

Secretaria Estadual de Saúde - RIO GRANDE DO SUL

CNPJ: 87.958.625/0001-49

AV BORGES DE MEDEIROS, 1501

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 2014

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO

1.1 Secretário(a) de Saúde em Exercício

Secretário em Exercício

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

Secretário de Saúde Referente ao Ano do Relatório de Gestão

Nome: SANDRA MARIA SALES FAGUNDES Data da Posse: 15/12/2014

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

1.2 Informações do Fundo Estadual de Saúde

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

1.3 Informações do Conselho de Saúde

Instrumento legal de criação do CES Tipo Lei - 10097
Nome do Presidente do CES CÉLIA MACHADO GERVASIO CHAVES
Data 31/01/1994
Segmento trabalhador
Data da última eleição do Conselho 27/11/2014
Telefone 32885950
E-mail ces@saude.rs.gov.br

1.4 Conferência de Saúde

Data da última Conferência de Saúde 09/2011

1.5 Plano de Saúde

A Secretaria de Saúde tem Plano de saúde referente ao ano do relatório de gestão? Sim
Vigência do Plano de Saúde De 2012 a 2015
Situação Aprovado
Aprovação no Conselho de Saúde Resolução nº 3 Em 01/10/2013

ARQUIVOS ANEXOS

Documento
PES.doc
CES_Resolucao_03 2013.pdf

A Secretaria de Saúde tem programação anual de saúde referente ao ano do relatório de gestão? Não

A Secretaria de Saúde tem programação anual de saúde referente ao ano de 2014? Não

1.6 Plano de Carreira, Cargos e Salários

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

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

1.7 Informações sobre Regionalização

Regiões de Saúde Existentes no Estado: 19

1.8 Introdução - Considerações Iniciais

A Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul apresenta o Relatório Anual de Gestão 2014 tendo como eixo norteador o Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Este instrumento apresenta a análise dos indicadores pactuados no ano de 2014 (em anexo), as informações de demografia e dados de morbi-mortalidade, a rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS, os profissionais do SUS, a Programação Anual de Saúde (arquivo em anexo), o demonstrativo de utilização dos recursos e indicadores financeiros, os demonstrativos orçamentários, a oferta e produção de serviços e, por fim, a análise e considerações gerais sobre o relatório.

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

É importante destacar que o Rio Grande do Sul possui 30 Regiões de Saúde instituídas pela Resolução CIB nº 555, de 13 de setembro de 2012 (informação esta que deverá ser alterada no SargSUS) e 19 Coordenadorias Regionais de Saúde que desempenham a função de coordenação político-administrativa da saúde em cada uma das Regiões. Ressalta-se que em 2014 houve a alteração na configuração das Regiões de Saúde 15, 17 e 20, conforme a Resolução CIB nº 409. As Coordenadorias são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde cooperando técnica e operacionalmente com os gestores municipais e prestadores de serviços. Participam das Comissões Intergestores Regionais (CIR), realizando trabalho conjunto com outras coordenadorias para a organização das redes temáticas de atenção à saúde, oferecendo apoio institucional aos municípios, tendo em vista a articulação e proposição de ações que tenham como foco o planejamento regional, realizado de forma ascendente.

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

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

http://www.saude.rs.gov.br/lista/597/Plano_Estadual_de_Sa%C3%BAde. Não foi possível anexar no lugar determinado porque o arquivo excede o tamanho limite permitido, mesmo tentando dividi-lo em arquivos menores.

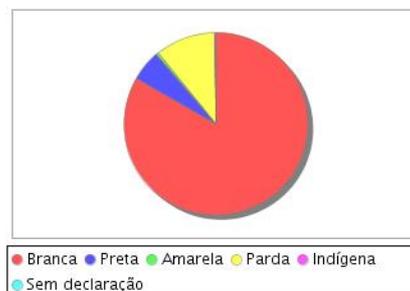
2. DEMOGRAFIA E DADOS DE MORBI-MORTALIDADE

2.1. POPULAÇÃO ESTIMADA DO ANO 2014

11.207.274

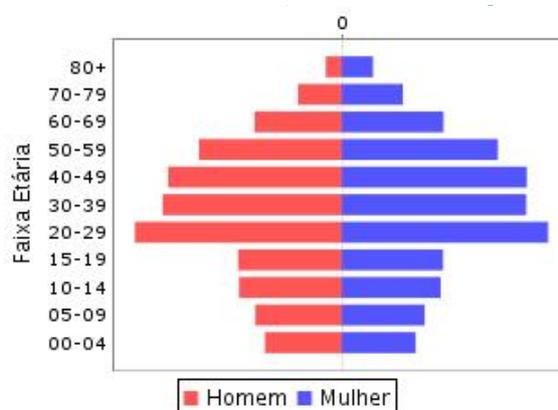
População do último Censo (ano 2012)	Qte	%
Total	10.770.603	100,00%

População do último Censo (ano 2010)	Qte	%
Branca	8.900.007	84,00%
Preta	595.123	5,31%
Amarela	35.682	0,32%
Parda	1.130.043	10,08%
Indígena	32.989	0,29%
Sem declaração	85	0,00%



2.1.1. POPULAÇÃO - SEXO E FAIXA ETÁRIA

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
00-04	330.163	318.750	648.913
05-09	371.730	357.290	729.020
10-14	441.770	426.105	867.875
15-19	445.571	436.395	881.966
20-29	890.398	888.725	1.779.123
30-39	770.943	794.575	1.565.518
40-49	747.157	796.790	1.543.947
50-59	613.949	672.335	1.286.284
60-69	375.073	438.316	813.389
70-79	187.820	263.777	451.597
80+	68.084	134.887	0
Total	5.242.658	5.527.945	10.567.63



Análise e considerações do Gestor sobre Dados Demográficos

Os dados populacionais do RS, do censo de 2010, refletem a predominância bastante expressiva da população branca de 84% comparada com a segunda que é a parda de 10,08% e seguida da preta de apenas 5,31%. As populações amarela (0,32%) e indígena (0,29%) representam menos de 1% da população.

A pirâmide populacional é representada por sexo e faixa etária. O Estado concentra percentual menor de pessoas abaixo de 20 anos de idade, mas ainda superior a população de mais de 80 anos de idade, comparada a faixa etária de 20 a 59 anos de idade que concentra o maior número de pessoas.

Quanto ao sexo, na população total do estado, as mulheres representam 51,32%, uma pequena predominância populacional ao comparar-se com a dos homens de 48,68%. Ao analisar-se por faixa etária, a população masculina até os 29 anos de idade é superior a feminina. A partir dos 30 anos de idade a proporção inverte-se e a predominância recai na população feminina e mais acentuadamente após os 70 anos de idade.

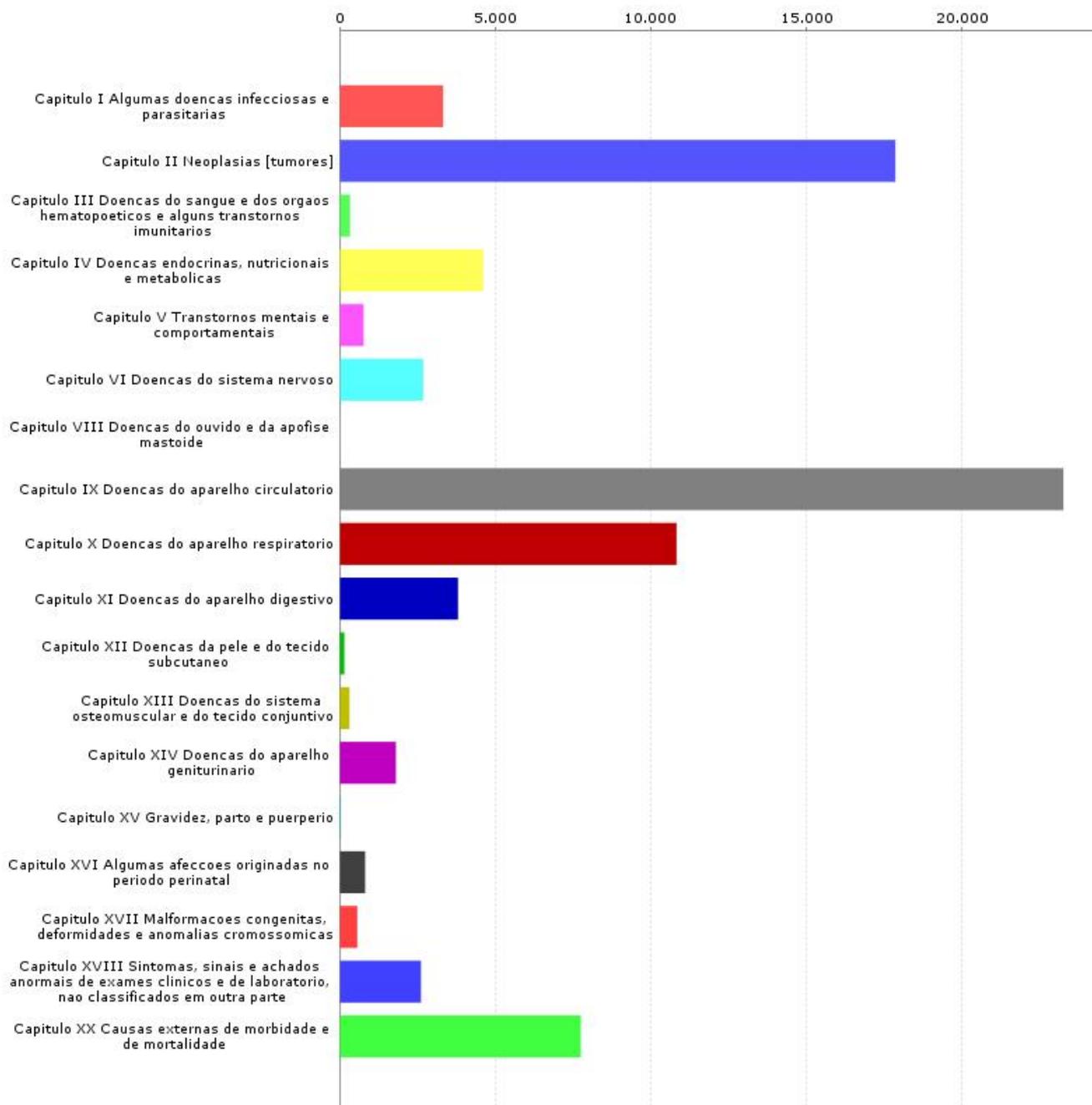
2.3 MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS, FAIXA ETÁRIA E POR RESIDÊNCIA (Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM - 2013)

Última atualização: 27/03/2015 16:29:27

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	48	27	17	9	20	189	478	630	576	449	397
Capítulo II Neoplasias (tumores)	4	29	25	38	55	140	386	1.234	3.230	4.571	4.660
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	6	8	3	3	6	16	17	20	36	47	74
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	10	4	3	5	8	32	82	173	540	1.015	1.222
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	2	0	23	54	123	189	133	92
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	12	27	20	31	33	57	60	87	126	219	551
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	7	5	4	7	29	90	267	938	2.497	4.208	6.164
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	68	27	11	10	31	77	139	343	868	1.786	2.829
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	9	5	1	3	7	39	101	357	681	801	846
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	3	7	20	30	38
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0	0	1	2	10	16	20	53	71	71
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	2	0	0	1	5	19	39	47	147	250	422

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	1	2	16	25	4	0	0	0
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	813	6	3	1	2	1	1	0	1	0	0
Capítulo XVII Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas	390	37	8	13	14	23	13	22	30	11	8
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	48	10	4	10	17	72	132	303	559	656	784
Capítulo XX Causas externas de morbilidade e de mortalidade	78	57	43	81	647	1.755	1.307	1.061	910	622	509
Total	1.495	242	143	216	879	2.559	3.120	5.369	10.464	14.869	18.668

Internações por Capítulo CID-10	80	Idade ignorada	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	495	0	3.335
Capítulo II Neoplasias [tumores]	3.484	2	17.858
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	108	0	344
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1.523	2	4.619
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	164	0	780
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	1.468	1	2.692
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	2	0	6
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	9.036	3	23.255
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	4.636	5	10.830
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	958	4	3.812
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	64	0	162
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	83	0	327
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	884	1	1.817
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	48
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	0	0	828
Capítulo XVII Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas	7	0	576
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	26	2.621
Capítulo XX Causas externas de morbilidade e de mortalidade	645	41	7.756
Total	24.869	85	82.978



Análise e considerações sobre Mortalidade

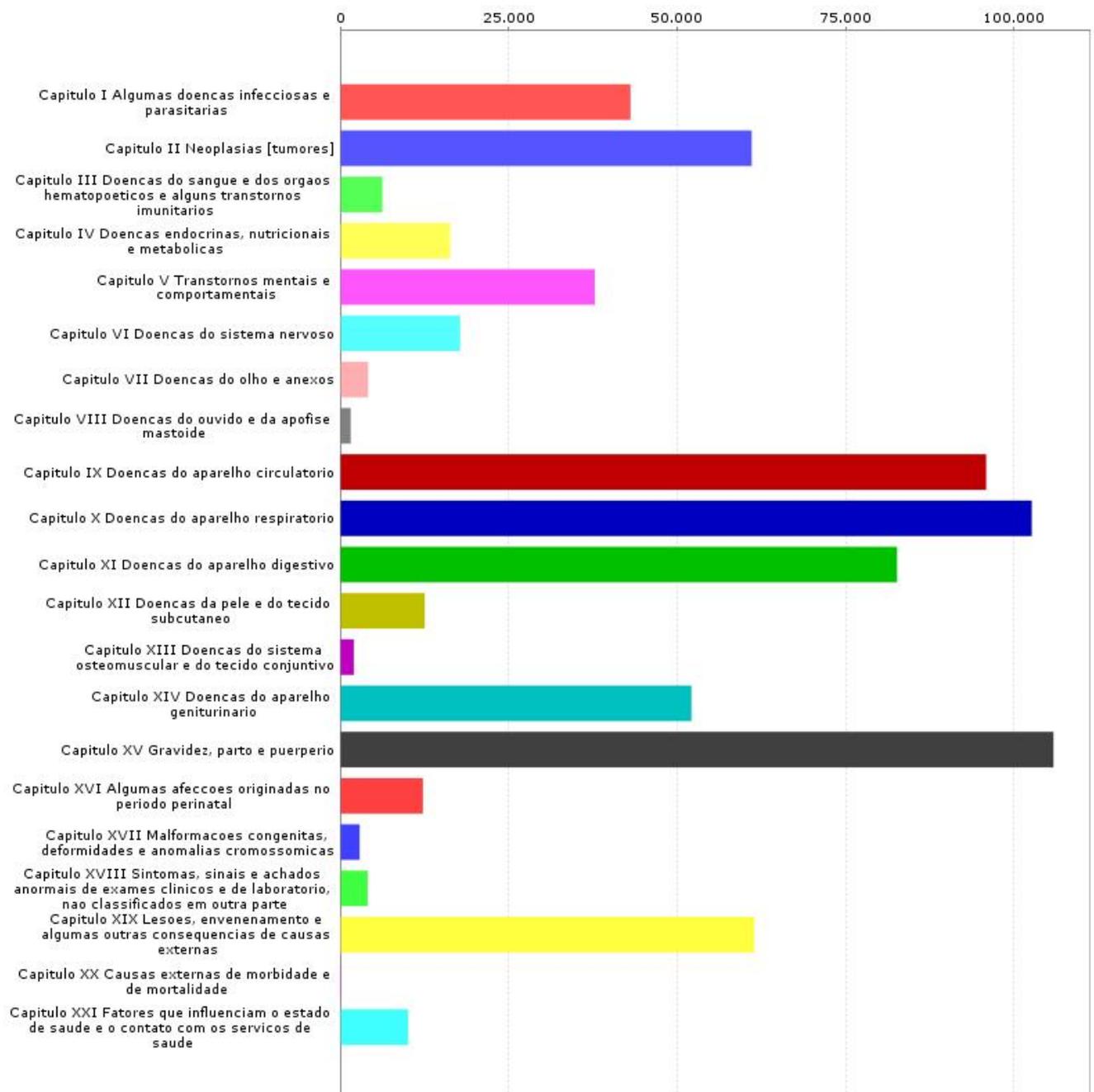
A tabela apresenta a mortalidade absoluta, por faixa etária e por Grupos de Causas, no Rio Grande do Sul, em 2013. A mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório apresenta a maior frequência, com 28,0% do total de óbitos neste ano. Em segundo lugar aparece a mortalidade por Neoplasias que representou 21,5%, seguido da mortalidade por Doenças Respiratórias, 13,05% e pelas Causas Externas, 9,4%.

Na faixa etária de menores de 1 ano, a maioria dos óbitos ocorrem pelas Afecções Originadas no Período Perinatal, 54,4% e 26,1% ocorrem por Malformações Congênitas. A partir de 1 ano de idade até os 39 anos, as Causas Externas são as que mais matam os gaúchos, chegando a atingir 54,3% da mortalidade total desta faixa etária. Na faixa etária dos 40 aos 69 anos 29,4% dos óbitos ocorrem pelas Neoplasias seguido logo após pelas Doenças do Aparelho Circulatório 24,9%. A partir dos 70 anos de vida as Doenças do Aparelho Circulatório passam a ser o primeiro lugar, atingindo um percentual de 34,9%.

2.4. MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS E FAIXA ETÁRIA (Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez - 2014)

Internações por Capítulo CID-10	null												
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4.468	3.740	1.934	1.167	1.304	2.978	4.251	4.747	5.019	4.914	4.530	4.055	43.107

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Total
Capítulo II Neoplasias [tumores]	179	812	645	902	1.036	2.370	4.464	9.491	13.830	14.411	9.498	3.452	61.090
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	221	380	189	205	212	344	444	578	649	979	1.016	1.066	6.283
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	431	456	295	295	307	601	1.074	1.577	2.863	3.397	2.866	2.199	16.361
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	2	26	64	680	2.717	7.996	9.073	8.180	6.068	2.158	652	179	37.795
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	694	989	666	483	468	1.079	1.646	2.577	3.136	2.556	2.118	1.418	17.830
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	36	39	52	42	63	156	161	244	603	1.185	1.172	402	4.155
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	101	292	266	170	88	99	118	145	174	86	31	11	1.581
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	147	152	183	254	502	1.936	4.720	10.782	19.880	24.220	20.429	12.670	95.875
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	13.203	12.770	5.621	2.404	1.968	3.407	4.015	5.419	9.996	14.027	15.820	13.990	102.640
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	1.547	2.185	2.422	2.716	3.389	7.743	9.915	12.770	15.264	12.922	8.052	3.735	82.660
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	319	746	541	542	724	1.429	1.411	1.625	2.025	1.664	999	542	12.567
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	44	172	222	408	612	0	0	0	0	0	0	578	2.036
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	679	881	942	1.052	3.075	6.338	6.855	7.480	7.583	7.706	5.914	3.632	52.137
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	6	1	0	1.044	21.848	51.829	27.609	3.493	23	6	1	3	105.863
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	11.984	43	6	2	49	103	67	15	7	8	8	7	12.299
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0	0	638	543	334	344	226	214	256	201	116	39	2.911
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	131	159	194	254	385	695	765	0	0	0	954	561	4.098
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	428	1.635	2.183	2.360	4.230	10.409	8.837	8.157	8.363	6.170	4.737	3.968	61.477
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	3	4	5	5	27	38	23	21	32	14	4	4	180
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	223	318	291	271	317	1.792	2.820	1.480	1.087	798	531	195	10.123
Total	36.104	26.813	17.359	15.799	43.655	103.421	90.767	83.427	102.483	102.136	81.262	52.706	755.932
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4.468	3.740	1.934	1.167	1.304	2.978	4.251	4.747	5.019	4.914	4.530	4.055	43.107
Capítulo II Neoplasias [tumores]	179	812	645	902	1.036	2.370	4.464	9.491	13.830	14.411	9.498	3.452	61.090
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	221	380	189	205	212	344	444	578	649	979	1.016	1.066	6.283
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	431	456	295	295	307	601	1.074	1.577	2.863	3.397	2.866	2.199	16.361
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	2	26	64	680	2.717	7.996	9.073	8.180	6.068	2.158	652	179	37.795
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	694	989	666	483	468	1.079	1.646	2.577	3.136	2.556	2.118	1.418	17.830
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	36	39	52	42	63	156	161	244	603	1.185	1.172	402	4.155
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	101	292	266	170	88	99	118	145	174	86	31	11	1.581
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	147	152	183	254	502	1.936	4.720	10.782	19.880	24.220	20.429	12.670	95.875
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	13.203	12.770	5.621	2.404	1.968	3.407	4.015	5.419	9.996	14.027	15.820	13.990	102.640
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	1.547	2.185	2.422	2.716	3.389	7.743	9.915	12.770	15.264	12.922	8.052	3.735	82.660
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	319	746	541	542	724	1.429	1.411	1.625	2.025	1.664	999	542	12.567
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	44	172	222	408	612	0	0	0	0	0	0	578	2.036
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	679	881	942	1.052	3.075	6.338	6.855	7.480	7.583	7.706	5.914	3.632	52.137
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	6	1	0	1.044	21.848	51.829	27.609	3.493	23	6	1	3	105.863
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	11.984	43	6	2	49	103	67	15	7	8	8	7	12.299
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0	0	638	543	334	344	226	214	256	201	116	39	2.911
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	131	159	194	254	385	695	765	0	0	0	954	561	4.098
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	428	1.635	2.183	2.360	4.230	10.409	8.837	8.157	8.363	6.170	4.737	3.968	61.477
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	3	4	5	5	27	38	23	21	32	14	4	4	180
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	223	318	291	271	317	1.792	2.820	1.480	1.087	798	531	195	10.123
Total	36.104	26.813	17.359	15.799	43.655	103.421	90.767	83.427	102.483	102.136	81.262	52.706	755.932



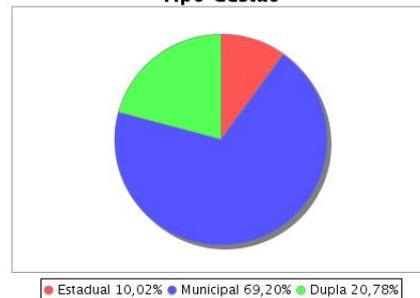
Análise e considerações sobre Mortalidade

Atabela apresenta a morbidade hospitalar por Grupos de Causas e faixa etária, referente a 2014, no Rio Grande do Sul. O maior percentual refere-se ao Capítulo XV - Gravidez, Parto e Puerpério, com 14% do total. Em segundo lugar aparecem as Doenças do Aparelho Respiratório, com 13,6% e em terceiro lugar as Doenças do Aparelho Circulatório com 12,7%. Os grupos etários que mais internaram foram: de 20 a 29 anos (principalmente motivados por Gravidez); de 50 a 59 anos e o de 80 a 89 anos (ambos motivados principalmente pelas Doenças do Aparelho Circulatório).

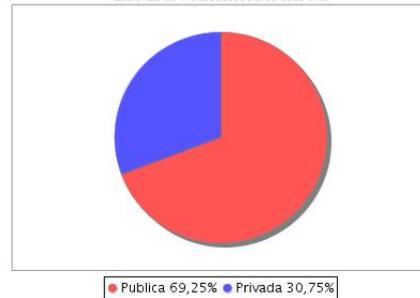
3.1 TIPO GESTÃO

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	4	2	2	0
CENTRAL DE REGULACAO	9	9	0	0
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	5	3	1	1
CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	24	24	0	0
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	6	3	3	0
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	194	93	21	80
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	1.825	1.406	1	418
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	584	297	162	125
CONSULTORIO ISOLADO	275	253	10	12
FARMACIA	46	40	2	4
HOSPITAL ESPECIALIZADO	12	9	2	1
HOSPITAL GERAL	299	74	37	188
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	5	3	1	1
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	5	2	3	0
OFICINA ORTOPEDICA	2	2	0	0
POLICLINICA	199	47	37	115
POLO ACADEMIA DA SAUDE	77	77	0	0
POSTO DE SAUDE	762	754	1	7
PRONTO ATENDIMENTO	43	25	1	17
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	3	1	1	1
PRONTO SOCORRO GERAL	17	9	1	7
SECRETARIA DE SAUDE	496	442	19	35
TELESSAUDE	2	2	0	0
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	1.140	601	295	244
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	10	8	0	2
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	55	46	1	8
UNIDADE MISTA	17	5	0	12
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	212	127	38	47
UNIDADE MOVEL FLUVIAL	1	1	0	0
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	81	71	3	7
Total	6.410	4.436	642	1.332

Tipo Gestão



Esfera Administrativa



3.2. ESFERA ADMINISTRATIVA (GERÊNCIA)

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
PRIVADA	1.973	1.059	459	455
FEDERAL	48	44	1	3
ESTADUAL	99	28	52	19
MUNICIPAL	4.297	3.311	131	855
Total	6.417	4.442	643	1.332

Justificativa de Dupla Gestão

O tipo de gestão identifica com qual gestor o estabelecimento de saúde mantém contrato ou convênio para prestação de serviços ao SUS, faturados para pagamento com recursos do Bloco MAC, transferidos pelo Ministério da Saúde aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) ou Fundo Estadual de Saúde (FES).

Estabelecimentos classificados como gestão dupla, no que se refere à gestão do recurso federal do Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade (Bloco MAC), estão sob gestão estadual e podem também realizar algum procedimento de atenção básica ou serem contratados pelos municípios, com recursos do tesouro municipal, para atendimento de sua população própria.

Conforme dados gerados pelo SARGSUS, para o RAG 2014, o percentual de tipos de estabelecimentos sob gestão municipal é 69,2%, gestão dupla 20,78% e gestão estadual 10,02%.

No mês de dezembro de 2014 um total de 100 municípios detinha a gestão de todos os prestadores localizados em seus territórios. Outros 14 municípios detinham a gestão de todos os prestadores ambulatoriais e 47 municípios a gestão de um ou mais serviços ambulatoriais.

Análise e considerações do Gestor sobre Prestadores de Serviços ao SUS

O tipo de gestão identifica com qual gestor o estabelecimento de saúde mantém contrato ou convênio para prestação de serviços ao SUS, faturados para pagamento com recursos do Bloco MAC, transferidos pelo Ministério da Saúde aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) ou Fundo Estadual de Saúde (FES).

Estabelecimentos classificados como gestão dupla, no que se refere à gestão do recurso federal do Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade (Bloco MAC), estão sob gestão estadual e podem também realizar algum procedimento de atenção básica ou serem contratados pelos municípios, com recursos do tesouro municipal, para atendimento de sua população própria.

Conforme dados gerados pelo SARGSUS, para o RAG 2014, o percentual de tipos de estabelecimentos sob gestão municipal é 89,2%, gestão dupla 20,78% e gestão estadual 10,02%.

No mês de dezembro de 2014 um total de 100 municípios detinha a gestão de todos os prestadores localizados em seus territórios. Outros 14 municípios detinham a gestão de todos os prestadores ambulatoriais e 47 municípios a gestão de um ou mais serviços ambulatoriais.

Conforme dados gerados pelo SARGSUS, considerando a esfera administrativa, 89,25% dos tipos de estabelecimentos são públicos e 30,75% privados.

Os estabelecimentos da esfera pública são em maioria do tipo centro/unidade básica de saúde, posto de saúde e secretaria de saúde. Os estabelecimentos privados em maioria são unidades de apoio diagnóstico e terapia, clínica/centro de especialidade e hospital geral.

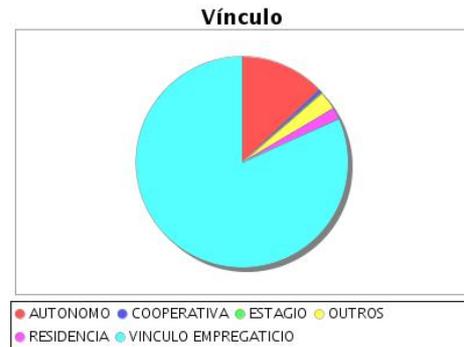
A frota atual do SAMU RS é de 251 veículos, conforme quadro abaixo.

Número de veículos em funcionamento SAMU 192 RS, no 1º, 2º e 3º quadrimestres de 2014 no, Rio Grande do Sul.

	1º Quadrimestre de 2014	2º Quadrimestre de 2014	3º Quadrimestre de 2014
Unidade de Suporte Básico (USB)	186	186	186
Unidade de Suporte Avançado (USA)	40	40	40
Veículos de Intervenção Rápida (VR)	10	10	10
Motolâncias	10	14	14
Aeromédico	1	1	1
Total	247	251	251

Fonte: SES/RS/Coordenação Estadual SAMU

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
CONSULTORIA	51
INTERMEDIADO ORG DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PUBL(OSCIP)	431
INTERMEDIADO P ENTIDADE FILANTROPICA E/OU SEM FINS LUCRATIVO	5205
INTERMEDIADO POR COOPERATIVA	97
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	2727
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO NAO-GOVERNAMENTAL(ONG)	83
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO SOCIAL(OS)	360
SEM INTERMEDIACAO(RPA)	6023
SEM TIPO	2112
TOTAL	17089
COOPERATIVA	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	673
TOTAL	673
ESTAGIO	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	295
TOTAL	295
OUTROS	
TIPO	TOTAL
BOLSA	1499
CONTRATO VERBAL/INFORMAL	1650
PROPRIETARIO	556
TOTAL	3705
RESIDENCIA	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	2387
TOTAL	2387
VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CARGO COMISSONADO	713
CELETISTA	33058
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	13162
EMPREGO PUBLICO	24071
ESTATUTARIO	30024
SEM TIPO	6817
TOTAL	107845



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

A seguir informaremos o quantitativo dos profissionais do SUS, aqueles que atuam na esfera estadual. Os números foram informados diretamente pela Divisão de Recursos Humanos (DRH) e Departamento de Ações em Saúde (DAS), tendo como data de referência 31/12/2014.

No quantitativo representado na tabela observamos que:

- 460 servidores têm cedência de outros órgãos estatais e de outras esferas governamentais à SES.
- 54 servidores são cedidos da SES para outros órgãos estatais e outras esferas governamentais.
- 324 servidores são cedidos da SES para a Fundação de Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS).
- A relação quantitativa dos estagiários da FEPPS e do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), é de competência e responsabilidade das mesmas (FEPPS e CEVS), não estando vinculado ao DRH.

Abaixo segue descritivo dos profissionais vinculados à Secretaria Estadual de Saúde do RS, por categoria:

AUTONOMO – CONSULTORIA DAS
29
ESTÁGIO
364
Fonte: DRH/SES/RS

TIPO
TOTAL

VINCULO EMPREGATÍCIO
TIPO
CARGO COMISSIONADO
187
CELETISTA
65
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO
142
ESTATUTÁRIO
4.226
SEM TIPO - ADID
460
SEM TIPO - CEDIDOS
54
TOTAL
5.134
Fonte: DRH/SES/RS

TOTAL

O Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) na Secretária de Saúde Estadual do RS (SES/RS) foi atualizado pela Lei 13.417/10 (em anexo), de 05 de abril de 2010, que dispõe sobre a reestruturação do Quadro de Funcionários da Saúde Pública, estabelece normas gerais de enquadramento, institui nova tabela de vencimentos e dá outras providências. Tendo em vista o disposto na Lei nº 13.417 foi instituído o Decreto 50.980 (em anexo), de 04 de dezembro de 2013, que aprova o Regulamento de Promoções do Quadro de Pessoal da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, no propósito de dar materialidade a referida Lei.

5.1 EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E CONSIDERAÇÕES

Valor programado
0,00

Valor executado
0,00

Análise e Considerações da PAS

A Programação Anual de Saúde foi elaborada de acordo com as Diretrizes e Objetivos do PES 2012-2015 e encontra-se em anexo nos seguintes arquivos:

PAS 2014_Atenção à Saúde

PAS 2014_Gestão em Saúde

PAS 2014_Educação e Pesquisa

Informações complementares nos Anexos: I - Principais Realizações, II - ESP, III - FEPPS.

6. DIRETRIZ, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DE SAÚDE

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

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
1	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.	68,00	68,29	%
2	U	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)	26,00	26,73	%
3	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	67,00	65,74	%
4	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL.	50,80	52,66	%
5	U	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	3,86	2,39	%
6	E	PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	8,10	5,21	%

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
7	U	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	1,43	1,29	/100
8	U	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	5,10	4,25	/100
9	E	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE	7,71	7,81	/100
10	E	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE	6,04	4,98	/1000
11	E	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO.	100,00	90,00	%

Análise e Considerações da Diretriz

A análise dos indicadores de saúde pactuados na Resolução CIB nº 778/2014, foi realizada conforme as diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e encontra-se no Anexo I - Principais Realizações. Ressalta-se que os resultados de 2014 são preliminares e/ou parciais e foram calculados pelas áreas técnicas conforme a 2ª Edição do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013/2015, portanto estão sujeitas a alterações.

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

Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
12	U	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO	1.305,00	1.340,00	N.Absoluto
13	E	PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE	N/A		%
14	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	14,00	12,41	%
15	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS, EM MENORES DE 15 ANOS, NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	N/A		%
16	E	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)	90,55	90,00	%

Análise e Considerações da Diretriz

A análise dos indicadores de saúde pactuados na Resolução CIB nº 776/2014, foi realizada conforme as diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e encontra-se no Anexo I - Principais Realizações. Ressalta-se que os resultados de 2014 são preliminares e/ou parciais e foram calculados pelas áreas técnicas conforme a 2ª Edição do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013/2015, portanto estão sujeitas a alterações.

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

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
18	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,57	0,48	RAZÃO
19	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	0,40	0,35	RAZÃO

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
20	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	45,00	37,10	%
21	U	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL.	75,00	78,80	%

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
22	U	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE.	2,00	0,14	RAZÃO
23	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA.	65,00	63,00	N.Absoluto
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	10,20	10,64	/1000
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	90,00	58,00	%
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNS INVESTIGADOS	100,00	80,40	%
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	100,00	80,30	%
28	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	665,00	1.120,00	N.Absoluto

Análise e Considerações da Diretriz

A análise dos indicadores de saúde pactuados na Resolução CIB nº 778/2014, foi realizada conforme as diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e encontra-se no Anexo I - Principais Realizações. Ressalta-se que os resultados de 2014 são preliminares e/ou parciais e foram calculados pelas áreas técnicas conforme a 2ª Edição do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013/2015, portanto estão sujeitas a alterações.

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

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
29	E	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	1,24	1,46	/100.000

Análise e Considerações da Diretriz

A análise dos indicadores de saúde pactuados na Resolução CIB nº 778/2014, foi realizada conforme as diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e encontra-se no Anexo I - Principais Realizações. Ressalta-se que os resultados de 2014 são preliminares e/ou parciais e foram calculados pelas áreas técnicas conforme a 2ª Edição do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013/2015, portanto estão sujeitas a alterações.

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

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
30	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E	390,80	354,20	/100.000

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
		DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)			

Análise e Considerações da Diretriz

A análise dos indicadores de saúde pactuados na Resolução CIB nº 776/2014, foi realizada conforme as diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e encontra-se no Anexo I - Principais Realizações. Ressalta-se que os resultados de 2014 são preliminares e/ou parciais e foram calculados pelas áreas técnicas conforme a 2ª Edição do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013/2015, portanto estão sujeitas a alterações.

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

Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
35	U	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS	70,00	50,00	%
36	U	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	75,00	62,01	%
37	U	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE	85,00	77,60	%
38	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	95,00	94,50	%
39	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	85,00	88,40	%
40	U	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS.	50,00	37,60	%
41	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	100,00	12,30	%
42	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	32,00	48,00	N.Absoluto
43	E	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/MM3	23,00	23,90	%
44	E	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS	149.626,00	155.492,00	N.Absoluto
45	E	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	100,00	79,00	%

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
46	E	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EXAMINADOS	75,00	72,30	%
47	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL	0,00	0,00	N.Absoluto
48	E	PROPORÇÃO DE CÃES VACINADOS NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA CANINA	N/A		%
49	E	PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRACOMA NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS	N/A		%
51	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE	N/A		N.Absoluto
52	E	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	50,00	8,00	%

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
53	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	65,00	78,62	%

Análise e Considerações da Diretriz

A análise dos indicadores de saúde pactuados na Resolução CIB nº 778/2014, foi realizada conforme as diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e encontra-se no Anexo I - Principais Realizações. Ressalta-se que os resultados de 2014 são preliminares e/ou parciais e foram calculados pelas áreas técnicas conforme a 2ª Edição do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013/2015, portanto estão sujeitas a alterações.

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

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
54	E	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM O SISTEMA HORUS IMPLANTADO, OU ENVIANDO O CONJUNTO DE DADOS POR MEIO DO SERVIÇO WEBSERVICE	N/A		%

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
55	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DA EXTREMA POBREZA COM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA E CENTRAIS DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO ESTRUTURADOS	N/A		%

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
56	E	PERCENTUAL DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS INSPECIONADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NO ANO	100,00	50,00	%

Análise e Considerações da Diretriz

A análise dos indicadores de saúde pactuados na Resolução CIB nº 778/2014, foi realizada conforme as diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e encontra-se no Anexo I - Principais Realizações. Ressalta-se que os resultados de 2014 são preliminares e/ou parciais e foram calculados pelas áreas técnicas conforme a 2ª Edição do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013/2015, portanto estão sujeitas a alterações.

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

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
57	E	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	80,00		%
58	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA/SAÚDE COLETIVA	N/A		%
59	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL	N/A		%
60	E	NÚMERO DE PONTOS DO TELESSAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS	1.419,00	1.460,00	N.Absoluto

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
61	U	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS	100,00	99,40	%

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
62	E	NÚMERO DE MESAS OU ESPAÇOS FORMAIS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, IMPLANTADOS E/OU MANTIDOS EM FUNCIONAMENTO	N/A		N.Absoluto

Análise e Considerações da Diretriz

A análise dos indicadores de saúde pactuados na Resolução CIB nº 776/2014, foi realizada conforme as diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e encontra-se no Anexo I - Principais Realizações. Ressalta-se que os resultados de 2014 são preliminares e/ou parciais e foram calculados pelas áreas técnicas conforme a 2ª Edição do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013/2015, portanto estão sujeitas a alterações.

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

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
63	U	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE	1,00	1,00	N.Absoluto
64	U	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SIACS	1,00	1,00	N.Absoluto

Análise e Considerações da Diretriz

A análise dos indicadores de saúde pactuados na Resolução CIB nº 776/2014, foi realizada conforme as diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e encontra-se no Anexo I - Principais Realizações. Ressalta-se que os resultados de 2014 são preliminares e/ou parciais e foram calculados pelas áreas técnicas conforme a 2ª Edição do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013/2015, portanto estão sujeitas a alterações.

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

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

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
65	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	10,06	4,60	%
66	E	COMPONENTE DO SNA ESTRUTURADO	N/A		N.Absoluto
67	E	PROPORÇÃO DE ENTES COM PELO MENOS UMA ALIMENTAÇÃO POR ANO NO BANCO DE PREÇO EM SAÚDE	N/A		N.Absoluto

Análise e Considerações da Diretriz

A análise dos indicadores de saúde pactuados na Resolução CIB nº 776/2014, foi realizada conforme as diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e encontra-se no Anexo I - Principais Realizações. Ressalta-se que os resultados de 2014 são preliminares e/ou parciais e foram calculados pelas áreas técnicas conforme a 2ª Edição do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013/2015, portanto estão sujeitas a alterações.

Avaliação Geral das Diretrizes

Indicadores RS

	Nº
	TIPO
	INDICADOR
	META 2014
	RESULTADO 2014
	UNIDADE
	01
	RS
Proporção de menores de três anos de idade acompanhados pelo Programa Primeira Infância Melhor	4,32
4,14	%
	02
	RS
Nº de notificações dos agravos relacionados ao trabalho detectados através do SIST e do SINAN (p/ todos os municípios)	23.610
46.100	N.Absoluto
	03
	RS
Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados (p/ todos os municípios)	100,00
	26,00
	%
	04
	RS
Nº de visitas em armadilhas e em pontos estratégicos (p/ municípios não infestados pelo <i>Aedes Aegypti</i>)	471.343
277.528	N.Absoluto
	06
	RS
Proporção de solicitações administrativas de medicamentos avaliadas em até 30 dias	90,00

%

A análise dos indicadores de saúde pactuados na Resolução CIB nº 776/2014, foi realizada conforme as diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e encontra-se no Anexo I - Principais Realizações. Ressalta-se que os resultados de 2014 são preliminares e/ou parciais e foram calculados pelas áreas técnicas conforme a 2ª Edição do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013/2015, portanto estão sujeitas a alterações.

*Alertamos que o arquivo gerado em pdf apresenta no título da coluna meta o ano incorreto. Entretanto, as metas informadas são relativas ao exercício de 2014.

7. DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS (Fonte: SIOPS)**7.1 DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS (Fonte: SIOPS)**

Última atualização: 25/03/2015 00:00:00

	RECEITAS (R\$)						DESPESAS (R\$)					Movimentação Financeira		
	Transferência fundo a fundo			Op. Crédito /Rend. /Outros	Recursos Próprios	Total	Dotação	Empenhada	Liquidada	Paga	Orçada	RP/Outros Pagamentos	Saldo Finan. do Exercício Anterior	Saldo Finan. do Exercício Atual
	Federal	Outros Estados	Municipal											
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo(6)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Análise Sobre a Utilização dos Recursos

Em 2014 as áreas que receberam maior aporte de recursos foram a Atenção Secundária e Terciária, a Atenção Primária e a Assistência Farmacêutica.

Em relação à Atenção Secundária e Terciária, destacamos as ações realizadas através do projeto Co-financiamento Hospitalar (projeto 6284), onde foram executados R\$ 1.123.943.384,49 para manutenção dos serviços e incentivos para abertura de novos leitos, investimentos em equipamentos, obras e ampliações. Para a manutenção das bases do SAMU (projeto 5620) nos municípios foram destinados R\$ 76.712.225,31.

Já na Atenção Primária destacamos os valores repassados ao programa Rede Cegonha/Primeira Infância Melhor (projeto 6292) no montante de R\$ 16.634.386,29 e à Estratégia de Saúde da Família – ESF (projeto 6300) o valor de R\$ 89.245.064,37, visando manutenção das equipes e pagamento de incentivo dos agentes comunitários e ampliações, obras e equipamentos para as UBS. Foram também realizados repasses fundo a fundo para o desenvolvimento da Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde – PIES (projeto 9150) na quantia de R\$ 71.258.796,51. Com Assistência Farmacêutica (projetos 6182, 6286 e 6287), o Estado executou R\$ 200.123.832,25.

8. INDICADORES FINANCEIROS (Fonte: SIOPS)**8.1. INDICADORES FINANCEIROS (Fonte: SIOPS)**

Última atualização: 25/03/2015 00:00:00

Participação % da receita de impostos na receita total do Estado	52,06%
Participação % das transferências intergovernamentais na receita total do Estado	17,20%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para	12,86%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos	100,00%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da	26,70%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita	57,44%
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Estado, por habitante	R\$365,82
Participação % da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	29,04%
Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	1,63%
Participação % da despesa com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com	29,75%
Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	5,59%
% das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde	22,87%
% da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012	12,72%

Análise Sobre os Indicadores Financeiros

A participação da receita própria aplicada em saúde em 2013 foi de 12,72%, atingindo, portanto, o percentual mínimo de gastos em Saúde conforme Lei Complementar nº 141/2012.

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

RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	RECEITAS REALIZADAS	
			Jan a Dez (b)	%(b/a)x100
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)	30.143.833.703,00	30.143.833.703,00	30.130.707.122,92	99,96
Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação - ITCD	352.148.907,00	352.148.907,00	321.369.948,37	91,26
Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS	25.395.263.038,00	25.395.263.038,00	25.224.531.053,64	99,33
Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores - IPVA	2.220.573.046,00	2.220.573.046,00	2.159.114.425,52	97,23
Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	1.522.412.833,00	1.522.412.833,00	1.707.706.950,59	112,17
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	191.721.040,00	191.721.040,00	250.125.544,88	130,46
Dívida Ativa dos Impostos	243.287.870,00	243.287.870,00	268.895.443,40	110,53
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa	218.426.969,00	218.426.969,00	198.963.756,52	91,09
RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)	2.340.851.498,00	2.340.851.498,00	2.322.825.390,64	99,23
Cota-Parte FPE	1.759.097.695,00	1.759.097.695,00	1.709.766.057,87	97,20
Cota-Parte IPI-Exportação	434.853.576,00	434.853.576,00	466.159.105,21	107,20
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	146.900.227,00	146.900.227,00	146.900.227,56	100,00
Desoneração ICMS (LC 87/96)	146.900.227,00	146.900.227,00	146.900.227,56	100,00
Outras	0,00	0,00	0,00	0,00
DEDUÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS AOS MUNICÍPIOS (III)	7.073.974.786,44	7.754.880.514,00	7.665.040.565,34	98,84
Parcela do ICMS Repassada aos Municípios	5.966.175.397,81	6.489.531.320,00	6.429.000.000,00	99,07
Parcela do IPVA Repassada aos Municípios	1.019.464.996,19	1.148.055.800,00	1.119.500.789,02	97,51
Parcela da Cota-Parte do IPI-Exportação Repassada aos Municípios	88.334.392,44	117.293.394,00	116.539.776,32	99,36
TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (IV) = I + II - III	25.410.710.414,56	24.729.804.687,00	24.788.491.948,22	100,24

RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (c)	RECEITAS REALIZADAS	
			Jan a Dez (d)	%(d/c)x100
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS	1.103.677.491,00	1.093.732.620,00	952.706.258,72	87,11
Provenientes da União	1.092.403.824,00	1.082.489.757,00	937.590.355,51	86,61
Provenientes de Outros Estados	0,00	0,00	0,00	0,00
Provenientes de Municípios	30.804,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	11.242.863,00	11.242.863,00	15.115.903,21	134,45
TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	1.103.677.491,00	1.093.732.620,00	952.706.258,72	87,11

9.2. DESPESAS COM SAÚDE

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

DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (e)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (f)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (g)	% (f+g)/e
DESPESAS CORRENTES	3.870.058.536,19	4.171.329.841,36	3.870.828.645,34	25.885.398,49	93,42
Pessoal e Encargos Sociais	974.370.179,00	1.243.545.579,45	1.216.894.975,02	352.236,00	97,89
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	2.895.688.357,19	2.927.784.261,91	2.653.933.670,32	25.533.162,49	91,52

DESPESAS DE CAPITAL	296.759.705,32	322.016.755,40	229.023.010,93	10.995.897,40	74,54
Investimentos	296.257.005,32	322.012.855,40	229.019.644,59	10.995.897,40	74,54
Inversões Financeiras	500.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	2.700,00	3.900,00	3.366,34	0,00	86,32
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (VIII)	4.166.818.241,51	4.493.346.596,76	4.136.732.952,16	92,06	92,06

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

DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EXECUTADAS			
			LIQUIDADAS Jan a Dez (h)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (i)	%[(h+i)/V (f+g)]	
DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS	N/A		0,00	0,00	0,00	
DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO	N/A		0,00	0,00	0,00	
DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS	N/A		958.396.744,49	25.245.308,66	23,78	
Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS	N/A		926.212.301,16	22.028.652,29	22,92	
Recursos de Operações de Crédito	N/A		0,00	0,00	0,00	
Outros Recursos	N/A		32.184.443,33	3.216.656,37	0,86	
OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS	N/A		0,00	0,00	0,00	
RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA	N/A	N/A	0,00	0,00	0,00	
DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO	N/A	N/A	0,00	0,00	0,00	
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS (IX)			983.642.053,15	25.245.308,66	23,78	
TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VII) = [V(f+g)/VI(h+i)]			""	0,00	""	4.493.346.596,76

PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS
 (VIII%) = (VII)	12,72
---	-------

VALOR REFERENTE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL [VII(h+i) - (12 x IVb)/100]	178.471.865,22
--	----------------

EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA	INSCRITOS	CANCELADOS/PRESCRITOS	PAGOS	A PAGAR	PARCELA CONSIDERADA NO LIMITE
Inscritos em 2014	45.841.648,13	N/A	N/A	N/A	0,00
Inscritos em 2013	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Inscritos em 2012	15.086.159,00	509.479,87	0,00	14.576.679,13	0,00
TOTAL	15.086.159,00	509.479,87	0,00	14.576.679,13	0,00

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

CONTROLE DE VALOR REFERENTE AO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES PARA FINS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS CONFORME ARTIGOS 25 e 26	LIMITE NÃO CUMPRIDO		
	Saldo Inicial	Despesas custeadas no exercício de referência (k)	Saldo Final (Não Aplicado)

Diferença de limite não cumprido em 2013	129.985.389,81	0,00	129.985.389,81
Total (X)	129.985.389,81	0,00	129.985.389,81

DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (l)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (m)	% [(l+m)/total (l+m)]x100
Atenção Básica	467.707.974,31	267.776.249,25	226.858.823,77	0,00	5,48
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	2.265.340.938,58	2.665.793.993,69	2.408.873.412,77	32.029.061,87	59,01
Suporte Profilático e Terapêutico	225.853.002,00	153.628.050,27	129.025.260,08	1.812.111,40	3,16
Vigilância Sanitária	4.334.118,00	6.843.274,07	4.012.793,98	318.245,61	0,10
Vigilância Epidemiológica	20.110.234,30	19.577.855,45	12.954.513,01	1.088.474,83	0,34
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	1.183.471.974,32	1.379.727.174,03	1.318.126.852,66	1.633.402,18	31,90
TOTAL	4.166.818.241,51	4.493.346.596,76	4.136.732.952,16		99,99

Análise Sobre Demonstrativo Orçamentário

As maiores despesas liquidadas foram realizadas na Atenção Secundária e Terciária, através do Projeto "Co-financiamento Hospitalar", seguida da Atenção Primária.

10. AUDITORIAS

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

Não

Ente Federado:

RIO GRANDE DO SUL

Demandante:

Órgão responsável pela auditoria:

SISAUD/SUS:

Nº da auditoria:

Finalidade da auditoria:

Status da auditoria:

null

Unidade(s) auditada(s):

Recomendações

Encaminhamentos

11.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

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

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

Destacamos os seguintes resultados no ano de 2014:

- A preparação da área da saúde para a Copa 2014 envolvendo a SES/RS e as Secretarias Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre e Mamão, com ações direcionadas tanto para a população visitante como para a residente.
- A ativação do Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (CIOCS) EXPOINTER composto por técnicos da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (Centro Estadual de Vigilância em Saúde, LACEN/RS e 1ª CRS) e técnicos do município de Esteio.
- A realização da 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, em Porto Alegre.
- A introdução no Calendário Básico de Vacinação a vacina dT_p acelular para adulto (indicada para gestantes e profissionais de saúde que atuam em Maternidades e UTI Neo-natal); vacina do HPV (indicada para meninas adolescentes) e vacina da Hepatite A (indicada para crianças de 1 ano).
- A reconfiguração das Regiões de Saúde R15 (Caminho das Águas), R17 (Região do Planalto) e R20 (Rota da Produção) conforme Resolução CIB/RS nº 499.
- A regionalização do parto de risco habitual em hospitais que realizam mais de 365 partos por ano (conforme pactuado na CIB 64/2014), o redesenho dos leitos de Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), de Unidades de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo) e de Unidades de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) no estado na linha de cuidado materno-infantil.
- A construção da Linha de Cuidado das pessoas portadoras de HIV/Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), que foi apresentada e aprovada pela Comissão de DST/Aids do Conselho Estadual de Saúde (CES) e pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB), qualificando e aperfeiçoando as ações e as estratégias exigidas no controle deste agravo.

Finalizamos o Relatório Anual de Gestão de 2014 com avanços e, certamente, novos desafios a serem enfrentados. Destacamos os esforços realizados para a integração dos instrumentos de gestão a partir da edição do Decreto nº 7.508/2011 e da Lei Complementar nº 141/2012 e para consolidação do Planejamento Regional Integrado e efetivação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

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

A construção do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 foi realizada com a participação de diversos atores que atuam no cenário da gestão estadual de saúde contando com a participação dos municípios e do COSEMS/RS. Este plano traduz as ações do controle social e o compromisso do governo do estado com a saúde da população, com a finalidade de fortalecer a gestão das redes integradas de saúde, no âmbito das regiões de saúde, e o planejamento regional, buscando assim garantir o acesso à saúde com qualidade em todos os níveis de atenção, em conformidade com as Diretrizes do SUS. Pretende-se repetir a metodologia do PES 2012-2015, ampliando a participação dos atores tomando o processo cada vez mais ascendente, e mais representativo nas ações e serviços da SES.

11.3. ARQUIVOS ANEXOS

Documento	Tipo de Documento
PES.doc	Plano de Saúde referente ao Ano do RAG
PAS 2014_Educação e Pesquisa.pdf	Programação Anual de Saúde (PAS) - Educação e Pesquisa
CES_Resolucao_03 2013.pdf	Resolução do Conselho de Saúde que aprova o Plano de Saúde referente ao ano do RAG
PAS 2014_Gestão em Saúde.pdf	Programação Anual de Saúde (PAS) - Gestão em Saúde
Anexo II ESP.pdf	Anexo II - Escola de Saúde Pública (ESP)
Anexo III_FEPPS.pdf	Anexo III - Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde
PAS 2014_Atenção à Saúde.pdf	Programação Anual de Saúde (PAS) - Atenção à Saúde

Documento	Tipo de Documento
Decreto nº 50.980.pdf	Decreto nº 50.980 - Regulamento de Promoções do Quadro de Pessoal da Saúde da SES/RS
Lei nº 13.417.pdf	Lei nº 13.417 - PCCS
Anexo I _Principais Realizacoes - CORRIGIDO.pdf	Anexo I - Principais Realizações

12. APRECIÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO

12.1 RELATÓRIO QUADRIMESTRAL (LC 141/12)

Enviado para Assembléia Legislativa em	1º QUA	2º QUA	3º QUA
Enviado ao Conselho de Saúde em	16/06/2014		27/02/2015
Enviado para Assembléia Legislativa em		30/09/2014	27/02/2015

12.2. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)

12.2.1. INFORMAÇÕES DO GESTOR

Horário de Brasília

Enviado ao Conselho de Saúde para apreciação em	30/03/2015 19:08:01
Enviado ao Tribunal de contas a que está	
Enviado à Assembléia Legislativa em	
Reenviado ao Conselho de Saúde para reapreciação	

12.2.2. INFORMAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE

Horário de Brasília

Data de Recebimento do RAG pelo CS	30/03/2015 19:08:01
Apreciado pelo Conselho de Saúde em	24/04/2015 15:17:45
Reapreciado pelo Conselho em	
Parecer do Conselho de Saúde	Devolvido à Secretaria de Estado da Saúde para ajustes do Relat
Status da Apreciação	Em ajuste pelo Gestor
Resolução da Apreciação	Data

RIO GRANDE DO SUL - RS, ____ de _____ de ____.

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2014							
DIRETRIZ PES	Fortalecimento, ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde no Rio Grande do Sul, articulando os diferentes níveis de assistência a partir da atenção básica, promovendo a integração das ações e dos serviços de saúde por meio de linhas de cuidado, aprimorando o acesso aos serviços de saúde no Estado, consolidando a regionalização da saúde.						
OBJETIVO 1	Fortalecer a Atenção Básica						
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implantar Equipes de Saúde da Família nos Municípios, totalizando 2.364 equipes, com 70% de cobertura populacional.	1006	537 (2012 - 2014); Até 2014 (1769)	352		DAS/ESF	
Ação 2	Realizar diagnóstico para implantação de Espaço Saúde nas USF e UBS.	1	0	0	*	DAS/ESF	
Ação 3	Ampliar o número de municípios que utilizam o Telessaúde .	300	497	95		DAS/ESF	
Ação 4	Implantar Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), totalizando 260 equipes	234	85 (2012 - 2014); Até 2014 (105)	53	*	DAS/ESF	
Ação 5	Implantar Academias de Saúde de forma integrada com a Vigilância em Saúde em 242 municípios.	333	377 academias	18		DAS/ESF	CEVS
Ação 6	Implantar a ESF nos municípios gaúchos.	100%	15,72% (2012 - 2014); Até 2014 (52,22%)	10,14%	*	DAS/ESF	
Ação 7	Implantar consultórios de rua	12	5	2		DAS/SAÚDE MENTAL	
Ação 8	Construir a Política Estadual de Promoção à Saúde e à Cultura de Paz e Prevenção das Violências, integrando a Vigilância em Saúde e com a participação de outras instâncias públicas e da sociedade civil organizada.	1	0	0	*	DAS/RS NA PAZ	
Ação 9	Aprovar a Política Estadual de Promoção à Saúde e à Cultura de Paz e Prevenção das Violências na Comissão Intergestores Bipartite extenso e no Conselho Estadual de Saúde (CES).	1	0	0	*	DAS/RS NA PAZ	
Ação 10	Construir Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.	1	0	0	*	DAS/RS NA PAZ	
Ação 11	Aprovar a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.	1	0	0	*	DAS/RS NA PAZ	
Ação 12	Realizar, na seqüência, o início da sensibilização e apoio institucional aos Municípios para adesão e implementação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências;	1	0	0	*	DAS/RS NA PAZ	
Ação 13	Realizar Educação Permanente para as equipes e profissionais de saúde da Atenção Básica das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios que aderirem à Linha de Cuidado	1	0	0	*	DAS/RS NA PAZ	
* Justificativas para a não realização da ação em 2014							
Ação 2:	Está sendo realizado estudo sobre metodologia do referido diagnóstico para implantação do Espaço Saúde.						
Ação 5:	Conforme Informações do MS, existem 377 Pólos habilitados e 131 obras concluídas.						
Ação 8 e 9:	A política não foi construída devido à dificuldade de articulação com outros setores da Secretária e com a juventude organizada na Sociedade civil. Foi construído o Programa Articulador Jovem de Saúde com a finalidade de promover a mobilização e o protagonismo social da juventude gaúcha, para o diálogo com Rede Básica de Saúde, através de representação direta na elaboração de estratégias de prevenção e promoção à saúde, contribuindo para o enfrentamento das violências em seus territórios. Foi instituído, o Comitê Estadual de Saúde da Juventude por meio da Portaria Nº 1364/2014, publicada no Diário Oficial do Rio Grande do Sul em 26 de dezembro de 2014. Esse comitê conta com representação da Gestão Estadual, Gestão Municipal e da Sociedade Civil.						
Ação 10:	Falta de recursos humanos para a construção da Linha de Cuidado.						
Ação 11; 12; 13:	A Linha de cuidado não foi construída.						

OBJETIVO 2		Ampliar e Qualificar a Atenção Secundária e Terciária					
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Ampliar o número de leitos hospitalares SUS em hospitais de porte médio e grande.	575	1.224	286	*	DAHA	
Ação 2	Ampliar o número de leitos de UTI adulto SUS.	250	102	72		DAHA	
Ação 3	Ampliar o número de leitos de UTI pediátrica SUS.	38	0	0	*	DAHA	
Ação 4	Ampliar o número de leitos de UCI neonatal convencional SUS.	64	175	175		DAHA	
Ação 5	Ampliar o número de leitos de UCI neonatal Canguru SUS.	60	58	58		DAHA	
Ação 6	Ampliar o número de municípios com serviço de telecardiologia.	120	37	0	*	DAHA	
Ação 7	Analisar e validar mensalmente os dados no Sistema Nacional de Registro Hospitalar de Câncer das 26 unidades habilitadas em Alta Complexidade em Oncologia.	104	78	26			
Ação 8	Realizar cursos de capacitação para profissionais especializados em atividades nos UNACON's, CACON's.	3	6	3		DAHA	
Ação 9	Vistoriar anualmente as Unidades habilitadas em Alta Complexidade em Oncologia.	26	36	22		DAHA	
Ação 10	Realizar censo estadual dos leitos de UTI.	1	0	0	*	DAHA	
Ação 11	Instituir serviço de retaguarda de cuidados críticos à distância (tele UTI) para pacientes críticos fora de UTI ou com problemas de estrutura.	1	0	0	*	DAHA	
Ação 12	Implementar o programa Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) em hospitais.	17	15	9		DAHA	
Ação 13	Concluir a obra do hospital público regional de Santa Maria e implementar seu funcionamento.	1	0	0	*	DAHA	ASSTEPLAN
Ação 14	Apoiar a construção do hospital público regional em Palmeira das Missões.	1	1	1		DAHA	
Ação 15	Apoiar a construção do hospital público regional no Vale do Gravataí.	1	0	1	*	DAHA	
Ação 16	Apoiar a ampliação do Hospital São Vicente de Paulo no município de Osório.	1	1	1		DAHA	
Ação 17	Implementar serviços ambulatoriais de atenção secundária e terciária, para diagnóstico e tratamento nas regiões e/ou macrorregiões de saúde, para ampliação ou qualificação de acesso, conforme pactuação.		69%	67%		DAHA	
Ação 18	Reavaliar as referências nas especialidades de Alta Complexidade em Oncologia, Cardiologia, Traumatologia/Ortopedia e Neurologia com respectivas pactuações em CIB.		1	0	*	DAHA	
Ação 19	Proceder avaliação e liberação dos medicamentos Trastuzumab e Imatinib para as 26 unidades de oncologia.		936	312		DAHA	CPAF
Ação 20	Definir indicadores de qualidade a serem utilizados no controle de resultados para os leitos de UTI (Instrução Normativa Anvisa/DC Nº 4/2010 e Escore Fisiológico Agudo Simplificado - SAPS 3).	1	0	0	*	DAHA	
Ação 21	Estruturar, fortalecer e qualificar a Hemorrede Pública.	100%	2	2	*	FEPPS	
Ação 22	Implementar o atendimento ambulatorial multidisciplinar para os Pacientes Portadores de Hemoglobinopatias e Coagulopatias em parceria com a Rede Hospitalar.	100%	0	0	*	FEPPS	
Ação 23	Disponibilizar plasma de qualidade para encaminhar para a Indústria Brasileira de Hemoderivados (HEMOBRÁS).	100%	0	0	*	FEPPS	
Ação 24	Elaborar projeto assistencial para captação de recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde para construção de um hospital público regional na Região Fronteira Oeste.	1	0	0		DAHA	
*Justificativas							
Ação 1:	Conforme cálculo do total de leitos em hospitais nos meses de dezembro de 2011/12/13/14, apurados TABWIN CNES.						
Ação 3:	A Edição da PRT MS/GM 1.300/12 influenciou a requalificação de UTI pediátricas mistas para leitos de UTI neonatal, em detrimento do aumento de leitos de UTI pediátrica.						
Ação 6:	O custo financeiro da ação está em reavaliação.						
Ação 10:	Ação sendo redefinida.						
Ação 11:	Pré projeto elaborado. Ação em processo de redefinição.						
Ação 13:	Obra em fase de conclusão.						
Ação 14:	O projeto do Hospital regional de Palmeiras das missões, cuja responsabilidade é do gestor municipal, encontra-se na Caixa Econômica Federal para reavaliação dos valores.						
Ação 15:	Projeto em discussão com o gestor de Gravataí.						
Ação 18:	A referências em cardiologia foram reavaliadas em 2014, porém, falta a pactuação na CIB.						
Ação 20:	Projeto elaborado e em execução através de um projeto piloto em UTI adulto de quatro hospitais						
Ação 21:	Estruturar, fortalecer e qualificar a Hemorrede Pública (Em realização) – Até 31 de dezembro de 2014 a Hemorrede Pública do Estado estava assim estruturada: quatro Hemocentros estaduais: HEMORGS – Porto Alegre (coordenador); HEMOPEL – Pelotas; HEMOSM – Santa Maria e HEMOPASSO – Passo Fundo e um Hemonúcleo – Palmeira das Missões. Três Hemocentros Regionais Municipais: Alegrete, Caxias do Sul e Santa Rosa e dois Hemonúcleos Municipais: Cruz Alta e Bagé. CONVÊNIOS FEDERAIS em execução: 3600/04 e 283269-05 (reforma da Hemorrede); 2075/08; 1100/11; 1120/11; (Aquisição de equipamentos para a Hemorrede); 1480/06; 792571/13 (Treinamento e qualificação de Servidores); 794410/13 (Aquisição de Equipamentos para a Clínica Hematológica) 1110/11 e 646/09 (Aquisição de Unidade Móvel – Ônibus e veículos).						
Ação 22:	Implementar o atendimento ambulatorial multidisciplinar para os pacientes portadores de hemoglobinopatias e coagulopatias em parceria com a Rede Hospitalar (Não realizada) – A FEPPS desenvolve ações para a formalização de Convênios com a rede hospitalar para atendimento especializado aos pacientes cadastrados nas Clínicas Hematológicas. No ano de 2014 encaminhou Minuta para a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre com este objeto (Expediente nº 3626.2069/13-0), porém a resposta foi negativa. As negociações continuam.						

Ação 23:	Disponibilizar plasma de qualidade para encaminhar para a Indústria Brasileira de Hemoderivados (HEMOBRÁS) – (Não realizada) aguardando a finalização da implantação dos Programas da Qualidade para atender as recomendações da HEMOBRÁS.
----------	--

OBJETIVO 3		META DA AÇÃO					RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias	
Ação 1	Implementar a Rede de Unidades Sentinela de Vigilância Hospitalar.	15	11		*	CEVS		
Ação 2	Elaborar protocolo em regulação/contratualização da rede com participação da Vigilância em Saúde.	1			*	CEVS		
Ação 3	Integrar os agentes de controle de endemias às Equipes de ESF.	50%	0	0	*	CEVS		
Ação 4	Integrar os territórios de controle de endemia aos territórios da ESF (município).	96	0	0	*	CEVS		
Ação 5	Implantar e implementar serviço de verificação de óbito.	1	0	0	*	CEVS		
Ação 6	Identificar e digitalizar em mapa riscos e agravos ambientais.	1	1			CEVS		
Ação 7	Elaborar Política de Educação Permanente em Vigilância em Saúde de forma integrada com a Escola de Saúde Pública (ESP) e outras áreas da SES.	1	1	1	*	CEVS		
Ação 8	Ampliar os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).	19	15	2	*	CEVS		
Ação 9	Qualificar a informação sobre morbidade, mortalidade e acidentalidade no trânsito, com a produção anual de relatórios, com base no SIM e SIH.	1	Em andamento		*	CEVS/NIS		
Ação 10	Produzir bianualmente Inquérito sobre Acidentes e Violências.	2	1	1	*	CEVS		
Ação 11	Constituir grupo de estudo, planejamento e intervenção, reunindo o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) e o Departamento de Ações em Saúde (DAS), e integrado ao Comitê Estadual de Mobilização pela Segurança no Trânsito.	1	1	0		CEVS		
Ação 12	Promover e garantir o cuidado e a atenção integral às vítimas de trânsito visando seu atendimento desde o nível pré-hospitalar móvel e fixo até a reabilitação hospitalar e ambulatorial.		Em andamento		*	CEVS		
Ação 13	Criar Política de Toxicovigilância como forma de fortalecer e estruturar as unidades de atendimento e informações toxicológicas, ampliando sua capacidade de atendimento à população.	1				FEPPS/CIT		
Ação 14	Estruturar, fortalecer e qualificar a Rede de Laboratórios de Saúde Pública, com foco nas ações de descentralização dos serviços, estabelecendo uma matriz de competências nos Laboratórios de Fronteira.	100%			*	FEPPS		
Ação 15	Ampliar, expandir e qualificar as ações do Sistema de Gestão da Qualidade laboratorial da Rede de Laboratórios de Saúde Pública.	100%			*	FEPPS		
*Justificativas								
Ação 1:	A ampliação desta Rede encontra-se em debate e avaliação, tendo em vista as necessidades por região de saúde.							
Ação 2:	Em andamento.							
Ação 3:	Em discussão, aguardando a normatização da Lei Federal 12.994/2014.							
Ação 4:	Em discussão, aguardando a normatização da Lei Federal 12.994/2014.							
Ação 5:	Através de Termo de Cooperação Técnica com o Departamento Médico Legal a obra foi finalizada. Processos de compra de equipamentos foram realizados. Dificuldades relativas à contratação de equipe vêm sendo enfrentadas, especialmente quanto a patologistas. Foi retomada busca de solução para esse problema através de cooperação com Instituição de Ensino.							
Ação 8:	Em relação a ampliação prevista, somente foi possível implantar 78,95% dos CERESTs.							
Ação 9:	Está sendo organizado estudo sobre os fatores de risco dos óbitos ocorrido em POA e posteriormente será ampliado a outros municípios.							
Ação 10:	A partir de 2013 estipulou-se inquéritos trianuais.							
Ação 12:	Realizada pela tríade SAMU, UPAs e Reabilitação do RS.							
Ação 14:	Estruturar, fortalecer e qualificar a Rede de Laboratórios de Saúde Pública, com foco nas ações de descentralização dos serviços, estabelecendo uma matriz de competência nos Laboratórios de fronteira – (Não realizada) A FEPPS instituiu Grupo de Trabalho visando a regularização imobiliária dos Laboratórios do interior, para a implantação dos Macrorregionais e estruturação dos Laboratórios Regionais, cujo processo está em andamento (Expediente nº 1931.2069/10-4). No aguardo da efetivação do concurso público realizado em dezembro/2014 para suprir a falta de RH. Está em andamento a implantação do GAL - Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial, visando obter a certificação ISO/IEC 17025/05. Com isso, todo o processo analítico referente aos agravos de interesse público estará disponível em rede. Já está contratada e em atividade a empresa responsável pela Gestão de Equipamentos que engloba a calibração, certificação e manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos utilizados nas análises laboratoriais. Tais medidas fazem parte do processo de implantação do Sistema de Garantia da Qualidade dos laboratórios que nos garante a eficácia das atividades desenvolvidas. A competência dos Laboratórios de Fronteira é municipal e necessita de incremento da articulação entre as esferas Municipal e Estadual, além de resolução específica da CIB – Comissão Intergestores Bipartite.							
Ação 15:	Ampliar, expandir e qualificar as ações do Sistema de Gestão da Qualidade laboratorial da Rede de Laboratórios de Saúde Pública – Repete a informação da Ação 14, acima.							

OBJETIVO 4		Ampliar e Qualificar a Assistência Farmacêutica						
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias	
Ação 1	Realizar diagnóstico sobre necessidade de implantação de centros de referência na aplicação de medicamentos injetáveis e acompanhamento farmacoterapêutico.	1				CPAF		
Ação 2	Promover a revisão da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REME/RS).	1				CPAF		
Ação 3	Realizar diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica Básica.	1				CPAF		
Ação 4	Realizar eventos de capacitação para profissionais da área da saúde sobre a Assistência Farmacêutica e medicamentos fitoterápicos no SUS.	8				CPAF		
Ação 5	Monitorar a aplicação dos recursos Federais e Estaduais do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelos municípios.	1				CPAF		
Ação 6	Avaliar dos expedientes administrativos em até 30 dias da data de abertura.	100%				CPAF		
Ação 7	Obter deferimento em processos de Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) para a produção de produtos médicos inovadores, kits diagnósticos para hemodiálise (dialisadores) e medicamentos para doenças negligenciadas.	11				CPAF		
Ação 8	Iniciar ciclo de transferência tecnológica gerado pela PDP.	1				CPAF		
Ação 9	Efetuar cooperação técnico-científica com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) objetivando intercâmbio tecnológico e desenvolvimento de sete produtos de interesse social e de saúde pública.	1				CPAF		
Ação 10	Peticionar registros de medicamentos de alto valor agregado e de importância no contexto SUS por meio de acordos de cooperação técnica.	12				CPAF		

OBJETIVO 5		Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado					
Rede Cegonha / Primeira Infância Melhor (PIM)							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Habilitar Ambulatórios de Alto Risco na Rede Cegonha.	44	12	9	*	DAS/S. Mulher	
Ação 2	Atender Crianças de 0 a 6 anos pelo PIM.	70.224	60.654	60.654	*	DAS/PIM	
Ação 3	Atender famílias pelo PIM.	63.840	55.140	55.140	*	DAS/PIM	
Ação 4	Atender 15.000 Gestantes no Pré-natal de Alto Risco por ano.	60.000	30.000	12.000	*	DAS/S. Mulher	
Ação 5	Atender Gestantes no Pré-natal de Risco Habitual.	100.000	Med. 96000/ano	96.000	*	DAS/S. Mulher	
Ação 6	Habilitar Leitos Neonatais na Rede Cegonha.	180	310	310		DAS/S. Mulher	DAHA
Ação 7	Habilitar Leitos Obstétricos na macrorregião Metropolitana.	830	5 serviços	5 serviços/52 leitos	*	DAS/S. Mulher	DAHA
Ação 8	Implantar a Rede Cegonha nos municípios.	100%	467mun. 94%	1	*	DAS/S. Mulher	
Ação 9	Implantar o PIM nos municípios.	360	267	1	*	DAS/PIM	
Ação 10	Ampliar o número de visitantes nos municípios.	3.192	2.757	41	*	DAS/PIM	
* Justificativas para a não realização da ação em 2014							
Ação 1:	Esta meta foi rediscutida em função das dificuldades de financiamento, hoje acreditamos que no mínimo um AGAR por CRS e 2 com especialidades de maior restrição no Estado.						
Ação 2; 3; 9; 10:	Diminuição das Assessorias e Falta de sensibilização. Apontamentos pelo Tribunal de Contas das formas de contratação. Subalimentação do banco de dados.						
Ação 4:	O processo de habilitação e o tempo organizacional das referências retardaram o pleno funcionamento dos serviços de AGAR. O ápice de habilitações deu-se em 2014 e em sua maioria no segundo semestre.						
Ação 5:	Alcance de metas próximo, e dependente da adequada atenção e cobertura de registros do SISPN, sistema do MS ainda em fase de adequações.						
Ação 7:	A portaria de habilitação de GAR incia-se pela habilitação dos serviços para posterior indicação dos leitos/serviços.						
Ação 8:	O modelo da linha de cuidado materno-infantil esta para todo Estado e constitui-se em ação norteadora a RC. Embora alguns municípios ainda não tenham a adesão formalizada, todos estão orientados pelas diretrizes da RC.						

Rede de Atenção Psicossocial							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Manter e implantar Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), totalizando 200.	200	192	10		DAS/S. Mental	
Ação 2	Ampliar o número de leitos psiquiátricos/Saúde mental integral incentivados em hospital geral.	1295	1301	6		DAS/S. Mental	DAHA
Ação 3	Inexistente - Ver observação abaixo				*		
Ação 4	Implantar Telessaúdemental 24 horas.	1	0	0	*	DAS/S. Mental	
Ação 5	Implantar equipe de Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) nos municípios.	120	118	8		DAS/Saúde Mental	
Ação 6	Implantar linha de cuidado de saúde mental nos municípios.	348	243	1		DAS/S. Mental	
Ação 7	Implantar oficinas terapêuticas.	230	297	46		DAS/S. Mental	
Ação 8	Capacitar trabalhadores, gestores, usuários e controle social na linha de cuidado de usuários de álcool, crack e outras drogas.	2.160	4300	2100		DAS/S. Mental	
Ação 9	Implantar projetos de Redução de Danos.	60	40	0	*	DAS/S. Mental	
Ação 10	Implantar Unidades de Acolhimento (UA) para pessoas em uso prejudicial ou abusivo de álcool e outras drogas e em situação de vulnerabilidade social.	8	4	1		DAS/S. Mental	
Ação 11	Monitorar vagas em comunidades terapêuticas.	600	825	30		DAS/S. Mental	
Ação 12	Implantar Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).	30	43	2		DAS/S. Mental	
* Justificativas para a não realização da ação em 2014							
Ação 3, 3:	A ação 2 e 3 se tornaram uma ação única, corrigida e destacada em amarelo na ação 2, conforme o PPA.						
Ação 4:	Os hospitais que recebem incentivo não têm acolhimento 24 hs, sendo que as vagas não são liberadas fora do horário comercial;						
Ação 9:	Não houve adesão dos municípios.						

Rede de Atenção às Urgências							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implantar unidades de Pronto Atendimento (UPA).	34	11	6		DAHA	
Ação 2	Implantar Bases do SAMU.	87	5	1	*	DAHA	
Ação 3	Equipar UPAs.	25	15	10		DAHA	
Ação 4	Implantar Planos de Ação Regional.	19	19	07		DAHA/SAMU	
Ação 5	Implantar Linhas de Cuidado AVC/UCO nas regiões de saúde.	25	15	0	*	DAHA	
Ação 6	Implantar Salas de Estabilização.	15	0	0	*	DAHA	
*Justificativas							
Ação 2	Ambulâncias não forma entregues pelo MS.						
Ação 5:	Treze hospitais aguardam habilitação do MS.						
Ação 6:	A habilitação deste componente da RUE está em processo de revisão pelo MS.						

Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Habilitar Centros Especializados de Reabilitação (CER).	10	8	4		DAHA	
Ação 2	Aprovar projetos de reforma e/ou construção de Centro Especializado de Reabilitação (CER).	6	5	0	*	DAHA	
Ação 3	Instituir um incentivo financeiro para rede de reabilitação hospitalar à pessoa com deficiência.	1	0	0	*	DAHA	
Ação 4	Recompor o teto financeiro das 81 unidades já habilitadas.	81	24	0	*	DAHA	
Ação 5	Implantar linhas de cuidado em reabilitação hospitalar nas unidades hospitalares que compõem a rede de atenção terciária.	100%	0	0	*	DAHA	
Ação 6	Realizar Triagem Auditiva Neonatal (TAN) nos nascidos vivos SUS.	95%	72,47	74,53		DAHA	
Ação 7	Regular o acesso aos materiais descartáveis, incorporando ao sistema Gerenciamento de Usuários com Deficiência (GUD).	100%	90%	30%		DAHA	
Ação 8	Implantar fluxo de acesso das pessoas com deficiências múltiplas e/ou graves às OPM dispensadas.	1	0	0		DAHA	
Ação 9	Criar protocolo de regulação em Tratamento Fora do Domicílio (TFD) por área de especialidade.	1	5	0	*	DAHA	
*Justificativas							
Ação 2:	Abertura do sistema de monitoramento de obras/dab (sismob) não autorizada Pelo Ministério da Saúde.						
Ação 3:	Escasses de recursos.						
Ação 4:	Escasses de recursos.						
Ação 5:	ausência de leitos de reabilitação hospitalar.						
Ação 8	Falta de equipe técnica nas CRS para viabilizar a articulação e baixa cobertura do Melhor em Casa.						
Ação 9:	Meta atingida antes de 2014.						

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

Saúde do Adolescente / Linha de Cuidado do Adolescente							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Sensibilizar e qualificar profissionais de saúde municípios.	200	200	100		DAS/Adolescente	
Ação 2	Implantar a Linha de Cuidado de Adolescentes nos municípios.	8	8	2		DAS/Adolescente	

Saúde da Mulher/ Linha de Cuidado da Mulher							
AÇÕES		Programado	Acumulado	Realizado em	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
		2012-2015	2012-2014	2014			
Ação 1	Implantar nos municípios pré-natal em rede.	68%	73%	73%		DAS/S. Mulher	
Ação 2	Implantar ação de rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama nos municípios.	68%	100%*	100%*		DAS/S. Mulher	
Ação 3	Implantar ação de rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de colo do útero nos municípios.	68%	100%*	100%*		DAS/S. Mulher	
*Justificativas							
Ação 2:	Observação: * A implantação da LC esta em construção sendo possível medir neste momento a produção de rastreamento.						
Ação 3:	Observação: * A implantação da LC esta em construção sendo possível medir neste momento a produção de rastreamento.						

Saúde do Homem/ Linha de Cuidado do Homem							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implementar a Linha de Cuidado da Saúde do Homem nos municípios.	158	29	29		DAS/S. Homem	

Saúde do Idoso / Linha de Cuidado do Idoso							
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos municípios.	50%	47,5%	47,5%	*	DAS/S. Idoso	
Ação 2	Implantar a Linha de Cuidado da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa nos municípios.	50%	0%	0%	*	DAS/S. Idoso	
Ação 3	Realizar ações de educação permanente em saúde do idoso nos municípios.	50%	32,9%	17,9%	*	DAS/S. Idoso	
* Justificativas para a não realização da ação em 2014							
Ação 1:	O Ministério da Saúde trocou o modelo de Caderneta de Saúde do Idoso. A distribuição neste primeiro momento é apenas para municípios que possuem atenção domiciliar. Só será novamente universalizada em 2016. A distribuição do modelo antigo cessou em julho de 2014.						
Ação 2:	A CIB não aprovou a Resolução de Implantação da Linha de Cuidado em razão de que o Ministério está revisando sua própria proposta de Linha de Cuidado Integral em Saúde do Idoso. Aguardamos a publicação da Linha pelo Ministério da Saúde para iniciar as implementações junto aos municípios.						
Ação 3:	As ações em educação permanente foram divididas nos seguintes eixos: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa - 65 municípios capacitados via CIES Regionais. Sexualidade e Saúde do Idoso – 61 municípios capacitados. Alguns municípios foram capacitados nos dois eixos. Justificativa para não atingimento da meta: equipe enxuta de profissionais no nível central da SES e dificuldades de execução dos recursos da CIES.						

Ação Transversal: Saúde Bucal							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado	Acumulado	Realizado em	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
		2012-2015	2012-2014	2014			
Ação 1	Implantar Equipes de Saúde Bucal nos Municípios.	998	887	91	*	DAS/S.Bucal	
Ação 2	Implantar Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).	72	32	06	*	DAS/S.Bucal	
Ação 3	Implantar Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD).	90	92	20	*	DAS/S.Bucal	
* Justificativas para a não realização da ação em 2014							
Ação 1:	Limitação orçamentária, inexistência do cargo de Auxiliar de consultório dentário, inserção em Equipe de Saúde Família incompleta.						
Ação 2:	Meta não atingida. Há incentivo federal e estadual, porém necessita contrapartida dos municípios para investimento e custeio, em especial para a contratação dos recursos humanos.						

Ação Transversal: Alimentação e Nutrição							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Ampliar o número de usuários acompanhados com avaliação de estado nutricional pela Atenção Básica à Saúde, totalizando 756.919.	756.919	1.382.252	495.618		DAS/PAN	
Ação 2	Aumentar de 61% para 69% o acompanhamento de famílias do Programa Bolsa Família (PBF) com perfil saúde na Atenção Básica.	Aumentar 8 pontos percentuais	2012 (67,27%); 2013 (63,59%) e 2014 (65,74%)	65,74%		DAS/PAN	

Ação Transversal: DST/AIDS							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implantar e implementar o Plano Estadual de Enfrentamento da DST/AIDS.	1	0	0	*	DAS/DST/AIDS	
Ação 2	Implantar investigação de sífilis congênita nos municípios.	497	497	497	*	DAS/DST/AIDS	CEVS
Ação 3	Realizar o teste rápido anti-HIV, triagem e diagnóstico nos usuários do SUS.	467.812	725.898	469.942		DAS/DST/AIDS	
Ação 4	Distribuir preservativos masculinos.	92.820.000	106.024.227	32.913.654		DAS/DST/AIDS	
* Justificativas para a não realização da ação em 2014							
Ação 1:	A linha de cuidado tem como diretriz a atenção básica no ordenamento do cuidado e porta principal do SUS. Este projeto orienta os municípios para as ações de enfrentamento da epidemia definidos a partir do número de casos de Aids. Aprovado em CIB. Esse documento foi apresentado e aprovado pela Comissão de DST/AIDS do Conselho Estadual de Saúde (CES) no mês de outubro/2014, resultando na Resolução CES/RS n°15/2014. Em novembro/2014 esse documento foi apresentado e aprovado na Comissão Intergestora Bipartite, resultando na aprovação da Resolução n°663/2014- CIB/RS.						
Ação 2:	A vigilância é realizada de forma contínua nos 497 municípios. Em 2014, iniciaram-se as capacitações de implementação para ações de vigilância para AIDS/ Hepatites, Hanseníase e Tuberculose. Foram capacitados municípios das 1ª, 2ª e 3ª CRS. Para o ano de 2015, foi planejado a continuação desta formação para as demais CRS, porém, foram postergadas devido falta de recursos.						

Ação Transversal: Saúde da População Negra							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implementar a linha de cuidado da pessoa com traço ou doença falciforme nos municípios.	70%	100% dos municípios	100%		DAS/S. Pop. Negra	
Ação 2	Aumentar a cobertura de atendimento à pessoa com doença falciforme, de 30% para 70.	40%	100% dos municípios	100%		DAS/S. Pop. Negra	
Ação 3	Habilitar a Hemorrede Pública nos Hemocentros para o diagnóstico, tratamento e aconselhamento genético das pessoas com traço ou doença falciforme.	60%	0	0	*	FEPPS	DAS/S. Pop. Negra
Ação 4	Habilitar hospitais, fora da região metropolitana, como Centros de Referência em Doença Falciforme.	3	100 %	100%		DAS/S. Pop. Negra	DAHA
Ação 5	Habilitar o Laboratório Central Estadual (IPB-LACEN) para a realização de eletroforese de hemoglobina.	1	0	0		FEPPS	
Ação 6	Realizar reforma/ampliação/reequipamento nos Hemocentros para o diagnóstico, tratamento e aconselhamento genético das pessoas com traço ou doença falciforme.	60%	11 %	11 %	*	FEPPS	DAS/S. Pop. Negra + DAHA
Ação 7	Dispensação direta de medicamentos pelos Serviços de Referência em Doença Falciforme aos usuários.					CPAF	DAS/S. Pop. Negra
Ação 8	Aumentar a cobertura de Equipes de Saúde da Família que assistam comunidades remanescentes de quilombos certificadas, de 25% para 70%.	45%	117,6%**	30%		DAS/S. Pop. Negra	
Ação 9	Implantar a Rede Cegonha/PIM "Mãe Criadeira" nos municípios com comunidades remanescentes de quilombos (certificadas e identificadas).	20%	13,75%	3,5	*	DAS/S. Pop. Negra	
Ação 10	Implantar um Programa de Educação Permanente que vise qualificar o acesso e a atenção à saúde da população negra gaúcha.	1	1	1		ESP	DAS/S. Pop. Negra
* Justificativas para a não realização da ação em 2014							
Ação 3:	Habilitar a Hemorrede Pública nos Hemocentros para o diagnóstico, tratamento e aconselhamento genético das pessoas com traço ou doença falciforme. – (Ação não realizada) A Hemorrede Pública do Estado não dispõe de Recursos Humanos para a realização desta ação.						
Ação 5:	Habilitar o Laboratório Central (IPB-LACEN) para a realização de eletroforese de hemoglobina – (Ação não realizada) Falta Recursos Humanos para a implementação desta ação. Estamos no aguardo da efetivação do Concurso Público em andamento.						
Ação 6:	Realizar reforma/ampliação/reequipamento nos Hemocentros para o diagnóstico, tratamento e aconselhamento genético das pessoas com traço ou doença falciforme – (Com realização parcial) A Hemorrede Pública do Estado já disponibiliza o atendimento aos portadores de Hemoglobinopatias e coagulopatias nas Clínicas Hematológicas de Porto Alegre, Pelotas e Passo Fundo e ambulatorial em Caixas do Sul. Atualmente estão cadastrados 2.000 pacientes. No ano de 2014 foram realizadas 6.862 consultas. CONVÊNIO FEDERAIS em execução: 3600/04 e 283269-05 (reforma da Hemorrede); 2075/08; 1100/11; 1120/11; (Aquisição de equipamentos para a Hemorrede); 1480/06; 792571/13 (Treinamento e qualificação de Servidores); 794410/13 (Aquisição de Equipamentos para a Clínica Hematológica) 1110/11 e 646/09 (Aquisição de Unidade Móvel – Ônibus e veículos).						
Ação 9:	Falta de servidores, tendo em vista que o Programa foi implementado por consultores que tiveram seus contratos encerrados.						
	** Obs: Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ) alcançou o índice de aproximadamente 118% de cobertura em 2014 considerando-se a meta de 34 municípios estabelecida no Plano Plurianual (PPA) 2012-2015. Ou seja, tivemos a adesão de 40 municípios que atendem 53 comunidades remanescentes de quilombos (totalizando 46 equipes de ESFQ, das quais 31 possuem equipe de Saúde Bucal – ESB).						

Ação Transversal: Saúde Indígena							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implantar Equipes completas de Saúde da Família e Saúde Bucal Indígena.	16	0	0	*	DAS/ S. Indígena	ESF e Bucal
* Justificativas para a não realização da ação em 2014							
Ação 1:	Esta sendo levantada a situação de saúde dos povos indígenas no Rio Grande do Sul para identificação das áreas com maior demanda pela implantação de equipes.						

Ação Transversal: Saúde Prisional							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Ampliar para 32 o número de equipes de saúde prisional.	32	24	0	*	DAS/S. Prisional	
Ação 2	Ampliar 60 leitos para a saúde prisional.	60	50	0	*	DAS/S. Prisional	
Ação 3	Ampliar para 26 o número de Unidades Básicas de Saúde Prisional equipadas.	26	19	1	*	DAS/S. Prisional	
Ação 4	Implementar a linha de cuidado da pessoa privada de liberdade.	1	1	1	*	DAS/S. Prisional	
Ação 5	Implantar o PIM Prisional.	1	1	1		DAS/S. Prisional	DAS/PIM
* Justificativas para a não realização da ação em 2014							
Ação 1:	6 novas equipes estavam tecnicamente aprovadas em 2014, porém por falta de recurso ainda não foram habilitadas;						
Ação 2:	20 leitos foram pactuados para habilitação no Hospital de Charqueadas, porém a construção da nova ala de leitos ainda não foi concluída;						
Ação 3:	4 processos foram aprovados pela área técnica para equipar 4 novas UBSs em 2014, porém por falta de recurso as resoluções não foram publicadas;						
Ação 4:	Em construção no Grupo Condutor Estadual de Monitoramento e Avaliação da Política no RS.						

Ação Transversal: Saúde do Trabalhador							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implementar a Linha de Cuidado da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador nos municípios sede de CEREST/UREST.	30	15	2	*	CEVS/S. do Trabalhador	
Ação 2	Realizar ações de educação permanente em saúde do trabalhador nos municípios sede de CEREST/UREST.	30	30	12		CEVS/S. do Trabalhador	ESP
Ação 3	Realizar investigações dos óbitos relacionados ao trabalho, fortalecendo a vigilância dos ambientes e processos de trabalho.	100%	60%	26%	*	CEVS/S. do Trabalhador	
*Justificativas							
Ação 1:	A implementação desta ação não ocorreu na íntegra, pois foram erigidos somente 50% dos CEREST/UREST.						
Ação 3:	Esta ação é um processo que exige um prazo maior de implementação por sua complexidade, por isso, a inviabilidade do atingimento da meta programada.						

Ação Transversal: Práticas Integrativas e Complementares							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Formular a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares.	1	1	1		DAS	
Ação 2	Attingir a população do Estado com acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PIC).	20%	0	0	*	DAS	
* Justificativas para a não realização da ação em 2014							
Ação 2:	Até o momento não há como mensurar esta ação.						

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2014

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2014							
DIRETRIZ PES	Estimular o processo de gestão de qualidade e ao uso eficiente dos recursos públicos com acompanhamento sistemático das políticas e dos processos de trabalho, assegurando as práticas legais de financiamento no SUS/RS, bem como fortalecendo e expandindo da Infraestrutura do SUS no Rio Grande do Sul.						
OBJETIVO 6	Institucionalizar do Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS						
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Manter Grupos de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação em atividade.	20	20	20		ASSTEPLAN	
Ação 2	Publicar Instrumentos de Gestão do SUS.	11	11	11		ASSTEPLAN	
Ação 3	Publicar Código Estadual de Vigilância em Saúde.	1	0	0	*	CEVS	
Ação 4	Plano Diretor de Vigilância em Saúde.	1	0	0	*	CEVS	
Ação 5	Plano de integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica.	1	0	0	*	CEVS	DAS
Ação 6	Implantar metodologia de assessoria técnica para as Coordenadoria Regionais de Saúde e Municípios na área de vigilância em saúde integrada às outras áreas da gestão estadual.	1	0	0	*	CEVS	
Ação 7	Implantar estrutura matricial visando ao desenvolvimento de planejamento, monitoramento e avaliação em Vigilância em Saúde.	1	0	0	*	CEVS	
Justificativas							
Ação 3:	O Projeto de Cooperação técnica estabelecida entre a SES e a Organização Pan-americana da Saúde, em tratativas permitiria a elaboração do novo código estadual. No segundo semestre de 2013, foi iniciada discussão em Grupo de Trabalho na Assembléia Legislativa com participação do CEVS.						
Ação 4:	Considerando que uma nova Política Nacional de Vig. em Saúde está em elaboração pelo GT Tripartite, devendo esta ser concluída em 2015, concomitantemente já estamos discutindo a elaboração deste documento.						
Ação 5:	Integração do CEVS através das Reuniões semanais coordenadas pelo DAS, por Macrorregiões.						
Ação 6:	Ocorreu apoio Técnico através das Macrorregiões referidas no item anterior.						
Ação 7:	Formação do GT de Monitoramento e avaliação do CEVS com representação de todas Divisões.						

