de Contratos na Administração Pública – RJ.
Capacitar 200 trabalhadores da SES em Técnicas de Redação.	Projeto em andamento - Processo em fase licitação.
Capacitar 200 trabalhadores da SES em Gestão Administrativa de Processos.	Capacitação – Inicial de Processos – Público alvo Servidores das CRSs e Nível Central.
Capacitar 200 trabalhadores da SES para adequação às novas normas ortográficas da Língua Portuguesa.	Capacitado na Divisão de Compras 2 servidoras.
Destinar 100 veículos para Municípios, preferencialmente para aqueles com ESF, ACS, PIM, PPV implantados.	Projeto concluído. Por ocasião da Renovação da Frota da SES foram doados à 97 municípios os veículos substituídos, Tendo como critérios os índice alcançados na implantação e realização dos Programas Prioritários da Secretaria: PIM, PSF, PPV. Processo de doação - nº 56880-2000/09-7.
Adquirir 95 veículos para a SES-RS.	Aquisição de parte da frota (52 veículos), sendo destinados à 32 Unidades Administrativas da SES: Coordenadorias Regionais, Hospitais, Escola Saúde, Ambulatório e Nível Central a (15 Departamentos). Conclusão do projeto de renovação da frota em 2010 com aquisição de mais 23 veículos.
Adquirir uma empilhadeira.	Projeto em andamento.
Adquirir 03 ambulâncias.	Projeto em andamento.
Concluir a doação de 147 veículos que estão sob a forma de cedência aos municípios.	Projeto em andamento.
Concluir a doação de 46 veículos do antigo INAMPS cedidos para a SES-RS.	Projeto em andamento.
Concluir a doação de Unidades de Saúde cedidas com a Municipalização, de acordo com a demanda.	Projeto em Andamento.
Substituir as Centrais Telefônicas nas Coordenadorias Regionais de Saúde e no nível central da SES-RS.	Processo arquivado por falta de recursos orçamentários em 2010.
Concluir 50% da reformada do arquivo geral da SES-RS.	Em andamento projeto da segunda parte da reforma do Arquivo Geral Processo nº 61619-2000/05-0, processo licitatório em fase de conclusão.
Substituir 100% das atuais copiadoras xérox da SES-RS.	A ser realizada em 2011. Está em procedimento de Licitação na CECOM o Processo de Terceirização deste Serviço, Processo 37103-2000/09-8 - EPE-216/10 agendado para 14 de junho/2010.
Implantar serviço de recepção para a SES-RS em todos os departamentos, gerando 20 novos postos de trabalho.	Implantar a reforma organizacional e administrativa da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

Outras realizações.

Capacitação de 50 fiscais de contrato a Nível Central e CRSs - Divisão de Contratos/DA.

Análises e Comentários

O aperfeiçoamento da infra-estrutura, e a reforma organizacional e administrativa da SES busca melhorar as condições de trabalho dos servidores o que resulta na agilização dos expedientes e atendimento qualificado dos usuários do SUS.

6.35. Educação em Saúde

Objetivos (PES): 1 - Desenvolver ações de pesquisa, educação, capacitação e a produção de conhecimentos na saúde como forma de qualificar os programas de estado voltados à melhoria da saúde pública no Rio Grande do Sul.

2 - Capacitar grupos interdisciplinares de atores pertencentes às Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado para atuarem como referência em ações de educação popular, a fim de ampliar e estimular a participação popular no SUS.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Qualificar 9.000 pessoas na Educação Permanente para o SUS no período.	Dez reuniões CIES (Comissão Ensino-Serviço) Estadual e Regional, COGERES. Os Recursos em EPS foram descentralizados em 90% para as 19 regiões gerando 69 projetos, entre eles, cursos, especializações, extensão, rodas de conversas, seminários. Além destes, foram realizadas publicações e o II Encontro Estadual de Educação Permanente em Saúde e Educação Profissional.
Formar 1.230 alunos em nível de pós-graduação no período.	324 alunos formados no nível de Pós-graduação, sendo 80 alunos no Curso de Especialização em Direito Sanitário, 70 alunos no Curso de Especialização em Saúde Pública, 104 alunos no Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS e 70 alunos no Programa de Residência Integrada em Saúde.
Formar 390 alunos em nível de ensino profissional no período.	Foram formados: 30 alunos do Curso Cuidador de Idosos e 20 alunos do Curso de Auxiliar de Consultório Dentário
Realizar Curso de atualização em educação popular em saúde para 02 trabalhadores de cada uma das Coordenadorias Regionais de Saúde.	Não foi realizado - ficou para 2010. Processo 020409-2000/09-1 em tramitação, aguardando complementação de valor.
Construir 3 produtos (filme, programa de rádio, cartilha) de educação popular em saúde.	Não foi realizado - ficou para 2010. Processo 020409-2000/09-1 em tramitação, aguardando complementação de valor.
Disponibilizar os produtos desenvolvidos a todos os municípios do Estado.	Não foi realizado - ficou para 2010. Processo 020409-2000/09-1 em tramitação, aguardando complementação de valor.
Realizar uma mostra estadual de experiências em educação popular.	Não foi realizado - ficou para 2010. Processo 020409-2000/09-1 em tramitação, aguardando complementação de valor.
Outras realizações.	Ligadas a Coordenação de Ensino, foram ainda realizadas em 2009 as seguintes ações: 471 alunos concluintes dos seguintes cursos: 43 no Curso de Qualificação e Promoção de Saúde na Assistência Social; 200 no Seminário Internacional Ética nas Ciências; 180 no II Seminário Gaúcho de Direito Sanitário; 48 na Capacitação para implantação da UTI Neonatal da Santa Casa de Alegrete.

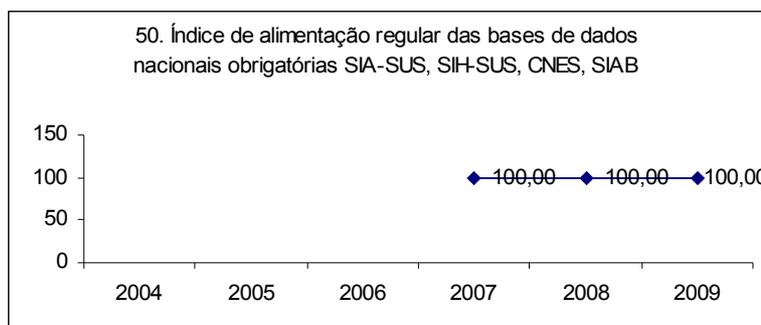
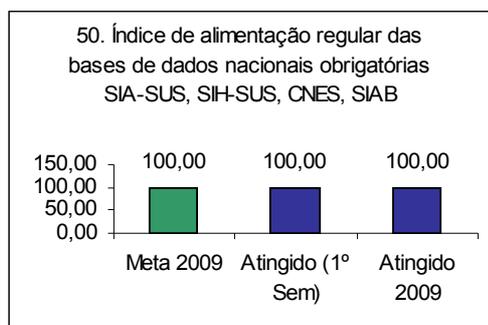
6.36. Informação em Saúde

Objetivos (PES): 1 - Elaborar, implantar e implementar a Política de Informação e Informática em Saúde do SUS na SES/RS, racionalizando e otimizando os investimentos em informática e telecomunicação.

2 - Instrumentalizar, paulatinamente, o processo decisório do SUS-RS através da promoção e implementação do uso intensivo da informação e suas tecnologias, de forma integrada, ágil e adequada às necessidades dos gestores, profissionais e conselheiros de saúde.

Meta PES (2009-2011)	Realizações 2009
Implantar tecnologia de EAD na ESP.	Ao longo de 2009, realizaram-se três reuniões entre planejamento e ESP para viabilizar o processo de implantação da EAD, bem como uma visita técnica à ESP para verificar as condições necessárias. Observou-se que era fundamental qualificar a rede lógica da SES e da ESP para viabilizar a implantação do EAD. Equipamentos foram licitados pelo Setor de Informática da SES para aquisição de equipamento necessário. No final do ano, ainda não havia sido entregue o equipamento.
Capacitar 400 trabalhadores da SES em Softwares.	Capacitação de 514 servidores no Aplicativo Br Office e Windows Vista, sendo 200 para os servidores de Porto Alegre e 414 para os Servidores das Coordenadorias Regionais de Saúde.
Implantar rede lógica nos três hospitais próprios da SES-RS.	Aquisição de parte dos equipamentos para rede lógica do HPSP.
Adequar a rede lógica das Coordenadorias Regionais de Saúde no Estado.	Ampliação das redes lógicas em 80% das Coordenadorias Regionais de Saúde.
Reestruturar 100% da rede lógica da SES no CAFF.	Projeto concluído, sendo a execução em 2010.
Implantar programa informatizado de Gerenciamento de Compras.	Projeto em fase final.
Implantar programa informatizado de Gerenciamento de Contratos.	Projeto em andamento.
Ampliar para 18 a equipe de Técnicos em Tecnologia da Informação (TI), mediante terceirização de serviços, tanto no nível central da SES, quanto nas Coordenadorias Regionais de Saúde.	Não foi ampliado. Aguardando a nomeação de concursados.
Adquirir 1.500 computadores para o nível central e Coordenadorias Regionais de Saúde.	Aquisição de 963 computadores para o nível central, CEVS, ESP, Hospitais e Coordenadorias Regionais de Saúde.

Indicadores Pactuados



ANÁLISE DOS INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE

7.1. Introdução

O Pacto pela Saúde, estabelecido pela [Portaria nº 399/GM](#), é um conjunto de reformas institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) pactuado entre as três esferas de gestão – União, estados e municípios – com o objetivo de promover inovações nos processos e nos instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade nas respostas do SUS. O Pacto redefine as responsabilidades de cada gestor, em função das necessidades de saúde da população, e a busca da equidade social. O Pacto pela saúde subdivide-se em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Onde:

- O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.
- O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.
- O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

O Ministério da Saúde publicou, no dia 21 de fevereiro, a portaria 325/2008, que estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Saúde para 2008 – mantidos para 2009 – e, além disso, define os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde a serem acompanhados.

7.2. Metodologia

Indicadores de saúde são ferramentas numéricas capazes de medir, de forma sintética, aspectos importantes do estado de saúde da população. Em outras palavras, funcionam como medidas-resumo que refletem a condição da saúde da população nos mais diversos aspectos. Podem representar, inclusive, um mecanismo de suporte à tomada de decisão e melhoria na alocação dos recursos.

É, então, com base no monitoramento e na avaliação, através do acompanhamento do desempenho dos indicadores, que o relatório de gestão pretende subsidiar as políticas e os serviços de saúde na proposição de diretrizes e/ou estratégias mais efetivas para o enfrentamento dos problemas por ele identificados, tecendo recomendações para a reformulação dos objetivos, diretrizes e metas do Plano Estadual de Saúde.

Segue abaixo um quadro com a lista de indicadores selecionados para acompanhamento, de acordo com a Portaria 325/2008. O Quadro 1 relaciona os indicadores às prioridades do Pacto pela Saúde.

Quadro 1: Indicadores Pactuados por Prioridades do Pacto pela Saúde 2009

Prioridade	Indicadores
I. Atenção à Saúde do Idoso	1. Taxa de Internação Hospitalar de Pessoas Idosas por Fratura no Fêmur. 2. Percentual de Instituições de Longa Permanência para Idosos (LPI), cadastradas e inspecionadas.
II. Controle do câncer de colo de útero e de mama	3. Razão de exames citopatológico cervico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação a população-alvo, em determinado local, por ano. 4. Percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero (lesões de alto grau – NIC II e NIC III), em determinado local, no ano. 5. Percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5%, por UF, no ano. 6a. União: Proporção de Estados e Municípios capacitados no SISMAMA. 6b. Estado: Proporção de municípios com serviço de mamografia prestadores do SUS capacitados no SISMAMA. 6c. Município: Proporção de serviços (SUS e credenciados) de mamografia ao SUS capacitados no SISMAMA.
III. Redução da mortalidade infantil e materna.	7. Proporção de óbitos infantis investigados. 8. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados. 9. Coeficiente de mortalidade pós-neonatal. 10. Coeficiente de mortalidade neonatal.

	11. Número absoluto de mortes infantis indígena. 12. Número de casos de sífilis congênita.
7.	13. Taxa de Cesáreas.
IV. Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, Aids.	14. Taxa de letalidade por Febre Hemorrágica de Dengue. 15. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. 16. Incidência Parasitária Anual de Malária. 17. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. 18. Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado. 19. Proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia. 20. Taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos de idade.
V. Promoção da Saúde.	21a. Estados/capitais: Prevalência de sedentarismo em adultos. 21b. Municípios: Percentual de unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da atividade física.
9.	22. Prevalência de tabagismo.
	23a. União = Proporção de estados com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde. 23b. União = Proporção de capitais com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde.
10.	23c. Estados = Proporção de municípios prioritários com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde por UF.
VI. Fortalecimento da Atenção Básica.	24. Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família 25a. Proporção de municípios com o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) implantado. 25b. Proporção de Equipes de Saúde da Família com o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) implantado. 26. Recurso financeiro (em reais) próprio despendido na atenção básica.
11.	27. Média anual da ação coletiva escovação supervisionada. 28. Cobertura de primeira consulta odontológica programática. 29. Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral. 30. Taxa de internação por Diabetes Mellitus e suas complicações na população de 30 anos e mais. 31. Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas. 32. Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal. 33. Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por Agente Comunitário de Saúde.
12.	34. Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade. 35. Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica.
VII. Saúde do Trabalhador.	36. Número de Cerest implantados.
13.	37. Número de Profissionais de saúde matriculados.
VIII. Saúde Mental.	38. Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes. 39. Taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa.
IX. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência.	40. Número total de serviços de reabilitação de saúde auditiva habilitados por UF.
X. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência.	41. Proporção de redes de atenção integral a mulher e adolescentes em situação de violência implantados em municípios prioritários no estado. 42. Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência

	doméstica, sexual e/outras violências, implantadas.
XI. Saúde do homem.	43. Política da Saúde do Homem elaborada e publicada.
i. Responsabilidades Gerais	44. Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade. 45. Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas. 46. Taxa de notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda – PFA em menores de 15 anos. 47. Proporção de doenças exantemáticas investigadas oportunamente. 48. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação. 49. Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000. 50. Índice de alimentação regular das bases de dados nacionais obrigatórias. (SIASUS - SIHSUS -CNES - SIAB).
ii. Regionalização	51. Proporção de constituição de Colegiados de Gestão Regional.
iii. Planejamento e Programação	52. Quantidade de estados com a PPI atualizada.
iv. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	53. Índice de contratualização de unidades conveniadas ao SUS, nos estados e municípios.
v. Participação e Controle Social	54. Proporção de estados e municípios com relatórios de gestão aprovados no CES e CMS.
Indicadores RS (Selecionados pela SES-RS)	RS 1. Coeficiente de mortalidade neonatal precoce RS 2. Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer RS 3. Proporção de nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer RS 4. Número de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de Aedes aegypti em municípios infestados RS 5. Número de visitas em Armadilhas e Pontos Estratégicos realizadas em municípios não infestados pelo Aedes aegypti RS 6. Proporção de menores de três anos de idade acompanhados pelo programa Primeira Infância Melhor RS 7 .Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade RS 8. Taxa de internações por Acidente vascular cerebral (AVC) na população de 30 a 59 anos RS 9. Taxa de Internação por acidente vascular cerebral na população de 60 anos ou mais RS 10. Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados RS 11. Proporção de portadores de diabetes Mellitus cadastrados RS 12. Taxa de Internação por alcoolismo na população de 10 anos ou mais RS 13. Notificação de doenças e agravos à Saúde do Trabalhador em Unidades de Saúde

Para maiores informações sobre os indicadores, tais como fórmula de cálculo, fonte e roteiro para obtenção dos dados necessários para o cálculo, assim como informações adicionais, consultar o Instrutivo dos Indicadores para a Pactuação Unificada 2009 (Ministério da Saúde) e o Instrutivo dos Indicadores RS pelos links:

- http://www.saude.rs.gov.br/dados/1249509827466Instrutivo_Indicadores_2009.pdf
- http://www.saude.rs.gov.br/dados/1249930948658Instrutivo_Indicadores_RS.pdf

A metodologia de avaliação dos resultados atingidos nos indicadores pactuados considera:

- Cálculo do Índice de Cumprimento de Meta (ICM) e grau de cumprimento para comparação do atingido frente ao pactuado em cada indicador;
- Tabela com ICM médio por prioridade para visualização do cumprimento das metas dentro de cada prioridade do Pacto pela Saúde;
- Tabela de distribuição dos indicadores por prioridade e grau de cumprimento de metas;
- Gráfico do ICM alcançado por todos os indicadores para visualização global quanto ao cumprimento de metas;
- Gráfico comparativo da distribuição dos indicadores por grau de cumprimento de metas entre o ano atual e o anterior.

Para o cálculo do Índice de Cumprimento de Meta (ICM), deve ser considerada a polaridade do indicador. O quadro abaixo apresenta as fórmulas de cálculo do ICM de acordo com a polaridade do indicador.

Quadro 2: Fórmula de Cálculo do ICM por Polaridade do Indicador

Polaridade	Exemplo	Fórmula de Cálculo do ICM (%)
Quanto maior melhor	Proporção de Investigação de Óbitos Infantis	$\text{ICM} = \frac{\text{atingido}}{\text{meta}} \times 100$
Quanto menor melhor	Coefficiente de Mortalidade Neonatal	$\text{ICM} = \left(1 - \frac{\text{atingido} - \text{meta}}{\text{meta}} \right) \times 100$

O grau de cumprimento de meta divide o ICM em quatro graus (níveis, faixas). O Quadro 3 apresenta os graus de cumprimento de meta, segundo critérios do PlanejaSUS

Quadro 3: Graus de Cumprimento de Meta

Grau de Cumprimento de Meta	Faixas 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

7.3. Análise/Acompanhamento dos Resultados

As tabelas e gráficos desta seção resumem os resultados atingidos nos indicadores pactuados no ano de 2009. A idéia central é apurar se houve cumprimento das metas estabelecidas. Ressalta-se que os indicadores foram selecionados pelo Ministério da Saúde e estão fortemente associados à questões prioritárias de saúde. Em resumo, o atingimento das metas pactuadas é um indício de que resultados importantes estão sendo obtidos.

Tabela 8: Resultados atingidos, Índice de Cumprimento de Meta (ICM) e Grau de atingimento de meta, por indicador pactuado, ano 2009

Indicador	Prioridade	Pactuado	Atingido	ICM	Grau de Atingimento de Meta
I. 1	1	20,16	20,36	99,01	IV
I. 2	1	100	46,7	153,30	IV
I. 3	2	0,3	0,18	60,00	III
I. 4	2	100	2,59	2,59	I
I. 7	3	80	81,52	101,90	IV
I. 8	3	75	75	100,00	IV
I. 9	3	4	3,71	107,25	IV

I. 10	3	8	7,89	101,38	IV
I. 12	3	240	378	42,50	II
I. 13	3	NP	não disponível	-	-
I. 14	4	<2	0	100,00	IV
I. 15	4	75	61,13	81,51	IV
I. 17	4	85	72	84,71	IV
I. 18	4	65	41,79	64,29	III
I. 19	4	90	93,53	103,92	IV
I. 20	4	8,7	4,6	147,13	IV
I. 21a	5	29,4	14,6	150,34	IV
I. 22	5	21,2	22,5	93,87	IV
I. 23c	5	40	80	200,00	IV
I. 24	6	28	33,6	120,00	IV
I. 25a	6	2	0,9	45,00	II
I. 27	6	3	1,73	57,67	III
I. 28	6	12	11,38	94,83	IV
I. 30	6	19,33	18,45	104,55	IV
I. 31	6	1,5	1,54	102,67	IV
I. 32	6	72	70,85	98,40	IV
I. 33	6	0,55	0,52	94,55	IV
I. 34	6	4,2	2,9	130,95	IV
I. 35	6	50	55,7	111,40	IV
I. 36	7	11	10	90,91	IV
I. 38	8	0,82	0,92	112,20	IV
I. 39	8	NP	não disponível	-	-
I. 41	10	60	80	133,33	IV
I. 42	10	40	80	200,00	IV
I. 43	11	1	1	100,00	IV
I. 44	Gestão	95	93,64	98,57	IV
I. 45	Gestão	95	94,71	99,69	IV
I. 46	Gestão	1	0,8	80,00	IV
I. 47	Gestão	80	91,87	114,84	IV
I. 48	Gestão	75	86,9	115,87	IV
I. 49	Gestão	12	não disponível	-	-
I. 50	Gestão	100	100	100,00	IV
I. 52	Gestão	100	100	100,00	IV
I. 53	Gestão	50	70	140,00	IV
I. 54	Gestão	100	não disponível	-	-
RS 1	3	5,8	5,55	104,31	IV
RS 2	3	8,8	9,25	94,89	IV
RS 3	3	1,2	1,44	80,00	IV
RS 4	4	3846010	1992220	51,80	III
RS 5	4	877341	788156	89,83	IV
RS 6	6	4	4,6	115,00	IV
RS 7	6	31	36,94	80,84	IV
RS 8	6	11,27	11,01	102,31	IV
RS 9	6	88,76	69,58	121,61	IV
RS 10	6	25	24,83	99,32	IV
RS 11	6	25	28,9	115,60	IV
RS 12	6	5,6	7,16	72,14	III
RS 13	7	15120	21895	144,81	IV
ICM Médio Global				102,07	IV

Tabela 9: Índice de cumprimento de meta médio dos indicadores de cada prioridade do pacto pela saúde, em ordem decrescente, ano 2009

Prioridade	ICM Médio
10	166,67
5	148,07

1	126,16
7	117,86
8	112,20
gestão	106,12
11	100,00
6	98,05
3	91,53
4	90,40
2	31,30
Total	102,07

Tabela 10: Distribuição da quantidade de indicadores por grau de cumprimento de meta e prioridade do pacto pela saúde, ano 2009

Prioridade	Grau de Cumprimento de Meta				Total	% de Grau IV
	I	II	III	IV		
Prioridade 1	0	0	0	2	2	100,00
Prioridade 2	1	0	1	0	2	0,00
Prioridade 3	0	1	0	7	8	87,50
Prioridade 4	0	0	2	6	8	75,00
Prioridade 5	0	0	0	3	3	100,00
Prioridade 6	0	1	2	14	17	82,35
Prioridade 7	0	0	0	2	2	100,00
Prioridade 8	0	0	0	1	1	100,00
Prioridade 10	0	0	0	2	2	100,00
Prioridade 11	0	0	0	1	1	100,00
Pacto de Gestão	0	0	0	8	8	100,00
Total	1	2	5	46	54	85,19

Figura 4: Representação gráfica do índice de cumprimento de meta dos indicadores, em ordem decrescente

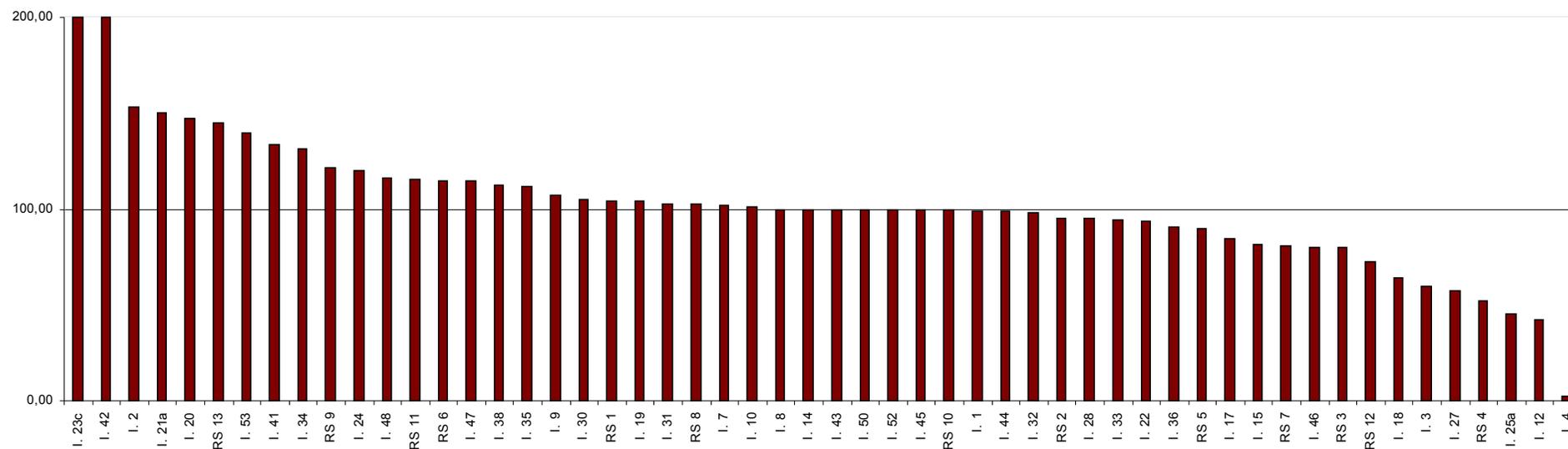
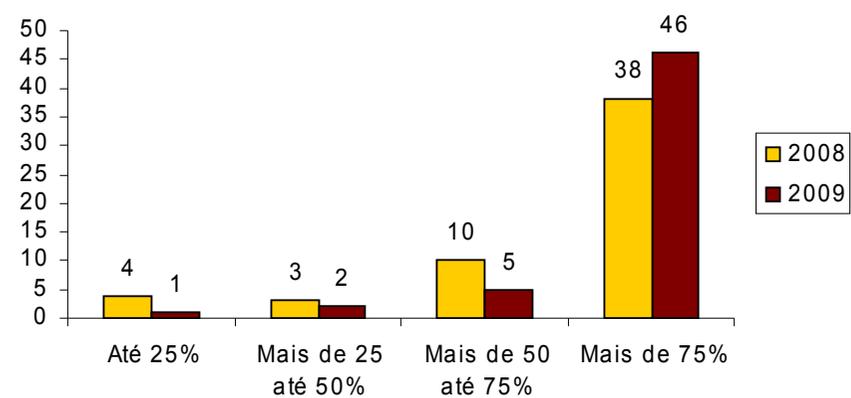


Figura 5: Gráfico comparativo do grau de atingimento de meta entre os anos de 2008 e 2009



Análise dos Resultados de 2009

O processo de pactuação de indicadores iniciado em 1999 com o Pacto de Indicadores da Atenção Básica constituiu-se em um instrumento de referência para o monitoramento e avaliação da gestão em saúde.

