



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

**RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO**

**2010**

Coordenação

Assessoria Técnica e de Planejamento – ASSTEPLAN



**Secretário da Saúde**

Ciro Simoni

**Diretor Geral**

Elemar Sand

**Assessoria Técnica e de Planejamento – ASSTEPLAN**

Marta Araújo Grecellé

**Centro Estadual de Vigilância em Saúde – CEVS**

Celso Bittencourt dos Anjos

**Departamento Administrativo – DA**

Cláudio Roberto da Silva

**Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial – DAHA**

Marcos Antônio de Oliveira Lobato

**Departamento de Ações em Saúde – DAS**

Sandra Maria Sales Fagundes

**Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais - DCHE**

Sami Abder Rahim Jbara El Jundi

**Departamento de Coordenação das Regionais - DCR**

Márcio Rafael Slaviero

**Escola de Saúde Pública – ESP**

Márcio Mariath Belloc

**Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde - FEPPS**

José Vellinho Pinto

**Fundo Estadual de Saúde - FES**

Alcindo Pavan

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO .....	5
2. IDENTIFICAÇÃO .....	6
3. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS .....	8
4. REDE FÍSICA .....	13
5. PROFISSIONAIS DO SUS.....	16
6. REALIZAÇÕES 2010 .....	17
<b>POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
6.1. Vigilância em Saúde.....	17
6.2. Política de Atenção Básica.....	36
6.3. Estratégia Saúde da Família.....	39
6.4. Assistência de Urgência e Emergência.....	43
6.5. Política Estadual de Doação de Órgãos e Transplantes.....	45
6.6. Ações de Assistência à Saúde - Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) .....	50
6.7. Ações de Assistência à Saúde - Hospital Sanatório Partenon (HSP) .....	52
6.8. Ações de Assistência à Saúde - Hospital Colônia Itapuã.....	54
<b>POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE SAÚDE</b>	
6.9. Política Estadual de Saúde da Criança.....	55
6.10. Promoção e Desenvolvimento da Primeira Infância – PIM .....	62
6.11. Política Estadual de Saúde do Adolescente e do Jovem.....	69
6.12. Política Estadual de Saúde da Mulher .....	72
6.13. Política Estadual de Saúde do Homem .....	87
6.14. Política Estadual de Saúde do Idoso.....	91
6.15. Política Estadual de Saúde da População Negra.....	96
6.16. Política Estadual de Saúde Indígena .....	99
6.17. Política Estadual de Atenção a Saúde Prisional.....	102
6.18. Política Estadual de Humanização .....	104
6.19. Política Estadual de Prevenção da Violência .....	105
6.20. Política Estadual de Saúde Mental .....	109
6.21. Política Estadual para DST/AIDS.....	114
6.22. Política Estadual de Saúde Bucal.....	120
6.23. Política Estadual de Alimentação e Nutrição .....	123
6.24. Política Estadual do Sangue .....	130
6.25. Política Estadual de Assistência Farmacêutica.....	132
6.26. Política Estadual de Saúde nas Fronteiras.....	137
<b>POLÍTICAS E/OU PROPOSTAS RELACIONADAS À GESTÃO DO SUS</b>	
6.27. Planejamento .....	138
6.28. Financiamento .....	141
6.29. Investimentos em Saúde.....	142
6.30. Redes de Assistência Especializada.....	143
6.31. Regulação em Saúde .....	147
6.32. Participação Social no SUS.....	151
6.33. Auditoria do SUS.....	154
6.34. Ouvidoria do SUS.....	157
6.35. Gestão do Trabalho em Saúde.....	159
6.36. Infra-Estrutura da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul .....	160
6.37. Educação em Saúde.....	163

6.38.Pesquisa em Saúde.....	166
6.39.Informação em Saúde .....	168
7. ANÁLISE DOS INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE .....	170
7.1. Introdução.....	170
7.2. Metodologia .....	170
7.3. Análise/Acompanhamento dos Resultados .....	173
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	178
ANEXO I – FINANCIAMENTO DO SUS – RELATÓRIO DE GESTÃO 2010.....	179
ANEXO I – CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – RELATÓRIO DE GESTÃO 2010.....	193

## 1. APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul apresenta, neste documento, o Relatório Anual de Gestão de 2010, atendendo ao preconizado pelas normas que orientam a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como aquelas que tratam da elaboração dos instrumentos de gestão do SUS, conforme o Sistema de Planejamento do SUS - PLANEJASUS. Esse documento apresenta as realizações do Governo do Estado ao longo de 2010 com relação à saúde da população gaúcha, discutindo os indicadores monitorados e analisando a Programação Anual de Saúde do mesmo ano.

O processo de elaboração do Relatório de Gestão iniciou-se com a revisão da Pactuação de Metas para 2011 dos Indicadores do Pacto pela Saúde, no mês de fevereiro. A Secretaria da Saúde organizou, através do Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, um seminário para discussão e revisão das metas pactuadas em 2010 com todos os setores / departamentos. Durante a apresentação dos resultados alcançados em 2010 para o ajuste de metas, deu-se início a um conjunto de discussões que objetivaram avaliar os indicadores monitorados, fornecendo subsídios para fortalecer as estratégias que apresentavam bom desempenho, ou para viabilizar melhores resultados naquelas em que o resultado não era satisfatório.

Num segundo momento, a partir da Programação Anual de Saúde de 2010, uma nova rodada de discussões foi realizada com os setores/departamentos, através de reuniões de trabalho abertas com a participação da equipe técnica da Secretaria, tendo em vista discutir, de forma integrada os resultados alcançados, bem como as dificuldades para a realização das ações propostas quando do planejamento das políticas para atingir as metas propostas no Plano Estadual de Saúde 2009-2011. Todas essas estratégias utilizadas tiveram o objetivo de provocar junto aos gestores, gerentes e trabalhadores a construção de um conhecimento integrado sobre os resultados alcançados em 2010, bem como estimular as equipes técnicas para o trabalho cujo objetivo final é a obtenção de melhores resultados futuros.

O documento está organizado de forma a fornecer ao leitor noções sobre os aspectos demográficos de morbimortalidade, conhecimentos sobre a rede física do estado em termos de serviços de saúde disponíveis à população, descrição dos profissionais que atualmente trabalham no SUS e as realizações 2010, juntamente com a apresentação dos resultados da Programação Anual de Saúde e dos indicadores de saúde monitorados no estado, tendo como eixo organizativo as políticas de saúde, conforme apresentadas no Plano Estadual de Saúde 2009-2011. A seguir, apresentam-se as considerações finais do Relatório Anual de Gestão de 2010. E por fim, é apresentada a situação do financiamento em saúde no estado no ano de 2010, bem como um relatório sobre a vigilância em saúde.

Cabe destacar que o Relatório Anual de Gestão deve orientar os gestores no acompanhamento ou na revisão sistemática das ações propostas para modificar os problemas de saúde da população. Assim, ele deve se constituir como um efetivo instrumento de gestão a ser utilizado no processo de tomada de decisão, afim de contribuir para a melhoria da qualidade das políticas públicas de saúde. Da mesma forma, ele deve permitir ao controle social o acompanhamento das ações desenvolvidas pelas políticas de saúde no estado, fornecendo *feedbacks* que permitam aos Conselheiros de Saúde e à população compreender as condições de saúde no Rio Grande do Sul.

## 2. IDENTIFICAÇÃO

### Dados Gerais

Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul  
CNPJ: 87.958.625/0001-49  
Telefone: 32885800 - E-mail: secretaria@saude.rs.gov.br  
90119-900 - RIO GRANDE DO SUL - RS  
RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2010  
Av. Borges de Medeiros, 1501, 6º Andar

### Secretário de Estado da Saúde

Nome	CIRO SIMONI
Data da Posse	01/01/2011
A Secretaria de Saúde teve mais de um gestor no período a que se refere o RAG?	Não

### Fundo Estadual de Saúde

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

### Conselho Estadual de Saúde

Instrumento legal de criação do CES	Lei nº 10097, de 31/01/1994
Nome do Presidente do CES	PAULO HUMBERTO GOMES DA SILVA
Segmento	Usuário
Data da última eleição do CES	11/11/2010
Telefone	51 3288 5950
E-mail	ces@saude.rs.gov.br

### Conferência Estadual de Saúde

Data da última Conferência de Saúde	2007
-------------------------------------	------

### Plano Estadual de Saúde

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

### Plano de Carreira, Cargos e Salários

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

### Pacto pela Saúde

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

### Regionalização

O Estado tem PDR atualizado após as diretrizes operacionais do Pacto pela	Não
---	-----

Saúde no ano de 2006?	
Ano a que se refere o PDR vigente	2002
Quantas regiões de Saúde existem no estado?	19
Quantos CGR estão implantados nas Regiões de Saúde?	19

**Considerações Iniciais**

O Plano Diretor de Regionalização está em processo de atualização, conforme Portaria 725/2010 de 31 de dezembro de 2010.

### 3. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

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

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

**Tabela 1: Distribuição da população residente no RS por sexo e faixa etária, 2010.**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>
0 a 4	327.601	316.361	643.962
5 a 9	368.967	354.792	723.759
10 a 14	438.629	423.154	861.783
15 a 19	442.405	433.332	875.737
20 a 24	437.737	433.169	870.906
25 a 29	445.502	448.497	893.999
30 a 34	398.879	409.412	808.291
35 a 39	366.041	379.078	745.119
40 a 44	369.087	391.278	760.365
45 a 49	372.803	399.833	772.636
50 a 54	332.590	360.676	693.266
55 a 59	277.346	307.163	584.509
60 a 64	217.076	247.908	464.984
65 a 69	155.838	187.741	343.579
70 a 74	112.895	149.150	262.045
75 a 79	73.926	113.162	187.088
80 a 84	42.599	76.474	119.073
85 anos ou mais	25.136	38.252	63.388
<b>Total</b>	<b>5.205.057</b>	<b>5.469.432</b>	<b>10.674.489</b>

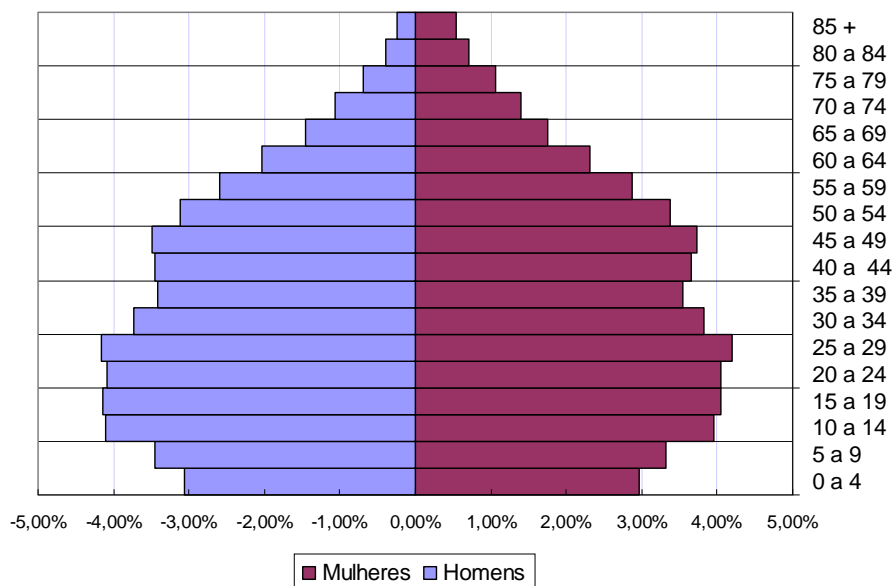
Fonte: IBGE - 2011

Obs: Para efeito de cálculo dos indicadores, os valores utilizados foram os de 2009, tendo em vista que o censo de 2010 ainda não estava consolidado e disponível no DATASUS.



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

**Figura 1: Pirâmide etária da população residente no RS, 2010.**



Fonte: IBGE, 2011

A Tabela 2 apresenta a distribuição populacional por situação de domicílio no Estado.

**Tabela 2: Distribuição da população residente no RS por situação de domicílio, 2010.**

População (2000)	Quantitativo	%
Rural	1.593.291	14,90
Urbana	9.102.241	85,10
Total	10.695.532	100,00

Fonte: Censo demográfico, 2010, IBGE

A Tabela 3 apresenta a distribuição da mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência no Estado.

**Tabela 3: Mortalidade por grupos de causas (CID-10), faixa etária e por residência 2009.**

Internações por Capítulo CID-10	Menor de 1	Faixa Etária (em anos)											Idade Ignorada	Total						
		1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54			55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 e mais
001-031																				
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	47	20	13	9	27	237	576	565	496	382	383	376		6	3.137					
032-052																				
Neoplasias (tumores)	7	26	29	36	59	162	384	1.273	2.936	3.869	4.184	2.893		1	15.859					

053-054															
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	3	4	1	3	3	16	16	21	31	51	77	107	0	333	
055-057															
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	11	8	3	4	6	30	67	174	450	889	1.209	1.208	0	4.059	
058-059															
Transtornos mentais e comportamentais	0	1	0	1	5	29	53	132	161	126	88	126	0	722	
060-063															
Doenças do sistema nervoso	16	34	21	21	31	63	62	86	129	174	438	941	1	2.017	
065 Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	3	0	7	
066-072															
Doenças do aparelho circulatório	9	9	2	12	16	91	251	1.072	2.524	4.185	6.401	8.297	2	22.871	
073-077															
Doenças do aparelho respiratório	72	44	34	21	46	155	231	418	895	1.489	2.663	3.499	6	9.573	
078-082															
Doenças do aparelho digestivo	7	6	3	4	11	24	141	372	700	720	772	827	3	3.590	
083 Doenças da pele e tecido subcutâneo	0	1	1	0	2	5	8	9	13	20	30	78	0	167	
084 Doenças sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	1	0	2	3	12	16	30	38	58	64	99	0	323	
085-087															
Doenças do aparelho geniturinário	5	3	2	4	2	14	34	77	129	232	342	624	0	1.468	
088-093															
Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	12	28	40	6	1	0	0	0	0	87	
094-098															
Algumas afecções	909	7	1	1	3	4	2	0	0	0	0	0	0	927	

originadas no período perinatal 099-101															
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas 102-104	326	40	17	12	21	15	22	18	19	7	5	12	0	514	
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte 105-114															
Causas externas de morbidade e mortalidade	71	58	54	118	604	1.702	1.173	1.158	799	554	429	466	45	7.231	
<b>Total</b>	<b>1.538</b>	<b>273</b>	<b>186</b>	<b>257</b>	<b>871</b>	<b>2.643</b>	<b>3.206</b>	<b>5.719</b>	<b>9.806</b>	<b>13.353</b>	<b>17.848</b>	<b>20.714</b>	<b>73</b>	<b>76.487</b>	

Fonte: Estatísticas de Saúde – NIS/SES-RS, 2009

A Tabela 4 apresenta a distribuição da morbidade hospitalar por grupos de causas e faixa etária no Estado.

**Tabela 4: Morbidade hospitalar por grupos de causas (CID-10) e faixa etária, 2010.**

Internações por Capítulo CID-10	Faixa Etária (em anos)												Total
	Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4.723	6.056	3.280	1.719	1.397	3.607	4.885	5.275	5.211	4.471	4.240	3.252	48.116
II Neoplasias (tumores)	189	652	741	785	1.019	2.383	4.023	9.127	11.380	11.008	7.508	2.634	51.469
III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	213	316	277	224	191	382	404	600	676	766	994	881	5.924
IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	456	668	459	373	280	779	1.119	1.896	3.391	3.695	3.346	2.252	18.714
V Transtornos mentais e comportamentais	22	6	33	480	2.898	7.989	7.723	7.853	4.790	1.620	509	131	34.054
VI Doenças do sistema nervoso	596	1.113	660	532	408	1.034	1.493	2.449	2.654	2.202	2.126	1.405	16.672
VII Doenças do olho e anexos	46	68	107	97	118	259	290	355	522	666	511	218	3.257
VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide	112	293	309	193	82	82	110	117	93	34	18	4	1.447
IX Doenças do aparelho circulatório	246	152	199	294	557	2.260	4.808	11.318	19.667	22.387	20.031	12.327	94.246

X Doenças do aparelho respiratório	15.587	16.261	7.032	2.825	2.007	4.202	4.800	7.415	11.399	14.990	16.846	12.911	116.275
XI Doenças do aparelho digestivo	1.319	2.155	2.585	2.441	2.679	6.952	8.469	11.948	13.547	10.557	6.831	3.203	72.686
XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	288	677	560	468	499	1.260	1.089	1.244	1.385	1.103	777	424	9.774
XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	34	145	308	436	576	1.656	1.996	2.936	3.034	2.212	1.443	555	15.331
XIV Doenças do aparelho geniturinário	594	956	1.131	1.126	2.649	5.988	6.129	7.386	7.125	6.345	4.743	2.833	47.005
XV Gravidez, parto e puerpério	1	0	0	1.071	21.240	52.575	25.416	3.513	27	10	4	0	103.857
XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	11.507	41	10	4	36	93	52	17	14	10	14	15	11.813
XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1.005	975	731	582	338	350	251	249	217	155	83	23	4.959
XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	170	168	194	189	309	662	594	820	973	973	768	453	6.273
XIX Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	345	1.644	2.353	2.248	3.611	9.615	7.186	7.061	5.887	4.121	3.251	2.799	50.121
XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	1	6	5	6	5	24	20	18	24	19	10	6	144
XXI Contatos com serviços de saúde	479	510	348	278	342	2.364	3.917	2.398	1.222	722	496	208	13.284
<b>Total</b>	<b>37.933</b>	<b>32.882</b>	<b>21.322</b>	<b>16.371</b>	<b>41.241</b>	<b>104.516</b>	<b>84.774</b>	<b>83.995</b>	<b>93.238</b>	<b>88.066</b>	<b>74.549</b>	<b>46.534</b>	<b>725.421</b>

Fonte: DATASUS/SIH – 2010

#### 4. REDE FÍSICA

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

A Tabela 5 apresenta a distribuição da rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS, por tipo de estabelecimento e por tipo de gestão no Estado.

**Tabela 5: Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS, por tipo de estabelecimento e tipo de gestão, dezembro de 2010.**

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Dupla</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal</b>	<b>Total</b>
Central de Regulação de Serviços de Saúde	0	0	6	6
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	0	2	3	5
Centro de Atenção Psicossocial	59	21	70	150
Centro de Apoio a Saúde da Família	0	0	3	3
Centro de Parto Normal	0	0	0	0
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	653	12	975	1.640
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	182	316	1.645	2.143
Consultório Isolado	238	849	8.326	9.413
Cooperativa	0	1	11	12
Farmácia Medic Excepcional e Prog Farmácia Popular	2	5	12	19
Hospital Dia	0	2	4	6
Hospital Especializado	2	2	17	21
Hospital Geral	205	60	60	325
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	1	2	1	4
Policlínica	64	21	111	196
Posto de Saúde	2	3	882	887
Pronto Atendimento	0	0	2	2
Pronto Socorro Especializado	2	2	7	11
Pronto Socorro Geral	11	2	18	31
Secretaria de Saúde	93	40	251	384
Unid Mista - atend 24h: atenção básica, intern/urg	18	2	5	25
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	0	0	7	7
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	280	499	865	1.644
Unidade de Vigilância em Saúde	3	0	67	70
Unidade Móvel Fluvial	0	0	1	1
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	3	13	31	47
Unidade Móvel Terrestre	6	1	71	78
Tipo de estabelecimento não informado	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1.824</b>	<b>1.855</b>	<b>13.451</b>	<b>17.130</b>

Fonte: DATASUS/CNES - Extraído em 13/04/2011

A Tabela 6 apresenta a distribuição da rede física de saúde prestadora de serviços ao SUS, por esfera administrativa e por tipo de gestão no Estado.

**Tabela 6: Rede física de saúde prestadora de serviços ao SUS, por esfera administrativa e tipo de gestão, dezembro de 2010.**

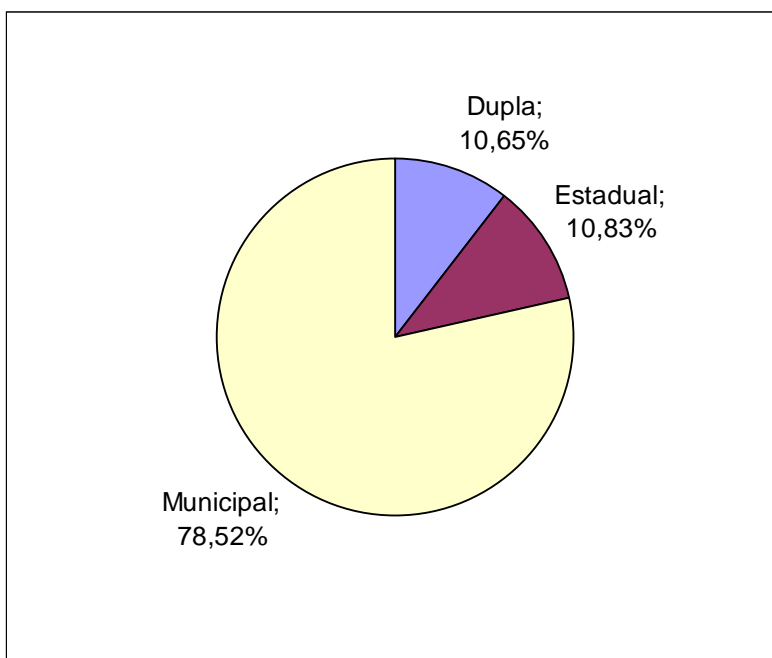
<b>Esfera Administrativa (Gerência)</b>	<b>Tipo de Gestão</b>			<b>Total</b>
	<b>Dupla</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal</b>	
Federal	5	5	23	33
Estadual	16	38	22	76
Municipal	953	93	2451	3497
Privada	850	1719	10955	13524

Esfera não informada	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1.824</b>	<b>1.855</b>	<b>13.451</b>	<b>17.130</b>

Fonte: DATASUS/CNES – Extraído em 13/04/2011

A Figura 2, abaixo, ilustra a distribuição da rede física de saúde prestadora de serviços ao SUS, por tipo de gestão no Estado da Tabela 6.

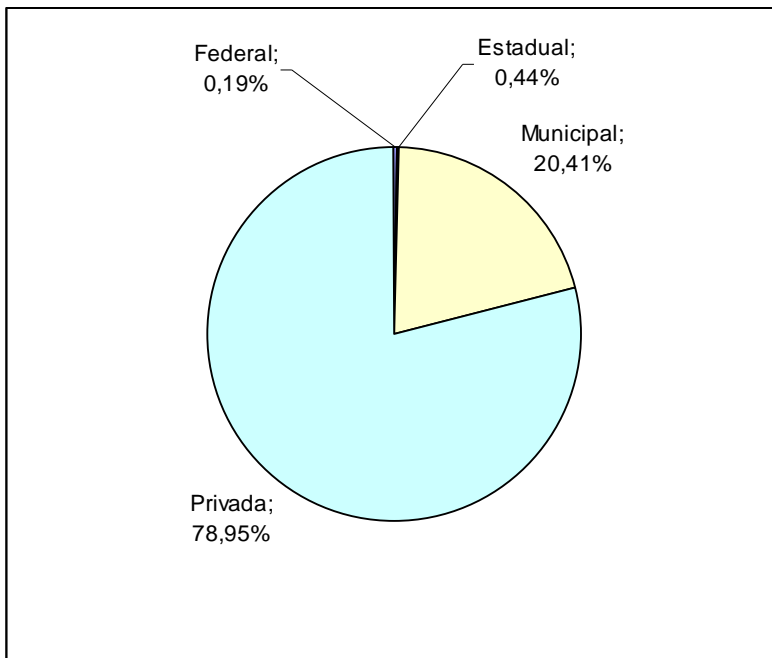
**Figura 2: Representação gráfica da rede física prestadora de serviços ao SUS por tipo de gestão, dezembro de 2010**



Fonte: DATASUS/CNES – Extraído em 13/04/2011

A Figura 3, abaixo, ilustra a distribuição da rede física de saúde prestadora de serviços ao SUS, por esfera administrativa no Estado da Tabela 6.

**Figura : Representação gráfica da rede física prestadora de serviços ao SUS por esfera administrativa, dezembro 2010.**



Fonte: DATASUS/CNES – Extraído em 13/04/2011

## 5. PROFISSIONAIS DO SUS

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

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos profissionais do SUS e respectivos vínculos no Estado.

**Tabela 7: Profissionais do SUS e respectivos vínculos, 2011.**

<b>Profissionais do SUS</b>	<b>Quantitativo</b>
Vínculo empregatício	79.149
Sem tipo	26.505
Estatutário	15.468
Emprego público	12.884
Contrato por prazo determinado	7.299
Cargo comissionado	378
Celetista	16.615
Autônomo	12.730
Sem tipo	5.321
Intermediado por organização social(os)	79
Intermediado org da sociedade civil de interesse publ(OSCIP)	230
Intermediado por organização não-governamental (ONG)	26
Intermediado p entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos	1.718
Intermediado por empresa privada	1.532
Consultoria	13
Sem intermediação (RPA)	3.711
Intermediado por cooperativa	100
Cooperativa	1.327
Outros	1.879
Bolsa	307
Contrato verbal/informal	1.352
Proprietário	220
Residência	404
Estágio	31

Fonte: DATASUS/SARGSUS - Extraído em 13/04/2011

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – visa disponibilizar informações das condições de infra-estrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas, ou seja, municipal, estadual e federal.

Os gestores de cada esfera e, a partir da publicação da Portaria MS Nº 134, de 04/04/2011, os gerentes dos estabelecimentos de saúde são responsáveis pela correta inserção, manutenção e atualização sistemática dos cadastros no SCNES dos serviços prestados e dos profissionais em exercício nos respectivos serviços de saúde, públicos e privados.

Entretanto, apesar de ser instrumento essencial de gerenciamento e gestão das ações de saúde do SUS, observa-se que ainda há inconsistências nas informações cadastrais, tanto por não cumprimento dos prazos de atualização, quanto por atualizações parciais e, mesmo, por divergências quanto ao significado da nomenclatura proposta. Observando-se a tabela 5, no item secretaria da saúde, coluna gestão estadual aparece o número 40. Significa que órgãos e serviços da Secretaria da Saúde do Estado estão incluídos neste item, por exemplo, Coordenadoria Regional de Saúde.

Buscando assegurar a fidedignidade das informações, o Ministério da Saúde elaborou a Portaria MS Nº 134/2011, citada anteriormente, que reforça as orientações técnicas para o registro e operacionalização das informações contidas no sistema. Outra iniciativa foi a publicação da Portaria MS Nº 136, de 08/04/2011, que vincula o recebimento do incentivo financeiro aos municípios para Agentes de Combate a Endemia ao cadastro atualizado dos mesmos no SCNES.



## 6. REALIZAÇÕES 2010

Este capítulo apresenta as principais realizações de cada uma das políticas da SES-RS, com análises e comentários. Além disso, apresenta e comenta o resultado atingido em 2010 e a série histórica de indicadores monitorados propostos pelo Pacto pela Saúde que se relacionam com as correspondentes políticas.

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

### 6.1. Vigilância em Saúde

#### Objetivos (PES):

- 1 - Atuar nos riscos e vulnerabilidades Estaduais e Regionais definidos na análise situacional que compõe o PES;
- 2 - Atender os compromissos assumidos pelo Estado do Rio Grande do Sul junto à esfera Federal, como a Programação de Ações de Vigilância em Saúde – PAVS e o Termo de Compromisso de Gestão, estabelecido a partir do Pacto pela Saúde, entre outros;
- 3 - Atender as prioridades Estaduais em sua área de atuação;
- 4 - Implementar e consolidar a Rede de Laboratórios públicos ou privados que realizam análises de interesse em saúde pública;
- 5 - Promover e assessorar atendimento emergencial a acidentes tóxicos, análises laboratoriais toxicológicas e banco de dados;
- 6 - Implementar a Hemovigilância no Estado.

#### Quanto ao desenvolvimento e fortalecimento da gestão estadual do Sistema de Vigilância em Saúde:

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Desenvolver e aperfeiçoar os 08 documentos estruturantes da Vigilância em Saúde.	Elaborar os documentos: Relatório de Gestão, Cartilha Municípios, Manual Padronização Visual, Plano de Integração com AB	4 documentos	Foi elaborado Relatório de Gestão e Manual de Padronização Visual da VS. A Cartilha para Municípios existente não foi atualizada, o que deverá ocorrer em 2011, assim como a consolidação do Projeto de Integração com Atenção Básica
Constituir a Ouvidoria em Vigilância em Saúde e realizar ações de capacitação, ampliação das linhas do Disque Vigilância em Saúde (Disque 150), e realizar a reforma da sala.	Adquirir linhas de telefonia móvel	2 linhas	O Disque Vigilância está em funcionamento pleno e previsto para atuar de forma integrada à Ouvidoria, atualmente em fase de implantação na SES. Linhas de telefonia móvel foram adquiridas. Estagiários contratados. Material de divulgação produzido até 2009 e distribuído em 2009 e 2010. As capacitações foram realizadas semanalmente em 2009 (41), quando o setor estava em fase inicial. A partir de 2010, passou-se a fazer reuniões semanais internas, com caráter de educação continuada.
	Contratar estagiários	9 estagiários	
	Promover capacitações	52 capacitações	
	Produzir material de divulgação	Material produzido	
Realizar 12 oficinas de Integração técnica das Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.	Criar grupos intersetoriais para desenvolvimento de conhecimento em temas de importância da Vigilância Sanitária	3 grupos	Foram criados 2 grupos, constituídos por representantes de todas as áreas técnicas, que têm funcionado como fortes indutores da integração dessas áreas: o Grupo de Monitoramento/Avaliação do CEVS e o Grupo/Comitê CIEVS. Ambos reúnem-se semanalmente. Realizou-se, em agosto de 2010, uma oficina de integração e planejamento estratégico. Ao longo do ano várias atividades foram desenvolvidas de forma integrada, embora não no formato de oficina. O CIEVS foi plenamente implantado, com atividades e fluxos sistematizados, porém, ainda não sob forma de manual, o que deverá acontecer em 2011.
	Realizar oficinas de integração	4 oficinas	

	Elaborar Manual de fluxos do Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância - CIEVS	Manual elaborado	
Propor novo organograma para CEVS.			Novo organograma proposto para inclusão do CIEVS/DISQUE Não formalizado e com previsão de retomada da discussão considerando a mudança de gestão.
Estruturar o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) e Unidade de Resposta Rápida (URR).	Contratar consultor	1 consultor	Não foi possível contratar consultor para o ano de 2010, pelas dificuldades administrativas neste tipo de processo. Os estagiários foram contratados e trabalham junto ao CIEVS e DISQUE, de forma integrada. Pelas dificuldades de recursos humanos para atender a todas as demandas (inclusive as de epidemiologia de campo/URR, com atendimento a situações de surto ou ocorrência de agravos inusitados) não foi possível realizar as 07 capacitações (por macrorregião) reprogramadas para 2011.
	Promover capacitações	7 capacitações	
	Contratar estagiários	10 estagiários	
	Elaborar material técnico e de divulgação	Material elaborado	
Implantar o Sistema de Vigilância de Óbitos (SVO).	Contratar emergencialmente profissionais para operação do Serviço de Vigilância de Óbitos – SVO	70 profissionais	O Termo de Cooperação Técnica foi mantido, a obra finalizada e principais equipamentos adquiridos até o final de 2010 e começando a ser entregues ao final do ano. Processo visando à contratação de equipe em andamento, enfrentando as dificuldades previsíveis. Adicionalmente, serão tentadas novamente em 2011 soluções através de cooperação técnica/convênio com instituições de ensino que possam suprir a necessidades de especialistas (em especial em patologia). As capacitações não chegaram a ser realizadas, pois dependem da efetiva implantação do SVO.
	Promover capacitações para profissionais da rede em Vigilância de Óbitos	4 capacitações	
	Manter o Termo de Cooperação Técnica com DML	Termo mantido	
	Elaborar material técnico e de divulgação	Material elaborado	
Construir a Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (Cead).)	Celebrar convênio (projeto com cadastramento no SICONV)	1 convênio	O novo convênio com o Ministério da Saúde foi celebrado e o Projeto Arquitetônico finalizado. Com a nova modalidade de convênio, foi necessário atender a exigências administrativas, ainda não tendo sido possível o encaminhamento de processo licitatório, previsto para 2011.
	Licitatar empresa para realização da obra	Empresa licitada	
Construir a Central de Ultra Baixo Volume (UBV).	Construir o prédio da Central de UBV	Prédio construído	Área para implantação destinada e projeto elaborado. A licitação da obra está prevista para 2011. Somente a partir da mesma deverão ser realizadas as aquisições de equipamentos e as capacitações.
	Adquirir equipamentos para Central de UBV	Equipamentos adquiridos 4 capacitações	
Manter e melhorar a rede de frio nas Coordenadorias Regionais da Saúde.	Reformar área física da Rede de Frio em CRS (1ª, 2ª, 15ª, 10ª e 18ª)	5 CRS	Foi iniciada a reforma de área física da 8ª CRS, incluída no Projeto VIGISUS II.
	Adquirir equipamentos para Rede de Frio para CRS (freezer, ar condicionado, geradores)	19 CRS	Através do Projeto VIGISUS II foram adquiridos e distribuídos 01 refrigerador e 02 freezer para cada uma das 19 CRS
Implementar no Sistema da Qualidade da FEPPS ações que promovam 100% da garantia.			Executado a política da qualidade e elaborado o manual, sendo que a estruturação do programa de capacitação está em andamento.

Implementar ações que procurem garantir o controle efetivo de 100% das reações transfusionais imediatas e tardias pelo CEVS e FEPPS/HEMORGS.	Meta não programada para 2010
--	-------------------------------

**Quanto à execução das ações pactuadas ou não de Vigilância em Saúde:**

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Desenvolver 05 Projetos transversais entre as Vigilâncias.	Executar Projetos transversais: Agrotóxicos e Eventos Ambientais Adversos	2 projetos	Os Projetos estão em execução, envolvendo as diversas áreas da Vigilância em Saúde.
Realizar de forma complementar e suplementar as ações pactuadas de Vigilância em Saúde pela execução direta de ações de Vig. Ambiental, Vig. Epidemiológica, Vig. Sanitária e Vig. Saúde do Trabalhador.	Avaliar conforme pactuação quantos municípios executam as ações prioritárias de VS (Programação Anual da Vigilância em Saúde - PAVS e Pacto 2010)	Executar as atividades de VS que o município não executa: inspeções de VISA alta complexidade, controle de dengue, investigação de surtos, investigação óbitos Saúde do Trabalhador	O processo de descentralização continua enfrentando, como maiores dificuldades, as questões de recursos humanos e o insuficiente financiamento. Além dessas, também se deve considerar que a incorporação de novas metodologias (algumas de maior complexidade) por municípios de pequeno (ou muito pequeno) porte ainda terá de ser melhor resolvida, provavelmente através de soluções regionais. A constituição e manutenção de equipes mínimas por parte dos municípios (e mesmo de Regionais de Saúde) é certamente o maior desafio. Desse cenário resulta o ainda pequeno o número de municípios que assumiu o Pacto pela Saúde e ações estratégicas de Vigilância Sanitária. Também restam 84 municípios que não assumiram plenamente o Piso Fixo da Vigilância e Promoção da Saúde (ex-Teto da Vigilância em Saúde).

**Quanto à produção de conhecimento em Vigilância em Saúde:**

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Executar o Projeto Pequenos Vigilantes.	Implantar o Projeto nos municípios do Estado.	496 municípios	O Projeto foi implantado em 52 municípios. Várias dificuldades se constatam para o alcance da meta proposta, registrando-se, inicialmente, que a mesma foi superestimada, inclusive por se tratar de ação que depende de adesão espontânea dos municípios (o que por si só tornaria uma meta de 100% inatingível). Além disso, enfrentaram-se várias dificuldades, especialmente: falta de recursos humanos para a implementação das atividades de gerenciamento do projeto (técnicos de nível central e regional ainda executam muitas ações de Vigilância Sanitária); a distribuição de material educativo (que portava logotipo do governo) foi prejudicada pelo período eleitoral.
Criar e divulgar a Mostra Itinerante de Vigilância em Saúde.	Desenvolver o Projeto Pequenos Vigilantes vai a praia, adaptando-o para Mostra Itinerante de VS Promover a Mostra Itinerante nas CRS	Projeto desenvolvido 19 CRS	A Amostra Itinerante, inicialmente projetada como uma adaptação da proposta da FIOCRUZ (realizada em Porto Alegre em 2008) não se concretizou. Deu-se continuidade ao Projeto Pequeno Vigilante Itinerante, que foi levado a 21 municípios, atendendo a cerca de 12 000 crianças, com a distribuição de 4800 kits.
Disponibilizar três cursos de qualificação em	Realizar cursos de qualificação em Vigilância em Saúde	3 cursos	Foi proposto, em conjunto com a Escola de Saúde Pública, Curso de Especialização em Vigilância em Saúde, assim como participação de profissionais de Vigilância em Saúde

Vigilância em Saúde junto a Escola de Saúde Pública (ESP).	(300 profissionais cada)		em mestrado.
Produzir material científico (cadernos do Centro Estadual de Vigilância em Saúde - CEVS, publicações em revistas científicas).	Elaborar os documentos: 04 Boletins Epidemiológicos, Manual para profissionais de saúde contendo Protocolos Técnicos, Caderno CEVS com Diagnóstico de Saúde, Guia Técnico (Programa Simulídeos) e Manual CIEVS-RS	8 documentos	Foram elaborados 4 Boletins Epidemiológicos em 2010 tendo sido publicados 02 e estando em fase de impressão outros 02. Foram publicados ainda os "Dados e Indicadores Seleccionados do Rio Grande do Sul – 2008". Algumas áreas tiveram trabalhos publicados em publicações científicas internacionais (artigos sobre Eventos Adversos à Vacina da Febre Amarela e Entomologia).
Produzir material de divulgação de Vigilância em Saúde (material institucional sobre os temas da Vigilância em Saúde).			Meta não programada para 2010
Elaborar material de promoção à saúde (por gênero, ciclo de vida) (cartilhas, folders, cartazes, joguinhos infantis, etc, que visam divulgar informações sobre os programas de Vigilância em Saúde).	Elaborar o manual do Programa "Pequenos Vigilantes"	Manual elaborado	O material do programa foi elaborado formando um "kit Pequeno Vigilante" constando de: Manual do Professor, Livro do Aluno, Guia do Professor, Revista de Atividades (com conteúdo lúdico), camiseta, boné e pasta para as crianças. Também acompanha o material 04 formulários de avaliação (para aluno, professor, pais ou responsáveis e empresários).
	Realizar campanhas de informação sobre Vacinação e Dengue Elaborar campanhas de informação de programas de VS	Campanhas elaboradas Campanhas elaboradas	
Qualificar a página da Vigilância em Saúde da web.	Contratar consultoria	Consultoria contratada	Não foi possível contratar consultoria para desenvolver página específica da Vigilância em Saúde. A qualificação da página deverá acontecer em 2011, integrada à reformulação de todo o site institucional.

#### Quanto à Qualificação da descentralização da Vigilância em Saúde:

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Realizar 19 supervisões às Coordenadorias Regionais de Saúde com relação às ações pactuadas de Vigilância em Saúde.	Implantar o Grupo de Trabalho (GT) de Monitoramento e Avaliação do Centro Estadual Vigilância em Saúde	GT implantado	O GT Monitoramento/Avaliação foi implantado mas, por envolver, de forma matricial, profissionais que desenvolvem ações em setores e programas específicos, e considerando os vários eventos que sobrecarregaram o ano de 2010, ainda não foi possível desenvolver cronograma de supervisões integradas, o que deverá ocorrer a partir de 2011. Foram realizadas supervisões por área (como as executadas pelo Programa de Dengue nas 19 CRS). Há um instrumento elaborado visando ao monitoramento das ações nos municípios, que deverá ser adaptado para o desenvolvimento de cronograma de supervisões às CRS no ano de 2011. Foi realizada oficina para CRS focando a PAVS e o monitoramento/avaliação.
	Elaborar instrumento de supervisão	Instrumento elaborado	
	Realizar oficina de capacitação às CRS e CEVS	1 oficina	
	Executar o cronograma de supervisões	Cronograma executado	
Elaborar documento de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica.	Elaborar documento	Documento elaborado	Documento a ser elaborado em 2011.
Adquirir veículos e	Adquirir telefones	10 telefones	Veículos já repassados aos NUREVS anteriormente.

equipamentos para os 19 Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde (NUREVS).	móveis para os NUREVS		Telefones móveis ainda não adquiridos.
Ampliar a descentralização da Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Vigilância Ambiental em Saúde e Vigilância Epidemiológica.	Revisar o processo de descentralização da Vig. em Saúde pelo Grupo Técnico Bipartite de Vig. em Saúde	Processo revisado	Durante o ano de 2010 o GT Bipartite da Vigilância em Saúde discutiu vários aspectos do processo de descentralização, revisando a pactuação do financiamento da área, resultando em nova Resolução da CIB/RS nº449/2010. Essa pauta continuará a ser desenvolvida em 2011.
	Realizar Oficina para capacitação das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Centro Estadual de Vigilância em Saúde(CEVS)	1 oficina	Tem sido realizada anualmente uma Oficina reunindo CEVS e CRS para discussão das ações a serem pactuadas/programadas junto aos municípios e a forma de monitorá-las. Nos últimos anos essas oficinas foram integradas às outras áreas da SES com coordenação do GT Monitoramento/Avaliação do nível central. Outras oficinas são realizadas por setores/programas para discutir as questões da descentralização na sua área de abrangência (por exemplo: Vigilância Sanitária, Vigilância da Água, Vigilância da Doença de Chagas, Vigilância da Violência).
	Promover a descentralização da Vigilância em Saúde	no mínimo 10% de municípios de cada CRS	A descentralização da Vigilância em Saúde quanto às ações relacionadas ao Piso Fixo da Vigilância e Promoção da Saúde (ex-TFVS) já alcançou 83% dos municípios. A pactuação das ações de Vigilância Sanitária, especialmente as relacionadas ao Piso Estratégico (de maior complexidade) ainda não alcançaram 10% dos municípios de cada CRS, pelas razões já apontadas neste documento.

**Quanto à Qualificação e Fortalecimento da rede de laboratórios do Estado (FEPPS/IPB-LACEN):**

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Credenciar Laboratórios para diagnóstico de Vigilância da Qualidade da água para consumo humano.	Elaborar documentação necessária para habilitação dos laboratórios	02 laboratórios públicos	Estão em fase de estudo e negociação com a CGLAB/ANVISA/MS, e serão habilitados em 2011.
Efetuar controle de qualidade dos laboratórios que efetuem diagnósticos em saúde pública.	Supervisionar e realizar controle de qualidade das baciloscopias para tuberculose	45 Supervisões	Foram efetuadas 44 supervisões, atingindo quase a totalidade da meta.
Capacitar 100% dos recursos humanos da rede de laboratórios de saúde pública.	Realizar capacitação/treinamento em ações de diagnósticos laboratoriais nas áreas de interesse em saúde pública	25% dos recursos humanos	100% dos treinamentos foram realizados já em 2010. A meta PES foi atingida.
Adequar a infraestrutura dos laboratórios de saúde pública.	Elaborar projeto para criação dos 09 Laboratórios Macrorregionais	Projeto concluído e processo administrativo para a sua efetivação aberto	O primeiro Laboratório Macrorregional a ser implementado será a unidade de Pelota, cujo projeto piloto está em avaliação e será iniciado em 2011.
Realizar Concurso Público para contratação de recursos humanos para a rede de laboratórios de saúde pública.	Realizar concurso público na FEPPS ainda em 2010 (Processo 4298.2069/05-2 anexado ao Processo 3391.2069/09-7)	Concurso realizado	Foi realizado concurso emergencial para atender h1n1, a ser renovado em 2011, e tratativas do efetivo concurso público para as demais áreas em 2011

**Quanto à Qualificação e fortalecimento do Atendimento Emergencial a acidentes tóxicos, análises laboratoriais toxicológicas e banco de dados (FEPPS):**

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Attingir 100% da demanda de atendimentos aos acidentes tóxicos ocorridos no Estado.	Alocar equipamentos de informática com maior performance (aquisição de novos equipamentos de informática e equipamentos 3G) visando agilizar e melhorar o atendimento e para compor o Plano de Contingências na área de fonte de energia elétrica	Atender 21.400 acidentes tóxicos no Plantão Permanente	100% da meta foi atingida. Foram adquiridos novos equipamentos de informática e de 3g. O número de atendimentos toxicológicos no ano foi de 21.629.
Atender 100% da demanda em diagnóstico de drogas de abuso no SUS.	Capacitação continuada de colaboradores e manutenção dos processos de garantia da qualidade.	Manter parcerias com instituições que promovem atendimento especializado a dependentes de drogas	50% da meta foi atingida. Manteve-se as parcerias com instituições, porém não foi implementada a divulgação dos serviços realizados pelo laboratório.
	Implementação de ações para atender aos requisitos da qualidade ditados pela norma ABNT NBR ISSO/IEC 17025	Implementar a divulgação dos serviços laboratoriais especializados para diagnósticos de drogas de abuso	
Disponibilizar atendimento remoto na área de apoio diagnóstico toxicológico, por segunda opinião formativa, para as equipes de saúde da família no Estado.	Criar estrutura de atendimento remoto por transferência de imagem de agentes e de lesões de pacientes para apoio diagnóstico nas exposições tóxicas, envolvendo animais peçonhentos e plantas tóxicas para atendimento das demandas das equipes de saúde da família no Estado	Atendimento remoto disponibilizado	O atendimento remoto foi disponibilizado via <i>Skype</i> . Esta é uma forma de atendimento remoto a casos de acidentes com animais peçonhentos e plantas tóxicas com o recebimento das imagens.
Capacitar multiplicadores e profissionais das áreas de saúde e educação, dentro do Programa de Educação em Toxicologia da FEPPS, visando à diminuição do número de acidentes tóxicos.			Estas metas PES foram programadas na PAS 2010 na Política de Educação em Saúde, desta forma o relatório do realizado em 2010 está descrito na referida Política.
Promover a capacitação de recursos humanos na área de toxicologia através			

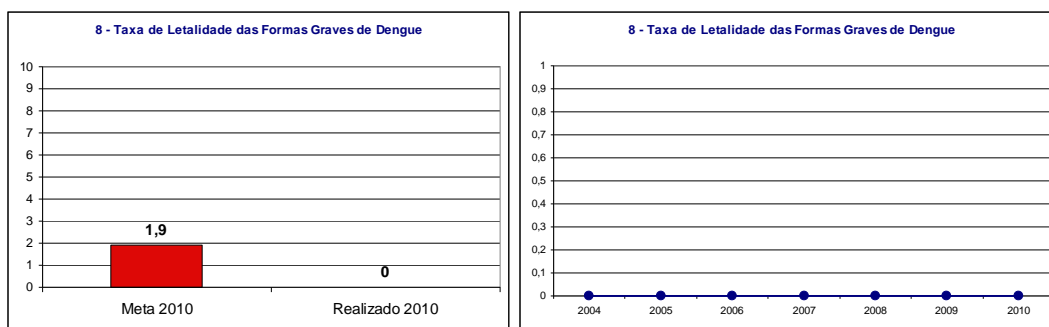
de ensino à distância para os profissionais das equipes de saúde da família.

**Outras realizações**

**Indicadores Pactuados:**

**8 - Taxa de letalidade das formas graves de dengue (febre hemorrágica da dengue - FHD /síndrome do choque da dengue - SCD /dengue com complicações - DCC)**

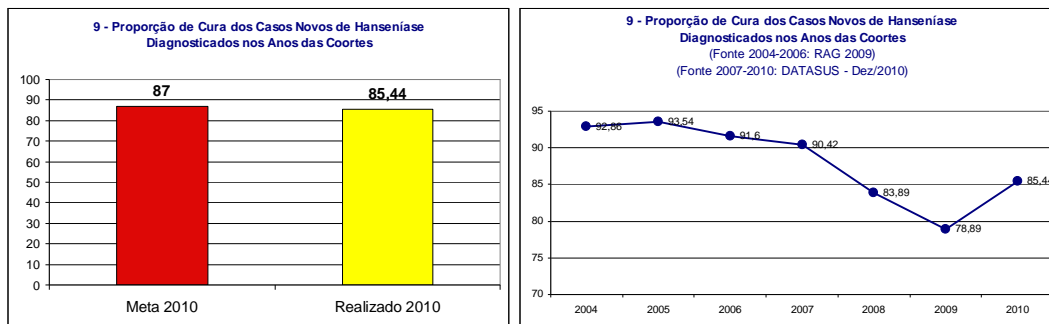
Objetivo do indicador: reduzir a letalidade dos casos graves de dengue.



Meta não avaliável, tendo em vista que no Rio Grande do Sul não se registraram óbitos por Dengue em 2010. No entanto, com o objetivo de evitar ou controlar a circulação do vírus da dengue, a vigilância estadual trabalha junto à vigilância dos municípios para assegurar a notificação imediata de todos os casos suspeitos, independente de sua gravidade.

**9 - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes**

Objetivo do indicador: aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase a cada ano para atingir 90% de cura em 2011. A hanseníase tem um índice de abandono muito baixo, porém o programa tem grande dificuldade em fazer com que os dados sejam atualizados no SINAN, apesar do acompanhamento constante e intensivo. Percebe-se que as rotinas de SINAN não são cumpridas.



Meta não atingida. Como os municípios persistem com dificuldades na alimentação do SINAN, admite-se a possibilidade de que a taxa real de cura de casos novos de hanseníase pode ser maior do que a registrada no sistema.

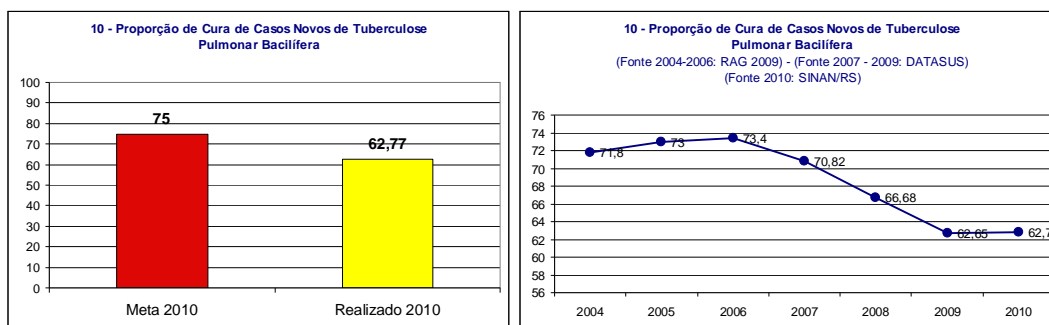
O Programa Nacional de Controle da Hanseníase/SVS/MS esteve assessorando o Rio Grande do Sul no mês de abril de 2010 e constatou que, realmente, o SINAN apresenta problemas para a atualização dos dados, o que corrobora a hipótese de que a taxa de cura deve ser superior à encontrada na presente avaliação.

Saliente-se ainda que a hanseníase no RS é uma doença considerada eliminada (com baixos níveis endêmicos: 01 caso para 10.000 habitantes). Este avanço, como para todas as doenças de baixa incidência, leva a uma tendência à desmobilização da vigilância e ao progressivo desconhecimento do diagnóstico, especialmente por parte de médicos mais jovens.

Como forma de superar esses problemas, o Programa Estadual tem buscado maior integração à Atenção Básica e desencadeado capacitações para profissionais de saúde.

### 10 - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera

Objetivo do indicador: ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano.



A meta não vem sendo atingida historicamente. Os dados de 2010, entretanto, ainda são muito preliminares. A busca das razões para a dificuldade histórica em aumentar o percentual de cura da tuberculose no Rio Grande do Sul aponta uma série de fatores, entre os quais se destacam:

- Tendência persistente à **centralização das ações do Programa de Controle da TB** na grande maioria dos municípios, acentuada pela baixa cobertura de ESF no Estado. Além disso, nos locais em que se consegue descentralizar as ações do programa, devido aos fracos vínculos de trabalho, os profissionais da AB/ESF são capacitados, mas não se chega a obter o impacto esperado, pela rotatividade dos técnicos.

- **Baixa cobertura de tratamento supervisionado (TS).** Por mais que se tente expandir a supervisão da tomada dos tuberculostáticos, não se tem conseguido mais do que 15% de TS registrado no SINAN. Além disso, há dificuldade em garantir se esta supervisão está sendo realizada com qualidade e por profissional da saúde.

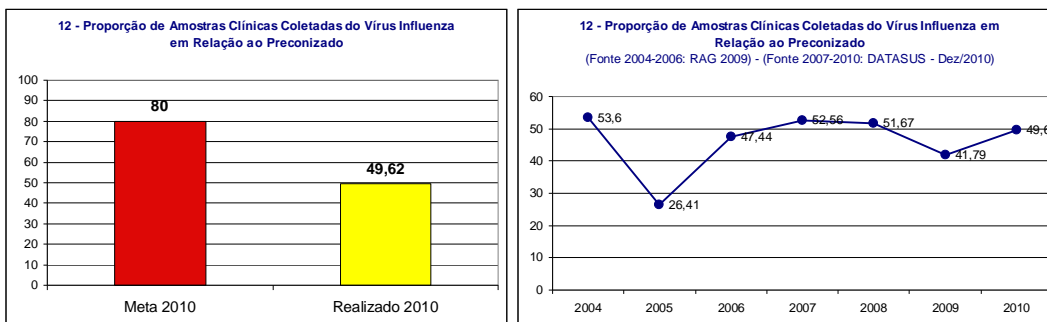
- **Taxa de co-infecção TB/HIV** de cerca de 20% (maior do que no resto do país, em que fica em torno de 10%). Registre-se ainda que, no município de Porto Alegre (que atende entre 25 e 30% dos casos de TB do Estado), esta taxa de co-infecção é maior do que 30%. Estudos de literatura (alguns, inclusive,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

- **Avanço do uso de álcool e outras drogas ilícitas,** levando a uma taxa maior de abandono de tratamento.



### 12 - Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado

Objetivo do indicador: aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado.



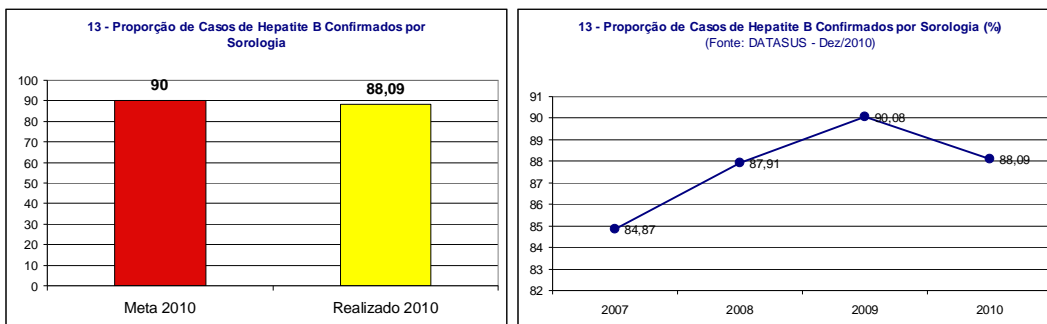
A meta estadual não foi atingida, entretanto, quando se analisa o indicador por unidade sentinela, verifica-se que o desempenho não é homogêneo (Caxias do Sul – 72,69%, Porto Alegre – 12,31 e Uruguaiana – 40,38).

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

Como estratégia para superar este problema, em 2010, desencadeou-se, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde envolvidas, processo de avaliação e supervisão das unidades sentinelas, especialmente as de Porto Alegre (Grupo Hospitalar Conceição) e Uruguaiana, buscando identificar e solucionar possíveis falhas. Também está sendo avaliada a inclusão de uma ou mais unidades sentinelas, visando a qualificar e ampliar a cobertura da vigilância viral.

### 13 - Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia

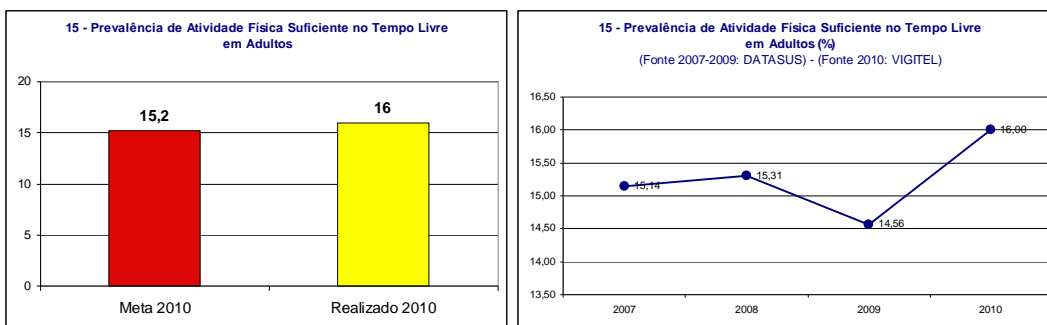
Objetivo do indicador: fortalecer a vigilância epidemiológica da doença para ampliar a detecção de casos de hepatite B, e a qualidade do encerramento dos casos por critério laboratorial.



Meta não atingida. Salienta-se que os dados de 2010 ainda são preliminares, pois o prazo de encerramento no SINAN é de 180 dias, com término previsto para o final de junho. Isto nos leva a inferir que a proporção de casos de Hepatite B confirmados por sorologia seja maior do que a registrada naquele sistema. Este Programa tem recebido forte investimento, o que tem levado à significativa melhora na notificação e investigação.

### 15 - Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos

Objetivo do indicador: reduzir os níveis de sedentarismo na população.

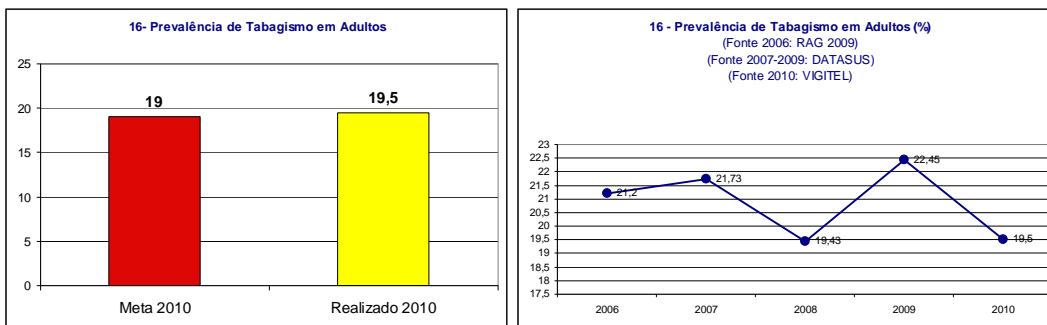


Este indicador tem limitações na forma de acompanhamento, uma vez que o mesmo é feito pelo VIGITEL (inquérito telefônico realizado pelo Ministério da Saúde nas Capitais) e, portanto, reflete a situação do município de Porto Alegre. Além disso, mudanças de comportamento, como a acompanhada por esse indicador, são complexas e obtidas a mais longo prazo.

A meta 2010 foi alcançada, constatando-se tendência histórica de aumento da atividade física.

### 16 - Prevalência de tabagismo em adultos

Objetivo do indicador: reduzir a prevalência do tabagismo no país.



A meta não foi atingida.

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

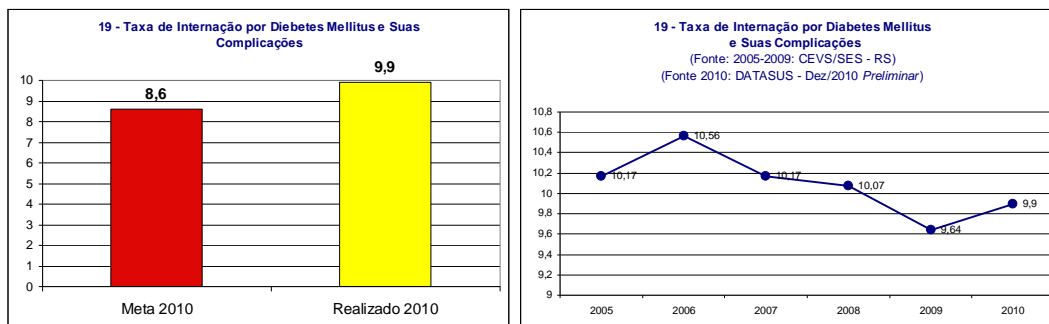
O Programa do Tabagismo é desafiador, como outros que requerem mudanças de comportamento e envolvem fatores econômicos e socioculturais, necessitando ações de diferentes setores da sociedade para alcançar impacto, sempre difícil de ser observado em curto prazo.

A Capital enfrentou dificuldades, no âmbito da Atenção Básica, na consolidação da assistência ao fumante.

Por outro lado, a regulamentação e a implementação da legislação anti-tabaco ainda não foi completada no Estado.

### 19 - Taxa de internações por diabetes mellitus e suas complicações

Objetivo do indicador: reduzir a internação hospitalar por diabetes mellitus no âmbito do SUS.



A taxa de internações por Diabetes mellitus na faixa etária de 30 a 59 anos vem apresentando tendência decrescente nos últimos cinco anos, embora com oscilações, segundo dados do Programa Estadual:

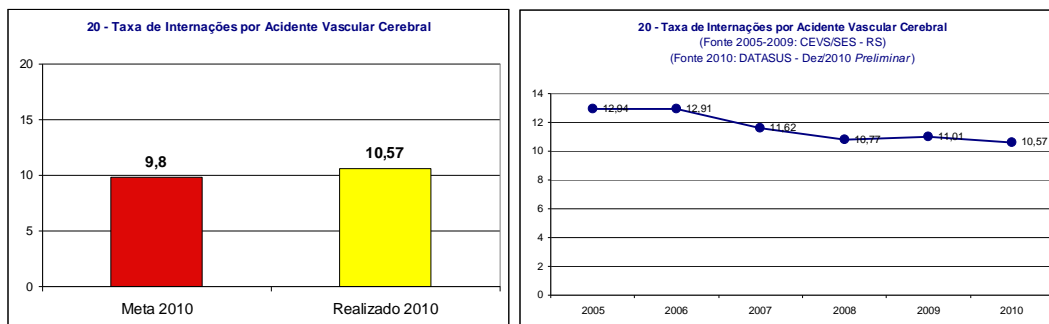
- 2005 - 10,17 internações/10.000 habitantes
- 2006 - 10,56 internações/10.000 habitantes
- 2007 - 10,17 internações/10.000 habitantes
- 2008 - 10,07 internações/10.000 habitantes
- 2009 - 9,64 internações/10.000 habitantes
- 2010 - 9,90 internações/10.000 habitantes \*

\* dado preliminar – DATASUS dez/2010

O Programa Estadual discorda da proposta nacional de captar os dados de internações por Diabetes mellitus na faixa etária de 30 a 59 anos no SIH segundo código de procedimentos, por considerar mais fidedigna a análise das informações a partir dos diagnósticos segundo CID. Salieta-se ainda que os dados referentes a 2010 são preliminares.

## 20 - Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)

Objetivo do indicador: reduzir a internação hospitalar por acidente vascular cerebral (AVC) no âmbito do SUS.



A taxa de internações por AVC na faixa etária de 30 a 59 anos vem apresentando uma tendência de queda na série histórica dos últimos cinco anos, segundo dados do Programa Estadual:

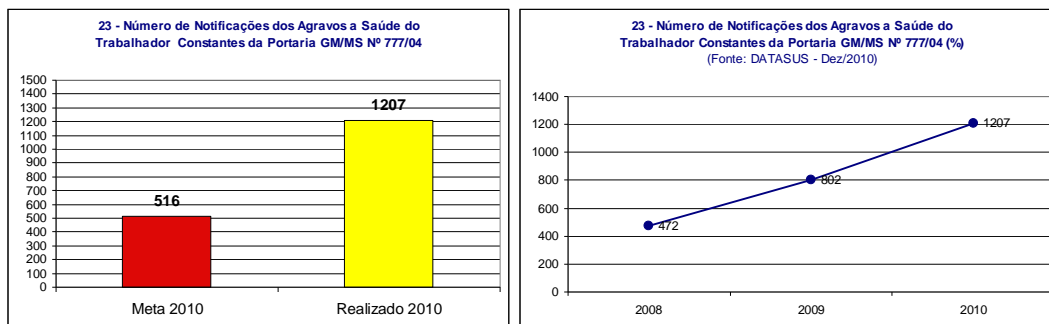
- 2005 - 12,94 internações/10.000 habitantes.
- 2006 - 12,91 internações/10.000 habitantes
- 2007 - 11,62 internações/10.000 habitantes
- 2008 - 10,77 internações/10.000 habitantes
- 2009 - 11,01 internações/10.000 habitantes
- 2010 - 10,57 internações/10.000 habitantes\*

\* dado preliminar – DATASUS dez/2010

O Programa Estadual discorda da proposta nacional de captar os dados de internação por AVC no SIH, segundo código de procedimentos, considerando mais próxima da realidade a análise das informações a partir dos diagnósticos segundo CID. Explica-se assim a diferença entre os dados apresentados pela SES e os apresentados pelo DATASUS. Salienta-se ainda que os dados referentes a 2010 são preliminares.

### 23 - Número de notificações dos agravos a saúde do trabalhador constantes da portaria GM/MS nº.777/04

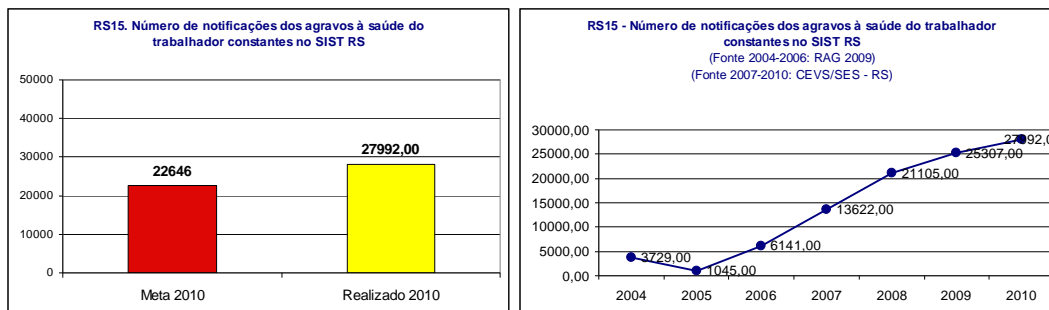
Objetivo do indicador: aumentar a identificação e a notificação dos agravos à Saúde do Trabalhador a partir da rede de serviços sentinela em Saúde do Trabalhador, buscando atingir toda a rede de serviços do SUS.



Meta atingida. Foi pactuada a implantação de 15 unidades sentinela para notificação de agravos relacionados ao trabalho previstos na PT/GM/MS 777/04 através do SINAN. Durante o ano de 2010 ampliou-se para 17 o número de Unidades Sentinela. Apesar disso, a maior parte das notificações ainda é feita através do SIST (Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador), que responde pela notificação universal de todos os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no RS.

### RS 15 - Número de notificações dos agravos à saúde do trabalhador constantes no SIST RS

Objetivo do indicador: contribuir para dimensionar os riscos à saúde relacionados aos processos de trabalho em cada região, possibilitando, assim, o desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos mesmos. O parâmetro utilizado para cálculo do indicador é o coeficiente estadual de notificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no SIST-RS, de 12 casos por 10.000 habitantes.

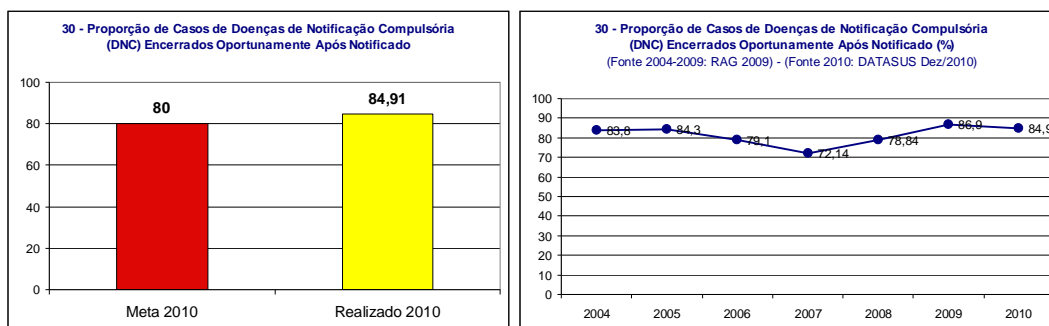


Meta atingida. O Governo do Estado do Rio Grande do Sul, através do Decreto 40.222/2000, implantou o SIST (Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador), que recebe notificação de todos os acidentes e doenças relacionados ao trabalho no RS.

Registra-se um crescimento anual de 15%, em média, das notificações do SIST na série histórica dos últimos anos (2008 - 21.105; 2009 - 25.307; 2010 - 27.992).

### 30 - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação

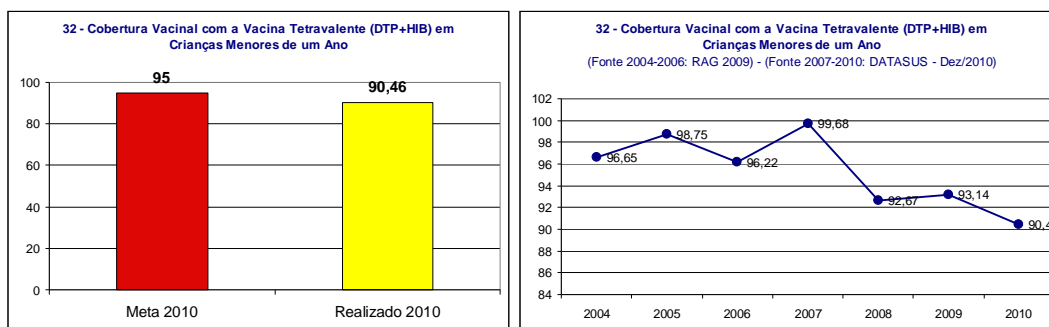
Objetivo do indicador: encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN.



Meta atingida. Na série histórica dos últimos sete anos, salvo em 2007, têm-se atingido a meta. Salienta-se que em 2010 os dados ainda são preliminares.

### 32 - Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de um ano

Objetivo do indicador: manter a cobertura vacinal adequada nos serviços de imunizações nos municípios e estados. A manutenção de altas coberturas vacinais permite assegurar a situação de controle da Difteria, Coqueluche, Tétano Acidental e doença invasiva por *Haemophilus influenzae* b.



Meta não atingida. Entretanto, sabe-se que, além da queda persistente da natalidade repercutir na cobertura vacinal, especialmente em municípios de pequeno porte, outros fatores influenciam para o não alcance da meta, entre os quais destacam-se:

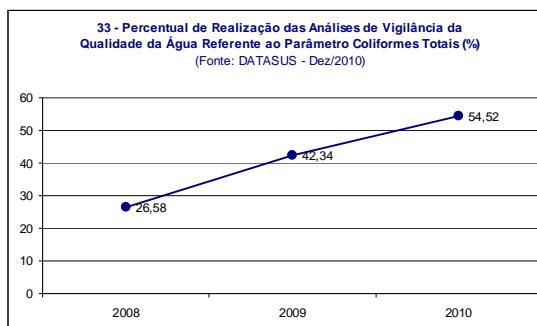
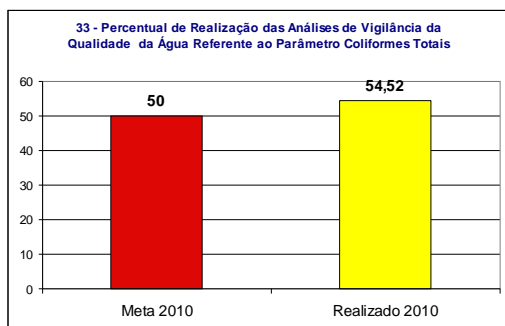
Existência de problemas operacionais nas equipes sob gestão municipal (insuficiência e rotatividade de equipes), baixa cobertura de PSF no Estado, dificuldades no desenvolvimento de estratégias de busca de faltosos, erros de registro;

o SI-API não permite avaliar as doses aplicadas por município de residência, não captando a mobilidade da população. No entanto, sabe-se que o PNI/SVS/MS está iniciando implantação do novo SI-PNI com base Windows (o anterior é em DOS) e que contemplará, em outras variáveis, o município de residência do vacinado.

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

### 33 - Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais

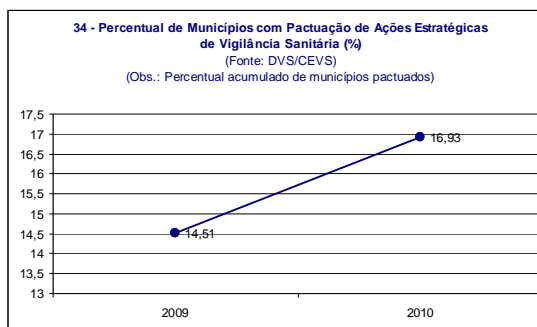
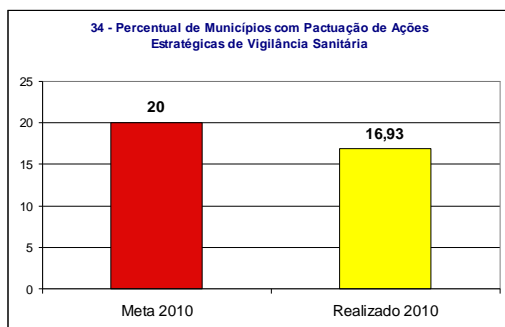
Objetivo do indicador: reduzir os riscos à saúde humana decorrente do consumo de água com qualidade microbiológica fora do padrão de potabilidade.



Meta atingida. Observa-se progressivo incremento no percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais.

### 34 - Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária

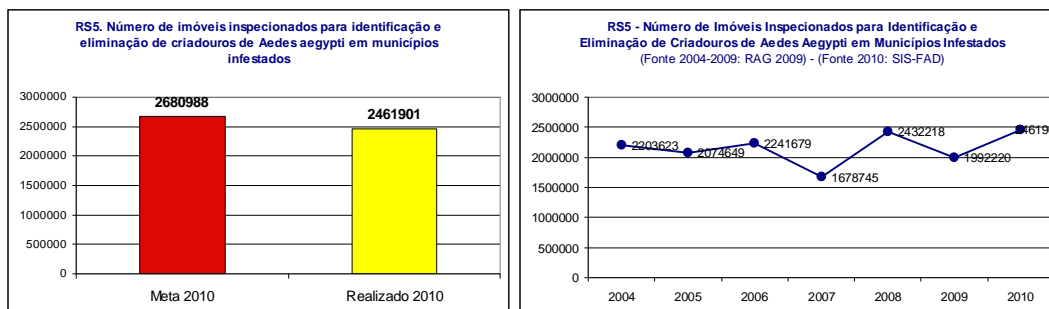
Objetivo do indicador: consolidar e ampliar a descentralização das ações de vigilância sanitária.



Meta não atingida – A Resolução CIB RS 250/07 foi pactuada, até o momento, por 446 municípios (89,7% dos municípios do Estado), abrangendo uma população de 10.242.554 habitantes (94,44 % da população do RS). Destes, 84 municípios foram habilitados a receber o piso estratégico por serem considerados prioritários, utilizando como critério: *ser município de fronteira internacional e/ou polo turístico* e 50% dos mesmos estão executando ações estratégicas de VISA.

### **RS 5 - Número de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de *Aedes aegypti* em municípios infestados**

Objetivo do indicador: o indicador permite dimensionar o risco de transmissão da doença e direcionar ações estratégicas para reduzir o índice de infestação predial dos municípios. Como possibilita a identificação dos depósitos predominantes de *Aedes*, subsidia a realização das atividades para a prevenção da doença.



Meta não atingida. O nº de municípios infestados aumentou de 54 para 66; registra-se que vários desses municípios são da região metropolitana, com grande nº de imóveis. Nos infestados, as atividades preconizadas pelo MS para avaliar e controlar a situação vetorial em períodos epidêmicos e não epidêmicos são as que seguem:

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

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

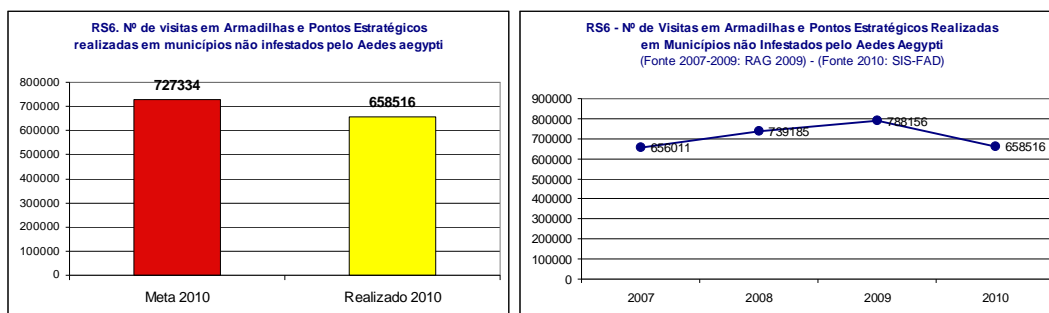
Essa dimensão de equipe necessária, paralelamente ao subfinanciamento da Vigilância, constitui o maior problema da vigilância da dengue, especialmente nos municípios de maior porte.