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2014							
OBJETIVO 7	Aumentar o Financiamento e os Investimentos em Saúde						
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Beneficiar com recursos financeiros os municípios por ano para qualificar a atenção básica, secundária e terciária, incluindo a urgência pré-hospitalar, assistência farmacêutica e vigilância em saúde	497	497	497		FES	
Ação 2	Realizar campanhas educativas de prevenção.	40				ACS	
Ação 3	Financiar pesquisas aplicadas em serviços e projetos específicos de interesse do SUS em consonância com a Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde do Rio Grande do Sul.					ESP	DA
Ação 4	Captar recursos, através de convênios Federais junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Ciência e Tecnologia (FINEP) para potencializar os investimentos em Saúde Pública.					FES	DEMAIS DPTOS
Ação 5	Atingir o percentual de 12% de aplicação em ações e serviços de saúde até o final de 2013	12%		12%		GABINETE	

OBJETIVO 8		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Realizar Conferência Estadual de Saúde em 2015.	1	0	0	*	CES	ASSTEPLAN
Ação 2	Criação de Comitê para construção da Política Estadual de Gestão Estratégica e Participativa.	1	1	1			
Ação 3	Pactuar e aprovar no CES e na CIB o Plano de Ação para a execução dos recursos para o financiamento das ações de participação social.	1	1	1	*	CES	
Ação 4	Implementar Comissões Intergestores Regionais (CIR).	30	30	30		ASSTEPLAN	DCR
Ação 5	Desenvolver Projeto para o desenvolvimento de ações em Ouvidoria Ativa no RS com a participação das áreas técnicas da SES e as CRS.	1	0	0	*	OUVIDORIA	
Ação 6	Realizar Eventos de qualificação da rede da ouvidoria do SUS a cada ano.	2	9	4		OUVIDORIA	
Ação 7	Implantar ouvidoria nos municípios.	77 (15,49%)	23 (4,6%)	04	*	OUVIDORIA	
Ação 8	Implantar ouvidoria na FEPPS com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica.	1				OUVIDORIA	FEPPS
Justificativas							
Ação 1:	A Conferência estadual de Saúde será realizada em Porto Alegre, no mês de agosto de 2015.						
Ação 3:	A utilização dos recursos do ParticipaSUS foi pactuada na resolução CIB n° 650 de 2013. A utilização do recurso por parte do CES foi aprovada em plenária.						
Ação 5:	O Decreto 51.999 que regulamenta o funcionamento da Ouvidoria e prevê a implantação das Ouvidorias do SUS nas CRS, foi publicado apenas em novembro de 2014. Após a ampliação da Ouvidoria, prevista no Decreto, o projeto será desenvolvido.						
Ação 7:	Algumas Ouvidorias que já haviam sido implantadas se desestruturaram, portanto o número total de Ouvidorias implantadas não aumentou. A partir da implantação das Ouvidorias Regionais será possível monitorar este indicador e desenvolver ações efetivas para atingir a meta. Ainda existem 08 Ouvidorias em implantação.						

OBJETIVO 9		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Complexo Regulador Estadual CRE/RS							
Ação 1	Elaborar planejamento da nova área física do CRE/RS.	1	0	0	*	DAHA/Regulação	
Ação 2	Publicar Decreto de formalização da estrutura do CRE/RS.	1	0	0		DAHA/Regulação	
Justificativas							
Ação 1:	Ampliação da área física do CRS/RS é necessária, porém, demanda volume significativo de recursos. Está em estudo a solução para o problema que atenda a realidade financeira atual.						
Ação 2:	A formalização do CRE/RS está sendo discutida pelo grupo de trabalho formado pelos coordenadores e técnico das centrais de regulação envolvidas, em fase de reavaliação do documento preliminar						
Central de Transplantes do Rio Grande do Sul (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/RS)							
Ação 1	Identificar os potenciais doadores em notificações de Morte Encefálica por milhão de população.	60	46-54	56,50		DAHA/Central de Trnsplantes	
Ação 2	Aumentar para 27 o número de doadores efetivos de órgãos por milhão de população.	27	18,1-18,8	20,00		DAHA/Central de Trnsplantes	
Ação 3	Ampliar para 80% o aproveitamento de mais de um órgão dos doadores efetivos em morte encefálica.	80%		62,60%		DAHA/Central de Trnsplantes	
Ação 4	Aumentar para o número de transplantes de medula (TCTH) alogeneicos não-aparentados por Milhão de população	9	2-17	8		DAHA/Central de Trnsplantes	
Ação 5	Diminuir para menos de 1 mês o tempo de espera por transplante de córnea.			40 dias		DAHA/Central de Trnsplantes	

Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU (CRUE/RS)							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Reorganizar a abrangência populacional de regulação da Central Estadual, redirecionando a regulação de 17 municípios para 02 Centrais Regionais, limitando a abrangência da Central Estadual a 668.625 habitantes.	1		*	Os dois municípios que	DAHA/Regulação	
Ação 2	Qualificar/adequar a Central Estadual à legislação, com melhoria da infraestrutura, modernização dos equipamentos tecnológicos e adequação de Recursos Humanos.		100%	100%		DAHA/Regulação	
Ação 3	Atingir os municípios com regulação de atendimento SAMU 192.	100%	90%	0,11%	*	DAHA/Regulação	
Ação 4	Implantar novo Sistema de Comunicação nas Unidades Móveis do SAMU 192.	100%	100%	100%		DAHA/Regulação	
Ação 5	Implantar Sistema Estadual Integrado, Interface Simultânea de Regulação Única, reunindo todos os Serviços de Urgência nos municípios.	100%			*	DAHA/Regulação	
Ação 6	Implantar bases de atendimento pré-hospitalar SAMU - Resgate e Transporte Aeromédico.	4	1	0	*	DAHA/Regulação	
Justificativas							
Ação 1:	Os dois municípios que deveriam passar para a regulação de Pelotas(Cristal e Rio Grande) ainda não foram redirecionados porque os gestores municipais não concordaram com a alteração. A gestão municipal de Caxias do Sul também não se manifestou favorável a assumir a regulação de 15 municípios da Macro Serra(regiões que continuam sob regulação da central estadual.						
Ação 5:	O sistema integrado foi testado durante a realização dos jogos da copa do mundo FIFA 2014.						
Ação 6:	Resgate e transporte aeromédicos deverão ser realizados para todo o estado a partir de uma base implantada no Aeroporto Salgado Filho, a qual poderá ser transferida para o litoral norte nos meses de verão.						
Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS)							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Informatizar a totalidade do processo regulatório nos leitos de UTI regulados.	670	167	167	*	DAHA/Regulação	
Ação 2	Regular internações hospitalares gerais.	470.000	7.800	3.232	*	DAHA/Regulação	
Ação 3	Concluir os casos regulados para UTI em até 2 horas.	30%	36,4%	36,4%		DAHA/Regulação	
Ação 4	Garantir a proporção de transferências hospitalares para UTI reguladas com destino inferior a 300 km.	90%	93,6%	93,6%		DAHA/Regulação	
Justificativas							
Ação 1 e 2:	A não informatização plena do processo de regulação hospitalar inviabiliza a ocupação regulada obrigatória nos leitos de UTI e regulação das internações gerais. Está em estudo solução de informática para o problema.						
Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA/RS)							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Ampliar o número de consultas com acesso regulado.	1.000.000	655.118	309.007		DAHA/Regulação	
Ação 2	Ampliar o número de exames com acesso regulado.	300.000	42.637	39.139	*	DAHA/Regulação	
Ação 3	Reduzir o déficit oferta/demanda mensal médio para consultas médicas especializadas.	1,0		1,55	*	DAHA/Regulação	
Ação 4	Regular as consultas médicas especializadas ofertadas no sistema informatizado de regulação.	95%	95,2%	95%		DAHA/Regulação	
Ação 5	Elaborar e configurar no sistema informatizado de regulação protocolos de regulação.	10	13	8		DAHA/Regulação	
Justificativas							
Ação 2:	A implantação da regulação ambulatorial priorizou no primeiro momento o acesso regulado para consultas. Em 2015 a regulação dos exames será ampliada significativamente.						
Ação 3:	Apesar das várias medidas de gestão da fila de espera, ainda não foi possível reduzir o déficit para os índices ideais. Apesar disso, o valor reduziu de: 1,76 em 2012 para 1,55 em 2014. Com a implantação dos protocolos previstos para 2015 a possibilidade de redução significativa do déficit.						

OBJETIVO 10		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implementar a Auditoria Estadual do SUS.	1				AUDITORIA	
Ação 2	Realizar concurso público para os cargos de Auditor Médico, Auditor Enfermeiro e Auditor Contábil.	1				AUDITORIA	

OBJETIVO 11		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Construir unidades de Saúde da Família (USF).	75	129	Dado ainda não disponível SISMOB		DAS/ESF	
Ação 2	Equipar unidades de saúde da família.	75	117	57 municípios adesão veículos Resol.Nº 633/13		DAS/ESF	
Ação 3	Equipar Maternidades que realizam de 500 a 1.000 partos/ano com equipamentos de suporte de vida.	75				DAS/S. da Mulher	DAHA
Ação 4	Equipar unidades básicas de saúde prisional.	26	19	01	*	DAS/S. Prisional	
Ação 5	Construir Hospitais Regionais.	3	0	0	*	DAHA	Assteplan
Ação 6	Ampliar Hospital Regional.	1	0	0	*	DAHA	Assteplan
Ação 7	Adquirir unidades de SAMU Neonatal/Pediátrica.	07	0	0	*	DAHA/SAMU	
Ação 8	Construir Unidades de Pronto Atendimento (UPA), até dezembro de 2012.	06	4	0		DAHA	
* Justificativas para a não realização da ação em 2014							
Ação 4:	Total acumulado de 19 UBSs equipadas, sendo que 5 UBSs foram equipadas até 2010 e 14 entre 2011 e 2014. Além disso, 4 processos foram aprovados pela área técnica para equipar 4 novas UBSs em 2014, porém por falta de recurso as resoluções não foram publicadas.						
Ação 5:	Hospital regional de Santa Maria: obra em fase de conclusão. Hospital regional de Palmeiras das Missões: em licitação. Hospital regional do Vale do Gravataí: em negociação com o gestor municipal.						
Ação 6:	Hospital regional de Osório: em fase de final da ampliação.						
Ação 7:	Ação e metas já excluídas na revisão do PPA.						

Fortalecimento da Infra-estrutura do nível central e regional da SES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Padronizar a estrutura física das sedes de Coordenadorias Regionais de Saúde.	7				DCR	
Ação 2	Reestruturar e ampliar a rede lógica da SES/RS.	1				DA	
Ação 3	Central de UBV (armazenamento de inseticidas e larvicidas) - Dengue e demais endemias construída.	1	0	0		CEVS	
Ação 4	Reestruturar a área física da Assistência Farmacêutica das Coordenadorias Regionais de Saúde.	19				CPAF	DCR
Ação 5	Implementar a nova Central Estadual de Abastecimento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI).	1	em andamento	em andamento		CEVS	
Ação 6	Reestruturar a Rede de Frio das Imunizações nas Coordenadorias Regionais de Saúde.	19	em andamento	em andamento		CEVS	DCR +CPAF
Ação 7	Construir novo prédio para o Centro Estadual de Vigilância em Saúde.	1	0	em andamento		CEVS	
Ação 8	Implantar novo organograma da SES.	1					ESP
Ação 8	Implantar novo organograma da SES.	1					ESP
Justificativas							
Ação 3:	Processo Administrativo nºs 32138.2000.09.0 (Construção) e 69297.2000.14.3 (Projeto Estrutural).						
Ação 5:	A SES encaminhou ao MS a execução dos projetos complementares e está pleiteando junto ao FNS a prorrogação do termo de contrato.						

Ação 6:	Pela complexidade da reestruturação os projetos continuam em andamento e tramitam processos para aquisições: nºs 69544.2000.14.0 (câmaras de vacinas) e proc. 08335.2000.14.0 (câmaras frias).
Ação 7:	Processo Administrativo 112570.2000.13.0

Fortalecimento da Infra-estrutura da Escola de Saúde Pública							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implementar programa de educação permanente dos servidores da ESP, incluindo a qualificação pedagógica.	1				ESP	
Ação 2	Elaborar e aprovar projeto que prevê a reorganização administrativa da ESP.	1				ESP	
Ação 3	Atualizar o Projeto Político Pedagógico (PPP) e o Regimento Escolar da ESP.	2				ESP	
Ação 4	Recuperar a autorização da ESP junto ao Conselho Estadual de Educação para realização e certificação do Curso Técnico de Enfermagem e buscar a autorização para realização e certificação de outros cursos técnicos.	1				ESP	
Ação 5	Buscar o credenciamento especial junto ao Ministério da Educação para certificação de cursos de especialização.	1				ESP	
Ação 6	Reestruturar a área física e promover a qualificação da infraestrutura da ESP.	1				ESP	
Ação 7	Fortalecer os NURESC nas CRS.	19				ESP	CEVS
Ação 8	Qualificação da infraestrutura dos NURESC.					ESP	CEVS
Ação 9	Qualificar os NIDS, por meio da atualização do acervo e dos equipamentos disponíveis para consulta e pesquisa.					ESP	
Ação 10	Qualificação e disponibilização dos Laboratórios de Ensino nas macrorregiões.	07				ESP	
Ação 11	Desenvolver e implementar ferramentas educacionais para a educação à distância.					ESP	
Ação 12	Implantação dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC nos municípios.	80%				ESP	
Fortalecimento da Infra-estrutura da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS)							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implementar o Sistema de Gestão da Qualidade na FEPPS com foco na melhoria e modernização das ferramentas de Tecnologia de Informação (TI).	1	0	0	*	FEPPS	
Ação 2	Reestruturar o parque de informática da FEPPS.	1			*	FEPPS	
Justificativas							
Ação 1:	Implementar o Sistema de Gestão da Qualidade na FEPPS com foco na melhoria e modernização das ferramentas de Tecnologia da Informação (TI) – (Realizada) - A ação de fortalecimento da infra-estrutura da FEPPS, prevista no PPA vigente, incluiu, além da obra em conclusão do novo prédio do CDCT e algumas obras secundárias; houve modernização em Tecnologia da Informação, com ampliação do número de equipamentos da rede interna, com a finalização da implantação de sistema de fibra ótica para a transmissão de dados e informações via PROCERGS. Outra ação em andamento foi a aprovação da adesão da FEPPS na Rede Nacional de Pesquisa (RNP), que disponibilizará rede de fibra ótica para as atividades de pesquisa e desenvolvimento. Ambos os sistemas de rede de TI possuem a capacidade de 100 Mb, atualmente a FEPPS possui rede com 10 Mb. Está em curso processo de definição de um Sistema de Gestão da Qualidade e em estudos e visitas de benchmarking para busca de experiências de melhorias dos fluxos administrativos, com implantação de sistemas de Workflow.						
Ação 2:	Reestruturar o Parque de Informática da FEPPS – (Realizada) – Além da instalação da rede de fibra ótica referida acima, a FEPPS adquiriu e instalou 202 novos equipamentos, modernizando desta forma, seu parque de informática.						

OBJETIVO 12		Promover a gestão da informação, inovação e incorporação tecnológica no SUS					
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Atingir os municípios com base limpa do cartão Nacional de Saúde.	497		0	*	DA	
Ação 2	Implantar nas regiões de saúde o Sistema de Prontuário Médico Eletrônico.	100%		78%		DA	
Ação 3	Estruturar rede de atendimento SUS/RS em Gestão de TI.	1		1		DA	
Ação 4	Implantar software de Gestão de Projetos na SES.	1		0	*	DA	
Ação 5	Implementar a informatização plena da regulação estadual.	1		0	*	DA	DAHA
Ação 6	Estruturar o núcleo de sistema de informação de interesse para a Vigilância em Saúde.	1		0	*	DA	DAHA
Ação 7	Integrar a base territorial de atuação da Atenção Básica e Vigilância em Saúde.	1		1		DA	DAHA + DAS
Ação 8	Desenvolver sistema informatizado para migração de dados de vigilância ambiental e saúde da família.	1		1		DA	DAS + CEVS
Ação 9	Financiar projetos de pesquisa em saúde, em 2013 com o Programa de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PADCT) da FEPPS.	40	37	5		FEPPS	
Justificativas							
Ação 1:	A gestão do Cartão SUS passou para a equipe do DGTI no mês de Novembro/2014.						
Ação 4:	Foi utilizado o software desenvolvido pela FGV/SGG para acompanhamento dos projetos estratégicos						
Ação 5:	Esta em estudo um projeto para licitação ou construção de um novo sistema de Regulação Estadual						
Ação 6:	Esta em estudo o processo de Governança da Informação que irá contemplar a estrutura da informação na Saúde						
Ação 9:	Financiar projetos de pesquisa em saúde em 2013 com o Programa de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PADCT) da FEPPS – (Em andamento) Projetos em desenvolvimento; Genotipagem de cepas de Mycobacterium tuberculosis isolados de pacientes de um presídio regional do estado do Rio Grande do Sul. (1821-2069/14-7); Busca por novos marcadores genéticos de progressão da tuberculose latente para tuberculose ativa. (1761-2069/14-6); Análise do efeito de polimorfismos no gene APOBEC3G sobre a susceptibilidade e progressão à AIDS em indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência Humana Tipo 1 (HIV-1). (1835-2069/14-0); Avaliação de infecções fúngicas emergentes no Rio Grande do Sul e a susceptibilidade aos fúngicos em isolados de Candida spp. (1816-2069/14-9) e Hepatite B: Caracterização genética e análise dos genes envolvidos na resposta imune (1817-2069/14-1)						

OBJETIVO 13		Promover e qualificar a Gestão do Trabalho em Saúde					
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Realizar Concurso Público para a SES.	1	1	0		DA	
Ação 2	Realizar Concurso Público específico para a FEPPS.	1	0	0		DA	FEPPS
Ação 3	Construir projeto de Gestão do Trabalho para a SES.	1				DA	CEVS + ESP
Justificativas							
Ação 2:	Realizar o Concurso Público específico para a FEPPS – (Ação em desenvolvimento) O Concurso Público foi realizado em dezembro/2014; as provas foram realizadas dia 07/12/2014. A FEPPS aguarda a efetivação dos aprovados. Expediente nº 4298.2069/05-2.						

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2014

DIRETRIZ PES	Incentivo às ações de educação e pesquisa em saúde tendo em vista contribuir para o desenvolvimento tecnológico e a qualificação do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul, fortalecendo a Escola de Saúde Pública como pólo de formação de trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde.						
OBJETIVO 14	Desenvolver Estratégias de Educação Permanente em Saúde						
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Qualificar trabalhadores/alunos na temática das redes de atenção a saúde e atenção básica.	7690				ESP	DAS
Ação 2	Instituir redes de apoio intersetorial nas regiões de saúde.	80%				ESP	
Ação 3	Qualificar trabalhadores/alunos na área de Vigilância em Saúde.	140			*	ESP	CEVS
Ação 4	Qualificar trabalhadores/alunos na área de Planejamento e Gestão.	810				ESP	
Ação 5	Qualificar trabalhadores/alunos na área do Controle Social, participação e movimentos sociais.	2040				ESP	
Ação 6	Qualificar trabalhadores/alunos da SES.	800				ESP	
Ação 7	Elaborar e implantar Cursos Básicos de Vigilância em Saúde para capacitar Agentes Comunitários de Saúde.	50%			*	ESP	CEVS
Ação 8	Realizar cursos de capacitação para Agentes de Vigilância em Saúde.	8			*	ESP	CEVS
Ação 9	Implantar o Mestrado Profissional em Desenvolvimento Tecnológico e cursos na área de Hematologia e Hemoterapia pela FEPPS com parceria com a Faculdade de Farmácia da UFRGS e a ESP.	1	0	0	*	ESP	FEPPS
Ação 10	Reintroduzir no Estado o Curso de Especialização em Hemoterapia organizado pelo Hemorgs/FEPPS e com parcerias com a Ministério da Saúde, ESP, HCPA e UFRGS.	1	0	0	*	ESP	FEPPS
Justificativas							
Ação 3:	13 alunos - Início da Residência com ênfase em Vigilância em Saúde, parceria ESP, CGVS e CEVS						
Ação 7:	Realizado capacitações de forma descentralizada, não havendo sistema de informação que permita qualificá-las. Projeto sistematizando essas capacitações deverá ser elaborado de forma integrada entre vigilância em Saúde e Atenção básica com apoio da ESP, a ser executado em 2015.						
Ação 8:	CRSs tem trabalhado junto as vigilâncias municipais de saúde para qualificar a descentralização das ações. Os Agente Municipais de vigilância tem sido capacitados pelo CEVS e CRSs, porém de forma fragmentada (Dengue, Imunizações, Vig. Sanitária e outros) ainda sem a sistematização de um Programa Permanente de Vigilância em Saúde.						
Ação 9:	Implantar o Mestrado Profissional em Desenvolvimento Tecnológico e cursos na área de Hematologia e Hemoterapia pela FEPPS com parceria com a Faculdade de Farmácia da UFRGS e a ESP – (Ação não realizada) A FEPPS está na dependência da homologação e nomeação dos aprovados no Concurso Público.						
Ação 10:	Reintroduzir no Estado o Curso de Especialização em Hemoterapia organizado pelo HEMORGS/FEPPS com parcerias do Ministério da Saúde, ESP, HCPA e UFRGS – (Ação não realizada) – O Convênio com o Ministério da Saúde que disponibiliza recurso para a realização desta ação, teve o seu Plano de Trabalho alterado em 2012 pela direção do HEMORGS, ocasionando seu cancelamento. O novo Plano de Trabalho foi alterado para: Treinamento e Capacitação em Gestão Ambiental na Hemorrede.						

OBJETIVO 15							
Construir e Implementar da Política Estadual de Incentivo à Pesquisa		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implantar a Política Estadual de Pesquisa.	1				ESP	
Ação 2	Constituir e implementar Comissão de Pesquisa dos serviços próprios da SES.	1				ESP	
Ação 3	Constituir comitê de pesquisa intersetorial.	1				ESP	
Ação 4	Criar Comitê de avaliação de tecnologias e incorporação tecnológica do SUS.	1				ESP	
Ação 5	Realizar seminários de pesquisa no âmbito da SES e/ou intersetorial.	5				ESP	
Ação 6	Desenvolver pesquisas científicas.	20				ESP	
Ação 7	Publicar artigos em periódicos científicos.	20				ESP	

OBJETIVO 16							
Consolidar a Política Estadual de Residência Integrada em Saúde		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Ampliar o número de bolsas para a Residência Integrada em Saúde, contemplando o aumento de residentes ingressantes a cada ano.	40				ESP	
Ação 2	Descentralizar o programa de Residência Multiprofissional e/ou Médica contemplando municípios.	6				ESP	
Ação 3	Criar novas ênfases para o Programa de residência Integrada em Saúde.	2				ESP	
Ação 4	Ampliar os campos de prática da Residência em Saúde Mental, contemplando os serviços da rede substitutiva e hospital geral.					ESP	

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2014

DIRETRIZ PES	Incentivo às ações de educação e pesquisa em saúde tendo em vista contribuir para o desenvolvimento tecnológico e a qualificação do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul, fortalecendo a Escola de Saúde Pública como pólo de formação de trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde.						
OBJETIVO 14	Desenvolver Estratégias de Educação Permanente em Saúde						
		META DA AÇÃO			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
	AÇÕES	Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Qualificar trabalhadores/alunos na temática das redes de atenção a saúde e atenção básica.	7690				ESP	DAS
Ação 2	Instituir redes de apoio intersetorial nas regiões de saúde.	80%				ESP	
Ação 3	Qualificar trabalhadores/alunos na área de Vigilância em Saúde.	140			*	ESP	CEVS
Ação 4	Qualificar trabalhadores/alunos na área de Planejamento e Gestão.	810				ESP	
Ação 5	Qualificar trabalhadores/alunos na área do Controle Social, participação e movimentos sociais.	2040				ESP	
Ação 6	Qualificar trabalhadores/alunos da SES.	800				ESP	
Ação 7	Elaborar e implantar Cursos Básicos de Vigilância em Saúde para capacitar Agentes Comunitários de Saúde.	50%			*	ESP	CEVS
Ação 8	Realizar cursos de capacitação para Agentes de Vigilância em Saúde.	8			*	ESP	CEVS
Ação 9	Implantar o Mestrado Profissional em Desenvolvimento Tecnológico e cursos na área de Hematologia e Hemoterapia pela FEPPS com parceria com a Faculdade de Farmácia da UFRGS e a ESP.	1	0	0	*	ESP	FEPPS
Ação 10	Reintroduzir no Estado o Curso de Especialização em Hemoterapia organizado pelo Hemorgs/FEPPS e com parcerias com a Ministério da Saúde, ESP, HCPA e UFRGS.	1	0	0	*	ESP	FEPPS
Justificativas							
Ação 3:	13 alunos - Início da Residência com ênfase em Vigilância em Saúde, parceria ESP, CGVS e CEVS						
Ação 7:	Realizado capacitações de forma descentralizada, não havendo sistema de informação que permita qualificá-las. Projeto sistematizando essas capacitações deverá ser elaborado de forma integrada entre vigilância em Saúde e Atenção básica com apoio da ESP, a ser executado em 2015.						
Ação 8:	CRSs tem trabalhado junto as vigilâncias municipais de saúde para qualificar a descentralização das ações. Os Agente Municipais de vigilância tem sido capacitados pelo CEVS e CRSs, porém de forma fragmentada (Dengue, Imunizações, Vig. Sanitária e outros) ainda sem a sistematização de um Programa Permanente de Vigilância em Saúde.						
Ação 9:	Implantar o Mestrado Profissional em Desenvolvimento Tecnológico e cursos na área de Hematologia e Hemoterapia pela FEPPS com parceria com a Faculdade de Farmácia da UFRGS e a ESP – (Ação não realizada) A FEPPS está na dependência da homologação e nomeação dos aprovados no Concurso Público.						
Ação 10:	Reintroduzir no Estado o Curso de Especialização em Hemoterapia organizado pelo HEMORGS/FEPPS com parcerias do Ministério da Saúde, ESP, HCPA e UFRGS – (Ação não realizada) – O Convênio com o Ministério da Saúde que disponibiliza recurso para a realização desta ação, teve o seu Plano de Trabalho alterado em 2012 pela direção do HEMORGS, ocasionando seu cancelamento. O novo Plano de Trabalho foi alterado para: Treinamento e Capacitação em Gestão Ambiental na Hemorrede.						

OBJETIVO 15							
Construir e Implementar da Política Estadual de Incentivo à Pesquisa		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implantar a Política Estadual de Pesquisa.	1				ESP	
Ação 2	Constituir e implementar Comissão de Pesquisa dos serviços próprios da SES.	1				ESP	
Ação 3	Constituir comitê de pesquisa intersetorial.	1				ESP	
Ação 4	Criar Comitê de avaliação de tecnologias e incorporação tecnológica do SUS.	1				ESP	
Ação 5	Realizar seminários de pesquisa no âmbito da SES e/ou intersetorial.	5				ESP	
Ação 6	Desenvolver pesquisas científicas.	20				ESP	
Ação 7	Publicar artigos em periódicos científicos.	20				ESP	

OBJETIVO 16							
Consolidar a Política Estadual de Residência Integrada em Saúde		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Ampliar o número de bolsas para a Residência Integrada em Saúde, contemplando o aumento de residentes ingressantes a cada ano.	40				ESP	
Ação 2	Descentralizar o programa de Residência Multiprofissional e/ou Médica contemplando municípios.	6				ESP	
Ação 3	Criar novas ênfases para o Programa de residência Integrada em Saúde.	2				ESP	
Ação 4	Ampliar os campos de prática da Residência em Saúde Mental, contemplando os serviços da rede substitutiva e hospital geral.					ESP	

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2014

DIRETRIZ PES		Estimular o processo de gestão de qualidade e ao uso eficiente dos recursos públicos com acompanhamento sistemático das políticas e dos processos de trabalho, assegurando as práticas legais de financiamento no SUS/RS, bem como fortalecendo e expandindo da Infraestrutura do SUS no Rio Grande do Sul.					
OBJETIVO 6		Institucionalizar do Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS					
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Manter Grupos de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação em atividade.	20	20	20		ASSTEPLAN	
Ação 2	Publicar Instrumentos de Gestão do SUS.	11	11	11		ASSTEPLAN	
Ação 3	Publicar Código Estadual de Vigilância em Saúde.	1	0	0	*	CEVS	
Ação 4	Plano Diretor de Vigilância em Saúde.	1	0	0	*	CEVS	
Ação 5	Plano de integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica.	1	0	0	*	CEVS	DAS
Ação 6	Implantar metodologia de assessoria técnica para as Coordenadorias Regionais de Saúde e Municípios na área de vigilância em saúde integrada às outras áreas da gestão estadual.	1	0	0	*	CEVS	
Ação 7	Implantar estrutura matricial visando ao desenvolvimento de planejamento, monitoramento e avaliação em Vigilância em Saúde.	1	0	0	*	CEVS	
Justificativas							
Ação 3:	O Projeto de Cooperação técnica estabelecida entre a SES e a Organização Pan-americana da Saúde, em tratativas permitiria a elaboração do novo código estadual. No segundo semestre de 2013, foi iniciada discussão em Grupo de Trabalho na Assembléia Legislativa com participação do CEVS.						
Ação 4:	Considerando que uma nova Política Nacional de Vig. em Saúde está em elaboração pelo GT Tripartite, devendo esta ser concluída em 2015, concomitantemente já estamos discutindo a elaboração deste documento.						
Ação 5:	Integração do CEVS através das Reuniões semanais coordenadas pelo DAS, por Macrorregiões.						
Ação 6:	Ocorreu apoio Técnico através das Macrorregiões referidas no item anterior.						
Ação 7:	Formação do GT de Monitoramento e avaliação do CEVS com representação de todas Divisões.						

OBJETIVO 7		Aumentar o Financiamento e os Investimentos em Saúde					
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Beneficiar com recursos financeiros os municípios por ano para qualificar a atenção básica, secundária e terciária, incluindo a urgência pré-hospitalar, assistência farmacêutica e vigilância em saúde	497	497	497		FES	
Ação 2	Realizar campanhas educativas de prevenção.	40				ACS	
Ação 3	Financiar pesquisas aplicadas em serviços e projetos específicos de interesse do SUS em consonância com a Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde do Rio Grande do Sul.					ESP	DA
Ação 4	Captar recursos, através de convênios Federais junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Ciência e Tecnologia (FINEP) para potencializar os investimentos em Saúde Pública.					FES	DEMAIS DPTOS
Ação 5	Atingir o percentual de 12% de aplicação em ações e serviços de saúde até o final de 2013	12%		12%		GABINETE	

OBJETIVO 8		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Realizar Conferência Estadual de Saúde em 2015.	1	0	0	*	CES	ASSTEPLAN
Ação 2	Criação de Comitê para construção da Política Estadual de Gestão Estratégica e Participativa.	1	1	1			
Ação 3	Pactuar e aprovar no CES e na CIB o Plano de Ação para a execução dos recursos para o financiamento das ações de participação social.	1	1	1	*	CES	
Ação 4	Implementar Comissões Intergestores Regionais (CIR).	30	30	30		ASSTEPLAN	DCR
Ação 5	Desenvolver Projeto para o desenvolvimento de ações em Ouvidoria Ativa no RS com a participação das áreas técnicas da SES e as CRS.	1	0	0	*	OUVIDORIA	
Ação 6	Realizar Eventos de qualificação da rede da ouvidoria do SUS a cada ano.	2	9	4		OUVIDORIA	
Ação 7	Implantar ouvidoria nos municípios.	77 (15,49%)	23 (4,6%)	04	*	OUVIDORIA	
Ação 8	Implantar ouvidoria na FEPPS com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica.	1				OUVIDORIA	FEPPS
Justificativas							
Ação 1:	A Conferência estadual de Saúde será realizada em Porto Alegre, no mês de agosto de 2015.						
Ação 3:	A utilização dos recursos do ParticipaSUS foi pactuada na resolução CIB n° 650 de 2013. A utilização do recurso por parte do CES foi aprovada em plenária.						
Ação 5:	O Decreto 51.999 que regulamenta o funcionamento da Ouvidoria e prevê a implantação das Ouvidorias do SUS nas CRS, foi publicado apenas em novembro de 2014. Após a ampliação da Ouvidoria, prevista no Decreto, o projeto será desenvolvido.						
Ação 7:	Algumas Ouvidorias que já haviam sido implantadas se desestruturaram, portanto o número total de Ouvidorias implantadas não aumentou. A partir da implantação das Ouvidorias Regionais será possível monitorar este indicador e desenvolver ações efetivas para atingir a meta. Ainda existem 08 Ouvidorias em implantação.						

OBJETIVO 9		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Complexo Regulador Estadual CRE/RS							
Ação 1	Elaborar planejamento da nova área física do CRE/RS.	1	0	0	*	DAHA/Regulação	
Ação 2	Publicar Decreto de formalização da estrutura do CRE/RS.	1	0	0		DAHA/Regulação	
Justificativas							
Ação 1:	Ampliação da área física do CRS/RS é necessária, porém, demanda volume significativo de recursos. Está em estudo a solução para o problema que atenda a realidade financeira atual.						
Ação 2:	A formalização do CRE/RS está sendo discutida pelo grupo de trabalho formado pelos coordenadores e técnico das centrais de regulação envolvidas, em fase de reavaliação do documento preliminar						
Central de Transplantes do Rio Grande do Sul (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/RS)							
Ação 1	Identificar os potenciais doadores em notificações de Morte Encefálica por milhão de população.	60	46-54	56,50		DAHA/Central de Trnsplantes	
Ação 2	Aumentar para 27 o número de doadores efetivos de órgãos por milhão de população.	27	18,1-18,8	20,00		DAHA/Central de Trnsplantes	
Ação 3	Ampliar para 80% o aproveitamento de mais de um órgão dos doadores efetivos em morte encefálica.	80%		62,60%		DAHA/Central de Trnsplantes	
Ação 4	Aumentar para o número de transplantes de medula (TCTH) alogeneicos não-aparentados por Milhão de população	9	2-17	8		DAHA/Central de Trnsplantes	
Ação 5	Diminuir para menos de 1 mês o tempo de espera por transplante de córnea.			40 dias		DAHA/Central de Trnsplantes	

Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU (CRUE/RS)							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Reorganizar a abrangência populacional de regulação da Central Estadual, redirecionando a regulação de 17 municípios para 02 Centrais Regionais, limitando a abrangência da Central Estadual a 668.625 habitantes.	1		*	Os dois municípios que	DAHA/Regulação	
Ação 2	Qualificar/adequar a Central Estadual à legislação, com melhoria da infraestrutura, modernização dos equipamentos tecnológicos e adequação de Recursos Humanos.		100%	100%		DAHA/Regulação	
Ação 3	Atingir os municípios com regulação de atendimento SAMU 192.	100%	90%	0,11%	*	DAHA/Regulação	
Ação 4	Implantar novo Sistema de Comunicação nas Unidades Móveis do SAMU 192.	100%	100%	100%		DAHA/Regulação	
Ação 5	Implantar Sistema Estadual Integrado, Interface Simultânea de Regulação Única, reunindo todos os Serviços de Urgência nos municípios.	100%			*	DAHA/Regulação	
Ação 6	Implantar bases de atendimento pré-hospitalar SAMU - Resgate e Transporte Aeromédico.	4	1	0	*	DAHA/Regulação	
Justificativas							
Ação 1:	Os dois municípios que deveriam passar para a regulação de Pelotas(Cristal e Rio Grande) ainda não foram redirecionados porque os gestores municipais não concordaram com a alteração. A gestão municipal de Caxias do Sul também não se manifestou favorável a assumir a regulação de 15 municípios da Macro Serra(regiões que continuam sob regulação da central estadual.						
Ação 5:	O sistema integrado foi testado durante a realização dos jogos da copa do mundo FIFA 2014.						
Ação 6:	Resgate e transporte aeromédicos deverão ser realizados para todo o estado a partir de uma base implantada no Aeroporto Salgado Filho, a qual poderá ser transferida para o litoral norte nos meses de verão.						
Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS)							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Informatizar a totalidade do processo regulatório nos leitos de UTI regulados.	670	167	167	*	DAHA/Regulação	
Ação 2	Regular internações hospitalares gerais.	470.000	7.800	3.232	*	DAHA/Regulação	
Ação 3	Concluir os casos regulados para UTI em até 2 horas.	30%	36,4%	36,4%		DAHA/Regulação	
Ação 4	Garantir a proporção de transferências hospitalares para UTI reguladas com destino inferior a 300 km.	90%	93,6%	93,6%		DAHA/Regulação	
Justificativas							
Ação 1 e 2:	A não informatização plena do processo de regulação hospitalar inviabiliza a ocupação regulada obrigatória nos leitos de UTI e regulação das internações gerais. Está em estudo solução de informática para o problema.						
Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA/RS)							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Ampliar o número de consultas com acesso regulado.	1.000.000	655.118	309.007		DAHA/Regulação	
Ação 2	Ampliar o número de exames com acesso regulado.	300.000	42.637	39.139	*	DAHA/Regulação	
Ação 3	Reduzir o déficit oferta/demanda mensal médio para consultas médicas especializadas.	1,0		1,55	*	DAHA/Regulação	
Ação 4	Regular as consultas médicas especializadas ofertadas no sistema informatizado de regulação.	95%	95,2%	95%		DAHA/Regulação	
Ação 5	Elaborar e configurar no sistema informatizado de regulação protocolos de regulação.	10	13	8		DAHA/Regulação	
Justificativas							
Ação 2:	A implantação da regulação ambulatorial priorizou no primeiro momento o acesso regulado para consultas. Em 2015 a regulação dos exames será ampliada significativamente.						
Ação 3:	Apesar das várias medidas de gestão da fila de espera, ainda não foi possível reduzir o déficit para os índices ideais. Apesar disso, o valor reduziu de: 1,76 em 2012 para 1,55 em 2014. Com a implantação dos protocolos previstos para 2015 a possibilidade de redução significativa do déficit.						

OBJETIVO 10		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implementar a Auditoria Estadual do SUS.	1				AUDITORIA	
Ação 2	Realizar concurso público para os cargos de Auditor Médico, Auditor Enfermeiro e Auditor Contábil.	1				AUDITORIA	

OBJETIVO 11		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Construir unidades de Saúde da Família (USF).	75	129	Dado ainda não disponível SISMOB		DAS/ESF	
Ação 2	Equipar unidades de saúde da família.	75	117	57 municípios adesão veículos Resol.Nº 633/13		DAS/ESF	
Ação 3	Equipar Maternidades que realizam de 500 a 1.000 partos/ano com equipamentos de suporte de vida.	75				DAS/S. da Mulher	DAHA
Ação 4	Equipar unidades básicas de saúde prisional.	26	19	01	*	DAS/S. Prisional	
Ação 5	Construir Hospitais Regionais.	3	0	0	*	DAHA	Assteplan
Ação 6	Ampliar Hospital Regional.	1	0	0	*	DAHA	Assteplan
Ação 7	Adquirir unidades de SAMU Neonatal/Pediátrica.	07	0	0	*	DAHA/SAMU	
Ação 8	Construir Unidades de Pronto Atendimento (UPA), até dezembro de 2012.	06	4	0		DAHA	
* Justificativas para a não realização da ação em 2014							
Ação 4:	Total acumulado de 19 UBSs equipadas, sendo que 5 UBSs foram equipadas até 2010 e 14 entre 2011 e 2014. Além disso, 4 processos foram aprovados pela área técnica para equipar 4 novas UBSs em 2014, porém por falta de recurso as resoluções não foram publicadas.						
Ação 5:	Hospital regional de Santa Maria: obra em fase de conclusão. Hospital regional de Palmeiras das Missões: em licitação. Hospital regional do Vale do Gravataí: em negociação com o gestor municipal.						
Ação 6:	Hospital regional de Osório: em fase de final da ampliação.						
Ação 7:	Ação e metas já excluídas na revisão do PPA.						

Fortalecimento da Infra-estrutura do nível central e regional da SES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
AÇÕES		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Padronizar a estrutura física das sedes de Coordenadorias Regionais de Saúde.	7				DCR	
Ação 2	Reestruturar e ampliar a rede lógica da SES/RS.	1				DA	
Ação 3	Central de UBV (armazenamento de inseticidas e larvicidas) - Dengue e demais endemias construída.	1	0	0		CEVS	
Ação 4	Reestruturar a área física da Assistência Farmacêutica das Coordenadorias Regionais de Saúde.	19				CPAF	DCR
Ação 5	Implementar a nova Central Estadual de Abastecimento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI).	1	em andamento	em andamento		CEVS	
Ação 6	Reestruturar a Rede de Frio das Imunizações nas Coordenadorias Regionais de Saúde.	19	em andamento	em andamento		CEVS	DCR +CPAF
Ação 7	Construir novo prédio para o Centro Estadual de Vigilância em Saúde.	1	0	em andamento		CEVS	
Ação 8	Implantar novo organograma da SES.	1					ESP
Ação 8	Implantar novo organograma da SES.	1					ESP
Justificativas							
Ação 3:	Processo Administrativo nºs 32138.2000.09.0 (Construção) e 69297.2000.14.3 (Projeto Estrutural).						
Ação 5:	A SES encaminhou ao MS a execução dos projetos complementares e está pleiteando junto ao FNS a prorrogação do termo de contrato.						

Ação 6:	Pela complexidade da reestruturação os projetos continuam em andamento e tramitam processos para aquisições: nºs 69544.2000.14.0 (câmaras de vacinas) e proc. 08335.2000.14.0 (câmaras frias).
Ação 7:	Processo Administrativo 112570.2000.13.0

Fortalecimento da Infra-estrutura da Escola de Saúde Pública							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implementar programa de educação permanente dos servidores da ESP, incluindo a qualificação pedagógica.	1				ESP	
Ação 2	Elaborar e aprovar projeto que prevê a reorganização administrativa da ESP.	1				ESP	
Ação 3	Atualizar o Projeto Político Pedagógico (PPP) e o Regimento Escolar da ESP.	2				ESP	
Ação 4	Recuperar a autorização da ESP junto ao Conselho Estadual de Educação para realização e certificação do Curso Técnico de Enfermagem e buscar a autorização para realização e certificação de outros cursos técnicos.	1				ESP	
Ação 5	Buscar o credenciamento especial junto ao Ministério da Educação para certificação de cursos de especialização.	1				ESP	
Ação 6	Reestruturar a área física e promover a qualificação da infraestrutura da ESP.	1				ESP	
Ação 7	Fortalecer os NURESC nas CRS.	19				ESP	CEVS
Ação 8	Qualificação da infraestrutura dos NURESC.					ESP	CEVS
Ação 9	Qualificar os NIDS, por meio da atualização do acervo e dos equipamentos disponíveis para consulta e pesquisa.					ESP	
Ação 10	Qualificação e disponibilização dos Laboratórios de Ensino nas macrorregiões.	07				ESP	
Ação 11	Desenvolver e implementar ferramentas educacionais para a educação à distância.					ESP	
Ação 12	Implantação dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC nos municípios.	80%				ESP	
Fortalecimento da Infra-estrutura da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS)							
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Implementar o Sistema de Gestão da Qualidade na FEPPS com foco na melhoria e modernização das ferramentas de Tecnologia de Informação (TI).	1	0	0	*	FEPPS	
Ação 2	Reestruturar o parque de informática da FEPPS.	1			*	FEPPS	
Justificativas							
Ação 1:	Implementar o Sistema de Gestão da Qualidade na FEPPS com foco na melhoria e modernização das ferramentas de Tecnologia da Informação (TI) – (Realizada) - A ação de fortalecimento da infra-estrutura da FEPPS, prevista no PPA vigente, incluiu, além da obra em conclusão do novo prédio do CDCT e algumas obras secundárias; houve modernização em Tecnologia da Informação, com ampliação do número de equipamentos da rede interna, com a finalização da implantação de sistema de fibra ótica para a transmissão de dados e informações via PROCERGS. Outra ação em andamento foi a aprovação da adesão da FEPPS na Rede Nacional de Pesquisa (RNP), que disponibilizará rede de fibra ótica para as atividades de pesquisa e desenvolvimento. Ambos os sistemas de rede de TI possuem a capacidade de 100 Mb, atualmente a FEPPS possui rede com 10 Mb. Está em curso processo de definição de um Sistema de Gestão da Qualidade e em estudos e visitas de benchmarking para busca de experiências de melhorias dos fluxos administrativos, com implantação de sistemas de Workflow.						
Ação 2:	Reestruturar o Parque de Informática da FEPPS – (Realizada) – Além da instalação da rede de fibra ótica referida acima, a FEPPS adquiriu e instalou 202 novos equipamentos, modernizando desta forma, seu parque de informática.						

OBJETIVO 12		Promover a gestão da informação, inovação e incorporação tecnológica no SUS					
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Atingir os municípios com base limpa do cartão Nacional de Saúde.	497		0	*	DA	
Ação 2	Implantar nas regiões de saúde o Sistema de Prontuário Médico Eletrônico.	100%		78%		DA	
Ação 3	Estruturar rede de atendimento SUS/RS em Gestão de TI.	1		1		DA	
Ação 4	Implantar software de Gestão de Projetos na SES.	1		0	*	DA	
Ação 5	Implementar a informatização plena da regulação estadual.	1		0	*	DA	DAHA
Ação 6	Estruturar o núcleo de sistema de informação de interesse para a Vigilância em Saúde.	1		0	*	DA	DAHA
Ação 7	Integrar a base territorial de atuação da Atenção Básica e Vigilância em Saúde.	1		1		DA	DAHA + DAS
Ação 8	Desenvolver sistema informatizado para migração de dados de vigilância ambiental e saúde da família.	1		1		DA	DAS + CEVS
Ação 9	Financiar projetos de pesquisa em saúde, em 2013 com o Programa de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PADCT) da FEPPS.	40	37	5		FEPPS	
Justificativas							
Ação 1:	A gestão do Cartão SUS passou para a equipe do DGTI no mês de Novembro/2014.						
Ação 4:	Foi utilizado o software desenvolvido pela FGV/SGG para acompanhamento dos projetos estratégicos						
Ação 5:	Esta em estudo um projeto para licitação ou construção de um novo sistema de Regulação Estadual						
Ação 6:	Esta em estudo o processo de Governança da Informação que irá contemplar a estrutura da informação na Saúde						
Ação 9:	Financiar projetos de pesquisa em saúde em 2013 com o Programa de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PADCT) da FEPPS – (Em andamento) Projetos em desenvolvimento; Genotipagem de cepas de Mycobacterium tuberculosis isolados de pacientes de um presídio regional do estado do Rio Grande do Sul. (1821-2069/14-7); Busca por novos marcadores genéticos de progressão da tuberculose latente para tuberculose ativa. (1761-2069/14-6); Análise do efeito de polimorfismos no gene APOBEC3G sobre a susceptibilidade e progressão à AIDS em indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência Humana Tipo 1 (HIV-1). (1835-2069/14-0); Avaliação de infecções fúngicas emergentes no Rio Grande do Sul e a susceptibilidade aos fúngicos em isolados de Candida spp. (1816-2069/14-9) e Hepatite B: Caracterização genética e análise dos genes envolvidos na resposta imune (1817-2069/14-1)						

OBJETIVO 13		Promover e qualificar a Gestão do Trabalho em Saúde					
AÇÕES		META DA AÇÃO				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Acumulado 2012-2014	Realizado em 2014	Justificativa para a não realização da ação em 2014	Área	Parcerias
Ação 1	Realizar Concurso Público para a SES.	1	1	0		DA	
Ação 2	Realizar Concurso Público específico para a FEPPS.	1	0	0		DA	FEPPS
Ação 3	Construir projeto de Gestão do Trabalho para a SES.	1				DA	CEVS + ESP
Justificativas							
Ação 2:	Realizar o Concurso Público específico para a FEPPS – (Ação em desenvolvimento) O Concurso Público foi realizado em dezembro/2014; as provas foram realizadas dia 07/12/2014. A FEPPS aguarda a efetivação dos aprovados. Expediente nº 4298.2069/05-2.						



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Relatório Anual de Gestão do SUS/RS 2014



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Relatório Anual de Gestão do SUS/RS

2014

Principais Realizações

- Anexo I -

APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul apresenta o Relatório Anual de Gestão 2014 tendo como eixo norteador o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, por isto, este documento, Anexo I – Principais Realizações, contém a análise dos indicadores pactuados no ano de 2014, a produção de serviços e as demais realizações neste ano. O resultado dos indicadores de saúde pactuados e a produção de serviços são preliminares e/ou parciais e foram calculados pelas áreas técnicas, portanto estão sujeitas a alterações.

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

DIRETRIZ 1: ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVO: Fortalecer a Atenção Básica

➤ PROJETO ESTRATÉGICO: AQUI TEM SAÚDE

Ampliação e Qualificação da Atenção Básica

➤ Indicadores de Monitoramento

Indicador 1 (U). Cobertura Populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.

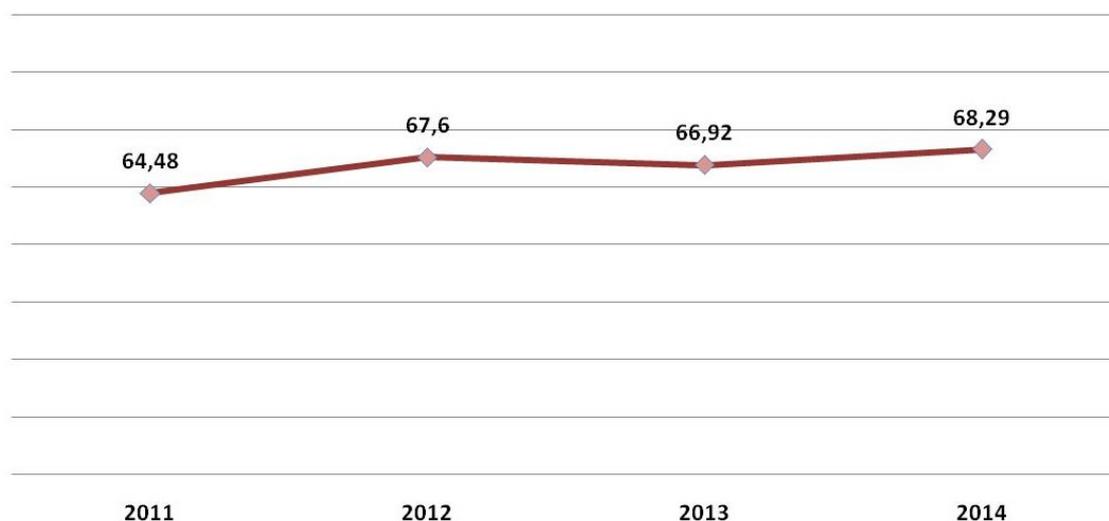


Figura 1. Série histórica da cobertura populacional da Atenção Básica, Estado do Rio Grande do Sul, 2014.

Fonte: Ministério da Saúde, DataSUS. Acesso em: 25/02/2015.

A cobertura de Atenção Básica (AB) se insere na Diretriz 1 do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, que visa a garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo hábil para o atendimento das suas necessidades de saúde. Este indicador foi selecionado considerando a centralidade da AB, a proposta de torná-la ordenadora do cuidado nos sistemas locais e regionais de saúde e ainda enquanto eixo estruturante de programas e projetos.

No Rio Grande do Sul, a cobertura apresentou progressão importante, ou seja, de 66,92% em 2013 para 68,29% em 2014, ou seja, um acréscimo de 1,37% de cobertura.

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

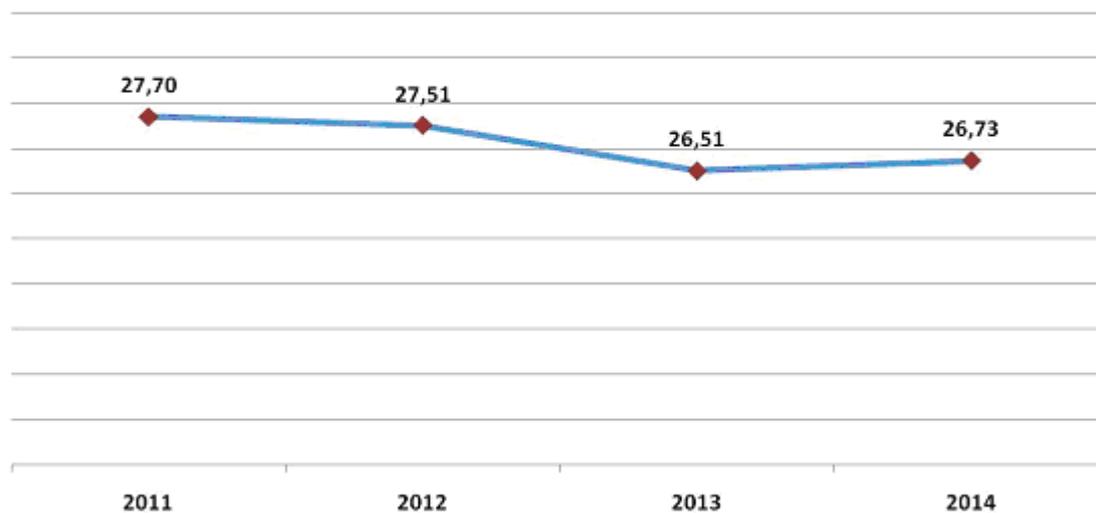


Figura 2. Internações por Condições Sensíveis da Atenção Básica (ICSAB), Estado do Rio Grande do Sul, 2011 a 2014.

*Para o rol de causas das internações sensíveis à Atenção Básica foi considerada a Portaria Nº 221/2008. Fonte: Ministério da Saúde, SIH/SUS, Tabwin/DataSUS. Acesso em: 06/03/2015.

Assim como o indicador de cobertura, a proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) também se insere na Diretriz 1 e sua lógica de garantia de acesso da população à serviços de qualidade. Obteve-se no 2014 um total de 26,73% referente a este indicador, ultrapassando 0,73% o limite da meta estipulada de 26%. Conforme se observa, trata-se de um valor ligeiramente superior ao de 2013 (26,51%). Ressalta-se que os dados obtidos foram contabilizados por meio do TABWIN.

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

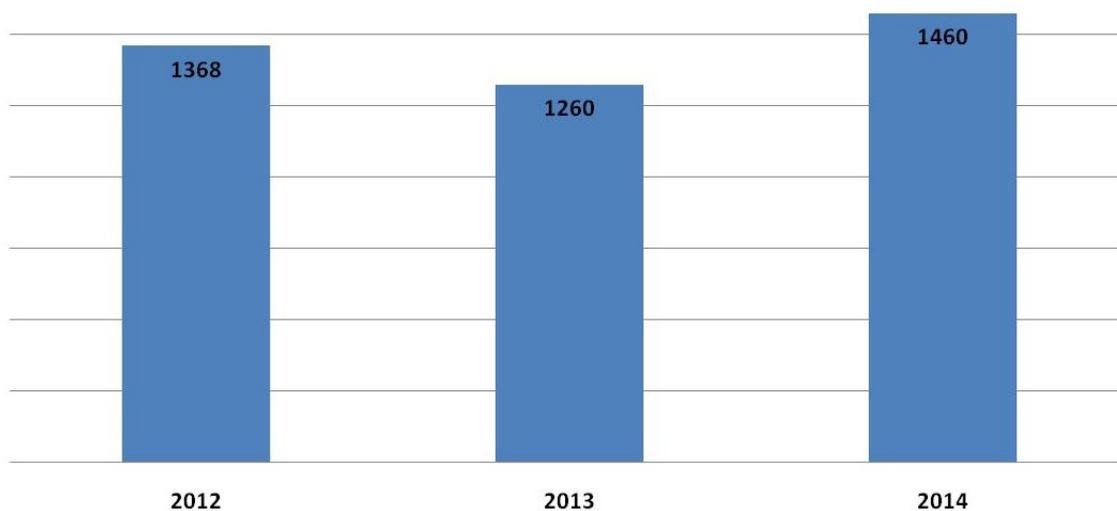


Figura 3. Número de pontos de Telessaúde implantados, Estado do Rio Grande do Sul, 2012 a 2014. Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS, 2014. Relatório TelessaúdeRS. Acesso em: 11/03/2015.

O indicador 60 vincula-se à Diretriz 11 que está relacionada à contribuição para adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores do SUS. A meta é ampliar o número de pontos de Telessaúde com o intuito de possibilitar a integração (por meio de teleconsultorias, telediagnósticos e ações de teleeducação) de unidades básicas e serviços de saúde aos Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos. No ano de 2014, obteve-se um total de 1.460 pontos de Telessaúde implantados, 200 a mais que o ano de 2013.

A seguir apresenta-se a análise desses indicadores por região de saúde.

Quadro 5. Indicador 1 - Cobertura Populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica no Rio Grande do Sul, 2011-2014.

Região de Saúde	2011	2012	2013	2014
1	64,46	64,2	65,16	70,35
2	84,59	86,63	83,64	89,39
3	47,02	44,32	44,21	63,51
4	85,82	84,31	87,51	70,91
5	79,56	77,42	74,73	79,91
6	59,99	71,92	64,36	57,44
7	56,59	61,62	61,5	62,03
8	58,03	75,73	69,76	57,59
9	59,78	59,11	62,44	55,84
10	49,9	53,9	51,98	57,17
11	78,3	78,72	78,97	79,9
12	81,26	81,07	83,93	89,64
13	94,03	95,37	93,87	88,63
14	87,97	88,95	87,27	86,27
15	88,8	92,01	93,67	97,57
16	72,42	78,5	82,92	84,66
17	76,45	71,51	71,53	63,84
18	86,02	87,91	84,9	84,59
19	80,12	87,64	89,78	92,66
20	85,99	87,09	89,17	89,09
21	60,82	65,83	65,18	70,3
22	73,7	74,49	76,55	61,49
23	62,29	57,52	60,6	61,48
24	88,76	96,2	95,61	99,53
25	77,47	81,82	75,6	74,43
26	73,6	78,13	77,95	79,49
27	62,88	62,88	62,76	69,69
28	64,28	60,82	63,05	70,74
29	77,59	86,75	88,88	88,2
30	70,76	72,77	70,8	77,51
Rio Grande do Sul	64,48	67,6	66,92	68,29

No que se refere ao indicador 1, o estado superou a meta pactuada de cobertura populacional estimada de atenção básica no ano de 2014, atingindo um Índice de Cumprimento da Meta superior a 100%. Quando se consideram as regiões de saúde, 70% das regiões de saúde atingiram a meta em 2014, sendo a região 24 com a maior cobertura, totalizando 99,53%.

Quadro 6. Indicador 2 - Internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), Rio Grande do Sul, 2011-2014.

Região de Saúde	2011	2012	2013	2014
1	30,35	29,96	30,02	27,10
2	32,01	30,08	30,89	29,98
3	24,04	24,27	22,28	22,32
4	23,14	24,18	23,09	22,83
5	23,78	25,05	23,05	23,69
6	34,25	33,82	27,95	26,91
7	21,56	22,42	21,72	21,98
8	28,69	28,03	25,85	26,79
9	24,16	24,86	25,24	25,63
10	28,82	29,00	28,62	29,21
11	30,28	30,60	27,43	25,60
12	32,24	32,14	30,55	28,99
13	24,96	24,07	24,39	25,13
14	29,01	29,21	28,52	30,10
15	31,82	29,92	29,01	28,08
16	24,86	24,09	23,05	26,85
17	21,75	22,33	23,72	24,00
18	25,19	24,45	24,72	26,52
19	26,01	27,65	28,49	29,45
20	29,64	28,24	31,18	32,63
21	31,37	29,77	28,48	27,27
22	34,32	32,70	32,17	32,26
23	21,02	20,54	18,40	21,06
24	30,30	32,73	30,54	30,23
25	23,55	22,07	23,71	23,85
26	32,82	30,36	27,17	27,68
27	28,72	27,16	24,74	29,48
28	27,36	29,87	27,33	27,42
29	26,44	27,30	26,02	22,82
30	26,59	26,63	25,71	22,87
Rio Grande do Sul	27,70	27,51	26,51	26,73

Para o rol de causas das internações sensíveis à Atenção Básica foi considerada a Portaria Nº 221/2008. Fonte: Ministério da Saúde, SIH/SUS, Tabwin - banco de dados disponibilizado pelo DataSUS – Acesso em: 06/03/2015

O indicador de proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica apresentou redução em 2014 de 0,97% quando comparado ao ano 2011. Em 2014 alcançou 26,73% superando em 0,73% o limite da meta anual estipulada de 26%. Quanto as regiões de saúde, 12 delas ficaram abaixo de 26% (meta pactuada em 2014), sendo destaque para a região 23 teve a menor proporção de ICSAB, perfazendo 21,06%. Enquanto isto, a região 20 teve a maior proporção no referente ano 32,63%.

Quadro 7. Indicador 60 - Número de Pontos do Telessaúde Brasil Redes Implantados no Rio Grande do Sul, 2014.

Região de Saúde	2014	Região de Saúde	2014
1	55	16	53
2	28	17	75
3	40	18	29
4	28	19	32
5	35	20	52
6	28	21	94
7	61	22	27
8	70	23	49
9	47	24	23
10	155	25	49
11	72	26	30
12	36	27	36
13	49	28	34
14	67	29	44
15	49	30	13

O objetivo do indicador 60 é investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS, com a diretriz de contribuição à adequada formação, alocação, qualificação e valorização das relações do trabalho. Os pontos de Telessaúde são estabelecimentos de saúde a partir dos quais os trabalhadores do SUS demandam teleconsultorias e/ou telediagnóstico.

O acumulado atingido em 2014 foi de 1.460, superando a meta estipulada de 1.419 e apresentando 200 pontos de Telessaúde a mais do que o ano de 2013. A região 10 é a que apresenta maior número de pontos, com 155, seguida da região 21, com total de 94 pontos implantados.

Para avançar na expansão e qualificação da Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família (ESF), a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) investiu no apoio técnico e financeiro aos municípios através de algumas ações prioritárias. Dentre as principais ações realizadas em 2014 estão:

1. Qualificação dos processos de trabalho da Atenção Básica no território: Implantação do Programa Mais Médicos (PMM) e suporte pedagógico aos médicos do programa; Incentivos à descentralização da Residência Médica – Médicos de Família e Comunidade da ESP (RM-MFC ESP/RS); Realização das Oficinas de Acolhimento (piloto); Reconhecimento do Programa de Melhoria do Acesso e qualidade (PMAQ), Incentivo estadual

às equipes de Saúde da Família com segundo enfermeiro e Médico de Família e Comunidade titulado (Resolução CIB-RS n. 503/2013).

2. Gestão democrática e participativa: Organização dos fóruns regionalizados com as Coordenações de AB dos municípios, os quais ocorreram em todas as regiões do Estado; Potencialização do Grupo de Trabalho da AB; Ações de Apoio institucional; Participação da equipe da AB nas reuniões de Macrorregiões de saúde e nas instâncias colegiadas do DAS.

3. Comunicação e tecnologia da informação: Produção de informativos; Divulgação de ações via redes sociais; Construção dos formulários FormSUS; Acompanhamento das ações para implantação e operacionalização do eSUS AB; Divulgação de material visual com intuito de fortalecimento do SUS e da AB; Articulação com o grupo de trabalho do Departamento de Gestão em Tecnologia da Informação (DGTI) para fortalecimento das questões relacionadas à informação e tecnologia em saúde.

4. Financiamento e estruturação da Rede: Corresponsabilização do Estado no custeio, bem como no aumento de recursos para a AB, com prioridade para as populações vulneráveis e os municípios mais frágeis socialmente; Incentivo para linhas de cuidado e populações especialmente vulneráveis.

5. Apoio Institucional: Fortalecimento da integralidade e ampliação do grau de transversalidade nos coletivos de trabalho em saúde; Contribuições para a análise crítica dos processos de trabalho; Realização de pactuações e desenvolvimento de responsabilidades coletivas, com processos de co-gestão; Reconhecimento das especificidades locorregionais; Promoção de vínculo através da interlocução entre os diferentes atores sociais (gestores, trabalhadores e usuários); Corresponsabilização e ênfase à Educação Permanente em Saúde.

6. Educação Permanente/Continuada: Construção de espaços de troca (cursos e fóruns) e participação em eventos; Apoio a implementação da estratégia Telessaúde-RS/UFRGS; Apoio aos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC's) e aos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC's) visando o fortalecimento e a potencialização da Rede de Educação em Saúde Coletiva (RESC); Produção dos espaços de gestão na condição de espaços formativos; Estímulo aos trabalhadores da gestão para atuação como preceptores.

Com o objetivo de atender a estas frentes de trabalho, a Coordenação Estadual de Atenção Básica (CEAB) sistematizou sua organização de trabalho em Núcleos. As atribuições específicas de cada Núcleo e suas ações no ano de 2014 foram:

- NUGEOP (Núcleo de Gestão Estratégica Orçamentos e Processos)

Responsável pelas solicitações de recursos fundo a fundo e pela análise de consultas populares e recursos humanos de servidores e estagiários. Realiza a sistematização de respostas aos processos (convênios, pagamentos diversos, consulta popular, credenciamento), o monitoramento do uso dos recursos utilizáveis pela atenção básica e saúde da família, bem como a criação de minutas (Resolução e Decretos). As principais atividades desempenhadas no ano de 2014 foram:

- Habilitação de equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), Estratégias de Saúde Bucal (ESB), Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- Análise técnica dos processos dos municípios para solicitação de recurso financeiro; - Planejamento, controle e monitoramento de processos citados acima, bem como elaboração de parecer e respostas técnicas aos mesmos;
- Elaboração e encaminhamento para o Fundo Estadual de Saúde (FES) de processos de pagamentos;
- Apoio aos municípios quanto a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);
- Preceptoría ao Programa de Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública/ESP;
- Administração e orientação dos encaminhamentos referentes aos recursos humanos da CEAB (servidores e estagiários).

- NASPLAN (Núcleo de Assessoria e Planejamento)

Estruturado com o objetivo de efetuar as diferentes interfaces entre a CEAB com outras coordenações, departamentos, políticas e linhas de cuidado que compõem a SES/RS. Assim, trabalha para o fortalecimento da Atenção Básica por meio do agenciamento das interfaces, do apoio aos demais Núcleos, da assessoria às demais políticas e projetos e do planejamento das ações da própria CEAB.

Cabe ao Núcleo também realizar a interfaces nas áreas temáticas, tais quais: Programa Mais Médicos (PMM) e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB); HIV/Aids; Saúde Mental; População em Situação de Rua e Consultório na Rua; Redução de Danos; Educação Popular; Campo, Floresta e Águas; Programa Saúde na Escola e Adolescente; Saúde Prisional; Saúde da Criança; Saúde da Mulher; Saúde Bucal; Saúde Indígena; Saúde da População Negra; População LGBT; Pessoa com Deficiência; Programa de Olhar Brasil; Rede Cegonha; PIM; Saúde do Homem; Educação Popular; Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTES); Práticas Integrativas e Complementares na Saúde e Verão Numas Boas.

Abaixo algumas das principais ações em algumas interfaces:

1. Saúde das Populações do Campo, das Florestas e das Águas:

- Publicação da Portaria n. 502/2014 que discorre sobre aquisição das Unidades Móveis Terrestres (UMT) de Saúde do Meio Rural, num total de 24 unidades; - Publicação da Portaria n. 304 e n. 204/2014 que dispõe sobre medidas para prevenção e combate à situação de risco às doenças associadas à exposição solar; - Realização do Fórum de trabalho com os municípios das UMT - Troca de experiências com movimentos sociais; - Participação nas discussões sobre Plantas Bioativas junto a EMATER; - Representação da AB/RS no Grupo da Terra - Nacional; - Acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos municípios em âmbito rural; - Realização de discussões sobre saúde do trabalhador rural junto ao Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS); - Apoio ao Comitê de Saúde das Populações do Campo, das Florestas e das Águas e participação ativa na elaboração da Política Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas; - Mapeamento das necessidades estaduais relacionadas à temática.

2. População em Situação de Rua (PSR):

- Criação do Grupo Técnico (GT) Saúde da PSR em janeiro de 2014; - Participação na elaboração do decreto de constituição do Comitê de Avaliação e Monitoramento da Política Nacional da PSR; - Participação nas reuniões do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR-RS); - Apoio em conjunto com os municípios às equipes de Consultórios na Rua; - Constituição do Comitê Técnico Estadual de Saúde da PSR a partir de Portaria Estadual n. 1.255/2014.

3. Saúde Mental:

- Construção da Política Estadual de Redução de Danos; - Publicação da Resolução CIB-RS n. 234/2014 e da Portaria n. 503/2014; - Organização e participação nos encontros macrorregionais; - Participação e discussão sobre o tema (NASF, CAPS, NAAB) em diversos espaços; - Realização de vistorias na Fundação de Apoio Sócio-educativo (FASE); - Representação no grupo condutor da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial).

4. HIV/Aids:

- Participação na construção da Linha de Cuidado no tema por meio da Resolução CIB/RS n. 235/2014, que dispõe sobre os incentivos e proposta de plano de trabalho; - Participação na elaboração do projeto de cooperação técnica da UNESCO; - Representação no Comitê Interfederativo e nas quatro câmaras técnicas (Vigilância; Prevenção; Linha de Cuidado e Municípios Prioritários).

5. Saúde do Adolescente:

- Suporte a equipe de matriciamento; - Participação no GT Plano Operativo Estadual (POE); - Participação na realização de vistorias junto aos Centros de Atendimento Socioeducativos, por solicitação do Ministério Público; - Realização de reuniões com equipe da FASE e Ministério Público.

6. Saúde Prisional:

- Participação junto à saúde mental e Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) nos espaços de Educação Permanente sobre Saúde Mental e Redução de Danos para os trabalhadores das equipes de novas casas prisionais (Charqueadas; São Jerônimo; Guaíba; Arroio dos Ratos); - Apoio ao Comitê Técnico de Saúde Prisional; - Discussão sobre apoio matricial na saúde prisional.

7. Programa Mais Médicos para o Brasil e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica:

- Publicação da Portaria n. 403/2014, instituindo a nova Comissão Estadual; - Acolhimento e formação voltada para o SUS destinada aos profissionais médicos do PMM vinculados ao Estado; - Formalização dos Apoiadores Institucionais Estaduais; - Constituição do GT do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e SES/RS; - Desenvolvimento de atividades de extensão de alunos da Residência de Saúde Coletiva, junto ao PMM e PROVAB; - Fóruns Regionais com PMM e PROVAB.

- NIAB (Núcleo de Informações em Atenção Básica)

Possui a função de acompanhar, sistematizar e atualizar periodicamente dados e indicadores de saúde e de financiamento, possibilitando um panorama sobre a saúde no Estado e suas regiões, no âmbito da Atenção Básica e Saúde da Família. Neste sentido, realiza um conjunto de ações e estratégias em saúde da CEAB.

As principais atividades desenvolvidas no referido ano foram: - Atualização periódica do Sistema de Gestão Estratégica (SGE) e o repositório virtual da SES/RS, bem como elaboração e disponibilização de materiais informativos; - Comparações de dados e indicadores de saúde que subsidiem a gestão para ações e serviços; - Instrumentalização dos apoiadores institucionais.

- NUTICS (Núcleo de Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde)

Responsável pela comunicação em saúde entre a gestão estadual e trabalhadores, usuários e gestores através da produção de conteúdos, diagramação e divulgação de notas, matérias, materiais informativos e atualização de site e redes sociais. Atua também na criação de softwares menos complexos que atendam às várias necessidades do trabalho da Atenção Básica desempenhado no CEAB, como FormSUS. Realiza apoio aos demais núcleos quanto aos projetos relacionados à tecnologia da informação, como: TelessaúdeRS/UFRGS, e-SUS e REDESUS-RS.

As atividades desempenhadas: - Criação de identidade visual para a AB do RS (fontes, cores e a aplicação da mandala do DAS, que foi construída pelos técnicos do DAS); - Criação de uma marca para o Mais Médicos no RS; - Criação de identidade visual para o evento da Mostra Regional de Saúde, além da organização, levantamento de orçamentos, inscrições virtuais com o uso do FormSUS, cobertura jornalística e fotos para troca de experiências entre os trabalhadores/gestores/usuários da AB nos municípios; - Produção editorial de boletim informativo dos avanços na AB e principais financiamentos - Construção de um site para AB em fase de edição; - Produção jornalística dos eventos e principais ações da AB; - Cobertura jornalística das visitas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); - Articulação com assessorias de comunicação de outros locais e da SES.

- NAIPPE (Núcleo de Apoio Institucional e Práticas Pedagógicas)

Responsável pela articulação da CEAB com as CRS's e Secretarias Municipais de Saúde do estado através do Apoio Institucional, que objetiva ampliar a autonomia e capacidade crítica dos profissionais de uma equipe sobre seu próprio trabalho.

Este processo ocorre por meio de visitas a municípios estratégicos, com encontros entre os profissionais e a gestão. O campo de atuação se estende para as sete macrorregiões: Norte, Centro-Oeste, Sul, Missioneira, Serra, Vales e Metropolitana.

As ações realizadas em 2014 foram: apoio à estruturação das Linhas de Cuidado; apoio à implantação do acolhimento como ferramenta de organização do processo de trabalho nas UBS; participação e potencialização dos Colegiados Regionais da Atenção Básica; apoio aos processos de trabalho das ESF e ao credenciamento para implantação de novas equipes; participação nas reuniões das macrorregiões de saúde da SES/RS e realização de oficinas regionais temáticas e demais assuntos pertinentes à Atenção Básica.

PROJETO ESTRATÉGICO: AQUI TEM SAÚDE

O projeto estratégico, vigente até 2015, denominado **Aqui Tem Saúde** tem como escopo, de forma geral, a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para superar a fragmentação da atenção nas regiões de saúde. Por meio dessa proposta, busca-se ofertar acesso facilitado à população e com garantia de resultados satisfatórios nas UBS's e unidades de ESF. Além disso, busca corroborar o papel da AB como ordenadora das redes, preconizando a humanização, a integralidade, o vínculo, a continuidade do trabalho e a oferta de atenção adequada para cada usuário da rede.

Nesse sentido, observa-se considerável evolução no ano de 2014, como, por exemplo, em relação à cobertura de ESF's e EAC's, às ações de novos cofinanciamentos, espaços de educação em saúde e apoio institucional às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e municípios do Estado.

Quadro 8. Situação da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, nos 497 municípios do estado do Rio Grande do Sul, 2013 e 2014.

	2013		2014	
	ESF	ACS	ESF	ACS
Nº municípios com ESF/ACS	433	455	469	473
Implantadas	1.417	9.207	1.769	10.066
Proporção de cobertura populacional estimada (%)	42,08	44,71	52,22	48,89

Fonte: Ministério da Saúde/DAB, competência: dezembro/2014. Acesso em: 25/02/2015.

A cobertura da Saúde da Família no Rio Grande do Sul foi de 52,22% (2014) e 42,08% (2013), com aumento de 10,14% de um ano para o outro. Com relação à cobertura estimada populacional de AB, obteve-se no ano de 2014 um total de 68,29%, e em 2013, 66,92% (Fonte: Ministério da Saúde, DataSUS. Acesso em: 25/02/2015). O aumento nas coberturas reflete o maior quantitativo de equipes de saúde da família implantadas, com acréscimo de 24, 84% quando comparado a 2013.

No que concerne à relação da AB/SF, apresenta-se na seqüência alguns programas:

1. NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Criados pela Portaria nº 154/2008, têm o objetivo de ampliar a abrangência, a resolubilidade e o escopo das ações da atenção básica, bem como a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da AB.

Quadro 9. Situação atual da implantação do(s) Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família (NASF)

TIPO DE NASF	2013	2014
I	32	37
II	10	18
III	10	50
TOTAL	52	105

Fonte: Ministério da Saúde/DAB-Nota Técnica, competência: dezembro/2014. Acesso em: 25/02/2015.

2. TELESSAÚDERS/UFRGS

No período de 2013-2014, 470 municípios e 1.596 equipes utilizaram consultorias e teleconsultorias para a qualificação da AB. A utilização da Plataforma atingiu 4.866 acessos, 1.744 espirometrias realizadas (RespiraNET), e 4.003 teleconsultorias por telefone (0800).

Quanto ao projeto Regulação, foram realizados 4.423 teleconsultorias em 2014. Do total de solicitações de encaminhamento direcionadas ao Telessaúde-RS/UFRGS para teleconsultoria, somente 19% (na lista da endocrinologia) e 33% (na lista da nefrologia) foram mantidos para consulta presencial em serviço especializado (Fonte: Telessaúde-RS/UFRGS, atualizado em janeiro/2015).

3. e-SUS AB

Esta estratégia busca reestruturar o SIAB nacional através de dois sistemas que instrumentalizam a coleta de informações em saúde (Coleta de Dados Simplificada - CDS e o Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC), iniciada em 305 municípios. Quanto às capacitações, 270 municípios realizaram as mesmas na modalidade à distância (WEB) e 430 municípios na presencial, com a equipe do Telessaúde-RS/UFRGS. As teleconsultorias foram realizadas em 298 municípios. (Fonte: Telessaúde-RS/UFRGS, atualizado em janeiro/2015).

4. REDESUS

Foi criada por meio da Resolução CIB/RS n. 142/2014 que estabelece incentivo financeiro estadual para implantação do Programa de Tecnologia de Informação no SUS – REDESUS RS. Tal programa objetiva a realização de adequação e modernização das UBS, visando a utilização de soluções informatizadas capazes de qualificar a atenção prestada à população. Em 2014, 431 municípios e 1.448 unidades de saúde aderiram a este Programa. (Fonte: Departamento de Gestão em Tecnologia da Informação da SES/RS, atualizado janeiro de 2015).

5. MELHOR EM CASA

A atenção domiciliar no âmbito do SUS foi instituída pela Portaria n. 2.029/2011, com o objetivo de reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, à humanização da atenção, à desinstitucionalização e à ampliação da autonomia dos usuários.

Quadro 10. Número de Equipes de Atenção Domiciliar (2014), Rio Grande do Sul, dezembro de 2014.

Número de Municípios com equipes AD	Equipes	Implantada
28	EMAD tipo 1	17
	EMAD tipo 2	2
	EMAP	4

EMAD: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar; EMAP: Equipe Multiprofissional de Apoio.

Fonte: Ministério da Saúde/Nota técnica DAB, competência: dezembro/2014. Acesso em: 25/02/2015.

6. PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

Instituído pela Portaria n. 719/2011 e redefinido pela Portaria n. 2.681/2013, tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de pólos com infraestrutura e profissionais qualificados. Devem estar na área de abrangência de pelo menos um estabelecimento de Atenção Básica.

7. INTERFACE COM SAÚDE MENTAL

As ações de Saúde Mental na AB são definidas como dispositivos de cuidado aos usuários da saúde mental no território da AB. Alguns exemplos de interfaces foram:

- RESOLUÇÃO CIB/RS n. 426/2014

Criou o incentivo financeiro de R\$ 50.000,00 para veículo de cinco a sete lugares e R\$ 100.000,00, de uso exclusivo das equipes de Atenção Domiciliar (AD), NASF, Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), Composição Intersetorial de Trabalho de Redução de Danos, Composição de Equipe de Redução de Danos e Consultórios na Rua. No estado, 127 municípios solicitaram esse incentivo em 2014. (Fonte: CEAB/DAS/SES-RS, competência: dezembro/2014. Acesso em: 25/02/2015).

- NÚCLEOS DE APOIO À ATENÇÃO BÁSICA (NAAB)

Criados pela Resolução CIB/S n. 403/2011, têm o objetivo de apoiar a inserção das ações de Saúde Mental na AB (eSF e UBS) articulando o trabalho em rede e a linha de cuidado, bem como o processo de territorialização e regionalização da saúde.

- OFICINAS TERAPÊUTICAS

Criadas pela Resolução CIB/RS n. 404/2011, a Atividade Educativa – modalidade Oficina Terapêutica (OT), é parte integrante dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e as oficinas devem ocorrer no território da AB.

- CONSULTÓRIO NA RUA

Definidos pela Portaria n. 122/2011, integram o componente AB da Rede de Atenção Psicossocial, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica. Em 2014, o Estado possuía 03 equipes de Consultórios na Rua modalidade II e 01 equipe na modalidade III (Fonte: Ministério da Saúde/Nota técnica DAB, competência: dezembro/2014).

- EQUIPES DE REDUÇÃO DE DANOS

As Composições de Redução de Danos (CRD) implantadas em âmbito municipal têm como função o trabalho de campo nos cenários de uso de drogas e o Apoio Matricial sobre o cuidado em álcool e outras drogas na Atenção Básica. Em 2014, o Estado contava com 32 Composições de Redução de Danos (Fonte: DAS/Saúde Mental - competência: janeiro/2015).

8. PROGRAMA NACIONAL DE REQUALIFICAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Instituído pela Portaria n. 2.206/2011, tem como objetivo criar incentivo financeiro para as UBS's implantadas em território nacional, como forma de prover infraestrutura adequada às equipes de AB para desempenho de suas ações. O estado apresenta 2.831 UBS's cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), 127 obras de construção concluídas, 111 obras de ampliação concluídas e 109 obras de reforma concluídas (Fonte: Ministério da Saúde/Nota técnica DAB, competência: dezembro/2014. Acesso em: 25/02/2015).

9. PMM E PROVAB

Tais programas foram implementados com a intenção de auxiliar a evolução da cobertura e melhoria da qualificação da atenção básica. Fazem parte de uma estratégia com intenção de melhoria no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, em 2014 o Estado apresenta um total de 1.063 médicos vinculados ao PMM em 358 municípios e 158 ao PROVAB em 74 municípios, totalizando nos dois programas 1.421 médicos. Além disto, o PROVAB conta com a atuação de 24 enfermeiros e 11 odontólogos (Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Gerenciamento de Programas-SGP, competência: dezembro/2014. Acesso em: 26/01/2015).

10. LEGISLAÇÕES ESTADUAIS QUE ENVOLVEM INCENTIVOS

- RESOLUÇÃO CIB-RS n. 503/2013

Oferece às equipes um adicional mensal de R\$ 4.000,00 ou R\$ 5.000,00 por eSF com 2º enfermeiro (com pelo menos 1 possuindo especialização em Saúde da Família); um adicional mensal de R\$2.000,00 por eSF que possuam médico com titulação de Médico de Família e Comunidade cadastrados no SCNES e um adicional mensal de R\$1.000,00 por eSF com saúde bucal (EqSB) credenciada e cadastrada como sendo Modalidade 2.

No ano de 2014, o incentivo 2º enfermeiro teve 50 municípios habilitados e 62 enfermeiros atuando. O incentivo eSF com médico de família: 22 municípios habilitados e 38 médicos atuando. Já o incentivo EqSF com técnico de saúde bucal em eSB modalidade 2: 02 municípios habilitados e 26 técnicos de saúde bucal atuando (Fonte: CEAB/DAS/SES-RS, competência: dezembro/2014. Acesso em: 15/01/2015).

- POLÍTICA DE INCENTIVO ESTADUAL A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE (PIES)

A Portaria n. 280/2014 define o valor a ser repassado aos municípios e atende a Resolução CIB/RS n. 163/2012, a qual aborda a distribuição de recursos baseada em alguns critérios, como: coeficiente de população total do município; inverso da receita tributária líquida per capita; índice de vulnerabilidade social (IVS).

- PORTARIA ESTADUAL n. 207/2014

Estabelece o Programa de Incentivo a Formação em Medicina de Família e Comunidade e Potencialização da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública.

Os incentivos previstos são de: R\$12.000,00/residente, em parcela única, ao município que receber residente em suas UBS's e um incentivo mensal de R\$1.500,00/residente para a educação permanente em saúde. Tais incentivos são repassados pela Coordenação Estadual da Atenção Básica.

Dados de Produção Atenção Básica

Quadro 11. Produção da Atenção Básica, por grupo de procedimento e complexidade (por local de atendimento, quantidade aprovada), 2011 a 2014.

	2011	2012	2013	2014
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	17.171.256	17.376.879	20.634.811	19.623.963
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	4.931.654	4.089.995	3.620.459	4.317.721
03 Procedimentos clínicos	49.447.018	45.558.753	53.668.356	55.861.719
04 Procedimentos cirúrgicos	3.748.227	3.944.485	3.693.262	3.575.058
08 Ações complementares de atenção à saúde	42.248	35.527	29.142	18.784
TOTAL	75.340.403	71.005.639	81.646.030	83.397.245

Fonte: DATASUS/TABNET (Acesso em: 09/02/2015 - base de dados Nacional 23/01/2015).

Obs.: Dados de janeiro/2014 a dezembro/2014 sujeitos à retificação.

O grupo de procedimentos da complexidade da atenção básica é composto por: ações de promoção e prevenção em saúde, procedimento com finalidade diagnóstica, procedimentos clínicos, procedimentos cirúrgicos e ações complementares da atenção à saúde. No subgrupo de procedimentos estão vinculadas: ações coletivas e individuais em saúde, coleta de material, diagnóstico em laboratório clínico, métodos diagnósticos em especialidades, diagnóstico por teste rápido, tratamentos clínicos, consultas, atendimentos, acompanhamentos, tratamentos odontológicos, dentre outros.

No quadro apresentado (Quadro 8) é possível observar que no ano de 2014, a produção total da atenção básica ficou em 83.397.245, a maior produção verificada desde 2009.

No caso das especificidades dos grupos, o grupo 2, referente à finalidade diagnóstica em 2014 (4.317.721), superou a produção apresentada em todos os anos anteriores, com exceção do ano de 2011 (4.931.654). Quanto ao grupo 3, referente aos procedimentos clínicos, a produção no ano de 2014 apresentou a maior produção (55.861.719) em todo o período apresentado.

Os quantitativos relacionados ao grupo 1, que se referem às ações de promoção e prevenção em saúde, alcançou em 2014 (19.623.963) a segunda maior produção durante todo o período, menor apenas que o ano de 2013 (20.634.811). Este grupo de procedimentos inclui as atividades educativas e orientadas em grupos da atenção básica, atividades físicas em grupo, ações coletivas de saúde bucal, visitas domiciliares, investigação de surtos, inspeções sanitárias e licenciamentos de estabelecimentos.

Houve redução da produção do grupo 4 (procedimentos cirúrgicos) em 2014 (3.575.058), quando comparada aos períodos anteriores. Contudo, com relação à produção de 2009, observou-se um aumento em 79.700 procedimentos (dados não apresentados).

Quanto aos quantitativos relacionados às ações complementares de atenção à saúde no ano de 2014 (18.784) nota-se redução na produção em comparação aos períodos anteriores.

Demais realizações relevantes da SES no ano de 2014:

- Política Estadual de Atenção Básica: publicação da Resolução CIB-RS n. 678/2014 a qual aprova a Política Estadual de Atenção Básica do Rio Grande do Sul.

- Oficinas da Linha de Cuidado HIV/AIDS: participação dos trabalhadores junto à equipe de DST/Aids em diversas oficinas sobre a Linha de Cuidado com enfoque na atenção básica.

- Cursos QualiSUS: oferecida formação em atenção básica, abrangendo 3.129 profissionais que atuam em UBS e eSF dos 24 municípios do Subprojeto QualiSUS-Rede, ofertando 960 vagas e mais de 77 vagas para o Curso de Controle Social.

- Livro "Atenção Básica em Produção: Tessituras do Apoio na Gestão Estadual no SUS": lançado o primeiro livro da série Atenção Básica e Educação na Saúde, da Editora Rede Unida, uma parceria da SES/RS com a Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS.

- Oficina Comunicação Comunitária e Saúde Audiovisual para Redes Sociais: ocorreu em Camaquã/RS e visou capacitar profissionais para promover saúde através da Comunicação Comunitária. Houve participação de cerca de 30 ACS dos municípios da 2ª CRS.

- Encontro de Redução de Danos para usuários de álcool e outras drogas: objetivou a discussão sobre redução de danos, sendo o público-alvo trabalhadores da atenção básica e da rede de atenção psicossocial da Região Metropolitana, Vales e Serra.

RS na PAZ - Saúde

O Projeto RS NA PAZ objetiva reduzir a violência no Estado, com foco na faixa etária entre 12 e 24 anos. É uma iniciativa transversal do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, composta por órgãos públicos e por treze secretarias de Estado, coordenada pela Secretaria de Segurança Pública tendo em vista a redução da criminalidade, com a articulação de ações policiais e ações sociais nos territórios de maior vulnerabilidade.

O Programa RS na PAZ + Saúde / Juventude Negra é responsável pela promoção de ações de enfrentamento à violência nos Territórios de Paz e nos municípios com altos índices de violência, na perspectiva do Fortalecimento da Atenção Básica.

As ações do Programa estão articuladas no sentido de construir uma Rede Básica de Saúde que promova atenção integral à juventude gaúcha. Para tanto, o programa atuou com 36 municípios, realizando as seguintes ações:

a) Oficinas Conversando com a Juventude nos Territórios de Paz

Foram realizadas 03 (três) oficinas nos seguintes municípios: Porto Alegre, Vacaria e Passo Fundo, com aproximadamente 50 participantes em sua totalidade.

b) Encontros Macrorregionais RS na Paz + Saúde/Juventude Negra: Dialogando sobre Novas Perspectivas de Políticas Públicas de Saúde e Enfrentamento às Violências

Foram realizados 06 (seis) encontros, no ano de 2014, nos seguintes municípios sede: Passo Fundo, Vacaria, Santa Rosa, Rio Grande, Santana do Livramento e Canoas, com

aproximadamente 300 participantes no total, incluindo a gestão municipal, trabalhadores em saúde e a juventude.

Esses encontros tiveram como objetivo promover o diálogo entre gestão, trabalhadores e juventude na perspectiva de construção de uma política de saúde e de enfrentamento às violências junto à juventude gaúcha.

c) Encontro Estadual do RS na Paz + Saúde/Juventude Negra

Realizado nos dias 28 e 29 de novembro de 2014, reuniu a juventude de todo Estado, além de integrantes da Gestão Estadual, Municipal e Federal e representantes da sociedade civil em geral. Estiveram presentes nos dois dias de encontro mais de 100 participantes. Ao final do evento foi realizada uma Plenária que decidiu pela criação de um Comitê Estadual de Saúde da Juventude reunindo membros da Gestão Estadual, da Gestão Municipal e da juventude gaúcha. O intuito da criação desse comitê é a construção de uma política de saúde e de enfrentamento às violências junto à juventude. O referido Comitê foi instituído oficialmente por meio da Portaria n. 1364/2014, publicada no Diário Oficial do Rio Grande do Sul, em 26 de dezembro de 2014.

d) Programa Articulador Jovem de Saúde

Foi instituído por meio da Resolução CIB-RS 311/2014, e tem por finalidade a mobilização e o protagonismo social da juventude gaúcha, para o diálogo com Rede Básica de Saúde, através de representação direta na elaboração de estratégias de prevenção e promoção à saúde, contribuindo para o enfrentamento das violências em seus territórios.

O programa cria um incentivo financeiro para custeio de jovens ou seleção de projetos para atuarem em Municípios com Territórios de Paz ou com altos índices de violências conforme lista da Secretária de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul (quadro 1).

Já aderiram ao incentivo 3 municípios: Vacaria, Alvorada e Santana do Livramento.

Quadro 12. Anexo I da Resolução 311/2014, que define os municípios que podem aderir ao Programa Articulador Jovem de Saúde e valor do incentivo por Municípios.

	Município	População	Nº Máximo de Articulador Jovem
1	Porto Alegre	1365039	16
2	Caxias do Sul	427664	4
3	Pelotas	321818	4
4	Canoas	317945	8
5	Santa Maria	259004	4
6	Gravataí	253060	4
7	Novo Hamburgo	237044	4
8	Viamão	236999	4
9	São Leopoldo	212279	4
10	Alvorada	194837	4
11	Rio Grande	192582	4
12	Passo Fundo	181299	4
13	Sapucaia do Sul	129615	4
14	Uruguaiana	125171	4
15	Santa Cruz do Sul	117214	4

16	Cachoeirinha	116499	4
17	Bagé	116078	4
18	Bento Gonçalves	104470	4
19	Erechim	96031	4
20	Guaíba	94884	4
21	Cachoeira do Sul	83400	4
22	Sant'Ana do Livramento	81964	4
23	Vacaria	61342	4
24	Esteio	80755	4

Fonte: Resolução CIB-RS 311/2014.

OBJETIVO: Ampliar e Qualificar a Atenção Secundária e Terciária**PROJETO ESTRATÉGICO: AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS REGIONAIS**

A ampliação do Hospital São Vicente de Paulo de Osório está em fase de finalização, contemplando as seguintes etapas:

- a) Pediatria - fase de entrega dos equipamentos pelos fornecedores;
- b) UTI - fase de acabamento;
- c) Emergência e Traumatologia - fase de pintura;
- d) Área Administrativa e Auditório – realizado o reboco e aguardando a colocação de piso;
- e) Plano de Prevenção e Proteção Contra Incêndios (PPCI) - pendente;
- f) Centro de Diagnóstico - concluído.

A obra do Hospital Regional de Santa Maria está em fase de finalização, contemplando as seguintes etapas:

- Bloco B: conclusão das avaliações de funcionamento dos equipamentos;
- Licenciamento Ambiental: pendente, com processo de contratação direta em fase de tramitação;
- Pendentes a construção do muro de arrimo e outros serviços de menor valor;
- Contrato com a Construtora: necessidade de aditamento de prazo com solicitação de aumento de valores;
- Em andamento a doação do terreno pelo Governo do Estado à Prefeitura Municipal de Santa Maria, assim como a abertura/pavimentação da rua projetada para reordenar o fluxo de entrada do Hospital.

Em dezembro de 2014 o Governo do Estado firmou Termo de Cooperação com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) visando uma futura transferência da Gestão do Hospital Santa Maria.

O projeto de um novo Hospital no Vale do Gravataí está na fase de tratativas com a Prefeitura do município de Gravataí.

Os projetos do Hospital Regional de Palmeira das Missões, cuja construção é de responsabilidade do gestor municipal, encontram-se na Caixa Econômica Federal para reavaliação dos valores.

No ano de 2014 vários eventos em relação à rede de prestadores de serviços ao SUS qualificaram e/ou ampliaram o acesso à assistência de média e alta complexidade, conforme quadros a seguir.

Serviços Integrados de Atenção Especializada Ambulatorial

Abaixo se apresenta os serviços habilitados com recursos do Tesouro Estadual o no ano de 2014 no âmbito da Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Secundária e Terciária (Resolução CIB/RS 412/13).