Ao longo desses dez anos de existência muitas alterações foram introduzidas, através de portarias ministeriais e resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com o objetivo de qualificar o processo, tornando-o mais abrangente e participativo. Em 2006, o Pacto pela Saúde introduziu novas formas de negociação entre gestores e instituiu a unificação do processo de pactuação de indicadores anteriormente integrantes do Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada (PPI) da Vigilância em Saúde.

São inegáveis os avanços obtidos, principalmente, em relação às estratégias de negociação e aos instrumentos utilizados no processo de pactuação. A partir de então, pelo menos uma vez ao ano, no momento da pactuação, todos os municípios, em maior ou menor grau de profundidade, desenvolvem reflexões sobre as ações de saúde, definição de metas para as mesmas, e monitoramento e análise de resultados. Neste processo, estimulou-se o conhecimento e o uso dos diferentes Sistemas de Informação em Saúde existentes, como subsídio ao planejamento e programação.

O desempenho global do Estado é classificado como favorável pelos parâmetros do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, conforme demonstrado a seguir. O processo de avaliação, entretanto, permite identificar desigualdades por área de atuação, contribuindo para a definição de estratégias de ação que atendam a essas especificidades.

A análise dos dados evidencia excelentes resultados obtidos. De forma geral, através do cálculo da média do ICM atingido por todos os indicadores, percebe-se um ICM global de 102,07, que representa grau máximo de atingimento de metas, conforme a Tabela 8.

De acordo com a Tabela 9, apenas a Prioridade 2 do Pacto pela Saúde, controle do câncer de colo de útero e de mama, obteve resultado insatisfatório no que diz respeito ao cumprimento das metas pactuadas, enquanto todas as outras prioridades apresentaram ICM médio superior a 90,00.

Pela Tabela 10, percebe-se que dos 54 indicadores pactuados, 46 (85,19%) atingiram Grau IV de cumprimento das metas, ou seja, nível satisfatório de desempenho. Dentre estes, cabe destacar que 28 indicadores atenderam ou superaram a meta pactuada, e 10 ficaram com ICM no intervalo entre 90,00 e 99,00.

Com relação ao Grupo III, os resultados dos indicadores demonstram que 5 foram classificados com desempenho regular, com ICM no intervalo entre 50,00 e 75,00.

Ainda, 2 indicadores tiveram ICM entre 25,00 e 50,00, ou seja, classificados em Grau II, com baixo desempenho ao longo do ano de 2009, e um indicador apresentou muito baixo desempenho, ou Grau I. Estes dois grupos de indicadores exigem atenção e avaliação criteriosa de desempenho, haja vista o distanciamento da meta pactuada. Sugere-se que estes indicadores sejam revisados para o melhor planejamento de suas ações e a consequente melhoria dos resultados.

A Figura 4 apresenta, de forma visual, os resultados do ICM para todos os indicadores, em ordem decrescente. De acordo com a figura, os últimos da lista, que não atingiram sequer ICM igual a 50,00 e que merecem atenção especial foram;

- Percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero (lesões de alto grau – NIC II e NIC III);
- Número de casos de sífilis congênita;
- Proporção de municípios com o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) implantado.

Por fim, em comparação com o ano anterior, de acordo com a Figura 5, percebe-se que 2009 superou os resultados atingidos em 2008, uma vez que o percentual de indicadores com grau IV de cumprimento de meta subiu significativamente de aproximadamente 69% para aproximadamente 85%. Consequentemente reduziu-se a quantidade de indicadores com graus de atingimento I e II.

Tendo em vista os resultados alcançados, cabe salientar que o Relatório de Gestão consiste em um efetivo instrumento de gestão para qualificar o processo de monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde e subsidiar o planejamento e programação das ações a serem desenvolvidas. Nesse sentido, é importante considerar o baixo ou o muito baixo desempenho não apenas enquanto algo negativo, mas também como uma efetiva sinalização de que determinada estratégia exige reflexão e possível mudança de rumo. É justamente essa compreensão das possibilidades que o Relatório de Gestão concretiza que pode ser utilizada para melhorar a qualidade das ações em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhando a tendência introduzida pela formalização do Sistema de Planejamento do SUS – PLANEJASUS, considerando, inclusive os recursos destinados para a melhoria da qualidade dos instrumentos básicos de gestão do SUS, finalizamos o Relatório Anual de Gestão 2009 com alguns avanços e com um conjunto de novos desafios a serem enfrentados.

Entre os principais avanços alcançados, podemos destacar os esforços realizados para a integração dos instrumentos de gestão nos termos do PLANEJASUS. Considerando que não dispúnhamos da Programação Anual de Saúde de 2009, a SES-RS utilizava para programação das ações o Plano Plurianual e a Peça Orçamentária de 2009. Assim, tendo em vista garantir a integração, o Relatório Anual de Gestão 2009 consolidou-se em dois eixos estruturantes:

1º) O Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, ferramenta elaborada pelo Ministério da Saúde, que contou, inclusive, em seu processo de construção, com os conhecimentos acumulados pela Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul na avaliação do comportamento dos indicadores do Pacto pela Saúde – inclusive os indicadores prioritários pactuados no Rio Grande do Sul – e a intenção de apresentar o impacto das ações desenvolvidas pelas diferentes políticas de saúde para a superação das metas propostas;

2º) Os objetivos, diretrizes e metas de cada política de saúde que constam no Plano Estadual de Saúde 2009-2011, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde em dezembro de 2009. Assim, cada meta foi monitorada e avaliada pela política responsável e uma macroanálise da relação entre cumprimento da meta e análise dos indicadores pactuados foi realizada, buscando apresentar o grau de cumprimento dos objetivos inicialmente propostos.

Desde o desenvolvimento da Programação Anual de Saúde 2010, e agora, com a elaboração do Relatório Anual de Gestão de 2009, o Grupo de Trabalho do Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS começa a perceber que os instrumentos de gestão não constituem documentos “fechados” ou estanques, mas propostas abertas em constante transformação, tendo em vista maior aproximação com a realidade. Com isso, não se descaracteriza o propósito de garantir continuidade nas ações ou de seguir algumas linhas condutoras ou intenções expressas no Plano Estadual de Saúde e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde. A partir da experiência de integração dos instrumentos de gestão, compreendeu-se com maior profundidade que o setor saúde está inserido dentro de uma realidade complexa e em constante mudança e que os instrumentos exigem adequação constante com a realidade. Enfim, pode-se concluir que a experiência que se inaugurou em 2009 na Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul inseriu a necessidade de pensar o planejamento enquanto processo, provocou os setores/departamentos a pensar na integralidade e transversalidade das políticas propostas, fortalecendo a compreensão de estarmos intervindo em organizações de aprendizagem. Assim, desencadeado esse processo pelo Gestor Estadual, pode-se supor que em breve os municípios do Rio Grande do Sul também caminhem para a implementação da cultura do planejamento, o que aumenta as possibilidades de acerto na alocação dos gastos públicos e maior racionalidade e controle social das ações desenvolvidas pelos gestores.

Com relação ao Relatório Anual de Gestão 2009, propõe-se que este instrumento sirva como dispositivo de diálogo com os setores/departamentos da SES responsável pelas políticas de saúde, tendo em vista qualificar o processo de trabalho e melhorar o impacto das ações de saúde sobre a população. Esse instrumento deverá servir de guia, juntamente com a Programação Anual de Saúde 2010, para disparar discussões com as políticas sobre as reais necessidades de desenvolvimento de estratégias de ação, fornecendo mudanças de rotas e feedbacks aos objetivos, diretrizes e metas do Plano Estadual de Saúde.

Considerando que a SES tem avançado na melhoria da qualidade da gestão do SUS, tem-se no Relatório Anual de Gestão um eficiente instrumento de trabalho a ser utilizado pelos gestores e gerentes para a elaboração de planos de ação concretos, tendo em vista fortalecer o monitoramento e avaliação dos indicadores pactuados e das metas propostas pelo Plano Estadual de Saúde. Com a elaboração de planos de ação, sugere-se aprofundamento de

diagnósticos da situação relacionada aos indicadores que não apresentaram alcance satisfatório das metas. Da mesma forma, e não menos importante, sabe-se que esforços devem ser destinados à manutenção e continuidade na melhoria dos indicadores e metas que apresentam bom desempenho.

Assim, pode-se concluir que o Relatório Anual de Gestão de 2009 foi estruturado para aumentar a capacidade de resposta das políticas de saúde aos problemas enfrentados pela população, possibilitando aos gestores e gerentes dos setores/departamentos e ao Controle Social observarem os avanços e as distorções nas estratégias escolhidas para impactar a realidade. Debates devem ser travados para que esses atores, em conjunto, trabalhem no sentido de enfrentar as dificuldades, superar os problemas de saúde da população repensando os instrumentos de gestão, tendo em vista maior adequação à realidade.

**Relatório de Gestão
FES
(Fundo Estadual de Saúde)**

2009

AÇÃO: FINANCIAMENTO DO SUS

Objetivando dar transparência a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, o Fundo Estadual de Saúde – FES, através de seus relatórios, busca demonstrar o modo como ocorreu no exercício de 2009.

1 – Dotação Inicial do Orçamento da SES no exercício 2009.

O Orçamento da Secretaria da Saúde (SES) para o exercício de 2009 foi de R\$ 1.752.379.242 (Um bilhão, setecentos e cinquenta e dois milhões, trezentos e setenta e nove mil, duzentos e quarenta e dois reais), considerando a administração direta e indireta e os recursos provenientes do Governo Federal, via Convênios e outros instrumentos, além dos recursos do Tesouro do Estado. Salientamos que este valores referem-se a dotação inicial do Orçamento da SES.

Administração Direta e Indireta

Recursos	Grupos de Despesa					
	Pessoal Enc Sociais	Outras Despesas Correntes	Investimentos	Inversões Financeiras	Amortização da Dívida	Total
Tesouro/Estado	323.332.816	659.455.103	75.507.180			1.058.295.099
Próprios da Fundação (FEPPS)	85.094	9.076.967	934.239			10.096.300
Convênios/União	0	678.122.856	5.264.387	600.000	600	683.987.843
TOTAIS	323.417.910	1.346.654.926	81.705.806	600.000	600	1.752.379.242

Fonte: Orçamento do Estado -2009
Fundo Estadual de Saúde -FES

2 – Dotação com alteração, liberado e liquidado no exercício de 2009.

Analizamos abaixo a dotação orçamentária com alterações do exercício de 2009, juntamente com o que foi liberado e liquidado. Verifica-se que do montante dos recursos liquidados no exercício de 2009, obtém-se um percentual de 92% em relação ao total da dotação orçamentária, e um percentual de 96% comparando com o total liberado conforme apresentado abaixo.

Demonstrativo - Dotação c/ Alteração, Liberado e Liquidado U.O. 2001, 2005 e 2033 Exercício 2009

Fonte Recurso	Dotação c/ Alteração	Liberado	Liquidado	% Liberado x Liquidado
Recursos Federais	884.738.490,52	820.131.564,26	790.955.161,68	96%
Recursos Estaduais	806.523.192,99	794.711.904,31	762.191.191,45	96%
Total	1.691.261.683,51	1.614.843.468,57	1.553.146.353,13	96%

Figura 1 – Composição dos recursos da SES no exercício de 2009.

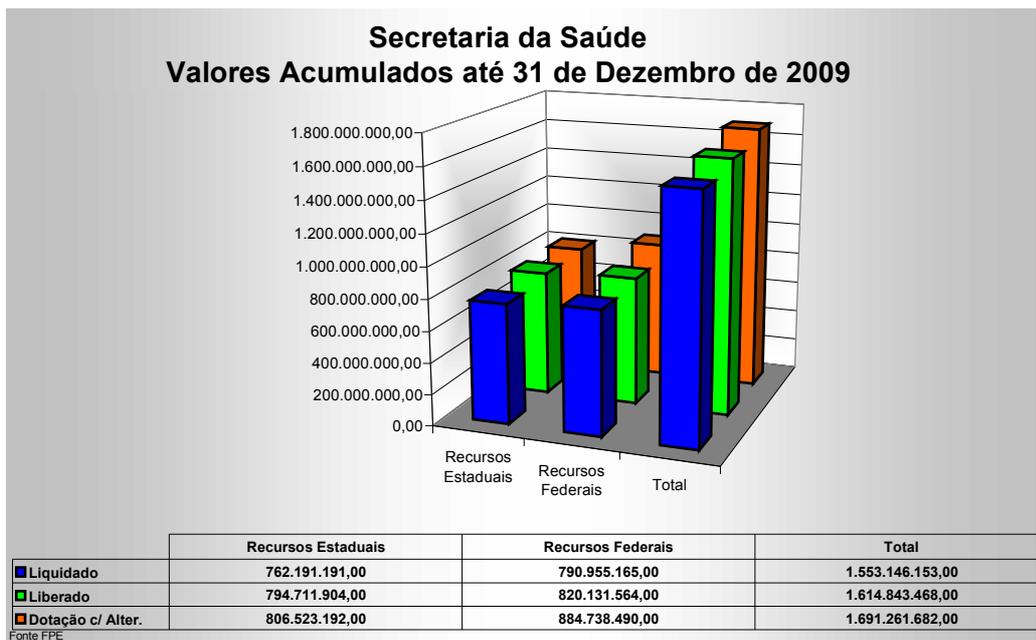
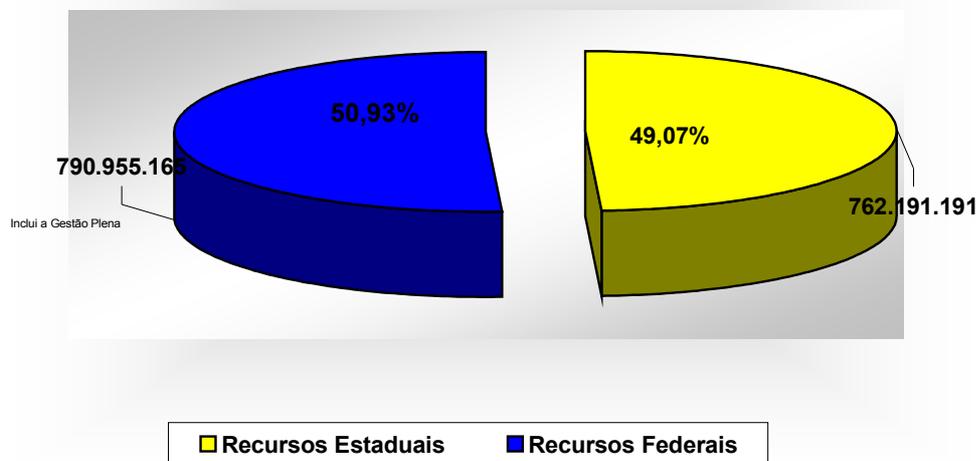


Figura 2 – Recursos Liquidados no exercício de 2009.

SECRETARIA DA SAÚDE
RECURSOS LIQUIDADOS
VALORES ACUMULADOS
ATÉ DEZEMBRO DE 2009



Observa-se, na figura 2, a relação dos Recursos Estaduais e Federais (incluídos valores da Gestão Plena do SUS).

3 – Receita Líquida de Impostos e Transferências - Recursos Estaduais

Pode-se observar de forma mais detalhada o demonstrativo do comprometimento da RLIT com despesas em ações e serviços no exercício de 2009, que apresenta dados para uma análise da composição do percentual de aplicações, bem como, da receita líquida de imposto em relação a despesa com saúde.

SECRETARIA DA SAÚDE	
Fundo Estadual de Saúde	
DEMONSTRATIVO DO COMPROMETIMENTO DA RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS COM DESPESAS EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM 2009	
ESPECIFICAÇÃO	até dez/2009
1.1 - ORIGEM DOS RECURSOS	19.138.409.858,01
1.1.1 - IMPOSTOS ESTADUAIS	17.192.090.995,74
1.1.1.1 - ICMS	14.733.239.412,37
1.1.1.2 - ICMS CADIP	0,00
1.1.1.3 - IPVA	1.477.333.353,68
1.1.1.4 - ADIR E IRRF	898.653.864,21
1.1.1.5 - ITCD	82.864.365,47
1.1.1.6 - ITBI	0,00
1.1.2 - TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO	1.547.490.703,94
1.1.2.1 - Cota-Parte do FPE	1.065.735.718,90
1.1.2.3 - Cota-Parte do IPI - Exportação	334.854.757,48
1.1.2.4 - Transferência LC 87/96	146,9
1.1.3 - RESTITUIÇÕES DE IMPOSTOS	0,00
1.1.3.1 - ICMS	0,00
1.1.3.2 - ITCD	0,00
1.1.3.3 - ITBI	0,00
1.1.4 - MULTAS E JUROS DE MORA	291.909.236,13
1.1.4.1 - ICMS	252.296.515,20
1.1.4.2 - ICMS CADIP	0,00
1.1.4.3 - IPVA	35.377.768,16
1.1.4.4 - ADIR	12.128,29
1.1.4.5 - ITCD	4.222.824,48
1.1.4.6 - ITBI	0,00
1.1.5 - RECEITA DA DÍVIDA ATIVA	106.918.922,20
1.1.5.1 - ICMS	101.121.962,38
1.1.5.2 - ICMS CADIP	0,00
1.1.5.3 - IPVA	5.608.139,95
1.1.5.4 - ADIR	0,00
1.1.5.5 - ITCD	188.819,87
1.1.5.6 - ITBI	0,00
1.2 - PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS	4.614.537.792,83
1.2.1 - ICMS (25%)	3.771.664.472,61
1.2.2 - CADIP 68,9655172% a partir de mar/ 68,675600%	0,00
1.2.3 - IPVA (50%)	759.159.630,87
1.2.4 - ITBI (50%)	0,00
1.2.5 - IPI s/exportação (25%)	83.713.689,35
1 - RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS	14.523.872.065,18
2 - DESPESA COM SAÚDE	1.917.887.577,75
2.1 - Pessoal e Encargos Sociais	606.481.307,72
2.2 - Juros e Encargos da Dívida	0,00
2.3 - Outras Despesas Correntes	2.074.525.640,96
2.4 - Investimentos	37.278.087,39
2.5 - Investimentos Financeiros	200.000,00
2.6 - Amortização de Dívida	1.167,69
2.7 - Deduções (SUS/Op.Crédito)	(800.598.626,01)
3 - PERCENTUAL DE APLICAÇÕES (2 / 1)	13,21%
4 - PERCENTUAL DE APLICAÇÕES ACUMUL.	

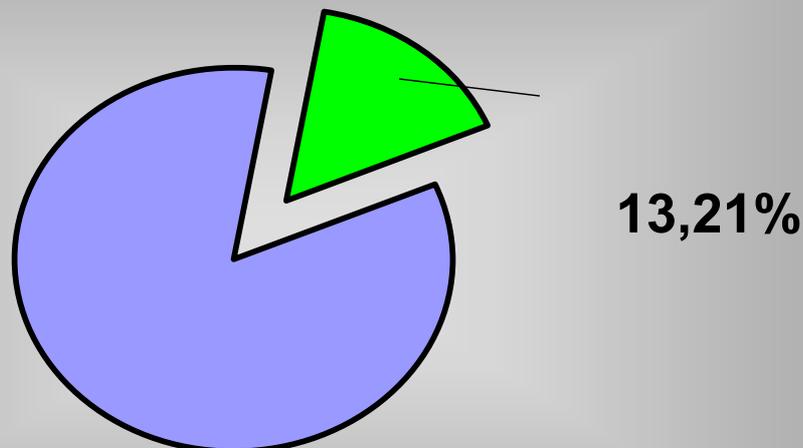
Fonte: DOE de 29/01/2010.

Balanco Geral do Estado do Rio Grande do Sul

Figura 3 – Percentual dos valores liquidados no período em relação ao valor RLIT no exercício de 2009, conforme Balanço Geral do Estado.

Analisando o percentual dos valores liquidados no exercício de 2009, equivalente a R\$ 1.917.887.577,75, verifica-se em relação a Receita Líquida de Impostos de R\$ 14.523.872.065,18 para o mesmo período, totalizou 13,21% conforme apresentado abaixo.