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



## RS 6 - Nº de visitas em Armadilhas e Pontos Estratégicos realizadas em municípios não infestados pelo *Aedes aegypti*

Objetivo do indicador: o monitoramento de pontos estratégicos e armadilhas nos municípios não infestados permite a detecção precoce de uma possível infestação pelo *Aedes aegypti*.



Meta não atingida. Cabe ressaltar, no entanto, que o nº de municípios não infestados passou de 443 para 431. Essa alteração de situação leva à mudança de metodologia de trabalho, deixando de ser indicado o uso de armadilhas e passando a ser necessárias visitas aos domicílios. Assim, o nº de visitas inicialmente previsto vai sendo recalculado.

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

- Municípios sem detecção da presença disseminada do vetor nos domicílios.
- Municípios anteriormente infestados, mas que tenham permanecido 12 meses consecutivos sem a presença do vetor.

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

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

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

Nas localidades não infestadas, quando for detectada a presença do vetor, deverá ser realizada a “delimitação de foco”, ou seja, a partir do foco encontrado, serão realizadas a pesquisa larvária e o tratamento focal em 100% dos imóveis incluídos em um raio de 300m.

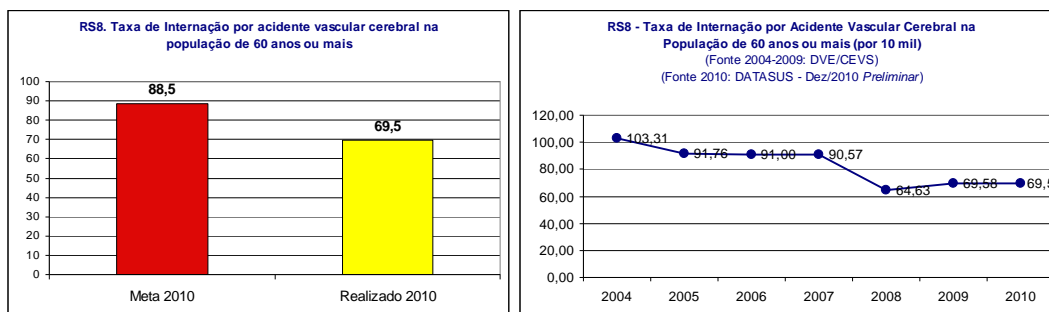
A detecção de focos ocorre durante as atividades de vigilância entomológica em PE, armadilhas ou na pesquisa vetorial especial (atendimento a denúncia da população sobre a presença de focos e/ou vetores adultos).

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

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

### RS 8 - Taxa de Internação por acidente vascular cerebral na população de 60 anos ou mais

Objetivo do indicador: este indicador avalia o impacto, na chamada fase produtiva da vida dos indivíduos, das ações de saúde relacionadas à prevenção primordial, primária e secundária das doenças cardiovasculares, especialmente hipertensão arterial sistêmica, sabidamente o principal fator de risco para casos de acidente vascular cerebral.



A Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral na população de 60 anos ou mais na faixa etária vem apresentando uma tendência de queda na série histórica dos últimos cinco anos, embora com oscilações, segundo dados do Programa Estadual:

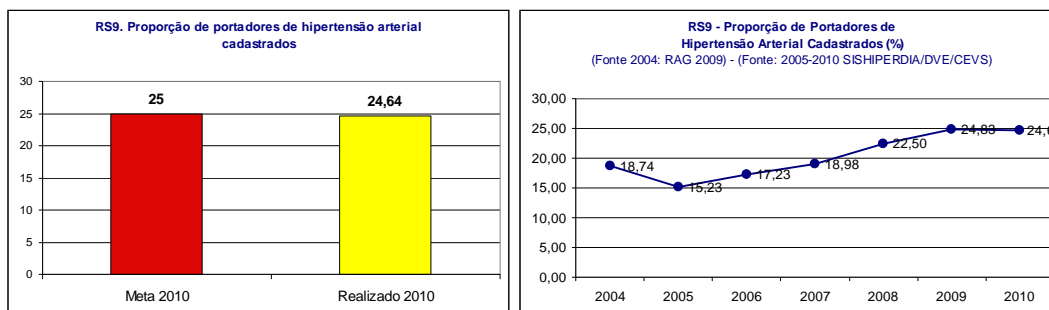
- 2005 - 91,76 internações/10.000 habitantes.
- 2006 - 91,00 internações/10.000 habitantes
- 2007 - 90,57 internações/10.000 habitantes
- 2008 - 64,63 internações/10.000 habitantes
- 2009 - 69,58 internações/10.000 habitantes
- 2010 - 69,50 internações/10.000 habitantes\*

\* dado preliminar – DATASUS dez/2010

O Programa Estadual discorda da proposta nacional de captar os dados de internação por AVC no SIH, segundo código de procedimentos, considerando mais próximo da realidade a análise das informações a partir dos diagnósticos segundo CID. Salienta-se ainda que os dados referentes a 2010 são preliminares.

### RS 9 - Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados

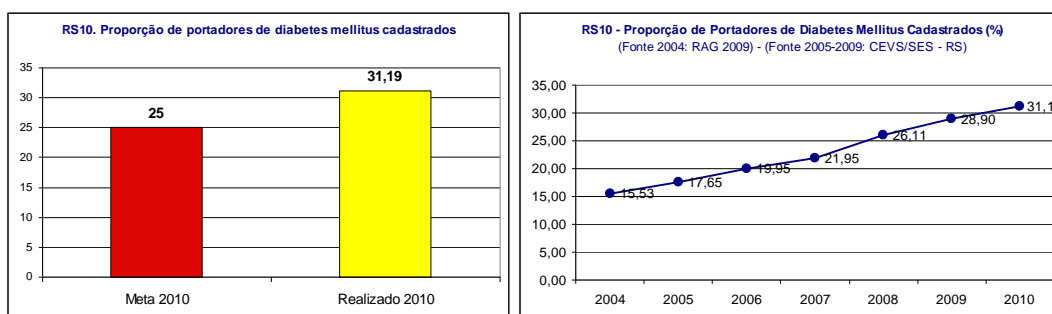
Objetivo do indicador: este indicador representa importante ferramenta para monitoramento de morbidade ambulatorial desta importante condição clínica e fator de risco para doença cerebrovascular. Mede a capacidade das equipes em cadastrar os portadores de hipertensão arterial no SIS-Hipertdia. Avalia de forma indireta o acesso aos serviços de saúde.



A proporção de portadores de Hipertensão arterial cadastrados vem aumentando progressivamente (15,23 em 2005; 17,23 em 2006; 18,98 em 2007; 22,50 em 2008; 24,83 em 2009 e 24,64 em 2010).

### RS 10 - Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados

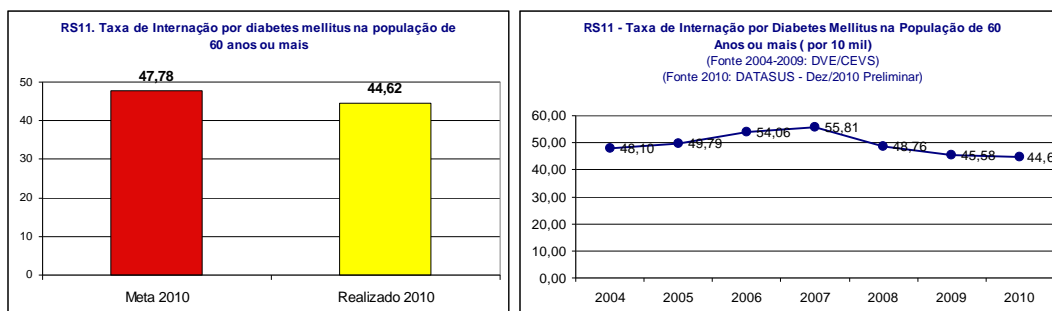
Objetivo do indicador: este indicador representa importante ferramenta para monitoramento de morbidade ambulatorial desta importante condição clínica e fator de risco para doença cardiovascular. Mede a capacidade das equipes em cadastrar os portadores de diabetes mellitus no SIS-Hiperdia. Avalia de forma indireta o acesso aos serviços de saúde.



Observa-se que a proporção de portadores de Diabetes mellitus cadastrados vem aumentando progressivamente (17,65 em 2005; 19,95 em 2006; 21,95 em 2007; 26,11 em 2008; 28,90 em 2009 e 31,19 em 2010).

### RS 11 - Taxa de Internação por diabetes mellitus na população de 60 anos ou mais

Objetivo do indicador: o indicador avalia o impacto das ações de saúde relacionadas à prevenção primordial, primária e secundária de diabetes mellitus, especialmente ações de detecção, diagnóstico e tratamento de casos de diabetes mellitus e suas complicações, sabidamente um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, nos idosos.



A taxa de internação por Diabetes mellitus na população de 60 anos ou mais tem reduzido, como se pode observar no gráfico acima, apresentando uma tendência de queda na série histórica dos últimos cinco anos, segundo dados do Programa Estadual:

- 2005 – 49,79 internações/10.000 habitantes.
- 2006 - 54,06 internações/10.000 habitantes
- 2007 – 55,81 internações/10.000 habitantes
- 2008 – 48,76 internações/10.000 habitantes
- 2009 - 45,58 internações/10.000 habitantes
- 2010 - 44,62 internações/10.000 habitantes\*

\* dado preliminar – DATASUS dez/2010

O Programa Estadual discorda da proposta nacional de captar os dados de internação por Diabetes mellitus no SIH, segundo código de procedimentos, considerando mais próximo da realidade a análise das informações a partir dos diagnósticos segundo CID. Saliencia-se ainda que os dados referentes a 2010 são preliminares.

## 6.2. Política de Atenção Básica

### Objetivos (PES):

1 - Reestruturar e implementar a Política Estadual da Atenção Básica.

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Realizar Encontro Estadual para apresentação e discussão da Política Estadual da Atenção Básica, até o final do primeiro semestre de 2010.	Realizar encontro estadual	1 encontro	Não realizado
Capacitar técnicos da SES, envolvendo as 19 Coordenadorias Regionais da Saúde e nível central, para multiplicação e supervisão da Política Estadual da Atenção Básica.	Encontros de capacitação com 19 CRS e nível central	4 encontros	Não realizado
Monitorar e avaliar o processo de pactuação dos indicadores de saúde da Atenção Básica no Estado, em nível estadual, regional e municipal.	Acompanhamento pelo Pacto pela Saúde	100% dos municípios	Realizado o acompanhamento dos indicadores em nível estadual, regional e municipal.
Monitorar e avaliar permanentemente os indicadores de saúde da Atenção Básica, em nível estadual, regional e municipal.	Acompanhamento dos Indicadores através dos RGM e monitoramento das CRS	2 relatórios de monitoramento das CRS	Não realizado
Criar grupo técnico para reestruturação da Política Estadual de Atenção Básica.			Realizado em 2009.
Realizar 01 oficina em cada macrorregional da saúde, para discussão da Política Estadual da Atenção Básica.			Realizado em 2009.
Elaborar documento contendo a Política Estadual de Atenção Básica reformulada até dezembro de 2009.			Realizado em 2009.
Realizar supervisão sistemática, através de visitas bimestrais aos municípios, para acompanhamento da execução da Política Estadual de Atenção Básica.			Meta não programada para 2010
Realizar oficina com 60 técnicos da SES			Realizada duas oficinas em 2009.

para discussão da Política Estadual de Atenção Básica, a partir das diretrizes nacionais, no primeiro semestre de 2009.

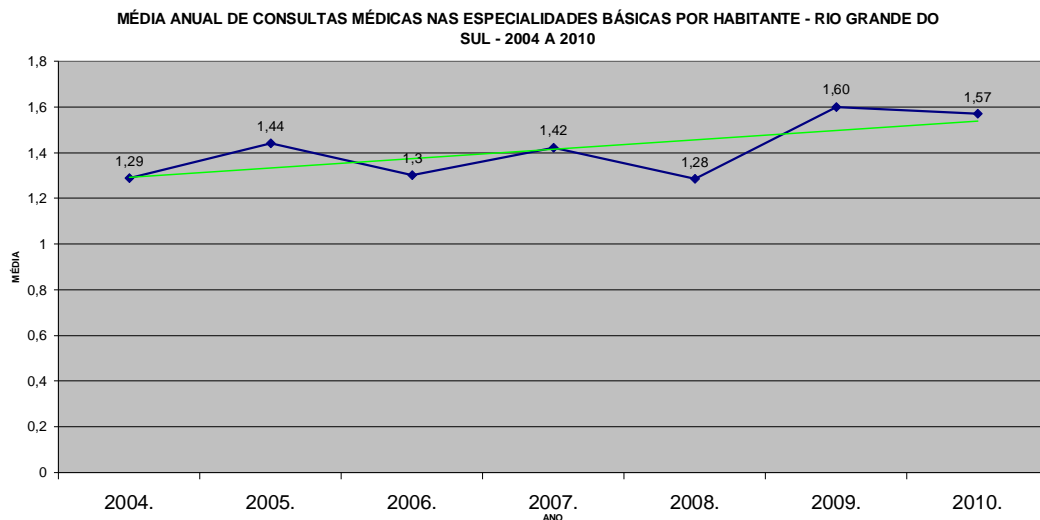
#### Outras realizações

- Realização de 1 Oficina de Redes de Atenção à Saúde no SUS, em 23, 24 e 25 de agosto de 2010, com apoio do CONASS, para a contribuir na discussão da Política Estadual de Atenção Básica.
- Realização de 1 Oficina de Avaliação e Troca de Experiências dos Municípios do PROESF Fase 2/RS, trabalhadas as metas dos municípios, formação bipartite do PROESF Fase 2 (com ênfase em AMQ) e capacitar para execução financeira do PROESF.
- Criação do Decreto 47.278, de 16/06/2010, para o Incentivo estadual para AB, com valor superior a R\$ 15.000.000,00, repassado em 2 parcelas aos municípios, sendo o primeiro repasse de 50% relativo ao *per capita* e o segundo baseado em uma série de indicadores.
- Criação de Núcleo de Apoio a Direção do DAS

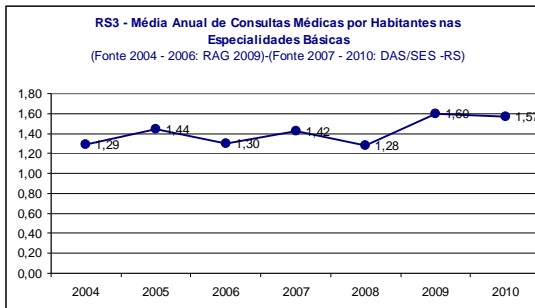
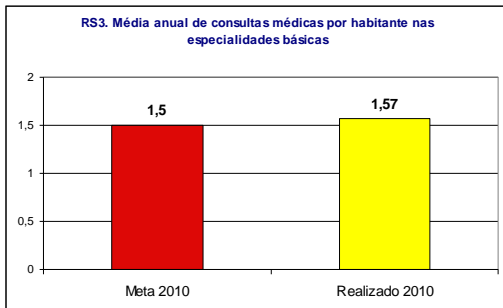
#### Indicadores Pactuados:

##### **RS 3 - Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas**

Objetivo do indicador: o indicador reflete a capacidade da rede básica em prestar assistência individual a partir da oferta de consultas médicas nas especialidades básicas – clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Contribui para avaliar e reprogramar a oferta de consultas ambulatoriais.



Fonte: DATASUS, 2010.



**Análise e Comentários do Indicador:**

Pelo segundo ano consecutivo o estado do Rio Grande do Sul alcançou a meta para o indicador “média anual de consultas médicas nas especialidades básicas”. Este resultado expressa o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde através da Atenção Básica. O alcance desta meta provavelmente se deve a um melhor registro nos sistemas de informação relativos à Atenção Básica, pois o aprimoramento e qualificação do registro e da informação vem sendo trabalhado nos últimos anos.

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

**Análise e Comentários:**

A equipe de M&A, que coordenou o processo de estruturação da PEAB, considerou prematura a realização do Encontro Estadual, bem como a capacitação dos técnicos das 19 CRS para multiplicação e supervisão da PEAB, tendo em vista a necessidade de algumas definições estratégicas para encaminhamento da Política, marcadamente definição do repasse do piso estadual da AB. Para tanto, para suprir essa questão, foram desencadeados dois processos:

- Seminário de Redes de Atenção à Saúde, com a participação das CRS e coordenado pela assessoria técnica do Conass.

- Núcleo de Apoio à Gestão do DAS, com participação de técnicos das áreas técnicas do DAS

### 6.3. Estratégia Saúde da Família

#### Objetivos (PES):

- 1 - Estimular a expansão da Saúde da Família como estratégia prioritária na organização da Atenção Básica;
- 2 - Qualificar as Equipes da ESF no Estado do Rio Grande do Sul.

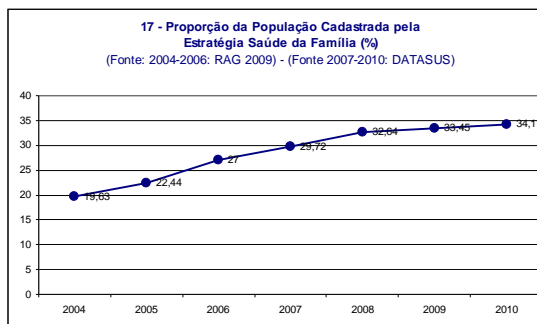
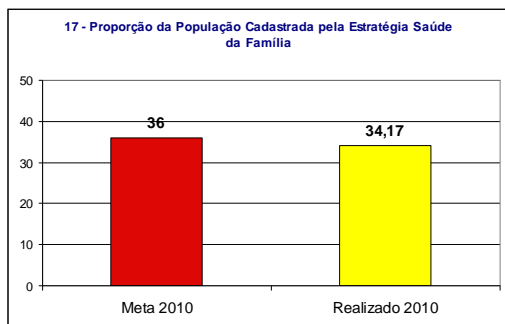
Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Implantar a Estratégia de Saúde da Família em todos os municípios do Estado e ampliar de 38% para 73% a cobertura populacional até 2011, atingindo 2.250 equipes habilitadas no Estado.	Realizar Encontros Macrorregionais de Profissionais das ESF	7 Encontros	Não foram realizados.
	Sensibilizar os gestores através de visitas aos municípios	1520 visitas	Foram realizadas 340 visitas das 1520 programadas. As ações não foram totalmente desenvolvidas pelos seguintes motivos: nº reduzido de técnicos no nível central e nas CRSs, contingenciamento de recurso financeiro no segundo semestre, dificuldades administrativas apontadas pelas Coordenadoras Regionais de EACS/ESF como por exemplo: falta de carro e/ou motorista, acúmulo da função técnica e administrativa pelos técnicos.
	Repassar incentivo financeiro para as ESF, ESB e ACS	R\$ 38.500.000,00 p/ ESFs e ESBs R\$4.000.000,00 p/ ACS	Foram repassados R\$44.654.111,00. R\$40.575.131,51 para ESFs, ESBs, ESFIs e ESBIs (relativos ao exercício 2010 e remanescentes de 2009) e R\$ 4.078.980,00 p/ EACS empenhado em 2010, pago em fevereiro de 2011 para os municípios que não estavam no CADIN
Realizar 3.040 supervisões das CRS aos municípios para acompanhamento da execução da Estratégia Saúde da Família.	Visitar 2 municípios por semana por CRS (19 CRS), de março à dezembro de 2010.	1520 visitas	Foram realizadas 340 visitas As ações não foram totalmente desenvolvidas pelos seguintes motivos: nº reduzido de técnicos no nível central e nas CRS, contingenciamento de recurso financeiro no segundo semestre, dificuldades administrativas apontadas pelas Coordenadoras Regionais de EACS/ESF como por exemplo: falta de carro e/ou motorista, acúmulo da função técnica e administrativa pelos técnicos.
	Participar de eventos para qualificação técnica	10 eventos	Os técnicos do setor não participaram de nenhum evento custeado pelo estado do RS, principalmente pela dificuldade de liberação destes recursos.
Realizar supervisão anual, pelo nível central, em cada uma das 19 CRS.	Realizar Encontros Bimensais com as Coordenadoras Regionais da ESF	6 Encontros	Foram realizados cinco encontros com as coordenadoras regionais. O encontro previsto para dezembro de 2010 não pode ser realizado, pois a tramitação burocrática na secretaria inviabilizou-o.
	Realizar 4 visitas/mês Nível Central a CRS	40 visitas	Foram realizadas 12 visitas do nível central às coordenadorias regionais de saúde. O total de visitas não foi alcançado devido ao nº reduzido de técnicos no nível central, a necessidade de observância da lei eleitoral em 2010, além de um conjunto de situações administrativas como falta de carro e/ou motorista e ausência de técnicos com dedicação exclusiva.
Completar as 23 Equipes de Saúde da Família Indígena com Equipe de Saúde Bucal	Sensibilizar os gestores através de visitas aos municípios com área indígena	6 visitas	Não foram realizadas as visitas.
Capacitar 1.050 profissionais no Curso Introdutório Módulo I até 2011.			Não houve definição oficial da responsabilidade da execução e financiamento do Curso Introdutório Módulos I e II entre departamentos da SES  Sendo responsabilidade do Estado realizar os Cursos Introdutórios, conforme diretrizes estabelecidas na Portaria 648/2006 e a importância da qualificação dos profissionais da ESF, a equipe técnica da Coordenação Estadual de EACS/ESF propôs, naquele momento, a utilização do recurso financeiro dos Encontros das Macrorregionais, que não ocorreram, para a realização de quatro Cursos Introdutórios Módulo I. Porém foram realizados 02 cursos, num total de 80 profissionais. Os

	demais cursos não foram realizados por questões burocráticas da SES.
Capacitar 300 profissionais no Curso Introdutório Módulo II até 2011.	Não foram capacitados em função do que já foi explicado no item anterior.
Realizar supervisão sistemática das CRS aos municípios, através de visitas bimestrais, para acompanhamento da execução da Estratégia Saúde da Família.	Meta não programada para 2010
Implantar 22 equipes de saúde bucal indígena na Estratégia de Saúde da Família.	Meta não programada para 2010
<b>Outras realizações</b>	Foram repassados R\$ 6.681.229,44 para a construção e aquisição de equipamentos para UBS a alguns municípios.
	Orientação e supervisão da implantação das equipes de ESF/ESB/EACS/NASF/PSE: foram analisados em média 220 processos de solicitação implantação e ampliação de equipes.

#### Indicadores Pactuados:

##### 17 - Proporção da população cadastrada pela estratégia saúde da família

Objetivo do indicador: ampliar a cobertura populacional da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família. Avalia se a Saúde da Família constitui-se como estratégia prioritária e orientadora da atenção básica nos municípios do Estado do RS.



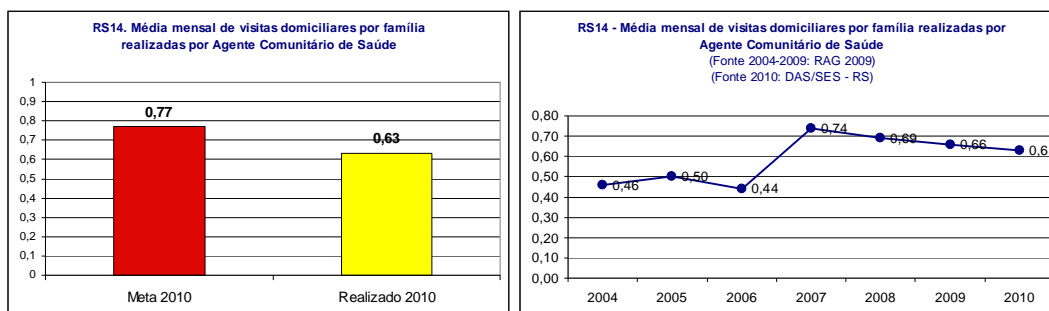
Análise do não alcance da meta pactuada:

- Dificuldades de contratualização dos profissionais (lei da responsabilidade fiscal);
- Equipes reduzidas (nível central e regional) para sensibilização dos municípios à expansão da ESF, bem como ao acompanhamento qualificado às equipes;
- Dificuldade de fixação de profissionais;
- Falta de articulação do Estado no que se refere a discussões acerca do processo de formação profissional na área da saúde, principalmente no que se refere à construção de habilidades para trabalhar na Atenção Básica, fato que restringe o interesse dos profissionais (principalmente médicos) para atuar nessa área.



### RS 14 - Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por Agente Comunitário de Saúde

Objetivo do indicador: o monitoramento da razão de visitas domiciliares por família foi introduzido no Pacto dos Indicadores da Atenção Básica em 1999, como instrumento de mensuração da mudança do modelo assistencial e como medida de como os serviços da Atenção Básica em Saúde (ABS) se fazem presentes na residência dos usuários. Para a coordenação das Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e da Saúde da Família este indicador pode demonstrar a adesão às estratégias, bem como as questões relativas à estrutura das equipes, o nível de acompanhamento de grupos populacionais prioritários para ABS, os desdobramentos em outros indicadores sensíveis às ações de educação em saúde e os sub-registros nos sistemas de informação (SI).



Análise do não alcance da meta pactuada:

- dificuldade de acesso em algumas áreas para realizar a visita;
- não viabilização de transporte e condições de trabalho para o ACS;
- nº excessivo de população cadastrada por microárea;
- equipes incompletas (microáreas descobertas);
- subregistro nos sistemas de informação.

A exigência de manter uma média de visitas domiciliares muito alta pode levar à desqualificação desta atividade, bem como o não estímulo a outras atividades pertinentes e necessárias ao ACS. Ex: educação permanente, participação em reuniões de equipe, etc.

Foram realizadas sensibilizações pelas CRS aos gestores cujos municípios (42) não possuíam ESF. Desses, 3 municípios tiveram equipes de ESF habilitadas. Chegamos ao final de 2010 com 1408 equipes habilitadas, número que corresponde a 44,5 % de cobertura populacional da ESF. Em relação ao ano anterior houve um percentual de aumento de 1,5%. É importante mencionar entraves encontrados para atingir a meta de 73% de cobertura, tais como: recursos humanos insuficientes tanto no nível central quanto nas coordenadorias regionais da ESF; não foram realizados os encontros macrorregionais que também são instrumentos de sensibilização a adesão a ESF; prefeituras com dificuldades para contratar profissionais em razão da lei de responsabilidade fiscal; alta rotatividade de RH. Percebe-se também que o aumento dos incentivos, tanto estaduais quanto federais, seria fator positivo para a expansão da ESF. Ressalta-se que a cobertura de 44,5% refere-se ao número de equipes de ESF habilitadas pelo MS (indicador utilizado no programa estruturante Saúde Perto de Você). O valor de 34,17% (até novembro de 2010) refere-se à população cadastrada no SIAB, conforme instrutivo do Pacto pela Vida. Com relação à capacitação dos profissionais da ESF por meio do Curso Introdutório, foram encontradas dificuldades quanto à tramitação administrativa para viabilizar a infraestrutura para sua realização, fato que resultou na execução de apenas dois cursos dos quatro planejados. Outro fator que influenciou o baixo número de profissionais capacitados refere-se à indefinição quanto à responsabilidade de execução e financiamento do mesmo pelos setores dentro da SES.

### Análise e Comentários:

Foram realizadas sensibilizações pelas CRS aos gestores cujos municípios (42) não possuíam ESF. Desses, 3 municípios tiveram equipes de ESF habilitadas. Chegamos ao final de 2010 com 1408 equipes habilitadas, número que corresponde a 44,5 % de cobertura populacional da ESF. Em relação ao ano anterior houve um percentual de aumento de 1,5%. É importante mencionar entraves encontrados para atingir a meta de 73% de cobertura, tais como: recursos humanos insuficientes tanto no nível central quanto nas coordenadorias regionais da ESF; em virtude de ser ano eleitoral, não foram realizados os encontros macrorregionais que também são instrumentos de sensibilização a adesão a ESF; prefeituras com dificuldades para contratar profissionais em razão da lei de responsabilidade fiscal; alta rotatividade de RH. Percebe-se também que o aumento dos incentivos, tanto estaduais quanto federais, seria fator positivo para a expansão da ESF. Ressalta-se que a cobertura de 44,5% refere-se ao número de equipes de ESF habilitadas pelo MS (indicador utilizado no programa estruturante Saúde Perto de Você). O valor de 34,17% (até novembro de 2010) refere-se à população cadastrada no SIAB, conforme instrutivo do Pacto pela Vida. Com relação à capacitação dos profissionais da ESF por meio do Curso Introdutório, foram encontradas dificuldades quanto à tramitação administrativa para viabilizar a infraestrutura para sua realização, fato que resultou na execução de apenas dois cursos dos quatro planejados. Outro fator que influenciou o baixo número de profissionais capacitados refere-se à indefinição quanto à responsabilidade de execução e financiamento do mesmo pelos setores dentro da SES.

<i>Total de Recursos Programado</i>	<i>Total de Recursos Executados</i>
	R\$ R\$ 47.354.186,00 + R\$ 4.078.980,00 (empenhados em 2011, pagos em Fev/2011 referente ao incentivo estadual para a EACS)
Estadual R\$ 42.999.370,00	Estadual

#### 6.4. Assistência de Urgência e Emergência

##### Objetivos (PES):

1 - Ampliar a cobertura do SAMU/SALVAR, no Estado segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado;

2 - Promover mais agilidade nos atendimentos, tornando o tempo-resposta de atendimento mais eficiente.

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Instalar 50 Bases do SALVAR/SAMU (Meta PAS).	Instalar novas Bases	50 bases	Instaladas 41 novas bases, totalizando 84 municípios, com cobertura de aproximadamente 7.648.018 habitantes, 70,1% da população gaúcha <sup>(1)</sup>
	Distribuir Ambulâncias (Doadas pelo MS)	50 ambulâncias	Entregues, através de Termos de Cessão de Uso, da SES aos municípios, 147 ambulâncias, 01 veículo de intervenção rápida e 20 motolâncias.
	Realizar repasse mensal p/ manutenção das bases em atividade	1 p/ mês	Repasse mensal (contrapartida estadual) para manutenção das bases municipais em funcionamento, das quatro (04) Centrais de Regulação Municipal implantadas e outras atividades de custeio pertinentes às atividades desenvolvidas pela Coordenação Estadual. Liquidado: R\$12.363.083,80 Pago: R\$10.886.472,15 <sup>(2)</sup>
Construção de 16 UPAs (Meta PAS).	Construir UPAS	16 UPAs	Construída 01 UPA, Porte III em Santa Maria <sup>(3)</sup>
Criar 19 núcleos de educação em urgência, um em cada Regional de Saúde.	Reorganizar Núcleo de Educação em Urgências - NEU - com os NURESC nas CRS	19 CRS	Implantado NEU – Núcleo de Educação em Urgência, com 04 turmas de Educação Continuada em andamento, 03 na ETSUS/ESP/SES - POA e 01 na Escola Municipal de Xangri-lá – Litoral Norte <sup>(4)</sup>
	Reorganizar NEU com os Laboratórios de Ensino em Procedimentos de Saúde nas Macrorregiões	7 macrorregiões	Nenhum núcleo foi criado <sup>(4)</sup>
Criar um núcleo de educação em urgência na ESP.	Organizar seminários de capacitação dos docentes/multiplicadores vinculados ao NEU/ESP/RS	2 seminários	Realizada Jornada de Urgência/Emergência e Trauma, para capacitação/atualização dos profissionais do SAMU RS 192, em parceria com a Liga do Trauma, com aproximadamente 200 participantes <sup>(4)</sup>
Implantar 48 Salas de Estabilização.			Em face da morosidade em construir as UPAS, que se tornaram prioridade dos municípios, as salas de estabilização não foram implantadas.
Instalar 18 bases do SAMU/SALVAR (Meta PES).			Realizado em 2009
Implantar em 2009, 16 Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) nas macrorregiões e municípios.			Meta não programada para esse ano.
Implantar, em 2010, mais 16 Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) no Rio Grande do Sul.			Das 16 UPAS inicialmente previstas, apenas 13 foram habilitadas pelo Ministério da Saúde <sup>(3)</sup> .
Outras realizações			UPAs previstas para 2009 - Realizado registro de preço para construção de 04 UPAs (Porto Alegre- Tipo III, Lajeado e Santo Ângelo Tipo II, e Cachoeira do Sul Tipo I) Realizado Processo de Cotação Eletrônica Emergencial para construção de 02 UPAS Tipo III, em Porto Alegre e Rio Grande. A construção das demais 09 UPAs ficou sob

responsabilidade dos Gestores Municipais. UPAs previstas para 2010 – Todas as 13 UPAs serão construídas sob responsabilidade dos Gestores Municipais.

Capacitações- Capacitados pela Coordenação Estadual das Urgências, aproximadamente entre 700 profissionais, entre técnicos de enfermagem, condutores, enfermeiros e médicos, para início das atividades do SAMU municipal. Realizados pelos instrutores da Polícia Rodoviária Federal 02 treinamentos para técnicos de enfermagem conduzirem motolâncias.

#### **Análise e Comentários:**

<sup>(1)</sup> Meta não atingida. Muitos municípios têm dificuldades na contratação dos profissionais para exercer as atividades do SAMU Municipal.

<sup>(2)</sup> Meta cumprida. Os recursos já liquidados, e não repassados referem-se aos municípios que constavam no Cadastro de Indisponíveis – CADIN, ou a prestadores de serviço contratados que não concluíram o objeto dos contratos para recebimento dos recursos financeiros.

<sup>(3)</sup> Das UPAs habilitadas para implantação no RS em 2009, 07 a serem construídas em 06 municípios, ficaram sob responsabilidade da SES/RS. Dessas, uma UPA Tipo III foi construída em Santa Maria (obra finalizada), sendo que o município ficou responsável pela aquisição dos equipamentos necessários. Para os outros 09 municípios que tiveram UPAs habilitadas, por repactuação na CIB/RS, de 07 municípios (excetuados Erechim e Pelotas), os recursos correspondentes, depositados no FES, foram devolvidos ao FNS/MS e este repassou aos FMS. Os Gestores Municipais assumiram integralmente a responsabilidade pela construção das Unidades. Desses, Novo Hamburgo e Vacaria estão executando as obras. Todas as 13 UPAs que estavam previstas para o ano de 2010 serão construídas sob responsabilidade dos municípios.

<sup>(4)</sup> Metas não cumpridas ou não atingidas. A insuficiência de recursos humanos nas Coordenadorias Regionais de Saúde, bem como na Coordenação Estadual das Urgências dificultou o cumprimento das metas propostas, especialmente quanto implantação de estruturas regionais para desenvolvimento dos projetos de capacitação/educação continuada.

## 6.5. Política Estadual de Doação de Órgãos e Transplantes

### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Aumentar em 10% ao ano a captação de órgãos com efetivação das doações, aumentando assim o número de doadores efetivos de 132 em 2008, para 171 até 2011.	Realizar Campanhas para Sensibilizar a Doação de Órgãos na Mídia e diretamente nos Hospitais para alcançar maior número de doadores.	159 doadores efetivos	O nº de doadores efetivos de múltiplos órgãos em 2010 foi de 133, um aumento de 5,5% em relação a 2009, que foi de 126, abaixo da meta prevista para 2010 de 159. Retomou-se o nº de 2008, que foi de 132 doadores efetivos. Implantadas 757 córneas em 2010, aumento de 24,7% em relação a 2009, que foi de 607 córneas. O maior número de doadores efetivos desde a implantação da Central de Transplantes foi no ano de 2007- 147 doadores. O ano de maior implante de córneas foi 2006, em nº de 802 córneas.
Profissionalizar no mínimo três integrantes das Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes de cada hospital autorizado, por meio do treinamento continuado.	Capacitar profissionais envolvidos com transplantes nos hospitais autorizados por meio de treinamento continuado	03 profissionais por instituição	A política do Ministério da Saúde, em implantação, das Organizações de Procura de Órgãos - OPOs tem a intenção de profissionalizar a procura ativa de órgãos nos Hospitais. O RS foi contemplado com seis OPOS. Esta política implica em custeio do MS e da SES. A dificuldade foi no repasse pelo MS, do recurso para custeio mensal. O que acarretará uma revisão da mesma. Não ocorreram capacitações das CIHDOTTs e OPOs, por falta de recursos financeiros disponíveis para essas atividades.
<b>Outras realizações</b>			Curso de capacitação em faturamento na área de transplantes, em parceria com a Santa Casa de Misericórdia de POA - 46 participantes de 28 hospitais./Palestras realizadas pelos profissionais da Central sobre Transplantes em instituições: equipe de enfermagem do Hospital Partenon, Curso de medicina da Ulbra, curso de medicina da PUC. Participação no Fórum de Transplantes do CREMERS./ Realizada uma reunião geral das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos-CIHDOTT./ Participação no seminário da ONG ADOTE, em Pelotas./ Início das atividades de implantação das Organizações de Procura de Órgãos - OPOs, com visitas às instalações nos Hospitais-sede/ Reunião geral com equipes transplantadoras de córneas, onde se acordou condutas a serem seguidas.

## **Análise e Comentários:**

A meta de doadores efetivos de múltiplos órgãos, no período 2009-210, estipulou um aumento de 10% ao ano, e não foi alcançada para 2010-meta prevista 150 doadores efetivos, foram alcançados 133. Esta meta depende da notificação compulsória do evento de morte encefálica pelas UTIs para a Central de Transplantes. Após a constatação da morte encefálica por meio de exames exigidos pela legislação específica do Conselho Federal de Medicina é necessária a concordância comprovada da doação pelos familiares. Tendo de fato ocorrido a captação de órgãos, somente neste momento se torna um doador efetivo. Essas ações exigem capacitações das UTIs, das Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos – CIHDOOT, das Organizações de Procura de Órgãos – OPOs - responsáveis pela entrevista familiar, encaminhamento dos exames necessários de sorologia, exames de imagem e outros indispensáveis, dependendo do órgão a ser doado, mais encaminhamento das cirurgias de retiradas dos órgãos. Após, tem-se o transporte e o implante de órgãos nos receptores cadastrados em lista única para cada órgão. A coordenação deste complexo e preciso processo é realizada em tempo real pela Central de Transplante, ininterruptamente. Exige capacitação permanente dos profissionais envolvidos na logística interna dos hospitais, qualificação dos profissionais e boa estrutura tecnológica das UTIs e permanente atualização da Central de Transplantes.

A Central de Transplantes estabeleceu uma meta de profissionalização de três profissionais integrantes das Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes ao ano, e educação continuada e capacitação dos profissionais envolvidos na logística da doação e transplante. A falta de recursos financeiros tem inviabilizado a realização dessas ações.

A política do Ministério Saúde das OPOs que visava essa profissionalização, de fato não se concretizou pela falta do repasse de recurso mensal de custeio, e deverá ser revista. Para sua efetivação deve contar com aporte de recursos financeiros regulares da SES e MS.

Tem-se, ainda uma dificuldade recorrente na realização dos exames complementares para atestar a morte cerebral (teste de imagem, exigido na legislação), em geral por falta de equipamentos dos hospitais. Mais ainda, a dificuldade de alguns hospitais notificantes em realizarem os exames de sorologias dos doadores em tempo hábil. O transporte do tecido córnea, feito pela SES, é um item que precisa ser ajustado, visto a demanda ser intensa.

A execução orçamentária da Central de Transplantes para 2010 foi a seguinte:

Projeto Atividade - 9068 - Doação Órgãos e Transplantes

<b>Execução Orçamentária</b>	<b>Despesa executada 2010 (R\$)</b>	<b>Despesa orçada 2010 (R\$)</b>
Diárias	-	50.000,00
Encargos por atraso/despesas de exercícios anteriores	12.300,18	
Transporte de pessoal/passagem e despesas com locomoção	8.663,91	50.000,00
Transporte de pessoal/despesas de exercícios anteriores	2.077,74	
Outros serviços de terceiros e pessoa jurídica	475.730,43	450.000,00
Despesas de exercícios anteriores	60.746,12	
Total	559.518,38	550.000,00
Despesas de exercícios anteriores	75.124,04	
Despesa do exercício vigente	484.393,96	484.393,96

Fonte-Execução Orçamentária Fundo Estadual de Saúde/SES RS-2011/SISPLAG 2010

**SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL  
CENTRAL DE TRANSPLANTES DO RS**

**CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E NÚMERO DE ÓRGÃOS IMPLANTADOS NO RS**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010***	Total
NOTIFICAÇÕES de OCORRÊNCIAS DE MORTE ENCEFÁLICA*	140	134	156	182	250	262	290	306	312	397	409	507	520	558	659	5.082
DOADORES EFETIVOS DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS NO RS	74	70	65	73	86	100	114	121	122	135	130	147	132	126	133	1.628
REMOÇÕES DE RIM (DOADORES CADÁVERES)*	142	136	124	143	173	192	224	233	230	249	232	297	259	270	359	3.263
REMOÇÕES DE FÍGADO*	35	49	60	67	78	95	108	121	110	126	110	126	111	114	127	1.437
REMOÇÕES DE CORAÇÃO**	27	37	48	62	63	65	70	81	64	77	59	58	24	27	19	781
REMOÇÕES DE PULMÃO*	5	5	7	15	17	18	25	22	21	19	20	27	34	61	45	341
REMOÇÕES DE PÂNCREAS*	1	0	1	0	1	2	24	49	43	40	30	23	25	12	4	255
REMOÇÕES DE CORNEAS NOTIFICADAS A CNGCDORS	88	90	114	188	252	531	621	928	972	1.336	1.724	2.044	2.094	2.117	1.945	15.044
IMPLANTE DE RIM (DOADORES CADÁVERES)	138	129	118	135	171	187	204	230	207	237	218	284	242	247	297	3.044
IMPLANTE DE RIM (DOADORES VIVOS)	0	0	0	77	93	107	117	119	97	99	84	92	89	85	111	1.170
IMPLANTE DE FÍGADO INTEIRO (DOAD. CADÁVERES)	30	48	52	61	74	92	104	119	102	122	99	117	100	104	102	1.326
IMPLANTE DE FÍGADO - "SPLIT" (DOAD. CADÁVER)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	5
IMPLANTE DE FÍGADO (DOADORES VIVOS)	0	0	1	0	1	1	6	9	4	1	3	3	0	3	2	34
IMPLANTE DE CORAÇÃO	15	14	13	15	11	15	20	8	6	14	13	10	14	8	5	181
IMPLANTE DE PULMÃO (DOADORES CADÁVERES)	5	5	7	14	18	17	26	23	18	19	19	27	31	56	39	324
IMPLANTE DE PULMÃO (DOADORES VIVOS)	0	0	0	1	1	2	3	3	3	3	5	1	1	1	1	25
IMPLANTE DE PÂNCREAS	1	0	1	0	1	2	22	42	37	34	22	21	17	8	4	212
IMPLANTE DE CORNEAS	72	80	112	186	252	514	584	485	527	631	802	684	595	607	757	6.868
TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA (AUTÓLOGOS + ALOGÊNICOS)	14	6	2	14	42	66	76	81	87	88	103	101	129	139	115	1.063
<b>Total de Órgãos Implantados</b>	<b>275</b>	<b>282</b>	<b>306</b>	<b>503</b>	<b>664</b>	<b>1.003</b>	<b>1.162</b>	<b>1.099</b>	<b>1.088</b>	<b>1.248</b>	<b>1.370</b>	<b>1.341</b>	<b>1.220</b>	<b>1.258</b>	<b>1.433</b>	<b>14.252</b>

\* Incluídas remoções em outros Estados

\*\*Incluídas remoção de coração para válvulas

\*\*\*Dados preliminares até Dezembro/2010 sujeitos a correções

Fonte: Central de Transplantes do RS e Sistema Nacional de Transplantes / IMS



**SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL  
CENTRAL DE TRANSPLANTES DO RS**

**TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS RELIZADOS NO RIO GRANDE DO SUL em 2010**

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	TOTAL 2009	Diferença 10-09	% Diferença 10-09
NOTIFICAÇÕES DE MORTE ENCEFÁLICA NO RS	37	19	41	31	30	27	29	23	26	31	38	36	368	356	12	3%
NOTIFICAÇÕES RECEBIDAS DE OUTRAS CNCDOS	28	12	22	30	25	25	25	16	28	33	26	21	291	202	89	44%
DOADORES EFETIVOS DE ÓRGÃOS NO RS	17	5	12	11	8	5	10	13	8	15	16	13	133	126	7	6%
NOTIFICAÇÕES DE DOAD SOMENTE DE TECIDOS	68	51	66	68	74	87	67	89	83	91	66	48	858	929	-71	-8%
TRANSPLANTE DE RIM ISOLADO	38	11	34	24	17	9	21	23	21	31	30	28	287	234	53	23%
TRANSPLANTE DE RIM (DOADORES VIVOS)	13	5	9	7	5	8	8	14	12	13	8	9	111	99	12	12%
TRANSPLANTE DE RIM E FIGADO COMBINADOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	-1	-100%
TRANSPLANTE DE FIGADO	10	4	12	7	7	6	8	11	6	12	8	11	102	103	-1	-1%
TRANSPLANTE DE FIGADO (DOADORES VIVOS)	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	3	-1	-33%
TRANSPLANTE DE CORAÇÃO	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	5	8	-3	-38%
TRANSPLANTE DE PULMÃO	3	1	9	2	0	0	5	2	2	0	3	0	27	42	-15	-36%
TRANSPLANTE DE PULMÃO (DOADORES VIVOS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0%
TRANSPLANTE PÂNCREAS ISOLADO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	100%
TRANSPLANTE RIM E PÂNCREAS COMBINADOS	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	8	-4	-50%
TRANSPLANTE DE CÔRNEAS	35	35	62	67	59	81	71	76	68	73	70	60	757	607	150	25%
TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA	5	2	3	0	6	0	4	5	4	6	2	6	43	49	-6	-12%
TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA	7	5	2	6	5	6	8	3	10	6	11	3	72	90	-18	-20%
<b>TOTAL DE TRANSPLANTES REALIZADOS 2010</b>	<b>111</b>	<b>68</b>	<b>132</b>	<b>113</b>	<b>101</b>	<b>111</b>	<b>127</b>	<b>134</b>	<b>123</b>	<b>141</b>	<b>133</b>	<b>118</b>	<b>1412</b>	<b>1.245</b>	<b>167</b>	<b>13%</b>
<b>TOTAL DE TRANSPLANTES REALIZADOS 2009</b>	<b>93</b>	<b>76</b>	<b>121</b>	<b>105</b>	<b>109</b>	<b>113</b>	<b>109</b>	<b>98</b>	<b>108</b>	<b>93</b>	<b>103</b>	<b>103</b>	<b>1231</b>			
<b>TOTAL DE TRANSPLANTES REALIZADOS 2008</b>	<b>99</b>	<b>82</b>	<b>119</b>	<b>107</b>	<b>95</b>	<b>83</b>	<b>93</b>	<b>86</b>	<b>103</b>	<b>109</b>	<b>112</b>	<b>105</b>	<b>1193</b>			
<b>TOTAL DE TRANSPLANTES REALIZADOS 2007</b>	<b>121</b>	<b>102</b>	<b>73</b>	<b>86</b>	<b>115</b>	<b>119</b>	<b>105</b>	<b>110</b>	<b>108</b>	<b>129</b>	<b>131</b>	<b>114</b>	<b>1313</b>			
<b>TOTAL DE TRANSPLANTES REALIZADOS 2006</b>	<b>95</b>	<b>88</b>	<b>105</b>	<b>124</b>	<b>150</b>	<b>117</b>	<b>93</b>	<b>110</b>	<b>114</b>	<b>121</b>	<b>88</b>	<b>139</b>	<b>1344</b>			
<b>TOTAL DE TRANSPLANTES REALIZADOS 2005</b>	<b>105</b>	<b>79</b>	<b>106</b>	<b>110</b>	<b>109</b>	<b>87</b>	<b>92</b>	<b>118</b>	<b>101</b>	<b>101</b>	<b>99</b>	<b>69</b>	<b>1176</b>			
<b>TOTAL DE TRANSPLANTES REALIZADOS 2004</b>	<b>95</b>	<b>87</b>	<b>100</b>	<b>91</b>	<b>91</b>	<b>98</b>	<b>71</b>	<b>93</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>1094</b>			

Dados preliminares, sujeitos a correções nos próximos meses.

Fonte: Secretaria da Saúde do RS / Central de Transplantes do RS/ CNCDORS





SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL  
CENTRAL DE TRANSPLANTES DO RS

**NÚMERO DE CAPTAÇÕES E IMPLANTES DE ÓRGÃOS NO RIO GRANDE DO SUL em 2010**

	jan/10	fev/10	mar/10	abr/10	mai/10	jun/10	jul/10	ago/10	set/10	out/10	nov/10	dez/10	TOTAL 2010	TOTAL 2009	Diferença 10-09	% Diferença 10-09
NOTIFICAÇÕES DE MORTE ENCEFÁLICA NO RS	37	19	41	31	30	27	29	23	26	31	38	36	368	356	12	3%
NOTIFICAÇÕES RECEBIDAS DE OUTRAS CNCDOs	28	12	22	30	25	25	25	16	28	33	26	21	291	202	89	44%
DOADORES EFETIVOS DE ÓRGÃOS NO RS	17	5	12	11	8	5	10	13	8	15	16	13	133	126	7	6%
NOTIFICAÇÕES DE DOAD SOMENTE DE TECIDOS	68	51	66	68	74	87	67	89	83	91	66	48	858	929	-71	-8%
RINS REMOVIDOS	44	18	41	26	21	17	27	28	23	42	37	35	359	270	89	33%
RINS IMPLANTADOS	38	14	35	25	18	12	22	23	21	31	30	28	297	247	50	20%
RINS IMPLANTADOS (DOADORES VIVOS)	13	5	9	7	5	8	8	14	12	13	8	9	111	99	12	12%
FIGADOS REMOVIDOS	17	4	13	11	7	6	10	11	10	14	11	13	127	114	13	11%
FIGADOS IMPLANTADOS	10	4	12	7	7	6	8	11	6	12	8	11	102	104	-2	-2%
FIGADOS IMPLANTADOS - "SHLT"	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
FIGADOS IMPLANTADOS (DOADORES VIVOS)	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	3	-1	-33%
CORAÇÕES REMOVIDOS PARA TRANSPLANTE	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	5	8	-3	-38%
CORAÇÕES IMPLANTADOS	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	5	8	-3	-38%
CORAÇÕES REMOVIDOS PARA USO DE VÁLVULAS	1	1	3	0	0	0	1	2	0	2	2	2	14	19	-5	-26%
VÁLVULAS IMPLANTADAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-
PULMÕES REMOVIDOS	5	4	14	2	0	0	8	2	2	0	6	2	45	61	-16	-26%
PULMÕES IMPLANTADOS	5	2	14	2	0	0	8	2	2	0	4	0	39	56	-17	-30%
PULMÕES IMPLANT (DOADORES VIVOS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	-100%
PÂNCREAS REMOVIDOS	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	12	-8	-67%
PÂNCREAS IMPLANTADOS	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	8	-4	-50%
CÓRNEAS REMOVIDAS	164	110	162	155	158	184	152	202	186	200	156	116	1.945	2.117	-172	-8%
CÓRNEAS IMPLANTADAS	35	35	62	67	59	81	71	76	68	73	70	60	757	607	150	25%
MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICO	5	2	3	0	6	0	4	5	4	6	2	6	43	49	-6	-12%
MEDULA ÓSSEA AUTÓLOGO	7	5	2	6	5	6	8	3	10	6	11	3	72	90	-18	-20%
<b>TOTAL DE ÓRGÃOS IMPLANTADOS</b>	<b>113</b>	<b>71</b>	<b>138</b>	<b>114</b>	<b>102</b>	<b>114</b>	<b>131</b>	<b>134</b>	<b>123</b>	<b>141</b>	<b>134</b>	<b>118</b>	<b>1433</b>	<b>1272</b>	<b>161</b>	<b>13%</b>

Revisado em : 31/01/2011

Dados preliminares, sujeitos a correções nos próximos meses.

Órgãos captados de doadores falecidos incluem os recebidos de outras CNCDOs;

Fonte: Secretaria da Saúde do RS / Central de Transplantes do RS/ CNCDOs

**Observação:**

Diferença entre nº de órgãos implantados e nº de Transplantes até Dezembro/2010: 21

**Motivo:** 3 Rim/Pâncreas (6 órgãos)

11 Pulmão bilateral (20 órgãos)

7 Rins em bloco (16 órgãos)

Obs.: recebido informação sobre doador vivo de pulmão em 13/01/2011

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

### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Criar estratégias para fortalecer a rede de atenção à saúde mental nos 10 municípios que mais utilizam a estrutura do Hospital Psiquiátrico São Pedro.	Realizar reuniões com a 1ª, 2ª e 18ª CRS	12 reuniões mensais	Realizadas 12 reuniões com as CRS Obs. Meta proposta superestimada
	Capacitar profissionais de saúde mental da rede para o atendimento das prevalências em termos de diagnósticos (perfil epidemiológico)	3 capacitações mensais	Realizados treinamentos, palestras para profissionais do HPSP. Atingido 80% da meta
	Integrar a rede através de eventos, como a III Jornada de Psiquiatria e Saúde Mental	Evento realizado	Realizada Jornada de Psiquiatria em âmbito nacional Meta atingida em 100%
	Qualificar a RIS para formação de recursos humanos especializado para a rede	RIS qualificada	Realizados encontros com os Profissionais Residentes objetivando qualificar seus conhecimentos
Implantar o Telesaúdamental no Hospital Psiquiátrico São Pedro.	Equipar sala para teleatendimento em saúde mental	Sala equipada	Meta não atingida pelo não ingresso de recursos humanos em tempo hábil
	Treinar equipe que realizará teleatendimento	Treinamento realizado	Meta não atingida pelos mesmos motivos acima
Conduzir, a cada ano, a desinstitucionalização de 10% dos moradores que ainda permanecem na área asilar.	Incentivar, preparando os moradores antigos do Hospital quanto a desinstitucionalização	30 moradores	Foram dadas 05 altas para pacientes-moradores da área asilar do hospital para os Residenciais Terapêuticos
Qualificar pelo menos 30% trabalhadores do hospital, conforme mudança no perfil epidemiológico identificado no Serviços de Admissão e Triagem – SAT do hospital.	Capacitar trabalhadores sobre: Dependência química (especialmente sobre Crack), Transtornos da Infância e Adolescência e Transtorno de Humor	100% dos trabalhadores (4 edições)	Realizados treinamentos para servidores do HPSP por profissionais também do Hospital - Meta atingida em 50%
Reduzir em 30% a taxa de reinternação no hospital.	Dar seguimento ao trabalho de assessoria aos municípios para os quais o Hospital é referência	88 municípios	Treinamento Samu Litoral Norte Treinamento Comunidades Terapêuticas
	Instituir leitos para atendimento de emergência até 72 horas, nos quais os usuários permanecerão acompanhados por um familiar/responsável	10 leitos	Meta não atingida por falta de recursos humanos, os profissionais foram nomeados somente no final de 2010
	Repor quadro de	30 técnicos	Meta atingida, todos os profissionais foram nomeados

	recursos humanos que tem diminuído nos últimos anos em função das aposentadorias	enfermagem, 6 médicos, 4 assistentes sociais, 2 prof. educação física, 2 terapeutas ocupacionais <sup>2</sup> enfermeiros	
<b>Outras realizações</b>	Equipar o Serviço de Nutrição e Dietética	Equipamentos	Adquiridos todos os equipamentos para o novo prédio do Serviço de Nutrição e Dietética – R\$ 320.000,00
	Restauração do Bloco A do Prédio Histórico do HPSP	Licitar elaboração dos projetos	Entregues todos os Projetos Complementares do Bloco A do Prédio Histórico – R\$ 170.000,00
	Construção do Novo Prédio do Serviço de Nutrição	Construção do Prédio do SND	Início das obras de construção do prédio do Serviço de Nutrição e Dietética – valor total da obra R\$ 1.240.000,00
	Aquisição de uma caldeira a vapor	Aquisição de uma caldeira a vapor	Adquirido uma caldeira para fornecimento de vapor ao Serviço de Nutrição e Dietética - R\$ 110.000,00
	Aquisição de Autoclaves	Aquisição de duas autoclaves	Adquiridas duas autoclaves para o Centro de Esterilização de Materiais - R\$ 18.000,00
	Projeto Acessibilidade	Projeto de Acessibilidade	Contratada empresa para elaboração do Projeto de Acessibilidade para todo o complexo do hospital - R\$ 60.000,00
	Projeto de Prevenção e Combate a Incêndio	Projeto de Prevenção e Combate a Incêndio	Contratada empresa para elaboração do Projeto de Prevenção e Combate a Incêndio - R\$ 55.000,00
	Aquisição de Computadores	Aquisição de Computadores	Entregues pela SES 34 novos computadores
	Renovação da Frota de Veículos	Aquisição de 2 veículos	Adquiridos dois veículos, um para o Serviço de Nutrição e outro para uso geral do hospital
	Aquisição de mobiliário	Aquisição de Mobiliário	Adquirido mobiliário para vários setores do HPSP

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

### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Qualificar o atendimento à Tuberculose associada a comorbidades (dependência química, HIV/Aids, HCV), melhorando o nível de adesão ao tratamento das pessoas atendidas.			<p>Processo de credenciamento da Residência Integrada em Saúde - RIS no MEC.</p> <p>Instituto ABUCHAIM estágio profissional para os alunos de pós-graduação em Psiquiatria Clínica.</p>
Disponibilizar leitos de internação em unidade do HSP com retaguarda tecnológica para pacientes com tuberculose associada à dependência química e ou HIV/Aids.			<p>Em 2009 foi concluída a ampliação de leitos de 63 para 83, também foi ampliado o atendimento no Ambulatório de Tisiologia, manhã e tarde.</p>
Contratar técnicos de enfermagem e enfermeiros.			<p>Em 2010 houve o ingresso de enfermeiros e técnicos de enfermagem, no entanto como vários servidores de todas as áreas estão próximos da aposentadoria, serão necessárias novas contratações.</p>
Ampliar o número de capacitações oferecidas para as equipes quanto ao tema da dependência química.			<p>08 residentes de psiquiatria trabalhando no HSP fortalecendo e capacitando os servidores no atendimento aos dependentes químicos.</p>
<b>Outras realizações</b>			<p>Relatório das atividades em 2010 da Comissão de Treinamento e Qualificação de Pessoal:</p> <p>Módulo "Conhecendo o HSP" para residentes de 08 a 11/02/10 p/ 14 participantes, funcionários do Serviço de Nutrição em 05/04/10 para 28 participantes, Psiquiatras do Instituto Abuchaim em 09/04/10 para 09 participantes, profissionais de saúde de municípios da fronteira do RS de 03/05 a 22/09/10 p/aprox. 60 participantes, profissionais do Serviço de Higienização em 29/06/11 para 35 participantes;</p> <p>Encontro de Sensibilização para Implantação da coleta Seletiva no HSP entre 17 e 18/05/10 (4h/A);</p> <p>Curso de Gestão dos resíduos sólidos com responsabilidade social, preservação do meio ambiente e inclusão social dia 18/05/10 (realizado por técnicos do Departamento Municipal de Limpeza Urbana – DMLU);</p> <p>Encontro para Capacitação e Atualização dos Profissionais da Higienização em 29/06/10, entre 8 e 12/11/10;</p> <p>O Sanatório ontem e hoje: encontro para capacitação e atualização dos profissionais do HSP: 1ª turma: 09/10 e 13/08/10 e 01/09/10 (10 h/a); 2ª turma: 17,19 e 31/8/10 e 02/09/10 (10 h/a);</p>

Exposição 100 anos – Caminhos do Partenon: do Hospital de Isolamento ao Sanatório, Local: Museu de História da Medicina – MUHM no período de 19/05 a 03/10/10 e no Sanatório Partenon a partir de 01/12/10

O HSP é fonte de pesquisa para projetos na área de Tuberculose, AIDS, Hepatite e Drogadição, foram orientados 09 projetos.

Houve a capacitação de 08 residentes nas áreas: de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social; e de estagiários curriculares nas áreas de Medicina, Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem e Psicologia.

#### **Análise e Comentários:**

Em 2010 foi concluída a licitação visando reforma do Laboratório de Citopatologia do HSP.

Nos diversos serviços disponibilizados pelo HSP foram feitos 383.509 atendimentos.

Foram adquiridos equipamentos para o hospital, abaixo relacionamos as principais aquisições:

- Duas novas máquinas lavadoras de roupas para atender ao Hospital Sanatório Partenon e ao Hospital Psiquiátrico São Pedro;
- Equipamento de ar comprimido para uso humano;
- Novos equipamentos de informática;
- Novos veículos em substituição a outros com mais de 12 anos de uso;
- Instalação de novos reservatórios de água;
- Materiais e equipamentos médico hospitalares diversos;
- Instalação do elevador monta-carga para atender ao Serviço de Nutrição.

Houve a certificação de Qualidade do Laboratório de Análise Clínica do HSP no Programa de Controle Externo da Qualidade da Baciloscopia da Tuberculose.

<b>Total de Recursos Programado</b>		<b>Total de Recursos Executados</b>	
Estadual	R\$ 6.000.000,00	Estadual	R\$ 5.548.517,91
Federal	R\$ 315.353,62	Federal	R\$ 315.353,62

### 6.8. Ações de Assistência à Saúde - Hospital Colônia Itapua

#### Objetivos (PES):

1 - Melhorar a qualidade de vida dos moradores do Hospital Colônia Itapua.

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Desinstitucionalizar 10 moradores asilados, integrando- os aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).	Reformar o Setor de Nutrição	100% da reforma	Reforma do predio enfermagem com a criação do solarium - Esta reforma, bem como o solarium foi realizada objetivando trazer qualidade de vida aos internos do HCI, bem como uma maior ressocialização da clientela do hospital, principalmente os pacientes da unidade de psiquiatria, totalizando um investimento na ordem de R\$ 165.762,00 (pago em 2010 o montante de 124.321.49 através do projeto 8073, recurso 0182). As reformas do setor de nutrição, reforma da lavanderia e reforma dos pavilhões do HCI os recursos executados estão descritos da seguinte forma: Recursos Federais com contrapartida do Estado, conforme previsão acima do total de recursos executados. Também no período foram adquiridos equipamentos de informática, mobiliária, um automóvel spacefox e duas caldeiras. A meta de desinstitucionalização de 10 pacientes ficou comprometida em virtude de condições técnicas e terapêuticas de integrá-los aos Serviços Residenciais Terapêuticos. Além do que, os pacientes remanescentes não têm familiares capazes de recebê-los e muito menos têm qualquer tipo de vínculo externo capaz de permitir sua saída do HCI. Não foram realizadas reformas das estruturas físicas dos diversos prédios, foram realizados os projetos e apresentados à CEF que será o órgão repassador dos recursos do MS que não foram repassados e as obras não foram licitadas. Os recursos para estas obras são do governo federal com contrapartida do Estado.
	Reformar o Setor de Lavanderia	100% da reforma	
	Reformar pavilhões do HCI	4 pavilhões	
<b>Outras realizações</b>			

#### Análise e Comentários:

<i>Total de Recursos Programado</i>		<i>Total de Recursos Executados</i>	
Estadual	R\$ 323.100,00	Estadual	R\$
Federal	R\$ 1.614.900,00	Federal	R\$ 124.321,49

## 6.9. Política Estadual de Saúde da Criança

### Objetivos (PES):

1 - Reduzir a Mortalidade Infantil no Rio Grande do Sul.

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Reduzir o Coeficiente de Mortalidade Infantil para um dígito.	Realizar cursos de Reanimação Neonatal para Médicos Pediatras (contratação de empresa e hotel)	2 cursos	2 Cursos de Reanimação Neonatal para Médicos Pediatras – Entidade que Ministrou os eventos: Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Hotel onde ocorreram os eventos: Continental – Porto Alegre Capacitados 60 profissionais. R\$ 48.000,00
	Realizar cursos de Reanimação Neonatal para Enfermeiros (contratação de empresa e hotel)	3 cursos	3 Cursos de Reanimação Neonatal para Enfermeiros/Técnicos de Enfermagem – Entidade que Ministrou o evento: Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Hotéis onde ocorreram os eventos: Coral Tower e Umbu Hotel – Porto Alegre Capacitados 90 profissionais. R\$ 64.800,00
	Realizar oficinas de Análise da Investigação Infantil e Fetal juntamente com os Comitês de Mortalidade Infantil	2 oficinas	1 Oficina dos Comitês Municipais e Estadual de Mortalidade Infantil e Fetal – Hotel Continental – Porto Alegre. Capacitadas todas as Macrorregiões, CRS e Municípios. Total de Profissionais: 100. R\$ 8.485,00. <i>1 Oficina não ocorreu, pois os Técnicos da Saúde da Criança foram aos municípios para realizar as análises da investigação infantil e fetal com os Comitês de Mortalidade infantil</i>
	Realizar apresentação da Política da Saúde da Criança.	1 apresentação	1 Apresentação da Política Estadual da Saúde da Criança – Hotel Continental – Porto Alegre CRSs e municípios. Total de participantes: 100. R\$ 3.675,00.
	Realizar oficinas da Rede Amamenta Brasil	3 oficinas	1 Oficina da Rede Amamenta Brasil – Ritter Hotéis – Porto Alegre. Total de participantes: 30. R\$ 7.824,00. <i>2 oficinas que aconteceriam nas macrorregionais não ocorreram devido a falta de tempo hábil do processo de licitação, que contemplava os setores do Departamento de Ações em Saúde, para realizar as mesmas nas Macrorregiões.</i>
	Realizar curso de avaliadores dos Hospitais Amigos da Criança.	1 curso	1 Curso Encontro com Hospitais Amigo da Criança – Hotel Continental – Porto Alegre Total de participantes: 50. R\$ 4.762,00.
	Realizar seminário de Banco de Leite Humano.	1 seminário	1 Seminário de Banco de Leite Humano – Hotel Continental – Porto Alegre. Total de participantes: 110. R\$ 4.887,50.
	Repassar recursos através do Premio Viva Criança aos municípios, conforme resolução N° 181/05 CIB/RS e resolução N° 030/06 CIB/RS	Repassar R\$ 1.000.000,00	<i>Não houve o repasse devido ao contingenciamento.</i>
Reduzir a taxa de internação por IRA em 10% nos três anos.	Repassar recursos para os municípios para abertura do 3º turno nos principais postos de saúde do Estado	100% dos municípios	O Incentivo do Inverno Gaúcho (abertura do 3º turno) foi incorporado ao Incentivo à Atenção Básica (IAB) instituído em 2010 Nº CONT. DCC/200/2010, Processo Nº037581-20.00/10-3, celebrado em 04.05.2010, entre o Estado do Rio Grande do Sul, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde e a SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E FISILOGIA – SBPT. OBJETO: <i>Visa a ação de serviços</i> técnico-profissionais, visando a realização de 12 (doze) “Cursos de Capacitação para Diagnóstico e Manejo de Doenças respiratórias de Inverso em Crianças, Adultos e Idosos”, divididos em 02 (dois) módulos, para qualificação e padronização da Assistência Médica prestada na Atenção Básica de todos os municípios das

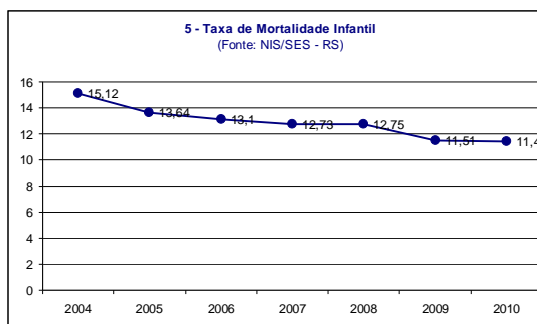
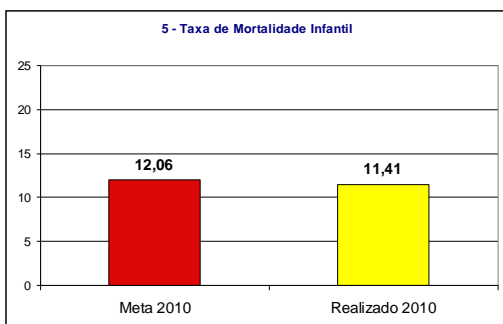
			Cronograma – Anexo II.PARÁGRAFO ÚNICO : As capacitações serão realizadas nos Municípios de Porto Alegre, Pelotas, Caxias do Sul, Lajeado, Passo Fundo, Frederico Wesphalen, Santa Cruz do Sul, Cruz Alta, Santo Ângelo, Santa Maria e Alegrete. VALOR: R\$53.238,30 (cinquenta e três mil, duzentos e trinta e oito reais e trinta centavos), Preço total. RECURSO: 1889 / 20.95 / 8073 / 3.3.90.39.3947 / Empenho: 10001159542 / Data do Empenho: 29.04.2010. PRAZO: 90 (noventa) dias, a contar da data da assinatura do presente instrumento.
	Realizar cursos de Reanimação Neonatal para Médicos Pediatras (contratação de empresa e hotel)	2 cursos	2 Cursos de Reanimação Neonatal para Médicos Pediatras – Entidade que Ministrou os eventos: Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Hotel onde ocorreram os eventos: Continental – Porto Alegre. Capacitados 60 profissionais. R\$ 48.000,00
	Realizar cursos de Reanimação Neonatal para Enfermeiros (contratação de empresa e hotel)	3 cursos	3 Cursos de Reanimação Neonatal para Enfermeiros/Técnicos de Enfermagem – Entidade que Ministrou o evento: Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Hotéis onde ocorreram os eventos: Coral Tower e Umbu Hotel – Porto Alegre Capacitados 90 profissionais. R\$ 64.800,00
Reduzir a proporção de nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer de 1,2 para 0,9%. Meta PES alterada para: reduzir a proporção de nascidos vivos com muito baixo peso ao nascer de 1,4 para 1,2%.	Realizar cursos de Reanimação Neonatal para Médicos Pediatras (contratação de empresa e hotel)	2 cursos	Realizado. Descrito anteriormente.
	Realizar cursos de Reanimação Neonatal para Enfermeiros (contratação de empresa e hotel)	3 cursos	Realizado. Descrito anteriormente
Investigar 99% dos óbitos em menores de 1 ano. Meta PES alterada para: investigar 90% dos óbitos em menores de 1 ano.	Realizar oficinas de Análise da Investigação Infantil e Fetal juntamente com os Comitês de Mortalidade Infantil	2 oficinas	1 Oficina dos Comitês Municipais e Estadual de Mortalidade Infantil e Fetal – Hotel Continental – Porto Alegre. Capacitadas todas as Macrorregiões, CRS e Municípios. Total de Profissionais: 100. R\$ 8.485,00. <i>1 Oficina não ocorreu, pois os Técnicos da Saúde da Criança foram aos municípios para realizar as análises da investigação infantil e fetal com os Comitês de Mortalidade infantil.</i>
<b>Outras realizações</b>			- Seminário das Ações Estratégicas para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil no RS – Hotel Continental – Porto Alegre. Contratação de empresa (Core Service) para prestação de serviços administrativos. Total de participantes: 150. R\$ 5.515,00 – Semana Mundial do Aleitamento Materno – 2010 – Assembléia Legislativa – Porto Alegre. Total de participantes: 30. R\$ 7.300,00

#### Indicadores Pactuados:

##### 5 - Taxa de Mortalidade Infantil

Objetivo do indicador: reduzir a mortalidade infantil. Busca analisar variações geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais. Pretende contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população. Serve como subsídio ao processo de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.





CMI pactuado para o Estado em 2010 foi de 12,06.

O resultado alcançado foi 11,41, portanto a meta foi atingida, preliminarmente.

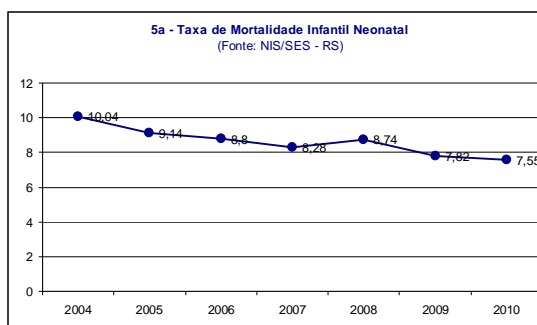
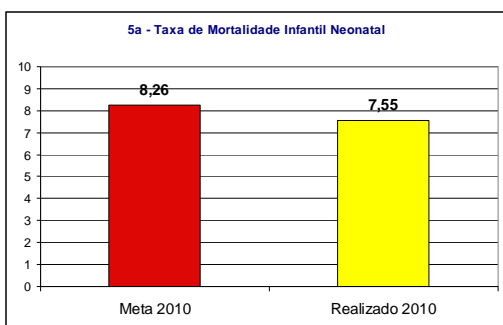
As CRSs que atingiram a meta pactuada foram: 3ª, 7ª, 9ª, 10ª, 13ª, 15ª, 17ª e 19ª.

As CRSs que não alcançaram a meta pactuada foram : 1ª, 2ª, 4ª, 5ª, 6ª, 8ª, 11ª, 12ª, 14ª, 16ª e 18ª.

Obs.: Dados preliminares indicam diminuição do CMI em 2010, predominantemente do componente neonatal. Isto está relacionado à regionalização e regulação do acesso aos leitos de UTI neonatal, melhoria da atenção ao recém-nascido por ocasião do nascimento e pela ampliação dos leitos de UTI neonatal.

#### 5a - Coeficiente de mortalidade neonatal

Objetivo do indicador: reduzir a mortalidade infantil. Busca analisar variações geográficas e temporais da mortalidade neonatal, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais. Pretende contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população. Serve como subsídio ao processo de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.



CMN pactuado para o Estado foi de 8,26.

O resultado alcançado foi de 7,55, portanto a meta foi atingida, preliminarmente.

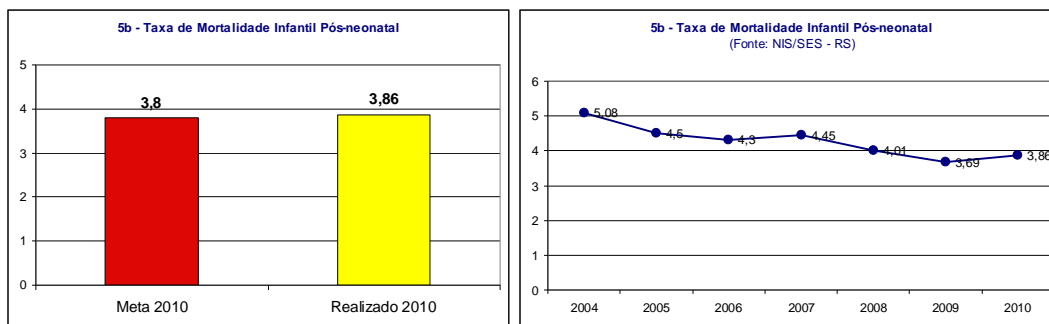
As CRS que atingiram a meta pactuada foram: 1ª, 2ª, 6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 11ª, 12ª, 13ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª e 19ª.

As CRS que não atingiram a meta pactuada foram: 4ª, 5ª, 10ª e 14ª.

Principais ações: Retirada do parto de 37 hospitais de pequeno porte, regulação do acesso aos leitos de UTI neonatal, melhoria da assistência ao recém-nascido por ocasião do nascimento e pela ampliação dos leitos de UTI neonatal.

### 5b - Coeficiente de mortalidade pós-neonatal

Objetivo do indicador: o indicador visa avaliar o acesso e a qualidade da atenção à criança nos serviços de saúde ao longo do 1º ano de vida, em especial através do monitoramento da identificação e seguimento das crianças com fatores de risco de adoecimento e ou morte neste período. Busca analisar variações geográficas e temporais da mortalidade pós-neonatal, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais. Pretende contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população. Serve como subsídio ao processo de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.



CMIT pactuado para o Estado foi de 3,80.

O resultado atingido foi 3,86, portanto a meta pactuada não foi atingida, preliminarmente.

As CRS que atingiram a meta pactuada foram: 3ª, 7ª, 9ª, 10ª, 13ª, 15ª, 17ª e 19ª.

As CRS que não atingiram a meta pactuada foram: 1ª, 2ª, 4ª, 5ª, 6ª, 8ª, 11ª, 12ª, 14ª, 16ª e 18ª.

Conforme os dados preliminares, em números absolutos, ocorreu uma estagnação dos óbitos em relação aos anos anteriores. Estamos observando um número crescente de crianças com malformações congênitas que sobrevivem ao período neonatal e vem a falecer no período infantil tardio por causas perinatais.

Principais ações: programa de seguimento das crianças com critérios de risco de adoecer e/ou morrer no primeiro ano de vida.

### RS 1 - Proporção de investigação de óbitos infantis

Objetivo do indicador: analisar as circunstâncias dos óbitos infantis; identificar os fatores de risco; analisar os óbitos com enfoque de evitabilidade; mobilizar profissionais e serviços de saúde; propor medidas para a redução da mortalidade.