Macrorregião Metropolitana

Região	Município	Instituição	Serviço Habilitado	Abrangência	CIB/RS
R06	Taquara	Hospital Bom Jesus	Cirurgia Geral	Todos os municípios da Região 06.	581/2014
	Igrejinha	Hospital Bom Pastor – Associação Beneficente de Igrejinha	Bucomaxilofacial, Otorrinolaringologia	Todos os municípios da Região 06.	579/2014
	Rolante	Fundação Hospitalar de Rolante	Cirurgia Geral	Todos os municípios da Região 06.	577/2014
R04	Torres	Hospital Nossa Senhora dos Navegantes	Urologia	Todos os municípios da Região 04 e da Região 05.	610/2014
	Capão da Canoa	Hospital Santa Luzia	Otorrinolaringologia	Todos os municípios da Região 04 e da Região 05.	582/2014
R05	Santo Antônio da Patrulha	Associação Educacional São Carlos	Cirurgia Vasculuar, Oftalmologia	Todos os municípios da Região 04 e da Região 05.	580/2014
R09	São Jerônimo	Hospital de Caridade São Jerônimo	Cirurgia Geral, Oftalmologia, Traumatologia, Pneumologia	Abrange os seguintes municípios da Região 09: Minas do Leão, Butiá, Arroio dos Ratos, São Jerônimo, Charqueadas, Barão do Triunfo e General Câmara.	583/2014
R07	Dois Irmãos	Prefeitura Municipal de Dois Irmãos	Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia	Para Cirurgia Geral, abrange os seguintes municípios da Região 07: Dois Irmãos, Morro Reuter e Santa Maria do Herval. E, para Otorrinolaringologia, abrange os seguintes municípios da Região 07: Dois Irmãos, Morro Reuter, Santa Maria do Herval, Ivoti, Lindolfo Collor, Presidente Lucena e São José do	584/2014

				Hortêncio.	
--	--	--	--	------------	--

Macrorregião Norte

Região	Município	Instituição	Serviço Habilitado	Abrangência	CIB/RS
R15	Palmeira das Missões	Hospital de Caridade Palmeira das Missões	Gastroenterologia	Todos os municípios da Região 15.	568/2014
			Urologia	Abrange os seguintes municípios da Região 15: Boa Vista das Missões, Cerro Grande, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Novo Barreiro, Palmeira das Missões, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões.	569/2014
			Traumatologia	Abrange os seguintes municípios da Região 15: Boa Vista das Missões, Cerro Grande, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Novo Barreiro, Palmeira das Missões, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões e Chapada.	570/2014
	Três Passos	Hospital de Caridade Três Passos	Neurocirurgia	Abrange os seguintes municípios da Região 15: Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rodeio Bonito, Seberi, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista alegre e Vista Gaúcha.	560/2014

			Traumatologia	Abrange os seguintes municípios da Região 15: Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rodeio Bonito, Seberi, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista alegre e Vista Gaúcha.	559/2014
R17	Marau	Hospital Cristo Redentor	Traumatologia	Todos os municípios da Região 17.	571/2014
R18	Tapejara	Hospital Santo Antônio	Otorrinolaringologia	Todos os municípios da Região 18.	558/2014
	Sananduva	Hospital São João Sananduva	Traumatologia	Todos os municípios da Região 18.	556/2014
	São José do Ouro	Hospital São José	Cirurgia Vascular	Todos os municípios da Região 18.	585/2014
R19	Espumoso	Hospital São Sebastião	Cirurgia Geral	Todos os municípios da Região 19.	557/2014

Macrorregião Sul

Região	Município	Instituição	Serviço Habilitado	Abrangência	CIB/RS
R21	Rio Grande	Hospital Universitário	Bucomaxilofacial	Abrange os seguintes municípios da Região 21: Santa Vitória do Palmar, Chui e São José do Norte.	695/2014
	Piratini	Hospital Nossa Senhora da Conceição	Urologia	Abrange os seguintes municípios da Região 21: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pinheiro Machado, Piratini, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu.	699/2014

	Pinheiro Machado	Hospital Pinheiro Machado	Otorrinolaringologia	Abrange os seguintes municípios da Região 21: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pinheiro Machado, Piratini, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu.	696/2014
			Cardiologia	Abrange os seguintes municípios da Região 21: Cerrito, Herval, Pedras Altas, Pedro Osório, Pinheiro Machado, Piratini e São Lourenço do Sul.	697/2014
			Oftalmologia	Abrange os seguintes municípios da Região 21: Amaral Ferrador, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Morro Redondo, Pedras Altas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande e São José do Norte.	698/2014
R22	Bagé	Hospital Universitário	Traumatologia	Todos os municípios da Região 22.	694/2014
			Oncologia	Todos os municípios da Região 22.	694/2014
			Cardiologia	Todos os municípios da Região 22.	694/2014

Implementação de Novo Hospital em Porto Alegre

O Hospital Restinga e Extremo Sul, localizado no município de Porto Alegre, iniciou o funcionamento em 1º de julho de 2014 e realiza o atendimento da população dos bairros Restinga, Belém Novo, Chapéu do Sol, Lajeado, Lami e Ponta Grossa, localizados no extremo sul da Capital, beneficiando aproximadamente 110 mil habitantes através de atendimentos 100% SUS.

O hospital é cofinanciado pelo estado na modalidade de financiamento por orçamentação (Resolução Nº 285/14 CIB/RS). Em junho/2014, foi firmado contrato que define a participação do governo federal, estadual e municipal no custeio do hospital, calculado em R\$ 4,6 milhões mensais. Ao Ministério da Saúde (MS) caberá 50% do custeio (2,3 milhões) e ao Estado e Município 25% cada (1,1 milhões).

O estabelecimento é administrado pelo Hospital Moinhos de Vento e o projeto do Hospital da Restinga está inserido no Programa de Desenvolvimento Institucional do SUS – Proadi-SUS do Ministério da Saúde, executado em parceria com entidades beneficentes sem fins lucrativos, de reconhecida excelência, detentoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde. O financiamento ocorre por meio dos recursos da isenção fiscal e contribuições sociais usufruídas pelas entidades. Inicialmente estão disponibilizados 87 leitos (25 para emergência e 67 para internação clínica de adulto e pediátrica), prevendo um total de 170 leitos quando estiver em pleno funcionamento.

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

A meta pactuada pelo Estado – razão de 1,43 procedimentos ambulatoriais de média complexidade, definidos pelo MS para cada grupo de 100 habitantes - objetivava aumentar em 20% a razão de 1,19 procedimentos calculada para o ano de 2013 (biopsias de endométrio, mama e colo uterino, exames sorológicos e imunológicos, exames de citopatologia e anatomopatologia, exames de ecocardiografia, cirurgias de catarata, vasectomias, postectomias e acompanhamento de pacientes e doadores na área de transplantes).

Considerando os procedimentos realizados no ano de 2014 e a população residente estimada para o mesmo ano, a razão calculada foi 1,29, correspondendo ao percentual de aumento de 8,4% em relação à razão calculada para o ano de 2013.

No entanto é necessário esclarecer que, quando do cálculo da razão de procedimentos para o ano de 2013 foi utilizada a população estimada para o ano de 2012 (10.770.603 habitantes), distorcendo o valor calculado em 2013 e o percentual de aumento em relação ao ano de 2014.

Recalculando a razão de procedimentos no ano de 2013 utilizando a população estimada p/ este mesmo ano (11.164.043 habitantes) o valor apurado é de 1,15 procedimentos para cada 100 habitantes.

Desta forma o percentual correto de aumento da razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade de 2013 para 2014 é de 12,34%.

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

A meta pactuada pelo Estado – razão de 5,1 internações clínico-cirúrgicas de média complexidade, para cada grupo de 100 habitantes - objetivava aumentar em 10% a razão de 4,64 internações de média complexidade calculada para o ano de 2013.

Considerando as internações realizadas no ano de 2014 (processadas nos sistemas de informações do MS até o mês de dezembro/2014) e a população residente estimada para o mesmo ano, a razão apurada foi 4,25, representando um percentual de redução de 8,41% em relação à razão calculada para 2013.

No entanto é necessário esclarecer que, quando do cálculo da razão de internações para o ano de 2013 foi utilizada a população estimada para o ano de 2012 (10.770.603 habitantes), distorcendo o valor apurado em 2013 e o percentual de redução em relação ao ano de 2014.

Recalculando a razão de internações no ano de 2013 utilizando a população estimada p/ este mesmo ano (11.164.043 habitantes) o valor apurado é de 4,47 internações para cada 100 habitantes.

Desta forma o percentual correto de redução da razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade de 2013 para 2014 é de 4,99%.

É possível inferir que este percentual de redução poderá ser menor, tendo em vista que internações ocorridas no ano de 2014 podem ser processadas até 6 meses a contar da data de alta do paciente, aumentando o número de internações realizadas no ano de 2014.

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

A meta pactuada para este indicador – razão de 7,71 procedimentos ambulatoriais de alta complexidade para cada grupo de 100 habitantes - objetivava aumentar em 10% a razão de 7,01 procedimentos calculada para o ano de 2013.

Considerando os procedimentos realizados no ano de 2014 (processados nos sistemas de informações do MS até o mês de dezembro/2013) e a população residente estimada para o mesmo ano, a razão apurada foi 7,81, representando um percentual de aumento de 11,41% em relação ao ano de 2013.

No entanto é necessário esclarecer que, quando do cálculo da razão de procedimentos para o ano de 2013 foi utilizada a população estimada para o ano de 2012 (10.770.603 habitantes), distorcendo o valor apurado em 2013 e o percentual de aumento em relação ao ano de 2014.

Recalculando a razão de procedimentos no ano de 2013 utilizando a população estimada p/ este mesmo ano (11.164.043 habitantes) o valor apurado é de 6,75 procedimentos para cada 100 habitantes.

Desta forma o percentual correto de aumento da razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade de 2013 para 2014 é de 15,51%.

Este percentual poderá ser maior, pois procedimentos ocorridos no ano de 2014 podem ser processados até 4 meses após a data de sua realização, aumentando o quantitativo de procedimentos realizados no ano de 2014.

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

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

A meta pactuada para este indicador – razão de 6,04 internações para cada grupo de 1.000 habitantes objetivava aumentar em 10% a razão calculada para o ano de 2013 – 5,49 internações.

Considerando as internações realizadas no ano de 2013 (processadas nos sistemas de informações do MS até o mês de dezembro/2014) e a população residente estimada para o mesmo ano, a razão apurada foi 4,98, representado um percentual de redução de 9,29% em relação à razão do ano de 2013.

No entanto é necessário esclarecer que, quando do cálculo da razão de internações para o ano de 2013 foi utilizada a população estimada para o ano de 2012 (10.770.603

habitantes), distorcendo o valor apurado em 2013 e o percentual de redução em relação ao ano de 2014.

Recalculando a razão de internações no ano de 2013 utilizando a população estimada p/ este mesmo ano (11.164.043 habitantes) o valor apurado é de 5,3 internações para cada 1.000 habitantes.

Desta forma o percentual correto de redução da razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade de 2013 para 2014 é de 6,03%.

É possível inferir que este percentual de redução poderá ser menor, tendo em vista que internações ocorridas no ano de 2014 podem ser processadas até 6 meses a contar da data de alta do paciente, aumentando o número de internações realizadas no ano de 2014.

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

Em 2013 a SES atingiu o percentual de 90% dos hospitais acima de 50 leitos (públicos e privados) com contrato firmado.

OBJETIVO: Ampliar e Qualificar a Vigilância em Saúde

Apresentam-se a seguir ações desenvolvidas e fatos relevantes registrados no Rio Grande do Sul, na área de Vigilância em Saúde em 2014, nas Divisões de Apoio Técnico (DAT), de Vigilância em Saúde do Trabalhador (DVST), de Vigilância Epidemiológica (DVE), de Vigilância Sanitária (VISA) e de Vigilância Ambiental em Saúde (DVAS). Por vezes, para melhor contextualização e entendimento da situação foram citados períodos anteriores.

DIVISÃO DE APOIO TÉCNICO

Entre as principais ações desenvolvidas em 2014 por esta divisão, salienta-se:

I. Plano de ação para enfrentamento da doença pelo vírus Ebola no Estado do Rio Grande do Sul - 2014

A Organização Mundial de Saúde (OMS), pela gravidade da situação epidemiológica da Doença do Vírus Ebola (DVE), decretou em 08/08/14 Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional, para alerta dos países e mobilização de recursos para as áreas afetadas.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem trabalhando, junto aos Estados, para a preparação da resposta brasileira ao Ebola, tendo elaborado Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública - Doença pelo Vírus Ebola para detecção precoce de casos suspeitos oriundos das áreas afetadas, garantia de transporte sanitário seguro, proteção dos profissionais de saúde e contenção de uma possível transmissão para a população residente.

No âmbito da SES/RS, o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância à Saúde (CIEVS)/DAT/CEVS coordenou a elaboração do Plano de Ação para o Enfrentamento da Doença pelo Vírus Ebola do RS, em conjunto com as Divisões do CEVS, SAMU/RS, Comunicação Social e Lacen/RS. Também participaram a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras da ANVISA e Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

O Plano de Ação do RS descreve as ações de Vigilância e Atenção em saúde a serem executadas frente a um caso de suspeito de Doença por Vírus Ebola, de forma a minimizar riscos da população frente a um caso suspeito da doença, além de estabelecer estratégias de Comunicação de Risco.

Para tanto, foram organizados os fluxos de detecção, notificação e investigação de casos suspeitos de Ebola, bem como as ações de monitoramento de comunicantes e foi definido o SAMU como responsável pelo transporte sanitário seguro e o Hospital Nossa Senhora da Conceição como Hospital de Referência. As definições apresentadas no Plano foram resultado de várias reuniões e pactuações entre os envolvidos.

Na área da comunicação, foi realizada divulgação de informações para a população em geral e profissionais de saúde por meio de entrevistas, textos e documentos inseridos no site da SES/RS. Também foram ministradas capacitações para técnicos das 19 CRS e de 24 municípios considerados prioritários para a questão.

Cabe salientar que até o presente não foi detectado nenhum caso suspeito de Ebola no Estado e no Brasil. No âmbito internacional, a epidemia de Ebola está em declínio, mas a mobilização do sistema de saúde estadual continua sendo importante e necessária.

II. Ações de Vigilância em Saúde e assistência desenvolvidas na copa do mundo 2014 FIFA™ no RS

Durante o período de 12/06 a 13/07/14, o Brasil sediou a Copa do Mundo FIFA 2014™ e no Rio Grande do Sul, no município de Porto Alegre, ocorreram cinco jogos no período de 15/06 a 30/06/14. O município de Viamão foi selecionado pela Seleção do Equador para hospedagem da equipe e treinamento dos seus jogadores.

A preparação da área da saúde para a Copa 2014 teve seu início em 2011, envolvendo a SES/RS e as Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre e Viamão, com ações direcionadas tanto para a população visitante como para a residente.

Na área da Vigilância em Saúde foram desenvolvidas várias ações no período pré-evento, de forma a garantir as condições sanitárias adequadas em hotéis, restaurantes, estabelecimentos de saúde, estádio de futebol, FIFA Fanfest, Centros de Treinamento e outros considerados estratégicos. Ações de Vigilância Ambiental, como controle de vetores e controle da qualidade da água de consumo humano e de Vigilância da Saúde do Trabalhador, voltadas para o trabalhador em geral e prevenção do trabalho infantil também foram executadas. Igualmente importante foi a organização dos sistemas de Vigilância Epidemiológica municipal/regional/estadual para detectar oportunamente casos de doenças de notificação compulsória como influenza e meningites, doenças de transmissão hídrica e alimentar, surtos e agravos inusitados, além de situações de abuso de álcool e drogas, acidentes e violências.

Com o objetivo de apoiar o restante do Estado, foi estabelecida uma rede de pontos focais para a Copa 2014 nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), considerando a mobilidade dos turistas. Foram identificados 22 municípios prioritários para as ações da Copa, por estarem situados nas rotas de entrada, áreas turísticas ou pertencerem à Região Metropolitana de Porto Alegre.

Na área da Assistência à Saúde foram implantadas estruturas complementares de atendimento, de forma a não sobrecarregar a rede de assistência existente. No Estádio Beira Rio, a FIFA contratou o Hospital Mãe de Deus para prestação de serviços médicos, incluindo ambulâncias. No espaço da FIFA Fanfest, que ocorreu em todos os dias de jogos no Anfiteatro Por do Sol, a SMS de Porto Alegre montou uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com apoio de ambulâncias do SAMU municipal e estadual. O público do Acampamento Farroupilha extraordinário também foi atendido pela UPA da Fanfest. O Centro de Saúde Modelo funcionou em horário estendido para apoio ao público que transitou pelo Caminho do Gol. A SES/RS apoiou com 10 ambulâncias da Força Estadual do SUS e um Posto Médico Inflável. O Governo do Estado criou e equipou a Força Estadual de Saúde, em abril de 2014, uma equipe capaz de mobilizar profissionais em todo o Estado para o atendimento de acidentes com múltiplas vítimas.

A SMS de Viamão, com o apoio da 2ª CRS, garantiu a segurança sanitária da Delegação do Equador, além de realizar monitoramento na rede de assistência à saúde local. O Instituto de Pesquisa Biológicas/RS (IPB-LACEN/RS) e o Centro de Informação Toxicológica (CIT) mantiveram equipes de plantão para realizar análises de amostras coletadas e prestar informações toxicológicas, envolvendo 90 pessoas.

A detecção, monitoramento e resposta dos eventos de Saúde Pública durante a Copa foram coordenados pelo Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (CIOCS/RS), que funcionou no CEVS/SES/RS, com a participação de 76 servidores das áreas da Assistência e Vigilância da SES/RS, SMS Porto Alegre, LACEN/RS/FEPPS e representantes do Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Um relatório diário do CIOCS/RS sobre eventos de saúde relacionados com a Copa era elaborado e enviado aos gestores locais e ao CIOCS Nacional, a partir da coleta de informações diárias abrangendo: a) vigilância dos atendimentos, b) vigilância dos eventos de importância em saúde pública relacionados com a Copa, c) ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, d) ações de vigilância sanitária.

A seguir, os resultados finais dessas ações são apresentados:

a) Vigilância dos atendimentos: foram compilados os dados dos atendimentos médicos registrados nas fichas de atendimentos realizados nos postos médicos do Estádio Beira Rio, na UPA da FIFA FanFest e Centro de Saúde Modelo, conforme tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos atendimentos médicos e remoções realizadas na Copa do Mundo FIFA 2014 segundo local e tipo, Rio Grande do Sul.

LOCAL	CLINICO	
	Nº	%
ESTADIO	198	75
UPA FANFEST	346	79
CS MODELO	174	92
TOTAL	718	81

Fonte: Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (CIOCS)

Legenda (IGN= Ignorado).

Além desses atendimentos, em dias de jogos as ambulâncias do SAMU atenderam 19 pessoas com 14 remoções, todos relacionados à Copa. Houve o predomínio dos atendimentos clínicos, sendo as queixas mais frequentes no Estádio cefaléia, náuseas, mal-estar, febre e vômitos e nos dois serviços públicos (UPA FanFest e CS Modelo) também predominou a cefaléia seguida de tosse, dor de garganta, vertigem/tontura e coriza.

Em relação aos traumas, a maioria foi considerada leve, predominando corte/abrasão/perfuração/laceração, seguido de contusão e mordida/picada. Entre as ocorrências de trauma, foram identificados 14 atendimentos causados por violência (agressão), sendo somente um no Estádio.

O Estádio Beira Rio recebeu, nos cinco jogos, 215.509 pessoas e a FIFA FanFest registrou 444.556 pessoas, totalizando 660.065 pessoas. A taxa de atendimento no Estádio foi de 0,12% e na FIFA FanFest foi de 0,1%. A taxa de resolutividade geral foi de 95%.

Em relação à procedência, a grande maioria dos atendimentos foi de brasileiros (87,3%) seguidos dos argentinos (6,4%). A maioria dos brasileiros era residente no RS, principalmente em Porto Alegre e municípios da Região Metropolitana.

Embora tenham ocorrido vários atendimentos por febre, sintomas gripais e sintomas gastrointestinais que geraram ações de vigilância epidemiológica, não foram identificadas doenças de notificação compulsória. Em relação às Doenças Transmitidas por Alimentos (DTAs), registrou-se um surto de pequena proporção envolvendo trabalhadores do SAMU.

b) Vigilância dos eventos de importância em saúde pública relacionados com a Copa: a Portaria GM nº1271/14, de 06/06/14, inclui doenças de notificação compulsória, surtos, agravos inusitados e acidente com múltiplas vítimas, tanto nos atendimentos acima descritos, como naqueles realizados na rede de atenção, especialmente em Porto Alegre e Viamão.

Entre os eventos detectados, citam-se: caso suspeito de doença exantemática em Porto Alegre e descartado na investigação epidemiológica; acidente com múltiplas vítimas em colisão de dois ônibus em Porto Alegre, envolvendo seis torcedores, mas sem maior gravidade; surto de diarreia no hotel de hospedagem da Delegação do Equador, de etiologia provavelmente viral; acidente automobilístico em rodovia envolvendo quatro argentinos em Uruguaiana com um óbito; surto de DTA em Porto Alegre de pequena monta, envolvendo três trabalhadores do SAMU e casos de varicela em argelinos identificados em fase de remissão, sem repercussão no local de hospedagem (Gramado/RS).

c) Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças: de acordo com o projeto da SVS/MS denominado “Proteja o Gol” com foco na prevenção de DST/AIDS, no período de 12/6 a 13/7/14, a SMS de Porto Alegre realizou 102 testes rápidos para o HIV com dois resultados reagentes e distribuiu 357.066 preservativos masculinos para 70.679 pessoas no Caminho do Gol e FIFA Fanfest.

A Coordenação de DST/AIDS da SES/RS também desenvolveu ações no período da Copa, com realização de testagem rápida para HIV e sífilis, na Estação Mercado Público da Empresa de Trens Urbanos S.A. Foram testadas 320 pessoas, totalizando 640 exames.

d) Ações de Vigilância Sanitária: em relação às ações de Vigilância Sanitária, foram realizadas 786 inspeções em serviços de alimentação, de abastecimento de água e serviços de saúde dos vários espaços da Copa (Estádio Beira Rio, Hotel para estada de Delegações e Representantes da FIFA, FIFA FANFEST, Caminho do Gol, Acampamento Farroupilha, Hospitais de Referência e ambulâncias).

Das 703 inspeções realizadas em serviços de alimentação, apenas 29 (4%) foram consideradas relevantes, sendo a maioria relacionada a alimentos preparados ou distribuídos em temperatura inadequada e matéria prima ou alimentos vencidos ou com características organolépticas alteradas.

Durante a Copa, foram coletadas 28 amostras de água em estabelecimentos estratégicos para análise de monitoramento no LACEN/RS.

As ações de Vigilância Sanitária, desenvolvidas no evento Copa do Mundo, não chegaram a identificar situações irregulares graves que acarretassem riscos significativos para a saúde da população. Esse fato ficou demonstrado, uma vez que somente um surto de DTA de pequena proporção foi registrado, envolvendo três pessoas.

As ações de monitoramento mantiveram-se por um período de 30 dias após o término do evento Copa, não tendo sido detectados doenças ou agravos de risco para a Saúde Pública no período.

Temos como legado que a Copa do Mundo 2014 proporcionou um grande aprendizado para a prática das ações de saúde em eventos de massa, além de proporcionar a integração das várias áreas da atenção à saúde como vigilância, assistência, laboratório, hemorrede, CIT, comunicação social, entre outras. Salienta-se como ponto importante, a integração entre os três entes federativos.

III. Relatório das ações de Vigilância em Saúde realizadas na EXPOINTER 2014

A 37ª Expointer, realizada no período de 30 de agosto a 7 de setembro de 2014, foi mais uma vez, uma das maiores feiras agropecuárias da América Latina. O número de visitantes pagantes totalizou 502.074, ultrapassando o público das três últimas edições.

A ativação do CIOCS EXPOINTER ocorreu no dia 30 de agosto de 2014, juntamente com a abertura do evento ao público, permanecendo até o último dia do mesmo (07 de setembro de 2014). O CIOCS foi composto por técnicos da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (Centro Estadual de Vigilância em Saúde, LACEN/RS e 1ª CRS) e técnicos do município de Esteio.

O CIOCS é uma estrutura proposta pelo Ministério da Saúde a ser instalada durante a realização de “Eventos de Massa” como forma de monitorar situações de interesse da vigilância em saúde, para subsidiar a tomada de decisão e comunicação em saúde de forma oportuna e conjunta.

Durante o período da EXPOINTER 2014 foram monitorados todos os atendimentos clínicos relacionados ao evento com objetivo de detectar oportunamente emergências de importância em saúde pública e estabelecer um perfil de atendimentos ocorridos em eventos de massa por grupo de público (trabalhador e visitante). Foi criado um Boletim Diário para vigilância dos atendimentos, preenchido pelos profissionais de saúde dos locais de atendimento (dois Ambulatórios da SOS UNIMED 12 e 24 hs) e enviada ao CIOCS diariamente via Internet, de forma a permitir o monitoramento das ocorrências em tempo real.

Foram atendidos nas duas unidades disponíveis no parque 551 pessoas durante o evento. Considerando o público de visitantes de 502.074, a taxa de atendimento foi 0.1%. A taxa de resolatividade foi de 96%, ou seja, a grande maioria dos indivíduos atendidos na Expointer tiveram seus problemas de saúde resolvidos no local. Ambos indicadores estão dentro dos parâmetros aceitos para eventos de massa. Não ocorreram hospitalizações e óbitos durante o período, porém 27 indivíduos necessitaram de remoção para atendimento hospitalar. Não se registrou nenhuma notificação de Doenças de Notificação Compulsória (DNC).

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (DVE)

Apresenta-se o panorama das ações e resultados relevantes dos programas da DVE para a Vigilância e o Controle de Doenças Transmissíveis Agudas e Crônicas, Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Imunização e Vigilância Hospitalar.

I. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS AGUDAS

SARAMPO E RUBÉOLA

No Brasil, desde 2001 não existe circulação autóctone do vírus do sarampo. No entanto estão ocorrendo, a partir de 2010, casos importados de outros países e inclusive surtos. No ano de 2014, foram detectados no país, 719 casos de sarampo e 01 de rubéola, considerados importados. Diante desta situação o Brasil está correndo grande risco do restabelecimento da circulação sustentada do vírus do sarampo.

O último caso autóctone de sarampo no Rio Grande do Sul ocorreu em Caxias do Sul, na segunda metade de 1999. Em 2010, foram detectados 08 casos de sarampo importados, no Estado. Em 2011, assim como o Brasil, o estado sofre novas importações de casos, predominantemente da Europa. Este continente estava sofrendo epidemia de sarampo naquele ano, quando foram detectados mais de 30 mil casos, principalmente na França e

Espanha e além do Brasil outros países das Américas vivenciaram importações de mais de mil casos de sarampo.

Em virtude desta maior circulação do vírus no Brasil **a vigilância se mantém em alerta**, visando a detecção oportuna de casos e implementação de medidas que possibilitem interromper a transmissão e disseminação dessa doença.

Quanto a rubéola os últimos casos autóctones no país foram detectados em 2008 e de Síndrome de Rubéola Congênita em 2009. Apenas 1 caso importado em 2014.

Quadro 13. Indicadores de qualidade da vigilância das doenças exantemáticas (sarampo e rubéola), Rio Grande do Sul, 2004-2014.

Indicador	Cálculo do Indicador													
Investigação Oportuna	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos investigados em até 48 horas}}{\text{Total de casos notificados}} \times 100$													

Fonte: CEVS/SES-RS

O envio semanal de notificação negativa, conferência semanal das bases de dados, acompanhamento diário de casos notificados, capacitação e retroalimentação às fontes notificadoras, tem possibilitado que a vigilância se mantenha ativa, que o banco de dados tenha boa qualidade e que o encerramento dos casos suspeitos por critério laboratorial tenha alcançado 100% em 2014. Apesar da cobertura vacinal em crianças de 1 ano serem alcançadas continuamente, a homogeneidade dessas coberturas nunca alcançou a meta de 95%, sendo uma das grandes fragilidades da proposta de erradicação dessas doenças.

COQUELUCHE

A partir da introdução da vacina DTP contra difteria, coqueluche e tétano, no ano 1973, observa-se um declínio na incidência da doença, a partir da década de 80, principalmente na de 90 (Figura 4).

Contudo, tem-se observado um recrudescimento da coqueluche no Brasil na última década, embora as incidências observadas sejam muito inferiores as descritas na era pré-vacinal. O possível recrudescimento da doença tem sido atribuído a várias hipóteses, entre elas, a queda da imunidade vacinal ao longo dos anos, a baixa cobertura vacinal em relação aos reforços vacinais preconizados e a introdução de novas técnicas de diagnóstico laboratorial (PCR).

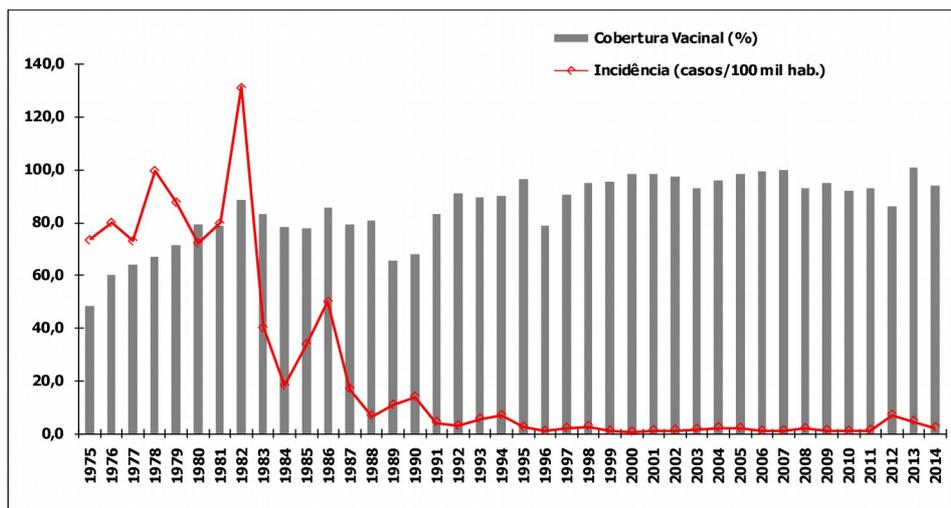
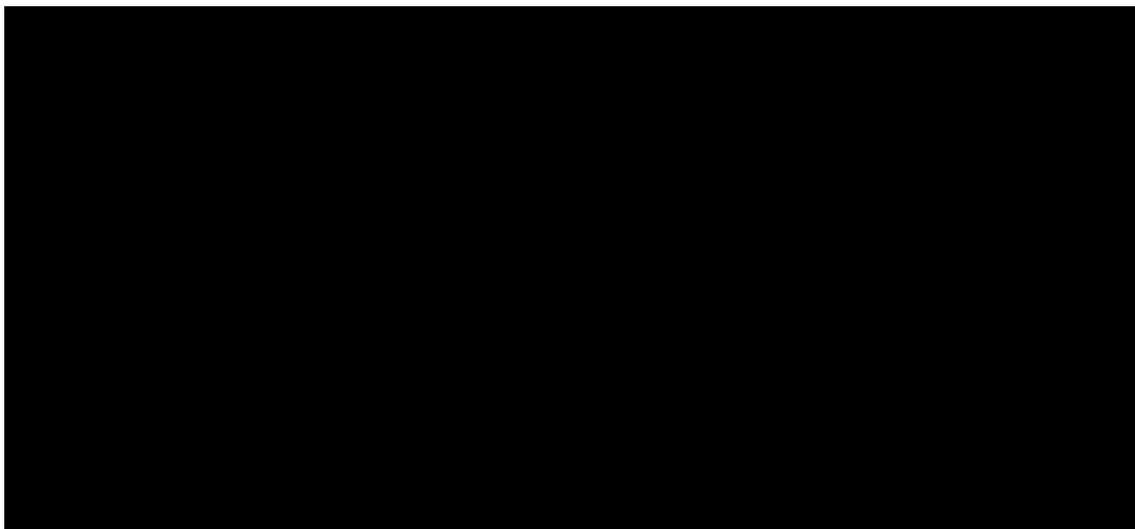


Figura 4. Coeficiente de incidência da coqueluche e cobertura vacinal da DPT em crianças de 1 ano, RS, 1973 a 2014.

Fonte: CEVS/SES-RS

No Rio Grande do Sul, observa-se uma queda na notificação e confirmação de casos de coqueluche que teve início em 2013 e se mantém no ano de 2014 (figura acima).

Quadro 14. Série Histórica de casos e óbitos de Coqueluche no RS, 1999 a 2014.



Fonte: CEVS/SES-RS

TÉTANO NEONATAL (TNN)

No Rio Grande do Sul o número de casos de tétano foi decrescendo desde a década de 70 e se manteve com esta tendência na década de 80 (Figura abaixo), diminuição esta provavelmente associada à vacinação, também melhoria da qualidade de vida e aumento da atenção à saúde. Na década de 90, com a implantação do Plano de Eliminação do TNN (PETNN), preconizado pela OMS, esta diminuição foi mais acentuada, porém casos esporádicos ainda eram detectados, em população indígena e em áreas rurais. Em 2003 ocorreu o último caso confirmado de TNN, no município de Sinimbu. Desde então o estado não teve casos de TNN.

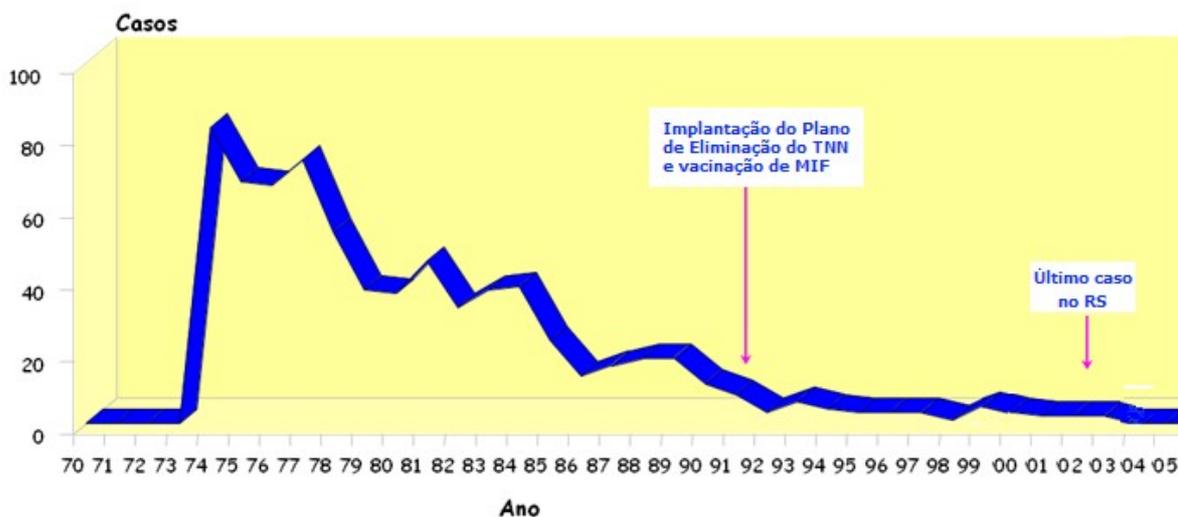


Figura 5. Tétano Neonatal: série histórica dos casos notificados RS, 1970-2005.

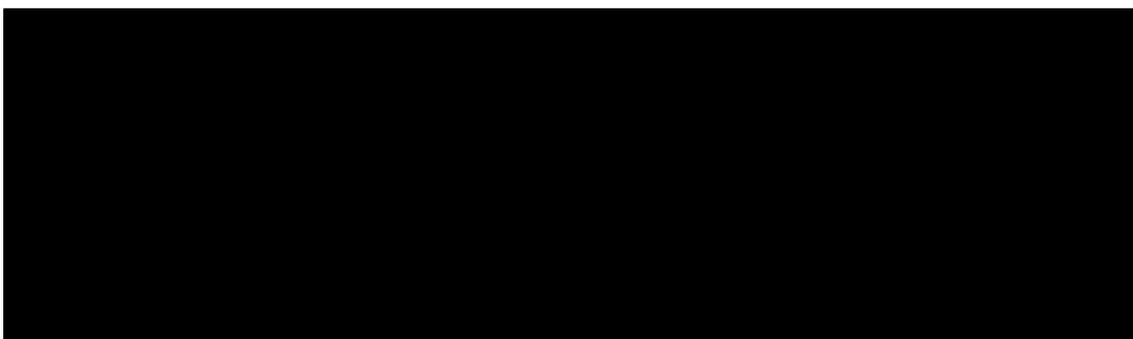
Fonte: CEVS/SES-RS

TÉTANO ACIDENTAL

O banco de dados do tétano acidental está sendo qualificado e oficinas de doenças imunopreveníveis foram realizadas com este propósito.

Ainda ocorrem casos de tétano acidental no estado, ver série histórica abaixo, com alta letalidade, remetendo à necessidade de melhorar a cobertura vacinal da vacina antitetânica. Alcançar maiores coberturas também do reforço dessa vacina, que deve ocorrer a cada dez anos, este continua um desafio para o programa de vacinações.

Quadro 15. Série Histórica de casos de Tétano Acidental no RS, 2007 a 2014.



Fonte: CEVS/SES-RS

DIFTERIA

O RS tem mantido uma média de notificações de casos de difteria de 12 casos ao ano, porém, nos últimos anos, nenhuma confirmação laboratorial ocorreu no estado. Nos anos de 2009 e 2010, os casos registrados (1 em cada ano) não foram confirmados laboratorialmente.

Quadro 16. Série Histórica de Casos de Difteria no RS, 2007 a 2014.

Difteria	Notificados	Confirmados*	Coefficiente de Incidência por 100mil/hab
2007	14	0	0
2008	11	0	0
2009	12	1	0,01
2010	8	1	0,01
2011	11	0	0
2012	9	0	0
2013	10	0	0
2014	3	1	0,01

Fonte: CEVS/SES-RS

* todos os casos confirmados por critério clínico.

PARALISIAS FLÁCIDAS AGUDAS

Nas Américas o último caso de poliomielite registrado foi no Peru, em 1991 e no Brasil o último registro é de 1989, recebendo o Certificado de Eliminação da poliomielite, em 1994.

Contudo, mesmo com o alcance de bons resultados em relação às metas preconizadas pelo programa de imunizações, as coberturas vacinais para Poliomielite ainda mostram-se heterogêneas no Estado, levando a possível formação de bolsões de suscetíveis e com isso, o risco de reintrodução da doença.

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

A sua qualidade é avaliada com base nos seguintes indicadores de desempenho operacional: Taxa de notificação, Investigação epidemiológica em até 48 horas, Coleta de uma amostra oportuna de fezes e, Proporção de notificação semanal negativa positiva.

Para a taxa de notificação a meta é de no mínimo 01 caso/100.000 habitantes em <15 anos de idade e para os demais indicadores a meta mínima é de 80%.

A seguir apresenta-se os resultados das metas alcançadas para os indicadores de desempenho operacional:

Quadro 17. Indicadores de Qualidade da Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas/Poliomielite: Taxa de Notificação, Investigação Oportuna, Coleta Oportuna e Notificação Negativa de Casos no RS, 2007 a 2014.

RS	Pop 0 a 14a	I E					
META							
2007	2.552.427						
2008	2.437.241						
2009	2.389.883						

Fonte: CEVS/SES-RS

Apesar de haver boa sensibilidade da vigilância, uma vez que a taxa de notificação tem sido mantida com identificação de casos suspeitos de paralisias flácidas agudas, ainda não é adequada a confirmação dos casos e a capacidade de identificação viral. Diante da atual conjuntura mundial é imprescindível o fortalecimento e qualificação das estratégias preconizadas para que o Brasil permaneça livre da circulação do poliovírus selvagem.

PROGRAMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR (VE-DTHA)

Oficina Nacional sobre Cólera - Ministério da Saúde

Nesta oficina o programa VE-DTHA e o programa Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) ficaram com a responsabilidade de coordenar a elaboração do “Plano de Contingência do Estado para o enfrentamento do Cólera”. O plano em questão foi concluído. Foi elaborada pelo programa da VE-DTHA Nota Técnica Sobre Cólera, com ações de saúde diante de surto de cólera. Esta nota técnica foi repassada para as Coordenadorias Regionais de Saúde, bem como aos seus municípios. O Rio Grande do sul não tem registro de cólera na série histórica.

Capacitações Técnicas em VE-DTHA: Aspectos Epidemiológicos e Sanitários

No Município de Porto Alegre, foram capacitados 53 profissionais. Também foram capacitados mais 38 profissionais em **22 municípios prioritários para a copa de 2014**. Na **5º CRS foram qualificados 82 profissionais de 49 municípios e na 8º CRS, 28 profissionais**.

Oficinas de Capacitação para o VERÃO NUMA BOA: Planejamento de Ações em Vigilância em Saúde

Foram realizadas diversas reuniões preparatórias, para elaboração dos temas e situações problemas a serem trabalhadas com os Municípios banhados por água doce e salgada e as respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde. As oficinas foram realizadas nas cidades de São Lourenço e Osório.

Seminário no Ministério Público: “I SEMINÁRIO DE SEGURANÇA ALIMENTAR”

Neste seminário foram tratados assuntos sobre “alimentos impróprios ao consumo Humano” e a interface entre a área da Secretaria Estadual da Saúde (SES), Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento (MAPA), Secretaria da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (SEAPA), Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON), e o Ministério Público. Foi assinado um Termo de Cooperação Técnica entre os órgãos envolvidos.

Quadro 18. Notificação de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA) e de Intoxicações Exógenas no Rio Grande do Sul em 2014.

Surtos DTHA notificados no ano de 2014: 98	Intoxicações Exógenas: 19
Número de Expostos: 10.458	Número de Expostos: 51
Número de Doentes: 1.203	Número de Doentes: 44
Número de Hospitalizações: 108	Número de Hospitalizações: 4
Número de óbitos DTHA: 04	Número de óbitos: 1

Fonte: DTHA/CEVS/SES-RS.

Ressalta-se ainda a ocorrência de seis casos isolados de DTHA provocada por ingestão de achocolatado da marca “Toddynho”, devido à contaminação deste por *Bacillus cereus*, segundo RECALL da própria indústria.

Foram notificados três casos de doença de Creutzfeld-Jakob (conhecida como encefalopatia espongiforme transmissível), que ocorreu na 1ª, 16ª e 4ª CRS, os 3 casos foram à óbito.

As Intoxicações Exógenas foram provocadas pela ingestão de Leite de várias marcas com suspeita de contaminação por formaldeído. A operação “Leite Compençado” em meados de abril determinou a grande maioria das notificações de intoxicações exógenas deste ano.

O óbito por intoxicação exógena foi causado por Diazepan e Carbofurano-Fenol (laudos do IML).

Quadro 19. Número de Notificações de DTHA e Intoxicações Exógenas, por Região de Saúde, RS, 2014*.

REGIÃO DE SAÚDE	NOME	CRS	2014	
			DTHA	INTOX.EXÓG
1	VERDES CAMPOS	4°	2	1
2	ENTRE RIOS	4°	0	0
3	FRONTEIRA OESTE	10°	1	0
4	BELAS PRAIAS	18°	1	0
5	BONS VENTOS	18°	0	0
6	VALE DO PARANHANA E COSTA SERRA	1°	0	0
7	VALE DOS SINOS	1°	6	1
8	VALE DO CÁI E METROPOLITANA	1°	4	0
9	CARBONÍFERA / COSTA DOCE	3°	4	2
10	CAPITAL E VALE DO GRAVATAÍ	2°	31	8
11	SETE POVOS DAS MISSÕES	12°	0	1
12	PORTAL DAS MISSÕES	9°	5	0
13	REGIÃO DA DIVERSIDADE	17°	0	0
14	FRONTEIRA NOROESTE	14°	0	0
15	CAMINHO DAS ÁGUAS	15° E 19°	4	0
16	ALTO URUGUAI GAÚCHO	11°	4	1
17	REGIÃO DO PLANALTO	6°	3	0
18	REGIÃO DAS ARAUCÁRIAS	6°	2	0

19	REGIÃO DO BOTUCARAÍ	6°	0	0
20	ROTA DA PRODUÇÃO	6° E 15°	0	0
21	REGIÃO SUL	3°	8	1
22	PAMPA	7°	0	0
23	CAXIAS E HORTÊNCIAS	5°	7	0
24	CAMPOS DE CIMA DA SERRA	5°	0	1
25	VINHEDOS E BASALTO	5°	5	2
26	UVA E VALE	5°	1	0
27	JACUÍ CENTRO	8°	3	0
28	REGIÃO VINTE E OITO	13°	0	0
29	VALES E MONTANHAS	16°	4	0
30	VALE DA LUZ	16°	3	1
Rio Grande do Sul			98	19

Fonte: DTHA/CEVS/SES-RS

*dados preliminares

No ano de 2014, ocorreram 117 notificações de surtos. Destes 98 (83,7%) são de DTHA, e 19 (16,3%) são de Intoxicação Exógena.

Dos 98 surtos de DTHA, a região de saúde 10 (2ª CRS) participou com 31 notificações (31,6%). Destas, 15 (57,6%) foram notificadas pelo município de Porto Alegre. Dos 19 surtos de Intoxicações Exógenas registrados, 8 (42,1%) ocorreram também na capital.

Algumas regiões de saúde mantiveram-se silenciosas em relação às notificações de DTHA, sendo as seguintes: 2, 5, 6, 11, 13, 14, 19, 20, 22, 24 e 28.

PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DE INFLUENZA

VIGILÂNCIA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA E GRAVE

A vigilância de influenza está estruturada em três pilares: notificação dos casos hospitalizados de Síndrome Respiratória Aguda e Grave (SRAG), notificação de surtos de Síndrome Gripal (SG) em comunidades fechadas e monitoramento semanal de SRAG e SG em Unidades Sentinelas.

Desde o início do ano de 2014 até a semana epidemiológica 53 (03/01/2015) foram notificados 1955 casos de SRAG, destes foram confirmados 189 casos para Influenza (143 para influenza H3N2, 29 para influenza A(H1N1), e 17 para influenza B). Entre os casos confirmados para influenza, ocorreram 25 óbitos (12 por influenza A(H1N1) e 13 por influenza A(H3N2).

Ao avaliar-se o coeficiente de incidência (CI), o coeficiente de mortalidade (CM) e a letalidade hospitalar de influenza nos últimos quatro anos, observa-se uma redução na incidência e mortalidade da doença (exceção em 2011, ano de baixa circulação) e uma estabilidade na letalidade (quadro a seguir).

Quadro 20. Coeficiente de incidência (CI)*, coeficiente de mortalidade (CM)* e letalidade dos casos hospitalizados de Influenza, 2011-2014**, Rio Grande do Sul.

Ano do início dos sintomas	Coefficiente de Incidência	Coefficiente de Mortalidade	Letalidade hospitalar
2011	0,97	0,13	13,46
2012	5,02	0,63	12,57
2013	5,24	0,68	12,94
2014	1,75	0,23	13,23

Fonte: SINAN Influenza Web

*CI e CM por 100.000 habitantes

**dados preliminares 2014.

UNIDADES SENTINELAS

O monitoramento da Síndrome Gripal (SG) de 2014 mostrou uma proporção de 4,2% casos de SG de todos os atendimentos realizados. Entre os casos de SG foram coletados 1134 amostras, 56,1% do que é preconizado (2020 amostras). A meta é atingir 80% do preconizado.

Entre as amostras coletadas, 167 foram positivas para o vírus influenza (122 H3N2, 13 H1N1 e 32 Influenza B). A circulação do vírus influenza manteve-se abaixo do esperado para a época do ano de maior incidência, tanto nos casos de SG como nos casos de SRAG.

A rede de unidades sentinelas foi estruturada a partir de 2002 e nos dois primeiros anos de funcionamento a meta foi atingida, quando esta rede era composta por três (3) serviços de saúde. Desde 2004 o RS não atinge a meta, assim como nos últimos quatro anos, conforme o descrito no quadro abaixo.

Quadro 21. Proporção de coletas de amostra nos casos de síndrome gripal em relação ao preconizado, 2011-2014*, Rio Grande do Sul.

Ano do início dos sintomas	% coleta do preconizado
2011	52,2
2012	70,0
2013	70,5
2014	56,1

Fonte: Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica para gripe (Sivepgripe).

Em 2013 ampliou-se esta rede para oito (8) serviços de saúde com unidades sentinelas e alguns contam com dificuldades operacionais para o desenvolvimento das ações. A portaria federal que regulamenta o incentivo financeiro e as ações desta vigilância de influenza é a de nº183 de 30 de janeiro de 2014.

As ações desenvolvidas pela vigilância de influenza em 2014 compreenderam o monitoramento e avaliação do perfil de circulação dos principais vírus respiratórios, assim como acompanhar a movimentação dos estoques do medicamento Oseltamivir para previsão dos quantitativos a serem solicitados ao Ministério da Saúde, elaborar notas técnicas e protocolos, realizar oficinas com a rede e sistematicamente avaliar as inconsistências dos dois sistemas de informação: Sinan Influenza_web e Sivepgripe para qualificar os dados.

Foi elaborado este ano um plano de contingência estadual de enfrentamento de epidemia de influenza que está em fase de apresentação a outras esferas para a publicação oficial.

PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DE MENINGITES

Entre as várias etiologias das meningites, a doença meningocócica destaca-se como preocupação da vigilância epidemiológica por ser a principal causa das meningites bacterianas, pelo perfil de morbimortalidade da doença, letalidade elevada e pela capacidade de produzir surtos.

Em 2014 até a semana epidemiológica 53 (03/01/2015) foram notificadas 1601 suspeitas de meningite, destas foram confirmadas 1107, sendo 335 classificadas como meningites bacterianas. Entre as bacterianas, 83 foram meningites meningocócicas com predominância do sorogrupo C (36). A proporção de amostras sorogrupadas entre a doença meningocócica foi de 72,3%, um aumento de 12% em relação à doença meningocócica notificada no ano anterior.

Desde 2010 foi introduzida na rotina do calendário básico de vacinação a vacina meningocócica C para os menores de 2 anos. A faixa etária mais acometida pela *neisseria* do sorogrupo C tem sido os maiores de 15 anos.

A incidência da doença meningocócica vem reduzindo nos últimos anos e a letalidade mantém-se dentro do esperado para a doença, em torno de 20% (quadro a seguir).

Quadro 22. Coeficiente de incidência (CI) e letalidade da doença meningocócica de 2001-2014*, RS.

Ano	CI / 100 mil	Letalidade (100%)
2007	0,9	14,0
2008	0,8	13,3
2009	0,6	20,3
2010	0,7	21,5
2011	0,8	15,3
2012	0,5	12,5
2013	0,7	23,8
2014	0,8	19,3

Fonte: SINAN

*2014-dados preliminares

A partir de 2013, no estado do RS, ocorreu a mudança de sorogrupo predominante, antes deste ano o sorogrupo B era o que circulava predominantemente, atualmente é o sorogrupo C (Figura abaixo). No entanto, no Brasil desde 2005 o sorogrupo predominante já é o meningococo C. Além disto, observa-se também um aumento do sorogrupo W/Y no estado para o qual não há vacina disponível na rede pública de saúde.

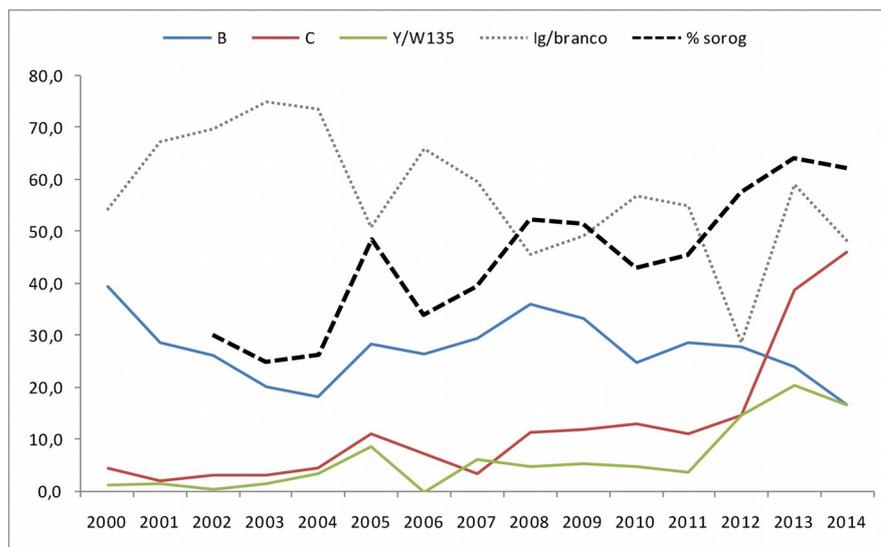


Figura 6. Distribuição da proporção dos sorogrupos da Doença Meningocócica, 2000-2014*, RS.

Fonte: CEVS/SES/RS

O estado está monitorando a mudança do perfil de circulação e discutindo com as outras esferas de gestão. Até o momento não há evidências para nenhuma mudança nas estratégias da vigilância da doença.

PROGRAMA DE CONTROLE DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS (DDA)

A doença diarréica aguda é reconhecida como importante causa de morbidade no Brasil, mantendo relação direta com as precárias condições de vida e saúde das pessoas, em consequência da falta de saneamento básico, desnutrição, entre outros fatores.

Para a monitorização é utilizado o **Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarréicas Agudas (SIVEP-DDA)**, que consiste na coleta, consolidação e análise de dados mínimos como: idade, procedência, data de início dos sintomas, do atendimento e plano de tratamento dos casos que buscam atendimento na unidade básica de saúde, visando recomendar medidas de controle e avaliação do impacto de ações desenvolvidas.

Considera-se importante registrar que a maior dificuldade para a vigilância destes agravos se refere a não inserção ou pouca inserção dos dados no sistema de informação, dificultando o dimensionamento da real problemática das doenças. Em todo o estado há 1665 unidades notificando diarréias, e dos 497 municípios, 81 municípios não notificaram diarréia, conforme dados do SIVEP-DDA em 9/03/2014.

Em 2014 o número de casos de doenças diarréicas agudas, no Estado foi de 143.130 (Fonte: SIVEP-DDA - dado preliminar) e o número total de óbitos provocados por estas doenças, no Estado, no período de 2000 a 2009, foi de 49.603 (Fonte: SIM/DATASUS).

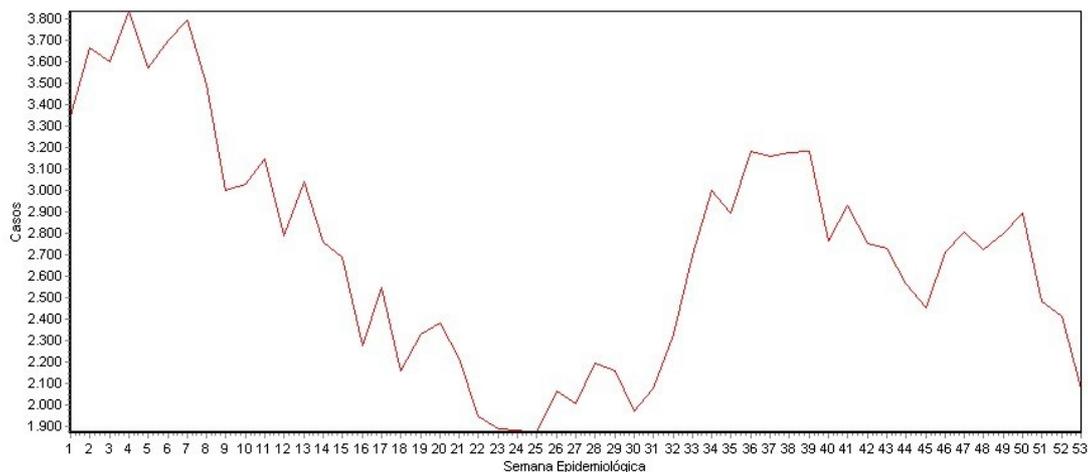


Figura 7. Total de Casos de DDA, por Semana Epidemiológica, em 2014*, RS.

Fonte: SIVEP-DDA

*dado preliminar

Quadro 23. Casos de DDA, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2012 a 2014,.

Região de Saúde	Casos 2012	Casos 2013	Casos 2014
1	1080	1232	1150
2	1677	1186	1013
3	3569	3834	3485
4	6372	5656	5703
5	7629	5983	7728
6	5194	3603	3603
7	15426	10774	12916
8	13855	8570	10242
9	10719	7272	10149
10	3589	3112	3903
11	2485	1956	1388
12	3502	3185	4067
13	4524	3799	3355
14	4928	3869	4015
15	5379	4587	4308
16	5508	4610	4398
17	7166	6104	5877
18	3258	2241	2195
19	2237	1672	2206
20	1286	2333	2680
21	8165	5517	7720
22	2013	1274	576
23	10410	10121	12831
24	3463	1898	2683

25	121141	9920	11877
26	2737	2219	2823
27	2485	1504	1594
28	2049	2597	1962
29	5508	3551	3893
30	4921	29	2790
Rio Grande do Sul	272275	127151	143130

Fonte: SIVEP – DDA.

O Programa de Controle de DDA está trabalhando juntamente com a Vigilância Ambiental, no Programa de Melhoria da Qualidade da Água para Consumo Humano, que usa como indicador os dados de Doença Diarréica Aguda, nos municípios do Estado em situação de risco hídrico. Isso possibilita qualificar o sistema de informação, visto que está existindo uma integração efetiva entre os setores vigilância epidemiológica, atenção básica (Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde) e Programa de Saneamento (PROSAN), além de produzir resultados no que diz respeito à tomada de decisão e definição de ações pelo nível municipal.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

Indicador 39: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação

O indicador 39 “Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação” (meta $\geq 80\%$ para 2014) foi 88,4%, no Estado até 24/02/15. Ocorreu, no fim de 2014, a atualização do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) o que acarretou atraso nos envio das notificações. Em relação as Regiões de Saúde, 24 atingiram a meta e 6 não atingiram (tabela abaixo).

Quadro 24. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação no RS, por região de saúde, 2012 a 2014.

Região de Saúde	2012	2013	2014*
VERDES CAMPOS	89.9	94.2	90,6
ENTRE RIOS	75.7	69.6	90,0
FRONTEIRA OESTE	85.9	83.3	86,9
BELAS PRAIAS	83.1	87.3	94,6
BONS VENTOS	87.5	81.0	95,3
VALE DO PARANHANA E COSTA SERRA	88.4	76.6	81,5
VALE DOS SINOS	89.1	87.4	87,9
VALE DO CAI E METROPOLITANA	85.5	92.0	88,2
CARBONIFERA/COSTA DOCE	80.2	80.6	84,2
CAPITAL E VALE DO GRAVATAI	95.7	94.5	95,7
SETE POVOS DAS MISSOES	72.3	71.2	87,5
PORTAL DA MISSOES	87.5	79.2	79,4
REGIAO DA DIVERSIDADE	76.4	64.2	84,3
FRONTEIRA NOROESTE	87.9	87.3	82,7
CAMINHO DAS AGUAS**	91.1	75.0	76,5
ALTO URUGUAI GAUCHO	84.5	87.8	84,5
REGIAO DO PLANALTO**	87.8	90.4	92,6
REGIAO DAS ARAUCARIAS	81.2	77.4	84,4
REGIAO DO BOTUCARAI	81.8	72.1	66,7
ROTA DA PRODUCAO**	95.8	93.2	89,1
REGIAO SUL	81.2	90.2	83,1
PAMPA	90.2	86.8	68,2
CAXIAS E HORTENCIAS	91.1	87.3	89,8
CAMPOS DE CIMA DA SERRA	90.9	88.9	78,9
VINHEDOS E BASALTO	91.3	94.8	93,4
UVA E VALE	91.5	76.1	80,9
JACUI CENTRO	83.7	82.1	97,4
REGIAO VINTE E OITO	92.0	86.8	82,0
VALES E MONTANHAS	81.9	78.8	89,5
VALE DA LUZ	69.8	80.5	75,6
Rio Grande do Sul	88.09	87.8	88,4

Fonte: SINAN.

*Dados são preliminares

**Regiões que ainda não estão conforme a Resolução 499/14 - CIB/RS

II. VIGILANCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS CRÔNICAS

PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA HANSENÍASE (PECH)

São pactuados 2 indicadores para a avaliação das ações de controle da hanseníase. **Indicador 45: Proporção de Cura dos Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados nos anos das Coortes** e **Indicador 46: Proporção de Contatos Intradomiciliares de Casos Novos de Hanseníase Examinados**. As metas pactuadas para 2014 foram **100% para o indicador 45** e **75% para o Indicador 46**.

Para a avaliação destes Indicadores, além das metas pactuadas, são usados os Parâmetros de Interpretação, estabelecidos pelo Programa Nacional de Controle de Hanseníase (PNCH). Para a Proporção de Cura dos Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados são considerados: BOM $\geq 90\%$ de cura; REGULAR 75,0% a 89,9% e PRECÁRIO menos de 75,0% de cura. Para a Proporção de Contatos Intradomiciliares Examinados: BOM $\geq 75,0\%$ examinados; REGULAR 50,0% a 74,9% e PRECÁRIO menos de 50,0% de contatos examinados.

Quadro 25. Proporção de Cura dos Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados nos anos das Coortes e Proporção de Contatos Intradomiciliares de Casos Novos de Hanseníase Examinados, por regiões de saúde, nos anos de 2012, 2013 e 2014 no RS.

Região de Saúde	2012		2013		2014*	
	% Cura	% C.Exam.	% Cura	% C.Exam.	% Cura	% C.Exam.
Região 01	0	0	100	100	100	100
Região 02	0	0	85,7	90	67	100
Região 03	0	0	95,5	97,6	90	91,7
Região 04	0	0	0	0	0	0
Região 05	0	0	0	0	100	66,7
Região 06	0	0	66,7	83,3	100	84,6
Região 07	0	0	62,5	31,8	75	77,8
Região 08	0	0	85,7	75	0	0
Região 09	0	0	60	50	0	0
Região 10	0	0	70	78,9	90	66,7
Região 11	0	0	75	100	44	34,1
Região 12	0	0	0	0	0	0
Região 13	0	0	66,7	100	100	52,9
Região 14	0	0	50	100	92	95,2
Região 15	0	0	57,1	85,3	83	77,3
Região 16	0	0	80	8,3	83	90,9
Região 17	0	0	50	0	50	50
Região 18	0	0	0	0	0	0
Região 19	0	0	0	0	100	81,8
Região 20	0	0	0	66,7	67	0
Região 21	0	0	60	100	100	0
Região 22	0	0	100	100	0	0
Região 23	0	0	100	95,4	100	100
Região 24	0	0	0	100	0	0
Região 25	0	0	62,5	73,7	25	100
Região 26	0	0	40	50	0	0
Região 27	0	0	100	50	100	77,8
Região 28	0	0	62,5	72,4	100	52,4
Região 29	0	0	100	100	100	100
Região 30	0	0	0	0	0	0
RS	82,91	66,01	71,8	73,4	79	72,3

Fonte: SINAN

* dados preliminares

O Estado do Rio Grande do Sul não atingiu as metas dos indicadores pactuadas para 2014, porém observa-se que o percentual de cura aumentou em relação ao ano de 2013 e o percentual de contatos examinados ficou apenas um pouco abaixo do ocorrido em 2013. Ressalva-se que os dados de 2014 ainda são preliminares.

Avaliação dos indicadores, por Região de Saúde, tanto pelas metas pactuadas como pelos parâmetros de interpretação do indicador, estabelecidas pelo PNCH, são apresentadas a seguir:

Indicador 45: Proporção de Cura dos Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados nos anos das Coortes

As Regiões de Saúde 1, 5, 6, 13, 19, 21, 23, 27, 28 e 29 atingiram a meta pactuada, correspondendo a 33,3% das regiões do estado. Segundo interpretação do PNCH, além destas regiões, também as regiões 3, 10 e 14 é BOM, embora não tenham atingido a meta estadual.

Regiões 7, 15 e 16 não atingiram a meta, mas são interpretadas como REGULAR em relação a este indicador.

Regiões 2, 11, 17, 20 e 25 não atingiram a meta, interpretação PRECÁRIA em relação a este indicador.

Regiões 4, 8, 9, 12, 18, 22, 24, 26, e 30 estão com este indicador zerado, algumas por não terem pacientes.

Indicador 46: Proporção de Contatos Intradomiciliares de Casos Novos de Hanseníase Examinados

Regiões 1, 2, 3, 6, 7, 14, 15, 16, 19, 23, 25, 27 e 29 atingiram a meta, correspondendo a 43,3% das regiões do estado, interpretação BOM.

Regiões 5, 10, 13, 17 e 28 não atingiram a meta, interpretação REGULAR para este indicador.

Regiões 4, 8, 9, 12, 18, 20, 21, 22, 24, 26 e 30 estão com este indicador zerado, algumas por não terem pacientes, somente a região 11 não está zerada, mas a interpretação é PRECÁRIO.

REALIZAÇÕES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO ANO DE 2014

Capacitações em SINAN com os programas de AIDS, hepatites, Tuberculose e Hanseníase; Agentes Comunitários de Saúde; Diagnóstico e Tratamento da hanseníase para médicos e enfermeiros. Oficina de Prevenção em Incapacidades na Hanseníase.

Reuniões e fechamento do relatório do grupo de trabalho (GT), para o Hospital Colônia Itapuã. Solicitação e distribuição de medicamentos.

Fracionamento da medicação Clofazimina enviada pelo Ministério da Saúde, em farmácias de manipulação.

Definição de fluxo de descompressão neural para pacientes em reação hansênica através da regulação no sistema AGHOS.

Distribuição de material produzido pelo programa no nível do Ministério da Saúde e SES-RS: camisetas, folders, cartazes, manuais e livros.

PROGRAMA ESTADUAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS (PEHV)

Publicação da Resolução CIB Nº 143/14 SES-RS, que regula o envio do incentivo da vigilância em Saúde para os Programas de Hepatites Virais e DST/Aids pelo MS e estipula 55 municípios prioritários para esses agravos.

Foram cadastrados no Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SisLogLab) as CRS e os municípios do RS que realizam os exames de testagem rápida para hepatites virais. Também houve ampliação das testagens rápidas para as hepatites B e C na Atenção Básica e foram fornecidas geladeiras para cada Coordenadoria Regional de Saúde guardar seus testes rápidos.

Houve readequação da Rede de Sorologias para Hepatites Virais no RS, com centralização do envio de amostras para 3 laboratórios (Laboratório de Porto Alegre, Laboratório Regional de Santa Cruz do Sul e Laboratório de Uruguaiana), além da manutenção da realização dos exames em laboratórios conveniados com vários municípios do Estado.

Houve a Inclusão de mais dois laboratórios na Rede de Carga Viral e Genotipagem do vírus da Hepatite C no RS (Laboratório de Rio Grande e Laboratório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre), totalizando 5 laboratórios no Estado, com o intuito de ofertar estes exames.

Ações conjuntas com a Regulação Estadual de Consultas, o Telessaúde e a Atenção Básica resultando na implantação do protocolo de agendamento de consultas na subespecialidade Gastro-hepatites, com o propósito de diminuir o tempo de espera dos pacientes.

Gravação de uma vídeo-palestra sobre hepatites virais está na plataforma do Telessaúde para todos os profissionais da Atenção Básica. Objetivando atualizar os profissionais para a detecção e atendimento dos pacientes com hepatites virais na rede de serviços de saúde, conseqüentemente melhorar o manejo dos pacientes.

Participação no Projeto Verão Numa Boa, no Dia de Ação Global em Rio Grande e no Dia Mundial de Combate às Hepatites Virais, com ações de prevenção, vacinação e testagem rápida e distribuição de material de publicidade.

Capacitações dos municípios das 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 8ª e 10ª CRS para a qualificação do banco de dados de Hepatites Virais no SINAN, o qual possibilita o acompanhamento do comportamento epidemiológico dessas doenças. Capacitações para todas as CRS em Tabwin e Tabnet, sistemas que auxiliam na análise epidemiológica dos dados das Hepatites Virais do RS. Análises periódicas de todo o banco de dados do SINAN no que concerne às duplicidades, inconsistências de subnotificações de casos que foram a óbito.

Elaboração do Boletim Epidemiológico do CEVS sobre o panorama das hepatites virais 2013 (a ser publicado em 2015) com a participação da Regulação de Transplantes do Estado.

Elaboração de um projeto de campo de estágio para Residência em Vigilância em Saúde da Escola de Saúde Pública, no Programa das Hepatites Virais, para o ano de 2015.

Realizada vacinação contra a hepatite B em todos os funcionários do CEVS (duas primeiras doses) e participação de ação de prevenção de hepatites promovida pelo SINCA (Sindicato dos Cabeleireiros e Manicures) e pelo SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho).

Indicador 44: Número de testes sorológicos anti-HCV realizados

A meta estabelecida para 2014 era ampliar o número de exames realizados em 5% acima do total de exames realizados em 2013, para todos os municípios de residência de pacientes, que têm produtividade registrada no sistema de informação SIA-SUS.

Quadro 26. Resultado do número de testes sorológicos anti-HCV realizados por Região de Saúde, 2014, RS.

Região de Saúde	2013	Meta proposta 2014	Resultado 2014	Análise 2014	Incremento 2014 (%)
1	6133	6440	6963	ATINGIU	13,53
2	278	292	297	ATINGIU	6,83
3	1893	1988	2768	ATINGIU	46,22
4	1578	1657	1733	ATINGIU	9,82
5	1907	2002	2166	ATINGIU	13,58
6	2886	3030	3304	ATINGIU	14,48
7	12029	12630	11244	NÃO ATINGIU	-6,53
8	10183	10692	12348	ATINGIU	21,26
9	4227	4438	5187	ATINGIU	22,71
10	53860	56553	55012	NÃO ATINGIU	2,14
11	4071	4275	4526	ATINGIU	11,18
12	649	681	816	ATINGIU	25,73
13	329	345	619	ATINGIU	88,15
14	497	522	882	ATINGIU	77,46
15	568	596	520	NÃO ATINGIU	-8,45
16	666	699	712	ATINGIU	6,91
17	6439	6761	6257	NÃO ATINGIU	-2,83
18	443	465	511	ATINGIU	15,35
19	393	413	271	NÃO ATINGIU	-31,04
20	306	321	327	ATINGIU	6,86
21	15328	16094	16816	ATINGIU	9,71
22	703	738	1743	ATINGIU	147,94
23	5321	5587	6856	ATINGIU	28,85
24	320	336	327	NÃO ATINGIU	2,19
25	2486	2610	2438	NÃO ATINGIU	-1,93
26	1311	1377	1714	ATINGIU	30,74
27	524	550	973	ATINGIU	85,69
28	4588	4817	5355	ATINGIU	16,72
29	1940	2037	1925	NÃO ATINGIU	-0,77
30	645	677	882	ATINGIU	36,74
RS	142501	149626	155492	ATINGIU	9,12

Fonte: SIASUS/DATASUS, em 04/02/2015.

O Estado realizou 155.492 exames sorológicos anti-HCV em 2014, portanto o RS atingiu sua meta, com incremento de 9,12% em relação ao ano de 2013.

292 municípios e 22 Regiões de Saúde atingiram sua meta (> 5% de incremento em 2014).

Quadro 27. Série Histórica dos testes sorológicos anti-HCV realizados de 2008 a 2014, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul.

Região de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	4491	4163	4250	6603	5501	6133	6963
2	106	70	137	164	285	278	297
3	856	713	995	1421	2727	1893	2768
4	894	1235	1282	1252	1364	1578	1733
5	748	802	1449	1927	1807	1907	2166
6	917	865	904	1090	2662	2886	3304
7	3502	4605	5239	6263	7725	12029	11244
8	8746	11928	11375	12975	9290	10183	12348
9	2030	2830	2872	3253	3780	4227	5187
10	34016	38447	39501	41220	47066	53860	55012
11	1163	1465	1554	2587	3366	4071	4526
12	758	1057	819	596	555	649	816
13	361	242	264	298	432	329	619
14	537	857	870	961	554	497	882
15	157	281	470	439	500	568	520
16	1364	1292	1093	1066	802	666	712
17	4265	4867	4762	5990	6414	6439	6257
18	150	164	214	332	392	443	511
19	213	219	252	265	314	393	271
20	223	224	239	272	281	306	327
21	11347	13764	14305	15481	16844	15328	16816
22	513	205	212	269	248	703	1743
23	2309	3060	4274	6140	4840	5321	6856
24	243	202	242	299	239	320	327
25	1029	897	1094	2154	2147	2486	2438
26	428	611	570	1053	1133	1311	1714
27	526	541	514	648	523	524	973
28	2723	3606	3471	4626	4588	4588	5355
29	273	300	313	634	927	1940	1925
30	202	231	268	413	573	645	882
RS	85090	99743	103804	120691	127879	142501	155492

Fonte: SIASUS/DATASUS, em 04/02/2015.

Neste período apresentado (2008 a 2014) nota-se aumento anual dos testes sorológicos anti-HCV realizados.

PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

O Banco de dados para Tuberculose apenas encerra em outubro de 2015 (dados definitivos) para os casos diagnosticados no ano de 2014. Por este motivo os dados para a avaliação do indicador 36: **Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera**, são de 2013.

O Rio Grande do Sul diagnosticou, em 2013, 4.926 casos novos de tuberculose (todas as formas), com um coeficiente de incidência de 45,7 casos para cada 100 mil habitantes. Foram registrados 138 óbitos por tuberculose e 781 abandonos de tratamento, no SINAN.

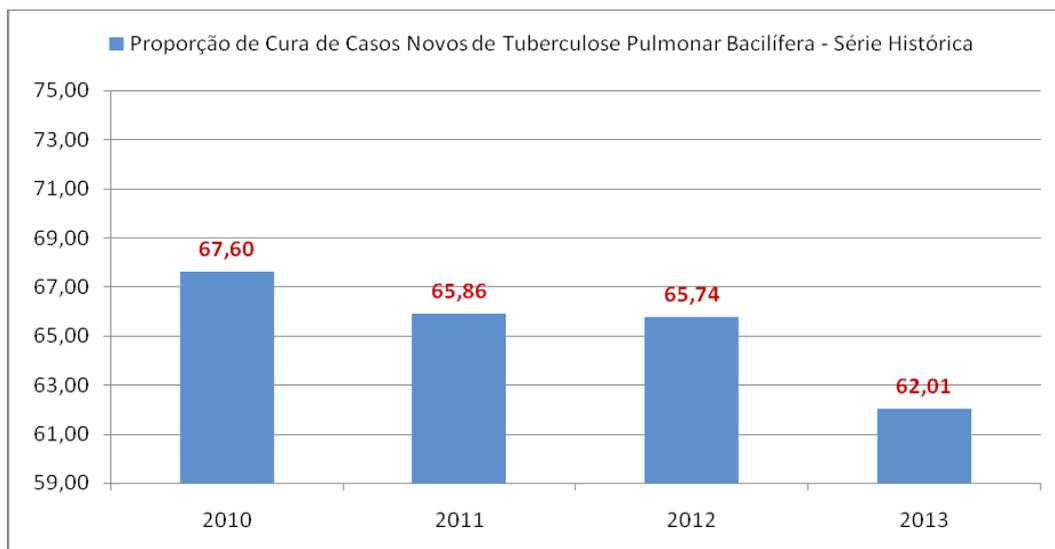


Figura 8. Indicador 36: Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera, 2010 a 2013, Rio Grande do Sul.

Fonte: SINAN 20/02/2015

A meta pactuada para este indicador é de 75%. Em 2013, o número de casos novos pulmonar bacilífero foi de 2640, com 1637 casos curados, representando 62,01% e a meta não foi atingida como nos anos anteriores, apresentados na figura acima.

A seguir apresenta-se todas as Regiões de Saúde de acordo com os resultados alcançados e conforme a série histórica, desde 2010.

Quadro 28. Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera, por Região de Saúde – série histórica de 2010 a 2013, RS.

Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera - Série Histórica				
Região de Saúde	2010	2011	2012	2013
Total	67,60	65,86	65,74	62,01
01 Verdes Campos	71,68	76,59	76,27	64,29
02 Entre Rios	80	81,82	80	76,47
03 Fronteira Oeste	80,68	83,55	79,41	76,12
04 Belas Praias	50	66,67	72,73	65
05 Bons Ventos	70,97	59,42	58,82	65,57
06 V. Paranhana/C. Serra	57,14	54,55	60,98	70,73
07 Vale dos Sinos	76,11	74,32	75,81	74,58
08 Vale Caí/Metropolitan	72,73	72,66	73,63	61,29
09 Carbonífera/Costa Doc	64,92	58,89	58,62	57,64
10 Capital/Vale Gravataí	61,9	59,12	58,49	54,79
11 Sete Povos Missões	70,83	52,63	34,62	40
12 Portal das Missões	81,25	52,63	53,85	80
13 Diversidade	62,5	64,29	85,71	57,14
14 Fronteira Noroeste	90	83,33	60	87,5
15 Caminho das Águas	57,14	72,22	78,57	66,67
16 Alto Uruguai Gaúcho	50	83,33	68	41,18
17 Planalto	65,12	74,47	69,77	57,89
18 Araucárias	83,33	83,33	50	55,56
19 Botucaraí	57,69	66,67	75	46,15
20 Rota da Produção	50	42,86	23,08	20
21 Sul	79,08	73,51	78,7	74,03
22 Pampa	87,18	80,49	77,78	81,48
23 Caxias e Hortênsias	56,52	66,67	79,17	70,59
24 Campos de Cima Serra	80	78,57	72,73	80
25 Vinhedos e Basalto	69,23	81,25	90	80
26 Uva Vale	71,43	100	61,54	68,75
27 Jacuí Centro	82,86	77,08	78,72	84,62
28 Vinte e Oito	70,69	73,44	76,92	75
29 Vales e Montanhas	78,57	62,5	75	54,17
30 Vale da Luz	70	55,56	55,56	73,33

Fonte: SINAN 20/02/2015

As regiões de saúde 2, 3, 12, 14, 22, 24, 25, 27 e 28 alcançaram percentual de cura maior/igual a 75%.

A região 10, onde encontra-se a capital, concentra o maior número de casos (1097 pacientes), apresentou um percentual de cura de 54,79%. O impacto para o total de casos não curados é significativamente maior se comparado com as regiões como a 11, 19 e 20, que houve menos de 50% de cura. Constata-se, nestas regiões, número reduzido de casos (total de 34 pacientes) e com deficiência no preenchimento de dados no SINAN.

Nessas regiões, portanto, além das ações assistenciais de saúde, indiscutivelmente fundamentais, podemos melhorar os indicadores de saúde qualificando o sistema de informação.

Na figura a seguir apresenta-se, por Região de Saúde, no ano de 2013, o percentual de cura dos casos novos pulmonar bacilífero (com todas as situações de encerramento) comparado com o percentual de cura dos casos sem a situação “ignorado” e “transferência,” (que foi de 204 casos ignorados e de transferências 379 casos), esta exclusão eleva a proporção de cura significativamente. Assim pode-se inferir que o resultado de casos curados para o Estado, podem aumentar, quando os casos estiverem encerrados no banco de dados (houve atualização da versão do SINAN NET em 2014 e muitos municípios tiveram descontinuidade no lançamento de dados).

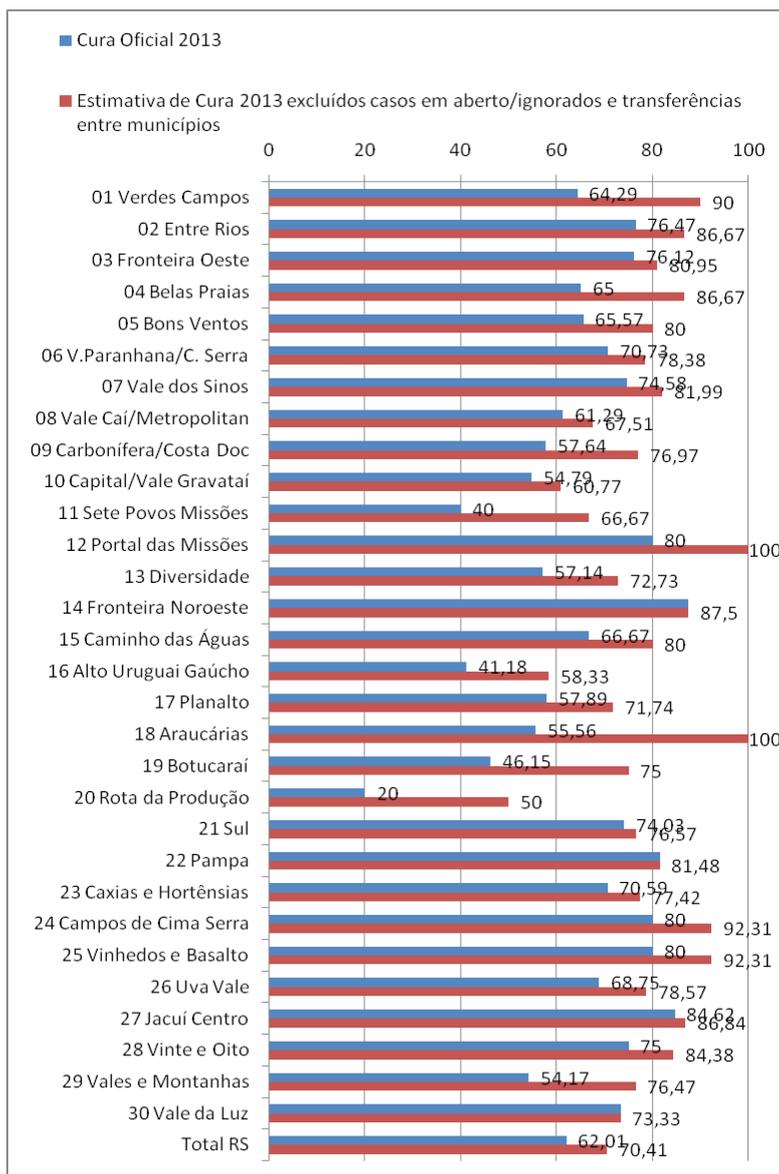


Figura 9. Percentual de cura dos casos novos pulmonar bacilífero (com todas as situações de encerramento) comparado com o percentual de cura dos casos sem a situação “ignorado” e “transferência”, por região de saúde, no ano de 2013, no estado do Rio Grande do Sul.

Fonte: SINAN e PECT/CEVS

Avaliação do Indicador 37: Proporção de Exame Anti-HIV Realizados entre os Casos Novos de Tuberculose, 2011 a 2014, RS.

Na figura a seguir apresentam-se os resultados desse indicador para a série histórica de 2011 a 2014*, RS.

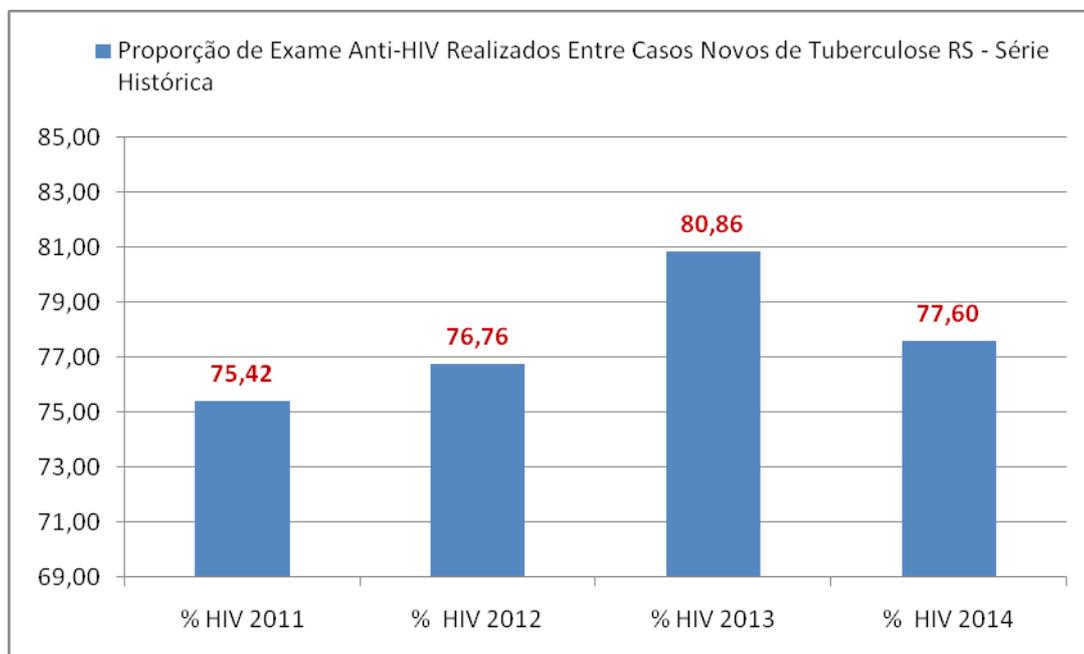


Figura 10. Proporção de Exame Anti-HIV Realizados entre os Casos Novos de Tuberculose, 2011 a 2014, RS.

Fonte: SINAN 20/02/2015

* 2014 - dados preliminares

A meta pactuada para este indicador é de 85%. O estado atingiu em 2014, 77,60% de testagem HIV em casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. Houve atualização da versão do SINAN NET em 2014 e muitos municípios tiveram descontinuidade no lançamento de dados, principalmente no último trimestre de 2014. A tendência é de aumento nesta proporção, a medida que os dados forem completados.

Na figura abaixo apresentam-se os resultados deste indicador, por Região de Saúde, nos anos de 2011 a 2014.

Proporção de Exame Anti-HIV Realizados Entre Casos Novos de Tuberculose RS - Série Histórica				
Região de Saúde	2011	2012	2013	2014
Total	75,42	76,76	80,86	77,60
01 Verdes Campos	93,75	85,96	80,00	92,70
02 Entre Rios	53,13	78,57	82,14	96,55
03 Fronteira Oeste	78,95	77,08	88,19	91,89
04 Belas Praias	75,00	87,10	77,14	87,69
05 Bons Ventos	77,45	64,96	79,21	76,79
06 V. Paranhana/C. Serra	62,50	65,93	72,62	73,77
07 Vale dos Sinos	84,28	78,15	84,47	69,85
08 Vale Cai/Metropolitan	85,90	84,74	88,07	82,77
09 Carbonifera/Costa Doc	48,13	56,47	71,06	63,70
10 Capital/Vale Gravataí	77,78	79,01	82,08	78,97
11 Sete Povos Missões	34,48	50,98	56,10	52,00
12 Portal das Missões	86,21	90,48	68,18	54,55
13 Diversidade	72,41	86,36	92,59	94,12
14 Fronteira Noroeste	100,00	93,75	94,44	100,00
15 Caminho das Águas	25,00	58,62	81,82	76,00
16 Alto Uruguai Gaúcho	77,27	76,74	69,23	68,42
17 Planalto	78,02	92,21	91,92	87,50
18 Araucárias	71,43	73,68	76,19	70,00
19 Botucaraí	43,48	33,33	59,38	55,56
20 Rota da Produção	29,63	36,67	73,68	47,06
21 Sul	74,03	76,76	80,17	75,46
22 Pampa	85,25	95,65	97,78	65,52
23 Caxias e Hortênsias	57,72	68,29	74,45	69,66
24 Campos de Cima Serra	88,89	84,00	93,10	78,95
25 Vinhedos e Basalto	95,00	96,08	85,19	87,93
26 Uva Vale	76,92	78,26	83,87	73,08
27 Jacuí Centro	41,79	40,63	50,00	70,59
28 Vinte e Oito	69,49	79,28	75,18	67,92
29 Vales e Montanhas	77,14	70,97	83,33	90,70
30 Vale da Luz	81,25	100,00	71,88	90,91

Figura 11. Proporção de Exame Anti-HIV Realizados entre os Casos Novos de Tuberculose, 2011 a 2014, no Rio Grande do Sul, por região de saúde.

*Os dados de 2014 são preliminares

Fonte: SINAN 20/02/2015

Em 2014, as regiões de saúde 1, 2, 3, 4, 13, 14, 17, 25, 29 e 30 atingiram percentuais de testagem HIV superiores a 85%, atingindo a meta pactuada.

A região de maior incidência – Região 10, apresentou cerca de 79% de testagem para HIV, em 2014.

Neste mesmo ano as Regiões como 11, 12, 19 e 20 apresentaram percentuais abaixo de 60%.

Nessa avaliação de 2014 não foram considerados os casos registrados como “em andamento”, o que pode ter influenciado no resultado de algumas regiões de saúde, mais uma vez explicitando as deficiências da completude oportuna do SINAN e também ainda são dados preliminares como já referido anteriormente.

Principais atividades realizadas pelo Programa Estadual de Controle da Tuberculose, no ano de 2014:

- Comemoração do dia 24 de março - Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose – com ações educativas e de divulgação, em parceria com Municípios e com o Comitê Estadual de Enfrentamento da Tuberculose no RS (CEETB-RS);
- Capacitação para descentralização do Sistema de Informações para Tratamentos Especiais em Tuberculose (SITETB) e Capacitação de 199 servidores de municípios e regionais em encerramento de casos do SINAN, em conjunto com Programas DST-AIDS, Hepatites e Hanseníase;
- Pactuação de ações conjuntas com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose/MS (PNCT-MS) com vistas a melhoria dos indicadores em TB no RS e Monitoramento e Avaliação de Indicadores em conjunto com PNCT-MS no período de 08 a 12/12/14, com pactuação de ações para o primeiro semestre de 2015: 45 participantes.
- Encontro anual dos Programas de Tuberculose 2014 - Avaliação e Fluxos: 148 participantes;
- Implantação da rede de Teste Rápido molecular em Tuberculose no Estado;
- Participação, como membro do Colegiado Gestor, das reuniões bimestrais do Comitê Estadual de Enfrentamento da Tuberculose no RS (CEETB-RS);
- Participação do Grupo de Cooperação Interfederativa para o controle da epidemia de AIDS, no RS.

III. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (NVDANT)

Foi constituído no CEVS em 2006, pela necessidade de instituir-se a vigilância epidemiológica das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (NVDANT). O núcleo procura desenvolver suas atividades em torno das principais causas de morte, fazendo a vigilância e promoção da saúde.

PROGRAMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS

Conforme série histórica, de 2010 a 2014, o número de notificações vem crescendo. O estado do Rio Grande do Sul está em segundo lugar em notificações no cenário Brasileiro, isso devido ao esforço de diversos atores que cotidianamente estão sensibilizando a rede de serviços de saúde para observar casos suspeitos de violências e notificá-las. A notificação/investigação, impulsiona a rede a organizar-se, reforça a importância de rever fluxos e qualificar a notificação, acolhimento, acompanhamento e todos os tipos de atendimento necessários às pessoas em situação de violência.

Quadro 29. Série histórica de casos notificados de Violências, de 2010 a 2014, RS.

Ano	Casos notificados de violência
2010	6.604
2011	11.235
2012	14.613
2013	15.571
2014	16.896
Total	64.919

Fonte: SINAN

*Dados preliminares

Quadro 30. Indicador 12 - Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado, Rio Grande do Sul, 2012-2014.

REGIÃO DE SAÚDE	RESULTADO			META 2014
	2012	2013	2014	
1	51	41	48	48
2	16	21	27	26
3	40	41	59	48
4	10	18	24	22
5	29	31	33	36
6	13	25	30	30
7	48	65	76	77
8	37	50	71	59
9	21	22	27	26
10	57	98	140	116
11	37	46	53	54
12	18	22	29	26
13	43	46	51	54
14	41	37	45	43
15	40	42	52	50
16	24	33	40	40
17	41	48	52	56
18	18	33	37	39
19	17	26	30	30
20	11	21	26	25
21	21	39	51	46
22	13	16	17	18
23	68	66	69	77
24	16	19	23	23
25	28	44	50	52
26	15	21	22	24
27	32	32	39	37
28	34	40	45	46
29	34	47	52	55
30	22	18	22	22
RS	895	1108	1340	1305

Fonte: SINAN, 04/03/2015.

O Estado superou a meta pactuada de 1305 unidades notificantes em 2014 (Indicador 12). O resultado alcançado em números absolutos foi de 1340 unidades de saúde com Serviços de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências, correspondendo a um aumento de aproximadamente 21%. A meta pactuada é de 20% de aumento ao ano.

Quadro 31. Eventos realizados pelo Programa Estadual de Vigilância Epidemiológica da Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências em 2014.