PERCENTUAL APURADO DOS VALORES LIQUIDADOS EM RELAÇÃO A RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS - 2009



■ Liquidado -	1.917.877.577,75
■ RLIT -	14.523.872.065,18

Fonte: SEFAZ/CAGE

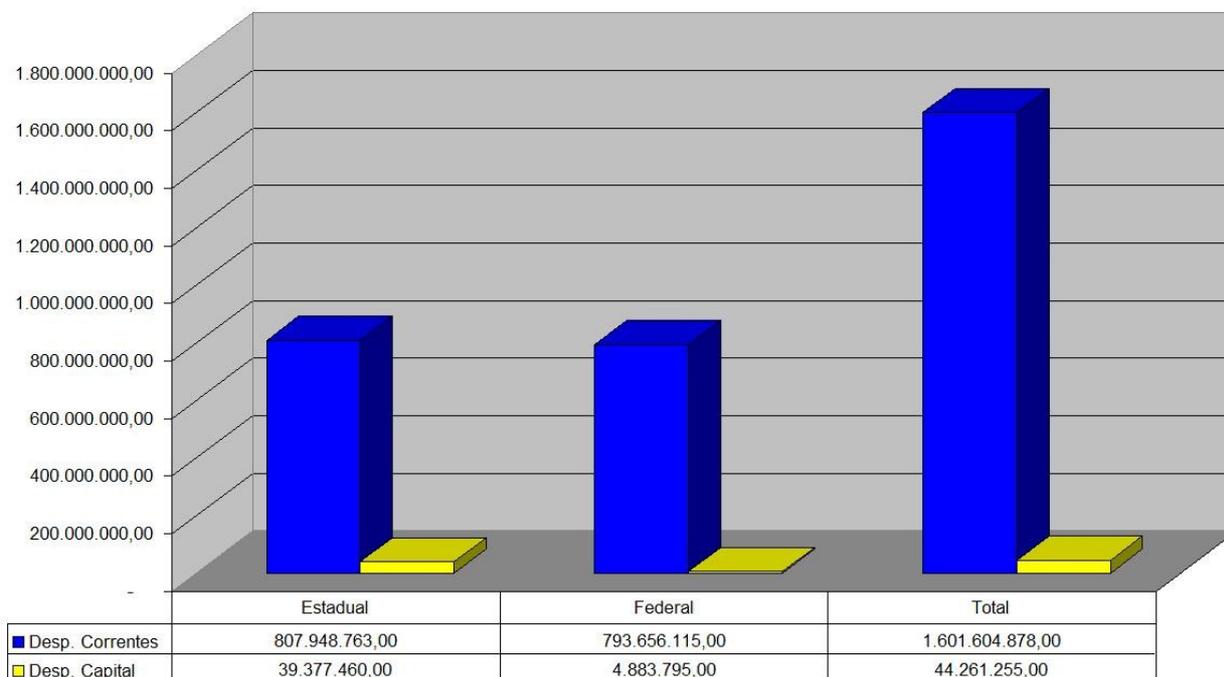
Fonte: Balanço Geral do Estado do Rio Grande do Sul

4 – Grupos de despesas: Correntes e de Capital

Identificando os grupos de despesas, independente da origem de recursos, observa-se que quase a totalidade foi aplicada em Despesas Correntes, ou seja, 97,31% dos recursos totais, pois são despesas que ocorrem de forma contínua estando ligadas a manutenção, sendo imprescindíveis ao seu regular funcionamento e a melhoria na prestação de serviços de saúde. No caso de hospitais, a SES repassa valores em forma de incentivos, estes que serão aplicados, ampliando o rol de pessoas atendidas. No que tange as Despesas de Capital, a parcela corresponde a 2,69% do montante, no qual no ano de 2009 foram liberados recursos para compra de veículos, equipamentos de informática e mobiliário geral, entre outros.

Figura 4 – Comparativo dos valores comprometidos, por fonte de origem, nas Despesas Correntes e de Capital, no exercício de 2009.

**SECRETARIA DA SAÚDE - DESPESAS CORRENTES E DE CAPITAL
VALORES PAGOS ACUMULADOS ATÉ 31 DE DEZEMBRO DE 2009**

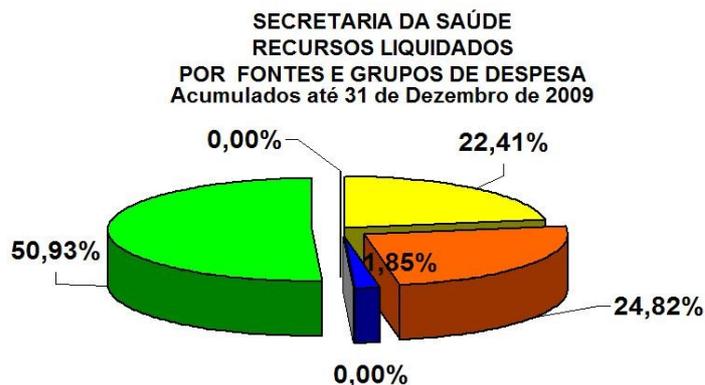


Fonte:FPE

Nas Despesas Correntes, os elementos mais significativos foram: 11 – Vencimentos e Vantagens Fixas (R\$ 171.909.251); 13 – Obrigações Patronais (R\$ 165.870.055,53); 30 – Material de Consumo (R\$ 219.165.998); 41 – Contribuições (R\$ 120.115.718); 43 - Subvenções Sociais (R\$ 85.346.065); 39 – Serviços de Terceiros (R\$ 647.413.249). Nas Despesas de Capital destacamos: 52 – Equipamentos e Material Permanente (R\$ 6.784.816).

Analisando os recursos administrativos pela Secretaria da Saúde sob enfoque dos grupos de despesas, constatamos que houve o comprometimento de 2,79% com investimentos do total liquidado. De outra parte, constatamos que as despesas com Pessoal (elementos 11,9,13,16,92,94,96) comprometeram 21,89%, Serviços com Terceiros 40,42% e Material de Consumo 13,68%, do montante total das despesas correntes, concluindo assim, que esses elementos representam 75,99% de desse grupo.

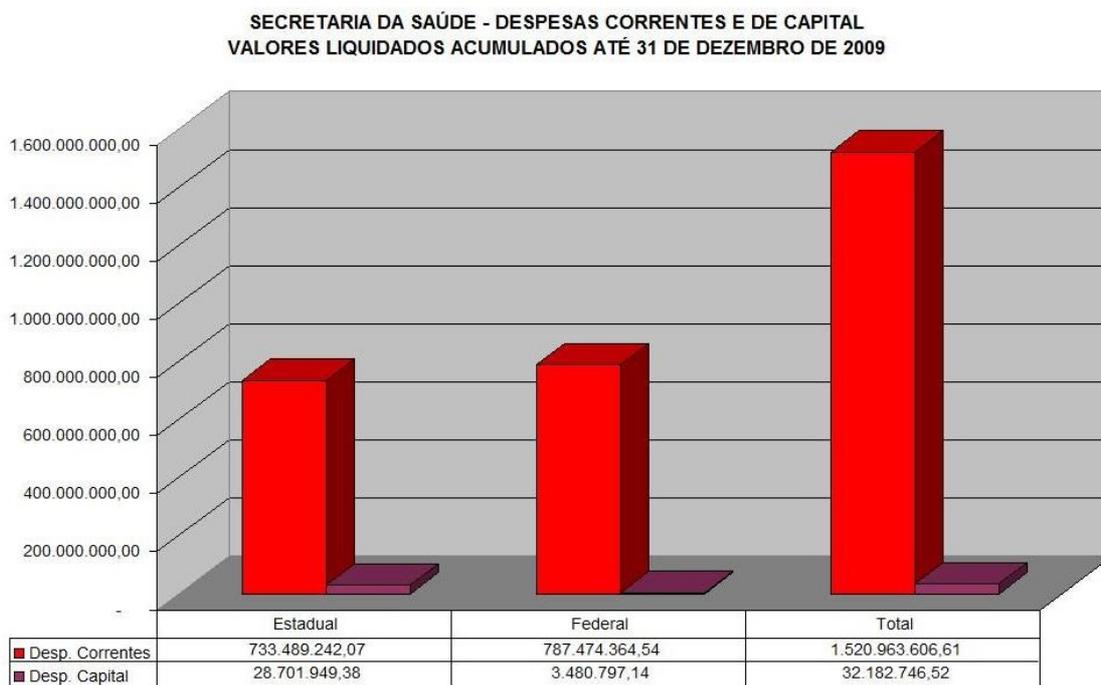
Figura 5 – Recursos Liquidados por fonte e grupo de despesas até 31/12/2009.



Fontes	Grupos de Despesas	Val. Liquidados	%
		R\$	
Recursos do Tesouro do Estado	GR1 - Pessoal	347.996.761,61	22,41
Vinc. pela Constituição +	GR3 - Outras Despesas Correntes	385.492.480,46	24,82
Contrapartida (Recurso 0001, 0005/0026, 0006, 0016 e 1148)	GR4 - Investimentos	28.701.949,38	1,85
	GR5- Inversões Financeiras	0,00	0,00
Total Rec. Tesouro do Estado		762.191.191,45	49,07
Recursos Federais	Convênios (inclui Gestão Plena)	790.955.162,68	50,93
(orçamentados pelo Estado)	Vinculados por Lei - SUS	0,00	0,00
Total Recursos Federais		790.955.162,68	50,93
Total dos Recursos Liquidados pela SES		1.553.146.354,13	100,00

Fonte FFE

Figura 6 – Despesas correntes e de capital - Valores liquidados acumulados até 31 de dezembro de 2009.



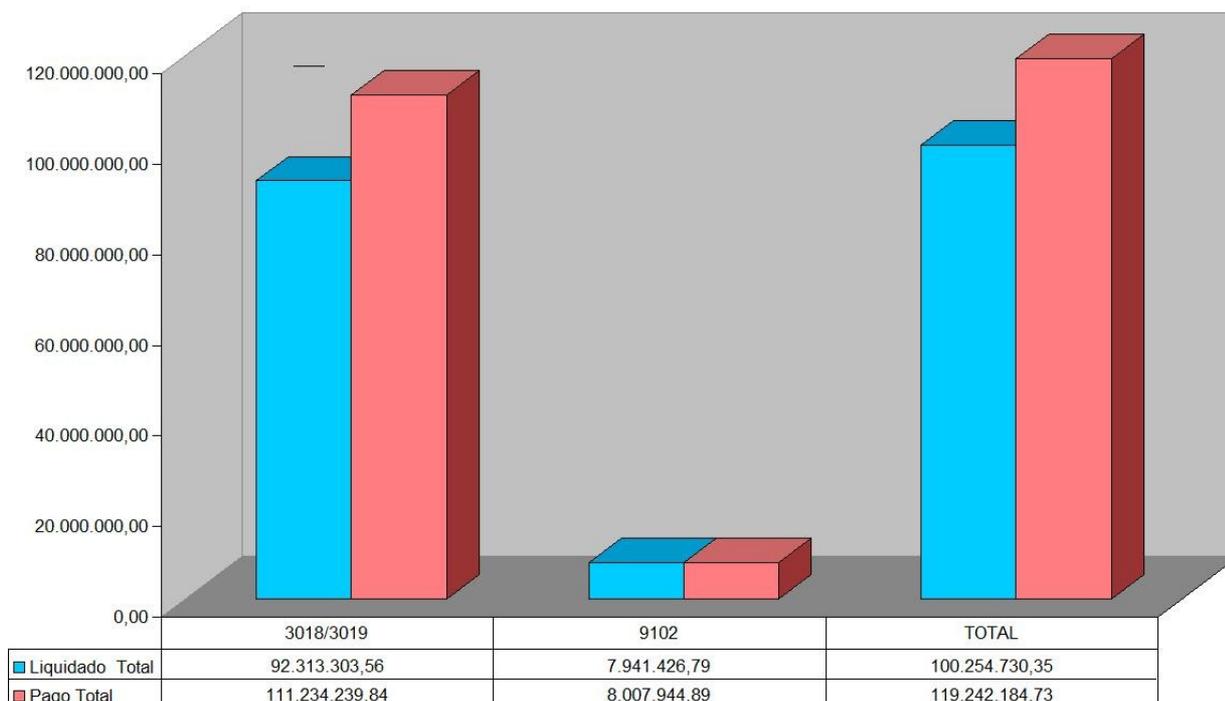
5 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – EXERCÍCIO 2009

Aquisição de Medicamentos com Recursos Estaduais

<i>Rubrica</i>	<i>Nome Rubrica</i>	<i>2009</i>	
		<i>Liquidado Total</i>	<i>Pago Total</i>
3018	Medicamentos Especiais	51.829.467,86	59.571.509,07
3019	Medicamentos Excepcionais	40.483.835,70	51.662.730,77
	TOTAL AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS	92.313.303,56	111.234.239,84
9102	Pagamentos Determinado por Sentenças Judiciais – Medicamentos	7.941.426,79	8.007.944,89
TOTAIS Recursos ESTADUAIS		100.254.730,35	119.242.184,73

Figura 7 – Rubricas 3018,3019 e 9102

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS - REC.ESTADUAIS



Fonte:FPE

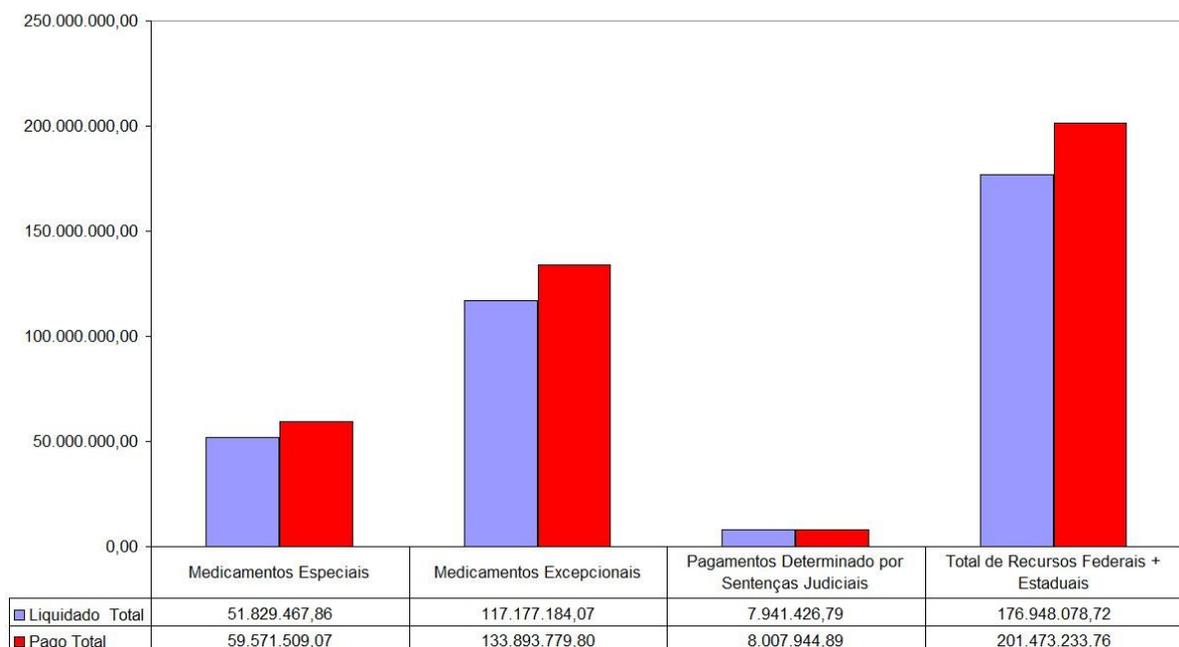
Observando a figura 7, o grupo de despesas correntes de aquisição de materiais com recursos Estaduais pode-se verificar um percentual liquidado de 84,08% sobre o total pago, significando que na área de medicamentos a Secretaria da Saúde tem feito um significativo esforço para atender os anseios da população no que se refere a obtenção de medicamento nacionais e/ou importados. Cabe salientar ainda que no exercício de 2009 houve sequestros dos valores das contas do Estado determinados por ações judiciais, visando fornecimento de medicamentos. O valor estimado é de R\$ 50.000.000,00 e deverá ser regularizado no exercício de 2010.

Aquisição de medicamentos com recursos Federais e Estaduais

<i>Rubrica</i>	<i>Nome Rubrica</i>	<i>2009</i>	
		<i>Liquidado Total</i>	<i>Pago Total</i>
3018	Medicamentos Especiais	51.829.467,86	59.571.509,07
3019	Medicamentos Excepcionais	117.177.184,07	133.893.779,80
9102	Pagamentos Determinado por Sentenças Judiciais – Medicamentos	7.941.426,79	8.007.944,89
TOTAIS Recursos ESTADUAIS + FEDERAIS		176.948.078,72	201.473.233,76

Figura 8 – Aquisição de Medicamentos

Aquisição de medicamentos - Recursos Federais e Estaduais



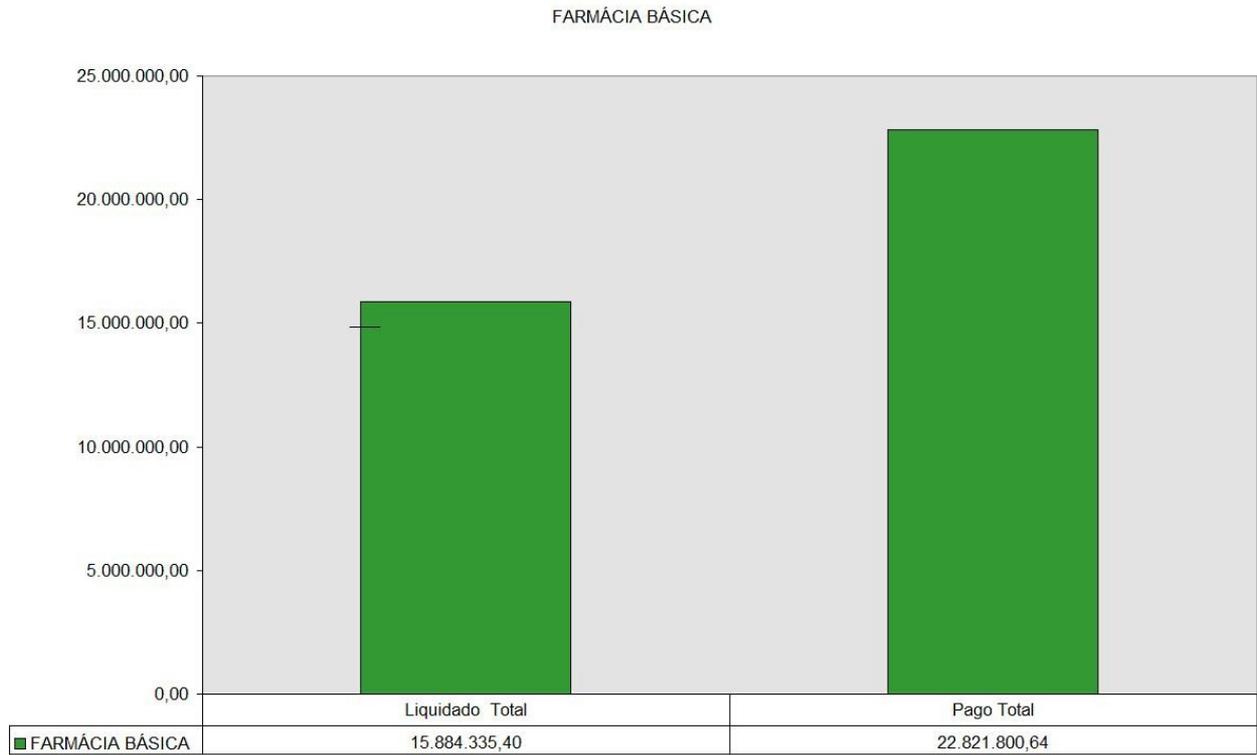
Fonte:FPE

Verificamos na figura 8 que a única rubrica que utilizou Recursos Federais foi a 3019, no valor de R\$ 82.231.049,03. Isto representa 61,41% do total pago dessa rubrica.

Assistência Farmacêutica Básica - Repasses para Municípios

<i>Cód. Projeto</i>	<i>Projeto</i>	<i>2009</i>	
		<i>Liquidado Total</i>	<i>Pago Total</i>
6287	FARMÁCIA BÁSICA	15.884.335,40	22.821.800,64

Figura 9 - Assistência Farmacêutica Básica - Repasses para Municípios

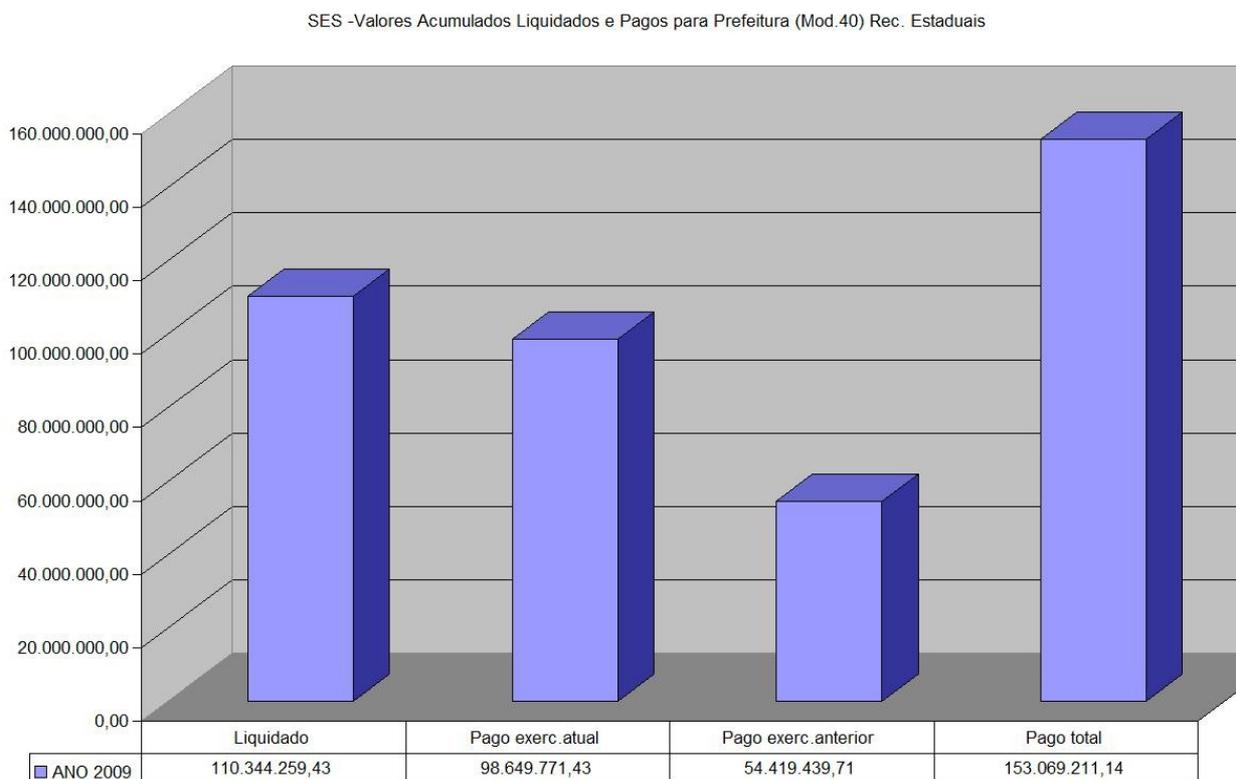


Quanto ao projeto Farmácia Básica, observa-se que o total pago de R\$ 22.821.800,64 representa 14,91% do total de transferências para prefeituras, conforme figura 10, a seguir.

6 – TRANSFERÊNCIAS PARA PREFEITURAS NO EXERCÍCIO DE 2009.

Observamos que os valores apresentados no exercício de 2009, referente aos dispêndios da SES para Prefeituras, modalidade 40, foi liquidado o valor de R\$ 110.344.259, e o total pago de R\$ 153.069.211, sendo deste, 35,55% pagamentos de exercícios anteriores e 64,45% referente pagamentos do exercício atual conforme abaixo.

Figura 10 – Valores Acumulados liquidados e Pagos para as Prefeituras, no exercício de 2009.