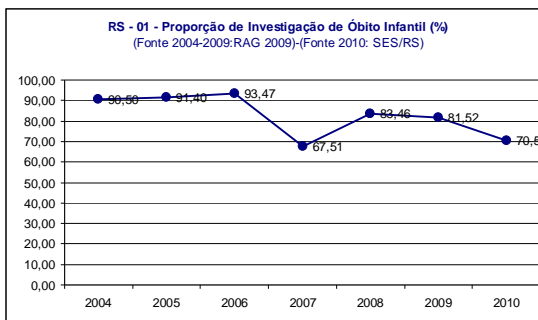
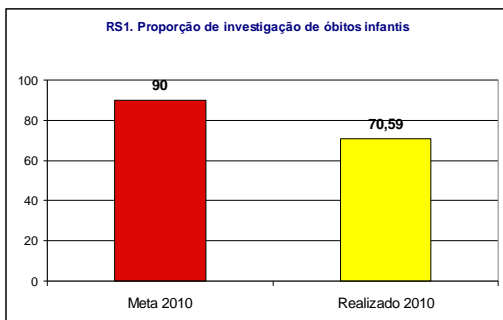
O instrumento de coleta de dados da investigação do óbito infantil é a ficha de investigação da SSCA.

A investigação procura reconstruir a história de vida da criança desde e a concepção até o óbito. Para tanto, é necessário buscar informações através de revisão de prontuários hospitalares e ambulatoriais, da mãe e do bebê, e de entrevistas com a mãe social e com os profissionais que atenderam a mãe e ao Bebê.

Todos os óbitos de nascidos vivos independente do peso de nascimento e da causa básica de óbito declarada são considerados eventos sentinela de investigação obrigatória.

A investigação tem por objetivo qualificar as variáveis da declaração de óbito (DO), portanto o SIM, e servir de fonte de informação para a análise crítica de óbito, subsidiando a gestão para a adoção de medidas que possam evitar a ocorrência de novos óbitos com causas semelhantes.

Trata-se de um indicador direto da qualidade da gestão e da qualidade da vigilância epidemiológica do óbito infantil.




**SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade** sexta-feira, 8 de abril de 2011  
 Sistema Federal



> Nº TODOS OS ÓBITOS INFANTIS (SOMA DOS FILTROS 2 + 3 + 4 + 5) COM INVESTIGAÇÃO CADASTRADA

**Filtros Selecionados:**  
 Residência - UF: RS Data Inicial: 01/01/2010 Data Final: 31/12/2010

Óbitos Existentes	Todos os óbitos infantis (soma dos filtros 2 + 3 + 4 + 5) com investigação cadastrada	% Todos os óbitos infantis (soma dos filtros 2 + 3 + 4 + 5) com investigação cadastrada
1479	1044	70,59

De 2003 a 2009 a investigação dos óbitos infantis seguia procedimentos orientados a partir da Seção da Saúde da Criança e Adolescente/SES com a alimentação de Banco de Dados estadual, sendo que a proporção de óbitos investigados vinha crescendo como demonstra o quadro abaixo.

2007	2008	2009
67,51	83,46	81,52

A partir de janeiro de 2010, o Ministério da Saúde normatizou a investigação de óbito infantil em nível nacional, estabelecendo instrumentos bem mais completos para coleta de dados e aplicativo-web ligada ao SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) para digitação e armazenamento das informações.

Meta pactuada no RS – 90%.

Meta pactuada na PAVS – inserção de fichas-síntese de investigação de óbito infantil, de um mínimo de 10% dos óbitos infantis notificados no SIM.

O resultado atingido foi de 70,59%, portanto a meta foi atingida, preliminarmente.

A transição para o novo sistema em 2010 fez com que o indicador obtido não tenha atingido a meta pactuada em nível estadual (que era de 90%), mas que tenha ultrapassado em muito a meta pactuada pela PAVS/SVS/MS, uma vez que esta ultima já considerava a realidade da adoção do novo Sistema Nacional.

Principais ações: a qualificação do preenchimento dos instrumentos de investigação de óbito em nível domiciliar, ambulatorial e hospitalar, pelas equipes dos municípios, fornecendo subsídios para a efetiva análise de óbitos e preenchimento da ficha-síntese, documento que será inserido no sistema nacional de monitoramento dos óbitos infantis.

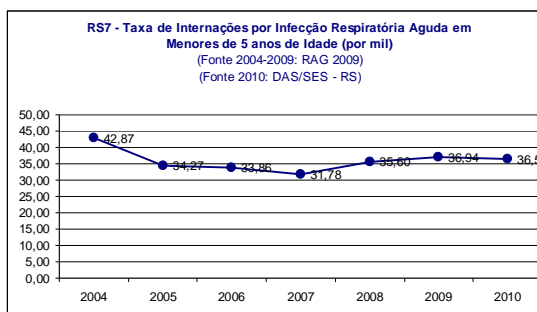
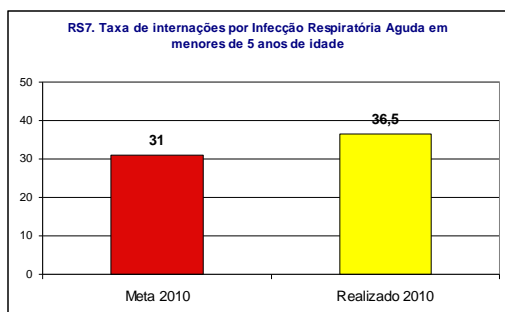
### RS 7 - Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos de idade

Objetivo do indicador: permitir avaliar, indiretamente, a qualidade da Atenção Básica aos casos de Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos.

As IRAs, apesar de passíveis de controle através do diagnóstico precoce, manejo adequado e uso criterioso de antibióticos, ainda representam importante causa de morte em menores de 5 anos, sendo a 3ª causa de óbitos em menores de 1 ano no Estado, com 4% do total.

Taxa de internações elevadas servem de alerta para a necessidade de qualificar a assistência e realizar levantamento de parcelas da população não cobertas, podendo servir de critérios para alocação de equipes de Saúde da Família (SF). A taxa de internação por IRA relaciona-se com o CMI, tanto em relação ao componente neonatal quanto ao tardio e com a taxa de mortalidade em menores de 5 anos.

A análise dos resultados deste indicador contribui para que o município direcione ações e recursos adequados para os meses de maior demanda (inverno). Contribui ainda no planejamento da alocação de equipes nas áreas mais vulneráveis e qualificação do atendimento.



Taxa de internação por IRA pactuada para 2010 – 31,0.

O resultado atingido foi 36,5, portanto a meta não foi atingida.

96,17% dos municípios aderiram à pactuação meta IRA.

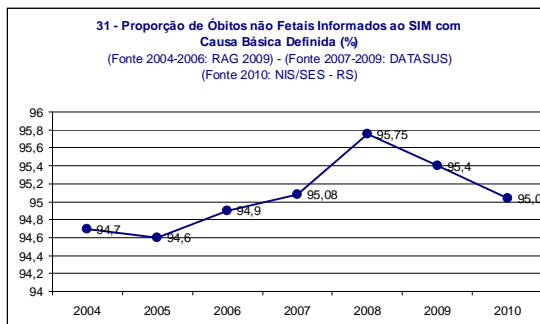
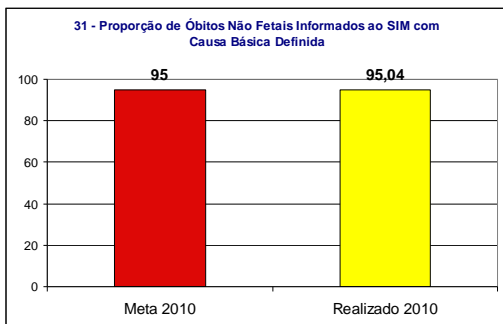
Destes, 232 atingiram a meta (48,63%).

245 não atingiram a meta (51,36%).

Principais ações: seguimento das crianças com risco de adoecer e/ou morrer no primeiro ano de vida e capacitação das equipes de atenção primária em saúde para o diagnóstico da IRA.

### 31 - Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida

Objetivo do indicador: ampliar a classificação da causa básica de óbito não fetal.



O estado tem alcançado historicamente esta meta. 72.786 dos óbitos do estado em 2010 tiveram causa definida do total de 76.585 óbitos do ano de 2010 (dados preliminares SIM/2010).

## 6.10. Promoção e Desenvolvimento da Primeira Infância – PIM

### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Aumentar em 25% o nº de Municípios com PIM implantado.	Transferir recursos do FES ao FMS como incentivo financeiro para atendimento de 8.000 gestantes, 66.650 famílias, com 100.000 crianças de 0 a 6 anos em situação de vulnerabilidade social	265 municípios	O PIM chegou ao final de 2010 presente em 255 municípios, com o trabalho de 2.342 visitantes, em benefício de 58.550 famílias gaúchas, 87.825 crianças de 0 até 6 anos atendidas e 7 mil gestantes assistidas. A meta para o ano de 2010 foi 2.666 visitantes habilitados e atendimento a 100.000 famílias. Dessa forma, atingiu-se, no ano, 88,04% da meta prevista. Apesar de considerar um bom resultado pondera-se que a meta não foi atingida em razão dos desafios comumente enfrentados pelos gestores municipais para a <b>contratação de Visitadores</b> . Não se pode ainda contar com amparo legal seguro para se contratar visitantes pelo tempo necessário, sem incorrer em riscos administrativos, sujeitos aos apontamentos pelo Ministério Público do Trabalho ou pelo Tribunal de Contas do Estado. Este fato corrobora com as sistemáticas trocas ou inativação destes agentes, que acabam sendo efetivadas sob a penalização da qualidade da prática junto às famílias. Mesmo não atingindo a totalidade da meta programada, o Programa registrou um aumento na habilitação de novos visitantes em 25,85% e um crescimento de 14,35% no número de municípios com o PIM implantado.
Ampliar em 65% o nº de visitantes habilitados pela CIB.	Habilitar visitantes através de Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite - CIB	2.666 visitantes	
Qualificar as ações do PIM em nível estadual e municipal.	Realizar Pesquisas Científicas através de Cooperação Técnica com Organismos Nacionais e Internacionais	3 pesquisas	De acordo com a proposta de avaliação e monitoramento do Programa, foi realizado no período de julho à novembro de 2010, em 16 municípios do Estado perfazendo um total de 1359 casos, um Corte Avaliativo, que visa corroborar significativa e objetivamente para uma maior visibilidade e concretude das ações do PIM. A pesquisa foi aplicada pelo Centro de Referência Latino-Americano para a Educação Pré-Escolar (CELEP) de Havana/Cuba. A seguir, um breve informe sobre os resultados: De modo geral, a maior parte das famílias acredita que sua participação no PIM modificou seu modo de tratar os filhos (97%), ajudando-as a entender melhor o desenvolvimento na primeira infância (87%) e a atender as necessidades afetivas e lúdicas dos filhos. Muitas famílias relataram estar mais próximas dos filhos, brincando e conversando mais com eles, além de conseguirem estabelecer limites. Com isso, várias famílias passaram a observar que suas crianças estavam mais alegres (46%) e comunicativas (53%), brincando mais (81%) e se relacionando melhor com outras crianças (49%). Muitas famílias também acham que o PIM colaborou com a atenção à saúde dos filhos (96,2%), em especial com a atualização da carteira de vacinação (92%), incremento na variedade de alimentos (60%) e no atendimento a gestantes 60% consideraram-se preparadas para a

		<p>desenvolvimento infantil e a prontidão escolar de crianças entre 4 e 6 anos de idade. O EDI fornece informações de cinco áreas do desenvolvimento: saúde e bem estar físico, competência social, maturidade emocional, linguagem e desenvolvimento cognitivo, e habilidades de comunicação e conhecimento geral. Esta é uma medição do desenvolvimento e da função do cérebro.</p> <p>O EDI foi amplamente utilizado no Canadá e Austrália. Foi traduzido em diversas línguas, incluindo o uso em países que falam espanhol, como México e Chile. Em maio 2008 o estado de Nuevo Leon, México, aplicou o EDI a todas as crianças entre 4 e 6 anos de idade no estado. Pela primeira vez será aplicado na América Latina sendo que dois estados foram selecionados, RS e SP. O estado do RS foi escolhido pelo reconhecimento do trabalho do PIM. Assim, o Offord Centre for Child Development, responsável pelo desenvolvimento do EDI na Universidade McMaster, mantém um banco de dados relativos a aplicação do instrumento em diversos países visando estabelecer comparações e identificar ações em saúde e políticas públicas com impacto positivo no desenvolvimento infantil e nos níveis de prontidão para a escola.</p> <p>No estudo piloto, o projeto de pesquisa prevê a participação de 120 crianças, entre atendidas e não atendidas pelo PIM no município de Taquara/RS, visando identificar a adequação da versão em português do EDI. O estudo principal contará com <u>1000</u> participantes, divididos em dois grupos: 650 crianças do PIM e 350 crianças do Grupo Controle, de cinco municípios gaúchos. O Plano amostral foi desenvolvido por Rodrigo Pinto, doutorando do Departamento de Economia da Universidade de Chicago, sob orientação do Dr. James Heckmann, Prêmio Nobel de Economia, ano 2000. A partir do estudo amostral, foram indicados os municípios de Alegrete, Carazinho, Frederico Westphalen, Santo Ângelo e Uruguaiana para a seleção dos participantes. O produto final desta pesquisa será apresentada entre final de 2011 e início de 2012</p>
Capacitar, assessorar e monitorar sistematicamente os Grupos Técnicos Municipais - GTM, Monitores, Visitadores e qualificar o Banco de Dados do PIM	795 GTM 533 Monitores  2.666 Visitadores	Os visitadores do PIM orientam sistematicamente gestantes, pais ou cuidadores, para a promoção do desenvolvimento das capacidades e potencialidades de seus bebês e de suas crianças, através de atividades lúdicas que contemplam aspectos específicos da cultura de cada comunidade, fortalecendo assim, o vínculo familiar. Com o objetivo de habilitar e qualificar sistematicamente os recursos humanos quanto aos conteúdos teóricos e metodológicos necessários para a implantação e ou implementação do Programa nos municípios, foram organizadas e executadas 115 capacitações nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde no ano de 2010. Sendo 54 Capacitações Iniciais e 61 Capacitações Continuadas. Foram capacitados e assessorados sistematicamente 765 representantes dos Grupos Técnicos Municipais, 510 Monitores e 2342 Visitadores para atendimento às famílias.
Produzir e distribuir material didático e de apoio para subsidiar o trabalho dos GTMs, Monitores e Visitadores, bem como para uso das gestantes e famílias atendidas	4 publicações (3 Guias de Orientação do PIM e 1 Coleção Fazendo Arte)	4 (quatro) publicações foram produzidas e distribuídas "Coleção Fazendo Arte – Atividades Lúdicas com o PIM" e "Guias de Orientação do PIM", descritos abaixo: A "Coleção Fazendo Arte – Atividades Lúdicas com o PIM" composto por 4 livros contemplam múltiplas opções de atividades culturais direcionadas às crianças e suas famílias, objetivando o desenvolvimento de sua capacidade criativa, além de suas habilidades artísticas dentro de um contexto cultural rico, onde recursos naturais poderão fazer parte de um novo cotidiano lúdico e criativo. Brinquedos são confeccionados com materiais recicláveis, encontrados dentro da realidade das famílias. Teve o apoio e patrocínio através da Lei Rouanet e LIC em sua 1ª tiragem em 2009. Sua 2ª edição em 2010 contou com uma tiragem de 3.500 unidades.
Realizar eventos estaduais, nacionais e internacionais de	2 eventos	Dois eventos de grande porte foram promovidos durante a SEMANA ESTADUAL DO BEBÊ: Em 23 e 24 de novembro de 2010, ocorreu o Seminário Internacional da

	<p>cunho científico e de promoção do tema 1ª Infância</p> <hr/> <p>Adquirir e distribuir bicicletas e uniformes a visitantes do PIM</p>	<p>Primeira Infância, no Centro de Eventos da PUC/RS, em Porto Alegre, cujo tema foi “Investimentos na Primeira Infância: Realidade e Evidências”, contando com a presença de palestrantes estudiosos das áreas da neurociência, psicanálise, educação, saúde entre outros. O evento contou com a participação de 1.600 pessoas. No dia 20 de novembro foi realizado o Dia do Bebê no Parque Farroupilha, que contou com a presença de 4.000 pessoas, culminando com o evento “Mil Mães Amamentando” onde mais de 300 mães amamentaram seus filhos ao mesmo tempo. O objetivo deste ato foi dar visibilidade para a importância da amamentação no desenvolvimento integral da criança.</p> <p>Durante este período muitos materiais e equipamentos foram produzidos e fornecidos com o intuito instrumentalizar os Técnicos envolvidos com o Programa, em especial os visitantes do PIM. Entre eles destacamos a doação de 600 bicicletas aos visitantes com o objetivo de facilitar o acesso no atendimento às famílias, 250 computadores para fortalecimento do Banco de Dados e o fornecimento de 2600 uniformes composto por boné, camiseta e bolsa.</p>
<b>Outras realizações</b>	<p>600 bicicletas 2666 uniformes (bolsa, camisetas e bonés)</p>	<p>A implantação e implementação deste Programa é realizada pelos municípios gaúchos com uma proposta de monitoramento e avaliação sistemáticos e envolvimento efetivo da sociedade, constituindo diferencial importante a ser considerado quando se pensa em ação sustentável. A coresponsabilização entre família, governo e comunidades, legítima conceitual e altera estruturas no sentido do bem social, desacomodando e instigando abordagens integradas de gestão do serviço público. Abaixo seguem algumas das ações intersetoriais trabalhadas em 2010:</p>
		<p>O PIM Diversidade atende famílias indígenas e quilombolas promovendo a revitalização de suas culturas e valorizando as experiências nas suas comunidades, necessitando adaptações da metodologia do Programa para o êxito dessas ações. Atividades realizadas em 2010: Ações do Projeto Diversidade Capacitação Permanente sobre temas vinculados ao desenvolvimento integral na primeira infância para comunidades quilombolas e indígenas atendidas pelo PIM. Avaliação, adequação e elaboração de atividades dos Guias da Família e da Gestante, para inclusão de conteúdos culturais característicos dessas comunidades. Elaboração de uma apostila com as atividades lúdicas e orientações para o Visitador do PIM, incorporadas à metodologia do Programa. Preceptoria e residência Integrada da Escola de Saúde Pública no PIM com foco na questão indígena com imersão de 60 dias. Em 2010 o PIM esteve presente em 7 municípios com comunidades indígenas das etnias kaingang e Guarani (Água Santa, Muliterno, Iraí, Liberato Salzano, Engenho Velho, Redentora e São Miguel das Missões) e em 4, com comunidades quilombolas (Bagé, Colorado, Arroio do Tigre e Santana da Boa Vista).</p>
		<p>O Comitê Estadual de Perinatologia conta com um representante do PIM, que participa sistematicamente das reuniões onde são discutidas e desenvolvidas ações para a redução do óbito materno e infantil. O PIM tem monitorado, através de seu Banco de Dados, informações fornecidas pelo Núcleo de Informações em Saúde através do cruzamento de dados e análise das investigações dos óbitos infantis. O PIM também auxilia no momento de mapeamento de áreas de atendimento no município priorizando a captação de gestantes, principalmente as que se encontram situação de risco social, com a finalidade de realizar um bom e eficiente pré-natal. Em 2010, foram atendidas pelo PIM, em torno de 7.000 gestantes.</p>
		<p>A FADERS (Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas) em outubro de 2010, realizou junto ao GTE uma capacitação, cujo o objetivo foi instrumentalizar a equipe técnica do PIM, em assuntos relacionados às crianças com deficiência, efetivando assim a proposta de inclusão destas no Programa. Essas informações serão multiplicadas nas CRSs pelos técnicos responsáveis dos respectivos municípios. Nesse processo ficou estabelecido que as crianças serão acompanhadas nos moldes da metodologia do Programa.</p>
		<p>O PIM é o representante da Secretaria Estadual da Saúde no CEDICA (Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente), com atuação sistemática nas análises e encaminhamentos de políticas para a primeira infância. Atualmente existe uma representante atuando nas comissões da FASE/FPE e na de Políticas Públicas e analisando projetos de desenvolvimento social, perfazendo um total 100 projetos distribuídos em 3 editais.</p>
		<p>O PIM faz parte da Rede Nacional Primeira Infância, que é formada por 94 organizações da sociedade civil, do governo, do setor privado, de outras redes e de organizações multilaterais que atuam na promoção da primeira infância. A rede tem o objetivo de contribuir para a elaboração, implementação, monitoramento e avaliação de uma política nacional para a primeira infância no Brasil para com isso transformar o cuidado com essa faixa da população em política pública permanente, desvinculada de políticas pontuais de governo. Em dezembro de 2010 foi lançado o Plano Nacional pela Primeira Infância e aprovado pelo CONANDA.</p>
		<p>Junho - O novo banco de dados do programa Primeira Infância Melhor (PIM) foi colocado em funcionamento, sem eliminar nenhum registro, e acrescentando novas informações. O banco apresenta uma nova interface e serve como base de referência para as ações do programa. Para isso, teve os seus formulários do censo e diagnóstico da população infantil redesenhados, possibilitando a condensação de informações e a diminuição em 30% no volume dos arquivos e no tempo de digitação.</p>

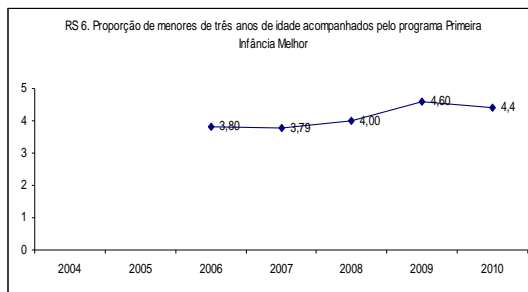
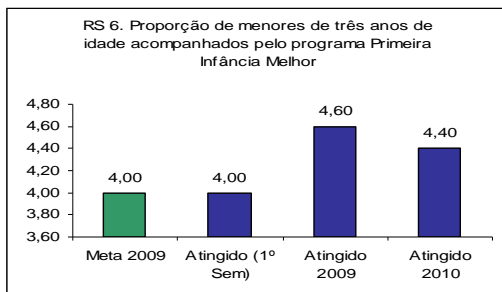
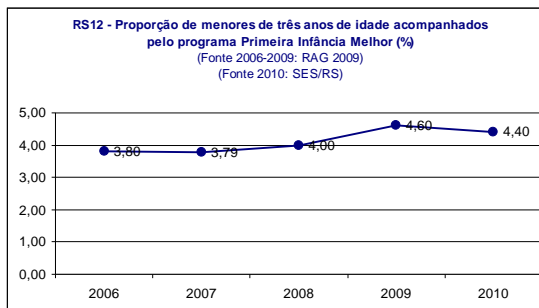
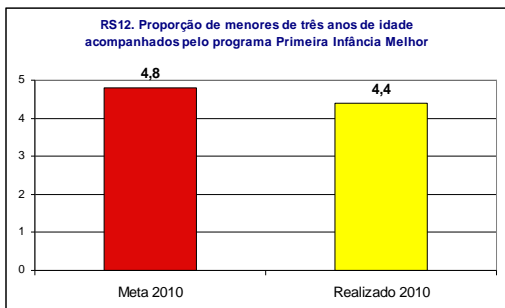


<p>Outros Projetos estão em fase de implantação: Pesquisadores do Núcleo de Estudos da Violência (NEV) da Universidade de São Paulo (USP), deram início ao pré-piloto do “Projeto Infância Saudável”. O Público-alvo são gestantes adolescentes, na faixa etária dos 15 aos 19 anos e seus filhos até os dois anos de idade. O Projeto tem como objetivo orientar e fortalecer o acesso a direitos e a prevenção da violência na relação mãe/bebê, além de buscar impacto relevante na redução da mortalidade materno/infantil, entre outros. Em 2010 o PIM iniciou também a implantação do Projeto Bebelendo, em parceria com a UNESCO, que visa uma intervenção precoce em leitura. Suas ações envolvem gestantes, bebês (0-3 anos de idade), pais, cuidadores, profissionais de saúde, da educação e da cultura, em espaços de leitura na comunidade e nas próprias residências das famílias.</p>
<p>Política de Alimentação e Nutrição/Política de Segurança Alimentar: a maioria das áreas atendidas são indicadas áreas de insegurança alimentar e famílias que estão cadastradas no Programa Bolsa Família no perfil saúde poderá se trabalhar também com o objetivo de reduzir a incidência e a prevalência das doenças correlacionadas com o hábito alimentar.</p>
<p>Programa de Atenção Complementar/DAHA: No momento da seleção da área a ser implanta o Programa, bem como daquelas em que o PIM já atende, deve-se identificar e incluir as crianças e gestantes com deficiência. Objetivo: facilitar a inclusão e acesso aos serviços e aparelhos necessários para reabilitação da deficiência auditiva, física e mental.</p>
<p>Com o objetivo de prevenir a violência doméstica/intrafamiliar, o PIM desenvolve ações em parceria com o Programa de Prevenção à Violência (PPV), em áreas consideradas prioritárias pelos altos índices de violência. Em dezembro de 2010 o PIM estava fazendo o atendimento em 48 bairros dos 30 municípios prioritários.</p>

**Indicadores Pactuados:**

**RS 12 - Proporção de menores de três anos de idade acompanhados pelo programa Primeira Infância Melhor**

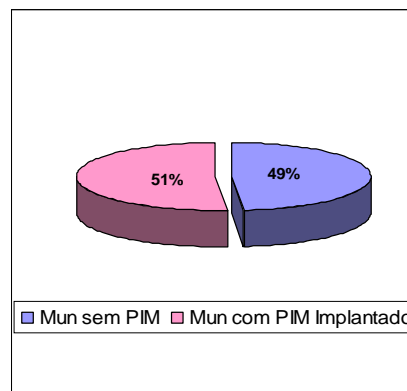
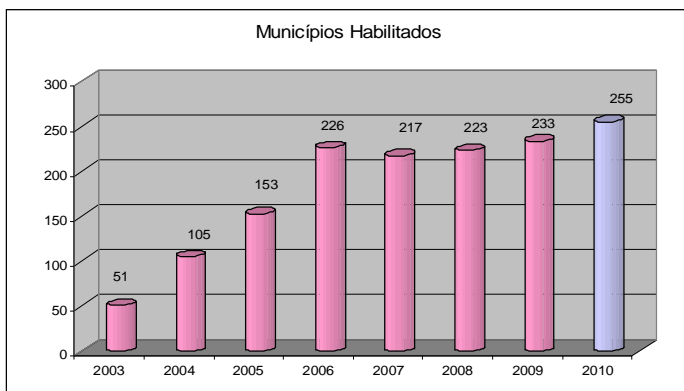
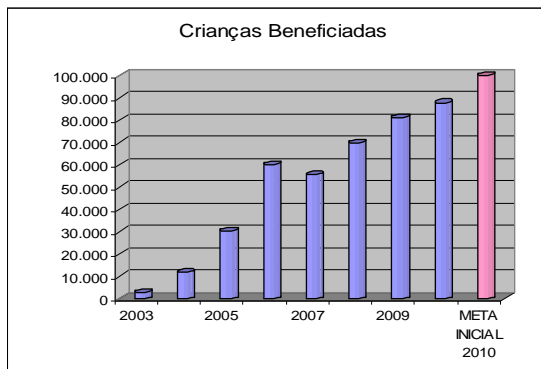
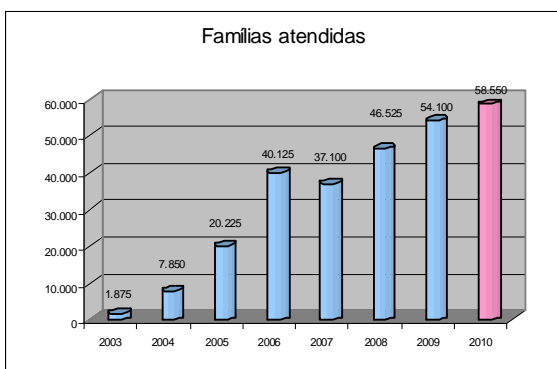
Objetivo do indicador: o indicador sugerido é utilizado para monitorar e avaliar a crescente abrangência do atendimento às crianças entre zero e três anos de idade; incentivar a atenção da gestão municipal e estadual a essa faixa etária; analisar a situação da atualização dos cadastros da população infantil e contribuir para o planejamento de ações conjuntas com outros programas da Atenção Básica.



Fonte: Numerador: Banco de Dados do Programa Primeira Infância Melhor - PIM

Denominador: Nascidos Vivos por município de residência – SINASC RS

Abrangência da Fonte: municípios e estado



### Análise e Comentários:

A credibilidade alcançada enquanto ação política voltada ao desenvolvimento infantil, traduz-se pelo apoio recebido de agências de cooperação internacionais, como OPAS, UNESCO, CELEP e UNICEF. Parcerias que viabilizam ao Programa projeção importante no cenário nacional e mundial, uma vez que investir na primeira infância hoje, representa uma tendência social, política e econômica, não apenas reconhecida, mas necessária. A exemplo disso, o PIM foi convidado a se apresentar em países como Estados Unidos, México, Uruguai, Canadá, França, Turquia e Hungria e passou a ser de interesse de outras instituições internacionais. Apresentou-se nestes últimos dois anos no Chile, Cuba, República Dominicana, Costa Rica e Paraguai. O PIM também foi convidado pelo Escritório do UNICEF da América Latina a apresentar-se na Nicarágua para os diretores de programas de atenção integral para a primeira infância de oito países (Colômbia, Equador, Guatemala, México, Nicarágua, El Salvador e Costa Rica). O Objetivo foi socializar os resultados que foram objeto de estudo pelo UNICEF (Brasil, Ecuador, Colombia, Guatemala y México) para identificar os alcances e as limitações destes modelos de atenção educativa, como também, para identificar como tem sido os elementos e processos que tem permitido que este modelo obtenha resultados em diferentes contextos.

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

- Manter o acompanhamento sistemático e as Capacitações Continuadas realizadas pelos consultores técnicos do PIM, garantindo a qualificação das ações aos agentes responsáveis pelo Programa nos municípios.
- Buscar ampliação no número de visitantes e implantação em novos municípios priorizando áreas em situação de vulnerabilidade social
- Fortalecimento do Banco de Dados do Programa por meio da alimentação sistemática realizada pelos municípios que desenvolvem o PIM.

- Articular estratégias com os diferentes órgãos responsáveis pela orientação jurídica das ações do PIM nas esferas municipais e estadual para validar o entendimento do TCE e Ministério Público do Trabalho e da SES quanto as formas de contratação dos visitantes.
- Equipar os visitantes e monitores com ferramentas e recursos técnicos para otimização das atividades desenvolvidas junto às famílias como, por exemplo: nova tiragem de guias de orientação e da publicação Coleção Fazendo Arte, uniformes (bolsas, bonés e camisetas), computadores para fortalecimento do Bando de Dados, bicicletas, entre outros.
- Promoção de encontros e eventos com vistas à atualização e/ou aprofundamento de informações sobre o desenvolvimento infantil e troca de experiências e de conhecimentos.
- Fortalecer as redes locais através de uma maior integração dos serviços oferecidos.
- Realizar pesquisas que possam demonstrar a efetividade do impacto do PIM sobre os ganhos qualitativos e quantitativos no desenvolvimento infantil das crianças participantes do Programa, bem como suas famílias reforçando sua credibilidade e visibilidade.

As estratégias desenvolvidas pelo Programa Primeira Infância Melhor – PIM, enquanto política pública, buscam o reconhecimento da importância da família como agente de seu próprio desenvolvimento, cuja influência é decisiva por sua atuação na educação dos filhos, perpetuando a herança cultural. É no cotidiano e na convivência familiar de cada criança que o PIM promove o apoio e o fortalecimento das famílias, orientando-as, a partir de sua cultura e experiências, proporcionando o desenvolvimento das capacidades e potencialidades cognitivas, afetivas, motoras e sócio-emocionais da criança, da gestação aos seis anos de idade.

O Indicador do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) no Pacto pela Saúde situa-se no eixo prioridade: Fortalecimento da Atenção Básica - Objetivo VIII: Desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência contemplando, prioritariamente, as áreas programáticas e transversais - RS 12 PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE TRÊS ANOS DE IDADE ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

O indicador RS é utilizado para monitorar e avaliar a crescente abrangência do atendimento às crianças entre zero e três anos de idade, em situação de vulnerabilidade social, além de incentivar a atenção da gestão municipal e estadual para essa faixa etária, analisar a situação da atualização dos cadastros da população infantil e contribuir para o planejamento de ações conjuntas com outros programas da atenção básica. Apesar da abrangência do atendimento do Programa ser realizado junto às famílias com criança de até 6 anos, o indicador do PIM no Pacto refere-se ao período mais crítico do desenvolvimento humano, que é dos 0 aos primeiros 3 anos de vida, pois em nenhuma outra fase da vida o ser humano se desenvolve tão intensamente. É neste período que acontece o maior nº. de sinapses, a partir de estímulos externos e das experiências que vivencia. Também é nesse período que devemos ter o cuidado e monitoramento especial com a saúde, visto que nessa faixa etária existe uma maior suscetibilidade às doenças infantis, que acarretam maior morbidade e podendo ser potencialmente mais graves. Ainda assim, várias doenças podem ser evitadas, pois é nesse período que são realizadas a maior parte das imunizações.

A meta pactuada para o ano de 2010 foi 4,8% de cobertura de atendimento crianças de 0 até 3 anos. Entretanto, atingiu-se no ano, 4,4%. Ainda que o PIM registre um número menor de atendimentos em 2010 no Banco de Dados (BD) em relação a 2009 (17.848), o nº. visitantes habilitados através de resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aumentou no mesmo período, em 10% (178 visitantes). O decréscimo no Indicador do PIM demonstrou que a fragilidade está principalmente, no cadastro e na alimentação do referido Banco, pois não está sendo realizado de forma sistemática e necessita de atualizações mais freqüentes, seja por falta de equipamento ou por falta de recursos humanos capacitados para tal. Como forma de enfrentamento a este problema, o PIM em 2010 fez a compra de um (1) computador para cada município para suprir esta necessidade e pretende-se que, em 2011 esta ação continue para aqueles novos habilitados, sugere-se também que, além de dar continuidade ao monitoramento do BD como alternativas a serem instituídas durante o ano, para

fidelizar o número de cadastros, serão realizadas maior nº de capacitações e assessorias aos digitadores responsáveis, bem como dar início à vinculação do repasse do incentivo do Estado de acordo com o cadastramento das famílias atendidas (Portarias nº. 206/2008 e 171/2010).

Lembramos que este o percentual de 4,4% é computado a partir da População Total de Crianças do RS nesta faixa etária, mas, devemos considerar que o PIM utiliza em sua metodologia uma série de critérios para seleção da área a ser implantada no município para atendimento das gestantes e crianças de zero até seis anos de idade, como:

- Famílias com baixa renda per capita;
- Alta taxa de mortalidade infantil e materna;
- Famílias morando em áreas de difícil acesso, rural ou urbana;
- Famílias inscritas no Programa Bolsa Família - PBF (cruzamento);
- Altos índices de violência;
- Comunidades tradicionais (indígenas ou quilombolas);
- Altos índices de drogadição;
- Baixa cobertura de Educação Infantil;
- Precária ou inexistência de serviços e/ou programas para atendimento às famílias. Podemos considerar, então, que o atendimento do PIM torna-se bastante expressivo dentro do contexto social da população infantil vulnerável.

<b>Total de Recursos Programado</b>		<b>Total de Recursos Executados</b>	
Estadual	R\$ 20.806.500,00	Estadual	R\$ 16.402.725,67
Federal	R\$	Federal	R\$

### 6.11. Política Estadual de Saúde do Adolescente e do Jovem

#### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
<p>Sensibilizar e capacitar profissionais de saúde de 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes *</p> <p>* Considerações: serão priorizados municípios-sede de CRSS; municípios que contam com SPE, PSE, PPV, CEREST, Unidades da FASE, ou serviços de saúde com ações sistemáticas voltadas a adolescentes; municípios com mais de 50.000 habitantes e com percentual de gravidez na adolescência superior a média estadual; municípios prioritários para ação de redução da mortalidade infantil; municípios prioritários para redução da mortalidade materna em adolescentes; municípios com mais de 50.000 habitantes e elevada mortalidade por causas externas em adolescentes.</p>	Realizar cursos de Implantação da Política Estadual de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes em Macrorregionais	3 cursos	<p>Realizados <b>2 cursos</b> de Implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Macrorregionais Centro-Oeste (46 PROFISSIONAIS de 12 MUNICÍPIOS) e Norte (136 PROFISSIONAIS de 53 MUNICÍPIOS).</p> <p><i>Os 3 cursos programados para as Macrorregionais com recursos do DAS não ocorreram devido a falta de tempo hábil do processo de licitação. Foram realizados 2 cursos em Macrorregionais em parceria com as CRSS.</i></p>
	Realizar cursos de Implantação da Política Estadual de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes em Porto Alegre	1 curso	<p>Realizados <b>2 cursos</b> de Implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Porto Alegre.</p> <p>Em março (85 PROFISSIONAIS de 33 MUNICÍPIOS) e em Setembro (81 PROFISSIONAIS de 23 MUNICÍPIOS)</p>
	Realizar Seminário Estadual da Política de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes: Avanços e Perspectivas em Porto Alegre	1 seminário	<p>Realizado <b>1 Seminário Estadual</b> da Política de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes: Avanços e Perspectivas em Porto Alegre.</p> <p>Em novembro participaram 80 profissionais de 52 municípios, sendo que 15 municípios (de 10 CRSS) e 1 CRS (8ª.CRS) apresentaram sua experiência.</p>
	Confeccionar material educativo de apoio para Implantação da Caderneta de Saúde de Adolescentes	50.000 cartazes, 200.000 folders, 10.000 livretos, 600 certificados, 600 crachás, 1 banner	<p>Confeccionado material educativo de apoio para Implantação da Caderneta de Saúde de Adolescentes (50.000 cartazes e 200.000 volantes) com recursos do Tesouro do Estado.</p> <p>Foram enviados para as CRSS 25.000 cartazes e 54.000 folhetos para serem distribuídos aos municípios.</p> <p><i>Os 10.000 livretos, 600 certificados, 600 crachás e 1 banner que seriam confeccionados com Recurso Federal não tiveram sua produção aprovada</i></p>
Sensibilizar e capacitar 100% dos municípios sede das Coordenadorias Regionais de Saúde.			94,4% executado
Sensibilizar e capacitar 100% dos municípios com mais de 50.000 habitantes e índice			83,3% executado

de gestação na adolescência superior a 17,8%.	
Sensibilizar e capacitar 100% dos municípios prioritários para a redução da mortalidade infantil.	87,5% executado
Sensibilizar e capacitar 100% dos municípios do PPV.	96,1% executado
Sensibilizar e capacitar 100% dos municípios com Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio às equipes de saúde da família.	71,4% executado
Implantar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e o Plano Estadual de Ações em 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.	84,2% executado
Mapear 100% dos serviços de atenção aos adolescentes e jovens vítimas de violência sexual nos municípios.	Não realizado, pois não há como realizar a atividade neste momento.
Implementar a Caderneta de Saúde de Adolescentes em 100% dos municípios sede de CRSs, municípios do SPE, do PSE, do PPV, com NASF, e municípios com mais de 50.000 habitantes tendo o percentual de gestação na adolescência superior a 17,8%; municípios prioritários para a redução a mortalidade infantil.	<p>Todos os municípios considerados prioritários para a Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes foram convidados a participar das capacitações, através das CRSs.</p> <p>Dos 110 municípios prioritários, 60 municípios tiveram profissionais de saúde capacitados = 54,5%.</p> <p>No entanto, somente 35 municípios enviaram Plano de Implantação e receberam Cadernetas de Saúde de Adolescentes = 32,7%</p>
Identificar 100% dos municípios prioritários, de acordo com dados epidemiológicos sobre gravidez na adolescência, DST/AIDS e mortalidade materna e neonatal e fetal.	100% da meta executada
Reduzir o coeficiente de gestação na adolescência (11 a 19 anos) de 29 para 23 por mil.	<p>Os indicadores relacionados a adolescência fornecidos pelo NIS/DAS/SES e monitorados pela Seção de Saúde da Criança e do Adolescente (SSCA) referem-se à idade de mães adolescentes de 10 a 19 anos, e não de 11 a 19 anos, como consta no PES.</p> <p>O coeficiente de gestação por mil mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos tem apresentado tendência de queda</p>

	após o ano 2000, quando era de 38,6. Em 2004, foi de 29,1, em 2008, foi de 27,3 e, em 2009, foi de 26,4. Não estão disponíveis ainda os dados de 2010.
<b>Outras realizações</b>	<p>Aprovação da PEAISA no CES e CEDICA. Participação no Grupo Gestor do SPE, no Comitê Estadual de Mortalidade Infantil e Comitê de Perinatologia, no CEDICA, CEPETI, no Grupo Gestor Estadual do Programa BPC na Escola, no Grupo Executivo Intersetorial Estadual do Programa de Enfrentamento a Violência Sexual Infanto-Juvenil. Parceria com serviços de saúde que possuem Linha de Cuidado de Adolescentes (HNSC/GHC e HCPA).</p> <p>Projeto-piloto de implantação das Cadernetas de Saúde de Adolescentes nos Ambulatórios e Serviço de Saúde Comunitária do HNSC/GHC e do HCPA (Hospitais Escola/MS/MEC);</p> <p>Divulgação/articulação com instituições parceiras: UFRGS, SPRS, PUCRS, UNIMED.</p> <p>Participação em reuniões com MP e FASE. Participação em eventos e reuniões de monitoramento em municípios e CRSs.</p>

\* **Considerações: priorizados** municípios-sede de CRS; municípios que contam com SPE, PSE, PPV, CEREST, Unidades da FASE, ou serviços de saúde com ações sistemáticas voltadas a saúde de adolescentes; municípios com mais de 50.000 habitantes e com percentual de gravidez na adolescência superior a média estadual; municípios prioritários para ação de redução da mortalidade infantil; municípios prioritários para redução da mortalidade materna em adolescentes; municípios com mais de 50.000 habitantes e elevada mortalidade por causas externas em adolescentes.

**Em 2010, totalizaram 110 municípios prioritários, dos quais 60 municípios tiveram profissionais capacitados. Destes, 36 enviaram Plano de Implantação e receberam Cadernetas de Saúde de Adolescentes.**

#### **Análise e Comentários:**

As ações da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes estão sendo implantadas gradativamente, articuladas com as Políticas já existentes e executadas pela SES, visto que nos Municípios estão inseridas na Atenção Básica. Todos os municípios foram convidados a participar das capacitações, através das CRS. No entanto, há necessidade de se intensificar a sensibilização de gestores estaduais e municipais, ampliando as capacitações na Atenção Básica; consolidar a intrasetorialidade e intersetorialidade; criar mecanismos e instrumentos que possibilitem aprimorar o monitoramento e a avaliação de ações, para que possamos dimensionar o impacto e as mudanças verificadas após o início deste trabalho (avaliação de indicadores curto, médio e longo prazos).

Número de municípios atingidos nas capacitações: **121**

Número de profissionais capacitados: **348**

Número de municípios que enviaram Planos de Implantação da Caderneta de Saúde de Adolescentes: **77**

Número de Cadernetas de Saúde de Adolescentes enviadas aos 77 Municípios: 105.117 masculinas e 108.228 femininas.

<b>Total de Recursos Programado</b>		<b>Total de Recursos Executados</b>	
Estadual	R\$ 120.000,00	Estadual	R\$ 79.136,39
Federal	R\$ 60.000,00	Federal	R\$

## 6.12. Política Estadual de Saúde da Mulher

### Objetivos (PES):

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

### Controle do Câncer de Colo Uterino e Mama

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Capacitar 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde e serviços credenciados para a implantação do SISMAMA.			As capacitações das 19 CRSs foram realizadas no ano de 2009, e em 2010 se manteve o suporte técnico às mesmas.
Descentralizar o SISMAMA e SISCOLO para as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde.			Como passo inicial no processo de descentralização dos sistemas estava a aquisição e distribuição de computadores a todas as CRSs. Por lentidão no processo de trabalho, os computadores chegaram apenas no final de 2010; trazendo, portanto impossibilidade logística de envio dos mesmos a todas as CRSs. Concorreu também para a não consolidação da meta o fato de a instalação dos softwares do SISMAMA e SISCOLO em cada computador ter apresentado problemas de compatibilidade com o sistema operacional adquirido juntamente com o hardware.
Capacitar, monitorar e avaliar os serviços que utilizam os sistemas de informação SISCOLO e SISMAMA das 19 CRS.	Capacitar os serviços de COLO e MAMA do RS	04 capacitações	Todos os prestadores da Mama foram capacitados em 2009.  Através de um Termo de Cooperação Técnica com o Instituto do Colo do Útero do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (INCOLO), foram realizados 10 cursos de qualificação na coleta do exame citopatológico e colposcopia, onde O SISCOLO foi tema abordado.  A discrepância entre o número de serviços que utilizam o SISCOLO e o número de capacitações planejadas para abranger a totalidade dos mesmos, certamente concorreu como causa da incompatibilidade entre ação e meta.
	Realizar reuniões com as CRS	19 reuniões	As reuniões com as CRSs não foram motivo de pauta na gestão de 2010 devido à não consonância entre a capacitação dos serviços SISMAMA e SISCOLO e à ausência do Coordenador da Seção da Saúde da Mulher no período observado para tais reuniões.
	Avaliar os relatórios	12 relatórios	Com a implantação do SISMAMA (Sistema de informações do Câncer de Mama) em 2009, a Saúde da Mulher vem realizando mensalmente a avaliação dos números de exames de mamografias feitos por região, auxiliando na avaliação da distribuição de mamógrafos e prestadores de serviço no Estado.  Os dados do SISMAMA são também encaminhados mensalmente ao INCA e os relatórios de tal processo de trabalho são, desta forma, mensais.
Qualificar a alimentação do SISCOLO através do cruzamento mensal da informação sobre o			A alimentação do SISCOLO esteve sob gerência do Laboratório Central de Citologia e Anatomia Patológica no período referido à meta.  O sistema cruza automaticamente as informações referentes aos dados do SISCOLO com o SIA/SUS, sendo que os dados mês a mês permanecem disponíveis para



número de exames citopatológicos de colo uterino com o número destes procedimentos informados no SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais.			análise.
Qualificação e alimentação dos dados do SISCOLO.	Gerar relatório via sistema de informação (SISCOLO)	12 Relatórios	Não houve repasse adequado de informação dentro de Seção da Saúde da Mulher devido à falta de Coordenador da Seção no ano de 2010. Tal descompasso de informações respondeu pela inexistência de relatório no referido período.
Participar de 100% das certificações de qualidade dos serviços radiológicos em câncer de mama.			A Vigilância Sanitária (CEVS) justificou a não realização desta ação em função da demanda de ações relativas a Dengue e H1N1, de modo que não houve grupo técnico disponível para a realização desta ação.
Aprimoramento dos técnicos e médicos radiologistas que realizam a mamografia no Estado.	Realização de cursos distribuídos em dois módulos	04 cursos	Houve a licitação de grupo técnico para a realização dos cursos previstos na meta de 2010; porém, a lentidão no referido processo licitatório fez com que a mesma não pudesse ser realizada no prazo determinado
Criar 05 Centros de Referência Macrorregional em Saúde da Mulher no Estado, com ênfase em diagnóstico e tratamento de câncer de mama.			A ausência de ação definida para o ano de 2010 no tocante à criação dos Centros de Referência determinou a postergação do planejamento de tais metas. A ausência de Coordenação na Seção de Saúde da Mulher no referido período também deve ser salientada como justificativa para a não definição de ação neste item.
Implantar 02 Centros de Referência Macrorregionais em Saúde da Mulher no Estado (Torres e Uruguaiana) e monitoramento do centro já existente em Bagé.	Reuniões com gestores municipais e hospitais	04 reuniões	Foram realizadas 2 reuniões com os referidos gestores. Por indefinição do hospital concorrente à implantação do Centro de Referência no litoral, devido à questões técnicas e de capacidade instalada, não foram realizadas as outras 2 reuniões previstas no período.
	Monitoramento através de relatórios mensais	12 relatórios	O Centro de Referência de Bagé foi monitorado através de duas reuniões com a Seção de Saúde da Mulher. A ausência de Coordenação na Seção de Saúde da Mulher no referido período também deve ser salientada como justificativa para a não realização da ação prevista.
Desenvolver um estudo epidemiológico para monitoramento e avaliação em câncer de mama.			Apesar da relevância do tema, a coordenação direta da referida meta não foi estabelecida para o período de 2010. Desta forma não foram traçadas ações no ano de 2010 para a meta.
Atingir a razão de 0,30 exames citopatológicos de colo uterino realizados na população feminina de 25 a 59 anos.			A meta estabelecida para o ano de 2010 foi a razão de 0,20 pela Seção de Saúde da Mulher; contudo, no referido período, a razão atingiu o patamar de 0,18. Neste ano de 2010 não existiram ações focadas coordenadas pela Seção de Saúde da Mulher que abordassem o número de exames citopatológicos de colo uterino. Houve a distribuição, através de Termo de Cessão de Uso, de nove colposcópios para a rede primária nos seguintes municípios: Frederico Westphalen, Três Palmeiras, Entre Ijuí, Erechim, Santana do Livramento, Tapejara, São Marcos, Canguçu e o Presídio Madre Peletier; A referida ação deve ter seu impacto avaliado em período maior do que aquele comentado neste momento do presente relatório. Também concorrem para alcançar a meta proposta para até 2011 na razão de exames citopatológicos de colo uterino os cursos de capacitação de agentes de saúde ocorridos no ano de 2010 sob supervisão do INCOLO (HCPA).
Realizar 100% de biópsias nas			Apesar da relevância do tema, a coordenação direta da

pacientes com lesão de alto-grau.	referida meta não foi estabelecida para o período de 2010. Desta forma não foram traçadas ações no ano de 2010 para a meta. A distribuição de colposcópios comentada na meta da razão de exames citopatológicos de colo uterino, assim como a capacitação de profissionais médicos para a colposcopia traça um paralelo na busca da meta alçada. Entretanto, o resultado das ações referidas serão medidas em prazo maior.				
Monitoramento e avaliação das biópsias em pacientes com lesão de alto-grau nos municípios.	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="444 422 667 485">Produzir relatórios mensais</td> <td data-bbox="695 422 813 485">12 relatórios</td> </tr> <tr> <td data-bbox="444 506 667 569">Adquirir equipamentos para uma melhor avaliação dos serviços</td> <td data-bbox="716 506 813 569">02 CAF</td> </tr> </table>	Produzir relatórios mensais	12 relatórios	Adquirir equipamentos para uma melhor avaliação dos serviços	02 CAF
Produzir relatórios mensais	12 relatórios				
Adquirir equipamentos para uma melhor avaliação dos serviços	02 CAF				
Realizar o Controle de Qualidade em 100% dos serviços credenciados pelo SUS para realização de cito/anatomopatológico de colo uterino e colposcopia, conforme Norma Técnica/INCA/MS, no mês subsequente a realização dos exames.	Apesar da relevância do tema, a coordenação direta da referida meta não foi estabelecida para o período de 2010. Desta forma não foram traçadas ações no ano de 2010 para a meta.				
<b>Outras realizações</b>	<p>1 – Em conjunto com as Coordenadorias Regionais de Saúde e a CPAF – Coord. Política de Assistência Farmacêutica foi realizada uma avaliação junto aos municípios do Estado, referente ao consumo mensal médio de cada método disponibilizado pela SES através do Ministério da Saúde e mensalmente é realizado o envio dos mesmos para todas as CRS's, com o intuito de evitar o desperdício dos medicamentos;</p> <p>2 – No programa da Casa da Gestante, foi realizada uma avaliação dos leitos distribuídos para os 32 hospitais credenciados, sendo realocados alguns leitos existentes, por região com maior necessidade de implantação, não havendo novas instalações/implantações feitas;</p> <p>3 – Na área do Câncer do Colo do Útero, através de um Termo de Cooperação Técnica com o INCOLO - Instituto do Colo do Útero (HCPA), foram realizados 10 cursos de qualificação na coleta do exame citopatológico e colposcopia, onde contamos com a participação de 46 médicos e 74 enfermeiros, do SUS.</p> <p>4 – Foram desenvolvidas 03 (três) reuniões com as Coordenadoras Regionais de Saúde para discutirmos as dificuldades e dúvidas nas execuções dos programas da Saúde da Mulher;</p> <p>5 – Em maio de 2010, foi iniciado o processo de desenvolvimento do Protocolo Estadual de PRÉ-NATAL, que está sendo feito em parceria com a SOGIRGS e a ABENFO, sendo baseado na realidade do Estado e diretrizes que podemos abordar junto as UBS e ESF;</p> <p>6 – Após serem feitas avaliações e manutenções em 09 (nove) equipamentos de colposcópios encontrados na Divisão de Suprimentos, realizamos a distribuição dos mesmos para os seguintes municípios através de Termo de Cessão de Uso: Frederico Westphalen, Três Palmeiras, Entre Ijuí, Erechim, Santana do Livramento, Tapejara, São Marcos, Canguçu e o Presídio Madre Peletier;</p> <p>7 – No ano de 2010, a Seção de Saúde da Mulher/DAS/SES/RS implantou através de contrato com o Instituto Gesta o programa de Maternidade Segura, onde é desenvolvido o teste rápido de pré-natal com kit's enviados as unidades de saúde, e coletados materiais para avaliação dos exames previstos no pré-natal (toxoplasmose, IgG, IgM, clamídia IgA, HIV 1 e 2, Hepatite, sífilis e TSH). Foram enviados aproximadamente 900 kit's/mês – totalizando um investimento de R\$70.200,00/mês (Tesouro do Estado - 6255).</p>				

8 – Realização do evento, em parceria com a Seção de DST/AIDS, Formação de Rede de Proteção à Mulher.  
 9 – Realização de 02 oficinas sobre investigação do óbito materno e de mulheres em idade fértil com as Coordenadorias Regionais de Saúde e Municípios.

**Programa de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Investigar 75% dos óbitos de mulheres em idade fértil no Estado.			<p>Para compor o indicador Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, em 2010 não foram utilizados os dados provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, e sim o Mapa do Óbito MIF enviado pelas Coordenadorias Regionais de Saúde. Isso se justifica pelo fato das capacitações das Coordenadorias Regionais de Saúde para a alimentação do módulo SIM terem sido realizadas em outubro e dezembro de 2010. O percentual de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil em 2010 foi de 65,8%. Existe uma variação importante nos indicadores das Coordenadorias Regionais de Saúde, cabendo ressaltar que 04 delas atingiram a meta: 7ªCRS, 9ªCRS, 12ªCRS e 14ªCRS.</p> <p>A inoperância do Comitê Estadual de Investigação de Mortalidade Materna, cuja atribuição investigatória é força motriz, contribuiu para o valor do indicador aquém da meta. Tal situação será dirimida pela convocação do referido Comitê neste ano de 2011.</p>
Acompanhamento das informações de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos.	Promover encontros nas CRS referente à investigação de óbitos de mulher em idade fértil e maternos	20 encontros (19 reuniões e 01 encontro final)	<p>Foram realizados 02 encontros sobre óbito materno na 16ªCRS e na 6ªCRS.</p> <p>Além dos encontros em alguns municípios, ocorreu o acompanhamento das informações sobre investigação de óbito de mulheres em idade fértil através de contatos por e-mail e telefone.</p> <p>A inoperância do Comitê Estadual de Investigação de Mortalidade Materna, cuja atribuição investigatória é força motriz, contribuiu para o valor do indicador aquém da meta. Tal situação será dirimida pela convocação do referido Comitê neste ano de 2011.</p>
Investigação de 95% dos óbitos maternos no Estado.			<p>O percentual de óbitos maternos investigados e digitados no módulo do Sistema de Informação sobre Mortalidade foi de 41,67%. A inoperância do Comitê Estadual de Investigação de Mortalidade Materna, cuja atribuição investigatória é força motriz, contribuiu para o valor do indicador aquém da meta. Tal situação será dirimida pela convocação do referido Comitê neste ano de 2011.</p>
Atingir 72% de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.			<p>Apesar as dificuldades observadas no pré-natal, como a insuficiente captação precoce (120 dias) das gestantes e o fluxo dos processos de trabalho no que tange às referências serem insuficientes para realização de pré-natal de gestantes de alto risco de maneira adequada, o percentual atingido em 2010 foi de 72,77%..</p>
Instituir documentos técnicos/protocolos estaduais de atenção ao pré-natal de baixo e alto risco, e qualificação dos serviços de atendimento (Implantar documentos técnicos/protocolos estaduais de	Criação do protocolo/norma técnica	Protocolo criado	<p>O protocolo clínico de atenção ao pré-natal está em fase de conclusão. Este protocolo já sofreu apreciação e modificações por várias categorias de profissionais da saúde e encontra-se em análise na Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul, devendo retornar à Secretaria Estadual de Saúde no final de abril de 2011.</p>
	Realização de cursos para aprimoramento técnico	20 cursos	<p>Não houve planejamento de ações específicas para, objetivamente, desenhar e executar os cursos de aprimoramento técnico em 2010.</p>

atenção ao pré-natal de baixo e alto risco)	
<b>Outras realizações</b>	<p>- Participação na inauguração de 02 centros obstétricos, nos municípios de Alvorada e Camaquã;</p> <p>- Realização de 02 palestras sobre óbito Materno nos municípios de Cambará do Sul e Esteio.</p>

#### Programa de Prevenção da Violência Contra a Mulher

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Organizar rede de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e sexual em 20 municípios prioritários.			Foi realizada a Capacitação "Formação de Rede de Proteção à Mulher: Violência, HIV/AIDS e DST", no Hotel Continental, em 17 e 18 de agosto de 2010.
<b>Outras realizações</b>			

#### Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Realizar reuniões quinzenais com a Coordenação da Secretaria Estadual de Educação, com o objetivo de promover saúde e prevenção nas escolas;			Realizado em 2009
Participar de reuniões quinzenais e capacitações com o Grupo Gestor Estadual da Saúde e Prevenção na Escola (SPE).	Participação do Grupo Gestor Estadual	24 reuniões	Ação realizada em conjunto com as Seções de Saúde da Criança e do Adolescente e DST/AIDS. A Seção de Saúde da Mulher participou sistematicamente das reuniões e das capacitações.
	Realização de palestras em capacitações solicitadas	05 palestras	Ocorreram duas capacitações, nas quais a Seção de Saúde da Mulher realizou duas palestras sobre direitos sexuais e reprodutivos e gravidez na adolescência.
Distribuir para 100% dos municípios os métodos contraceptivos enviados pelo Ministério da Saúde.			Foram distribuídos 100% dos métodos enviados pelo ministério da saúde
Monitorar e distribuir para 100% dos municípios os métodos contraceptivos enviados pelo Ministério da Saúde.	Produzir relatórios mensais de envio e recebimentos dos medicamentos	12 relatórios	Foram desenvolvidos os relatórios e encaminhados a todas as coordenadorias regionais mensalmente.
<b>Outras realizações</b>			

**Capacitação de Recursos Humanos**

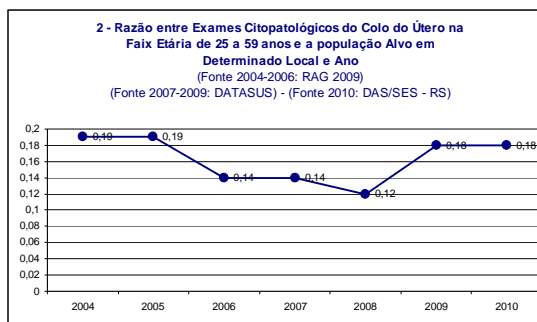
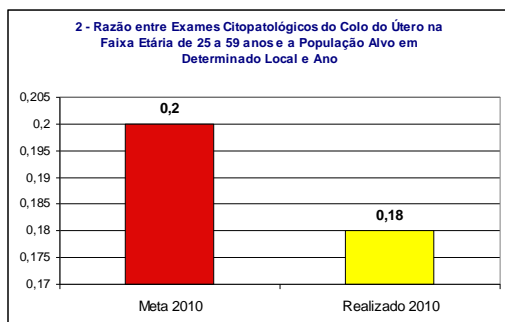
Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Coordenar e promover capacitações permanentes para atendimento a mulheres em situação de violência doméstica e sexual – 20 capacitações.			Apesar da não definição de ações e metas específicas para 2010, foi realizada uma Capacitação "Formação de Rede de Proteção à Mulher: Violência, HIV/AIDS e DST", no Hotel Continental, em 17 e 18 de agosto de 2010, com a colaboração do PPV.
Coordenar e promover capacitações permanentes para qualificação do pré-natal de baixo e alto risco para 32% da rede básica.			Não houve definição de metas e ações específicas para o ano de 2010 neste item. Não houve planejamento de capacitações referentes ao pré-natal no ano de 2010, pois foi acordado pela reestruturação do protocolo clínico em um primeiro momento.
Coordenar e promover capacitações permanentes para qualificação da assistência obstétrica para 80% da rede de serviços de atenção ao parto (baixo e alto risco).			Não houve definição de metas e ações específicas para o ano de 2010 neste item. Não houve planejamento de capacitações referentes ao pré-natal no ano de 2010, pois foi acordado pela reestruturação do protocolo clínico em um primeiro momento.
Qualificação da assistência obstétrica do Estado – Casa da Gestante.	Realizar encontro para avaliação das ações	Encontro realizado	Não foi realizado encontro de avaliação, pois se optou, inicialmente, pela reestruturação do protocolo clínico – em discussão durante o ano de 2010.
	Realizar capacitação para médicos e enfermeiros obstetras	02 capacitações	Não foram realizadas capacitações, pois se optou, inicialmente, pela reestruturação do protocolo clínico – em discussão durante o ano de 2010.
Coordenar e promover capacitações permanentes para qualificação do diagnóstico de câncer de colo e de mama para 50% das Unidades Básicas de Saúde.			Não houve definição de metas e ações específicas para o ano de 2010 neste item. A Seção de Saúde da Mulher mantém relação de cooperação mútua com o Instituto do Colo Uterino (INCOLO) que realiza capacitações sistemáticas. Foi realizado processo licitatório para as capacitações; contudo, não foram desenvolvidas as ações planejadas devido à expiração do prazo legal determinado na licitação.
Realizar 04 capacitações de qualificação do diagnóstico do CA de MAMA e CA de COLO nas macros (Norte, Vales, Missioneira e Metropolitana).	Realizar capacitações divididas em 02 módulos	04 capacitações	Foi realizado processo licitatório para as capacitações; contudo, não foram desenvolvidas as ações planejadas devido à expiração do prazo legal determinado na licitação.
Coordenar e promover capacitações permanentes para qualificação do diagnóstico secundário de câncer de mama: radiologistas e técnicos em mamografia nos 105 serviços de			Foi realizado processo licitatório para as capacitações; contudo, não foram desenvolvidas as ações planejadas devido à expiração do prazo legal determinado na licitação.

radiologia do SUS.	
<p>Coordenar e promover capacitações permanentes para 100% dos municípios com adesão ao Programa de Saúde e Prevenção na Escola (SPE).</p>	<p>Ação realizada em conjunto com as Seções de Saúde da Criança e do Adolescente e DST/AIDS. Ocorreram 02 capacitações – 01 para a 3ª CRS, e 01 para 17ª e 9ª CRSs.</p>
<p>Coordenar e promover capacitações permanentes para os comitês/equipes regionais de investigação de óbitos de mulher em idade fértil e maternos – 5 capacitações.</p>	<p>Foram realizadas 02 capacitações, com as Coordenadorias Regionais de Saúde e com Municípios, sobre a alimentação do módulo SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade</p>
<p>Coordenar e promover capacitações permanentes para os serviços que utilizam os sistemas de informação SISCOLO e SISMAMA e para as Coordenadorias Regionais de Saúde – 12 capacitações.</p>	<p>Não houve definição de metas e ações específicas para o ano de 2010 neste item. Entretanto, há de ser ressaltada a distribuição de computadores às Coordenadorias Regionais de Saúde, visando a promoção de melhorias nos processos de trabalho e fluxo de informações do SISCOLO e SISMAMA. Devido a problemas de compatibilidade entre software e hardware, as informações dos sistemas ficaram prejudicadas. A Seção de Saúde da Mulher manteve contato telefônico com as Coordenadorias Regionais para dirimir eventuais dificuldades técnicas na condução e digitação dos dados.</p>
<b>Outras realizações</b>	

#### Indicadores Pactuados:

#### **2 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo, no Município**

Objetivo do indicador: ampliar a oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero visando alcançar uma cobertura de 80% da população alvo.



A razão atingida em 2010 foi de 0,18, não contemplando a meta estabelecida de 0,20. Neste ano de 2010 não existiram ações focadas coordenadas pela Seção de Saúde da Mulher que abordassem o número de exames citopatológicos de colo uterino. Concorrem para alcançar a meta proposta para 2011 as capacitações de agentes de saúde ocorridas em 2010 sob supervisão do INCOLO (HCPA).

Observa-se a seguinte série histórica:

<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
0,12	0,18	0,18

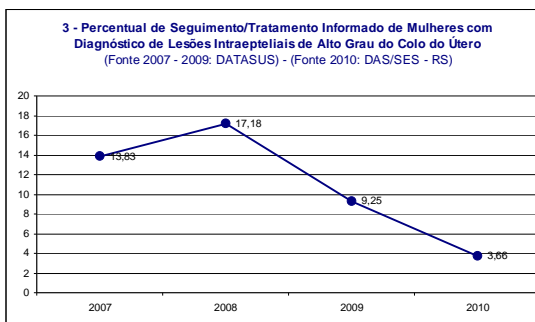
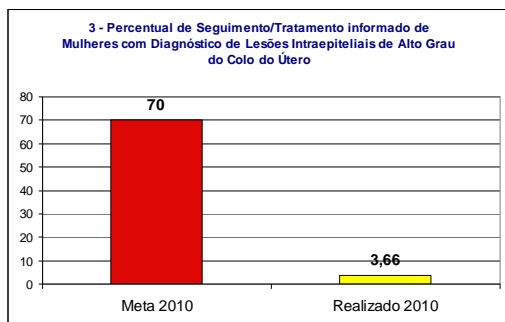
Informações mais detalhadas podem ser observadas na planilha abaixo, elaborada pela seção de monitoramento e avaliação:

Pacto pela Saúde- 2010/2011 - Rio Grande do Sul																
Razão de exame citopatológico de colo de útero na faixa etária de 25 a 59 anos ea população alvo																
Planilha auxiliar para a realização do Ajuste de metas para 2 011: taxa, taxa média, taxa projetada, número de casos, pacto, ajuste, população e ranking ponderado																
CRS	Média 2007 a 2010	2007	2008	2009	2010				2011			população 2009	ranking (sobre a média 2007/2010)	sequencial	CP	
					razão	nº de exames (setembro)	Projeção 2010	pacto (municipios)	% alcance da meta	municipios com meta alcançada	pacto (mun)					
1ª	0,11	0,11	0,11	0,14	0,07	145273	0,14	0,20	69,0	7	29,2		715150	0,08	17	24
2ª	0,13	0,13	0,14	0,17	0,08	27423	0,16	0,19	82,9	22	53,7		142176	0,25	14	41
3ª	0,10	0,13	0,05	0,14	0,07	35036	0,14	0,22	64,2	4	18,2		158865	0,00	18	22
4ª	0,12	0,14	0,08	0,18	0,09	19283	0,18	0,19	95,1	16	51,6		102205	0,17	16	31
5ª	0,10	0,08	0,05	0,18	0,08	37910	0,16	0,18	88,4	22	45,8		209539	0,00	18	48
6ª	0,17	0,19	0,17	0,19	0,11	28991	0,22	0,26	85,6	20	34,5		112375	0,58	7	58
7ª	0,14	0,13	0,11	0,21	0,09	6788	0,18	0,21	86,4	1	16,7		32552	0,33	12	6
8ª	0,18	0,25	0,15	0,22	0,10	7403	0,20	0,21	97,3	6	50,0		35944	0,67	5	12
9ª	0,14	0,12	0,14	0,19	0,10	6183	0,20	0,21	93,4	6	46,2		28940	0,33	12	13
10ª	0,17	0,17	0,19	0,20	0,10	20245	0,20	0,22	89,4	6	54,5		83943	0,58	7	11
11ª	0,15	0,24	0,04	0,20	0,13	9351	0,26	0,23	112,8	21	67,7		40831	0,42	9	31
12ª	0,20	0,23	0,23	0,24	0,11	12576	0,22	0,24	91,7	8	32,0		52642	0,83	2	25
13ª	0,15	0,24	0,04	0,23	0,10	16684	0,20	0,26	75,6	2	15,4		62934	0,42	9	13
14ª	0,18	0,16	0,22	0,25	0,12	8930	0,24	0,22	111,3	16	72,7		41562	0,67	5	22
15ª	0,20	0,25	0,19	0,26	0,12	6697	0,24	0,23	102,9	17	65,4		28904	0,83	2	26
16ª	0,13	0,13	0,12	0,17	0,10	15222	0,20	0,22	89,4	21	50,0		68386	0,25	14	42
17ª	0,15	0,12	0,16	0,21	0,10	9317	0,20	0,23	88,7	9	45,0		41397	0,42	9	20
18ª	0,19	0,21	0,19	0,25	0,11	14033	0,22	0,22	97,8	12	52,2		62362	0,75	4	23
19ª	0,22	0,27	0,22	0,25	0,12	9286	0,24	0,26	92,3	14	50,0		35737	1,00	1	28
RS	0,13	0,14	0,12	0,18	0,09	43630	0,18	0,21	85,7	230	46,4		2056444	0,25		496
										Pacto - meta técnica estadual						
									90,0	0,20						



### 3 - Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo do útero

Objetivo do indicador: tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial. Expressa a informação sobre o seguimento das mulheres que, se tratadas, não apresentarão câncer do colo de útero.



No ano de 2010 a meta de 70% não foi atingida, tendo sido realizado um percentual de 3,66% de seguimento/acompanhamento. Nos anos anteriores, o percentual de acompanhamento foi:

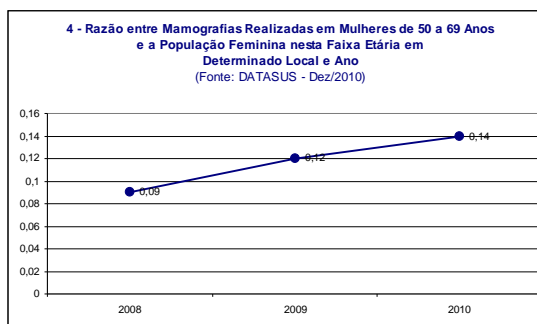
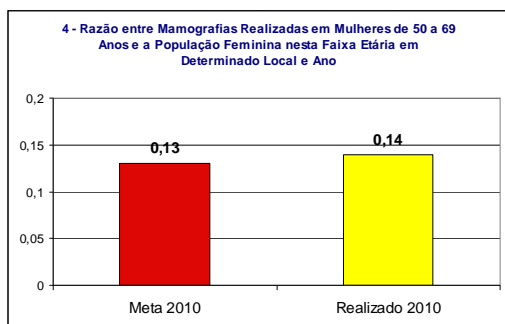
2008	2009	2010
16,96%	9,16%	3,66%

Observam-se as seguintes dificuldades para justificar a discrepância entre a meta estabelecida e o percentual atingido:

- Falta de organização para a realização da busca ativa das mulheres que apresentaram alteração no CP;
- Dificuldade de acesso às referências para tratamento;
- Dificuldade no sistema com a troca de computadores, WINDOWS não compatível ao sistema.
- A não informação sobre o seguimento pela unidade de saúde que prestou o tratamento cirúrgico ou mesmo pela unidade de saúde que acompanhou a paciente nas revisões pós-operatórias.

**4 - Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária**

Objetivo do indicador: ampliar a oferta de mamografia visando alcançar uma cobertura de 60% da população alvo.



No ano de 2010, foi alcançada a meta pactuada de 0,13. A cobertura vem apresentando um pequeno acréscimo, conforme histórico a seguir:

2008	2009	2010
0,09	0,12	0,14

Informações mais detalhadas podem ser observadas na planilha abaixo, elaborada pela seção de monitoramento e avaliação:

Pacto pela Saúde - 2010/2011 - Rio Grande do Sul														
Planilha auxiliar para a realização do Ajuste de metas para 2011: taxa, taxa média, taxa projetada, número de casos, pacto, ajuste, população e ranking ponderado														
CRS	Média 2008 a 2010	2007	2008	2009	2010				2011		População	ranking (sobre a média 2007/2010)	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	
					Média anual	nº de exames realizados	pacto (municípios)	% alcance da meta	municípios com meta alcançada	pacto (mun)				
1ª	0,11		0,13	0,15	0,16	10063	0,12	131,7	21	87,50		0,73	4,00	24
2ª	0,05		0,05	0,08	0,07	8768	0,13	53,6	24	58,54		0,18	13,00	41
3ª	0,08		0,08	0,11	0,11	18385	0,13	82,3	17	77,27		0,45	9,00	22
4ª	0,05		0,05	0,03	0,13	13398	0,10	131,0	27	87,10		0,18	13,00	31
5ª	0,1		0,11	0,13	0,13	25519	0,13	96,3	39	81,25		0,64	6,00	48
6ª	0,08		0,06	0,09	0,16	17481	0,14	110,6	49	84,48		0,45	9,00	58
7ª	0,03		0,01	0,02	0,11	3621	0,16	69,6	3	50,00		0,00	15,00	6
8ª	0,07		0,02	0,11	0,14	5859	0,14	100,3	12	100,00		0,36	11,00	12
9ª	0,05		0,06	0,05	0,1	2892	0,11	88,8	10	76,92		0,18	13,00	13
10ª	0,08		0,06	0,1	0,15	12563	0,17	89,1	9	81,82		0,45	9,00	11
11ª	0,12		0,14	0,16	0,18	7243	0,16	111,9	28	90,32		0,82	2,00	31
12ª	0,08		0,04	0,1	0,19	11112	0,13	149,7	24	96,00		0,45	9,00	25
13ª	0,05		0,04	0,08	0,09	5497	0,12	76,2	8	61,54		0,18	13,00	13
14ª	0,14		0,14	0,22	0,21	9942	0,16	128,0	21	95,45		1,00	1,00	22
15ª	0,06		0,05	0,05	0,12	3643	0,13	92,6	23	88,46		0,27	12,00	26
16ª	0,05		0,02	0,04	0,13	8692	0,14	95,3	38	90,48		0,18	13,00	42
17ª	0,11		0,09	0,12	0,21	9865	0,12	179,0	20	100,00		0,73	4,00	20
18ª	0,12		0,11	0,16	0,21	12818	0,12	174,0	23	100,00		0,82	2,00	23
19ª	0,1		0,08	0,13	0,18	6974	0,12	147,7	25	89,29		0,64	6,00	28
RS	0,09		0,09	0,12	0,14	284335	0,13	108,0	.	.		0,55	8,00	496
Pacto - meta técnica estadual														

Abaixo, a distribuição de mamógrafos disponíveis na rede que prestam serviço ao SUS no Estado, por regional:

População Residente por Regional de Saúde

Sexo: Feminino

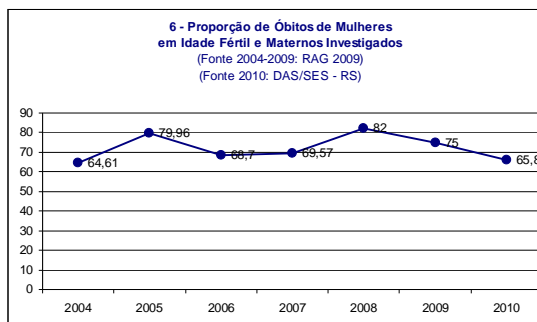
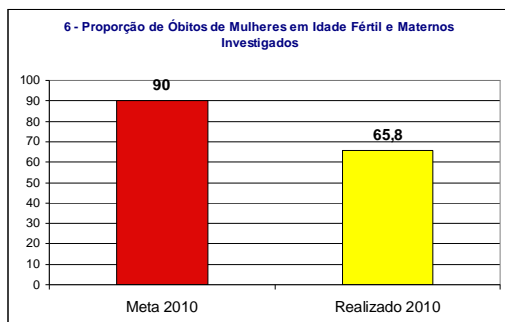
Faixa Etária: 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos

Período:2009

Regional de Saúde	População Residente	Perc. pop. SUS	Nº mulheres atendidas pelo SUS	Nº Mamógrafos
4301 Porto Alegre-01	617.765	70%	432.436	19
4302 Porto Alegre-02	121.335	70%	84.935	2
4303 Pelotas	151.139	70%	105.797	3
4304 Santa Maria	97.060	70%	67.942	5
4305 Caxias do Sul	179.466	70%	125.626	8
4306 Passo Fundo	105.802	70%	74.061	5
4307 Bagé	31.097	70%	21.768	1
4308 Cachoeira do Sul	36.732	70%	25.712	3
4309 Cruz Alta	27.514	70%	19.260	2
4310 Alegrete	75.064	70%	52.545	4
4311 Erechim	38.953	70%	27.267	2
4312 Santo Ângelo	51.649	70%	36.154	2
4313 Santa Cruz do Sul	57.866	70%	40.506	2
4314 Santa Rosa	42.876	70%	30.013	4
4315 Palmeira das Missões	28.967	70%	20.277	3
4316 Lajeado	64.561	70%	45.193	5
4317 Ijuí	40.776	70%	28.543	2
4318 Osório	57.936	70%	40.555	3
4319 Frederico Westphalen	37.423	70%	26.196	4
<b>Total</b>	<b>1.863.981</b>	<b>70%</b>	<b>1.304.787</b>	<b>79</b>

#### 6 - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados

Objetivo do indicador: reduzir a mortalidade materna.