Atividade	Quantidade	Publico alvo	Número de participantes	Objetivo	Período
Capacitação Sobre o Programa Estadual de Vigilância da Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências/ 17º CRS	01	Profissionais das diversas secretarias dos municípios da 17º CRS e da Macro regional	300	Possibilitar que profissionais dos municípios possam desenvolver a vigilância da violência em seu território, notificando os casos suspeitos e confirmados de violência doméstica, sexual e outras violências	19 de março
Capacitação Sobre o Programa Estadual de Vigilância da Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências	10	Trabalhadores municipais das diversas secretarias: saúde, conselho tutelar, educação, segurança e outros	700	Possibilitar que profissionais dos municípios possam desenvolver a vigilância da violência em seu território, notificando os casos suspeitos e confirmados de violência doméstica, sexual e outras violências	Ocorreram em Porto Alegre, nos meses de fevereiro, maio, julho, agosto, setembro, outubro e novembro
Seminário Estadual sobre Vigilância da Violência Sexual	01	Servidores das CRS e municípios das diversas secretarias	300	O foco do evento foi acolhida e profilaxias às pessoas em situação de violência sexual	27 e 28 de maio
Seminário sobre Homofobia	01	Servidores estaduais e municipais e demais interessados sobre o tema	200	Propiciar discussão sobre o tema da homofobia	19 de maio
Participação em capacitação	01	Conselheiros tutelares da	100	Orientações sobre	Abril

para conselheiros tutelares em Flores da Cunha		serra gaúcha		notificação compulsória da violência	
Capacitação para os Coordenadores Regionais do Programa da Violência	01	Coordenadores do Programa da Vigilância da Violência nas 19 CRS	19	Trabalhar diversos assuntos pertinentes ao Programa Estadual da Vigilância Violência	08 a 10 de abril
Capacitação Sobre o Programa Estadual de Vigilância da Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências em Santana do Livramento	01	Servidores municipais de diversas secretarias dos municípios da 10ª CRS	120	Possibilitar que profissionais dos municípios possam desenvolver a vigilância da violência em seu território, notificando os casos suspeitos e confirmados de violência doméstica, sexual e outras violências	Julho
Capacitação Sobre o Programa Estadual de Vigilância da Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências em Santa Maria	01	Servidores das diversas secretarias do município de Santa Maria	100	Possibilitar que profissionais dos municípios possam desenvolver a vigilância da violência em seu território, notificando os casos suspeitos e confirmados de violência doméstica, sexual e outras violências	Julho
Supervisão com coordenadores da vigilância da violência nos municípios da 8ª CRS	01	Servidores da saúde e outras secretarias dos municípios da 8ª CRS	100	Conhecer as atividades desenvolvidas, verificar as dificuldades e programar ações	Julho
Participação em Fórum da Vigilância	01	Servidores municipais da saúde dos	70	Orientar sobre portaria federal 1271, de junho	Novembro

Epidemiológica da 16º CRS		municípios da 16º CRS		de 2014	
Reuniões técnicas para desenvolver o programa de vigilância da violência	05	Equipe técnicas dos seguintes municípios: - Caxias do Sul - Frederico Westplalen - Bento Gonçalves - Ijuí - Porto Alegre - Farroupilha	50	Conhecer as atividades desenvolvidas, verificar as dificuldades e programar ações	Em diversos períodos do ano de 2014
Capacitação com coordenadores das 19 CRSs		Servidores das 19 CRSs		Avaliação de 2014, e repassar informações sobre a nova ficha de notificação compulsória, SINAN	Dezembro

Projeto Vida no Trânsito

Desde 2011 o Núcleo de Vigilância (NVDANT) participa do Comitê Estadual de Mobilização para a Segurança no Trânsito, compondo a Câmara Temática da Saúde. Também faz parte do grupo de trabalho do Projeto Vida no Trânsito de Porto Alegre, participando sistematicamente das reuniões.

Em 2013, ocorreu a II Conferência Estadual de Trânsito com a recomendação para o NVDANT/CEVS divulgar o Projeto Vida no Trânsito para profissionais da saúde, que ocorreu em 2014, através de um evento para 80 pessoas.

Programa Academia da Saúde

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

O Programa Academias da Saúde do Ministério da Saúde foi instituído em 2011 e mais da metade dos municípios brasileiros já aderiram ao Programa. No RS tem-se 377 polos de Academias da Saúde distribuídos em 281 municípios, que foram contemplados e estão recebendo recursos de implantação e manutenção (Fonte: Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis/SVS/MS, de novembro de 2014).

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

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

O Estado do RS realizou em 07 de abril, desde ano, o dia da Atividade Física, alusivo ao dia Mundial da Saúde, este evento foi realizado simultaneamente nas 12 cidades-sedes da Copa do Mundo de Futebol no Brasil. Este evento foi uma parceria do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde/NVDANT e Secretaria Municipal da Saúde, no Parque da Redenção em Porto Alegre/RS.

Programa Estadual de Controle do Tabagismo (PECT)

O programa vem crescendo sistematicamente, com adesão de novos municípios, oriundos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Atualmente o estado do Rio Grande do Sul desenvolve o programa em 310 municípios, com 1003 equipes que executam o programa de controle do tabagismo. Em 2014 foram capacitados mais de 700 profissionais de nível superior para o tratamento do fumante, em 09 eventos no CEVS, e nos municípios de Santiago, Santa Maria, Passo Fundo, Erechim e Porto Alegre, no período de março a dezembro de 2014. Foi realizado pelo programa em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a Oficina de capacitação de multiplicadores para a promoção de práticas alimentares saudáveis e prevenção de câncer, para 70 servidores de Porto Alegre e Regionais de Saúde, em novembro. As equipes estão distribuídas conforme tabela que segue:

Quadro 32. Número de municípios e equipes, por Região de Saúde, com PECT, 2014, RS.

CRS	Municípios	Equipes
1	27	116
2	12	92
3	12	57
4	21	64
5	29	108
6	32	83
7	5	10
8	5	11
9	8	14
10	6	18
11	23	50
12	20	65
13	5	16
14	17	73
15	20	40
16	18	39
17	17	59
18	11	40
19	22	48
Total	310	1003

Programa de Doenças Cardiovasculares e Diabetes Mellitus

A análise da mortalidade prematura por dcnt (dcv, neoplasias, dbpoc e dmellitus) na população de 30 a 69 anos, no RS e regiões de saúde foi realizada para 2013, em decorrência dos dados definitivos de Mortalidade do SIM, disponibilizados pelo NIS/SES/RS, foram de 2013. A análise descrita abaixo refere-se portanto à 2013.

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

A análise comparativa dos dados que compõem este indicador considerando a taxa de mortalidade prematura por DCNT, na faixa etária especificada, ocorrida em 2013 com relação àquela de 2012, nos permite concluir que no RS, houve um aumento de 4,9% na mortalidade por estes grupos de causa, muito distante portanto da meta estabelecida (redução de 2% ao

ano). Cabe ressaltar que face à indisponibilidade de dados populacionais relativos ao ano de 2013, foram utilizados os dados populacionais de 2012 o que pode ter interferido no aumento da mortalidade evidenciado.

No tocante às Regiões de Saúde (RS), evidencia-se que quatro (04) delas apresentaram redução da taxa de mortalidade sendo que duas (02) destas atingiram a meta estabelecida (redução de 2 % ao ano), a saber: 12ª RS e a 24ª RS com reduções de 3,2% e 7,0% respectivamente. A 1ª RS assim como a 2ª RS apesar de apresentarem redução na taxa de mortalidade (0,3% respectivamente) não atingiram a meta estabelecida.

As demais vinte e seis (26) RS evidenciaram aumentos na taxa de mortalidade, a saber: 3ª RS (2,6%), 4ª RS (8,4%), 5ª RS (9,7%), 6ª RS (23,6%), 7ª RS (4,9%), 8ª RS (4,4%), 9ª RS (12,5%), 10ª RS (4,6%), 11ª RS (10,4%), 13ª RS (12%), 14ª RS (2%), 15ª RS (3,6%), 16ª RS (2,9%), 17ª RS (11,2%), 18ª RS (10,3%), 19ª RS (2,4%), 20ª RS (26,8%), 21ª RS (9,9%), 22ª RS (6,4%), 23ª RS (8,9%), 25ª RS (8,9%), 26ª RS (3%), 27ª RS (3%), 28ª RS (10,9%), 29ª RS (10,9%) e 30ª RS (9,8%).

Ainda considerando as Regiões de Saúde observa-se que quatorze (14) delas apresentaram taxas superiores à do Estado, quais sejam: 2ª RS, 3ª RS, 4ª RS, 5ª RS, 6ª RS, 8ª RS, 9ª RS, 10ª RS, 12ª RS, 20ª RS, 21ª RS, 22ª RS, 27ª RS e a 28ª Região de Saúde.

Análises de mortalidade específicas dos grupos de causas que compõem este indicador e seus principais diagnósticos (CID) bem como a atualização dos dados populacionais para o ano considerado, permitirão evidenciar as prováveis causas responsáveis pela evolução das taxas de mortalidade aqui apresentadas.

Mortalidade por Neoplasias

Os dados definitivos de Mortalidade por Neoplasias, do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo NIS/SES, são de 2013. A análise abaixo descrita refere-se portanto à 2013.

Na análise da mortalidade por neoplasias no RS em 2013, na faixa etária de 30-69anos, ambos os sexos, destacamos aqueles tipos que apresentaram o maior coeficiente de mortalidade. Ressaltamos que o cálculo do coeficiente de mortalidade foi realizado com base nos dados populacionais do IBGE de 2012.

A mortalidade geral por todas as neoplasias nesta faixa etária em 2013 foi de 9406, apresentando um coeficiente de mortalidade de 177,0 por 100.000 habitantes. Comparando-se com o ano de 2012, que teve 9049 óbitos e um coeficiente de mortalidade de 173,7 por 100.000 habitantes, evidenciamos uma elevação da mortalidade por neoplasias.

As neoplasias malignas da **traquéia, brônquios e pulmões** ocuparam o **primeiro lugar** para ambos os sexos nesta faixa etária, apresentando um coeficiente de mortalidade de **32,1 por 100.000 habitantes**, sendo que para o sexo masculino o coeficiente foi de 41,7 por 100.000 homens e, para o sexo feminino, de 23,3 por 100.000 mulheres.

Em **segundo lugar**, destacou-se o **câncer de mama**, apresentando um coeficiente de mortalidade de **27,3 por 100.000 mulheres**.

Em **terceiro lugar**, destacou-se o **câncer de cólon, reto e ânus**, apresentando um coeficiente de mortalidade de **14,4 por 100.000 habitantes**, sendo que para os sexos masculino e feminino, o coeficiente foi de 15,5 por 100.000 homens e de 13,3 por 100.000 mulheres.

Conclui-se que em relação ao ano de 2012, o coeficiente de mortalidade por câncer de **pulmão, traquéia e brônquios** aumentou para ambos os sexos, passando de 31,5 para 32,1 por 100.000 habitantes. Para o sexo masculino, passou de 41,2 para 41,7 por 100.000 homens e para as mulheres, de 22,5 para 23,3 por 100.000 mulheres.

Quanto ao câncer de mama, houve um aumento do coeficiente de mortalidade, que passou de 26,0 para 27,3 por 100.000 mulheres.

Em relação ao câncer de cólon, reto e ânus, o coeficiente de mortalidade aumentou para ambos os sexos, passando de 13,3 para 14,4 por 100.000 habitantes, de 14,6 para 15,5 por 100.000 homens e de 12,1 para 13,3 por 100.000 mulheres.

O câncer de colo do útero apresentou um coeficiente de 8,3 por 100.000 mulheres, mostrando discreto aumento em relação a 2012 (8,1 por 100.000 mulheres).

Quanto ao câncer de próstata, evidencia-se um aumento no coeficiente de mortalidade, que passou de 7,9 em 2012 para 9,5 por 100.000 homens.

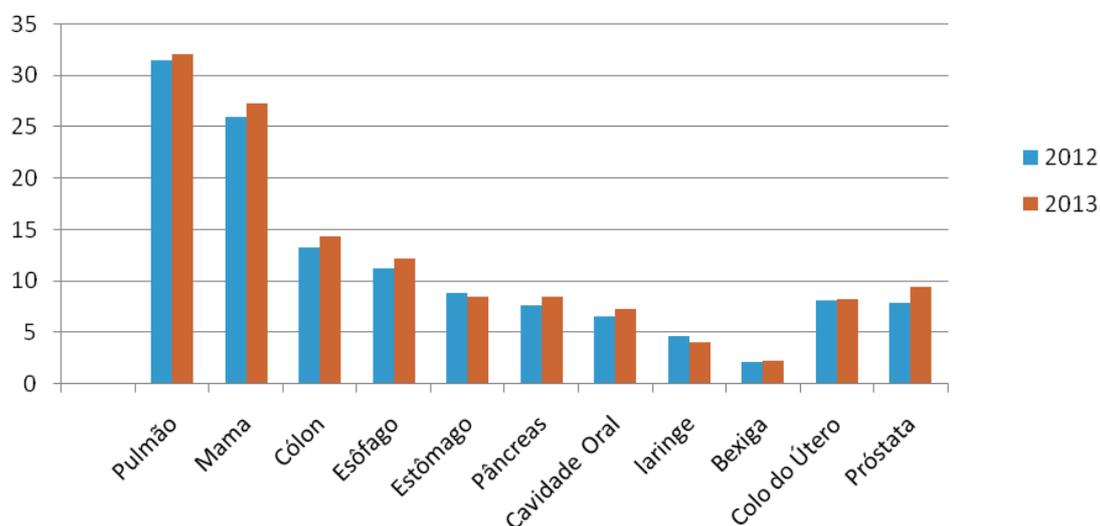


Figura 12. Coeficiente de mortalidade por neoplasias, 30-69 anos, em ambos os sexos, no Rio Grande do Sul, 2012 a 2013,

Fonte: SIM/NIS/SES-RS

Analisando-se os dados apresentados na tabela a seguir, relativos aos óbitos pelas principais neoplasias relacionadas ao tabagismo, na faixa etária dos 30 -69 aos, em 2012 e 2013, pode-se concluir que: o coeficiente de mortalidade aumentou para as neoplasias de pulmão, esôfago, pâncreas, cavidade oral, bexiga e colo do útero. O coeficiente de mortalidade diminuiu para as neoplasias de estômago e laringe.

Quadro 33. Óbitos por neoplasias relacionadas ao tabagismo, 2012 e 2013, Rio Grande do Sul.

Neoplasias	Total de óbitos		Coeficiente de mortalidade*	
	2012	2013	2012	2013
Pulmão, traquéia, brônquios	1674	1708	31,5	32,1
Esôfago	598	646	11,4	12,2
Estômago	476	451	8,9	8,5
Pâncreas	410	449	7,8	8,5
Cavidade oral, lábio e faringe	346	388	6,6	7,3
Laringe	250	218	4,7	4,1
Bexiga	117	121	2,2	2,3
Colo do útero	223	230	8,1	8,3

Fonte: SIM/NIS/SES-RS

*Coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes para todas as neoplasias e por 100.000 mulheres para o colo do útero.

IV. PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES

Indicador 35: Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas

Entende-se por cobertura vacinal adequada: 75% das vacinas do calendário básico de vacinação da criança com cobertura vacinal alcançada. Para cálculo do indicador utiliza-se os seguintes imunobiológicos e com suas respectivas coberturas vacinais preconizadas:

BCG: 90%, Rotavírus: 90%, Febre Amarela*: 95%, Hepatite B: 95%, Pneumocócica-10 Valente: 95%, Meningocócica-Conjugada Tipo C: 95%, Penta Valente: 95%, Esquema Seqüencial VIP/VOP (vacina inativada da poliomielite/vacina oral da poliomielite): 95%, Tríplice Viral: 95% e Influenza: 80%.

Quadro 34. Metas Pactuadas no Rio Grande do Sul, nas respectivas regiões de saúde municípios:

META RS: Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança
META REGIONAL: Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios que compõem a região, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança
META MUNICIPAL: Alcançar, em pelo menos 75% dos IMUNOS, as coberturas vacinais (CV) adequadas .

A Vacina contra Febre Amarela* faz parte do cálculo de indicadores apenas dos municípios considerados como Área de Recomendação desta Vacina.

A seguir, a série histórica do “Indicador 35” que expressa o percentual de municípios, por Região de Saúde e do Estado, que atingiram a meta municipal:

Quadro 35. Proporção de municípios, por região de saúde, que atingiram a meta do indicador 35 na série histórica de 2011 a 2014*, Rio Grande do Sul.

REGIÃO DE SAÚDE	% de municípios com meta atingida			
	2011	2012	2013	2014**
1	29%	19%	38%	32%
2	45%	45%	27%	47%
3	18%	09%	36%	38%
4	17%	17%	33%	39%
5	45%	09%	27%	39%
6	38%	25%	63%	38%
7	40%	47%	47%	84%
8	33%	39%	39%	45%
9	16%	11%	37%	72%
10	17%	17%	33%	65%
11	63%	29%	67%	67%
12	46%	31%	100%	62%
13	35%	35%	85%	37%
14	55%	41%	55%	49%
15	20%	33%	38%	44%
16	24%	36%	30%	45%
17	52%	57%	19%	33%
18	30%	25%	50%	43%
19	36%	29%	57%	66%
20	42%	47%	74%	51%
21	18%	14%	32%	41%
22	67%	17%	100%	56%
23	71%	71%	57%	40%
24	78%	44%	67%	64%
25	52%	52%	86%	38%
26	50%	58%	83%	51%
27	42%	08%	17%	40%
28	62%	38%	69%	58%
29	37%	52%	44%	56%
30	70%	70%	30%	52%
Rio Grande do Sul	42%	33%	51%	50%

Fonte: PNI - Ministério da Saúde

Data: 03/03/2015

*Dados preliminares, o Banco de Dados de 2014 será encerrado em 31/03/2014.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (SIPNI)

O Núcleo de Imunizações/DVE/CEVS trabalha continuamente na implantação e implementação do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), desde 2011, sendo considerado um dos estados que mais avançou neste processo. Para o alcance deste objetivo, há permanentes capacitações realizadas, em parceria com o DATASUS. Em 2014 foram capacitados, no estado, cerca de 2.000 trabalhadores.

Atualmente, o SIPNI está implantado em 419 municípios gaúchos (84% do total), com 1.049 salas de vacina operando regularmente o sistema, isto correspondendo a **58%** do total das 1.818 salas de vacinas do estado. Para a qualificação do processo, o Núcleo de Imunizações oferece suporte técnico permanente aos municípios.

CAMPANHAS / ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO:

- Vacinação contra a Influenza:

A população alvo estimada para a vacinação contra a gripe em 2014, estabelecida pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI/MS) foi de 3.558.081 pessoas. O Rio Grande do Sul vacinou 2.986.682 pessoas da população alvo, durante o período da campanha de vacinação e, após o término, vacinou mais 324.692 pessoas fora da população alvo, totalizando 3.311.374 vacinados.

População alvo para Campanha são crianças de 6 meses a menores de 5 anos, Gestantes e Puérperas, Trabalhadores de Saúde, População Indígena, Idosos acima de 60 anos, População com co-morbidades, População privada de liberdade e funcionários dos sistema prisional.

O Ministério da Saúde estabeleceu meta de vacinação de 80% para alguns grupos da população alvo, considerados prioritários, como: crianças, gestantes, puérperas, idosos, indígenas e trabalhadores de saúde, estimado em um total de 2.506.246 pessoas, das quais o Estado vacinou 2.140.639, atingiu 86,3% ,ultrapassando a meta preconizada de 80%.

O Rio Grande do Sul também superou a meta de vacinação, para a Campanha de vacinação contra a influenza, nos anos anteriores conforme demonstra o quadro abaixo.

Quadro 36. Série histórica de Coberturas Vacinais - Campanha de Vacinação contra Influenza, 2011 a 2014, Rio grande do Sul.

Ano	Grupos prioritários vacinados		
	Meta	Doses	% Cobertura
2011	1.905.054	1.522.401	79,91%
2012	1.918.680	1.712.207	89,24%
2013	2.057.497	1.918.451	93,24%
2014	2.506.246	2.140.639	86,3%

Fonte: PNI/MS

Data: Setembro/2014

- Vacinação contra a Poliomielite:

O Rio Grande do Sul alcançou meta de vacinação, para esta Campanha, nos anos de 2011, 2012, 2013.

Em 2014, o estado vacinou 94,9% de sua população alvo contra a Poliomielite, com 565.689 crianças de 6 meses a 4 anos completos imunizadas. A cobertura vacinal, por faixa etária, apresentada no gráfico a seguir, mostra que a meta preconizada de 95% de cobertura não foi alcançada nas crianças de 1 e 4 anos de idade.

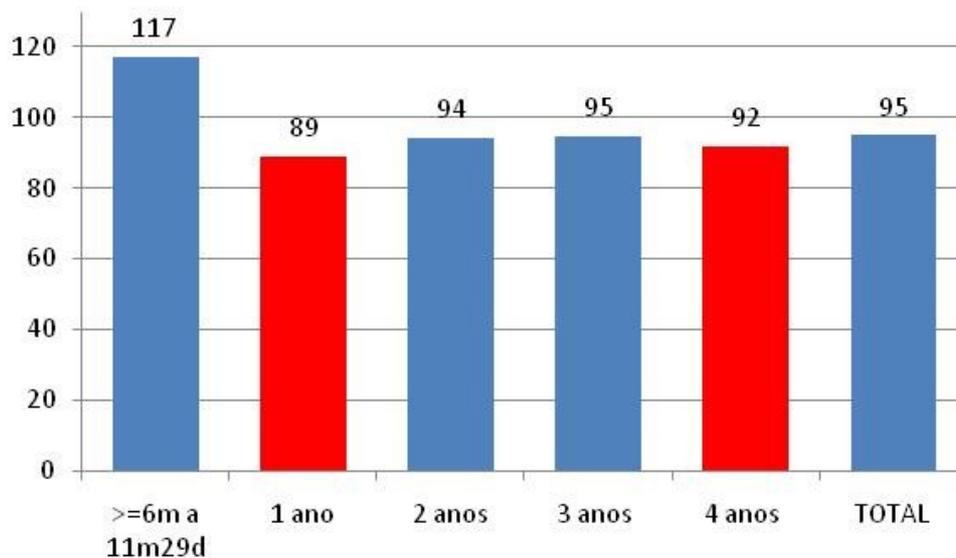


Figura 13. Campanha de vacinação contra a poliomielite: cobertura vacinal por faixa etária, 2014, RS.

Fonte: Programa Nacional de Imunizações (PNI)

Data: Janeiro/2015

População alvo para Campanha: Crianças de 6 meses a 4 anos de idade completos;

Meta: 95% de Cobertura

- Vacinação contra o do Sarampo:

O Rio Grande do Sul apresentou desempenho semelhante aos outros estados da Região Sul e superior aos dados Nacionais, para esta Campanha. O estado vacinou 94,6% da sua população alvo contra o Sarampo, com 498.383 crianças 1 a 4 anos de idade completos imunizadas.

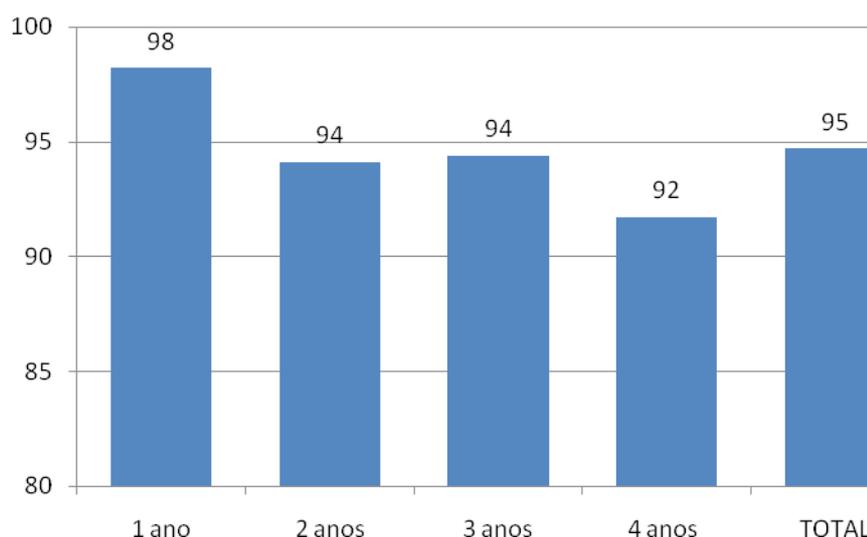


Figura 14. Campanha de vacinação contra o sarampo: cobertura vacinal por faixa etária, 2014, RS.

Fonte: PNI/MS

Data: Janeiro/2015

População alvo para Campanha: Crianças de 1 a 4 anos de idade completos;

Meta: 95% de Cobertura

- Vacinação Contra o Papiloma Vírus Humano (HPV):

A vacinação do HPV, em 2014, foi indicada para meninas de 11, 12 e 13 anos 11 meses e 29 dias de idade. A 1ª dose, oferecida em março do mesmo ano, apresentou cobertura vacinal de 98,5%, no Rio Grande do Sul. A vacinação da 2ª etapa, iniciada em 1º de setembro de 2014, permanece em curso, até o momento, com cobertura vacinal de 69,8% no estado.

A estratégia de vacinação recomendada pelo Programa Nacional de Imunizações/Ministério da Saúde, para execução da primeira dose da Vacina do HPV, foi a realização desta ação em âmbito escolar. No Rio Grande do Sul a relação de crianças a serem vacinadas nas escolas foi disponibilizada ao setor saúde pela instituição escolar, para a elaboração do cronograma de vacinação nestas instituições. Este cenário determinou a vacinação de algumas crianças de 14 anos, que nos primeiros dias de Estratégia de Vacinação ainda estariam com 13 anos e que por aguardar a data de agendamento escolar acabaram por completar 14 anos de idade.

Quadro 37. Cobertura vacinal contra o HPV, no Rio Grande do Sul, em 2014.

Número de meninas residentes por faixa etária		HPV Quadrivalente - Rio Grande do Sul, 2014.			
		Dose 1		Dose 2	
Idade	Nº	Nº	%	Nº	%
11 anos	84048	80195	95.42	30021	35.72
12 anos	86567	77563	89.60	55611	64.24
13 anos	72981	82119	112.52	59799	81.94
14 anos	65636	1105	1.68	22005	33.53
TOTAL	309.232	240.982	98.47	167436	69.74

Fonte: PNI /MS

Data: Março/2015

População alvo/2014: Adolescentes de 11 anos a 13 anos 11 meses e 29 dias de idade.

Meta: 95% de cobertura vacinal.

VACINAS INTRODUZIDAS NO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO EM 2014:

A partir de 2014, foram introduzidas no calendário básico de vacinação a vacina dTp acelular (vacina contra difteria, tétano e coqueluche) para adulto (indicada para gestantes e profissionais de saúde que atuam em Maternidades e UTI Neo-natal); vacina do HPV (indicada para meninas adolescentes) e vacina da Hepatite A (indicada para crianças de 1 ano).

OUTRAS ATIVIDADES DE IMUNIZAÇÃO DESENVOLVIDAS EM 2014:

Capacitação das CRSs e municípios sedes no Sistema de Notificação de Eventos Adversos Pós-vacinação (SIEAPV), com 60 participantes;

Capacitação das CRS's em Monitoramento Rápido de Cobertura. Esta ação é uma ferramenta de supervisão das ações de vacinação cujo objetivo é avaliar as coberturas vacinais locais para subsidiar a tomada de decisão sobre a definição ou redefinição de estratégias, visando melhorar as coberturas vacinais e sua homogeneidade.

VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO (EAPV) E ERROS DE IMUNIZAÇÃO

A segurança das vacinas é considerada, mais do que nunca, uma preocupação mundial e a vacinação segura é fator determinante para o sucesso ou o fracasso dos programas de imunizações. O Programa Estadual de Imunizações conta com a Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV) e Erros de Imunização, para dar mais segurança e confiabilidade nas práticas de vacinação.

A Vigilância de Erros de Imunização objetiva a notificação, orientação e intervenção frente ao erro, visando o aperfeiçoamento das práticas de imunização.

A Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV) visa a notificação, investigação e esclarecimentos dos EAPV, evitando por em risco o programa de imunizações e a segurança epidemiológica de toda a população. A sociedade tem buscado mais informações sobre a possibilidade do aparecimento de EAPV e de como lidar com eles, uma vez que é reconhecido que os benefícios de uma vacinação em muito superam os riscos de um possível evento adverso.

No ano de 2014, das 4.364.987 doses de vacinas aplicadas foram notificados apenas 937 EAPV no estado do Rio Grande do Sul, ou seja, 1 EAPV para cada 4658 doses de vacinas aplicadas, sendo a maioria deles de evolução benigna e transitória, confirmando que a vacina é um método seguro para prevenção de doenças.

Destes casos, os sinais e sintomas que mais apareceram foram vômito, diarreia, sonolência, cianose, fraqueza e síncope, responsáveis por 28% das notificações. Seguido de 16% que apresentaram febre alta (acima ou igual a 39,5°), 15% choro persistente, 9% febre baixa (abaixo de 39,5°), 7% cefaléia, 6% urticária, 4% hipotonia, 4% convulsão febril, 4% exantema, 4% mialgia, 2% convulsão afebril e os demais incluem alguns eventos EAPV graves que não somam 1% (eventos neurológicos como desmielinização, Guillain Barré, púrpura trombocitopênica, anafilaxia) ou que apresentaram pouca ocorrência.

A vacina responsável pelo maior número de notificações foi a pentavalente bacteriana com 492 casos, sendo os mais comuns: febre, choro persistente e hipotonia. Muitos destes são evitados em doses seguintes com a substituição pela vacina tríplice bacteriana acelular, *Haemophilus* tipo b e vacina para hepatite B.

V. COORDENAÇÃO ESTADUAL DOS NÚCLEOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

Os Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) são unidades operacionais responsáveis pelo desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica, no ambiente hospitalar. O objetivo é a detecção, notificação e investigação das doenças/ agravos de notificação compulsória, também óbitos de mulheres em idade fértil, maternos declarados, infantis e fetais, óbitos por doenças infecciosas e por causa mal definida. Articula-se com a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS).

A Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, como parte integrante do Subsistema de Vigilância Epidemiológica, teve início efetivamente, no Estado do RS, no ano de 2007.

Os critérios de financiamento, monitoramento e avaliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar foram regulamentados em janeiro de 2014, pelo MS. Os Estabelecimentos Hospitalares que possuem Núcleos, no Estado, são os seguintes:

- Hospital São Lucas da PUC: Porto Alegre/2ª CRS
- Hospital Nossa Senhora da Conceição: Porto Alegre/2ª CRS
- Hospital Nossa Senhora das Graças: Canoas/1ª CRS
- Santa casa de Misericórdia de Pelotas: Pelotas/3ª CRS
- Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande: Rio Grande/3ª CRS
- Hospital Universitário de Santa Maria: Santa Maria/4ª CRS
- Hospital Nossa Senhora da Pompéia - Caxias do Sul/5ª CRS
- Hospital São Vicente de Paulo: Passo Fundo/6ª CRS
- Santa Casa de Misericórdia de Uruguaiana: Uruguaiana/10ª CRS no ambiente hospitalar
- Hospital Santa Cruz: Santa Cruz/13ª CRS
- Hospital Vida e Saúde: Santa Rosa/14ª CRS

O apoio técnico estadual aos hospitais e capacitação de recursos humanos, para a estruturação e a manutenção dos que passaram a integrar uma rede de referência estadual para a Vigilância Epidemiológica, em Âmbito Hospitalar, continua de uma maneira sistemática.

Avaliando-se a série histórica (2008 a 2014) do número de notificações realizadas pelos hospitais com NVEH, constata-se, o crescimento ao longo dos anos, refletindo o trabalho desenvolvido pelas equipes. Ressalva-se que os dados de 2014 ainda são preliminares (tabela e figura a seguir).

Tabela 3. Série histórica de notificações de Doenças de Notificação Compulsória (DNC), por hospital com NVEH, 2008-2014**,RS.

HOSPITAIS/NVE

Hospital Nossa Senhora Conceição

Hospital São Lucas da PUC

Associação Ben Canoas-Hospital Nossa senhora das

Santa Casa de Misericórdia de Pelotas

**2014 - dados preliminares

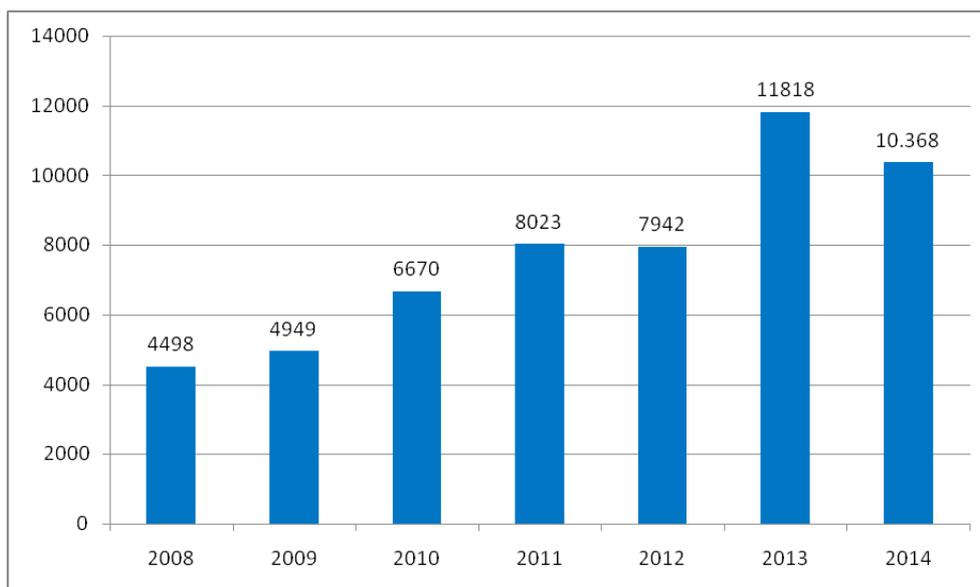


Figura 15. Série histórica de notificações de DNC*, pelos NVEH, 2008-2014**, Rio Grande do Sul.

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

*DNC (doenças de notificação compulsória)

**2014 – dados preliminares

Após a introdução da notificação compulsória da Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências, no SINAN em 2010, observa-se que os Núcleos também estão contribuindo para as notificações, dentro de uma visão ampliada da Vigilância Epidemiológica que ultrapassa a questão das doenças transmissíveis (tabela abaixo).

Tabela 4. Número de notificações e % de **Violência**, por hospital com NVEH, 2010-2014, RS.

HOSPITAIS/NVE

Hospital Nossa Senhora Conceição
 Hospital São Lucas da PUC
 Associação Ben Canoas-Hospital Nossa se
 Santa Casa de Misericórdia de Pelotas
 Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande

*2014 - Dados Preliminares

Tabela 5. Número e percentual de notificações de DNC* dos NVEH, em relação total de notificações do estado, 2014**, Rio Grande do Sul.

*DNC (doenças de notificação compulsória)

**2014-dados preliminares

Os Núcleos vêm se constituindo, ao longo do tempo, uma excelente estratégia para aumentar a sensibilidade do Sistema de Vigilância Estadual e apoiar a realização de investigação de casos e óbitos e agravos inusitados. Em 2014, o nº de notificações de DNC por parte dos 11 NHE representou 9,72% do total de notificações de DNC do Estado.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CÁLCULO DOS INDICADORES UNIVERSAIS DA VISA A PARTIR DOS DADOS REFERENTES AOS PROCEDIMENTOS REGISTRADOS NO SIA-SUS DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2014

Os serviços de Vigilância Sanitária (VISA) estadual e municipais precisam registrar seus procedimentos no Sistema SIA-SUS a fim de garantir o financiamento de suas ações com repasse de recursos fundo a fundo do governo federal para estados e municípios. Essas informações, que são públicas, são processadas e enviadas para o banco de dados do DATASUS e disponibilizadas via internet para consulta tanto pela população como pelos servidores de VISA.

Os indicadores de número 41 e 56, de VISA, são utilizados para avaliação do processo de descentralização das ações de VISA.

Indicador 56 - Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela VISA, cuja meta é 100% - o resultado foi de 50%, ou seja, metade das indústrias de medicamentos situadas no Estado do RS foram inspecionadas no ano de 2014 (janeiro a dezembro 2014).

Indicador 41 - Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios (atividade educativa para a população, atividades educativas para o setor regulado, recebimento de denúncias/reclamações, atendimento de denúncias/reclamações, cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA, inspeção de estabelecimentos sujeitos à VISA, instauração de processo administrativo sanitário), cuja meta é 100% - o resultado foi de 12,3%, como pode ser observado na figura 16.

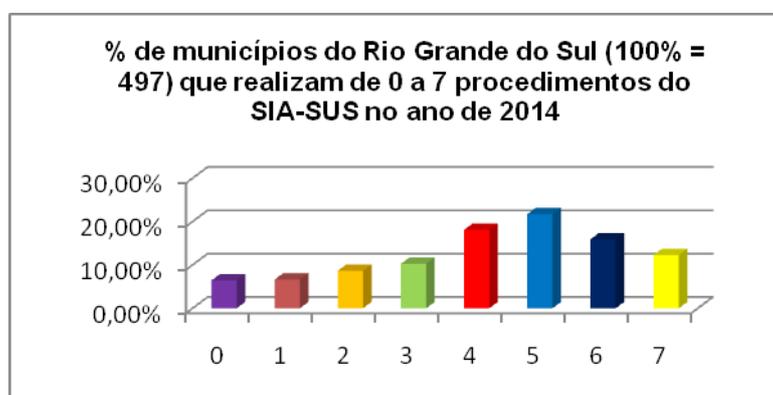


Figura 16: Percentual de municípios do RS de acordo com o número de procedimentos realizados do SIA-SUS no ano de 2014.

Isso significa que 12,3% dos municípios do RS realizam as sete ações de VISA consideradas necessárias para a VISA.

A análise do Gráfico 1 também permite ressaltar que aproximadamente 6,5% dos municípios não realizam (ou não registraram no sistema) nenhuma das sete ações necessárias listadas acima. O maior percentual de municípios (21,73%) está concentrado na faixa que realiza cinco ações, sendo que aproximadamente 50% (49,91%) realizam de 5 a 7 ações.

Essa realidade sugere a carência dos serviços de VISA dos municípios menores (1.000-10.000 e 10.000-20.000). Falta de infraestrutura (transporte, mobiliário e equipamentos) e de recursos humanos capacitados e selecionados via concurso público somente para o trabalho de fiscalização sanitária são alguns dos principais problemas enfrentados pelas administrações municipais atuais.

ATIVIDADES DE CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DESENVOLVIDAS PELA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Capacitações desenvolvidas pelos profissionais que atuam na área de vigilância sanitária (VISA):

- **Oficina de capacitação e implantação da digitação das ações da vigilância sanitária no sistema SIA/SUS**, envolvendo 50 servidores estaduais e 20 servidores municipais. O seu objetivo foi estabelecer uma rede de assessoria aos municípios com bloqueio de recursos (Portaria GM/MS Nº475 de 31/03/2014) por falta de alimentação do Sistema de Produção Ambulatorial do SUS (SIASUS);
- **Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária**, voltado à capacitação de profissionais na área de gestão, com a finalidade de contribuir para a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. O curso contou com a participação de 31 profissionais da Vigilância Sanitária, sendo 20 servidores estaduais, nove servidores municipais e dois servidores federais;
- **“Projeto Pequenos Vigilantes”**, promovido de 10 de janeiro a 30 de fevereiro de 2014, nas praias do Cassino e Capão da Canoa. Entre os temas abordados se destacaram os cuidados com os alimentos, alimentação saudável, higiene pessoal, ações da VISA e o cuidado com o meio ambiente. Durante a realização do projeto foram distribuídos 200 kits (composto por boné, camiseta, livro de atividades e bolsa). Na praia do Cassino o projeto atendeu cerca de 350 crianças com idade entre 2 a 14 anos, entre as quais turistas de quatro estados brasileiros (Rio de Janeiro, Paraná, Sergipe e Bahia) e 19 municípios do Estado do Rio Grande do Sul, além dos familiares que as acompanhavam, perfazendo um total de 500 pessoas. Em Capão da Canoa, 661 crianças provenientes de 60 municípios inscritas foram atendidas. Uma parceria entre a Divisão de Vigilância Sanitária/CEVS/SES-RS e a Polícia Civil em Torres, Tramandaí, Imbé e Capão da Canoa foi feita com o objetivo de realizar ações educativas na área de prevenção e promoção à saúde, tais como orientações a respeito do uso e abuso de drogas ilícitas e de VISA (“Projeto Pequenos Vigilantes”).

ATIVIDADES DE FISCALIZAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS E PRODUTOS DURANTE O PROGRAMA VERÃO NUMA BOA

No período de realização do Programa "Verão Numa Boa" os fiscais da 18ªCRS, em conjunto com os profissionais da DVS/CEVS/SES-RS, realizaram 120 inspeções no comércio de alimentos, 26 inspeções na indústria de alimentos, 2 inspeções em beneficiadoras de arroz, 12 inspeções para desinterdição de estabelecimentos, 2 inspeções em comércio de ambulantes (óculos) e 2 inspeções em Unidades de Pronto Atendimento. No Quadro 38 apresentamos o resultado das apreensões de produtos impróprios para consumo realizadas durante o Programa.

Quadro 38: Resultado das apreensões de produtos impróprios para consumo realizadas durante o Programa Verão numa Boa, 2014.

PRODUTOS	QUANTIDADE
Pizzas congeladas com diversas coberturas	32,6 kg
Produtos cárneos	1,611 kg
Alimentos diversos (sobras de restaurantes)	52,6 kg
Farinhas (milho e trigo) sem procedência e/ou vencida	625 kg
Produtos lácteos	82,5 kg
Aipim congelado/vencido	66 kg
Margarina fora da temperatura recomendada	300 kg
Batata congelada fora de refrigeração	37,5 kg
Cachaça sem procedência	100 l
Palmito sem procedência legal	6.600 kg
Ovos de codorna sem procedência legal	2.152 kg
Óculos de sol e grau sem procedência legal	1.000 unidades

EVENTOS DE MASSA

A **Copa do Mundo** de 2014 foi o evento de massa mais importante realizado no Estado do Rio Grande do Sul no ano de 2014. As atividades de fiscalização foram realizadas através de parceria entre a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde do município de Porto Alegre (CGVS-POA) e a DVS/CEVS/SES-RS. Vistorias no Estádio Beira-Rio, em Centros de Treinamento das Delegações, conforme o Estatuto do Torcedor e as Normas Sanitárias Vigentes, foram algumas das ações da VISA realizadas previamente, durante e posteriormente ao evento. Além disso, foram intensificadas as ações de fiscalização na área de alimentos, hotéis, pousadas, coleta de alimentos para o programa de monitoramento do RS (erva-mate, produtos de amendoim, queijos, conservas vegetais, açúcar mascavo e arroz), unidades de saúde de referência no atendimento durante o evento, em municípios subsedes, de vigilância de serviços de saúde e da hemorrede nas cidades da rota turística.

A DVS/CEVS/SES-RS realizou, em parceria com a CGVS-POA, 786 inspeções na FIFA Fan-Fest, no Caminho do Gol e no Estádio Beira-Rio. Os servidores da DVS/CEVS/SES-RS participaram do Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde durante o evento.

No Quadro 39, apresentamos um resumo das ações realizadas durante a Copa do Mundo 2014.

Quadro 39. Resumo das ações realizadas durante a Copa do Mundo de 2014.

TIPOS DE AÇÕES	NÚMERO DE AÇÕES REALIZADAS
Total de fichas do FORMSUS	786
Serviços de alimentação inspecionados	701
Instalações sanitárias (banheiros) inspecionadas	23
Serviços de saúde inspecionados	24
Abastecimentos de água inspecionados	11
Ambulâncias inspecionadas	13
Outros	3

37ª Expointer - Uma das maiores feiras agropecuárias da América Latina. O número de visitantes pagantes foi de 502.074 e ultrapassou o público das três últimas edições. A fiscalização dos serviços de alimentação, drogarias e dos produtos de limpeza utilizados durante o evento, bem como dos ambulatórios da Expointer, foi realizada em conjunto pelas equipes da DVS, das VISAS das CRS e do município de Esteio. Barreiras sanitárias diurnas e noturnas foram realizadas com o objetivo de fiscalizar a qualidade dos alimentos que seriam servidos durante o eve

VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE

A seguir apresentamos as principais ações de Vigilância Ambiental em Saúde, que vem ampliando progressivamente sua área de trabalho, passando da histórica identificação, monitoramento e prevenção de riscos de agravos e doenças decorrentes da relação do homem com outras espécies animais (vetores e reservatórios) para o grande esforço de identificar, mapear e intervir em riscos ambientais à saúde humana, decorrentes dos impactos ao ambiente natural e/ou construído.

VIGILÂNCIA DOS RISCOS E AGRAVOS AMBIENTAIS BIOLÓGICOS

Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)

No decorrer do ano de 2014 firmou-se um novo conceito no Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD. Foi adotado o entendimento de que a ação de monitoramento ambiental, especialmente em um Estado com raros períodos epidêmicos (2007 - Giruá 16,1 casos/1.000hab; - 2010 - Ijuí – 37,5 casos 3/1000hab. e; em 2014 – Uberetama – 14,7 casos/1.000hab), é a de maior custo financeiro e corresponde a maioria absoluta das atividades laborais de dezenas de servidores da SES e de milhares de servidores das SMSs. Foi denominado essa ação de Programa Estadual de Vigilância do *Aedes aegypti* – PEVAa, que busca a construção de uma ação em rede, agregando o apoio da SES para o enfrentamento do processo de infestação que atinge já 134 municípios.

Programa Estadual de Vigilância do *Aedes Aegypti*

Em janeiro tínhamos 132 municípios na condição de infestados. No final de 2014 esse número tinha aumentado para 134. Das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, 17 apresentaram municípios infestados. A partir de julho com o advento da Febre do Chikungunya, foram intensificadas as ações de vigilância ao *Aedes albopictus*. Destaca-se neste período o fortalecimento da Supervisão Coordenada, junto às SMSs, que tem contribuído para a identificação de problemas de execução do Programa Estadual de Vigilância do *Aedes aegypti* – PEVAa/Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD e apontado alternativas de

solução. Em novembro, os Secretários de Saúde dos municípios que a equipe de Supervisão Coordenada classificou como de risco de epidemia, bem como os Coordenadores Técnicos das respectivas CRSs, reuniram-se com a Coordenação Estadual do PEVAa/PNCD, e elaboram um plano alternativo de vigilância do vetor da Dengue, procurando adequar às condições locais ao número de agentes. Os municípios foram: Santa Maria e São Sepé (4ª CRS), Caxias do Sul, Bento Gonçalves e Garibaldi (5ª CRS), Santiago (10ª CRS) e Redentora e Sarandi (15ª CRS). Em dezembro foi realizada o II Encontro com CRS's e SMS's do Rio Grande do Sul, situadas em áreas de Fronteira Internacional, para prevenção e Controle da Dengue e Febre do Chikungunya, em Santana do Livramento. Na reunião foram apresentados os resultados do trabalho de Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA). Dos 29 municípios de fronteira internacional neste 3º quadrimestre, 26 (90%) executaram o LIRAA conforme havia sido pactuado na I Reunião de Fronteiras, em junho de 2014.

Para discussão e avaliação das ações de vigilância, buscando a qualificação do Programa Estadual da Dengue foi realizada a II Reunião Anual com as Coordenadorias Regionais de Saúde e também, durante o ano de 2014, implantado em todos os municípios o novo Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SisPNCD).

Buscando-se ampliar a descentralização das atividades de identificação de vetores da dengue, em maio de 2013, através da **Resolução Nº 190/13** – CIB/RS, foi definida a implementação da Rede Municipal e Microrregionais de Laboratórios de entomologia, sob coordenação conjunta do Instituto de Pesquisas Biológicas/Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (IPB-LACEN/RS) e do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). A referida Resolução fortalece o município como instância executora de ações de baixa complexidade, entre elas a realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde. Para isso, criou incentivos financeiros diferenciados para laboratórios municipais e microrregionais de entomologia, com a finalidade de garantir a adequação de área física e a aquisição de materiais e equipamentos necessários, contemplando também as unidades laboratoriais já existentes. Com essa iniciativa a Rede de Laboratórios de Entomologia foi ampliada de 25 laboratórios em 2010, para 90 laboratórios até dezembro de 2014. Destes, 74 são municipais e intermunicipais e 16 regionais.

Em abril foi realizada a II “Reunião Internacional para la definición de tareas conjuntas y fortalecimiento de las acciones de prevención y control de dengue em Áreas de Fronteira”. A reunião foi realizada na cidade de Paso de Los Libres, República Argentina e contou com representantes do Brasil (MS e SES/RS), Argentina e Paraguai. Por motivos de agenda, o Uruguai não enviou representantes. Neste mesmo período, devido à epidemia de dengue no Município de Ubiretama, foi enviada para o município uma **Força Tarefa**, composta por um agente da Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde/CEVS e por agentes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, a fim de realizarem as atividades de Levantamento de Índice do *Aedes aegypti* e tratamento de focos.

Programa Estadual de Vigilância e Controle dos Simulídeos (PEVCS)

Os insetos hematófagos da família *Simuliidae* causam agravos à saúde da população humana, especialmente na área rural do Rio Grande do Sul. Por este motivo, o Centro Estadual de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde coordena um Programa de âmbito estadual que assessora e capacita equipes municipais para o desenvolvimento de ações de manejo ambiental, controle mecânico e controle biológico destes insetos. Este Programa teve seu início no final da década de 1970. A partir de 1983 o Programa normatizou a utilização de biolarvicidas em todo território estadual. Atualmente já foram identificadas 27 espécies, das quais 9 são consideradas como antropofílicas. Pelo menos duas, *Simulium pertinax* e o

complexo *Simulium incrustatum*, fortemente antropofílicas causando agravos à saúde com o desenvolvimento de dermatites de diversos níveis nas pessoas atacadas.

Os insetos hematófagos da família *Simulidae* causam agravos à saúde da população humana, especialmente na área rural do Rio Grande do Sul. O Programa de Vigilância e Controle do Simulídeos pactuou, como indicador estadual, específico, a vigilância desses vetores, pois há uma proporção significativa de municípios afetados pelo problema, originando agravo que atingem repercussão social importante em algumas regiões.

A meta pactuada foi a aplicação uma vez ao ano de fichas epidemiológicas do agravo. Para monitorar o desempenho dos municípios, avaliou-se o número de municípios que enviaram as fichas em 2014 em relação ao número de municípios de cada região de saúde que fazem parte do programa.

Foram recebidas e tabuladas 1.100 fichas epidemiológicas do agravo de 30 municípios que resultaram em 518 fichas relatando agravos como dermatites e infecções decorrentes das picadas, o que equivale a 47% das fichas tabuladas. Foram realizadas 69 coletas e identificação de simulídeos em 38 municípios. Foram coletados 13.826 espécimes, dos quais 12.662 exemplares (91%) foram de espécies antropofílicas. Este número mostra que a quase totalidade dos insetos desta família coletados são antropofílicos. Esse fato, associado aos dados das fichas epidemiológicas de ataque que apontam um total de 47% de pessoas que desenvolvem reações severas às picadas do inseto, justificam a motivação dos municípios em solicitar apoio para implementar as ações para o controle do inseto.

Foi também realizado nesse período reunião na 5ª CRS, com a presença de algumas das demais CRS's, que objetivou o fomento ao processo de descentralização do atual programa.

Programa de Vigilância do Complexo Teníase/Cisticercose

No ano de 2014, foram solicitados ao DAHA/SES/RS dados das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's) pagas pelo SUS, no RS, referentes ao período de 1º de setembro de 2013 a dezembro de 2014, pelas causas básicas dos códigos abaixo do Complexo Teníase/Cisticercose no Código Internacional de Doenças (CID) 10: B 69 Cisticercose, B 69.0 Neurocisticercose, B 69.1 Cisticercose Ocular, B 69.8 Cisticercose outras localizações/ Pneumocisticercose, B 69.9 Cisticercose não Especificada, B 68.0 Infestação por *Taenia solium*, B 68.1 Infestação por *Taenia saginata*, B 68.9 Infestação não especificada por *Taenia*. 11 AIHs/SUS foram computadas até outubro de 2014 e enviadas a pedido pelo DAHA/ SES/ RS, 02 delas no terceiro quadrimestre. Uma no mês de Setembro (Pneumocisticercose) e outra no mês de Outubro (Neurocisticercose). Os dados preliminares de mortalidade do NIS/SES registram 05 óbitos no ano de 2014, sendo 02 deles no terceiro quadrimestre. Foi desencadeada a produção de material educativo para trabalhar informações sobre a doença junto à comunidade.

Programa de Vigilância e Controle da Hidatidose

A importância histórica da Hidatidose para o Rio Grande do Sul fez com que essa enfermidade fosse alvo de campanhas interinstitucionais – saúde, agricultura, meio ambiente, educação - entre os níveis federal, estadual e municipal, bem como de cooperação internacionais para sua prevenção e controle. A prevenção e controle da hidatidose reveste-se de complexidade, pois implica ações intersetoriais visando influenciar processos de trabalho inseridos na cultura de determinadas regiões agrícolas (partindo, especialmente, da guarda responsável de cães usados para trabalho), com impacto econômico (com a necessidade de vigiar lesões de hidatidose nos ovinos e bovinos). Além disso, a identificação de pessoas

afetadas pela doença não é fácil e a rede de atenção à saúde não está suficientemente constituída.

A **Portaria 203**, de 17/03/2010, instituiu a notificação compulsória da Hidatidose Humana como agravo de interesse estadual. Desde então vem sendo sensibilizado o sistema de saúde para a identificação de casos e sua notificação, uma vez que num período de 13 anos (de 1984 a 1992) foram registradas 135 notificações em 16 municípios de ocorrência.

Uma ação intersetorial foi desenvolvida com a criação de fluxo de informações com a Secretaria Estadual de Agricultura, Pecuária e Agronegócio (SEAPA), que envia mensalmente os dados das condenações dos abates realizados em estabelecimentos registrados na Coordenadoria de Inspeção de Produtos de Origem Animal (CISPOA). Tem-se verificado uma significativa taxa de incidência de lesões em ovinos – 23,15 e, bovinos -31,25%, em todas as regiões do Estado. Considerando ovinos e bovinos como bioindicadores da ocorrência da doença, em um determinado território, a alta incidência na pecuária impõe a possibilidade de existência de um número considerável de casos humanos não notificados.

Programa Nacional de Controle e Profilaxia do Vírus Rábico - PNCPR

O último caso de raiva felina/canina ocorreu em 1988 e de raiva humana em 1981. Em dezembro de 2013, duas pessoas residentes no município de Passa Sete (8ª CRS) e três pessoas no Município de Capão do Leão (3ª CRS) foram agredidas por felino positivo para o vírus da raiva (variante 3 e 4 transmitida por morcegos). Ambas receberam a profilaxia completa contra raiva e encontram-se assintomáticas até o presente. Esse fato reveste-se de grande importância e gravidade, por demonstrar circulação viral no Estado entre animais domésticos do vírus transmitido por morcegos, que também pode atingir pessoas, o que levou à adoção de medidas de vigilância. Por isso, além das rotinas preconizadas pelo Ministério da Saúde para ações em Vigilância Ambiental e Epidemiológica, o CEVS emitiu uma Nota Técnica para a rede de saúde no Estado do RS, com o objetivo de reforçar o controle dos animais domésticos contra a raiva e sensibilizar os profissionais de saúde. Também devido a ocorrência de raiva em animais de grande porte foi reintroduzida a vacinação de bloqueio em cães e gatos sendo realizados 49 bloqueios no Rio Grande do Sul.

Programa de Controle da Doença de Chagas

O Programa de Controle da doença de Chagas (PCDCh) desenvolve atividades de educação em saúde, vigilância entomológica, pesquisa e controle químico a fim de monitorar a presença e domiciliação de insetos transmissores da doença de Chagas. O estímulo e a sensibilização da população para que participe da vigilância dos vetores da doença de Chagas, utilizando os Postos de Identificação de Triatomíneos (PIT), para envio de exemplares encontrados em suas residências.

A Vigilância por Participação Social, Educação em Saúde - Mobilização Social e Manejo Ambiental são propostas através de campanha publicitária e oficinas de Vigilância Ambiental para equipes do SUS, agentes comunitários de saúde e de endemias, enfermeiros, médicos da ESF e professores das escolas rurais. O foco central das oficinas é divulgar à população rural (ou peri-urbana) informações do serviço de saúde na vigilância entomológica da doença de Chagas, utilizando e divulgando material elaborado para a campanha; o fluxo correto do encaminhamento dos insetos encontrados, além de formar multiplicadores nos municípios. Estas atividades de educação trazem um componente de discussão para o controle da doença de Chagas e estudo das questões de melhoria habitacional, como, saneamento ambiental, cuidados com as habitações e manejo ambiental das edificações rurais.

Concomitante a estas oficinas regionais, lançou-se em de julho de 2012 a campanha publicitária de Vigilância Entomológica para a doença de Chagas desenvolvida em 2013 e 2014. A campanha disponibiliza materiais de mídia: cartazes, folders e spots para rádios. Estes spots estão disponíveis no site (www.saude.rs.gov.br), e nas mídias sociais: Facebook (www.facebook.com/sesrs) e Twitter (www.twitter.com/SES_RS), para que as rádios possam acessá-los e veiculá-los, sem custos, nos seus programas locais.

Em 2014 o Centro Estadual de Vigilância em Saúde/SES-RS através do Programa de Controle de Chagas/Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde a 12ª CRS - Santo Ângelo, 14ª CRS - Santa Rosa e 17ª CRS - Ijuí, desenvolveu a primeira Etapa do “Plano Estratégico para Eliminação do *Triatoma infestans*”. A SES e o Ministério da Saúde pretendem eliminar este inseto introduzido no território do país, que se domiciliou junto às habitações humanas e foi alvo de intensas campanhas de saúde pública, e foi controlado a níveis de infestação mínimos, com medidas intensivas de pesquisa, controle químico e melhoria habitacional.

Apenas nos estados da Bahia e do Rio Grande do Sul, ainda têm sido detectados focos residuais desse importante vetor. Este plano é uma demanda do SVS/MS para garantir os avanços firmados em 2006, quando o Brasil recebeu da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a Certificação da Eliminação da Transmissão Vetorial Domiciliar de doença de Chagas pelo *Triatoma infestans* – principal espécie transmissora da infecção no país.

Na primeira etapa do Plano de Eliminação de *T. infestans* pesquisou-se 2.664 unidades domiciliares em 16 municípios. As atividades de mobilização e educação em saúde do Plano atingiram diretamente um público de 8.000 pessoas, entres gestores e a comunidade rural e escolar em Santa Rosa, Santo Cristo e Doutor Mauricio Cardoso, Ajuricaba, Alegria, Augusto Pestana, Coronel Barros, Crissiumal, Giruá, Guarani das Missões, Humaitá, Ijuí, Mato Queimado, Salvador das Missões, e São Jose do Inhacorá e Três de Maio. O diferencial neste trabalho é uma ação de promoção nos cuidados e manejo do ambiente domiciliar rural, integrando vários programas de prevenção da presença de aracnídeos, escorpiões, roedores, serpentes e vetores de doenças, como mosquitos e triatomíneos. Foram encontrados três focos de infestação de *Triatoma infestans*, no município de Santa Rosa, que foram eliminados imediatamente com controle químico. Na segunda etapa serão realizadas visitas casa a casa em áreas que apresentaram positividade nos PITs, nos últimos três anos.

Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose

Foi dado continuidade ao Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose, que permitirá o conhecimento atual da prevalência da Esquistossomose mansoni e Geohelminntoses no Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul. A população alvo do Inquérito são os escolares de 7 a 14 anos. O inquérito coproscópico está sendo realizado nas áreas endêmicas e não endêmicas do território nacional, com amostras de fezes de 222.474 crianças, residentes em 542 municípios das 27 UF. Os municípios, as escolas e as regionais foram sorteadas aleatoriamente.

Programa de Vigilância das Arboviroses

A equipe técnica responsável pela vigilância de vetores de importância à saúde pública, no RS, deu continuidade a vigilância ativa da febre amarela, através da captura e exame sorológico de primatas não humanos (bugios) e, em decorrência da notificação de um caso de malária (com autoctonia ainda não declarada), desenvolveu atividade de monitoramento do vetor e de quirópteros, na região litorânea.

VIGILÂNCIA DOS RISCOS E AGRAVOS NÃO AMBIENTAIS BIOLÓGICOS

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

VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA

Foram realizados 02 Encontros com as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde para apresentação da nova versão do SISAGUA; Avaliação do Sistema de Vigilância dos teores de Flúor; Inspeção Sanitária à ETAs e SACs e, para avaliar a continuidade das ações integradas com a educação nos municípios.

Destaca-se também a avaliação e esclarecimentos das ações realizadas pelo Programa VIGIAGUA, no ano de 2014, com a participação das 19CRS's, do LACEN e dos Municípios, convidados pelas respectivas Coordenadorias; a capacitação da Nova Versão do Sistema de informação (SISAGUA), na 10ª, 11ª, 12ª, 13ª, 14ª, 18ª e 19ª CRS; a elaboração e disponibilização na página da SES da 3ª edição do Boletim informativo do VIGIAGUA/RS; a implantação do GAL (Gerenciamento de análise laboratorial) na 4ª, 9ª, 11ª, 15ª e 19 CRS; o início do monitoramento da água para consumo humano, nas Escolas Estaduais Rurais com a parceria da Secretaria de Educação; o fortalecimento da parceria saúde-educação nas ações/atividades que buscam melhoria da qualidade da água para consumo humano iniciada como o Projeto "Planetinha Saúde" - em 2012;

A parceria com a SEDUC para elaboração de nova proposta de trabalho com as escolas e com a apresentação junto à Assessoria de Educação Ambiental daquele órgão da revista Água tratada Saúde Preservada, que será mais um recurso para os temas transversais de educação ambiental para os alunos de 5ª e 6ª séries; foi iniciado o Projeto de melhoria da Qualidade da Água nas Escolas Rurais do estado; a divulgação e apoio aos municípios, por meio das CRS, na realização de ações pelo Dia Mundial da Água ocorrido em março com o Tema: Água e Energia; a distribuição de material educativo (CDs do Planetinha Saúde e Cartilha), para estimular a organização da Semana da Água.

Realização de aproximadamente uma centena de Inspeções Sanitárias: em conjunto com a ANVISA, nos municípios de São Gabriel, Uruguaiana e Santana do Livramento e, em conjunto com as SMSs, nos demais municípios. Essa atividade recrudescer com força com a realização da COPA2014 no Estado e constituiu-se em um importante instrumento a vigilância, com elevado impacto na adequação dos processos de trabalho às normas de boas práticas, nas Estações de Tratamento da Água – ETAs e Soluções Alternativas Coletivas - SACs.

Foi dado início ao processo de elaboração do Plano de Segurança da Água, no Município de Bento Gonçalves. Esse instrumento pressupõe a elaboração de diagnóstico e programação de ações corretivas que possam assegurar a saúde do ambiente produtor da água, desde a nascente até o ponto de consumo, que consiste na identificação de riscos decorrentes dos impactos à bacia de captação; na correção/qualificação dos processos de trabalho, na(s) estações de tratamento e, na rede de distribuição. A coordenação ficará a cargo da CORSAN e terá a participação da SES, LACEN, SMS, UCS, Comitê de Bacia Hidrográfica Taquari-Antas.

Destaca-se também o esforço da SES e do LACEN/RS que, através das 19 CRSs, fomenta a municipalização dos Laboratórios de Vigilância da Qualidade da Água De Consumo Humano, para parâmetros de baixa complexidade (Ph, turbidez, flúor e bacteriológico) com a utilização de recursos técnicos/financeiros previstos pela Resolução 447/2013.

Programa Estadual de Saneamento (PROSAN)

Este setor tem realizado ações de saneamento visando à diminuição do risco sanitário em áreas vulneráveis. Neste sentido, executou as atividades descritas a seguir: Participação na implantação do Programa de Melhorias da Qualidade da Água de Consumo Humano em municípios de elevado risco hídrico, apresentando o Programa para diversos municípios na sede das seguintes CRS: 12ª CRS – Santo Ângelo; 15ª CRS – Palmeira das Missões; 17ª CRS – Ijuí; - Assessoria aos municípios na elaboração de projetos de Sistema Simplificado de Abastecimento de Água, avaliando sua situação, visando o repasse de recursos financeiros às Prefeituras Municipais; Análise técnica de 47 projetos e aprovação de 14 Projetos de Saneamento Básico (Sistemas Simplificados de Abastecimento de Água e Módulos Sanitários), totalizando recursos de, aproximadamente, R\$ 4,5 milhões de reais.

Programa de melhoria da Qualidade da Água de Consumo Humano (PemQA)

Considerando a importância do Programa de Saneamento – PROSAN, historicamente comprovada por mais de 04 décadas e, as atuais dificuldades do estabelecimento eficaz do perfil epidemiológico das inúmeras comunidades gaúchas, foi idealizado e instituído o Sub-Programa de Melhorias da Qualidade da Água de Consumo Humano - PEmQA. Essa iniciativa utiliza os dados do siságua, que detêm informações territorializadas da qualidade da água de consumo humano nas diversas fontes de abastecimento, na totalidade dos municípios. Neste ano foi realizada reuniões de apresentação do Sub-Programa para os municípios de elevado risco hídrico/bacteriológico, na sedes das seguintes CRS: 12ª CRS – Santo Ângelo; 15ª CRS – Palmeira das Missões; 17ª CRS – Ijuí.

Vigilância da Qualidade do Ar (VIGIAR)

Em 2014 destaca-se a ação do o vigiar/RS pela elaboração e divulgação semanal do Boletim Informativo do VIGIAR; assessoria aos municípios de Esteio e Canoas no processo de implementação de Unidades Sentinela para o VIGIAR; contatos com a Eletrobrás - Companhia de Geração Térmica de Energia Elétrica (GTEE) e Fundação Universidade de Rio Grande (FURG), referentes aos resultados dos estudos realizados pela FURG na região de Candiota, em complemento ao Programa de Acompanhamento da Situação de Saúde da População residente na área de influência direta e indireta da Usina Termelétrica Presidente Médici; atendimentos individuais às CRS e municípios para preenchimento do Instrumento de Identificação de Risco (IIMR), conforme Instrutivo disponibilizado pelo Ministério da Saúde; análise das informações obtidas com o preenchimento do IIMR para todos os 497 municípios do RS; participação no II Seminário sobre Avaliação de Impacto à Saúde (AIS) e atuação do Setor no Licenciamento Ambiental de Empreendimentos, em Brasília, que resultou em compromisso assumido junto ao Ministério da Saúde do VIGIAR/RS, em parceria com a FURG, de se responsabilizar pela construção de Termo de Referência para a tipologia Termelétrica.

Participou ainda de Oficina para discussão do modelo de Unidades sentinelas do Programa Nacional do VigiAr, em Brasília; nas reuniões da Câmara Técnica Permanente de Recursos Atmosféricos e Poluição Veicular do CONSEMA.

VIGILÂNCIA DE POPULAÇÕES EXPOSTAS AOS CONTAMINANTES QUÍMICOS (VIGIPEQ)

Para aumentar a vigilância dos riscos de exposição humana aos agrotóxicos e integrar as ações de saúde, foi realizado no dia 08/04/2014 no centro Cívico de Santa Rosa um seminário com trabalhadores de saúde (agentes comunitários de saúde, agentes do PIM, e agentes de endemias). O evento foi promovido pela 14ª Regional de Saúde e o CEVS. Participaram 492 trabalhadores do SUS de 22 municípios da região. Neste momento foram apresentados diversos dados epidemiológicos, com uma análise comparativa entre as notificações no SINAN e os atendimentos realizados pelo Centro de Informações Toxicológicas do estado – CIT/RS, constatando-se a subnotificação dos casos de intoxicação exógena pela exposição aos agrotóxicos. Dos 3.596 casos atendidos no CIT no período de 2008 até 2012, apenas 253 casos foram notificados no SINAN, conforme gráficos abaixo, distribuídos por CRS e por Região de Saúde.

A continuidade do fluxo de informações entre o Centro de Informação Toxicológica – CIT e a Vigilância Ambiental em Saúde, assim como a integração com a Vigilância Epidemiológica e Saúde do Trabalhador tem permitido a implementação da vigilância da intoxicação por exposição a agrotóxicos, com notificação e investigação de casos, especialmente em regiões epidemiologicamente priorizadas (áreas de agricultura familiar e nos municípios com maiores séries históricas de atendimentos no CIT). A notificação de casos no SINAN e no SIST é fundamental para que se avalie quantitativa e qualitativamente a real situação de risco a que se submetem os que utilizam os “venenos” nas mais diversas atividades e funções. A magnitude do problema pode ser observada na tabela a seguir, em que se apresentam dados relativos aos atendimentos do CIT em 2013.

VIGIPEQ/Agrotóxicos

Entre as ações realizadas destacam-se: Realização, em conjunto com a Saúde do Trabalhador, de curso Capacitação em diagnóstico e tratamento de intoxicações por agrotóxico para 50 médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF), Pronto Atendimento e/ou Unidades de Urgência e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); Realização de 02 palestras de sensibilização do risco de exposição aos agrotóxicos em Panambi e Passo Fundo para profissionais do setor saúde e agrícola; Participação do Fórum Gaúcho de combate aos efeitos dos agrotóxicos; Colaboração e participação do Seminário PARA/RS, seminário da região sul de análise de resíduos de agrotóxicos em alimentos, em conjunto com a Vigilância Sanitária, que teve com encaminhamento a elaboração e divulgação da Carta de Porto Alegre; Formação do Grupo de Trabalho Agrotóxicos no CEVS, com representantes de todas as divisões e do LACEN, com a finalidade de integrar as ações de vigilância dos riscos de exposição aos agrotóxicos e elaboração de um “Plano Estadual de Vigilância em Saúde de Populações Expostas aos Agrotóxicos”; Contratação de laboratório para análise complementar de vigilância da qualidade da água para consumo humano/agrotóxico, na Bacia Hidrográfica do Alto Jacuí – G050; Estruturação do processo licitatório para a condução de estudo epidemiológico que objetiva a identificação da taxa de incidência de intoxicações em trabalhadores rurais; Aquisição de equipamentos para realização de exame de colinesterase eritrocitária, bioindicador da exposição humana ao grupo químico dos agrotóxicos, fosforados e carbamatos pelo LACEN/RS.

Núcleo de Eventos Ambientais Adversos à Saúde

O setor realiza as atividades de vigilância em saúde para o controle dos riscos relacionados à ocorrência de desastres com foco em duas áreas de atuação: apoio às regiões atingidas por desastres e promoção, através de articulação intra e intersetorial e organização

do setor saúde, para a atuação integrada na redução dos riscos relacionados à ocorrência de desastres.

Das atribuições do setor decorrem a participação em grupos intra e intersetoriais, como a Comissão Estadual de Prevenção, Preparação e Resposta Rápida em Acidentes com Produtos Perigosos (CEP2R2); no Comitê de Gestão da Transversalidade das Ações de Combate aos Crimes de Abigeato e Abate Irregular de Animais; na Câmara Técnica de Resíduos Sólidos.

Na preparação para a COPA2014 destacaram-se as seguintes ações: Coordenação do Comitê Estadual de Saúde em Desastres, na elaboração do Plano de Contingência Estadual da Saúde para Desastres; Coordenação do Comitê Operacional de Emergência para resposta às inundações do Rio Uruguai, ocorrência utilizada como experiência-piloto para aplicação do Plano de Contingência para Desastres; Participação nas reuniões da Câmara Técnica de Resíduos Sólidos, nas quais o NEAAS representa a SES/RS; Participação nas reuniões do Comitê de Gestão da Transversalidade das Ações de Combate aos Crimes de Abigeato e Abate Irregular de Animais; - Participação nas reuniões da Comissão Estadual de Prevenção, Preparação e Resposta Rápida em Acidentes com Produtos Perigosos (CEP2R2); Elaboração de Termo de Referência para Contratação de Projetos Estruturais da Unidade de Armazenamento, Processamento e Distribuição de Praguicidas, em prosseguimento às adequações do processo de construção do empreendimento, para atendimento às disposições da Secretaria de Obras Públicas; Emissão de alertas de ameaça de desastre por eventos climáticos extremos e monitoramento da situação e apoio às ações das Secretarias Municipais de Saúde (SMS's) e CRS's, que resultaram em 231 situações de emergência nos municípios atingidos, orientando-se para o controle dos riscos, solicitação de recursos e apoiando-se o encaminhamento de demandas.

OBJETIVO: Ampliar e Qualificar a Assistência Farmacêutica

PRINCIPAIS REALIZAÇÕES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM 2014:

- Incorporação da rotina de programação e distribuição dos medicamentos e Kits de teste rápido para o Programa de DST/AIDS para todo Estado, rotina anteriormente sob a gestão da divisão de DST/AIDS do Departamento de Ações em Saúde.

- Conclusão do Termo de Cooperação Técnica para implementação de novos dois novos Centros de Referência para tratamento de Hepatite C (CAMMIs). Em Carazinho e Gravataí, ambos em parceria com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde, totalizando 16 Centros de Referência para Tratamento de Hepatites Virais no Estado.

- Descentralização das Avaliações dos Processos Administrativos de Solicitação de Medicamentos: em setembro de 2014 com a chegada dos farmacêuticos nomeados pelo último concurso da SES e que estão lotados nas Coordenadorias Regionais de Saúde, conseguimos descentralizar parte da rotina das avaliações dos processos administrativos de medicamentos para as Coordenadorias Regionais de Saúde e Farmácia de Medicamentos Especiais, com isso objetivamos dar maior resolutividade ao trâmite das solicitações dos usuários, principalmente para alguns pacientes, cujos agravos, exigem rapidez no retorno das solicitações, por exemplo: Guillan Barre, Hipertensão Pulmonar e Esclerose Múltipla.

- Elaboração e aprovação em CIB do Protocolo Clínico Estadual de Fórmulas Nutricionais.

- Ampliação do atendimento na Farmácia de Medicamentos do Estado (aumento de 05 para 08 guichês) e ampliação do horário de atendimento (de 10 horas/dia para 11 horas/dia).

- Disponibilização do Sistema Informatizado (Sistema AME) para o cadastro das solicitações e registro das entregas de protetor solar do Programa Saúde na Pele.

OBJETIVO: Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado

➤ **PROJETO ESTRATÉGICO: REDE CEGONHA/PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR (PIM)**

O projeto trabalhou com todas as Coordenadorias Regionais para o desenho do plano de ação Rede Cegonha/PIM, respeitando as especificidades locais e compartilhando com os profissionais as discussões sobre a condução da política. Mantivemos as reuniões ordinárias mensais do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha-PIM, que tem representação de todas as Macros, políticas de saúde, área técnica, maternidades e COSEMS. Reestruturamos o Comitê de Redução de Morte Materna Infantil e Fetal, ampliando as representações e objetivando ações que qualificassem a atenção às gestantes, suas famílias e crianças. Para a introdução destas tecnologias leves, realizamos seminários, oficinas e fóruns com a temática da Linha de Cuidado Materno Infantil/REDE CEGONHA-PIM, entendendo que as habilidades disponibilizadas às equipes e serviços são a maior contribuição para valorização das equipes e mudança do modelo de atenção.

Em 2014 capacitamos 100% das Macroregiões de Saúde para a qualificação dos visitantes da primeira infância melhor e incluímos neste processo os agentes comunitários, com o intuito de ampliar a estratégia de acompanhamento das crianças e gestantes, incorporando as dimensões de educação, cidadania e direitos sexuais e reprodutivos ao processo. Aprovamos em CIB planos de regionais e estamos finalizando nas demais para incluir todas as regiões do Estado junto ao Ministério da Saúde (MS).

Estamos realizando monitoramento e avaliação de todos os municípios do Estado para os componentes da atenção básica na atenção ao pré-natal e primeira infância, valorizando a cobertura de atenção básica, percentual de consultas de pré-natal e acompanhamento do desenvolvimento social, emocional e físico das crianças, principalmente no período de 0 a 6 anos. Estamos trabalhando com as maternidades do Estado para implantação de práticas seguras para parto, nascimento e cuidados nos primeiros anos de vida. Além disto, temos um colegiado de maternidades constituído e com proposta de ampliação.

Rede de Atenção Psicossocial

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

A Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas desenvolveu em 2014 diversas ações para fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atendendo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental de efetivar a transição de modelo de atenção: da lógica hospitalocêntrica e excludente ao cuidado territorial intersetorial. Dentre as ações para ampliar e qualificar o acesso à atenção psicossocial e garantir fluxos seguros de cuidado, destacaram-se:

Monitoramento e avaliação: Em 2014, foram realizadas seis (6) vistorias técnicas em hospitais gerais com leitos de saúde mental contratualizados com o Estado, uma (1) em Comunidade Terapêutica, duas (2) em Unidades de Acolhimento, cinco (5) em Serviços

Residenciais Terapêuticos, 22 em Centros de Atenção Psicossocial habilitados ou em implantação, além de uma (1) à Fundação de Apoio Sócio-Educativo. A Central Estadual de Regulação registrou em 2014 um total de 2184 cadastros, compreendendo principalmente as macrorregiões Metropolitana e Serra.

O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)/Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, criado no segundo semestre de 2013 pela Resolução n. 592/13 – CIB/RS, reuniu-se em 2014 mensalmente com o objetivo de avaliar a implementação dos Planos de Ação Regionais da RAPS e sistematizar o Plano de Ação Estadual da RAPS. A participação da Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde (CES), do Ministério da Saúde e de representantes do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS) neste grupo, conforme determina a resolução que o institui, qualificou o processo de monitoramento da ampliação da Rede, alcançando-se o objetivo de tornar a gestão do cuidado um processo compartilhado de forma tripartite.

Destaca-se ainda a aprovação do Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB (Resolução n. 655/2014), em novembro de 2014 e a aprovação da Política Estadual de Saúde Mental pelo Conselho Estadual de Saúde em dezembro de 2014. Estes dois documentos, conjuntamente, permitem aos trabalhadores, gestores e usuários da RAPS o acompanhamento e monitoramento de sua implementação e a avaliação de sua qualidade a partir das diretrizes, princípios e metas pactuadas.

Apoio institucional: As assessorias técnicas, através da ferramenta do apoio institucional georreferenciado por macro, envolveram diversos temas, tais como: regulação hospitalar, gestão de casos, implantação, ampliação e qualificação da rede (em todas as macrorregiões do Estado), desinstitucionalização (especialmente nas macrorregiões Sul, Metropolitana e dos Vales), atenção psicossocial em situação de enchentes (na Fronteira Oeste e Norte do Estado), suicídio e auto-mutilação de grupos de adolescentes (nas macrorregiões da serra e metropolitana), dentre outros. Em 2014, foram realizadas setenta e sete (77) assessorias técnicas a gestores e trabalhadores municipais. Destacam-se dentre estas ações de apoio institucional às gestões municipais o trabalho realizado junto aos municípios atingidos por enchentes na Fronteira Oeste e Norte do Estado, o acompanhamento longitudinal da RAPS de Santa Maria para o atendimento das famílias atingidas pelo incidente crítico da Boate Kiss e a participação da equipe de saúde mental do estado no planejamento e na execução de ações de desinstitucionalização dos moradores oriundos das casas asilares privadas que foram interditadas pelo Ministério Público Estadual em seis municípios: Viamão, Tapes, Canoas, Campo Bom, Sapiranga e Cachoeira do Sul; e o apoio financeiro aos municípios de Viamão e Cachoeira do Sul para constituição de equipe de desinstitucionalização.

A partir de uma parceria entre a Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE), Ministério da Saúde e Seção de Saúde Mental, ocorreu assessoria para a disseminação do Sistema Nacional Socioeducativo (SINASE)(Lei Federal 12.594/2012) e das novas Portarias (1082 e 1083/2014), que determinam as responsabilidades que competem à Saúde para o atendimento integral a adolescentes em conflito com a Lei.

Educação permanente: Em 2014 foram realizados sete Encontros Macrorregionais de Redução de Danos: Metropolitana, Sul, Vales, Norte, Centro Oeste, Serra e Missioneira. Além disso, a equipe da coordenação da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas participou do Encontro Binacional de Redução de Danos. Também foi realizado o I Encontro Estadual de Protagonismo e Autonomia dos Usuários do SUS, com a participação de quatrocentos e cinquenta (450) trabalhadores, familiares e usuários de serviços de saúde mental, álcool e outras drogas no Estado, a I Semana de Oficinas São Pedro em Movimento, com os trabalhadores e usuários do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), o Conselho Estadual de Saúde e convidados de outros estados para discutir um projeto intersetorial para a instituição.

Realizamos ainda: oficinas de educação permanente para os trabalhadores das casas prisionais da 9ª região da SUSEPE; a Semana da Luta Antimanicomial e o Seminário Internacional da Descriminalização do Cuidado e Política de Atenção Integral em Álcool e Outras Drogas. Realizamos também o Fórum Estadual de Coordenações Regionais de Saúde Mental, com a presença das dezenove (19) Coordenadorias Regionais de Saúde; as reuniões do Grupo Condutor Estadual da RAPS e dos Grupos Condutores Regionais da RAPS, além de termos organizado o Seminário Intersetorial Tecendo Redes, uma articulação entre a Rede de Atenção em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e a Justiça na Região Macrorregião de Saúde Metropolitana, promovido em parceria com o Centro de Apoio Operacional (CAO) do Ministério Público.

A Seção de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas promoveu ainda três (3) Encontros de Rede de Atenção Psicossocial, dois Fóruns de Saúde Mental, atuou na coordenação e participação docente no curso Rede Multicêntrica: Política de Álcool e Outras Drogas. Foram promovidos também encontros estaduais mensais sobre saúde mental na infância e adolescência, utilizando a metodologia da discussão de casos clínicos que trouxeram dificuldades para o trabalho em rede, denominados “Espaço Ciranda” e três (3) encontros com os profissionais do Programa Mais Médicos sobre Saúde Mental na Atenção Básica na Macrorregião de Saúde Missioneira e na Centro Oeste. Foram realizados encontros de acompanhamento dos profissionais que trabalham com grupos, utilizando a Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (Estratégia GAM), na Macrorregião de Saúde Vales e na Metropolitana.

Ainda com o objetivo de ofertar educação permanente para os profissionais foram elaboradas notas técnicas de orientação aos municípios a respeito do financiamento estadual da RAPS/Linha de Cuidado em Saúde Mental e de recomendações sobre as mudanças necessárias ao processo de trabalho para a transição do modelo de atenção em saúde mental visando à qualificação da atenção, assim como foi publicado e distribuído para todos os municípios gaúchos o livro “O Cuidado do Morar”, através do qual se compartilham experiências de trabalhadores de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT’s) da Secretaria Estadual de Saúde (SES) sobre o cuidado em regime de moradia com vistas à reinserção social e promoção da cidadania.

Rede: Quanto à ampliação da RAPS, em 2014, dez CAPS foram implantados e receberam custeio mensal com recursos do Tesouro do Estado e quinze (15) CAPS foram habilitados. Além disso, foram habilitados oito novos Núcleos de Apoio à Atenção Básica, quarenta e seis (46) novas Oficinas Terapêuticas, seis (6) novos leitos de saúde mental em hospitais gerais, dois (2) novos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – municípios de Taquara e Farroupilha, além do aluguel de quatro (4) casas pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) para funcionamento de SRT com moradores oriundos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) e outras situações de institucionalização.

Com relação aos Projetos de Desinstitucionalização, que constituem um dos componentes da RAPS, foram realizadas as seguintes ações:

Cachoeira do Sul: a Coordenação Estadual de Saúde Mental, Atenção Básica, a Vigilância Sanitária e a Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social trabalharam (e seguem trabalhando) em parceria com o Ministério Público Estadual nas vistorias em casas privadas asilares ilegais, aplicando o Censo Clínico e Psicossocial em oitenta e cinco (85) moradores destas instituições. A partir destas ações, foram discutidos e criados os Projetos Terapêuticos Singulares de cada um dos moradores destas casas irregulares, com a posterior articulação da rede intersetorial dos municípios de origem dessas pessoas (Lajeado, Santa Cruz do Sul, Porto Alegre, Santa Maria, Bagé, Pelotas, Alegrete, Santo Ângelo, Osório e Cruz Alta). Foi criado, no município sede das instituições irregulares, um sistema compartilhado de gestão

do processo de desinstitucionalização, através da realização de um Grupo de Trabalho interfederativo e intersetorial de Desinstitucionalização com três núcleos: Articulação de Rede, Censo Clínico e Psicossocial e Infraestrutura. Foram realizadas ações com a Promotoria de várias comarcas das quais são oriundos os usuários institucionalizados (Dom Pedrito, Cruz Alta, Agudo, Santa Cruz do Sul, Lajeado, Taquari, Santa Maria, Feliz).

Instituto Psiquiátrico Forense (IPF): Junto ao IPF realizou-se assessoria técnica com sistemática quinzenal para o processo de desinstitucionalização dos usuários com medida extinta ou em processo de alta progressiva, apoiando as ações de acompanhamento terapêutico para reinserção social dos usuários, bem como a articulação da equipe de desinstitucionalização do IPF com os municípios de origem dos usuários e suas respectivas coordenadorias. Nesta perspectiva de apoio técnico transversal entre as Secretarias de Estado, foi promovido o Encontro com os trabalhadores do IPF para discussão e pactuação de planejamento do cuidado, via Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários. Além disso, a equipe de saúde mental do Estado realizou o Censo Clínico Psicossocial dos egressos do IPF transferidos para as casas asilares privadas de Cachoeira do Sul, num total de 31 Censos Clínicos Psicossociais realizados.

Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) - Divisão de Atenção aos Usuários Moradores - Acompanhamento e apoio à Divisão de Atenção aos Usuários Moradores (DAUM) para a construção de Plano Terapêutico Singular para moradores institucionalizados na área de moradia que estavam em processo de desinstitucionalização para casas no território.

Indicadores de Monitoramento:

Indicador 29 (E) - Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O indicador 29 (U), que se refere a cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), permite monitorar a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento da população com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial. Consiste no cálculo do número de CAPS para cada 100.000 habitantes, considerando pesos distintos por tipo de CAPS, segundo a abrangência populacional indicada para cada modalidade deste serviço. Este indicador deve ser pactuado apenas por municípios com população igual ou superior a 15.000 habitantes ou por municípios com população inferior a esta, mas que possuem CAPS regionais.

Quanto ao desempenho do indicador de CAPS, em nível estadual, destaca-se que a cobertura de Centros de Atenção Psicossocial no Rio Grande do Sul é considerada satisfatória, estando acima da meta pactuada com o Ministério da Saúde (MS), de 1,24 CAPS por 100 mil habitantes até dezembro 2014, sendo que o indicador alcançado no Estado do Rio Grande do Sul, em 2014 foi de 1,46 CAPS por 100 mil habitantes.

Quadro 40. Indicador de cobertura de CAPS em cada Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, em 2014.

REGIÃO DE SAÚDE	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS ad	CAPS ad III	CAPSi	População	2014
1	3	1	0	4	0	1	418790	1,79
2	2	0	0	1	0	0	120135	1,66
3	6	2	0	2	0	1	462011	1,73
4	2	0	0	0	0	0	141500	0,71

5	3	1	0	0	0	0	207987	1,20
6	6	0	0	1	0	0	216638	1,85
7	5	4	0	2	0	2	765656	1,37
8	4	3	1	3	2	1	725867	1,86
9	3	1	0	0	0	0	387979	0,64
10	1	7	0	5	3	4	2241453	0,94
11	4	2	0	2	1	1	282763	3,01
12	3	0	0	0	1	1	152070	2,63
13	2	1	0	1	1	1	222771	2,47
14	5	1	0	1	0	0	226933	1,98
15	4	0	0	0	0	0	269441	0,74
16	0	1	0	1	0	0	230291	0,87
17	1	2	0	2	0	1	300061	1,83
18	1	0	0	0	0	0	128494	0,39
19	0	0	0	0	0	0	115495	0,00
20	0	2	0	0	0	1	163102	1,84
21	7	8	0	2	2	3	847689	2,30
22	1	1	0	1	0	1	182865	1,91
23	3	1	0	0	2	1	546080	1,19
24	1	0	0	0	0	0	95435	0,52
25	2	1	0	1	0	1	284822	1,40
26	2	0	0	1	0	0	172390	1,16
27	2	1	0	0	0	0	199922	1,00
28	2	2	0	1	1	2	330098	2,27
29	2	0	0	1	0	1	209551	1,43
30	2	0	0	0	0	0	119207	0,84
TOTAL	79	42	1	32	13	23	10767496	1,46
META								1,24

Fonte: DATASUS/MS.

O trabalho de apoio institucional georreferenciado aos municípios gaúchos, realizado pelos apoiadores da Coordenação Estadual de Saúde Mental nas sete (07) macrorregiões de saúde do Estado, foi um dos fatores importantes que contribuiu para a ampliação da rede, produzindo não apenas um aumento da Cobertura de CAPS, mas também dos demais pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial e a qualificação do modelo de atenção destes serviços.

Em relação à criação de novos incentivos financeiros para a ampliação da rede de atenção psicossocial, destaca-se a aprovação, em maio de 2014, da Resolução CIB/RS n.233/14, que trata do financiamento Estadual para Acompanhantes Terapêuticos nas equipes de atenção básica, em unidades básicas de saúde e/ou estratégias de saúde da família. Essa Resolução, no Art. 2º, estabelece que o incentivo financeiro para contratação de acompanhante terapêutico na atenção básica é da ordem de: R\$ 1.200,00 mensais por profissional.

Dados de Produção

A produção da Atenção Psicossocial, por forma de organização (030108 Atendimento/Acompanhamento psicossocial – SIA/SUS; e, 030317 Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais – SIH), ano, e quadrimestre, no estado do Rio Grande do Sul está apresentada abaixo:

Quadro 41. Produção da Atenção Psicossocial, por forma de organização (030108 Atendimento/Acompanhamento psicossocial – SIA/SUS), quantidade aprovada, 2009 a 2014, Rio Grande do Sul.

Ano de Atendimento	Quantidade Aprovada
2009	1.655.594
2010	1.882.203
2011	2.023.211
2012	1.960.004
2013	285.585
2014	499.281
Total	8.305.878

Fonte: DATASUS/MS.

Quadro 42. Produção da Atenção Psicossocial, por forma de organização (030108 Atendimento/Acompanhamento psicossocial – SIA/SUS), quantidade e valor aprovado, por quadrimestre, em 2014, no Rio Grande do Sul.

1º Quadrimestre de 2014		2º Quadrimestre de 2014		3º Quadrimestre de 2014	
Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor
126.072	R\$ 190.651,67	169.373	R\$ 260.008,47	203.836	R\$ 274.040,71

Fonte: DATASUS/MS.

Quadro 43. Produção da Atenção Psicossocial, por forma de organização (030317 Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais – SIH), quantidade aprovada, 2009 a 2014, Rio Grande do Sul.

Ano de Atendimento	Quantidade Aprovada
2009	35.380
2010	37.759
2011	39.609
2012	38.734
2013	37.232
2014	40.934
Total	229.648

Fonte: DATASUS/MS.

Quadro 44. Produção da Atenção Psicossocial, por forma de organização (030317 Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais – SIH), quantidade e valor aprovado, por quadrimestre, em 2014, no Rio Grande do Sul.

1º Quadrimestre de 2014		2º Quadrimestre de 2014		3º Quadrimestre de 2014	
Quantidade	Valor	Quantidade	Valor	Quantidade	Valor
14.186	R\$ 11.613.535,83	13.209	R\$ 10.861.965,11	13.539	R\$ 11.126.616,62

Fonte: DATASUS/MS.

Avaliando a série histórica, verifica-se um acréscimo na quantidade aprovada de procedimentos de atenção psicossocial em CAPS (conjunto de procedimentos 030108) de 2013 para 2014.

A produção de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) apresenta oscilações considerando o período de 2009 a 2014.

Rede de Atenção às Urgências

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

➤ **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192**

Em janeiro de 2014 a Secretaria Estadual de Saúde, através do SAMU RS 192, assumiu de forma integral os atendimentos de urgência e emergência nas estradas transferidas para a administração da Empresa Gaúcha de Rodovias – EGR. O SAMU RS ampliou e qualificou sua frota, garantindo atendimento de qualidade à população que utiliza as rodovias e também à população e rede hospitalar de diversos municípios e regiões de saúde do estado.

No mês de outubro de 2014 foi firmado contrato para o funcionamento de mais 16 ambulâncias, 8 Unidades de Suporte Avançado (USA) e 8 Unidades de Suporte Básico (USB) para reforço do atendimento pré-hospitalar (contrato nº 445/2014, válido por 90 dias, sujeito à prorrogação por mais 90 dias), resultante do Convênio nº 001/2014, assinado entre a EGR e a SES, conforme o quadro a seguir.

Quadro 45. Distribuição de Unidades de Suporte Avançado e Básico contratados para reforço de atendimento hospitalar, no Estado do Rio Grande do Sul, outubro de 2014.

Nº	Região de Saúde	Município	USA	USB
5	Bons Ventos	Capivari do Sul		1
		Santo Antônio da Patrulha	1	
6	Vale do Paranhana e Costa Serra	Três Coroas		1
		Parobé	1	
10	Capital e Vale do Gravataí	Viamão (Águas Claras)	1	

16	Alto Uruguai Gaúcho	Severiano Almeida		1
17	Planalto	Passo Fundo	1	
		Carazinho		1
19	Região do Botucaraí	Soledade	1	
		Tio Hugo		1
		Fontoura Xavier		1
23	Caxias e Hortências	Gramado	1	
26	Uva e Vale	Bom Princípio	1	
		Flores da Cunha	1	
28	Região Vinte e Oito	Candelária		1
		Pantano Grande		1

Fonte: SES/RS/Coordenação Estadual SAMU

➤ **Unidade de Pronto Atendimento - UPA**

Antecipação do Recurso de Custeio Mensal das UPAS Qualificadas

Através da Resolução Nº 019/14 CIB/RS, aprovada em janeiro de 2014, o Estado instituiu a antecipação da parcela mensal de custeio das UPAs qualificadas, contrapartida estadual e federal, a serem pagas a partir do início de funcionamento dos serviços. O Estado, após habilitação da UPA e assinatura de Termo de Compromisso do gestor municipal com o processo de qualificação da UPA, repassará aos municípios os valores mensais de custeio da contrapartida estadual e federal.

Os valores da contrapartida federal serão mantidos pelo Estado até o momento da qualificação da UPA ou por um período máximo de 6 meses. Após a qualificação o Ministério da Saúde assume a sua parcela mensal incrementada e o valor total de custeio da UPA permanece o mesmo. Esta ação visa incentivar o funcionamento imediato das UPAs e o início de atendimento à população.

Quadro 46. Antecipação do custeio das UPAs habilitadas até a qualificação ministerial, Rio Grande do Sul, 2014.