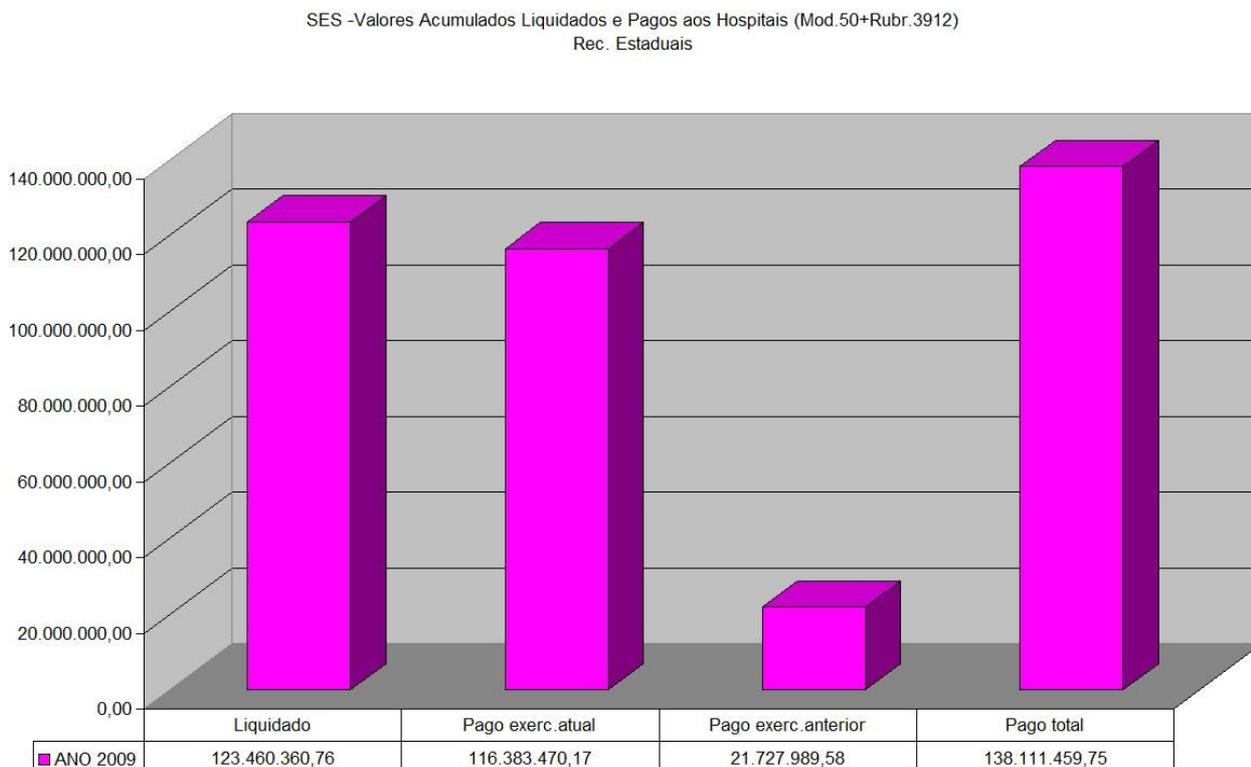
Fonte:FPE

Salientamos que os projetos mais significativos pagos às Prefeituras foram: Expansão da Estratégia Saúde da Família (R\$ 58.896.411,10), Consulta Popular (23.651.538,44), Contrapartida Estadual de Assistência Farmacêutica Básica (R\$ 22.821.800,64), Apoio a Rede Hospitalar (R\$ 10.934.868,67), Primeira Infância Melhor (R\$ 10.235.500,00), Salvar/SAMU (R\$ 9.941.707,55) e Regionalização da Saúde (R\$ 3.464.206,00), representando um percentual de 91% do total pago com recursos estaduais.

7 – TRANSFERÊNCIAS PARA HOSPITAIS NO EXERCÍCIO DE 2009.

Na Figura 11, referente valores pagos aos Hospitais, modalidade 50 e rubrica 3912 (encargos com prestadores de serviços), identificamos que o valor liquidado foi R\$ 123.460.360, e o valor total pago foi de R\$ 138.111.459, sendo deste, 15,73% referente a pagamentos de exercícios anteriores e 84,27% a pagamentos no exercício de 2009.

Figura 11 – Valores Liquidados e Pagos para os Hospitais com recursos Estaduais no exercício de 2009.



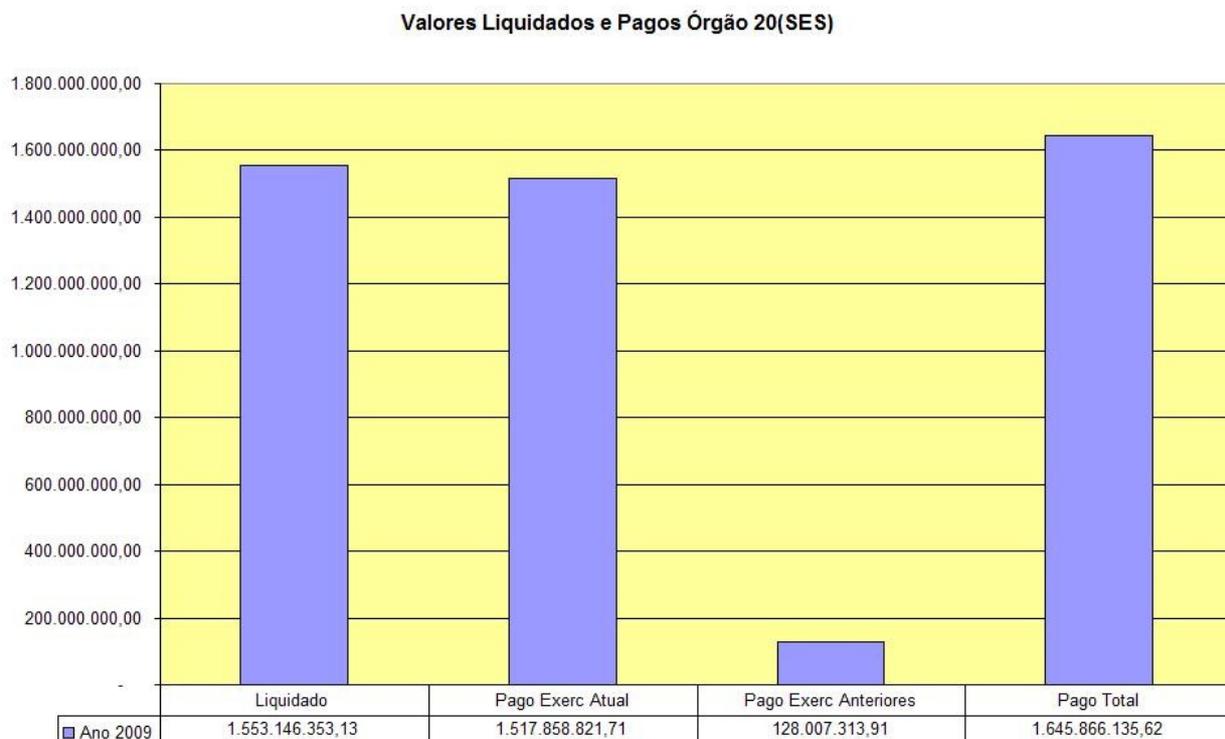
Fonte:FPE

Verificamos que os projetos mais significativos pagos aos Hospitais foram: Apoio a Rede Hospitalar (R\$ 47.412.092,49), Co-financiamento de Hospitais (R\$ 38.871.452,92) e Regionalização da Saúde (R\$ 6.881.416,48), representando um percentual de 67% do total pago com recursos estaduais.

8 – RECURSOS LIQUIDADOS E PAGOS – EXERCÍCIO 2009.

A Figura 12 a seguir demonstra os recursos totais liquidados e pagos acumulados no exercício de 2009 pelo órgão 20 – Secretaria da Saúde - que inclui as Unidades Orçamentárias: 20.01 – Gabinete e órgãos centrais, 20.95 – Fundo Estadual de Saúde, 20.33 – Encargos Gerais da SES e 20.47 – FUNAFIR.

Figura 12 – Valores Liquidados e Pagos acumulados no exercício de 2009.



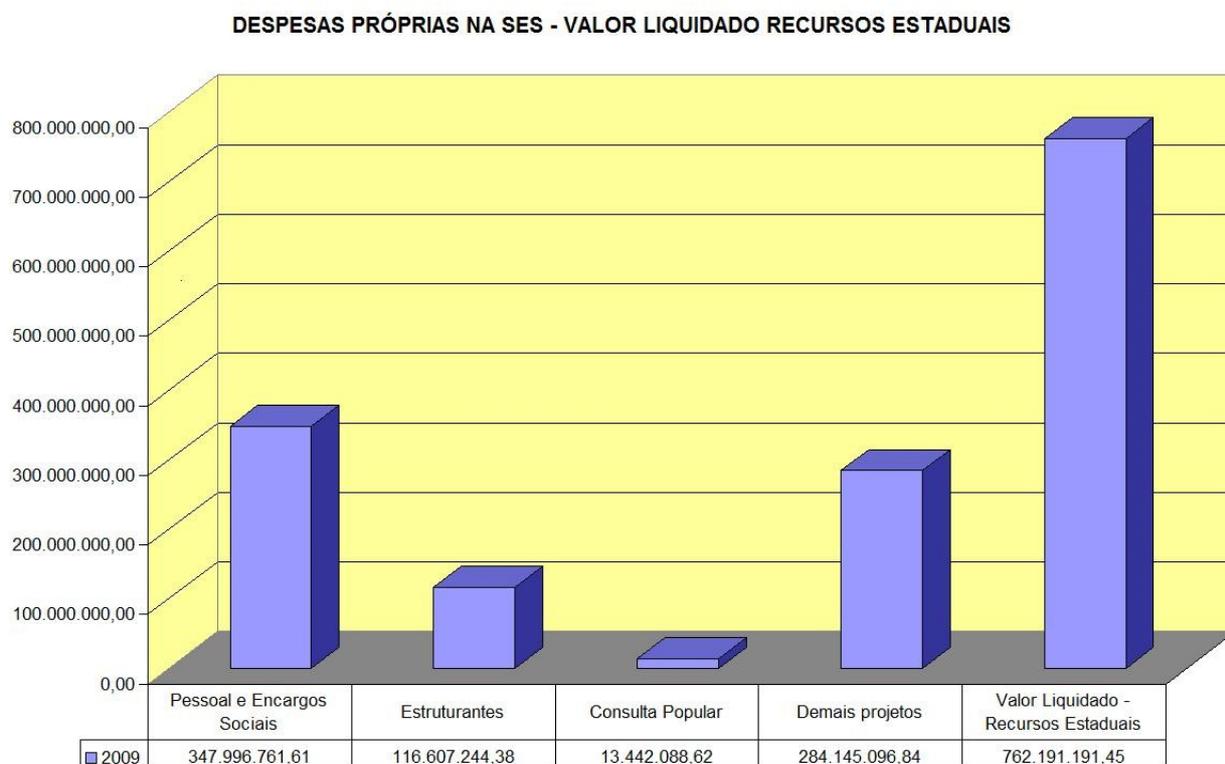
Fonte: FPE

No exercício de 2009 a Secretaria da Saúde liquidou R\$ 1.553.146.353,13, sendo que deste montante pagou R\$ 1.517.858.821,71 no exercício. Também foram pagas despesas de exercícios anteriores na ordem de R\$ 128.007.313,91 totalizando um desembolso financeiro de R\$ 1.645.866.135,62. As liquidações representam 94,37% deste total.

9 – DESPESAS PRÓPRIAS NA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

Ao analisarmos apenas as despesas alocadas no orçamento da SES em 2009, verificamos que os valores liquidados dos recursos estaduais atingem o valor total de R\$ 762.191.191,45.

Figura 13 – Valor Liquidado dos Recursos Estaduais



Fonte: FPE

Nota-se que o valor total liquidado referente recursos Estaduais, é despendido com Pessoal 46%, Estruturantes 15%, Consulta Popular 2%, e os demais projetos 37%.

Abaixo seguem os valores despendidos por projeto elucidando o gráfico da figura 13.

RELAÇÃO DE PROJETOS - LIQUIDAÇÃO SOBRE DOTAÇÃO COM ALTERAÇÃO - EXERCÍCIO DE 2009

Projeto	Nome Projeto	Dotação com Alteração	Liquidado	% Liquidação
1855	INVERNO GAUCHO/VERÃO LEGAL	5.300.000,00	5.288.300,04	100%
1857	REDE DE PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA	1.907.595,88	1.907.160,06	100%
1883	SAÚDE PRISIONAL - IMPLM. DE EQUIPES	633.550,00	615.750,00	97%
2184	PROGRAMA SOLIDARIEDADE	3.305.000,00	3.202.334,51	97%
2485	ESCOLA DE SAUDE PUBLICA	660.025,32	570.773,06	86%
2486	APOIO TÉCNICO E ADMINISTRATIVO	31.502.350,41	31.492.869,69	100%
2487	PUBLICIDADE INSTITUCIONAL	3.720.092,89	3.346.267,06	90%
2488	REMUNERACAO PESSOAL ATIVO DA SES	148.828.610,89	148.565.735,19	100%
2509	DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES	103.353,61	91.423,75	88%
2696	CONTRIBUICAO PATRONAL AO FAS/RS - IPERGS - SES	4.600.000,00	4.563.170,77	99%
2721	ABONO FAMÍLIA - SERVIDORES DA SES	3.800.000,00	970.456,77	26%

5555	SAUDE DA FAMILIA NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA	2.210.000,00	1.647.857,09	75%
5610	CONSTRUCAO DE UNIDADE DA	0,00	0,00	0%
5619	REGIONALIZACAO DA SAUDE	8.513.857,62	5.614.826,91	66%
5620	SALVAR / SAMU	8.805.694,21	8.532.462,03	97%
5707	REFORMA QUADRA POLIESPORT	0,00	0,00	0%
5711	REFORMA UNIDADE INTERNACA	0,00	0,00	0%
5714	IMPLEMENTACAO TECNOLOGIA	0,00	0,00	0%
6079	ESP - PESQUISA, EXTENSAO E ENSINO	5.103.091,29	4.906.973,01	96%
6182	GERENCIAMENTO DAS ACOES JUDICIAIS	37.332.411,68	31.338.871,44	84%
6185	CONTRIB. PATR. AO FAS/RS - INATIVOS E PENSION.	3.900.000,00	3.773.343,58	97%
6193	APOIO ADM E QUALIF. DA INFRA-ESTRUTURA	22.925.141,61	15.866.143,63	69%
6254	ATENCAO INTEGRAL A SAUDE - ATENÇÃO BÁSICA	4.924.205,22	3.500.434,57	71%
6255	ATENCAO A SAUDE DA MULHER	920.667,99	333.897,90	36%
6256	RS AMIGO DO IDOSO - NOSSAS CIDADES	505.206,91	104.175,29	21%
6262	HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON	5.952.056,17	4.190.956,83	70%
6264	CONEN - DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES	33.321,16	8.341,88	25%
6271	ETSUS/RS - ENSINO PROFISSIONAL	348.559,87	251.219,08	72%
6273	ESP - DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL	716.966,00	716.966,00	100%
6276	SISTEMA DE VIGILANCIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR	2.003.427,90	1.880.000,00	94%
6277	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E AMBIENTAL	594.313,60	559.405,96	94%
6284	APOIO A REDE HOSPITALAR	62.115.821,80	54.713.389,43	88%
6286	FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS	75.800.563,07	70.732.811,94	93%
6287	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA	15.884.335,40	15.884.335,40	100%
6292	PIM - INCENTIVO AOS MUNICÍPIOS	13.635.052,00	12.329.411,00	90%
6296	HOSPITAL PSIQUIATRICO SÃO PEDRO	6.878.561,80	6.016.157,90	87%
6298	SAÚDE MENTAL - ATENÇÃO INTEGRAL	29.441,81	22.160,33	75%
6300	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	40.681.593,49	39.452.276,70	97%
6422	REMUNERACAO PESSOAL ATIVO DOS HOSPITAIS	35.231.508,98	35.226.287,01	100%
6435	DENGUE - PLANO DE ENFRENTAMENTO	2.654.917,52	1.217.582,56	46%
6450	APOIO HOSP. ADERBAL SCHNE	50.000,00	0,00	0%
6454	APOIO HOSPITAL SANTO ANTO	50.000,00	0,00	0%
6460	APOIO HOSPITAL SAO ROQUE	50.000,00	0,00	0%
6474	APOIO HOSPITAL PAROQUIAL	50.000,00	0,00	0%
6475	APOIO HOSPITAL SAO ROQUE	50.000,00	0,00	0%
6484	HOSPITAL COLONIA ITAPUA	3.049.224,02	2.678.024,02	88%
6589	MANUTENÇÃO CENTRO DE SAÚDE MURIALDO	758.562,80	715.407,17	94%
6590	MANUTENÇÃO AMB. DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA	381.816,63	330.979,15	87%
6591	COORDENADORIAS REGIONAIS - MANUTENÇÃO	4.080.230,97	3.953.755,91	97%
7102	REGIONALIZACAO DA SAUDE - CONS. POPULAR	9.714.337,71	11.705.520,79	120%
7106	SANEAMENTO COMUNITARIO - PROSAN - CONS. POP.	104.000,00	104.000,00	100%
7108	SAUDE DA FAMILIA - CONSULTA POPULAR	1.669.067,83	1.632.567,83	98%
8030	PUBLICIDADE NO SUS	49.878,09	44.042,00	88%
8046	PROSAN - SANEAMENTO COMUNITÁRIO	1.679.982,08	945.251,68	56%
8073	GERENCIAMENTO DAS ACOES DO SUS	50.890,00	10.678,61	21%
8077	CO-FINANCIAMENTO DE HOSPITAIS	38.105.580,00	37.932.579,50	100%
8322	CONTRIBUICAO PATRONAL PARA O RPPS/RS	46.722.604,00	46.373.933,32	99%
8323	COMPLEMENTACAO FINANCEIRA AO RPPS/RS	108.948.786,00	108.523.834,97	100%
8511	FUNAFIR - APOIO FINANCEIRO HOSP. PÚBL. E PRIV.	1.016.502,56	606.070,52	60%

9048	VIGILANCIA SANITARIA - GESTÃO E DESCENT.	789.936,76	740.350,93	94%
9068	DOACAO DE ORGAOS E TRANSPLANTES	414.373,53	375.527,85	91%
9069	ATENCAO AS DEFICIENCIAS - ASSIST. COMPLEMENT.	26.676.123,91	26.084.138,83	98%
	TOTAL	806.523.192,99	762.191.191,45	95%

Fonte: FPE

ANEXO II – FUNDAÇÃO ESTADUAL DE PRODUÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE – RELATÓRIO DE GESTÃO 2009



RELATÓRIO DE GESTÃO FEPPS

2009

FEPPS – Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde

Av. Ipiranga nº 5.400 – Bairro Jardim Botânico, Porto Alegre RS – CEP: 90.610-000

Fones/Fax: (51) 3339 2386/ 3339 3654

SUMÁRIO

- 01 - A Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS)
- 02 - Indicadores ou Parâmetros de Gestão
- 03 - Descrição dos Programas
- 04 - Descrição, Planejamento e Ações dos Programas
- 05 - Programa 323: Implementação da Vigilância em Saúde - IPB-LACEN e CIT
- 06 - Programa 324: Pesquisa e Educação em Saúde - LAFERGS, IPB-LACEN e CDCT
- 07 - Programa 320: Assistência Farmacêutica – LAFERGS
- 08 - Programa 138: Programa de Apoio Administrativo - Departamento Administrativo
- 09 - Programa 322: Gestão e Financiamento do SUS
- 10 - Programa 340: Segurança Transfusional e Qualidade de Sangue – HEMORGS
- 10 - Considerações Finais
- 11 - Execução Orçamentária 2009

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE PRODUÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE – FEPPS

A **Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde** (FEPPS) é uma entidade de Direito Público, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde. Foi criada pela Lei Estadual 10.349/94, posteriormente alterada pelas Leis Estaduais 10.412/95 e 11.793/02. A FEPPS tem por objetivo apoiar as políticas de saúde, através de pesquisa e desenvolvimento, assessoramento a projetos em saúde, servindo de referência ao Sistema Único de Saúde (SUS). A FEPPS é composta por 05 departamentos técnicos:

- Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul – **LAFERGS**
 - Divisão de Assistência Farmacêutica - **DAF**
- Instituto de Pesquisas Biológicas/ Laboratório Central de Saúde Pública – **IPB/LACEN**
- Hemocentro do Rio Grande do Sul – **HEMORGS**
 - Hemorrede Pública
- Centro de Informações Toxicológicas – **CIT**
- Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – **CDCT**

Este relatório foi realizado em conformidade com o que determina a Instrução Normativa SFC/MF 02/2000, para a busca da transparência das ações executadas pela Administração Pública e está constituído em 03 partes, a saber:

- A) Indicadores ou parâmetros de gestão
- B) Relatórios de Atividades /2009
- C) Relatório de Produção

INDICADORES OU PARÂMETROS DE GESTÃO

No âmbito de sua competência estatutária e regimental, a FEPPS deve desenvolver suas atividades de acordo com o PPA 2008-2011. No plano arquitetado para o quadriênio 2008-2011, a FEPPS inseriu suas ações dentro de alguns programas. À medida que os programas forem sendo apresentados, serão discutidas também as ações a eles relativas e a unidade da FEPPS a que estão intimamente vinculados e por quem deverão ser executados.

PROGRAMA 323 – Implementação da Vigilância em Saúde: IPB-LACEN e CIT

Tem por missão identificar, monitorar e prevenir doenças, agravos e fatores de risco que possam afetar a saúde humana, além de promover um conjunto de atividades integradas, desenvolvidas pela vigilância a partir de estudos e análises das informações em saúde e da identificação de fatores de risco, condições ambientais, diagnóstico de problemas potenciais ocorridos, visando às ações necessárias a serem desenvolvidas pelo sistema de saúde, à prevenção, redução, controle e erradicação desses agravos, de acordo com os níveis de competência estabelecidos.

PROGRAMA 324 – Pesquisa e Educação em Saúde: CIT, LAFERGS e CDCT.

Desenvolver ações de pesquisa e educação em saúde como forma de qualificar os Programas de Governo voltados à melhoria da saúde pública do Estado.

PROGRAMA 320 – Assistência Farmacêutica: LAFERGS

Atualizar meios de avaliação e controle, possibilitando o planejamento das ações, otimizando o trabalho dos profissionais da Assistência Farmacêutica, para atender os usuários de medicamentos, conforme critérios estabelecidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (PCDT/MS). Fornecer logística de armazenamento e distribuição para o atendimento às demandas judiciais por medicamentos, evitando penalidades e seqüestros de valores das contas do Estado do Rio Grande do Sul. Dotar o Laboratório Farmacêutico do Estado (LAFERGS) de capacidade produtiva conforme as exigências da Legislação Sanitária em vigor.

PROGRAMA 138 – Programa de Apoio Administrativo: Administrativo

Promover apoio à ação governamental.

PROGRAMA 322 – Gestão e Financiamento do SUS

Garantir uma gestão eficiente no âmbito estadual, assegurando as práticas legais de financiamento no SUS.

PROGRAMA 340 – Segurança Transfusional e Qualidade de Sangue:

Assegurar a qualidade e a auto-suficiência em sangue, hemocomponentes e o atendimento a pacientes portadores de hemoglobinopatias e coagulopatias.

DESCRIÇÃO, PLANEJAMENTO E AÇÕES DOS PROGRAMAS

	PROGRAMA 323	PROGRAMA 324	PROGRAMA 320	PROGRAMA 138	PROGRAMA 322	PROGRAMA 340
Ações	Atendimento em Vigilância Toxicológica 1452	Ações de Prevenção e Educação Toxicológica 1441	Produção de medicamentos 1437	Remuneração do pessoal ativo 1449	Modernização Gerencial e Desenvolvimento Institucional 1440	Qualidade do sangue 1446
	Realização de análises laboratoriais em Vigilância em Saúde 1453	Implementação de Pesquisa Biotecnológica 1442	Conclusão da Obra de Reforma e Ampliação do Laboratório Farmacêutico do Estado LAFERGS 1438	Publicidade Institucional – FEPPS 1450	-	Atendimentos aos Pacientes Portadores de hemoglobinopatias e Coagulopatias 1447
	Reestruturação dos Laboratórios macrorregionais e supervisão da rede de laboratórios de interesse em Saúde Pública 1454	Prestação de serviço na área de análise de DNA e experimentação 1443	Distribuição de Medicamentos 1439	Apoio Administrativo e qualificação da infra-estrutura – FEPPS 1451	-	Gerenciamento e Gestão da Hemorrede Pública 1448
		Pesquisa em Vigilância Laboratorial 1444	-	-	-	-
		Desenvolvimento de medicamentos 1445	-	-	-	-

FONTE: Gaplan/2009

Ação 1 - Atendimento em Vigilância Toxicológica**Produtos:**

- 1-Atendimento realizado
Meta Física ano de 2009: 24.000
- 2-Análise laboratorial efetuada
Meta Física ano de 2009: 2.700
- 3- Agente identificado
Meta Física ano de 2009: 1.700
- 4-Programa de Controle de Agravos Tóxicos desenvolvidos
Meta Física ano de 2009: 1

Ação 2- Realização de análises laboratoriais em Vigilância em Saúde**Produtos:**

- Ação**
- 1- Exame laboratorial em Vigilância Sanitária
Meta Física ano de 2009: 8.400
 - 2- Exame laboratorial em Saúde do Trabalhador
Meta Física de 2009: 2.200
 - 3- Exame laboratorial em Vigilância Epidemiológica
Meta Física de 2009: 370.000
 - 4- Exame laboratorial em Vigilância Ambiental
Meta Física de 2009: 315.000

Ação 3 - Reestruturação dos laboratórios macrorregionais e supervisão da rede de laboratórios de interesse em Saúde Pública**Produtos:**

- 1- Laboratório estruturado**
Meta Física ano de 2009: 2
- 2- Laboratório supervisionado**
Meta Física ano de 2009: 40
- 3- Profissional capacitado**
Meta Física ano de 2009: 30

Ação 1: Atendimento em Vigilância Toxicológica**Produtos:**

- 1 - Atendimento realizado:** 20.834 - 86,80% da meta.
- 2 - Análise laboratorial efetuada:** 6.053 - atingindo 224,18% da meta.
- 3 - Agente identificado:** 2.495 identificações no período: 146,76% da meta.
- 4 - Desenvolvimento de Programa de Controle e Agravos Tóxicos:** zero.