Para compor o indicador Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, em 2010 não foram utilizados os dados provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, e sim o Mapa do Óbito MIF enviado pelas Coordenadorias Regionais de Saúde. Isso se justifica pelo fato das capacitações das Coordenadorias Regionais de Saúde para a alimentação do módulo SIM terem sido realizadas em outubro e dezembro de 2010. O percentual estadual de

investigação de óbitos de mulheres em idade fértil em 2010 foi de 65,8%. Existe uma variação importante no indicador entre as Coordenadorias Regionais de Saúde, cabendo ressaltar que 04 delas atingiram a meta: 7ªCRS, 9ªCRS, 12ªCRS e 14ªCRS.

A inoperância do Comitê Estadual de Investigação de Mortalidade Materna, cuja atribuição investigatória é força motriz, contribuiu para o valor do indicador aquém da meta.

#### % DE ÓBITOS DE MIF INVESTIGADOS – 2010

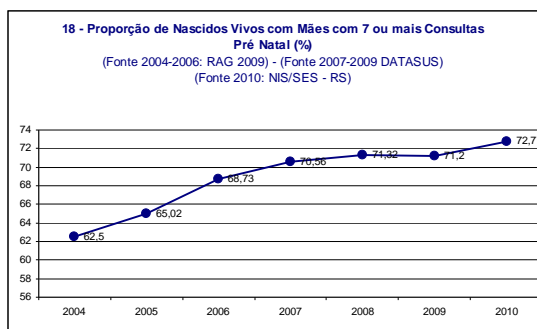
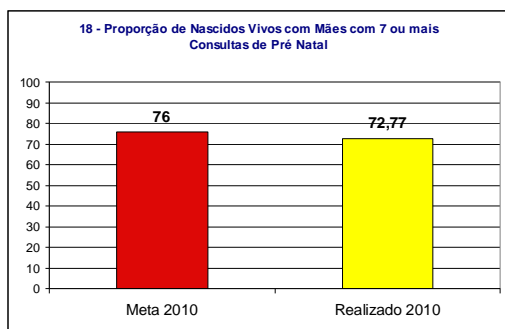
CRS	Total	Investigados	
		Nº	%
1ª	1340	334	24,93
2ª	261	119	45,59
3ª	311	282	90,68
4ª	198	116	58,59
5ª	296	80	27,03
6ª	173	86	49,71
7ª	70	69	98,57
8ª	71	62	87,32
9ª	52	52	100,00
10ª	188	128	68,09
11ª	62	32	51,61
12ª	110	88	80,00
13ª	120	38	31,67
14ª	56	58	103,57
15ª	50	51	102,00
16ª	110	82	74,55
17ª	59	11	18,64
18ª	114	84	73,68
19ª	64	41	64,06
<b>Total</b>	<b>3705</b>	<b>1813</b>	<b>65,80</b>

Fonte: Mapa do Óbito enviado pelas CRSs

Data: 31/03/11

#### **18 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal**

Objetivo do indicador: ampliar o acesso à consulta prenatal; analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento prenatal, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Objetiva também contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência ao prenatal em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e número de casos de sífilis congênita.



O percentual atingido em 2010 foi de 72,77%, não tendo alcançado a meta pactuada de 76%.

2008	2009	2010
71,32%	71,2%	72,77%

Abaixo, o percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal por Coordenadoria Regional de Saúde:

% nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal – 2010	
CRS	%
<b>RS</b>	<b>72,77</b>
1 <sup>a</sup>	69,51
2 <sup>a</sup>	73,48
3 <sup>a</sup>	69,30
4 <sup>a</sup>	70,80
5 <sup>a</sup>	81,85
6 <sup>a</sup>	76,26
7 <sup>a</sup>	66,58
8 <sup>a</sup>	75,52
9 <sup>a</sup>	80,25
10 <sup>a</sup>	60,30
11 <sup>a</sup>	73,84
12 <sup>a</sup>	70,40
13 <sup>a</sup>	80,21
14 <sup>a</sup>	88,09
15 <sup>a</sup>	79,81
16 <sup>a</sup>	78,84
17 <sup>a</sup>	76,99
18 <sup>a</sup>	73,16
19 <sup>a</sup>	82,07

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/CEVS/SES-RS  
 Data: 10/02/11

São observadas dificuldades no pré-natal que contribuem para o não alcance da meta:

- insuficiente captação precoce (120 dias) das gestantes;
- referências insuficientes para realização de pré-natal de gestantes de alto risco;

### 6.13. Política Estadual de Saúde do Homem

#### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Realizar seminários regionais de sensibilização -“Saúde do Homem”- enfocando temas como gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial, para os trabalhadores do SUS, nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, até o final 2011.	Realizar seminários macrorregionais com representação das 19 CRS	7 seminários	Dos quatro seminários macrorregionais programados, foi realizado um seminário no mês de novembro de 2010 na macrorregional de Caxias do Sul atingindo oito municípios. Os demais foram replanejados para o ano de 2011.
Criar uma página no sítio da SES para divulgação de dados epidemiológicos sobre a saúde da população masculina.	Criação, pelos próprios técnicos do setor, de uma página no sítio da SES	Página criada	Página criada
Criar o Grupo de Trabalho intersetorial, interdisciplinar, multidisciplinar e interinstitucional e representantes da sociedade civil organizada para a elaboração da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, até o final de 2009.			Realizado. A Política Estadual de Atenção Integral a Saúde do Homem foi aprovada em Resolução nº 197/2009 – CIB/RS
Disponibilizar recursos humanos, materiais e financeiros, bem como área física na SES, para a implantação da política no RS até final de 2009.			Realizado
Formular a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, com aprovação do Conselho Estadual de Saúde e Comissão Intergestora Bipartite até o final de 2009.			Resolução nº 197/2009 – CIB/RS Resolução CES/RS n.º 01/2010
Realizar evento para o lançamento da Política Estadual de			18/08/09 e 19/08/09 no prédio do Ministério Público Porto Alegre/RS.

Atenção Integral à Saúde do Homem no segundo semestre de 2009.

Capacitar 10% dos profissionais da rede básica, para o correto atendimento à saúde do homem, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado.

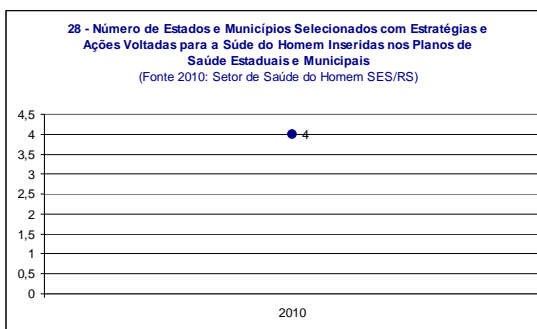
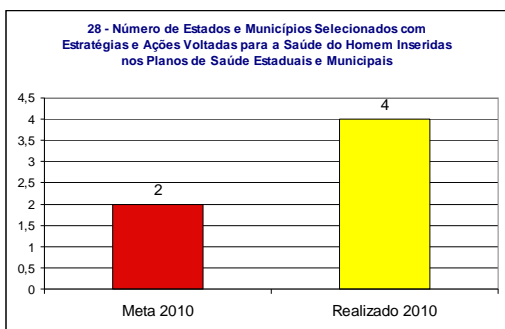
Será realizado em 2011 com calendário a definir. Em abril 2011 será realizada a 1ª capacitação

**Outras realizações**

**Indicadores Pactuados:**

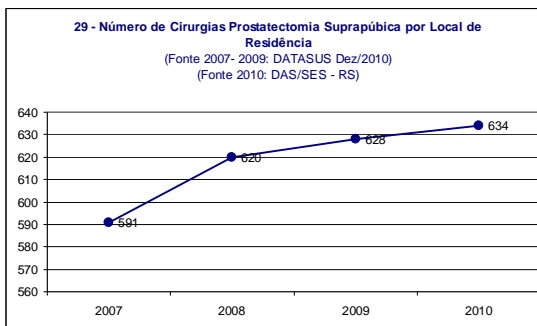
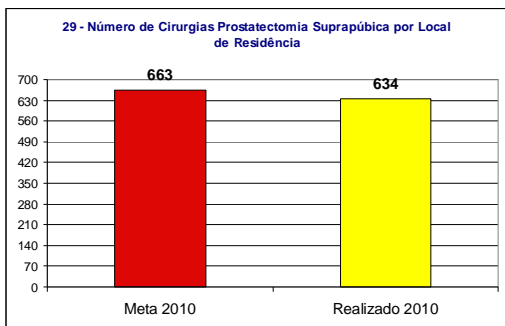
**28 - Número de municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a saúde do homem inseridas nos planos de saúde estaduais e municipais**

Objetivo do indicador: inserir estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem nos Planos de Saúde.



**29 - Número de cirurgias prostatectomia suprapúbica por local de residência**

Objetivo do indicador: ampliar o acesso a cirurgias de patologias e cânceres do trato genital masculino.





Situação dos Indicadores para 2011:

Nº do Indicador	2007 Atingido	2008 Atingido	2009 Atingido	2010 Meta	2010 Atingido
28. Número de Municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem	Não disponível	Não disponível	Não disponível	02	04 (Porto Alegre, Caxias do Sul, Pelotas, Passo Fundo)
29. Ampliar o número de cirurgias prostatectomia suprapúbica por local de residência (10% /ano)	591	620	628	663	634

Até 2008, não existia no Rio Grande do Sul uma política específica para a população masculina. A partir da construção da Política Nacional, Portaria GM nº 1944, em 27 de agosto de 2009, voltada à saúde integral do homem e do reconhecimento das especificidades demográficas, epidemiológicas e culturais da população masculina, inicia-se um processo de construção de uma Política Estadual de Saúde do Homem efetivada sob a Resolução nº197/2009 – CIB/RS.

Várias são as condições de situação que retratam a problemática da saúde do homem na atualidade. Com relação ao acesso aos serviços de saúde, por exemplo, observa-se que a população masculina chega para atendimento quando algum problema de saúde já se encontra instalado, através da atenção especializada. Portanto, pode-se seguramente afirmar que as estratégias de prevenção e promoção à saúde ainda apresentam pouco alcance para esta população. Exemplo disso é que, em 2007, no Brasil, enquanto as mulheres somaram 16.000.000 de consultas ao ginecologista, os homens somaram 2.000.000 de consultas ao urologista, conforme dados da 3ª. Revisão do PNAISH.

Atingida a meta em 2010, com o Estado do RS e 4 Municípios com estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem ( Porto Alegre, Caxias do Sul, Pelotas, Passo Fundo) .

Em relação ao indicador nº 29, não houve aumento do nº de procedimentos cirúrgicos, mesmo tendo um aumento financeiro na tabela de procedimentos a partir da PORTARIA Nº 1.945, DE 27 DE AGOSTO DE 2009.

Indicador	2007	2008	2009	2010	
				Meta	Atingido
Nº 29	591	620	628	663	634

No Estado somente a 7ª CRS – Bagé alcançou a meta de ampliar em 10% ao ano o número de cirurgias de prostatectomia suprapúbica por local de residência em homens acima de 20 anos. Através do monitoramento e avaliação destas ações, poder-se-á concluir se poderão ser utilizadas ou não como exemplo para as demais Regionais.

Percebemos também uma grande diferença no número de cirurgias realizadas nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, onde observamos CRSs que realizaram no ano de 2010, 01(uma) cirurgia- 11º CRS Erechim e 9ª CRS Cruz Alta, e em maior número de cirurgias a 10º CRS Alegrete , que realizou 78 (setenta e oito) cirurgias e a 1ª CRS Porto Alegre, com 139 cirurgias.

Pacto pela Saúde - 2010/2011 - Rio Grande do Sul

**29. Número de cirurgias de prostatóctomia suprapúbica por Regional de Saúde e Ano**

Período: 2007-2010

Regional de Saúde	2007	2008	2009	2010	Total	População masculina 20 anos e +	TAXA POR 10.000 em 4 anos	Índice
4301 Porto Alegre-01	94	125	137	139	495	1.176.276	1,05	0,106
4302 Porto Alegre-02	13	20	22	15	70	261.781	0,67	0,047
4303 Pelotas	68	57	55	49	229	293.180	1,95	0,244
4304 Santa Maria	15	35	43	43	136	189.219	1,80	0,220
4305 Caxias do Sul	62	49	49	28	188	372.767	1,26	0,138
4306 Passo Fundo	37	40	37	31	145	206.651	1,75	0,214
4307 Bagé	49	39	44	32	164	59.530	6,89	1,000
4308 Cachoeira do Sul	31	40	7	7	85	71.469	2,97	0,400
4309 Cruz Alta	10	8	6	1	25	52.850	1,18	0,126
4310 Alegrete	44	53	67	78	242	153.441	3,94	0,549
4311 Erechim	3	5	2	1	11	77.256	0,36	0,000
4312 Santo Ângelo	42	34	47	47	170	102.192	4,16	0,582
4313 Santa Cruz do Sul	20	19	15	7	61	115.849	1,32	0,146
4314 Santa Rosa	16	20	14	18	68	81.233	2,09	0,265
4315 Palmeira das Missões	11	22	21	14	68	56.381	3,02	0,407
4316 Lajeado	16	17	21	21	75	132.840	1,41	0,161
4317 Ijuí	28	17	11	13	69	79.262	2,18	0,278
4318 Osório	10	8	16	4	38	116.627	0,81	0,070
4319 Frederico Westphalen	22	12	14	27	75	72.719	2,58	0,340
<b>Total</b>	<b>591</b>	<b>620</b>	<b>628</b>	<b>575</b>	<b>2.414</b>	<b>367.1523</b>	<b>1,64</b>	<b>0,197</b>

Elaboração: Núcleo M&A/DAS/SES-RS

Fonte: Datasus

#### 6.14. Política Estadual de Saúde do Idoso

##### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Implantar a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cobertos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).	Distribuir as cadernetas pelas coordenadorias através dos agentes comunitários	100% dos idosos atendidos pela equipe de saúde da família	Ocorreu a implantação das cadernetas nos municípios atendidos pela ESF.
Aumentar em 5% o número de grupos de idosos (e de atividades educativas) na população coberta ESF.	Participar das capacitações da Estratégia de Saúde da Família junto às demais coordenadorias	100% das capacitações	Não foi realizado o controle junto as CRS, mas os grupos de idosos vem sendo realizados pela ESF nas UBS.
Realizar campanha anual em 100% dos municípios, sobre envelhecimento ativo, prevenção de acidentes e violências, osteoporose, bem como imprimir material educativo abordando estes temas.	Distribuir material educativo nas UBS, PFS e RS/Amigo do Idoso	Material distribuído	Ocorreu a distribuição do material. O Estatuto do Idoso foi distribuído para 198 municípios pertencentes ao Programa RS/Amigo do Idoso.
	Realizar seminário sobre Envelhecimento Ativo	1 seminário	Ocorreu o I Seminário de Prevenção a Violência, no Ministério Público, em junho, para os técnicos municipais, totalizando 100 participantes.
Ampliar o Projeto RS Amigo do Idoso de 15 para 195 municípios.	Repassar recursos do RS Amigo do Idoso à municípios	195 municípios	Foi repassado o recurso para 97 municípios, em parcela única o valor de R\$ 10.000,00 por município. Não foi possível alcançar a meta devido ao fato de alguns municípios estarem no CADIN, outros não realizaram a atualização dos Planos de trabalho e documentação.
Realizar curso de formação de cuidadores de idosos em domicílio e instituições de longa permanência, prioritariamente em 100% dos municípios que integram o Projeto RS Amigo do Idoso.	Realizar cursos para formação de cuidadores	3 cursos	O primeiro Curso foi realizado em 2010, com a participação de 35 alunos, sendo ministrado pela ESP/ETSUS. Os outros dois estão ocorrendo na ETSUS em parceria com a Instituição São Camilo, em 2 turmas com 35 alunos cada, totalizando 70 alunos. Os Cursos iniciaram em 26/02/11 e em 03/03/11, com término previsto para julho de 2011.
Vacinar, anualmente, 80% da população Idosa dos 496 municípios do estado contra a Influenza e H1N1.	Realizar seminário para divulgação da vacinação aos 496 municípios	1 seminário	Não ocorreu seminário específico para divulgação da vacinação. Entretanto, no seminário do Inverno Gaúcho em março de 2010, ocorreu explanação sobre a vacinação da Influenza e H1N1.
Capacitação de Lideranças Comunitárias para disseminar a	Realizar capacitação para agentes comunitários	4 cursos (1 em cada trimestre)	Não foi realizado

informação sobre os direitos do idoso, contribuindo para a melhoria do acesso a rede ações e serviços de saúde para esta população.		
Aumentar em 10% os procedimentos de enfermagem, consultas e reconsultas de todos os profissionais que atuam na Atenção Básica para a população idosa.		Não foi realizado
Implantar Programa de Prevenção de quedas, fraturas e osteoporose em 100% dos municípios que integram o Projeto RS Amigo do Idoso.	Foi implementado no 2o semestre de 2008	Não foi implantado o Programa, mas foi distribuído o material informativo sobre prevenção de quedas nos municípios participantes do projeto 6256, RS Amigo do Idoso.
Realizar um Curso de Especialização em Envelhecimento Ativo para profissionais de nível superior que atuam na rede de Atenção Básica do SUS.		Curso em andamento, com início em 29/04/10, com carga horária de 360 horas. Término em maio de 2011. Com participação de profissionais dos municípios e do Estado.
Implantar 07 Centros de Referência Especializada de Assistência à Pessoa Idosa nas macrorregiões de saúde.		Não foi realizado, porque até o momento não saiu a Portaria que autoriza a implantação dos 7 Centros de Referência.
Implantar em 50% dos municípios com mais de 100.000 habitantes o Programa de Internação Domiciliar.		A realizar.
Imprimir material educativo abordando temas relativos a direitos humanos, sociais e saúde das pessoas idosas para distribuição a 100% da população idosa.		Foram impressos em 2010, Cartilhas das IRAS (1.000) – Inverno Gaúcho e distribuídos 1000 exemplares, de março à setembro de 2010.
Realizar a pesquisa sobre o Perfil do Idoso do Estado do Rio Grande do Sul, aprovada pelos Comitês de Ética da Escola de Saúde Pública (ESP) e da Pontifícia Universidade Católica (PUC), com financiamento do Projeto RS Amigo do Idoso.		A coleta de dados da pesquisa foi concluída pela Maciel Consultores e a análise dos mesmos está sendo realizada pelo IGG/PUC, com previsão de conclusão em dezembro de 2011.
<b>Outras realizações</b>		Participação Feira do Livro, parcerias com: ABRAZ, APARS, GRUPO VIVA, AGATEF, UFRGS, HOSPITAL DE

#### CLÍNICAS.

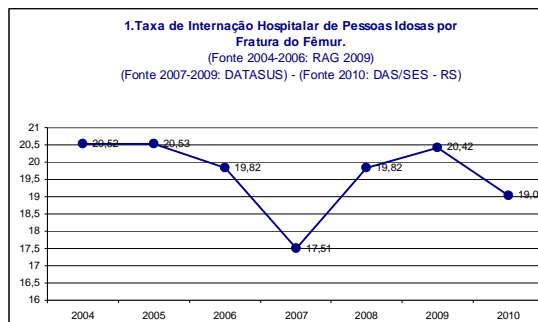
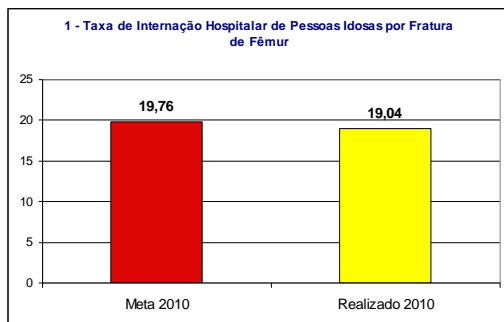
Foram repassados aos municípios verba no valor de R\$10.000,00 para implantação do Projeto RS AMIGO DO IDOSO, para 97 municípios ..

#### Indicadores Pactuados:

##### 1 - Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura do fêmur

Objetivo do indicador: promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.

O indicador apresenta o número de casos de internações em idosos por fratura de fêmur, que é uma das principais conseqüências das quedas em maiores de 60 anos. A queda pode ser considerada evento sentinela na saúde da pessoa idosa. Suas causas principais estão relacionadas a fatores intrínsecos, tais como, visão, audição, equilíbrio, força muscular, uso de medicamentos, doenças cardiovasculares, demências, etc. Uma das principais conseqüências de queda em pessoas idosas é a fratura de fêmur, principalmente em mulheres.



A meta do indicador de Taxa de internação hospitalar por Fratura de Fêmur em Pessoas Idosas pactuada para 2010 era de 19,76. No Estado do Rio Grande do Sul, a taxa de internações por fratura de fêmur em pessoas com 60 anos ou mais, em 2010, foi 19,04, enquanto em 2009 foi de 20,42, como pode ser visto na Quadro 1. Assim, houve uma diminuição, no Estado do Rio Grande do Sul, na taxa de internações por fratura de fêmur em pessoas com 60 anos ou mais. No Quadro 1 podem ser observadas as metas e resultados do indicador de 2007 a 2011.

Quadro 1. Metas e resultado preliminar de 2010 da taxa de internação por fratura de fêmur em pessoas idosas e meta pactuada para 2011.

Meta do Biênio Ano	Resultados				Metas	
	2007	2008	2009	2010	2010	2011
População estimada	11.080.317	10.855.214	10.914.042		---	---
Taxa de internação por fratura de fêmur em pessoas idosas	17,51	19,82	20,42	19,04	-2,00%	-2,00%
					19,76	18,66

Desta forma, o estado pactuou para 2011, que taxa de internação hospitalar por Fratura de Fêmur em Pessoas Idosas seja de 18,66 (Quadro 1).

A realização que influenciou para atingir a meta ocorreu após a primeira oficina de quedas realizada no Rio Grande do Sul em novembro de 2008 para as CRS. Ao longo do tempo, conforme mostra o Quadro acima, vem ocorrendo uma diminuição na taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur.

Da população residente do estado do Rio Grande do Sul, segundo os dados do IBGE, Censo de 2010, 4,3% tem 60 a 64 anos, 3,4% tem 65 a 69 anos, e 6% tem 70 anos ou mais.

Na Tabela 1 pode se observar a população de idosos por coordenadorias.

**Tabela 1. População de idosos por coordenadorias de saúde, segundo a faixa etária.**

População de adultos idosos				
Regional	60 - 69 anos	70 - 79 anos	80 anos ou mais	Total
1CRS Porto Alegre-01	234.587	126.460	57.327	418.374
2CRS Porto Alegre-02	49.356	28.083	12.593	90.032
3CRS Pelotas	66.575	39.650	19.087	152.312
4CRS Santa Maria	42.628	25.905	12.491	206.336
5CRS Caxias do Sul	69.488	38.371	17.566	125.425
6CRS Passo Fundo	45.250	25.452	11.663	82.365
7CRS Bagé	13.748	8.579	4.073	26.400
8CRS Cachoeira do Sul	17.172	10.429	5.075	32.676
9CRS Cruz Alta	11.868	6.963	3.347	22.178
10CRS Alegrete	32.783	19.198	8.731	60.712
11CRS Erechim	17.480	10.434	4.878	32.792
12CRS Santo Ângelo	23.980	13.890	6.491	44.361
13CRS Santa Cruz do Sul	24.540	14.742	6.907	46.189
14CRS Santa Rosa	19.613	11.282	5.138	36.033
15CRS Palmeira das Missões	13.587	8.132	3.711	25.430
16CRS Lajeado	28.696	17.025	8.228	53.949
17CRS Ijuí	18.812	10.840	5.287	34.939
18CRS Osório	25.418	14.406	5.961	45.785
19CRS Frederico Westphalen	17.743	10.380	4.731	32.854
TOTAL	773.324	440.221	203.285	1.443.830

Fonte: DATASUS 2009

Na Tabela 2, pode ser observada a série histórica de taxas de internação, de 2007 a 2010, por fratura de fêmur em pessoas idosas, por Regional de Saúde.

**Tabela 2. Taxa de internação fratura fêmur por ano segundo Regional de Saúde e proposta de meta regional para 2011**

Regional de Saúde	2007	2008	2009	2010	Proposta de meta 2011
1CRS Porto Alegre-01	22,55	26,32	26,70	21,23	20,8
2CRS Porto Alegre-02	18,94	19,53	17,33	13,44	13,44
3CRS Pelotas	12,21	13,98	15,96	15,88	14,53
4CRS Santa Maria	13,96	14,50	18,02	14,07	14,07
5CRS Caxias do Sul	11,08	10,45	11,56	7,97	7,97
6CRS Passo Fundo	17,77	16,80	18,33	15,78	15,78
7CRS Bagé	19,10	14,03	16,29	13,64	13,64
8CRS Cachoeira do Sul	2,87	11,34	11,63	12,24	10
9CRS Cruz Alta	11,16	10,23	13,08	7,21	7,21
10CRS Alegrete	15,06	20,74	17,79	15,48	15,48
11CRS Erechim	24,65	19,24	23,48	28,67	21
12CRS Santo Ângelo	19,56	16,31	16,01	12,40	12,4
13CRS Santa Cruz do Sul	20,60	21,47	27,06	21,43	20,6
14CRS Santa Rosa	27,42	26,70	26,92	27,20	26,65
15CRS Palmeira das Missões	21,66	27,83	26,35	23,99	21,66
16CRS Lajeado	17,21	23,41	21,87	21,87	17,21
17CRS Ijuí	7,54	15,45	21,18	20,89	15,45
18CRS Osório	8,00	18,77	13,10	10,70	10,7
19CRS Frederico Westphalen	20,67	24,38	21,61	17,05	17,05

**Tabela 2. Taxa de internação fratura fêmur por ano segundo Regional de Saúde e proposta de meta regional para 2011**

<b>Regional de Saúde</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Proposta de meta 2011</b>
RS	17,51	19,82	20,42	19,76	18,66

Fonte: Ministério da Saúde.

Observa-se que a 11ª, 17ª, 15ª, 18ª, 2ª, 6ª Regionais de Saúde, em ordem decrescente, são as coordenadorias que se distanciaram da meta estadual alcançada em 2010. Especialmente nestas Regionais, será necessária maior sensibilização quanto ao indicador.

**Análise e Comentários:**

Os recursos executados foram provenientes do Projeto Atividade 6256 - RS Amigo do Idoso.

## 6.15. Política Estadual de Saúde da População Negra

### Objetivos (PES):

- 1 - Formular, implantar e implementar a Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra no Estado do Rio Grande do Sul
- 2 - Melhorar a qualidade da informação produzida em saúde (coleta, processamento e análise) com relação ao quesito cor (branco, preto, pardo, amarelo e indígena), conforme o estabelecido pelo IBGE
- 3 - Implementar a política de atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias
- 4 - Identificar as práticas culturais de matriz africana e de benzedeiras na promoção da saúde
- 5 - Sensibilizar a população para as temáticas relacionadas à saúde da população negra
- 6 - Desenvolver estratégias para qualificar a atenção à saúde das populações remanescentes de quilombos
- 7 - Capacitar e promover educação permanente em hemoglobinopatias (prevenção, diagnóstico e tratamento da doença e do traço falciforme) para os trabalhadores em saúde.

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
<p>Criar Grupo de Trabalho intersetorial, interdisciplinar, multidisciplinar e interinstitucional, com representantes da sociedade civil organizada, para elaboração da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PEAISP), até agosto de 2009</p>			Realizado em 2009, através da Portaria 491/2009, publicada no DOE de 20.11.09
<p>Disponibilizar recursos humanos, materiais e financeiros, bem como área física na SES, para a implantação da política no RS até 2011.</p>			Realizado desde 2009.
<p>Formular a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PEAISP) até o final de 2009.</p>	<p>Aprovar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PEAISP) na CIB (meta PES)</p>	<p>Pactuado na CIB</p>	<p>A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra - PEISP, foi aprovada pela CIB em pactuação realizada na reunião SETEC, em 04/03/2010, conforme Resolução nº 055/10- CIB/RS</p>
	<p>Aprovar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PEAISP) no CES (meta PES)</p>	<p>Aprovado no CES</p>	<p>A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra - PEISP, foi aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde -CES/RS em 13/05/2010, conforme Ata da 6ª Plenária Ordinária do CES/RS 2010</p>
<p>Implantar e implementar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra, a partir de 2010.</p>	<p>Realizar seminário de sensibilização para a implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra</p>	<p>1 seminário</p>	<p>Todos os eventos foram reunidos em processo aberto 20/08/2010 para a realização de evento "Encontros Temáticos sobre a Saúde da População Negra" no mês de novembro de 2010, nos dias 04/11, 11/11, 18/11, 25/11 e 29/11/2010. Em virtude do período de transição de governo, no dia 05/11/2010 foi cancelado o processo licitatório para a realização dos eventos</p>
	<p>Elaborar material educativo</p>	<p>10.000 (cartilhas e folders)</p>	
<p>Formar, pelo menos 20 multiplicadores, entre os trabalhadores de saúde e o</p>	<p>Criar um comitê técnico com as seguintes atribuições: Formação de multiplicadores;</p>	<p>Comitê criado</p>	<p><b>Em junho/2010 foi solicitado através do Of. Circ. DAS. Nº 03/2010</b> informações relevantes para composição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, encaminhado para as seguintes organizações: CEDRAB, EMATER, Maria Mulher, PUCRS, Secretaria de Justiça e</p>



movimento social, para auxiliar na execução e acompanhamento da implantação da Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra, de 2010 a 2011.	Sensibilização e articulação com as 19CRs			Desenvolvimento, UFRGS, Rede Nacional de Religião Afro e Saúde- Núcleo RS, Federação dos Quilombolas do RS, Grupo de Trabalho Angola Janga, ACMUN,GHC, INCRA-RS, IACOREQ e CODENE. • <b>Encaminhado em 11/11/2010 OF. CIRC. Nº 025/2010</b> , para as seguintes organizações: SJDS, ASSEDISA, INCRA, UFRGS, PUCRS, Secretaria Estadual de Educação, EMATER, CODENE, CES, ESP, CEVS, Rede Nacional de Religiões Afro e Saúde RS, Maria Mulher, ACMUN, Grupo de Trabalho Angola Janga e IACOREG, solicitando a indicação de um representante, titular e suplência, para compor o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, no ano de 2010 apenas 06 (seis) organizações enviaram suas indicações.
Incluir o tema "diversidade cultural e racial/étnica" no processo de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS promovido pela SES, a partir de 2010.	Realizar reuniões para inclusão do tema em todas as atividades das CRS	2 reuniões	A realizar.	
Implantar programa de qualificação e sensibilização do pessoal de atendimento dos serviços próprios e conveniados para preenchimento do campo raça/cor nos sistemas oficiais de informação do SUS, de 2010 a 2011.	Planejar com o setor NIS/DAS/SES a criação de um programa de qualificação	Planejamento realizado	A realizar	
	Elaborar campanha sobre a importância do preenchimento do quesito cor nos sistemas de informação em saúde, a partir de 2010	Campanha elaborada	A realizar	
	Criar mecanismos para informar os municípios que não coletam a informação raça/cor e percentual de não-preenchimento, a partir do segundo semestre de 2010	Mecanismo criado	A realizar	
Estabelecer estratégias para a inclusão de religiosos de matriz africana e benzedeiros, como parceiros do SUS/SES/RS, na produção de conhecimento e promoção da saúde, a partir de 2010.	Realizar seminário para a inclusão de religiosos de matriz africana e benzedeiros	1 seminário		Todos os eventos foram reunidos em processo aberto 20/08/2010 para a realização de evento "Encontros Temáticos sobre a Saúde da População Negra" no mês de novembro de 2010, nos dias 04/11, 11/11, 18/11, 25/11 e 29/11/2010. Em virtude do período de transição de governo, no dia 05/11/2010 foi cancelado o processo licitatório para a realização dos eventos.
Planejar as prioridades a serem estabelecidas no enfrentamento dos problemas de saúde da população remanescente de quilombos, em parceria com a comunidade, durante 2010 e 2011.	Realizar reuniões técnicas para planejar as prioridades a serem estabelecidas no enfrentamento dos problemas de saúde da população remanescente de quilombos	3 reuniões	A realizar	
Mapear e sistematizar informações sobre onde são realizados	Realizar reuniões técnicas com Federação do Quilombos do RS e	2 reuniões	A realizar	

os atendimentos à população quilombola, até o final de 2011.	Comitê técnico e seção saúde da população negra		
Realizar cursos de capacitação em 9 municípios escolhidos por critérios epidemiológicos e em conjunto com a ASSEDISA.	Realizar cursos de capacitação "Conhecendo a Doença Falciforme" nos municípios	9 cursos	Foram realizadas visitas no município de Santa Maria no ano de 2010 e constatou-se o pouco conhecimento dos profissionais da área da saúde sobre a Doença Falciforme, com base nesta necessidade está sendo celebrado entre a Universidade Federal de Santa Maria e Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul um convênio que terá como objetivo oferecer formação continuada para profissionais da área da saúde visando à difusão de informações sobre diagnóstico, tratamento e implantação de medidas que favoreçam o combate aos sinais talassêmicos e da anemia falciforme, por este motivo foi alterada a ação.
Formar multiplicadores do movimento social para auxiliar na execução/acompanhamento/fiscalização da implantação da Política de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias	Realizar cursos de capacitações nos Hemonúcleos sob coordenação do Hemorgs	8 cursos	Foi aberto um processo para realização das capacitações nos Hemonúcleos sob coordenação do Hemorgs, mas a FEPPS o devolveu ao encerrar o exercício financeiro de 2010, agora o processo está com a Direção do Hemocentro, que vai discuti-lo com a Direção Técnica da FEPPS.
Realizar uma Mostra de todo o Estado de trabalhos científicos sobre a Saúde da População Negra, envolvendo a Secretaria de Educação e a Escola de Saúde Pública.	Realizar uma mostra de trabalhos científicos sobre a Saúde da População Negra no Estado do RS	1 mostra	Todos os eventos foram reunidos em processo aberto 20/08/2010 para a realização de evento "Encontros Temáticos sobre a Saúde da População Negra" no mês de novembro de 2010, nos dias 04/11, 11/11, 18/11, 25/11 e 29/11/2010. Em virtude do período de transição de governo, no dia 05/11/2010 foi cancelado o processo licitatório para a realização dos eventos.
Realizar dois Seminários Regionais de Sensibilização em Políticas de Saúde, Cidadania, bem como para o enfrentamento do Racismo Institucional, para trabalhadores em saúde, entre 2010 e 2011.	Realizar Seminários Regionais de Racismo Institucionais	2 seminários	Todos os eventos foram reunidos em processo aberto 20/08/2010 para a realização de evento "Encontros Temáticos sobre a Saúde da População Negra" no mês de novembro de 2010, nos dias 04/11, 11/11, 18/11, 25/11 e 29/11/2010. Em virtude do período de transição de governo, no dia 05/11/2010 foi cancelado o processo licitatório para a realização dos eventos
Incluir indicadores referentes à saúde da população negra no Relatório de Gestão, a partir de 2011.			A realizar
Pactuar a inclusão do quesito raça/cor em todos os sistemas de saúde e correlatos do Estado do Rio Grande do Sul, em 2010.			Não realizado
<b>Outras realizações</b>			

## 6.16. Política Estadual de Saúde Indígena

### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Criar comitê para formular a Política Estadual de Saúde Indígena até o final de 2009.	Formar Comitê para formular a política	Comitê criado	Comitê criado pela Portaria Nº 195/2010 e em funcionamento até a criação da Política.
	Realizar encontros periódicos para formulação da política	A definir	Comitê criado e Política Estadual de Saúde Indígena aprovada em abril de 2010, pela Resolução CIB 109/10
	Concluir a proposta de Política Estadual de Saúde Indígena	Política aprovada no CES	Política Estadual de Saúde Indígena apresentada em 2010, no CES conforme Ata da 7ª Plenária Ordinária.
Formalizar a implantação de setor específico para atenção à saúde indígena no Departamento de Ações em Saúde/SES, com representantes nas CRS, até o final de 2010.	Criar, formalmente, setor que coordene as ações de saúde indígena no DAS, com representação nas CRS	Setor criado e representantes nas CRS definidos	A Saúde Indígena passou, em 2010, a atuar juntamente com a ESF, composta, apenas por uma profissional que responde também por ações da ESF.
Repassar mensalmente 100% do incentivo financeiro estadual específico aos municípios que contam com Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI).	Garantir o repasse mensal do incentivo Estadual às Populações Indígenas, aos municípios que têm direito	1 repasse p/ mês	Está sendo repassado de forma contínua através da Estratégia de Saúde da Família para 23 ESFI e 17 ESFI Bucal
Implementar 100% das ações de competência estadual previstas na legislação que regulamenta o Subsistema de Saúde Indígena, bem como participar ativamente na implantação e implementação da Portaria GM/MS 2.656, de 17 de outubro de 2007, no âmbito do SUS-RS.	Estabelecer cronograma de reuniões com a FUNASA para implantação e implementação da Portaria GM/MS 2.656, de 17 de outubro de 2007	Portaria implementada	Realizado apoio técnico as CRS e municípios com população indígena, através de reuniões com participação da FUNASA.
Elaborar e executar capacitações para os profissionais que atuam junto às populações indígenas, planejadas anualmente em conjunto com a Funasa-CORE/RS, em áreas e temas definidos a partir da análise dos dados disponíveis.	Realizar capacitações para os profissionais que atuam junto às populações indígenas	03 capacitações	Realizado apoio técnico a FUNASA nas ações do Mês Materno Indígena (outubro de 2010; Curso de Extensão em Saúde Indígena, realizado quinzenalmente no ano de 2010 pela ESP; Apoio técnico a elaboração da capacitação para os Agentes Indígenas de Saúde previsto para 2011.

<p>Pactuar com a FUNASA, e aprovar na Comissão Intergestores Bipartite, fluxo de informações sobre saúde da população indígena estadual, de acordo com a Portaria GM/MS 2.656, de 17 de outubro de 2007, a partir de agosto de 2009.</p>	<p>Articular com a FUNASA a pactuação de um fluxo de informações sobre a saúde da população indígena estadual</p>	<p>Fluxo criado</p>	<p>Fluxo criado. Repasse do relatório de gestão 2010 contendo as informações sobre a situação de saúde da população indígena do estado.</p>
<p>Qualificar o monitoramento da aplicação do recurso financeiro específico para atenção à saúde da população indígena repassado pela SES aos municípios com EMSI completa, através de mecanismos a serem estabelecidos junto à Comissão Intergestora Bipartite, até julho de 2010.</p>			<p>O monitoramento da aplicação dos recursos financeiros iniciou em 2011, através de relatórios enviados pela FUNASA. Não foi possível anteriormente, devido a falta de recursos humanos. A realizar em 2011.</p>
<p>Participar de todas as atividades propostas pelo Conselho Estadual dos Povos Indígenas – CEPI e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.</p>			<p>Participação em algumas atividades do CEPI</p>
<p>Implementar nos 19 Núcleos de Informação e Documentação em Saúde (NIDS) acervo da saúde indígena.</p>			<p>A realizar</p>
<p>Implantar programa de qualificação e sensibilização dos trabalhadores dos serviços públicos e conveniados para preenchimento obrigatório do campo raça/cor dos sistemas nacionais, estaduais e municipais de informação em saúde, onde o mesmo já existe, a partir de março de 2010.</p>			<p>A realizar</p>
<p>Implantar 22 equipes de saúde bucal indígena na Estratégia de Saúde da Família.</p>			<p>A realizar</p>
<p><b>Outras realizações</b></p>			

**Análise e Comentários:**

No RS, temos 23 equipes de Saúde da família Indígena implantadas e em funcionamento, e destas 17 com Saúde Bucal. Atualmente a população de índios é de 19.783 distribuídos em 46 municípios em 109 aldeias pertencentes a duas etnias Kaingangue e Guarani.

## 6.17. Política Estadual de Atenção a Saúde Prisional

### Objetivos (PES):

- 1 - Desenvolver e implantar ações de saúde para a população prisional;
- 2 - Fortalecer a Política Estadual relativa ao enfrentamento do HIV/AIDS e co-infecções tuberculose e hepatites virais à população do sistema prisional no contexto do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;
- 3 - Organizar e capacitar as Equipes Prisionais de Saúde em parceria com a SUSEPE;
- 4 - Executar ações de Saúde, pactuadas ou não na Assistência da População Prisional.

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Implantar 32 Equipes de Saúde Prisional até 2010, com impacto no atendimento de saúde à 16.000 apenados (projeto Estruturante - RECOMEÇAR).	Transferir a municípios (para as Equipes de Saúde Prisional) contribuições sob forma de incentivo financeiro anual	32 equipes	Foram implementadas duas Equipes de Saúde Prisional em 2010: 01 Charqueadas e 01 Montenegro; totalizando 08 equipes Saúde Prisional no RS.  Atingido: 25% da meta programada. Justificativa para o não atingimento: dificuldades encontradas na sensibilização dos gestores municipais de saúde e atraso no pagamento do PAB Variável para atenção à saúde no sistema penitenciário e cancelamento do recurso do Ministério da Justiça.
Sistematizar o processo de monitoramento e avaliação em 100% das Unidades Prisionais implantadas.	Criar Grupos de Trabalho para monitoramento e avaliação das unidades prisionais com parceria com a seção Monitoramento e Avaliação do DAS/SES	08 grupos	Não realizada. Pendente da criação do GT.
Realização de um Seminário com a temática "Saúde Prisional". Público alvo: Equipes de Saúde Prisional .	Realizar seminário Estadual com duração de 08h	01 seminário	Não realizada. Pendente de criação de equipe técnica na SES responsável pela gestão e assessoria ao trabalho às equipes de saúde prisionais.
Elaborar perfil epidemiológico de 100% da população carcerária.			Meta atingida parcialmente, sendo realizada pelas equipes de Saúde Prisional. Há necessidade de qualificação e construção de um modelo, já que as bases de dados não informam a situação do indivíduo na condição de preso.
Realizar tratamento em 100% da População prisional em DST/Aids.			Meta atingida parcialmente uma vez que esta ação é de responsabilidade das equipes de Saúde Prisional.
Realizar estudo de prevalência e incidência de HIV/DST (sífilis) /Hepatites Virais e Tuberculose 100% da população consentida.			Meta não atingida. Existe um estudo em andamento realizado no Presídio Central com o apoio do Fundo Global, no qual está sendo realizado levantamento da prevalência da Tuberculose .
Criar protocolos de atendimento para as profissões em 100% das Unidades Prisionais de Saúde Implantadas.			Não foi realizada, por falta de equipe de trabalho no Nível Central.
Organizar seminários mensais itinerantes abordando temas de interesse das equipes de saúde.			Meta superestimada e considerada inviável de executar na frequência estabelecida, por falta de equipe técnica.
<b>Outras realizações</b>	<b>Alterações na Resolução nº54/2010 - CIB/RS:</b> - Criação de Incentivo financeiro para assistência		

hospitalar no valor R\$2.800,00 por leito/mês, aumentando para 32, o número de leitos para atendimento da população prisional, totalizando 53 leitos de saúde prisional no RS, até 2010.

- Criação de incentivo financeiro estadual para a construção da Unidade de Saúde Prisional no valor de R\$ 80.000,00 (por equipe habilitada).

- Aumento no valor do incentivo financeiro para implantação das Equipes Saúde Prisional no valor de R\$ 48.000,00 para R\$80.000,00 por equipe/ano.

**Capacitações:**

- Realização de duas capacitações para as novas Equipes de Saúde Prisional, realizadas em Junho 2010: DST/AIDS e Prevenção ao uso indevido de Álcool e Drogas.

**Assistência à saúde:**

Efetivação de convenio com o Hospital Vila Nova para atendimento clínico de pessoas privadas de liberdade no Presídio Central/POA, no período de Julho à Dezembro 2010.

**Análise e Comentários:**

Houve alteração na dotação orçamentária do Projeto Atividade 1883 no orçamento da SES/2010. A dotação para este Projeto Atividade foi deferida no valor de R\$ 1.060.000,00. A execução total de recursos referentes à implantação de Equipes de Saúde Prisional no Estado foi no valor de R\$ 802.916,65, sendo ainda empenhado em 2010 o montante de R\$ 234.500,02.

O recurso federal acima descrito se refere ao componente do Piso de Atenção Básica Variável – Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, destinado aos municípios que habilitaram Equipes de Saúde Prisionais em estabelecimentos prisionais com mais de 100 presos. O repasse federal está com atraso no pagamento, sendo o último repasse recebido pelos municípios habilitados em setembro/2010, referente à competência do mês de maio/2010.

## 6.18. Política Estadual de Humanização

### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Incluir o debate sobre a Humanização nas Conferências Municipais e Estadual de Saúde	Formar apoiadores através de curso de especialização em humanização da atenção e da gestão do SUS	50 apoiadores institucionais	Encaminhamento do processo burocrático da 3ª edição do curso, que será realizado a partir de maio de 2011. Planejamento pedagógico do curso e mapeamento das regiões e municípios onde as ações devem ser investidas pela intervenção do curso de Especialização; Elaboração do Edital e do processo seletivo com critério de fortalecer a PNH-RS em regiões onde as ações da Política já foram disparadas.
	Capacitar pessoas através de seminário estadual e temáticos e encontros municipais	500 pessoas capacitadas	Encontros temáticos regionais e municipais (rodas de conversa); Curso "Protagonismo ampliado do HumanizaSUS" para coordenadores, membros do NURESC e do CIES; Participação dos técnicos nas Conferências Municipais como palestrantes, fornecendo conteúdos disparadores dos debates; Participação na Conferência Estadual de Saúde no GT Gestão do Trabalho em Saúde.
Outras realizações			Assessoria técnica às CRS por meio da articulação com a Política Nacional de Educação Permanente; Assessoria técnica aos Comitês Regionais de Humanização; Participação em reuniões de Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs) das instituições da região metropolitana; Assessoria técnica na organização de eventos municipais relacionados a PNH na região metropolitana e demais regiões do RS; Participação nas rodas de conversa sobre a PNH em atividades institucionais internas e também intersetoriais em instituições de ensino, Secretarias Municipais e Coordenadorias Regionais de Saúde; Inclusão da temática da Humanização da Gestão e Atenção do SUS no curso de extensão aos trabalhadores da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC - ação intersetorial) e nos cursos de Especialização em Direito Sanitário, Saúde Pública e Saúde Pública Binacional; Coordenação da Mostra Interativa da Política do Humanização em parceria com Ministério da Saúde (coordenação da Política de Humanização do SUS) no Congresso da Rede Unida, na UFGRS, em junho de 2010; Articulação Nacional e Regional (PR, SC e RS) da Política de Humanização, elaboração de novas diretrizes registradas em documento da Política para ser apresentada aos novos gestores Estaduais.



## 6.19. Política Estadual de Prevenção da Violência

### Objetivos (PES):

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

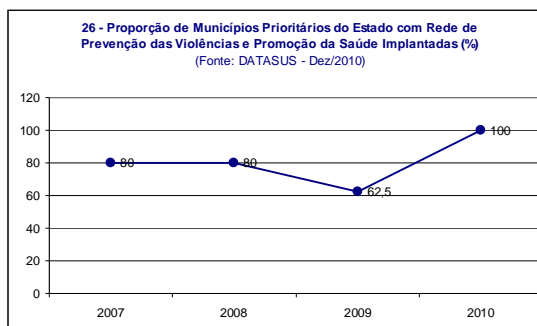
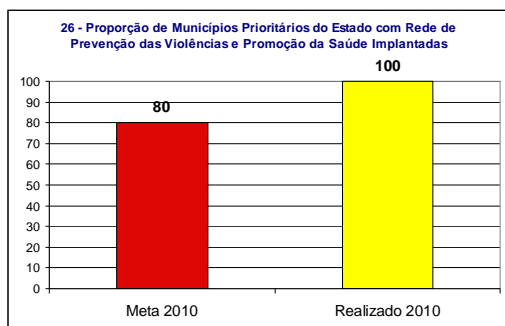
Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Implantar o Programa de Prevenção à Violência nos 50 municípios prioritários	Elaborar programas de capacitação para sensibilização de multiplicadores, técnicos e gestores, em municípios prioritários	50 municípios	A meta de 50 municípios <sup>(1)</sup> foi atingida, embora 6 municípios não tenham aderido ou desistiram do PPV <sup>(2)</sup> , outros solicitaram e foram incluídos no Programa <sup>(3)</sup> .
Construir 70% dos diagnósticos dos 50 municípios com adesão ao Programa de Prevenção à Violência	Capacitar municípios para a elaboração do Diagnóstico Situacional de Prevenção da Violência	40 municípios	Os 50 municípios <sup>(1)</sup> que aderiram ao PPV foram capacitados para elaborarem seus Diagnósticos / Mapeamento Situacional. Destes, 32 municípios <sup>(4)</sup> apresentaram tal Diagnóstico / Mapeamento.
Construção de planos de ação nos municípios com adesão ao Programa de Prevenção à Violência	Capacitar municípios para a elaboração do Plano de Ação de Prevenção da Violência	40 municípios	As consultoras empenharam-se, por vezes ampliaram suas capacidades, conseguindo que 40 municípios <sup>(5)</sup> constituíssem Comitê Municipal, condição essencial para a capacitação e para a elaboração do Plano de Ação de Prevenção da Violência. Destes, 40 municípios, 17 <sup>(6)</sup> apresentaram seus planos de ações.
Implantar comitês municipais de prevenção à violência em todos os municípios com adesão ao Programa de Prevenção à Violência	Elaborar programas de capacitação para formação da rede social de Prevenção da Violência em municípios prioritários	50 municípios	Todos os municípios, que aderiram ao Programa, foram capacitados para sensibilizar e mobilizar instituições locais para, com isto, formarem redes sociais capazes de implementar e implantar Comitês Municipais de Prevenção da Violência. Entretanto, somente 40 municípios têm seus comitês implantados <sup>(6)</sup> .
	Capacitar municípios para as etapas de sensibilização e de mobilização das instituições locais	50 municípios	
	Capacitar municípios para a implantação e articulação dos Comitês Municipais de Prevenção da Violência	50 municípios	
Reduzir em 5% a taxa de mortalidade por homicídios nos 50 municípios prioritários	Construir unidades básicas de saúde nas áreas do Programa de Prevenção da Violência. Visitar as famílias em área de prevenção da violência, conforme critérios definidos pela Estratégia da Saúde da Família. Atuar junto a famílias de adolescentes em medida socioeducativa de meio aberto. Oportunizar que as escolas nas áreas	90.000 famílias visitadas	26 municípios <sup>(7)</sup> receberam verba de incentivo para a construção de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e estão em fase de contratação de empresas construtoras ou início das obras. Outros 10 municípios <sup>(8)</sup> receberão UBSs construídas e com construção administrada pelo Estado as quais estão em processo licitatório ou início de obra. 2 municípios <sup>(9)</sup> declinaram o incentivo e, conseqüentemente as UBSs. 12 municípios <sup>(10)</sup> possuem, em área PPV, o projeto "Escola Aberta". As visitas às famílias foram realizadas, em 10 municípios <sup>(11)</sup> por agentes de saúde ligados diretamente ao programa "Primeira Infância Melhor" (PIM). Já os atendimentos psicossociais necessários, foram prestados por equipes da "Estratégia de Saúde da Família" (ESF) atuantes em "Centro de Atenção Psicossocial" (CAPs), existentes em 12 municípios com áreas PPV <sup>(12)</sup> .

	PPV se integrem ao projeto "Escola Aberta"		
Reduzir em 5% a taxa de mortalidade por suicídio nos 50 municípios prioritários	Visitar as famílias em área de prevenção da violência, conforme critérios definidos pela Estratégia da Saúde da Família. Desenvolver projeto junto as áreas de maior índice de suicídio do Estado	90.000 famílias visitadas	As visitas às famílias foram realizadas, em 10 municípios <sup>(11)</sup> por agentes de saúde ligados diretamente ao programa "Primeira Infância Melhor" (PIM). Já os atendimentos psicossociais necessários, foram prestados por equipes da "Estrutura da Saúde da Família" (ESF) atuantes em "Centro de Atenção Psicossocial" (CAPs), existentes em 12 municípios com áreas PPV <sup>(12)</sup> .
Reduzir em 5% a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito nos 50 municípios prioritários	Visitar as famílias em área de prevenção da violência, conforme critérios definidos pela Estratégia da Saúde da Família. Saúde da família na prevenção da violência	90.000 famílias visitadas	As visitas às famílias foram realizadas, em 10 municípios <sup>(11)</sup> por agentes de saúde ligados diretamente ao programa "Primeira Infância Melhor" (PIM). Já os atendimentos psicossociais necessários, foram prestados por equipes da "Estrutura da Saúde da Família" (ESF) atuantes em "Centro de Atenção Psicossocial" (CAPs), existentes em 12 municípios com áreas PPV <sup>(12)</sup> .
<b>Outras realizações</b>			

#### Indicadores Pactuados:

#### **26 - Proporção de municípios prioritários do estado com rede de prevenção das violências e promoção da saúde implantadas**

Objetivo do indicador: ampliar a rede de prevenção de violência e promoção à saúde nos estados e municípios. Busca identificar se a pessoa em situação de violência está sendo atendida conforme suas necessidades.

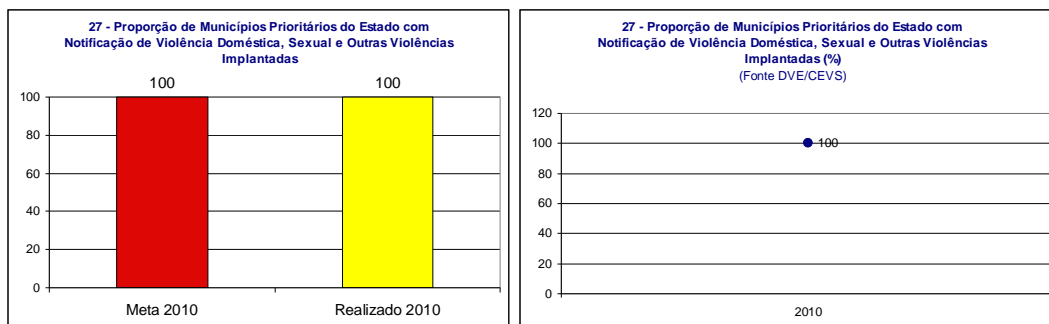


Os 8 municípios prioritários conforme critério nacional apresentam rede implantada, em diferentes níveis de organização.

29 municípios apresentaram ainda projeto com componente violência selecionados na rede nacional de promoção da saúde.

## **27 - Proporção de municípios prioritários do estado com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências implantadas**

Objetivo do indicador: ampliar a cobertura da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica. Através do sistema de informação é possível conhecer a realidade da violência no estado.



Desde 2001 foi implantada na SES a notificação de acidentes e violências em 23 hospitais sentinelas, formando o Observatório de Acidentes e Violência do Estado, com a utilização do RINAV (Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências localizado no SIST- Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador) para registrar os casos de violência e acidentes. Em 2006 com a criação do Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis, ampliou-se a notificação da violência para todos os serviços de saúde.

Nesse período soma-se 170.000 registros que contribuíram para o entendimento do contexto da violência no RS.

Concomitantemente o Ministério da Saúde iniciou seu processo de implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, levando ao desenvolvimento do SINAN-NET/Violência.

Em 2009, esse Sistema foi implantado como piloto em Porto Alegre. No ano de 2010, iniciou-se a implantação do SINAN-NET/Violência nas 19 CRS, com a realização de 33 capacitações, envolvendo 332 municípios e 844 participantes.

O Estado possui 72 municípios que compõem a Rede Nacional de Promoção da Saúde e da Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, com projetos de Incentivo a Prática de Atividade Física, Cultura da Paz, Alimentação Saudável, controle do tabagismo, controle de diabetes e hipertensão.

### **Análise e Comentários:**

<sup>(1)</sup> Alegrete, Alvorada, Bagé, Balneário Pinhal, Bento Gonçalves, Cachoeira do Sul, Cachoeirinha, Camaquã, Candelária, Canguçu, Canoas, Carazinho, Caxias do Sul, Charqueadas, Cruz Alta, Eldorado do Sul, Erechim, Esteio, Estrela, Farroupilha, Santo Antônio da Patrulha, Ijuí, Lajeado, Montenegro, Novo Hamburgo, Parobé, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Rosário do Sul, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santa Rosa, Santana do Livramento, Santiago, Santo Ângelo, São Borja, São José do Norte, Tramandaí, São Lourenço do Sul, São Luiz Gonzaga, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Soledade, Taquara, Torres, Tenente Portela, Vacaria e Venâncio Aires.

<sup>(2)</sup> Gravataí, Guaíba, São Gabriel, São Leopoldo, Uruguaiana e Viamão.

<sup>(3)</sup> Balneário Pinhal, Charqueadas, Santo Antônio da Patrulha, São José do Norte, Tenente Portela e Tramandaí.

<sup>(4)</sup> Alegrete, Alvorada, Bento Gonçalves, Cachoeirinha, Camaquã, Canguçu, Canoas, Carazinho, Caxias do Sul, Cruz Alta, Eldorado do Sul, Esteio, Farroupilha, Lajeado, Montenegro, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santa Rosa, Santana do Livramento, Santiago, Santo Ângelo, São Borja, São Luiz Gonzaga, Soledade, Taquara, Torres e Venâncio Aires.

<sup>(5)</sup> Alegrete, Alvorada, Bagé, Bento Gonçalves, Cachoeira do Sul, Cachoeirinha, Camaquã, Canguçu, Canoas, Carazinho, Caxias do Sul, Eldorado do Sul, Erechim, Esteio, Estrela, Farroupilha, Santo Antônio da Patrulha, Ijuí, Lajeado, Montenegro, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Rosário do Sul, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santa Rosa, Santana do Livramento, Santiago, Santo Ângelo, São Borja, São Lourenço do Sul, São Luiz Gonzaga, Soledade, Taquara, Torres, Vacaria e Venâncio Aires.

<sup>(6)</sup> Alvorada, Camaquã, Canoas, Caxias do Sul, Esteio, Montenegro, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santana do Livramento, Santiago, Santo Ângelo, São Luiz Gonzaga e Torres.

<sup>(7)</sup> Alegrete, Balneário Pinhal, Cachoeira do Sul, Cachoeirinha, Candelária, Canguçu, Carazinho, Charqueadas, Eldorado do Sul, Erechim, Esteio, Estrela, Ijuí, Lajeado, Rio Grande, Santa Maria, Santa Rosa, Santana do Livramento, Santiago, São Borja, São Lourenço do Sul, Sapiranga, Taquara, Torres, Vacaria e Venâncio Aires.

<sup>(8)</sup> Alvorada, Canoas, Caxias do Sul, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Santa Cruz do Sul, Santo Ângelo e São Luiz Gonzaga.

<sup>(9)</sup> Montenegro (declinou) e Torres (não recebeu incentivo para 2ª UBS).

<sup>(10)</sup> Alvorada, Canoas, Esteio, Montenegro, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, São Luiz Gonzaga e Torres.

<sup>(11)</sup> Alvorada, Caxias do Sul, Montenegro, Novo Hamburgo, Pelotas, Santa Cruz do Sul, Santo Ângelo, São Lourenço do Sul, São Luiz Gonzaga e Torres.

<sup>(12)</sup> Alvorada, Canoas, Caxias do Sul, Esteio, Montenegro, Passo Fundo, Pelotas, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santo Ângelo, São Luiz Gonzaga e Torres.

<sup>(13)</sup> Alegrete, Bagé, Cachoeira do Sul, Camaquã, Candelária, Canguçu, Eldorado do Sul, Farroupilha, Ijuí, Lajeado, Santa Maria, Santa Rosa, Santana do Livramento, Santiago, São Borja, São Lourenço do Sul, Sapiranga, Taquara e Venâncio Aires.

<sup>(14)</sup> Alvorada, Canoas (2 quadras), Caxias do Sul, Charqueadas, Esteio, Montenegro, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santo Ângelo, São Luiz Gonzaga, Soledade e Torres.

<b>Total de Recursos Programado</b>		<b>Total de Recursos Executados</b>	
Estadual	R\$ 26.158.216,05	Estadual	R\$ 26.158.216,05
Federal	R\$	Federal	R\$

## 6.20. Política Estadual de Saúde Mental

### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Implantar 30 oficinas terapêuticas com prioridade para as regiões com menor cobertura de serviços de Saúde Mental e maior número de internações.	Realizar Encontro de Oficinas Terapêuticas	1 encontro	Em 2009 não foi realizado devido a gripe H1N1 . Em 2010, apesar do evento estar todo planejado e processo aberto, não foi realizado o evento por desistência dos parceiros da comissão, devido a entendimento de que estava com pouco tempo para sua execução visto que o processo licitatório ainda não estava na fase final de liberação do recurso. Parceiros: Seção de Saúde Mental, CAPS Campo Bom, CAPS Esteio, CAPS Guaíba, Oficina Geração de Renda de Novo Hamburgo e Geração POA.
	Fornecer Kit de material de consumo para implantação das OT	30 Kits	Quanto aos kits de materiais para as oficinas o mesmo não foi realizado em virtude da falta de verba para a abertura das oficinas.
Avaliar e monitorar a capacidade técnica na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.	Realizar Fóruns de Coordenadores Regionais de Saúde Mental	2 fóruns	Foram realizados 2 fóruns com as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde mental nos meses de março e agosto de 2010.
	Participar do Fórum macrometropolitano de Saúde Mental	6 fóruns	O Fórum Macrometropolitano envolve a 1ª, 2ª e a 18ª CRS com presença da Saúde Mental quando solicitada. Foram realizadas 6 reuniões durante o ano com a participação da Saúde Mental.
	Avaliar e monitorar as atividades desenvolvidas nas Comunidades Terapêuticas contratadas pela SES/RS	100% das atividades	Quanto as Comunidades Terapêuticas nas ações realizadas, estão: acompanhamento dos relatórios mensais das comunidades terapêuticas, vistorias <i>in loco</i> no momento das contratações e dos descredenciamentos por irregularidades, realizado pelas Coordenadorias Regionais de Saúde Mental, padronização dos relatórios de atividade nas Comunidades Terapêuticas para liberação dos pagamentos e capacitação das Coordenadorias Regionais de SM para o acompanhamento das Cts em conjunto com o DA - Setor de Contratos e Assessoria Jurídica. Em 2010 com a publicação de mais 2 editais de credenciamento, a seção acompanha e analisa 40 processos de Comunidades que são mensalmente acompanhadas para a liberação do pagamento
	Promover espaços de discussão e supervisão com profissionais já capacitados pela SES na temática de dependência química	7 encontros	Quanto aos encontros foram realizados apenas 3 dos 7 encontros programados, sendo 2 em 2010 (macros Vale e Metropolitana). A não publicação, no ano de 2010, do processo de licitação relativo a esta ação foi o que impediu a realização.
	Realizar Encontros nas Macrorregiões	7 encontros	Mesma justificativa anterior
Implantar 15 CAPS nas modalidades "I" e "AD" em regiões prioritárias.	Formar e acompanhar os consultores do PPV durante a implantação dos serviços nos municípios prioritários do PPV	15 capacitações	Em 2010 foram implantados 12 novos CAPS sendo 4 do tipo I e 4 do tipo AD. Quanto às 15 capacitações, elas não foram realizadas em função de problemas de gestão do PPV. As consultoras que compunham a equipe de saúde mental realizaram a capacitação da equipe do PPV para a assessoria aos municípios. Os municípios que se beneficiariam com esta ação, seriam: Alvorada, Canoas, Caxias do Sul, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, POA, Santa Cruz do Sul, Santo Ângelo, Cachoeirinha, Camaquã, Candelária, Carazinho, Eldorado do Sul e Erechim.
	Assessorar as equipes técnicas municipais na implementação dos	14 equipes municipais (prioritários do PPV)	Mesma justificativa anterior

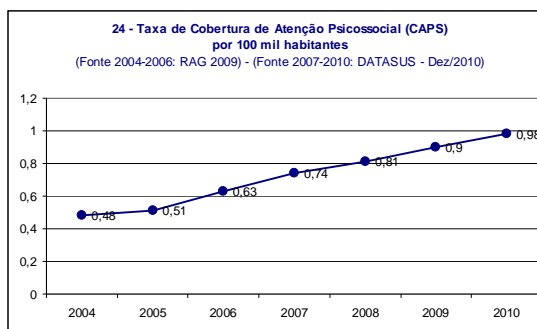
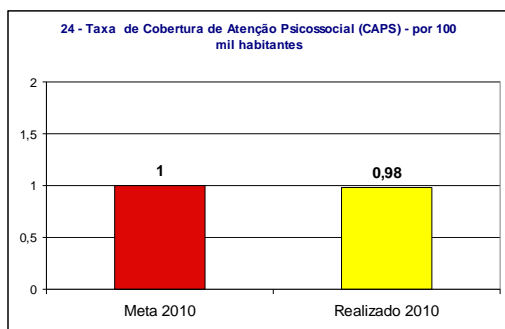
serviços			
Sensibilizar e capacitar os hospitais gerais para a internação de usuários de álcool e outras drogas.	Realizar Curso de 4 módulos de Saúde Mental em Hospital Geral para capacitar os profissionais no atendimento em álcool e drogas em leito clínico	1 curso	Em 2010 não foi realizado o curso porque priorizou-se as ações referentes as conferências municipais e estadual. Em 2010 foi retomado o planejamento do curso em conjunto com a UFRGS e com a ESP para a realização de um novo curso em 2011.
Ampliar para 160 o número de CAPS no Rio Grande do Sul, condicionado ao financiamento federal.	Avaliar e analisar processos de solicitação de CAPS	100% dos processos	A ação de avaliação e análise de solicitação dos processos de CAPS foi realizada pela Seção de Saúde Mental tendo como solicitação 09 novas solicitações nos municípios de Bento Gonçalves, Cruz Alta, Gramado, Ivoti, Pinhal, Torres, Três Passos e Vacaria. A orientação foi realizada através de processos, telefonemas, e-mails, visitas realizadas pelos municípios na seção de saúde mental, entre outras formas.
	Orientar equipes de Saúde Mental e gestores na organização e implementação do CAPS	100% das equipes e gestores	Mesma justificativa anterior
	Incentivar junto aos municípios e CRS a implantação de novos CAPS nas regiões de maior necessidade	33% da meta	Realizado através de e-mails, contato telefônico, análise de processos, contato com as coordenadorias, entre outros.
	Realizar viagens para acompanhamento, reavaliação e vigilância em Saúde Mental dos CAPS	100% da demanda	Não foram realizadas tendo em vista o ano eleitoral, a realização da conferência de saúde mental, e equipe técnica mínima.
Acompanhar, qualificar e regular os 6 Hospitais Psiquiátricos do Rio Grande do Sul.	Regular através da Central de Regulação Estadual e das CRS os leitos de saúde mental	50% dos leitos	Realizado 100% nos 4 hospitais (Pelotas, Rio Grande, Caxias, Passo Fundo) e não realizado no HPSP e Espirita de Porto Alegre já que existe uma central de regulação de leitos própria de Porto Alegre que gerencia as internações de saúde mental no município.
	Realizar vistorias hospitalares através de visitas regulares	12 visitas	Foram visitados todos os hospitais através das coordenadorias regionais e em alguns casos com o acompanhamento da equipe de saúde mental.
Implantar 03 novos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).	Avaliar e analisar processos de solicitação de CAPS	100% dos processos	Já mencionado anteriormente.
	Incentivar e prestar assessoria as equipes de Saúde Mental e gestores na organização e implementação do SRT	100%	A ação de assessorar os municípios na implantação de SRT foi realizada através de visitas, contatos telefônicos, e-mails, análise de processos, contatos com as coordenadorias, entre outros.
	Incentivar junto aos municípios e CRS a implantação de novos SRT nas regiões de maior necessidade	100%	Foram implantados os SRT's de Taquara e Canoas e foi prestada assessoria técnica a diversos municípios entre eles Guaíba e Gravataí.
	Realizar Curso de Acompanhante Terapêutico em 6 módulos	1 curso	O curso foi realizado em parceria com a ESP e foram priorizados municípios que possuem serviço de Saúde Mental, Política de Redução de Danos e Inclusos no PPV.
	Fornecer material de consumo para implantação do Serviço	Material fornecido	O fornecimento de material para implantação dos serviços não foi realizado.
Acompanhar o processo de desinstitucionalização dos moradores do Hospital Colônia Itapuã realizado pelo Departamento de Atenção a Usuários e	Realizar reuniões mensais com DAUM	6 reuniões	Não foi realizada nenhuma reunião com o Hospital Colônia Itapuã em virtude do desmonte da equipe da DAUM (Direção de Atenção à Usuários Moradores) e demanda de trabalho de desinstitucionalização no Hospital São Pedro. O cancelamento ao HCI foi acordado junto a direção daquele hospital.

Moradores/DCHE/S ES.			
Promover projeto de prevenção ao crack.	Realizar atividade teatral na prevenção ao uso do crack em municípios dentre os prioritários do PPV	14 municípios (prioritários PPV)	Readequação do projeto para a ampliação do número de municípios por solicitação da ASSEDISA.
Realizar 02 encontros na macrorregião metropolitana (1ªCRS, 2ªCRS e 18ªCRS) para consolidar a capacidade técnica na atenção aos portadores de transtornos de álcool e drogas.		Os 2 encontros foram realizados em 2010 na Macro Vale e Metropolitana.	
Realizar 06 encontros/ano envolvendo as demais macroregionais de saúde para consolidar a capacidade técnica na atenção aos portadores de transtornos de álcool e drogas, em parceria com a Escola de Saúde Pública.		Meta já especificada anteriormente	
Aumentar em 10%, a cada ano, o número de hospitais gerais que realizam internação por álcool e drogas em leito clínico.		Realizado plenamente em 2008 e 2009.	
Desinstitucionalizar 10% moradores do Hospital Colônia Itapua.		O trabalho do HCI com a DAUM foi cancelado em 2008.	
<b>Outras realizações</b>		Conferencia Estadual de Saúde Mental, Participação no GT do IPF, Encontro de Capacitação para Coordenadoras Regionais de Saúde Mental sobre Comunidades Terapêuticas, Supervisão em local de estagio da residência integrada em saúde mental da ESP.	

**Indicadores Pactuados:**

**24 - Taxa de cobertura de centros de atenção psicossocial (CAPS) /100.000 habitantes**

Objetivo do indicador: ampliar o acesso ao tratamento ambulatorial em saúde mental. Este indicador pretende refletir o estado e as modificações da rede extra-hospitalar de saúde mental ao longo do tempo.



No Estado do Rio Grande do Sul a taxa de cobertura de CAPS, em 2010, foi 0,98. Esta taxa ficou próxima da pactuada para o período, que foi 1,0.

Considerando:

- o número de CAPS (12) que ainda não solicitaram cadastro junto ao Ministério da Saúde;
- o número de CAPS (9) em que estão solicitando incentivo inicial para iniciar o serviço;
- o número de CAPS (3) que enviaram o seus projetos diretamente para o Ministério da Saúde.

Existem 29 CAPS em situação de pendência por isso propomos para o ano 2011 ajustarmos o valor previamente pactuado de 1,15, para 1,08.

O referido indicador está muito bem cotado no nosso Estado tendo em vista que a cobertura de CAPS por habitantes está 0,98 e o Ministério da Saúde considera uma ótima cobertura quando atingido 1,0 por habitante.

O Estado pactuou para o próximo ano a cobertura de 1,0 CAPS/100.000 habitantes. Com certeza será atingida esta meta tendo em vista que estão no Ministério da Saúde 29 processos de cadastro de novos CAPS que já receberam incentivo financeiro.

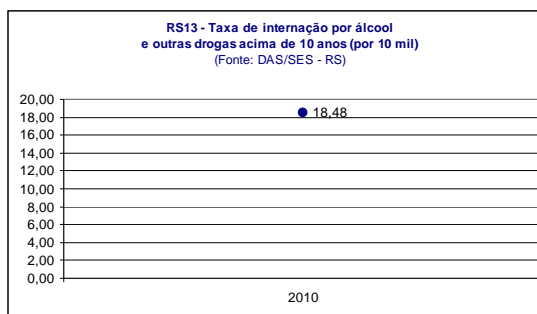
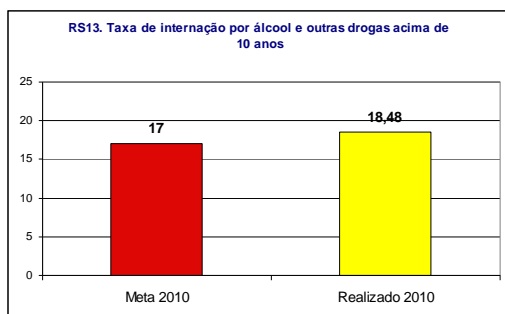
Uma das dificuldades de ampliação do número de CAPS é o critério populacional. Para criação de um CAPS I, é exigida população de no mínimo 20.000 habitantes. Sendo que 70% dos nossos municípios possuem população abaixo deste índice.

Hoje, o Estado do RS está em 3º lugar por cobertura de CAPS no país, e em 1º lugar na Região Sul. Estamos acima da taxa de cobertura nacional que é de 0,68.

### **RS 13 - Taxa de internação por álcool e outras drogas**

Objetivo do indicador: este indicador mede a morbidade hospitalar, no âmbito do SUS, de internações por transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas por região, e avalia a efetividade das ações desenvolvidas na rede extra-hospitalar.





No Estado do Rio Grande do Sul a taxa de internação por uso abusivo de álcool e outras drogas em indivíduos de 10 anos ou mais, em 2010, foi 18,48. Esta taxa ficou acima da pactuada para o período, que foi 17.

Em 2008, a SES desencadeou um processo de sensibilização dos Hospitais Gerais para atendimento de álcool e outras drogas com AIHs clínicas através de cursos na área. Em outubro do mesmo ano, lançou um programa de incentivos financeiros para este tipo de atendimento ampliando assim a oferta de leitos para este tipo de atendimento.

Há que se considerar que:

- esta taxa contabiliza apenas leito SUS, não permite a verificação em hospitais privados;
- é contabilizado a reinternação;
- pode haver erro de classificação; considerando que algumas internações por motivo de álcool e outras drogas entram com diagnóstico de transtornos mentais, em aihs de psiquiatria e não de AD.
- municípios com ampliação da rede extra-hospitalar demandam maior número de internações.
- Muitas internações clínicas por problemas desencadeados por álcool e outras drogas, entram com diagnósticos de comorbidades, camuflando assim o verdadeiro motivo desencadeador, não podendo ser mapeado corretamente o quantitativo de usuários de álcool e outras drogas que internam.

Percebe-se o aumento crescente deste indicador desde o ano de 2008.

(Indicador excluído em 2011: Tendo em vista que esta taxa contabiliza apenas leito SUS não permite a verificação em hospitais privados; é contabilizado a reinternação; pode haver erro de classificação; municípios com ampliação da rede extra hospitalar demanda maior número de internações).