UPA 24h	Estado paga seu valor de Qualificada	Estado paga a diferença entre os valores Qualificada e Habilitada do MS	Valor Total Estado
Porte I	135.000,00	70.000,00	205.000,00
Porte II	225.500,00	125.000,00	350.000,00
Porte III	350.000,00	250.000,00	600.000,00

Fonte: Resolução CIB/RS nº 019/2014

Considerando que as despesas de construção e de aquisição de equipamentos para as UPAs deverão ser de responsabilidade compartilhada, as UPAs inauguradas em 2014 foram contempladas pelas Resoluções CIB-RS Nº 109/2013 e 613/2013 de acordo com seu respectivo porte conforme quadro abaixo.

Quadro 47. Cofinanciamento Estadual para a inauguração das UPAs, 2014, Rio Grande do Sul.

Porte UPA	Quantidade UPA	Valor Repasse por UPA Res. CIB/RS nº 109/2013 e 613/2013	Total Repasse Estadual
I	03	R\$700.000,00	R\$2.100.000,00
II	03	R\$1.050.000,00	R\$4.500.000,00
III	-	-	-
Total		-	R\$6.600.000,00

Fonte: DAHA/Coordenação Estadual de Urgência e Emergência

Atualmente a RUE possui 12 UPAs em funcionamento, sendo 6 inauguradas no ano de 2014.

Quadro 48. Distribuição de UPA por Região de Saúde, Município, Porte e Capacidade de Atendimento Dia, Rio Grande do Sul, 2014.

Nº	Região de Saúde	Município	Porte	Capacidade de Atendimento Dia	Ano de inauguração	Situação
1	Verdes Campos	Santa Maria	III	300 a 450	2012	Habilitada
3	Fronteira Oeste	Alegrete	I	150	2014	Aguarda Habilitação
7	Vale dos Sinos	Novo Hamburgo	II	150 a 300	2011	Qualificada
8	Vale do Caí e Metropolitana	Canoas	I	150	2013	Habilitada
8	Vale do Caí e Metropolitana	Canoas	II	150 a 300	2012	Qualificada
10	Capital e Vale do Gravataí	Porto Alegre	III	300 a 450	2012	Qualificada
12	Portal das Missões	Cruz Alta	I	150	2014	Aguarda Habilitação
14	Fronteira Noroeste	Santa Rosa	II	150 a 300	2014	Qualificada
22	Pampa	Bagé	II	150 a 300	2014	Qualificada
24	Campos de Cima da Serra	Vacaria	I	150	2012	Qualificada
26	Uva e Vale	Bom Princípio	I	150	2011	Qualificada
28	Região Vinte e Oito	Venâncio Aires	I	150	2014	Qualificada
29	Vales e Montanhas	Lajeado	II	150 a 300	2014	Qualificada

Fonte: DAHA/SES/RS.

Indicadores de Monitoramento

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

A meta pactuada pelo Estado – proporção de 14 óbitos para cada 100 internações por Infarto Agudo do Miocárdio – objetiva reduzir em 3,85% a proporção apurada no ano de 2013 (14,85%).

Considerando as internações por IAM realizadas no ano de 2014 e os óbitos ocorridos nestas internações a proporção apurada foi de 12,41% representando um percentual de redução de 14,77% no ano de 2014 em relação ao ano de 2013.

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

A meta de cobertura do SAMU 192 estabelecida para o ano de 2014 foi **90,55%** e objetivava um aumento de **0,72%** em relação à cobertura apurada no ano de 2013. (89,9%). No ano de 2014 os municípios de **Bom Retiro do Sul**, Itati e Morro Reuter passaram a ter acesso ao SAMU 192.

Considerando a população residente nos municípios com acesso ao SAMU 192 no ano de 2014 e a população total do estado no mesmo período, a cobertura apurada do serviço SAMU 192 foi de 90%, representando um aumento de 0,23% de cobertura no ano de 2014 em relação ao ano de 2013.

Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

No mês de novembro de 2014 a SES promoveu o IV Seminário da Saúde da Pessoa com Deficiência: Articulação com a Atenção Básica, realizado em Porto Alegre, contando com a presença de representantes do Ministério da Saúde, dos Municípios sede dos serviços de reabilitação, das equipes técnicas dos serviços de reabilitação, dos setores da SES (Saúde da Pessoa com Deficiência, Atenção Básica, Saúde Bucal, Saúde do Trabalhador, Coordenadorias Regionais de Saúde), Secretaria Estadual da Educação, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Estadual da Pessoa com Deficiência, Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência e com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul - FADERS, UFRGS, Federação das APAES (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) entre outros setores e órgãos componentes da rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

A Rede da Pessoa com Deficiência foi ampliada com a habilitação de mais três Centros Especializados em Reabilitação (CER):

- Macrorregião Centro Oeste - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Santa Maria, CER tipo II nas áreas de deficiência intelectual e física.

- Macrorregião Missioneira: Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSAR), CER Tipo II nas áreas de deficiência auditiva e intelectual.

- Macrorregião Norte: ACD – Associação Cristã de Deficientes Físicos de Passo Fundo, CER Tipo II nas áreas de deficiência física e visual.

LINHAS DE CUIDADO

Saúde da Criança / Linha de Cuidado da Criança

As ações da Seção de Saúde da Criança realizadas no ano de 2014 foram divididas em ações contínuas e ações pontuais. Dentre as de ordem contínua destacamos: operacionalização da logística de distribuição do documento de registro de informações e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, do nascimento até 9 anos de

idade (Caderneta de Saúde da Criança), para todas as maternidades do Estado; participação da Coordenação da Seção de Saúde da Criança e Adolescente (SSCA) no Comitê Nacional de Investigação do Óbito Infantil e Fetal; apoio Institucional para a regionalização do parto e nascimento, bem como para o redesenho dos leitos de Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), de Unidades de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo) e de Unidades de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) no Estado, conforme preconizada pela Rede de Atenção Materno Infantil/Rede Cegonha de acordo com a CIB/RS n. 672 de 11 de novembro de 2014; reavaliação dos hospitais credenciados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (16 hospitais no estado) e a qualificação da rede de Atenção Básica, para a identificação do risco de doenças com maior prevalência em menores de 6 meses, por meio de cursos de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI Neonatal).

Dentre as ações pontuais realizadas neste período, destacamos: participação na organização das Mostras Regionais de Saúde, realizadas nas macrorregiões de saúde Missioneira, Serra, Vales, Centro-Oeste e Sul; apoio institucional na discussão do óbito materno na macrorregião metropolitana (1ª CRS), no município de Sapiranga; estabelecimento da parceria com o PIM e a Saúde da Criança com vistas à capacitações para visitantes e Grupos Técnicos Municipais na macrorregião Sul (7ª CRS), em Bagé; realização de duas Oficinas “Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância/AIDPI” Neonatal, para as equipes de Atenção Básica na macrorregião Sul (3ª CRS), em Pelotas e uma Oficina AIDPI (5ª CRS) em Caxias do Sul; realização de oficina de Promoção ao Aleitamento Materno Exclusivo e Alimentação Complementar Saudável/Estratégia Amamenta Alimenta Brasil, para as equipes de Atenção Básica, na macrorregião metropolitana em Canoas (1ª CRS) e Porto Alegre (2ª CRS), bem como na Macrorregião Centro Oeste (10ª CRS), no município de Santana do Livramento; realização do VI Seminário Estadual da Semana Mundial de Aleitamento Materno e I Seminário Estadual da Estratégia Amamenta Alimenta, onde foram abordadas questões sobre a importância das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, com o objetivo de sensibilizar e atualizar os profissionais envolvidos com o tema, agregando resultados na estratégia para implantação da Rede Cegonha no estado do Rio Grande do Sul e para a redução da mortalidade infantil, um dos objetivos do milênio.

Destacamos também enquanto ações pontuais: a realização da I Oficina Estadual “Mulher Trabalhadora que Amamenta” (MTA), no município de Bento Gonçalves, com a formação de 23 tutores estaduais e a I Oficina Municipal com o apoio do Estado. O MTA tem como objetivo a capacitação e sensibilização de profissionais para prestação de apoio aos gestores de instituições públicas ou privadas (que tenham funcionárias em idade fértil) em três questões principais, tais quais a criação das Salas de Apoio à amamentação, a sensibilização para adesão à Licença Maternidade de 6 meses (Empresa Cidadã) e a criação de creche no local de trabalho ou estabelecimento de parceria com as conveniadas. A estratégia MTA visa ainda à continuidade e qualificação do cuidado no que se refere ao aleitamento materno no estado; apoio institucional para a atenção neonatal, pediátrica e habilitação de leitos de UTI Neonatal, na macrorregião Serra (5ª CRS), em Caxias do Sul; reavaliação do Hospital Geral de Caxias do Sul na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); formalização da Fase IV da triagem neonatal Teste do Pezinho, com a detecção precoce de duas novas doenças, a Hiperplasia Adrenal Congênita (doença que altera a síntese do hormônio cortisol) e Deficiência de Biotinidase (uma enzima que quando insuficiente provoca convulsões, retardo mental e lesões de pele).

Ainda na condição de ações pontuais temos: formalização de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre para a confecção de material informativo e de divulgação do Teste do Pezinho (triagem neonatal realizada do 3º ao 5º dia de vida do bebê, com inclusão da detecção das duas novas doenças); formalização do Termo de Cooperação

Técnica entre o Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, administrado pela Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS) e a SMS de Porto Alegre/Serviço de Referência Estadual em Triagem Neonatal que opera dentro do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, com o objetivo de realização dos exames confirmatórios de doenças estabelecidas pelo Ministério da Saúde e daquelas triadas no Teste do Pezinho; redefinição da logística de aplicação da Palivizumabe, imunobiológico aplicado em bebês prematuros acompanhados nos ambulatórios de seguimento dos egressos de UTI Neonatal, que será gerenciada pelo Sistema Hórus de informação via web (esta ação teve a parceria das Coordenadorias Regionais de Saúde, dos hospitais envolvidos na assistência neonatal, da área técnica do Ministério da Saúde e da Coordenação da Assistência Farmacêutica – CPAF – do estado); realização do apoio técnico institucional à atenção ao Recém Nascido Prematuro/Método Canguru, no Hospital Universitário da ULBRA Canoas (referência do método no estado do Rio Grande do Sul); reavaliação dos hospitais credenciados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a saber: o Hospital de Caridade e Beneficência de Cachoeira do Sul, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e o Hospital Fêmeina.

Além disso, ressaltamos a participação da Seção de Saúde da Criança na discussão do novo Guia Alimentar do Ministério da Saúde, bem como no Dia Mundial da Saúde, evento que contou com atividades direcionadas aos pais de crianças na faixa etária de 0 a 10 anos, desenvolvidas em parceria com a Sociedade de Pediatria do RS (SPRS) e ainda na realização do Seminário Macrorregional para a Redução da Mortalidade Infantil, Materna e Fetal na macrorregião Serra, em Caxias do Sul. As ações desenvolvidas fazem parte do planejamento de trabalho com o intuito de promover a Atenção Integral à Saúde da Criança, bem como alcançar a meta de Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 10,2 pactuada para 2014. Destaca-se também a reconfiguração e integração da Seção de Saúde da Criança no grupo de trabalho chamado Coletivo Saúde (DAS e DAHA), do Programa Saúde na Escola (PSE). Observa-se na seqüência a planilha com a situação atual dos leitos (novos, reclassificados/habilitados) de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINco) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINca).

UTI NEONATAL

MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO METROPOLITANA	ESTABELECIMENTO	CNES	TOTAL LEITOS NOVOS UTI NEONATAL		TOTAL LEITOS RECLASSIFICADOS NEONATAL		SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
			TIPO II	TIPO III	TIPO I P/ II	TIPO II P/ III		
Canoas	Hospital Universitário	3508528		16		16	Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
Canoas	Hospital Universitário	3508528		04		04	Memo 584/2014 a CGCSS em 29/07/2014	PT/SAS 779, DE 29/08/2014
Esteio	Fundação de Saúde Pública São Camilo	2232030	10				Leitos em processo de qualificação	
Novo Hamburgo	Fundação de Saúde Pública	2232146	10		10		Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
São Leopoldo	Hospital Centenário	2232022	08				Aguardando Avaliação do MS	
Alvorada	Hospital de Alvorada	2232081	10				Aguardando Avaliação do MS	
Cachoeirinha	Hospital Padre Jeremias	2232103	10				Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
Porto Alegre	Irmandade Santa Casa de Misericórdia	2237253		15		15	Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
Porto Alegre	Hospital Nossa Senhora da Conceição	2237571	30		30		Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
Porto Alegre	Hospital Fêmeina	2265052		10		10	Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
Porto Alegre	Hospital São Lucas da PUCRS	2262568		15		15	Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
Porto Alegre	Hospital de Clínicas	2237601		20		20	Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
Porto Alegre	Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	2237822	10		10		Leitos Habilitados	PT SAS 283, DE 08/04/2014
Tramandaí	Hospital Tramandaí	2793008	09		09		Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
Tramandaí	Hospital Tramandaí	2793008	01				Ofício Pendência 199/2014	

MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO SUL	ESTABELECIMENTO	CNES	TIPO II	TIPO III	TIPO I P/ II	TIPO II P/ III	SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Pelotas	Hospital Escola	2252694	09		09		Memo 573/2014 a CGCSS em 24/07/2014	PT/SAS 780, DE 29/08/2014
Pelotas	HU São Francisco de Paula	2253046	06		06		Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
Pelotas	HU São Francisco de Paula	2253046	02				Leitos Habilitados	PT SAS 1325, DE 27/11/2014
Rio Grande	HU Dr Miguel Riet Correa Jr	2707675	09		09		Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
Rio Grande	HU Dr Miguel Riet Correa Jr	2707675	01		01		Leitos Habilitados	PT SAS 1466, DE 22/12/2014
Bagé	Santa Casa de Caridade de Bagé	2261987	08		08		Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE	ESTABELECIMENTO	CNES	TIPO II	TIPO III	TIPO I P/ II	TIPO II P/ III	SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Santa Maria	Hospital Universitário	2244306	10		10		Leitos Habilitados	PT SAS 1237, DE 07/11/2014
Alegrete	Santa Casa de Caridade	2248328	08		08		Leitos Habilitados	PT SAS 1036, DE 09/10/2014
Uruguaiana	Hospital Geral Santa Casa de Uruguaiana	2248190	08		08		Leitos Habilitados	PT SAS 1325, DE 27/11/2014
MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO SERRA	ESTABELECIMENTO	CNES	TIPO II	TIPO III	TIPO I P/ II	TIPO II P/ III	SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Bento Gonçalves	Sociedade Dr. Bartholomeu Tacchini	2241021	07		07		Leitos Habilitados	PT SAS 1133, DE 23/10/2014
Caxias do Sul	Hospital Geral	2223538	10		10		Leitos Habilitados	PT SAS 1133, DE 23/10/2014

Caxias do Sul	Hospital Nossa Senhora Pompéia	2223546	08		08		Leitos Habilitados	PT SAS 1133, DE 23/10/2014
MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO NORTE	ESTABELECIMENTO	CNES	TIPO II	TIPO III	TIPO I P/ II	TIPO II P/ III	SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Passo Fundo	Hospital da Cidade	2246929	06		06		Leitos Habilitados	PT SAS 1037, DE 09/10/2014
Passo Fundo	Hospital da Cidade	2246929	02		02		Leitos Habilitados	PT SAS 1466, DE 22/12/2014
Passo Fundo	Hospital São Vicente de Paulo	2246988	18		18		Leitos Habilitados	PT SAS 1235, DE 07/11/2014
MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO VALES	ESTABELECIMENTO	CNES	TIPO II	TIPO III	TIPO I P/ II	TIPO II P/ III	SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Cachoeira do Sul	Hospital de Caridade e Beneficência	2266474	07		07		Leitos Habilitados	PT SAS 1133, DE 23/10/2014
Santa Cruz do Sul	Hospital Santa Cruz	2254964	04		04		Leitos Habilitados	PT SAS 1037, DE 09/10/2014
Santa Cruz do Sul	Hospital Santa Cruz	2254964	03		03		Leitos Habilitados	PT SAS 1466, DE 22/12/2014
Estrela	Hospital Estrela	2252260	05		05		Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
Estrela	Hospital Estrela	2252260	02		02		Leitos Habilitados	PT/SAS 780, DE 29/08/2014
Lajeado	Hospital Bruno Born	2252287	04		04		Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
Lajeado	Hospital Bruno Born	2252287	03				Aguardando Avaliação do MS	
MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO MISSIONEIRA	ESTABELECIMENTO	CNES	TIPO II	TIPO III	TIPO I P/ II	TIPO II P/ III	SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Santo Ângelo	Hospital Santo Ângelo	2259907	08		08		Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
Santa Rosa	Hospital Vida Saúde	2254611	08		08		Leitos Habilitados	PT SAS 12, DE

								08/01/2015
Ijuí	Hospital de Caridade de Ijuí	2261057	06		06		Leitos Habilitados	PT SAS 742, DE 21/08/2014
Ijuí	Hospital de Caridade de Ijuí	2261057	02		02		Leitos Habilitados	PT/SAS 780, DE 29/08/2014

UCINCo – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional

Municípios da Macrorregião Metropolitana	ESTABELECIMENTO	CNES	TOTAL LEITOS NOVOS UCINCo	TOTAL DE LEITOS RECLASSIFICADOS/HABILITADOS	SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Canoas	Hospital Universitário	3508528	10	10	Leitos habilitados	PT/SAS 682, DE 06/08/2014
Esteio	Fundação de Saúde Pública São Camilo	2232030	10		Leitos em processo de qualificação	
Novo Hamburgo	Fundação de Saúde Pública	2232146	10	10	10	PT/SAS 1.135 DE 24/10/2014
São Leopoldo	Hospital Centenário	2232022	10		Aguardando Avaliação do MS	
Sapucaia do Sul	Fundação Hospitalar	2232162	10		Leitos em processo de qualificação	
Gravataí	Hospital Dom João Becker	2232049	10		Leitos em processo de qualificação	
Porto Alegre	Irmandade Santa Casa de Misericórdia	2237253	10	10	Leitos habilitados	PT/SAS 1.135 DE 24/10/2014
Porto Alegre	Hospital Nossa Senhora da Conceição	2237571	20	20	Leitos habilitados	PT/SAS 1.135 DE 24/10/2014
Porto Alegre	Hospital Fêmina	2265052	20	20	Leitos habilitados	PT/SAS 1.135 DE 24/10/2014, PT SAS 1466, DE 22/12/2014, PT/SAS 1407 DE 10/12/2014.
Porto Alegre	Hospital São Lucas da PUCRS	2262568	10	10	Leitos habilitados	SAS 1466, DE 22/12/2014,
Porto Alegre	Hospital de Clínicas	2237601	20	20	Leitos habilitados	PT/SAS 789 DE 29/08/2014

Porto Alegre	Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	2237822	10	10	Leitos habilitados	PT/SAS 1.126 DE 23/10/2014
Tramandaí	Hospital Tramandaí	2793008	10		Leitos em processo de qualificação	
Municípios da Macrorregião Sul	ESTABELECIMENTO	CNES	TOTAL LEITOS NOVOS UCINCo	TOTAL DE LEITOS RECLASSIFICADOS/HABILITADOS	SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Pelotas	Hospital Universitário São Francisco de Paula	2253046	10	10	Leitos habilitados	SAS 1466, DE 22/12/2014,
Rio Grande	Hospital Univeristário Miguel Riet Corrêa	2707675	5	5	Leitos habilitados	SAS 1466, DE 22/12/2014,
Municípios da Macrorregião Centro-Oeste	ESTABELECIMENTO	CNES	TOTAL LEITOS NOVOS UCINCo	TOTAL DE LEITOS RECLASSIFICADOS/HABILITADOS	SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Santa Maria	Hospital Universitário	2244306	10	10	Leitos habilitados	PT/SAS 1407 DE 10/12/2014, SAS 1466, DE 22/12/2014
Santiago	Hospital de Caridade	2244357	10		Leitos em processo de qualificação	
Santana do Livramento	Santa Casa de Misericórdia	2248220	10		Leitos em processo de qualificação	
Uruguaiana	Santa Casa	2248190	10	10	Leitos habilitados	SAS 1466, DE 22/12/2014,
Municípios da Macrorregião Serra	ESTABELECIMENTO	CNES	TOTAL LEITOS NOVOS UCINCo	TOTAL DE LEITOS RECLASSIFICADOS/HABILITADOS	SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Caxias do Sul	Hospital Geral	2223538	10	10	Leitos habilitados	SAS 1466, DE 22/12/2014,
Farroupilha	Hospital São Carlos	2240335	10		Leitos em processo de qualificação	

Vacaria	Hospital Nossa Senhora das Oliveiras	2241048	10		Leitos em processo de qualificação	
Municípios da Macrorregião Norte	ESTABELECIMENTO	CNES	TOTAL LEITOS NOVOS UCINCo	TOTAL DE LEITOS RECLASSIFICADOS/HABILITADOS	SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Passo Fundo	Hospital São Vicente de Paulo	2246988	10	10	Leitos habilitados	PT/SAS 780, DE 29/08/2014
Erechim	Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim	2707918	10		Leitos em processo de qualificação	
Municípios da Macrorregião Vales	ESTABELECIMENTO	CNES	TOTAL LEITOS NOVOS UCINCo	TOTAL DE LEITOS RECLASSIFICADOS/HABILITADOS	SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Cachoeira do Sul	Hospital de Caridade e Beneficência	2266474	10		Leitos em processo de qualificação	
Santa Cruz do Sul	Hospital Santa Cruz	2254964	10	10	Leitos habilitados	SAS 1466, DE 22/12/2014

UCINCa - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

Municípios da Macrorregião Metropolitana	ESTABELECIMENTO	CNES	TOTAL LEITOS NOVOS UCINCa	TOTAL DE LEITOS RECLASSIFICADOS/HABILITADOS	SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Canoas	Hospital Universitário	3508528	05	05		PT/SAS 776, DE 29/08/2014
Esteio	Fundação de Saúde Pública São Camilo	2232030	05		Leitos em processo de qualificação	
Novo Hamburgo	Fundação de Saúde Pública	2232146	05		Aguardando Avaliação do MS	
São Leopoldo	Hospital Centenário	2232022	05		Aguardando Avaliação do MS	
Sapucaia do Sul	Fundação Hospitalar	2232162	05		Leitos em processo de qualificação	
Alvorada	Hospital de Alvorada	2232081	05		Leitos em processo de qualificação	
Cachoeirinha	Hospital Padre Jeremias	2232103	05		Leitos em processo de qualificação	
Gravataí	Hospital Dom João Becker	2232049	05		Leitos em processo de qualificação	
Porto Alegre	Irmandade Santa Casa de Misericórdia	2237253	05		Aguardando Avaliação do MS	
Porto Alegre	Hospital Nossa Senhora da Conceição	2237571	10		Aguardando Avaliação do MS	
Porto Alegre	Hospital Fêmina	2265052	10	10	Leitos habilitados	PT SAS 1466, DE 22/12/2014, PT/SAS 1407 DE 10/12/2014.
Porto Alegre	Hospital São Lucas da PUCRS	2262568	05	05	Leitos habilitados	SAS 1466, DE 22/12/2014,
Porto Alegre	Hospital de Clínicas	2237601	10	10	Leitos habilitados	PT/SAS 789 DE 29/08/2014
Porto Alegre	Hospital Materno Infantil Presidente	2237822	05		Aguardando Avaliação do MS	

	Vargas					
Tramandaí	Hospital Tramandaí	2793008	05		Leitos em processo de qualificação	
Municípios da Macrorregião Sul	ESTABELECIMENTO	CNES	TOTAL LEITOS NOVOS UCINCa		SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Pelotas	Hospital Universitário São Francisco de Paula	2253046	05	05	Leitos habilitados	SAS 1466, DE 22/12/2014,
Rio Grande	Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa	2707675	03	03	Leitos habilitados	SAS 1466, DE 22/12/2014,
Municípios da Macrorregião Centro-Oeste	ESTABELECIMENTO	CNES	TOTAL LEITOS NOVOS UCINCa		SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Santa Maria	Hospital Universitário	2244306	05	05	Leitos habilitados	PT/SAS 1407 DE 10/12/2014, SAS 1466, DE 22/12/2014
Santiago	Hospital de Caridade	2244357	05		Leitos em processo de qualificação	
Santana do Livramento	Santa Casa de Misericórdia	2248220	05		Leitos em processo de qualificação	
Uruguaiana	Santa Casa	2248190	05	05	Leitos habilitados	SAS 1466, DE 22/12/2014,
Municípios da Macrorregião Serra	ESTABELECIMENTO	CNES	TOTAL LEITOS NOVOS UCINCa		SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Caxias do Sul	Hospital Geral	2223538	05	05	Leitos habilitados	SAS 1466, DE 22/12/2014,
Farroupilha	Hospital São Carlos	2240335	05		Leitos em processo de qualificação	
Vacaria	Hospital Nossa Senhora das Oliveiras	2241048	05		Leitos em processo de qualificação	

Municípios da Macrorregião Norte	ESTABELECIMENTO	CNES	TOTAL LEITOS NOVOS UCINCa		SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Passo Fundo	Hospital São Vicente de Paulo	2246988	05	05	Leitos habilitados	PT/SAS 780, DE 29/08/2014
Erechim	Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim	2707918	05		Leitos em processo de qualificação	
Municípios da Macrorregião Vales	ESTABELECIMENTO	CNES	TOTAL LEITOS NOVOS UCINCa		SITUAÇÃO	PORTARIA HABILITAÇÃO
Cachoeira do Sul	Hospital de Caridade e Beneficência	2266474	05		Leitos em processo de qualificação	
Santa Cruz do Sul	Hospital Santa Cruz	2254964	05	05	Leitos habilitados	SAS 1466, DE 22/12/2014

Quadro 49. Indicador 24. Análise da Pactuação do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) junto às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

REGIÃO DE SAÚDE	Série Histórica CMI					Meta 2014
	2010	2011	2012	2013	2014	
1	11,42	11,25	9,74	10,60	10,35	9,74
2	9,80	10,60	10,27	9,80	7,18	10,27
3	16,90	16,53	15,06	12,30	12,86	12,24
4	11,70	8,80	11,44	9,10	8,35	10,4
5	9,50	9,71	12,34	9,30	9,11	10,8
6	10,90	9,95	10,04	10,50	10,91	10,04
7	12,10	10,97	12,14	9,70	11,24	11,16
8	8,70	10,89	8,36	10,50	10,41	8,82
9	7,90	8,95	10,43	11,40	9,71	9,8
10	10,90	9,80	9,42	8,80	9,48	9,42
11	12,60	12,50	8,89	10,70	12,17	8,89
12	8,90	10,60	9,78	11,30	11,54	9,78
13	10,00	5,00	9,84	10,70	12,21	9,84
14	11,90	14,20	9,14	8,90	14,36	9,14
15	9,40	12,70	8,05	13,80	11,58	9,91
16	11,90	11,60	12,56	8,30	11,86	11,78
17	7,00	11,00	11,77	11,50	9,97	10,79
18	9,60	14,90	9,36	11,50	13,09	9,36
19	19,40	18,50	14,21	13,80	11,37	12,63
20	9,60	11,00	9,44	11,90	10,28	9,44
21	13,60	13,70	15,50	11,80	12,48	11,95
22	8,80	14,70	16,58	13,70	12,46	12,43
23	12,40	9,50	11,39	12,00	11,84	10,6
24	19,30	13,60	11,16	14,10	11,85	10,41
25	9,90	11,50	8,41	11,40	9,07	9,34
26	8,00	16,60	12,50	11,20	9,16	10,58
27	11,00	13,80	11,58	10,00	6,65	10,69
28	8,10	15,10	7,30	12,00	9,85	9,65
29	11,10	13,30	8,51	10,30	11,55	10,3
30	7,40	10,60	7,59	7,90	8,41	8,28
RS	11,20	11,44	10,70	10,50	10,64	10,2

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde/NIS/RS. Dados preliminares CMI 2014.

A meta do estado pactuada para o ano de 2014 foi de 10,2. As macrorregiões Centro-Oeste, Vales e Metropolitana atingiram as meta pactuada. Em relação às Regiões de Saúde, as Regiões 02 (4ª CRS), 04 e 05 (18ª CRS), 09 (2ª CRS), 17 e 19 (6ª CRS), 25 e 26 (5ª CRS) e 27 (8ª CRS) atingiram as metas pactuadas.

Analisando o CMI dos 19 municípios mais populosos do Estado, com população superior a 100.000 habitantes (estimativa IBGE 2013), onde se aplica o uso do indicador nº 24 – coeficiente de mortalidade infantil para análise da situação de saúde, e que juntos

concentram 5.334.688 habitantes, (47,78% da população do estado)_tivemos em 2014: 73.347 nascidos vivos (51,28% SINASC 2014), 775 óbitos (50,88 óbitos SIM 2014) representando um CMI médio de 10,86, portanto maior que a meta do Estado (10,2). Considerando a análise deste grupo de municípios, os que requerem maior atenção são: Macro Metropolitana - Cachoeirinha (2ª CRS) Canoas e São Leopoldo (1ª CRS); Macro Centro Oeste - Santa Maria (4ª CRS) e Uruguaiana (10ª CRS); Macro Sul - Bagé (7ª CRS), Pelotas e Rio Grande (3ª CRS); Macro Norte - Erechim (11ª CRS); Macro Serra - Caxias do Sul (5ª CRS).

Analisando o CMI dos 24 municípios com população entre 50.000 e 100.000 habitantes, que concentram juntos 1.686.065 (15,10%) do total da população do estado tivemos em 2014: 22.025 nascidos vivos (15% SINASC 2014), 234 óbitos (15% óbitos SIM 2014) representando um CMI médio de 10,61, maior que a meta do estado. Considerando a análise deste segundo grupo de municípios, os que requerem maior atenção são: Macro Metropolitana - Camaquã (2ª CRS), Campo Bom, Esteio, Montenegro e Taquara (1ª CRS); Macro Centro Oeste - São Gabriel e Santana do Livramento (10ª CRS) e Santiago (4ª CRS); Macro Norte - Carazinho (6ª CRS); Macro Serra - Vacaria (5ª CRS); Macro Missionária - Cruz Alta (9ª CRS), São Broja (12ª CRS) e Santa Rosa (14ª CRS) e Ijuí (17ª CRS); Macro Vales - Lajeado (16ª CRS).

Os dados citados refletem o grande esforço que deverá ser feito para a redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) na medida em que a média de coeficientes dos 33 municípios nominados está acima da meta estadual. Devido ao fato de os dados fornecidos pelo Núcleo de Informações em Saúde/NIS/RS serem preliminares, em relação aos óbitos infantis, é possível que ocorra modificações nos valores de CMI, quando do fechamento oficial do banco.

Quadro 50. Indicador 25. Proporção de Óbitos Infantis e Fetais Investigados. (Preliminar – necessário considerar o prazo normativo de 120 dias para a conclusão da investigação do óbito infantil e fetal e atualização no sistema).

Indicador	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Resultado preliminar Anual	Meta Anual para 2014
25 – Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	75,30%	58,30%	10,14%	58,01%	90%
<p>Nota: Dados preliminares do 1º e 2º quadrimestres e dado parcial do 3º quadrimestre, não constando o registro de dados referentes a dezembro de 2014. O banco de dados do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal ainda está em fase de alimentação de dados. O cálculo dos percentuais foi realizado utilizando números absolutos de investigações realizadas e nº de notificações, por quadrimestre.</p> <p>Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal – Módulo SIM-Federal. Data da consulta: Fevereiro, 2015. Última atualização do banco de dados: Dezembro/2014. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw</p>					

Análise e avaliação do Indicador n. 25: O resultado parcial deste indicador é obtido através do registro de dados do Sistema de Informação da Mortalidade (SIM) Federal. O prazo para a o registro no SIM ocorre em até 60 dias para digitação e mais 120 dias para a investigação, portanto, há uma janela temporal para que conste no sistema a conclusão do fechamento da investigação do óbito infantil e fetal. O Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, de onde foram colhidos os resultados preliminares é abastecido pelo SIM Federal, sendo necessário considerar que os valores sofrem atualizações. A meta do

estado do Rio Grande do Sul para o ano de 2014 é de ter 90% dos óbitos infantis e fetais investigados. Para que a meta fosse atingida, as regiões de saúde foram monitoradas pelas Coordenações Estaduais de Saúde da Criança e Saúde da Mulher, por meio das 19 Coordenadorias de Saúde que compõem os Comitês de Investigação do Óbito Infantil e Fetal. Esses comitês reiteram o compromisso da investigação do óbito no prazo estipulado, sendo compostos também pela representação dos Serviços de Saúde envolvidos e das Secretarias Municipais de Saúde. Importante enfatizar que a Portaria SES nº 032 de 24 de junho de 2002 institui a obrigatoriedade da investigação dos óbitos maternos e de crianças menores de um ano no Rio Grande do Sul e a Resolução nº 147 CIB/RS de 10 de setembro de 2003 fixa prazos para a realização dessas investigações, respaldando as ações dos comitês.

A investigação do óbito infantil e fetal é uma ferramenta que nos permite pôr em análise pontos e fluxos da Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, para que novos casos sejam evitados. O Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha e o Comitê de Enfrentamento de Morte Materna Infantil e Fetal somam-se como dispositivos importantes nessa questão. No Brasil, o percentual preliminar de investigação de óbitos até dezembro de 2014 foi de 52,69%, na Região Sul de 63,59% e no Estado do Rio Grande do Sul de 58,01%, fechados no sistema SIM até o mês de dezembro de 2014, quando ocorreu a última atualização do sistema. Cabe ressaltar que o sistema ainda não dispõe dos registros referentes ao mês de dezembro de 2014. Já em 2013, o Indicador n. 25 atingiu 86,06%.

A seguir são apresentados os valores do indicador 25 por região de saúde.

Quadro 51. Indicador 25. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados por região de saúde. Rio Grande do Sul, 2014.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014 Preliminar	Meta 2014	Meta 2015
Região 01	30,11	71,43	72,16	60,95	71,57	13,33	90%	90%
Região 02	20	58,62	86,21	92,85	78,26	38	90%	90%
Região 03	31,95	90,86	91,49	92,5	92,41	58,27	90%	90%
Região 04	34,48	97,06	78,13	75,86	78,78	33,33	90%	90%
Região 05	15,38	69,57	78,85	74	81,13	68,29	90%	90%
Região 06	15,91	41,51	78,95	71,42	75,43	52,5	90%	90%
Região 07	28,73	52,63	58,46	73,29	95,28	74,39	90%	90%
Região 08	16	57,14	78,68	80,72	82,82	40,74	90%	90%
Região 09	14,81	42,17	51,55	64,51	52,52	38,82	90%	90%
Região 10	6,26	66,21	58,82	56,92	94,37	78,19	90%	90%
Região 11	30,26	54,55	73,24	80,7	73,77	53,7	90%	90%
Região 12	29,09	97,3	100	80,39	64,1	22,72	90%	90%
Região 13	33,33	71,43	91,89	95,74	86,53	68,75	90%	90%

Região 14	30,3	97,96	97,96	97,56	86,48	67,24	90%	90%
Região 15	18,84	66,67	56,25	40,38	54,41	35,41	90%	90%
Região 16	52,5	44,44	70,69	89,23	84,09	40,62	90%	90%
Região 17	28,17	90,48	98,68	98,8	95,34	53,33	90%	90%
Região 18	32,14	72	87,1	89,47	53,33		90%	90%
Região 19	37,5	95,35	97,56	75,86	82,75	3,44	90%	90%
Região 20	15	83,33	92,86	88,88	85	23,52	90%	90%
Região 21	57,25	90,53	92,22	92,83	96,18	64,59	90%	90%
Região 22	30,43	97,62	98,28	100	100	68,75	90%	90%
Região 23	27,97	98,58	100	100	98,67	75	90%	90%
Região 24	24	86,96	97,06	81,81	86,66	51,16	90%	90%
Região 25	31,58	78,85	96,36	92,68	87,69	73,46	90%	90%
Região 26	21,21	100	97,73	95,74	87,09	47,82	90%	90%
Região 27	22,64	50	78	80	100	48,27	90%	90%
Região 28	15,94	50	67,47	59,32	51,19	41,66	90%	90%
Região 29	35,29	96,55	100	100	95,12	68,75	90%	90%
Região 30	28,95	100	100	100	100	56,25	90%	90%
RS	24,95	72,54	77,86	77,99	86,06	58,01	90%	90%

Fonte: Datasus/Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal Módulo SIM Março de 2015. Última atualização em Dezembro de 2014.

De acordo com os dados obtidos até o momento no sistema em referência ao ano de 2014, o percentual de investigação do óbito infantil e fetal por Região de Saúde apresenta os seguintes resultados preliminares: acima do percentual do Estado estão as Regiões 5, 7, 10, 13, 14, 21, 22, 23, 25 e 29, essas regiões apresentam historicamente bons índices de investigação do óbito infantil e fetal e pertencem às 18ª, 1ª, 2ª, 17ª, 14ª, 3ª, 7ª, 5ª, e 16ª CRS, respectivamente. As regiões 03 (10ª CRS) e 30 (16ª CRS) apresentam índice percentual próximo ao alcançado pelo Estado, porém com valores de série histórica acima da meta pactuada, portanto espera-se que alcancem a meta de 90%. As demais regiões estão abaixo da média estadual. Convém lembrar que os resultados são preliminares. A última atualização do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal/Módulo SIM, foi em dezembro/2014 e aguarda-se nova atualização dos dados para que os mesmos sejam analisados e disponibilizados.

Primeira Infância Melhor (PIM)

1) Indicadores de Acompanhamento do PIM:

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

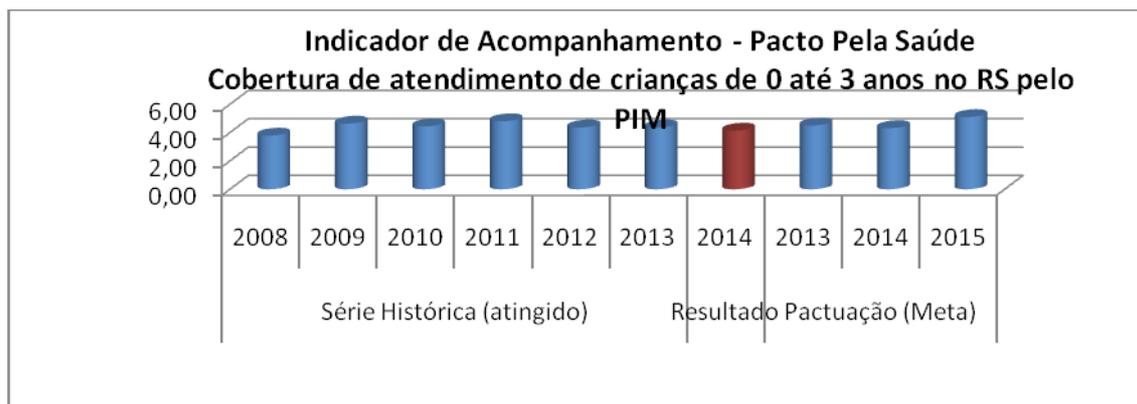


Figura 17. Cobertura de atendimento a crianças de 0 até 3 anos no RS pelo programa Primeira Infância Melhor (PIM), 2009-2015, Rio Grande do Sul.

Quadro 53. Série histórica (2008-2013) e metas pactuadas (2013 a 2015) pelo programa Primeira Infância Melhor (PIM), Rio Grande do Sul.

Série Histórica (% atingido)						Resultado Anual 2014 (%) 31/12/2014	Pactuação Ajuste de Metas (%)		
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2013	2014	2015
3,79	4,63	4,44	4,80	4,36	4,36	4,14	4,50	4,32	5,1

Fonte: PIM/RS. Acesso em: 31/12/2014

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

Apesar do Programa ser abrangente e preconizar visitas às famílias com crianças de até 6 anos, o indicador do PIM no Pacto refere-se ao período mais crítico do desenvolvimento humano, que é dos **0 aos primeiros 3 anos** de vida. É neste período que acontece o maior número de sinapses, a partir de estímulos externos e das experiências que a criança vivencia. Também é nesse período que devemos ter o cuidado e um monitoramento especial com a saúde, visto que nessa faixa etária existe uma maior suscetibilidade às doenças infantis, que acarretam maior morbidade, e às potencialmente mais graves.

Análise do Indicador:

A meta estadual de cobertura de atendimento do PIM para a faixa etária de 0 a 3 anos em 2014 foi de 4,32%, ou seja, atender a 17.315 crianças. Este percentil pode aparentar ser uma pequena cobertura se comparado ao total de crianças de 0 a 3 anos no RS (400.828)¹, mas partindo do pressuposto de que o PIM atende famílias em situação de vulnerabilidade ou risco social, podemos estimar que o atendimento torna-se bastante expressivo, pois utiliza em sua metodologia uma série de critérios para seleção da área a ser implantada no município para atendimento das gestantes e crianças, como:

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

O conceito de vulnerabilidade remete à idéia de fragilidade e de dependência que se vincula à situação de crianças e adolescentes, principalmente os mais pobres. Contudo, os fatores de risco que incidem sobre a vida deles não se restringem aos problemas da exclusão social, mas envolvem também os relacionamentos entre crianças e adultos, que ocorrem tanto no espaço público quanto no privado. Daí a necessidade de considerar não apenas os problemas de inserção social, mas de pensar a socialização e sua relação com os direitos da criança e do adolescente. Podemos ainda ponderar que o RS possui um contingente de pessoas em situação de vulnerabilidade não expresso somente através do marcador social da renda, mas também por outros indicadores sociais, tais como:

1) 8,8% das pessoas de 0 a 17 anos de idade vivem com rendimento familiar *per capita* de $\frac{1}{4}$ salário mínimo²;

2) 20% das Pessoas de 0 a 17 anos de idade vivem com rendimento familiar *per capita* entre $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{2}$ salário mínimo³;

3) 40,7% não possuem condições adequadas de saneamento⁴;

4) 67% não têm acesso a educação formal (creche)⁵;

¹ Fonte: SINASC.

² Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, número 27 - Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, 2010.

³ Ibidem

⁴ Ibidem

⁵ Cobertura de Educação Infantil (2012): Ministério da Educação (MEC) – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) - Censo Escolar - levantamento de informações estatístico-educacionais de âmbito nacional, realizado anualmente; Esse levantamento é feito com a colaboração das secretarias estaduais e municipais de Educação e com a participação de todas as escolas públicas e privadas do país.

5) 21,11% das crianças de 1 a 6 anos no Brasil morrem por acidentes e agressões e respondem pela principal causa de morte.⁶

Portanto, os dados relativos a dezembro de 2014 indicam que a taxa de cobertura do Programa subiria consideravelmente se utilizássemos como filtro somente o universo de famílias com crianças em situação de vulnerabilidade.

Ainda que o PIM registre um número menor de atendimentos em 2014 (4,14%) no Banco de Dados (BD), em relação a 2013 (4,36%), o número de visitantes habilitados, através de resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), aumentou no mesmo período em 1,5% (41 visitantes). Contudo, houve também o crescimento significativo de suspensões temporárias, em dezembro de 2014 possuíamos 262 visitantes nesta situação. Ressalta-se que a suspensão temporária em sua grande maioria foi em razão dos apontamentos do Tribunal de Contas do Estado (TCE) aos municípios para regularização das formas de contratação dos visitantes e também pela falta do repasse financeiro desde o mês de julho/14. Tal situação está sendo acompanhada por um grupo de trabalho para análise e encaminhamentos formais ao TCE.

O decréscimo no número de registro de atendimentos pode ter sido também em decorrência da fragilidade no cadastro e na alimentação do referido Banco, seja no que se refere à falta de atualizações sistemáticas e equipamentos ou ainda de recursos humanos capacitados para tal. Como forma de enfrentamento a este problema, o PIM em 2013/2014 realizou a compra de um (1) computador para cada município visando suprir primeiramente a necessidade de equipamentos e pretende distribuí-los em 2015. Além disso, foram realizadas capacitações e assessorias aos digitadores responsáveis, e teve início a elaboração de projeto de Tecnologia da Informação com a criação de softwares e ferramentas tecnológicas para o fortalecimento da alimentação *on line*. Ressalta-se também, que estão sendo analisadas formas de vinculação do repasse do incentivo do Estado, de acordo com o cadastramento das famílias atendidas (Portarias nº. 578/13).

DADOS REGIONAIS:

Outra análise importante é o resultado atingido de forma significativa quando se verifica a média de cobertura (29,4%) somente daqueles municípios que já possuem o PIM implantado, que totaliza 267, distribuído da seguinte forma:

- 53 municípios – cobertura menor que 5%
- 101 municípios – cobertura de 5 até 30%
- 35 municípios – cobertura de 31 até 50%
- 44 municípios – cobertura de 51 até 80%
- 12 municípios – cobertura acima de 80%
- 22 municípios não pactuaram

Acompanhando o pacto pela saúde, analisamos as 30 regiões de saúde nas quais verificamos uma tendência de crescimento e/ou manutenção da meta em 45% das regiões, sendo necessário intensificar ações em 55%, sendo que as regiões que diminuíram em mais de 10% o atendimento foram as Regiões 01, 07, 11, 13, 14, 20, 22, 27.

⁶ Situação da Infância no Brasil. Crianças de até 6 anos. O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. UNICEF, 2006. Consulta: <www.unicef.org.br>.

Quadro 54. Indicador 1 - Cobertura de atendimento a crianças de 0 até 3 anos no RS pelo Primeira Infância Melhor (PIM) por região de saúde.

	Série Histórica (% atingido)						Resultado 2014 (%)	Sugestão de % Pactuação Regional (Ajuste de Metas)	
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014	2015
Região de Saude 01	3,53	4,85	4,18	4,78	4,81	4,38	3,94	4,48	5,29
Região de Saude 02	28,02	32,27	26,49	24,92	18,84	25,25	24,79	23,83	28,12
Região de Saude 03	5,68	7,78	7,41	8,58	6,10	4,70	4,45	4,36	5,14
Região de Saude 04	2,93	4,04	3,64	5,49	6,69	4,28	4,10	3,93	4,64
Região de Saude 05	2,27	2,90	2,57	3,96	3,25	3,46	3,23	3,25	3,83
Região de Saude 06	1,83	2,38	2,54	3,76	3,59	2,20	3,13	3,14	3,71
Região de Saude 07	0,21	0,60	0,78	0,46	0,23	0,26	0,10	0,27	0,31
Região de Saude 08	1,94	0,40	0,88	0,49	0,74	0,91	0,86	0,73	0,86
Região de Saude 09	2,14	2,00	2,78	2,49	1,94	4,04	4,30	4,99	5,89
Região de Saude 10	0,33	0,25	0,34	0,44	0,33	0,34	0,37	0,32	0,38
Região de Saude 11	14,63	20,68	16,98	18,49	16,65	18,09	16,14	17,15	20,23
Região de Saude 12	7,53	10,20	9,96	9,44	8,56	9,99	11,10	10,85	12,80
Região de Saude 13	5,78	6,51	5,73	6,99	7,06	8,04	6,75	7,42	8,76
Região de Saude 14	7,21	8,68	9,36	9,28	8,65	9,29	8,43	9,04	10,66
Região de Saude 15	24,93	33,98	32,31	37,39	34,09	32,03	29,25	31,84	37,57
Região de Saude 16	4,17	5,04	8,21	7,13	6,63	5,66	5,32	5,53	6,52
Região de Saude 17	1,54	1,68	1,66	2,05	1,65	1,70	2,12	1,95	2,30
Região de Saude 18	8,99	12,29	12,37	9,42	11,26	9,83	10,63	11,03	13,02
Região de Saude 19	4,08	6,57	6,15	7,81	7,28	8,30	8,53	7,95	9,39
Região de Saude 20	11,95	15,43	13,65	15,31	14,75	14,54	12,64	12,65	14,92
Região de Saude 21	2,97	3,60	4,26	6,18	6,92	6,50	6,50	7,12	8,41
Região de Saude 22	5,78	9,14	8,80	6,58	8,86	9,03	5,72	8,02	9,46
Região de Saude 23	2,60	2,73	2,20	1,97	1,11	1,19	1,10	0,90	1,07
Região de Saude 24	7,94	9,17	10,78	14,57	13,90	12,40	11,94	12,11	14,29
Região de Saude 25	3,56	3,64	3,35	2,26	1,48	1,17	1,62	1,22	1,44
Região de Saude 26	1,54	1,78	1,06	0,98	1,16	0,89	1,01	1,06	1,26
Região de Saude 27	7,95	10,32	7,85	5,73	3,26	3,49	3,12	2,95	3,48
Região de Saude 28	1,66	2,16	2,39	2,38	1,36	2,29	2,34	2,37	2,80
Região de Saude 29	1,81	1,39	1,17	1,61	1,34	1,06	1,68	1,11	1,31
Região de Saude 30	2,81	2,48	2,35	2,90	2,82	2,75	2,60	2,48	2,93
Rio Grande do Sul	3,79	4,63	4,44	4,80	4,36	4,36	4,14	4,32	5,10

Fonte: PIM/RS. Acesso em: 31/12/2014

Indicador 2: Número de Famílias Atendidas pelo PIM

Quadro 55. Série histórica do número de Famílias atendidas pelo PIM, 2012 a 2014, e meta estadual (2014) no Rio Grande do Sul.

Série Histórica (nº cumulativos)				Meta Anual
Indicador 02 – Nº de Famílias atendidas pelo PIM	2012	2013	2014	2014
	54.320	54.660	55.060	60.000

Fonte: PIM/RS. Acesso em: 31/12/2014

Descrição: Estima-se que cada visitador com carga horária de 40 horas deva atender a 20 famílias e que cada uma delas possua em torno de 1.1 crianças de 0 a 6 anos, sendo este público dividido em 75% de crianças de 0 até 3 anos (modalidade de atendimento individual) e de 3 até 6 anos (modalidade grupal). Os atendimentos deverão levar em conta as áreas motora, socioafetiva, cognitiva e da linguagem.

Principais realizações:

Aprovação por unanimidade pela Assembléia Legislativa da Lei complementar nº 14.597/2014:

A Lei 12.544 de 2006, que instituiu o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) no Rio Grande do Sul, foi alterada no dia 12 de agosto na Assembléia Legislativa, através da Lei complementar 14.597/2014. Uma das mudanças, propostas pela Secretaria Estadual da Saúde e aprovada pelos deputados, altera a escolaridade exigida para o visitador do PIM, que era de nível médio do curso de Magistério. A partir da modificação, passa a ser aceita para o cargo a formação em nível médio completo e/ou cursando o nível superior, preferencialmente nas áreas de saúde, educação e serviço social. Também está prevista a realização de curso introdutório específico, com duração de 60 a 180 horas.

Outra alteração aprovada pelos deputados estaduais diz respeito à mudança no perfil da população atendida. Com objetivo de reforçar o cuidado na fase mais crítica do desenvolvimento infantil, será priorizado o atendimento na faixa etária de zero a três anos, mas mantido o acompanhamento às famílias que tenham crianças de até seis anos.

PIM é destaque em publicação sobre avaliação voltada à Primeira Infância

O PIM foi destacado na publicação Diálogos Sobre Avaliação na Primeira Infância, da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, lançada no primeiro semestre de 2014. No texto há informações sobre o PIM e outras iniciativas - como o Mãe Coruja Pernambucana, Programa Primeiríssima Infância (SP) e Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis. A idéia é que os dados possam servir de reflexão e inspiração aos gestores que queiram fortalecer e avaliar a rede de atendimento à criança pequena de sua cidade ou estado.

Replicabilidade do PIM:

Considerando as constantes visitas, pedidos de colaboração e parcerias com intuito de estabelecer relações com o Governo do RS para identificar, sistematizar e utilizar conhecimentos e práticas que possam ser aplicados em outros estados e municípios, através de projetos similares ao PIM, foram realizadas as seguintes ações no segundo quadrimestre de 2014:

Localidade	Proposta	Ações
PR/ Munhoz de Mello	Atenção à Primeira Infância e Maternidade (APIM)	Orientação e monitoramento das ações de implementação do APIM;
ES/ Vila Velha	Projeto Estruturante de Atenção a Infância em Vila Velha , através de visitação domiciliar	Termo de Cooperação Técnica CTC nº 016/2014 de 29/09/2014 Planejamento e organização de ações de implantação e implementação do PIM; Realização de reuniões <i>in loco</i> com gestores e equipes técnicas para planejamento de sensibilização e encaminhamentos das primeiras tarefas.
CE/ Fortaleza	Cresça com seu Filho	Realização de reuniões <i>in loco</i> com gestores e equipes técnicas para discussão do plano de implantação de ações inspiradas no PIM. Construção e Análise Técnica dos instrumentos e materiais de apoio do Programa. Participação na Formação Piloto dos Agentes Comunitários de Saúde que atuarão no Projeto.
SP/ São Paulo	São Paulo Carinhosa , projeto de visitas domiciliares para a promoção do desenvolvimento na primeira infância.	Realização de reuniões <i>in loco</i> com gestores e equipes técnicas para discussão do plano de implantação de ações inspiradas no PIM. Apresentação do PIM e de seus materiais de apoio para as Equipes de Saúde participantes do Projeto.
AM/Manaus	Projeto de Atenção à Primeira Infância Ribeirinha , através de visitação domiciliar	Capacitações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para qualificação da visitação domiciliar com ênfase no cuidado da primeira infância; Monitoramento das atividades dos ACS e Enfermeiros e acompanhamentos das avaliações de desenvolvimento das crianças;
Brasília	Brasil Carinhoso	Participação no planejamento e implantação de ações com ênfase no cuidado da primeira infância. As ações estão focadas em construção da Caderneta da Criança, Curso EAD e Programa de Visitas domiciliares para ACS. Membro integrante o Comitê de especialistas em Desenvolvimento na Primeira Infância no Ministério da Saúde.

Destaques Internacionais:

Cuba	PIM é destaque no XI Encontro Internacional de Educação Infantil Pré-escolar, evento promovido pelo Ministério da Educação de Cuba e pelo Centro de Referência Latinoamericano para a Educação Pré-escolar (Celep), 06 a 12 de julho de 2014	O "Primeira Infância Melhor como modelo de acolhimento na Atenção Básica em Saúde"; e a experiência "Projeto Primeira Infância Ribeirinha" - ação inspirada no PIM do RS, ficaram entre as sete experiências pré-selecionadas que obtiveram a maior
Chile	Participação na construção da Rede Panamericana de Investigação em Visitação Domiciliar	A Rede Panamericana de Investigação em Visitação Domiciliar pretende promover a comunicação e a integração entre programas de saúde infantil e a troca de informações sobre a avaliação de intervenções de visitação domiciliar para a primeira infância na América do Sul, Central e do Norte e o PIM foi convidado a integrar o grupo.

Projeto Piloto para Presídios Femininos:

Em parceria com a Superintendência de Serviços Penitenciários e Saúde Prisional (SUSEPE) do Departamento de A oes em Saúde (DAS), o PIM vem desenvolvendo um projeto piloto de atendimento às gestantes, mães e seus beb s na Unidade Materno Infantil (UMI) do Presídio Feminino Madre Pelletier, tendo por objetivo orientar e promover a aten o e o cuidado a primeira infância e gestantes. Em 2014 trabalhou-se na elabora o da Portaria 757/14 que regulamentou esta a o.

Eventos Promovidos:

Realiza o do XI Seminário Internacional da Primeira Infância Melhor em comemora o a Semana Estadual do Beb . O evento foi realizado nos dias 16 e 17 de dezembro e contou com a participa o de 1200 pessoas. Abrangeu o eixo da transversalidade ao unir as Secretarias Estadual da Saúde, da Educa o, Cultura, Política para Mulheres, Justiça e Direitos Humanos e do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do RS. Constituiu-se num instrumento de forma o, aprimoramento e troca de experiências para Grupos Técnicos Municipais (GTM), Monitores, Visitadores do PIM, Agentes Comunitários de Saúde, Monitores da Pastoral da Criança, Profissionais de Estratégia de Saúde da Família, Profissionais de Equipes Tradicionais de Aten o Básica, Vigilantes Sanitários, Agentes Sociais, Educadores, Redutores de Danos, Acompanhantes Terapêuticos, Equipes de Consultório de Rua, dentre outros profissionais envolvidos na organiza o do cuidado e das práticas de aten o a partir do contexto de vida e reprodu o dos cidadãos destinatários das a oes públicas, principalmente, profissionais cuja prática   transversalizada pelas a oes de puericultura, da Rede Cegonha/PIM e as de defesa e garantia de direitos das crianças

Pr mio Salvador Célia: durante a cerim nia de abertura do Seminário Internacional foram premiados Visitadores e Agentes Comunitários de Saúde das 7 Macrorregiões de Saúde do RS. Este pr mio objetivou destacar as experiências e práticas de atividades aplicadas e/ou vivenciadas pelo Visitador do Programa Primeira Infância Melhor e do Agente Comunitário de Saúde, com ênfase no atendimento às crianças e cuidadores por meio da ludicidade. Em 2014,

a Modalidade Concurso foi de Vídeos e o Tema abordado foi: “A criatividade nas vivências de cuidado com a infância, a família e a comunidade”.

Capacitações Iniciais e Continuadas para municípios com PIM Implantado:

Com o objetivo de habilitar e qualificar sistematicamente os recursos humanos quanto aos conteúdos teóricos e metodológicos necessários para a implantação e implementação do Programa nos municípios, foram organizadas e executadas as seguintes atividades:

Quadro 56. Capacitações iniciais e continuadas para municípios com PIM Implantado, em 2014.

Atividade	Nº de atividades	Participantes	Nº de participantes
Capacitações Iniciais de GTM, Monitores e Visitadores com participação efetiva das equipes das CRSs.	10	Gestores; Equipes técnicas do PIM e Atenção básica dos municípios do RS em 70% das Macrorregiões;	300 (média de 30 participantes por evento)
Capacitações Continuadas de GTM, Monitores e Visitadores com participação efetiva das equipes das CRSs.	10	Gestores; Equipes técnicas do PIM e Atenção básica dos municípios do RS em 70% das Macrorregiões;	300 (média de 30 participantes por evento)
Apoio institucional e temático aos municípios através de assessoria juntamente com o apoio do grupo georreferenciado.	40	Gestores; Equipes técnicas do PIM e Atenção básica dos municípios do RS em 70% das Macrorregiões;	600 (média de 15 participantes por evento)

Resultado de Pesquisas:

- **Pesquisa:** em 2014 realizou-se o Projeto "Qualificação e Expansão do Programa Primeira Infância Melhor (PIM)". O trabalho buscou assessorar a SES-RS na elaboração de mecanismos de acompanhamento, monitoramento e aferição de impactos do PIM, de forma a permitir o aprimoramento nos processos da gestão de políticas públicas na área de atendimento à primeira infância.

O contrato nº 556/2013 - T.A DCC/183/2014, proposto pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), teve como foco a análise dos dados, pesquisas por métodos qualitativos e quantitativos e avaliação de impactos do PIM. Em novembro foram apresentados, durante o Seminário Internacional, alguns destes resultados.

O PIM comemora os resultados obtidos a partir da pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) em 2014, intitulado "**Avaliação para Melhora da Relação Custo-Efetividade, Qualificação e Expansão do Primeira Infância Melhor (PIM)**". Numa amostragem de 1600 entrevistados e abrangência geográfica de 39 municípios do RS com o PIM implantado, constatou-se que:

- Com relação à avaliação da qualidade dos serviços prestados, 96% consideram a qualidade do serviço prestado como sendo ótima ou boa, sendo que destes 53% o consideram ótima e 43% boa. Ainda, 3% o consideram regular e 1% ruim.

- Em outra ocasião observou-se a percepção do entrevistado sobre o impacto do PIM em sua preparação para cuidar da criança: 87% das pessoas responderam que há impacto e apenas 13% referiram que não há impacto. Dentre as mudanças relatadas, 21% disseram que a criança brinca mais, 17% que ela está mais alegre, outros 17% que a criança conversa mais, 13% disseram que a criança convive melhor com outras crianças, 12% que a criança pergunta mais e 11% que a criança está mais carinhosa. Ainda, 9% relataram outras modificações.

- Quanto à percepção do impacto do programa no desenvolvimento da criança, 95% responderam sim e apenas 5% não. Ainda, 95% disseram que consideram que as atividades que o PIM orienta vão contribuir para melhorar as condições de vida da criança no futuro. Por fim, quanto à realização dos objetivos do programa percebe-se um padrão nas respostas. Cerca de 40% consideram o cumprimento dos objetivos ótimo, 55% bom, e o restante regular, péssimo ou ruim, considerando: fortalecimento das competências das famílias no cuidado das crianças, favorecimento no desenvolvimento integral das crianças, favorecimento de uma infância feliz, ajuda para melhorar os cuidados com a saúde da criança e das gestantes e fortalecimento da capacidade de interação social das crianças. Quanto ao objetivo melhora da relação entre comunidades e a rede pública de atendimento, 28% consideraram ótimo; 54%, bom; e 18%, regular.

Saúde do Adolescente / Linha de Cuidado do Adolescente

A **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes (PEAISA)** visa à promoção da saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade, na faixa etária de 10 a 19 anos, tendo três eixos centrais: crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e reprodutiva, e redução da morbimortalidade por causas externas. Tais eixos consideram as questões de gênero, a orientação sexual, a raça/etnia, o meio familiar, as condições de vida, a escolaridade e o trabalho, respeitando e valorizando a diversidade e os direitos humanos.

Para dar visibilidade a esta Política, em 2014 deu-se seguimento à implantação da **Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes**, através da inclusão da temática adolescente nas ações das demais políticas e da integração intrasetorial (PSE, PAN, DST/Aids, Saúde Bucal, Atenção Básica/ESF, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, dentre outras) e intersetorial (SJDH, FASE, SSP/SUSEPE e SEduc). Desta forma estabeleceram-se parcerias e co-responsabilidades para a elaboração, condução e avaliação de ações destinadas à saúde de adolescentes, facilitando o acesso aos serviços e fortalecendo o vínculo com as equipes. Sua implementação também compreendeu atividades intra e intersetoriais, correspondentes aos eixos balizadores da PEAISA:

1 - Crescimento e desenvolvimento saudáveis

- **Caderneta de Saúde de Adolescentes**, fornecida pelo Ministério da Saúde, constitui-se em instrumento de apoio aos profissionais da saúde, bem como contribui para que os próprios adolescentes acompanhem as transformações que ocorrem em seu corpo e tenham

informações qualificadas e registradas sobre saúde, direitos e relações afetivas saudáveis que balizem a construção do seu projeto de vida. A sua implantação nos municípios ocorreu de forma gradativa, após sensibilização e qualificação dos profissionais de saúde da Atenção Básica e da Educação, através de seminários, cursos, oficinas e reuniões técnicas, enfocando o acolhimento de adolescentes, suas demandas e necessidades específicas. Também é um facilitador para os professores abordarem os temas transversais, por isto têm sido oferecidas às escolas, através da articulação entre saúde e educação. Em 2014 foram distribuídas 47.950 cadernetas masculinas e 347.525 femininas, totalizando 395.475 exemplares, através das Coordenadorias Regionais de Saúde. As cadernetas femininas chegaram a 100% dos municípios gaúchos, tendo em vista a cobertura da vacina contra o HPV.

- **Vacinação contra o HPV** (Papilomavírus Humano), para meninas de 11 a 13 anos. Sua operacionalização e lançamento foram articuladas junto ao CEVS/Núcleo de Imunizações, Secretaria de Educação (SEDUC), Sindicato do Ensino Privado (SINEPE), Conselho Nacional de Educação (CNE), Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Coordenadorias Regionais de Educação (CRE).

- **Programa Saúde na Escola (PSE)**, Política pactuada entre o MS e o MEC, visa à prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e Educação de Jovens e Adultos - EJA), no âmbito das Escolas e das Unidades de Saúde, através da ESF. No RS, este programa está implantado em 264 municípios, demandando apoio permanente para as CRS e municípios, por meio de visitas técnicas e palestras. Para o fortalecimento do Programa houve a rearticulação do coletivo saúde do Programa de Saúde na Escola (PSE), fomentando a integração das demais Políticas do DAS a este programa, visando a potencialização das ações junto às escolas e equipes de saúde (UBS/ESF). Outra frente de ação no âmbito do PSE foi a ativação do **Projeto Consultórios Itinerantes/PCI**, que contou com articulação com o Ministério da Saúde e representantes dos Hospitais (HCPA/UFRGS, HE/UFPEL, HU Dr. Miguel Riet Correa Jr/FURG, HU Santa Maria/UFMS), visando a implementação dos mesmos. Implicou, ainda, articulação com HCPA/UFRGS Secretaria Municipal de Saúde e Educação de Porto Alegre para a instalação dos consultórios itinerantes em Porto Alegre. Também vinculado ao PSE implantou-se o **Programa Nutrisus** (PSE/PAN/Assistência Farmacêutica), por meio de realização de oficina com os 16 municípios e respectivas CRES e CRS que integram a etapa de implantação deste programa. O Programa é uma ação interministerial (Ministérios da Saúde, da Educação e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome) e visa a potencializar o pleno desenvolvimento infantil, a prevenção e o controle das deficiências nutricionais em 71 estabelecimentos participantes do PSE. O **Nutrisus** abrangeu 3.623 crianças matriculadas, na faixa etária entre 6 e 48 meses.

2 - Saúde sexual e reprodutiva:

A sexualidade e a reprodução são dimensões fundamentais da saúde humana, incidindo na qualidade de vida, no bem-estar físico, psicológico e social. Os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes devem ser garantidos através de ações que abordem a promoção, prevenção e proteção da saúde. Nesta direção, intensificaram-se as ações de educação em saúde junto ao segundo componente do PSE, ou seja, nas ações de Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Também realizou-se formação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva para os profissionais da Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul (FPERGS) em parceria com a Seção de Controle de DST/Aids e FASE, com continuidade prevista para 2015, bem como inserções na mídia local, abrangendo temas como gravidez na adolescência;

3 - Redução da morbimortalidade por causas externas.

A vulnerabilidade de adolescentes e jovens às causas externas atinge proporções mais significativas do que no restante da população. Na caracterização de violências contra adolescentes de 10 a 19 anos, a violência sexual representa a maioria dos atendimentos em saúde, seguida pelas agressões psicológicas, físicas, negligências e abandonos.

Em consonância com a Portaria 485, de 1º de abril de 2014, constituiu-se no DAS um GT intrasetorial para a implantação da **Linha de Cuidado para Atenção Integral às Pessoas em Situações de Violência e Atendimento Integral Multiprofissional para Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situações de Violência Sexual**, através do qual foi realizado o mapeamento dos serviços de referência para o atendimento às pessoas vítimas de violência no RS e a elaboração de questionário para a identificação dos fluxos, nas CRS, para o atendimento deste público.

Foi realizada também a implantação da **Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISAIRI)**, através da elaboração do Plano Operativo Estadual (POE) em parceria com a Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos/Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE) e da assessoria para elaboração e implantação dos Planos Operativos Locais (POL) dos municípios de Porto Alegre, Uruguaiiana, Pelotas, Caxias do Sul, Santo Ângelo e Novo Hamburgo, monitorando, acompanhando e avaliando as ações propostas. A assessoria também se estendeu à disseminação dos marcos legais do SINASE (Sistema Nacional Socioeducativo) e das novas portarias (1082 e 1083/2014) que determinam as responsabilidades que competem à Saúde para o atendimento integral a adolescentes em conflito com a Lei, em parceria com a FASE, Ministério da Saúde e Seção de Saúde Mental. Quanto à educação permanente firmou-se termo de Cooperação Técnica entre UFRGS e SES para campo de estágio para residentes do EducaSaúde da UFRGS no CASE (Centro de Atendimento Socioeducativo) Novo Hamburgo, visando ações com o quadro técnico do CASE e com os adolescentes internos.

Saúde da Mulher/ Linha de Cuidado da Mulher

A Saúde da Mulher atua com o objetivo de proporcionar à mulher gaúcha bem estar físico e emocional. Para tanto, trabalhou-se na construção de linhas de cuidado para as diretrizes propostas pela coordenação nacional e estadual. Assim, em 2014, foram priorizados: os desenhos das linhas de cuidado para a prevenção do câncer de colo e mama, o planejamento sexual e reprodutivo e o enfrentamento à violência e cuidado materno-infantil.

Estreitamos as relações com as Coordenadorias Regionais de Saúde e Macrorregiões de Saúde, bem como nos aproximamos dos serviços que prestam assistência à mulher. Ampliamos, também, espaços de discussão como o Fórum Perinatal, o Grupo condutor da Rede Cegonha, o Comitê de Mortalidade e o Colegiado de Maternidades.

Desta forma, trabalhou-se para a implantação e implementação das políticas e programas relacionados à mulher com proposição de ampliação do acesso e qualificação da assistência à mulher gaúcha em sua integralidade.

Abaixo apresentamos os indicadores acompanhados pela Política. Primeiramente destacamos o resultado alcançado pelo Estado, e posterior por região de saúde.

Quadro 57. Razão de exames de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, 1º, 2º, e 3º quadrimestre de 2014, Rio Grande do Sul.

Indicador 18	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Resultado Anual	Meta Anual
Razão de exames de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	0,16	0,19	0,17	0,48	0,66

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Análise e avaliação: Estamos em implantação do SISCAN, elaboração da linha de Crônicos/ONCOLOGIA – Colo e Mama em construção. Trabalhamos a Qualicito e estamos seguindo o processo de qualificação laboratorial para todo estado. Realizamos Cursos para facilitadores nas Coordenadorias Regionais de Saúde em parceria com a Escola da Saúde Pública, Escola do Grupo Hospitalar Conceição e Ministério da Saúde com objetivo de ampliar cobertura, assim como estímulo a divulgação do exame por todos profissionais visitantes e equipes da atenção básica. A não obrigatoriedade atual do registro de exames em serviços privados e ou de saúde complementar mantém-se como umas das dificuldades do alcance de metas.

Quadro 58. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária, por região de saúde, Setembro a Dezembro, 2014.

Região de Saúde (CIR)	Qtd. aprovada (Set-Dez 2014)*	1/3 População residente 2012. 25 a 64 anos*	Razão CP (Set-Dez 2014)
01 Verdes Campos	5.778	38.236	0,15
02 Entre Rios	2.297	10.992	0,21
03 Fronteira Oeste	8.021	40.064	0,20
04 Belas Praias	2.999	12.596	0,24
05 Bons Ventos	3.043	18.523	0,16
06 V.Paranhana/C. Serra	4.074	19.042	0,21
07 Vale dos Sinos	14.382	70.991	0,20
08 Vale Caí/Metropolitana	10.096	66.606	0,15
09 Carbonífera/Costa Doce	5.708	33.932	0,17
10 Capital/Vale Gravataí	28.032	214.963	0,13
11 Sete Povos Missões	5.205	25.355	0,21
12 Portal das Missões	2.438	13.775	0,18
13 Diversidade	5.570	20.309	0,27
14 Fronteira Noroeste	4.041	20.844	0,19
15 Caminho das Águas	4.240	16.228	0,26
16 Alto Uruguai Gaúcho	4.340	20.835	0,21
17 Planalto	6.115	35.750	0,17
18 Araucárias	3.132	11.524	0,27

19 Botucarái	355	9.955	0,04
20 Rota da Produção	3.518	14.016	0,25
21 Sul	10.075	77.019	0,13
22 Pampa	1.794	16.176	0,11
23 Caxias e Hortênsias	8.709	51.373	0,17
24 Campos de Cima Serra	1.277	8.233	0,16
25 Vinhedos e Basalto	5.404	26.939	0,20
26 Uva Vale	2.101	15.992	0,13
27 Jacuí Centro	3.139	17.726	0,18
28 Vinte e Oito	5.003	30.289	0,17
29 Vales e Montanhas	4.784	19.302	0,25
30 Vale da Luz	2.230	10.850	0,21
Rio Grande do Sul	167.900	988.435	0,17

Fonte*1: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Análise e Avaliação: As regiões de saúde que apresentam as coberturas mais baixas e onde devemos intensificar nossas ações são: Botucarái (19), Sul (21) e Pampa (22).

Quadro 59. Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intra-epiteliais de alto grau do colo do útero no RS em 2014 (dados referentes às mulheres diagnosticadas em 2013).

	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Resultado Anual	Meta Anual
Seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intra-epiteliais de alto grau do colo do útero	6,31	6,64	6,88	6,90	100%

Fonte: Módulo de Coordenação do SISCOLO - relatório seguimento -consolidado de dados - SES-RS Considerar os dados referentes às mulheres diagnosticadas em 2013.

Análise e avaliação

Descrição do indicador: Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intra-epiteliais de alto grau do colo do útero (lesões de alto grau – NIC II e NIC III). Expressa a informação sobre o seguimento das mulheres que, se tratadas, não apresentarão câncer do colo do útero, reduzindo a incidência da doença. Objetivo: Avaliar o grau de informação sobre o seguimento de mulheres com diagnóstico de lesões intra-epiteliais de alto grau do colo do útero.

A informação sobre seguimento permite acompanhar a situação do acesso e a adequação da assistência secundária às mulheres com lesão de alto grau. Tão importante quanto notificar a realização do exame é informar corretamente o seguimento dos casos de LIAG, a fim de avaliar se as mulheres diagnosticadas com esse tipo de alteração estão ou não sendo adequadamente encaminhadas para confirmação diagnóstica e tratamento.

O desempenho do Estado do RS em relação ao registro das informações sobre seguimento/tratamento das mulheres com diagnóstico de lesões intra-epiteliais de alto grau do colo do útero está muito aquém da meta esperada. Com a implantação do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)- Versão em plataforma Web que integra os sistemas de

informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), espera-se ter um facilitador deste processo. A utilização do SISCAN permitirá maior capilaridade no acesso à informação. Onde os usuários do sistema terão maior probabilidade de acesso a informação.

Quadro 60. Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero, segundo Região de Saúde, 2014.

Região de Saúde	Percentual de seguimento/tratamento informado
1ª Região	2,56
2ª Região	10,00
3ª Região	0,00
4ª Região	25,00
5ª Região	21,74
6ª Região	0,00
7ª Região	15,38
8ª Região	13,64
9ª Região	0,00
10ª Região	4,17
11ª Região	0,00
12ª Região	0,00
13ª Região	0,00
14ª Região	0,00
15ª Região	0,00
16ª Região	0,00
17ª Região	0,00
18ª Região	0,00
19ª Região	3,45
20ª Região	0,00
21ª Região	0,00
22ª Região	0,00
23ª Região	83,78
24ª Região	33,33
25ª Região	1,96
26ª Região	50,00
27ª Região	6,25
28ª Região	0,00
29ª Região	0,00
30ª Região	0,00
Rio Grande do Sul	6,88

Fonte: Módulo de Coordenação do SISCOLO - relatório seguimento - consolidado de dados - SES-RS
Considerar os dados referentes às mulheres diagnosticadas em 2013.

Análise e Avaliação: O desempenho do Estado do RS em relação ao registro das informações sobre seguimento/tratamento das mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero está muito aquém da meta esperada. As regiões 3, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 28, 29 e 30 apresentam o indicador igual a 0. Nesse sentido, faz-se necessário qualificar as ações de informação.

Quadro 61. Razão de exames de mamografia realizadas em mulheres de 50 a 69 anos, 1º, 2º, e 3º quadrimestre de 2014, Rio Grande do Sul.

Indicador 19	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Resultado Anual	Meta Anual
Razão de exames de mamografia realizadas em mulheres de 50 a 69 anos	0,93	0,10	0,15	0,35	0,4

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Análise e avaliação: A ação de ampliação do acesso à mamografia segue como um de nossos objetivos principais, estando a oferta ampliada pelo aumento do número de exames. Seguimos com dificuldade quanto ao registro de dados de produção nos sistemas, transição SISMAMA e SISCAN e dificuldades de manutenção de produção e contratos. A não obrigatoriedade atual do registro de exames em serviços privados e ou de saúde complementar mantém-se como dificuldade do alcance de metas

Quadro 62. Razão de exames de mamografia realizadas em mulheres de 50 a 69 anos por região de saúde, 2014.

Região de Saúde	Razão
01 Verdes Campos	0,24
02 Entre Rios	0,29
03 Fronteira Oeste	0,30
04 Belas Praias	0,43
05 Bons Ventos	0,26
06 V.Paranhana/C. Serra	0,32
07 Vale dos Sinos	0,41
08 Vale Caí/Metropolitana	0,30
09 Carbonífera/Costa Doce	0,33
10 Capital/Vale Gravataí	0,33
11 Sete Povos Missões	0,42
12 Portal das Missões	0,30
13 Diversidade	0,43
14 Fronteira Noroeste	0,52
15 Caminho das Águas	0,62
16 Alto Uruguai Gaúcho	0,54
17 Planalto	0,38
18 Araucárias	0,50
19 Botucarái	0,31
20 Rota da Produção	0,43
21 Sul	0,17
22 Pampa	0,18
23 Caxias e Hortênsias	0,35

24 Campos de Cima Serra	0,29
25 Vinhedos e Basalto	0,40
26 Uva Vale	0,31
27 Jacuí Centro	0,29
28 Vinte e Oito	0,24
29 Vales e Montanhas	0,35
30 Vale da Luz	0,31

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Análise e Avaliação: O acesso à mamografia segue como um de nossos objetivos principais. Nesse contexto, ressalta-se a importância da análise por regiões de saúde, para assim, intensificar as ações nos locais com maiores fragilidades. Desta forma, destaca-se as regiões Sul (21) e Pampa (22) como as áreas onde devemos priorizar nosso trabalho.

Quadro 63. Proporção de parto normal, 1º, 2º, e 3º quadrimestre de 2014, Rio Grande do Sul.

Indicador 20	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Resultado Anual	Meta Anual
Proporção de parto normal	37,5%	31,7%	36,7%	37,1%	45%

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS.

Análise e avaliação: Em 2013 do total de nascimentos o Estado realizou 37,4% de partos normais. Conforme acima, os dados relativos a 2014 se mostraram praticamente inalterados. Ressalta-se também, que o maior percentual de partos normais encontra-se na capital, região metropolitana e litoral, já os piores indicadores encontram-se no interior do Estado. A Seção de Saúde da Mulher tem trabalhado as diretrizes da Rede Cegonha desde 2011 para avançar na redução das taxas de cesarianas no Estado; através da divulgação das vantagens do parto normal e fomentação de espaços para discussões acerca do tema, para profissionais e para a comunidade.

Quadro 64. Proporção de parto normal por região de saúde, 2014.

Região e Município de Residência	% Total
1ª Região	33,6
2ª Região	34,8
3ª Região	33,6
4ª Região	38,9
5ª Região	45,6
6ª Região	27,4
7ª Região	42,1
8ª Região	45,0
9ª Região	43,9
10ª Região	50,4
11ª Região	30,2

12ª Região	21,4
13ª Região	26,8
14ª Região	16,4
15ª Região	23,2
16ª Região	30,3
17ª Região	32,6
18ª Região	25,5
19ª Região	28,4
20ª Região	18,5
21ª Região	35,9
22ª Região	29,4
23ª Região	27,5
24ª Região	46,2
25ª Região	24,1
26ª Região	16,8
27ª Região	35,1
28ª Região	29,3
29ª Região	25,7
30ª Região	20,2

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS

Análise e Avaliação: Os maiores percentuais de partos normais encontram-se na capital, região metropolitana e litoral, já os piores indicadores encontram-se distribuídas por todo Estado. A média estadual de 37,1% é mantida, principalmente, pelos valores mais elevados das regiões: 4, 7, 9, 8, 5, 25 e 10.

Quadro 65. Percentual de nascimentos com 7 ou mais consultas pré-natal, 2014.

Indicador 21	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Resultado Anual	Meta Anual
Percentual de nascimentos com 7 ou mais consultas pré-natal	71,9	72,4	74,1	72,8	75%

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS

Análise e avaliação: O indicador acima demonstra, sobretudo, as condições de acesso das mulheres ao pré-natal. De maneira geral, os resultados são satisfatórios, temos regiões com coberturas superiores a média do Estado. Entendemos a importância de resultados positivos e manutenção dos mesmos que nos apontam para qualificação da atenção para o pré-natal. A Saúde da Mulher em parceria com demais setores do DAS permanece na busca desse objetivo.

Quadro 66. Percentual de nascimentos com 7 ou mais consultas pré-natal por região de saúde, 2014.

Região e Município de Residência	% Total
1ª Região	73,0
2ª Região	77,6
3ª Região	65,1
4ª Região	72,6
5ª Região	71,6
6ª Região	74,5
7ª Região	72,2
8ª Região	67,0
9ª Região	70,8
10ª Região	70,1
11ª Região	69,7
12ª Região	74,9
13ª Região	80,5
14ª Região	77,9
15ª Região	79,4
16ª Região	79,2
17ª Região	75,5
18ª Região	76,0
19ª Região	73,0
20ª Região	81,1
21ª Região	64,2
22ª Região	72,9
23ª Região	85,0
24ª Região	66,5
25ª Região	82,9
26ª Região	82,7
27ª Região	68,6
28ª Região	79,0
29ª Região	84,2
30ª Região	80,7

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS

Análise e Avaliação: De uma maneira geral, os resultados são satisfatórios, temos 24 regiões com coberturas superiores à 70% e 6 regiões com um percentual inferior à esse. Sendo a menor cobertura na região Sul (64,2%) e a maior na região de Caxias e Hortência (85%).

Quadro 67. Proporção de óbitos maternos investigados, 2014

Indicador 26	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Resultado Anual	Meta Anual
Proporção de óbitos maternos investigados	90,9%	82,6%	41,6%	80,4%	100%

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/SVS/MS (04/02/2015).

Análise e avaliação: Antes de analisar os dados de investigação da mortalidade materna, deve-se entender que o registro no SIM ocorre em até 60 dias para digitação e mais 120 dias para a investigação, portanto, há uma janela temporal para que a informação correta conste no sistema. Desta forma, teremos uma melhor leitura dos indicadores de 2014 em junho de 2015 e um percentual definitivo em dezembro de 2015.

No ano de 2013, faltou apenas a investigação de 1 óbito materno para atingirmos a meta de 100%, e assim, esperamos atingir um percentual igual ou melhor em 2014.

Quadro 68. Proporção de óbitos maternos investigados por região, 2014.

Região de Saúde	% de Investigação
43001 01 Verdes Campos	100
43002 02 Entre Rios	-
43003 03 Fronteira Oeste	20
43004 04 Belas Praias	100
43005 05 Bons Ventos	100
43006 06 V.Paranhana/C. Serra	100
43007 07 Vale dos Sinos	33,3
43008 08 Vale Caí/Metropolitana	0
43009 09 Carbonífera/Costa Doce	0
43010 10 Capital/Vale Gravataí	100
43011 11 Sete Povos Missões	100
43012 12 Portal das Missões	0
43013 13 Diversidade	-
43014 14 Fronteira Noroeste	100
43015 15 Caminho das Águas	-
43016 16 Alto Uruguai Gaúcho	100
43017 17 Planalto	100
43018 18 Araucárias	-
43019 19 Botucaraí	-
43020 20 Rota da Produção	100
43021 21 Sul	33,3
43022 22 Pampa	50

43023 23 Caxias e Hortênsias	33,3
43024 24 Campos de Cima Serra	-
43025 25 Vinhedos e Basalto	100
43026 26 Uva Vale	-
43027 27 Jacuí Centro	-
43028 28 Vinte e Oito	50
43029 29 Vales e Montanhas	-
43030 30 Vale da Luz	-

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/SVS/MS (05/03/2015)

Análise e Avaliação: De uma maneira geral, os resultados são satisfatórios, pois temos 70% regiões com um percentual de investigação igual a 100% mesmo que o tempo para a finalização das investigações não tenha encerrado. Aponta-se, ainda, que 03 regiões de saúde (08, 09, 12) apresentaram resultados de 0%, no que se refere à proporção de óbitos maternos investigados.

Quadro 69. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados, 2014.

Indicador 27	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Resultado Anual	Meta Anual
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	90,5%	87,1%	60,7%	80,3%	90%

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/SVS/MS (04/02/2015).

Análise e avaliação: A análise da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) também é imprecisa devido aos mesmos fatores da mortalidade materna. A alimentação do SIM ocorre em até 60 dias para digitação e mais 120 dias para a investigação. Entendemos que existe a necessidade primordial de qualificar este indicador para que o seu desdobramento garanta o correto registros de MIFs e MMs.

Quadro 70. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados por região, 2014.

Região e Município de Residência	% Total
1ª Região	92,7
2ª Região	87,8
3ª Região	91,4
4ª Região	66
5ª Região	80,3
6ª Região	84,2
7ª Região	84,8
8ª Região	68,5

9ªRegião	47,5
10ªRegião	94,4
11ªRegião	100
12ªRegião	92,7
13ªRegião	94,2
14ªRegião	94,4
15ªRegião	73,4
16ªRegião	86,4
17ªRegião	89,4
18ªRegião	42,1
19ªRegião	51,8
20ªRegião	93,6
21ªRegião	78,4
22ªRegião	97,5
23ªRegião	91,7
24ªRegião	37,1
25ªRegião	85,4
26ªRegião	77,1
27ªRegião	88,2
28ªRegião	76,6
29ªRegião	60,8
30ªRegião	58,8

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/SVS/MS (06/03/2015)

Análise e Avaliação: Percebe-se com esses resultados que há a necessidade de incentivar e qualificar a investigação nas regiões que ainda não atingiram a meta de 90%. Regiões como 24, 18, 9, 19, 30, 29, 4 e 8 estão abaixo de 70%, contudo, muitos casos ainda estão dentro do prazo para a investigação.

Indicador 22

Número de testes de sífilis por gestante:

Análise e avaliação: O Sis prenatal Web disponibiliza dados referentes aos Testes Rápido de Sífilis em gestantes. Desde a implantação do sistema de informação muitos problemas ocorreram, no entanto, desde o último trimestre de 2014 esse tem se mostrado mais estável e apresentado algumas melhoras, ainda assim, insipiente para análise de dados. Esperamos a partir de 2015 ter maior grau de confiabilidade no sistema.

Quadro 71. Número de óbitos maternos, Rio Grande do Sul, 2014.

Indicador 23	Resultado 1º Quadrimestre	Resultado 2º Quadrimestre	Resultado 3º Quadrimestre	Resultado Anual	Meta Anual
Número de óbitos maternos	18	28	17	63	65

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS.

Análise e avaliação:

O indicador de mortalidade materna serve para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério. Além disso, contribui para a avaliação dos níveis de saúde e desenvolvimento socioeconômico.

Em 2013 o número de óbitos reduziu e em 2014 houve um pequeno aumento (63 óbitos), contudo mantivemos um valor abaixo em relação aos anos anteriores. Ressalta-se, por fim, que para análise desse dado foi incluído os óbitos após 42 dias de parto e puerpério.

Quadro 72. Proporção de óbitos maternos por região, Rio Grande do Sul, 2014.

Região de Saúde	Total
1ª Região	2
2ª Região	2
3ª Região	4
4ª Região	1
5ª Região	2
6ª Região	2
7ª Região	7
8ª Região	3
9ª Região	2
10ª Região	13
11ª Região	4
12ª Região	0
13ª Região	0
14ª Região	2
15ª Região	0
16ª Região	2
17ª Região	3
18ª Região	0
19ª Região	0
20ª Região	1
21ª Região	3
22ª Região	2
23ª Região	3
24ª Região	0

25ªRegião	2
26ªRegião	0
27ªRegião	0
28ªRegião	2
29ªRegião	1
30ªRegião	0
Rio Grande do Sul	63

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS

Análise e Avaliação: Para analisar o número de óbitos materno por região é importante saber a quantidade da população de nascidos vivos em cada local. Logo, não é preocupante regiões como a 7 e a 10 que possuem um número absoluto alto, mas também tem uma grande população. Contudo, as regiões 11 e 3 necessitam de uma maior atenção, pois apresentam um valor muito elevado se compararmos com a população existente.

Desta forma ressaltamos a importância de enfatizarmos nossas ações no interior do estado.

A política de Saúde da Mulher está inserida no projeto da Rede Cegonha/PIM e segue em implementação no Estado, contribuindo positivamente para redução da morte materna, infantil e fetal e para garantia de práticas seguras de pré-natal, parto e nascimento e primeira infância. Implantamos esta estratégia no Estado, totalizando 468 municípios, segundo último relatório disponibilizado pelo Ministério da Saúde em agosto/2014.

Em dezembro de 2014 tínhamos cinco serviços de Porto Alegre habilitados para leitos de gestantes de alto risco e com indicação de qualificação de 52 leitos na Rede Cegonha e processos em avaliação junto ao Ministério da Saúde (MS) de serviços em todo o Estado. Mantivemos o incentivo de qualificação de leitos da macrorregião Metropolitana conforme parâmetros da Rede Cegonha nacional e com planos de incentivo para as demais macrorregiões de saúde, disponibilizando recursos federais e estaduais para estruturação dos serviços. Para ampliação de acesso ao pré-natal de alto risco, a partir da CIB 203/2012 e 660/2012 dos ambulatórios de gestante de alto risco, aprovamos 12 ambulatórios no Estado (5 em Porto Alegre e demais nas macrorregiões de saúde que a capital não está inserida) e temos 9 processos em adequação. Atendemos aproximadamente 8 mil gestantes/mês de risco habitual e 100 gestantes/mês em cada ambulatório de gestante de alto risco, apresentando uma necessidade cada vez menor de serviços de maior complexidade. Por fim, em parceria com o DAHA, estamos construindo a linha de cuidado de prevenção, controle e tratamento do câncer de colo e mama. E, participando do processo de qualificação da contratualização dos serviços. Aprovamos a Qualicito, de acordo com a Resolução CIB 62/2014, que consiste na definição de padrões de qualidade e na avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento, pelos gestores do SUS, do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS. A parceria com a Escola Grupo Hospitalar Conceição (GHC) viabilizou a realização do curso para capacitação e formação de multiplicadores para prevenção do câncer de colo e mama para todas as Coordenadorias Regionais de Saúde para reprodução em seus territórios.

Saúde do Homem / Linha de Cuidado do Homem

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, no ano de 2014, enquanto uma iniciativa pioneira, passou a ofertar incentivo financeiro estadual específico para o processo de implantação da Saúde do Homem no contexto da Atenção Básica em Saúde. Capacitamos e pactuamos com 108 municípios o processo de implantação desta política no contexto da Atenção Básica. Através da Resolução número 236 CIB/RS 2014, destes 108 municípios do RS, 29 receberam o incentivo financeiro, pois assinaram o termo de compromisso disponível em link do FormSUS. As ações dos 108 municípios inseridos na Resolução 236/2014 estão sendo monitoradas pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) em apoio com a Coordenação Estadual da Saúde do Homem.

Metas 2012-2015	Quantidades/Metas		
	Meta do PES	Total de municípios que implantaram	Municípios com termo de compromisso que receberam incentivo financeiro
Implementar a Linha de Cuidado da Saúde do Homem conforme Plano Estadual de Saúde	158 mun.	108 mun.	29 municípios

Fonte: Coordenação Estadual da Saúde do Homem/DAS/SES-RS.

Os princípios e diretrizes, sistematizados em Nota Técnica produzida em 2014, ofereceram subsídios técnicos para a implantação da Política de Atenção integral à Saúde do Homem, de acordo com a Resolução 236/2014, e foram organizadas por eixos estruturantes. Organizamos a Nota Técnica baseada nos indicadores gerais de saúde relacionados a morbimortalidade dos homens, nas barreiras culturais e institucionais que se relacionam ao cuidado em saúde aos homens e nas normas técnicas do Instituto Nacional de Câncer (INCA)/Ministério da Saúde no que se refere à prevenção ao câncer prostático.

Para o ano de 2015, pretendemos inserir estes eixos estruturantes e os princípios e diretrizes concernente a estes, em Portaria específica, com vistas a criação de Grupo Condutor intersectorial em Saúde do Homem que fornecerá subsídios técnicos para a implantação da Linha de Cuidado em Saúde do Homem. São os seguintes eixos estruturantes:

- Territorialidade e controle social;
- Saúde mental, álcool e outras drogas;
- Sexualidade e reprodução, com estímulo a paternidade participativa;
- Violências (doméstica e urbana) e causas externas (acidentes de transporte e de trabalho);
- Saúde do trabalhador;
- Envelhecimento Ativo (promoção, prevenção e reabilitação de doenças crônicas e neoplasias)

Abaixo, segue o mapeamento das ações pactuadas pelos municípios desde 2013, para a implantação da saúde do Homem no contexto da Atenção Básica. Ressalta-se que cada município poderia pactuar ações contínuas em saúde do homem nos eixos estruturantes que

atendesse ao proposto. A porcentagem apresentada refere-se à cada um dos eixos estruturantes escolhidos pelos municípios, sendo que ações em saúde do homem investidas no “Estímulo à Paternidade Ativa” foi a prioridade entre os municípios.

Macrorregião de Saúde	Estímulo à paternidade participativa	Saúde do trabalhador	Saúde mental, álcool e outras drogas	Sexualidade e reprodução	Terceiro turno	Territorialidade e controle social	Violências (doméstica e urbana) e causas externas (acidentes de transporte e de trabalho)	Envelhecimento Ativo
Metropolitana	6	2	2	3	4	2	1	3
Serra	4	6	3	1	1	5	0	1
Vales	7	4	3	4	3	2	2	0
Norte	7	7	8	5	1	3	3	2
Centro Oeste Sul	9	5	6	8	3	4	0	2
Missioneira	15	7	7	6	9	4	3	1
RS	44,44	28,70	26,85	25,00	19,44	18,52	8,33	8,33

Figura 18: Porcentagem de ações contínuas em Saúde do Homem no contexto da atenção básica em saúde, pactuadas em 108 municípios no ano de 2014.

Fonte: Coordenação Estadual da Saúde do Homem/DAS/SES-RS.