Ação 2: Realização de Análises Laboratoriais em Vigilância em Saúde

<p>Resultados</p>	<p><u>Produtos:</u></p> <p>1 - Exame laboratorial em Vigilância Sanitária Realizado: 9.054 atingindo 107,78% da meta</p> <p>2 - Exame laboratorial em Saúde do Trabalhador Realizado: 1.843 atingindo 83,77% da meta</p> <p>3 - Exame laboratorial em Vigilância Epidemiológica Realizado: 210.882 atingindo 56,99 % da meta.</p> <p>4 - Exame laboratorial em Vigilância Ambiental Realizado: 305.855 atingido 97,09 % da meta</p> <p>Ação 3: Reestruturação dos Laboratórios Macroregionais e Supervisão da Rede de Laboratórios de interesse em Saúde Pública</p> <p><u>Produtos:</u></p> <p>1- Laboratório estruturado Estruturado: zero</p> <p>2- Laboratório supervisionado Supervisionado: 11: 27,5% da meta</p> <p>3- Profissional capacitado Capacitado: 128: 426,66% da meta</p>
<p>Avaliação</p>	<p>O IPB-LACEN tem como objetivo principal, atender a Portaria nº 2.031, de 23 de Setembro de 2004, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, trabalhando em parceria com a Vigilância em Saúde. Para tanto, desenvolve estas atividades através da Gerência da Qualidade e Comissão Interna de Biossegurança. A Pesquisa de Satisfação de Usuários demonstrou não haver percentual de rejeição no decorrer deste ano. Apresentou destaque nas análises de água para consumo humano, através dos programas VIGIÁGUA e SISÁGUA, perfazendo um total em 2009 de 161.427 determinações. Realizou elevado número de análises ambientais, em especial de vetores para a Dengue, totalizando 143.530 análises. Em termos gerais, o IPB-LACEN desenvolve as ações tendo como base a dedicação dos profissionais, sendo que possui sérias limitações com o número reduzido de recursos humanos, se agravando em muito com as aposentadorias. Possui ainda, necessidade de manutenção de equipamentos e áreas físicas, de forma ágil e adequada. Registramos que as limitações na agilidade nos procedimentos de compras emergenciais, bem como a demora nas compras, via CELIC-RS, tem impedido o alcance de resultados ideais. Referente a reestruturação da Rede Laboratorial do Estado se faz necessário avançar na definição político-administrativa junto à SES na questão de implantação dos nove (9) Laboratórios Macroregionais, levando em conta questões técnicas (população atingida, perfil epidemiológico, entre outras). Estão sendo continuadas as ações para a implantação do Sistema de Garantia da Qualidade e Biossegurança. INFLUENZA AH1N1: Em 28 e 29/07/2009 ocorreu, no IPB-LACEN, a visita técnica da FIOCRUZ/RJ, com o objetivo de avaliar as condições estruturais e de RH indispensáveis para a realização da descentralização do diagnóstico molecular da Influenza A H1N1. Com o parecer favorável, iniciou-se, então o processo de implantação das técnicas. Foram adquiridos insumos, um equipamento de RT-PCR (além do já utilizado) e foi aprovada a contratação de profissionais para reforçar a equipe da virologia, responsável pelo diagnóstico. Ressaltamos que 1/3 das amostras recebidas foram processadas na FIOCRUZ. Já processamos cerca de 3.000 amostras e estamos com o diagnóstico em dia. FEBRE AMARELA: Ocorreu epidemia no estado no</p>

	<p>período de janeiro a maio; a técnica de Mac Elisa (padrão ouro) foi implantada no IPB-LACEN somente em abril, até esta data as amostras eram enviadas ao Instituto Adolfo Lutz para confirmação. Atualmente apenas encaminhamos ao IAL amostras relacionadas a eventos adversos à vacina, para processamento por biologia molecular (PCR).</p> <p>Justificativa com relação ao decréscimo de exames realizados quando comparados com a meta proposta: O número proposto pela meta de 695.600 exames ao ano se baseou na série histórica dos últimos anos. O maior impacto se refletiu nos exames de dengue, pois neste ano não tivemos surtos desta doença, o que diminuiu muito a produção da seção de reservatórios e vetores, uma vez que não recebemos a quantidade de larvas e mosquitos para a identificação conforme anos anteriores. Apesar do surgimento da gripe A, não tivemos epidemia de rubéola (em 2008 recebemos cerca de 5.000 amostras para rubéola), assim como não ocorreu, neste ano, como previsto pela vigilância epidemiológica, o acompanhamento de recém-nascidos das gestantes inadvertidamente vacinadas para rubéola. Também não tivemos surtos de rotavírus, presente nos anos anteriores. Na ação Atendimento em Vigilância Toxicológica tem a seguinte avaliação nos seus produtos 1 e 2: os resultados alcançados ficaram abaixo das expectativas para o período. No produto 3 a meta proposta para o ano foi superada já no primeiro trimestre, tendo em vista a alta incidência de acidentes graves com lagartas no Estado do Rio Grande do Sul. No produto 4, no período, foi usado para planejamento e contatos.</p>
<p>População Beneficiada</p>	<p>População SUS dentre 10.582.887 habitantes do Estado do Rio Grande do Sul</p>

<p align="center">PROGRAMA 324 – PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE CIT, CDCT e LAFERGS</p>	
<p>Ação</p>	<p>Ação 1: Ações de Prevenção e Educação Toxicológica <u>Produtos:</u></p> <p>1- Pessoa sensibilizada Meta Física ano de 2009: 5.500</p> <p>2- Multiplicador capacitado Meta Física de 2009: 3.400</p> <p>3- Usuário informado. Meta física de 2009: 2.200</p> <p>Ação 2: Implementação de Pesquisa Biotecnológica em Saúde <u>Produtos:</u></p> <p>1 - Animal transgênico produzido Meta Física ano de 2009: 300 animais</p> <p>2 - Projeto desenvolvido Meta Física ano de 2009: 10</p> <p>3 - Centro Ampliado. Meta Física ano de 2009: Execução de 65% da obra</p>

<p>Ação</p>	<p>4 - Biotério estruturado Meta Física ano de 2009: 50%</p> <p>Ação 3: Prestação de serviços na área de análise de DNA e experimentação Produtos: 1 - Animal produzido para experimentação Meta Física de 2009: 35.000 animais</p> <p>2 - Análise laboratorial realizada DNA Meta Física de 2009: 12.000 exames</p> <p>Ação 4: Pesquisa em Vigilância Laboratorial Produto: 1 – Pesquisa realizada Meta física para 2009: 2</p> <p>Ação 5: Desenvolvimento de medicamentos Produto: 1- Medicamento registrado Meta Física ano de 2009: 2</p>
<p>Resultados</p>	<p>Ação 1: Ações de Prevenção e Educação Toxicológica</p> <p>Produtos: 1 - Foram sensibilizadas 3.250 pessoas: 59,09% da meta. 2 - 188 capacitações foram realizadas: 5,52% da meta. 3 - Atendidas 547 solicitações de informações técnicas: 24,86% da meta.</p> <p>Ação 2: Implementação de Pesquisa Biotecnológica em Saúde</p> <p>Produtos: 1 – Animal transgênico produzido: zero; 2 - Projeto desenvolvido: 1 – 10% da meta prevista. 3 – Centro ampliado: 95% Meta. 4 – Biotério estruturado: 95% (mesma situação acima).</p> <p>Ação 3: Prestação de Serviço na Área de DNA e Experimentação Produto: 1 – Animal Produzido para Experimentação: 56.464 – 161,32% da meta. 2 – Análise Laboratorial realizada DNA: 4.805 – 40.04% da meta.</p> <p>Ação 4: Pesquisa em Vigilância Laboratorial. Produto: 1 – Pesquisa realizada: zero</p> <p>Ação 5: Desenvolvimento de Medicamentos</p>

	<p>Produto: 1 – Medicamento Registrado: zero.</p>
População Beneficiada	Trabalhadores do setor saúde e das políticas intersetoriais das três esferas de governo envolvidas na implantação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.
Avaliação	<p>Ação 1: Ações de Prevenção e Educação Toxicológica</p> <p>Produto 1: abaixo da meta proposta devido a pouca divulgação e participação em eventos e feiras com grande fluxo de pessoas.</p> <p>Produto: 2 - Ocorreu pouco investimento em sensibilização de pessoal.</p> <p>Produto 3 - Os resultados alcançados estão abaixo da expectativa para o período tendo em vista que uma das maiores demandas se dá por solicitação eletrônica (e-mail), tendo o site do CIT apresentado dificuldades operacionais no primeiro semestre. Já foram tomadas medidas corretivas.</p> <p>Ação 2: Implementação de Pesquisa Biotecnológica em Saúde</p> <p>Produto 1 - Não realizada, pois está na dependência da reestruturação física da CPEA e este tipo de animal necessita de área adequada.</p> <p>Produto 2: em andamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kit molecular para identificação de tuberculose: encontra-se na fase de validação interlaboratorial. - Kit molecular para detecção de Papillomavírus Humano (HPV): Efetivada a parceria com a empresa GCL Biotecnologia de São Paulo. - Kit para detecção de resistência ao tratamento da tuberculose: Em fase final de desenvolvimento com 99% executado. Patente está sendo providenciada através da FIOCRUZ. - Kit para detectar e genotipar o vírus da hepatite C (HCV) – Em fase de planejamento para a realização de validação interlaboratorial do método. Patente está sendo providenciada através da contratação de empresa. - Implantação de cultivo celular e modelos pré-clínicos em ratos e camundongos visando o emprego de células-tronco para a regeneração cardíaca: protocolo realizado em parceria com o Instituto de Cardiologia e o Departamento de Genética da UFRGS em fase de desenvolvimento. - Epidemiologia molecular da tuberculose multirresistente no Rio Grande do Sul: início dos testes de genotipagem dos isolados relacionados a resistência. - Epidemiologia e caracterização molecular do HIV-1 no Estado do Rio Grande do Sul: elaboração de um banco de amostras e está em fase de padronização da técnica. <p>- Estudo de polimorfismos genéticos e resposta ao tratamento com interferon e ribavirina em pacientes com o vírus da hepatite C: processamento das amostras e análise das sequências relacionadas aos polimorfismos genéticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Padronização de um teste quantitativo para determinação de mRNA de M. tuberculosis: em fase de padronização do teste. - Desenvolvimento de um protocolo pré-clínico em ratos utilizando terapia celular e gênica para o tratamento de cardiopatias isquêmicas e diabéticas: Em fase de conclusão. <p>Produto 3 - Obra em andamento, com prazo final fixado em 15/02/2010 visto novo aditamento de prazo (+60 dias corridos), solicitado pela empreiteira, devido a</p>

Avaliação	<p>demora no trâmite do aditivo anterior de prazo e valor.</p> <p>Somente se pode fazer os testes da rede elétrica, assim como demais equipamentos da subestação transformadora, com o empréstimo de um transformador, conseguido pela contratada, que se encontra instalado e colocando o sistema em operação. Os transformadores definitivos fazem parte do escopo da segunda fase.</p> <p>Área aproximada: 1.750,00 m2</p> <p>Valor da obra: R\$ 3.765.626,09</p> <p>Produto 4 – O cronograma de execução do biotério está vinculado ao produto 3, acima.</p> <p>Ação 3: Prestação de Serviço na área de DNA e experimentação</p> <p>Produto 1 – Apesar da estrutura física atual não permitir o pleno desenvolvimento das atividades produtivas, os resultados superaram as estimativas.</p> <p>Produto 2 – As análises ficaram abaixo da meta em virtude de não haver demanda reprimida. Foram atendidas 100% da solicitações encaminhadas.</p> <p>Ação 4: Pesquisa em Vigilância Laboratorial</p> <p>Produto 1 – Não realizadas.</p> <p>Ação 5: Desenvolvimento de Medicamentos</p> <p>Produto 1 - Não houve evolução na situação do LAFERGS no período solicitado devido à interrupção nas obras de reforma de nossa unidade fabril. Neste período foram realizadas atividades secundárias com vistas à retomada da produção tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuidade de atividades inerentes à implantação do Sistema de Garantia da Qualidade como elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão, etc. - Continuidade do Convênio FIOCRUZ (Farmanguinhos) x FEPPS (LAFERGS) visando o desenvolvimento e produção de lotes-piloto para fins de renovação dos registros dos medicamentos junto à ANVISA; - Continuidade da negociação com FUNED e FURP para o desenvolvimento de formulações e produção de lotes-piloto de comprimidos de Propranolol 40 mg. e Solução oral de sulfato de morfina 1 %; - Contato com fornecedores de equipamento para programar a instalações e qualificação dos mesmos; - Acompanhamento dos convênios com o MS para aquisição de equipamentos; - Acompanhamento de processos de compras e editais junto à CELIC; - Encaminhamento de solicitação de aquisição de insumos e reagentes para a produção de 2010, bem como de solicitação de serviços necessários para o retorno das atividades de produção no LAFERGS. - Programação, acompanhamento e supervisão da produção de 4 lotes de solução oral de fosfato de oseltamivir para a SES-RS juntamente com a empresa Kley Hertz medicamentos.
	<p>PROGRAMA 320 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</p> <p>Laboratório Farmacêutico – LAFERGS</p>

<p>Ação</p>	<p>Ação 1: Produção de Medicamentos <u>Produto:</u> 1 - Medicamento produzido Meta Física de 2009: 100.000,00</p> <p>Ação 2: Conclusão da Obra de Reforma e Ampliação do Laboratório Farmacêutico do Estado (LAFERGS) <u>Produto:</u> 1 - Prédio Concluído Meta Física ano de 2009: 0%</p> <p>Ação 3: Distribuição de Medicamentos <u>Produto:</u> 1 - Medicamentos distribuídos Meta Física de 2009: 320.000.000</p>
<p>Resultados</p>	<p>Ação 1 – Produção de Medicamentos Produto 1 – Medicamento Produzido: zero</p> <p>Ação 2: Conclusão da obra de reforma e ampliação do LAFERGS Produto: 1 – Prédio concluído – 100%</p> <p>Ação 3 – Distribuição de Medicamentos Produto 1 – Medicamento distribuído: 97.177.927 – 30,3% da meta.</p>
<p>População Beneficiada</p>	<p>Usuários do SUS no Rio Grande do Sul, bem como usuários encaminhados pelo Poder Judiciário.</p>
<p>Avaliação</p>	<p>Ação 1: - Produção de medicamentos Produto 1 – Medicamento produzido: Somente após o término das obras o LAFERGS, retomará a produção de medicamentos. Ações implementadas visando a retomada da produção de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuidade de atividades inerentes à implantação do Sistema de Garantia da Qualidade como elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão, etc. - Continuidade do Convênio FIOCRUZ (Farmanguinhos) x FEPPS (LAFERGS) visando o desenvolvimento e produção de lotes-piloto para fins de renovação dos registros dos medicamentos junto à ANVISA; - Continuidade da negociação com FUNED e FURP para o desenvolvimento de formulações e produção de lotes-piloto de comprimidos de Propranolol 40 mg e Solução oral de sulfato de morfina 1 %; - Contato com fornecedores de equipamento para programar a instalações e qualificação dos mesmos; - Acompanhamento dos convênios com o MS para aquisição de equipamentos; - Acompanhamento de processos de compras e editais junto à CELIC; - Encaminhamento de solicitação de aquisição de insumos e reagentes para a produção de 2009, bem como de solicitação de serviços necessários para o retorno das atividades de produção no LAFERGS. - Programação, acompanhamento e supervisão da produção de 4 lotes de solução oral de fosfato de oseltamivir para a SES-RS juntamente com a empresa Kley Hertz medicamentos.

Avaliação	<p>Ação 2: Conclusão da obra de reforma e ampliação do LAFERGS</p> <p>Produto 1 – Prédio concluído: As obras civis estão praticamente concluídas restando apenas a automação do sistema de tratamento de ar, realização de balanceamento e realização da qualificação, pré-requisitos para o bom funcionamento. As obras estão interrompidas em virtude da necessidade de adequação do quadro elétrico para o fornecimento de energia à central de tratamento de ar. Esta adequação não fez parte do escopo contratado com a empresa TEP Engenharia, executora das obras. Realização de reuniões operacionais de acompanhamento e organização das atividades de reforma e ampliação juntamente com a empresa contratada, o Setor de Engenharia da FEPPS, do SAE SES RS e da Secretaria de Obras; Os Serviços sofreram atraso, pois houve problema com o equipamento existente: queima do Display de controle de um dos chiller e parada de funcionamento na unidade moto compressora do outro chiller. O display já foi adquirido pela FEPPS/LAFERGS e será entregue na próxima semana, assim como a unidade motocompressora que será aditada ao contrato vigente, por troca de objeto, isto é, sem custos adicionais.</p>
Avaliação	<p>Ação 3: Distribuição de medicamentos:</p> <p>Produto 1- A FEPPS/DAF está realizando a distribuição de medicamentos aos municípios e o ordenamento adequado dos produtos, em áreas apropriadas para a manutenção de sua integridade, conforme imposto pela legislação vigente sobre as “Boas Práticas” de distribuição.</p> <p>Há necessidade de RH para atender a todas as atividades, inclusive de Profissional Farmacêutico. Definir, junto com a SES, a vinculação e gerência da Divisão de Assistência Farmacêutica;</p> <p>Também há necessidade de revisão do PPA, cujas metas de distribuição de medicamentos foram estimadas considerando a entrada em produção no ano de 2009 pelo LAFERGS, o que não ocorreu, ocasionando o baixo índice de realização da meta originalmente prevista.</p> <p>- a DAF cumpriu com 100 % da demanda.</p>

PROGRAMA 138: APOIO ADMINISTRATIVO Departamento Administrativo	
Ação	<p>Ação 1: Apoio administrativo e qualificação da infra-estrutura – FEPPS</p> <p>Ação 2: Publicidade Institucional</p>
Resultados	<p>Ação 1: Apoio administrativo e qualificação da infra-estrutura – FEPPS</p> <p>Adequação da metodologia de trabalho aplicada conjuntamente com a CELIC, visando à agilização na análise dos processos de compras dos insumos e bens para esta Fundação. Além da formatação de um sistema de compras exclusivo da CELIC para os insumos do LAFERGS devido a sua grande importância. Necessário constar da parceria feita com a CELIC que disponibilizou uma ilha de trabalho em suas dependências para funcionários</p>

<p>Resultados</p>	<p>da FEPPS a fim de que estes pudessem dar maior atenção e fluidez nos processos de interesse da Fundação.</p> <p>Cinge referir também, que além da parceria descrita, a Fundação conjuntamente com a CELIC e Ministério Público firmaram um compromisso através da recomendação nº 02/07 para que haja prioridade de andamento dos processos de famílias 855 a 857, visto sua fundamental importância para o HEMORGS e IPB-LACEN.</p> <p>Ação 2: Publicidade Institucional</p> <p>O trabalho de Assessoria de Imprensa visa a divulgação das atividades públicas desenvolvidas na Fundação em favor da sociedade gaúcha.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dia marca controle da poluição por agrotóxicos - Fepps divulga curso de especialização na área do sangue - Fepps e Cientec buscam parcerias - Saúde e Fepps liberam para consumo todas as marcas de leite - Estado está ampliando centro tecnológico e fábrica de medicamentos - Fepps e Fiocruz avançam em parceria para a produção de medicamentos - Campanhas estimulam doação de sangue por parte de mulheres - Curso de nível superior qualifica profissionais da área do sangue - Livro mapeia agrotóxicos utilizados no RS - Vigilância em saúde da Fepps tem incremento de 94% entre 2003 e 2009 - Doping no esporte é destaque em congresso de toxicologia da Região Sul - População recebe informações no Dia da Solidariedade - Workshop debate presença de agrotóxicos em alimentos - Fepps promove palestras na Semana Estadual do Meio Ambiente - Laboratório da Fepps (IPB/Lacen) promove capacitação -Solidariedade marca Dia Internacional do Doador de Sangue
<p>População Beneficiada</p>	<p>População do Rio Grande do Sul.</p>
<p>Avaliação</p>	<p>Acreditamos que os objetivos estão sendo alcançados, já que cada nova notícia da Fepps veiculada em jornal, rádio, televisão e internet contribuem para consolidar o nome da Fundação e os serviços públicos de qualidade prestados.</p>

<p>Ação</p>	<p>Ação 1 – Modernização gerencial e desenvolvimento institucional</p> <p>Produtos</p> <p>1 – Projeto de informatização implantado Meta física para 2009: 0</p> <p>2 – Servidor qualificado: Meta física para 2009: 51</p>
	<p>1 – Não executado</p> <p>2 – Servidor qualificado: 646 – 1.266,66% da meta prevista</p>
<p>Avaliação</p>	<p>A FEPPS, na atual gestão, vem investindo na capacitação e aprimoramento de seus servidores, incentivando e promovendo a participação em seminários, simpósios e encontros estaduais e nacionais bem como a participação em cursos de especialização e capacitação junto à FDRH, buscando a excelência nos serviços prestados à população no âmbito da saúde pública.</p>

PROGRAMA 340: SEGURANÇA TRANSFUSIONAL E QUALIDADE DE SANGUE
Hemocentro Regional de Porto Alegre - HEMORGS

Ação 1- Qualidade do sangue

Ação	<p><u>Produtos:</u></p> <p>1- Doação voluntária apurada. Meta Física ano de 2009: 44,5 %</p> <p>2- Serviço informatizado. Meta Física ano de 2009:1</p> <p>3- Serviço qualificado: Meta Física ano de 2009: 1</p> <p>4 - Profissional qualificado. Meta Física ano de 2009: 20</p> <p>Ação 2- Atendimento aos Pacientes Portadores de Hemoglobinopatias e Coagulopatias.</p> <p><u>Produtos:</u></p> <p>1 - Paciente atendido portador de Coagulopatia. Meta Física ano de 2009: 2.535</p> <p>2 - Paciente atendido portador de Hemoglobinopatia Meta Física de 2009: 60</p> <p>Ação 3- Gerenciamento e Gestão da Hemorrede Pública.</p> <p><u>Produtos:</u></p> <p>1- Unidade Gerenciada Meta Física ano de 2009: 1</p> <p>2- Serviço ampliado/ adequado Meta Física ano de 2009: 1</p> <p>3- Serviço acreditado Meta Física ano de 2009: 1</p>
-------------	--

<p>Resultados</p>	<p>Ação 1: Qualidade do Sangue</p> <p>Produtos:</p> <p>1 - Doação voluntária apurada: 91,2 – 104,9% da meta</p> <p>2 – Serviço informatizado: 1 (Pelotas) 100% da meta</p> <p>3 – Serviço Qualificado: 1 (Pelotas) 100% da meta</p> <p>4 – Profissional qualificado: 362 – 1.810% da meta</p> <p>Ação 2: Atendimento aos portadores de Coagulopatias e Hemoglobinopatias</p> <p>Produtos:</p> <p>1 – Paciente atendido – Coagulopatia: 2.132 – 84,10% da meta</p> <p>2 – Paciente atendido – Hemoglobinopatia: zero -</p> <p>Ação 3: Gerenciamento e gestão da hemorrede</p> <p>Produtos</p> <p>1 – Unidade gerenciada: zero</p> <p>2 – Serviço ampliado/adequado: em andamento a reforma e ampliação dos Hemocentros de Santa Rosa e Passo Fundo.</p> <p>3 – Serviço acreditado: zero</p>
<p>População Beneficiada</p>	<p>População do Estado do Rio Grande do Sul.</p>
<p>Avaliação</p>	<p>A FEPPS mantém permanente qualificação e capacitação de servidores, destacando-se, no período, as seguintes atividades: Treinamento: transporte de sangue; PGRSS, PED; Captação de doadores; Pré-triagem e coleta; Triagem clínica; Biossegurança; Sorologia; Transfusão de sangue e reações transfusionais; Curso de atendimento ao cliente e gestão da qualidade ISO, CQI, Transporte de Sangue.</p> <p>Profissionais qualificados: 362 (Pacientes e Funcionários da AT, UCTs e Hemocentros). Serviços qualificados: PGRSS e Imunohematologia. Não houve atendimento à pacientes portadores de Hemoglobinopatias. Aguarda-se a contratação de dois profissionais médicos e um profissional de enfermagem para a implantação do programa.</p> <p>Importante ressaltar a dificuldade para executar o objeto dos convênios. Entraves legais impedem a contratação de profissionais em caráter emergencial.</p> <p>No decorrer de 2009 foram ministradas 645 horas de treinamento, com ênfase à realização do primeiro curso de Especialização Multidisciplinar em Hemoterapia em conjunto com a UFRGS e o HCP.</p>