#### Análise e Comentários:

Total de Recursos Programado		Total de Recursos Executados	
Estadual	R\$ 450.000,00	Estadual	R\$ 98.094,31
Federal	R\$ 140.000,00	Federal	R\$

## 6.21. Política Estadual para DST/AIDS

### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Ampliar as ações da Política de HIV/AIDS e outras DST para 100% do RS.	Elaborar e veicular campanhas publicitárias	3 campanhas	Foram realizadas as Campanhas: Carnaval, Dia dos Namorados e 1º de Dezembro (Dia Mundial de Combate a AIDS)
	Realizar oficinas nas áreas de DST/HIV/Aids e hepatites virais para: redução de danos, população indígena, quilombolas, privadas de liberdade em atenção pré-natal, para pessoas portadoras de necessidades especiais, co-infecções e tuberculose, sistemas de informação, população negra, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids, junto à sociedade civil, equipes de saúde de serviços especializados ano atendimento HIV/Aids e outras DST, encontros com gestores, sociedade civil organizada para discussão de estratégias de enfrentamento das questões relativos às DST/HIV/Aids, municípios regionalmente estratégicos para a implantação do programa de redução de danos, entre outras	60 oficinas	Destas 60 oficinas algumas foram condensadas pelo assunto e temática, sendo que efetivamente 05 Seminários não foram realizados: Seminário da *Feminização da Epidemia não pode ser realizado, pois não havia sido concluído o Plano de enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids. No entanto, foram desenvolvidas ações transversais (Encontro de Cidadãs Positivas, Seminário da Saúde e Violência Contra a Mulher e a Reunião de avaliação da construção do Plano com a Técnica do MS); *Seminário da implantação do Plano Estadual de Enfrentamento da Epidemia da Aids e outras DST entre Gays, HSH e Travestis, a não realização do Seminário ocorreu em função do lançamento do Plano ter sido somente em novembro. Foram desenvolvidas ações no Encontro da RNP+ . Lançamento do Plano na Parada Livre em novembro, o Seminário ficou transferido para 2011. *Encontro sobre redução de Danos com profissionais da saúde indígena, foram realizados outros cursos de RD e encontros, mas, em função da mudança estrutural da FUNASA e DAS não havia o técnico de referência. *Oficina do Diferença em Cena e o Seminário Estadual de enfrentamento HIV/Aids de pessoas com deficiência, não teve numero suficiente de participantes para realização do evento  Salientamos que realizamos outras ações que não estavam programadas: *07 Capacitações para atendimento de grupos vulneráveis com ênfase em HIV/DST/Aids- CEM/GG,SES, ACADEPOL, DET.
	Confeccionar materiais instrucionais para ações de prevenção, promoção e assistência e para eventos	Material produzido	Produção de uma cartilha com informações sobre "quando fazer o teste de HIV" e locais que realizam.. Produção de 15000 cartilhas do Plano Estadual de Enfrentamento da Epidemia da Aids e outras DST entre Gays, HSH e Travestis,
	Adquirir equipamentos	Equipamento adquirido	Foram adquiridos alguns equipamentos destinados as áreas administrativas e para os serviços de DST/HIV/Aids, alguns encontram-se em fase de licitação.
	Repasso de recursos financeiros às ONG para a realização de ações relacionadas às	03 editais	Foram Publicados 03 Editais, onde houve repasse de recursos financeiros para 08 projetos referentes ao edital 01/2010 de um total de 10 aprovados; e 2 projetos do Edital 02/2010 de um total de 3 projetos aprovados,

	DST/HIV/Aids através da publicação de editais de seleção pública		totalizando R\$ 1.141.011,90 O recurso do Edital 03/2010 será repassado em 2011. Edital 01/2010 – 11 projetos aprovados saldo do edital: R\$ 1.438.031,96 Edital 02/2010 – 03 projetos aprovados saldo do edital: R\$ 1.000.979,24 Edital 03/2010 – 17 projetos aprovados em 2010 (Edital publicado em 2010. Resultado final homologado em 2011.
	Repassar recursos para os municípios de Frederico Westphalen, Lagoa Vermelha, Palmeira das Missões, Santa Rosa, Osório através de resolução da CIB	05 municípios	Foi publicada Resolução da CIB 179/10 referente ao repasse dos 5 municípios que foram escolhidos por critério epidemiológico e por serem sede de regional( Frederico Westphalen, Lagoa Vermelha, Palmeira das Missões, Santa Rosa, Osório) e efetivado o repasse do recurso em dezembro de 2010.
	Participação dos profissionais de saúde em eventos (capacitações, etc) dentro e fora do Estado	100% dos eventos	Houve a participação dos profissionais em 100% nos eventos programados
Ampliar a rede diagnóstica disponível para HIV e outras DST.	Adquirir testes anti-HIV	15.000 testes	Foram adquiridos 15.000 testes através de ata de registro de preços para o Sanatório Partenon, onde até junho de 2010 era utilizada outra metodologia.
Reduzir para 2% a taxa de transmissão vertical do HIV e reduzir os casos de sífilis congênita a menos de 01 caso por 1.000 nascidos vivos.	Realizar oficinas para a divulgação do “Consenso de Gestantes para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV 2009”	7 oficinas	As 7 oficinas que seriam realizadas por macrorregional foram alteradas para 03 com a participação de profissionais das 7 macrorregionais, pois o edital para contratação do Hotel não foi concluído em 2010.
	Capacitar as Maternidades do estado para a aplicação do Teste Rápido anti-HIV de triagem, com consequente administração de medidas profiláticas intra-hospitalares da transmissão vertical	20 maternidades	Foram capacitados profissionais de 48 maternidades do estado para a aplicação do Teste Rápido anti-HIV de triagem, com consequente administração de medidas profiláticas intra-hospitalares da transmissão vertical
	Produzir material instrucional	Material produzido	Houve a elaboração do material em parceria com a Saúde da Mulher, porém não houve tempo hábil em 2010 para a produção.
	Realizar oficinas para os profissionais da atenção básica que atendem às populações indígenas, quilombolas e privadas de liberdade em atenção pré-natal	1 oficina	Não foi realizada oficina, pois não houve articulação com a Saúde da Mulher e estas populações. Porém foi realizada em conjunto com o DAS a Oficina de Redes do CONASS.
	Adquirir e distribuir fórmula Láctea infantil para suprir as necessidades das crianças expostas até 12 meses	60.077 unidades	Foi distribuído um total de 66.076 latas de leite tipo I e 14.232 de leite tipo II a partir do mês de julho, atendendo com isso 100% da nossa demanda.
Executar os Planos de Enfrentamento da Epidemia da AIDS e outras DST entre mulheres, HSH gays e travestis, em conjunto com outras áreas do governo e sociedade civil em 100% dos municípios que	Realizar reunião técnica de trabalho com a participação do MS e das demais áreas técnicas envolvidas no enfrentamento da feminização da epidemia	1 reunião	Foi realizada reunião técnica em outubro com a participação do MS, áreas técnicas e sociedade civil.
	Realizar Seminários (um de Feminização e o outro Seminário	2 seminários	*Feminização da Epidemia não pode ser realizado pois não havia sido concluído o Plano de enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids. No entanto, foram

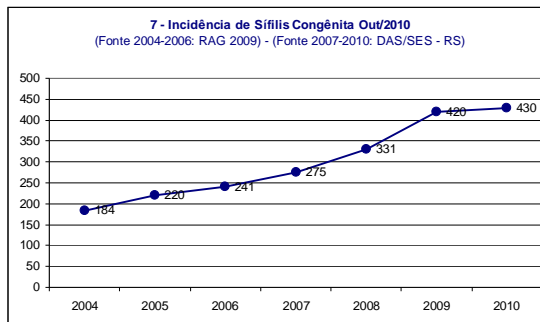
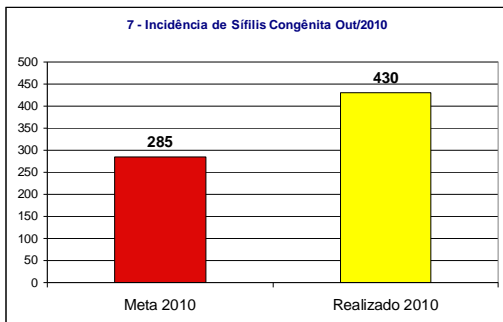
recebem financiamentos específicos.	entre Gays, HSH e Travestis)		desenvolvidas ações transversais (Encontro de Cidadãs Positivas, Seminário da Saúde e Violência Contra a Mulher e a Reunião de avaliação da construção do Plano com a Técnica do MS); *Seminário da implantação do Plano Estadual de Enfrentamento da Epidemia da Aids e outras DST entre Gays, HSH e Travestis - a não realização do Seminário ocorreu em função do lançamento do Plano ter sido somente em novembro. Foram desenvolvidas ações no Encontro da RNP+ . Lançamento do Plano na Parada Livre em novembro o Seminário ficou transferido para 2011.
Implementar o Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) para os municípios já capacitados.	Produzir e distribuir os Planos Estaduais de Enfrentamento da Epidemia da Aids e das DST e da Feminização	30.000 unidades	Não foi produzido o Plano, pois o mesmo não foi concluído durante o ano de 2010
	Realizar a 2ª Mostra Gaúcha de Trabalhos Exitosos	Evento realizado	A realização da 2ª Mostra Gaúcha de Trabalhos Exitosos, foi alterada por solicitação do Grupo Gestor Estadual do SPE para 01 capacitação para os municípios da 9ª e 17ª CRS.
Ampliar o Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE - para os municípios que recebem financiamento específico.	Realizar oficina para a sensibilização dos “Grupos Gestores” (SPE) sobre diversidade sexual (gays HSH, travestis, lésbicas, transsexuais e bissexuais), direitos sexuais e reprodutivos, com a inserção de jovens vivendo com HIV Aids	01 oficina	Esta oficina foi realizada com a participação dos municípios da 3ª CRS. Todos estes temas são abordados em todas as capacitações do SPE.
Disponibilizar 100% da aquisição de insumos de prevenção, especialmente preservativos masculinos, como contrapartida Estadual.	Adquirir e distribuir preservativos masculinos conforme pactuação da CIB e planilha de necessidades	10.000.000 unidades	Foi realizada uma Ata de Registro de Preço, para a aquisição de 10.000.000 preservativos masculinos (contrapartida do estado). E no ano de 2010 foram distribuídos 69.918.769 do total de preservativos recebido do MS e adquiridos pelo estado do RS.
	Pactuação na CIB da aquisição de preservativos femininos e gel lubrificante conforme o Plano de Necessidades	Pactuado na CIB	Está em elaboração a Resolução da CIB para preservativo feminino e gel lubrificante, que deverá ser pautada na CIB de 2011.
Disponibilizar 100% dos medicamentos que compõem o tratamento da pessoa com HIV/AIDS e outras DST, especialmente os de responsabilidade do gestor estadual, pactuados na CIB.	Adquirir e distribuir medicamentos especiais e excepcionais, infecções oportunistas e efeitos colaterais	100% dos municípios	Foi distribuído 84% dos medicamentos conforme Resolução 23/2003 CIB e a partir de setembro, conforme resolução 307/2010 CIB. Não foi atingido os 100% devido ao não repasse dos mesmos pela CPAF, que é responsável pela aquisição.
Estabelecer parcerias com instituições locais, nacionais e internacionais de pesquisa científica na área de HIV/AIDS e outras DST.	Contratação de empresa de pesquisa qualificada	Empresa contratada	Foi iniciada a negociação com objetivo de realizar pesquisa científica (PCAP) com a Escola de Saúde Pública a qual encontra-se aguardando a definição de metas.
Capacitar 100% das equipes de saúde de serviços especializados no atendimento de HIV/AIDS e outras DST conforme			Foram capacitados os Serviços de Atenção Terapêutica para atualização de teorias e práticas frente às questões de aconselhamento e testagem e também uma capacitação em profilaxia pós exposição sexual ao HIV e 01 capacitação de manejo e de comorbidade relacionadas a infecção do HIV/TB/Hepatites.

demanda.	
Promover encontros com gestores, sociedade civil organizada para discussão de estratégias de enfrentamento das questões relativas ao HIV/AIDS e outras DST.	Foi realizado um encontro para estabelecer estratégia de enfrentamento da epidemia para o RS com técnicos do MS, e uma oficina para elaboração do Plano de Ações e Metas do RS com o MS, sociedade civil e áreas técnicas; Participação dos técnicos e controle social do estado na Macrorregional Sul em Florianópolis para discutir estratégias para a região sul.
Capacitar os municípios, regionalmente estratégicos, para implantação do programa de redução de danos.	* Foi realizado 01 curso de RD para Profissionais de Áreas Indígenas em outubro. * Foram realizados 02 Cursos de RD, 01 para a macrorregional Vales (8ª, 13ª, e 16ª CRS) e 01 Curso de RD para macrorregional Metropolitana (1ª, 2ª e 18ª CRS). * 01 Encontro Estadual de Redução de danos (06 e 07/12); * 01 Encontro Estadual de Controle Social e Redução de Danos
<b>Outras realizações</b>	Criação do Comitê de Investigação de mortalidade por Sífilis Congênita

#### Indicadores Pactuados:

##### 7 - Incidência de sífilis congênita

Objetivo do indicador: reduzir a mortalidade materna.



Casos de Sífilis congênita por ano de nascimento

	2007	2008	2009	2010
TOTAL	275	331	420	430

Fonte de dados: 2007 a 2009 - DATASUS.

Fonte de dados: 2010/2011 preliminares - SINAN/NET.

Pactuado em 2010 – 285 casos: Dados de 2010 preliminares, não cumprimos a meta.

Pactuado em 2011: 260 casos.

**CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA POR CRS**

<b>CRS</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
1º CRS	173	194	296	307
2º CRS	15	19	17	23
3º CRS	7	13	12	4
4º CRS	3	6	11	19
5º CRS	22	32	24	31
6º CRS	7	10	12	13
7º CRS	2	3	0	0
8º CRS	4	4	9	5
9º CRS	2	2	3	2
10º CRS	11	25	5	5
11º CRS	1	1	0	1
12º CRS	5	3	2	1
13º CRS	2	5	8	6
14º CRS	1	0	1	5
15º CRS	0	0	4	1
16º CRS	2	5	1	0
17º CRS	1	0	2	6
18º CRS	9	8	12	6
19º CRS	1	1	1	0

Fonte de Dados Brutos: SINAN/NET 2007 a 2010

Conforme observado na tabela anterior, a maior incidência de sífilis congênita esta na região metropolitana (1º CRS) a mesma apresenta-se crescente de 2007 a 2010.

**14 - Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade**

Objetivo do indicador: reduzir a transmissão vertical do HIV.

Este indicador é utilizado para avaliar indiretamente a transmissão vertical, uma vez que quase 90% da totalidade de casos de AIDS em menor de 5 anos vem de transmissão vertical.

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer durante a gestação, parto e amamentação, sendo que sem nenhuma intervenção, a mesma gira em torno de 25% dependendo da carga viral materna.

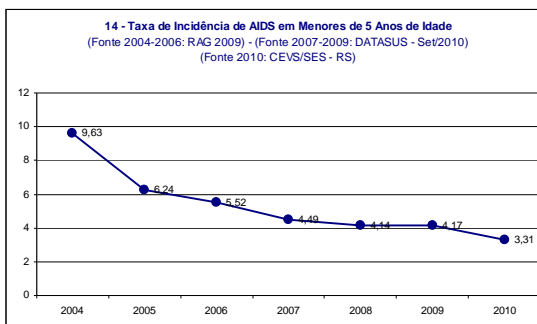
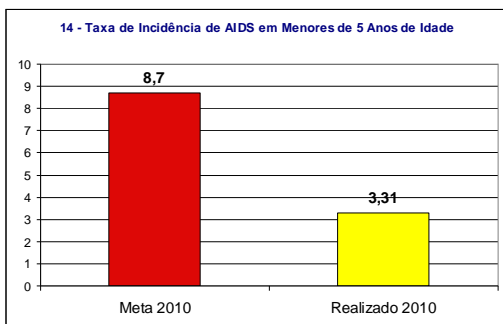
Através das intervenções profiláticas no pré-natal, parto e puerpério para a mãe e RN, podemos reduzir a transmissão vertical para < 1%.

Sabemos que esta transmissão vem diminuindo ao longo dos anos por avaliações pontuais, onde os nascidos de mães HIV positivas são acompanhados até 18 meses, quando é determinada a verdadeira taxa de transmissão vertical: quantos recém nascidos ficaram HIV positivos. Para isto é necessária busca ativa dos faltosos e acompanhamento.

Na falta de melhor indicador, utilizamos "AIDS em < 5 anos" para avaliar que ainda precisamos de um conjunto de medidas mais abrangentes e efetivas, uma Linha de cuidados da gestante e criança que garanta a execução das medidas eficazes de redução da transmissão vertical do HIV

No esforço para diminuir a transmissão vertical do HIV tem sido realizadas capacitações de Maternidades em todo Estado implantando as rotinas já estabelecidas pelo Ministério da Saúde, disponibilizando Teste rápido anti HIV e todos insumos necessários.

Também vemos como de vital importância a qualificação do Pré-natal com diagnóstico precoce e ágil encaminhamento para Referências e instituição da terapia anti retroviral adequada. Para isto estão sendo feitas parcerias com seção de saúde da Mulher e Seção de Saúde da Família.



**Análise e Comentários:**

Total de Recursos Programado		Total de Recursos Executados	
Estadual	R\$ 1.200.000,00	Estadual	R\$ 919.161,83
Federal	R\$ 13.346.091,83	Federal	R\$ 3.423.482,33

## 6.22. Política Estadual de Saúde Bucal

### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Atingir 1.050 equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família	Repassar o incentivo financeiro estadual às equipes	150 equipes	Repassados recursos para as 82 novas equipes de Saúde Bucal habilitadas na ESF (R\$ 492.000) totalizando 797 ESB. Meta não atingida, pois trata-se de um incentivo federal e estadual e necessita contrapartida dos municípios.
	Realizar reuniões para sensibilização dos gestores junto a FAMURS, ASSEDISA e COGERES	3 reuniões	Realizadas 03 reuniões
Implantar 22 equipes de saúde bucal indígena na Estratégia de Saúde da Família	Repassar o incentivo financeiro estadual às equipes	3 equipes	Não houve implantação. Meta não atingida, pois trata-se de um incentivo federal e estadual e necessita contrapartida dos municípios
	Realizar reuniões para sensibilização dos gestores junto a FAMURS, ASSEDISA e COGERES	3 reuniões	Realizadas 03 reuniões
Implantar 50 Centros de Especialidades Odontológicas	Repassar incentivo financeiro estadual para os CEO (Portaria SES nº 561)	Repasse de R\$ 264.000,00 Repasse de R\$ 792.000,00	Foram implantados 5 novos CEO, totalizando 30 CEO no RS. Meta não atingida, pois trata-se de um incentivo federal e estadual e necessita contrapartida dos municípios, em especial para a contratação dos recursos humanos.
Ampliar o acesso à Primeira Consulta Odontológica para 17% da população do RS	Divulgar a Política Estadual de Saúde Bucal e Política de Atenção Básica	2 políticas divulgadas	Divulgação de Política de Saúde Bucal às CRS com vistas aos Municípios. Publicação da política no Boletim da Saúde da ESP- Volume 24 nº1 Jan/jun 2010
Ofertar 15.000 próteses dentárias anuais	Repassar incentivo financeiro estadual para a confecção de próteses dentárias (Portaria SES nº 562)	15.000 próteses	Confeccionadas 2.189 próteses e repassado o recurso de 654 próteses Março a Maio de 2010. Meta não atingida, o recurso estadual está vinculado a liberação do recurso federal. Houve atraso na publicação das portarias ministeriais de habilitação dos laboratórios. Ainda, considera-se o impedimento de realizar repasse de recursos no período eleitoral. Além disso, muitos municípios não informaram sua produção de próteses no SIA, como é exigido na Resolução CIB nº 025/10 para que possa ser efetuado o repasse estadual.
Realizar, no mínimo, 01 curso descentralizado por Coordenadoria Regional para formação de Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal	Realizar reuniões com a ESP e coordenadores regionais de saúde bucal para a formação de cursos	4 reuniões	Realizadas 4 reuniões
Realizar, no mínimo, 01 encontro de capacitação para trabalhadores de saúde bucal por Coordenadoria Regional	Realizar reuniões de articulação com os coordenadores regionais de saúde bucal	15 reuniões	Os encontros regionais foram condensados em 5 encontros Estaduais – 300 participantes (Centros de Especialidades Odontológicas / Câncer Bucal / Paciente com Deficiência / Levantamento epidemiológico SB 2010 – duas oficinas)  Orçamento executado R\$ 9.024,00 – 61% do previsto (R\$ 14.848,00)
Qualificar a	Realizar reuniões com	2 reuniões	Realizadas 2 reuniões

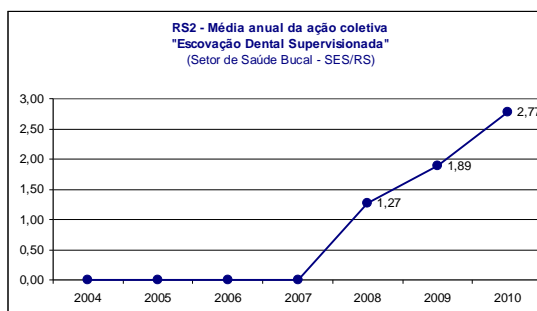
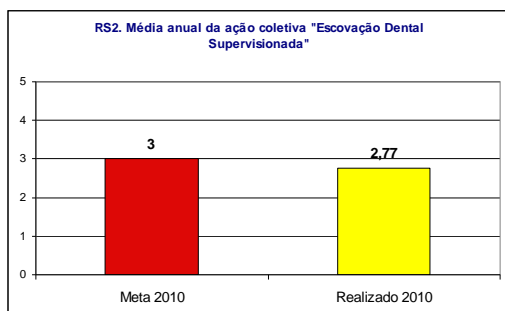


vigilância dos teores de flúor tanto no nível estadual e municipal através de 60% das amostras de água com teores de flúor adequados.	CEVS
Implantar 2.052 equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família	797 equipes de Saúde bucal habilitadas. O nº 2.052 foi erro de digitação, o número correto da meta proposta é 1.050.
Implantação de 12 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)	Não há mais recurso do MS p/ implantar laboratórios regionais. O financiamento federal passou a ser diretamente ao município correspondente ao número de próteses confeccionadas. O Estado criou incentivo financeiro mensal para incrementar o número de próteses. O RS já possui 13 municípios com LRPD credenciados e outros 5 municípios aguardando credenciamento pelo MS.
<b>Outras realizações</b>	

#### Indicadores Pactuados:

##### **RS 2 - Média anual da ação coletiva "Escovação Dental Supervisionada"**

Objetivo do indicador: este indicador reflete em percentual o número médio de pessoas que participaram da ação coletiva "escovação dental supervisionada". Expressa a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com dentífrico fluoretado sob orientação/supervisão de um profissional de saúde visando à prevenção de doenças bucais, prioritariamente a cárie dental e doença periodontal. Possibilita a análise comparativa dos dados epidemiológicos, verificando relações entre as variações temporais deste indicador e os de cárie dentária e doença periodontal, subsidiando o planejamento, a gestão e a avaliação da políticas e ações de saúde bucal.



Expressa a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.

Prevendo-se que, na maioria dos locais, a escovação dental supervisionada será realizada com dentífrico fluoretado, este indicador também permite estimar a proporção de pessoas que teve acesso ao flúor tópico do dentífrico.

Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, verificando-se relações entre as variações temporais deste indicador e os de cárie dentária e doença periodontal.

No ano de 2010 o Ministério da Saúde não realizou pactuação deste indicador. O RS atingiu o índice de 2,77%, aquém da meta estadual de 3%. Acredita-se que haja uma sub-notificação considerável do procedimento que gera este indicador pois o mesmo pode ser realizado por diversos profissionais que, não sendo efetivamente da equipe de saúde bucal não efetuam o seu registro corretamente. Além disso, muitas equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família tem por hábito realizarem seus registros somente no SIAB e não no SIA, de onde os dados são extraídos.

Entre os anos de 2006 e 2007, mudanças no enunciado do indicador geraram confusões nos municípios sob a forma correta de registro do procedimento, tendo como consequência distorção nos números atingidos.

O fato de não ter feito parte da pactuação nacional também pode ter influenciado os municípios a não efetuarem os registros ou mesmo não informarem os dados no SIA.

O indicador apresenta uma tendência crescente

Apenas quatro coordenadorias (5ª / 11ª / 13ª / 15ª), atingiram a meta pactuada pelo estado, oito coordenadorias (2ª / 3ª / 7ª / 8ª / 10ª / 17ª / 18ª / 19ª) apresentaram índices inferiores a metade da meta estadual.

#### **Análise e Comentários:**

Em 2010 foi publicada e divulgada Política de Saúde Bucal. A aprovação deste documento por todas entidades de classe, academia e controle social possibilitou que pela primeira vez a Seção de Saúde Bucal garantisse recurso para investimento em ações de média complexidade. Neste sentido, foram alocados recursos do tesouro do Estado para oferta de próteses dentárias e para incentivo a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas.

Além disso, garantiu também investimentos na atenção básica, tais como: a manutenção do incentivo estadual para incorporação de Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde Família, a compra de 180.000 escovas dentais e a elaboração e distribuição de 90.000 folders de prevenção e controle de Câncer Bucal como estímulo aos municípios para ações educativo-preventivos.

Estes investimentos criaram a necessidade de um elenco de trabalhadores capacitados para atuarem de acordo com a Política. Para tanto, estimulou-se a implementação de 10 cursos descentralizados de formação de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) para serem absorvidos principalmente na ESB e nos Centros de Especialidades Odontológicas.

### 6.23. Política Estadual de Alimentação e Nutrição

#### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Implementar as ações desenvolvidas, na área de alimentação e nutrição, no Estado	Realizar reuniões técnicas anuais para capacitação das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde em alimentação e nutrição, com ênfase nas diretrizes da Política Estadual de Alimentação e Nutrição	2 reuniões	Realizada 2 Reunião Técnica com Coordenadores Regionais de Alimentação e Nutrição com representação de 63% das Regionais de Saúde. Temas abordados: Pactuação – indicadores Pacto 21 e 22; Programa Bolsa Família (PBF) – Condicionalidades da Saúde; Sisvan WEB; Estratégia Nacional Promoção Alimentação Complementar Saudável-ENPACS, e Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF).
	Realizar a Etapa Estadual do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS: PNAN 10 anos	1 seminário	Realização do Seminário Estadual para avaliação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN 10 anos no SUS, com a participação de 80% das Coordenadorias Regionais de Saúde, e Conselheiros estaduais e municipais da saúde; Entidades da sociedade civil (usuários); Entidades de trabalhadores de saúde; Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição da Região Sul /CGPAN/MS; Entidades dos trabalhadores nutricionistas (Conselho, Associação, Sindicato); Gestor estadual e municipal da Política de Alimentação e Nutrição; Gestores Estaduais de Saúde (CONASS); Gestores Municipais de Saúde (COSEMS); Conselheiros do Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional; Especialistas em políticas públicas da saúde e alimentação e nutrição.  O objetivo deste seminário foi avaliar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição-PNAN e propor diretrizes para a reformulação, considerando os dez anos de implementação no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Os debates foram com base em quatro temas relevantes para o atual momento da PNAN e as propostas do nosso Estado foram encaminhadas para o Seminário Nacional. Destacamos como temas do Seminário: Determinantes e condicionantes socioeconômicos da situação de saúde e nutrição da população brasileira; Processo de implementação, avanços e desafios do conjunto das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Contexto de transição epidemiológica, nutricional e demográfica, reformas institucionais do SUS, diretrizes do Pacto pela Saúde, fortalecimento da atenção básica com expansão da Estratégia saúde da família, implantação dos Núcleos de apoio à saúde da família, grau de institucionalização das áreas técnicas de alimentação e nutrição nas três esferas de gestão do SUS, implementação dos territórios integrados de assistência à saúde; Articulação intersetorial entre o Sistema Único de Saúde - SUS e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN.
	Realizar reunião técnica com os municípios do Estado que recebem recursos do FAN/MS para desenvolvimento de ações na área de alimentação e nutrição	1 reunião	Realizada 1 Reunião Técnica com os municípios do Estado que recebem recursos do Fundo de Alimentação e Nutrição/MS com a participação de 91,7% dos municípios: Alvorada, Canoas, Caxias do Sul, Gravataí, N. Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, POA, Santa Maria, São Leopoldo e Viamão que recebem este recurso. Esta reunião foi importante para realizarmos o monitoramento e avaliação das ações planejadas pelos municípios e elencarmos as

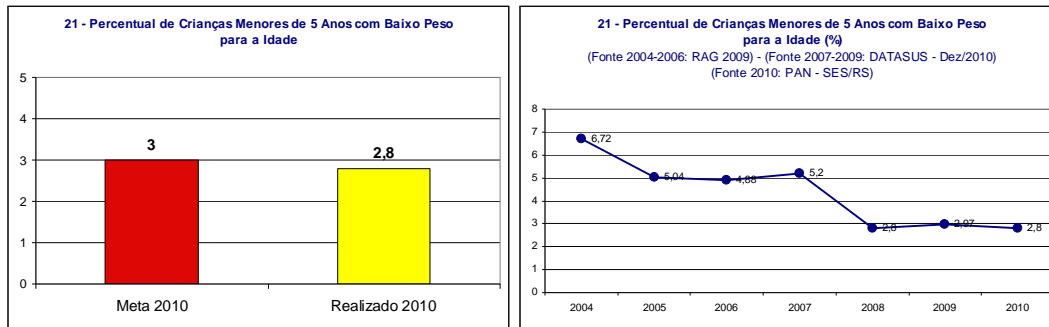
			dificuldades encontradas para execução das ações e utilização do recursos.
	Realizar capacitação para os técnicos municipais e das CRSS, para a implementação e execução do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e do Sistema de acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	1 capacitação	Realização de Capacitação para atualização dos técnicos regionais e municipais responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN e sistema de Gestão do Programa Bolsa Família. Participação de 368 técnicos municipais. Estes sistemas são fontes de dados para o planejamento das ações de alimentação e nutrição.
	Realizar Oficinas de Trabalho Regionalizada do Programa Bolsa Família	7 oficinas	Realização de 07 Oficinas de Trabalho Regionalizadas do Programa Bolsa Família das regiões Alto do Jacuí e Região Alto da Serra do Botucaraí; Região da Produção e Região Metropolitana do Delta do Jacuí; Região Centro-Sul e Região Litoral Vale do Taquari; Região Vale do Caí; Região Vale dos Sinos e Região Paranhama, Região Médio Alto Uruguai e Região Rio da Várzea; Região Central, Região Jacuí Centro e Região Vale do Jaguarí. Objetivo da oficina: Intersetorialidade como condição para o Desenvolvimento do Programa Bolsa Família. Público-alvo: representantes Municipais da Instância de Controle Social do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família e Representantes dos Comitês Municipais Intersetorial do Cadastro Único Programa Bolsa Família, totalizando 521 participantes com representação de 24,5% de Técnicos das Secretarias Municipais da Saúde.
Fomentar e divulgar em 90% dos municípios do Estado a promoção de hábito de vida e alimentação saudável, através da distribuição de material educativo destinado a população leiga (folder "Coma melhor e viva melhor" elaborado pela equipe técnica).	Capacitar profissionais para serem Tutores Estaduais para a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS)	Formar 25 tutores estaduais	Realização do Curso de formação de tutores estaduais para a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável – ENPACS, dando continuidade ao processo de implantação desta estratégia em nosso Estado. Foram formados 25 tutores estaduais com representação de nove Regionais de Saúde (3ª, 4ª, 6ª, 9ª, 10ª, 13ª, 14ª, 17ª e 19ª)
	Realizar reuniões técnicas por macro-regiões do Estado	6 reuniões (abrangendo as 07 Macrorregiões)	Não realizado
	Elaborar material informativo e educativo	Material elaborado	Distribuído material educativo aos municípios para utilização junto a população nas ações desenvolvidas durante a semana mundial da alimentação
Qualificar os profissionais da SES que atuam na política de alimentação e nutrição para atualização científica na área	Qualificação de 30% dos profissionais, através de participação em cursos, mostras, congressos, conferências, e outros eventos de atualização científica na área de alimentação e nutrição	4 eventos	Participação dos técnicos da PAN e das Regionais em reuniões, congressos, encontros, seminários e oficinas, dentre eles: Reunião Técnica dos Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição, 50ª Conferência Anual de Epidemiologia e Prevenção de Doença Cardiovascular, Capacitação em Sistemas de Informação relacionados às Ações de Alimentação e Nutrição, Seminário Intersetorial das Condicionalidades e Programas Complementares do Programa Bolsa Família da Região Sul, Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN 10 anos, Oficina para validação de proposta metodológica para o "Planejamento local a partir do Guia Alimentar para a População Brasileira", 11º Congresso Internacional sobre Obesidade, II Congresso

	Mundial de Nutrição na Saúde Pública e I Congresso Latino Americano de Nutrição Comunitária, X Encontro Nacional da Rede de Nutrição do SUS e III Encontro Nacional dos Coordenadores Estaduais do Programa Bolsa Família.
Realizar 03 reuniões técnicas anuais para capacitação das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde em alimentação e nutrição, com ênfase nas diretrizes da Política Estadual de Alimentação e Nutrição	Referente a primeira ação deste plano
Realizar 02 capacitações por ano para todos os Coordenadores Municipais de Alimentação e Nutrição do Estado para a implementação e execução do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	Referente a quarta ação deste plano
Reduzir para 4% o percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade.	<p><b>Indicador 21</b> – Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade.</p> <p>Este indicador expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança. Esta avaliação é adequada para o acompanhamento do crescimento infantil e reflete a situação global do indivíduo.</p> <p>A meta pactuada pelo Estado foi de 3%. O resultado alcançado no ano de 2010 foi superior a meta pactuada atingindo 2,8%.</p> <p>Analisando-se a série histórica, observa-se uma redução gradativa dos percentuais de crianças menores de cinco anos com baixo peso, atendidas na Atenção Básica e acompanhadas no Sisvan Web (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), fazendo-nos crer que as ações desenvolvidas pela Política Estadual de Alimentação e Nutrição juntamente com as Coordenadorias Regionais de Saúde e Municípios, contribuíram para melhorar o desempenho do indicador com ênfase na redução/erradicação da desnutrição infantil.</p>
Acompanhar, pela Atenção Básica, 65% de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família.	<p><b>Indicador 22</b> - Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica.</p> <p>Este indicador expressa o percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, com perfil saúde, acompanhadas pela atenção básica e registradas no sistema Módulo de gestão das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família –DATASUS.</p> <p>A meta pactuada pelo Estado em 2010 foi de 56%. Entretanto, atingimos o resultado 60,61%, no ano de 2010, de acompanhamento das famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família atendidas pela Atenção Básica, superando as expectativas.</p> <p>Observamos a cada semestre um crescimento no percentual deste indicador, como também, um aumento no número total de famílias beneficiárias com perfil saúde acompanhadas no Programa Bolsa Família.</p>
<b>Outras realizações</b>	Realizada I Oficina de Integração das Áreas de Alimentação, Nutrição e Alimentos da SES: Apresentação da Política Estadual de Alimentação e Nutrição, aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde; Exposição das ações

## Indicadores Pactuados:

### 21 - Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade

Objetivo do indicador: reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos.



Este indicador expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança. É o índice utilizado para a avaliação do estado nutricional, principalmente para caracterização do baixo peso. Essa avaliação é adequada para o acompanhamento do crescimento infantil e reflete a situação global do indivíduo.

A meta pactuada foi de 3%. O resultado alcançado no ano de 2010 foi superior a meta pactuada atingindo 2,8% de crianças com baixo peso menores de cinco anos acompanhadas e com o registro de acompanhamento no Sisvan.

As ações desenvolvidas pela Política Estadual de Alimentação e Nutrição juntamente com as Coordenadorias Regionais de Saúde e Municípios, contribuíram para melhorar a meta proposta que foi de 3% para 2,8%. Desta forma propomos o ajuste de meta 2011, ou seja, de mantermos o resultado alcançado de 2,8% no ano de 2010 para o indicador.

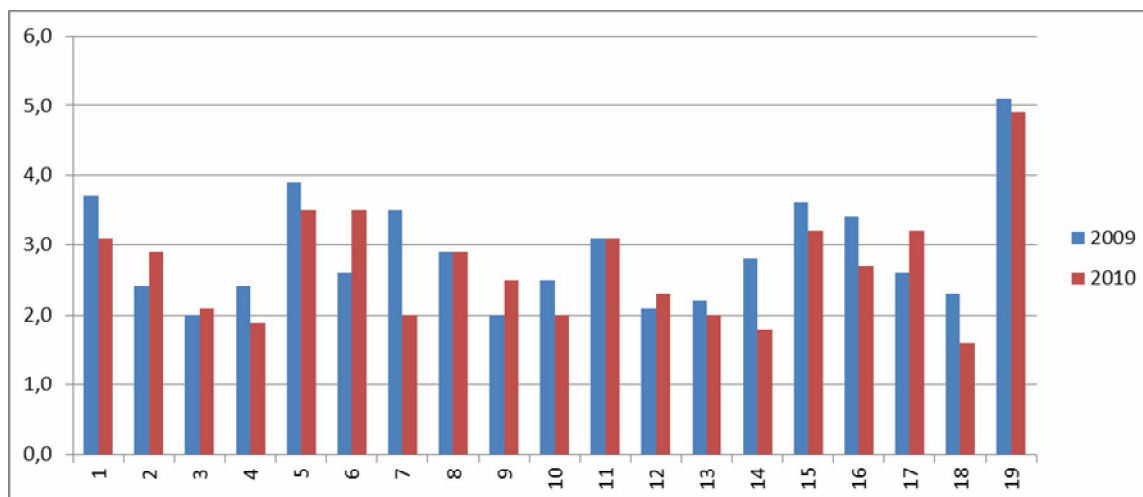
No ano de 2010, a meta alcançada no Brasil que foi de 4,7% neste indicador, nos Estados da Região Sul há uma redução deste percentual, tendo em vista que os maiores índices de crianças com baixo peso estão nos Estados do Norte e Nordeste.

Do total das Coordenadorias, doze que corresponde a 63% atingiram a meta estadual pactuada para o indicador. As coordenadorias que não atingiram a meta são:

- no ano de 2009 (1ª, 5ª, 7ª, 11ª, 15ª, 16ª e 19ª);
- no ano de 2010 (1ª, 5ª, 6ª, 11ª, 15ª, 17ª e 19ª).

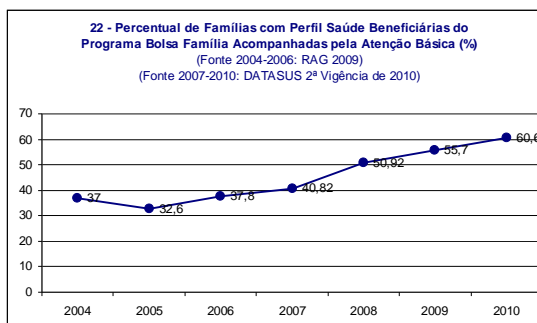
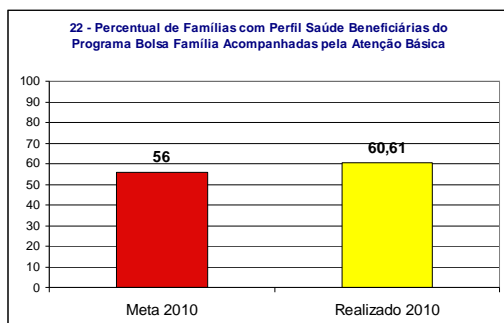
Com relação aos municípios, no ano de 2010, houve uma redução de 8% em comparação com o ano de 2009, no percentual dos municípios que atingiram a meta pactuada pelo Estado. Em 2009, 414 municípios que corresponde a 83%, atingiram meta estadual pactuada, e no ano de 2010 este percentual caiu para 75% (371 municípios).

### Indicador 21: percentual de crianças com Baixo Peso para Idade



### 22 - Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica

Objetivo do indicador: reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos.



Este indicador expressa o percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, com perfil saúde, acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano (2º semestre) e registradas no sistema Módulo de gestão das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família – Datasus.

As famílias beneficiárias do Programa, com perfil saúde, são aquelas que possuem em sua constituição, crianças menores de 7 anos de idade e mulheres em idade fértil (dos 14 aos 44 anos).

O resultado alcançado no ano de 2010 foi de 60,61% das famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica. A meta pactuada pelo Estado foi de 56%.

No ano de 2010 a meta atingida no Estado foi menor em relação a meta alcançada no Brasil (68,42%). Porém, ressaltamos um aumento gradativo no percentual alcançado neste indicador a cada vigência, como também, um aumento no número total de famílias beneficiárias com perfil saúde a serem acompanhadas no Programa Bolsa Família.

As ações desenvolvidas pela Política Estadual de Alimentação e Nutrição juntamente com as Coordenadorias Regionais de Saúde e Municípios, contribuíram para melhorar a meta estadual proposta anteriormente. Para o ano de 2010 a meta estadual pactuada foi de 56%, e o resultado alcançado foi de 60,61%. Desta forma, propomos o ajuste da meta em um aumento de 3,0 pontos percentuais a meta anteriormente pactuada pelo Estado para o ano de 2011, passando de 58% para 61%.

Do total das coordenadorias, dezesseis que corresponde a 84,21% atingiram a meta estadual pactuada para o indicador. As coordenadorias que não atingiram a meta são:

- no ano de 2009 (1ª, 5ª e 7ª);
- no ano de 2010 (1ª, 3ª e 7ª).

Com relação aos municípios, no ano de 2010, houve um pequeno aumento em comparação com o ano de 2009, no percentual dos municípios que atingiram a meta pactuada pelo Estado. Em 2009, 421 municípios que corresponde a 84,88%, atingiram meta estadual pactuada, e no ano de 2010 o percentual ficou em 85,69% (425 municípios).

#### **Análise e Comentários:**

As principais ações programadas pela Política de Alimentação e Nutrição para o ano de 2010 foram executadas e contribuíram para os avanços alcançados nos indicadores 21 e 22 do Pacto pela Saúde. Esses resultados também podem ser observados nas demais ações de alimentação e nutrição desenvolvidas em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde e Municípios, com vistas à prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição.

Destacamos as ações que influenciaram nos resultados dos indicadores:

- Aumento progressivo da cobertura de crianças acompanhadas na Atenção Básica, com a implementação do Sisvan Web nos Municípios. Em 2010 observou-se um aumento em torno de 23.000 crianças acompanhadas na Atenção Básica com registro no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional,
- Incentivo e motivação dos profissionais de Saúde da atenção básica a desenvolver uma atitude de vigilância, tendo um olhar diferenciado para a informação, fazendo com que essa gere uma ação individual ou coletiva, para assegurar o direito humano à alimentação adequada e saudável e a segurança alimentar e nutricional.
- Fortalecimento das ações de incentivo ao aleitamento materno e promoção da
- Alimentação Saudável através da implementação da Estratégia Nacional de alimentação Complementar Saudável – ENPACS, no Estado;
- Desenvolvimento de capacitações buscando oferecer um espaço de reflexão, orientação, apoio e qualificação para os técnicos regionais e municipais, da área de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde;
- Apoio à criação dos Comitês Regionais e Municipais intersetoriais, do Programa Bolsa Família (Saúde, Educação e Assistência Social);
- Incentivo a participação dos técnicos municipais no curso de Educação à Distância em Gestão das condicionalidades da Saúde do Programa Bolsa Família.
- Desenvolvimento de ações intersetoriais nas três esferas de governo, com atuação conjunta das Secretarias Estaduais: Educação, Trabalho e Desenvolvimento Social, Planejamento, Mulher e Controle Social, buscando a sensibilização dos gestores, e a qualificação do Cadastro Único proporcionando uma maior vinculação dos beneficiários aos serviços de saúde. Essas ações contribuíram para ampliar a cobertura das condicionalidades da Saúde e a melhoria da saúde e nutrição dos beneficiários do Programa Bolsa Família, promovendo a inclusão social.



Destacamos também, como um grande avanço para a área técnica em 2010, a institucionalização da Política Estadual de Alimentação e Nutrição, Decreto do CES/RS Nº 06/2010, com o objetivo de garantir uma política permanente de saúde nutricional, promovendo ações de segurança alimentar e nutricional sustentável em nível populacional no Estado.

Aspectos que podem ser melhorados:

- Implementação de ações conjuntas com as seções do DAS/SES, destacando-se a Saúde da Criança, Estratégia de Saúde da Família, a Saúde da Mulher, Programa Primeira Infância Melhor, Monitoramento e Avaliação, Saúde Bucal, Aids, e o CEVS, indispensáveis para garantir a capilaridade da promoção da alimentação saudável e a efetividade da vigilância alimentar e nutricional.

<b>Total de Recursos Programado</b>		<b>Total de Recursos Executados</b>	
Estadual	R\$ 181.000,00	Estadual	R\$ 14.937,00
Federal	R\$ 120.000,00	Federal	R\$ 72.049,80

## 6.24. Política Estadual do Sangue

### Objetivos (PES):

- 1 - Coordenar e incrementar a consolidação da Hemorrede Pública mediante a produção e o fornecimento de sangue e hemoderivados com qualidade aos leitos do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 2 - Prestar atendimento multiprofissional a pacientes hemofílicos e portadores de coagulopatias na FEPPS/HEMORGS/Clinica Hematológica do Estado do Rio Grande do Sul, que é referência estadual para este atendimento;
- 3 - Consolidar a Política Estadual do Sangue e Hemoderivados no Rio Grande do Sul.

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		
	Ações	Meta 2010	Realizações 2010
Atender 100% da demanda de sangue, com qualidade, aos leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado	Ampliar a execução orçamentária de convênios relacionados à qualificação e modernização da Hemorrede Pública do Estado	Atingir 80% da Execução Orçamentária prevista no Plano de Trabalho para o período	50% atingido - problemas com a CECOM e licitações repetidas e desertas prejudicam a execução.
	Aumentar a doação voluntária (espontânea) de sangue, promovendo a qualificação dos profissionais da Hemorrede Pública através da ampliação do número de treinamentos ofertados a profissionais da Rede	24 treinamentos	54 treinamentos foram realizados, alcançando 175% da meta proposta.
	Aumentar a doação voluntária (espontânea) de sangue, promovendo a qualificação dos profissionais da Hemorrede Pública através da ampliação do número de profissionais capacitados	300 profissionais	554 profissionais foram capacitados na hemorrede pública do estado atingindo 185% da meta.
Atender 100% da demanda no atendimento a pacientes hemofílicos e portadores de coagulopatias na FEPPS/HEMORGS/ Clínica Hematológica do Estado do Rio Grande do Sul	Contratação de profissionais para atendimento a pacientes portadores de Hemoglobinopatias	2 médicos e 1 enfermeiro	Foi contratada uma médica pelo estado, pois não houve aceitação de contratação via convênio.
Implantar Plano de Cargos e Salários da Hemorrede Pública com a finalidade de cumprir a Estadualização	Estruturação da hemorrede pública mediante criação da Fundação HEMORGS, solicitada através dos expedientes de número 826-2069/09-7 e 2134-2069/09.0	Lei criada	Lei não criada. Processos encaminhados foram arquivados em vista da mudança de gestão.
Esta Meta não consta no PES, foi acrescida na PAS 2010 - Implementar	Implantar na FEPPS/HEMORGS sistema de Hemovigilância e	Sistema implantado	Ainda não implantada.

ações que procurem garantir o controle efetivo de 100% das reações transfusionais imediatas e tardias pelo CEVS e FEPPS/HEMORGS	Retrovigilância
<b>Outras realizações</b>	

#### Análise e Comentários:

A FEPPS identificou uma série de problemas de ordem logística da unidade, e do próprio estado do ponto de vista material e humano, quais sejam, que dificultam a execução de atividades e aquisições:

- Dificuldades de aquisições junto a CECOM; considerando ser a unidade central de atendimento, possui prazos de acordo com família lic, e passamos por licitações desertas, inúmeras licitações com 2 ou até 3 passagens pela CECOM até aquisição, podendo chegar a dois anos até aquisição de itens, e considerando tratar-se de aquisições por convênios, perde-se prazos, pede-se prorrogações a União, justifica-se falta de execução inúmeras vezes;
- Falta de previsão de um sistema de informática atualizado; considerar que não havia previsão desta atividade quando da criação dos Organogramas existentes. Necessário rever organogramas e legislação da FEPPS. Criar um departamento e efetuar concurso para área, com responsável técnico em redes, com uma equipe de estagiários da área para atender as 5 unidades centrais e dar subsídio às unidades laboratoriais e hemocentros do interior do estado. (considerar que o custo de manutenção de equipamentos terceirizada é elevada, cabe a contratação de um especialista e diversos estagiários). Atualmente não existe trabalho, comunicação ou ação sem um sistema de informática. Toda atividade e qualidade de serviços em qualquer localização depende da agilidade e adequação desta área.
- Pessoal - Necessidade de um Concurso Público, com urgência. Estamos quase em situação de emergência. Estamos com Concurso emergencial para atender DNA-Paternidade(Estamos atendendo toda área judicial), que vence o período de 2 anos neste exercício e deixará o estado em situação precária. O número cada vez maior de aposentadorias do interior e de laboratórios específicos tem carência urgente de reposição sob pena de não poder atender a população. Estes levantamentos de pessoal foram encaminhados à Secretaria a fim de sustentar um Concurso Público.

<b>Total de Recursos Programado</b>		<b>Total de Recursos Executados</b>	
Estadual	R\$ 3.870.450,00	Estadual	R\$ 4.211.868,17
Federal	R\$ 1.896.300,00	Federal	R\$ 760.821,13

## 6.25. Política Estadual de Assistência Farmacêutica

### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Reestruturar a equipe de médicos avaliadores e ampliar as parcerias com instituições públicas e privadas, visando aumentar a capacidade de avaliação técnica para análise das solicitações de medicamentos	Avaliar a redução de demanda resultante das recentes modificações efetuadas nos Componentes da Assistência Farmacêutica do SUS, visando o melhor aproveitamento dos recursos humanos disponíveis	Até Junho de 2010	As Portarias GM 2981 e 2982 de 2009 modificaram o elenco e financiamento da AF Básica, transferindo para os municípios alguns medicamentos como: Sinvastatina levodopa/carbidopa, alendronato e outros. Esta transferência não impactou na redução do tempo de espera pela avaliação de processos porque nestas áreas, a CPAF estava sem avaliador. Como a equipe estava desfalcada, não houve reaproveitamento de recursos humanos para os demais medicamentos.
	Buscar a ampliação da capacidade de avaliação dos Centros de Referência e Centros de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis mantidos em cooperação técnica com diversas instituições	Ampliação de 15% (quinze por cento) no número de tratamentos avaliações	Os Centros de Referência diminuíram o número de avaliações. Não houve aumento das avaliações por parte dos Centros de Referência.
Revisar o elenco de medicamentos dispensados em caráter Especial	Revisar o elenco da atual Portaria SES/RS nº 238/06 (Elenco Especial) face as novas Portarias MS nº 2.981/09 e 2.982/09 e publicar a nova Portaria do Elenco Especial	Portaria publicada até Junho de 2010.	A nova Portaria foi publicada em 2010.
Elaborar Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para o fornecimento de medicamentos dispensados em caráter Especial (Elenco Estadual)	Identificar possíveis instituições parceiras	Até Julho de 2010	Não foi realizado.
	Selecionar as patologias a serem protocolizadas	Até Setembro de 2010	Não foi realizado.
	Formalizar a forma de cooperação técnica com as instituições selecionadas	Até Outubro de 2010	Não foi realizado.
Aperfeiçoar o atual sistema de controle de óbitos por meio da integração do Sistema AME com a base de dados do Serviço de Verificação de Óbitos do Ministério da Saúde	Verificar formato de exportação de dados disponível pelo Sistema de Verificação de Óbitos do Ministério da Saúde	Até Agosto de 2010	Não foi realizado porque a informação do serviço de verificação de óbitos do MS não é completa, causando transtorno aos serviços pela exclusão de homônimos.
	Desenvolver solução de importação de dados pelo Sistema AME.	Solução desenvolvida	Não realizado.
Capacitar os servidores que atuam na assistência farmacêutica dos	Realizar capacitação presencial com troca de experiências na sede de cada uma das 19	01 capacitação por CRS	Foi realizada 01 capacitação com servidores municipais de cada uma das 19 Coordenadorias Regionais.

	Coordenadorias Regionais de Saúde para os servidores da Assistência Farmacêutica dos seus respectivos municípios			
municípios, Centros de Referência e Centros de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis	Realizar em Porto Alegre capacitação presencial com troca de experiências para todos os Centros de Referência e Centros de Aplicação e Monitorização de medicamentos Injetáveis	02 eventos de capacitação		Foi realizada 01 capacitação em agosto de 2010.
	Realizar, em Porto Alegre, capacitação presencial com troca de experiências entre as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde para os servidores da Assistência Farmacêutica	06 capacitações (bimensal)		Foram realizadas 02 capacitações em 2010.
Capacitar no mínimo 01 servidor da Assistência Farmacêutica de cada uma das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde. (esta meta foi modificada no PES, e não consta como meta PES na PAS 2010)				Excluir. Repetido da meta anterior.
Elaborar material informativo (cartilha) para distribuição aos usuários contendo informações gerais acerca das Políticas de Assistência Farmacêutica, bem como orientações quanto ao uso racional de medicamentos	Selecionar informações essenciais aos usuários no âmbito da Assistência Farmacêutica, elaborar conteúdo do material informativo, publicar e distribuir as Coordenadorias Regionais de Saúde e Órgãos Dispensadores dos Municípios	150.000 exemplares		Não foi elaborado o material.
Elaborar material informativo (cartilha) para distribuição aos médicos prescritores contendo informações gerais acerca das Políticas de Assistência Farmacêutica, dos elencos de medicamentos fornecidos pelo Estado, dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas existentes, dos procedimentos técnicos e administrativos necessários à instrução dos	Selecionar informações essenciais aos médicos prescritores no âmbito da Assistência Farmacêutica, elaborar conteúdo do material informativo, publicar e distribuir as Coordenadorias Regionais de Saúde e Municípios, para repasse aos médicos dos serviços de saúde	15.000 exemplares		Não foi elaborado o material.

processos de solicitação destes medicamentos, bem como da importância de que as prescrições estejam adequadas as Políticas Nacional e Estadual de Assistência Farmacêutica			
Meta foi acrescida na PAS2010: Terceirizar a logística de distribuição de medicamentos dos elencos dispensados em caráter Especial e Excepcional fortalecendo o processo de descentralização	Integrar os Sistemas AES (Almoxarifado Central) com o Sistema AME (Órgãos Dispensadores), possibilitando a informatização das guias de remessa de medicamentos	Até Agosto de 2010	Sim, porem não para todo o estado. Apenas para os municípios da região metropolitana.
	Contratar operador logístico para efetuar entrega dos medicamentos diretamente nos maiores municípios do interior do Estado	Operador logístico contratado	Orçado em R\$ 6.000.000,00. A relação de custo-benefício foi avaliada como desfavorável.
Padronizar procedimentos operacionais e atualizar procedimentos padronizados já existentes.			Foram padronizados e divulgados.
Implantar a integração dos Sistemas AES (estoque almoxarifado central) e AME (estoques dos órgãos dispensadores) em todos os órgãos dispensadores do Estado.			Os sistemas estão integrados, mas implantados parcialmente (região metropolitana).
Efetuar a entrega de medicamentos dos elencos dispensados em caráter Especial e Excepcional, deferidos administrativamente, diretamente na residência para usuários idosos.			Em parte. A adesão ao programa tem sido pequena, hoje são 1.595 usuários. Os usuários são entrevistados sobre o seu interesse em receber os medicamentos diretamente no endereço residencial, mas têm preferido retirar nas farmácias pelos motivos descritos à seguir: <b>(universo de 11.495 entrevistas)</b> - 41% por não possuir entrega residencial por parte da ECT; - 12,5% preferem ir à farmácia - 8,3% buscam medicamentos para outros usuários nas farmácias; - 5,4% retiram outros medicamentos na farmácia; - 3% não têm quem receba os medicamentos em casa; - 1% não confia nas entregas; - 0,2% estão em processo de mudança de endereço; - 0,15% possuem indicação médica para atividade física;
Implantar o sistema de inventário eletrônico de estoques em todos os órgãos dispensadores do Estado.			Implantado em todos os municípios, exceto região metropolitana, pois nestes há a remessa eletrônica, ou seja, o envio de medicamentos de acordo com demanda expressa no sistema.
Implantar pelo menos 05 novos Centros de Aplicação e Monitorização de			Foi implantado.

Medicamentos Injetáveis para o tratamento de usuários portadores de hepatite C	
Credenciar empresas para elaboração de Pareceres Técnicos Científicos em pelo menos 15 especialidades médicas para subsidiar a defesa do Estado pela PGE em ações judiciais relacionadas a medicamentos.	Foram credenciadas empresas para elaboração de pareceres em 11 especialidades médicas.
Implantar, em conjunto com os municípios, registros de preços estadual dos medicamentos do elenco de referência da Assistência Farmacêutica Básica, para a aquisição dos mesmos pelos municípios objetivando a redução de custos;	Não foi implantado.
Meta foi acrescida na PAS 2010: Implantar pelo menos 05 novos Centros de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis para o tratamento de usuários portadores de hepatite C	Excluir. Meta repetida.
Capacitar e estimular todos os municípios do estado para a elaboração dos respectivos planos municipais de Assistência Farmacêutica, com ênfase na Assistência Farmacêutica Básica;	Não
Revisar todos os tratamentos ativos cadastrados no Sistema informatizado de Administração de Medicamentos - AME.	Sim.
<b>Outras realizações</b>	Capacitação para representantes da Assistência Farmacêutica dos municípios apresentando o sistema HÓRUS de gerenciamento da Farmácia Básica, desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

## Intersecção entre CPAF e FEPPS na Execução da Política Farmacêutica

### Objetivos (PES):

- 1 - Produzir medicamentos destinados a Saúde Mental e Excepcionais de Alto Custo;
- 2 - Qualificar a logística de recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos.

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010	
	Ações e Metas Anuais			Realizações 2010
	Ações	Meta 2010		
Esta meta foi acrescida na PAS 2010, não consta no PES: Produzir medicamentos para atender Política Estadual de Assistência Farmacêutica	Contratar estudos de equivalência farmacêutica e de biodisponibilidade	Contratação		
	Instalar sistema de tratamento de água	Sistema instalado		
	Obter certificado de BPF junto à ANVISA	Certificado de BPF obtido		
	Enviar dossiês a fim de obter registro de medicamentos junto à ANVISA	2 registros de medicamentos		
	Iniciar produção de medicamentos	86.000.000 unidades de comprimidos		
Receber, armazenar e distribuir os medicamentos para atender aos programas estratégicos do governo federal no RS (DST-Aids, Tuberculose e Hanseníase), os medicamentos especiais e os medicamentos de hospitais próprios da Secretaria da Saúde no RS e os produzidos pela FEPPS/LAFERGS	Melhorar instalações físicas do almoxarifado de medicamentos através de reforma do piso e da rede elétrica	Piso e rede elétrica reformados		Não realizado. A obra iniciada é inadequada às necessidades de um almoxarifado de medicamentos.
	Adquirir caminhões para renovar a frota	2 caminhões		Os caminhões foram adquiridos em novembro
	Distribuir medicamentos nas 19CRS, hospitais próprios, centros de referência e farmácia de medicamentos especiais da SES	98.000.000 unidades		Foram distribuídos 128.141.254 unidades em 2010.
<b>Outras realizações</b>				



## 6.26. Política Estadual de Saúde nas Fronteiras

### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Implantar 02 observatórios de Vigilância em Saúde nas fronteiras.	Elaborar projeto intersetorial para implantação dos observatórios	Projeto elaborado	Não Realizado.
Elaborar, em conjunto, Protocolos para a atuação em Vigilância e Assistência à Saúde nas fronteiras.	-	-	-
<b>Outras realizações</b>	A SES-RS analisou projeto da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL), tendo em vista a captação de recursos do FOCEM para a implantação de 06 Unidades de Saúde Fronteiriças nos municípios denominados de "fronteira gêmea" com o Uruguai.		

<b>Total de Recursos Programado</b>		<b>Total de Recursos Executados</b>	
Estadual	R\$	Estadual	R\$ 0,00
Federal	R\$ 10.000,00	Federal	R\$ 0,00

### Análise e Comentários:

Em 2008 o Ministério da Saúde do Brasil e do Uruguai firmaram o Ajuste Complementar ao Acordo para permissão de residência, estudo e trabalho a nacionais fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para a prestação de serviços de saúde discutido pela Comissão Binacional Assessora da saúde na fronteira Brasil-Uruguai. No final de 2009, foi publicado no DOU o Decreto Legislativo nº 933 de 14 de dezembro de 2009. Ao longo do ano de 2010, o Conselho Federal de Medicina, juntamente com os Conselhos Regionais, vem discutindo essa questão.

## 6.27. Planejamento

### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Realizar 20 cursos de capacitação em planejamento, para 800 participantes das Secretarias Municipais de Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde e dos Conselhos de Saúde.	Realizar cursos básicos de planejamento para servidores Estaduais e Municipais	10 cursos	Realizou-se 10 cursos, para 320 servidores das Secretarias Estadual e Municipais da Saúde e Conselheiros de Saúde.
Adquirir material bibliográfico para a SES, ou seja, realizar aquisição de livros e assinaturas anuais de periódicos de referência em planejamento na área da saúde.	Concluir aquisição e realizar distribuição dos lotes.	21 lotes	Foram adquiridos 09 lotes (aproximadamente 100 exemplares) e distribuídos aos CIES nas regionais de saúde. Além disso, foram distribuídas obras para a biblioteca Central da ESP e para a biblioteca da ASSTEPLAN. A empresa não conseguiu entregar todos os lotes licitados. A aquisição de livros foi importante para subsidiar o trabalho dos técnicos e subsidia a pesquisa e a construção do conhecimento na área.
Realizar, pelo menos, um encontro semestral ao ano, com as Coordenadorias Regionais de Saúde para discussão e qualificação das ações de planejamento no SUS.	Realizar encontros com as CRS	2 encontros	Foram realizados 02 encontros no ano. O primeiro (junho/2010) discutiu-se a metodologia para a adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde. O segundo (setembro-outubro/2010), discutiu-se novamente Pacto pela Saúde, a Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS e o Sistema de Planejamento do SUS. O resultado desse trabalho está se refletindo na adesão dos municípios gaúchos ao Pacto pela Saúde, conforme será explorado em outras realizações.
Realizar 02 oficinas ao ano, para 80 pessoas cada em M&A com as Coordenadorias Regionais de Saúde e os municípios.	Realizar oficinas em M&A com as CRS	2 oficinas	Não Realizado, tendo em vista que outras demandas como, por exemplo, a adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde, tornaram-se preementes.
Estruturar um Grupo de Estudos em planejamento na SES.	A ser trabalhado em 2011	-	-
Informatizar o Relatório de Gestão.	Trabalhada pelo MS	-	-
Monitorar 100% das ações, políticas		Permanente	Atividade de fluxo contínuo do planejamento, todos os indicadores do Pacto pela Saúde são acompanhados

e estratégias em saúde desenvolvidas no estado.			de forma sistemática, tendo em vista subsidiar os gestores e gerentes do SUS no processo de tomada de decisão.
Capacitar pelo menos um trabalhador do SUS por município em M&A.	A ser trabalhado em 2011		-
Realização Encontro Estadual de M&A, tendo em vista promover troca de experiências entre as diferentes regiões do Estado e instituições de ensino e pesquisa, em 2011.	A ser trabalhado em 2011		-
Publicar uma Edição do Boletim da Saúde em parceria com a Escola de Saúde Pública, com foco na área de Planejamento em Saúde.	Meta não atingida. Sem viabilidade técnica		-
Publicar e promover a distribuição de, pelo menos, 500 exemplares do Plano Estadual de Saúde (PES) 2009/2011, e da versão atualizada do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e do Plano Diretor de Investimento (PDI).	Realizar a revisão de português do PES	1 revisão realizada	Essa ação foi realizada pela Escola de Saúde Pública no primeiro bimestre de 2010.
	Elaborar layout e imprimir o PES	700 impressões	A licitação foi elaborada, entretanto a empresa vencedora não cumpriu com o objeto do contrato. O Departamento Jurídico foi acionado, a licitação cancelada e a contrata tornada inelegível para disputar novas licitações no serviço público.
	Realizar evento para distribuição do PES	1 evento	Não realizado.
	Distribuir o PES	600 envios	Não Realizado. O Plano estadual de Saúde está disponibilizado na página da SES.
	Realizar evento para discussão do PDR/PDI	1 evento	Em dezembro/2010 foi publicada no DOE a Portaria nº 725/2010, que instituiu grupo de trabalho para a condução da atualização do PDR.
	Realizar a revisão de português do PDR/PDI	1 revisão	Não Realizado, conforme acima.
	Elaborar layout e imprimir o PDR/PDI	700 impressões	Não Realizado, conforme acima.
	Realizar evento para distribuição do PDR/PDI	1 evento	Não realizado, conforme acima.
Distribuir o PDR/PDI	600 envios		
Confeccionar material instrucional na área de gestão e planejamento para capacitação de gestores municipais e de técnicos da SES.	A ser trabalhado em 2011		-
Capacitar pelo menos um representante de cada uma das 19 Coordenadorias Regionais e profissionais de municípios em	Atingido		-

planejamento - Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência e Monitoramento, Avaliação, Controle e Regulação.	
<b>Outras          realizações</b>	A Assteplan vem coordenando o processo de adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde. Em dezembro de 2010, 41 municípios haviam aderido ao Pacto, sendo que a maioria deles são da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (27 municípios). A forma de condução da adesão ao Pacto pela Saúde na 5ª CRS representa um avanço na descentralização da gestão, pois os municípios têm efetivamente assumido a gestão do SUS nos seus territórios.

<b>Total de Recursos Programado</b>		<b>Total de Recursos Executados</b>	
Estadual	R\$	Estadual	R\$
Federal	R\$ 1.097.254,00	Federal	R\$ 733.000,00

**Análise e Comentários:**

Existe a necessidade de capacitar as Coordenadorias Regionais de Saúde, tendo em vista melhorar a qualidade da construção dos Termos de Compromisso de Gestão Municipais. Além disso, a partir da adesão dos municípios ao Pacto, ações sistemáticas de monitoramento devem ser desenvolvidas pelos diferentes setores/departamentos da SES, tendo em vista acompanhar de forma efetiva o processo de descentralização. Para tanto, faz-se necessário investir em educação permanente nessa área, haja vista as novas demandas que se anunciam em função do processo de adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde.

## 6.28. Financiamento

### Objetivos (PES):

- 1 - Reestruturar a área financeira da SES, redefinindo atribuições.
- 2 - Revisar e atualizar a legislação do Fundo Estadual de Saúde (FES), caracterizando-o como efetivo instrumento de gestão orçamentária, financeira e contábil do SUS.
- 3 - Gerenciar, de forma eficiente e com transparência, os recursos financeiros do SUS.
- 4 - Qualificar a gestão estadual dos recursos federais

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Informatizar o Relatório de Gestão da SES.	Sistematizar dados do RG-SES através de manutenção e implementações contratadas com a PROCERGS	RG sistematizado	Não realizado. Não houve ampla discussão interna na SES que subsidiasse o conteúdo e forma do Relatório. Falta de técnicos na área de informática e na área contábil. Por enquanto, utiliza-se o modelo do SARGSUS, não informatizado, acrescido de relatório financeiro.
Concluir a informatização dos Relatórios de Gestão Municipais de Saúde (RGMS).	Conclusão do relatório de análises financeiras através do SAN/PROCERGS	RGMS concluído	SAN implantado. RGMS – resumo anual da execução da receita e da despesa municipal
Capacitar 100% dos trabalhadores do FES para aplicação de novas tecnologias.	Capacitar servidores do FES para atualização em legislações vigentes e sistemas implantados	50% dos servidores do FES	Somente 2 servidores foram capacitados de, aproximadamente, 35 que deveriam ter sido.
Capacitar 100% dos Conselheiros Estaduais de Saúde para a compreensão dos relatórios produzidos pelas ferramentas tecnológicas utilizadas pelo FES.	Capacitar conselheiros para utilização dos sistemas da SES	50% dos conselheiros	Não realizado. FES colocou-se à disposição do CES para capacitar conselheiros no sistema on-line MGS de prestação de contas. Dificuldades conjuntas impossibilitaram a realização.
Capacitar 100% dos trabalhadores da equipe da divisão de convênios da ASSTEPLAN e da equipe de execução orçamentário-financeira e de prestação de contas de recursos federais do FES.	Capacitar servidores para atualização em legislações vigentes e sistemas implantados	50% dos servidores do FES, D.Convênios e ASSTEPLAN	Não realizado.
<b>Outras realizações</b>			

## 6.29. Investimentos em Saúde

### Objetivos (PES):

- 1 - Fortalecer o processo de participação popular no Rio Grande do Sul, com a ampliação dos investimentos em saúde;
- 2 - Qualificar o processo de regionalização da saúde no Rio Grande do Sul.

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Aumentar os investimentos em saúde por meio da Consulta Popular.	Executar os investimentos da Consulta popular na organização da Atenção Básica	100% dos recursos	Do valor orçado em 2010 na Consulta Popular para o projeto 7108 – Saúde da Família (R\$ 11.097.785,85) foram executados 39,5% dos recursos, ou seja, R\$ 4.383.209,24
	Executar os investimentos da Consulta popular na Regionalização	100% dos recursos	Do valor orçado em 2010 na Consulta Popular para o projeto 7102 – Regionalização da Saúde (R\$ 26.513.266,20) foram executados 46,96% dos recursos, ou seja, R\$ 12.594.361,21
	Executar os investimentos da Consulta popular do saneamento Comunitário	100% dos recursos	Do valor orçado em 2010 na Consulta Popular para o projeto 7106 – Saneamento Comunitário (R\$ 15.600,00) foram executados 100% dos recursos, ou seja, R\$ R\$ 15.600,00.
Construir Hospital Regional Centro em Santa Maria como referência regional e estadual para reabilitação física e motora.	Iniciar a construção do Hospital Regional Centro (20.001 m²) em Santa Maria	50% da obra	30% da obra executada, tendo como principal dificuldade as condições climáticas desfavoráveis (mau tempo).
Ampliar o número de votantes na Consulta Popular para a área da saúde.			As Coordenadorias Regionais de Saúde tiveram importante participação nas assembléias regionais e municipais procurando orientar a participação dos municípios, bem como foi criado um acréscimo nos recursos do orçamento para os municípios que apresentaram maior número de votantes, estimulando assim a participação popular.
<b>Outras realizações</b>			Além dos recursos orçados inicialmente para execução dos projetos eleitos em 2010, foram suplementados recursos através de decreto para atender demandas eleitas em exercícios anteriores.

### Análise e Comentários:

As principais dificuldades para a não execução de 100% dos recursos previstos em 2010 na Consulta Popular foram a não liberação de recursos financeiros pela Secretaria da Fazenda dos processos empenhados e liquidados, uma vez que foram executados recursos de Consulta Popular de exercícios anteriores (passivo), pela razão também de alguns municípios estarem no CADIN, por fim pelo fato de alguns municípios não terem protocolado processo com a demanda prevista.

<b>Total de Recursos Programado</b>		<b>Total de Recursos Executados</b>	
Estadual	R\$ 37.789.758,00	Estadual	R\$ 16.993.170,45
Federal	R\$ 12.300.000,00	Federal	R\$

### 6.30. Redes de Assistência Especializada

#### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Meta PES alterada na PAS 2010, de "Habilitar no mínimo 08 Redes Assistenciais" para: Habilitar Unidades Assistenciais de média complexidade de acordo com as especificidades de cada região	Habilitar unidade e serviços de média complexidade em oftalmologia.	24 unidades	<p>4 unidades de média complexidade em serviços de reabilitação física:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço de Reabilitação Física de Ijuí (UNIJUÍ);</li> <li>Reabilitação Intelectual</li> <li>- APAE em Santana do Livramento</li> <li>- 2 serviços de Reabilitação Visual, no RS pela PT MS/SAS 438 e PT MS/SAS 439 de 13/09/2010: Hospital Banco de Olhos de POA (1ª CRS), como referência para as Macros metropolitana, Serra e Sul; Hospital São José, de Giruá (14ª CRS) como referência para as Macros Centro-Oeste, Missioneira, Norte e Vales;</li> </ul> <p>- MÉDIA COMPLEXIDADE DE OFTALMOLOGIA- 23 Serviços encontravam-se em fase de adequação à legislação:</p> <p>1ª CRS- Hospital Universitário da ULBRA (Canoas); Hospital Dom João Becker (Gravataí); Hospital Nossa Senhora das Graças (Canoas); Clínica Panamericana de Olhos (Sapucaia do Sul); Hospital Municipal Getúlio Vargas (Sapucaia do Sul);</p> <p>3ª CRS- Clínica Oftalmológica Jaguarão; Sociedade Beneficência Portuguesa (Pelotas); Hospital Dr. Miguel Riet (Rio Grande);</p> <p>4ª CRS- Oftalmoclínica Santa Maria;</p> <p>5ª CRS- Clínica Vinícius Caldeira (Bento Gonçalves); Instituto Gaúcho de Oftalmologia (Caxias do Sul); Clínica Oftalmológica (Farroupilha);</p> <p>6ª CRS- Hospital Oftalmológico Lions (Passo Fundo);</p> <p>7ª CRS- Centro de Olhos Região da Fronteira (Bagé);</p> <p>8ª CRS- RGA SUS Instituto de Oftalmologia (Cachoeira do Sul);</p> <p>9ª CRS- Centro de Olhos Dr. Ubaihara (Cruz Alta);</p> <p>10ª CRS- Hospital Auxiliadora (Rosário do Sul);</p> <p>11ª CRS- Tavares &amp; Tavares (Getúlio Vargas);</p> <p>13ª CRS- RGA SUS Instituto de Oftalmologia (Candelária);</p> <p>15ª CRS- Oftalmoclínica Palmeira (Palmeira das Missões);</p> <p>16ª CRS- Hospital Santa Terezinha (Encantado);</p>

			18ª CRS- Hospital Santo Antônio da Patrulha;
			19ª CRS- Huning Instituto de Oftalmologia (Três Passos) <sup>(1)</sup> .
Meta PES alterada na PAS 2010, de "Habilitar no mínimo 03 Redes Assistenciais" para: Habilitar Unidades Assistenciais de Alta Complexidade distribuídas segundo as especificidades de cada região	Habilitar unidade e serviços de alta complexidade em Assistência Especializada.	27 unidades	<p>ALTA COMPLEXIDADE DE CARDIOLOGIA- - Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim (11ª CRS) e Hospital Universitário da ULBRA (1ª CRS). Aguarda publicação de portaria de habilitação pelo MS, a Santa Casa de Uruguaiana;</p> <p>- ALTA COMPLEXIDADE DE NEUROLOGIA- habilitação do Hospital Universitário da ULBRA (1ª CRS); - ALTA COMPLEXIDADE DE TRAUMATO-ORTOPEDIA- hospital Beneficência Portuguesa de Porto Alegre (1ªCRS); - ALTA COMPLEXIDADE DE ONCOLOGIA- habilitação da Santa Casa de Caridade de Bagé (7ªCRS); - ALTA COMPLEXIDADE DE OFTALMOLOGIA- 13 Unidades aguardam publicação de portaria de habilitação pelo MS: 1ª CRS- Hospital Petrópolis, Hospital Banco de Olhos, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Hospital de Clínicas de Porto Alegre; 3ª CRS- Hospital São Francisco de Paula de Pelotas; 4ª CRS- Hospital São Roque de Faxinal do Soturno; 5ª CRS- Hospital Geral de Caxias do Sul; 11ª CRS- Hospital Santa Terezinha de Erechim; 12ª CRS- Hospital de Santo Ângelo; 14ª CRS- Hospital São Vicente de Paulo de Cruz Alta; 17ªCRS- Hospital Caridade de Ijuí; 19ªCRS- Hospital Santo Antônio de Tenente Portela.</p> <p>- ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS- habilitação da Santa Casa de Rio Grande (3ªCRS); - ASSISTÊNCIA AO PACIENTE PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE- aguarda publicação de portaria de habilitação pelo MS, o Hospital Caridade de Santo Ângelo;</p> <p>- Habilitação de leitos de UTI: Hospital Universitário da ULBRA, de Canoas - leitos de UTI tipo III: 4 leitos de UTI Pediátrica e 7 leitos de UTI adultos; Hospital Universitário de Santa Maria - leitos de UTI tipo II: 4 leitos de UTI adulto; Hospital Santa Luzia, de Capão da Canoa - leitos de UTI tipo II: 7 leitos de UTI adulto<sup>(2)</sup>.</p>
Conceder incentivos financeiros a 315 hospitais vinculados ao SUS, em áreas prioritárias da política assistencial do Estado. Meta PES alterada na PAS 2010 para: "Conceder incentivos financeiros a 292 hospitais vinculados ao SUS, em áreas prioritárias da política assistencial do Estado"	Manter o Incentivo financeiro básico aos serviços vinculados ao SUS	292 unidades	Foram concedidos recursos financeiros, incentivo básico, a 288 hospitais (253 hospitais filantrópicos e 35 hospitais públicos) <sup>(3)</sup> .
	Repassar incentivo financeiro aos serviços vinculados ao SUS, na política Casa da gestante	339 leitos	Também foram beneficiados 330 leitos, casa da gestante, (285 leitos em hospitais filantrópicos e 45 leitos em hospitais públicos) <sup>(3)</sup> .
	Repassar incentivo financeiro aos serviços vinculados ao SUS na assistência para Gestante de Alto Risco	22 leitos	Concessão de recursos para 22 unidades, incentivo gestante de alto risco (18 unidades em hospitais filantrópicos e 4 unidades em hospitais públicos) <sup>(3)</sup> .
	Repassar incentivo financeiro aos serviços vinculados ao SUS, na política "Mãe Canguru"	62 leitos	Concessão de recursos, incentivos mãe canguru, 56 leitos em hospitais filantrópicos <sup>(3)</sup> .
	Repassar incentivo financeiro aos serviços vinculados ao SUS, na política de Álcool, Drogas e Psiquiatria em Hospital Geral	1046 leitos	Concessão de recursos, saúde mental, para 1.115 leitos ( 1.027 leitos em hospitais filantrópicos e 88 leitos em hospitais públicos) <sup>(3)</sup> .
	Repassar incentivo financeiro aos serviços vinculados ao SUS, na área de	24 leitos	Concessão de recursos, trauma ortopedia, para 22 unidades (19 unidades em hospitais filantrópicos e 3 unidades em hospitais públicos) <sup>(3)</sup> .