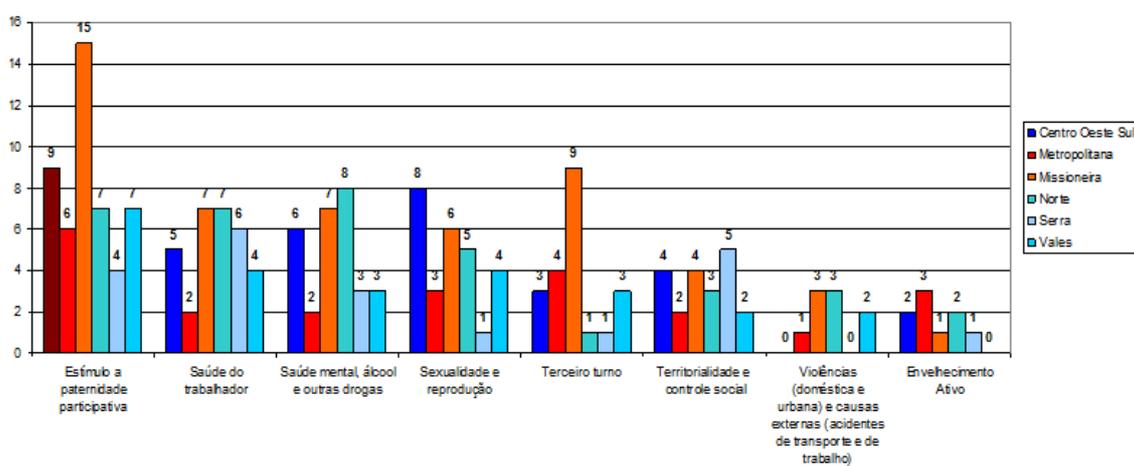


Figura 19: Gráfico de ações contínuas em Saúde do Homem no contexto da atenção básica em saúde, pactuadas em 108 municípios no ano de 2014.

Fonte: Coordenação Estadual da Saúde do Homem/DAS/SES-RS.

Subsequente aos eventos de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, que ocorreram em todas as Macrorregiões de Saúde, realizamos o monitoramento e apoio institucional aos municípios através dos Coordenadores Regionais de Saúde referências técnicas para os municípios. Mensalmente, nos reuníamos com os Coordenadores da Saúde do Homem das CRS's a fim de discutir e deliberar sobre o processo de implantação da Política e a metodologia de monitoramento que foi direcionada aos municípios. Também realizamos a "Oficina de Monitoramento da Implantação da Política de Saúde do Homem no RS", que

ocorreu nos dias 27 e 28 de novembro de 2014 e foi direcionada aos 29 municípios que receberam o incentivo financeiro instituído pela Resolução 236/2014 para implantação da política no contexto da Atenção Básica em Saúde. Todavia, ressaltamos que disponibilizamos espaços de monitoramento através das CRS para todos os 108 municípios.

Saúde do Idoso / Linha de Cuidado do Idoso

O envelhecimento rápido da população brasileira traz profundos desafios para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde. Os principais determinantes desta acelerada transição demográfica, no Estado do Rio Grande do Sul, são a redução expressiva na taxa de fecundidade associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Medidas de intervenção sanitária apenas sobre as doenças não oferecem parâmetros adequados de avaliação da situação de saúde da pessoa idosa, tornando-se necessário investigar a funcionalidade global, definida como a capacidade da pessoa idosa de gerir a própria vida. O idoso e a idosa, portanto, são considerados saudáveis quando capazes de realizar suas atividades sozinhos, de forma independente e autônoma. Este é um conceito adotado internacionalmente.

Eixos estruturantes em Saúde da Pessoa Idosa:

- Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como centro da atenção à saúde do idoso;
- Organização da rede de atenção à saúde da pessoa idosa, com forte ordenamento da APS, garantindo a continuidade de acesso e cuidado nos pontos de atenção especializados;
- Reconhecimento da pessoa idosa como usuário “*sócio sanitário*” do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, as ações de cuidado devem ser articuladas com outras políticas públicas em especial, com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS);
- Produção de um modelo de atenção à saúde da pessoa idosa que invista na implementação de ferramentas de autocuidado e em planos integrados de cuidado.
- Educação permanente aos profissionais de saúde e áreas de interface para o cuidado em saúde da pessoa idosa;

Diretriz da Área Técnica:

Garantia da atenção integral a saúde da pessoa idosa, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção da saúde.

Ações realizadas em 2014:

- Oficinas de Sexualidade e Prevenção às Vulnerabilidades em DST/Aids para Idosos e Idosas: 4 oficinas realizadas (Regiões 3,10,17 e 21);
- Oficina sobre Envelhecimento Ativo no Dia Mundial da Saúde. Parque da Redenção – Porto Alegre;
- Participação no Grupo de Trabalho sobre Instituições de Longa Permanência para Idosos do Sindicato dos Hospitais de Porto Alegre (SINDIHOSPA/RS);

- Composição do Centro de Direitos do Idoso, conforme Decreto n.51.036/2013, e realização de oficinas de memória e sexualidade com os usuários do serviço;
- Participação na formação da Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública (ESP) – 4 aulas ministradas;
- Apoio e formação para a equipe de profissionais do Hospital Psiquiátrico São Pedro em relação aos moradores idosos que se encontram internos naquela instituição em situação de moradia;
- Participação no Grupo de Trabalho sobre as Instituições Asilares de Cachoeira do Sul;
- Formação Técnica para a equipe da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Idoso de Canoas;
- Composição do Grupo de Trabalho sobre a judicialização dos pedidos de internação de pessoas idosas em Instituições de Longa Permanência junto à Procuradoria-Geral do Estado;
- Em parceria com a Saúde da Pessoa com Deficiência, a solicitação de fralda geriátrica tornou-se administrativa, beneficiando mais de 9.000 pessoas idosas no segundo semestre de 2014;
- Promoção do Curso de Aperfeiçoamento em Saúde do Idoso (Comissão Integração Ensino, Serviço Estadual e Regionais): 4 turmas formadas (Alegrete, Uruguaiana, Cruz Alta e Lajeado) com aproximadamente 200 trabalhadores do SUS;
- Realização de apoio institucional e temático para a Organização das Redes Municipais de Atenção a Saúde do Idoso em 4 municípios com agenda local (Canoas, Selbach, Bagé e Santana do Livramento);
- Implantação e divulgação de material informativo da Coordenação Estadual de Saúde do Idoso: “Pitadas do Envelhecimento” e Boletim “Dinâmicas do Envelhecer”;
- Em parceria com o Programa RS na Paz foi implantado serviço de acolhimento junto a Delegacia do Idoso com alocação de um psicólogo e um assistente social via SES/RS) a fim de qualificar a abordagem a pessoa idosa vítima de violência através de serviço conjunto de acolhimento;
- Realização da Oficina sobre Envelhecimento e Saúde Pública na Universidade Federal de Santa Maria;
- Realização da Palestra de preparação para aposentadoria no Programa de Aposentadoria do Departamento Autônomo de Estradas e Rodagem (DAER/RS);
- Composição do Grupo de Trabalho sobre a Interdição de Instituição de Longa Permanência para Idosos em Campo Bom;
- Palestra no 1º Seminário Internacional de Humanização com o tema: Cuidado Integral ao Idoso: Proposta para Organização da Rede de Serviços. Uruguaiana/RS;
- A Coordenação Estadual de Saúde do Idoso recebeu duas premiações (novembro de 2014) na 2ª Edição de Experiências Exitosas de Gestão na Atenção a Saúde da Pessoa Idosa, o reconhecimento do Ministério da Saúde, foi feito em relação aos trabalhos desenvolvidos junto ao enfrentamento da epidemia de DST/AIDS na população idosa e ao apoio estadual para organização da Rede de Cuidado em Saúde do Idoso do Município de Canoas.

Nota: a caderneta do idoso foi implantada em 43,5% dos municípios até abril de 2014 (Meta do PES 2012 - 2015: 50%). Contudo, a mesma foi revisada pelo Ministério da Saúde e a nova versão será distribuída para municípios piloto a partir de julho de 2015. A previsão de re-universalização da caderneta é agosto de 2016.

Indicador nº 30 de Monitoramento:

Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das 04 principais DCNT (Doenças do Aparelho Circulatório, Cânceres, Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas).

Resultado: quadro em anexo expresso por região de saúde e por municípios com população superior a 100.000 habitantes;

Discussão:

Observa-se que o Estado do Rio Grande do Sul atingiu a meta proposta no ajuste de metas anual que foi realizado em 2014, no entanto devemos destacar que os dados de 2014 ainda são preliminares e poderão sofrer alterações até o fechamento da base de dados de mortalidade (SIM). De um modo geral, equivale a dizer que a taxa referente às mortes de menores de 70 anos pelo conjunto das 4 principais causas não transmissíveis foi reduzida em mais de 2% em relação a 2013. Há entretanto diferentes cenários no Estado. Enquanto as regiões 1, 2, 3, 4, 5, 12, 15 e 18 e mais sete municípios com população maior de 100.000.000 habitantes (Santa Maria, Uruguaiana, Sapucaia, Alvorada, Cachoeirinha, Passo Fundo e Bento Gonçalves) apresentaram redução na mortalidade acima da meta proposta, os 4 maiores municípios (em porte populacional) do Estado não conseguiram reduzir a mortalidade até a meta pactuada e ajustada (Porto Alegre, Caxias do Sul, Pelotas e Canoas) em especial pela manutenção do número alto de mortes por doenças do aparelho circulatório e por neoplasias.

Cinco Regiões de Saúde conseguiram aproximar-se significativamente da meta ajustada, são elas, regiões: 22, 25, 28, 27 e 29, isto significa que, estas regiões reduziram em média 2% a mortalidade apresentada por este indicador e apresentam tendência de redução ou manutenção do mesmo.

Sobre as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) é importante ressaltar que segundo dados do Ministério da Saúde (2010), aproximadamente 60% de todas as mortes e 40% de todas as hospitalizações do SUS estão relacionados a este grupo de agravos. Além disso, sabe-se que a qualificação da Atenção Primária em Saúde e as ações de Promoção e Prevenção em Saúde, são níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), que possuem ações de maior magnitude em relação as DANTs.

Quadro 73: número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (Doenças do Aparelho Circulatório, Câncer, Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas) por região e município de residência com mais de 100.000 habitantes - RS, 2014

Região e Município de Residência	Taxa Bruta 2013	*Taxa Bruta 2014	Meta Pactuada 2014
	1ªRegião	373,0	349,8
Santa Maria	346,6	333,0	352,7
2ªRegião	406,3	378,5	399,4
3ªRegião	472,6	438,1	452,8

Uruguiana	417,4	381,4	423,2
4ªRegião	422,0	367,6	383,9
5ªRegião	490,9	429,6	442,8
6ªRegião	410,5	410,5	327,6
7ªRegião	367,9	351,0	345,3
Novo Hamburgo	369,7	342,8	337,4
São Leopoldo	367,5	381,2	375,3
8ªRegião	419,4	405,8	394,0
Canoas	454,9	460,1	423,7
Sapucaia do Sul	422,8	395,6	412,1
9ªRegião	438,8	423,1	383,7
10ªRegião	407,2	386,5	380,7
Alvorada	491,8	450,3	467,7
Cachoeirinha	391,9	308,7	394,6
Gravataí	437,4	375,1	369,5
Porto Alegre	390,8	383,2	367,2
Viamão	419,5	409,6	402,7
11ªRegião	373,5	401,5	332,4
12ªRegião	444,5	396,8	451,6
13ªRegião	335,9	345,9	293,8
14ªRegião	384,2	359,4	314,5
15ªRegião	364,2	322,3	345,9
16ªRegião	295,4	295,4	281,9
17ªRegião	359,0	334,4	315,8
Passo Fundo	383,0	350,8	363,3
18ªRegião	333,6	254,5	295,0
19ªRegião	383,5	372,6	368,2
20ªRegião	419,0	325,0	323,0
21ªRegião	464,5	433,5	412,9
Pelotas	434,5	433,2	389,3
Rio Grande	496,9	473,5	446,4
22ªRegião	515,9	470,5	471,8
Bagé	518,1	499,9	460,6
23ªRegião	317,1	289,4	285,1
Caxias do Sul	299,9	283,6	266,0
25ªRegião	277,0	248,8	249,4
Bento Gonçalves	269,1	261,8	289,7
26ªRegião	297,8	281,5	282,5
27ªRegião	497,0	471,5	472,2
28ªRegião	427,9	385,8	377,4
Santa Cruz do Sul	415,1	380,0	369,6
29ªRegião	371,7	328,3	327,8
30ªRegião	366,8	419,4	326,0
Rio Grande do Sul	398,7	354,2	390,8

*dados parciais, sujeitos a alteração até o fechamento da base de dados do SIM em 2015;

(*) Fonte: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. Para selecionar os municípios com mais e com menos de 100.000 habitantes e para

calcular a Taxa Bruta foi usada a estimativa da população de 2012, pois a estimativa para 2014, por faixa etária, ainda não foi divulgada pelo IBGE/DATASUS.

Quadro 74. Número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (Doenças do aparelho circulatório, Câncer, Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas) por região e município de residência com mais de 100.000 habitantes, por região e município de residência com mais de 100.000 habitantes - RS, 2014.

Região e Município de Residência	1º Quadrimestre						2º Quadrimestre						3º Quadrimestre						2014 (*) PRELIMINAR			PACTUADO
	100-199	C00-C97	E10-E14	J30-J98	DCNT	Taxa Bruta	100-199	C00-C97	E10-E14	J30-J98	DCNT	Taxa Bruta	100-199	C00-C97	E10-E14	J30-J98	DCNT	Taxa Bruta	Total	Taxa Bruta	Taxa Bruta	
1ª Região	94	100	12	17	223	110,3	84	128	17	14	247	122,2	90	119	8	20	237	117,3	707	349,8	365,2	
Santa Maria	57	58	11	9	135	108,1	50	74	14	10	150	120,1	51	42	5	13	131	104,9	414	333,0	352,7	
2ª Região	34	34	3	5	74	124,0	33	43	2	9	87	141,9	27	35	2	5	69	112,6	232	378,5	359,4	
3ª Região	124	153	16	20	315	146,5	119	145	25	25	314	146,0	124	125	21	43	313	145,6	742	438,1	452,8	
Uruguaiana	31	34	4	4	75	134,9	25	34	10	5	74	136,7	18	29	6	8	61	109,8	212	381,4	423,2	
4ª Região	34	31	5	7	77	113,2	38	27	8	12	85	125,0	41	33	4	10	88	129,4	250	367,4	383,9	
5ª Região	64	44	8	4	122	120,5	78	71	6	9	144	162,0	62	64	11	12	149	147,2	435	429,4	442,8	
6ª Região	53	62	6	8	129	127,6	71	68	17	12	168	166,2	41	55	12	10	118	116,7	415	410,5	327,6	
7ª Região	165	199	39	31	434	118,4	173	191	37	49	450	122,8	134	194	24	48	402	109,7	1284	351,0	345,3	
Novo Hamburgo	57	59	13	14	143	123,8	52	64	7	13	134	117,7	37	59	8	13	117	101,3	394	342,8	337,4	
São Leopoldo	42	71	10	8	131	128,0	45	63	12	20	140	136,8	44	55	6	14	119	114,3	390	381,2	375,3	
8ª Região	179	178	24	39	420	121,9	209	208	33	61	511	148,3	169	213	26	59	467	135,5	1398	405,8	394,0	
Canoaas	94	84	12	21	213	137,8	118	94	17	20	249	161,1	84	119	13	33	249	161,1	711	460,1	423,7	
Sapucaia do Sul	28	33	2	8	71	113,7	34	35	2	20	91	145,7	35	38	4	8	85	136,1	247	395,4	412,1	
9ª Região	90	120	23	19	252	137,0	127	105	23	31	284	155,5	84	115	14	23	240	130,5	778	423,1	383,7	
10ª Região	530	641	108	135	1.414	131,3	560	690	112	130	1.492	138,5	503	567	78	109	1257	114,7	4163	384,5	380,7	
Alvorada	53	52	13	8	124	145,1	63	52	13	16	144	165,8	58	44	6	13	121	139,4	391	450,3	467,7	
Cachoeirinha	23	21	4	9	57	98,8	37	32	3	7	79	137,0	17	19	1	5	42	72,8	178	308,7	354,6	
Gravataí	59	78	6	24	167	137,1	57	63	20	10	150	123,1	64	57	6	11	140	114,9	457	375,1	369,5	
Porto Alegre	334	430	74	79	919	131,9	329	464	68	80	943	135,3	303	387	57	61	808	116,0	2670	383,2	367,2	
Viamão	59	54	10	14	139	125,7	73	74	8	17	174	157,3	57	57	7	19	140	126,4	453	409,6	402,7	
11ª Região	68	81	13	10	172	123,3	81	90	9	20	200	143,4	81	88	8	11	188	134,8	560	401,5	332,4	
12ª Região	28	52	5	4	89	121,3	43	40	5	11	99	135,0	37	44	10	10	103	140,4	291	394,8	451,6	
13ª Região	45	54	11	4	114	105,0	44	71	19	8	142	128,6	41	60	7	16	124	112,3	382	345,9	293,8	
14ª Região	48	47	10	7	112	96,1	67	67	11	20	165	141,5	57	64	9	10	142	121,8	419	359,4	314,5	
15ª Região	37	44	5	11	97	104,7	34	44	6	12	98	107,8	34	51	6	7	98	107,8	293	322,3	345,9	
16ª Região	44	55	5	8	114	99,4	39	60	3	18	120	104,9	33	57	7	7	104	90,9	338	295,4	281,9	
17ª Região	90	83	14	13	200	107,9	79	93	23	15	210	113,2	59	120	11	20	210	113,2	620	334,4	315,8	
Passo Fundo	52	37	3	4	98	112,7	34	43	12	10	99	113,9	29	59	8	12	108	124,2	305	350,8	363,3	
18ª Região	23	32	3	4	62	96,2	10	34	2	3	49	74,0	23	24	1	5	53	82,2	164	254,5	295,0	
19ª Região	22	27	4	4	57	103,6	39	31	6	9	85	154,5	25	22	5	11	63	114,5	205	372,4	368,2	
20ª Região	33	34	5	5	79	102,7	44	34	6	11	95	123,5	29	38	3	6	74	98,8	250	325,0	323,0	
21ª Região	224	298	50	37	609	148,7	255	274	27	52	610	148,9	200	274	30	51	557	134,0	1774	433,5	412,9	
Pelotas	85	124	14	13	238	149,9	91	108	7	21	227	142,9	64	117	13	27	223	140,4	688	435,2	389,3	
Rio Grande	50	79	12	8	149	158,5	63	63	10	12	148	157,5	58	72	8	10	148	157,5	445	473,5	446,4	
22ª Região	44	57	11	4	118	137,4	60	64	12	10	148	172,3	45	64	18	9	138	160,7	404	470,5	471,8	
Bagé	27	43	10	3	83	151,4	43	42	7	7	99	180,6	29	44	10	7	92	167,8	274	499,9	460,6	
23ª Região	90	144	23	17	274	104,8	84	142	9	21	258	98,0	78	117	16	17	228	86,6	762	289,4	285,1	
Caxias do Sul	73	122	20	15	230	106,9	69	111	5	15	200	93,0	60	92	15	13	180	83,7	610	283,4	266,0	
25ª Região	30	54	12	8	104	70,3	48	71	8	11	138	93,3	47	60	4	15	124	85,2	368	248,8	249,4	
Bento Gonçalves	11	18	7	3	39	70,9	19	23	5	4	51	92,7	19	24	2	7	54	98,2	144	261,8	289,7	
24ª Região	27	44	2	3	78	90,4	30	37	4	3	74	85,7	39	43	6	3	91	105,4	243	281,5	282,5	
27ª Região	65	54	12	14	145	148,0	72	73	11	17	173	174,6	49	64	6	23	144	147,0	462	471,5	472,2	
28ª Região	62	111	9	14	194	119,8	97	105	14	19	235	143,7	79	95	15	11	200	122,3	631	388,8	377,4	
Santa Cruz do Sul	21	42	4	1	68	113,8	38	43	5	7	93	155,7	25	32	7	2	64	110,5	227	380,0	369,6	
29ª Região	42	55	7	13	117	110,4	47	64	4	14	129	121,7	34	51	7	10	102	96,2	348	328,3	327,8	
30ª Região	28	42	4	14	88	149,4	28	42	6	8	84	142,6	34	32	3	6	75	127,4	247	419,4	326,0	
Total	2.437	2.957	454	486	6.334	114,9	2.723	3.158	469	641	6.971	124,5	2324	2924	378	593	6221	112,9	19326	354,2	390,8	

Legenda	
■	Taxa acima do valor da meta
■	Taxa próxima ao limite do valor da meta
■	Taxa abaixo do valor da meta

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DGTI/SES-RS, 2014 - dados parciais, sujeitos a alteração até o fechamento da base de dados do SIM em 2015 -

(*) Fonte: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. Para selecionar os municípios com mais de 100.000 habitantes e para calcular a Taxa Bruta foi usada a estimativa da população de 2012, pois a estimativa para 2014, por faixa etária, ainda não foi divulgada pelo IBGE/DATASUS.

AÇÕES TRANSVERSAIS

Saúde Bucal

A Saúde Bucal do RS realiza apoio institucional e matricial aos municípios estimulando a adoção da estratégia Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal buscando a expansão, consolidação e qualificação da atenção básica.

Em 2014, foram realizadas visitas às Regionais de Saúde (1ª, 2ª, 3ª, 5ª, 6ª, 10ª, 11ª e 16ª) e municípios do entorno, com o intuito de divulgar as informações e os resultados alcançados na atenção básica, assim como estimular e promover o intercâmbio de experiências e a implantação de CEO e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

Destacamos, também, a disponibilização de instrumentos informativos (folders) voltados para educação em saúde bucal da população, relacionados à Campanha Estadual de Combate ao Câncer de Boca.

Com relação aos indicadores de saúde bucal, verificamos o aumento significativo da Cobertura das Equipes Básicas de Saúde Bucal de 47,71% em 2013 para 52,66% em 2014, alcançando a meta pactuada para o ano.

Quadro 75. Consolidado RAG ANUAL 2014

	AÇÃO	Pactuado 2012-2015	Resultado Alcançado 2014
Ação I	Estimular a Implantação Equipes de S. Bucal nos Municípios	998	841- Modalidade I + 46- Modalidade II
Ação II	Implantar Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	72	32
Ação III	Implantar Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD)	90	71 (Gestão Estadual) + 22 (Gestão Municipal)

Fonte: MS/DAB

A ampliação dos Centros de Especialidades Odontológicas mereceu especial atenção, para a organização de média complexidade. O mesmo acontecendo com relação ao estímulo junto aos municípios para adesão ao Laboratório Regional Próteses Dentárias (LRPD). Como resultado das estratégias desenvolvidas, houve a implantação de 05 (cinco) Centros de Especialidades Odontológicas. Além disso, em dezembro de 2014, o município de Getúlio Vargas recebeu recursos para implantação de mais um CEO, sendo este de referência regional. Assim, o Estado passou de 26 Centros de Especialidades Odontológicas(CEO) em 2013 para 32 CEOs em dezembro de 2014.

Dentre as principais atividades desenvolvidas, destaca-se o assessoramento na Pactuação dos Indicadores de Saúde Bucal, em especial para o Indicador Média de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, através de contato direto com os gestores e profissionais responsáveis pela execução das ações, informando e esclarecendo dúvidas quanto ao cálculo e inserção correta da informação no sistema de registro.

Em outubro de 2014 foi realizado Seminário para os gestores interessados na implantação e coordenadores dos Centros de Especialidades Odontológicas. Destacamos

também o estímulo aos municípios para adesão ao Curso de Capacitação aos Profissionais da Odontologia Brasileira: Atenção e cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência.

Quadro 76. Indicador 4: Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal e Metas a serem alcançadas por Região de Saúde e pelo Estado do Rio Grande do Sul.

REGIÃO DE SAÚDE	1º Qdr.	2º Qdr.	3ºQdr.	2014	
	2014 (%)	2014 (%)	2014 (%)	METAS	RESULTADO
Região 01	41,58	43,25	42,88	38%	52,85%
Região 02	91,74	84,23	84,23	70%	99,86%
Região 03	47,55	47,87	49,06	40%	42,38%
Região 04	46,07	49,71	49,71	45%	54,86%
Região 05	57,74	59,43	59,35	52%	58,7%
Região 06	47,8	46,41	45,92	45%	48,91%
Região 07	33,74	33	34,86	37%	33,89%
Região 08	35,14	42,63	40,72	38%	42,01%
Região 09	31,42	32,13	35,61	32%	36,35%
Região 10	32,98	32,63	31,25	32%	32,28%
Região 11	71,83	70,4	73,2	56%	77,53%
Região 12	71,35	72,15	74,13	61%	77,26%
Região 13	80,11	78,71	81,98	80%	90,49%
Região 14	70,96	68,28	66,08	61%	79%
Região 15	87,36	92,14	93,55	87%	100%
Região 16	58,01	60,14	62,84	55%	78,9%
Região 17	50,37	48,88	48,76	54%	65,43%
Região 18	71,68	71,51	72,53	65%	100%
Região 19	71,54	71,76	76,56	47%	88,92%
Região 20	82,62	81,3	81,66	58%	100%
Região 21	44,01	44,21	45,08	34%	46,69%
Região 22	52,98	36,58	33,71	56%	49,32%
Região 23	31,77	30,93	32,81	35%	31,82%
Região 24	79,68	82,04	82,04	73%	97,64%
Região 25	56	55,57	55,15	46%	61,39%
Região 26	51,62	54,32	52,58	41%	59,28%
Região 27	53,19	59,12	55,97	44,6%	60,23%
Região 28	56,96	62,74	63,92	44,6%	62,7%
Região 29	61,58	61,79	63,29	51%	78,31%
Região 30	50,79	49,28	52,55	41%	56,92%
Rio Grande do Sul	47,09%	47,5%	47,76%	50,8%	52,66%

Fonte: DATASUS 26/02/2014

Este indicador mensura a disponibilidade de recursos humanos da área de saúde bucal básica para a população residente em um determinado território (município). Na análise das 30 Regiões de Saúde do Estado, apenas 4 Regiões não conseguiram alcançar a meta pactuada para 2014. São elas: Região 07 Vale dos Sinos, composta por 15 municípios e cerca de 766 mil habitantes; Região 10 Capital/Gravataí, formada por 6 municípios e, aproximadamente 2.300.000 mil habitantes; Região 22 Pampa, composta por 6 seis municípios abrangendo cerca de 189.000mil habitantes e Região de Saúde 23 Caxias e Hortênsias, abrangendo 6 municípios e totalizando aproximadamente 546.080mil habitantes.

As Regiões de Saúde 15 Caminho das Águas (26 municípios com aproximadamente 186 mil habitantes), Região 18 Araucárias (20 municípios com cerca de 129 mil habitantes) e Região 20 Rota da Produção (26 municípios com cerca de 162 mil habitantes) alcançaram 100% de cobertura de Equipes Básicas de Saúde Bucal.

O Estado possui 497 municípios e finalizou o ano de 2014 apresentando cobertura populacional de 100% em 230 municípios. Neste indicador, o Rio Grande do Sul alcançou o pactuado.

Indicador 5: Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada por Região de Saúde e Metas a serem alcançadas no Estado do Rio Grande do Sul.

Este indicador estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à ação coletiva de escovação dental supervisionada por profissional de saúde bucal. Na análise deste indicador por Região de Saúde, observa-se que apenas 4 Regiões alcançaram a meta pactuada para o ano de 2014. São elas: Região 4 Belas Praias, constituída por 12 municípios, Região 19 Soledade, formada por 14 municípios, Região 23 Caxias/Hortênsias, abrangendo 6 municípios e Região 28 Santa Cruz do Sul, contando com 13 municípios.

Nas demais regiões, a subnotificação ou a não alimentação correta da realização do procedimento coletivo pode ser a causa da média de escovação estar abaixo do esperado.

Quadro 77b. Indicador 5: Média da Ação Coletiva de Escovação Supervisionada

REGIÃO DE SAÚDE	1º Qdr.	2º Qdr.	3ºQdr.	2014	
	2014 (%)	2014 (%)	2014 (%)	METAS	RESULTADO
Região 01	0,99	2,86	3,80	3,3%	0,64%
Região 02	1,74	3,07	3,96	3,45%	0,73%
Região 03	0,30	0,39	2,66	3,62%	0,28%
Região 04	12,40	21,49	20,35	2,8%	4,52%
Região 05	3,08	6,19	6,30	2,9%	1,3%
Região 06	3,56	4,31	4,24	3,42%	1,01%
Região 07	1,64	5,90	4,59	5,96%	1,01%
Região 08	0,70	2,78	4,01	5,26%	0,62%
Região 09	1,53	8,90	8,23	3,45%	1,55%
Região 10	28,37	5,99	5,08	3,78%	3,29%
Região 11	4,07	7,72	7,95	3,63%	1,64%
Região 12	4,95	11,43	9,98	3,5%	2,2%
Região 13	2,46	4,89	3,56	4,1%	0,91%
Região 14	4,32	8,38	7,23	4,1%	1,66%
Região 15	4,57	12,78	8,26	3,2%	2,13%
Região 16	17,72	23,24	22,97	5,9%	5,33%
Região 17	1,98	4,08	3,26	4,01%	0,78%
Região 18	2,89	7,72	5,35	3,34%	1,33%
Região 19	1,32	2,34	4,05	3,85%	6,64%
Região 20	4,81	13,81	14,41	5,57%	2,75%
Região 21	0,41	1,21	3,79	3,05%	0,45%
Região 22	0,10	0,34	1,03	3%	0,12%
Região 23	35,51	41,51	32,50	5,1%	9,13%
Região 24	0,25	2,06	3,04	2,89%	0,45%
Região 25	1,17	5,29	8,47	2,68%	1,24%
Região 26	4,71	4,79	4,68	2,89%	1,18%
Região 27	0,49	1,95	2,12	2,49%	0,38%
Região 28	24,45	104,24	22,89	6,17%	12,63%
Região 29	2,03	2,98	5,74	3,66%	0,9%
Região 30	16,17	22,49	17,42	4,8%	4,67%
Rio Grande do Sul	10,37%	10,63%	7,71%	3,86%	2,39%

Fonte: Tabulação Tabnet 26/2/2014

Quadro 77. Indicador 6: Proporção de Exodontia em Relação aos Procedimentos Individuais e Metas a serem alcançadas por Região de Saúde e no Estado do Rio Grande do Sul.

REGIÃO DE SAÚDE	1º Qdr.	2º Qdr.	3ºQdr.	2014	
	2014 (%)	2014 (%)	2014 (%)	METAS	RESULTADO
Região 01	8,33	6,93	8,19	9 %	7,78%
Região 02	9,79	9,46	6,60	12%	8,57%
Região 03	14,99	13,70	0,32	11%	1,03%
Região 04	10,20	9,53	8,09	10,5%	9,32%
Região 05	7,91	7,83	8,69	8%	8,13%
Região 06	9,72	4,85	8,60	9%	6,55%
Região 07	11,30	10,02	10,38	9%	10,53%
Região 08	0,94	5,74	5,16	6%	1,98%
Região 09	10,99	11,72	10,13	10%	10,91%
Região 10	6,23	5,61	3,37	9%	4,62%
Região 11	9,37	9,20	10,02	9,75%	9,49%
Região 12	9,49	8,56	8,33	8%	8,75%
Região 13	7,69	8,60	7,20	9%	7,83%
Região 14	8,82	8,57	7,93	9%	8,47%
Região 15	9,55	10,92	9,76	11%	10,11%
Região 16	5,29	4,60	5,60	7%	5,14%
Região 17	0,87	4,88	6,68	5%	2,07%
Região 18	7,55	6,78	6,10	8%	6,80%
Região 19	6,69	10,01	7,32	8%	8,05%
Região 20	8,34	7,52	7,37	6%	7,68%
Região 21	14,59	15,68	14,76	11%	15,05%
Região 22	17,69	21,15	18,88	10%	19,33%
Região 23	7,44	7,78	9,04	6%	7,83%
Região 24	9,85	10,57	11,09	10%	10,54%
Região 25	4,50	4,51	4,43	5%	4,48%
Região 26	9,39	8,48	7,88	8%	8,52%
Região 27	12,54	13,56	14,65	10%	13,60%
Região 28	5,35	6,02	7,32	13%	6,09%
Região 29	5,42	5,09	4,80	7%	5,11%
Região 30	6,42	7,15	5,80	8%	6,53%
Rio Grande do Sul	5,02%	7,94%	3,87%	8,75%	5,21%

Fonte: Tabulação Tabnet 27/2/2014

O parâmetro estabelecido para o estado do Rio Grande do Sul foi de 8,75% no ano de 2014. Esta meta foi estabelecida através de estudo de série histórica de três anos para as Regiões de Saúde.

Analisando o indicador, percebemos que a Região de Saúde 21 Pelotas/Rio Grande, a Região de Saúde 22 Bagé e a Região de Saúde Caxias/Hortênsias não alcançaram o pactuado, apresentando no decorrer do ano um ligeiro aumento nos resultados comparativos entre o 1º quadrimestre e o 3º quadrimestre do ano.

Nas demais Regiões de Saúde houve decréscimo na proporção de exodontia com relação aos procedimentos odontológicos básicos individuais.

O estado do Rio Grande do Sul, em 26 Regiões de Saúde, obteve resultados dentro do pactuado, isto é, houve um decréscimo no indicador de proporção de exodontias no ano 2014. Neste indicador de Saúde Bucal, o Estado alcançou a meta pactuada.

Alimentação e Nutrição

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde e a concretização desse direito, prescrita na Declaração Universal dos Direitos Humanos, compreende responsabilidades por parte do Estado respeitando, protegendo e facilitando a ação de indivíduos e comunidades na busca da capacidade de alimentar-se de forma digna, colaborando para que todos possam ter uma vida saudável, ativa, participativa e de qualidade.

O processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na Rede de Atenção a Saúde (RAS), tem início pelo diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população do território. A Atenção nutricional faz parte do cuidado integral na RAS, tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, partindo das necessidades dos usuários.

1. Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é uma das diretrizes que integram a Política de Alimentação e Nutrição (PAN), possibilitando a constante avaliação e organização da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando mecanismos ágeis de informação do acompanhamento da situação alimentar e nutricional da população assistida. O Sistema de Vigilância Alimentar e nutricional (SISVAN) se configura como um instrumento de monitoramento e avaliação no processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na Rede de Atenção a Saúde (RAS).

O perfil nutricional da população gaúcha observada nos últimos anos tem mostrado um declínio na ocorrência da desnutrição em crianças. Entretanto, observa-se o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias e em ambos os sexos e faixas de renda. Os registros do Sistema Vigilância Alimentar e Nutrição (SISVAN-WEB, 2014) demonstram que 495.618 usuários de ambos os sexos foram avaliados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nesse período. Os dados analisados revelam que das 114.860 crianças entre zero a cinco anos de idade, 9,95% apresentavam peso elevado para a idade. Das 69.741 crianças maiores de cinco a 10 anos de idade, 19,3% apresentavam sobrepeso; 10,26% apresentavam obesidade e 7,19% já apresentavam obesidade grave, para o indicador Índice de massa muscular (IMC) para idade.

Quando avaliados os adolescentes (10 a 19 anos), observa-se que, dos 87.577 adolescentes que foram acompanhados na UBS, 21,43% apresentavam sobrepeso; 9,85% obesidade e 2,27% obesidade grave, para o mesmo indicador (IMC/idade).

Na avaliação dos adultos (maior de 19 anos até 60 anos), foram utilizados o IMC e os pontos de corte adotados seguiram a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS,1995). Do total de 213.087 avaliados, 31,94% apresentavam sobrepeso; 20,27 % obesidade grau I; 8,96% obesidade grau II e 5,04% obesidade grau III. Esses dados corroboram com dados de pesquisas que vêm sendo realizadas, demonstrando a necessidade de inversão no avanço do quadro de obesidade no RS.

Dos 10.353 idosos (maior que 60 anos) que foram avaliados, 27,3 % apresentavam sobrepeso e 24,75% já apresentavam obesidade. Chama atenção também, o número de idosos que apresentam baixo peso (13,17%).

Considerando as altas prevalências de obesidade na população gaúcha e em cumprimento aos requisitos das Portarias Ministeriais No. 424/GM/MS e No. 425/GM/MS de março de 2013, a PAN integrou o grupo técnico da SES/RS que organizou o fluxo de referência

e contrarreferência, estabelecendo a Linha de Cuidado (LC) do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas no RS (Resolução No. 589/14-CIB/RS, de 13 de outubro de 2014), acreditando que a sua contínua e crescente estruturação viabilizará maior acesso dos usuários aos serviços de saúde possibilitando melhores resultados no desafio imposto pelo avanço da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

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

2. Programa Bolsa Família

Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF).

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

Analisando-se o resultado alcançado no indicador de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF durante sua vigência, observamos uma importante tendência de crescimento, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 78: Acompanhamento das condicionalidades de saúde de famílias beneficiárias do PBF, no RS. 2014

Indicador PBF	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Meta pactuada pelo RS	50%	50%	56%	61%	63%	65%	67%
Meta atingida pelo RS	50,92%	55,70%	60,61%	62,22%	67,27%	63,59%	65,74%
Nº famílias p/ acompanhamento	351.642	345.527	371.794	320.123	379.643	368.918	362.788
Nº famílias acompanhadas	179.056	192.462	225.327	199.195	255.401	234.603	238.494

Fonte: Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde/ Datasus.

Ao analisar os resultados do indicador, destacamos que:

a) No ano de 2014, registrou-se uma redução no número de família beneficiárias com perfil saúde para acompanhamento no PBF (1,66%), no Estado. Entretanto, registramos um aumento em 1,65% nas famílias elegíveis, representando um acréscimo de 3.891 famílias, totalizando 238.494 famílias acompanhadas pela Atenção Básica;

b) Considerando a meta pactuada pelo Estado para 2014 (67%), 19 Regiões de Saúde atingiram o percentual de acompanhamento. São elas: Regiões 02, 04, 05, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28 e 29;

c) 70% das Regiões de Saúde, ou seja, 21 Regiões de Saúde, apresentaram um crescimento nos percentuais de acompanhamento em relação ao ano de 2013. A saber, Regiões: 01, 02, 03, 04, 05, 07, 08, 09, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26 e 30;

d) Destas destacam-se a Região 23 e 25, que apresentaram um crescimento significativo no acompanhamento das condicionalidades;

e) Agrupando-se as Regiões de Saúde, por macrorregião, destaca-se a Macro Missioneira apresentou a maior média percentual no Estado, isto é, 81,43%, totalizando 32.671 de famílias beneficiárias do PBF, acompanhadas pela Atenção Básica.

Principais Ações Desenvolvidas:

Com o intuito de contribuir para o aprimoramento da gestão e da execução das políticas públicas e, conseqüentemente, promover o fortalecimento da Atenção Básica, os trabalhos inerentes ao processo de acompanhamento do PBF foram intensificados através da implementação do apoio matricial às coordenadorias, com realização de oficinas por macrorregiões de saúde, objetivando o incremento da interface do PBF na saúde e o papel de cada profissional para ampliação da cobertura, bem como, orientar os Municípios sobre as novas funcionalidades do Sistema de Gestão do PBF.

Ainda dentro desse propósito, e tendo como público-alvo os técnicos municipais responsáveis pelo acompanhamento das famílias beneficiárias na condicionalidade da saúde e o gestor municipal do PBF da área da assistência social, foram realizadas reuniões conjuntas para promover a articulação intersetorial, incentivando a busca ativa das famílias beneficiárias no nível local.

Considerando que a intersetorialidade é fundamental para atingir o objetivo geral do Programa na garantia às famílias beneficiárias, o acesso aos direitos sociais básicos, técnicos da PAN participaram do IV Fórum Municipal do Programa Bolsa Família, realizado pelo município de Sapiranga, no mês de novembro, tendo como público os beneficiários do PBF; profissionais das equipes de saúde e da educação e gestores dos municípios pertencentes a 7ª Região de Saúde. A participação da PAN foi na abordagem das condicionalidades do setor saúde no Programa Bolsa Família.

RS Mais Igual

Dando continuidade às ações de difusão, sensibilização e capacitação do PBF, estimulando o controle social e exercício da cidadania, técnicos da PAN integraram o Comitê Gestor do RS Mais Igual participando na implantação e difusão do RS mais Renda no Estado. Visando a busca ativa das famílias em vulnerabilidade social e a inclusão no PBF foram realizadas reuniões sistemáticas com o Comitê Intersetorial Estadual do PBF na organização, bem como, participação nas atividades propostas, como os Mutirões Sociais; as Plenárias e as Caravanas do Programa RS Mais Igual, em diferentes regiões do Estado, buscando a realização do Cadastro Único (CadÚnico) para Programas Sociais.

3. Promoção da Alimentação Saudável e Adequada

3.1 Guia Alimentar para a População Brasileira

No escopo das ações para a promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional adequada, os técnicos da PAN participaram do processo de trabalho adotado pelo Ministério da Saúde para elaboração da nova versão do Guia Alimentar da População Brasileira, que ocorreram em Brasília e em São Paulo.

Aliado à metodologia elencada e buscando ampliar a discussão para o coletivo gaúcho, a PAN realizou em Porto Alegre uma Oficina Regional do Guia Alimentar para a População Brasileira, proporcionando a participação de diferentes atores que compõem a RAS permitindo assim, uma ampla divulgação do conteúdo do documento. Nesta oficina intensificou-se o debate sobre o novo Guia Alimentar como um instrumento estratégico de educação alimentar e nutricional para o SUS e outros setores, objetivando maximizar a saúde por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais em alimentação e nutrição, propiciando o diálogo entre a população e os profissionais de saúde, educadores, agentes comunitários e outros trabalhadores cujo ofício envolve a promoção da saúde.

Participaram 27 profissionais, dentre esses, nutricionistas representantes da Saúde da Criança e do Adolescente; da Saúde do Homem e Atenção Básica (DAS/SES/RS); da Divisão de Dermatologia Sanitária (CEVS/SES/RS); da Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica (CPAF/SES/RS) e do Grupo Hospitalar Conceição. Contamos também com a presença dos Coordenadores da área de Alimentação e Nutrição da 1ª, 7ª, 9ª, 13ª, 14ª e 17ª CRS, bem como, profissionais que atuam na Atenção Básica dos seguintes municípios do Estado: Canoas, Horizontina, Maratá, Porto Alegre, Santa Cruz do Sul, Sapucaia do Sul, Sete de Setembro, Torres e Venâncio Aires.

3.2 Capacitação de multiplicadores para a promoção de práticas alimentares saudáveis e prevenção de câncer.

O propósito desta oficina foi estabelecer e/ou ampliar o reconhecimento social da relação entre alimentação, nutrição e o desenvolvimento de câncer, ainda desconhecida por uma grande parcela da população, incluindo profissionais de saúde. Para atingir tal objetivo, a oficina, coordenada pela equipe da Unidade Técnica de Alimentação, Nutrição e Câncer do INCA, utilizou-se de uma metodologia centrada na construção compartilhada do conhecimento, possibilitando uma interlocução entre os saberes científicos e os saberes populares.

Essa oficina foi planejada e organizada em parceria com as equipes da Política de Alimentação e Nutrição do Departamento de Ações em Saúde (PAN/DAS/SES); Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/SES); Áreas Técnicas da Saúde Nutricional e das Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS), tendo sido realizada nos dias 17, 18 e 19 de novembro de 2014, em Porto Alegre. Nessa oportunidade, participaram profissionais de saúde que atuam na rede de Atenção Básica do SUS dos municípios de Porto Alegre, Três Coroas, São Leopoldo e Montenegro e da 1ª, 5ª, 9ª e 13ª CRS e técnicos da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater/RS).

3.3 Ações orientadas para população

A diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável compreende um conjunto de estratégias que objetivam proporcionar aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas. Para o enfrentamento do cenário epidemiológico em que o Estado se encontra é emergente a necessidade da ampliação de ações intersetoriais que repercutam positivamente sobre os diversos determinantes da saúde e nutrição, difundindo conhecimentos.

Dia Mundial da Saúde

A PAN, incentivada a realizar atividades que auxiliam na aquisição de conhecimentos necessários sobre hábitos de vida saudáveis, comemorou o Dia Mundial da Saúde, participando da Tenda "Viver com Saúde é uma grande vitória: mova-se", promovida pela

Secretaria Estadual de Saúde em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, que ocorreu no Parque Farroupilha, em Porto Alegre. Foram realizadas atividades com as crianças com o intuito de disponibilizar jogos educativos e pedagógicos, que podem ser usados por pais e professores na aprendizagem sobre hábitos de vida saudável. Técnicos participaram também de um talk show que aconteceu durante o evento, oportunizando o esclarecimento e discutindo vários tópicos relacionados ao tema e que contou com a participação ativa da população presente no parque.

Semana Mundial da Alimentação

Em nosso Estado, a ação em comemoração ao Dia Mundial da Alimentação, instituído na data de 16 de outubro pela Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO/OMS), conta com a participação de diversas entidades e instituições, constituindo um amplo programa que contempla, além da temática anual estabelecida pela FAO, outros importantes debates, seminários e encaminhamentos a respeito da Segurança alimentar e Nutricional Sustentável e seus fundamentos principais que são o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e a Soberania Alimentar.

No ano de 2014, a Semana Mundial da Alimentação foi comemorada de 13 a 19 de outubro, com o tema “Agricultura Familiar: Alimentar o mundo, cuidar do planeta”. O evento foi promovido em conjunto pela Emater/RS – Ascar; Associação Comitê da Ação da Cidadania, contra a Fome, a Miséria e pela Vida; Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável do Rio Grande do Sul (CONSEA/RS) cujo um dos representantes da SES/RS é integrante da PAN/DAS/SES; Conselho Regional de Nutricionistas da 2ª Região (CRN-2); Fórum Estadual de Segurança Alimentar e Sustentável (FESANS/RS) e do Governo do Estado do Rio Grande do Sul.

A Praça de Segurança Alimentar, foi realizada no dia 19 de outubro, no Parque Farroupilha, onde foram desenvolvidas diversas atividades lúdicas buscando a promoção da alimentação saudável com crianças e adultos.

“Armazém da Saúde”

A PAN participou nos dias 20 e 21 de novembro do “Armazém da Saúde”, uma ação de orientação para escolha, compra e consumo de alimentos. A atividade, coordenada pela SMS de Porto Alegre, consistiu no uso da técnica de simulação, tendo sido realizada no saguão do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes. Neste espaço foi montada uma tenda onde as pessoas escolhiam, entre os alimentos cenográficos (frutas, legumes e verduras, biscoitos, cereais, carnes e embutidos), os que normalmente levariam para suas casas, simulando as compras rotineiras para a alimentação de sua família. Ao término, os “clientes” receberam orientação de nutricionistas do município e também de entidades parceiras, analisando a qualidade e quantidade dos alimentos escolhidos, bem como, recomendações sobre alimentação adequada e saudável. A tenda faz parte da estratégia do INCA para incentivar à população a aquisição de hábitos de vida saudável e assim, evitar um dos fatores de risco controláveis para o câncer, a obesidade.

Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN)

A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo.

A Saúde tem como base a transversalidade entre as políticas públicas apostando nas ações que incidam sobre os determinantes sociais que geram doenças e vulnerabilidades,

assumindo o compromisso de reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e da gestante e de combater as doenças que se impõem no cenário gaúcho, como as doenças infectocontagiosas como tuberculose e HIV/AIDS e as doenças crônicas como obesidade, hipertensão e diabetes. Dentro dessa premissa e no contexto do trabalho intersetorial, a PAN, compondo a Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), elaborou o Plano Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional (2015). Esse processo ocorreu em meio ao fortalecimento da institucionalização da Política Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional, desencadeada a partir da publicação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional e do reconhecimento e inclusão do direito à alimentação como um dos direitos sociais assegurados na Constituição Federal.

Esse Plano objetiva orientar as ações que garantam a segurança alimentar e nutricional da população gaúcha. O mesmo foi embasado nas metas e objetivos do Plano Plurianual (PPA) 2012-2015, contemplando as demandas da sociedade civil propostas na 5ª Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada de 15 a 17 de setembro de 2011.

3.4 Estratégia Nacional Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)

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

Ações Desenvolvidas

A fim de expandir essa estratégia no Estado e, dessa forma, contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, oficinas de formação de tutores da Estratégia vêm sendo conduzidas pelos técnicos da área de Alimentação e Nutrição e da Saúde da Criança.

Em 2014 foram realizadas quatro oficinas da EAAB, capacitando 107 profissionais de diferentes áreas (Quadro 2), que serão multiplicadores no Estado. Participaram profissionais pertencentes a 1ª, 2ª, 4ª e 10ª CRS, totalizando 35 municípios. São eles: Alegrete, Alvorada, Barra do Quaraí, Cacequi, Campo Bom, Canoas, Charqueadas, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Gravataí, Harmonia, Itaqui, Lindolfo Collor, Montenegro, Parobé, Portão, Porto Alegre, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santana do Livramento, Sapiranga, Sapucaia do Sul, São Gabriel, São José do Hortêncio, São Leopoldo, São Sepé, Travesseiro, Três Coroas, Uruguaiana, Vale Verde, Venâncio Aires e Viamão.

Quadro 79. Demonstrativos dos profissionais que participaram da EAAB, 2014.

Oficinas Formação de Tutores	Profissionais da Atenção Básica						Total de profissionais envolvidos
	Nutricionista	Dentista	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Médicos	Outros	
4	34	8	58	2	3	2	107

Fonte: PAN. Adaptado dos relatórios de acompanhamento e monitoramento CGAN/ MS. 2014

A estratégia passa pelo grande desafio de tornar os tutores promotores da alimentação saudável na comunidade em que atuam. Nesse sentido, tornou-se necessária a sensibilização e mobilização de todos profissionais de saúde que atuam nas UBS e que estão envolvidos na temática. Assim, foram também realizadas oficinas de trabalho em 25 UBS, com a participação de 446 profissionais da Atenção Básica.

4. Agenda de Prevenção e Controle das Deficiências Nutricionais

4.1 Programa Nacional de Suplementação da Vitamina A Mais

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A tem por objetivo a prevenção e controle da deficiência nutricional de vitamina A em crianças de seis (6) a cinquenta e nove (59) meses de idade, residentes em regiões consideradas de risco, mediante a suplementação profilática com megadoses da vitamina.

Os municípios contemplados no Estado, foram: Alecrim, Alto Alegre, Alpestre, Arroio do Padre, Barão de Cotegipe, Barão do Triunfo, Barros Cassal, Benjamin Constant do Sul, Boa Vista das Missões, Boa Vista do Sul, Bossoroca, Braga, Cacique Double, Campestre da Serra, Campo Novo, Canoas, Canudos do Vale, Capão Bonito do Sul, Capão do Cipó, Cerrito, Cerro Grande, Cerro Grande do Sul, Constantina, Coronel Barros, Coronel Bicaco, Cristal do Sul, Derrubadas, Dezesesseis de Novembro, Dilermando de Aguiar, Dois Irmãos das Missões, Dom Feliciano, Encruzilhada do Sul, Engenho Velho, Herval, Erval Seco, Esperança do Sul, Estrela Velha, Faxinalzinho, Fontoura Xavier, Garruchos, Gramado dos Loureiros, Gramado Xavier, Herveiras, Hulha negra, Ibarama, Iraí, Itacurubi, Itati, Itatiba do Sul, Jaboticaba, Jacuizinho, Jari, Jóia, Lagoão, Lageado do Bugre, Miraguaí, Monte Alegre dos Campos, Muliterno, Nova Araçá, Nonoai, Novo Hamburgo, Novo Machado, Passa Sete, Passo do Sobrado, Pedras Altas, Pedro Osório, Pinhal da Serra, Pinhal Grande, Pinheirinho do Vale, Pinheiro Machado, Pirapó, Piratini, Planalto, Ponte Preta, Porto Alegre, Pouso Novo, Quevedos, Redentora, Rio dos Índios, Roque Gonzales, Sagrada Família, Santana da Boa Vista, Santo Antônio das Missões, São Francisco de Assis, São José das Missões, São José do Herval, São José dos Ausentes, São Martinho da Serra, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro das Missões, São Valério do Sul, Seberi, Segredo, Sertão Santana, Sinimbu, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Travesseiro, Toropi, Três Palmeiras, Trindade do Sul, Tubas, Tupanci do Sul, Unistalda, Vale Verde, Vicente Dutra, Vila Nova do Sul, Vista Alegre do Prata e Vitória das Missões.

No ano de 2014, foram suplementadas 16.355 crianças na faixa etária do Programa, representando um acréscimo de 12,62% de crianças suplementadas em relação ao ano anterior (no ano de 2013, 14.519 receberam Vitamina A).

Ações Desenvolvidas

Visando ampliar a cobertura de crianças a serem suplementadas e garantir o alcance das metas estabelecidas na redução da incidência de hipovitaminose A, a PAN desenvolveu apoio temático buscando a mobilização dos profissionais envolvidos, incentivando atividades educativas que promovam hábitos adequados e saudáveis e o consumo de alimentos fontes de Vitamina A, principalmente os de uso habitual na família.

O monitoramento da distribuição e controle de estoque dos suplementos, em parceria com a Divisão de Abastecimento Farmacêutico (DAF/CPAF), também foram ações desenvolvidas, destacando-se o acompanhamento sistemático do registro dos dados no sistema de gestão do programa ao longo do ano.

4.2 Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI)

A ANDI tem como foco os Municípios com menos de 150 mil habitantes, que apresentam índice de desnutrição infantil (baixo peso e muito baixo peso para idade) em crianças menores de cinco (5) anos (Portaria MS 2.387 de 18/10/2012).

As ações desenvolvidas para atender a agenda consistem nos cuidados relativos à alimentação e nutrição voltadas à promoção e proteção da saúde, diagnóstico e tratamento da desnutrição e outros agravos nutricionais que possam existir associados às demais ações de atenção à saúde da criança menor de cinco (5) anos de idade.

As metas da ANDI são: aumento da cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF; aumento do acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de cinco anos no SISVAN e a investigação de casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil.

Em 2014, houve repactuação das metas pelos 11 Municípios participantes da ANDI no Estado. Destes, oito foram contemplados com recurso de custeio (Quadro 3), pois atingiram a meta pactuada (Portaria No. 1065, de 19 de setembro de 2013).

Para efeito do repasse financeiro foram consideradas as metas relativas ao percentual de acompanhamento nutricional de crianças menores de cinco anos no SISVAN, em 2013 e o percentual de acompanhamento de famílias beneficiárias do PBF, na primeira vigência de 2014. Foram considerados aptos a receber o recurso aqueles municípios que alcançaram, concomitantemente, 70% do percentual das metas mínimas estabelecidas de cobertura populacional de crianças menores de cinco anos no SISVAN, em 2013 e de cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF na primeira vigência de 2014.

Quadro 80. Municípios que participam da ANDI e receberam recurso em 2014.

Municípios	Alcançou 70% da meta SISVAN	Alcançou 70% da meta PBF	Recebeu recurso (Portaria nº 2267 de 16/10/2014)
ALTO ALEGRE	SIM	SIM	SIM
BARÃO DE COTEGIPE	SIM	SIM	SIM
BOA VISTA DO SUL	SIM	NÃO	NÃO
CAMPESTRE DA SERRA	NÃO	SIM	NÃO
CAPÃO BONITO DO SUL	SIM	SIM	SIM
CORONEL BARROS	SIM	SIM	SIM
COTIPORÃ	SIM	SIM	SIM
NOVA ARAÇÁ	NÃO	SIM	NÃO
PONTE PRETA	SIM	SIM	SIM
TRAVESSEIRO	SIM	SIM	SIM
VISTA ALEGRE DO PRATA	SIM	SIM	SIM

Fonte: PAN. Adaptado do relatório de Monitoramento das metas pactuadas na ANDI para 2014/MS.

Os recursos financeiros da ANDI são transferidos aos Fundos Municipais de Saúde, como parte integrante do Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, componente para implantação de ações e serviços de saúde. Todos os municípios do Estado, participantes da ANDI receberam, em 2014, o valor total de R\$ 45.000,00 em parcela única, devido ao porte populacional.

Ações Desenvolvidas:

Apoio junto aos grupos georreferenciados do DAS para incentivo, junto às CRS e aos Municípios, para a implementação da ANDI.

Apoio às referências Regionais e Municipais da área de Alimentação e Nutrição quanto à problemática da desnutrição infantil em seus territórios, considerando os seus múltiplos determinantes, bem como acompanhamento e monitoramento das ações e metas pactuadas.

4.3 Estratégia de Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó – NutriSUS.

O NutriSUS é uma estratégia desenvolvida para alcançar os objetivos descritos na diretriz Agenda de Prevenção e Controle das Deficiências Nutricionais, que busca o pleno desenvolvimento infantil, a prevenção e o controle das deficiências de vitaminas e minerais em crianças a partir dos seis (6) meses de idade.

Essa é uma ação intersetorial de gestão compartilhada de políticas públicas comprometidas com o fortalecimento de redes e comunidades, a ser implantada em creches participantes do Programa Saúde na Escola (PSE), potencializando a capacidade da escola de promover saúde.

O programa consiste na adição de um sachê contendo uma mistura de vitaminas e minerais em pó, fornecido pelo Ministério da Saúde, aos Municípios que aderiram ao PSE e que optaram pela implantação dessa estratégia. O sachê multivitamínico deverá ser oferecido em uma das refeições recebida pela criança nas creches e deste modo, o grupo de trabalho intersetorial do PSE deverá potencializar a articulação entre as equipes da atenção básica e os profissionais da educação envolvidos com o público assistido.

No RS, 16 municípios aderiram a estratégia, abrangendo 71 creches e 3.623 crianças na faixa etária de 6 a 48 meses de idade, matriculadas, conforme descrito no Quadro 4. Está

previsto o início na suplementação para primeiro semestre de 2015, coincidindo com o início do ano letivo.

Quadro 81. Relação dos municípios que aderiram ao NutriSUS e o número de crianças aptas a receberem o sachê multivitamínico, Rio Grande do Sul, 2014.

Nº	CRS	MUNICIPIO	QT_crianças por município
1	10	ALEGRETE	149
2	2	CACHOEIRINHA	127
3	5	CANELA	204
4	2	CHARQUEADAS	344
5	9	CRUZ ALTA	369
6	11	ERECHIM	356
7	14	GIRUÁ	138
8	2	GRAVATAÍ	256
9	3	JAGUARÃO	123
10	17	PANAMBI	372
11	5	PARAÍ	125
12	2	PORTO ALEGRE	229
13	18	SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA	205
14	5	SÃO MARCOS	165
15	19	TENENTE PORTELA	161
16	14	TRÊS DE MAIO	300
Total Rio Grande do sul			3.623

Fonte: Relatório MS, 2014.

Ações Desenvolvidas:

Objetivando orientar os profissionais para iniciarem a ação foi realizada uma reunião para apoiar a formação dos profissionais de saúde e educação envolvidos na operacionalização da estratégia. Nessa oportunidade temas como prevalência de anemia no Brasil; estratégias de prevenção da anemia; papel dos micronutrientes no desenvolvimento da criança, vantagens da suplementação foram debatidos. Além desses, oportunamente foram divulgados os materiais informativos disponíveis e as condutas operacionais destacando os pontos de atenção que precisam ser mobilizados para implantação da estratégia.

DST/AIDS

A Seção Estadual de Controle de DST/AIDS procurou, durante o ano de 2014, trabalhar intensificadamente em ações direcionadas à promoção, prevenção, tratamento e vigilância da saúde, levando em consideração os indicadores pactuados, segundo as diretrizes, objetivos e metas para o período.

No ano de 2014, por meio da Resolução 232/14 CIB/RS, o Estado trabalhou com enfoque no estabelecimento de serviços de DST/AIDS nas 30 Regiões de Saúde do Estado, repassando incentivo financeiro para os Municípios de Farroupilha e Soledade, cujas regiões de saúde não possuíam serviços de DST/AIDS, e também para o Município de Canela, tendo em vista o grande número de pacientes em tratamento na Região.

Para o alcance das diversas metas propostas, a Seção de DST/AIDS realizou articulações com as diferentes Políticas de Atenção de Saúde do Departamento de Ações em Saúde (DAS). Pelo fato da Seção de DST/AIDS constar no organograma do DAS, foram otimizadas e potencializadas importantes parcerias e estratégias conjuntas, dentre elas destaca-se a incorporação das ações DST/AIDS na Atenção Básica.

A Seção de Controle de DST/AIDS elencou como prioridades a reorganização do processo de trabalho da Gestão, levando em consideração os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, com ênfase em educação permanente em saúde, apoio matricial, dentre outras. Vem sendo realizado o acompanhamento e desenvolvimento de ações junto aos municípios, relacionadas às demandas de apoio, planejamento e monitoramento, conforme a organização do território por Macrorregiões de Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

Indicador 28: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.

A diretriz nacional estabelecida para este indicador, de acordo com o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 (BRASIL, 2014), é promover a atenção integral a saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. Esse indicador expressa a qualidade da assistência do Pré-Natal (PN), visto que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada durante a gestação e parto. A meta de se manter a vigilância deste indicador é a de reduzir a incidência dos casos.

Durante o ano de 2014, no Estado do Rio Grande do Sul, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 1.120 casos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade, sendo possível destacar o aumento no número de casos nos últimos anos, conforme tabela 1. Comparando o percentual de casos do ano anterior com os deste ano, é possível observar um aumento de 14,05%. A meta estabelecida pela Coordenação de DST/Aids para este indicador para o ano de 2014 foi de 665 casos, sendo assim, houve um acréscimo de 455 casos.

O aumento no número de casos em 2014 pode ser atribuído ao fato de uma melhor qualificação das vigilâncias dos municípios do Estado através das capacitações que ocorreram durante o referido ano, fazendo com que os critérios de notificação ficassem bem esclarecidos.

O parâmetro nacional para referência é $< 0,5/1000$ nascidos vivos e de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a eliminação da sífilis congênita só será possível quando atingirmos esta meta. A taxa de incidência de sífilis congênita foi calculada com base nos casos confirmados sendo em 2011 de $4,4/1000$ nascidos vivos; em 2012 foi de $5,5/1000$ e em 2013 de $6,9/1000$ (dados preliminares do SINAN exportados em 05/02/2015 e do MS/SINASC de 20/10/2014).

Observando a série histórica dos dados da tabela 6, é possível destacar que a 10ª Região de Saúde (Capital Vale do Gravataí) registrou o maior número de casos, totalizando 1.742, seguida da 8ª Região de Saúde (Vale do Caí e Metropolitana) com 338 casos confirmados.

Tabela 6. Casos notificados de sífilis congênita em menores de 1 ano (número e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos), segundo região de saúde por ano de diagnóstico. RS, 2011-2014^(1, 2, 3)

Regiões de Saúde	2011		2012		2013		2014	Total
	nº	Taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	nº
Região 1	21	4,1	32	6,2	36	7,2	40	129
Região 2	-	-	2	1,6	4	3,0	2	8
Região 3	16	2,6	12	2,0	19	3,1	20	67
Região 4	8	4,1	2	1,0	7	3,5	4	21
Região 5	5	1,9	5	1,9	15	5,3	17	42
Região 6	5	1,8	4	1,4	6	2,0	13	28
Região 7	50	4,8	48	4,7	72	6,9	89	259
Região 8	38	3,8	71	6,5	72	6,6	156	337
Região 9	29	6,0	23	4,8	30	6,1	30	112
Região 10	347	11,2	428	13,4	479	14,9	484	1738
Região 11	1	0,3	3	0,9	9	2,7	3	16
Região 12	8	4,2	4	2,1	6	3,1	3	21
Região 13	1	0,4	4	1,5	6	2,1	2	13
Região 14	-	-	-	-	5	0,4	4	9
Região 15	1	0,5	-	-	-	-	-	1
Região 16	1	0,4	-	-	4	1,6	13	18
Região 17	10	1,9	28	5,4	36	6,9	60	134
Região 18	1	0,7	-	-	3	2,0	1	5
Região 19	2	1,5	1	0,8	6	4,6	2	11
Região 20	1	0,5	-	-	-	-	2	3
Região 21	14	1,3	25	2,5	33	3,2	74	146
Região 22	1	0,4	-	-	-	-	2	3
Região 23	28	3,7	42	5,6	73	9,3	53	196
Região 24	1	0,8	4	3,0	4	3,1	1	10
Região 25	-	-	2	0,6	7	2,1	15	24
Região 26	-	-	4	1,9	4	2,0	1	9
Região 27	7	3,0	7	3,1	22	10,0	5	41
Região 28	11	3,0	17	4,4	23	6,0	22	73
Região 29	3	1,3	-	-	-	-	2	5
Região 30	1	0,7	-	-	1	0,7	-	2
Rio Grande do Sul	611	4,4	768	5,5	982	6,9	1120	3481

FONTE: SES/DAS/Seção DST/AIDS/SINANNET

NOTAS: (1) Dados preliminares exportados em 05/02/2015.

(2) Para o cálculo da taxa foi utilizado nascidos vivos do ano correspondente do DATASUS.

(3) Dados preliminares para os últimos 4 anos.

Dos 64 municípios com incentivo financeiro estadual (Resolução nº 235/14 - CIB/RS) para fortalecer as ações de promoção e prevenção à saúde, diagnóstico, tratamento e compartilhamento do cuidado, Porto Alegre se destaca apresentando um acúmulo de 1.357 casos, seguido do município de Canoas com 212 casos (Tabela 7).

A taxa de incidência do ano de 2013, em 17 dos 64 municípios, ficou acima do coeficiente estadual (> 6,9 por 1.000 nascidos vivos), entre eles Cachoeira do Sul, que apresentou a maior delas (20,5 por 1.000 nascidos vivos), seguido por Porto Alegre (18,5 por 1.000 nascidos vivos) e posteriormente Santana do Livramento.

Tabela 7. Casos notificados de sífilis congênita em menores de 1 ano (número e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos), segundo município de residência por ano de diagnóstico. RS, 2011-2014^(1, 2)

Município de Residência	Ano Diagnóstico							
	2011		2012		2013		2014	Total
	nº	Taxa	nº	Taxa	nº	Taxa	nº	nº
Alegrete	1	1,1	-	-	-	-	3	4
Alvorada	20	6,1	46	13,5	38	11,3	15	119
Bagé	1	0,6	-	-	-	-	2	3
Bento Gonçalves	-	-	2	1,4	5	3,4	8	15
Cachoeira do Sul	6	5,8	6	6,0	20	20,5	4	36
Cachoeirinha	8	4,6	11	5,7	10	5,2	7	36
Camaquã	2	2,5	-	-	3	3,8	3	8
Campo Bom	6	7,7	6	7,0	8	9,9	11	31
Canela	1	1,7	1	1,6	4	6,3	-	6
Canoas	32	6,5	40	7,7	34	6,4	106	212
Capão da Canoa	3	3,9	-	-	5	6,2	2	10
Carazinho	-	-	1	1,2	3	3,3	1	5
Caxias do Sul	27	4,3	40	6,5	66	10,3	52	185
Charqueadas	2	5	-	-	3	7,6	3	8
Cruz Alta	7	7,6	1	1,1	-	-	-	8
Eldorado do Sul	9	17,4	3	5,5	6	10,6	6	24
Erechim	-	-	-	-	3	2,3	12	15
Estância Velha	3	4,9	1	1,7	1	1,5	4	9
Esteio	1	0,8	11	9,0	9	8,0	10	31
Estrela	-	-	-	-	1	2,4	-	1
Farroupilha	-	-	-	-	4	4,9	-	4
Frederico Westphalen	-	-	-	-	-	-	-	-
Gramado	-	-	1	2,1	2	3,9	-	3
Gravataí	14	4,0	16	4,5	17	4,7	20	67
Guaíba	6	4,6	10	7,3	8	5,9	12	36
Ijuí	1	1,0	3	2,8	6	5,3	2	12
Itaqui	-	-	-	-	-	-	-	-
Lagoa Vermelha	1	2,9	-	-	2	5,1	-	3
Lajeado	2	2	-	-	-	-	1	3
Marau	-	-	1	2,1	-	-	-	1
Montenegro	1	1,2	3	3,6	5	5,6	12	21

Novo Hamburgo	22	6,8	18	5,6	12	3,8	23	75
Osório	-	-	-	-	4	6,7	-	4
Palmeira das Missões	-	-	-	-	-	-	1	1
Parobé	-	-	-	-	2	2,6	9	11
Passo Fundo	9	3,1	25	8,8	33	11,8	59	126
Pelotas	-	-	1	0,2	2	0,5	31	34
Portão	3	8,4	1	2,7	2	5,1	3	9
Porto Alegre	279	14,7	318	16,3	365	18,5	395	1357
Rio Grande	9	3,4	22	8,7	28	10,1	33	92
Rosário do Sul	2	4,5	-	-	-	-	-	-
Santa Cruz do Sul	4	2,7	9	5,7	20	11,9	14	47
Santa Maria	17	4,8	32	8,8	31	9,0	33	113
Santa Rosa	-	-	-	-	3	0,6	2	5
Santa Vitória do Palmar	-	-	-	-	-	-	-	-
Santana do Livramento	6	5,5	6	5,7	15	14,3	3	30
Santiago	-	-	-	-	4	6,8	-	4
Santo Ângelo	-	-	2	2,0	5	4,7	1	8
Santo Antônio da Patrulha	-	-	1	2,2	2	4,3	-	3
São Borja	-	-	-	-	3	3,9	-	3
São Gabriel	-	-	1	1,3	-	-	1	2
São Leopoldo	14	4,6	22	7,6	43	13,9	43	122
São Sebastião do Caí	1	3,7	-	-	4	12,2	1	6
Sapiranga	1	0,8	-	-	5	4,5	1	7
Sapucaia do Sul	-	-	16	8,4	18	9,4	21	55
Soledade	-	-	1	2,9	-	-	1	2
Tapes	2	12,3	2	10,8	1	5,4	1	6
Taquara	2	3,2	-	-	2	2,6	1	5
Torres	2	4,2	2	3,7	-	-	2	6
Tramandaí	3	4,5	-	-	5	6,6	4	12
Uruguaiana	7	3,5	5	2,7	4	2,1	13	29
Vacaria	-	-	2	2,0	3	3,3	1	6
Venâncio Aires	1	1,4	2	2,6	-	-	-	3
Viamão	26	7,8	38	11,1	49	14,0	50	163

FONTE: SES/DAS/Seção DST/AIDS/SINANNET

NOTAS: (1) Dados preliminares exportados em 05/02/2015.

(2) Para o cálculo da taxa foi utilizado nascidos vivos do ano correspondente do DATASUS

Na tentativa de reverter esta situação, a Coordenação Estadual vem, desde o ano de 2012, realizando o acompanhamento sistemático das ações de prevenção da transmissão vertical através da análise dos relatórios enviados pelas maternidades do Estado. Estes são relacionados à testagem rápida de HIV e realização do exame de VDRL, conforme Nota Técnica Estadual nº01/2014, que recomenda a realização de testagem (HIV e VDRL) em 100% das gestantes e parturientes, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento. Referente ao monitoramento e avaliação, as ações são realizadas mensalmente com devolutiva aos coordenadores municipais e regionais, bem como a realização de visitas técnicas de apoio e atualização sobre a temática da prevenção vertical em maternidades do estado. No município de Porto Alegre as ações vêm sendo realizadas em parceria com a coordenação municipal de DST/Aids.

A partir do repasse de recurso financeiro aos Municípios, por meio das Resoluções 143/14 CIB/RS, 235/14 CIB/RS e 503/13 CIB/RS, o Estado enfatiza, nos respectivos termos de adesão, o comprometimento do gestor municipal com o tratamento oportuno da Sífilis, diagnosticando-a e tratando-a na Atenção Básica.

Indicador 42: Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos

Este indicador é utilizado como o balizador da transmissão vertical do HIV, visto que aproximadamente 90% dos casos são devidos a transmissão de mãe para filho. Tem como Diretriz Nacional a redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio do fortalecimento das ações de promoção e vigilância em saúde, tendo como meta reduzir a incidência de Aids em menores de 5 anos, conforme o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 (BRASIL, 2014).

No ano de 2014, o número de casos no Estado do Rio Grande do Sul foi de 48, conforme dados preliminares do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo a meta estabelecida pela Coordenação Estadual de DST/Aids para este indicador de 36 casos. Para cálculo de meta, o RS utiliza o mesmo parâmetro nacional para referência, que é reduzi-lo em 10% em relação ao número de casos em relação ao ano anterior.

Ao compararmos a série histórica estadual da taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos por 100.000 habitantes, no período de 2011 a 2014 (Tabela 3), percebemos dados em oscilação com taxas de 6,8 (2011); 8,3 (2012), 5,7 (2013) e 7,4 (2014).

Utilizando o ano de 2012 como referência, é possível observar uma redução nas taxas dos anos 2013 e 2014, que pode ser atribuída a diversas ações, tais como: a introdução da nevirapina como medida de profilaxia para o recém-nascido (RN) a partir de 2013; a Nota Técnica Estadual nº01/2014, que recomenda a realização de testagem (HIV e VDRL) em 100% das gestantes e parturientes, bem como em todas internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, nas maternidades públicas e privadas, independente do número e data dos exames realizados durante o pré-natal (PN); e as visitas técnicas de apoio e atualização em maternidades.

Ainda em relação à série histórica (2011-2014), percebemos que as regiões de saúde com maior número de casos, conforme a tabela 8, são a 10ª Região de Saúde (Vale do Gravataí), que registrou um total de 83 casos, seguida da 8ª Região de Saúde (Vale do Caí e Metropolitana), com 19 casos confirmados.

Tabela 8. Casos notificados de Aids em menores de 5 anos (número e taxa de incidência por 100.000 hab.), segundo a região de residência e ano de diagnóstico. RS, 2011-2014^(1, 2)

Região de Saúde (CIR)	2011		2012		2013		2014		Total
	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº	taxa	nº
Região 1	2	8,4	2	8,4	-	-	1	4,2	5
Região 2	-	-	-	-	2	29,8	-	0,0	2
Região 3	1	3,2	3	9,7	1	3,2	1	3,2	6
Região 4	1	11,3	1	11,2	-	-	-	0,0	2
Região 5	2	15,8	1	7,8	1	7,8	1	7,8	5
Região 6	-	-	1	6,8	-	-	-	0,0	1
Região 7	1	2,1	3	6,1	2	4,1	-	0,0	6
Região 8	5	10,5	7	14,7	2	4,2	5	10,5	19
Região 9	1	4,1	4	16,2	2	8,1	3	12,1	10
Região 10	22	16,2	22	16,2	19	14,0	20	14,7	83

Tramandaí	1	35,2	-	-	-	-	-	-	1
Tapes	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Taquara	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uruguaiana	-	-	-	-	1	11,1	1	11,1	2
Viamão	1	6,3	2	13,0	1	6,5	-	-	4
Vacaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venâncio Aires	-	-	-	-	-	-	-	-	-

FONTE: SES/DAS/Seção DST/AIDS/SINANNET

NOTAS: (1) Dados preliminares exportados em 23/02/2015. (2) Para o cálculo da taxa foi utilizado a população dos anos de 2011 e 2012 do DATASUS.

Para reduzir a transmissão vertical do HIV, o teste anti-HIV na maternidade é fundamental, mesmo quando a gestante tenha realizado a testagem no 3º trimestre, com resultado negativo, já que pode ter ocorrido a infecção e soro-conversão nesse período. A infecção aguda pelo HIV está associada com viremia elevada e o nível de carga viral materna é um dos principais preditores da transmissão perinatal. A não realização de triagem/diagnóstico do HIV no momento do parto impede a adoção de medidas que podem reduzir drasticamente a transmissão perinatal do HIV como o uso de antirretroviral intra-parto, profilaxia neonatal e contra-indicação da amamentação. Além da dispensação de AZT injetável e xarope para todas as parturientes e recém-nascidos expostos, foi acrescida a nevirapina para as crianças cuja mãe não fez profilaxia durante o PN (Nota Técnica nº 388/2012 Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais); bloqueador de lactação para as parturientes e fórmula láctea para crianças expostas ao HIV até os 12 meses de vida.

O quadro abaixo apresenta o quantitativo dos exames Teste Rápido (TR) HIV e VDRL realizados nas maternidades do RS no ano de 2014.

Quadro 82. Cobertura de Teste Rápido (TR) HIV e VDRL realizados nos partos das maternidades SUS e Convênio do RS, no 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2014.

PERÍODO	Partos SUS	TR HIV SUS	Cobertura (%)	VDRL SUS	Cobertura (%)	Partos Conv.	TR HIV Conv.	Cobertura (%)	VDRL Conv.	Cobertura (%)
1º Quadrimestre	27601	26062	94,4	23684	85,8	18101	12981	71,7	3771	20,8
2º Quadrimestre	23983	20729	86,4	19044	79,4	16177	15272	94,4	5252	32,5
3º Quadrimestre	19782	18402	93,0	18263	92,3	10985	9903	90,2	5566	50,7
TOTAL	71366	65193	91,4	60991	85,5	45263	38156	84,3	14589	32,2

O quadro abaixo apresenta o quantitativo dos exames TR HIV e VDRL realizados nas internações por abortamento em maternidades do RS, no 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2014.

Quadro 83: Cobertura de Teste Rápido (TR) HIV e VDRL realizados nos abortos das maternidades SUS e Convênio do RS, no 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2014.

PERÍODO	Partos TOTAL SUS + CONV.	Abortos TOTAL	HIV TOTAL abortos	Cobertura (%)	VDRL TOTAL abortos	Cobertura (%)
1º Quadrimestre	45702	10163	7943	78,2	1243	12,2
2º Quadrimestre	40160	13177	11726	89,0	1073	8,1
3º Quadrimestre	30767	11150	9035	81,0	1287	11,5
TOTAL	116629	34490	28704	83,2	3603	10,4

Fonte: SES/DAS/DST-AIDS/Transmissão Vertical/Controle de Envio Mensal, 2014.

De acordo com análise das tabelas acima, a cobertura anual de testagem para HIV nos partos SUS e convênios foi de 91,4% e 85,5% respectivamente, apresentando aumento com relação ao ano anterior que foi de 86,5% e 81%. Já nas internações por abortamento, o aumento foi bastante expressivo, pois em 2014 obtivemos uma cobertura de 83,2% comparado a 2013, que foi de 48% .

A cobertura para o exame de VDRL nos partos SUS e convênios em 2013 foi de 77,65 e 35,3%, respectivamente. Já em 2014, essa cobertura foi de 85,5 e 32,2% respectivamente, mantendo o percentual atingido anteriormente. Já nas internações por abortamento, a cobertura desse exame continua bem abaixo do esperado, mesmo que existam evidências de que 40% das causas de abortamento espontâneo, natimorto ou morte perinatal são atribuídas a sífilis não tratada. As informações obtidas nos relatórios e nas visitas técnicas às maternidades permitiu identificar que o fato da solicitação do exame de VDRL ser dependente da conduta médica faz com que esta prática ainda seja pouco realizada. O mesmo já não ocorre com a realização do TR de HIV, pois este procedimento não necessita de prescrição médica, facilitando e agilizando sua realização.

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer também através da amamentação, com percentual entre 7% a 22% por exposição (mamada), conforme Manual do Ministério da Saúde (Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do Hiv e Terapia Antirretroviral em Gestantes, 2010) Diante disto, recomenda-se a não amamentação e a substituição do leite materno por fórmula láctea infantil para todas as crianças expostas ao vírus. A Coordenação Estadual de DST/AIDS fornece fórmula láctea infantil tipo 1 para crianças até 6 meses de idade e a fórmula láctea tipo 2 para crianças entre 6 e 12 meses. No ano de 2014 foram fornecidos um total de 110.465 latas (entre tipo 1 e tipo 2), conforme quadro abaixo.

Quadro 84. Quantitativo de fórmula láctea distribuído no RS no 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2014.

PERÍODO	Fórmula Láctea tipo 1	Fórmula Láctea tipo 2
1º Quadrimestre	16907	13795
2º Quadrimestre	20387	15447
3º Quadrimestre	23786	20143
TOTAL	61080	49385

Fonte: SES/DAS/DST-AIDS/ Documentos de rede/Relatórios/RAG 2014/Relatórios Fórmula Láctea, 2014.

Também é de vital importância a qualificação do pré-natal visando o diagnóstico precoce e encaminhamento ágil para o serviço de referência e instituição da terapia antirretroviral adequada e em tempo oportuno. Para isto estão sendo realizadas ações em parceria com a Seção de Saúde da Mulher e Coordenação da AB/ESF.

Desde o segundo semestre de 2012, a partir da Rede Cegonha, a SES/DAS/DST/Aids tem incentivado a ampliação de TR para HIV e sífilis na Atenção Básica dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul, com o objetivo de ampliar a oferta e o acesso ao diagnóstico oportuno para gestantes, parceiros e população em geral. Desde então, vêm sendo ofertadas capacitações e atualizações para os profissionais dos serviços de saúde. A cobertura de realização de TR na atenção básica do estado é de 66,6%, que corresponde a um total de 331 municípios, sendo que em 2013 essa cobertura foi de 50,3% (250 municípios), representando um aumento aproximado de 17% em 2014 (Fonte: SICLOM – Sistema de Controle e Logística de Medicamentos).

O quadro abaixo refere-se ao quantitativo de testes rápidos de HIV e Sífilis distribuídos no estado do Rio Grande do Sul nos serviços de Atenção Básica, Serviço Especializado em DST/AIDS e maternidades no ano de 2014, totalizando 736.831 testes.

Quadro 85. Quantitativo distribuído de Teste Rápido (TR) HIV e Sífilis na Atenção Básica, Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS, Centro de Testagem e Aconselhamento e Maternidades, no 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2014.

PERÍODO	TR HIV	TR SÍFILIS
1º Quadrimestre	81359	48663
2º Quadrimestre	170618	93491
3º Quadrimestre	217965	124735
TOTAL	469942	266889

Fonte: SES/DAS/DST-AIDS/ Transmissão Vertical/ Serviços com teste rápido, 2014.

Indicador 43: Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm³

O objetivo deste indicador é fortalecer a promoção e vigilância em saúde, tendo como meta reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV. Expressa o poder de captação precoce dos casos de HIV positivo para tratamento a partir do nível de comprometimento do sistema imunológico dos indivíduos infectados ao serem testados para verificação de indicação de Terapia Antirretroviral (TARV).

Segundo o Ministério da Saúde (MS-2013), a periodicidade para o seu monitoramento e avaliação deve ser anual, justificando assim a não apresentação dos dados por quadrimestre.

A Tabela 10 mostra a proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm³ no Estado e em suas respectivas regiões de saúde, expressando a ocorrência da captação tardia dos casos de infecção. É possível observar na série histórica que em 11 das 30 regiões de saúde, a proporção vem diminuindo ao longo dos últimos anos, mostrando o empenho que vem sendo aplicado para que o diagnóstico seja o mais precoce possível nestas localidades. A região 12 apresentou no último ano o maior percentual (35,8%), superando inclusive a proporção estadual, seguida pelas regiões 26 (35,1%) e 29 (29,4%). A 1ª posição era, até o ano de 2013, liderada pela região 2, que no ano de 2014 conseguiu reduzir consideravelmente esta proporção.

Tabela 10. Proporção de pacientes HIV+ com 1 CD4 inferior a 200cel/mm³, segundo região de residência e ano. RS, 2011-2014

Região de Saúde	2011	2012	2013	2014
Rio Grande do Sul	26,2	27,7	22,9	23,9
Região 1	23,5	29,9	25,4	28,5
Região 2	43,5	40,9	40,7	21,4
Região 3	28,4	26,5	24,3	26,7
Região 4	24,5	20,5	17,6	15,4
Região 5	29,1	24,2	19,4	21,2
Região 6	21,8	34,0	15,8	17,9

Região 7	19,7	28,5	17,8	19,1
Região 8	22,3	27,4	20,9	19,2
Região 9	27,8	25,6	29,1	29,4
Região 10	29,0	28,8	24,0	25,8
Região 11	12,7	22,4	20,8	16,4
Região 12	40,4	35,5	30,5	35,8
Região 13	28,3	21,6	18,1	26,2
Região 14	40,7	39,2	28,9	6,3
Região 15	19,0	26,5	21,7	17,5
Região 16	16,1	22,2	13,3	5,6
Região 17	8,1	16,7	11,3	11,5
Região 18	37,9	26,3	12,5	0,0
Região 19	26,7	14,3	16,7	0,0
Região 20	6,7	25,0	14,3	6,5
Região 21	31,0	31,1	28,0	28,9
Região 22	22,2	17,4	24,1	26,7
Região 23	17,1	18,9	18,3	15,9
Região 24	17,9	29,4	22,2	25,0
Região 25	25,8	26,5	17,7	23,1
Região 26	13,0	35,7	19,5	35,1
Região 27	26,3	15,6	20,0	29,0
Região 28	22,2	30,3	24,3	26,2
Região 29	14,3	4,9	15,6	16,2
Região 30	9,1	18,8	21,4	24,1

Fonte: SES/DAS/Seção DST/AIDS

O método de cálculo deste indicador para municípios com menos de 50 mil habitantes, leva em consideração apenas o número de infectados pelo HIV com contagem inicial de CD4 abaixo de 200cel/mm³. Já para os municípios com 50 mil ou mais habitantes, é necessário o cálculo proporcional, conforme o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 (BRASIL, 2014).

A tabela 11 mostra o número e a proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm³, segundo município de residência nos anos de 2011 a 2014. Avaliando os valores dos 64 municípios prioritários, é importante destacar que em 30 municípios houve uma diminuição dos casos diagnosticados em fase tardia da doença. No ano de 2014, a maior proporção encontrada foi no município de Camaquã (47,8%), seguido por Alegrete (37,0%) e Guaíba (36,4%).

As ações de prevenção e controle direcionadas para o aumento da oferta de teste diagnóstico para o HIV, principalmente para populações mais vulneráveis, assim com a garantia de acompanhamento dos portadores de HIV, são fortemente recomendadas.

Tabela 11. Número e Proporção de pacientes HIV+ com 1 CD4 inferior a 200cel/mm³, segundo Município de residência e ano. RS, 2011-2014^(1, 2)

Município	2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alegrete	12	32,4	8	28,6	7	22,6	10	37,0
Alvorada	65	33,9	46	29,3	45	26,9	44	26,5

Bagé	3	15,0	5	14,3	11	23,4	10	23,3
Bento Gonçalves	8	26,7	4	28,6	4	12,9	4	20,0
Cachoeira do Sul	6	26,1	1	5,9	10	23,8	3	15,8
Camaquã	4	12,1	5	21,7	7	30,4	11	47,8
Canoas	39	20,7	46	26,1	45	18,5	36	19,5
Capão da Canoa	3	-	3	-	6	-	5	-
Caxias do Sul	14	15,4	13	16,0	23	16,4	22	16,3
Cachoeirinha	23	47,9	12	25,0	14	23,0	18	26,9
Campo Bom	2	13,3	12	48,0	2	11,1	6	28,6
Canela	-	-	5	-	4	-	2	-
Carazinho	-	-	3	23,1	3	16,7	-	-
Charqueadas	6	-	12	-	18	-	13	-
Cruz Alta	18	40,9	23	39,0	12	29,3	13	32,5
Esteio	14	35,0	12	41,4	11	25,6	10	27,0
Estrela	-	-	1	-	3	-	2	-
Eldorado do Sul	2	-	1	-	8	-	6	-
Erechim	3	15,0	2	15,4	4	16,7	1	6,7
Estância Velha	2	-	2	-	1	-	-	-
Farroupilha	2	15,4	8	53,3	2	8,7	4	30,8
Frederico Westphalen	2	-	-	-	3	-	2	-
Gramado	1	-	2	-	5	-	2	-
Gravataí	28	23,9	36	26,3	29	24,2	41	27,3
Guaíba	15	37,5	19	32,2	18	27,7	24	36,4
Ijuí	8	32,0	4	20,0	9	19,6	7	31,8
Itaqui	10	-	3	-	6	-	4	-
Lajeado	2	12,5	1	4,3	4	14,8	6	10,9
Lagoa Vermelha	5	-	4	-	3	-	-	-
Marau	-	-	-	-	-	-	-	-
Montenegro	3	8,3	10	27,0	5	13,9	9	17,6
Novo Hamburgo	11	15,5	20	27,4	26	19,4	22	22,4
Osório	11	-	9	-	9	-	5	-
Palmeira das Missões	2	-	5	-	2	-	3	-
Passo Fundo	4	8,0	5	13,5	5	8,6	3	7,7
Pelotas	36	26,7	38	27,9	49	24,5	51	28,3
Porto Alegre	355	27,4	364	28,2	400	23,5	397	25,4
Parobé	4	19,0	2	14,3	2	14,3	3	18,8
Portão	2	-	1	-	4	-	-	-
Rosário do Sul	1	-	3	-	2	-	3	-
Rio Grande	36	24,5	38	27,3	49	24,0	51	28,7
Santa Maria	31	23,1	33	29,7	41	24,8	36	28,6
Santa Vitória do Palmar	8	-	4	-	4	-	2	-
Santiago	7	50,0	5	33,3	2	15,4	3	30,0
Santo Ângelo	4	16,0	8	21,1	7	16,3	3	13,0
São Leopoldo	35	24,6	35	26,5	25	15,6	21	17,1
Sapucaia do Sul	13	21,7	10	21,7	22	27,5	18	23,4
Santa Cruz do Sul	8	19,5	14	25,5	11	22,4	13	26,0
Santa Rosa	4	36,4	13	37,1	7	31,8	1	4,2
Santana Livramento	2	13,3	-	-	8	40,0	6	21,4

São Borja	2	11,1	1	5,6	-	-	4	21,1
São Gabriel	6	37,5	5	21,7	4	22,2	3	27,3
São Sebastião Cai	3	-	2	-	2	-	1	-
Sapiranga	1	5,9	6	37,5	8	25,0	6	22,2
Soledade	-	-	-	-	2	-	-	-
Sto Antonio Patrulha	-	-	4	-	2	-	5	-
Torres	7	-	4	-	5	-	4	-
Tramandaí	16	-	10	-	12	-	13	-
Tapes	2	-	-	-	4	-	3	-
Taquara	4	26,7	9	39,1	4	16,7	4	16,0
Uruguaiana	23	26,1	20	32,3	17	21,8	16	23,2
Viamão	43	35,2	45	36,6	41	25,3	42	26,6
Vacaria	5	21,7	4	26,7	3	14,3	5	31,3
Venâncio Aires	3	25,0	5	35,7	7	28,0	7	31,8

Fonte: SES/DAS/Seção DSTAIDS

Notas: (1) Dados Exportados do site <http://www.aids.gov.br/dadosCOAP>>

(2) para município/região com 50.000 hab. ou mais cálculo proporcional

Estratégias em relação aos antirretrovirais:

Considerando a epidemia do Rio Grande do Sul, o Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde encaminhou para o Estado, no mês de julho 2014, a forma combinada Tenofovir+lamivudina+efavirenz, conhecido popularmente como "medicamento 3 em 1". Ele é indicado apenas para usuários diagnosticados e virgens de tratamento, estando disponível para nossa população a partir de 26 de junho de 2014, facilitando a adesão ao tratamento e tornando mais eficaz a estratégia de diagnosticar e tratar que visa a diminuição do vírus circulante. O Estado do RS e o Amazonas são pioneiros na implantação desta estratégia de tratamento. Até dezembro de 2014, 2.253 usuários passaram a receber a forma combinada.

No ano de 2014, foram abertas duas novas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), facilitando o acesso à Terapia Antirretroviral, nos municípios de Santiago e Taquara.

De acordo com o departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do MS, o Brasil alcançou, em 2014, 29% a mais de pessoas em tratamento com antirretrovirais pelo SUS, na comparação com 2013. No RS, até dezembro de 2013, tínhamos em uso de TARV o total de 29.158 pessoas, sendo que destas, 502 eram crianças menores de 13 anos. Em 2014, atingimos 34.392 pessoas em uso de TARV, das quais 513 eram crianças. Dessa forma, o aumento do número de pessoas em uso de TARV no RS foi de 17,95%.

Para realizar o monitoramento clínico das pessoas vivendo com HIV e Aids (PVHA), a Coordenação Estadual de DST/Aids tem utilizado o Sistema de Informação e Monitoramento Clínico (SIMC). Essa é uma ferramenta construída pelo MS para sinalizar os pacientes que realizaram CD4 e que ainda não entraram em TARV, tendo como objetivo iniciar precocemente a terapia, reduzindo assim a transmissibilidade do HIV e melhorando a qualidade de vida das PVHA. Esse sistema gera um *GAP*, ou seja, número de pacientes que tiveram CD4 inferior ou igual a 500 cels/mm³, mas que ainda não iniciaram tratamento.

De acordo com o SIMC, o *GAP* de 2013 era de 5.147 pacientes (dados coletados em janeiro de 2014) e chegamos em dezembro de 2014 com 1.736 pacientes. A Coordenação Estadual vem incentivando a adesão dos serviços de DST/Aids dos municípios a este sistema de informação para buscar esses usuários que ainda não estão em tratamento, visando zerar esse *GAP*.

Comitê Interfederativo:

Em 01 de dezembro de 2013, foi firmado o termo de compromisso entre Ministério da Saúde e Secretaria da Saúde do Estado do RS para um acordo de Cooperação Interfederativa, que nasce da necessidade de resposta local a epidemia de HIV/Aids no Estado, reduzindo novas infecções e qualificando o cuidado das pessoas que já vivem com HIV/AIDS. A partir da adesão da SES/RS a esse plano de cooperação construiu-se um Plano de Ação com estratégias e ações distribuídas em 5 prioridades.

Uma dessas prioridades é a construção de quatro Câmaras Técnicas de Assessoramento aos grupos de trabalho (GT) da Cooperação: Gestão de Redes e Linha de Cuidado, Vigilância Epidemiológica, Prevenção e Municípios Prioritários (Região Metropolitana de Porto Alegre, fronteiras e interior).