PRODUÇÃO DOS HEMOCENTROS ADMINISTRADOS PELA FEPPS

HEMOCENTRO COORDENADOR

Procedimentos	Previsto	Realizado	%
Doadores aptos	23.668	21.415	90,48
Bolsas Coletadas	23.146	21.272	91,90
Bolsas de Sangue fracionadas	28.693	26.518	92,42
Hemocomponentes produzidos	68.663	60.203	87,68
Hemocomponentes disponibilizados	36.901	29.815	80,80
Consultas – Clínica Hematológica	2.465	1.455	59,67
Coletas de medula	6.464	9.154	141,62

HEMOCENTRO REGIONAL DE PELOTAS

Procedimentos	Previsto	Realizado	%
Doadores aptos	12.000	7.742	64,52
Bolsas Coletadas	12.000	7.666	63,88
Bolsas de Sangue fracionadas	12.000	7.666	63,88
Hemocomponentes produzidos	28.000	25.428	90,81
Hemocomponentes disponibilizados	28.000	9.229	32,96
Consultas – Clínica Hematológica	960	602	62,71
Coletas de medula	6.000	2.888	48,13

HEMOCENTRO REGIONAL DE SANTA MARIA

Procedimentos	Previsto	Realizado	%
Doadores aptos	8.800	6.828	77,59
Bolsas Coletadas	8.400	6.511	77,51
Bolsas de Sangue fracionadas	0	0	0,00
Hemocomponentes produzidos	30.000	18.524	61,75
Hemocomponentes disponibilizados	18.000	13.074	72,63
Consultas – Clínica Hematológica	0	0	0,00
Coletas de medula	1.600	2.408	150,50

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os programas e ações do presente Relatório de Gestão foram concebidos e desenvolvidos com a finalidade de responder às demandas sócio-sanitárias e de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, oferecendo apoio estratégico ao SUS e tiveram o objetivo de promover a melhora das condições da saúde pública através da implementação de

programas voltados direta e imediatamente à população como, por exemplo, a ampliação do LAFERGS visando a produção e distribuição de medicamentos; a realização de testes de paternidade/maternidade; a pesquisa e o desenvolvimento de medicamentos e kits de detecção de doenças pelo CDCT; reestruturação dos laboratórios regionais e a implementação das ações de vigilância em saúde pelos LACENs; atendimento emergencial aos agravos tóxicos pelo CIT e a implementação da Hemorrede Pública do Estado e a Qualidade do Sangue com a capacitação e qualificação de servidores. Os programas são complexos, envolvendo ações de pesquisa aplicada, saúde coletiva, análises laboratoriais, desenvolvimento tecnológico de processos e produtos, logo os impactos sobre o público alvo mostram-se bastante satisfatórios.

Numa análise comparativa entre os resultados alcançados, os impactos produzidos pelos programas e os recursos empregados, pode-se concluir que os objetivos fixados foram atingidos com custos modestos. Isso demonstra, além da eficiência de gestão, o comprometimento dos pesquisadores e dos executores envolvidos nas questões relativas à saúde pública no Estado. No entanto, a eficácia dos serviços de saúde depende tanto dos recursos humanos como de recursos materiais e financeiros, considerados, quase sempre, obstáculos determinantes na qualidade do produto final. O enfrentamento desses desafios requereu esforços coletivos dos gestores e pesquisadores voltados ao equacionamento dos obstáculos mencionados, tendo de procurar a melhor via através de meios e recursos alternativos que venham a suprir o que os instrumentos disponibilizados não podem atender.

Na qualidade de prestadora de serviços públicos, na área de saúde da população gaúcha, a FEPPS tem como perspectiva buscar, pelas vias formais cabíveis, o estabelecimento de maior contato, tanto com o Governo do Estado, como com o Governo Federal, visando a abertura de negociações imprescindíveis, firmando, se necessário, parcerias que sejam do interesse da Fundação sob o ponto de vista operacional e da manutenção de seus serviços em níveis adequados e desejáveis de eficiência, eficácia e auto sustentabilidade.

Sem dúvida, merece destaque uma das maiores conquistas da Fundação: O novo prédio do Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CDCT e da obra de ampliação e adequação do Laboratório Farmacêutico do Estado – LAFERGS ambos em fase final de execução e, quando operacionais, colocarão o Estado do Rio Grande do Sul na vanguarda da pesquisa e produção de medicamentos voltados à saúde mental. Com tais providências e somados os recursos dos testes de paternidade atualmente realizados (800 testes/mês) e as ações de gestão que visam a regularização da arrecadação, estima-se que a FEPPS deverá atingir ainda em 2010 a sua auto-suficiência financeira.

Ressaltando que, segundo estimativa realizada, há elevado número de servidores aptos à aposentadoria e/ou se habilitando em curto prazo. Assim sendo, poderá haver a inviabilização da continuidade das atividades, ou sensível redução da capacidade operacional instalada que é de alta complexidade, exigindo profissionais especializados no atendimento da rotina laboratorial atualmente existente. Imprescindível, pois, a realização de CONCURSO PÚBLICO ainda no ano de 2010, de forma a evitar sérios prejuízos à saúde pública do nosso estado.

Porto Alegre, Janeiro de 2010
GABINETE DE PLANEJAMENTO/FEPPS

ANEXO III – CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – RELATÓRIO DE GESTÃO 2009

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE RELATÓRIO DE GESTÃO 2009

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde vem coordenando, em âmbito estadual, a implementação da Vigilância em Saúde segundo os conceitos hoje assumidos no SUS que visa, a partir do monitoramento da situação de saúde da população, prevenir e controlar determinantes, riscos e danos à mesma, através de ações articuladas, na busca da integralidade da atenção.

Nesse sentido, enfrenta-se o desafio de contribuir para a mudança de paradigma da Atenção à Saúde, com o enfoque da promoção da saúde, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde.

Além das dificuldades naturalmente enfrentadas para uma mudança de modelo tão significativa, salienta-se que a mesma deve ocorrer juntamente com o processo de descentralização e aumentando a capacidade de resposta a um contexto de saúde pública de complexidade crescente.

Esse contexto sanitário, com alterações ambientais, demográficas, socioeconômicas, culturais e de processo produtivo/trabalho produz uma complexa situação de saúde em que doenças transmissíveis readquirem importância (especialmente às custas de doenças emergentes/reemergentes) paralelamente ao aumento de doenças/agravos não transmissíveis (violência urbana, drogadição, doenças cardiovasculares, obesidade).

As diferentes áreas da Vigilância em Saúde têm trabalhado junto com as Coordenadorias Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde buscando responder a essas várias demandas. Salienta-se a seguir alguns dos fatos mais relevantes no ano de 2009.

O desafio é, simultaneamente, manter as conquistas alcançadas ao longo das últimas décadas, especialmente quanto às doenças imunopreveníveis (como a erradicação da varíola e da poliomielite, eliminação do sarampo e rubéola, controle da difteria, tétano e coqueluche) e prevenir/controlar doenças emergentes ou reemergentes.

Nesse cenário epidemiológico, as situações a seguir descritas foram relevantes e necessitaram ações coordenadas envolvendo todas as áreas do CEVS.

1. HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais constituem-se em importante problema de Saúde Pública, tanto no mundo como no Brasil e no RS, pela sua magnitude e transcendência e são causadas por vários tipos de vírus com características e apresentações clínicas distintas entre si. Os tipos A, B e C são os de maior importância em Saúde Pública.

Estima-se que 5-10% da população adulta infectada com o vírus B irá evoluir para a cronicidade, podendo então ser rotulado, o paciente, como portador inativo do vírus ou como já tendo uma hepatopatia crônica. Ao redor de 30% evoluirá para cirrose e parcela significativa, dependendo da área geográfica do estudo, evoluirá ao hepatocarcinoma.

No caso da hepatite C, a maioria das pessoas infectadas, em torno de 85% dos casos, progride para a cronicidade, que pode levar à fibrose hepática e, subseqüentemente, à cirrose e ao carcinoma hepatocelular.

A hepatite A continua a ocorrer em forma de surtos isolados em áreas com saneamento básico deficiente.

A seguir, apresenta-se a série histórica dos casos notificados e coeficiente de incidência das hepatites virais no Estado do Rio Grande do Sul (Tabela 1).

Tabela 1: Número de casos de hepatites virais e coeficiente de incidência por 100000 habitantes, segundo etiologia, RS, 1999-2009

Ano	Hepatites Virais					
	A		B		C	
	Casos	Coef.	Casos	Coef.	Casos	Coef.
1999	1517	15,21	910	9,13	1913	19,18
2000	2712	26,62	1066	10,46	1682	16,51
2001	2551	24,74	968	9,39	1728	16,76
2002	1015	9,75	800	7,69	1811	17,40
2003	724	6,89	953	9,07	1788	17,01
2004	1233	11,62	1.030	9,70	2283	21,51
2005	1393	12,84	1.273	11,74	2340	21,58
2006	883	8,05	1.041	9,50	1794	16,36
2007	278	2,51	1068	9,64	1704	15,38
2008	347	3,20	1054	9,71	1904	17,54
2009*	498	4,56	849	7,78	1920	17,59

Fonte: SINANDVE/CEVS/SES-RS

A situação epidemiológica das hepatites no RS está merecendo atenção especial da SES/RS e do próprio centro de Governo do Estado, com a criação do Comitê Estadual de Enfrentamento das Hepatites Virais em 2008. O objetivo fundamental do Comitê é promover a implantação/implementação das ações de prevenção, vigilância e controle das hepatites virais. Destaca-se, entre elas, a criação da rede de atendimento integral aos portadores de hepatites B e C, a ampliação do diagnóstico laboratorial e dos pólos de aplicação de medicamentos, o desenvolvimento das medidas preventivas e a capacitação dos profissionais de saúde em hepatites.

No ano de 2009, as principais atividades desenvolvidas foram:

1. Lançamento da intensificação da vacinação contra o vírus da hepatite B em adolescentes com idade entre 11 e 19 anos, uma vez que a cobertura vacinal nesta faixa etária é bastante baixa pelas dificuldades inerentes de se vacinar adolescentes. Tal iniciativa se dá em parceria com a Secretaria da Educação;
2. A implantação de Centros de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis (CAMMIs) com abrangência regional aos portadores de hepatites em três municípios, a saber: Rio Grande, Caxias do Sul e Passo Fundo. Está prevista, para o ano de 2010, a inauguração dos CAMMIs de Ijuí, Santa Maria, e do Hospital Fêmina em Porto Alegre. Nos municípios de Uruguaiana e Santa Cruz as negociações estão avançadas. Dessa forma, pretende-se que todas as sete macrorregiões do Estado sejam contempladas com, pelo menos, um CAMMI;
3. Em Porto Alegre, ampliação da capacidade de atendimento do CAMMI do Hospital Conceição de 90 para 150 pacientes/mês e do Hospital Sanatório Partenon;
4. Desenvolvimento de um projeto de adequação física para um futuro centro de referência com atendimento multidisciplinar especializado aos portadores crônicos dos vírus das hepatites B e C no Hospital Sanatório Partenon em Porto Alegre;
5. Elaboração de material educativo com informações sobre as hepatites A, B e C, formas de transmissão e prevenção (folder, volante e cartaz);
6. Elaboração de uma cartilha de biossegurança para os profissionais da beleza, manicures, podólogos, cabeleireiros, além dos tatuadores e body-piercings;
7. Capacitações ministradas aos profissionais das vigilâncias epidemiológicas das coordenadorias regionais e municípios, totalizando 109 profissionais;
8. Participações na Rua da Cidadania, evento do Governo do Estado que leva aos municípios serviços de utilidade pública tais como vacinação contra hepatite B segundo os critérios do Programa Nacional de Prevenção e o Controle de Hepatites Virais (PNHV) e Programa Nacional de Imunizações (PNI), distribuição de material educativo e orientações à população, dentre outros;
9. Participação em oficinas, fóruns, capacitações e encontros macrorregionais desenvolvidas pelo PNHV;
10. Elaboração de projetos para a implementação da notificação/investigação dos casos de hepatites;
11. Elaboração de projetos de biossegurança e imunização contra a hepatite B, para populações mais vulneráveis;
12. Estabelecimento de metas conjuntas com o Programa de DST/AIDS;
13. Levantamentos iniciais dos serviços de saúde para a construção da rede de atendimento aos portadores de hepatites virais e da rede de laboratórios para a oferta de exames dos mais simples aos mais complexos (sorologia,

biologia molecular e biópsias hepáticas);

14. Seleção conjunta com o PNHV de municípios prioritários para o incremento de ações;

15. Participação nas ações desenvolvidas pelo Comitê Estadual Intersetorial de Enfrentamento das Hepatites Virais.

2. FEBRE AMARELA SILVESTRE

Os últimos casos de febre amarela silvestre no Rio Grande do Sul datavam de 1966. No ano de 2001, foi registrada a ocorrência de epizootias em primatas não humanos (morte de macacos bugios) pelo vírus da febre amarela nos municípios de Santo Antônio das Missões e Garruchos. Foi implantada vacinação contra a doença num total de 43 municípios, compondo a chamada área de risco para febre amarela no Rio Grande do Sul.

No ano de 2002, houve epizootia na mesma época em Mata e Jaguarí, confirmada por febre amarela, o que elevou para 52 o número de municípios de risco para a doença.

Na ocasião, foi implantada a vigilância da febre amarela, incluindo notificação e investigação de eventos epizooticos, pela DVAS/CEVS, em conjunto com as CRS, realizando-se captura de primatas não humanos (bugios) e vetores nos municípios, com o objetivo de monitorar a circulação viral, com apoio diagnóstico do Instituto Evandro Chagas.

Essa estratégia de vigilância continuou sendo desenvolvida desde então, porém não evidenciava circulação do vírus da febre amarela nas áreas trabalhadas. Entretanto, a partir de outubro de 2008, registraram-se repetidos eventos de mortes de primatas não humanos, caracterizando epizootia de magnitude inusitada e que progrediu da região noroeste em direção à região leste com grande velocidade de disseminação. Em seis meses de confirmação da circulação viral, observou-se a expansão da área atingida em cerca de 500 km.

De outubro de 2008 até julho de 2009, foram notificados 984 eventos envolvendo a morte de primatas que totalizaram 2.054 animais mortos e com confirmação em 183 amostras. A alta mortalidade entre as populações de primatas não humanos não tem precedentes na história recente do Estado.

Apesar das ações desencadeadas, casos humanos de febre amarela silvestre foram registrados a partir do mês de dezembro de 2008. Até dezembro de 2009, foram notificados 130 casos suspeitos, tendo sido confirmados 21 casos. Destes, oito evoluíram para óbito, correspondendo a uma letalidade de 43%. Em relação ao sexo, quinze eram do sexo masculino (71%) e seis do sexo feminino (29%) e a idade variou entre 09 e 73 anos. Todos os casos não eram vacinados contra a febre amarela e estiveram em atividades no meio rural ou silvestre, local provável de infecção. Os casos distribuíram-se em quatro Coordenadorias Regionais de Saúde: 6ª (Passo Fundo), 12ª (Santo Ângelo), 13ª (Santa Cruz) e 17ª (Ijuí).

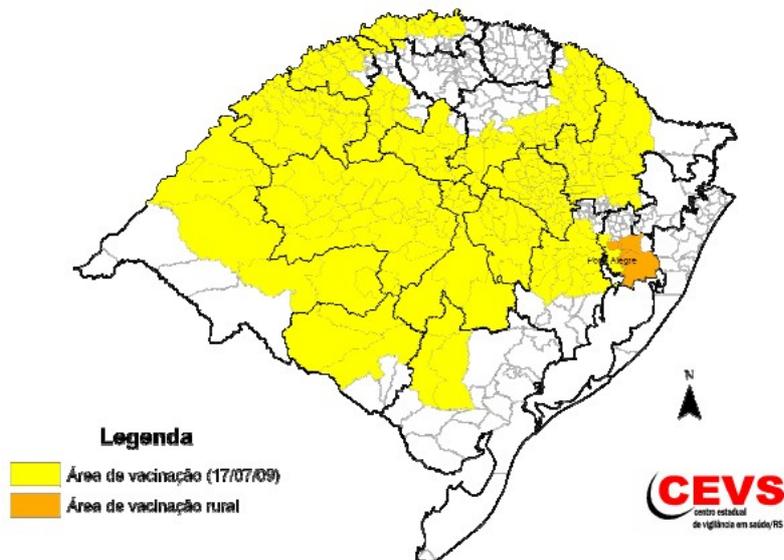
Houve grande preocupação pela progressão da doença, especialmente pela aproximação de áreas densamente povoadas como a Região Metropolitana de Porto Alegre e a Serra gaúcha e pelo risco sempre presente de reurbanização da doença em nosso Estado, considerando-se a presença de 58 municípios infestados por *Aedes aegypti* (vetor urbano da febre amarela).

Para enfrentamento da situação, intensas ações de vigilância ambiental de investigação de mortes de primatas não humanos e coleta de vetores, assim como ações de vigilância epidemiológica com investigação de casos humanos suspeitos da doença e vacinação da população residente e visitante foram desenvolvidas, além da capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento dos pacientes.

Tendo como finalidade imunizar as pessoas de forma a constituir uma barreira de proteção que se opusesse à propagação geográfica da doença, a vacinação foi sendo rapidamente implementada. Ressalta-se o enorme esforço realizado pelo Estado e municípios para imunizar um grande quantitativo de pessoas em curto espaço de tempo, procurando-se, principalmente, proteger as populações que vivem ou se dirigem às rurais e/ou silvestres, mais expostas ao risco de contrair a doença, o que exige estratégias diferenciadas. No período de progressão da circulação viral, de outubro de 2008 a maio de 2009, 3.615.430 pessoas receberam a vacina contra a febre amarela, e após, até o final de 2009 um total de 3.632.902 pessoas foram vacinadas no Rio Grande do Sul.

A área de vacinação, ao final de 2009, contemplou um total de 293 municípios, conforme o mapa a seguir.

Mapa 1 - Municípios da área de vacinação contra febre amarela, RS, 2009



3. LEISHMANIOSE VISCERAL

Em novembro de 2008, foi diagnosticada clinicamente e confirmada pelo laboratório do Hospital Veterinário da ULBRA, em Canoas, Leishmaniose Visceral em um cão da região urbana do município de São Borja. Considerando que o Rio Grande do Sul, até então, era considerado área indene para esta doença, foram desencadeadas medidas de vigilância buscando a comprovação da doença e da autoctonia no município, além da extensão da investigação para todos os municípios fronteiriços com o Rio Uruguai, de Barra do Quaraí a Derrubadas, pela provável disseminação da doença a partir da região norte da Argentina. Essas ações envolveram o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), o Lacen/RS, a 10ª Coordenadoria Regional de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de São Borja e a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Após confirmação da autoctonia e com o apoio técnico do Ministério da Saúde, os níveis de gestão estadual e municipal desenvolveram as ações de vigilância indicadas na situação de registro de 1º caso canino, ou seja, a busca ativa de cães com suspeita clínica na área, inquérito sorológico canino e investigação entomológica no local da transmissão.

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) e a Seção de Reservatórios e Vetores do Laboratório Central de Saúde Pública do RS (LACEN/RS), a 10ª Coordenadoria Regional de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de São Borja, com assessoria da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, elaboraram e vêm desenvolvendo um Plano de Ação de Vigilância da Leishmaniose Visceral, que inclui:

- busca ativa e exame de cães sintomáticos, controle da população canina errante;
- levantamento entomológico de flebotomíneos;
- capacitação da rede de saúde para o diagnóstico e tratamento da doença;
- implantação de vigilância epidemiológica de casos suspeitos;
- definição de fluxo de diagnóstico laboratorial para casos humanos e caninos;
- manejo ambiental para prevenir e controlar os fatores que favorecem a multiplicação do vetor, através de ações intersetoriais e de informação à comunidade, visando à sua efetiva participação neste processo.

Foram realizadas várias capacitações para os profissionais de saúde dos municípios e Coordenadorias Regionais de Saúde envolvidos, além dos técnicos do nível central (médicos veterinários, técnicos das vigilâncias ambiental e epidemiológica, médicos, técnicos de laboratório), com o apoio do Ministério da Saúde.

Até o final do ano de 2009, cinco casos humanos autóctones foram detectados no Estado, todos no município de São Borja, sendo quatro adultos e uma criança, todos do sexo masculino. Dos cinco pacientes, quatro evoluíram para cura e um para o óbito.

Até março de 2010, foram identificados sete municípios do Estado com a presença do vetor (*L. longipalpis*), sendo todos localizados na fronteira com a Argentina (Barra do Quaraí, Uruguaiana, Itaqui, São Borja, Garruchos, Pirapó e Porto Xavier). Também foram registrados onze municípios com a presença de cães sorologicamente positivos para leishmaniose visceral, sem isolamento da espécie de *Leishmania*, sendo que cinco desses fazem fronteira com o território argentino (Barra do Quaraí, Uruguaiana, Itaqui, São Borja e Porto Xavier).

As ações estão sendo progressivamente ampliadas de forma permitir o diagnóstico da situação da Leishmaniose Visceral no RS, bem como o desencadeamento das medidas de controle para a contenção do problema.

4. INFLUENZA PANDÊMICA (H1N1) 2009

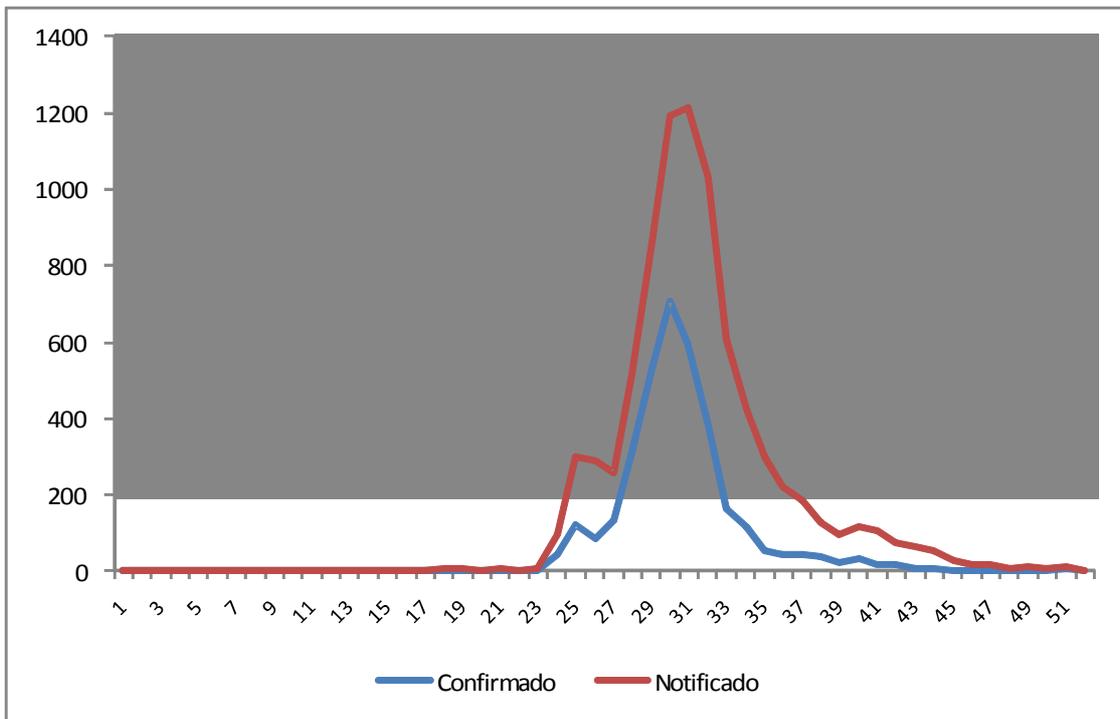
Em 25 de abril de 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) devido a ocorrência de casos humanos no México e nos Estados Unidos da América por um novo vírus de influenza nunca antes detectado (vírus pandêmico (H1N1) 2009). Em 27 de abril, a OMS elevou o alerta pandêmico para a fase 4 e, no dia 29, para a fase 5, ou seja, ocorrência de disseminação do vírus entre humanos, em nível comunitário, em pelo menos dois países da mesma região da OMS.