Traumato-Ortopedia de Média Complexidade e outras Eletivas			
Regular 100% das vagas nos serviços de reabilitação para atendimento das pessoas com deficiência física, auditiva, mental e autismo	Implantar um sistema informatizado de regulação na rede ambulatorial visando 100% da regulação auditiva e física e 100% dos processos judiciais de deficiência auditiva, física e intelectual	Sistema implantado	Na Reabilitação Física foram atendidos 5.800 pacientes, o recurso dispensado foi de R\$ 9.768.008,85. Foram dispensadas 10.743 OPM's (órtese, próteses e Meios auxiliares de locomoção) e 139.797 consultas de reabilitação física. O universo de pacientes referido atingiu 100% de regulação das vagas para reabilitação física. Na Reabilitação Intelectual está sendo realizado, desde novembro/2010 um projeto piloto na APAE de Erechim, onde foram reguladas 100% das 32 vagas disponibilizadas mensalmente. A partir do mês de novembro de 2010, com a implantação do Sistema AGHOS foram reguladas 100% das vagas para Reabilitação Visual, totalizando 86 consultas. Na Saúde Auditiva foram reguladas 100% das vagas, totalizando 5.040 pacientes, sendo dispensados 8.180 aparelhos auditivos e 51 implantes cocleares.
	Orientar e capacitar CRSs	19 CRSs	Todas as CRS foram capacitadas através dos sistemas informatizados GUD e AGHOS
	Orientar e capacitar a Rede de Atenção Básica	50% da rede	Esta meta foi atingida através de eventos onde participou a Macrorregião Sul, através das 3ª e 7ª CRS diretamente promovidos pelo setor e também no Seminário do PIM, este com a presença de todas as CRS, integrado com a participação da FADERGS.
	Orientar e capacitar as unidades de Deficiência Intelectual e Visual, quanto ao fluxo de regulação	100% das unidades	A meta foi atingida através da utilização dos sistemas GUD e AGHOS.
	Estabelecer os protocolos clínicos de regulação para deficiência física, intelectual e visual	Protocolos estabelecidos	Foram criados protocolos clínicos para regulação da fila de espera, incluídos no sistema AGHOS.
Implantar a Triagem Auditiva Neonatal Universal – TAN em 40 hospitais.	Acompanhar a implantação e implementação do teste da orelhinha nos municípios que foram contemplados com aparelhos otoacústicos, doados pelo Estado	100% dos municípios contemplados	Neste ano foram comprados os 40 equipamentos para realização do exame, os quais serão cedidos às Secretarias Municipais de Saúde de referência para realização do teste, garantindo cobertura para todas as regionais de saúde
	Regular a Triagem Auditiva neonatal	100% da demanda	No ano de 2010 foram realizadas 42.668 Triagens Auditivas Neonatal (Teste da Orelhinha) em 40 hospitais no Estado do RS. Destes, 173 foram encaminhados para diagnose na alta complexidade da rede auditiva, e 10 bebês já foram protetizados. Como alguns municípios não tiveram condições de iniciar a triagem em janeiro de 2010, a meta de 100% de cobertura não foi atingida. Sobre o universo total de 129.653 nascidos em 2010, o nº de TAN atingiu 32,90% do universo ou 41% se consideramos a população que foi atendida pelo SUS.
<b>Outras realizações</b>			Na área da deficiência visual foi contratada empresa para dispensação de prótese ocular e lente escleral, totalizando 225 próteses concedidas, ao custo de R\$ 111.150,00 e 49 lentes esclerais com recurso financeiro de R\$ 25.970,00.

## Indicadores Pactuados:

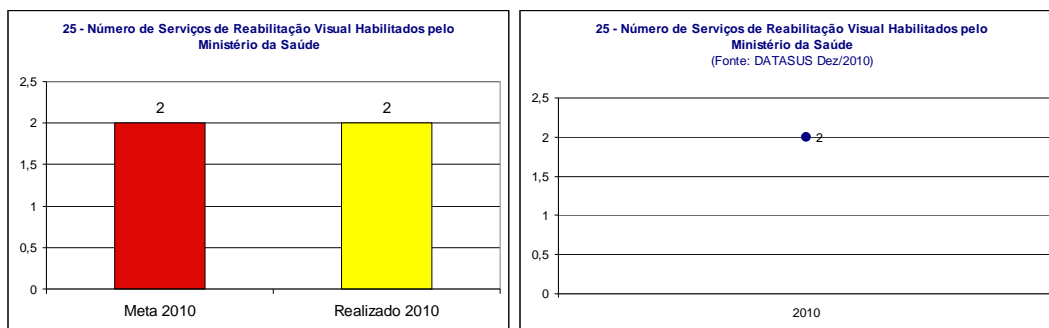
### 25 - Número de serviços de reabilitação visual habilitados pelo Ministério da Saúde

Objetivo do indicador: ampliar as redes estaduais de serviços de reabilitação para pessoas com deficiência.

A PT MS/GM 3128, de 24/12/2008, estabeleceu a Política de Reabilitação Visual, estabelecendo incentivos e definindo metas a serem atingidas, para cada estado, de acordo com um parâmetro populacional (uma unidade para cada 2.500.000 hab) quanto a habilitação de unidades de reabilitação. Para o Estado do RS, conforme sua população, foram definidas 4 unidades, e a PT estabeleceu, obrigatoriamente, o atingimento de 75% do número total de unidades para o biênio 2010-2011.

O Estado pactuou, como metas, habilitar 2 unidades em 2010 e 1 unidade em 2011, o que atingiria 75% do número de unidades.

A meta em 2010 foi atingida, uma vez que dois serviços foram habilitados (estão descritos no RAG 2010) e a meta de 2011 será atingida também, uma vez que um serviço já está em processo de habilitação.



## Análise e Comentários:

Com exceção da 15ª CRS, todas as demais CRS dispõem, no mínimo, de 8 serviços distintos de média complexidade e 3 de alta complexidade. A região da 15ª CRS apresenta deficiência em sua capacidade instalada, o que impossibilitou, naquele momento, atingir a meta proposta inicialmente. Esta situação define orientações para futuros investimentos para melhoria das condições daquela região.

<sup>(1)</sup> Na média complexidade, 23 unidades estavam em processo de adequação de suas documentações, conforme legislação ministerial, para estarem aptas ao credenciamento ou renovação do mesmo, em oftalmologia. As adequações que demandaram mais tempo para serem atendidas foram de Vigilância Sanitária.

<sup>(2)</sup> Na alta complexidade, 13 Unidades que solicitaram habilitação em Oftalmologia, preencheram os requisitos estabelecidos na legislação ministerial; e desta forma, foram encaminhados ao MS, onde aguardam publicação de portaria de habilitação.

<sup>(3)</sup> Com relação aos incentivos financeiros aos hospitais vinculados ao SUS em áreas prioritárias da Política Assistencial as metas foram praticamente atingidas, exceptuando-se a concessão de incentivos básicos a hospitais e para leitos mãe canguru. O não atingimento destas metas não foi determinado pela falta de recursos para a concessão dos incentivos, mas pelo não cumprimento, de parte de pequena parcela de hospitais quanto a requisitos fundamentais, dos quais o mais importante é ter 60% dos seus leitos disponibilizados para atendimento ao SUS, e cujo atendimento é monitorado sistematicamente, podendo o hospital perder o incentivo. Muitos hospitais também retardaram o seu processo de habilitação, ficando aptos para o recebimento do incentivo apenas a partir de 2011.

### 6.31. Regulação em Saúde

#### Objetivos (PES):

- 1 - Promover a relação humanizada no trabalho e na assistência aos doentes graves e terminais, através da proximidade com a família e local de residência;
- 2 - Cumprir a função de organizar o sistema de contra-referência com a continuidade da assistência;
- 3 - Otimizar a utilização da capacidade instalada da atenção especializada e serviços de referência, reservando-a para o atendimento dos casos que exigem tal nível de complexidade;
- 4 - Garantir o acesso dos pacientes a tecnologias de acordo com protocolos estabelecidos;
- 5 - Priorizar os serviços de atendimento de urgências de hospitais especializados como "portas de entrada" do sistema de saúde para estas situações, definindo as "portas de saída" (hospitais de menor complexidade) e, portanto, uma hierarquia de serviços.
- 6 - Criar mecanismos efetivos de integração e comunicação entre hospitais de diferentes níveis de complexidade, intermediado pela Central Estadual de Regulação e assegurando os princípios de universalidade e integralidade da assistência;
- 7 - Substituir o relacionamento pessoal e a informalidade como matriz dos encaminhamentos por um fluxo regulado entre os níveis de complexidade;
- 8 - Auxiliar a equipe de saúde do serviço solicitante no manejo de situações que envolvam gestão de risco, uniformizando conceitos e critérios de abordagem;
- 9 - Facilitar o processo de tomada de decisões no atendimento obstétrico e perinatal, em relação à necessidade de transferência da gestante e/ou neonato a serviços especializados;
- 10 - Reduzir os fatores de risco da gestação;
- 11 - Definir critérios de admissão de recém-nascidos em risco de vida que necessitam de cuidados especiais, nas 24 horas do dia, em Unidades de Tratamento Intensivo ou de Cuidados Intermediários Neonatais;
- 12 - Oportunizar aos neonatos todos os recursos disponíveis para diagnóstico e tratamento com potencial mínimo de risco, alicerçado em evidências e princípios éticos;
- 13 - Contribuir com a redução da mortalidade neonatal;
- 14 - Institucionalizar atividades de monitoramento e avaliação que instrumentalizem o processo de tomada de decisão, no sentido de confirmação das ações desenvolvidas ou correção de rumo;
- 15 - Avaliar o ingresso e a permanência dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva, verificando a adequação aos protocolos estabelecidos.

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Regular a totalidade dos leitos da UTI sob protocolo operacional de Regulação e mapeamento analítico.	Regular os leitos de UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal, através do mapeamento das internações e protocolos de internação e média de permanência, sob responsabilidade Estadual	100% da demanda	Em março de 2010, foi iniciada a implantação do Sistema Informatizado de Regulação nos hospitais contratados sob gestão estadual. Esta ação, embora ainda não concluída, está permitindo a ampliação da cobertura da regulação das internações, através do acesso regulado e/ou do monitoramento analítico da ocupação dos leitos de UTI. Desta forma, considerando somente as internações em UTI na capacidade instalada sob gestão estadual (20.043 internações pelo SIHD), o acesso foi regulado em 31,3% das mesmas, sendo que, para UTI neonatal, este percentual chegou a 60%. Ainda não há possibilidade de mensurar o total de internações reguladas (não somente pelo acesso, mas através de monitoramento analítico) mediante sistema informatizado, pois, o mesmo encontra-se em fase de qualificação dos relatórios. Obs.: os valores informados nas "realizações 2009" levaram em conta o total de solicitações de transferências, incluindo cancelamentos de pedido, razão pela qual são superiores aos resultados de 2010 <sup>(1)</sup>
Regular as internações em Neurologia e Neurocirurgia sob protocolo operacional da Regulação Estadual. *.	Regular as internações	70% da demanda	A fase atual de implantação do sistema informatizado não permite, ainda, a mensuração da regulação por especialidade. Entretanto, em função de que as especialidades de neurologia, cardiologia e traumatologia agregam os principais motivos de acesso às UTIs de adultos, podemos inferir que o percentual de acesso regulado para as mesmas ficou em 13%. Pelos motivos expostos acima, ainda não é possível verificar o percentual, nestas especialidades, de regulação por monitoramento analítico. Com relação aos protocolos, foi concluído na área de traumatologia e, estão em fase de elaboração (com as situações mais frequentes já finalizadas) para as áreas de cardiologia e neurologia <sup>(2)</sup> .
Regular as			Respondido na Meta PES "Regular as internações em

internações em Cardiologia sob protocolo operacional da Regulação Estadual; *			Neurologia e Neurocirurgia sob protocolo operacional da Regulação Estadual <sup>m(2)</sup> .
Regular as consultas especializadas e exames ambulatoriais.	Iniciar a regulação ambulatorial de consultas e exames especializados	10.000 consultas e exames especializados / mês	Em novembro de 2010, foi iniciada a informatização da regulação ambulatorial na área da atenção ao paciente com deficiência, com a inserção da demanda reprimida de 2.238 consultas e o agendamento de 365 até o final do ano. O planejamento da ampliação da regulação para as demais consultas especializadas foi iniciado em 2010 e deve ser implantada no primeiro semestre de 2011.
Regular as cirurgias eletivas e internações de urgência sob protocolo operacional.	Elaborar protocolo	Protocolo elaborado	Meta não atingida <sup>(3)</sup>
	Informatização do programa de cirurgias eletivas	Programa informatizado	Meta não atingida <sup>(3)</sup>
	Informatizar as internações de urgência no 2º semestre de 2010	50% das internações	A implantação gradativa do Sistema Informatizado de Regulação, em 2010, permitiu a regulação, com autorização prévia, de 32% das internações de urgência (313.802 pelo SIHD) na rede sob gestão estadual. Não foi realizada a meta de regulação das cirurgias eletivas <sup>(3)</sup>
Estruturar 07 Centrais de Regulação, uma em cada macrorregião de saúde.	Implantar as centrais de Regulação	7 Centrais	A Central Estadual de Regulação foi ampliada e recursos humanos contratados para extensão da regulação ambulatorial às demais áreas e regiões do estado, medida que permitirá a implantação das 7 centrais macro-regionais na própria sede do Complexo Regulador Estadual
Regular as internações em traumatologia sob protocolo operacional Regulação Estadual.			Respondido na Meta PES "Regular as internações em Neurologia e Neurocirurgia sob protocolo operacional da Regulação Estadual <sup>m(2)</sup> .
<b>Outras realizações</b>			Realização de tele-consultorias para auxílio no manejo clínico de casos pelos serviços solicitantes; elaboração de protocolos de regulação; apoio à gestão estadual na organização das redes de atenção; atividades de monitoramento e avaliação com o acompanhamento de indicadores de qualidade (regionalização, agilidade, resolutividade, etc); autorização de pagamento, com recursos estaduais, de transporte medicalizado para UTI em situações especiais; integração com as Centrais de Regulação do SAMU e dos Transplantes; realização de contra-referências hospitalares com a finalidade de otimizar a capacidade instalada de serviços de alta complexidade e de aumentar o conforto do usuário através da proximidade com a família.

#### Indicadores Pactuados:

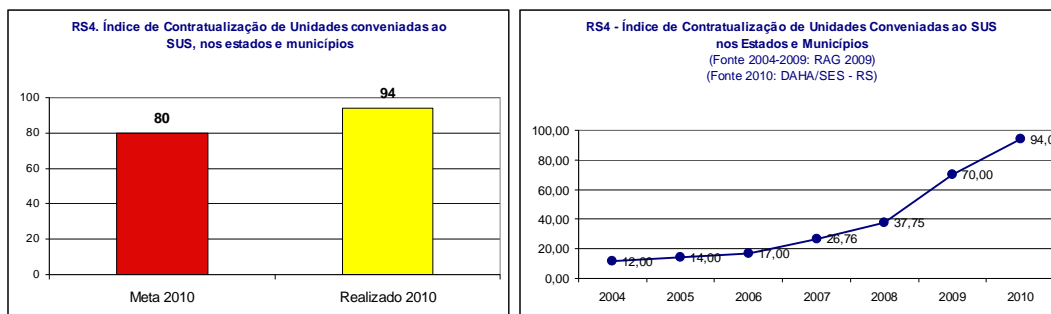
##### **RS 4 - Índice de contratualização de unidades conveniadas ao SUS, nos estados e municípios**

Objetivo do indicador: melhorar o processo de regulação do acesso aos serviços de saúde.

Os princípios norteadores do SUS prevêm a compra de serviços em caráter complementar à rede pública, quando detectada a insuficiência desta. A preferência para complementação é dada às entidades filantrópicas sem fins lucrativos. Esgotada esta complementação, o setor público pode, então, lançar mão da compra de serviços de prestadores privados com fins lucrativos.

A contratação destes serviços de saúde assumiu ao longo do tempo diferentes formas, muitas das quais inadequadas e insuficientes do ponto de vista da gestão da coisa pública. A experiência brasileira mostra que os gestores têm dificuldades em formar contratos formais dentro da regra da administração pública, o que vem dificultando o desenvolvimento de ações concretas de regulação.

Neste contexto, o Ministério da Saúde tem feito um esforço, dentro das suas possibilidades como gestor central, para sensibilizar os gestores estaduais e municipais no sentido de firmar contratos com a rede privada de serviços de saúde. A contratualização torna-se um instrumento de suma importância para o processo de regulação do acesso aos serviços de saúde.



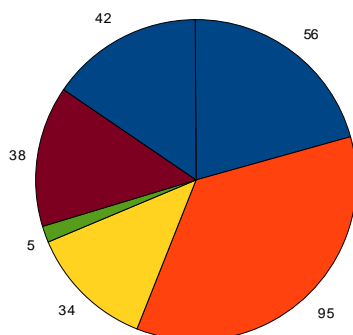
O indicador de Contratualização foi um indicador estadual, que definiu como meta 80% de contratualização para 2010. Foi atingido o percentual total de 94%, considerando Hospitais e serviços ambulatoriais (que tiveram índices diferentes).

Para 2011, o Estado estabeleceu 100% para o indicador, uma vez que a contratualização dos serviços é parte dos itens e das diretrizes do Pacto pela Saúde.

04/11/10	Total estabelecimentos	Estabelecimento contratados	% contrat
Ambulatorial	491	482	98%
Hospitalar	264	228	86%
<b>Total</b>	<b>755</b>	<b>710</b>	<b>94%</b>

- Hospitais de AC
- Hospitais de
- Hospitais de
- Hospitais de
- Hospitais de
- Hospitais de
- Hospitais de

### Hospitais Contratualizados



### **Análise e Comentários:**

<sup>(1)</sup> Considerando o método de cálculo utilizado em 2009, o qual contemplava as solicitações canceladas por melhora clínica e orientação à distância, o percentual de resolução desta central, para UTI neonatal e UTI pediátrica fica em 97%.

<sup>(2)</sup> Considerando o método de cálculo utilizado em 2009, o qual contemplava as solicitações canceladas por melhora clínica e orientação à distância, o percentual de resolução desta central, para UTI adulto, fica em 89%. (\* Meta PES alterada na PAS2010 para: Regular as internações em Neurologia e Neurocirurgia, em Cardiologia e Traumatologia sob protocolo operacional da Regulação Estadual)

<sup>(3)</sup> A Central Estadual de Regulação Hospitalar e Ambulatorial é uma unidade com implantação recente, portanto, as ações a serem realizadas dependem de organização de área física e equipamentos, cujos processos de aquisição são morosos. A própria implantação do Sistema Informatizado de Regulação envolve parceria com, aproximadamente, 300 prestadores privados, o que torna este processo de difícil execução. Em função disto e de que os processos de regulação implicam em grande resistência das unidades executantes, as metas de implantação/ampliação da regulação foram parcialmente ou não atingidas.

### 6.32. Participação Social no SUS

#### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Realizar oficina de sensibilização da Educação Permanente de Conselheiros de Saúde com entidades para 100 pessoas/semestre; Meta PES alterada na PAS 2010 para: "Realizar oficinas de Educação Permanente com Conselheiros Estaduais de Saúde para 30 pessoas/mês."	Realizar oficinas de Educ. Permanente com conselheiros estaduais de saúde	6 oficinas	Foram realizadas 2 Oficinas. Temas: - Pacto em Defesa do SUS, participação de 50 pessoas - Preparatório para a Plenária Nacional de Conselhos, participação de 50 pessoas.
Realizar Oficina de Sensibilização da Educação Permanente de Conselheiros de Saúde com entidades para 100 pessoas/semestre. Meta PES alterada na PAS 2010 para: Realizar Oficina de Sensibilização da Educação Permanente de Conselheiros de Saúde com entidades para 60 pessoas/semestre.	Realizar oficinas semestrais	2 oficinas	Foram realizadas duas licitações, em uma o evento não aconteceu no prazo previsto, e a outra foi suspensa pelo CES, devido as datas coincidirem com a eleição da mesa diretora do conselho.
Apoiar oficinas de Educação Permanente para o Controle Social do SUS nas macrorregiões, regiões, microrregiões e municípios, atingindo um público de 10 mil pessoas; Meta PES alterada na PAS2010 para: Apoiar Oficinas de Educação Permanente para o	Realizar oficinas de Educ. Permanente com conselheiros de saúde	39 oficinas	Oficinas realizadas com parceria da ESP: - São Sebastião do Caí (20) - São Leopoldo - micro (21) - Canoas – micro (18) - Arroio dos Ratos (32) - Pelotas (50) - Oficina com 24 Regionais FETAG (50) Realizadas Plenárias Descentralizadas do CES 2010: 1. Novo Hamburgo – 1ª CR 2. Alegrete - 10ª 3. Passo Fundo – 6ª CRS 4. Bagé – 7ª CRS 5. Santa Maria - 4ªCRS Realizadas capacitações sobre o Programa de Inclusão Digital (PID): - 209 conselheiros capacitados PID pelo DATASUS/RS

Controle Social do SUS nas macrorregiões, regiões, microrregiões e municípios, atingindo um público de 1.000 conselheiros.			- 454 conselhos monitorados PID pelo DATASUS/RS
Organizar e reestruturar os Conselhos de Saúde no Rio Grande do Sul através de visitas, assessorias e realização de oficinas.	Visitar e assessorar os Conselhos de Saúde	20 visitas, site e execução de jornal bimensal	Foram realizadas 05 Reuniões Preparatórias com os Conselhos Municipais de Saúde, antecedendo as Plenárias Descentralizadas. Foi realizada 01 edição especial do jornal para distribuição no Congresso da Rede Unida Site não foi atualizado, programado para 2011.
Organizar, anualmente, Seminário Estadual para debater a inserção do Controle Social no Pacto pela Saúde para público de, aproximadamente, mil pessoas.	Realizar seminário com presidentes de conselhos municipais de saúde, Seminário do Programa de Inclusão Digital e Edição de Jornal	1 seminário /1.000 participantes Edição de Jornal	Realizada a “Caravana em Defesa do SUS” em 06 de novembro de 2010. A edição Jornal não foi realizada.
Realizar curso de atualização, via Escola de Saúde Pública - ESP (200 horas-aula presenciais) em Educação Popular para profissionais de saúde.	Promover um curso de atualização, uma Mostra estadual de experiências bem sucedidas e um Seminário em Educação Popular em Saúde	19 trabalhadores	Foi elaborado projeto para um “Curso de Especialização com ênfase em Educação Popular”. O processo está em fase de Licitação. O número de participantes foi ampliado para 50 pessoas, incluindo 19 trabalhadores das regionais de saúde.
Construir recursos de comunicação, educação e informação em Saúde para serem distribuídos nos municípios como material educativo, tais como: filmes, programas de rádio, cartilhas, entre outros.	Produzir material educativo em Educação Popular	Material produzido	Fase de Elaboração de Editais
Organizar site do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) e Boletim Eletrônico.	Implementar site CES	Site implementado	Fase de Elaboração de Editais
Organizar Seminário sobre Educação Permanente, com ênfase em Educação Popular em Saúde, e Participação no SUS. Foi acrescentado: Curso de Especialização em Educação Permanente com ênfase em Educação Popular na PAS 2010.	Realizar curso de Especialização em Educação Permanente Seminário sobre Educação Permanente	1 seminário 1 curso de especializaçã o	Marcado para os dias 15 e 16 de Julho de 2011 – integra o Curso de Especialização com Ênfase em Educação Popular
Organizar seminários, encontros e oficinas sobre o controle social do SUS para 750 atores sociais (representantes da	Plenária de Conselhos Publicações	1 seminário publicações	A Plenária não foi realizada em 2010.



sociedade civil, movimentos de pessoas portadoras de patologias, entre outros) Meta PES foi alterada na PAS 2010 de 750 para 1000 atores sociais.	
Realizar mostra estadual de experiências bem sucedidas em educação popular em saúde.	Esta ação foi planejada em articulação com o Processo de Extensão em Educação Popular, encontra-se em processo licitatório.
Distribuir boletins informativos para 90% dos municípios que possuem ESF rural do Rio Grande do Sul.	Estas metas pertencem ao Plano de Ação da Política ParticipaSUS em articulação com a Política "Atenção à População do Campo" e não foi executada por ser uma ação já desenvolvida pela CIT/CEVS.
Distribuir boletins Informativos para 50% dos municípios com atenção básica nas zonas rurais.	
Instrumentalização e qualificação dos Conselheiros de Saúde estaduais e municipais	Foram publicados 10 mil exemplares para distribuição nas Conferencias de Saúde do Livro "Legislação do SUS".
Cooperação técnica e financeira com o CES/RS para a Educação Permanente de Conselheiros de saúde no RS	Foram realizadas reuniões quinzenais.
<b>Outras realizações</b>	

### 6.33. Auditoria do SUS

#### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Capacitar 100% dos médicos auditores da SES/RS.	Capacitar médicos auditores da SES/RS	95% dos médicos auditores	Atendido
Capacitar 100% dos profissionais dos componentes municipais de auditoria.	Capacitar profissionais dos componentes municipais de auditoria	100% dos profissionais	Atendido
Auditoria dos óbitos maternos, neonatais precoces e natimortos com peso igual ou superior a 2500g./SUS.	Auditar os óbitos maternos, neonatais precoces e natimortos com peso igual ou superior a 2500g (SUS)	100% dos óbitos	Atendido
Atendimento das demandas de Ouvidoria/MS com necessidade de auditorias.	Atender as demandas de Ouvidoria/MS com necessidade de auditorias	100% da demanda	Atendido
Bloqueios de AIH's / mês.	Auditar os bloqueios de AIH's mensalmente	100% dos bloqueios	Atendido
Atendimento das demandas de outros órgãos.	Atender as solicitações do MPE, MPF, PF, etc	100% da demanda	Atendido
Análise dos Homônimos e Internações de Baixa Permanência no SIHD, com seleção das AIH's para análise de prontuários.	Análise das internações no sistema de informação SIHD	100% das internações	Atendido
Pesquisa de Satisfação do Usuário.	Auditar prestadores quando houver declaração de cobrança por usuário do SUS	100% dos prestadores denunciados	Atendido
Auditorias na área de Cardiologia (AC) de prestadores cujas autorizações pela Central de Regulação estejam em desacordo c/o protocolo.	Auditar processamento dos hospitais credenciados	20% de um processamento*	Atendido
Auditoria em Oncologia (20% de um processamento ampliando de acordo com irregularidades encontradas) dos prestadores credenciados.	Auditar processamento dos hospitais credenciados	20% de um processamento*	Atendido
Auditoria nos	Auditar	20% de um	Atendido

serviços de Traumatologia/AC com os mesmos critérios da Oncologia, dos prestadores credenciados.	processamento dos hospitais credenciados	processament o*		
Manutenção das Auditorias de realização e acompanhamento de pacientes transplantados.	Auditar prestadores de realização/acompanhamento de transplantes/transplantados	3 prestadores	Atendido	
Sequência das Auditorias dos Serviços de Oftalmologia sob gestão estadual, priorizando os que apresentam maior volume de atendimentos, e as demandas judiciais.	Auditar prestadores ainda não auditados	8 prestadores (100% de um processament o)	Atendido	
<b>Outras realizações</b>	<p><b>1.Quantidade de Auditorias realizadas:</b></p> <p>Auditoria Operacional: 31  Bloqueios: 1046  Denúncias: 57  Compra de Leitos: 20  Pesquisa Satisfação/Usuário: 18  Outras: 137</p> <p>Total: 2361</p> <p><b>2.Com relação ao Financeiro</b>  Ordem de Recolhimento:  Valor Original: R\$ 689.298,52  Valor Atualizado: R\$ 2.904.801,51  Valor Recebido: R\$ 63.468,74</p> <p>Multas Aplicadas: R\$ 261.123,97</p> <p>Devol. Usuário/SUS: R\$ 64,10</p> <p><b>3.Sistema Ouvidor/MS:</b></p> <p>- Demandas disponibilizadas via Intranet  A CAME/SES está realizando a gestão desse sistema.</p> <p>- Dados recebidos pelo Sistema OUVIDORIA/SUS:</p> <p>Demandas encaminhadas/Expediente instaurados: 443  Demandas em análise: 303  Demandas concluídas: 363  Total de demandas no sistema: 1.109</p>			

#### Análise e Comentários:

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

As atividades do setor são dificultadas em decorrência do escasso número de servidores no apoio administrativo, salientando que tal situação é determinante para agilidade nos trâmites.

Ressalta-se que duas funcionárias administrativas concursadas, designadas para o setor em 2009/2010, solicitaram demissão devido à baixa remuneração, isto exemplifica mais uma vez a carência de profissionais no setor administrativo de apoio.

Nota: As CRS não atenderam solicitação na data aprazada, para informarem os valores totais despendidos com diárias/deslocamentos.

### 6.34. Ouvidoria do SUS

#### Objetivos (PES):

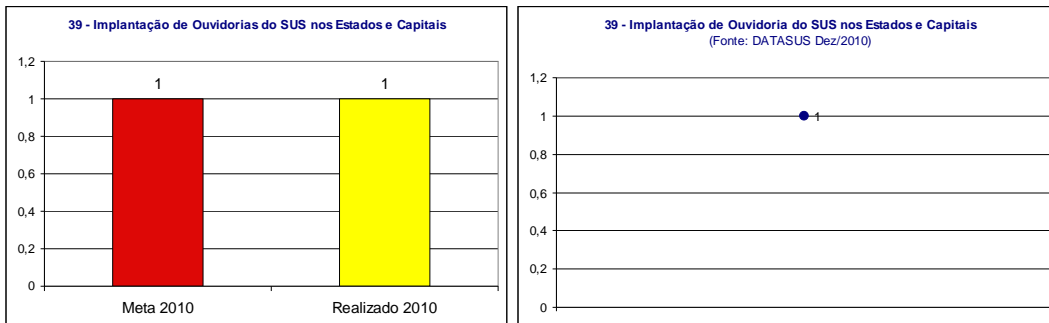
- 1 - Implantar Ouvidoria Estadual do SUS, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica, conforme diretrizes nacionais;
- 2 - Estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidoria em saúde, co-responsabilizando os gestores municipais na implantação deste serviço, assegurando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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Capacitar 100% dos Recursos Humanos da SES.			O processo que cria a Ouvidoria ainda esta em andamento, por isso não houve ação realizada em 2010. Para alcançar as metas PES é preciso definir local para instalação e designar equipe para o Serviço de Ouvidoria.
Contratar serviços de tele-atendentes terceirizados para a implantação do serviço de Ouvidoria na SES.			
Elaborar material educativo e informativo sobre Ouvidoria no SUS para divulgação do serviço.			
Adequar área física e rede lógica para a instalação do Serviço de Ouvidoria Estadual.			
Qualificar e capacitar os gestores e profissionais de saúde das Secretarias Municipais para a implantação e ampliação de Ouvidorias municipais.			Não realizado.
<b>Outras realizações</b>			<p>Para fins de atingir os objetivos de implantação da Ouvidoria SUS/Estadual, houve encaminhamento de "Minuta de Decreto de Criação da Ouvidoria SUS", que se encontra em avaliação na Casa Civil, desde a data de 18/08/2010.</p> <p>Ainda, através da Lei 13.417, de 05/04/10, está sendo regulamentado o Cargo de Ouvidor, com direito estabelecido de Gratificação de Função Especial (Art. 41) e, conseqüente, qualificação dos processos de trabalho e valorização do servidor.</p> <p>Desde 2009, foram abertos três processos licitatórios para a compra de equipamentos e materiais permanentes para implementação do serviço - através de Convênio Ministério da Saúde que se encontra em processo de finalização.</p>

**Indicadores Pactuados:**

**39 - Implantação de ouvidorias do SUS nos estados e capitais**

Objetivo do indicador: implantar ouvidoria em estados e municípios com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.



**Análise e Comentários:**

O processo de criação da Ouvidoria no Estado ainda esta em andamento, sendo assim, ainda não foi designada equipe e nem definido local para o Serviço de Ouvidoria.

Atualmente as demandas da Ouvidoria que são enviadas pelo OuvidorSUS (nível 2), são recebidas e processadas pelo serviço de Auditoria. No ano de 2010 houve regularização nos processos de trabalho de retorno de demandas aos usuários pela Ouvidoria, com redução significativa de respostas inconclusivas.

### 6.35. Gestão do Trabalho em Saúde

#### Objetivos (PES):

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

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Reestruturar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários e encaminhar para a Assembléia Legislativa.	Encaminhar e aprovar o plano de cargos na Assembléia Legislativa	Plano aprovado	Lei Nº 13.417 Publicada no DOE de 05/04/2010 – Cria o Quadro de Pessoal da Saúde do Estado do RS
Propor uma ferramenta de avaliação de riscos nos ambientes de trabalho.	Compor grupo de avaliação de riscos nos ambientes de trabalho para criação e apresentação da ferramenta	Ferramenta apresentada	Meta não atingida.
Construir e publicar a política de saúde do servidor.	Compor grupo de trabalho para construir a política de saúde dos servidor	Projeto iniciado	Meta não atingida.
Elaborar e implantar projeto de acolhimento e integração de novos servidores.	Compor grupo de acolhimento dos servidores ingressantes com objetivo de realizar encontros para apresentar a SES (Setores, políticas de Saúde)	Grupo criado	Meta não atingida.
Elaborar novo Concurso público para a SES e a para a FEPPS.	Levantar necessidades e criar proposta de realização dos concursos	Proposta apresentada	Meta não atingida <sup>(1)</sup>
Capacitar 100 trabalhadores da SES-RS em gestão de pessoas.	Realizar cursos de capacitação para 100 trabalhadores da SES-RS	5 cursos	Meta não atingida.
Nomear 150 servidores concursados para a SES-RS.	Acompanhar solicitação de nomeação de servidores já encaminhada	150 nomeações	Foram nomeados 303 (trezentos e três) concursados.
<b>Outras realizações</b>			

#### Análise e Comentários:

<sup>(1)</sup> Realizada a Contratação Emergencial pela FEPPS para contratação de 20 servidores.

### 6.36. Infra-Estrutura da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul

#### Objetivos (PES):

- 1 - Implantar a reforma organizacional e administrativa da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul;
- 2 - Aperfeiçoar a infra-estrutura da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Capacitar 120 trabalhadores da SES em Fiscalização de Contratos.	Realizar cursos de formação de servidores nas atividades de fiscalização da execução de contratos	2 cursos	Meta não atingida. Capacitação de 50 fiscais de contrato a Nível Central e CRSs - Divisão de Contratos/DA .
Capacitar 100 trabalhadores da SES em Gestão de Contratos.	Realizar cursos de formação de servidores nas atividades de gestão de contratos	2 cursos	Meta não atingida. Participação da Gestora de Contratos - I Congresso Brasileiro de Fiscais e Gestores de Contratos na Administração Pública - RJ
Capacitar 200 trabalhadores da SES em Técnicas de Redação.	Realizar cursos de técnicas de redação em língua portuguesa	3 cursos	Projeto em andamento - Processo em fase licitação.
Capacitar 200 trabalhadores da SES em Gestão Administrativa de Processos.	Realizar cursos de capacitação de servidores em gestão administrativa de processos	3 cursos	Capacitação – Inicial de Processos – Público alvo Servidores das CRSs e Nível Central.
Capacitar 100 trabalhadores da SES em Direção Defensiva.	Realizar cursos de direção defensiva para servidores motoristas e condutores de veículos automotores	2 cursos	Meta não atingida.
Capacitar 100 trabalhadores da SES em Atendimento ao Público e Relação Interpessoal.	Realizar cursos de relações humanas direcionados à atividade administrativa	2 cursos	Meta não atingida.
Capacitar 60 trabalhadores da SES em Processos de Licitação.	Realizar cursos sobre procedimentos licitatórios para servidores	1 curso	Meta não atingida.
Capacitar 200 trabalhadores da SES para adequação às novas normas ortográficas da Língua Portuguesa.	Realizar cursos de Língua Portuguesa para servidores, com ênfase nas novas normas da reforma ortográfica	3 cursos	Capacitado na Divisão de Compras 2 servidoras.
Aprovar Decreto da nova estrutura da SES-RS.	Encaminhar projeto do decreto à Assembleia Legislativa do Estado	Projeto encaminhado	Meta não atingida.
Formalizar a Divisão de Contratos dentro da Estrutura da SES/RS no Decreto de Reestruturação Administrativa.	Elaborar projeto do Decreto	Projeto elaborado	Meta não atingida.
Formalizar a Divisão de Compras dentro da Estrutura da SES/RS através do Decreto de Reestruturação Administrativa.	Elaborar projeto do Decreto	Projeto elaborado	Meta não atingida.



Aprovar legislação de cargos de confiança e funções gratificadas adequada à nova estrutura da SES-RS.	Elaborar projeto de lei e encaminhá-lo à Assembleia Legislativa	Projeto encaminhado	Meta não atingida.
Ampliar para 49 a equipe de Técnicos em Suporte, mediante terceirização de serviços, tanto no nível central da SES, quanto nas Coordenadorias Regionais de Saúde.	Contratar profissionais terceirizados	A estimar	Meta não atingida.
Contratar mais 03 advogados e outros 05 trabalhadores para a equipe de Compras da SES-RS.	Contratar advogado	1 advogado	Meta não atingida. A estrutura do Departamento Administrativo, mais especificamente a Seção de Compras, já têm o suporte do Departamento de Assessoria Jurídica da SES, por esse motivo a contratação de advogados não foi realizada.
	Contratar trabalhadores para a equipe de compras	2 trabalhadores	
Adquirir uma empilhadeira.	Adquirir empilhadeira	1 empilhadeira	Meta não Atingida, teve o processo de licitação e o item não foi homologado. A empilhadeira continua sendo muito importante para a Seção de Suprimentos, pois a empilhadeira atual tem 30 anos de uso e não atende a demanda.
Concluir a doação de 147 veículos que estão sob a forma de cedência aos municípios.	Elaborar termo de doação	Termo elaborado	Projeto em andamento.
Concluir a doação de 46 veículos do antigo INAMPS cedidos para a SES-RS.	Elaborar termo de doação	Termo elaborado	Meta não atingida. Foi elaborado o Projeto.
Concluir a doação de Unidades de Saúde cedidas com a Municipalização, de acordo com a demanda.	Elaborar termo de doação	Termo elaborado	Meta não atingida. Projeto em Andamento.
Substituir as Centrais Telefônicas nas Coordenadorias Regionais de Saúde e no nível central da SES-RS.	Substituir central telefônica no nível central	Central substituída	Meta não atingida. Processo arquivado por falta recursos orçamentários em 2010.
Concluir 50% da reforma da do arquivo geral da SES-RS.	Contratar empresa para realização de projeto de reforma do Arquivo Geral através de licitação	Empresa contratada	Meta não atingida. Empresa está contratada e a obra embargada, pois a Secretaria de Obras detectou uma rachadura na estrutura do arquivo (na parede) e até o presente momento não foi informado a SES de que forma deve ser feito o reparo.
Contratar 07 copeiros e 03 garçons para o nível central e unidades da SES em Porto Alegre.	Contratar profissionais terceirizados mediante licitação	10 profissionais	Meta parcialmente atingida. Foram contratadas 8 copeiras e 1 garçomete que está na Escola de Saúde Pública. O contrato foi feito junto com as recepcionistas. Contratadas 21 recepcionistas através de processo licitatório - empresa terceirizada.
Substituir 100% das atuais copiadoras xérox da SES-RS.	Adquirir copiadoras xerox	20 copiadoras	Meta não executada. Terceirização das máquinas copiadoras mantém equipamentos atualizados, evitando que os mesmos fiquem obsoletos.
Implantar serviço de recepção para a SES-RS em todos os departamentos, gerando 20 novos postos de trabalho.	Contratar profissionais	20 profissionais	Contratadas 21 recepcionistas através de processo licitatório – empresa terceirizada.
	Providenciar estrutura	Estrutura providenciada	Atendido.
Destinar 100 veículos para Municípios,			Projeto concluído. Por ocasião da Renovação da Frota da SES foram doados a 97 municípios os veículos substituídos, tendo como critérios os índice alcançados na

preferencialmente para aqueles com ESF, ACS, PIM, PPV implantados.	implantação e realização dos Programas Prioritários da Secretaria: PIM, PSF, PPV. Processo de doação - nº 56.880-2000/09-7
Adquirir 95 veículos para a SES-RS.	Adquiridos 42 Space Fox, 23 Caminhonte GM S-10, 5 Fiat Ducato, 2 Ford Cargo - Caminhão, 1 Ford Cargo - modelo 815,1 Ford Cargo Guincho e 1 Kombi totalizando 75 veículos.
Adquirir 03 ambulâncias.	Projeto em andamento.
Capacitar 400 trabalhadores da SES em Softwares.	Capacitação de 514 servidores no Aplicativo Br Office e Windows Vista, sendo 200 para os servidores de Porto Alegre e 414 para os Servidores das Coordenadorias Regionais de Saúde.
Implantar rede lógica nos três hospitais próprios da SES-RS.	Aquisição de parte dos equipamentos para rede lógica do HPSP.
Adequar a rede lógica das Coordenadorias Regionais de Saúde no Estado.	Ampliação das redes lógicas em 80% das Coordenadorias Regionais de Saúde.
Reestruturar 100% da rede lógica da SES no CAFF.	Projeto concluído.
Implantar programa informatizado de Gerenciamento de Compras.	Projeto em fase final.
Implantar programa informatizado de Gerenciamento de Contratos.	Projeto em andamento.
Ampliar para 18 a equipe de Técnicos em Tecnologia da Informação (TI), mediante terceirização de serviços, tanto no nível central da SES, quanto nas Coordenadorias Regionais de Saúde.	Não foi ampliado.
Adquirir 1.500 computadores para o nível central e Coordenadorias Regionais de Saúde.	Aquisição de 963 computadores para o nível central, CEVS, ESP, Hospitais e Coordenadorias Regionais de Saúde.
<b>Outras realizações</b>	Implantar a reforma organizacional e administrativa da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

#### Análise e Comentários:

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

<b>Total de Recursos Programado</b>		<b>Total de Recursos Executados</b>	
Estadual	R\$ 19.532.696,00	Estadual	R\$ 24.099.696,00
Federal	R\$	Federal	R\$

### 6.37. Educação em Saúde

#### Objetivos (PES):

- 1 - Desenvolver ações de pesquisa, educação, capacitação e a produção de conhecimentos na saúde como forma de qualificar os programas de estado voltados à melhoria da saúde pública no Rio Grande do Sul;
- 2 - Capacitar grupos interdisciplinares de atores pertencentes às Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado para atuarem como referência em ações de educação popular, a fim de ampliar e estimular a participação popular no SUS.

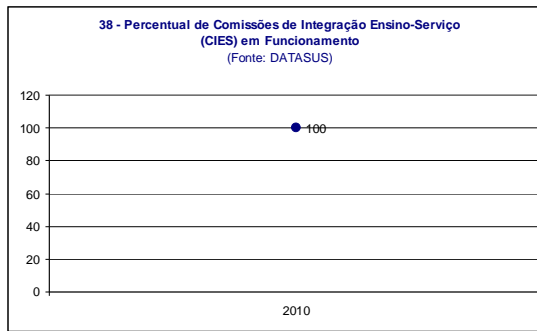
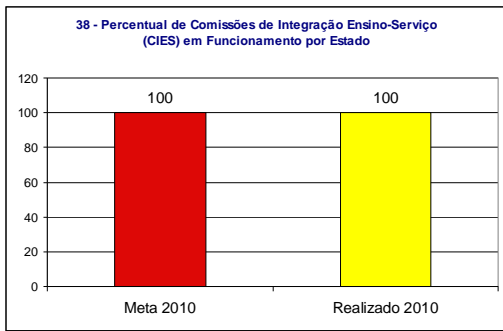
Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Qualificar 9.000 pessoas na Educação Permanente para o SUS no período.	Qualificação de pessoas em educação permanente para o SUS através de Reuniões CIES (Comissão Ensino-Serviço) Estadual e Regional, COGERES, cursos, especializações, extensão, rodas de conversas, seminários, publicações, encontro Estadual de Educação Permanente em Saúde e Educação Profissional	4.000 pessoas	Foram capacitadas aproximadamente 100 pessoas (40 por mês e nem sempre as mesmas) nas CIES Estadual. Do recurso descentralizado para os municípios, não temos controle.
Formar 1.230 alunos em nível de pós-graduação no período.	Realização de cursos de especializações para formação de 400 especialistas nas áreas: direito sanitário, saúde pública, administração, gestão em saúde, envelhecimento ativo	8 cursos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concluídas duas turmas do curso de Especialização em Direito, formados 50 alunos;</li> <li>2. Iniciadas duas turmas do Curso de Especialização em Direito Sanitário, 80 alunos; contratos 416/2010 e 435/2010;</li> <li>3. Iniciadas duas turmas do Curso de Especialização em Saúde Pública, 80 alunos; contratos 425/2010 e 415/2010;</li> <li>4. Curso de Especialização em Gestão em Saúde: ênfase na esfera estadual; formados 24 alunos; contrato 320/2009;</li> <li>5. Curso Nacional de Qualificação de Gestores do SUS - EAD - formados 198 alunos; (este curso é projeto da Escola Nacional com o Ministério da Saúde. O recurso fica todo sob responsabilidade da Escola Nacional de Saúde Pública);</li> <li>6. Iniciado Curso de Especialização em Comunicação em Saúde, com 40 alunos; contrato 299/2010;</li> <li>7. Iniciado curso de Especialização em Envelhecimento Ativo, com 45 alunos; contrato 057/2010;</li> <li>8. Iniciado Curso Binacional de Especialização em Saúde Pública (Brasil/Argentina), com 40 alunos; contrato 427/2010;</li> <li>9. Continuidade do Curso Binacional de Especialização em Saúde Pública (Brasil/Uruguai), com 37 alunos;</li> <li>10. Em processo 7 turmas do Curso de Especialização/Aperfeiçoamento em Gestão Hospitalar, com 245 alunos; contrato 682/2009.</li> </ol>
Formar 390 alunos em nível de ensino profissional no período.	Formar residentes através do desenvolvimento do Programa de Residência Integrada em Saúde	70 residentes	<b>RIS (Programa de Residência Integrada em Saúde)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Continuidade das turmas iniciadas em 2009 da RIS, 70 alunos;</li> <li>2. Ingresso de 61 residentes;</li> </ol>
Formar 390 alunos em nível de ensino profissional no período.	Formar profissionais através de 06 cursos para Cuidadores de Idoso e 01 curso de Auxiliar em Saúde Bucal	235 profissionais	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciadas 2 turmas do curso de aperfeiçoamento em saúde do idoso - cuidador de idosos, na ETSUS, para 70 alunos. Estão previstas para 2011 a realização de 3 cursos descentralizados, para 105 alunos.</li> <li>2. Os cursos de Aperfeiçoamento em Saúde do Idoso, Auxiliar em Saúde Bucal, Técnico em Saúde Bucal e</li> </ol>

				Técnico de Vigilância em Saúde com recursos do PROFAPS 2009 e 2010. Serão realizados em 2011 nas Coordenadorias Regionais de Saúde que tiveram seus projetos aprovados pelo MS.
a) Realizar Curso de atualização em educação popular em saúde para 02 trabalhadores de cada uma das Coordenadorias Regionais de Saúde.	Formar profissionais através do Curso sobre Educação Popular em Saúde	38 profissionais		Não foi realizado. Previsto para 2011
b) Construir 3 produtos (filme, programa de rádio, cartilha) de educação popular em saúde.	Construção do filme, programa de rádio e cartilha	Produtos construídos		Não foi realizado. Previsto para 2011
c) Disponibilizar os produtos desenvolvidos a todos os municípios do Estado.	Disponibilizar os produtos desenvolvidos a todos os municípios do Estado	496 municípios		Não foi realizado. Previsto para 2011
d) Realizar uma mostra estadual de experiências em educação popular.	Disponibilizar os produtos desenvolvidos a todos os municípios do Estado	496 municípios		Não foi realizado. Previsto para 2011
Esta meta não esta no PES, foi incluída na PAS 2010: Promover a capacitação de recursos humanos na área de toxicologia através de ensino à distância para os profissionais das equipes de saúde da família.	Criar cursos de capacitação na área de toxicologia através de ensino à distância para a qualificação das equipes de saúde da família no Estado.	2 cursos		50% da meta atingida. Foi criado e disponibilizado um curso de capacitação na área de animais peçonhentos através do ensino à distância.
Esta meta não esta no PES, foi incluída na PAS 2010: Capacitar multiplicadores e profissionais das áreas de saúde e educação, dentro do Programa de Educação em Toxicologia da FEPPS, visando a diminuição do número de acidentes tóxicos.	Promover a realização da consolidação de Termo de Cooperação Técnica com as Sec. Municipais de Saúde	Efetivar o Termo de Cooperação Técnica com as Sec. Municipais de Saúde		Ação não executada. sendo efetuada revisão na ação.
<b>Outras realizações</b>				

**Indicadores Pactuados:**

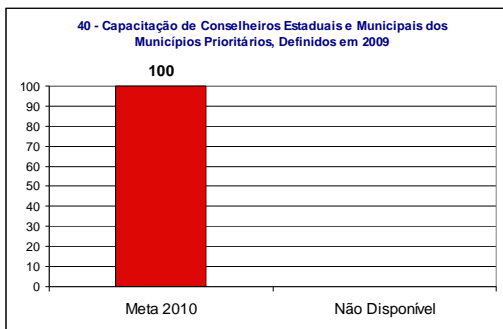
**38 - Percentual de comissões de integração ensino-serviço (CIES) em funcionamento por estado**

Objetivo do indicador: ampliar o percentual de CIES em funcionamento, para que essas possam contribuir para o planejamento regional de ações educativas de acordo com as necessidades e realidades locais.



**40 - Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos em 2009**

Objetivo do indicador: fortalecer o controle social do SUS.



**Análise e Comentários:**

Os itens b, c, d decorrem da realização do item a. Processo 020409-2000/09-1 em tramitação estava aguardando complementação de valor. A informação em 23 de março de 2011 é de que está aguardando atualização de orçamento e data de realização do curso.

### 6.38. Pesquisa em Saúde

#### Objetivos (PES):

- 1 - Desenvolver ações de pesquisa, educação, capacitação e a produção de conhecimentos na saúde como forma de qualificar os programas de estado voltados à melhoria da saúde pública no Rio Grande do Sul;
- 2 - Apoiar, fomentar e realizar pesquisas tecnológicas na área de saúde pública;
- 3 - Desenvolver produtos por biotecnologia nas áreas de interesse em saúde pública;
- 4 - Formar e capacitar profissionais no nível de graduação e pós-graduação, voltados à pesquisa científica em saúde pública;
- 5 - Produzir animais de laboratório para realização de pesquisas científicas.

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Realizar 30 pesquisas em saúde na Escola de Saúde Pública.	Desenvolver investigações que articulem serviços - instituições - trabalhadores na área da saúde	10 pesquisas	
Obter as patentes do kit molecular para identificação de tuberculose.	O Kit está em fase de validação. São 5 Laboratórios para a realização deste processo -Recife, São Paulo, Rio de Janeiro, Caxias do Sul e PUCRS	Concluir a validação em 3 Laboratórios - São Paulo, Caxias do Sul e PUCRS	100% alcançado - kit testado, ação completada
Obter as patentes do kit para detecção de resistência ao tratamento da tuberculose.	Em fase final de desenvolvimento com 99% executado. A patente está sendo providenciada através de contratação de empresa especializada	Execução de 100% e Início da Comercialização	Ação ainda em andamento
Obter as patentes do kit molecular para detecção de Papillomavírus Humano (HPV).	Efetivada a parceria com a empresa LGC - Biotecnologia. Está em fase de testes com amostras clínicas e verificação da especificidade do teste	Término dos testes do Kit com amostras clínicas e início do planejamento para a realização da validação interlaboratorial	Processo em andamento
Obter as patentes do kit para detectar e genotipar o vírus da hepatite C (HCV).	Em fase de planejamento para a realização da validação interlaboratorial do método. Patente está sendo providenciada através de contratação de empresa	Início da validação do método. Contratação de empresa especializada pra fazer o registro da patente relacionada ao Kit desenvolvido	Ação completada, patente solicitada
Implantar o cultivo celular e modelos pré-clínicos em ratos e camundongos visando o emprego de células-tronco para a regeneração cardíaca.	Treinamento de pessoal para o desenvolvimento do modelo de infarto de ratos e camundongos	Desenvolver o modelo de infarto do miocárdio de ratos e camundongos . Até o momento já foi desenvolvido	Testes do modelo de infarto do miocárdio de ratos e camundongos concluídos e com 2 publicações em revistas internacionais.

35% do modelo		
Implantar Centro de Inovação de Pesquisa em Saúde na Escola de Saúde Pública.		
Implementar a utilização de ferramentas biotecnológicas no SUS.		Estas ações foram implementadas através da aplicação dos testes de paternidade e desenvolvimento de patentes.
Meta não consta no PES, foi incluída na PAS 2010 - Implantar critérios e padrões de avaliação e certificação de tecnologias sanitárias.		Está em fase de implantação com consultoria a certificação e acreditação pelo NBRISO17025:2004
<b>Outras realizações</b>	Realização de exames de DNA/Paternidade para órgãos públicos do estado	Foram realizados 4759 laudos de testes de DNA em 2010

### 6.39. Informação em Saúde

#### Objetivos (PES):

- 1 - Elaborar, implantar e implementar a Política de Informação e Informática em Saúde do SUS na SES/RS, racionalizando e otimizando os investimentos em informática e telecomunicação;
- 2 - Instrumentalizar, paulatinamente, o processo decisório do SUS-RS através da promoção e implementação do uso intensivo da informação e suas tecnologias, de forma integrada, ágil e adequada às necessidades dos gestores, profissionais e conselheiros de saúde

Meta PES (2009-2011)	PAS 2010		RAG 2010
	Ações e Metas Anuais		Realizações 2010
	Ações	Meta 2010	
Construir um novo site para a SES.	Contratação de serviço terceirizado para criação do novo site	1 contratação	Não Realizado, ver análise e comentário.
Construir um projeto para integrar a gestão dos sistemas de informação em saúde e a informática.	Elaborar projeto de gestão da informação e informática na SES	1 projeto	Não Realizado, ver análise e comentário.
Implantar tecnologia de EAD na ESP.	Estratégia à definir		Não Realizado (necessidade de recursos para investimentos, ou seja compra de equipamentos, haja vista que o recurso disponível é destinado para despesas de custeio).
Qualificar a rede lógica da SES-RS.	Reestruturar a rede lógica da SES no CAFF	1 rede	Realizado.
	Implantar rede lógica nos hospitais próprios da SES-RS	3 hospitais	Não realizado.
	Adequar a rede lógica das Coordenadorias Regionais de Saúde no Estado	19 adequações	Realizado.
<b>Outras realizações</b>			

<b>Total de Recursos Programado</b>		<b>Total de Recursos Executados</b>	
Estadual	R\$	Estadual	R\$ ???
Federal	R\$ 1.350.649,90	Federal	R\$

#### Análise e Comentários:

Com relação à gestão da informação e informática, a SES-RS contratou no final de 2010 analistas de sistemas para contribuir na realização das metas existentes no PES. Assim, no referido ano, estas ações foram colocadas em segundo plano em função da contratação de pessoal, sendo que em 2011 essa discussão já está sendo retomada como prioridade estratégica de governo, tendo em vista estimular os processos de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como a melhoria da qualidade dos dados e das informações produzidas. Cabe ressaltar que a SES vem participando de Câmara Técnica junto ao CONASS para a discussão da gestão da informação e da informática em nível estadual.

#### Indicadores Pactuados:

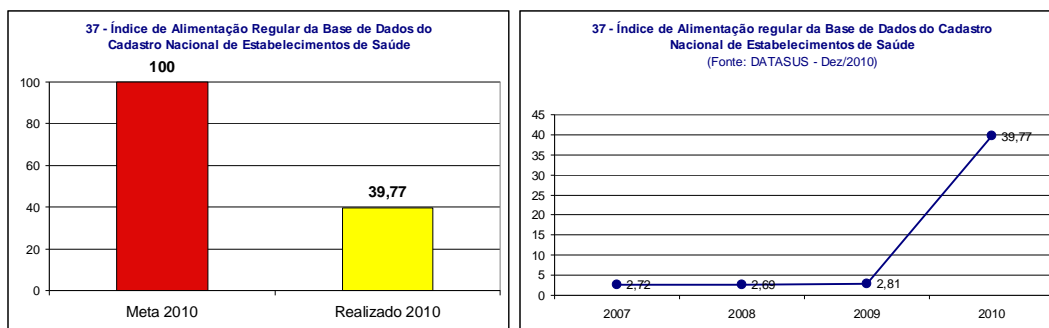


### 37 - Índice de alimentação regular da base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES)

Objetivo do indicador: fortalecer o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) com dados atualizados sistematicamente, visando melhorar a qualidade da informação.

As "bases CNES enviadas" são as alimentações feitas mensalmente por cada município/estado à base nacional. Essas bases se referem às inclusões/alterações/exclusões dos estabelecimentos de saúde pertencentes ao seu município.

O objetivo é incentivar o gestor a manter atualizada e fidedigna as informações cadastrais proporcionando conhecimento da rede de saúde pública e privada do país, garantindo um processamento correto das produções ambulatoriais e hospitalares, além de subsidiar outras informações e indicadores de saúde, nacional e internacional.



A meta do indicador foi definida pelo MS em 100%, tendo o Estado do RS, como um todo, atingido apenas 39,77%. O baixo percentual apresentado em 2010 só pode ser explicado pelo fato de que os municípios estão descurando da alimentação regular. Leandro, do processamento do setor (DAHA), no seminário sobre os indicadores do Pacto, além de afirmar a disposição em fazer um trabalho com as regionais, propôs uma meta de 75% para 2011 (partindo do princípio de que certamente em janeiro, fevereiro e março o percentual ainda seria baixo e que, diante disso, ao fim de 2011 não teríamos possibilidade de atingir 100%). O MS não aceitou essa meta e reiterou a meta de 100%, porque é definida por Portaria. Disso, é possível entender que não importa se o Estado vai atingir 100% ao fim de um ano, o indicador de 100% é exigido sistematicamente, mês a mês.

Não há muitos outros argumentos e análises a serem feitas a respeito de um indicador para o qual se exige 100% como meta a não ser desenvolver estratégias para atingi-lo.

## **7. ANÁLISE DOS INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE**

### **7.1. Introdução**

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

- O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

- O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

- O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

O Ministério da Saúde publicou, no dia 3 de novembro, a portaria 2.669/2009, que estabelece prioridades, objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Saúde para o biênio 2010-2011, exclui alguns indicadores anteriormente pactuados, bem como, modifica a redação e/ou a fórmula de cálculo de outros. A portaria também não menciona, como em anos anteriores, a possibilidade de pactuação estadual para eleição de indicadores RS. Entretanto, a SES-RS elegeu indicadores estaduais por julgar importante o acompanhamento dos mesmos neste momento.

### **7.2. Metodologia**

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

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

Segue abaixo um quadro com a lista de indicadores selecionados para acompanhamento, de acordo com a Portaria GM/MS 2669/2009 O Quadro 1 relaciona os indicadores às prioridades do Pacto pela Saúde.

**Quadro 1: Indicadores Pactuados por Prioridades do Pacto pela Saúde 2010.**

Prioridade	Indicadores
<b>Pacto pela Vida</b>	
I. Atenção à Saúde do Idoso	1. Taxa de Internação Hospitalar de Pessoas Idosas por Fratura no Fêmur.
II. Controle do câncer de colo de útero e de mama	2. Razão de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo, no Estado 3. Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo do útero 4. Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária
III. Redução da mortalidade infantil e materna.	5. Taxa de Mortalidade Infantil 5.a. Coeficiente de mortalidade neonatal 5.b. Coeficiente de mortalidade pós-neonatal 6. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados. 7. Incidência de sífilis congênita
IV. Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, Aids.	8. Taxa de letalidade das formas graves de Dengue (Febre hemorrágica de dengue – FHD, Síndrome do choque de dengue – SCD, Dengue com complicações – DCC). 9. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. 10. Proporção de cura de casos novos de tuberculose bacilífera. 12. Proporção de amostras clínicas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado. 13. Proporção de casos de hepatites B confirmados por sorologia. 14. Taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos de idade.
V. Promoção da Saúde.	15. Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos 16. Prevalência de tabagismo em adultos.
VI. Fortalecimento da Atenção Básica.	17. Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família 18. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal 19. Taxa de internação por Diabetes Mellitus e complicações na população de 30 a 59 anos. 20. Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na população de 30 a 59 anos. 21. Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade. 22. Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica.
VII. Saúde do Trabalhador.	23. Número de notificações dos agravos à saúde do trabalhador constantes da portaria GM/MS 777/04.
VIII. Saúde Mental.	24. Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes.
IX. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência.	25. Número total de serviços de reabilitação de saúde visual habilitados pelo ministério da saúde.
X. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência.	26. Proporção de municípios prioritários do estado com rede de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde implantadas. 27. Proporção de municípios prioritários com notificação de violência doméstica,

	sexual e/outras violências implantadas.
XI. Saúde do homem.	28. Número de municípios selecionados com estratégias e ações voltadas para a saúde do homem. 29. Número de cirurgias prostatectomia suprapubica por local de residência.
<b>Pacto de Gestão</b>	
	30. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação 31. Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas. 32. Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DPT+Hib) em crianças menores de um ano. 33. Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais. 34. Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária. 35. Percentual de colegiados de gestão regional (CGR) constituídos em cada estado e informados à CIT. 36. Proporção de municípios com relatórios de gestão aprovados no CMS. 37. Índice de alimentação regular da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). 38. Percentual de comissões de integração ensino-serviço (CIES) em funcionamento por estado. 39. Implantação de ouvidorias do SUS nos estados e capitais. 40. Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos em 2009.
<b>Indicadores RS</b> (Selecionados pela SES-RS)	
	RS 1. Proporção de investigação de óbitos infantis. RS 2. Média anual de ação coletiva "Escovação Dental Supervisionada". RS 3. Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas. RS 4. Índice de contratualização de Unidades conveniadas ao SUS, nos estados e municípios. RS 5. Número de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de <i>Aedes aegypti</i> em municípios infestados. RS 6. Número de visitas em Armadilhas e Pontos Estratégicos realizadas em municípios não infestados pelo <i>Aedes aegypti</i> . RS 7. Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade. RS 8. Taxa de internação por acidente vascular cerebral na população de 60 ou mais anos. RS 9. Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados. RS 10. Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados. RS 11. Taxa de internação por diabetes mellitus na população de 60 anos ou mais. RS 12. Proporção de menores de três anos de idade acompanhados pelo programa Primeira Infância Melhor. RS 13. Taxa de internação por álcool e outras drogas. RS 14. Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por Agente Comunitário de Saúde. RS 15. Número de notificação de agravos à saúde do trabalhador constantes no SIST.

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

· <http://www.saude.rs.gov.br> – ícone Pacto pela Saúde – Pactuação Indicadores 2010-2011 – Instrutivo MS 2010-2011 e Instrutivo RS 2010-2011

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

- Cálculo do Índice de Cumprimento de Meta (ICM) e grau de cumprimento para comparação do atingido frente ao pactuado em cada indicador;

- Tabela com ICM médio por prioridade para visualização do cumprimento das metas dentro de cada prioridade do Pacto pela Saúde;

- Tabela de distribuição dos indicadores por prioridade e grau de cumprimento de metas;

- Gráfico do ICM alcançado por todos os indicadores para visualização global quanto ao cumprimento de metas;

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

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

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

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

**Quadro 3: Graus de Cumprimento de Meta**

Grau de Cumprimento de Meta	Faixas de Índice de Cumprimento de Meta	Qualificação
I	De 0% até 25%	Muito baixo desempenho
II	Mais de 25% até 50%	Baixo desempenho
III	Mais de 50% até 75%	Desempenho regular
IV	Mais de 75%	Desempenho satisfatório

### 7.3. Análise/Acompanhamento dos Resultados

As tabelas e gráficos desta seção resumem os resultados atingidos nos indicadores pactuados no ano de 2010. A idéia central é apurar se houve cumprimento das metas estabelecidas. Ressalta-se que os indicadores foram selecionados pelo Ministério da Saúde e estão fortemente associados à questões prioritárias de saúde. Em resumo, o atingimento das metas pactuadas é um indicio de que resultados importantes estão sendo obtidos.

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

Indicador	Prioridade	Pactuado	Atingido	ICM	Grau de Atingimento de Meta
Pacto Vida I. 1	I	19,76	19,04	103,78	IV
Pacto Vida I. 2	II	0,2	0,18	90	IV
Pacto Vida I. 3	II	70	3,66	5,23	I
Pacto Vida I. 4	II	0,13	0,14	107,69	IV
Pacto Vida I. 5	III	12,06	11,41	105,7	IV

Pacto Vida I. 5 a	III	8,26	7,55	109,4	IV
Pacto Vida I.5 b	III	3,8	3,86	98,45	IV
Pacto Vida I.6	III	90	65,8	73,11	IV
Pacto Vida I. 7	III	285	430	66,28	III
Pacto Vida I. 8	IV	1,9	0	100	IV
Pacto Vida I. 9	IV	87	85,44	98,21	IV
Pacto Vida I. 10	IV	75	62,77	83,69	IV
Pacto Vida I. 12	IV	80	49,62	62,03	III
Pacto Vida I. 13	IV	90	88,09	97,88	IV
Pacto Vida I. 14	IV	8,7	3,31	262,84	IV
Pacto Vida I. 15	V	15,2	16	105,26	IV
Pacto Vida I. 16	V	19	19,5	97,44	IV
Pacto Vida I. 17	VI	36	34,17	94,92	IV
Pacto Vida I. 18	VI	76	72,77	95,75	IV
Pacto Vida I. 19	VI	8,6	9,9	86,87	IV
Pacto Vida I. 20	VI	9,8	10,57	92,72	IV
Pacto Vida I. 21	VI	3	2,8	107,14	IV
Pacto Vida I. 22	VI	56	60,61	108,23	IV
Pacto Vida I. 23	VII	516	1.207	233,91	IV
Pacto Vida I. 24	VIII	1	0,98	98	IV
Pacto Vida I. 25	IX	2	2	100	IV
Pacto Vida I. 26	X	80	100	125	IV
Pacto Vida I. 27	X	100	100	100	IV
Pacto Vida I. 28	XI	2	4	200	IV
Pacto Vida I.29	XI	663	634	95,63	IV
Pacto Gestão I. 30		80	84,91	106,14	IV
Pacto Gestão I. 31		95	95,04	100,04	IV
I Pacto Gestão. 32		95	90,46	95,22	IV
Pacto Gestão I. 33		50	54,52	109,04	IV
Pacto Gestão I. 34		20	16,93	84,65	IV
Pacto Gestão I. 35		100	100	100	IV
Pacto Gestão I. 36		100	ND		
Pacto Gestão I. 37		100	39,77	39,77	II
Pacto Gestão I. 38		100	100	100	IV
Pacto Gestão I. 39		1	1	100	IV
Pacto Gestão I. 40		100	ND		
RS 1		90	70,59	78,43	IV
RS 2		3	2,77	92,33	IV
RS 3		1,5	1,57	104,67	IV
RS 4		80	94	117,5	IV
RS 5		2.680.988	2.461.901	91,83	IV
RS 6		727.334	658.516	90,54	IV
RS 7		31	36,5	84,93	IV
RS 8		88,5	69,5	127,34	IV
RS 9		25	24,64	98,56	IV
RS 10		25	31,19	124,76	IV
RS 11		47,78	44,62	107,08	IV
RS 12		4,8	4,4	91,67	IV
RS 13		17	18,48	108,71	IV
RS 14		0,77	0,63	81,82	IV
RS 15		22.646	27.992	123,61	IV
ICM Médio Global				106,73	IV

Obs.: ND = Não Disponível

**Tabela 9: Índice de cumprimento de meta médio dos indicadores de cada prioridade do pacto pela saúde, em ordem crescente, ano 2010**

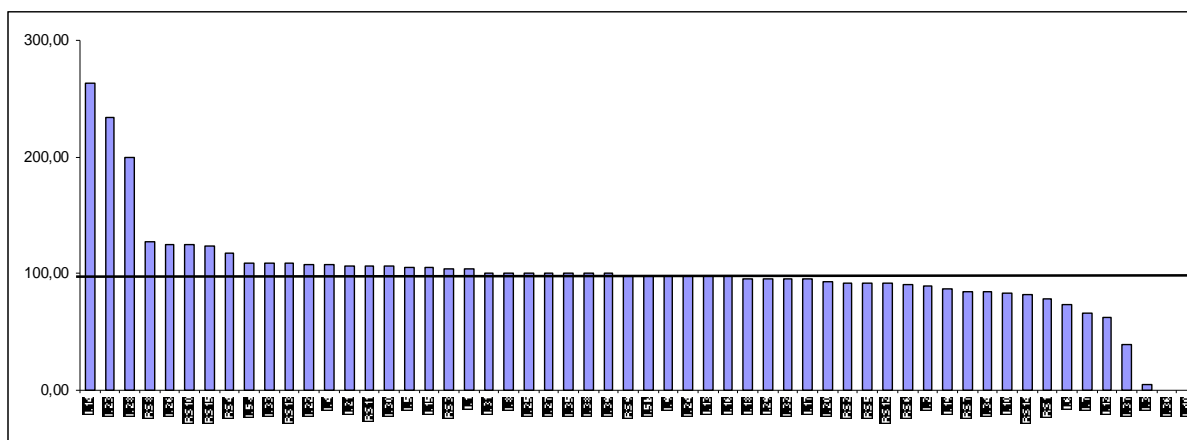
Prioridade	ICM Médio
II	66,34
RS	80,80
V	89,80
III	90,59
Pacto de Gestão	93,68
VI	95,81
VIII	98,00
IX	100,00
I	103,78
X	112,50
XI	112,50
IV	117,44
VII	233,91
<b>Total</b>	<b>107,32</b>

**Tabela 10: Distribuição da quantidade de indicadores por grau de cumprimento de meta e prioridade do pacto pela saúde, ano 2010**

Prioridade	Grau de Cumprimento de Meta					Total	% de Grau IV
	I	II	III	IV			
Prioridade 1	0	0	0	1		1	100,00
Prioridade 2	1	0	0	2		3	66,67
Prioridade 3	0	0	1	4		5	80,00
Prioridade 4	0	0	1	5		6	83,33
Prioridade 5	0	0	0	2		2	100,00
Prioridade 6	0	0	0	6		6	100,00
Prioridade 7	0	0	0	1		1	100,00
Prioridade 8	0	0	0	1		1	100,00
Prioridade 9	0	0	0	1		1	100,00
Prioridade 10	0	0	0	2		2	100,00
Prioridade 11	0	0	0	2		2	100,00
Pacto de Gestão	0	1	0	8		9	88,89
RS	0	0	0	15		15	100,00
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>49</b>		<b>54</b>	<b>93,76</b>

Obs.: Os dados dos indicadores 36 e 40 do Pacto de Gestão não estão disponíveis.

**Figura 4: Representação gráfica do índice de cumprimento de meta dos indicadores, em ordem decrescente, RS, 2010**



### **Análise dos Resultados de 2010**

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

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

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

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

A análise dos dados evidencia bons resultados obtidos. De forma geral, através do cálculo da média do ICM atingido por todos os indicadores, percebe-se um ICM global de 94,13, que representa grau máximo de atingimento de metas, conforme a Tabela 8.

De acordo com a Tabela 9, apenas a Prioridade II, controle do câncer de colo de útero e de mama, obteve desempenho regular no que diz respeito ao cumprimento das metas pactuadas, enquanto todas as outras prioridades apresentaram ICM médio superior a 80,00.

Pela Tabela 10, percebe-se que dos 54 indicadores pactuados do RS e do Pacto pela Saúde com dados disponíveis, 49 (90,74%) atingiram Grau IV de cumprimento das metas, ou seja, nível de desempenho satisfatório. Dentre estes, cabe destacar que 29 indicadores atenderam ou superaram a meta pactuada, e 20 ficaram com ICM no intervalo entre 80,00 e 89,00.

Ainda, 2 indicadores tiveram ICM entre 0 e 25,00, ou seja, classificados em Grau I, com muito baixo desempenho ao longo do ano de 2010, e um indicador apresentou baixo desempenho, ou Grau II. Os indicadores 3 do Pacto Pela Vida (prioridades II e V) exigem atenção e avaliação criteriosa de desempenho, devido ao distanciamento da meta pactuada.



Sugere-se que estes indicadores sejam revisados para o melhor planejamento de suas ações e a consequente melhoria dos resultados.

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

- Percentual de tratamento/seguimento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero
- Índice de alimentação regular de base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

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

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhando a tendência introduzida pela formalização do Sistema de Planejamento do SUS – PLANEJASUS, e considerando, inclusive, os recursos destinados para a melhoria da qualidade dos instrumentos básicos de gestão do SUS, finalizamos o Relatório Anual de Gestão 2010 com avanços principalmente na integração da Programação Anual de Saúde ao instrumento. Da mesma forma, o presente documento foi construído com metodologia de trabalho que iniciou com as discussões sobre o Ajuste de Metas do Pacto pela Saúde realizada no mês de fevereiro de 2011 junto aos setores / departamentos da Secretaria, seguido de reuniões de trabalho abertas à participação das equipes técnicas que realizam a gerência das políticas de saúde no estado.

Entretanto, observa-se que a principal mudança diz respeito ao tratamento dado às informações sobre o financiamento em saúde. Se considerarmos apenas as despesas com ações e serviços públicos de saúde, observa-se que o Governo do Estado aplicou em 2010 apenas 6,15% da receita líquida de impostos. Portanto, o financiamento em saúde no estado ao longo de 2010 ficou aquém do que é preconizado pela legislação vigente. Essa situação demanda do Gestor Estadual esforços para ampliar os recursos destinados à área da saúde no Rio Grande do Sul, tendo em vista contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde e aumento da qualidade do acesso da população ao SUS mediante a constituição de rede de atenção à saúde.

Nos últimos anos, o Conselho Estadual de Saúde vem questionando o acréscimo no orçamento da saúde das despesas com outros órgãos, tais como, Instituto da Previdência do Estado – IPE e Companhia Riograndense de Saneamento – CORSAN. Desta forma, salienta-se que um avanço contido no Relatório Anual de Gestão 2010 é a transparência na apresentação dos resultados financeiros. Com isso, pretendeu-se oportunizar maior clareza no acompanhamento financeiro das contas do Estado, e permitir que esforços dos Conselheiros na análise do Relatório de Gestão possam ser direcionados para a leitura e compreensão do comportamento dos indicadores de saúde ao longo do ano de 2010, considerando ou não na análise o impacto do financiamento em saúde, ora tratado de forma diferenciada. Isso porque é importante para o Gestor Estadual, bem como para o processo de planejamento das políticas de saúde no estado, contar com a participação efetiva do controle social no monitoramento e avaliação das ações e serviços prestados à população.

O Relatório Anual de Gestão consiste num eficiente instrumento de trabalho a ser utilizado pelos gestores e gerentes para a elaboração de planos de ação concretos, tendo em vista fortalecer o monitoramento e avaliação dos indicadores pactuados e das metas propostas, uma vez que o ano em curso é de construção do Plano Estadual de Saúde para 2012-2015. Com a elaboração de planos de ação, sugere-se aprofundamento de diagnósticos da situação relacionada aos indicadores que não apresentaram alcance satisfatório das metas. Da mesma forma, e não menos importante, sabe-se que esforços devem ser destinados à manutenção e continuidade na melhoria dos indicadores e metas que apresentam bom desempenho.

**Relatório de Gestão**

**FES**

**(Fundo Estadual de Saúde)**

**2010**

## AÇÃO: FINANCIAMENTO DO SUS

Objetivando dar transparência a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, o Fundo Estadual de Saúde – FES, através de seus relatórios, busca demonstrar o ocorrido no exercício de 2010.

### 1 – Dotação Orçamentária inicial do exercício 2010.

O orçamento da Secretaria da Saúde (SES) para o exercício de 2010 foi de R\$ 2.028.978.871 (Dois bilhões, vinte e oito milhões, novecentos e setenta e oito mil e oitocentos e setenta e um reais), considerando a administração direta e indireta e os recursos provenientes do Governo Federal, via Convênios e outros instrumentos, além dos recursos do Tesouro do Estado. Salientamos que estes valores referem-se à dotação inicial do orçamento da SES, segundo Balanço-geral do Estado.

Recursos	Despesas Correntes		Despesas de Capital			Total
	Pessoal - Enc. Sociais	Outras despesas Correntes	Investimentos	Inversões Financeiras	Amortização da Dívida	
Tesouro/Estado	370.063.291	561.088.776	114.320.517	-	-	1.045.472.584
Próprios da Fundação (FEPPS)	-	9.810.843	1.124.279		1.200	10.936.322
Convênio/União	-	940.012.680	32.557.285	-	-	972.569.965
<b>Totais</b>	<b>370.063.291</b>	<b>1.510.912.299</b>	<b>148.002.081</b>		<b>1.200</b>	<b>2.028.978.871</b>

Fonte: Balanço-geral do Estado.

### 2 – Dotação com alteração, liberado e liquidado no exercício de 2010.

Analisando abaixo a dotação orçamentária com alterações do exercício de 2010, juntamente com o que foi liberado e liquidado. Verifica-se que do montante dos recursos liquidados no exercício de 2010, obtém-se um percentual de 91,14% em relação ao total da dotação orçamentária, e um percentual de 95,95% comparando com o total liberado, conforme apresentado abaixo.