A Câmara Técnica de Prevenção visa fortalecer as ações de promoção e prevenção às DST/HIV/AIDS, assim como as estratégias de Educação Permanente junto à Atenção Básica e serviços de referência especializados em HIV/AIDS. Entre os meses de maio a dezembro de 2014, foram realizadas ações de mapeamento das políticas e Organizações Não Governamentais (ONG) que desenvolvem ações com interface com as DST/Aids, assim como a construção do diagnóstico das Redes de Atenção à Saúde dos quinze municípios prioritários do Comitê Interfederativo, para subsidiar o planejamento da proposta de educação permanente.

Essa Câmara Técnica realizou, também, o estudo da profilaxia pós-exposição sexual (PEP), e constituição de proposta inicial referente ao fluxo de atendimento dos usuários no SUS, a partir da Rede de Urgência e Emergência, Serviço de Assistência Especializada e Atenção Básica. Conjuntamente, houve a elaboração da *Normatização para a Realização da Profilaxia Pós-exposição Sexual (PEP) no RS*, assim como a sistematização da rede de atendimento PEP nas Regiões de Saúde 8 e 10 – municípios de Sapucaia do Sul e Santana do Livramento, inseridos como estratégicos/prioritários nas Ações da Cooperação Interfederativa para enfrentamento à epidemia de DST/AIDS no RS. Para potencializar essas ações foram constituídas parcerias com o Departamento de Atenção Hospitalar e Ambulatorial/DAHA e Coordenação de Rede de Urgência e Emergência/RUE.

Realizaram-se ainda encontros com equipes multiprofissionais dos Serviços de Assistência Especializada de Santana do Livramento e Sapucaia do Sul e Organização Não Governamental União Santanense para implantação e sistematização do atendimento dos usuários do SUS para profilaxia pós exposição sexual, bem como foram incluídos os critérios com definição de objetivos e estratégias para ampliação da rede de Serviços para PEP nos Planos de Ação dos municípios inseridos na resolução CIB nº235/2014, para adesão a Linha de Cuidado HIV/AIDS do Estado.

Em consonância com as ações realizadas a partir da Cooperação Interfederativa, por meio da Câmara Técnica de Redes e Linha de Cuidado (LC), a Coordenação de DST/Aids realizou articulações com demais políticas de saúde para construção da Linha de Cuidado à Pessoa Vivendo com HIV/AIDS e outras DSTs, tais como atenção básica, saúde mental, saúde da mulher, saúde da criança, Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CVES), dentre outras.

A construção da Linha de Cuidado para as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e outras DST se destaca como ação prioritária do ano de 2014, assim como sua aprovação. O documento foi apresentado e aprovado pela Comissão de DST/AIDS do Conselho Estadual de Saúde (CES) no mês de outubro, resultando na Resolução 15/2014 CES/RS, e aprovado em novembro na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), resultando na Resolução 663/14 CIB/RS. A **Linha de Cuidado (LC) das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS** tem como diretriz a atenção básica no ordenamento do cuidado e porta principal do SUS. Ela representa um projeto geral de cuidado, servindo como orientação aos municípios que recebem recursos para as ações de enfrentamento da epidemia definidos a partir do número de casos de Aids.

Uma importante ferramenta para potencializar a implantação da LC no Estado é o apoio técnico do Telessaúde, que se constitui como uma estratégia que visa a qualificação da Atenção Básica, por meio de teleconsultorias, tele-educação e telediagnóstico. Esta ação servirá de suporte para os profissionais que atuam na Atenção Básica do Estado.

Além disto, a Coordenação Estadual, em parceria com as coordenadorias regionais de saúde (CRS), vem trabalhando no apoio matricial aos municípios para auxiliar no processo de implantação da Linha de Cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e demais ações relacionadas ao tema.

Foi planejado em conjunto com a Coordenação Estadual da Atenção Básica um cronograma de execução de oficinas nas sete macrorregiões de saúde, resultando em nove encontros no território. O objetivo dessas oficinas foi apresentar a Linha de Cuidado (LC) e auxiliar os municípios na construção de um Plano de Ação para adesão à Linha. Foram convidados para participar destes encontros os coordenadores municipais da Atenção Básica e de DST/AIDS, o secretário de saúde do município, as coordenadorias regionais de Atenção Básica e de DST/AIDS, estendendo-se o convite também para dois representantes de trabalhadores de cada política. Os 64 municípios participantes estão elencados na Resolução 235/14 CIB-RS, que prevê o repasse de incentivo estadual para ampliação e descentralização das ações de promoção e prevenção à saúde, acesso ao diagnóstico, tratamento e compartilhamento do cuidado às PVHA e outras DSTs na Rede de Atenção Básica.

Outra Câmara Técnica é a da Vigilância, que tem por objetivo o desenvolver e estruturar as seguintes pesquisas: Estudo de Prevalência do HIV e Sífilis em parturientes no RS; Pesquisa de Comportamento de Atitudes e Práticas (PCAP); Respondent-driven Sampling (RDS), específica para populações-chave (Homens que fazem Sexo com Homens, travestis, profissionais do sexo feminino e usuários de drogas). Iniciou-se a partir do mês de agosto a discussão sobre a Prevalência do Subtipo C nas pessoas vivendo com HIV/AIDS(PVHA), assim como o Sítio de Estudo da Profilaxia da Pré-Exposição Sexual.

Por fim, a Câmara dos Municípios tem por finalidade a análise da rede dos serviços de atenção à saúde nos 15 Municípios prioritários, pois estes são os que apresentam maior incidência de casos de HIV/AIDS e sífilis, bem como a densidade tecnológica. Nesse sentido, proporcionamos no mês de agosto um espaço de discussão com os coordenadores municipais de DST/HIV/AIDS dos 15 municípios prioritários objetivando o fortalecimento e diálogo, visando ações em conjunto para o enfrentamento da epidemia.

Ações de promoção e prevenção à saúde:

Desenvolvemos, no ano de 2014, ações voltadas aos seguintes objetivos: redução do número de novos casos de DST/HIV/AIDS na população em geral e populações chaves com vulnerabilidade acrescida, redução da mortalidade e redução da transmissão vertical da sífilis, principalmente no âmbito das regiões de saúde com indicadores expressivos para as DST/HIV/AIDS.

Dentro destes pressupostos, foram desenvolvidas estratégias de educação para promoção da saúde e prevenção às DST/HIV/AIDS, voltadas principalmente para população jovem em geral e jovens de vulnerabilidade acrescida, no que tange as relações de gênero, orientação sexual e violências, promovendo o diálogo sobre as questões sócio-econômicas e culturais que permeiam as DST/HIV/AIDS no Estado do Rio Grande do Sul, assim como a importância da prevenção combinada e prevenção positiva, as quais seguem abaixo:

A participação no Programa Saúde na Escola (PSE): “Estratégias para Educação entre Pares” (Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Ministério da Saúde/Ministério da Educação) através do projeto de participação e dinamização juvenil realizado em duas escolas situadas no município de Porto Alegre (uma estadual e outra municipal). A continuidade nas ações do

projeto em parceria Secretaria da Cultura do Estado do RS, com foco na diversidade cultural, cidadania e direitos humanos, através do monitoramento das ações educativas desenvolvidas no âmbito da literatura entre jovens nos territórios de paz do município de Porto Alegre e Canoas.

No âmbito das ações para jovens, representantes da Seção DST/Aids participaram da Capacitação "Tempo de Refletir: diálogo com a sexualidade", com o tema Juventudes, Direitos Humanos e Sexualidade, para profissionais da Fundação de Proteção Especial e de abrigos estaduais, visando contemplar o cotidiano de trabalho com criança, jovem e adolescente.

Foi também dada continuidade nas ações estratégicas de sensibilização para as questões que permeiam o HIV/AIDS junto aos gestores municipais de saúde e também para a população em geral, através da técnica do teatro do oprimido, em parceria com a ONG Espaço da Arte.

Foi desenvolvido ainda o Projeto: "Falando de HIV e AIDS nos Trilhos do Trem", em parceria com a Empresa de Trens Urbanos S.A. e secretarias municipais de saúde de Porto Alegre, Canoas, Esteio e Sapucaia do Sul. Este teve por objetivo a ampliação do acesso ao diagnóstico e a possibilidade de tratamento precoce das infecções, como importantes estratégias para o enfrentamento e controle da epidemia.

Realizaram-se campanhas com objetivo de incentivar a prevenção às DST/HIV/Aids, tais como: Campanha Verão Numa Boa; Campanha no município de Vacaria e ações transversais com as Políticas do Departamento de Ações em Saúde, durante o Rodeio Internacional; Campanha de promoção à saúde e prevenção às DST AIDS em Porto Alegre, no Litoral e em Uruguaiana do Estado no período do Carnaval.

Foi produzido material informativo sobre promoção à saúde e prevenção às DST/AIDS em pessoas idosas, em parceria com a Política de Saúde do Idoso, e trabalho desenvolvido nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul com a temática AIDS e Envelhecimento. Em função desta campanha, o Estado foi premiado na II Edição das Experiências Exitosas de Gestão na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa / IX Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa.

Campanha 1ª de dezembro: Dia Mundial da Luta Contra a AIDS:

A Coordenação Estadual realizou um encontro com 15 municípios prioritários (Cooperação Interfederativa) para auxiliá-los na organização da campanha do Dia Mundial da Luta Contra a AIDS, bem como proporcionar um momento de troca de experiências entre os mesmos. Posteriormente, o Estado ofereceu uma capacitação de Testagem Rápida para os profissionais dos municípios, disponibilizando também materiais informativos para subsidiar os municípios no evento.

A Política Estadual de DST/Aids propôs o seguinte tema para a Campanha do Dia Mundial de Luta contra a AIDS 2014: "**Desconhecimento mata mais que AIDS**". Esta proposta tem como objetivo incentivar a realização do teste rápido em tempo oportuno, principalmente nas populações mais vulneráveis, como os adultos jovens, seguindo as diretrizes da Política Nacional de DST/Aids, que vem reforçando a importância de ampliar o acesso ao diagnóstico. A campanha veiculou peças em rádio e redes sociais e teve como eixo a ideia de que o desconhecimento é o principal obstáculo a ser superado para reverter a gravidade da epidemia de Aids no Rio Grande do Sul. A divulgação da estratégia contou também com posts na mídia escrita e digital.

Foi realizada articulação com o movimento de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e com o Fórum de ONG Aids, promovendo o fortalecimento de relações intersetoriais para a implementação de ações de prevenção combinada/PEP e da Prevenção Positiva, assim como a articulação de lideranças travestis e transexuais e ações em saúde para mulheres lésbicas e bissexuais no Rio Grande do Sul.

Em parceria com a Coordenação Estadual de Atenção Básica (AB/SES/RS) e de Saúde

Mental (SM/SES/RS), foram traçadas estratégias, consideradas fundamentais, no que se refere a relação entre uso de álcool e drogas com as DST/HIV/AIDS. Instituiu-se recurso financeiro estadual, por meio da Resolução nº234/14 CIB/RS, para a implantação de Composições de Redução de Danos em âmbito municipal, nas modalidades Intersectorial e de Equipe. O enfoque desta ação é no trabalho de campo nas cenas de uso de drogas, bem como o apoio matricial com relação ao cuidado integral em álcool e outras drogas na atenção básica.

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul vem garantindo a disponibilização dos insumos de prevenção, conforme pactuado na Resolução nº231/12 CIB/RS, através da aquisição de 840 mil gel lubrificante, 6.188.630 unidades de preservativos masculino de 52 mm e de 120 mil unidades de preservativos femininos com recursos próprios, no ano de 2014. Isto vem fortalecendo a ampliação das campanhas de prevenção às DST AIDS e o aumento da disponibilização destes no Estado.

Foi disponibilizado, no ano de 2014, o quantitativo de 32.913.654 unidades de preservativos masculino, 769.677 unidades de preservativo feminino, bem como 1.376.217 unidades de gel lubrificante. Quanto ao preservativo feminino, a DST/AIDS vem buscando fortalecer estratégias para ampliação do uso consciente deste insumo pela população feminina.

O Estado desenvolve ações de parceria junto às Organizações da Sociedade Civil (OSC), através do Recurso Federal 1684, específico para ações DST/Aids, habilitação e monitoramento dos 36 projetos aprovados no edital nº 01/2012 DST/AIDS, o Projeto Estratégico do Fórum de ONG's AIDS do RS, e o monitoramento compartilhado com o Ministério da Saúde dos projetos conveniados e financiados a nível federal, os quais vêm trabalhando na perspectiva de acesso ao diagnóstico com a metodologia de coleta por fluido oral, Projeto Viva Melhor Sabendo (VMS), acompanhando as seguintes ONGs: Construindo a Igualdade Caxias do Sul, Grupo Vale a Vida (GVV) de Pelotas e Associação de Transgêneros de Novo Hamburgo (ATNH).

Ocorreu em 2014 a publicação de edital para seleção de Projetos de Ação Comunitária priorizando as seguintes áreas temáticas: a) AIDS, Direitos Humanos e Religiões; b) Drogas e AIDS; c) População LGBT; d) Promoção à Saúde e Prevenção na Atenção Básica; e) Promoção e Saúde e Prevenção na Copa; f) Projetos de Evento em DST/AIDS.

Nesse sentido, destacamos o pioneirismo dos três projetos que tem como objetivo a interface com a Atenção Básica configurando como um importante parceiro para as ações de DST/Aids nesta rede. Os projetos com as Organizações da Sociedade Civil aprovados nos editais serão desenvolvidos em Campo Bom, Caxias do Sul, Guaíba, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Santana do Livramento, São Leopoldo e Sapiranga.

Foi feito o repasse de recurso, na forma de convênio, para a Associação de Transgêneros, para execução de projeto de ação comunitária, especificamente a Prevenção e Copa do Mundo.

Para além da capacidade técnica (repasse de financiamentos para as ONG e monitoramento das ações) é importante destacarmos as capacidades políticas, no sentido, que a partir de 2011 conseguimos retomar a parceria com o movimento social que luta contra Aids no estado do Rio Grande do Sul e construímos ações estratégicas em conjunto.

Foram realizadas oficinas de Projetos com OSC reunindo todas as organizações do Movimento Social que tiveram projetos selecionados a partir da divulgação do Edital de Seleção de Projetos nº 01/2012 DST/A e Seleção nº 01/2014 DST/AIDS. Também promovemos o Encontro Regional AIDS e Religião com o Grupo de Trabalho AIDS e Religião para definir estratégias para a promoção da saúde e prevenção do HIV e da AIDS a partir da atuação das diferentes organizações religiosas de diversas matrizes em conjunto com os municípios e ONGs prioritárias dos Municípios: Caxias do Sul, Passo Fundo e Rio Grande.

Incentivos Financeiros:

No ano de 2014 foi aprovada a Resolução CIB/RS nº 143/14 que trata do repasse financeiro de Fundo Nacional aos Fundos Municipais (Recurso Federal) no valor de R\$12.958.505,00 (doze milhões, novecentos e cinquenta e oito mil, quinhentos e cinco reais) a 55 Municípios e Estado, nos termos da portaria GM/M nº 3.276 de 26 de dezembro de 2013. O incentivo é destinado ao custeio de ações de vigilância, prevenção, promoção e controle das DST/Aids e Hepatites Virais, incluindo-se o apoio às organizações da sociedade civil, aquisição da fórmula láctea infantil para crianças até 1 ano de idade e manutenção de Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/Aids e Hepatites Virais.

Com o objetivo de criar uma medida para sustentabilidade da Política Estadual de DST e Aids, o Estado do Rio Grande do Sul aprovou a Resolução CIB/RS nº 235/14, que estabelece incentivo financeiro do Fundo Estadual para os Fundos Municipais (Recurso do Tesouro) a 64 municípios prioritários, totalizando um valor de R\$ 15.495.324,00 (quinze milhões, quatrocentos e noventa e cinco mil e trezentos e vinte e quatro reais), visando fortalecer a ampliação e a descentralização das ações de promoção e prevenção à saúde, acesso ao diagnóstico, tratamento e compartilhamento do cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras doenças sexualmente transmissíveis na rede de Atenção Básica em Saúde/Estratégia Saúde da Família. Considerando a atenção básica como ordenadora do cuidado e principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, este recurso é um diferencial que o Estado oferece aos municípios, incentivando-os a implantarem ações de descentralização do cuidado das PVHA para a Atenção Básica, tendo como foco principal facilitar o acesso ao diagnóstico precoce de HIV.

No ano de 2014 foi repassado ao Estado do RS o valor de R\$ 3.000.000,00 (três milhões) através da Portaria GM/MS 3298/2013, com vistas a criação do Comitê Interfederativo do RS, para implementação de ações contingenciais de vigilância, prevenção e controle da epidemia HIV/Aids. Também foi previsto repasse R\$ 2.000.000,00 (dois milhões) do recurso federal 1684 para ações de educação permanente. Estabeleceu-se um Plano de Trabalho a ser executado através de um contrato com a Rede Colaborativa de Governo/FAMED, objetivando responder a situação epidemiológica das DST/Aids e hepatites virais no Estado, tendo como foco pesquisas, ações de prevenção para populações vulneráveis, aumento da capacidade e eficiência dos serviços de saúde, expansão da oportunidade de acesso ao diagnóstico rápido e aprimoramento da gestão.

Também com o objetivo fortalecer a descentralização de ações do cuidado das PVHA, o Estado repassou recursos financeiros ao Telessaúde para realização de ações de apoio aos Municípios, para desenvolver ações na Atenção Básica.

O Estado também aprovou a Resolução nº 232 CIB/RS com o objetivo de repassar do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, um montante de R\$ 225.000,00, rateado entre os municípios de Soledade, Canela e Farroupilha. Esses Municípios foram priorizados por que não havia serviço de DST/Aids nas suas respectivas regiões de saúde, a saber: 19ª e 26ª. Assim, o objetivo foi implantar ao menos um serviço de DST/Aids em todas as 30 Regiões de Saúde do Estado, os quais possam servir de apoio às ações de prevenção, promoção e controle da epidemia regionalmente.

Saúde da População Negra

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra, instituída pela Resolução CIB nº 55 em 2010, em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da

População Negra, instituída pela Portaria nº 992 em 2009, define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão dos governos municipais, estaduais e federal, voltadas para a melhoria das condições de saúde dessa população. Ela inclui ações de cuidado, atenção, promoção e prevenção à saúde; participação popular e controle social; de produção de conhecimento, formação, educação permanente e continuada para trabalhadores em saúde.

Seu objetivo é promover a saúde integral da população negra priorizando a redução das desigualdades etnicorraciais, o enfrentamento ao racismo e ao racismo institucional, garantindo acesso e qualidade na atenção à saúde desse segmento da população gaúcha, materializando o princípio da Equidade no Sistema Único de Saúde.

As estratégias de ação da Coordenação Estadual da Saúde da População Negra também estão comprometidas com a redução da morbimortalidade promovendo a longevidade com qualidade de vida das pessoas com doença falciforme, por meio da implementação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, instituída pela Portaria 1.391/2005 e a Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

No estado do Rio Grande do Sul, o processo de implementação da Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra tem como referencial teórico a Afrocentricidade que, de acordo com Asante (2009, p. 93), é entendida como “um tipo de pensamento, prática e perspectiva que percebe os africanos como sujeitos e agentes de fenômenos atuando sobre sua própria imagem cultural e de acordo com seus próprios interesses humanos”.

1) Estratégia da Saúde da Família Quilombola (ESFQ)

Tem como objetivo a qualificação do cuidado e do acesso à saúde da população negra residente em comunidades remanescentes de quilombos, rurais e urbanas, por meio do fortalecimento da Atenção Básica enquanto espaço privilegiado para práticas coletivas e tradicionais de promoção da saúde.

Foi instituída por meio da Resolução CIB-RS nº 98/2013, e propõe incentivo financeiro estadual específico à Estratégia de Saúde da Família que atende comunidades quilombolas.

No ano de 2014, a Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ) alcançou o índice de 117,6% de cobertura, considerando a meta de 34 municípios estabelecida no Plano Plurianual (PPA) 2012-2015. Ou seja, tivemos a adesão de 40 municípios, que atendem 53 comunidades remanescentes de quilombos (totalizando 47 equipes de ESFQ, das quais 30 possuem equipe de Saúde Bucal – ESB). Por meio desse incentivo é repassado aos municípios R\$ 2.000,00 por ESFQ, sendo que as que possuem Estratégia de Saúde Bucal (ESB) recebem R\$ 500,00 a mais, totalizando R\$ 2.500,00 (conforme determina a Resolução CIB/RS nº 098/2013).

Quadro 86: Número de Municípios e Equipes de ESFQ em 2014.

Nº	MUNICÍPIO	EQUIPES ESFQ	SAÚDE BUCAL	Nº DE COMUNIDADE ATENDIDAS
1	Aceguá	1	Sim	2
2	Alegrete	1	Sim	1
3	Arroio do Padre	1	Sim	1
4	Arroio do Tigre	1	Sim	1
5	Bagé	1	Sim	1
6	Candiota	1	Sim	1
7	Canguçu	1	Sim	1
8	Canoas	1	Sim	1

9	Cachoeira do Sul	1	Não	1
10	Capivari do Sul	1	Sim	1
11	Catuípe	1	Sim	1
12	Cerrito	1	Não	1
13	Colorado	1	Sim	1
14	Encruzilhada do Sul	1	Sim	1
15	Formigueiro	1	Não	2
16	Fortaleza dos Valos	1	Sim	1
17	Giruí	1	Sim	1
18	Gravataí	1	Não	1
19	Jacuzinho	1	Não	1
20	Maquiné	1	Não	1
21	Morro Redondo	1	Sim	1
22	Mostardas	2	Sim/Não	3
23	Nova Palma	1	Não	1
24	Osório	1	Não	1
25	Pelotas	4	Sim/Sim/Não/Não	3
26	Pedras Altas	1	Sim	1
27	Porto Alegre	2	Sim/Sim	2
28	Restinga Seca	1	Sim	2
29	Rio Grande	1	Não	1
30	Rio Pardo	1	Sim	1
31	Salto do Jacuí	1	Não	1
32	Santana do Livramento	1	Não	1
33	São José do Norte	1	Não	1
34	São Lourenço do Sul	3	Sim/Sim/Sim	4
35	São Sepé	1	Sim	2
36	Sertão	1	Sim	2
37	Tapes	1	Não	1
38	Três Forquilhas	1	Sim	1
39	Turuçu	1	Sim	1
40	Vila nova do Sul	1	Não	1
	TOTAL	47	30	53

Fonte: DAS/Coordenação Estadual da Saúde da População Negra.

2) Programa Mais Médicos e o cuidado das comunidades negras

Durante a III Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, definiu-se que uma das prioridades do Programa Mais Médicos seria o atendimento das comunidades quilombolas do País. Esse processo possibilitou que o cuidado à saúde das comunidades remanescentes de quilombos fosse potencializado no Estado com o atendimento de médicos do Programa Mais Médicos em 40 municípios (quadro 87).

Para além disso, a presença e convivência de Médicos Negros, em especial as Médicas Negras Cubanas, possibilitou a ressignificação de relações e a potencialização de vínculos junto a homens, mulheres, jovens, crianças que passam a ter outro padrão de referência sobre o “Ser Médico e Médica” no Brasil.

Quadro 87: Municípios que receberam Médicos do Programa Mais Médicos para atenderem Comunidades Remanescentes de Quilombos no RS, 2014.

	Municípios		Municípios
1	Alegrete	21	Mostardas
2	Arroio do Meio	22	Nova Palma

3	Arroio do Padre	23	Palmares do Sul
4	Arroio do Tigre	24	Pelotas
5	Butiá	25	Pinto Bandeira
6	Caçapava do Sul	26	Piratini
7	Cachoeira do Sul	27	Portão
8	Candiota	28	Restinga Seca
9	Canguçu	29	Rio Grande
'10	Canoas	30	Rio Pardo
11	Cerrito	31	Salto do Jacuí
12	Colorado	32	Santa Maria
13	Cristal	33	Santana da Boa Vista
14	Encruzilhada do Sul	34	São José do Norte
15	Formigueiro	35	São Lourenço do Sul
16	Fortaleza dos Valos	36	São Sepé
17	Gravataí	37	Sertão
18	Jacuizinho	38	Taquara
19	Lavras do Sul	39	Tavares
20	Maquiné	40	Turuçu

Fonte: DAS/Coordenação Estadual da Saúde da População Negra.

Com o intuito de qualificar o atendimento dos médicos do Programa Mais Médicos junto às comunidades quilombolas rurais e assentamento, alterou-se a Portaria 565/2013 por meio da publicação da Portaria 502/2014, ampliando o incentivo financeiro para aquisição de Unidade Móvel Terrestre, que veio a beneficiar mais 7 municípios do estado (quadro 88).

Quadro 88. Municípios beneficiados com incentivo financeiro para aquisição de Unidades Móveis Terrestre, Rio Grande do Sul, 2014.

	Municípios
1	Alegrete
2	São Sepé
3	Jaguarão
4	São Gabriel
5	Formigueiro
6	Rosário do Sul
7	Boa Vista do Inca

Fonte: DAS/Coordenação Estadual da Saúde da População Negra.

3) Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica (PCRI-AB)

O Racismo Institucional se expressa na discriminação racial praticada pelas instituições/organizações públicas ou privadas em relação aos grupos populacionais devido a sua raça/cor. No campo da saúde, isso se materializa na dificuldade de acesso, no não cuidado, no não atendimento da população negra nos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.

Com o propósito de fomentar a implementação da política de saúde da população negra nos 497 municípios do Estado, a Secretaria de Estado da Saúde instituiu, por meio da Resolução CIB-RS nº 636/2013, o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica (PCRI-AB), tendo como foco a compreensão do racismo como determinante social em saúde. O incentivo financeiro desse programa prevê:

- 10 mil reais para municípios com até 10 mil habitantes;
- 15 mil reais para municípios com população entre 11 e 50 mil habitantes;
- 20 mil reais para municípios com população entre 51 e 99 mil habitantes e
- 25 mil reais para municípios com mais de 100 mil habitantes.

O ano de 2014 fechou com a adesão de 102 municípios ao PCRI-AB (quadro 89).

Quadro 89. Municípios que Aderiram ao PCRI-AB, Rio Grande do Sul, 2014.

	MUNICÍPIO		MUNICÍPIO
1	Alvorada	52	Mostardas
2	Aceguá	53	Muçum
3	Alecrim	54	Nova Hartz
4	Alegria	55	Nova Palma
5	Alegrete	56	Nova Petrópolis
6	Arroio Grande	57	Nova Santa Rita
7	Arroio do Padre	58	Novo Machado
8	Arroio do Tigre	59	Novo Hamburgo
9	Bagé	60	Osório
10	Boa Vista do Incra	61	Palmares do Sul
11	Boa Vista do Buricá	62	Passo Fundo
12	Boa Vista do Cadeado	63	Pelotas
13	Bom Progresso	64	Pedras Altas
14	Bom Jesus	65	Pedro Osório
15	Candiota	66	Porto Lucena
16	Canguçu	67	Porto Alegre
17	Canoas	68	Porto Vera Cruz
18	Cachoeira do Sul	69	Pontão
19	Capão da Canoa	70	Restinga Seca
20	Capivari do Sul	71	Rio Grande
21	Cerro Largo	72	Rio Pardo
22	Cerrito	73	Rolador
23	Catuípe	74	Rosário do Sul
24	Colorado	75	Salto do Jacuí
25	Cristal	76	Santana do Livramento
26	Dom Feliciano	77	Santa Barbara do Sul
27	Encruzilhada do Sul	78	Santa Margarida do Sul
28	Erechim	79	Santa Rosa
29	Esperança do Sul	80	Santo Cristo
30	Estância Velha	81	Santa Cruz do Sul
31	Espumoso	82	São Gabriel
32	Fontoura Xavier	83	São José do Norte
33	Fortaleza dos Valos	84	São Leopoldo
34	Formigueiro	85	São Lourenço do Sul
35	Girúá	86	São Marcos
36	Gravataí	87	São Miguel das Missões
37	Hulha Negra	88	São Paulo das Missões
38	Humaitá	89	São Sepé
39	Ibirapuitã	90	Sertão
40	Independência	91	Tapes
41	Itacurubi	92	Tiradentes do Sul
42	Itati	93	Três Forquilhas
43	Jacuizinho	94	Três Passos

44	Lavras do Sul	95	Tuparendi
45	Lajeado	96	Turuçu
46	Maquiné	97	Uruguaiana
47	Mampituba	98	Vacaria
48	Manoel Viana	99	Vera Cruz
49	Monte Alegre dos Campo	100	Viamão
50	Morrinhos do Sul	101	Vila Nova do Sul
51	Morro Redondo	102	Xangrilá

Fonte: DAS/Coordenação Estadual da Saúde da População Negra.

4) Campanha pela Autodeclaração da Raça/Cor no SUS

A notificação da raça/cor tornou-se obrigatória no SUS a partir da implantação da Política Nacional desde 2009, reafirmado pelo Estatuto da Igualdade Racial em 2010. Com o propósito de reconstruir, reterritorializar, restabelecer a humanidade do “Ser Africano”, a Secretaria de Estado da Saúde lançou a campanha “Declare seu Amor à sua Mãe, Avó, Avô, Pai, Ancestralidade. Declare sua Raça/Cor!”, em novembro de 2013. O objetivo da campanha, além de qualificar a notificação do quesito raça/cor e produzir dados epidemiológicos a partir da análise desagregada, tem o intuito de desencadear na população negra e no conjunto da população gaúcha um processo de consciência de si a partir da valorização da ancestralidade. Essa campanha foi lançada em 14 municípios, conforme quadro 5.

Quadro 90. Lançamento da Campanha pela Autodeclaração da Raça/Cor no SUS em municípios do Estado do Rio Grande do Sul, 2013 e 2014.

2013	2014				
DEZEMBRO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO
Passo Fundo	Rio Grande	Uruguaiana	Cachoeira do Sul	Vacaria	Alegrete
	São Lourenço do Sul	Santana do Livramento		Pelotas	Cruz Alta
				Alvorada	Estância Velha
					Canoas
					Santa Rosa

Fonte: DAS/Coordenação Estadual da Saúde da População Negra.

5) PIM Mãe Criadeira

O Programa Primeira Infância Melhor Mãe Criadeira visa à qualificação do cuidado em saúde coletiva por meio do conceito da Afrocentricidade. Tem como objetivo estabelecer outros modos de cuidado durante a gestação e na primeira infância, tendo como princípio os conceitos de “cuidado compartilhado” e de “redes de cuidados coletivos”, muito presentes em comunidades negras tradicionais, como por exemplo quilombolas e terreiros de matriz africana.

Conforme o PPA/2012-2015, a meta é implantar o PIM Mãe Criadeira em 20% dos 82 municípios com comunidades remanescentes de quilombos (certificadas e identificadas). Com as três adesões ocorridas em 2014, a cobertura atingiu 13,75 % (11 municípios). Atualmente o PIM Mãe Criadeira está implementado em 11 municípios, atingindo 15 comunidades quilombolas (quadro 91).

Quadro 91: Municípios com adesão ao PIM Mãe Criadeira, Rio Grande do Sul, 2014

2014	
Município	Comunidade
Caçapava do Sul	Picada das Vassouras
Pelotas	Alto do Caixão
Alegrete	Angico
2013	
Município	Comunidade
Catuípe	Passo do Araçá
Jacuizinho	Novo Horizonte/Rincão dos Caixões
São Lourenço do Sul	Quilombo Monjolo
São Lourenço do Sul	Quilombo Torráo
São Lourenço do Sul	Quilombo Rincão das Almas
São Lourenço do Sul	Coxilha Negra
2012	
Município	Comunidade
Turuçu	Mutuca
2011	
Município	Comunidade
Bagé	Palmas
Caçapava do Sul	Seivalzinho
Anos Anteriores	
Arroio do Tigre	Sítio Novo
Rodeio Bonito	Linha Peixeiro
Colorado	Vila Padre Osmari

Fonte: DAS/Coordenação Estadual da Saúde da População Negra.

Até o final do ano de 2014, foram capacitados aproximadamente 800 trabalhadores das áreas da Saúde, Educação e Assistência Social, bem como visitantes e agentes comunitários de saúde dos municípios de São Lourenço do Sul, Bagé, Pelotas, Candiota, Turuçu, Porto Alegre, Sapiranga, Alvorada, Canoas, Viamão, Butiá, Cruz Alta, Salto do Jacuí, Colorado, Jacuizinho, Boa Vista do Cadeado, Santana do Livramento, Manoel Viana, São Sepé e Vacaria. Além disso, foi realizada uma capacitação sobre o PIM Mãe Criadeira para os municípios com PIM nas Macrorregiões Metropolitana, Centro-Oeste e Sul.

6) Linha de Cuidado Integral às pessoas com Doença Falciforme

A Doença Falciforme possui mais de 100 anos de diagnóstico, no entanto somente em 2005 instituiu-se a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e em 2008 a Política Estadual, marcando junto ao Estado gaúcho uma dívida histórica quanto ao cuidado e a atenção à saúde das pessoas com essa doença.

A Linha de Cuidado Integral às Pessoas com Doença Falciforme do RS foi instituída pela Resolução CIB-RS nº 66/2013, e tem o propósito de qualificar o acesso e o cuidado das pessoas com essa doença, com um fluxo de atendimento e ações desde a atenção básica, aos serviços especializados.

A linha de cuidado objetiva a descentralização e regionalização do atendimento especializado, que já foi ampliado para mais três hospitais – Hospital Universitário de Rio Grande, Hospital Universitário de Santa Maria e Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo.

A linha de cuidado ainda precisa ser implementada na totalidade da Hemorrede do Estado, conforme orienta a Resolução CIB-RS 66/2013.

Com a descentralização do atendimento especializado nas 7 macrorregiões, considerando os 3 novos Centros de Referência em Doença Falciforme implantados no Estado, a cobertura foi estendida a 100 % dos municípios.

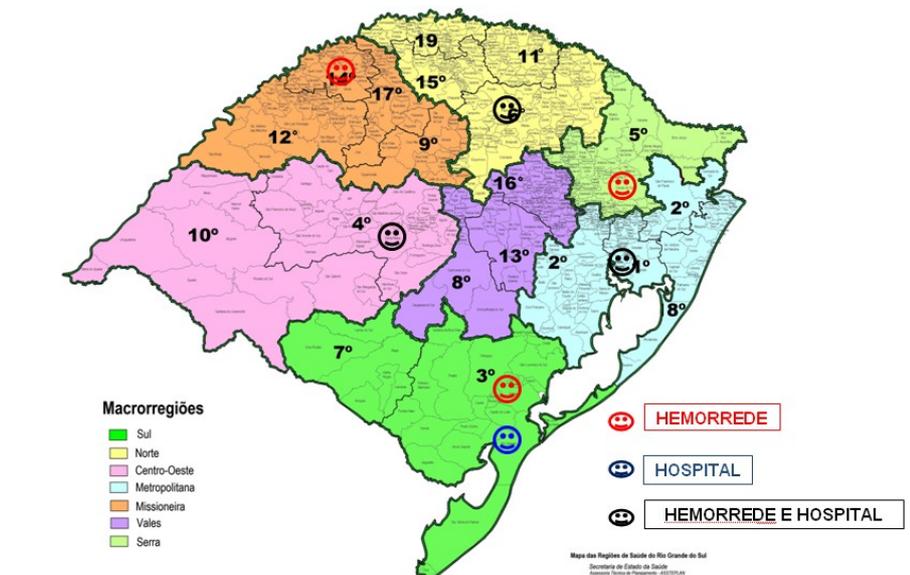


Figura 18. Hemorrede do Estado do Rio Grande do Sul, 2014.

A realização do exame de eletroforese de hemoglobina para o primeiro diagnóstico da Atenção Básica foi pactuada com o Hospital Presidente Vargas (HPV) de Porto Alegre. Em parceria com o HPV, foi criado e distribuído, a partir do mês de fevereiro de 2014, o Cartão Verde (Figura 1), que serve para o acondicionamento do sangue e para a solicitação e coleta do exame de eletroforese de hemoglobina, facilitando o diagnóstico da Doença Falciforme.

MACRORREGIÃO	CRS	CIDADE SEDE	DATA
Metropolitana	1ª	Porto Alegre	10 de outubro de 2014

Encontros Macrorregionais RS na PAZ + Saúde / Juventude Negra: dialogando sobre Políticas Públicas de saúde e enfrentamento às violências

MACRORREGIÃO	CRS	CIDADE SEDE	DATA
Norte	6ª	Passo Fundo	21/06/2014
Serra	5ª	Vacaria	05/07/2014
Centro-Oeste	10ª	Santana do Livramento	30/08/2014
Missioneira	14ª	Santa Rosa	06/09/2014
Sul	3ª	Rio Grande	13/09/2014
Metropolitana	1ª	Canoas	27/09/2014

I Encontro Estadual RS na PAZ + Saúde/Juventude Negra: construindo a política de saúde e de enfrentamento às violências junto à juventude gaúcha

MACRORREGIÃO	CRS	CIDADE SEDE	DATA
Metropolitana	1ª	Porto Alegre	28 e 29 de novembro de 2014

Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra: Doença Falciforme na Atenção Básica, Urgência e Emergência

MACRORREGIÃO	CRS	CIDADE SEDE	DATA
Norte	6ª	Passo Fundo	29/04/2014
Centro-Oeste	4ª	Santa Maria	20/05/2014
Centro-Oeste	4ª	Santa Maria	21/05/2014
Sul	3ª	Rio Grande	03/06/2014
Serra	5ª	Caxias do Sul	10/06/2014
Missioneira	9ª	Cruz Alta	10/07/2014
Missioneira	14ª	Santa Rosa	22/07/2014
Metropolitana	2ª	Porto Alegre	31/07/2014
Sul	3ª	Arroio Grande	06/08/2014
Centro-Oeste	4ª	Santana do Livramento	12/08/2014

Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra: Filosofia e Teologia Afrocentrada na Visão de Mundo de Matriz Africana e o fortalecimento do Povo de Terreiro

MACRORREGIÃO	CRS	CIDADE SEDE	DATA
Centro-Oeste	4ª	Alegrete	25 e 26 de abril; 09 e 10 de maio de 2014
Centro-Oeste	4ª	Santana do Livramento	13,14, 27 e 28 de junho de 2014

Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra: PIM Mãe Criadeira e a qualificação

do cuidado em saúde coletiva

MACRORREGIÃO	MUNICÍPIO	DATA
Metropolitana	Alvorada	27 de junho
Metropolitana	Alvorada	11 de julho
Metropolitana	Butiá	15 de julho
Metropolitana	Canoas	28 de agosto
Metropolitana	Porto Alegre	08 e 09 de setembro
Metropolitana	Sapiranga	18 de setembro
Metropolitana	Viamão	03 de julho
Missioneira	Boa Vista do Cadeado	12 de maio
Missioneira	Colorado	12 de maio
Missioneira	Cruz Alta	12 de maio
Missioneira	Jacuzinho	12 de maio
Missioneira	Salto do Jacuí	12 de maio
Sul	Bagé	01 de abril
Sul	Candiota	08 de agosto
Sul	Pelotas	29 de abril
Sul	São Lourenço do Sul	23 de abril
Sul	Turuçu	18 de julho
Centro-Oeste	Alegrete	20 de novembro
Centro-Oeste	Manoel Viana	05 de novembro
Centro-Oeste	Santana do Livramento	29 de julho
Centro-Oeste	São Sepé	13 de agosto
Serra-Vales	Vacaria	22 de maio

Saúde Indígena

A gestão estadual da Política de Saúde Indígena tem buscado reafirmar os princípios do SUS, concretizando o processo de descentralização e transversalização, atuando em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS. As ações desenvolvidas buscaram o estreitamento de comunicação, fluxos e pactuações entre a gestão estadual, federal e municipal com intuito de alcançar melhorias na condição de saúde e qualidade de vida dos povos indígenas no estado do Rio Grande do Sul. Foram, ainda, otimizados os espaços de diálogo, produção e troca do conhecimento com os povos indígenas, fortalecendo o controle social e aproximando a gestão estadual da realidade indígena.

Fomentos aos espaços de articulação e participação social:

- Estreitamento da comunicação, fluxos e pactuações entre as gestões Municipal, Estadual e Federal, intensificando a transversalidade entre os entes;

- Participação em reuniões locais em 22 dos 52 municípios com apresentação da Nota Técnica 01/2014, que trata da ampliação de possibilidades na utilização do recurso estadual com vistas à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida destes povos;
- Participação em reuniões semanais do Conselho Estadual dos Povos Indígenas (CEPI);
- Abertura de processo de liberação do recurso estadual para as áreas de Charqueadas, Cristal, e Tabaí, aumentando para 55 o número de municípios atendidos pela Portaria 41/2013;
- Participação em reuniões quinzenais no Museu Antropológico (MARS), juntamente com a Escola de Saúde Pública (ESP), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Eventos técnico-científicos:

- **Grito da Floresta – Sustentabilidade: O futuro dos povos indígenas do RS** - 22 a 26 de Setembro de 2014 na Aldeia Ka'a Guy Poty, no município de Planalto. Na ocasião, foi discutido o Plano de Sustentabilidade Indígena, de acordo com as especificidades de todas as comunidades indígenas existentes no estado;
- **I Congresso Latino Americano Povos Indígenas e VIII Seminário Povos Indígenas e o Estado** - 08 a 11 de outubro de 2014. As principais reflexões acerca do encontro foram sistematizadas sob forma de produtos escritos e áudio visuais (filmagem e fotografia) que visaram orientar as políticas públicas, ações e programas governamentais, assim como a publicização dos resultados para os povos e comunidades indígenas;
- **V Encontro dos Kujá** - 21 a 23 de novembro de 2014, na Aldeia Morro do Osso em Porto Alegre. Este evento teve como objetivo o fortalecimento da medicina tradicional kaingang. Foram reunidas as comunidades indígenas e os líderes religiosos (Kujá) de diversas aldeias do Estado, além das 36 famílias residentes no local do encontro. Os Kujá ajudam a comunidade em suas questões espirituais. São pajés curandeiros, que utilizam o conhecimento e a sabedoria ancestrais para melhorar a vida de seu povo. A etnia kaingang possui a maior população indígena do Rio Grande do Sul, totalizando mais de 18 mil pessoas, em sua maioria, residentes no norte do Estado. Além de servir como encontro dos líderes espirituais, este evento foi também um espaço para trocas, discussões sobre temas relacionados à saúde (como a medicina tradicional), dentre outros. O encontro dos Kujá acontece de dois em dois anos nessa aldeia e a Política Estadual de Saúde Indígena vem sempre apoiando o evento, pois se trata de uma ação da comunidade para a comunidade que promove a saúde e preservação da cultura e vida destes povos;
- **Encontro de gestão de saúde indígena na 15ª e 19ª Coordenadorias** – espaços de reflexão e participação de gestores e comunidades indígenas para ampliação e melhorias nos serviços de saúde direcionados aos povos indígenas nas regiões.

Acompanhamento - Reuniões locais para a elaboração dos Planos de Aplicação nos 55 municípios com comunidades indígenas; participação ativa nos encontros da Macrorregião Norte, que conta com maior número de indígenas no Estado.

Articulação – Realização e participação em encontros de coordenadores junto com o departamento de Atenção Básica; parceria com a Política do Campo garantindo a dispensação dos Protetores Solares (viabilizada pela Portaria 304/2014) para os cinquenta indígenas albinos do Estado, a partir de fluxos acertados entre a SESAI e Coordenadorias Regionais de Saúde.

Apoio Institucional – apoio a 11ª, 15ª e 19ª coordenadorias para estruturação da rede de atenção à saúde aos povos indígenas do estado do Rio Grande do Sul, incluindo os diversos atores sociais (gestores, profissionais e sociedade civil) no processo de construção e reflexão sobre a política de saúde indígena.

Outras ações desenvolvidas:

- Iniciou-se o projeto piloto de implantação do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) na área indígena do município de São Valério do Sul, com financiamento estadual;
- Disponibilização dos testes rápidos de HIV e dos testes rápidos para a tuberculose em comunidades indígenas do Rio Grande do Sul;
- Atualização do Boletim Informativo da Política (pelo QUALISUS);
- Implantação da Nota Técnica 02/2014 de Saúde Bucal, que reitera os compromissos dos municípios referentes à saúde indígena, já apresentados pelas Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal.

Saúde Prisional

No Rio Grande do Sul (RS), as Equipes de Atenção Básica de Saúde Prisional (EABSP) foram municipalizadas e seguem a composição de no mínimo sete profissionais de saúde (psicólogo, assistente social, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo e auxiliar de consultório dentário) com carga horária de 20 horas semanais. Atualmente, o RS conta com 24 EABSP, o que representa uma cobertura 49% do total da população privada de liberdade. A seguir, tabela demonstrativa com o quadro atual:

Quadro 92. Lista de Estabelecimentos Equipes de Atenção Básica de Saúde Prisional (EABSP), dezembro de 2014, Rio Grande do Sul.

Município	Estabelecimento Penitenciário	Total: nº equipe	Total: UBS - Prisional	CRS	Macro
Porto Alegre	Presídio Central de Porto Alegre	2	1	1ª	Metropolitana
Porto Alegre	Penitenciária Feminina Madre Pelletier	1	1	1ª	Metropolitana
Charqueadas	Penitenciária Modulada de Charqueadas	2	1	2ª	Metropolitana
Charqueadas	Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas	1	1	2ª	Metropolitana
Charqueadas	Penitenciária Estadual de Charqueadas	1	1	2ª	Metropolitana
Charqueadas	Penitenciária Estadual do Jacuí	2	1	2ª	Metropolitana
Montenegro	Penitenciária Modulada de Montenegro	1	1	2ª	Metropolitana
Sta. Vitória do Palmar	Penitenciária Estadual de Santa Vitória do Palmar	ESF/ recurso federal	1	3ª	Sul
São Luiz Gonzaga	Penitenciária Estadual de São Luiz Gonzaga	1	1	12ª	Missioneira
Santa Rosa	Penitenciária Estadual de Santa Rosa	1	1	14ª	Missioneira
Osório	Penitenciária Modulada de Osório	2	1	18ª	Metropolitana
Três Passos	Penitenciária Estadual de Três Passos	1	1	19ª	Norte
Guaíba	Penitenciária Feminina de Guaíba	1	1	2ª	Metropolitana
Pelotas	Presídio Regional de Pelotas	1	1	3ª	Sul

Santa Cruz do Sul	Penitenciária Regional Santa Cruz do Sul	1	1	13ª	Vales
Santo Cristo	Presídio Estadual de Santo Cristo	ESF/ recurso federal	1	14ª	Missioneira
Ijuí	Penitenciária Modulada de Ijuí	1	1	17ª	Missioneira
Rio Grande	Penitenciária Estadual de Rio Grande	2	1	3ª	Sul
Venâncio Aires	Penitenciária Estadual de Venâncio Aires	1	1	13ª	Vales
Total :		24	19		

Fonte: DAS/Atenção Básica/Saúde Prisional, Fevereiro/2015

A Política está atrelada ao **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)**, Portaria Interministerial nº 1777 (BRASIL, 2003), que objetiva a garantia do acesso ao atendimento integral à saúde da população privada de liberdade. O processo de condução da Política abrange estratégias de gestão compartilhada e participativa entre as Secretarias da Saúde e Segurança do Estado, dos Municípios do Rio Grande do Sul, do Ministério da Saúde e da Justiça.

A estratégia primordial da Secretaria Estadual da Saúde (SES) para a formulação e condução desta Política Pública de Saúde foi efetivada pela implantação e financiamento das Equipes de Atenção Básica Prisional nos estabelecimentos prisionais, como ponto de atenção das Redes de Atenção à Saúde dos municípios. O parâmetro de referência estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) é de uma equipe para cada 500 presos. No RS, os profissionais da área da psicologia e do serviço social são contrapartida da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), conforme Resolução CIB nº 101/2006.

A cada equipe habilitada há um repasse mensal, do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, para a manutenção da unidade (pagamento de pessoal, insumos e atenção farmacêutica básica), conforme Resolução CIB nº 257/2011. O critério para cálculo do incentivo de custeio mensal é realizado de acordo com o número de população privada de liberdade do município. Da mesma forma, são repassados incentivos para equipar, mobiliar e adequar a área física das UBS – Prisional (de R\$80.000,00 a R\$150.00,00) já que a maioria dos estabelecimentos penitenciários se encontram em situações precárias, bem como custear a compra de insumos e materiais permanentes para o seu funcionamento, conforme Resolução CIB nº453/2011.

As EABSP estão implantadas em 19 Municípios, totalizando uma cobertura de atendimento de, aproximadamente, 14.731 pessoas presas. O RS é considerado o Estado pioneiro do Brasil no processo de municipalização e de cofinanciamento de EABSP.

Tabela 12. Ampliação do número de Equipes de Saúde Prisional – RS: 2011, 2012 e 2013, Rio Grande do Sul.

Município	Estabelecimento Penitenciário	Total: nº equipe
Porto Alegre	Presídio Central de Porto Alegre	2
Porto Alegre	Penitenciária Feminina Madre Pelletier	1
Charqueadas	Penitenciária Modulada de Charqueadas	1
Charqueadas	Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas	1
Charqueadas	Penitenciária Estadual de Charqueadas	1
Três Passos	Penitenciária Estadual de Três Passos	1
Total /2011:		07

Guaíba	Penitenciária Feminina de Guaíba	1
Pelotas	Presídio Regional de Pelotas	1
Santa Cruz do Sul	Penitenciária Regional Santa Cruz do Sul	1
Santo Cristo	Presídio Estadual de Santo Cristo	ESF/ recurso federal
Ijuí	Penitenciária Modulada de Ijuí	1
Total/2012		05
Osório	Penitenciária Modulada de Osório	1
Venâncio Aires	Penitenciária de Venâncio Aires	1
Rio Grande	Penitenciária Estadual de Rio Grande	2
Total/2013:		04
Total de EABSP habilitadas até 2013:		24

Fonte: DAS/ Saúde Prisional, 2013

A Política Estadual de Atenção Básica de Saúde Integral à Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional, no ano de 2014, realizou um conjunto de ações para efetivação da rede de cuidados e de acesso à saúde nos municípios gaúchos com estabelecimentos prisionais. Dentre estas ações destacam-se:

1) No âmbito do monitoramento e avaliação:

- Realização do 1º Encontro do Grupo Condutor Estadual da PNAISP com a participação da SES e Ministério da Saúde, dias 29 e 30 de maio.
- Criação do grupo de trabalho intersetorial e tripartite, participação de representante do Ministério da Saúde, SES e Secretaria da Segurança Pública, para a elaboração da Portaria de Implantação do Programa Primeira Infância Melhor no âmbito prisional. Realização de vistorias nas Unidades Materno Infantil do Presídio Feminino de Guaíba, Penitenciária Feminina Madre Pelletier e Presídio Estadual de Torres para a sensibilização e criação da rede de cuidado da mulher e criança em situação de privação de liberdade e adesão ao PIM em âmbito prisional.
- Realização do II Encontro de Monitoramento e Avaliação do Grupo Condutor Estadual da Política de Atenção Básica de Saúde Integral à Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional. O tema do encontro foi a Atenção Primária em Saúde: Telessaúde/E-SUS/Rede SUS. O encontro foi realizado no dia 01 de setembro de 2014, com a participação de representantes do Telessaúde. Participaram 50 profissionais de saúde das equipes de atenção básica de saúde prisional do Estado, sendo 2 profissionais por equipe. Houve a participação de gestores dos municípios de Osório, Rio Grande e Charqueadas para a pactuação do prontuário de saúde e do monitoramento de indicadores de saúde.
- Implantação o E-SUS. O município de Rio Grande foi escolhido no II Encontro de Monitoramento e Avaliação como município piloto para a implantação do E-SUS na unidade básica do Presídio Estadual de Rio Grande. Outros municípios poderão fazer a adesão ao sistema por interesse.

2) No âmbito da educação continuada:

- Realizamos a 1ª Etapa do Curso de Qualificação sobre o Projeto “A situação das mulheres privadas de liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional” nos dias 21/03, 14 e 17/04, 16 e 23/05/2014 com os objetivos: qualificar a equipe do grupo de pesquisa que integra o projeto “A situação das mulheres privadas de liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional” sobre as questões de gênero no Sistema Penitenciário; conhecer as necessidades específicas das mulheres privadas de liberdade; conhecer distintos modelos de atenção ao gênero; conhecer as regras jurídicas que regulamentam a situação das

mulheres privadas de liberdade e esclarecer as ações existentes em âmbito nacional que envolvam as Equipes de Atenção Básica de Saúde Prisional.

- Realização da Oficina de Monitoramento e Avaliação com foco na melhoria da atenção à saúde no Sistema Prisional realizada pelo Departamento de Endemias Samuel Pessoa da ENSP/Fiocruz, promovida pela SES em parceria com o Ministério da Saúde. Foram capacitados 2 profissionais de saúde por equipe de atenção básica de saúde prisional do Estado, totalizando 50 profissionais de saúde capacitados. O encontro foi realizado nos dias 29 e 30 de maio.

- Realização de oito Oficinas de Redução de Danos pelas áreas de Atenção Básica, Saúde Mental e Prisional da SES, em parceria com o município de Charqueadas e SUSEPE, na 9ª Delegacia Penitenciária Regional, que inclui a referência para 10 unidades prisionais, nas datas de 30/04, 28/05, 25/06, 30/07, 27/08, 24/09, 15/10 e 19/11. As oficinas foram realizadas no Complexo Prisional de Charqueadas, maior complexo penitenciário do Estado, tendo em vista a necessidade expressa pelos profissionais de saúde e a necessidade de retaguarda e de educação permanente. As rodas de conversa em RD com os profissionais de saúde e técnicos superiores penitenciários de Charqueadas, com a facilitação da saúde mental, prisional e atenção básica da SES, ocorreram com a participação de aproximadamente 30 pessoas por encontro.

- Realização do Seminário “A Saúde no sistema Prisional e a Construção da Prática Intersetorial e Interdisciplinar”. Este encontro foi realizado em parceria com o Departamento de Tratamento Penal da SUSEPE e Escola de Saúde Penitenciária. Estavam presentes os representantes de profissionais de saúde e técnicos superiores penitenciários. O evento contou com a participação de 200 servidores. Os temas abordados foram: Prisão: que lugar é esse? A saúde do trabalhador e o princípio da fraternidade; As Intervenções Técnicas no Cuidado Integral; Unidade Básica de Saúde e o Cuidado Integral. O encontro foi realizado no dia 02 de setembro.

- Participação nos encontros de Redução de Danos da Macrorregião Norte (10 e 11 de junho) em Palmeira das Missões, Missioneira (24 e 25 de junho) em Ijuí, Centro oeste (17 e 18 de julho) em Santa Maria, Vales (27 e 28 de agosto) em Santa Cruz do Sul, e Metropolitana (19 e 20 de agosto) em Porto Alegre. Os encontros de redução de danos visam possibilitar o conhecimento e a implementação de uma nova forma de trabalho pautada na produção de subjetividade e nas redes afetivas possibilitando a potencialização do sujeito e contrapondo-se a lógica da abstinência. Neste cenário observa-se que novas lógicas de cuidado precisam ser implementadas focadas nos condicionantes e determinantes específicos da população e nas necessidades de saúde em seu conceito ampliado que perpassa a mera ausência de doença. Assim, justifica-se o intercâmbio entre Saúde Mental e Prisional como partes integrantes da atenção básica na construção de uma forma de cuidado pautada no sujeito e não na doença.

3) No âmbito da produção de pesquisa e conhecimento científico:

- Inscrição da SES na XI edição do Prêmio Innovare (2014), na categoria Prêmio Especial, com o tema “Sistema Penitenciário Justo e Eficaz”, com a inscrição do trabalho: Implantação de equipes atenção básica de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional: intersectorialidade e boas práticas no Estado do Rio Grande do Sul. A vitória pelo Instituto Innovare foi realizada no dia 01/08/2014 com a apresentação da prática das ações da Equipe de Atenção Básica do Presídio Feminino Madre Pelletier.

- Coordenação do projeto de pesquisa “Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional”, em parceria com a Faculdade do Ministério Público e financiamento pelo Edital PPSUS/FAPERGS, 2013. O grupo de pesquisa tem reuniões semanais e a participação de cinco (5) residentes da Saúde Mental Coletiva (UFRGS/ESP), três (3) estudantes e dois (2) professores da Faculdade do Ministério Público.

- Realização das reuniões semanais do projeto de pesquisa *Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional*, coordenado pela Seção de Saúde Prisional em parceria com a Faculdade do Ministério Público e FAPERGS, Edital PPSUS, 2013.

- Apresentação dos resultados parciais da pesquisa no Seminário de Acompanhamento do Programa de Pesquisa para o SUS – Gestão Compartilhada em Saúde/PPSUS – 2013-2014, nos dias 10 e 11 de dezembro de 2014 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

- Apresentação de resumo expandido no IV SEMINÁRIO NACIONAL DE ESTUDOS PRISIONAIS, III Fórum sobre vitimização de mulheres no sistema de justiça criminal – mulheres e jovens no cárcere, em São Bernardo do Campo (25/08 a 27/8). Anais IV SEMINÁRIO NACIONAL DE ESTUDOS PRISIONAIS, 2014. Trabalho intitulado: Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional: Novos Olhares.

- Participação no “Inquérito Nacional de Saúde na População Penitenciária Feminina e Servidoras Prisionais” (3/11 a 6/11), financiado pelo Ministério da Saúde e coordenado pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Estudo realizado em 24 cidades de 10 Estados do Brasil: Pará, Rondônia, Ceará, Pernambuco, Mato Grosso, Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná e Distrito Federal. No Rio Grande do Sul, o Inquérito contou com o apoio da Seção de Saúde Prisional da SES e do Departamento de Tratamento Penal da Susepe, com a participação de pesquisadores colaboradores e uma amostra de 71 mulheres presas e 12 agentes penitenciárias da Penitenciária Feminina Madre Pelletier e 30 mulheres privadas de liberdade e 4 agentes penitenciárias da Penitenciária Industrial de Caxias do Sul. No inquérito foram realizados testes rápidos (HIV, hepatite B e C e sífilis), exame de hanseníase, avaliação clínica e odontológica, bem como a exposição à violência interpessoal anterior e durante o encarceramento.

4) No âmbito da gestão da Política Estadual:

- Constituição do Grupo Condutor Estadual da Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituído no Rio Grande do Sul pela Portaria nº402/2014, datada de 28/05/2014.

- Assinatura do Termo de Adesão Estadual à PNAISP, pelos Secretários de Estado da Saúde e Secretário da Segurança Pública, em 29/05/2014.

- Apoio institucional aos gestores municipais com foco na ampliação e qualificação das equipes e vistorias aos presídios de Porto Alegre, Charqueadas, Venâncio Aires, Caxias do Sul, Canoas, Arroio dos Ratos e Lajeado.

- Participação no GT de Combate a Tortura. Grupo intersetorial englobando diversos setores da saúde, segurança e controle social com fins de discussão e articulação para constituição de um projeto de lei com a finalidade de pensar dispositivos antimanicomiais para combater violação dos direitos humanos nas diferentes instituições.

- Nos meses de setembro e outubro de 2014, foi realizado um mutirão para adesão dos municípios gaúchos à PNAISP, de acordo com a Portaria GM/MS nº482/2014. Como resultado tivemos 22 equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde aos incentivos da PNAISP, até dezembro de 2014. No total 38 municípios gaúchos aderiram à PNAISP com prazo para habilitação das equipes até 2016. Com as novas habilitações das equipes realizadas pelo MS, o Estado passa a ter 56% de cobertura em nível de atenção básica em relação ao total da população privada de liberdade do RS.

- Em 2014, foram analisados tecnicamente projetos de implantação de novas equipes de atenção básica de saúde prisional. Os municípios de Guaporé, Porto Alegre (3ª equipe do PCPA), Canoas, Santo Ângelo e São Gabriel encontram-se em situação regular e aguardam a publicação das resoluções que estão em análise.

- Aprovação da Resolução CIB nº757/14 que aprovou a implantação da linha de cuidado materno-infantil da mulher em situação de privação de liberdade, seu bebê e família com base nas diretrizes da Rede Cegonha/Primeira Infância Melhor (PIM) e da Política de Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Saúde Mental de forma conjunta com as ações e serviços da Equipe de Atenção Básica em âmbito prisional.

- Aprovação da Resolução CIB nº 774/14 que aprovou a suplementação de valor do repasse estadual para o município de Osório, no valor de R\$ 43.802,00, para a compra de Raio X para a Unidade de Saúde da Penitenciária Modulada de Osório.

5) Outras estratégias:

- PIM no Contexto Prisional: Em 2014, foi criada a linha de cuidado para a implantação do PIM no Contexto Prisional, de acordo com a Resolução CIB nº. nº757/14. Este visa garantir o acesso a uma política pública materno-infantil, buscando minimizar a vulnerabilidade da população privada de liberdade, bem como apoiar a reinserção da criança na família extensa. O público-alvo são as gestantes privadas de liberdade e os bebês que vivem no cárcere, filhos de reclusas. Em 2014, na Unidade Materno-Infantil (UMI) da Penitenciária Feminina Madre Pelletier foi implantado o PIM no Contexto Prisional, em parceria com a Equipe de Atenção Básica do presídio. Foram realizadas oficinas semanais com as gestantes e bebês de até 1 ano de idade. Esta experiência foi executada pela Coordenação Estadual do PIM e da Saúde Prisional e com a participação de uma médica pediatra, uma pedagoga e uma residente em saúde mental. O projeto piloto foi uma primeira etapa da linha de cuidado, com vistas à construção do Guia de Orientação à mulher gestante em situação de privação de liberdade, seu bebê e família, e municipalização da prática no âmbito das ações do PIM e das equipes de atenção básica de saúde prisional dos territórios. O projeto se desenvolveu em parceria com o Primeira Infância Melhor, Saúde Prisional (DAS/SES) e o Departamento de Tratamento Penal (Susepe/SSP).

- Doenças infecto-contagiosas: De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a população carcerária é particularmente suscetível ao desenvolvimento de doenças infecto-contagiosas como o HIV/AIDS, tuberculose, hepatites, hanseníase e sífilis. Neste sentido de implementou-se o Programa “Porta de Entrada” no Presídio Central de Porto Alegre, que está em funcionamento desde dezembro de 2010. Neste no ingresso no estabelecimento prisional é realizada uma triagem com oferta de testes rápidos de HIV, tuberculose, hepatites virais e sífilis. O estabelecimento conta com um laboratório de tuberculose com equipamentos para realização de análises bioquímicas e com aparelho de Raio X. Além do Presídio Central, as outras unidades de saúde instaladas em estabelecimentos prisionais do Estado estão capacitadas para a realização da testagem rápida. Desde a implantação das equipes de saúde o número de diagnósticos de tuberculose aumentou 55% entre 2007 e 2013 (dados consolidados em 2014) e o índice de cura aumentou 65% no mesmo período. Em 2014, houve a implantação do aparelho de teste rápido de tuberculose no Presídio Central de Porto Alegre e outro para atender o Complexo Prisional de Charqueadas, a partir de uma parceria com o Programa Nacional de Tuberculose.

Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis e Transexuais (LGBT)

No ano de 2014, foi instituída a Política de Saúde da População LGBT no Rio Grande do Sul, a partir do trabalho do Comitê Técnico de Saúde da População LGBT e da construção da Portaria 34, de 9 de maio de 2014. A partir da qualificação da rede estadual do SUS para a

atenção e o cuidado integral à saúde desta população, pretende-se eliminar formas de discriminação e violência e, assim, ampliar o acesso de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais aos serviços.

O preconceito é um dos maiores fatores vulnerabilizadores da população LGBT. Além dos prejuízos psicológicos e físicos causados pela violência direta, o preconceito gera um menor acesso aos serviços de saúde. Para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo é preciso ter como foco a garantia do acesso à saúde e o acolhimento livre de discriminação para a população LGBT em todos os níveis de atenção.

A política assegura a diversidade sexual e de gênero, com enfoque transversal, nos processos de formulação e implementação de políticas e programas no SUS, além de incluir a temática LGBT de forma transversal nas políticas já consolidadas. Ressalta-se que a Coordenação Estadual da Saúde da População LGBT, sob a responsabilidade do Departamento de Ações em Saúde, prevê a construção e publicação de um plano de ação bianual com o intuito de qualificar, monitorar e avaliar tal política.

Atividades realizadas no ano de 2014:

- Formação EAD - Saúde da População LGBT:

Como o preconceito tem sido apontado como um dos maiores fatores vulnerabilizadores da população LGBT, a Coordenação Estadual da política desenvolveu um curso de Educação à Distância (EAD) em Saúde da População LGBT, destinado aos profissionais de saúde (da assistência e gestão) que atuassem no Estado do Rio Grande do Sul, ou seja, os servidores municipais, estaduais e trabalhadores da rede privada de serviços de todos os níveis de atenção. O objetivo foi qualificar o atendimento em saúde desta população, abordando os principais agravos e promovendo as boas práticas na atenção em saúde e o enfrentamento da discriminação. Esse curso foi desenvolvido em parceria com o Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua (CEP-RUA) e o Centro de Referência em Direitos Humanos, Relações de Gênero e Sexualidade, do Núcleo de Pesquisas em Sexualidade e Relações de Gênero da UFRGS. Esses grupos são ligados ao Instituto de Psicologia da UFRGS.

O curso foi gratuito, tendo duração de 20 horas, divididas em quatro módulos e com duração de um mês. Em cada um dos módulos, os alunos tiveram contato com os conteúdos por meio de aulas, vídeos, notícias e outros materiais de apoio. Além disso, houve fóruns de discussão com o intuito de debater os temas abordados. No ano de 2014, foram realizadas duas edições deste curso, em março e agosto, com aproximadamente 250 inscritos em cada. Nas ocasiões, participaram profissionais das áreas de saúde, educação e assistência social com representatividade de praticamente todas as Regiões de Saúde do Estado, inclusive com participação de profissionais de outros estados. A certificação foi emitida pela Escola de Saúde Pública do Estado (ESP).

- Campanha Saúde sem Preconceito Contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais:

Foi desenvolvida a campanha "Saúde sem preconceito com lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais" por meio de cartazes e flyers. Na frente do cartaz e do flyer, havia uma arte com desenhos que representavam a diversidade e a população LGBT. No verso do flyer, constava um texto com os principais direitos dessa população no Rio Grande do Sul. Após a participação em uma reunião com os Coordenadores Regionais de Atenção Básica, em evento promovido pela Coordenação Estadual de Atenção Básica no mês de novembro, os materiais foram encaminhados para todas as Coordenadorias Regionais com vistas à distribuição nos

municípios sob suas responsabilidades. Na reunião, discutiu-se a Política Estadual de Saúde LGBT e também o objetivo dos cartazes e dos flyers, que é sensibilizar os serviços de saúde para qualificar o acolhimento e o atendimento à população LGBT. A campanha foi também divulgada na 18ª Parada Livre e da 8ª Marcha Lésbica, eventos realizados no mês de novembro de 2014.

- Seminário Saúde LGBT no Rio Grande do Sul:

No dia 19 de maio de 2014 foi realizado o Seminário Saúde LGBT no Rio Grande do Sul, em comemoração ao dia 17 de maio (Dia internacional de combate à homofobia) em parceria com o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). Este evento foi dirigido aos técnicos e coordenadores do Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis, demais membros da gestão, participantes da formação EAD e outros profissionais da rede de serviços do estado.

O Rio Grande do Sul integra o Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN NET de notificação da violência em caráter compulsório para todo o território nacional. A relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública, os fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições dos profissionais e serviços de saúde estão dispostos na Portaria do Ministério da Saúde nº 104/2011 e a vigilância desse tipo de agravo é de responsabilidade do Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Nesse sentido, o Ministério da Saúde passou a incluir o registro dos casos de violência por homofobia atendidos na rede pública de saúde. A iniciativa tem sido aplicada desde agosto de 2013 aos estados de Goiás, Minas Gerais e Rio Grande do Sul e, em janeiro de 2014, foi estendida ao restante do país. O SINAN já registra os atendimentos de violência contra mulheres, idosos, crianças e adolescentes.

- Cartilha - Ouvidoria do SUS:

A Secretaria Estadual de Saúde tem formulado estratégias para tornar eficiente a coleta de informação para qualificar o Sistema Único de Saúde, a fim de garantir a universalidade do acesso, a integralidade, a equidade da atenção, assim como a ampliação da participação social na discussão, na elaboração e no controle das políticas de saúde. Dessa forma, criou-se uma cartilha para informar grupos específicos (Populações Negra, do Campo, de Rua, Cigana, Indígena e LGBT), sobre a garantia dos seus direitos e o papel das Ouvidorias enquanto canal de inserção para participação na gestão do sistema. Além disso, o material buscou sensibilizar o trabalhador da saúde no sentido de um bom acolhimento e respeito às necessidades e direitos das populações alvos.

- Divulgação da Política de Saúde da População LGBT:

Dentre as ações desenvolvidas pela Coordenação Estadual de Saúde LGBT, destacam-se as rodas de conversa que foram realizadas com algumas políticas do Departamento de Ações em Saúde. Objetivou-se divulgar a Política Estadual de Saúde LGBT, verificar a participação da população LGBT nas políticas e efetivar a transversalidade da pauta LGBT nas ações de saúde.

Saúde do Trabalhador

A 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, de 5 a 7 de junho de 2014, em Porto Alegre, contou com 293 delegados e mais de 100 convidados, ouvintes e palestrantes, chegando a aproximadamente 400 participantes. Nesta Conferência

Estadual, foram eleitos 48 delegados titulares e 48 suplentes que participaram da 4ª Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, ocorrida de 15 a 18 de dezembro de 2014, em Brasília. Antecederam-se a esta, sete conferências macrorregionais com aproximadamente 400 participantes cada uma.

A Saúde do Trabalhador participou também na vigilância de Eventos de Massa, o que ocorreu na Copa FIFA 2014 e na Expointer 2014, através de ações intrasetoriais e intrainstitucionais, com Ministério Público do Trabalho (MPT), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Conselhos Tutelares, incluindo as vigilâncias aos ambientes e os plantões em dias de eventos.

Além das ações específicas da Erradicação do **Trabalho Infantil** realizadas na Copa e na Expointer, ocorreu o lançamento, em 12 de junho, da Campanha Temática "Somos Defensores dessa Causa", durante os meses junho e julho. A DVST representa a SES na Comissão Estadual de Erradicação do Trabalho Infantil e no Fórum Estadual de Erradicação do Trabalho Infantil. Representou também a SES na Reunião Nacional do Fórum de Erradicação do Trabalho Infantil para relato de experiências locais e planejamento de 2015, sendo um início de articulação entre as Secretarias de Saúde, Educação, Assistência Social e MTE em âmbito Nacional, com eventos realizados em agosto e dezembro de 2014, cujo desdobramento ocorrerá em 2015.

Manteve-se o financiamento aos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) para os municípios-sede dos mesmos: Alegrete, Canoas, Caxias do Sul, Erechim, Ijuí, Palmeira das Missões, Pelotas, Santa Cruz do Sul, Santa Maria e Santa Rosa. Foram implantadas três (3) Unidades Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (UREST) em Ametista do Sul, Gravataí e Vacaria.

Foi publicada a Portaria SES-RS nº 211 de 20 de março de 2014, que regulamenta a vigilância em saúde do trabalhador, e a Portaria SES-RS nº 1363, de 24 de dezembro de 2014, que institui a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Indicador 40: Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados

2012	2013	2014
26,61	38,6	37,6

Fonte: SINAN

Apesar do leve decréscimo no percentual de municípios notificando, com a implantação e capacitação nas Portarias MS números 1.272 e 1.984, espera-se um incremento significativo nas notificações para 2015.

Indicador 03 RS: Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados

Em 2014, foram investigados 26% dos óbitos relacionados ao trabalho. Observamos ainda dificuldades operacionais dos municípios em desenvolver esta atividade.

Indicador 02 RS: Número de notificações dos agravos relacionados ao trabalho detectados através do SIST e do SINAN

O monitoramento dos agravos à saúde do trabalhador através dos dois sistemas de informações disponíveis – SIST e SINAN - permitem às diversas instâncias de gestão do SUS estabelecer prioridades de ação, traçar estratégias de intervenção atuar efetivamente pela

melhoria dos ambientes e práticas de trabalho, reduzir riscos e conseqüentemente reduzir a morbi-mortalidade devido ao trabalho.

Em 2014, 66% dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul cumpriram a meta estabelecida, com total de 46.100 notificações, sendo 42.292 no SIST e 3.808 no SINAN.

Neste mesmo período, 60 municípios permaneceram silenciosos – sem notificação de agravos à saúde do trabalhador, conforme distribuição pelas Regiões de Saúde demonstrada a seguir:

Quadro 93. Municípios Silenciosos por Região, Rio Grande do Sul, 2014.

Região de saúde	Municípios Silenciosos
Cabonífera / Costa Doce	8
Vale do Caí e Metropolitana	7
Região da Diversidade	4
Região Sul	4
Vale dos Sinos	3
Portal das Missões	3
Caminhos das águas	3
Campos de Cima da Serra	3
Vales e Montanhas	3
Verdes Campos	2
Vale do Paranhana	2
Alto Uruguai Gaúcho	2
Região do Boto	2
Rota de Produção	2
Pampa	2
Vinhedos e Basalto	2
Vale da Luz	2
Bons Ventos	1
Capital e Vale do Gravataí	1
Sete Povos da Missões	1
Região das Araucárias	1
Caxias e Hortênsias	1
Uva e Vale	1
Região Vinte e Oito	1

Fonte: SIST 2014

Houve um decréscimo de 8% do número total de notificações de agravos à saúde do trabalhador em relação a 2013, o que, associado à análise de municípios silenciosos e ao fato de um terço dos municípios não ter atingido a meta, aponta para a necessidade de rever e incrementar as estratégias de implementação dos sistemas de informação através dos CERESTs e dos Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde (NUREVS) nas Coordenadorias Regionais de Saúde.

DIRETRIZ 2: GESTÃO EM SAÚDE

OBJETIVO: Institucionalizar o Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS

O grupo de trabalho planejamento, monitoramento e avaliação, coordenado pela Assessoria Técnica de Planejamento, disparou o processo de revisão das regiões de saúde R15, R17 e R20 a pedido dos coordenadores e técnicos regionais. Como resultado, foi publicada no DOE de 26/09/2014 a Resolução CIB nº 499 que alterou a configuração das Regiões Saúde conforme segue:

- I) **Região 15 – Caminho das Águas:** Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rodeio Bonito, Seberi, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre e Vista Gaúcha.
- II) **Região 17 – Região do Planalto:** Almirante Tamandaré do Sul, Camargo, Carazinho, Casca, Ciríaco, Coqueiros do Sul, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Gentil, Lagoa dos Três Cantos, Marau, Mato Castelhano, Montauri, Muliterno, Não-me-Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Passo Fundo, Pontão, Santo Antônio do Palma, Santo Antônio do Planalto, São Domingos do Sul, Serafina Corrêa, Sertão, Vanini, Victor Graef e Vila Maria.
- III) **Região 20 - Rota da Produção:** Barra Funda, Boa Vista das Missões, Braga, Cerro Grande, Chapada, Constantina, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Miraguaí. Nova Boa Vista, Novo Barreiro, Novo Xingu, Palmeira das Missões, Redentora, Ronda Alta, Rondinha, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Sarandi, Três Palmeiras e Trindade do Sul.

Seguindo no processo de planejamento, monitoramento e avaliação no âmbito do SUS, no mês de dezembro foi apresentado o ajuste de metas 2014/2015 do rol das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pactuados pelo Estado. Este processo foi finalizado tardiamente devido a mudanças significativas apresentadas pelo Ministério da Saúde no segundo semestre de 2014. Tais mudanças implicaram na alteração do método de cálculo de alguns indicadores e no cadastramento de todas as referências municipais, regionais e estaduais responsáveis pelo SISPACTO. Todos os esforços estão sendo direcionados para o ajuste de metas 2015 em tempo hábil para todas as etapas do processo de pactuação.

OBJETIVO: Fortalecer as Instâncias de Participação Social do SUS**Ouvidoria do SUS no RS**

A partir da Lei n. 14.485, de 30 de janeiro de 2014, a Ouvidoria do SUS passou a integrar o Sistema Estadual de Ouvidoria do Poder Executivo Estadual (SEO/RS), como Ouvidoria Setorial do SUS, passando a receber as demandas referentes à saúde da Ouvidoria Geral do Estado (OGE/RS).

No ano de 2014 foram cadastradas pela Ouvidoria do SUS-SES/RS 4.735 manifestações, caracterizando o crescimento constante no recebimento de demandas pela Ouvidoria do SUS na SES/RS, em relação aos anos anteriores. Salienta-se ainda que, neste período a Ouvidoria realizou o acompanhamento de 205 demandas registradas por outras Ouvidorias do SUS e direcionadas à SES/RS devido ao seu conteúdo.

Buscando apoiar a implantação das Ouvidorias do SUS no RS, e ampliar o Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, em outubro foi realizada a implantação do nível III na 8ª Coordenadoria Regional de Saúde, a partir da articulação da Ouvidoria na respectiva CIR. Todos os municípios da CRS passaram a integrar a Rede da Ouvidoria do SUS, utilizando o Sistema Informatizado e contando com um Interlocutor de Ouvidoria em cada SMS.

Em parceria com o DOGES/Ministério da Saúde, foi realizada capacitação em novembro, apoiando a implantação das Ouvidorias do SUS nas SMS de Canoas, Cachoeirinha, Esteio, Nova Prata, Santa Maria, Santa Rosa, São Leopoldo, Santo Antonio da Patrulha e Grupo Hospitalar Conceição.

Ainda foram realizadas 02 (duas) reuniões com a Rede da Ouvidoria do SUS-SES/RS a fim de qualificar o processo de trabalho da Ouvidoria. Totalizando assim 04 eventos no ano de 2014.

Em 13 de novembro de 2014 foi publicado o Decreto 51.999, que regulamenta a Ouvidoria do SUS-SES/RS. Em continuidade à estruturação da Ouvidoria e descentralização dos processos de trabalho, foi publicada em 15 de dezembro de 2014 a Portaria nº 1262/2014-DRH, designando 18 servidores da SES/RS para a função de Ouvidor, sendo 03 (três) Ouvidores Internos, e 15 Ouvidores Regionais. Desta forma foram implantadas 15 Ouvidorias do SUS Regionais, vinculadas à Ouvidoria do SUS-SES/RS, nas 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 6ª, 8ª, 9ª, 11ª, 12ª, 13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª e 18ª Coordenadorias Regionais de Saúde. Ainda no próximo ano deverão ser designados outros 04 (quatro) Ouvidores Regionais, nas Coordenadorias que não implantaram neste primeiro momento.

Indicador 65: Proporção de Municípios com Ouvidorias implantadas

O resultado alcançado foi de 4,6% (23 municípios com Ouvidorias implantadas). Algumas Ouvidorias que já haviam sido implantadas se desestruturaram, portanto o número total de Ouvidorias implantadas não aumentou. A partir da implantação das Ouvidorias Regionais será possível monitorar este indicador e desenvolver ações efetivas para atingir a meta. Ainda existem 08 Ouvidorias em implantação.

OBJETIVO: Aumentar o financiamento e os investimentos em Saúde

No ano de 2014, através da Resolução Nº 064/14 CIB/RS, de março de 2014, alterada pela Resolução Nº 427/14 CIB/RS, de agosto de 2014, foi instituído no âmbito da Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Secundária e Terciária em Saúde – PIES - AST, o Incentivo de Cofinanciamento da Assistência Hospitalar – PIES – IHOSP. A Resolução revogou o Incentivo de Metas instituído pela Resolução Nº 653/12 CIB/RS.

O IHOSP tem por objetivo complementar o custeio das ações de média complexidade na assistência hospitalar, com vista à garantia do equilíbrio econômico-financeiro na prestação de serviço ao SUS. A complementação deve resultar no aumento da oferta e ampliação do acesso da população aos procedimentos de média complexidade. O IHOSP destina-se a hospitais filantrópicos, hospitais privados sem fins lucrativos e hospitais públicos.

No ano de 2014, o Estado destinou recursos a 305 estabelecimentos prestadores de serviços ao SUS. Estes recursos são referentes aos incentivos para qualificação da atenção secundária e terciária como o IHOSP, Saúde Mental, SAMU/Porta de Entrada, Traumatologia, Casa da Gestante, Gestante de Alto Risco/Ambulatório de Gestante Alto Risco, Mãe Canguru, Egresso de UTI neonatal, Plantão Presencial, Saúde Prisional, Complementação de Diárias de UTI, Orçamentação, Serviço Integrado de Atenção Especializada Ambulatorial (SIAEA) e incentivo para Organização para Procura de Órgãos (OPO Transplante).

No ano de 2014 os 24 municípios participantes do Sub-Projeto QualiSUS receberam refrigeradores para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim distribuídos:

Município	Refrigerador 120 L	
	110V	220V
Alvorada	0	13
Araricá	0	2
Cachoeirinha	0	15
Campo Bom	0	15
Canoas	27	0
Dois Irmãos	0	5
Estância Velha	0	8
Esteio	0	9
Glorinha	0	3
Gravataí	0	26
Ivoti	0	6
Lindolfo Collor	0	1

Morro Reuter	0	1
Nova Hartz	0	4
Nova Santa Rita	0	4
Novo Hamburgo	0	19
Portão	0	7
Porto Alegre	148	0
Presidente Lucena	0	1
Sta Maria do Herval	0	1
São Leopoldo	0	18
Sapiranga	0	10
Sapucaia do Sul	0	1
Viamão	0	16
TOTAL	175	185

OBJETIVO: Ampliar e Qualificar a Regulação em Saúde

Complexo Regulador Estadual CRE/RS

Central de Transplantes do Rio Grande do Sul (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/RS)

A Política Estadual de Transplantes tem pautado suas ações para a qualificação da Rede Estadual de Procura de Órgãos e Tecidos, para a formação de profissionais para o Sistema Estadual de Transplantes e para avaliação do custo/efetividade dos transplantes com a incorporação de novas tecnologias.

Outra medida associada foi o enfrentamento da escassez de doadores, especialmente pela recusa familiar, suprimindo lacunas existentes na formação acadêmica dos profissionais de saúde da área de procura e viabilização de potenciais doadores. Para tanto, foram projetados cursos de imersão com oficinas práticas, com uso de manequins especializados, equipamentos e atores, além da presença de importantes especialistas no cenário nacional e internacional, que tiveram procura maciça de nossos profissionais.

Isso tencionou a necessidade de ampliação das vagas e do número de cursos, além de correções nos cálculos dos custos já que foram subestimados em relação a algumas necessidades no investimento inicialmente previsto. Desta forma, foram capacitados aproximadamente 250 profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, com impacto positivo na doação no final de 2014, com aumento de 70% no número de doadores de 2010 a 2014, e cuja tendência de crescimento, a se confirmar em 2015, levará o Rio Grande do Sul de volta ao protagonismo no cenário nacional.

Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU (CRUE/RS)

O atendimento do SAMU 192 é regulado através de 5 Centrais de Regulação das Urgências: 1 Central Estadual, 3 Centrais Regionais (Bagé, Caxias do Sul e Pelotas) e 1 Central Municipal (Porto Alegre).

No ano de 2014 a Central Estadual de Regulação das Urgências realizou mais de 1,5 milhões de atendimentos apresentados no quadro a seguir.

Quadro 94. Produção da Central Estadual das Urgências por Quadrimestre de Atendimento, ano de 2014, Rio Grande do Sul.

Procedimento	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	Total
030103001-4 SAMU 192 Atendimento das chamadas recebidas pela Central de Regulação das Urgências (atendidas pelo tecnico Auxiliar de Regulação Médica)	493.411	470.180	481.319	1.444.910

030103014-6 SAMU 192 Atendimento das chamadas recebidas pela Central de Regulação das Urgências com orientação (prestada pelo médico regulador)	43.460	42.865	41.959	128.284
030103013-8 SAMU 192- Envio de Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB) e/ou Motolância	41.518	42.054	43.554	127.126
030103012-0 SAMU 192- Envio de Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA) e/ou Aeromédico	7.312	7.132	8.806	23.250
Total	585.701	562.231	575.638	1.723.570

Fonte: True Technology System.

Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA/RS)

O quantitativo total anual de 309.007 consultas reguladas é 36,4% superior ao valor de 2013 e está dividido da seguinte forma: 113.731 consultas referentes à oferta de Porto Alegre destinada a não residentes na capital, 24.649 consultas referentes aos serviços de reabilitação em todo o estado, 162.248 consultas referentes às ofertas regionais reguladas pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e 5.379 consultas da oferta especial de Canoas, sob regulação da Central Estadual de Regulação Ambulatorial – CRA/RS, cujo processo iniciou em agosto/2014.

Os dados relativos ao período de 2014 constam na tabela 13.

Tabela 13. Consultas Especializadas Reguladas sob Gestão da SES/RS, 2014.

Mês/Ano	Consultas Especializadas Reguladas pela CRA/RS	Consultas Especializadas Reguladas pela CRA/RS e CRS	Consultas Especializadas Reguladas pelas CRS																			Consultas Especializadas Reguladas pela CRA/RS	TOTAL			
			TOTAL	1ªCRS	2ªCRS	3ªCRS	4ªCRS	5ªCRS	6ªCRS	7ªCRS	8ªCRS	9ªCRS	10ªCRS	11ªCRS	12ªCRS	13ªCRS	14ªCRS	15ªCRS	16ªCRS	17ªCRS	18ªCRS			19ªCRS	Consultas Especializadas em CANOAS para Não Residentes	
Total	113.731	24.649	165.248	159	4.953	7.078	6.329	0	65.308	758	3.230	5.803	5.135	1.196	5.391	14.984	0	3.389	21.675	10.768	9.062	30	5.379	309.007		
jan/14	8.855	1.637	8.210						4.891		267	459		112		758		202		797	724				18.702	
fev/14	8.463	1.925	8.801						5.266		239	355		107		875		270		749	940				19.189	
mar/14	8.994	1.974	8.462						5.189		251	448		83		704		253		751	783				19.430	
abr/14	9.010	2.103	8.943						4.900		201	419		117		706		244	782	751	823				20.056	
1º Quad.	35.322	7.639	34.416	0	0	0	0	0	20.246	0	958	1.681	0	419	0	3.043	0	969	782	3.048	3.270	0	0	0	0	77.377
mai/14	10.414	2.155	10.239						5.352		323	490		119		936		300	1.063	855	801					22.808
jun/14	7.212	1.921	11.414		602	497			5.323		293	452		79	14	1.298		296	1.144	789	627					20.547
jul/14	10.003	2.184	12.487		502	471			5.554		264	592		115	566	1.306		299	1.259	996	563					24.674
ago/14	10.214	2.236	13.671		504	329			5.576		268	594	569	98	646	1.316		300	2.066	823	582			135		26.256
2º Quad.	37.843	8.496	47.811	0	1.608	1.297	0	0	21.805	0	1.148	2.128	569	411	1.226	4.856	0	1.195	5.532	3.463	2.573	0	135	0	135	94.285
set/14	10.472	2.318	16.618		479	678			5.747	48	290	562	828	101	783	1.575		300	3.269	1.158	800					30.504
out/14	11.095	2.217	19.883		885	1.167			6.702	248	281	588	1.031	110	783	1.833		299	4.320	1.083	558					34.786
nov/14	9.621	1.929	23.938	81	963	1.911	3.040		5.957	183	267	450	1.386	80	1.373	1.768		309	4.223	1.079	868					37.079
dez/14	9.378	2.050	22.582	78	1.018	2.025	3.289		4.851	279	286	399	1.321	75	1.226	1.909		317	3.549	937	993	30				34.976
3º Quad.	40.566	8.514	83.021	159	3.345	5.781	6.329	0	23.257	758	1.124	1.994	4.566	366	4.165	7.085	0	1.225	15.361	4.257	3.219	30	5.244	0	5.244	137.345

Fonte: Núcleo de Monitoramento e Avaliação - CRE/RS

As consultas marcadas em Porto Alegre, Canoas e em toda a rede de reabilitação correspondem somente às primeiras consultas (aproximadamente 20% do total), enquanto que as consultas reguladas por algumas CRS, para acesso às respectivas referências regionais, incluem as consultas de retorno.

Exames com acesso regulado:

Atualmente, o acesso aos exames cuja regulação está sob gestão estadual (oferta de serviços regionais) ou regulação compartilhada (oferta de Porto Alegre) é regulado através do Sistema Informatizado de Regulação - SISREG, pelas Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS, com apoio da Central Estadual de Regulação Ambulatorial – CRA/RS.

Apesar do crescimento significativo do quantitativo de exames regulados do primeiro para o terceiro quadrimestre (118%) do ano de 2014, ainda não foi suficiente para o alcance das metas estabelecidas. Isso aconteceu por dois motivos: a ampliação da regulação ambulatorial informatizada tem priorizado as consultas especializadas e ocorreram problemas na ocupação das cotas de exames em Porto Alegre em razão do déficit de oferta cadastrada no sistema pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS da capital.

Apesar disso, o conjunto das CRS agendou, sob coordenação do Complexo Regulador Estadual – CRE/RS, em 2014, 17.974 exames no segundo quadrimestre e 39.139 no ano (tabela 14).

A tabela 3 discrimina o quantitativo de exames agendados em Porto Alegre, por mês e Coordenadoria Regional de Saúde.

Tabela 14. Exames Regulados sob Gestão da SES/RS, 2014.

Mês/Ano	Oferta de Porto Alegre - exames regulados pelas CRSs e CRA/RS	Oferta de Serviços Regionais - Exames Reguladas pelas CRSs																			TOTAL
		SISREG POA	Total	1ªCRS	2ªCRS	3ªCRS	4ªCRS	5ªCRS	6ªCRS	7ªCRS	8ªCRS	9ªCRS	10ªCRS	11ªCRS	12ªCRS	13ªCRS	14ªCRS	15ªCRS	16ªCRS	17ªCRS	
Total	13.248	25.891	0	0			3.390		0	90	249	0	0	3.959		0	1.968	1.656	13.747		39.139
jan/14	433	1.211	0	0			161		0	0		0	0	326		0	0	69	655		1.644
fev/14	601	1.083	0	0			142		0	0		0	0	283		0	0	107	551		1.684
mar/14	770	1.162	0	0			140		0	0		0	0	285		0	0	99	638		1.932
abr/14	1.331	1.647	0	0			117		0	0		0	0	319		0	0	137	1.074		2.978
mai/14	806	2.166	0	0			129		0	0		0	0	293		0	0	154	1.590		2.972
jun/14	1.497	1.632	0	0			138		0	0		0	0	317		0	0	140	1.037		3.129
jul/14	1.491	2.042	0	0			152		0	68		0	0	384		0	0	150	1.288		3.533
ago/14	1.248	2.045	0	0			112		0	22	0	0	0	381		0	133	165	1.232		3.293
set/14	1.193	2.489	0	0			198	44	0	0	0	0	0	345		0	429	123	1350		3.682
out/14	1.318	2.890	0	0			187	51	0	0	0	0	0	355		0	499	166	1632		4.208
nov/14	1.345	4.001	152	0	0	0	1.143	49	0	0	123	0	0	394		0	435	152	1553		5.346
dez/14	1.215	3.523	100	0	0	0	771	52	0	0	126	0	0	277		0	472	194	1.147	384	4.738
1º quad	3.135	5.103	0	0	0	0	560	0	0	0	0	0	0	1.213	0	0	0	412	2.918	0	8.238
2º quad	5.042	7.885	0	0	0	0	531	0	0	90	0	0	0	1.375	0	0	133	609	5.147	0	12.927
3º quad	5.071	12.903	252	0	0	0	2.299	196	0	0	249	0	0	1.371	0	0	1.835	635	5.682	384	17.974

Fonte: Núcleo de Monitoramento e Avaliação - CRE/RS

Tabela 15. Exames Regulados pelas CRS e CRA/RS para Oferta em Porto Alegre, 2014.

	Total	1ªCRS	2ªCRS	3ªCRS	4ªCRS	5ªCRS	6ªCRS	7ªCRS	8ªCRS	9ªCRS	10ªCRS	11ªCRS	12ªCRS	13ªCRS	14ªCRS	15ªCRS	16ªCRS	17ªCRS	18ªCRS	19ªCRS
Total	13.248	9.137	2.063	25	2	44	0	0	40	0	195	0	92	7	0	7	4	0	1.632	0
jan/14	433	224	60	0	0	0	0	0	0	0	15	0	2	0	0	0	0	0	132	0
fev/14	601	263	80	1	0	0	0	0	4	0	20	0	6	0	0	0	2	0	225	0
mar/14	770	429	143	5	0	1	0	0	1	0	20	0	8	0	0	1	0	0	162	0
abr/14	1.331	1.006	37	1	0	1	0	0	2	0	20	0	9	0	0	1	0	0	254	0
1º Quad	3.135	1.922	320	7	0	2	0	0	7	0	75	0	25	0	0	2	2	0	773	0
mai/14	806	491	162	7	0	3	0	0	5	0	18	0	10	0	0	2	1	0	107	0
jun/14	1.497	1.253	121	3	0	4	0	0	3	0	18	0	8	0	0	1	0	0	86	0
jul/14	1.491	1.232	130	2	0	4	0	0	2	0	15	0	9	0	0	0	0	0	97	0
ago/14	1.248	879	222	1	0	9	0	0	0	0	15	0	8	5	0	0	0	0	109	0
2º Quad	5.042	3.855	635	13	0	20	0	0	10	0	66	0	35	5	0	3	1	0	399	0
set/14	1.193	808	237	0	0	4	0	0	4	0	14	0	8	0	0	0	1	0	117	0
out/14	1.318	892	276	3	0	8	0	0	2	0	19	0	8	0	0	0	0	0	110	0
nov/14	1.345	894	298	0	0	10	0	0	2	0	14	0	8	1	0	1	0	0	117	0
dez/14	1.215	766	297	2	2	0	0	0	15	0	7	0	8	1	0	1	0	0	116	0
3º Quad	5.071	3.360	1.108	5	2	22	0	0	23	0	54	0	32	2	0	2	1	0	460	0

Fonte: Núcleo de Monitoramento e Avaliação - NMA/CRE/RS

Pior resultado █ █ █ █ Melhor resultado

Indicadores de regulação ambulatorial pactuados no Plano Estadual de Saúde

O déficit médio mensal (número de novas solicitações de consultas dividido pelo número de cotas) é avaliado, mensalmente, para a oferta de consultas em Porto Alegre e vem apresentando redução, pois, em fevereiro de 2012, chegou a 2,02 e, em dezembro de 2014, obteve o resultado de 1,20 novas solicitações para cada cota de consulta especializada na capital. Esse avanço é resultado de ações de gestão da lista de espera pactuadas no Grupo de Trabalho – GT de Regulação e a aprovação de protocolos de regulação ambulatorial, em parceria com o TELESSAÚDE/RS, com a finalidade de qualificar os cadastros de solicitação de consulta especializada.