No Brasil, a estratégia de enfrentamento desta ESPII baseou-se, inicialmente, em medidas de contenção, com identificação precoce, tratamento e isolamento de casos, e no seguimento de seus contatos próximos, com o objetivo de ampliar a sensibilidade da vigilância epidemiológica. Na semana epidemiológica 18, o primeiro caso de influenza A(H1N1) foi confirmado laboratorialmente no nosso Estado (residente no município de Santo Ângelo). Em 11 de junho, o Comitê Internacional de Emergência considerou que os critérios para pandemia foram atingidos. A OMS declarou, nesse momento, o início da pandemia de influenza no mundo.

No Rio Grande do Sul, a partir do feriado de Corpus Christi (11 a 14 de junho), aumentou significativamente a notificação de casos suspeitos da nova gripe devido a grande circulação dos gaúchos para os países vizinhos (Argentina e Uruguai). Constatou-se, nas semanas seguintes, a transmissão comunitária do vírus. No dia 08 de julho, adotou-se uma nova estratégia baseada nas recomendações do Ministério da Saúde com o objetivo de detectar casos de doença respiratória aguda grave (SRAG) de maneira oportuna, monitorar as complicações da doença e reduzir o número de óbitos (fase de mitigação).

A epidemia atingiu seu pico na semana epidemiológica 31 (02/08 a 08/08/09). A partir daí, ocorreu uma redução gradual no número de casos. Até o final de 2009, foram notificados 8298 casos, com 3514 confirmados e 295 óbitos confirmados pelo novo vírus. Esses dados referem-se aos casos com sinais e sintomas de agravamento, que necessitaram de hospitalização em sua maioria.

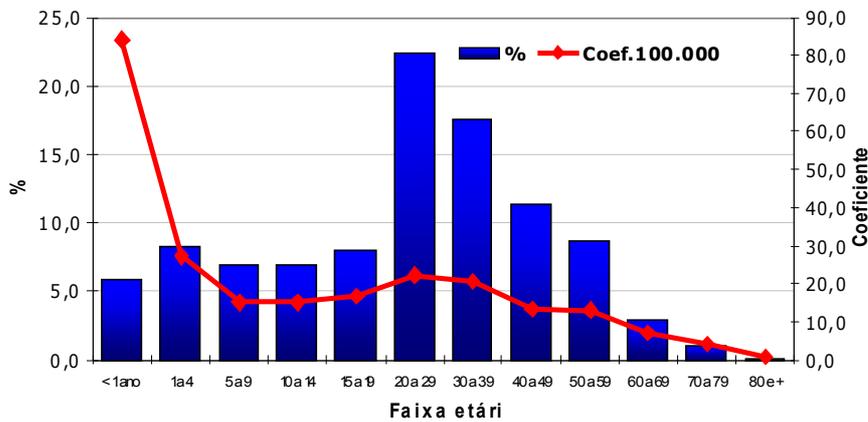
Fig. 2 – Casos notificados e confirmados de influenza pandêmica (H1N1) 2009 por semana epidemiológica de início de sintomas, RS, 2009



Fonte: Sinan-Influenza/DVE/CEVS/SES-RS

Observou-se que, entre os casos confirmados, as faixas etárias mais atingidas foram os adultos jovens de 20 a 49 anos e o maior risco de adoecer pela doença foi do grupo menor de um ano, como pode se observar na Figura 3.

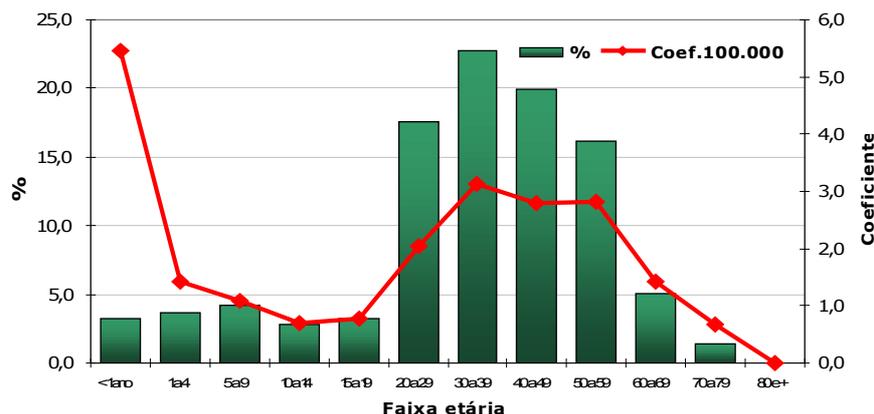
Fig. 3 – Coeficiente de Incidência e percentual de casos confirmados de influenza pandêmica (H1N1) 2009, por faixa etária, RS, 2009



Fonte: Sinan-Influenza/DVE/CEVS/SES-RS

Entre os óbitos confirmados, as faixas etárias mais atingidas foram os adultos jovens de 20 a 59 anos e o maior risco de morrer foi do grupo menor de um ano, como pode se observar na Figura 4.

Fig 4 -Taxa de mortalidade e percentual de óbitos de influenza pandêmica (H1N1) 2009, por faixa etária, RS, 2009



Fonte: Sinan-Influenza/DVE/CEVS/SES-RS

A presença de comorbidades pode colaborar para uma evolução clínica com complicações. Entre os casos confirmados, 47,3% tem pelo menos uma condição crônica de saúde, sendo as mais frequentes pneumopatia, cardiopatia, imunodepressão e doença metabólica. Entre os óbitos, o percentual se eleva para 78%. As gestantes também se apresentaram como grupo de risco para a influenza A H1N1, representando 8% do total de casos confirmados e 7% dos óbitos.

A pandemia de influenza de 2009 caracterizou-se por uma predominância de casos clinicamente leves e baixa letalidade. A região sul do país foi bastante afetada pela doença, especialmente os Estados do Paraná e Rio Grande do Sul, por suas condições climáticas favoráveis à circulação viral, impactando os serviços de saúde.

Para o enfrentamento da pandemia de Influenza A H1N1 em 2009, o Governo do Estado, através da Secretaria da Saúde e de outros setores, realizou uma série de ações abordadas por blocos:

GESTÃO DA CRISE

- Instituição do **Gabinete de Crise da SES/RS** no 6º andar do CAFF (junto ao Gabinete do Secretário) para monitorar a situação epidemiológica e executar as medidas adequadas, em conjunto com outros órgãos do Governo Estadual, com destaque para a Defesa Civil estadual;
- Instituição do **Comitê Estadual de Enfrentamento da Pandemia de Influenza** através do decreto nº 46.479 de 13/07/09. O referido Comitê é composto por várias instituições como a SES/RS, Secretaria Estadual da Educação, Defesa Civil, SMS de Porto Alegre, CREMERS, COREN, ANVISA, Sociedade Riograndense de Pneumologia, Sociedade Riograndense de Infectologia, outras sociedades científicas, Universidades, Hospitais, entre outras com a finalidade de coordenar, acompanhar e avaliar as ações de vigilância em saúde, a assistência à saúde, o diagnóstico laboratorial e as ações de comunicação social e educação em saúde para todo o Estado. O Comitê reuniu-se semanalmente no auge da pandemia e mantém reunião mensal.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- **Organização dos fluxos de vigilância**, com ênfase na notificação e investigação dos casos de acordo com protocolos padronizados, através de capacitações das equipes regionais e municipais da atenção básica e dos hospitais;
- **Vigilância dos aeroportos e fronteiras**, especialmente na fase contenção quando se procurou identificar viajantes com quadro clínico suspeito de Influenza A H1N1 procedentes de áreas afetadas para confirmação da doença e medidas de isolamento de forma a impedir o contágio para os contatos (fase de contenção). Divulgação de informações sobre a gripe A para viajantes. Estas atividades são

de competência da ANVISA, sendo que na região da fronteira oeste foram realizadas em cooperação com a SES/RS, SMS e Exército;

- **Gerenciamento de informações:** divulgação de boletim diário e com resumo dos dados e boletim semanal com análise mais aprofundada, disponíveis na página da SES/RS (www.saude.rs.gov.br);
- **Vigilância em grandes eventos** com importante circulação de viajantes nacionais e internacionais com o objetivo de detectar suspeitos de Influenza A H1N1 como, por exemplo, a EXPOINTER.

ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES

- **Organização da rede de assistência** aos pacientes suspeitos de gripe A H1N1 através da criação dos fluxos de atendimento (entrada do paciente pela rede de atenção básica e internação em todos os hospitais com cuidados de isolamento respiratório);
- **Criação de protocolos** de assistência aos pacientes graves e gestantes, capacitação das equipes hospitalares e disponibilização de profissionais de referência para discussão de casos;
- **Divulgação das medidas de biossegurança** para profissionais de saúde e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e orientações sobre medidas de isolamento dos pacientes;
- **Elaboração e divulgação de materiais técnicos e protocolos** para orientação dos profissionais disponibilizados na página da SES/RS e enviados por via eletrônica;
- **Ampliação de leitos de UTIs** para atendimento de pacientes graves através da aquisição de equipamentos (100 respiradores locados para 32 hospitais e 25 respiradores comprados para 11 hospitais);
- **Disponibilização de AIHs extras** pela Regulação Estadual;
- **Suspensão de cirurgias eletivas** para permitir a utilização das salas de recuperação dos hospitais como UTIs;
- **Ampliação do Programa Inverno Gaúcho** através de repasse estadual de recurso financeiro para ampliação do horário de atendimento de 500 unidades básicas de saúde;
- **Disponibilização oportuna dos medicamentos** (Oseltamivir em forma de cápsulas e suspensão oral) para todos os 496 municípios do Estado através das Coordenadorias Regionais de Saúde. A distribuição foi descentralizada para 1.000 pontos de dispensação;
- **Distribuição de antiviral:** em 2009, foram distribuídos 38.936 tratamentos para adultos (Oseltamivir cápsulas) e 13.047 tratamentos para crianças (Oseltamivir frascos pediátricos);
- **Produção de antiviral:** a SES/RS, em parceria com Laboratório Farmacêutico do município de Porto Alegre, disponibilizou Oseltamivir solução oral para uso pediátrico, a partir do repasse de Oseltamivir em forma de pó (Ingrediente Farmacêutico Ativo) por parte do Ministério da Saúde;
- **Apoio do SAMU/SALVAR** para remoção de pacientes suspeitos de Influenza H1N1 seguindo as recomendações do protocolo relativas à biossegurança dos trabalhadores de saúde e da população em geral.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- **Implantação do diagnóstico laboratorial de Influenza A H1N1** por RT-PCR pelo IPB-LACEN-RS em agosto de 2009. Até então, o teste era realizado somente na FIOCRUZ/RJ, o que acarretava atrasos na liberação dos resultados;
- O LACEN/RS providenciou a compra de insumos de laboratório para o referido diagnóstico e contratação de recursos humanos extras para o laboratório.

COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

- Foram desenvolvidas inúmeras ações de comunicação através de inserções em TV aberta, internet, jornais, aeroportos (**Campanha de mídia**);
- Disponibilização de canal de comunicação direta com a população por meio do **Disque Vigilância – 150**, fornecendo esclarecimentos e orientações sobre a doença;
- Implantação do **Disque Gestante**, importante para fornecer informações e esclarecimentos às mulheres grávidas, que foram particularmente afetadas pela nova gripe;
- Criação de Banner Influenza A H1N1 na página da SES/RS **www.saude.rs.gov.br** para divulgação de Informes Técnicos, Protocolos de Atendimento e Dispensação de Medicamentos, Boletins Epidemiológicos, Orientações em geral;
- Criação de página específica **www.rscontragripe.rs.gov.br**;
- **Produção de folders** para trabalhos educativos.

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

- **Estudo de farmacovigilância** do Oseltamivir cápsulas e solução oral em parceria com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- Estudo: **Avaliação prospectiva das gestantes e seus Recém-nascidos expostas à Influenza A (H1N1) no RS** em parceria com o SIAT-HCPA;
- **Estudos de casos/controle para avaliar fatores de risco de adoecer e morrer por influenza A H1N1**, desenvolvidos pelo EPISUS/MS;
- Participação em Estudo Multicêntrico coordenado pela UFRGS com recursos do Ministério da Saúde para avaliação dos fatores de risco para Influenza A H1N1.

DISTANCIAMENTO SOCIAL

- **Manutenção/suspensão de eventos:** avaliação da situação epidemiológica local;
- **Viagens:** o RS seguiu a orientação do Ministério da Saúde de recomendar a suspensão de viagens para pessoas com risco acrescido para Influenza;
- **Adiamento do retorno às aulas** no 2º semestre de 2009 com preparação adequada: orientação ao corpo docente/discente para higienização de mãos, disponibilização de água, sabão líquido, álcool gel, papel toalha;
- Recomendação do **afastamento das gestantes** em atividades com exposição ao público.

5. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL

Em maio de 2009, foi convocada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental, através de decreto do Presidente, sob o lema: "Saúde e Ambiente: vamos cuidar da gente" e o tema " A saúde ambiental na cidade no campo e na floresta: construindo cidadania, qualidade de vida e territórios sustentáveis."

No Rio Grande do Sul a Governadora chamou a 1ª CESA, em julho de 2009, desencadeando-se Conferências Municipais/Regionais que culminaram na Conferência Estadual, em outubro de 2009, com aproximadamente 300 participantes.

Da Conferência Estadual (através de metodologia inovadora, visando qualificar seus resultados) foram definidas 6 diretrizes e 12 ações estratégicas, para subsidiarem as discussões da etapa nacional, que ocorreu em dezembro de 2009.

A Conferência Nacional definiu 24 diretrizes e 48 ações estratégicas para serem implantadas nos próximos anos pela área de saúde e ambiente.

Salienta-se o caráter inovador das conferências, tanto pela metodologia proposta como pela garantia de intersetorialidade na sua realização, essencial às ações da área. Participaram as áreas da Saúde, Meio Ambiente e Cidades, bem como seus respectivos Conselhos.

6. PROGRAMAÇÃO ESTADUAL DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE 2009

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - PROGRAMAÇÃO ESTADUAL DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE 2009						
AÇÃO	PARÂMETRO NACIONAL	Proposta para Programação estadual	Programado 2009	Alcançado 2009	Análise/Comentários	
1. Notificação						
1.1	Realizar notificação dos casos de sífilis em gestante	48.950 casos de sífilis em gestantes notificados.	Estimar nº de notificações segundo serie histórica	257	399	ATINGIDO
1.2	Definir Unidades Sentinelas para notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho	Unidades Sentinelas pactuadas em CIB realizando notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho	Implementar no SINAN nas Unidades Sentinelas pactuadas	100% das U.S. notificando	26,7%	A notificação de agravos à Saúde do Trabalhador está implantada no Estado desde 2000 (Decreto Lei nº 40222/2000), com o desenvolvimento de Sistema de Informação próprio (SIST). No presente 89,5% dos municípios (444) são notificadores, tendo sido registradas 21 895 notificações no ano de 2009. A proposta nacional de implantação do SINAN desencadeou um processo de transição, tendo sido definidas 15 Unidades Sentinelas para esse sistema. Das 15, 4 (26,7%) notificaram o total de 987 agravos no ano de 2009. Conclui-se que a notificação de agravos vem crescendo progressivamente pelo SIST, enfrentando dificuldades com a implantação do SINAN. O setor realizará uma avaliação das Unidades Sentinelas para identificar e buscar solucionar os problemas relativos à notificação.
1.3	Implantar a notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho	Fluxo da notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho implantado	Implementar no SINAN nas Unidades Sentinelas pactuadas	100% das U.S. notificando		
2. Investigação						
2.1	Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de PFA.	Casos de PFA detectados com uma amostra de fezes coletada até o 14º dia do início da deficiência	Mantido parâmetro proposto	80%	68%	O ano de 2009 foi marcado pela ocorrência de várias emergências epidemiológicas (reemergência da Febre Amarela, pandemia de Influenza A H1N1) que, de uma forma ou outra, interferem no trabalho das CRS e municípios. Alguns casos de PFA foram detectados em busca ativa, o que impediu a coleta oportuna de fezes. Importante ressaltar a realização do

		motora.				Seminário de Atualização em Vigilância de PFAs no segundo semestre de 2009, voltado aos técnicos de vigilância das regionais, municípios e fontes notificadoras, com o objetivo de atualizar os conhecimentos sobre a doença, sensibilizar os profissionais de saúde para a notificação dos casos e resgatar a mobilização das fontes notificadoras. Outro trabalho importante foi a grande mobilização que foi feita junto aos laboratórios para contenção do poliovírus.
2.2	Investigar óbitos relacionados ao trabalho	Investigação dos casos graves e fatais de agravos relacionados ao trabalho detectados através do SIST, SINAN e SIM (campo 57)	Município detecta, notifica e apoia investigação de 100% dos óbitos relacionados ao trabalho, que será executada através dos CEREST e CRS	100%	85,6%	Apesar de não ter sido alcançada a meta proposta, avalia-se o resultado (85,6%) como positivo, considerando a complexidade desse tipo de atividade, que necessita de capacitação das equipes. Como essa ação foi programada pela primeira vez, julga-se ter havido um superdimensionamento da meta proposta.
3. Diagnóstico laboratorial de agravos de Saúde Pública						
3.1	Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas - sarampo e rubéola.	Casos suspeitos de sarampo e rubéola investigados laboratorialmente por meio de sorologia.	Mínimo de 85% p/munic e p/ estado	85%	90%	ATINGIDO
3.2	Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningite bacteriana por meio das técnicas de cultura, contra-imunoelektroforese ou látex.	coleta e realização de exame laboratorial para confirmação dos casos de meningite bacteriana.	Análise por munic de notific; pactuam municípios que internam meningite segundo serie histórica prevendo incremento	45%	50%	ATINGIDO

3.3	Implantar aconselhamento e testagem sorológica para hepatites B e C nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).	CTA capacitados pelo PNHV com aconselhamento e testagem sorológica para hepatites B e C implantada.	Responsabilidade estadual	11	7	Há 22 CTAs implantados no Rio Grande do Sul. Desses, 07 estão realizando testagem. A mudança de fluxos de laboratório e das regras de financiamento da vigilância das hepatites virais tem prejudicado o abastecimento de kits laboratoriais, uma vez que a realização de sorologia está passando a ser atribuição da assistência (rede laboratorial paga pelo SIA) e não mais da vigilância (LACEN).
3.4	Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes.	um teste no parto na rede SUS	Mantido parâmetro proposto	100%	100%	Considera-se que esta ação um avanço por induzir a realização de testagem ao tornar a mesma obrigatória para o pagamento da AIH. Não fica garantida, entretanto, a oportunidade do diagnóstico na prevenção da transmissão vertical (o que deve ocorrer no pré-natal). Para melhor atingir esse objetivo é necessário ampliar a cobertura do SISPRENATAL (possibilitando acompanhar a testagem das gestantes nos períodos gestacionais indicados).
4. Vigilância Ambiental						
4.1	Cadastrar áreas com populações expostas ou potencialmente expostas a solo contaminado - VIGISOLO	Relatório sobre o cadastramento de áreas com populações expostas ou sob risco de exposição a solo contaminado, conforme modelo padronizado.	Responsabilidade estadual/pactuação com municípios priorizados	1	1	ATINGIDO
4.2	Realizar a Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA.	Um relatório consolidado, por semestre, contendo as ações do VIGIAGUA desenvolvidas pelos municípios para o Estado	Ação pactuada e desdobrada em cadastro, controle e monitoramento	2	2	ATINGIDO

4.2.1	Cadastrar todas as formas de abastecimento de água (SAA, SAC e SAI)	100% dos cadastros de SAA, SAC e SAI alimentados e atualizados anualmente no SISAGUA	ação de pactuação estadual	100%	98%	ATINGIDO
4.2.2	Receber dos prestadores de serviços de abastecimento de água os relatórios mensais e semestrais de controle da qualidade	Mínimo de 50% dos relatórios de controle dos SAA cadastrados alimentados no SISAGUA	ação de pactuação estadual	50%	69,2%	ATINGIDO
4.2.3	Realizar o monitoramento da Qualidade da Água para Consumo Humano conforme a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água	Mínimo de 50% do número de amostras conforme Diretriz Nacional dos parâmetros de cloro residual livre, turbidez e coliformes totais alimentadas no SISAGUA	Mun:coleta/ envio das amostras - Estado:execução exames	50%	Cloro 51%, Turbidez 57%, Coliformes 42%	A análise de coliformes em água não atingiu a meta pactuada por diversas situações de desabastecimento dos insumos laboratoriais. O LACEN enfrentou dificuldade em manter o abastecimento regular dos Laboratórios Regionais, o que deverá ser solucionado a partir da agilização do uso do recurso financeiro do FINLACEN.
4.2.4	Realizar inspeção sanitária em sistemas de abastecimento de água	Mínimo de 1 inspeção/ano por SAA cadastrado, para municípios acima de 100.000 habitantes alimentada no SISAGUA	ação de pactuação estadual	100%	40,2%	O Programa de Vigilância da Água capacitou para essa ação todos os municípios e tem conhecimento informal de que os municípios de grande porte estão realizando inspeções anuais. Entretanto, é avaliado que grande número de inspeções não estão sendo lançadas no SISAGUA.

4.2.5	Realizar a vigilância dos teores de fluoreto na água para consumo humano	Número de amostras coletadas e enviadas segundo Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água/fluoreto	Mun:coleta/ envio das amostras - Estado:execução exames	58198	52910	O Programa de Vigilância do Fluor está implantado em todos os municípios e tem registrado número crescente de amostras realizadas, registrando melhora progressiva, tendo sido alcançado 90,9% da meta proposta.
4.3	Identificar os municípios de risco para Vigilância Ambiental em Saúde relacionado à Qualidade do Ar - VIGIAR	Instrumento de Identificação dos Municípios de Risco - IIMR - para o VIGIAR, conforme modelo padronizado	responsabilidade estadual/pactuação com municípios priorizados	1	1	ATINGIDO
5. Vigilância de Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses						
5.1. Vigilância entomológica						
5.1.1.	Realizar pesquisa de triatomíneos nos municípios, conforme classificação das áreas estabelecidas na estratificação de médio e alto risco.	Municípios programados pelo Estado, conforme estratificação de média e alto risco .	Pesquisas de responsabilidade estadual, programadas para municípios estratificados por risco descentralizadas a partir de pactuação regional	41586	28.860	A meta não foi atendida por ser uma ação realizada pelas equipes estaduais das Coordenadorias Regionais de Saúde, que estiveram envolvidas com agravos inusitados no Estado, como Febre Amarela e Influenza A H1N1. Considerando que as regionais envolvidas com o controle da doença de Chagas foram as mais demandadas pela Febre Amarela, tendo sido notificado em começo de junho o último caso de epizootia confirmada por FA. Para os próximos anos a equipe está propondo uma estratégia com os municípios prioritários visando à descentralização das ações para as equipes municipais
5.1.2	Realizar vigilância de triatomíneos através de visitas a PITs	Número de visitas a PIT calculado segundo Norma Técnica Programa Chagas	Nº de visitas programadas segundo norma técnica pactuadas com todos os municípios	27360	25.406	Esta ação está descentralizada para os municípios, tendo-se atingido 92,9% do pactuado, o que pode ser considerado positivo, uma vez que as equipes municipais também estiveram envolvidas com os agravos inusitados que o Estado enfrentou no ano de 2009, como Febre Amarela.