#### Demonstrativo- Dotação c/Alteração, Liberado e Liquidado

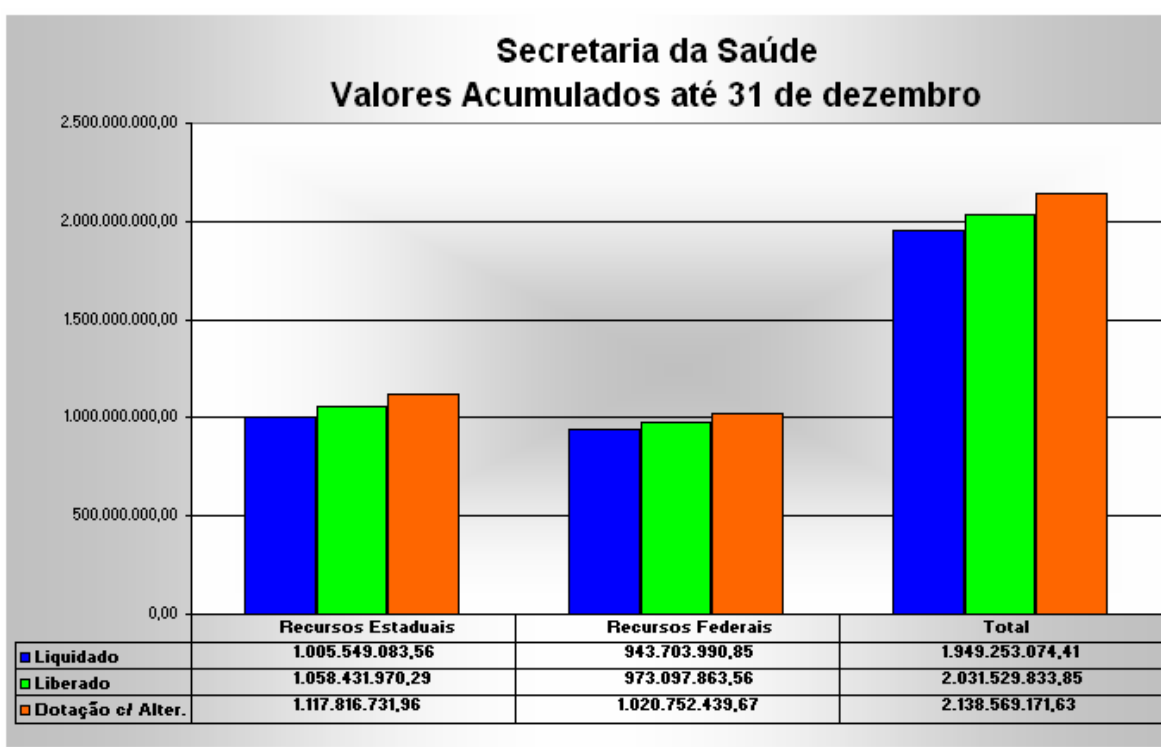
U.O. 2001,2095 e 2033

Exercício 2010

Fonte Recurso	Dotação c/ Alteração	Liberado	Liquidado	% Dotação x Liquidado	% Liberado x Liquidado
Recursos Federais	1.020.752.439,67	973.097.863,56	943.703.990,85	92,45%	96,97%
Recursos Estaduais	1.117.816.731,96	1.058.431.970,29	1.005.549.083,56	89,95%	95%
<b>Total</b>	<b>2.138.569.171,63</b>	<b>2.031.529.833,85</b>	<b>1.949.253.074,41</b>	<b>91,14%</b>	<b>95,95%</b>

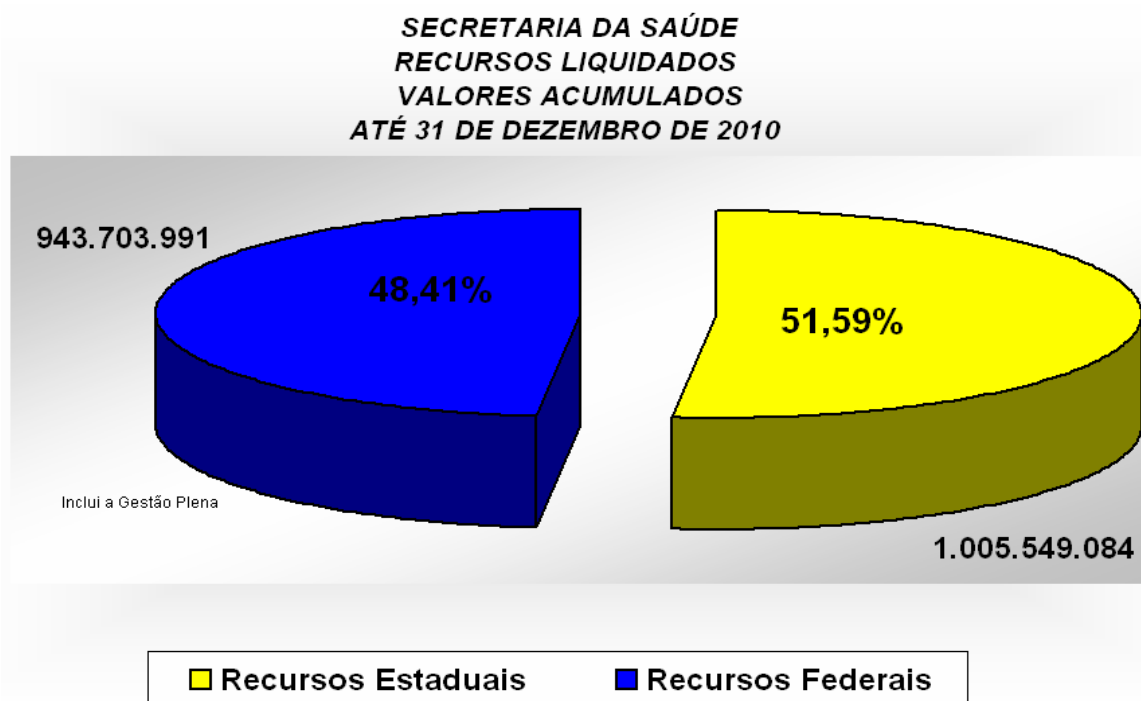
Fonte: FPE

Figura 1 – Composição dos recursos da SES no exercício de 2010.



Fonte: FPE

Figura 2 – Recursos Liquidados no exercício de 2010.



Fonte: FPE

Observando, na figura 2, a relação dos Recursos Estaduais e Federais (incluídos valores da Gestão Plena do SUS). Os valores liquidados dos recursos estaduais foram R\$ 1.005.549.084 e dos recursos federais foram R\$ 943.703.991.

## 1 - Valores Aplicados em saúde conforme dados do Balanço Geral do Estado.

ESPECIFICAÇÃO	TOTAL R\$
Receita Tributária Líquida Ajustada	16.355.672.878,60
Despesa com Saúde - BGE	2.352.881.858,44
Pessoal e Encargos Sociais	765.932.879,35
Outras Despesas Correntes	1.507.878.636,32
Investimentos	79.070.342,77
<b>Percentual Aplicado</b>	<b>14,39%</b>

Fonte: SES/FES

## B - Valores Aplicados em saúde considerando o orçamento administrado pela SES - órgão 20.

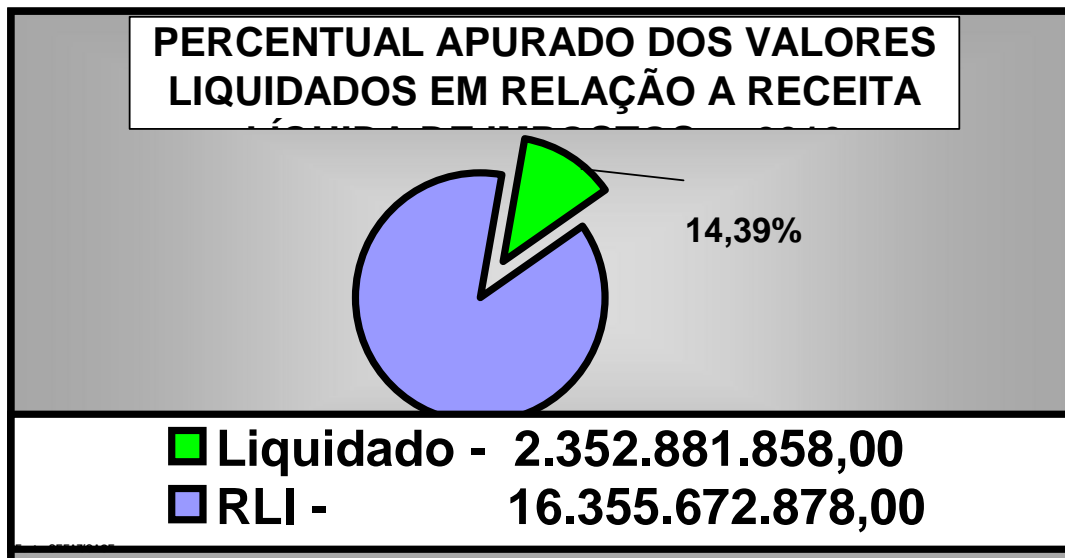
ESPECIFICAÇÃO	TOTAL R\$
Receita Tributária Líquida Ajustada	16.355.672.878,60
Despesa com Saúde - SES - Orgão 20	1.005.549.083,56
Pessoal e Encargos Sociais	397.952.732,51
Outras Despesas Correntes	530.141.155,72
Investimentos	77.455.195,33
<b>Percentual Aplicado</b>	<b>6,15%</b>

Fonte: SES/FES

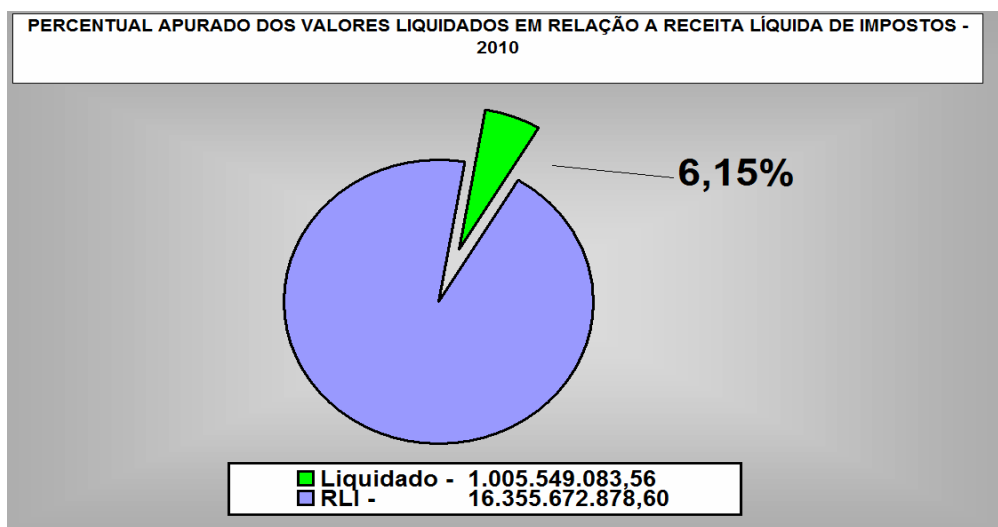
O demonstrativo do comprometimento da receita tributária líquida de impostos com despesas em ações e serviços no exercício de 2010, apresenta dados para uma análise da composição do percentual de aplicações, bem como da receita líquida de impostos em relação à despesa com saúde.

Analisando o quadro da figura 3, observamos que devido às despesas com outros órgãos, IPE e Corsan (outras despesas correntes) temos uma aplicação em saúde no valor de R\$ 2.352.881.858,44, correspondendo a 14,39% da Receita Líquida de Impostos.(Figura 3), de acordo com os dados do Balanço Geral do Estado.

**Figura 3 – Percentual dos valores liquidados no período em relação ao valor RLIT no exercício de 2010, conforme Balanço Geral do Estado.**



**Figura 3.1 – Percentual dos valores liquidados no período em relação ao valor RLIT no exercício de 2010, considerando – órgão 20.**



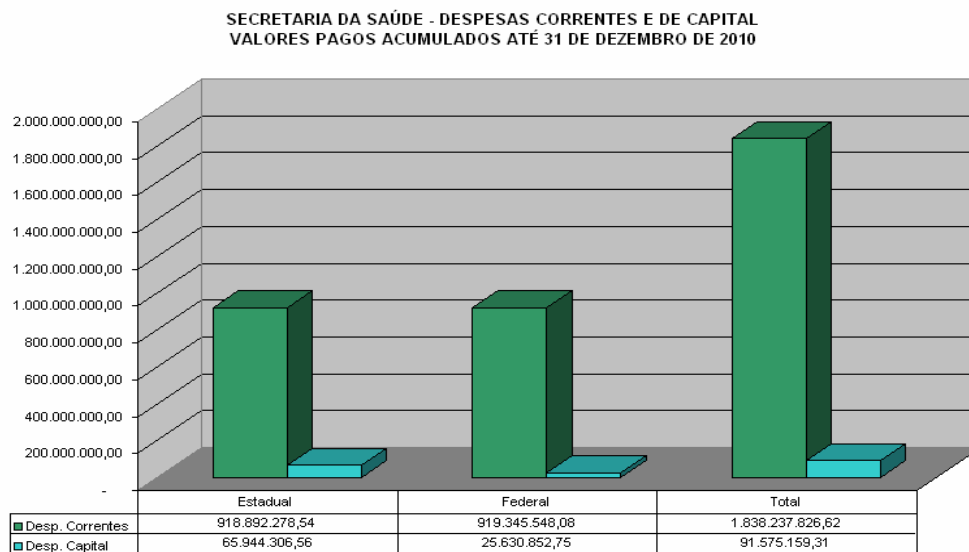
Fonte: SES/FES

Entretanto, se considerarmos apenas as despesas alocadas no orçamento da SES – órgão 20, teremos uma aplicação em saúde no valor de R\$ 1.005.549.083,56, correspondendo a 6,15% da Receita Líquida de Impostos conforme figura 3.1.

#### 4 – Grupos de despesas: Correntes e de Capital

Identificando os grupos de despesas, independente da origem de recursos, observa-se que quase a totalidade foi aplicada em Despesas Correntes, ou seja, 95,17%, pois são despesas que ocorrem de forma contínua estando ligadas à manutenção, sendo imprescindíveis ao regular funcionamento da SES/RS e à melhoria na prestação de serviços de saúde. No caso de hospitais, a SES repassa grande parte dos valores em forma de incentivos, com o objetivo de ampliar os atendimentos. No que tange às Despesas de Capital, a parcela corresponde a 4,82% do montante, sendo que no ano de 2010 foram liberados recursos para obras, compra de veículos, equipamentos de informática e mobiliário geral, entre outros.

**Figura 4 – Comparativo dos valores comprometidos, por fonte de origem, nas Despesas Correntes e de Capital, no exercício de 2010.**

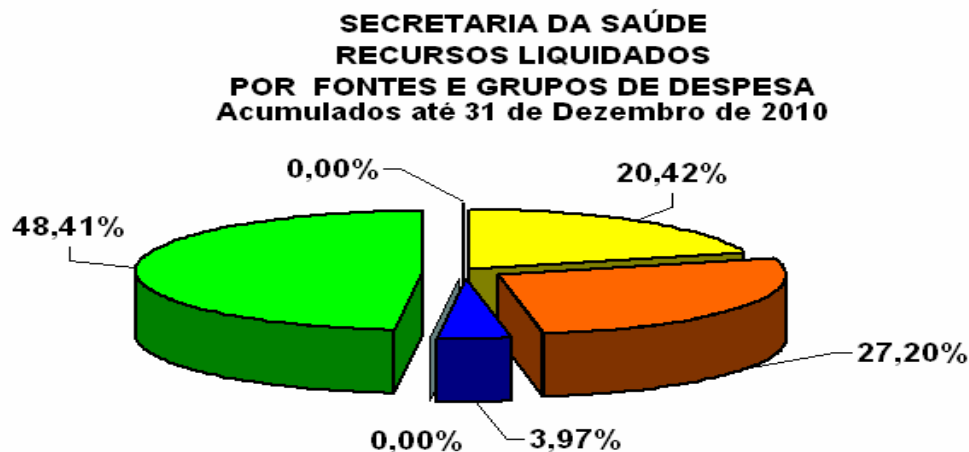


Fonte: FPE

No total das despesas correntes, os elementos mais significativos foram: 11 – Vencimentos e Vantagens Fixas (R\$182.975.060,96); 13 – Obrigações Patronais (R\$ 189.842.223,88); 30 – Material de Consumo (R\$ 179.268.017,05); 41 – Contribuições (R\$ 137.926.853,01); 43 - Subvenções Sociais (R\$ 82.201.863,29); 39 –Serviços de Terceiros (R\$ 758.559.987,07). Nas Despesas de Capital destacamos: 51 – Obras e instalações (R\$ 11.742.745,82).



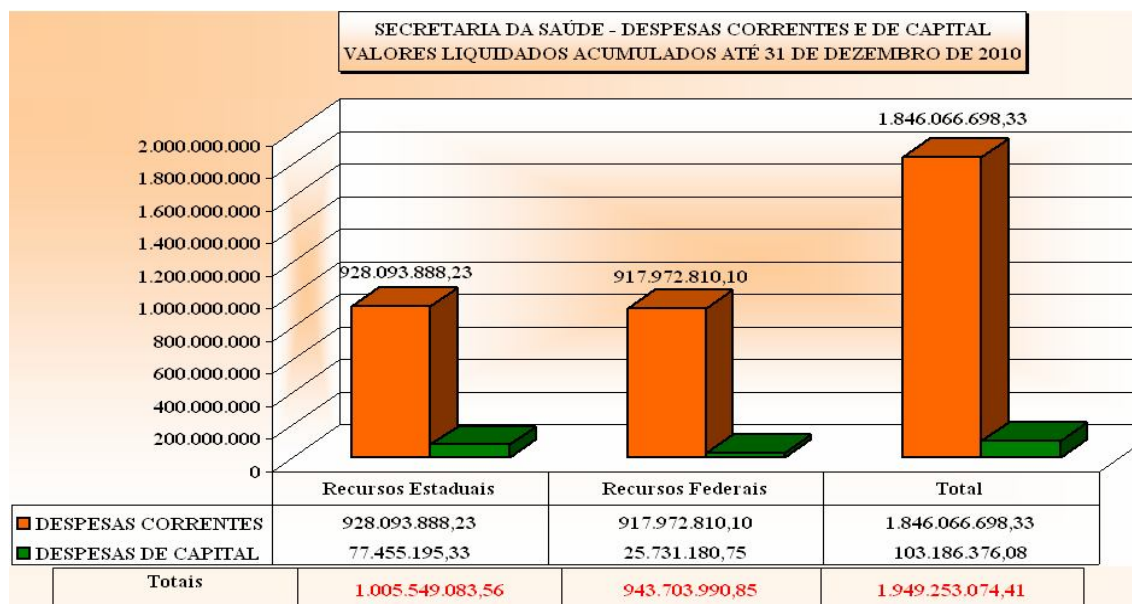
Figura 5 – Recursos Liquidados por fonte e grupo de despesas até 31/12/2010.



Fontes	Grupos de Despesas	Val. Liquidados	%
		R\$	
Recursos do Tesouro do Estado Vinc. pela Constituição + Contrapartida (Recurso 0001, 0005/0026, 0006, 0016 e 1148)	GR1 - Pessoal	397.952.732,51	20,42
	GR3 - Outras Despesas Correntes	530.141.155,72	27,20
	GR4 - Investimentos	77.455.195,33	3,97
	GR5- Inversões Financeiras	0,00	0,00
	<b>Total Rec. Tesouro do Estado</b>		<b>1.005.549.083,56</b>
Recursos Federais (orçamentados pelo Estado)	Convênios (inclui Gestão Plena)	943.703.990,85	48,41
	Vinculados por Lei - SUS	0,00	0,00
<b>Total Recursos Federais</b>		<b>943.703.990,85</b>	<b>48,41</b>
<b>Total dos Recursos Liquidados pela SES</b>		<b>1.949.253.074,41</b>	<b>100,00</b>

Fonte: FPE

Figura 6 – Despesas correntes e de capital - Valores liquidados acumulados até 31 de dezembro de 2010.



Fonte: FPE

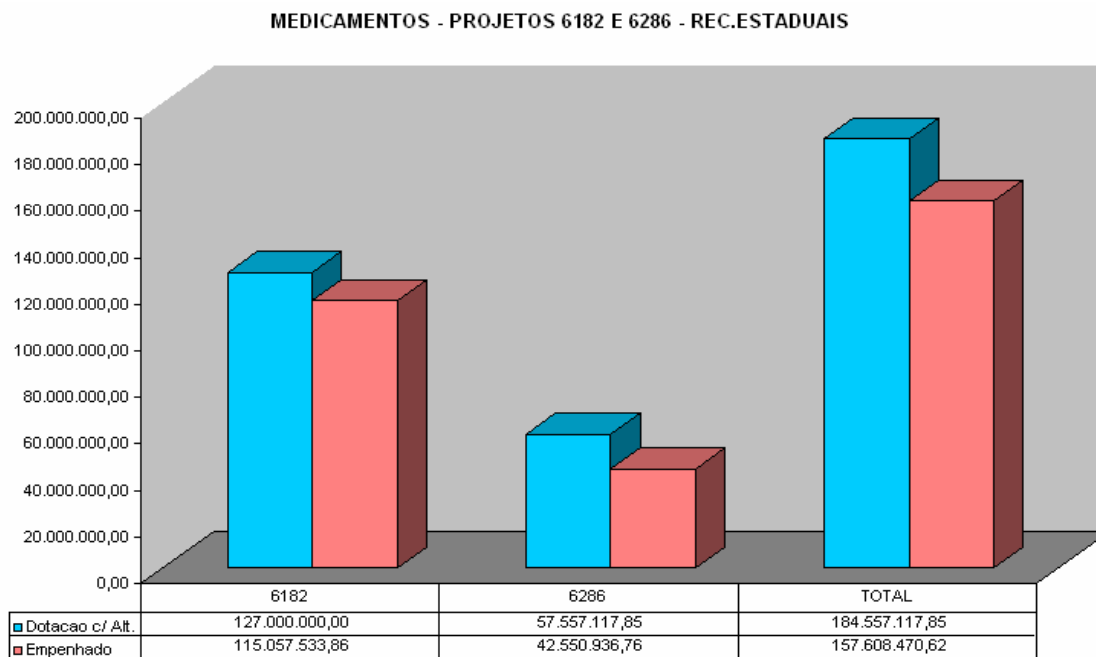
Analisando os recursos administrados pela Secretaria da Saúde, sob enfoque dos grupos de despesas, constatamos que do total liquidado, houve o comprometimento de 5,29% com investimentos do total liquidado. De outra parte, constatamos que as Despesas com Pessoal (elementos 11, 9, 13, 16, 92, 94,96) comprometeram 30,20%, Serviços com Terceiros 41,09% e Material de Consumo 9,75%, do montante total das despesas correntes, concluindo assim, que esses elementos representam 81,04% desse grupo.

## 5 – ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA – EXERCÍCIO 2010

### Aquisição de Medicamentos com Recursos Estaduais

Rubrica	Nome Rubrica	2010	
		Liquidado Total	Pago Total
3018	Medicamentos Especiais	62.455.611,58	60.988.335,97
3019	Medicamentos Excepcionais	15.596.422,90	15.327.038,80
	<b>TOTAL AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>	<b>78.052.034,48</b>	<b>76.315.374,77</b>
9102	Pagamentos Determinado por Sentenças Judiciais - Medicamentos	79.284.763,52	78.802.237,97
<b>TOTAIS Recursos ESTADUAIS</b>		<b>157.336.798,00</b>	<b>155.117.612,74</b>

Figura 7 – Medicamentos – projetos 6182 e 6286 – Recursos Estaduais.



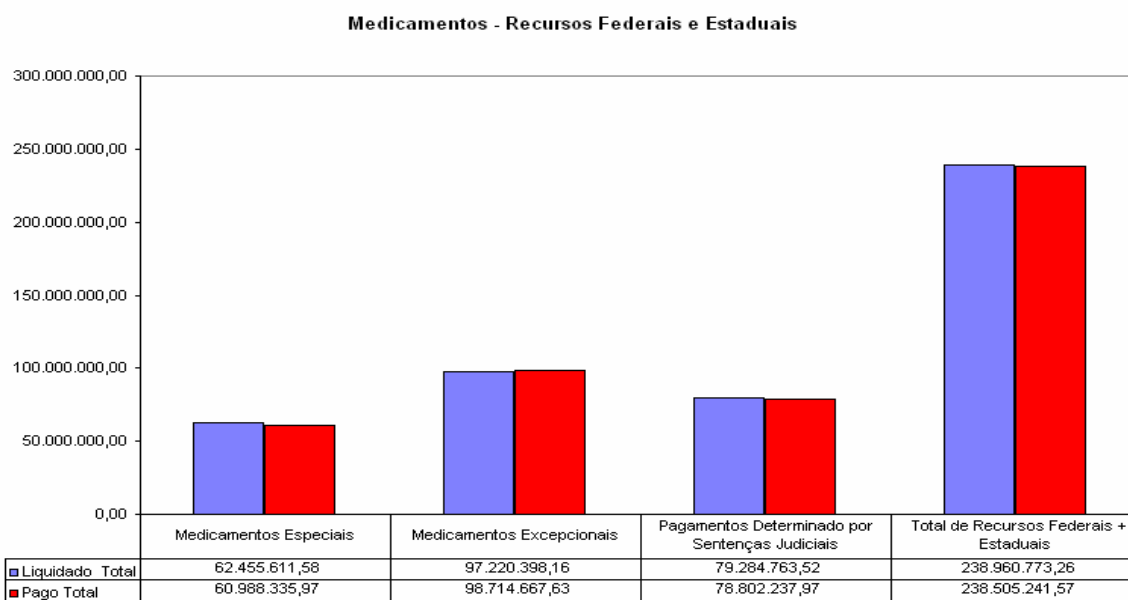
Fonte: FPE

Cabe salientar que no exercício de 2010 houve sequestros dos valores das contas do Estado determinados por ações judiciais, visando fornecimento de medicamentos. O valor estimado é de R\$ 30.000.000,00 e deverá ser regularizado no exercício de 2011.

**Medicamentos - recursos Federais e Estaduais**

<i>Rubrica</i>	<i>Nome Rubrica</i>	<i>2010</i>	
		<i>Liquidado Total</i>	<i>Pago Total</i>
3018	Medicamentos Especiais	63.196.237,58	61.728.961,97
3019	Medicamentos Excepcionais	97.220.398,16	98.714.667,63
9102	Pagamentos Determinado por Sentenças Judiciais - Medicamentos	79.284.763,52	78.802.237,97
<b>TOTAIS Recursos ESTADUAIS + FEDERAIS</b>		<b>239.701.399,26</b>	<b>239.245.867,57</b>

**Figura 8 – Medicamentos - recursos federais e estaduais**

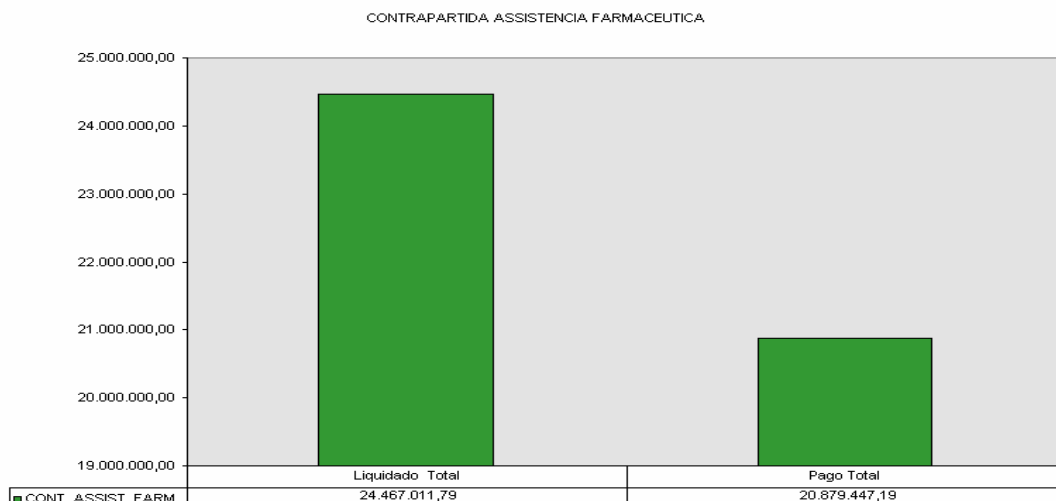


Fonte: FPE

**Contrapartida de Assistência Farmacêutica - Repasses para Municípios**

<i>Cód. Projeto</i>	<i>Projeto</i>	<i>2010</i>	
		<i>Liquidado Total</i>	<i>Pago Total</i>
6287	CONT. ASSIST. FARM.	24.467.011,79	20.879.447,19

**Figura 9 – Contrapartida de Assistência Farmacêutica - Repasses para Municípios**



Fonte: FPE

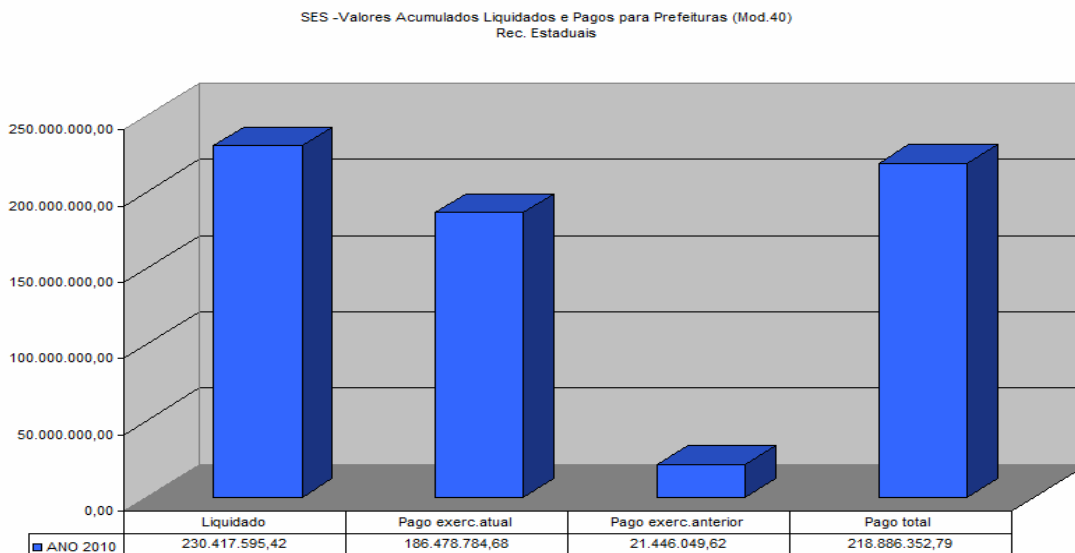
Quanto ao projeto Contrapartida Assistência Farmacêutica, observa-se que o total pago de R\$ 20.879.447,19 representa 9,54% do total de transferências para prefeituras, conforme figura 10, a seguir.

Não pode ser pago o total liquidado na íntegra, pois muitos credores estavam inscritos no CADIN.

## 6 – TRANSFERÊNCIAS PARA PREFEITURAS NO EXERCÍCIO DE 2010.

Observando os valores apresentados no exercício de 2010, referente aos dispêndios da SES para Prefeituras, modalidade 40, foi liquidado o valor de R\$ 230.417.595,42, e o total pago de R\$ 218.886.352,79, sendo deste, 9,8% pagamentos de exercícios anteriores e 85,19% referente a pagamentos do exercício atual conforme abaixo.

**Figura 10 – Valores Acumulados Liquidados e Pagos para as Prefeituras, no exercício de 2010.**



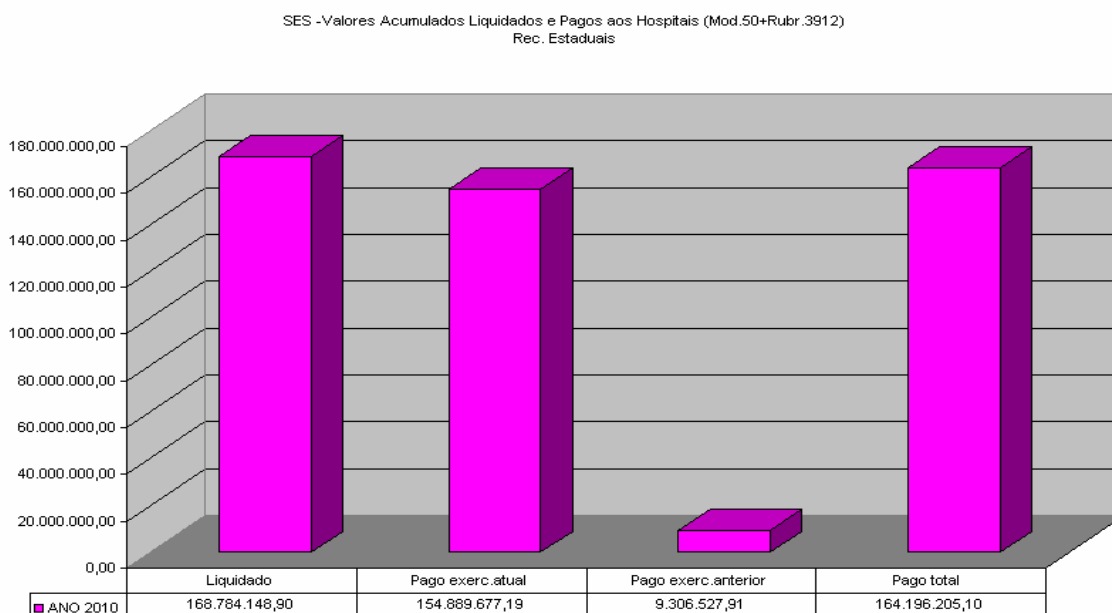
Fonte: FPE

Cabe salientar que os projetos mais significativos pagos às Prefeituras foram: Expansão da Estratégia Saúde da Família (R\$ 46.979.669,94), Contrapartida Estadual de Assistência Farmacêutica (R\$ 20.879.447,19), Primeira Infância Melhor (R\$ 14.031.700,00), Atenção Básica (R\$13.668.231,90) e Salvar (R\$ 11.814.872,01), representando um percentual de 49,05% do total pago com recursos estaduais.

## 7 – PAGAMENTOS AOS HOSPITAIS NO EXERCÍCIO DE 2010.

Na Figura 11, referente pagamentos realizados aos Hospitais, modalidade 50 e rubrica 3912 (encargos com prestadores de serviços), identifica-se que o valor liquidado foi R\$ 168.784.148,90, e o valor total pago foi de R\$ 164.196.205,10, sendo deste, 5,66% referente a pagamentos de exercícios anteriores e 94,34% a pagamentos no exercício de 2010.

**Figura 11 – Valores Liquidados e Pagos para os Hospitais com recursos Estaduais no exercício de 2010.**



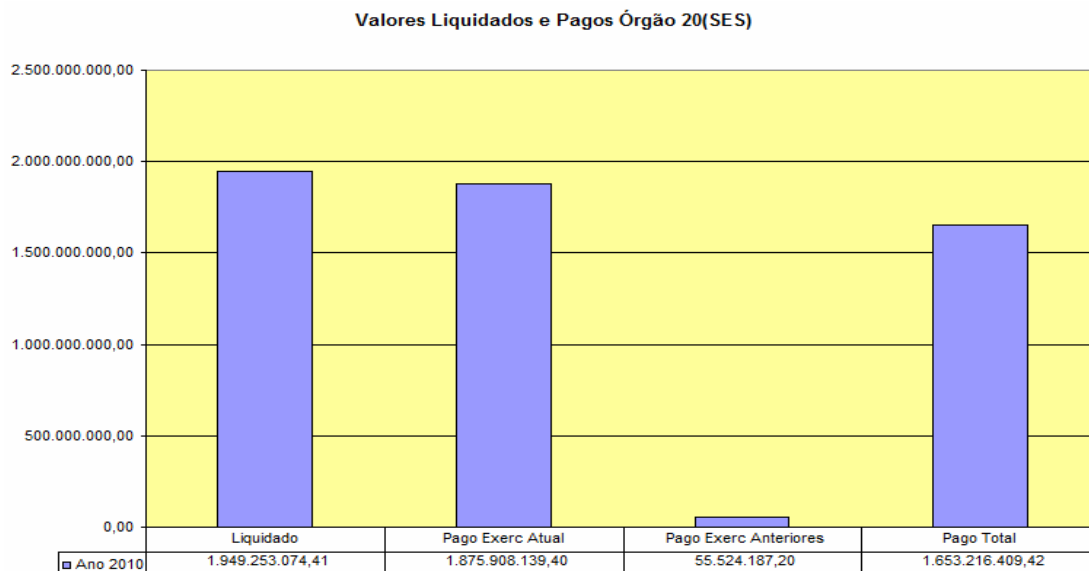
Fonte: FPE

Verifica-se que os projetos mais significativos pagos aos Hospitais foram: Apoio a rede hospitalar (R\$ 66.001.859,26), Qualificação do Trabalho - FUGAST (R\$ 33.119.444,12), Co-financiamento de Hospitais (R\$ 36.111.894,48) e Regionalização da Saúde (R\$ 16.703.456,26), representando um percentual de 92,53% do total pago com recursos estaduais.

## 8 - RECURSOS LIQUIDADOS E PAGOS – EXERCÍCIO 2010.

A Figura 12 a seguir demonstra os recursos totais liquidados e pagos acumulados no exercício de 2010 pelo órgão 20 – Secretaria da Saúde - que inclui as Unidades Orçamentárias: 20.01 – Gabinete e órgãos centrais, 20.95 – Fundo Estadual de Saúde, 20.33 – Encargos Gerais da SES e 20.47 – FUNAFIR.

**Figura 12– Valores Liquidados e Pagos acumulados no exercício de 2010.**



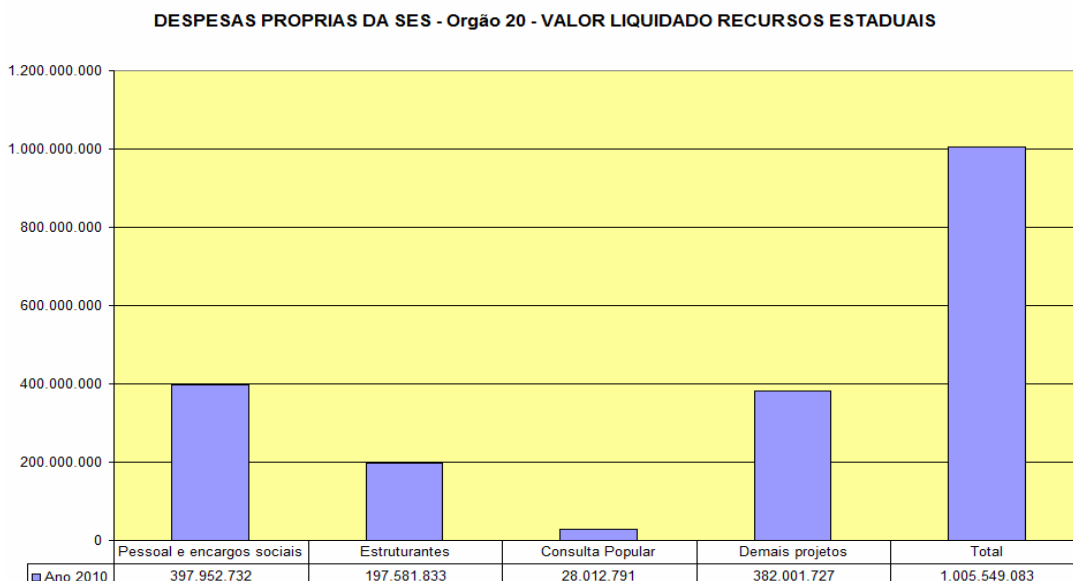
Fonte: FPE

No exercício de 2010 a Secretaria da Saúde liquidou R\$ 1.949.253.074,41, sendo que deste montante pagou R\$ 1.931.432.326,60 no exercício. Também foram pagas despesas de exercícios anteriores na ordem de R\$ 55.524.187,20 totalizando um desembolso financeiro de R\$ 1.653.216.409,42.

## 9 – DESPESAS PRÓPRIAS DA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE – Órgão 20

Analisando apenas as despesas alocadas no orçamento da SES em 2010, verificamos que os valores liquidados dos recursos estaduais atingem o valor total de R\$ 1.005.549.083, representando 89,96% da Dotação.

**Figura 13 – Valor Liquidado dos Recursos Estaduais**



Fonte: FPE

Nota-se que o valor total liquidado referente recursos Estaduais, é despendido com Pessoal 39,57%, Estruturantes 19,64%, Consulta Popular 2,78%, e os demais projetos 38%.

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

**RELAÇÃO DE PROJETOS - LIQUIDACAO SOBRE DOTACAO COM ALTERACAO – EXERCICIO 2010.**

Projeto	Nome Projeto	Dotação com Alteração	Liquidado	% Liquid. /Dot.
1855	EVENTOS SAZONAIS E OUTROS ( Verão Legal )	2.100.000,00	2.050.092,56	97,62
1857	PPV-PROG PREV VIOLENCIA	2.100.000,00	1.625.612,63	77,41
1883	SAUDE PRISIONAL	1.060.000,00	802.916,65	75,75
2184	PROGRAMA SOLIDARIEDADE	5.600.000,00	5.423.800,82	96,85
2485	ESP - ESTRUTURA GESTAO	1.170.000,00	707.443,06	60,47
2486	APOIO TECNICO E ADM. ( FUGAST )	33.680.000,00	33.235.674,35	98,68
2487	PUBLICIDADE INSTITUCIONAL	1.730.016,00	1.653.747,15	95,59
2488	REMUNERACAO ATIVOS-SES	152.430.021,34	150.711.844,61	98,87
2509	CES - MANUT E DIVULG ATIV	117.000,00	93.102,43	79,57
2696	CONTR PATR FAS-SES	10.531.473,00	9.368.904,12	88,96
2721	PG ABONO FAMILIA SERV SES	1.200.000,00	992.254,95	82,69
5555	ESF COM ENFASE NO PPV	22.100.000,00	16.225.115,40	73,42
5619	REGIONALIZACAO DA SAUDE	36.593.000,00	31.560.164,67	86,25
5620	SALVAR/SAMU-S.URG.EMERG.	14.474.486,15	12.363.627,80	85,42
6079	ESP - PESQ. ENS. EXTENSAO	6.300.000,00	5.649.008,17	89,67
6182	JUDICIAIS - GERENC. ACOES	127.000.000,00	117.380.201,35	92,43
6193	APOI ADM E QUAL INFRA-SES	24.099.696,00	24.024.283,67	99,69
6254	ATENCAO BASICA	18.450.000,00	16.659.260,59	90,29
6255	SAUDE DA MULHER	2.200.000,00	1.534.921,64	69,77
6256	SAUDE DO IDOSO	1.633.575,00	713.311,32	43,67
6262	HSP - MANUTENCAO	6.000.000,00	5.757.857,31	95,96
6264	CONEN-IMP ACOES CONS ENT	100.000,00	1.302,75	1,30
6271	ET SUS - ENSINO PROF	800.000,00	649.768,97	81,22
6273	ESP-DESENV.INSTITUCIONAL	1.700.000,00	721.075,00	42,42
6276	VIGIL. SAUDE TRABALHADOR	3.000.000,00	2.675.000,00	89,17
6277	VIG.EPIDEM. E AMBIENTAL	330.434,00	48.594,29	14,71
6284	APOIO A REDE HOSPITALAR	90.137.728,00	80.373.078,07	89,17
6286	MEDICAMENTOS-GERENC.ACOES	57.557.117,85	42.584.056,76	73,99
6287	ASSIST. FARMAC. BASICA	25.027.818,00	24.467.011,79	97,76
6292	PIM - PRIM. INF. MELHOR	20.806.500,00	16.052.525,67	77,15
6296	HPSP - MANUTENCAO	10.250.000,00	7.004.626,92	68,34
6298	SAUDE MENTAL-ATEN INTEGR	350.000,00	98.094,31	28,03
6300	ESF - ESTRAT. S. FAM.	57.842.197,00	47.514.186,83	82,14
6422	PESSOAL - HOSP. PROPRIOS	38.485.000,00	38.385.547,43	99,74
6435	EVENTOS ADVERSOS	900.000,00	500	0,06
6484	HCI - MANUTENCAO	3.540.000,00	3.142.462,63	88,77
6589	MANUT. CENTRO SAUDE MURIALDO	0	91,84	0,00
6590	ADS-MANUT AMB DERM SANIT	600.000,00	344.979,20	57,50
6591	CRS - INFRAEST. COORD REG	5.680.000,00	4.830.100,80	85,04
7102	REGIONALIZACAO DA SAUDE -	25.148.133,29	19.161.362,11	76,19
7106	SANEAMENTO COMUNITARIO -	15.600,00	15.600,00	100,00
7108	SAUDE DA FAMILIA - CP	11.747.440,00	8.835.828,59	75,21
8030	PUBLICIDADE	600.000,00	507.746,45	84,62

Projeto	Nome Projeto	Dotação com Alteração	Liquidado	% Liquid. /Dot.
8046	PROSAN-SANEAM COMUNIT	1.000.000,00	885.723,26	88,57
8073	GERENCIAM ACOES SUS	165.000,00	13.285,00	8,05
8077	CO-FINANCIAMENT.HOSPITAIS	37.200.000,00	37.194.894,48	99,99
8083	SOCIOEDUCATIVAS	1.760.854,00	1.180.000,00	67,01
8322	CONTRIBUICAO PATRONAL PAR	50.818.025,00	47.272.155,70	93,02
8323	COMPLEMENTACAO FINANCEIRA	166.049.104,00	151.222.025,70	91,07
8511	FUNAFIR-APOIO FINANCEIRO	3.400.000,00	3.280.684,38	96,49
9048	VIGILANCIA SANITARIA	1.045.000,00	916.695,31	87,72
9068	DOACAO ORGAOS E TRANSPL.	700.000,00	559.518,38	79,93
9069	ATEN DEFIC-ASSIST COMPLEM	30.494.500,00	27.077.415,69	88,79
		<b>1.117.819.718,63</b>	<b>1.005.549.083,56</b>	<b>89,96</b>

## 10 – DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO PARA SES EM 2011.

Secretaria Estadual da Saúde - Orçamento 2011

Objeto	Saúde - Orçamento/2011	
	Dotação com alterações	%
<b>A - Projeção de RLIT</b>	18.314.120.289	100%
<b>B- Orçamento da SES (Tesouro)</b>	1.150.588.844	6,28%
Pessoal	401.829.308	2,19%
Despesas Correntes	653.732.027	3,57%
Despesas de Capital	95.027.509	52,00%
<b>C - Orçamento da FEPPS (Tesouro)</b>	13.816.281	0,08%
<b>D = B + C = Total Orçado para SES e FEPPS (Tesouro)</b>	1.164.405.125	6,36%
<b>E = Orçamento com Saúde Alocados em Corsan IPE</b>	<b>1.233.149.869</b>	<b>6,73%</b>
<b>F = B + C + E = Total Orçado em Saúde</b>	<b>2.397.554.994</b>	<b>13,09%</b>

Fonte: SEFAZ/CAGE



Relatório de Gestão

CEVS

(Centro Estadual de Vigilância em Saúde)

2010

## **CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

### **RELATÓRIO DE GESTÃO 2010**

A implementação da Vigilância em Saúde na SES, a partir da estruturação do CEVS, faz parte da busca um novo modelo de Atenção à Saúde. Nesse sentido, considera-se que a política nacional da área tem avançado, conforme se observa na Portaria 3252/09, que estabelece como objetivo para a VS a “análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde”; constituindo-se de “ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde” que abrangem a “Vigilância Epidemiológica, Promoção da Saúde, Vigilância da Situação de Saúde, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância da Saúde do Trabalhador e a Vigilância Sanitária”.

Um conjunto de questões estão colocadas para o avanço da proposta, entre as quais salientam-se: a integração com a Atenção Básica; o papel da Vigilância em Saúde na conformação das Redes de Atenção à Saúde, para alcançar a integralidade pretendida no SUS, compreendida, na Portaria 3252/09, como “a garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis para as necessidades de saúde, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário” e o atendimento ao espírito e prioridades dadas no Pacto pela Saúde.

#### **Gestão da Vigilância em Saúde - Descentralização**

A Vigilância em Saúde (VS) é exercida fundamentalmente no território municipal e, quando alguma situação extrapola a capacidade local, seu atendimento é suplementado/complementado pelo Estado (CRS e/ou CEVS).

A descentralização da VS, entretanto, tem colocado alguns problemas importantes para os municípios, especialmente pela dificuldade na constituição de equipes, além da complexidade de algumas das ações a serem assumidas e seu insuficiente financiamento.

Apesar de todos estarem se estruturando dentro da visão de VS, as ações das áreas de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária, estão sendo descentralizadas operacional e normativamente com algumas diferenças.

Quanto à Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental em Saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador - financiadas através do Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS), com ações/atribuições e competências pactuadas na CIB, os municípios podem assumir compromissos com ações de complexidade crescente, correspondendo ao recebimento de recursos financeiros também crescentes. Daí as denominações de Município Certificado em Tipo II (ações menos complexas e transferência de recursos a partir do Fundo Estadual de Saúde) e Município Certificado em Tipo III (ações mais complexas e transferência de recursos a partir do Fundo Nacional de Saúde). Tem-se hoje ainda 84 municípios certificados em Tipo II.

Quanto à Vigilância Sanitária, financiada através do Piso Fixo da Vigilância Sanitária, com ações/atribuições e competências pactuadas na CIB (Resolução 250/07).

O financiamento também se dá a partir da complexidade das ações assumidas, correspondendo a Piso Estruturante (ações de baixa complexidade) e Piso Estratégico (ações de média e alta complexidade e outras situações que contribuam para aumentar o risco do município).

A maioria dos municípios do Estado (83%) que estão certificados em relação à Vigilância Epidemiológica e Ambiental ainda não pactuaram ações de média e alta complexidade da Vigilância Sanitária realizando, portanto, apenas ações de baixa complexidade dessa área. Cerca de 15% dos municípios, somente, assumiram tanto a Certificação III da VE/VA como o Piso Estratégico de VISA, o que seria a situação ideal de descentralização da VS a ser alcançada.

## **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) foi instituído pela Lei nº. 6229 em 1975 e compreende o conjunto de instituições do setor público e privado componentes do Sistema Único de Saúde (SUS) que, direta ou indiretamente, notificam doenças e agravos, prestam serviços a grupos populacionais ou orientam a conduta a ser tomada no controle das mesmas.

É um instrumento importante para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normalização de atividades técnicas correlatas. Sua operacionalização compreende um conjunto de funções específicas e complementares que devem ser, necessariamente, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo em questão. Deste modo, estarão sendo implementadas ações de intervenção pertinentes e eficazes.

São funções da Vigilância Epidemiológica:

- Coleta, análise e interpretação de dados;
- Investigação epidemiológica;
- Recomendação, execução e avaliação das medidas de controle apropriadas;
- Divulgação das informações.

A relação de doenças de notificação compulsória tem sofrido revisões durante as últimas décadas, sendo definida por portaria federal para todo território nacional. No Rio Grande do Sul, caxumba e toxoplasmose são as doenças de notificação estadual. Além disso, todas as suspeitas de surtos ou de ocorrência de agravo inusitado devem ser investigadas e imediatamente notificadas aos níveis hierárquicos superiores pelo meio mais rápido de comunicação disponível, podendo ser utilizado o Disque Vigilância – 150.

Para coordenar o desenvolvimento das atividades previstas no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, a Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE) está estruturada em três núcleos, a saber:

- Núcleo de Vigilância das Doenças Transmissíveis: doenças de transmissão respiratória, hídrica, por alimentos, antroponozoonoses. tuberculose, hanseníase, hepatites
- Núcleo de Vigilância das Doenças Não Transmissíveis: acidentes e violências, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus, controle do tabagismo
- Núcleo de Imunizações

A vigilância das doenças e agravos se realiza a partir de Sistemas de Informação de base nacional, alimentados por todos os municípios, como o SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, SI-API – Sistema de Informação do Programa de Imunizações e o SIS-FAD – Sistema de Informações de Febre Amarela e Dengue. Também tem papel fundamental o Sistema de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Nascidos Vivos (SINASC).

Os dados obtidos do SINAN, que constitui o maior sistema para acompanhamento de doenças no país, registram um crescimento anual das notificações (em 2010 foram 81.327 notificações) de casos suspeitos de DNC e outros agravos de interesse nacional e estadual, informados pela grande maioria dos municípios do Estado (em torno de 95 a 97% do total). O maior número de notificações geralmente corresponde a atendimentos anti-rábitos (23.204 em 2010), seguido de varicela, hepatites virais e tuberculose.

O Rio Grande do Sul apresentou grande diminuição da morbi-mortalidade por doenças transmissíveis nas últimas décadas, especialmente das imunopreveníveis, com o desenvolvimento do Programa de Imunizações ao longo de três décadas. Doenças foram erradicadas (varíola nos anos 70, poliomielite desde 1984), eliminadas (sarampo) ou fortemente controladas (com baixa incidência anual, como a difteria, a coqueluche e o tétano, sendo que os dois últimos casos de tétano neo-natal ocorreram no ano de 2003).

Entretanto, dentro de um contexto de urbanização acelerada, mudanças ambientais e climáticas, mobilidade populacional, avanços tecnológicos, o Estado tem enfrentado a emergência e/ou reemergência de doenças infecciosas que impõem um grande desafio ao Sistema de Vigilância Estadual. Os surtos de Dengue autóctone de 2007 e 2010, a reemergência da Febre Amarela Silvestre em 2008-2009, a Leishmaniose Visceral autóctone são exemplos desse novo cenário epidemiológico. Apresenta-se, a seguir, a situação das principais doenças que são foco de ações de vigilância epidemiológica.

### **Doenças Imunopreveníveis**

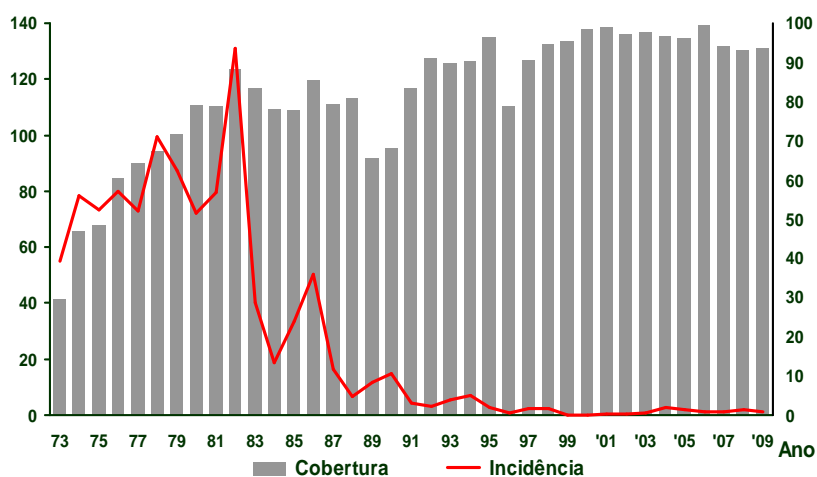
Constituem-se em um grupo de doenças para as quais se dispõe de instrumentos de prevenção e controle, que são as vacinas do Programa Nacional de Imunizações. Consta-se, nas respectivas séries históricas, que o alcance e manutenção de altas coberturas vacinais vêm garantindo o controle/eliminação dessas doenças. Porém, torna-se um desafio manter a sensibilidade do sistema de vigilância para garantir identificação oportuna de casos suspeitos e coberturas vacinais que evitem o acúmulo de pessoas suscetíveis e a reintrodução das doenças, aumento de incidência e/ou ocorrência de surtos.

### **Coqueluche, difteria e tétano**

A coqueluche, difteria e tétano apresentam-se em níveis de controle, como consequência das altas coberturas vacinais atingidas ao longo das últimas duas décadas (figuras 1, 2 e 3).

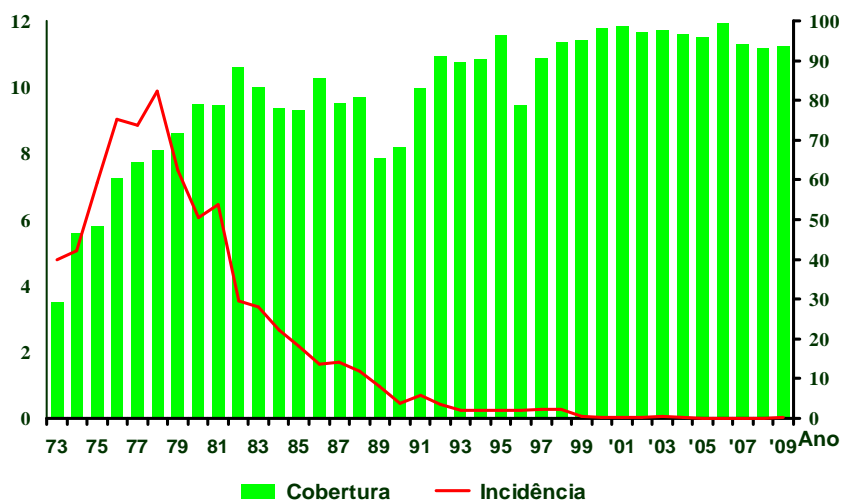
Em relação à coqueluche, contudo, constata-se que após um período de taxas decrescentes, a partir do ano 2000, a incidência progressivamente aumentou no Rio Grande do Sul, com pico em 2004. Uma das explicações para o aumento de casos entre as crianças, em populações com coberturas vacinais elevadas como as nossas, é a ocorrência da doença em indivíduos mais velhos, que serviriam como fonte de transmissão, mantendo a bactéria circulante na comunidade. Tal fato seria decorrente da provável diminuição da imunidade induzida pela vacinação ao longo dos anos. Esse recrudescimento da coqueluche levou à implementação da vigilância da doença, com estabelecimento de diagnóstico laboratorial para confirmação de casos e implantação de 2º reforço da vacina DPT.

**Fig. 1: Coeficiente de incidência da coqueluche por 100.000 cobertura vacinal em menores de 1 ano, RS, 1973-2009**



Fonte: SINAN/API/DVE/CEVS/SES-RS

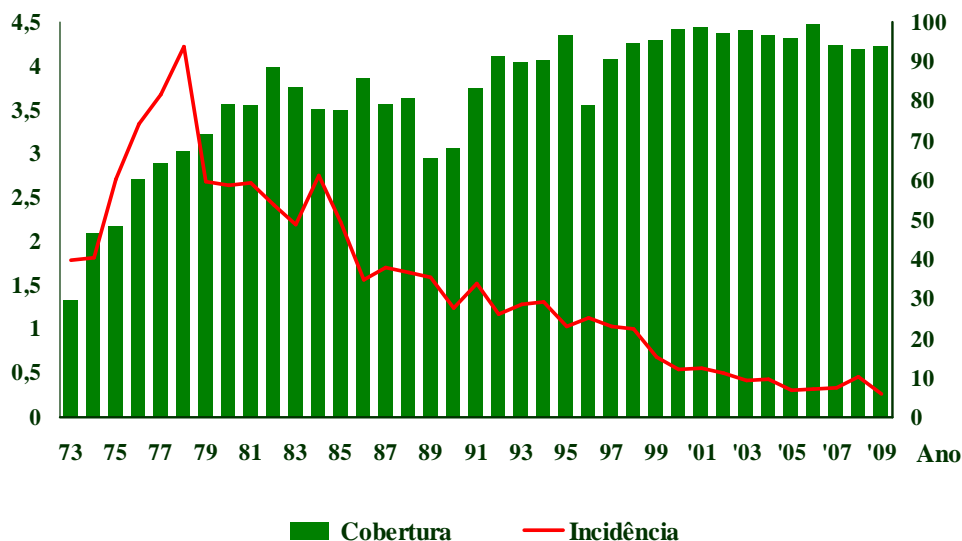
**Fig. 2: Coeficiente de incidência da difteria por 100.000 hab e cobertura vacinal em menores de 1 ano, RS, 1973-2009**



O número de casos de tétano acidental vem diminuindo progressivamente, pela vacinação de rotina de menores de um ano e de grupos de risco para a doença. Deve estar contribuindo para essa queda de incidência a inclusão da oferta de vacina Dupla adulto para a população idosa, durante as campanhas anuais de vacinação contra a influenza.

A implementação da vacinação contra o tétano no pré-natal e na população de mulheres em idade fértil vem garantindo a busca da eliminação do tétano neonatal, não havendo registro de casos no RS desde o ano de 2004.

Fig. 3: Coeficiente de incidência do tétano por 100.000 hab e cobertura vacinal em menores de 1 ano, RS, 1973-2009



Fonte: SINAN/API/DVE/CEVS/SES-RS

### Doenças Exantemáticas

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, de transmissão respiratória pessoa a pessoa, que vem sendo objeto de uma política para erradicação nos países das Américas, eliminando sua circulação autóctone e a ocorrência de epidemias.

O Estado do Rio Grande do Sul não apresentava casos confirmados de sarampo desde 2000 e de rubéola desde 2009. As últimas epidemias de Rubéola no Estado ocorreram em Passo Fundo, no ano de 2006, onde a quase totalidade dos casos confirmados ocorreram em adultos do sexo masculino, e no município de Pelotas, em 2007, onde a maioria dos casos ocorreu em homens, principalmente na faixa etária de 20-39 anos e adolescentes entre 12 e 19 anos.

Em agosto de 2010, o Ministério da Saúde divulgou a ocorrência de três casos confirmados de sarampo no município de Belém, Estado do Pará. No mesmo período foram confirmados três casos de sarampo na Província de Buenos Aires, Argentina, provavelmente importados da África do Sul. No mês de setembro iniciou-se investigação de casos suspeitos no município de João Pessoa, Estado da Paraíba, sendo que até outubro do corrente ano já confirmaram 47 casos de sarampo. No Rio Grande do Sul, após 11 anos sem casos confirmados de sarampo, 07 casos de sarampo foram identificados no município de Porto Alegre e 01 caso no município de Cachoeirinha, todos confirmados laboratorialmente. Todos os casos confirmados possuem identificação de genótipo viral, demonstrando que os vírus que estão circulando no Brasil são importados (o genótipo D4 no Pará e B3 nos demais).

As coberturas vacinais contra sarampo e rubéola (dupla e tríplice viral) em crianças de 1 ano têm alcançado a meta preconizada de  $\geq 95\%$  no Estado, embora as mesmas não sejam homogêneas em todos os municípios. No entanto, campanhas realizadas em outras faixas etárias (12-39 anos em MIF e 20-39 anos em 2008) não alcançaram esta meta, o mesmo acontecendo com a dose de reforço que deve ser aplicada entre 4 a 6 anos. Sendo assim, a possibilidade de acúmulo de suscetíveis ao longo do tempo pode atingir, em algum momento do futuro, uma quantidade suficiente de pessoas possibilitando a sustentação de transmissão, podendo ocorrer surtos e reintrodução autóctone do vírus do sarampo e/ou da rubéola.

**Indicadores Doenças Exantemáticas**  
**Investigação Oportuna em 48 horas após a notificação (meta=80%)**

Ano	%
2007	90,2
2008	94,3
2009	93,4
2010*	90,0

\*Até outubro

**Encerramento de casos por critério laboratorial (meta=100%)**

Ano	%
2007	95,6
2008	96,7
2009	98,4
2010*	95,7

\*Até outubro

**Sarampo e Rubéola: Casos Notificados, Confirmados e Incidência (100 mil habitantes) por ano, RS, 2006-2010\***

	Sarampo			Rubéola		
	Notificados	Confirmados	Incidência	Notificados	Confirmados	Incidência
2006	95	0	0,0	1118	14	0,1
2007	87	0	0,0	6378	2848	26,9
2008	51	0	0,0	1688	200	1,8
2009	19	0	0,0	419	0	0,0
2010	147	8	0,1	379	0	0,0

\*até semana epidemiológica 45

**INFLUENZA**

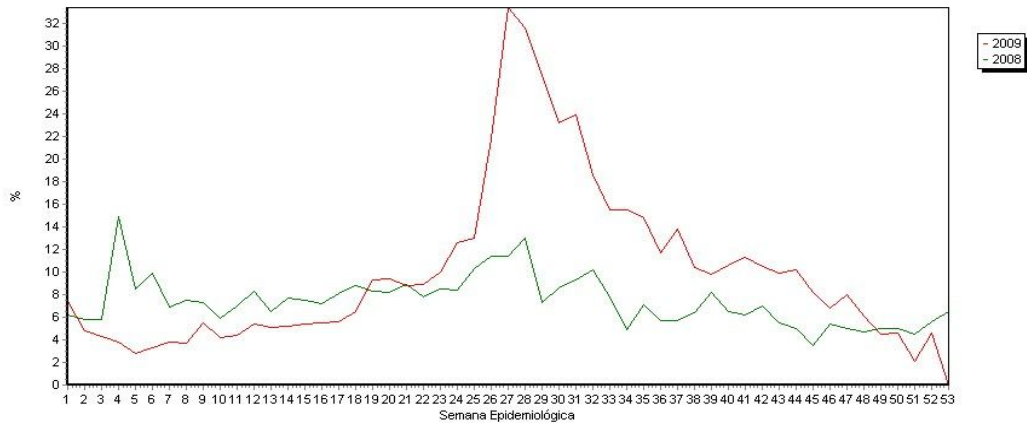
A Influenza é uma doença respiratória aguda e contagiosa, causada pelo vírus da influenza A, B ou C. Os vírus do tipo e A e B são mais comuns e causam doença mais grave que o tipo C. Devido a sua alta capacidade de variação antigênica (principalmente influenza A), é capaz de causar epidemias anuais recorrentes e pandemias em média três vezes por século, em virtude da ausência de imunidade da população a estas novas cepas. Considerando este perfil é fundamental a vigilância e o monitoramento do vírus influenza.

Em 1999 implantou-se o sistema de vigilância nacional dos vírus influenza através de uma rede de Unidades Sentinela (US) que coletam amostras de espécimes clínicas, organizam e informam dados epidemiológicos (proporção de atendimentos de síndrome gripal) em um sistema de informação específico – SIVEP-GRIPE. Além das US que monitoram semanalmente a circulação de vírus respiratórios, a influenza foi recentemente incluída na lista de doenças de notificação compulsória.

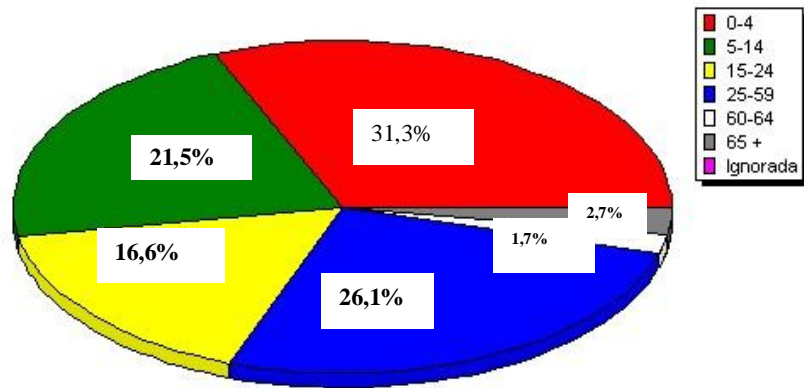
A rede sentinela do Estado é composta por quatro unidades: Pronto Atendimento do Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana implantada em 2002, Serviço de Saúde Comunitária/GHC de POA, implantada em 2003, Pronto Atendimento de Caxias do Sul implantado em 2004 e Emergência do Hospital Mãe de Deus implantada em 2010.

**Indicadores**

**Proporção de atendimentos por Síndrome Gripal, RS, 2008 e 2009**



**Proporção de atendimentos por Síndrome Gripal por faixa etária, RS, 2008 e 2009.**



Indicador do Pacto pela Saúde: Proporção de amostras clínicas coletadas em relação ao preconizado. O preconizado é que cada US colete cinco amostras por semana, totalizando 260 amostras por ano. Então, considerando as três US em 2010, o Estado necessitaria de 780 amostras no ano para atender o preconizado. No entanto a meta pactuada para 2010 e 2011 é atingir, no mínimo, 80% do número de coletas preconizadas - 208 amostras coletadas no ano.

A Unidade Sentinela do Hospital Mãe de Deus iniciou as coletas a partir da semana epidemiológica 45, realizando apenas 2 coletas.



**Série histórica da proporção de amostras clínicas coletadas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado, RS, 2002-2010**

Ano	Coletas	%
2002	89	11,4
2003	272	34,9
2004	335	42,9
2005	206	26,4
2006	390	50,0
2007	433	55,5
2008	403	51,7
2009	324	41,5
2010	340	43,6

Fonte: Sivep/gripe

**Meningites**

A vigilância das meningites tem, por objetivo, monitorar a situação epidemiológica da doença no RS e utilizar as medidas de prevenção e controle disponíveis. Entre as meningites, a vigilância da doença meningocócica (DM) constitui uma importante demanda, em virtude da gravidade do quadro e a da possibilidade de surtos.

A Meta pactuada no PAVS para 2010 e 2011 (no mínimo 40% de identificação do agente etiológico por cultura, CIE ou Látex / total de meningites bacterianas):

Ano	total de meningites bacterianas	% etiologia cultura/CIE/Látex
2007	479	51,98
2008	460	51,52
2009	455	49,01
2010*	304	56,25%

Fonte: Sinan/DVE/CEVS/SES-RS

\*dado preliminar, até nov 2010

**Número de casos e óbitos por DM de 2007 a 2010:**

Ano	2007	2008	2009	2010*
casos, n <sup>o</sup>	111	105	75	76
óbitos, n <sup>o</sup> (%)	16 (14,41)	16 (15,23)	12 (16,00)	15 (19,73)

Fonte: Sinan/DVE/CEVS/SES-RS\* dados até nov/2010

É importante conhecer os sorogrupos de meningococos circulando no Estado, pois dessa informação depende a ações de controle em caso de surto (vacinas só existem para alguns tipos de meningococo). Em 2010 os casos identificados dessa doença foram causados por: meningococo B – 62,16%; meningococo C – 27,02 e meningococo YW135 – 10,81%.

#### **SURTOS NOTIFICADOS DE DTA POR CRS, RS, 2006 – 2010\***

---

A meta da PAVS para o Programa de Meningites no ano de 2010 no Estado vem sendo cumprida, ainda que algumas deficiências regionais devam ser corrigidas.

Com esse objetivo foram reforçadas as instruções sobre o correto fluxo de informações e amostras de casos de meningites e, em conjunto com o LACEN/RS, programadas capacitações no interior do Estado no ano de 2011.

#### **Doenças Transmitidas por Alimentos**

As Doenças Transmitidas por Alimentos (DTAs) representam importante problema de Saúde Pública, podendo acometer grande número de pessoas num mesmo evento e causar óbitos. É importante conhecer a ocorrência destas doenças, seu agente causal, alimentos envolvidos, local de preparo e consumo, fatores predisponentes, sazonalidade e população exposta ao risco, para implementação de medidas preventivas e de controle por parte das autoridades sanitárias, industriais e outros tipos de estabelecimentos de alimentação. Este programa vem sendo desenvolvido no Estado desde 1980.

De 1980 a 2010 foram notificados 3.793 surtos envolvendo 339.749 pessoas, possibilitando identificar o perfil dessas ocorrências no Estado, incluindo fatores de risco para as mesmas. Esse conhecimento deve subsidiar a elaboração de estratégias de ação para diminuição da incidência.

Observa-se que as residências são o principal local de ocorrência, seguido do comércio e indústria. Há tendência de aumento de surtos envolvendo clubes e associações comunitárias. A *Salmonella* sp e o *Staphylococcus aureus* são os principais agentes etiológicos entre os identificados no RS, sendo ovos contaminados e manipuladores as principais fontes de infecção). Na análise da série histórica, o número de surtos atribuídos ao *Staphylococcus aureus* mantém-se estável, enquanto o número de surtos atribuídos à *Salmonella* sp vem sofrendo incremento a partir dos anos 90. Os alimentos preparados são os mais envolvidos.

A matéria prima sem inspeção e a manutenção de alimentos em temperatura ambiente por mais de 2 horas são os principais implicados no desencadeamento de surtos. Neste contexto, as ações de Vigilância em Saúde podem contribuir para reduzir essas ocorrências, em especial pelo controle de condições de higiene de estabelecimentos, das condições de saúde de manipuladores e controle de temperatura de equipamentos de rede de frio e de calor.

Nos últimos cinco anos, observa-se que algumas regionais (1ª, 5ª, 2ª, 6ª, 14ª e 18ªCRS) concentram maior número de notificações. Com relação à 1ªCRS, a maioria das notificações é oriunda do município de Porto Alegre, com menor contribuição dos municípios da região metropolitana. Já no caso da 5ª CRS a conclusão dos surtos é feito pelo nível central, situação que se repete em vários locais. As 2ª, 6ª, 14ª e 18ª CRS tem demonstrado bom envolvimento com o programa e com os seus municípios.

Abaixo seguem tabelas com o desempenho das CRS, no período 2006 a 2010, em relação às notificações e número de expostos, doentes, hospitalizados e óbitos relativos ao RS como um todo no mesmo período.

<b>CRS</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010*</b>	<b>TOTAL</b>
1ª	42	38	44	36	32	192
2ª	18	11	16	11	6	62
3ª	3	5	5	4	1	18
4ª	8	8	6	3	1	26
5ª	56	34	38	24	20	172
6ª	19	15	10	4	2	50
7ª	0	0	0	1	1	2
8ª	5	7	1	3	3	19
9ª	0	1	1	0	0	2
10ª	3	9	9	7	1	29
11ª	13	9	3	3	0	28
12ª	1	3	5	2	0	11
13ª	1	4	8	4	2	19
14ª	4	17	7	8	4	40
15ª	3	0	1	0	0	4
16ª	3	8	2	0	5	18
17ª	3	8	2	2	1	16
18ª	5	9	15	11	6	46
19ª	12	3	10	7	0	32
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>189</b>	<b>183</b>	<b>130</b>	<b>85</b>	<b>701</b>

\* Dados preliminares até outubro

ANO	EXPOSTOS	DOENTES	HOSPITALIZADOS	ÓBITOS
2006	11332	2004	328	1
2007	13241	2267	630	0
2008	7229	1702	384	2
2009	6779	1290	136	1
2010*	1124	431	105	0
<b>TOTAL</b>	<b>39705</b>	<b>7694</b>	<b>1583</b>	<b>4</b>

### Hepatites Virais

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

Estima-se que 5 a 10% da população adulta infectada com o vírus B possa evoluir para formas crônicas, desde portador do vírus até cirrose (30%) e hepatocarcinoma.

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

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

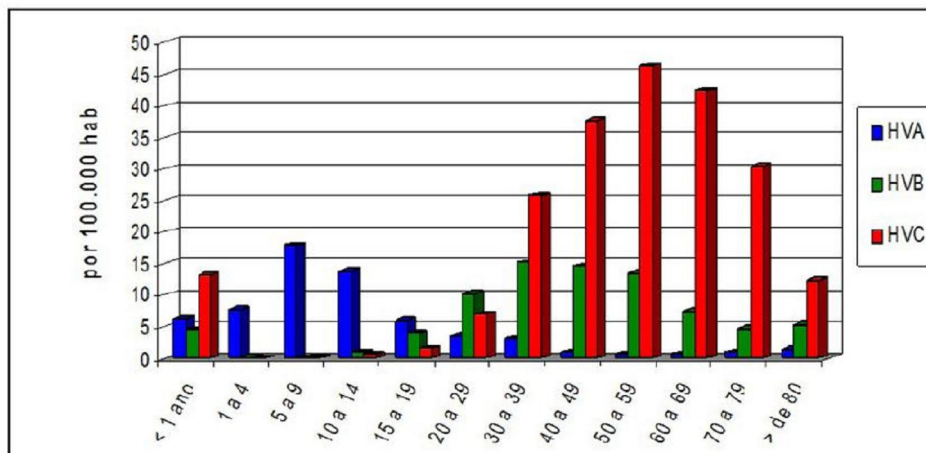
Analisando-se os dados de uma série histórica de 1999 a 2009, observa-se que a tendência do coeficiente (por 100 mil habitantes) da Hepatite Viral A (HAV) foi de declínio, de 15,21 em 1999 para 2,56 em 2007 e com leve acréscimo a partir de 2008, quando passou para 3,21 e em 2009 para 5,07. Neste período analisado os coeficientes oscilaram ciclicamente, mas sempre com valores inferiores aos coeficientes mais elevados dos anos anteriores, mantendo assim a tendência de decréscimo. Os coeficientes da Hepatite B (HBV) apresentaram neste período analisado uma tendência estável, em 1999 foi de 9,13 e em 2009 de 9,04. O mesmo ocorreu com os dados da Hepatite C, (HCV) que não oscilaram significativamente, de 19,18 em 1999 passou para 20,97 em 2009.

Ano	Hepatites Virais					
	A		B		C	
	Casos	Coef.	Casos	Coef.	Casos	Coef.
1999	1517	15,21	910	9,13	1913	19,18
2000	2712	26,62	1066	10,46	1682	16,51
2001	2551	24,74	968	9,39	1728	16,76
2002	1015	9,75	800	7,69	1811	17,40
2003	724	6,89	953	9,07	1788	17,01
2004	1233	11,62	1030	9,70	2283	21,51
2005	1393	12,84	1273	11,74	2340	21,58
2006	883	8,05	1041	9,50	1794	16,36
2007	285	2,57	1087	9,81	1781	16,07
2008	350	3,22	1100	10,13	2074	19,11
2009	553	5,07	987	9,04	2289	20,97

Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS

Em 2009, do total de casos, 14,44 % foram de hepatite A, 25,78 %, de hepatite B e 59,78 % de hepatite C. Quanto ao comprometimento segundo a faixa etária, a hepatite A continua atingindo as faixas etárias mais jovens e os tipos B e C acometendo mais os adultos, como nos mostra a figura a seguir.