A ocupação da oferta de consultas especializadas de Porto Alegre tem se mantido acima de 90% (figura 20), com exceção dos meses de abril/14, em função de liberação tardia de oferta do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, e dezembro de 2014, cujas causas estão sendo avaliadas.

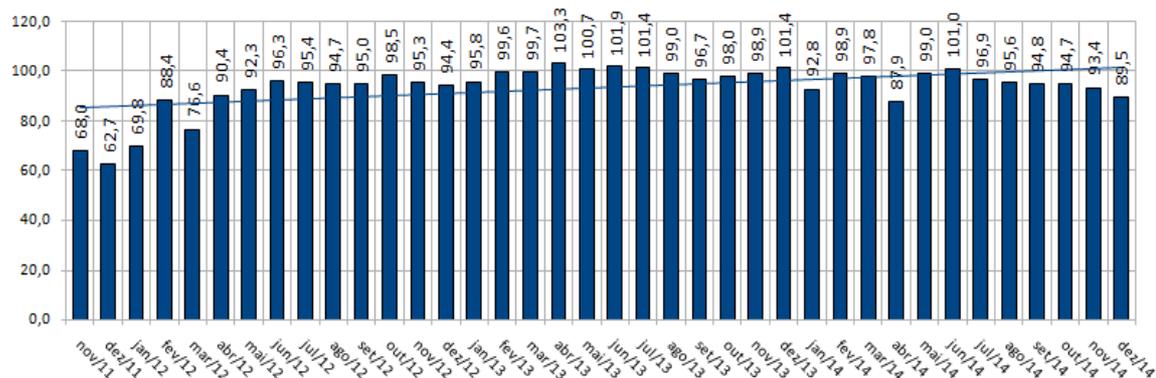


Figura 20. Percentual de Utilização das Consultas Médicas Especializadas de Porto Alegre para não Residentes, Novembro/2011 a Dezembro/2014.

As ações de gestão da lista de espera e de otimização da oferta disponibilizada têm impactado positivamente na tendência de crescimento da demanda reprimida por consultas especializadas na capital, conforme demonstrado na figura 21.

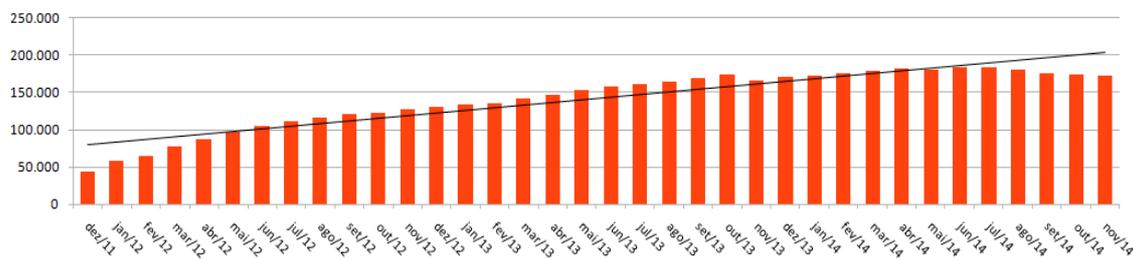


Figura 21. Lista de Espera para Consulta Médica Especializada, Ofertada em Porto Alegre para não Residentes, Dezembro/2011 a Novembro/2014

A meta de elaboração de 10 (dez) protocolos de encaminhamento (regulação) proposta no Plano Estadual de Saúde 2012-2015 já foi cumprida em 2014, visto que, através do convênio com o Telessaúde e do trabalho da equipe da CRA/RS, 15 protocolos de regulação ambulatorial já foram elaborados e aprovados. Os protocolos aprovados são: Reabilitação Física, Reabilitação Auditiva, Obesidade Mórbida, Hipertireoidismo, Nódulos de Tireóide, Bócio Multinodular, Doença Renal Crônica, Infecção de Repetição, Litíase Renal, Hipertensão Arterial Sistêmica, Cistos/Doença Policística Renal, Diabetes Mellitus, Doença Falciforme e Hepatites Virais.

Outras realizações de regulação ambulatorial:

- Monitoramento contínuo dos indicadores de processo e resultados relacionados à regulação de consultas e exames: essa atividade tem a finalidade de orientar o planejamento do processo de ampliação da regulação e da contratação da rede de atenção.

- Integração da CRA/RS - Central Estadual de Regulação Ambulatorial ao Telessaúde, com a finalidade de qualificar a demanda por consultas especializadas: essa iniciativa tem o objetivo de encaminhar a elaboração de protocolos de regulação e de qualificar o processo de gestão da lista de espera, através implantação dos mesmos e do contato com a atenção básica.

- Expansão da Regulação Ambulatorial Informatizada: a implantação de sistema informatizado de regulação - SISREG já ocorreu em dezoito CRS, de forma integrada com a Central Estadual de Regulação Ambulatorial - CRA/RS. A última Coordenadoria Regional de Saúde (5ªCRS – Caxias do Sul) será capacitada em março/2015, pelo Complexo Regulador Estadual, de forma que até maio/2015, todas as dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde deverão contar com processo regulatório informatizado. Essa ação foi aprovada na CIB/RS, em dezembro de 2012, e vem sendo implantada com boa evolução (ver figura 22) e com prioridade para as especialidades de oncologia e traumatologia/ortopedia.

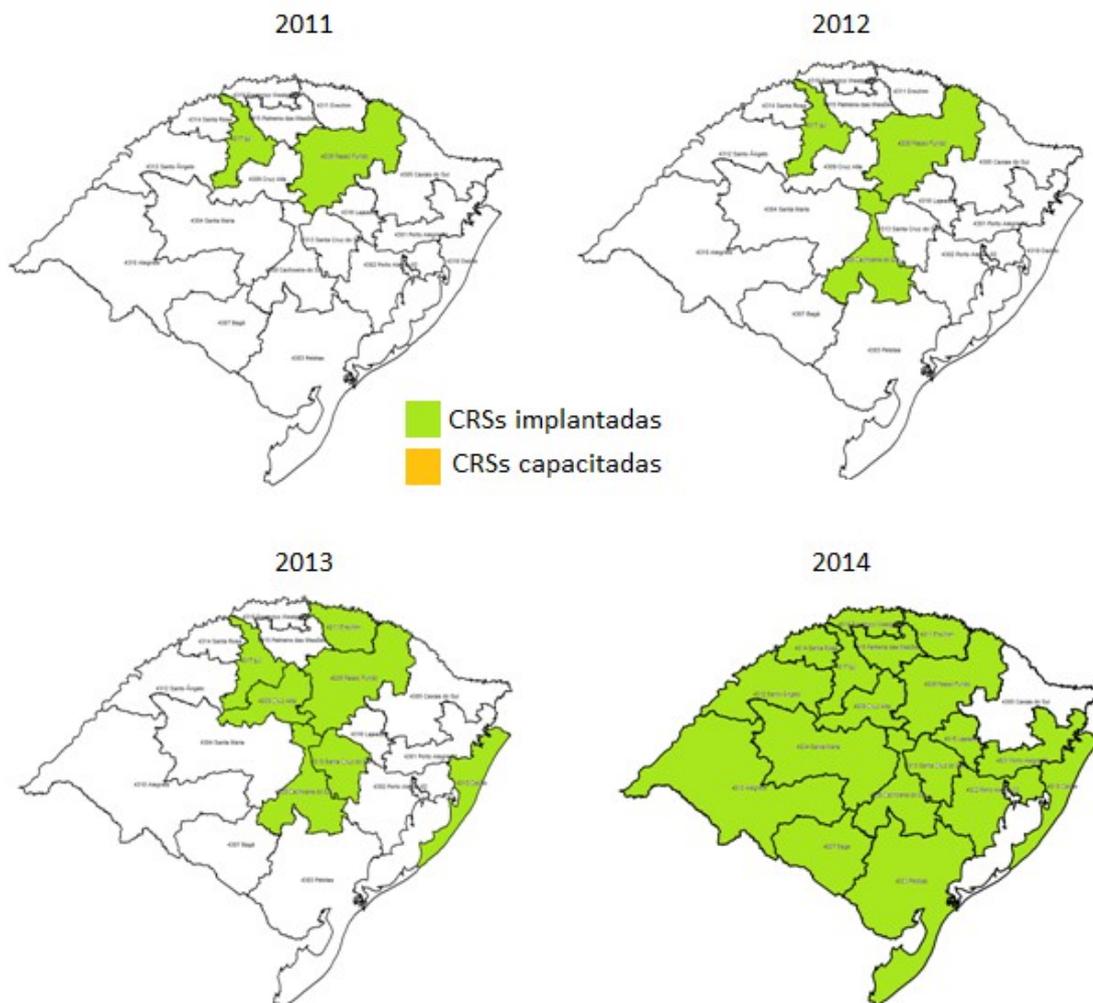


Figura 22. Evolução da Implantação da Regulação Ambulatorial Informatizada nas CRS, 2011 a Agosto de 2014

Dentro do projeto de expansão da regulação ambulatorial informatizada, a SES/RS iniciou, a partir de agosto/2014, a regulação compartilhada com a SMS de Canoas da oferta de consultas especializadas daquele município, para não residentes, a exemplo do processo implantado em Porto Alegre em 2011.

Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS)

Do total anual de 14.351 solicitações cadastradas na Central Estadual de Regulação Hospitalar - CRH/RS, 11.119 (77,5%) foram pedidos de internação em Unidades de Terapia Intensiva – UTI Adulto, Pediátrica ou Neonatal (Tabela 16). Considerando esse quantitativo anual, 71,4% (10.241) foram internados/transferidos, 6,6% (952) canceladas por óbito durante o processo regulatório e 22% (3.158) canceladas por outros motivos (melhora do quadro clínico, opção do familiar pela não transferência e/ou reavaliação de indicação da mesma pelo médico assistente e médico regulador). Cabe salientar que, dos cancelamentos por óbito, 147 ocorreram após a reserva do leito na unidade executante da transferência hospitalar.

Tabela 16. Solicitações de Internação Hospitalar Reguladas pela CRH/RS, 2014

Mês	Total GERAL	Total UTI	UTI AD	UTI NEO	UTI PED	Outros
TOTAL	14.351	11.119	6.671	3.278	1.170	3.232
jan/14	1.076	870	506	288	76	206
fev/14	1.006	800	491	241	68	206
mar/14	1.132	922	488	375	59	210
abr/14	1.123	907	506	319	82	216
1º Quad	4.337	3.499	1.991	1.223	285	838
mai/14	1.317	1.027	607	321	99	290
jun/14	1.314	1.039	633	258	148	275
jul/14	1.380	1.081	635	272	174	299
ago/14	1.231	971	608	260	103	260
2º Quad	5.242	4.118	2.483	1.111	524	1.124
set/14	1.235	937	611	219	107	298
out/14	1.179	849	535	217	97	330
nov/14	1.216	849	542	229	78	367
dez/14	1.142	867	509	279	79	275
3º Quad	4.772	3.502	2.197	944	361	1.270

Fonte: Núcleo de Monitoramento e Avaliação - CRE/RS

Considerando a média de permanência em UTI, os dados acima levam à estimativa de 167 leitos de terapia intensiva com ocupação regulada pela CRH/RS no período, o que corresponde a 18% dos leitos sob gestão estadual ou gestão municipal sem central de regulação hospitalar. Como não há regulação obrigatória de leitos pela SES, essa estimativa foi calculada considerando o número de internações reguladas, o número de leitos SUS e a média de permanência em UTI.

Em 2014, o percentual de transferências até 300 km (94,7% para o total e 93,6% para UTI) e o percentual de solicitações de transferência hospitalar com conclusão do processo regulatório em até duas horas (26,5% para o total e 31,6% para UTI) tiveram desempenho considerado satisfatório em relação à meta pactuada no PES/RS 2012-2015 (90% e 30%, respectivamente). Os dados desses dois indicadores estão detalhados nas tabelas 5 e 6, demonstrando a variação por quadrimestre. Cabe salientar que o segundo quadrimestre contempla os meses de inverno, cuja maior incidência de doenças respiratórias implica em maior necessidade de leitos hospitalares, especialmente de UTI adulto e pediátrica (figuras 23 e 24), e pode provocar eventuais quedas nos resultados dos indicadores de qualidade do processo regulatório. Com o objetivo de minimizar esses efeitos, a SES/RS ampliou a compra de leitos de UTI em hospitais privados e a autorização para utilização de leito extra em hospitais contratados com leitos SUS esgotados (tabela 19).

Tabela 17. Solicitações de Internação/Transferência Hospitalar Reguladas pela CRH/RS, de Acordo com a Distância da Transferência, 2014

	total		1 quadrimestre		2 quadrimestre		3 quadrimestre	
	%	N	%	N	%	N	%	N
% de transferências até 300km sobre total de transferências	94,7%	9.698	92,6%	2.865	95,1%	3.450	96,1%	3.383
% de transferências para UTI até 300km sobre total de transferências UTI	93,6%	7.559	91,5%	2.312	94,2%	2.719	95,1%	2.528
% de transferências para UTI AD até 300km sobre total de transferências UTI AD.	96,3%	4.918	94,0%	1.446	96,9%	1.801	97,7%	1.671
% de transferências para UTI PED até 300km sobre total de transferências UTI PED	85,9%	739	82,0%	187	88,1%	296	86,5%	256
% de transferências para UTI NEO até 300km sobre total de transferências UTI NEO	90,4%	1.902	89,1%	679	90,0%	622	92,2%	601
% de transferências até 150km sobre total de transferências	76,5%	7.832	74,9%	2.318	76,3%	2.765	78,1%	2.749
% de transferências para UTI até 150km sobre total de transferências para UTI	76,1%	6.143	75,2%	1.900	77,4%	2.235	75,5%	2.008
% de transferências para UTI AD até 150km sobre total de transferências para UTI AD	81,1%	4.141	79,8%	1.227	81,9%	1.522	81,4%	1.392
% de transferências para UTI PED até 150km sobre total de transferências para UTI PED	67,6%	581	64,0%	146	72,0%	242	65,2%	193
% de transferências para UTI NEO até 150km sobre total de transferências para UTI NEO	67,5%	1.421	69,2%	527	68,2%	471	64,9%	423

Tabela 18. Solicitações de Internação/Transferência Hospitalar Reguladas pela CRH/RS, de Acordo o Tempo de Conclusão do Processo Regulatório, 2014

	total		1 quadrimestre		2 quadrimestre		3 quadrimestre	
	%	N	%	N	%	N	%	N
% Casos Regulados concluídos em até 2h	26,5%	3.797	26,1%	1.131	24,2%	1.270	29,3%	1.396
% de Casos UTI Regulados em até 2h	31,6%	3.515	31,0%	1.084	28,7%	1.180	35,7%	1.251
% de Casos UTI AD Regulados em até 2h	36,4%	2.425	37,4%	745	34,9%	867	37,0%	813
% de Casos UTI PED Regulados em até 2h	25,7%	301	35,4%	101	14,3%	75	34,6%	125
% de Casos UTI NEO Regulados em até 2h	24,1%	789	19,5%	238	21,4%	238	33,2%	313

UTI ADULTO

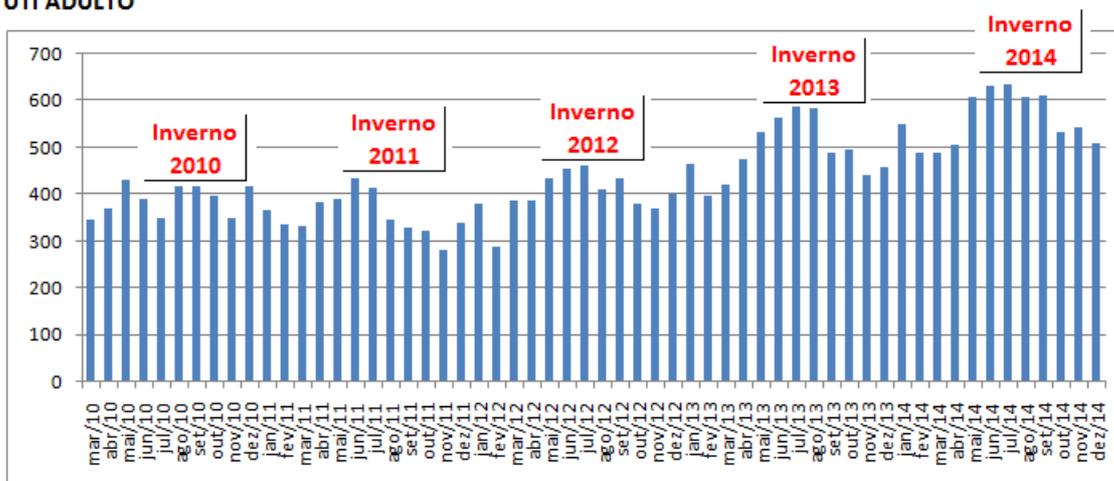


Figura 23. Solicitações de Transferência/Internação Hospitalar para UTI Adulto, Central Estadual de Regulação Hospitalar, Março/2010 a Dezembro/2014

UTI PEDIÁTRICA

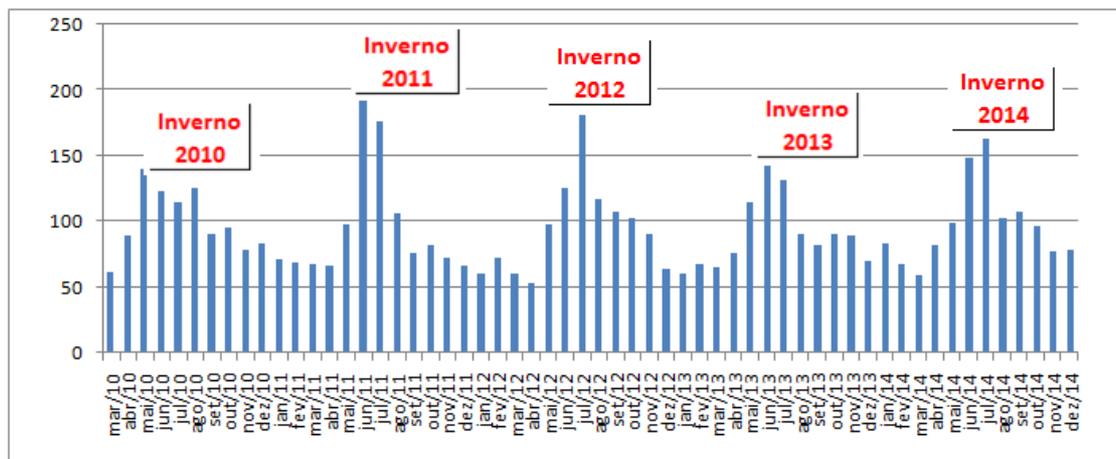


Figura 24. Solicitações de Transferência Hospitalar para UTI Pediátrica, Central Estadual de Regulação Hospitalar, Março/2010 a Dezembro/2014.

Tabela 19. Compra de Leito de UTI em Hospitais Privados e Autorizações de Leitos Extras de UTI, 2014

Mês	Total	% sobre Transferências	Compra leito UTI Hospital privado	Autorização Leito UTI Extra
TOTAL	476	4,6%	137	339
jan/14	20		13	7
fev/14	24		15	9
mar/14	21		12	9
abr/14	46		16	30
1º Quad	111	3,6%	56	55
mai/14	73		17	56
jun/14	64		8	56
jul/14	86		13	73
ago/14	60		12	48
2º Quad	283	7,8%	50	233
set/14	32		8	24
out/14	16		9	7
nov/14	19		8	11
dez/14	15		6	9
3º Quad	82	2,3%	31	51

Fonte: Núcleo de Monitoramento e Avaliação - CRE/RS

Outras realizações de regulação hospitalar:

- Monitoramento mensal de indicadores de resolutividade de regulação hospitalar: esse processo permite o ajuste das rotinas e a adoção de medidas emergenciais, quando necessário.
- Compra de leito privado e autorização de leito extra SUS: essa rotina é praticada mediante avaliação e autorização dos médicos reguladores da Central Estadual de Regulação Hospitalar

- CRH/RS, quando constatada a necessidade imediata do leito de UTI e indisponibilidade do mesmo na rede SUS.
- Contratação de transporte medicalizado, terrestre e aéreo, por licitação pública, para complementação à rede do SAMU/RS.

OBJETIVO: Fortalecer a Infraestrutura e Logística

Fortalecimento da infraestrutura da Escola de Saúde Pública (ESP)

O Relatório de Gestão da Escola de Saúde Pública (ESP) encontra-se em arquivo Anexo II.

Fortalecimento da infraestrutura da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS)

O Relatório da FEPPS encontra-se em arquivo Anexo III.

OBJETIVO: Promover a gestão da informação, inovação e da incorporação tecnológica no SUS

Gestão da Tecnologia da Informação

No dia 28 de novembro de 2014, foi instituído pelo Governador do Estado o Decreto de nº 55.099, que altera o decreto nº 44.050, referente ao Regimento Interno da Secretaria da Saúde, criando então o Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação. Após esta data, a Secretaria de Saúde do Estado passa a contar com um novo departamento estratégico, pensado para atuar na gestão horizontal das demandas de uma forma a coordenar em âmbito estadual o desenvolvimento e a implantação dos sistemas de informação em saúde em conjunto com os demais departamentos. Um bom gerenciamento dos recursos de TI visa ampliar o conhecimento e aperfeiçoar a infra-estrutura de tecnologia da organização, seja por meio de investimentos realizados, pela utilização da TI e pela própria alocação desses recursos (em pessoal, tecnologias, estruturas de suporte). Assim, para que a TI possa auxiliar a organização a atingir seus objetivos de negócios, a mesma precisa contar com uma boa infra-estrutura tecnológica, bem como pessoal capacitado e orçamento adequado que garanta a manutenção dos serviços.

SGE - Sistema de Gestão Estratégica - <http://ti.saude.rs.gov.br/sge>

Da fusão metodológica entre o pensar dos processos de trabalho na produção da informação e a tecnologia da informação através da consolidação de uma ferramenta, foi possível articular um movimento inicial de cultura da informação de modo a construir sentido nessa iniciativa. O Sistema de Gestão Estratégica configurou-se como um dos produtos dessa proposta possibilitando a visualização das informações das próprias áreas temáticas como também das outras áreas e departamentos da secretaria de saúde, atuando no compartilhamento destas. Outro importante produto foi o resultado da construção coletiva da informação, o Colegiado da Informação, atuando como dispositivo de educação permanente sendo capaz de mobilizar a produção da informação alicerçada no empoderamento dos atores e cogestão orientando contratos dentro dos processos de trabalho.

As reuniões do Colegiado da Informação constituíram-se num importante instrumento de apresentação e apropriação da ferramenta do SGE e articulação do processo de organização da informação, envolvendo o Gabinete da Secretaria de Saúde e as áreas responsáveis pela coordenação da atenção básica, da assistência de média e alta complexidade, do Fundo Estadual de Saúde e do Departamento de Assistência Farmacêutica.

O trabalho do Colegiado da Informação resultou na realização de mais de 50 encontros com as diferentes áreas produtoras de dados/informação o que convergiu na consolidação de aproximadamente 200 indicadores que possuem uma fácil acessibilidade através do SGE. Também foram realizados cerca de 10 seminários sobre o tema da gestão da informação em conjunto com as Mostras Regionais da Atenção Básica. As informações sistematizadas no SGE podem ser visualizadas em diferentes formatos, conforme necessidade do usuário. Há a possibilidade de visualização da informação no formato tabular ou apresentado em mapas. As informações também podem ser apresentadas por série histórica, ou em diferentes níveis de agregação: município, região de saúde, coordenadoria regional de saúde e macrorregião de saúde.

Visando fortalecer o processo de regionalização e descentralização da gestão do SUS, o SGE empoderado pelos apoiadores institucionais na lógica de fortalecimento das redes de atenção à saúde partindo da atenção básica, porém não limitados a ela, possibilitou um melhor matriciamento e qualificação das demandas do território fornecendo subsídios para a tomada de decisão e ações mais efetivas e eficazes. Os resultados de utilização do SGE foram medidos pelo uso da ferramenta que indicam um acesso de 550 diferentes usuários da SES com uma média de 50 acessos por dia (entre os meses de Julho a Setembro de 2014), tendo uma rejeição baixa⁷ (10%). O uso da ferramenta esteve presente em 90% das reuniões do colegiado de diretores da SES subsidiando a tomada de decisão da alta gestão do gabinete da secretaria de saúde e do governo. A proposta de Implementação da Cultura da Informação no âmbito da SES desenvolveu uma valoração simbólica para os trabalhadores, de fato a se incorporar no cotidiano de trabalho atuando tanto como ferramenta para a tomada de decisão quanto dispositivo de educação permanente.

O acesso a ferramenta é público e pode ser realizado pelo endereço <http://ti.saude.rs.gov.br/sge>.

Projeto Estratégico: Implantação da Política de TI no SUS/RS

DADOS DO PROGRAMA REDE SUS - RS

Estruturado para qualificar e agilizar o atendimento à saúde no RS, por meio da modernização e informatização da rede de atenção, otimizando as atividades dos profissionais de saúde e a gestão do Sistema Único de Saúde. O programa tem como público alvo os municípios gaúchos que aderirem ao Termo de Cooperação, apoiando prioritariamente as Unidades Básicas de Saúde com ESF e outros estabelecimentos selecionados, de acordo com critérios técnicos definidos. A normatização do programa consta na Resolução CIB 142/2014.

A implementação de soluções informatizadas nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, requer adequações de infraestrutura no que se refere à rede lógica e a elétrica, além de equipamentos de informática. O Programa REDE SUS RS foi instituído com vistas a criar condições que permitam o sucesso da política Federal de qualificação da informatização do SUS. O mesmo permite aporte financeiro aos municípios que possuem outras soluções de Tecnologia da Informação – que não aquelas disponibilizadas pelo ministério da saúde - bem como as soluções em TI incentivadas pela Secretaria Estadual da Saúde.

Dados do Programa

431 (86%) municípios aderiram ao programa;

1447 unidades básicas de saúde com ESF estão com diagnósticos da infraestrutura realizados;

1314 unidades básicas de saúde com ESF possuem Internet;

50% das unidades de saúde ESF possuem 1mb ou mais de velocidade de Internet;

74% das unidades de saúde com ESF necessitam de adequação elétrica e lógica nas unidades básica;

137 municípios receberam recursos para informatização das unidades básicas de saúde com ESF.

⁷ A rejeição à ferramenta é descrita pelo acesso do usuário que entra no sistema e permanece na mesma por menos de 30 segundos.

OBJETIVO: Promover e qualificar a Gestão do Trabalho em saúde**Indicador 61: Proporção de Trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos**

De acordo com a definição do CNES** de trabalhadores com vínculo protegido e considerando as informações referentes às categorias que não caracterizam vínculo empregatício (Protegido e desprotegido), constatamos que dos 5.163 (consultoria e vínculo empregatício) trabalhadores do SUS vinculados ao Estado/RS em dezembro de 2014, a proporcionalidade daqueles que se encontram com vínculo protegido é de 99.4%.

****Calculado conforme a orientação do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 -2015 do Ministério da Saúde.**

Tendo em vista o disposto na Lei nº 13.417 foi instituído o Decreto 50.980 de 4 de dezembro de 2013 que Aprova o Regulamento de Promoções do Quadro de Pessoal da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. No propósito de dar materialidade a referida Lei.

A SES cumpriu com a meta programada 2012-2015 de realizar concurso público. CONCURSO/SES Nº 01/2013 - Concurso Público da Secretaria da Saúde do RS – 2013, com as seguintes especificações de formação:

- MÉDIO - 206
 - TÉCNICO - 233
 - SUPERIOR - 1061
- TOTAL = 1500 VAGAS

Até o presente momento foram chamados 712 novos servidores, aguardando liberação do governo estadual para novo chamamento, sendo que o concurso tem vigência por 2 anos, prorrogável por igual período.

Visando o acolhimento aos novos concursados, estagiários, contratados e cargos comissionados a DRH elaborou um projeto de integração que tem como objetivo situar o novo integrante no contexto da organização, auxiliando-o no seu processo de adaptação, permitindo que esse se aproprie dos saberes e fazeres da mesma, o que irá lhe despertar o real sentimento de pertencimento e integração a sua equipe. O citado projeto encontrasse em análise do Departamento Administrativo (DA).

O Concurso Público para o Quadro da FEPPS, está em andamento desde 2013 para contratação em 2015, com revisão das expertises exigidas, a fim de que o certame oportunize a seleção de profissionais bem qualificados e de perfis adequados às peculiaridades das atividades da Fundação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento do planejamento do SUS utilizado para a comprovação da aplicação dos recursos, apresentando os resultados alcançados com a execução da programação anual em saúde.

Fazendo uma avaliação do processo de construção do Relatório Anual de Gestão através do Sistema informatizado disponibilizado pelo Ministério, percebemos que somente as informações constantes nos formulários não subsidiam suficientemente uma maior avaliação da execução das ações em saúde. Dessa forma, apresentamos este anexo como parte integrante do Relatório Anual de Gestão. Observa-se um avanço no que diz respeito ao tratamento das informações na medida em que são apresentadas e estruturadas em conformidade com as Diretrizes, Objetivos e Metas dispostos no Plano Estadual de Saúde 2012-2015, que por sua vez está em sintonia com o Plano Nacional.

Ressaltamos que, embora a obrigatoriedade do envio do RAG 2014 ocorra até o final de março, os resultados dos indicadores e dos dados de produção são preliminares e/ou parciais.

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

**RELATÓRIO DE GESTÃO 2011-2014
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/RS**

Diretriz - Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva:

Incentivo as ações de educação e pesquisa em saúde tendo em vista contribuir para o desenvolvimento tecnológico e a qualificação do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do sul, fortalecendo a Escola de saúde pública como polo de formação de trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde.

Objetivos:

- 1- Desenvolver estratégias de Educação Permanente em Saúde.
- 2- Consolidar a Política Estadual de Residência Integrada em Saúde.
- 3- Construir e Implementar a Política Estadual de Incentivo à Pesquisa.
- 4- Desenvolver e implementar ferramentas para a Educação à distância.
- 5- Fortalecimento da Infraestrutura e Logística da Escola de Saúde Pública.

PRINCIPAIS REALIZAÇÕES	
Educação Permanente em Saúde	
No âmbito da Educação em Saúde Coletiva:	<p>-Apoio à CIES: articulação das comissões interinstitucionais de Educação Permanente, com a realização de encontros mensais.</p> <p>-Realização de encontros bimensais na temática de Redução de Danos.</p> <p>-Apoio Vivências e Estágios na Realidade do SUS – VERSUS: realização de 22 edições no RS contemplando 472 alunos.</p> <p>-Formação de Facilitadores para o projeto VERSUS- duas edições envolvendo ao todo 141 participantes.</p> <p>-Apoio aos Movimentos Sociais: realização dos Cursos de Promotores Populares em Saúde – 3 turmas envolvendo 105 alunos; realização de 30 edições do curso de Educação Popular em Saúde- envolvendo 1050 alunos; Rodas de Conversa sobre saúde dos povos indígenas e da população afrodescendente; I Congresso Latino Americano Povos Indígenas e Interculturalidade/VIII Seminário Povos Indígenas e o Estado: Culturas, Direitos e Sistemas de Saúde.</p> <p>-Apoio institucional - nas regiões de Santa Maria, Ijuí, Erechim, Passo Fundo e Pelotas.</p> <p>-Atividades voltadas aos trabalhadores da SES: acolhimento aos novos servidores nas CRS, oficinas mensais de Educação Permanente com representantes de NURESC e NUMESC.</p> <p>-Realização de Curso de Informática Básica para os servidores da ESP e da FEPPS/RS; com o objetivo de qualificar o uso de softwares e aplicativos de informática no dia a dia dos trabalhadores da instituição. Concluíram os cursos 222 pessoas.</p> <p>-Contratação de consultores para a organização dos cursos previstos no plano de trabalho do convênio APLFito.</p>
No âmbito da Educação Profissional:	<p>-Realização de 8 turmas do Curso de Qualificação de ACS, pertencentes ao município de Porto Alegre (totalizando uma média de 240 formandos).</p> <p>- Realização do Curso Aperfeiçoamento em Saúde do Idoso: CRS abrangidas: 4ª, 6ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª, 16ª, 17ª e 19ª (517 alunos formados e 35 alunos em curso). Em fase de contratação a instituição parceira para a realização do curso na 5ª CRS e em processo de licitação para o curso na 13ª CRS.</p> <p>- Realização do Curso Auxiliar de Saúde Bucal: CRS abrangidas: 3ª, 6ª, 9ª, 10ª, 12ª, 15ª, e 19ª (120 alunos formados e 175 alunos em curso). Em fase de contratação a instituição parceira para a realização do curso na 2ª CRS.</p> <p>-Formação em Saúde Mental com ênfase em crack, álcool e outras drogas- Caminhos do Cuidado para ACS e auxiliares e técnicos de enfermagem da atenção básica: 302 turmas- 10570 alunos</p> <p>- Realização do Curso Acompanhamento Terapêutico- 2 turmas contemplando 80 alunos.</p> <p>- Realização do Curso Redução de Danos- 1 turma em 2012 contemplando 35 alunos.</p> <p>- Realização de processo seletivo de docentes que serão contratados para ministrar aulas nos cursos de qualificação de ACS que serão realizados descentralizados em todas as CRS a partir de março de 2015.</p>
No âmbito do Ensino de Pós-Graduação:	<p>-Realização do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: 1 turma- 35 vagas; em parceria com a UNIPAMPA.</p> <p>-Realização do Curso de Especialização em Envelhecimento Ativo: 2011- 1 turma- 35 vagas; em parceria com a PUCRS.</p> <p>-Encerramento do Curso de Especialização em Direito Sanitário: 2011- 1 turma- 35 vagas ; em parceria com a UNISINOS.</p> <p>-Encerramento do Curso de Especialização em Saúde Pública: 2011- 1 turma- 35 vagas ; em parceria com a UNISINOS.</p> <p>-Encerramento do Curso de Especialização em Saúde Pública Binacional: 2011- 1 turma- 35 vagas ; em parceria com a UNISINOS.</p> <p>- Realização do Curso de Especialização/Aperfeiçoamento em Educação e Informação em Saúde: ênfase na Educação Popular em Saúde: 2011 – 1 turma – 35 alunos; em parceria com a UNIVATES.</p> <p>-Realização do Curso de Especialização em Vigilância em Saúde: 1 turma- 35 vagas; em parceria com a UNISC.</p> <p>-Realização do Curso de Aperfeiçoamento Especializado em Gestão da Atenção Hospitalar: 1 turma- 35 vagas; em parceria com a FHMGV.</p> <p>-Realização dos Cursos de Aperfeiçoamento Gerencial para equipes municipais e regionais de saúde: 8 turmas- 240 vagas; em parceria com a URI, UNISC e UCS.</p>

	<p>- Encaminhamento ao Ministério da Educação de solicitação de credenciamento e autorização para oferta e certificação dos cursos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Especialização em Saúde Pública; 2 - Especialização em Vigilância em Saúde; 3- Especialização em Gestão da Atenção Hospitalar; 4 -Especialização em Gestão Participativa, Políticas Públicas e Saúde (EAD); 5- Especialização/Aperfeiçoamento em Educação e Informação em Saúde: ênfase na Educação Popular em Saúde.
Educação à distância	
Desenvolvimento e implementação de ferramentas educacionais para a educação à distância	- Aumento de banda de Internet, banda de rede cabeada via troca de equipamentos, antena e receptores. Em janeiro de 2014, a velocidade de Internet quintuplicou.
Política Estadual de Incentivo à Pesquisa	
Pesquisa	<p>Pesquisas desenvolvidas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidade de atuação no setor saúde (Coordenada pela FIOCRUZ/UFRGS, realizada em 2011-2012 com parceria da ESP/RS); 2-Formação e humanização do SUS: avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e São Paulo. (Estudo Multicêntrico que no RS foi coordenado pelo PPG de Psicologia Social e Institucional da UFRGS com parceria da ESP/RS) realizado no período de 2011-2014; 3-Ação Comunitária e mobilização popular na atenção primária em saúde (coordenada pela International People's Health University (IPHU) e desenvolvida em POA no período de 2009-2013 com parceria da ESP/RS) 4-Perfil dos Idosos no Rio Grande do Sul - promovida e financiada pela ESP/RS, realizada pelo Instituto de Gerontologia da PUCRS, no período de 2011-2012. 5- Uma análise do processo de implantação dos Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde Coletiva, enquanto estratégia de implementação das Políticas de Educação Permanente em Saúde e Humanização em municípios da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde – Coordenada e realizada pela ESP/RS com recurso do PPSUS/ FAPERGS – em andamento desde 2013.
Comitê de Ética	<ul style="list-style-type: none"> - Renovação do registro do CEPS/ESP junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (CNS) ocorreu em 29/01/2014, no cumprimento da Resolução CNS nº 466/12. - Implementação da Plataforma Brasil (PB) consolidou-se no CEPS/ESP no 1º semestre 2013. - De 01/11/2012 à 17/11/14 CEPS/ESP/RS emitiu 171 pareceres, tendo 135 projetos em andamento. - Secretário executivo (exclusivo para o CEP) desde agosto/2013 conforme Portaria 357/2013 - Diário Oficial Estado/RS, pág 51.
CEIDS	<ul style="list-style-type: none"> - Finalização de edição do Boletim da Saúde (2014), para publicação. - Contratação de empresa para diagramação e publicação de 4 edições do Boletim da Saúde. - Contratação de empresa para diagramação e publicação do Livro do Aluno e Livro do Docente para os cursos de qualificação em ACS. - Compra de livros de medicina para os locais de prática da Residência de Medicina de Família e Comunidade e para a biblioteca da ESP. - Publicação de revista comemorativa dos 50 anos da ESP. - Participação na Rede Biblio-SUS coordenada pelo Ministério da Saúde, representando a região sul.
Política Estadual de Residência Integrada em Saúde	
Ampliação, descentralização, desinstitucionalização e reconfiguração da RIS em redes de atenção e gestão.	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento da RIS (Médica e Multiprofissional) em seis municípios: Porto Alegre, Canoas, Esteio, Sapucaia do Sul, São Lourenço do Sul e Venâncio Aires. - Criação de uma nova Ênfase Multiprofissional – Vigilância em Saúde, que se somou às quatro ênfases já existentes (Atenção Básica, Saúde Mental Coletiva, Dermatologia Sanitária e Pneumologia Sanitária). - Parceria da ESP na criação e desenvolvimento de novos programas de Residência Médica nos municípios de Sapucaia do Sul (Psiquiatria, Pediatria, Clínica Médica e Anestesiologia), São Lourenço do Sul (psiquiatria) e Alegrete (Psiquiatria, Medicina de Família e Comunidade). - Reformulação da Ênfase em Saúde Mental, que passou a ser realizada em rede, contemplando serviços substitutivos em saúde mental. - Reformulação da Ênfase em Pneumologia Sanitária, que passou a ser realizada em rede. - Ampliação progressiva de vagas para a RIS (em 2010 os editais previam 76 vagas para 2011; em 2014 estão sendo oferecidas 126 vagas para 2015). -Ampliação progressiva do número de profissões contempladas (em 2010 eram 11 profissões; em 2014 são 27).
Fortalecimento da Infraestrutura e Logística da ESP	
Reestruturação e fortalecimento da Escola de Saúde Pública	<ul style="list-style-type: none"> - Construção do Plano de Desenvolvimento Institucional 2014-2018 (PDI). - Elaboração de projeto para reestruturação e adequação da área física da ESP. - Realização de reforma elétrica no prédio principal da ESP/RS. - Qualificação da infraestrutura e logística da ESP com aquisição de: <ul style="list-style-type: none"> • máquina fotográfica profissional atualizada e com função para filme, • 8 data-shows para a sede da ESP e 19 para os NURESC nas 19 CRS, • 9 TVs LCD, • 8 suportes para data-show e 9 suportes para TV, • cortinas verticais de PVC para colocação em 21 salas,

	<ul style="list-style-type: none"> • cobertura para a área de convivência externa em substituição ao toldo existente, • 4000 pastas da ESP para os alunos dos cursos de trabalhadores de nível médio (recurso PROFAPS), • condicionadores de ar modelo split para colocação em todas as salas de aula e de trabalho, • telas de projeção para todas as salas de aula, • armários, estantes, bibliocantos e caixas bibliográficas para instalação da biblioteca setorial no prédio principal da ESP/RS, • camisetas para alunos, tutores e preceptores da RIS (2012, 2013 e 2014), • uma faixa de mesa e dois banners da ESP, para utilização em eventos e atividades educativas. <p>—</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração do projeto arquitetônico para adequação da ESP para instalação de laboratório de ensino na área de saúde bucal. - Elaboração do projeto arquitetônico para acessibilidade. - Novo Site ESP/RS criado pela PROCERGS. - Criação da Página Face ESP/RS. - Padronização da arte de convites, certificados, folha timbrada e demais materiais gráficos da ESP. - Contratação de empresa especializada para elaboração de projeto de sinalização interna e externa da ESP. - Dedetização e desratização de todas as áreas externas e internas da ESP (2013). - Ampliação de mais um posto de vigilância diurna na ESP melhorando as condições de segurança. - Recarga de extintores de incêndio e complementação das placas de sinalização de acordo com o PPCI. - Colocação de divisórias para instalar sala de apoio ao laboratório de procedimentos de ensino. - Instalação de mais um laboratório de informática.
--	---

PONTOS DE ATENÇÃO

Ações em Andamento

Residência Integrada em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Processo Seletivo em andamento (finalização em fevereiro 2015). - Início de nova turma de residentes no início de março de 2015. - Manutenção das parcerias com demais Departamentos da SES e com municípios para garantir as tutorias de núcleo e atividades docentes necessárias ao desenvolvimento das várias ênfases da RIS.
Educação em Saúde Coletiva	<ul style="list-style-type: none"> - Adesão de 71 municípios a RESC aguardando repasse financeiro. - Viabilização dos projetos de educação permanente pactuados em CIR, que se encontram em condição de execução.
Educação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Realização dos Cursos de Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde no interior do Estado. - Processo de contratação de docentes para os cursos ACS na 14ª, 19ª e 6ª CRS. - Organização do processo para solicitação de credenciamento junto ao CEED dos cursos técnicos: Enfermagem; Vigilância em Saúde; Hemoterapia e Registros e Informações em Saúde. - Publicação do Livro do Aluno e do Livro do Docente para os cursos de qualificação dos ACS. - Finalização da organização e qualificação do Laboratório de Procedimentos de Ensino para os cursos técnicos de Enfermagem e Hemoterapia. - Processo para contratação de empresa para realização da adequação da ESP para instalação do laboratório de ensino na área de saúde bucal.
Ensino de Pós-Graduação	<ul style="list-style-type: none"> - Aguardando avaliação da solicitação de credenciamento junto ao Ministério da Educação dos cursos de especialização e visita técnica da Comissão de Avaliadores. - Processo Seletivo em andamento do Curso Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.
Pesquisa e Documentação - CEIDS	<ul style="list-style-type: none"> - Publicação da edição do Boletim da Saúde referente a 2014; - Viabilização de convênios com a OPAS para implementação da Rede de Bibliotecas da SES;
Infraestrutura e Logística	<ul style="list-style-type: none"> - Organização do processo para licitação da empresa executora do projeto de sinalização que está sendo elaborado por empresa contratada. - Em andamento processo de contratação da PROCERGS para gerenciamento da Plataforma Moodle (136929-2000/14-8). - Em andamento processo para contratação de empresa para execução dos projetos: adequação da escola (133184-2000/12-1), acessibilidade (2671-2000/14-7) e substituição do telhado (101672-2000/13-0). - Processo licitatório (60083-2000/14-9) para instalação de grade em área externa da ESP que vem sendo utilizada pela população para descarte de lixo por encontrar-se aberta. - Contratação de empresa para dedetização e desratização de todas as áreas internas e externas da ESP (processo 079831-2000/14-1). - Aquisição de 27 notebooks (3336-2000/14-6) para 8 salas de aula e para os 19 NURESC. - Processo de compra de livros da área de práticas integrativas e fitoterapia (141573-2000/14-8). - Aquisição de um refrigerador para a ESP/RS (125531-2000/14-1). - Implementação do calendário integrado de agendas da ESP em 2015 com participação dos NURESC (em anexo).

FINANCEIRO/CONTRATOS/CONVÊNIOS

Residência Integrada em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Renovação de Termos de Cooperação Técnica com instituições e municípios do estado, possibilitando a manutenção dos campos de prática da RIS. - Contratação de seguro para os residentes de 1º e 2º ano. - Assinatura do Termo de Outorga dos residentes selecionados no processo seletivo 2014-2015. - Organização do processo de pagamento da bolsa dos residentes (RPA).
-------------------------------	---

Educação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de contratação de docentes para os cursos de qualificação de ACS nas 19 CRS. - Contratação das instituições licitadas para execução do curso de Saúde Bucal da 2ª CRS e curso de Saúde do Idoso da 5ª CRS. - Edital complementar para seleção de docentes para os cursos de ACS no interior do estado. - Processos de pagamento das instituições contratadas para realização dos cursos de Aperfeiçoamento em Saúde do Idoso e Auxiliar de Saúde Bucal que estão em andamento. - Organização de processo para contratação de instituição para realização dos cursos técnicos de Saúde Bucal e Vigilância em Saúde.
Ensino de Pós-Graduação	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de contratação da UFRGS para a realização dos cursos de especialização Humanização da Atenção e Gestão do SUS e de Saúde Mental com ênfase em álcool e outras drogas. - Publicação de edital para credenciamento de instituição de ensino superior para a realização dos cursos descentralizados de aperfeiçoamento gerencial para equipes municipais e regionais de saúde.
Pesquisa e Documentação - CEIDS	<ul style="list-style-type: none"> - Renovação da anuidade da ABEC pelo Boletim da Saúde; - Renovação da assinatura da ABNT; - Renovação da anuidade da ABRASCO/Revista Ciência e Saúde Coletiva; - Renovação da anuidade do Cebes/Saúde em Debate; - Manutenção convênio com BIREME. - Assinatura de periódicos.
Infraestrutura e Logística	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de pagamento referente a elaboração de projeto de Sinalização ESP/RS: Processo nº 063697-2000/14.2.
PRINCIPAL LEGADO - ESP/RS	
<ul style="list-style-type: none"> - Constituição do Colegiado de gestão da ESP com a inclusão dos representantes dos 19 NURESC. - Organização e publicação do PDI da ESP/RS 2014-2018. - Investimento no novo site ESP e no projeto de sinalização da Escola. - Qualificação da infraestrutura e logística da ESP/RS. - Fortalecimento institucional do nome e da logomarca da ESP/RS. - Maior visibilidade institucional às ações descentralizadas, realizadas no interior do Estado. - O Site e o Face facilitaram o acesso às informações da ESP, criando ambientes que favorecem a troca de experiência entre profissionais e os seus públicos interno e externo. - Solicitação de credenciamento junto ao MEC para realização e certificação de cursos de Pós-Graduação Lato Sensu na modalidade presencial e EAD, protocolado em dezembro de 2014. - Ampliação, descentralização, desinstitucionalização e reconfiguração da RIS em redes de atenção e gestão. - Reorganização da ESP para possibilitar a retomada da oferta do curso técnico de enfermagem e autorização de novos cursos junto ao CEED/RS. - Realização do Curso de Qualificação dos ACS contemplando 50% das turmas de POA e seleção de docentes para a realização dos cursos no interior. - Execução dos cursos de aperfeiçoamento em saúde do idoso e auxiliar de saúde bucal no interior do Estado. - Execução da Formação em Saúde Mental do Projeto Caminhos do Cuidado extrapolando a meta inicial e abrangendo quase a totalidade dos municípios do estado. 	
DESAFIOS	
Reestruturação e fortalecimento da Escola de Saúde Pública	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar a visibilidade institucional e a divulgação das ações da ESP. - Assegurar a 2ª licitação do processo de sinalização para efetivamente ser executado os serviços detalhados e elaborados no projeto desenvolvido na primeira etapa. - Agilizar o processo de substituição da internet via rádio pela fibra ótica, assegurando mais estabilidade e aumento de velocidade da rede. - Dar continuidade a qualificação dos processos de trabalho através da implantação de um sistema informatizado de gestão de informações sobre todos os alunos matriculados na secretaria acadêmica. - Dar continuidade ao fortalecimento dos NURESC enquanto instâncias descentralizadas da ESP/RS, qualificando sua infraestrutura e logística. - Implantação de Unidades Regionais da ESP/RS, sob coordenação dos NURESC, com espaços para a realização de cursos técnicos e de especialização descentralizados, incorporando em sua estrutura os laboratórios de ensino macrorregionais e os Núcleos de Informação e Documentação em Saúde (NIDS) existentes. □ - Atualização do decreto que define a estrutura básica da SES, formalizando a atual organização administrativa da ESP/RS. <ul style="list-style-type: none"> - Atualização do Regimento Escolar e do Projeto Político Pedagógico da ESP/RS. - Elaboração de projeto para ampliação e/ou construção de novas instalações para a ESP/RS. - Ampliação do quadro dos servidores da escola com a nomeação dos profissionais concursados priorizando o ingresso de: assessor jurídico, contador, analista de sistemas, auxiliares administrativos, técnico de informática, estatístico, médico de família e comunidade, enfermeira, assistente social, nutricionista, pedagogo, jornalista, farmacêutico, psicólogo, fisioterapeuta, sociólogo, terapeuta ocupacional. - Fortalecimento da secretaria acadêmica como setor estratégico para o fluxo de informações da ESP.
Residência Integrada em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer o processo de ampliação, descentralização, desinstitucionalização e reconfiguração em redes, instituindo estruturas e processos, consolidando a proposta de política estadual de residências.
Educação em Saúde Coletiva	<ul style="list-style-type: none"> - Dar continuidade ao Desenvolvimento de estratégias de Educação Permanente (formação, qualificação e aperfeiçoamento dos trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde) na temática das redes de atenção à saúde e atenção básica, na área de vigilância em saúde, planejamento e gestão, controle social, participação e movimentos

	<p>sociais.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar continuidade a Implementação de redes de apoio intersetorial nas Regiões de Saúde fortalecendo as ações de Educação em Saúde Coletiva. - Implementação de programa de educação permanente para os servidores da ESP/RS, incluindo a qualificação pedagógica. - Apoio a organização da 7ª Conferência Estadual de Saúde e Conferências Municipais de Saúde - Elaboração do Plano Estadual de Saúde 2016-2019. - Coordenação da Comissão de Educação Popular em Saúde do Rio Grande do Sul (Portaria 1351/2014).
Educação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Executar os cursos técnicos pactuados na CIB (Resolução da CIB/RS 424/11): Técnico em Saúde Bucal (TSB); Técnico em Vigilância em Saúde (TVS); Técnico em Hemoterapia (TH). - Realizar a formação de todos os Agentes Comunitários de Saúde do RS; - Credenciamento junto ao CEED dos cursos técnicos: Enfermagem, Vigilância em Saúde, Hemoterapia, Saúde Bucal e Registros e Informações em Saúde.
Ensino de Pós-graduação	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de cursos de Pós-graduação Lato Sensu com certificação própria. - Execução dos cursos de especialização previstos nos convênios com o MS.
Pesquisa e Documentação/ Comitê de Ética	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - Qualificação da gestão e desenvolvimento da pesquisa na ESP/RS com o fortalecimento da Estação Observatório de Recursos Humanos em Saúde, do Comitê de Ética, da implementação das Linhas de Pesquisa, do Boletim da Saúde e outras publicações. - Aquisição e atualização do acervo para CEIDS/NIDS; - Efetivação da Rede das Bibliotecas da SES/RS; - Avançar ainda mais na estruturação do CEPS/ESP atendendo exigências da CONEP.

RELATÓRIO DE GESTÃO

2014

Anexo III

DIRETORIA/2014

PRESIDENTE: Irene Porto Prazeres

DIRETOR ADMINISTRATIVO: Conceição Kruser

DIRETORA TÉCNICA: Silvia Spalding

DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO GERAL: Imara Parise

DIRETOR FINANCEIRO: Adalberto Nogueira Junior

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS: Cláudio Roberto da Silva

DIRETORES DE UNIDADES

IPB-LACEN: Laura Cruz

LAFERGS: Paulo Mayorga Borges

CIT: Alberto Nicolella

CDCT: Maria Lúcia Rossetti

HEMORGS: Márcia Gomes

ASSESSORIAS

AJUR - Assessoria Jurídica: Ronaldo Pavão

GAPLAN - Gabinete de Planejamento: Silvia Czermainski

DIRETORIA/2015

PRESIDENTE: Neuza Kempfer

DIRETOR ADMINISTRATIVO: Marcos Costa da Silva

DIRETORA TÉCNICA: Silvia Spalding

DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO GERAL: Marcos Costa da Silva (Interino)

DIRETOR FINANCEIRO: Marcos Costa da Silva (Interino)

DIRETORA DE RECURSOS HUMANOS: Araci Menezes de Moura

DIRETORES DE UNIDADES

IPB-LACEN: Fernando Kappke

LAFERGS: Paulo Mayorga Borges

CIT: Alberto Nicolella

CDCT: Maria Lúcia Rossetti

HEMORGS: Gerson Basso (interino)

ASSESSORIAS

AJUR – Assessoria Jurídica: Helena Saldanha

GAPLAN – Gabinete de Planejamento: Edir Medeiros

ASCON – Assessoria de Comunicação: Janis Loureiro

SUMÁRIO

01 - A Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS)

02 - Parâmetros de Gestão

03 - Descrição dos Programas

04 - Descrição da Execução Física das Ações e Produtos

- Programa 383: Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva

- Programa 384: Gestão, Financiamento e Infraestrutura do SUS

- Programa 385: Qualificação da Rede de Atenção à Saúde no RS

- Programa 138: Programa de Apoio Administrativo

05 - Produção dos Hemocentros Administrados pela FEPPS

06 - Avaliação

07 - Considerações Finais

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 nº 10.349/94, posteriormente alterada pelas Leis Estaduais nº 10.412/95 e nº 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:

- **LAFERGS** - Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul
- **IPB/LACEN** - Instituto de Pesquisas Biológicas/ Laboratório Central de Saúde Pública
- **HEMORGS** - Hemocentro do Rio Grande do Sul - Hemorrede Pública
- **CIT** - Centro de Informação Toxicológica
- **CDCT** - Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

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 06 partes, a saber:

- A) Parâmetros de gestão
- B) Descrição dos Programas do PPA 2012/2015
- C) Relatório de Execução Física
- D) Produção dos Hemocentros Administrados pela FEPPS
- E) Avaliação
- F) Considerações finais

PARÂMETROS DE GESTÃO

No âmbito de sua competência estatutária e regimental, a FEPPS desenvolveu suas atividades de acordo com o PPA 2012/2015. À medida que os programas forem sendo apresentados, serão descritos as ações e produtos relativos a cada departamento, bem como a meta prevista e o resultado alcançado.

PROGRAMA 383 – EDUCAÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Objetivo: Planejar, desenvolver e executar ações de educação, tecnologia e pesquisa em saúde voltada à construção de um Sistema Único de Saúde com qualidade e resolutividade, auxiliando na construção da política pública. Realizar cursos de aperfeiçoamento, graduação tecnológica, educação profissional em saúde, qualificação, capacitação, seminários projetos de extensão, vivências e estágios na realidade da FEPPS. Os cursos terão elaboração, planejamento e execução em parceria com a SES e, quando necessário, com outras Secretarias de Governo, bem como com o Governo Federal, Municipal e Instituições de Ensino, buscando sempre atender as demandas locais regionais.

PROGRAMA 384 – GESTÃO, FINANCIAMENTO E INFRAESTRUTURA DO SUS

Objetivo: Estimular processos de gestão de qualidade e o uso eficiente dos recursos públicos, acompanhando de forma sistemática as políticas e os processos de trabalho, assegurando as práticas legais de financiamento do SUS/RS, bem como fortalecer e expandir a infraestrutura do SUS no Rio Grande do Sul.

PROGRAMA 385 – QUALIFICAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO RS

Objetivo: Fortalecer, ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde no Rio Grande do Sul, articulando os diferentes níveis de assistência à partir da atenção básica, promovendo a integração das ações e serviços de saúde através de linhas de cuidado e aprimorando o acesso aos serviços de saúde no estado, consolidando a regionalização da saúde.

PROGRAMA 138 – PROGRAMA DE APOIO ADMINISTRATIVO

Objetivo: Desenvolver práticas de gestão, de desenvolvimento e organização interna visando obter a melhor relação entre recurso, ação e resultado. Aprimoramento dos processos de trabalho, através da qualificação de servidores, promovendo apoio à ação governamental e fortalecimento do SUS.

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICA

PROGRAMA 383: EDUCAÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

HEMORGS/CIT/LACEN/CDCT/DT

Ações e Produtos	<p>Ação 1 – Ações de Qualificação e Capacitação em Saúde</p> <p><u>Produtos:</u></p> <p>1 – Profissional da Hemorrede Pública capacitado Previsto: 500 Realizado: 608 (121,6%)</p> <p>2 – Nº de Pessoas da Comunidade sensibilizadas nas Ações de Prevenção Toxicológica Previsto: 50.000 Realizado: 140.932 (281,9%)</p> <p>3 - Nº de Profissionais de Saúde capacitados Previsto: 1.250 Realizado: 934 (74,7%)</p> <p>Ação 2- Política de Pesquisa da FEPPS</p> <p><u>Produtos:</u></p> <p>1- Pesquisa Laboratorial em Vigilância em Saúde realizada Previsto: 10 Realizado: 14 (140,0%)</p> <p>2- Kit Diagnóstico desenvolvido Previsto: 5 Realizado: 3 (60,0%)</p> <p>3- Projeto de Pesquisa Biotecnológica desenvolvido Previsto: 10 Realizado: 8 (80,0%) (Em desenvolvimento)</p> <p>4 - Produto Patenteado Previsto: 1 Realizado: 1 (100%) (Mais 2 depositados)</p> <p>5- Trabalho em Biotecnologia publicado Previsto: 12 Realizado: 4 (33,4%)</p> <p>6 – Animal para Experimentação produzido Previsto: 19.180 Realizado: 3.924 (20,5%)</p>
---------------------------------	---

<p>Ações e Produtos</p>	<p>7 – Análise de DNA realizada Previsto: 5.200 Realizado: 3.918 (75,3%)</p> <p>8 – Projeto de Pesquisa fomentado Previsto: 7 Realizado: 5 (71,4%) (Em desenvolvimento)</p>
<p>População Beneficiada</p>	<p>População do Estado do Rio Grande do Sul</p>

<p align="center">PROGRAMA 384 – GESTÃO, FINANCIAMENTO E INFRAESTRUTURA DO SUS</p> <p align="center">IPB-LACEN, CDCT e CIT</p>	
<p>Ações e Produtos</p>	<p>Ação 1: Descentralização das ações de Vigilância em Saúde e de Análises Laboratoriais</p> <p>Produto:</p> <p>1 – Laboratório Macroregional Implantado e Estruturado Previsto: 2 Realizado: 0</p> <p>2 - Laboratório Regional Estruturado Previsto: 2 Realizado: 1 (50%)</p> <p>Ação 2: Fortalecimento da Infraestrutura da FEPPS</p> <p>Produtos:</p> <p>1 – Ampliação do Prédio Administrativo Previsto: 50% Realizado: 0</p> <p>2 – Construção do Centro de Informações Toxicológicas Previsto: 50 % Realizado: 50% (100%)</p> <p>3 - Obras secundárias do LAFERGS concluídas Previsto: 1 Realizado: 0</p> <p>4– Conclusão da Obra do CDCT Previsto: 0 % Realizado: 0%</p>

<p>Ações e Produtos</p>	<p>5 – Reforma do HEMORGS Previsto: 25 % Realizado: 0</p> <p>6 – Aquisição de Equipamentos de TI e veículos Previsto: 700 Realizado: 211 (30,2%) (202 equipamentos de TI e 09 veículos)</p>
<p>População Beneficiada</p>	<p>População do Estado do Rio Grande do Sul</p>

<p align="center">PROGRAMA 385 – QUALIFICAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO RS CIT/IPB-LACEN/LAFERGS</p>	
<p>Ações e Produtos</p>	<p>Ação 1: Ações em Vigilância Toxicológica</p> <p><u>Produtos:</u></p> <p>1 – Atendimento Tóxico realizado Previsto: 25.500 Realizado: 22.616 (88,7%)</p> <p>2 – Análise Toxicológica realizada Previsto: 11.000 Realizado: 10.040 (91,3%)</p> <p>3 – Agente Etiológico identificado Previsto: 1.150 Realizado: 1.600 (139,1%)</p> <p>Ação 2: Análises Laboratoriais em Vigilância em Saúde</p> <p><u>Produtos:</u></p> <p>1 – Teste de HIV realizado Previsto: 0* Realizado: 0*</p> <p>* Na revisão do PPA este item passou a compor o produto "Análise Laboratorial em Vigilância Epidemiológica"</p> <p>2 – Análise Laboratorial em Vigilância Sanitária realizada Previsto: 60.000 Realizado: 59.657 (99,4%)</p> <p>3 – Análise Laboratorial em Saúde do Trabalhador realizada Previsto: 1.400 Realizado: 2.134 (152,4%)</p>

Ações e Produtos	<p>4 – Análise Laboratorial em Vigilância Epidemiológica realizada Previsto: 210.000 Realizado: 202.919 (96,6%)</p>
	<p>5 – Análise Laboratorial em Vigilância Ambiental realizada Previsto: 300.000 Realizado: 478.441 (159,5%)</p>
	<p>Ação 3 – Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade</p>
	<p><u>Produtos:</u></p>
	<p>1 – Acreditação pela ISO/IEC 17.025/2005 obtida Previsto: 10% Realizado: 0%</p>
	<p>Ação 4 – Retorno à Produção de Medicamentos pelo LAFERGS</p>
	<p><u>Produtos:</u></p>
	<p>1 – Medicamento desenvolvido Previsto: 5 Realizado: 0</p>
	<p>2 – Medicamento produzido Previsto: 160.000.000 Realizado: 0</p>
	<p>3 – Medicamento distribuído Previsto: 160.000.000 Realizado:</p>
	<p>4 – Certificação de Boas Práticas implantadas Previsto: 50% Realizado: 0</p>
	<p>Ação 5 – Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue</p>
	<p><u>Produtos:</u></p>
	<p>1 – Programa da Qualidade implantado Previsto: 34 % Realizado: (em desenvolvimento)</p>
	<p>2 – Bolsa coletada Previsto: 57.102 Realizado: 53.908 (94,4%)</p>
<p>3 – Hemocomponente produzido Previsto: 152.260 Realizado: 150.285 (98,7%)</p>	

Ações e Produtos	4 – Hemocomponente distribuído/Leito SUS Previsto: 94.519 Realizado: 82.213 (87,0%)
	5 – Amostra de Medula coletada Previsto: 13.100 Realizado: 11.701 (89,3)
	6 – Atendimento na Clínica Hematológica realizado Previsto: 7.200 Realizado: 6.862 (95,3%)
	7 – Criar UCTs Previsto: 1 Realizado: 0
	8 - Hemocentro Estadualizado Previsto: 1 Realizado: 2 (200%)
População Beneficiada	População do Estado do Rio Grande do Sul

PROGRAMA 138: APOIO ADMINISTRATIVO	
Ações e Produtos	Ação 1: Apoio administrativo e qualificação da infra-estrutura
	<u>Produtos:</u>
	1 – Qualificação de Servidores Previsto: 500 Realizado: 541 (108,2%)
	2 – Publicidade Institucional Previsto: 50 Realizado: 89 (178,0%)
População Beneficiada	3 – Remuneração de Pessoal Ativo Previsto: 10.089.440,12 Realizado: 9.820.815,33 (97,3%)
	População do Estado do Rio Grande do Sul

**PRODUÇÃO DOS HEMOCENTROS ADMINISTRADOS PELA FEPPS
HEMORGS, HEMOPEL, HEMOSM e HEMOPASSO**

HEMOCENTRO COORDENADOR – HEMORGS/POA

Produtos	Previsto	Realizado	%
Programa da qualidade implantado	33%	30%	91
Bolsas Coletadas	25.902	18.326	70,8
Hemocomponentes produzidos	71.870	61.696	85,9
Hemocomponentes disponibilizados	35.919	29.864	83,1
Consultas – Clínica Hematológica	5.500	5.094	92,6
Coletas de medula	8.508	5.199	61,1
Criação de UCTs	1	0	0
Hemocentro Estadualizado	1	2	200,0

HEMOCENTRO REGIONAL DE PELOTAS

Produtos	Previsto	Realizado	%
Programa da qualidade implantado	0	0	0
Bolsas Coletadas	12.000	12.947	107,9
Hemocomponentes produzidos	32.400	33.636	103,8
Hemocomponentes disponibilizados	18.600	16.403	88,2
Consultas – Clínica Hematológica	1.300	1.284	98,8
Coletas de medula	1.992	3.027	152,0

HEMOCENTRO REGIONAL DE SANTA MARIA

Produtos	Previsto	Realizado	%
Programa da qualidade implantado	0	0	0
Bolsas Coletadas	9.600	9.882	102,9
Hemocomponentes produzidos	24.000	25.087	104,5
Hemocomponentes disponibilizados	20.000	16.940	84,7
Coletas de medula	1.300	1.679	129,2

HEMOCENTRO REGIONAL DE PASSO FUNDO

Produtos	Previsto	Realizado	%
Programa da qualidade implantado	0	0	0
Bolsas Coletadas	9.600	12.753	132,8
Hemocomponentes produzidos	24.000	29.866	124,4
Hemocomponentes disponibilizados	20.000	19.006	95,0
Coletas de medula	1.300	1.796	138,2
Consultas – Clínica Hematológica	400	484	121,0

TOTAL ANUAL - Porto Alegre, Pelotas, Santa Maria e P. Fundo

Produtos	Previsto	Realizado	%
Programa da Qualidade implantado	0	0	0
Bolsas Coletadas	57.102	53.908	94,4
Hemocomponentes produzidos	152.260	150.285	98,7
Hemocomponentes disponibilizados	94.519	82.213	87,0
Consultas – Clínica Hematológica	7.200	6.862	95,3
Coletas de medula	13.100	11.701	89,3
Criação de UCTs	1	0	0
Hemocentro Estadualizado	1	2	200,0

AVALIAÇÃO

A FUNDAÇÃO ESTADUAL DE PRODUÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE (FEPPS) está integrada e alinhada às políticas de Saúde Pública do Governo do Estado através de suas unidades: IPB-LACEN; LAFERGS; CIT; HEMORGS e CDCT, além disso, a FEPPS promove o estímulo à pesquisa laboratorial, biotecnológica e genética para a qualificação do diagnóstico de doenças, e incentiva a difusão de trabalhos técnicos e científicos, divulgando resultados das pesquisas desenvolvidas. Até o ano de 2014, 37 Projetos de pesquisa foram fomentados e supervisionados na Fundação e no ano de 2014 cinco projetos tiveram recursos do Programa de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PADCT).

AVALIAÇÃO POR UNIDADE:

FEPPS/IPB/LACEN: é referência à Vigilância em Saúde atendendo ao Sistema Único de Saúde nas políticas e programas. Realiza análises laboratoriais, desenvolve ações, diagnóstico, pesquisa e controle de qualidade de produtos e serviços. No que diz respeito às análises laboratoriais em vigilância em saúde, atende aos procedimentos do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, trabalhando em parceria com a Vigilância em Saúde. Em 2014 foram realizados 743.151 exames laboratoriais em Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental, Sanitária, Saúde do Trabalhador e análises de água para consumo humano. Atualmente está com os seguintes projetos em desenvolvimento: Vigilância entomológica da doença de Chagas na Região Sul do Rio Grande do Sul; Identificação e caracterização das espécies de flebotomíneos (*Diptera: Psychodidae*), naturalmente infectadas por *Leishmania spp*, na localidade Praia das Pombas, Viamão, RS; Descrição do macho de *Evandromyia Gaucha*, Andrade Filho, Souza & Falcão 2007 (*Psychodidae: Plebotominae*); Avaliação de infecções fúngicas emergentes no RS e a susceptibilidade aos antifúngicos em isolados de *Candida spp*; Perfil clínico-epidemiológico da Doença de Chagas de pacientes encaminhados para diagnóstico laboratorial no IPB-LACEN/RS no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2011; sorotipos de *Streptococcus pneumoniae* em pacientes internados por doença pneumocócica invasiva em hospital terciário. Promove a implantação do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), visando obter a certificação ISO/IEC 17025/05. Com isso, todo o processo analítico referente aos agravos de interesse público estará disponível em rede, para acesso direto àqueles usuários vinculados ao processo e com senha disponibilizada, tais como coordenadores de programas de doenças, Secretários de Saúde, Governador do Estado, e outros. Já está contratada e em atividade a empresa responsável pela Gestão de Equipamentos que engloba a calibração, certificação e manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos utilizados nas análises laboratoriais. Tais medidas fazem parte do processo de implantação do Sistema de Garantia da Qualidade dos laboratórios que nos garante a eficácia das atividades desenvolvidas.

FEPPS/LAFERGS: Atualmente desenvolve atividades necessárias à sua retomada de produção, buscando o alinhamento com as políticas públicas do Ministério da Saúde e a adequação à legislação vigente, para tanto, está em execução as obras secundárias e a elaboração do projeto para recuperação das fundações para a execução dos vestiários; está finalizada a execução do quadro elétrico para alimentação do sistema de tratamento de água purificada; está em revisão o projeto para a execução da estação de tratamento

de efluentes; estudos para obtenção de Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Condição Técnica Operacional para Sólidos; obtenção de Condição Técnica Operacional para produção de medicamentos semi-sólidos; submissão de registro de um medicamento (propranolol) a ser inicialmente fabricado na Fundação Ezequiel Dias (FUNED), com posterior mudança do local de fabricação para a FEPPS; parceria com a Empresa TAKEDA para clonagem de registros. Processos da atorvastatina e da sinvastatina já foram clonados e serão peticionados até fevereiro de 2015; - inserção do FEPPS/LAFERGS na Política Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; Termo de referencia publicado, processo de seleção de consultores concluído; inserção do LAFERGS na política de desenvolvimento setorial na área de saúde avançada e medicamentos; formatação de parceria com a UFRGS para o desenvolvimento de formulação fotoprotetora para uso na agricultura familiar, já assinada; assinatura de Parceria de Desenvolvimento Produtivo (PDP), para fabricação de filtros de hemodiálise; assinatura de Termo de Cooperação Técnico Científica para desenvolvimento conjunto de produtos com o laboratório VIDORA FARMACÊUTICA; participação na elaboração do termo de referência para a instalação de Unidade da Fiocruz no RS; aprovação do PL 328/2013 que autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul S.A. conferindo competitividade ao LAFERGS no mercado produtor de medicamentos.

FEPPS/CIT: presta assessoria e orientação frente a acidentes tóxicos, em caráter de emergência e em regime de plantão permanente (24 horas/dia) aos profissionais de saúde que viabilizam e aperfeiçoam o atendimento (diagnóstico e tratamento) de pacientes vitimados por exposições químicas em geral (exposições por substâncias potencialmente tóxicas, contaminação por pesticidas agrícolas ou domésticos, substâncias químicas de uso doméstico ou industrial, plantas tóxicas, animais peçonhentos, medicamentos de uso humano ou animal, drogas lícitas e ilícitas ou qualquer outro agente potencialmente tóxico). Ainda presta atendimento médico permanente em casos de intoxicação, disponível para Unidades Básicas de Saúde e Hospitais Municipais na área de emergência médica e de apoio diagnóstico, possibilitando o tratamento precoce, diminuindo sequelas e risco de vida à população. Desenvolve e mantém um Programa de Educação à Distância (EAD) em Toxicologia Básica para a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Programa Nacional de Telessaúde do Ministério da Saúde. No ano de 2014 houve a incrementação no diagnóstico à distância por transferência de imagens envolvendo acidentes com animais peçonhentos. Este fato é consequência, entre outras causas, da utilização deste serviço pelas Unidades Básicas de Saúde envolvidas no programa de educação à distância. Outro fato importante a ser destacado foi o diagnóstico laboratorial envolvendo dependentes químicos, atendidos pelos Centros de Atendimento Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD), demonstrando a importância e necessidade do desenvolvimento de programas de controle desse agravo em nosso Estado.

FEPPS/HEMORGS: é referência técnica aos demais Hemocentros e Hemonúcleos do Estado. Disponibiliza e garante o fornecimento de sangue e hemocomponentes com qualidade aos leitos do Sistema Único de Saúde – SUS; coordena a Hemorrede Pública do Estado composta por um Hemocentro Coordenador; quatro Hemocentros Estaduais Regionais - Porto Alegre, Pelotas, Santa Maria e Passo Fundo e o Hemonúcleo de Palmeira das Missões: três Hemocentros Municipais Regionais - Caxias do Sul, Alegrete e Santa Rosa; além do Hemonúcleo de Cruz Alta. A Hemorrede Pública do Estado/RS atende em torno de, aproximadamente, 50% da demanda dos leitos SUS/RS, sendo os restantes atendidos pelos Bancos de Sangue Públicos da Santa Casa, GHC e Hospital de Clínicas e

complementados pelo setor privado contratado pelo SUS. É responsável pela Clínica Hematológica do Estado, referência para o atendimento de 6.862 consultas à pacientes hemofílicos e portadores de coagulopatias em 2014. Desenvolve atividades de ensino, pesquisa, assistência e treinamento. Treinamentos ministrados: Imunohematologia; NAT – Nucleic Acid Test; Transporte de Sangue; Pré-triagem e Coleta: Recepção e Cadastro de Doadores; Transfusão Sanguínea e Reações Transfusionais: Uso Racional do Sangue; Biossegurança; Transporte de Sangue; Captação de Doadores; Oficina de Padronização do Processamento; Responsável Técnico por Agência Transfusional; Hemofilia; Hemorrede Pública; Material Biológico; Controle e qualidade de hemocomponentes; atendimento odontológico aos pacientes com coagulopatias: Hepatite B; Flebotomia Processamento de Sangue; Avaliação, acompanhamento e tratamento do paciente com inibidor e Treinamento de integração de novos servidores. No que tange a Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue está em desenvolvimento a implantação e implementação do Programa de Melhoria da Gestão contemplando a reestruturação organizacional e de pessoal, bem como, a otimização do gerenciamento de processos de receita/despesa e ainda o Teste de Ácido Nucléico (NAT) que está sendo implantado em toda a Hemorrede. Padronização de metodologias com a finalidade de aumentar a segurança transfusional e garantir a qualidade do sangue fornecido aos leitos SUS no Rio Grande do Sul.

FEPPS/ CDCT: promove pesquisa biológica e genética para a qualificação do diagnóstico de doenças, disponibiliza produtos e serviços na área de experimentação animal e análises de seqüência de DNA. Está sendo finalizado o prédio; a obra civil está concluída, restando a finalização e acabamento dos serviços e a calibração dos equipamentos. A inauguração está prevista para o primeiro semestre de 2015. Além das análises de fragmentos de DNA para dar suporte à pesquisa no Estado, desenvolve técnicas de investigação que ainda não são utilizadas para diagnosticar doenças ou caracterizar agentes infecciosos que possibilitem encontrar os casos, traçar a transmissão de uma doença ou mesmo localizar focos. Também pode identificar agentes infecciosos por análise de DNA que auxiliem no controle e monitoramento de doenças. Desenvolve pesquisas em biologia molecular tendo atingido bons avanços com as patentes obtidas dos Kits de identificação da tuberculose e HPV-Papilomavírus Humano. Realiza testes de paternidade/maternidade em convênio firmado com o Tribunal de Justiça do RS. Tem os seguintes projetos em desenvolvimento: parceria com a Empresa Labteste (*Minas Gerais*) para produção comercial dos Kits já com patentes adquiridas; o kit molecular para detecção de Papilomavírus Humano (HPV) necessita de parceiro industrial para sua produção; Kit para detecção de resistência ao tratamento da tuberculose: a patente está sendo providenciada. Kit para detectar e genotipar o vírus da hepatite C (*HCV*) em fase de planejamento para a realização de validação interlaboratorial do método, já foi solicitado *ao Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI)*; Implantação de cultivo celular e modelos pré-clínicos em ratos e camundongos visando o emprego de células-tronco para a regeneração cardíaca: protocolo realizado em parceria com o Instituto de Cardiologia e o Departamento de Genética da UFRGS. Epidemiologia molecular da tuberculose multirresistente no Rio Grande do Sul: estudo concluído e publicado em revista internacional. Epidemiologia e caracterização molecular do HIV-1 no Estado do Rio Grande do Sul: estudo concluído e publicado. Estudo de polimorfismos genéticos e resposta ao tratamento com interferona e ribavirina em pacientes com o vírus da hepatite C: em fase de conclusão. Finalização dos dados através da realização das análises estatísticas. Mapeamento em lesões teciduais e potencial de resposta de populações específicas de células-tronco adultas. Efeitos da aplicação de células-tronco mesenquimais em modelos murinos de insuficiência cardíaca. Caracterização dos compartimentos de células-tronco hematopoiéticas, mesenquimais, endoteliais e cardíacas em pacientes com doenças cardiovasculares. Parcerias

desenvolvidas: Centro de Biotecnologia (UFRGS) Porto Alegre/RS; Departamento de genética (UFRGS) – Porto Alegre/RS; Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre/RS; Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro/RJ; Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro/RJ; Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo/SP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - São Paulo/SP; Instituto Adolfo Lutz - São Paulo/SP; Universidade da Califórnia – Berkley, USA; Instituto de Saúde Pública da Holanda - Bilthoven, Holanda; Universidade de Zaragoza – Espanha; Instituto de Doenças do Tórax (IDT), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) – UFRJ; National Center for Infectious Diseases, Center for Disease Control and Prevention, Atlanta; Centro de Doenças Infecciosas – Vitória/ES; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade de Caxias do Sul – Caxias do Sul/RS; Universidade Federal de Ciências Médicas e da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre/RS; Hospital Conceição - Porto Alegre/RS; Hospital Sanatório Partenon - Porto Alegre/RS; Secretaria Municipal de Saúde - Porto Alegre/RS. **Trabalhos Publicados:** FRANCISCATTO, LAURA G. ; SILVA, CLÁUDIA M.D. ; BARCELLOS, REGINA B. ; ANGELI, SUELEN ; Silva, Márcia S.N. ; ALMEIDA, SABRINA E.M. ; ROSSETTI, MARIA L.R. . Comparison of urine and self-collected vaginal samples for detecting human papillomavirus DNA in pregnant women. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, v. 125, p. 69-72, 2014.

Direção Técnica: estimula a pesquisa laboratorial, biotecnológica e genética para a qualificação do diagnóstico de doenças e incentivo a difusão de trabalhos técnicos e científicos, divulgando resultados das pesquisas desenvolvidas. Além disso, supervisiona as pesquisas desenvolvidas dos Departamentos Técnicos. Novos projetos estão em fase de elaboração dos Termos de Cooperação Técnica com as entidades parceiras. A FEPPS foi contemplada com cinco (5) bolsas de iniciação científica junto aos programas de iniciação científica da FAPERGS - Fundação de Amparo à Pesquisa do RS; dez (10) bolsas institucionais através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico da FEPPS (PADCT) e cinco projetos com auxílio de financiamento no ano de 2014; trinta e sete (37) Projetos diversos TCCs de Graduação e Pós-graduação, Termos de Cooperação Técnica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os programas e ações do presente Relatório de Gestão foram concebidos e desenvolvidos com a finalidade de responder às demandas de saúde pública do Estado do Rio Grande do Sul previstas no PPA 2012/2015, oferecendo apoio estratégico ao SUS. Estes tiveram o objetivo de promover a melhora das condições da saúde pública através da implementação de produtos voltados diretamente à população como, por exemplo: a adequação à demandas da legislação do FEPPS/LAFERGS para permitir a produção de medicamentos estratégicos para o atendimento das Políticas de Assistência Farmacêutica do SUS, para doenças negligenciadas, fitoterápicos, fotoprotetores e produtos para a saúde (kits diagnósticos); a realização de testes de paternidade/maternidade; a pesquisa biomolecular em saúde; o desenvolvimento de kits moleculares de detecção de doenças; reestruturação dos laboratórios regionais e a implementação das ações de vigilância em saúde; atendimento emergencial aos agravos tóxicos, a implementação da Hemorrede Pública do Estado e da Qualidade da Cadeia Produtiva do Sangue com a capacitação e qualificação de servidores, implantação de programas e ações de qualidade.

Os programas são complexos, envolvendo ações de pesquisa aplicada, saúde coletiva, análises laboratoriais, desenvolvimento tecnológico de processos e produtos, logo os impactos sobre o público alvo mostraram-se bastante satisfatórios.

A análise comparativa entre as ações propostas, os resultados alcançados com os recursos empregados evidenciam que as metas foram atingidas e/ou superadas, o que demonstra, além da eficiência de gestão, o comprometimento dos técnicos, pesquisadores e servidores envolvidos nas questões relativas à saúde pública do Estado. O enfrentamento desses desafios requereu esforços coletivos dos gestores, técnicos e pesquisadores na tentativa de equacionar dificuldades e viabilizar as ações necessárias ao atendimento das demandas.

Em termos gerais as atividades da FEPPS caracterizam-se por utilizar-se de áreas de conhecimento diversas, legislações, instrumentais e rotinas técnicas de produção, com processos de trabalho típicos de áreas industriais e de serviços laboratoriais, os quais demandam manutenção predial, de equipamentos, um considerável mix de insumos, e amplo regramento de segurança para o trabalhador e para o usuário dos seus serviços e de seus produtos.

Para corresponder a essas expectativas e necessidades do SUS e do Estado, a FEPPS estrutura-se em duas diretorias, Técnica e Administrativa, e assessorias de Planejamento, Jurídica e de Comunicação junto à Presidência, que exercem a direção estratégica da instituição.

A FEPPS até dezembro/2014 contava com 483 servidores, 411 da área técnica e 72 da área administrativa, incluindo as unidades regionais da rede de laboratórios de saúde pública e da hemorrede pública, insuficientes para atender suas necessidades. Seus vínculos são cedidos da SES e adidos de outras instituições, cargos em comissão, estagiários e contratos emergenciais.

A elaboração de um Plano de Gestão para o período foi o orientador no qual consta um detalhamento da situação encontrada (*Plano de Gestão, GAPLAN, 2014*). Percebeu-se que a FEPPS, para tanto, exige uma estrutura de gestão adequada a sua complexidade, com a devida densidade em planejamento, em administração, em informação, em recursos humanos e em articulação político institucional.

A idéia de que a FEPPS possa ser uma instituição de produção e pesquisa em saúde expressiva e com efetivo impacto no SUS/RS, desta forma buscou aperfeiçoar ações que já

vinham sendo desenvolvidas e afirmar a Fundação como uma instituição estatal para o SUS/RS. Nesse sentido, o planejamento é um instrumento fundamental para a revitalização da Fundação, acompanhado de uma gestão participativa, seguidores dos princípios e diretrizes do SUS e alinhada com os eixos de governo e da SES/RS.

Com base na situação encontrada, foi definido o plano de gestão sob o nome de “*Reestruturação da FEPPS*”. Contemplando ações para atividades meio, de impacto em toda a fundação e ações fundamentais do âmbito técnico, foram definidas as seguintes prioridades para a gestão 2014, a saber:

1. Regularização patrimonial, especialmente a questão dos imóveis;
2. Realização do concurso público;
3. Conclusão do prédio do FEPPS/CDCT;
4. Retorno à produção de Medicamentos pelo FEPPS/LAFERGS;
5. Implementação de um sistema de gestão da qualidade.
6. Transferência do FEPPS/CIT para o novo prédio do FEPPS/CDCT (3º andar)

No período houve mudanças no planejamento da gestão, com mais intensidade se resgatando a referência no Sistema Único de Saúde, procurando desacelerar uma visão predominante nas instâncias administrativas da Fundação. A FEPPS, por desenvolver atividades não exclusivas do Estado, é vulnerável à introdução de valores, instrumentos e métodos de planejamento da cultura empresarial privada, ainda que eficientes. Essas atividades, quais sejam as de produção e serviços laboratoriais e industriais cujas dinâmicas e fluxos de produção, normas e processos de trabalho e legislação técnica e sanitária, são os mesmos de organizações congêneres privadas.

A partir da demanda que se apresentavam à gestão, as definições foram evidenciadas, a saber:

I – Racionalização dos fluxos administrativos de aquisição de insumos e contratação de serviços, buscando maior operacionalidade, cumprimento de prazos, economia e transparência foi desenvolvido um estudo do sistema crítico do fluxo de processos administrativos, que resultou na edição do *Manual de Fluxos Administrativos*. O objetivo foi uniformizar os procedimentos, promover a melhoria e dar celeridade no andamento dos expedientes na FEPPS;

II – Efetivação do Concurso Público para o Quadro da FEPPS, em andamento desde 2013 para contratação em 2015, com revisão das expertises exigidas, a fim de que o certame oportunize a seleção de profissionais bem qualificados e de perfis adequados às peculiaridades das atividades da Fundação;

III – Fortalecimento do planejamento, no cenário da nova FEPPS – sem o LAFERGS na sua estrutura jurídica, organizacional – buscando revitalizar, adequar e motivar os departamentos para o planejamento, implantando metodologias simplificadoras e participativas, com base nas referências do planejamento do SUS, em conjunto com a Assessoria de Planejamento da SES;

IV – Elaboração de um plano de ação para os almoxarifados da FEPPS e execução de melhorias e ações emergenciais de segurança e preservação patrimonial;

V - Integração e fortalecimento da Hemorrede, com o HEMORGS como referência técnica e coordenador da hemorrede, iniciou-se em 2014 o mapeamento da rede e planejamento integrado de ações, incluindo os bancos de sangue privados, visando garantir a

disponibilização de sangue e hemoderivados para as necessidades da população e na qualidade e excelência exigidas;

VI – **Apoio à criação e instalação da Empresa LAFERGS**, está em desenvolvimento a transição para empresa pública. As ações desenvolvidas até o momento estão alinhadas em três eixos estratégicos: Primeiro a Obtenção/Atualização de aspectos regulatórios (aprovações sanitárias, alvará, etc). Em segundo lugar a recomposição da carteira de registros, uma vez que o LAFERGS está sem nenhum registro válido. Esta recomposição passa fundamentalmente pela clonagem de registros e pelas Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDPs), estratégias que encurtam significativamente o tempo de tramitação (atualmente de 4 anos) de um pedido de registro. Em terceiro lugar o desenho de estratégias que visam ao estabelecimento de arranjos de cooperação para suprir necessidades com relação à execução financeira e disponibilidade de pessoal qualificado (atualmente o LAFERGS possui cinco farmacêuticos no seu quadro).

VII – **Implementação da Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**, já formulada e aguardando aprovação da coordenação da SES, a começar pela instalação de um colegiado gestor da Política de Pesquisa da SES/RS, parte integrante da Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PECTIS/RS), tendo presente a experiência da implementação de sua política de pesquisa própria da FEPPS;

VIII – **Regularização da infra-estrutura dos Laboratórios Regionais de Saúde Pública**, a FEPPS instituiu Grupo de Trabalho visando a regularização imobiliária dos Laboratórios do interior, visando a implantação dos Macrorregionais e dos Laboratórios Regionais, cujos processos estão em andamento.

IX – **Instalação do Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico** no novo prédio no *campus* da FEPPS, garantindo seu pleno funcionamento sem descontinuidade das suas atividades; o prédio está finalizado, restando a execução de pequenas obras secundárias e de instalação de equipamentos.

X – **Instalação do Centro de Informação Toxicológica** no novo prédio no *campus* da FEPPS, garantindo seu pleno funcionamento sem descontinuidade das suas atividades e plantão 24 horas. Ação realizada no primeiro semestre de 2014.

Essas prioridades foram assim tratadas no período, embora outras demandas se apresentaram e tomaram a agenda, como a questão do suporte laboratorial às ações para os jogos do Mundial de Futebol, ocorrida em Porto Alegre em julho de 2014, tendo exigido esforços e mobilizações extras, em conjunto com outras instituições.

A área administrativa da FEPPS formulou proposta de planejamento estratégico ainda em 2013. O trabalho visou melhorar a gestão, com a elaboração de um diagnóstico operacional e identificação de pontos fracos e fortes para sua implementação, ainda por ser efetivada, posto que a gestão seguinte buscou primeiramente trabalhar o nível estratégico do planejamento, introduzindo outra visão e metodologias. A proposta, formulada a partir de uma visão normativa, foi baseada nas idéias de modernização, e busca de eficiência, e contou com rodadas de participação de servidores e gestores, a qual resultou em um plano de trabalho para introdução do *Balanced Score Card* (BSC) para ser implementada nas rotinas administrativas.

O suporte para as áreas fins deram-se em várias atividades da Fundação, no âmbito dos setores administrativos. A ação de fortalecimento da infra-estrutura da FEPPS, prevista no PPA vigente, incluiu, além da obra em conclusão do novo prédio do CDCT e algumas obras secundárias; houve modernização em Tecnologia da Informação, com ampliação do número de equipamentos da rede interna, com a finalização da implantação de sistema de fibra ótica para a transmissão de dados e informações via PROCERGS. Outra ação em andamento foi a

aprovação da adesão da FEPPS na Rede Nacional de Pesquisa (RNP), que disponibilizará rede de fibra ótica para as atividades de pesquisa e desenvolvimento. Ambos os sistemas de rede de TI possuem a capacidade de 100 Mb, atualmente a FEPPS possui rede com 10 Mb. Está em curso processo de definição de um Sistema de Gestão da Qualidade e em estudos e visitas de *benchmarking* para busca de experiências de melhorias dos fluxos administrativos, com implantação de sistemas de *Workflow*.

Os fluxos administrativos da FEPPS foram revistos, em rodadas de discussão com gerentes e servidores operacionais, de modo a identificar os principais nós críticos e definir as melhorias em conjunto. Nesse sentido, foram aperfeiçoados alguns fluxos, que proporcionou melhorias e encurtamento no andamento dos processos.

Foi desenvolvido um programa de educação continuada coordenado pela Diretoria Técnica para a qualificação de servidores das áreas técnica e administrativa, com capacitações dirigidas a atualizações técnicas e de suporte, como em informática e biossegurança. O Departamento de Recursos Humanos, como parte das ações de atenção ao trabalhador, promoveu capacitações em segurança do trabalhador, prevenção de incêndios, e outros.

Ações de impacto têm sido empreendidas no sentido da regularização dos imóveis da Fundação, terrenos onde se situam as unidades da FEPPS, também exigido por necessidade da criação da empresa LAFERGS, em curso. Outras ações tiveram tramitação, como licenciamento ambiental e alvará sanitário.

Essas ações foram tratadas paralelamente às demandas de urgência, especialmente em manutenção predial e de equipamentos, evidenciando que a área necessita ter estratégias revistas para sua melhoria. Assim como a área de almoxarifado e patrimônio, as quais apresentam severos problemas, que devem ser solucionados com o aporte esperado de recursos humanos. A execução financeira teve uma significativa melhora em 2014, quando se finalizaram aperfeiçoamentos e racionalizações nos fluxos administrativos, especialmente nos processos de aquisição de insumos e contratação de serviços.

Merece destaque a criação da Sala de Crise durante a realização da Copa do Mundo para garantir o apoio ao evento de forma eficaz, em relação a análises laboratoriais de vigilância em saúde, disponibilização de imunobiológicos (soros e antídotos para possíveis acidentes tóxicos) e de sangue e hemoderivados para situações de acidentes de massa.

A importância da FEPPS para o SUS e para a Secretaria de Ciência e Tecnologia (SCT), assim como para a maior autonomia do Estado em relação a insumos e serviços estratégicos para as políticas de saúde, ainda não foi suficientemente explorada ou aproveitada no seu potencial e na capacidade instalada nos seus departamentos.

Apesar de muitas dificuldades de infra-estrutura e de recursos humanos, a possibilidade de ingresso de mais 252 servidores pelo primeiro concurso público em 20 anos de sua existência, a FEPPS detém condições em conhecimento, infra-estrutura e na sua própria institucionalidade, de ser um instrumento efetivo de desenvolvimento em saúde no estado e no país. Entretanto, muitos dos seus problemas são bem estruturados e apontados sistematicamente por diretores, gerentes operacionais e quadro de servidores em geral, com soluções exequíveis especialmente dependentes de gestão profissional e continuidade de estratégias de gestão.

Porto Alegre, janeiro de 2015
GAPLAN – Gabinete de Planejamento
Edir Medeiros
ID 3053598