5.1.3.	Implantar a vigilância entomológica em municípios não infestados pelo <i>Aedes aegypti</i> .	Municípios não infestados.	Retirar da PAVS - Pactuado no Pacto pela Saúde RS 2008	Retirado da PAVS		
5.1.4	Realizar ações de eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes aegypti</i> e/ou <i>Aedes albopictus</i> nos imóveis	Número de imóveis visitados seis vezes por ano nos municípios infestados.	Retirar da PAVS - Pactuado no Pacto pela Saúde RS 2008	Retirado da PAVS		
5.1.5.	Realizar vigilância entomológica de flebotomíneos em áreas com transmissão das leishmanioses, conforme classificação epidemiológica.	Municípios programados pela SES, conforme classificação epidemiológica.	responsabilidade estadual/pactuação com municípios prioritizados (2 com circulação)	12	32	ATINGIDO
5.1.6	Realizar vigilância entomológica de Simulídeos nas áreas dos municípios vinculados ao Programa Estadual (lista em Anexo I), a partir do registro de	Fichas de "Ataque de Simulídeo" preenchidas em visitas a domicílios, segundo o critério de estratificação de imóveis definido em Norma Técnica.	Nº casos registrados em visitas a domicílios em áreas de ocorrência de ataques	Nº casos registrados	4649	A proposta de programação de duas ações para o Programa de Controle do Simulídeo no RS se baseou no crescente número de municípios que vem solicitando apoio técnico para a realização do controle do inseto, devido ao incômodo, desenvolvimento de reações alérgicas e infecções resultantes de suas picadas (vide o grande número de notificações - 4649 em 2008 e 2009).A dificuldade de financiamento, uma vez que está impossibilitado o uso de recursos da Vigilância em Saúde, tem prejudicado parcialmente a adesão dos municípios às normas do Programa.Apesar disto, a pactuação

	ataques do inseto.					
5.1.7	Realizar controle de simulídeos de acordo com o Protocolo Técnico do Programa Estadual.	Projeto de Vigilância e Controle de Simulídeos elaborado pelos municípios vinculados ao Programa Estadual	Projeto Elaborado	1	49	constituiu um avanço, possibilitando que 150 municípios permaneçam executando ações de controle sistematicamente e 49 municípios tenham apresentado Projetos adequados aos Protocolos Técnicos.
5.2. Vigilância de hospedeiros e reservatórios						
5.2.1.	Realizar sorologia de material coletado em carnívoros e roedores para detecção de circulação de peste em áreas focais.	Número de sorologia realizada de carnívoros e roedores resistentes.	Não se aplica ao RS	Não se aplica ao RS		
5.2.2.	Realizar pesquisa malacológica em municípios com coleções hídras de importância epidemiológica para esquistossomose	Município endêmico com coleção hídrica de importância epidemiológica para esquistossomose	Pactuação exclusiva para município da área focal	7	7	ATINGIDO
5.2.3	Realizar exame laboratorial para vigilância de raiva canina	0,2% da população canina estimada para o município, com um número mínimo de 6	pactuação estadual desde 2005	5011	3653	Por ser um agravo há muitos anos controlado no Estado considera-se o resultado razoável. Soma-se a este o problema enfrentado nos canis municipais pela recente legislação Estadual que não permite a eutanásia de cães e gatos (utilizada para monitoramento da raiva canina), o que,

		amostras				num primeiro momento, tem deixado as equipes municipais com dificuldades operacionais.
5.3. Controle vetorial						
5.3.1.	Realizar borrição em domicílios para controle de triatomíneos	Domicílios positivos	Responsabilidade estadual	822	451	Tem sido difícil atingir este indicador, pois ele é calculado a partir da série histórica do Programa. Como tem diminuído consideravelmente a população de triatomíneos no Estado, torna-se cada vez menor a necessidade de borrição em domicílios. Sugerimos sua retirada, pois demonstra muito pouco as atividades realizadas pelo Programa.
5.4. Imunização de reservatórios						
5.4.1.	Vacinar a população canina na Campanha de Vacinação anti-rábica.	População canina estimada por UF, 2007	Não se aplica ao RS	Não se aplica ao RS	Não se aplica ao RS	
5.4.2	Realizar bloqueio com vacinação anti-rábica canina e felina(VARC) em caso de raiva animal, conforme protocolo técnico.	100% dos focos de raiva animal com vacinação de bloqueio realizada	O RS tem registrado anualmente focos de raiva animal, especialmente bovina e transmitida por morcegos.	100%	83%	Ao longo dos anos o Programa da Raiva tem implementando e capacitado os municípios para a realização de bloqueios vacinais, porém persiste a grande dificuldade da constituição de equipes nos municípios. Mesmo assim considera-se satisfatórios os valores atingidos pois demonstram que a vigilância da doença continua ativa, apesar de não haver registro de casos humanos no Estado há vários anos.
6. Controle de doenças						
6.1.	Realizar exames coproscópicos para controle de esquistossomose em áreas endêmicas.	Número de exames realizados	Nº exames programados segundo norma técnica. Somente município focal	1500	1108	As áreas definidas para a realização do Inquérito Parasitológico de Fezes em humanos, foram delimitadas a partir das coletas malacológicas onde se identificou caramujo infectado. Trata-se de uma área de baixa prevalência, relacionada à atividade de lazer (pesca). Alguns moradores desta região no decorrer do ano 2009 mudaram-se, diminuindo relativamente o número de exames e também a exposição dos mesmos aos focos.

6.2	Realizar tratamentos coletivos para filariose linfática de comunidades de áreas endêmicas	Número de tratamentos programados	Não se aplica ao RS	Não se aplica ao RS	Não se aplica ao RS	
6.3	Realizar exames oculares externo em escolares para detecção de portadores da infecção tracomatosa em áreas endêmicas	Exame ocular externo realizado em escolares (de 1o ao 5o ano do ensino fundamental da rede pública), tendo como linha de base os dados do inquérito epidemiológico do tracoma OU dados mais recentes do município.	100% dos escolares nos municípios priorizados (Anexo 2). Responsabilidade estadual	nº exames	Não foram realizadas ações na área do tracoma em 2009	Foram programadas várias ações para detecção de portadores de infecção tracomatosa em 2009, porém, pela ocorrência de emergências epidemiológicas no Estado como febre amarela e influenza A H1N1, as ações foram canceladas, devendo ser reprogramadas para 2010.
6.4	Realizar tratamento dos casos de leishmanios e tegumentar americana (LTA) e leishmanios e visceral (LV), de acordo com o protocolo clínico.	Casos de LTA tratados/curados Casos de LV tratados/curados	O RS registra somente casos de LTA.	100%	Tratados: 93,8% Curados LTA: 55,6% Curados LV: 71,4%	Todos os casos diagnosticados receberam tratamento, exceto 01 caso de LV que procurou atendimento já em fase terminal, tendo sido o único óbito pela doença no Estado. O percentual de cura real é mais alto do que o registrado no SINAN (onde consta um segundo óbito, já descartado, que ainda não foi retirado do Sistema por problemas no fluxo de retorno e casos de LTA sem registro de evolução).
6.5	Avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos novos de hanseníase	Casos novos de hanseníase com grau de incapacidade I ou II avaliados	75% dos casos novos avaliados	100%	94%	O PNCH/SVS/MS esteve assessorando o Rio Grande do Sul no mês de abril de 2010 e constatou que realmente o SINAN está com problemas para a atualização dos dados. Sendo assim, altas e atualizações em contatos examinados e qualquer outra avaliação ficam prejudicados. Isto acaba por impactar negativamente nos indicadores da hanseníase. Acrescenta-se, ainda, a

						dificuldade de se trabalhar uma doença que está em eliminação como problema de Saúde Pública no Estado (coeficiente de detecção <1caso/10.000 hab.)
6.6	Avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos curados de hanseníase	Casos curados de hanseníase com grau de incapacidade I ou II avaliados	75% dos casos curados avaliados	75%	76%	ATINGIDO
6.7	Examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase, de acordo com as normas preconizadas.	contatos intradomiciliares examinados	mais de 80% dos contatos examinados	>80%	69%	As dificuldades em avaliar corretamente esta meta estão também ligadas a problemas do Sistema de Informação, já descritas na ação 6.5.
7. Imunizações						
7.1. Vacinação						
7.1.1.	Vacinar crianças < de cinco anos na campanha anual (em duas etapas) contra poliomielite	95 % de crianças < de cinco anos vacinadas em cada etapa da campanha	A população para cálculo da meta corresponderá ao último dado disponível no SINASC estadual	95%	1ª ETAPA - 97,83% 2ª ETAPA - 96,59%	ATINGIDO
7.1.2	Vacinar idosos na faixa etária >=60 anos na campanha anual contra a influenza	80% de idosos de 60 anos e mais vacinados	Mantida parâmetro proposto	80%	73,83%	No ano de 2009, foi feito um novo cálculo da estimativa populacional de pessoas com 60 e mais anos de idade, acarretando um acréscimo de aproximadamente 30%. Para muitos municípios do RS tal acréscimo não correspondeu à realidade, ocasionando o não alcance da meta sob o ponto de vista administrativo, repercutindo também para o Estado.

7.1.3	Vacinar contra rubéola na faixa etária de 12 a 39 anos de idade nos estados de MA, RN, MG, MT e RJ na faixa etária de 20 a 39 anos para as demais UF	95% de adolescentes e adultos vacinados	Mantida parâmetro proposto	95%	88,81%	A Campanha de vacinação contra rubéola em adultos jovens (20 a 39 anos) apresentou dificuldades para o alcance de metas, por tratar-se de uma faixa etária que normalmente não procura os serviços de saúde para vacinação. Várias estratégias extra-muros foram desenvolvidas, tais como a busca da população em locais de trabalho e estudo e abertura de postos de vacina no 3º turno.
7.1.4	Vacinar a população de 1 ano de idade contra sarampo, rubéola e caxumba (vacina tríplice viral).	95% das crianças de 1 ano de idade vacinadas contra sarampo, rubéola e caxumba	A população para cálculo da meta corresponder á ao último dado disponível no SINASC estadual	95%	94,23%	PRATICAMENTE ATINGIDO - Considera-se que, além da queda persistente da natalidade que repercute, especialmente nos pequenos municípios, em suas coberturas vacinais, outros fatores influenciam no não alcance da meta entre os quais: problemas operacionais nas equipes sob gestão municipal (insuficiência e rotatividade de equipes), baixa cobertura de PSF no Estado, dificuldades no desenvolvimento de estratégias de busca de faltosos, erros de registro. Além disso, o SI-API não permite avaliar as dose aplicadas por município de residência, não captando a mobilidade da população.
7.1.5	Vacinar a população de 1 ano a 19 anos com a vacina contra hepatite B.	95% das pessoas vacinadas na faixa etária de 1 a 19 anos de idade	95% da população não vacinada a partir da análise da série histórica	90%	76,66%	O percentual reflete as dificuldades de vacinar escolares e adolescentes. Nesse sentido, o Rio Grande do Sul está empenhado em vacinar seletivamente a população de adolescentes e adultos jovens, através de estratégias diferenciadas de vacinação, entre as quais salientam-se ações conjuntas com a Secretaria da Educação e Secretarias Municipais de Saúde. Da mesma forma, parcerias estão sendo estabelecidas objetivado vacinar pessoas com maior risco de contrair a doença, como por exemplo: manicures, pedicures, podólogos, Brigada Militar.
7.2. Vigilância de eventos adversos pós-vacinação						
7.2.1.	Investigar os eventos adversos graves pós-	Número de casos de eventos adversos	Mantida parâmetro proposto	100%	100%	ATINGIDO

	vacinação.	graves pós-vacinação notificados e investigados.				
8. Monitorização de agravos de relevância epidemiológica						
8.1	Implementar a vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis	Projetos de intervenção existentes sobre os fatores de riscos de doenças e agravos não transmissíveis conforme as ações prioritárias da Política Nacional de Promoção da Saúde	Propõe-se pelo menos 01 projeto apresentado por municípios com mais de 100 000 hab	1	1	Os dezessete municípios com mais de 100.000 hab desenvolvem atualmente mais de projeto de DANTs.
8.2	Implantar e/ou implementar núcleos das DANTs	Núcleo de Vigilância de DANTs implantado em todos os municípios do Estado	Municípios com Núcleo de Vigilância das DANTs implantados	100%	100%	Todos os municípios do Rio grande do Sul possuem estruturas que trabalham com projetos de DANTs, em estagios diferentes de implantação/implementação.
9. Divulgação de informações epidemiológicas						
9.1.	Elaborar informes epidemiológicos	publicações por ano, com dados de doenças de notificação compulsória, óbitos e nascidos vivos e com análise da situação epidemiológica de agravos relevantes.	Atividade obrigatória para municípios com mais de 100 000 hab ou habilitados ao VIGISUS II, opcional para os demais.	2	4	ATINGIDO
10. Alimentação e Manutenção de Sistemas de Informação						

10.1	Intensificar a coleta das declarações de óbito - DO nos municípios.	Aumentar a coleta de declaração de óbito nos municípios classificados como tendo grandes deficiências na cobertura do SIM: CGM menor que 4,4 óbitos por 1.000 habitantes em municípios com população inferior a 50.000 hab. e menor que 5,3 óbitos por 1.000 h	Manter proposta da Estratégia 7 do NIS de intensificação da vigilância de óbitos. Proposta: captação de 100% dos óbitos	100%	76.052 D.O. (preliminar)	ATINGIDO
10.2	Realizar coleta da Declaração de Nascidos Vivos - DN.	Número de nascidos vivos captados pelo Sinasc no ano, com base na aplicação de técnicas demográficas específicas, conforme o instrutivo.	Parâmetro proposto pelo NIS: manter estrutura de busca ativa de documentos	100%	131.128 DN (preliminar)	ATINGIDO
10.3	Garantir o envio de dados do SIM com regularidade	óbitos transferidos por UF, via sisnet, 60 dias após o mês de ocorrência	Cronograma implantado pelo NIS	cumprir cronograma NIS	100%	ATINGIDO
10.4	Realizar envio regular de banco de dados do API	Remessa mensal regular dos bancos de dados estaduais de vacinação de rotina e Remessa dos	Mantida parâmetro proposto	15	15	ATINGIDO

		bancos de dados estaduais de vacinação de campanhas, no prazo de até 02 meses da data da				
10.5	Realizar envio regular de dados do SINAN.	remessas regulares do banco de dados .	Mantida parâmetro proposto	52	52	ATINGIDO
11.Monitoramento da Ações de Vigilância em saúde						
11.1	Monitorar a PAVS	monitoramento realizado	Estado: 1 supervisão/a no/mun - Município: estruturar monitoramento	Estado: 496 supervisões/ Município: monitoramento estruturado	100%	Pelo menos uma vez ao ano cada município discute e avalia ações e metas pactuadas/programadas com a respectiva CRS. Esse processo subsidia a programação para o ano seguinte e, a partir dele, a CRS elabora Parecer. Está previsto para 2010/2011 o aprimoramento desse monitoramento, com maior sistematização (padronização de Roteiro de Supervisão) e periodicidade (a partir da identificação de características/necessidades específicas dos municípios).
12. Procedimentos de Vigilância Sanitária						
12.1	Elaborar plano de ação em Vigilância Sanitária	Plano de Ação concluído e submetido ao CMS até out 2008	CIB 250/07	1	1	ATINGIDO
12.2	Executar plano de ação em Vigilância Sanitária	Plano de ação em Vigilância Sanitária em execução.	CIB 250/08	1	1	ATINGIDO
12.3	Implantar e implementar o Sistema Nacional de Informação de Vigilância Sanitária	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária implantado	responsabilidade estadual	responsabilidade estadual	Não realizado	Não implementado (Anexo 1)
12.4	Inspeção em estabelecimentos priorizados no Pacto pela Saúde					
12.4.1	Inspeccionar os serviços de diagnóstico e tratamento do Câncer de Colo de Útero e de Mama.					

12.4.1a	Inspeccionar SERVIÇOS DE MEDICINA NUCLEAR E RADIOTERAPIA .	Inspeção em estabelecimento cadastrado e com plano e cronograma de adequação assinado para estabelecimentos não conformes com legislação sanitária vigente	Atribuições estadual/municipal definidas na pactuação da Res CIB 250	100%	75%	De 24 estabelecimentos, 18 inspecionados (ver Anexo 1)
12.4.1b	Inspeccionar SERVIÇOS DE QUIMIOTERAPIA .	Inspeção em estabelecimento cadastrado e com plano e cronograma de adequação assinado para estabelecimentos não conformes com legislação sanitária vigente	Atribuições estadual/municipal definidas na pactuação da Res CIB 251	100%	72%	De 57 estabelecimentos 41 inspecionados(ver Anexo 1)
12.4.1c	Inspeccionar LABORATÓRIOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLÓGICA .	Inspeção em estabelecimento cadastrado e com plano e cronograma de adequação assinado para estabelecimentos não conformes com legislação sanitária vigente	Atribuições estadual/municipal definidas na pactuação da Res CIB 252	100%	62%	De 649 estabelecimentos 401 inspecionados (ver Anexo 1)
12.4.1a	Inspeccionar SERVIÇOS MAMOGRAFIA.	Inspeção em estabelecimento cadastrado e com plano e cronograma	Atribuições estadual/municipal definidas na pactuação da Res CIB 253	100%	85%	De 124 estabelecimentos 106 inspecionados (não estão computados os dados de POA)(ver Anexo 1)

		de adequação assinado para estabelecimentos não conformes com legislação sanitária vigente				
12.4.2	Inspeccionar os serviços hospitalares (Maternidade e UTI Neonatal)	Inspeção em estabelecimento cadastrado e com plano e cronograma de adequação assinado para estabelecimentos não conformes com legislação sanitária vigente	Atribuições estadual/municipal definidas na pactuação da Res CIB 254	100%	82%	De 369 estabelecimentos 302 inspecionados (ver Anexo 1).
12.4.3	Inspeccionar os serviços de hemoterapia, diálise e nefrologia.					
12.4.3a	Proporção de serviços de - HEMOTERAPIA - inspecionados.	Inspeção em estabelecimento cadastrado e com plano e cronograma de adequação assinado para estabelecimentos não conformes com legislação sanitária vigente	Atribuições estadual/municipal definidas na pactuação da Res CIB 254	100%	35%	295 ESTAB. 102 INSP.(ver Anexo 1)
12.4.3b	Proporção de serviços de DIÁLISE E NEFROLOGIA - inspecionados.	Inspeção em estabelecimento cadastrado e com plano e cronograma de adequação assinado para estabelecimentos não	Atribuições estadual/municipal definidas na pactuação da Res CIB 255	100%	87%	76 ESTAB. 66 INSP(ver Anexo 1)

		conformes com legislação sanitária vigente				
12.4.4	Inspeccionar os serviços de alimentação	Inspeção em estabelecimento cadastrado e com plano e cronograma de adequação assinado para estabelecimentos não conformes com legislação sanitária vigente	mun >100000 - 100% dos estabelecimentos novos,alvo de denúncias e com surtos; 20% dos demais est-<100000 - min 70% considerando porte e série hist	70%	Inspeções descentralizadas/Sem informação	(ver Anexo 1)
	* média dos casos notificados nos últimos 03 anos					
	* média dos casos notificados nos últimos 04 anos					

Resumo do cumprimento da programação

	DVAS	DVE	DVST	DVS	DAT/NAG	DST/AIDS	SIM	Total
Nº de ações programadas por área	18	19	3	11	2	2	3	58
Ações com execução completa da programação	9	9	0	2	2	2	3	27
Percentual de cumprimento da programação	50%	47,40%	0	18,20%	100%	100%	100%	46,6%

Resumo do cumprimento de metas nos indicadores do Pacto pela Saúde

	DVAS	DVE	DVST	DVS	Total
Nº de indicadores por área	2	16	2	1	21
Metas alcançadas	0	8	1	0	9
Percentual de alcance de metas	0%	50,0%	50,0%	0%	42,9%

Ações propostas pela ses/cevs para inclusão na PAVS 2008/2009

	Atingida	Não Atingida
1.Dengue/Aedes aegypti (inclusão PACTO)		X
2.Investigação Óbito relacionado ao trabalho		X
3.Vigilância do Fluor		X
4.PITs		X
5.Simulídeos	X	

Análises e Comentários

Ações Programadas de Vigilância Sanitária

A área de Vigilância Sanitária tem enfrentado várias dificuldades, especialmente pela insuficiência de recursos humanos em todos os níveis: municipal, regional e estadual.

Contribui para essa dificuldade em estruturar quadros o fato de que profissionais de vigilância sanitária, com função fiscal, devem ser preferencialmente estáveis e capacitados para procedimentos de inspeção às vezes de alta complexidade.

A questão de recursos humanos, portanto, é central também na discussão da descentralização desse setor e explica, em grande parte, que um pequeno número de municípios tenha pactuado ações de média/alta complexidade, gerando a necessidade de execução de um número significativo de inspeções pela equipes estaduais do CEVS e CRS. Os mesmos profissionais (às vezes um único) são responsáveis por ações em distintos ramos de atividades como radiações, hospitais, diálises, banco de sangue. Essas inspeções de maior complexidade (que incluem não só áreas físicas, como procedimentos) também demandam maior tempo para sua realização (chegando a mais de 05 dias por estabelecimento).

No ano de 2009, as dificuldades relativas a recursos humanos foram intensificadas com a ocorrência da epidemia de Influenza A H1N1 que mobilizou o corpo técnico de Municípios e da SES levando, inclusive à suspensão temporária de atividades, em especial as que envolviam deslocamentos.

Aos fatos acima descritos, soma-se a dificuldade em monitorar as ações executadas devido à inexistência de um Sistema de Informações adequado. O Estado havia optado pela implantação do SINAVISA, que estava sendo progressivamente realizada (em 2009, 30 municípios estavam capacitados para operar o sistema).

O Ministério da Saúde/ANVISA, entretanto, a partir de discussões tripartites que visaram à adaptação da programação da área de vigilância ao Pacto, tendo em vista as dificuldades de implantação do SINAVISA, está buscando outras alternativas. Assim sendo, a Vigilância Sanitária do Rio Grande do Sul, no aguardo dessa mudança, mantém-se utilizando o Sistema ALI, que abrange as atividades executadas em nível estadual .

Uma das conseqüências dessa falta de um Sistema de Informações capaz de responder ao processo descentralização da Vigilância Sanitária é a dificuldade de consolidar, em nível central/estadual o monitoramento de ações já plenamente descentralizadas (consideradas de baixa complexidade) como as inspeções de Serviços de Alimentação.

Os vários problemas até aqui elencados, em especial quanto a recursos humanos, tornam no momento inviável executar inspeções em 100% dos estabelecimentos das diferentes categorias. A execução das ações, portanto, muitas vezes leva em conta critério de risco para priorizar estabelecimentos a serem inspecionados.

Os serviços de hemoterapia (SH), por exemplo, podem ser classificados, segundo grau decrescente de complexidade em:

- hemocentros Coordenador e/ou Regional;
- central de Triagem Laboratorial de Doadores;
- núcleos de Hemoterapia (NH);
- unidades de Coleta e Transfusão (UCT);
- agências Transfusionais.

Portanto, frente às dificuldades operacionais, foram priorizados para inspeção os Serviços de Hemoterapia de maior complexidade e/ou com problemas, tendo sido inspecionados todos os de maior complexidade (Hemocentro Coordenador e Centro de Triagem Laboratorial de Doadores).

Há ainda outros meios de acompanhamento das atividades da área do sangue.

Os hemocentros são controlados pela Coordenação dos Hemocentros/FEPPS. Além disso, a Câmara Técnica de Sangue, outros Tecidos, Células e Órgãos - CATESTO/RS elabora o Plano Diretor da área para o RS e faz o acompanhamento de todas as atividades da mesma.

Além disso, o Núcleo de Vigilância em Produtos/Sangue outros Tecidos, Células e Órgãos (NVP-Sangue) – DVS – CEVS detém o controle informatizado de doadores e receptores do RS, implantado há várias décadas, e constando de Relação de Doadores Impedidos e do controle das transfusões.