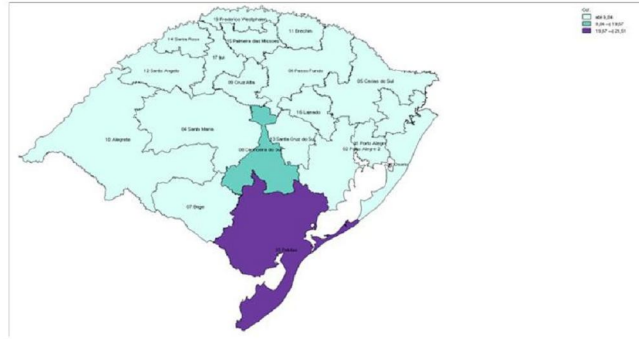
### Coeficiente de Detecção de Hepatites Virais A, B e C, por faixa etária, RS, 2009



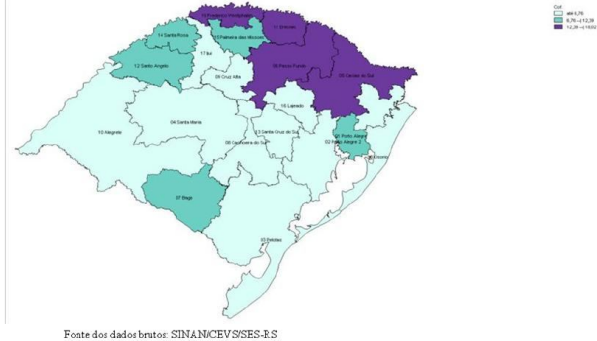
Fonte dos dados brutos: SINAN/CEVS/SES-RS

A distribuição geográfica dos casos ocorreu de forma diversa para os diferentes tipos de hepatites e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). A HAV ocorreu mais na 3ªCRS, a HBV nas 5ª, 6ª, 11ª e 19ªCRS e a HCV nas 7ª e 1ªCRS ( Mapas abaixo).

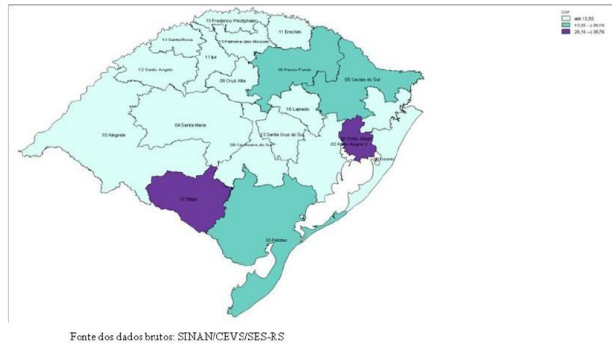
**Coeficiente de Incidência da Hepatite A, por CRS, RS, 2009**  
(por 100.000 habitantes)



**Coeficiente de Detecção da Hepatite B, por CRS, RS, 2009**  
(por 100.000 habitantes)



**Coeficiente de Detecção da Hepatite C, por CRS, RS, 2009**  
(por 100.000 habitantes)



No Pacto pela Saúde, o indicador relativo às hepatites B e C apresenta tendência crescente, tendo atingido a meta proposta a partir de 2007, conforme tabela a seguir:

**Percentual de casos de hepatites B e C encerrados  
por sorologia, RS, 2005-2009 (meta=90%)**

<b>Ano</b>	<b>% atingido</b>
2005	88,36
2006	86,66
2007	92,12
2008	93,96
2009	93,4

Fonte: Sinan/DVE/CEVS/SES-RS

O Estado do Rio Grande do Sul, em novembro de 2008, criou o Comitê Estadual Intersetorial para o Enfrentamento das Hepatites Virais, com representantes do executivo, judiciário, legislativo, sociedades científicas e sociedade civil organizada, para articular as ações intra e intersetoriais necessárias para prevenção, diagnóstico, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, acompanhamento e tratamento da doença em nosso meio. Os resultados principais obtidos foram:

- Lançamento da intensificação da vacinação contra o vírus da hepatite B em adolescentes com idade entre 11 e 19 anos, uma vez que a cobertura vacinal nesta faixa etária é bastante baixa, em parceria com a Secretaria de Estado da Educação;
- Implantação da vacinação contra hepatite B para podólogos, manicures, tatuadores e barbeiros, sendo que as duas últimas categorias foram incluídas por decisão estadual;
- Implantação de oito novos Centros de Aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis (CAMMI) aos portadores de hepatites nos municípios com âmbito regional: Rio Grande, Caxias do Sul, Passo Fundo, Uruguaiana, Santa Maria, Capão da Canoa, Hospital Fêmeina em Porto Alegre e Santo Ângelo;
- Elaboração de material educativo com informações sobre as hepatites A, B e C, formas de transmissão e prevenção (folder, volante e cartaz);
- Elaboração de cartilha de Biossegurança para os profissionais da beleza, manicures, podólogos, cabeleireiros, além dos tatuadores e body-piercings;
- Capacitações ministradas aos profissionais das vigilâncias epidemiológicas das Coordenadorias Regionais de Saúde e Municípios e aos médicos em tratamento das hepatites virais B e C;
- Capacitações ministradas aos médicos em tratamento das hepatites virais B e C;
- Cursos para manicures, podólogas, em biossegurança, em vários municípios do estado;
- Levantamentos dos serviços de saúde para a construção da rede de atendimento aos portadores de hepatites virais e da rede de laboratórios para a oferta de exames dos mais simples aos mais complexos (sorologia, biologia molecular e biópsias hepáticas).

## Hanseníase

O Programa Estadual de Controle da Hanseníase (PECH) realiza a programação e controle de medicamentos para hanseníase, que são em parte recebidos do MS, em parte comprados pelo Estado, bem como apoiando as Coordenadorias Regionais de Saúde e trabalhando com as interfaces políticas e operacionais: pesquisa, epidemiologia, gestão, atenção integral e comunicação e educação.

A hanseníase no Rio Grande do Sul é uma doença com baixos níveis endêmicos, tendo sido alcançada a meta de eliminação, preconizada pela OPS/OMS, de um caso para 10.000 habitantes. Em 2009, foram 159 casos novos, o que corresponde a um coeficiente de 0,15 casos/10.000 habitantes. A detecção vem apresentando queda dos últimos anos, possivelmente pela insuficiente busca ativa dos pacientes e por um relativo desconhecimento da doença por parte dos profissionais de saúde e não por uma real queda na incidência da doença. Chama a atenção o fato de que 45% dos diagnosticados tem um algum grau de incapacidade instalado e 10% deles apresenta alguma deformidade. O maior número de casos concentra-se nas regiões norte e noroeste do Estado.

Nos últimos cinco anos, a taxa de cura da hanseníase, que é um dos indicadores do Pacto pela Saúde, apresentou queda, como consta na tabela abaixo.

### Taxa de cura da hanseníase, RS, 2005-2009

<b>Ano</b>	<b>% atingido</b>
2005	93,5
2006	91,6
2007	87,7
2008	79,1
2009	77,3

Fonte: Sinan/DVE/CEVS/SES-RS

Vários fatores podem explicar a queda observada, destacando-se, especialmente, problemas enfrentados pelo Sistema de Informação (SINAN) nas suas diversas atualizações, acarretando falta de funcionamento do fluxo de retorno das informações, a não atualização do último comparecimento nos registros (sendo interpretado como abandono), além da não atualização das altas por cura.

A evolução do desempenho dos indicadores relativos à hanseníase na PAVS pode ser observada na tabela a seguir:

### Indicadores operacionais do PECH, RS, 2005-2009

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<i>Examinar pelo menos 50% dos contatos domiciliares dos casos novos</i>	89	84	67	77	75,5
<i>Avaliar o grau de incapacidade em 75% dos casos novos no diagnóstico</i>	98,7	96,5	94	94	94,2
<i>Avaliar o grau de incapacidade em 50% dos casos novos na cura</i>	67	56	55	68,5	76,3

Fonte: Sinan/DVE/CEVS/SES-RS



A avaliação de contatos intradomiciliares, importante para a interrupção da cadeia de transmissão, tem sido o ponto mais frágil no controle da hanseníase, pois boa parte dos pacientes se trata em Porto Alegre, mas reside em outros municípios, gerando retardo na busca dos contatos. Apesar disso, o PECH tem conseguido manter-se acima da meta preconizada.

O grau de incapacidade no diagnóstico tem sido amplamente orientado nas capacitações (oficinas de prevenção em incapacidades) e trabalhado com as regionais e municípios, resultando nas taxas positivas apresentadas.

Avaliar o grau de incapacidade da cura, o que mede a efetividade do serviço, tem sido um ponto crítico, também trabalhado nas capacitações. É um trabalho lento, mas efetivo, que tem mantido o indicador acima da meta e até aumentá-lo a cada ano.

O Programa Estadual de Controle de Hanseníase funciona de forma parcialmente descentralizada no que se refere ao atendimento dos casos necessitando a redefinição de referências em algumas regiões, que absorvam a demanda de pacientes em zonas de menor endemicidade e zonas silenciosas, onde eventualmente surge um caso.

## **SINAN**

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN versão NET) é o principal instrumento da Vigilância Epidemiológica e tem como objetivos coletar e processar os dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional e fornecer informações para análise do perfil de morbidade, contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões pelo gestor municipal, estadual ou federal.

As atribuições das três esferas de governo com relação à gestão, à estruturação e à operacionalização do Sistema de Informação Epidemiológica Informatizada, a fim de garantir a alimentação permanente e regular de dados nacionais, estaduais e municipais, foram definidas pelas Portarias GM/MS n.º 1.399 e n.º 95 e Instrução Normativa SVS/MS n.º 2.

A entrada de dados, no SINAN, é feita através de formulários padronizados como a ficha individual de notificação (FIN) e a ficha individual de investigação (FII), específica para cada agravo e que serve de roteiro de investigação, possibilitando a identificação da fonte de infecção e os mecanismos de transmissão da doença. Além disso, devem ser preenchidos a Planilha e o Boletim de acompanhamento de surtos e os Boletins de acompanhamento de Hanseníase e Tuberculose.

Caso não ocorra nenhuma suspeita de doença, os municípios devem preencher o formulário de notificação negativa. Esta é uma estratégia criada para demonstrar que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão alerta para a ocorrência de tais eventos e evitar a subnotificação. Se os municípios não alimentarem o banco de dados do SINAN, por dois meses consecutivos, são suspensos os recursos do Piso de Assistência Básica – PAB.

O Sistema está descentralizado para as 19 CRS e 188 municípios com maior porte populacional e responsáveis pelo maior número de notificações. Os municípios que não digitam diretamente no SINAN, encaminham as fichas em papel para a regional onde é realizada a digitação. No CEVS, o SINAN Net está instalado em 49 estações de trabalho dos técnicos que acessam os dados estaduais da base de dados atualizada diariamente.

Os dados gerados pelo SINAN são divulgados no Boletim Epidemiológico estadual trimestralmente. Desde 2009, foi instalada a ferramenta TABNET, disponível na página da SES/RS, que permite acesso a dados atualizados mensalmente do SINAN NET (desde 2007) e SI-API. Os indicadores do Pacto pela Saúde também podem ser acessados pelo TABNET, assim como dados do NEP (1984-1998) e SINAN Windows (1999-2006), constituindo-se numa das maiores séries históricas de doenças de notificação compulsória e outros agravos do país.

Um das maiores dificuldades encontradas para a operacionalização e descentralização qualificada do sistema, em todas as esferas de gestão (da SES aos municípios), é a insuficiência de recursos humanos e de suporte de informática.

Entre os principais objetivos para 2011 está a descentralização para todos municípios de Estado e a implantação do SINAN Dengue Online. Além disso, persiste a necessidade de integração com outros sistemas de Informação do SUS, principalmente com os Sistemas da Vigilância em Saúde (SIM, SINASC, FAD, SISLOC, API).

#### **Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis/DVE**

Foi constituído em 2006 o Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com o objetivo de atuar na prevenção dos principais fatores de risco as essas doenças e agravos no estado do Rio Grande do Sul, entre as quais salientam-se: Doenças Cardiovasculares; Neoplasias; Diabetes Mellitus; Agravos decorrente das causas externas/ Acidentes e Violências.

Entre os Fatores de Risco de reconhecida importância, citam-se o sedentarismo; obesidade; tabagismo; estresse; hipertensão; alcoolismo.

As DANT tem-se caracterizado em um relevante problema de saúde pública, principalmente por sua alta e crescente morbimortalidade, por sua interferência na qualidade de vida e conseqüente impacto social e econômico.

Conforme os dados abaixo relacionados, nos anos de 1999 a 2008 as principais causas de óbitos no Rio Grande do Sul foram às doenças do Aparelho Circulatório, seguida pelas Neoplasias e em terceiro, as doenças do Aparelho Respiratório, ainda chamam a atenção, as mortes por Causas Externas ocupando o 4º lugar.

#### **MORTALIDADE PROPORCIONAL PELOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS, RS, 1999-2008**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Ap. Circulatório</b>	33,6	33,7	32,2	31,6	30,6	30,8	29,6	30,0	30,2	30,1
<b>Neoplasias</b>	18,9	19,3	19,3	19,3	19,5	19,8	20,8	21,1	20,5	21,4
<b>Ap. Respiratório</b>	12,7	12	12,6	11,7	12,1	12,2	11,7	11,9	12,3	11,1
<b>Causas Externas</b>	9,4	9,5	9,5	9,8	9,6	9,6	9,7	9,5	9,4	9,9
<b>Mal Definidas</b>	5	4,4	4,9	5,7	6,5	5,7	5,5	5,1	5,0	4,3
<b>Endócrinas/ Imunitárias</b>	4,1	4,7	4,6	4,9	4,9	5	5,4	5,2	5,3	5,5
<b>Ap. Digestivo</b>	5,2	5,1	5	5	4,7	4,8	4,6	4,9	4,7	4,7
<b>Infecto-parasitárias</b>	3,7	3,7	4	4	4,2	4	4,6	4,2	4,2	4,3

Desde 2001 foi implantada na SES a notificação de acidentes e violências em 23 hospitais sentinelas, formando o Observatório de Acidentes e Violência do Estado, com a utilização do RINAV (Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências localizado no SIST- Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador) para registrar os casos de violência e acidentes. Em 2006 com a criação do Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis, ampliou-se a notificação da violência para todos os serviços de saúde.

Nesse período soma-se 170.000 registros que contribuíram para o entendimento do contexto da violência no RS.

Concomitantemente o Ministério da Saúde iniciou seu processo de implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, levando ao desenvolvimento do SINAN-NET/Violência.

Em 2009, esse Sistema foi implantado como piloto em Porto Alegre. No ano de 2010, iniciou-se a implantação do SINAN-NET/Violência nas 19 CRS, com a realização de 33 capacitações, envolvendo 332 municípios e 844 participantes.

O Estado possui 72 municípios que compõem a Rede Nacional de Promoção da Saúde e da Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, com projetos de Incentivo a Prática de Atividade Física, Cultura da Paz, Alimentação Saudável, controle do tabagismo, controle de diabetes e hipertensão.

Quanto ao Programa de Controle do Tabagismo, estão inseridos 142 municípios, tendo sido realizadas nove capacitações para a Abordagem e Tratamento do Fumante para 405 profissionais da saúde de nível superior da capital e do interior. Em parceria com a UFRGS foi realizado o Projeto Fala Sério para 350 universitários.

Tem-se buscado a integração com outros setores, em especial com a área da Criança e do Adolescente e da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

## **NÚCLEO DE IMUNIZAÇÕES**

O Núcleo de Imunizações/DVE/CEVS, hoje, é voltado a toda a população, não somente para crianças, mas também para adolescentes, jovens, adultos, idosos e segmentos da população identificados como de risco para determinadas doenças imunopreveníveis. A criança ainda é prioridade, mas existem novas propostas, como eliminar a Síndrome da Rubéola Congênita e a ocorrência de tétano neonatal, controlar a hepatite B e a febre amarela silvestre, reduzir os riscos de complicações conseqüentes da influenza na população com 60 ou mais anos, e vacinar os povos indígenas e os indivíduos em situações clínicas especiais dentre outras.

O conhecimento da cobertura vacinal tem grande importância para a programação das ações de saúde, uma vez que torna possível o acompanhamento do acúmulo de suscetíveis na população e também para estimar até que ponto a imunidade de massa representa uma barreira efetiva para a interrupção da cadeia de transmissão de doenças imunopreveníveis.

### **Estratégia de vacinação de rotina: Coberturas vacinais para menores de um ano**

A Tabela que segue apresenta a cobertura vacinal para as vacinas BCG, contra a poliomielite, tetravalente e hepatite B, por Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), no ano de 2010\*.

**Tabela 4 - Vacinas BCG, contra a Poliomielite, Tetravalente e Hepatite B:  
Número de Doses Aplicadas e Coberturas Vacinais para menores de um ano de idade,  
por Coordenadoria Regional de Saúde, 2010\*.**

CRS	BCG		Polio		Tetravalente		Hepatite B	
	DOSES	COB	DOSES	COB	DOSES	COB	DOSES	COB
01 -DRS- PORTO ALEGRE	37.037	91,3	34.775	85,7	34.694	85,5	34.201	84,3
02 -DRS- PORTO ALEGRE	7.784	95,3	7.370	90,2	7.394	90,5	7.143	87,4
03 -DRS- PELOTAS	8.578	108,4	7.125	90,0	7.090	89,6	6.998	88,4
04 -DRS- SANTA MARIA	5.183	98,8	4.899	93,4	4.795	91,4	4.856	92,5
05 -DRS-CAXIAS DO SUL	11.153	101,6	10.660	97,1	10.705	97,5	10.493	95,6
06 -DRS- PASSO FUNDO	5.408	90,1	5.148	85,7	5.149	85,8	5.128	85,4
07 -DRS- BAGE	1.947	98,0	1.818	91,5	1.813	91,3	1.772	89,2
08 -DRS- CACHOEIRA DO SUL	2.043	101,2	1.918	95,0	1.905	94,4	1.888	93,6
09 -DRS- CRUZ ALTA	1.707	104,3	1.582	96,6	1.571	96,0	1.525	93,2
10 -DRS- ALEGRETE	4.906	89,9	4.967	91,0	4.938	90,5	4.768	87,4
11 -DRS- ERECHIM	1.746	91,4	1.672	87,5	1.668	87,3	1.681	88,0
12 -DRS- SANTO ANGELO	2.844	103,4	2.713	98,6	2.709	98,5	2.651	96,4
13 -DRS- SANTA CRUZ DO SUL	2.875	95,7	2.737	91,1	2.721	90,6	2.658	88,5
14 -DRS- SANTA ROSA	2.041	102,8	1.868	94,1	1.864	93,9	1.919	96,6
15 -DRS- PALMEIRA DAS MISSOES	1.625	95,6	1.503	88,5	1.485	87,4	1.475	86,8
16 -DRS- LAJEADO	3.247	96,4	2.981	88,5	2.967	88,1	2.971	88,2
17 -DRS- IJUI	2.134	104,8	2.041	100,2	2.024	99,4	2.009	98,6
18 -DRS- OSORIO	3.322	94,4	2.937	83,5	3.004	85,4	2.852	81,1
19- DRS- FREDERICO WESTPHALEN	1.811	93,8	1.773	91,9	1.807	93,6	1.758	91,1
<b>RIO GRANDE DO SUL</b>	<b>107.391</b>	<b>95,7</b>	<b>100.487</b>	<b>89,6</b>	<b>100.303</b>	<b>89,4</b>	<b>98.746</b>	<b>88,0</b>

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

\*Dados preliminares até outubro

A manutenção de altas coberturas vacinais para a vacina tetravalente permite assegurar a situação de controle da difteria, tétano, coqueluche, e doença invasiva por *Haemophilus influenzae* B. A meta pactuada para as vacinas tetravalente é de  $\geq 95\%$  da população menor de um ano.

Em se tratando da Vacina Oral contra a Poliomielite (VOP), ressalta-se o risco de reintrodução dos poliovírus selvagens devido à possibilidade de importação de casos originados em países endêmicos (Afeganistão, Índia, Nigéria e Paquistão).

A cobertura vacinal no Rio Grande do Sul assume uma heterogeneidade nítida, requerendo estratégias de vacinação distintas, adequadas às necessidades e características de cada região ou município. Alcançar homogeneidade de cobertura é um grande desafio.

O Rio Grande do Sul utiliza como denominador para cálculo de cobertura vacinal, o número de nascidos vivos, de acordo com o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), minimizando problemas decorrentes do uso de estimativas populacionais.

O Sistema de Informações mantém como base de registro o município de aplicação da vacina não considerando o município de residência da criança. Esta situação compromete o alcance de cobertura vacinal em determinadas áreas e, considerando os indicadores pactuados pelos municípios, há o problema administrativo do não alcance de metas.

Os dados obtidos através do indicador clássico de cobertura vacinal apresentam distorções relativas à invasão ou evasão de demanda, sub-registro de doses aplicadas e à duplicidade de registro. Tais informações são suficientes apenas para se quantificar os vacinados, o que não é o bastante para uma boa prática de gestão em saúde.

Também é importante mencionar as mudanças, relativamente rápidas e importantes que vem ocorrendo na estrutura etária da população, ocasionadas pela queda na taxa de fecundidade e na mortalidade infantil, promovendo vieses na cobertura vacinal da população de menores de um ano.

### **Eventos Adversos pós-vacina no período de 2007 à outubro 2010.**

Dados preliminares registram 4.600 eventos adversos pós-vacinais notificados e investigados no sistema de informação (SI-EAPV) incluindo todas as vacinas, (excetuando-se a influenza A H1N1), sendo a vacina Tetravalente bacteriana a maior responsável pelas notificações.

### **Estratégias de Vacinação de Campanha**

#### **Coberturas vacinais para crianças menores de 5 anos de idade para a vacina oral contra a poliomielite**

Apesar da justificativa para a permanência da estratégia dos dias nacionais de vacinação e para o fortalecimento da vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas, baseada no permanente risco de importação do vírus para o Brasil, tem-se registrado dificuldades crescentes em atingir as coberturas preconizadas nas campanhas. Alguns elementos devem estar contribuindo para esse fato, entre os quais:

1 - Dados populacionais superestimados que não refletem com precisão a queda da fecundidade no Estado.

2 - O Sistema de Informação do Programa de Imunizações (SI-API) que mantém como base de registro o local de aplicação da vacina e não o local de residência do usuário.

3 - A mobilidade populacional altera diretamente os dados demográficos e, por consequência, as análises de coberturas vacinais das unidades espaciais. Para uma avaliação mais fidedigna informações sobre fluxos populacionais (assentamentos, acampamentos, localização de populações indígenas e referências de serviços de saúde), precisam ser considerados.

As tabelas 6 e 7 sintetizam as coberturas vacinais atingidas nos anos de 2007 a 2010\*, primeiras e segundas etapas, para os menores de cinco anos, por CRS.

#### **Coberturas vacinais para a influenza sazonal para pessoas idade de 60 anos ou mais de idade**

O fato da população com idade acima de 60 anos apresentar maior risco de adoecer e morrer, em decorrência de algumas doenças imunopreveníveis tais como a gripe e a pneumonia, fundamenta a realização das Campanhas de vacinação desde o ano de 1999.

A meta nacionalmente colocada de 80% não tem sido atingida. As coberturas vacinais do RS nos últimos quatro anos correspondem a 68,2% em 2007, 69,7% em 2008, 73,8% em 2009 e 75,6% em 2010. Apesar do crescente número de doses aplicadas a cada ano, a homogeneidade das coberturas por CRS é baixa.

## **Sarampo**

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, de transmissão respiratória pessoa a pessoa, que vem sendo objeto de uma política para erradicação nos países das Américas, eliminando sua circulação autóctone e a ocorrência de epidemias.

O Brasil encontra-se sem a circulação do vírus selvagem do sarampo desde 2001. Após este período foram registrados somente casos importados, sendo o último caso registrado em 2006. No Rio Grande do Sul, após 11 anos sem casos confirmados de sarampo, foram identificados, em 2010, 07 casos no município de Porto Alegre e 01 caso no município de Cachoeirinha, todos confirmados laboratorialmente. Todos os casos confirmados possuem identificação de genótipo viral, demonstrando que os vírus que estão circulando no Brasil são importados (o genótipo D4 no Pará e B3 nos demais). As coberturas vacinais contra sarampo e rubéola (dupla e tríplice viral) em crianças de 1 ano têm se mantido próximas da meta preconizada de  $\geq 95\%$  no Estado.

### **2.3.4 - Estratégia de vacinação contra o vírus da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009**

A Estratégia de Vacinação Contra o Vírus da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009, que iniciou no dia 8 de março de 2010 teve como objetivo geral contribuir para a redução da morbimortalidade pelo referido vírus e manter a infraestrutura dos serviços de saúde.

No Rio Grande do Sul, em 2010 foram vacinadas mais de 4.882.000 pessoas.

A estratégia de vacinação ocorreu em cinco etapas, diferenciando-se das tradicionais campanhas nacionais de vacinação, pela especificidade do público prioritário selecionado, sendo necessário pensar estratégias diferenciadas para o alcance das metas. A administração da vacina foi indiscriminada para cada grupo, independentemente do antecedente de vacinação ou doença. Os grupos prioritários para a vacinação foram formados pelos seguintes segmentos da população: trabalhadores de saúde ▸ 1ª Etapa (8 a 19 de março); população indígena ▸ 1ª Etapa (8 a 19 de março); gestantes em qualquer idade gestacional ▸ 2ª Etapa (22 de março a 2 de abril); pessoas portadoras de doenças crônicas ▸ 2ª Etapa (22 de março a 2 de abril); crianças com idade entre seis meses e menores de cinco anos ▸ 2ª Etapa (22 de março a 2 de abril); pessoas com mais de 60 anos e portadoras de doenças crônicas ▸ 4ª etapa da estratégia (24 de abril a 7 de maio); adultos saudáveis com idade de 20 a 39 anos ▸ 5 a 23 de abril (3ª etapa da estratégia para 20 a 29 anos) e 10 a 21 de maio (5ª etapa da estratégia para 30 a 39 anos).

Foram notificados e investigados 1092 eventos adversos pós-vacina Influenza A H1N1 pandêmica. Das 1092 notificações, 180 foram considerados casos graves, dentre esses: 101 anafilaxias, cinco mortes súbitas inesperadas, 10 síndromes de Guillain-Barré e 64 outros eventos graves como paralisias de Bell, crises convulsivas, abortamentos, miocardite, pericardite, episódios hipotônicos hiporresponsivos e outros.

### **Estratégia de vacinação contra a Febre Amarela**

Desde que foi implantada a vigilância da febre amarela, incluindo notificação e investigação de epizootias, pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), iniciou-se a vacinação de toda a população exposta dos municípios definidos como de risco incluindo a implantação da vacina no calendário básico de vacinação dos menores de um ano.

Estabeleceu-se, como área de vacinação para FA, o conjunto de municípios que atendiam ao critério de área afetada, agregando seus limitrofes classificados como área ampliada, totalizando 293 envolvidos nesta ESPIN, a qual está vigente até dezembro de 2010.

O programa estadual de imunizações, no ano de 2009 aplicou 3.712.264 doses da vacina da febre amarela sendo notificados e investigados 83 casos de EAPV graves e destes 75 confirmados. A proporção de EAPV graves em relação ao número de doses aplicadas foi de 1 caso de Doença Viscerotrópica para 742.453 doses e de 1 caso de Doença neurológica para 53.032 doses.

### **Estratégias diferenciadas de vacinação contra a hepatite B para a população de 1 a 19 anos de idade**

A hepatite causada pelo vírus B é reconhecidamente um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A imunoprofilaxia é a medida de maior custo-benefício para controlar a infecção causada pelo vírus, a infecção crônica e a transmissão viral. A vacina contra a hepatite B tem eficácia de 90 a 95%.

Os principais objetivos das diferentes estratégias de vacinação contra hepatite B são: prevenir a doença aguda; impedir a cronificação da hepatopatia, sua evolução para cirrose e/ou hepatocarcinoma; contribuir para minimizar a transmissão viral.

A população de escolares, adolescentes e adultos jovens, entretanto, tem sido difícil de atingir, lançando-se mão de várias estratégias: Projetos Escolares em parceria com a Secretaria Estadual e Municipais de Saúde e Educação. Dados de 2009 e 2010, sujeitos a retificação, mostram que foram vacinados 60.670 jovens de 11 a 19 anos. Esta vacinação deverá ser implementada através de estratégias direcionadas a esta população na busca de uma melhor cobertura vacinal.

As ações de vacinação desenvolvem-se de forma descentralizada nos 496 municípios do Estado, organizadas em 1.793 Salas de Vacinas.

### **Vigilância em Saúde do Trabalhador**

O Sistema Único de Saúde - SUS tem entre suas atribuições constitucionais, a atuação em Saúde do Trabalhador (ST), conforme artigo 200 da Constituição Federal.

A Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador está organizada dentro do organograma do CEVS em três núcleos:

**1- Núcleo de Gestão da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador** - Coordena e apoia a implantação e funcionamento dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST, na qualidade de CEREST Estadual, conforme habilitado na Portaria SAES nº 219 de 18 de junho de 2004.

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

Cerest Estadual do Rio Grande do Sul/CEVS

Cerest Regional de Porto Alegre;

Cerest Vales (Santa Cruz do Sul);

Cerest Macrorregião Missioneira (Ijuí);

Cerest Macronorte (Palmeira das Missões);

Cerest Macrossul (Pelotas)

Cerest Região Centro (Santa Maria);

Cerest Alto Uruguai (Erechim);

Cerest Serra (Caxias do Sul);

Cerest Nordeste (Passo Fundo).

Além dos 10 CERESTs implantados, em 2010, Alegrete (Fronteira Oeste) e Canoas (Vale dos Sinos) foram credenciamento junto ao MS e estão iniciando suas atividades e implantação.

É importante salientar que estes 10 CERESTs já implantados encontram-se em diferentes níveis de atuação e enfrentam problemas diversos, que vão desde a dificuldade de contratação das equipes mínimas previstas até a dificuldade de gestão regional.

**2- Núcleo de Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador** - elabora o perfil epidemiológico, através da coordenação e implantação do SIST e demais sistemas de informação de interesse, como o SINAN.

Este Núcleo acompanha os indicadores pactuados no PACTO PELA SAÚDE e na PAVS. Em 2010 os seguintes dados registrados tanto pelo SIST/RINA e SINAN.

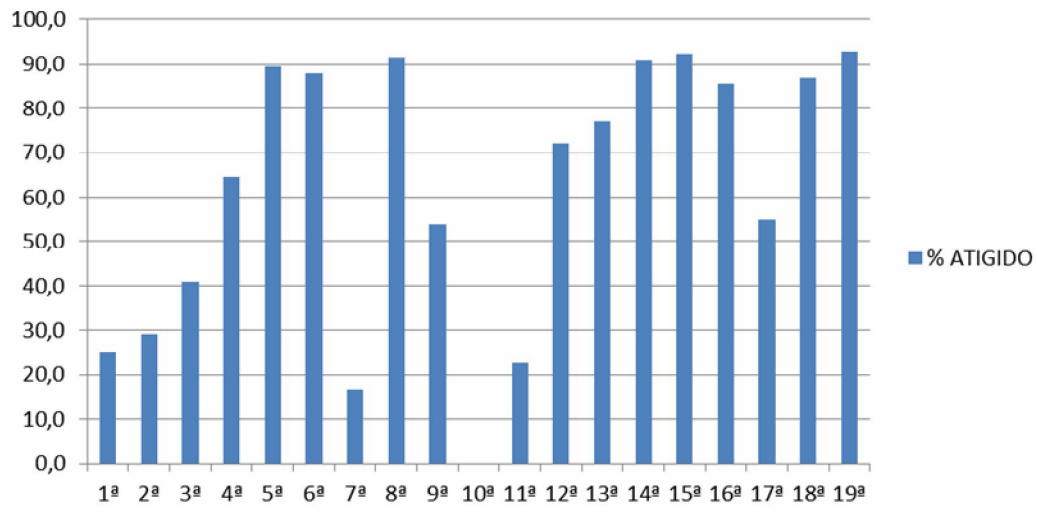


No Estado, 345 municípios atingiram a meta estabelecida no Pacto pela Saúde de 2010 para notificação através do SIST/RINA. Apenas 151 municípios deixaram de cumprir a meta.

Ainda se observa uma discrepância entre as CRSs com relação às notificações do SIST. Temos regionais que notificam muito bem, acima de 50% de seus municípios atingiram suas metas, como a 4ª, 5ª, 6ª, 8ª, 9ª, 12ª, 13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª e a 19ª; outras que notificam porem menos de 50% dos seus municípios atingiram a meta como a 1ª, 2ª, 3ª e a 11ª. As CRS com pior situação são a 7ª, que apenas um município atingiu a meta e a 10ª com nenhum.



## META DO PACTO POR CRS (SIST/RINA)

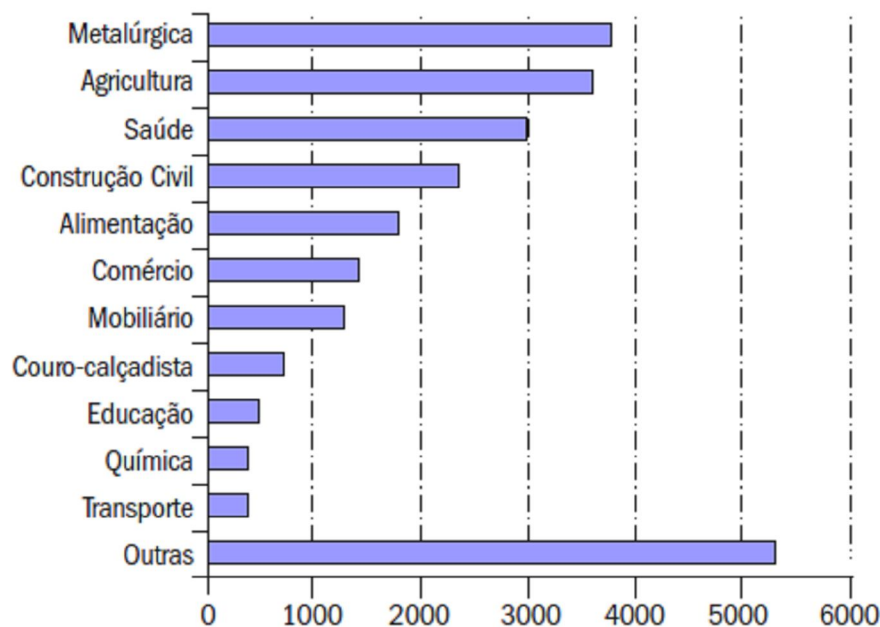


Além do SIST/RS, o Estado do RS pactuou com 15 unidades sentinela, em 11 Municípios, para notificação de agravos relacionados ao trabalho previstos na Portaria nº 777/GM/MS (28/04/04) e alterada pela Portaria nº 2.472 (31/08/10) através do SINAN. Das 15 unidades sentinela foram notificados em 2010, 1716 casos registrados no SINAN conforme a baixo:

<b>NOTIFICAÇÃO SINAN – SAÚDE DO TRABALHADOR</b>								
<b>Mun. Sentinela</b>	<b>Unidades</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Pacto 2010</b>	<b>Meta-DVST 2011</b>	<b>RESULTADO 2010</b>
Porto Alegre	3	1	161	227	221	191	221	ATINGIU
Santa Maria	5	30	77	169	165	385	165	ATINGIU
Passo Fundo	1	169	1	34	111	NP	111	ATINGIU
Caxias do Sul	3	4	1	27	221	50	221	ATINGIU
Ijuí	2	7	29	84	49	50	50	ATINGIU
Santa Cruz do Sul	2	15	49	18	57	17	64	ATINGIU
Canoas	1	0	7	12	102	110	102	ATINGIU
Lajeado	1	0	0	0	0	160	12	NÃO ATINGIU
Rio Grande	1	0	0	0	0	20	34	NÃO ATINGIU
Pelotas	1	0	0	0	0	100	59	NÃO ATINGIU
Palmeira das Missões	1	0	0	0	0	90	6	NÃO ATINGIU
<b>Estado</b>	<b>21</b>	<b>226</b>	<b>807</b>	<b>1134</b>	<b>1716</b>	<b>928</b>	<b>1716</b>	<b>ATINGIU</b>

**3- Núcleo de Vigilância dos Ambientes de Trabalho** – realizou intervenções em ambientes de trabalho a partir de demandas dos sindicatos, Ministério Público do Trabalho e Secretaria do Meio Ambiente. Também houve em 2010, atuação integrada com as demais vigilâncias em algumas ações.

**Figura 7 - Distribuição dos agravos notificados segundo atividade econômica, RINA/SIST/RS, 2009**



#### VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE

#### VIGILÂNCIA AMBIENTAL DE ARBOVÍRUS SILVESTRES

A Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde (DVAS) vem desenvolvendo ações para detecção oportuna de arbovírus da febre amarela silvestre, vírus do Oeste do Nilo e encefalites eqüinas por meio de coleta de potenciais vetores e hospedeiros vertebrados em áreas vulneráveis e/ou receptivas. Os mosquitos capturados e o material biológico (sangue e vísceras) dos hospedeiros são enviados para pesquisa de arbovírus em Laboratórios de Referência Nacional, que testa o material para 19 tipos diferentes de vírus.

Recentemente, o vírus da **febre amarela** provocou grande epizootia em Primatas Não Humanos (bugios no Rio Grande do Sul, e gerou 21 casos humanos da doença. A vigilância de epizootias possibilitou ampliação da área de vacinação para 293 municípios. Até o momento, o vírus da febre amarela foi detectado em 67 municípios, distribuídos em todas as regiões do Estado, com exceção do extremo sul.

No que diz respeito à vigilância do vírus do **Nilo Ocidental**, são realizadas ações periódicas de monitoramento da presença do vírus em vetores e hospedeiros silvestres (aves migratórias) em área prioritária. Apesar do vírus não ter sido detectado até o momento em território brasileiro, sua presença na Argentina é conhecida desde 2006. Esse monitoramento em hospedeiros abrange uma ação conjunta com áreas de agricultura e meio ambiente, das esferas estadual e federal, no escopo do plano de enfrentamento da influência aviária.

Além desses dois importantes arbovírus, as ações de vigilância ambiental detectaram evidências de circulação do vírus Saint Louis e Oropouche em PNH e presença de potenciais vetores de Saint Louis, Oropouche, Aura, Trocara, Ilhéus, Rocio, Una, vírus do Nilo Ocidental e encefalite eqüina do leste.

Ações de capacitação, atividades de campo com acompanhamento do nível central e padronização dos instrumentos de notificação proporcionaram a descentralização da vigilância de epizootias, na sua forma passiva, para as regionais e municípios.

A forma sazonal, localizada e complexa como são realizadas ações de monitoramento do vírus do Nilo Ocidental impedem sua descentralização.

A Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde dispõe de estrutura e pessoal treinado para as ações de campo na área de vigilância de epizootias. As ações de entomologia estão sendo rediscutidas no plano nacional em virtude das limitações laboratoriais para atendimento da rede de vigilância.

## **DOENÇA DE CHAGAS**

O Rio Grande do Sul foi certificado pela OPAS como tendo eliminado a transmissão da doença através do *Triatoma infestans* (barbeiro). A vigilância do vetor está estruturada nas CRSs com recursos humanos oriundos a FUNASA-RS. O processo de descentralização está progredindo, através de um trabalho de pactuação com os municípios.

## **RAIVA**

O controle da Raiva se caracteriza por ser um dos programas mais antigos da SES. Por tratar-se de uma doença letal, em praticamente 100% dos casos, o Programa merece muita atenção por parte dos órgãos públicos.

O Rio Grande do Sul registrou seu último caso de Raiva humana em 1981, na cidade de Três Passos. Efetivamente se encontra sob controle a raiva urbana (canina e felina). Os últimos casos da doença, em cães e gatos, revelaram intersecção viral entre ciclos urbano e silvestre( com identificação de cepas de etiologia definida para quirópteros). No Estado a Raiva segue registrando casos em herbívoros, principalmente em bovinos. Nesses casos, e num trabalho integrado com a área da Agricultura, é realizada vacinação de cães e gatos em raio de até 5 km de focos de da doença na cadeia de herbívoros e quirópteros.

Até setembro de 2010 foram registradas no Rio Grande do Sul, 10.245 agressões a humanos por cães e 979 por felino.

## **LEISHMANIOSE VISCERAL**

O primeiro registro de caso de Leishmaniose Visceral do Rio Grande do Sul foi registrado em um cão, em São Borja, no final de 2008.

Em 01/2009 ocorreu a 1ª notificação e confirmação de caso humano (SE01) no mesmo município.

A LVC em São Borja envolveu, desde o final de 2008, aproximadamente, 4600 cães, sendo que 844 casos foram sororeagentes, algo em torno de 18%. Destes, foram eutanasiados 411cães e 338 tiveram óbitos naturais.

Outros 14 municípios, ainda que em menor intensidade, foram igualmente afetados pela disseminação da LVC. Na sua maioria trata-se de municípios da área de fronteira com a Argentina, embora também haja notificações de outras regiões. Assim, a autoctonia foi igualmente constatada nos municípios de Uruguaiana, Porto Alegre e Santa Maria, além de São Borja.

Em relação a pesquisa do vetor da doença, cabe citar que a presença de *Lutzomyia longipalpis*, até o momento, foi pesquisada em 32 municípios, sendo que 07 acusaram a presença do vetor, estes últimos na fronteira oeste (Barra do Quaraí, Garruchos, Pirapó, São Borja, Uruguaiana, Itaqui e Porto Xavier).

Em relação à ocorrência de LV Humana no Rio Grande do Sul, foram diagnosticados 05 casos, incluindo 01 óbito. Todos autóctones de São Borja, exceção feita a um caso importado do Mato Grosso, e um óbito associado a co-infecção com HIV.

## **VIGIAGUA**

O Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionado a Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA - segue as diretrizes nacionais, tendo como principal função assegurar que a água distribuída à população atenda aos padrões de potabilidade estabelecida pela legislação (Portaria 518 de 2004 do Ministério da Saúde).

Atua no monitoramento da qualidade da água das diversas fontes de abastecimento:

- Sistemas de abastecimento de Água (SAA);
- Soluções Alternativas Coletivas de Abastecimento de Água (SAC);
- Soluções Alternativas Coletivas de Abastecimento de Água (SAI)
- Reservatórios de Água Potável;
- Firmas de Limpeza e Desinfecção de Reservatórios de Água Potável;
- Sistema de Vigilância dos teores de Flúor.

O VIGIAGUA compreende um conjunto de ações a serem executadas de forma descentralizada, conforme preconizado pelas diretrizes do SUS, ou seja, através das Secretarias Municipais de Saúde, tendo como objetivo garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido pela legislação vigente (Portaria 518/2004 do MS)

O acompanhamento das ações do VIGIAGUA nos municípios é realizada através dos indicadores pactuados na PAVS e do Pacto da Gestão. Entre os indicadores pactuados na PAVS estão contemplados:

- O cadastramento das fontes de abastecimento de água para consumo humano (SAA, SAC e SAI);
- E a realização do controle de sistemas e soluções alternativas coletivas que estão realizando controle de qualidade da água distribuída e no Pacto pela gestão a realização de análise de coliformes totais.

Para avaliação das metas atingidas pelos municípios é utilizado o SISAGUA (Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano). No SISAGUA são alimentadas as informações coletas pelos municípios, quanto ao cadastramento das fontes de abastecimento de água, o controle de qualidade realizado pelos SAA e SAC e ainda os dados do monitoramento da qualidade da água realizado pelos municípios. O acesso a este sistema até o momento está restrito ao setor saúde nos níveis Municipais, Estaduais e, Federal.

Conforme os dados alimentados no SISAGUA em 2010 até o momento somente 19 municípios do estado do RS não possuem cadastro de nenhuma das formas de abastecimento de água, ou seja, dos SAA, SAC ou SAI. Representando 3,8% dos municípios do estado sem cadastro e 97,2% com cadastro.

- 1.348 SAA cadastrados e 8.119 controles mensais da qualidade da água alimentados
- 6.887 SAC cadastradas e 6.317 controles mensais da qualidade da água alimentados
- 4.561 SAI cadastradas.

Com relação a análise de coliformes totais 47 municípios ainda não alimentaram nenhuma amostra de coliformes totais representando 9,5% dos municípios do estado sem a alimentação da realização de análise de coliformes totais e 90,5% com amostra.

Foram realizadas já no ano de 2010 37.325 amostras de coliformes totais atendendo 41,12% da diretriz nacional do plano de amostragem para a vigilância da qualidade da água para consumo humano.

Em 2010 80 inspeções sanitárias foram realizadas em SAA para 1.348 SAAs cadastrados. As mesmas estão sendo realizados de acordo com as possibilidades dos municípios.

Em relação a vigilância dos teores de flúor, até novembro de 2010, recebeu 41.881 resultados de análise do teor de fluoreto das amostras de água distribuídas à população do Estado. Dessas amostras 50,0% são de SAA, 31,4% de SAC, 17,3% de SAI e somente 1,3% sem a informação da fonte de abastecimento. A classificação do teor de flúor existente na água analisada é realizada de acordo com a Portaria MS 518/04 e Portaria Estadual SES/RS nº 10/99. Quanto aos resultados encontrados em relação ao teor de flúor, até agora: 70,2 % das amostras analisadas estão com teores adequados, 20,3%, abaixo e 3,5% acima do disposto nas normas citadas, enquanto que 5,2% das amostras não continham flúor e apenas 0,8% não foi possível classificar, por não informar a fonte de abastecimento de onde provinha a amostra analisada.

## **VIGISOLO**

Este Programa desenvolve ações de vigilância em saúde de populações expostas a solo contaminado visando ao conhecimento, à detecção ou à prevenção de quaisquer mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças e outros agravos à saúde.

A atuação envolve a articulação com os diferentes atores institucionais, públicos e privados, e com a sociedade para que as ações integradas de vigilância sejam implementadas de forma eficiente, a fim de que os setores correspondentes atuem sobre os problemas de saúde e ambiente de sua competência.

O programa atua sobre os riscos da exposição, não tendo ainda indicadores de exposição ou efeitos claramente definidos.

Foram realizadas capacitações para as CRS e municípios com mais de 50 mil habitantes, que realizam o levantamento das áreas e nos encaminham o cadastramento para digitação no sistema de informação SISOLO.

O programa possui apenas um técnico atuando no nível central. A indefinição das atribuições e responsabilidades específicas do setor saúde continua gerando resistências nos demais setores envolvidos, especialmente nos setores ambiental e desenvolvimento urbano.

Registra-se dificuldade no estabelecimento de indicadores de morbi-mortalidade, para o estabelecimento de prioridades para ação. A dependência direta de outros setores para a adoção de medidas de interrupção de rotas de exposição. Acompanhar de modo individual (através das ESF) os efeitos, de médio e longo prazo, sobre a saúde dos indivíduos expostos.

Dificuldades intrasetoriais para a adoção de medidas específicas de atenção a saúde dos expostos.

O estado do RS priorizou dar encaminhamentos às ações em áreas já cadastradas com risco iminente de exposição humana a substâncias tóxicas. Para tanto definiram-se critérios de priorização para eleger as áreas de atuação e ou as populações sob maior risco de exposição. Os critérios foram: áreas com populações sob maior risco de exposição, viabilidade e possibilidade de intervenção, maior número de expostos e maior toxicidade dos contaminantes. Nestas áreas foram chamados os demais setores para as medidas cabíveis em cada caso.

Cada área identificada com população humana exposta teve a formalização através de protocolo junto ao órgão ambiental solicitando informações da situação da contaminação do ambiente e do risco à saúde.

Realizou-se, em conjunto com os municípios, o estabelecimento das rotas ou possíveis rotas de exposição, buscando a interrupção das mesmas. Nos locais com suspeita de exposição via ingestão de água ou alimentos foi realizado levantamento das fontes de abastecimento e análise dos contaminantes na água de consumo.

## **VIGIAR**

O VIGIAR é um Programa de vigilância e prevenção dos riscos à saúde humana decorrentes da exposição aos contaminantes presentes no ambiente atmosférico. Abrange um conjunto de ações que visam a identificar, monitorar e prevenir as doenças e os agravos relacionados aos diversos poluentes presentes no ar.

Os riscos atmosféricos presentes no ambiente contribuem para o desenvolvimento de doenças respiratórias e cardiovasculares na população. Os principais indivíduos afetados são as crianças menores de cinco anos e os idosos maiores de 60 anos. Da população em geral os pneumopatas e cardiopatas. O Ministério da Saúde tem destacado os seguintes sintomas respiratórios como sendo os efeitos causados no organismo pela poluição atmosférica: dispnéia, sibilos e tosse associada a qualquer sintoma respiratório. Se analisarmos a Distribuição Espacial das Doenças Respiratórias por local de residência, nas CRS do RS, desde o ano de 2000, nota-se a ocorrência das maiores taxas de internação hospitalar nas 14ª, 19ª e 15ª CRS. Foi possível encontrar uma explicação para o que vem acontecendo desde o ano de 2000, com essas regionais, graças às edições do Boletim Informativo do VIGIAR/RS. Constatou-se que essas regiões são muito atingidas por queimadas provenientes de outros estados do nosso país e também de países vizinhos. Existem evidências do potencial de impacto que as queimadas possuem sobre as condições do ar, afetando assim toda a população, ampliando o grupo de risco para doenças e agravos relacionados à contaminação atmosférica.

A implantação do Programa de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar - VIGIAR/RS foi iniciada nos municípios considerados prioritários, ou seja, aqueles possuíam estação de monitoramento da qualidade do ar operadas pela FEPAM e aqueles localizados em áreas sob influência de Usinas Termelétricas. O processo foi conduzido envolvendo representantes de 25 municípios e de suas respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde (1ª, 2ª, 3ª, 5ª, 7ª e 8ª CRS). Destacamos, também, o trabalho desenvolvido pela 14ª CRS com todos os seus municípios.

O Boletim Informativo do VIGIAR/RS foi criado em 27/04/2009 e é disponibilizado nos sites da Secretaria Estadual de Saúde e da Universidade Federal de Pelotas, além da distribuição via meio digital para as Secretarias Municipais de Saúde, profissionais e instituições ligados a Saúde e Meio Ambiente. Foi desenvolvido com o intuito de informar à comunidade gaúcha ações de proteção e promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças ocasionadas ou agravadas por impactos atmosféricos, bem como as condições atmosféricas.

O Relatório do Instrumento de Identificação de Município de Risco - IIMR, vem sendo preenchido para todos os municípios do estado. Em breve teremos condições de estabelecer um *ranking* comparativo entre todos eles. As informações as registradas no IIMR são inseridas no site do *Formsus*.

### **Vigilância dos Eventos Ambientais Adversos à Saúde - NEAAS**

O Núcleo de Eventos Ambientais Adversos à Saúde tem como campo de atuação as ações de vigilância em saúde relacionadas à ocorrência de desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, correspondente aos programas VIGIDESASTRES E VIGIAPP, com o objetivo de controlar os impactos destes eventos sobre a saúde das populações e sobre a rede assistencial de saúde.

Estes eventos caracterizam-se pela possibilidade de impactar contingentes populacionais significativos, com danos à saúde e danos materiais que comumente excedem a capacidade de resposta dos serviços locais de saúde e de emergência, como bombeiros, brigada militar e defesa civil, determinando a necessidade de atuação intersetorial e de articulação governamental. Constitui, portanto, um fundamento da Vigilância dos Eventos Ambientais Adversos à Saúde integrar-se às ações da Defesa Civil relacionadas aos desastres naturais e aos acidentes com produtos perigosos.

No Estado esta área de atuação é particularmente importante, face o elevado índice de ocorrência de desastres naturais, como inundações, vendavais, quedas de granizo, desmoronamento de encostas, geadas e, recentemente de forma mais severa, secas.

Os agravos à saúde decorrentes dos desastres naturais e dos acidentes com produtos perigosos demandam ações por parte do setor saúde que envolvem diferentes áreas de atuação, desde a resposta assistencial quando da ocorrência dos eventos até, e mais importante para a atuação da vigilância em saúde, as ações de prevenção para minimização dos seus efeitos adversos.

O papel do NEAAS compreende, na prevenção, promover a capacitação do setor saúde e de agentes comunitários para minimizar os efeitos adversos dos desastres e dos acidentes com produtos perigosos e, na ocorrência destes, avaliar e controlar os riscos à saúde das populações atingidas, bem como realizar as ações de monitoramento e apoio à recuperação após os eventos.

No campo intrasetorial da saúde, a vigilância em saúde dos eventos ambientais adversos é responsável pela articulação das ações com os demais setores, como vigilância epidemiológica, vigilância da saúde do trabalhador, vigilância de alimentos, vigilância da qualidade da água e programas VIGISOLO, VIGIAR e VIGIQUIM, e também com o SAMU, LACEN, CIT – Centro de Informações Toxicológicas, Coordenação de Política de Assistência Farmacêutica e Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

Os programas VIGIDESASTRES e VIGIAPP encontram-se em fase de consolidação de seu modelo de atuação e de construção das relações intersetoriais. Neste sentido, foram realizadas duas oficinas de capacitação direcionadas a gestão de risco abrangendo municípios da 2ª CRS e 18ª CRS, um curso de Vigilância Ambiental em Saúde nos Acidentes com Produtos Perigosos para CRSs e SMS localizadas em áreas prioritárias para estes eventos (selecionadas por dados estatísticos) e participação nos CBVAs – Curso Básico de Vigilância Ambiental, cursos ministrados pela SES-RS.

Destacam-se duas construções de planejamento das ações de vigilância em saúde nesta área: a elaboração do protocolo de atuação da VS em desastres, denominado “Orientações Para Atuação Da Vigilância Em Saúde Em Desastres Ambientais”, e a constituição do Comitê Estadual da Saúde para os Desastres, que tem como função principal o planejamento das ações e da estrutura organizacional para a atuação do setor saúde, no Estado, relacionada aos desastres ambientais.

Destaca-se ainda a atuação do setor em tema que recentemente ganhou destaque internacional por iniciativa da Organização Panamericana de Saúde: hospitais seguros, com foco para a redução das vulnerabilidades dos estabelecimentos



assistenciais de saúde diante dos desastres ambientais. Por esta atuação, técnicos do setor foram convocados pelo Ministério da Saúde para apoiar as equipes de 3 estados duramente atingidos por desastres: Santa Catarina, Alagoas e Pernambuco.

O NEAAS representa a SES na Comissão Estadual de Prevenção, Preparação e Resposta Rápida a Acidentes com Produtos Perigosos – CEP2R2 –, no Comitê Técnico da Defesa Civil e promoveu a constituição do Grupo Técnico Integrado para Eventos Ambientais Adversos à Saúde (GTEAAS/RS) composto por representantes dos diversos órgãos da administração pública e outras entidades colaboradoras. Participa e promove a participação dos municípios no Programa de Fiscalização do Transporte de Cargas Perigosas, que realiza blitz itinerantes nas rodovias do Estado.

Na fase atual, em que os programas ainda não estão consolidados na esfera municipal, o NEAAS atua no sentido de apoiar as ações das vigilâncias ambientais das SMS e das CRS, através da promoção de sua capacitação e da orientação para as ações de vigilância em saúde no momento da ocorrência dos desastres.

Entre as ferramentas de atuação para apoio às ações de vigilância em saúde na ocorrência dos desastres estão disponíveis:

- Folhetos orientativos para distribuição às populações atingidas por inundações e pela seca;
- Manuais orientativos para as ações da vigilância em saúde na ocorrência dos desastres;
- Orientação aos municípios em situação de emergência devido a desastres, para o recebimento de kits de medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde.

O quadro a seguir apresenta os dados sobre a população atingida por desastres ambientais nos últimos 7 anos.

EVENTO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
desastres por chuvas intensas	52.379	13.530	14.024	364	102.294	32.616	494.732	175.230
granizo	20.034	12.868	13.317	11.465	134.797	42.686	61.829	474
vendaval ou tornado	30.584	48.071	19.919	634	63.105	118.897	229.822	259.089
estiagem	50.928	6.245.934	7.208.610	1.375.637	158.485	1.068.441	3.417.467	2.950
Total	153.925	6.320.403	7.255.870	1.388.100	458.681	1.262.640	4.203.850	437.743

A população atingida por desastres ambientais fica exposta a diversos impactos e, portanto, vulnerável a ocorrência de agravos à saúde, destacando-se: doenças de veiculação hídrica (diarréias, hepatite A, febre tifóide, cólera) ou associadas a insalubridade ambiental decorrente (leptospirose, cisticercose, esquistossomose); afogamentos; politraumatismos; desnutrição; sofrimento psíquico; intoxicação química; doenças respiratórias; queimaduras; ulcerações; desestruturação social.

A análise epidemiológica diretamente associada aos desastres tem sido objeto de estudo pelo setor, no que se observa a existência de condicionantes que prejudicam a construção da relação entre evento – agravos à saúde. Nas articulações intersetoriais busca-se o aprimoramento do sistema de informações de forma a promover a utilização desta importante ferramenta de diagnóstico e gestão.

Quanto à distribuição dos desastres ambientais no Estado, apesar de existirem fatores que determinam a vulnerabilidade de determinadas populações, notadamente os de natureza socioeconômica, observa-se nos registros de ocorrências que os fenômenos climáticos extremos vêm se intensificando nos últimos anos e atingindo cada vez mais regiões do Estado. Isto faz com que a maior exposição a riscos ambientais de determinadas regiões podem não significar maior vulnerabilidade de agravos à saúde em relação a outras que historicamente tem menos registro de ocorrências, por provavelmente estarem menos preparadas para o enfrentamento dos impactos adversos. Consequentemente, todas as regiões do Estado devem promover ações direcionadas ao controle dos riscos associados aos desastres.

## **Programa de Saúde Ambiental**

Com a transferência do Serviço de Arquitetura e Engenharia – SAE, do Departamento Administrativo – DA para o CEVS, alguns profissionais passaram atuar no Núcleo de Vigilância dos Riscos e Agravos não Biológicos – NVRAnB/DVAS. Ficou também lotado no referido núcleo a Programa de Saneamento Ambiental/PROSAN.

No decorrer do tempo firmou-se, entre os técnicos, o entendimento de que as ações de saneamento inerentes ao Setor Saúde devem, primordialmente, se caracterizarem por ações dirigidas às comunidades sob risco extremos e/ou sob extremas condições de vulnerabilidade. Esse entendimento decorre da percepção técnica organizacional de que o Setor Saúde tem com viés único a promoção, proteção e recuperação da saúde, através da constante qualificação da capacidade de identificação de seus riscos e vulnerabilidades. Ao Setor Urbanista cabe a execução de políticas específicas à organização das comunidades, tais como o recolhimento/tratamento do esgoto doméstico; a drenagem urbana; a recolhimento e disposição correta do resíduos sólidos e a drenagem urbana.

## **VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

O objeto de trabalho da Vigilância Sanitária foi estabelecido na Lei 8080 como um conjunto de ações, desenvolvidas pelas autoridades sanitárias, com vistas à vigilância de produtos, ambientes e serviços de interesse e de atenção à saúde, abrangendo:

- I- Orientação;
- II- Monitoramento;
- III- Inspeção e fiscalização;
- IV- Normatização;
- V- Autorização de funcionamento;
- VI- Lavratura de termos e autos;
- VII- Aplicação de sanções;

com a finalidade de eliminar, diminuir ou prevenir riscos a saúde da população, nas áreas de produtos e serviços (medicamentos, alimentos, cosméticos e saneantes, sangue, tecidos e outros órgãos, serviços de saúde, correlatos e radiações).

Apresenta-se a seguir atividades prioritárias na área.

## **Descentralização das ações de VS.**

Este processo foi desencadeado para atender ao princípio da descentralização político-administrativa no âmbito do SUS (Constituição Federal e na Lei Federal 8.080/90); a necessidade de adequar ao Pacto pela Saúde as modalidades de adesão dos municípios quanto à gerência e gestão das ações de Vigilância Sanitária no Estado; a Portaria 1998 GM/MS, de 21 de agosto de 2007, que regulamenta o repasse de recursos financeiros à execução de ações de Vigilância Sanitária na forma do Componente de Vigilância em Saúde do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde; a necessidade de atualizar as responsabilidades sanitárias de municípios, regiões e Estado quanto às ações de Vigilância Sanitária, hierarquizando-as e integrando-as em forma de uma rede de serviços, constituindo o Sistema de Vigilância Sanitária Estadual.

A RESOLUÇÃO Nº 250/07 - CIB/RS aprovou o Regulamento Técnico que disciplina a responsabilidade sanitária de municípios em relação às ações de Vigilância Sanitária, e dispôs sobre critérios e parâmetros relativos à organização, hierarquização, regionalização, e descentralização dos Serviços do Sistema de Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul.

A RESOLUÇÃO Nº 136/08 - CIB/RS que homologou a adesão municipal à Gerência e Gestão das ações de Vigilância Sanitária, de acordo com o preconizado na Resolução CIB-RS 250/2007 de municípios do estado.

A Resol. CIB RS 250/07 foi pactuada, até o momento, por 446 municípios (89,7% dos mun. do estado) , abrangendo uma população de 10.242.554 habitantes (94,44 % da pop.do estado). Destes, 84 municípios foram habilitados a receber o piso estratégico por serem considerados prioritários segundo critérios de fronteira internacional e/ou polo turístico e 50% desses estão executando ações estratégicas de VISA.

### **Emissão de Alvarás Sanitários para Estabelecimentos**

A atividade de licenciamento de estabelecimentos pressupõe todo um trabalho de fiscalização prévio, estabelecido em legislação federal e estadual. Este processo ocorre mediante abertura de Processo Administrativo nas Coordenadorias Regionais ou na DVS, dependendo do grau de descentralização pactuado, sendo a grande maioria das inspeções em estabelecimentos de alta complexidade ainda realizadas pelo Estado.

Abaixo a tabela das emissões de alvará sanitário por CRS+DVS de 2006 a 2010.

#### **NÚMERO DE ALVARÁS EMITIDOS POR DELEGACIA REGIONAL DE SAÚDE – ESTADO DO RS – PERÍODO DE 2006 A OUTUBRO DE 2010**

	<b>ANO 2006</b>	<b>ANO 2007</b>	<b>ANO 2008</b>	<b>ANO 2009</b>	<b>ANO 2010</b>	<b>TOTAL POR CRS</b>
1 CRS/DVS	1019	919	477	395	365	3175
2 CRS	483	464	546	587	629	2709
3 CRS	384	394	429	432	439	2078
4 CRS	287	270	286	319	330	1492
5 CRS	1061	1138	1049	864	840	4952
6 CRS	575	523	516	570	592	2776
7 CRS	158	93	128	128	129	636
8 CRS	52	53	49	59	87	300
9 CRS	151	109	94	77	105	536
10 CRS	255	240	277	222	190	1184
11 CRS	187	189	224	237	218	1055
12 CRS	199	224	209	230	280	1142
13 CRS	161	161	165	158	166	811
14 CRS	196	201	225	241	228	1091
15 CRS	199	177	195	208	244	1023
16 CRS	660	663	634	663	687	3307
17 CRS	153	141	155	185	177	811
18 CRS	290	325	313	350	390	1668
19 CRS	166	198	216	229	205	1014
<b>TOTAL POR ANO</b>	<b>6636</b>	<b>6482</b>	<b>6187</b>	<b>6154</b>	<b>6301</b>	<b>31760</b>

A VISA ao longo dos últimos anos contribuiu para a estruturação física e técnica das VISAS municipais e regionais (com equipamentos, capacitações e educação da população) através de recursos federais (TAM e TFVISA) e promoveu a descentralização das ações, mediante pactuações, atendendo assim o estabelecido para o SNVS. As ações de alta complexidade e de maior risco foram descentralizadas para aqueles municípios com adequada capacidade instalada para a execução das ações de alta complexidade, embora, o nível central e regional do Estado as continuem executando, complementar ou suplementarmente.

Considerando-se a pactuação das ações tanto de baixa ,média como alta complexidade, temos uma variação importante (entre 30% e 100%) no que se refere a execução das metas pelos Municípios, conforme pode ser observado nos relatórios .Em relação ao acompanhamento de metas, esse tem sido prejudicado, uma vez que o processo de descentralização ocorreu sem a respectiva descentralização do sistema nacional de informação.

A DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (DVS) está inserida no CEVS onde tem atuado cada vez mais integrada às demais “Vigilâncias”, coordenando ainda o SISTEMA ESTADUAL DE VISA e possuindo três Núcleos: Produtos, Estabelecimentos e Tecnologias em Saúde.

O **Núcleo de Produtos** compreende as estruturas de Setor de Vigilância de ALIMENTOS (08 técnicos de nível superior e 03 de nível médio);Setor de Vigilância de MEDICAMENTOS (06 técnicos de nível superior, todos farmacêuticos e 2 nível médio);Vigilância de COSMÉTICOS E SANEANTES (2 técnicos de nível superior, 1 nível médio e 1 estagiário);vigilância de SANGUE,TECIDOS E OUTROS ORGÃOS (6 técnicos de nível superior e 2 estagiários), sendo que em todos estes setores as atividades relacionam-se à: coordenação da vigilância nas suas áreas no Estado, capacitação de servidores, fiscalização complementar aos municípios, interface com diversas instancias e principalmente com a ANVISA e municípios, fiscalização de indústrias e ou estabelecimentos de sua área de atuação preferencialmente com as CRS, participação e coordenação no Estado dos Programas nacionais, fiscalização e emissão de alvarás para estabelecimentos sob sua competência e que não foram descentralizados para os municípios.

**Núcleo de Estabelecimentos** compreende as estruturas do Setor de Controle de Estabelecimentos de Saúde e Setor de Controle de Infecções, o primeiro tem 05 técnicos de nível superior e 2 estagiárias e o segundo possui 2 técnicas de nível superior e 1 estagiário. O Setor de Controle de Estabelecimentos é responsável pela análise de projetos arquitetônicos de todos estabelecimentos de alta complexidade que estão sob vigilância(em torno de 1000 análises-projeto/ano) e fiscalizações de estabelecimentos de forma complementar aos municípios.O Setor de Controle de Infecções coordena no estado o Comitê de Controle de Infecção Hospitalar e investiga os casos e surtos de IH assim como inspeciona os locais onde há suspeita de IH.

**Núcleo de tecnologias em Saúde** compreende as estruturas do Setor de Correlatos com 3 técnicas de nível superior e 1 nível médio, fiscalizam o parque industrial de produtos para saúde no estado e atuam complementarmente com os municípios na fiscalização do comércio destes produtos, coordenam no estado o sistema de notificação de eventos adversos provocados por correlatos e de queixas técnicas destes produtos, pelo menos dos que são produzidos/distribuídos no RS desde 2008, sendo este trabalho muitas vezes em parceria com a ANVISA, Polícia Federal, Secretaria da Fazenda e PROCON. Setor de Radiações, com 3 técnicos de nível superior e 1 de nível médio realiza a fiscalização de toda rede de alta complexidade na área de radiações(serviços de radioterapia e medicina nuclear), acompanham o controle de mamógrafos no estado e capacitam servidores municipais para a fiscalização de serviços com radiação de média complexidade.

Para a Visa o processo de descentralização é de fundamental importância, salientando que o mesmo ocorre de forma gradual e organizada sempre com o apoio do Estado, seja do nível Regional ou do nível Central. Fundamental para o processo é a implantação de um sistema informatizado que garanta o acesso às informações municipais e ou estaduais para o acompanhamento das mesmas e possibilitando a troca de conhecimentos nos dois níveis, permitindo inclusive um diagnóstico das condições sanitárias do Estado e a tomada de decisão.

Capacitações para os servidores municipais são essenciais ao processo de descentralização das atividades, sendo que neste último ano ocorreram capacitações em VISA para praticamente 80% dos municípios do estado.

Prevê-se que a Vigilância descentralizada deverá nos próximos anos utilizar o instrumento de trabalho que é o NOTIVISA-sistema de notificação de eventos adversos e queixas técnicas, de base web nacional, no planejamento de suas atividades, pois a vigilância pós comercialização propicia esta melhora técnica das vigilâncias no país, assim como aproxima esta vigilância das outras vigilâncias: epidemiológica, saúde do trabalhador e ambiental em saúde.

## PROGRAMAÇÃO ESTADUAL DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PAVS) 2010

### Ações Programadas de Vigilância Sanitária – Análises/Comentários

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

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

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

Persistem as dificuldades em monitorar as ações executadas devido à inexistência de um Sistema de Informações adequado.

A Vigilância Sanitária do Rio Grande do Sul mantém-se utilizando o Sistema ALI, que abrange as atividades executadas em nível estadual.

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

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

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

- Hemocentros Coordenador e/ou Regional
- Central de Triagem Laboratorial de Doadores
- Núcleos de Hemoterapia (NH)
- Unidades de Coleta e Transfusão (UCT)
- Agências Transfusionais

Portanto, frente às dificuldades operacionais, foram priorizados para inspeção os Serviços de Hemoterapia de maior complexidade e/ou com problemas, registrando-se um aumento do percentual de serviços inspecionados.

Também houve incremento, em relação ao ano anterior, das inspeções nos seguintes serviços:

- mamografia (de 85% em 2009 para 100% em 2010);
- quimioterapia (de 72% em 2009 para 92% em 2010);
- hospitais (de 82% em 2009 para 88,38% em 2010);
- diálise e nefrologia (de 87% em 2009 para 96,42% em 2010).

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO ESTADUAL DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PAVS) 2010

AÇÕES PRIORITÁRIAS da PAVS	Unidade	RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO			OBSERVAÇÕES	PROGRAMADO 2010	REALIZADO 2010	Análise/Comentários
		SMS	CRS	CEVS				
Vacinar idosos na faixa etária ≥ 60 anos na campanha anual contra a influenza.	nº absoluto	X				1.133.464	1.071.027	A meta da campanha de vacinação do idoso foi elevada nacionalmente para 80% da população alvo. Em 2010, o RS atingiu 75,6%. Embora enfrentando-se dificuldades históricas em alcançar cobertura vacinal em adultos, observa-se incremento no número de doses aplicadas a cada ano (2007 : 68,2%; 2008 : 69,7%; 2009 : 73,8%; 2010 : 75,6%).
Realizar inspeção sanitária em serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama.	nº absoluto	X	X	X	Responsabilidade pela execução depende de pactuação regional das ações de média e alta complexidade (Planilha Complementar da VS)	100%	Desdobrado em ações por tipo de estabelecimento	
Serviços de medicina nuclear				X		100%	30%	Foram realizadas 5 inspeções em 18 serviços.
Serviços de Imagem (Ultrassonografia)		X				100%	100%	Atingido
Serviços de Imagem (Mamografia)		X	X			100%	100%	Foram realizadas 265 avaliações da imagem mamográfica por fantoma em 184 serviços.
Serviços de radioterapia				X		100%	43%	Foram realizadas 6 inspeções em 14 serviços



Serviços de quimioterapia		X	X		100%	90,6%	Inspeções realizadas por equipes regionais e municípios pactuados. Dados preliminares correspondendo a dezesseis (16) CRS e município de Porto Alegre, que somam 64 serviços dos quais foram inspecionados 58.
Laboratórios clínicos e Laboratórios de anatomia patológica e citológica)		X	X		100%	60,5%	Inspeções realizadas por equipes regionais. Dados preliminares correspondendo a dezesseis (16) CRS e município de Porto Alegre, que somam 585 laboratorios dos quais foram inspecionados 352.
Intensificar a investigação do óbito infantil e fetal.	%	X	X	Óbitos Infantis:*O Estado se compromete a investigar mais de 85% dos óbitos infantis, de acordo com a metodologia anterior (correspondente ao instrumento 3 do novo processo de vigilância do óbito infantil do MS). Como a nova metodologia nacional de investigação (e respectivo Sistema de Informação) está em implantação, a meta estadual correspondente à mesma será maior de 15% para 2010.	>15%*	74,22% até 18 de abril de 2011	Em 2010, o Estado aderiu aos instrumentos de investigação de óbito propostos pelo Ministério da Saúde, qualificando a análise de óbito infantil também a partir do enfoque ambulatorial e hospitalar. A área técnica da Saúde da Criança e do Adolescente vem estimulando a formação de comitês municipais e regionais de análise de óbitos, com o objetivo de identificar as principais causas dos mesmos, detectando as possíveis falhas e subsidiando o gestor na proposição de ações de intervenção para a qualificação da assistência.
Realizar inspeção sanitária em serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança.	nº absoluto	X	X		100%	91,3%	Inspeções realizadas por equipes regionais. Dados preliminares correspondendo a dezessete (17) CRS e município de Porto Alegre, que somam 264 hospitais dos quais foram inspecionados 241.
Intensificar a investigação do óbito de mulheres em idade fértil e materno.	%	X	X		50%	60%	Atingido

Implantar/implementar Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV	caso/100.000	X		Ações são avaliadas pela diminuição da incidência de AIDS em menores de 5 anos	3,8	4,46*	O coeficiente de 4,46 casos/100.000 crianças menores de 05 anos foi calculado com dados do DATASUS que cruzam as bases do SINAN, SIM e SISCEL, visando à captura de eventual subnotificação. Entretanto, os dados disponíveis se referem até junho de 2010. Considerando-se os últimos 4 anos, observa-se tendência a aumento de incidência (2007: 11,80 casos/100 000; 2008 11,44 casos/100 000 e 2009 : 14,10 casos/100 000.As ações no Estado visando diminuir a transmissão vertical do HIV tem incluído: capacitações de maternidades; disponibilização de Teste rápido anti HIV e outros insumos ; qualificação do pré-natal para o diagnóstico precoce e referências para terapia anti retroviral, de forma integrada com Atenção Básica e Saúde da Mulher.
Implantar/implementar Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical da Sífilis	caso/1000	X			3,72	3,43	O coeficiente de 3,43 casos/1000 nascidos vivos foi calculado com dados do SINAN/TABNET/CEVS até dezembro 2010.. Considerando-se os últimos 4 anos, registra-se tendência a aumento das notificações (2007: 2,01 casos/1000 NV; 2008 2,44 casos/1000 NV e 2009 : 3,14 casos/1000 NV). Portanto, registrou-se em 2010 aumento de 10% no registro de casos. Considerando-se que a proposta, nesta fase da vigilância, é de aumentar o conhecimento dos casos, esse crescimento é interpretado como positivo As ações no Estado visando diminuir a transmissão vertical da sífilis tem incluído: realização do VDRL na maternidade (SUS e convênios); qualificação de vigilância epidemiológica; implementação do Comitê de Investigação de Mortalidade por Sífilis Congênita; Qualificação dos profissionais do pré-natal.

Realizar monitoramento da notificação dos casos de sífilis em gestantes com base nas estimativas de casos esperados.	caso/1000nascidos vivos	X				3,78	3,50	O coeficiente de 3,50 casos/1000 nascidos vivos foi calculado com dados do SINAN/TABNET/CEVS até dezembro 2010.. Considerando-se os últimos 4 anos, registra-se número de notificações semelhante ao da sífilis congênita, o que indica que ainda há subnotificação da sífilis em gestantes no SINAN. São também conhecidas as dificuldades do SISPRENATAL para esse acompanhamento. Na série histórica registra-se (2007: 2,32 casos/1000 NV; 2008 3,06 casos/1000 NV e 2009 : 3,30 casos/1000 NV.
Realizar levantamento do Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA).	nº absoluto	X				06 municípios da RGM	05 municípios	Esta é uma metodologia inicialmente disponibilizada pelo Programa Nacional de Controle da Dengue para Capital e municípios maiores de 100 000 habitantes. Mais recentemente, passou a ser aceito seu uso por municípios de menor porte. As equipes de CRS e Secretarias Municipais ainda estão sendo capacitadas.
Prover condições básicas para atendimento do paciente com dengue nas UBS.	nº absoluto	X	X	X		1073 UBS capacitadas	Dado não disponível	Foram promovidas 7 grandes capacitações pelo nível central da SES, tanto na Capital como no interior, perfazendo um total de 1612 pessoas capacitadas e atuantes em UBS e/ou hospitais. A partir das mesmas, várias regiões reproduziram eventos visando à preparação da rede, especialmente em municípios infestados (com risco de surtos/epidemias). Não foi possível consolidar o número dessas capacitações descentralizadas.
Prover condições básicas para atendimento do paciente com dengue nas unidades hospitalares.	nº absoluto	X	X	X		216 Unidades Hospitalares Capacitadas	Dado não disponível	

Atualizar o plano de contingência, definindo os locais de referência para atendimento dos casos.	nº absoluto	X				Planos de Contingência Estadual e de Municípios Infestados	50 municípios	Dos 65 municípios infestados, 50 apresentaram planos de contingência. A atualização dos mesmos foi trabalhada especialmente naqueles de maior risco (infestados das regiões metropolitana e noroeste. Trinta e um (31) municípios e o Estado atualizaram seus Planos em 2010. Salienta-se que, mesmo entre municípios não infestados, 166 já apresentaram planos de contingência, sendo que destes 47 atualizaram o plano em 2010. Adicionalmente, foram elaborados três Planos Regionais de Contingência para Dengue, com ênfase na definição dos locais de referência para atendimento dos casos (12ª CRS, 14ª CRS e Região Metropolitana de Porto Alegre - considerados locais de maior risco para epidemias de dengue)	
Notificar e investigar imediatamente os casos graves e óbitos suspeitos de dengue para identificação e correção dos seus fatores determinantes.	%	X	X	X			100%	NÃO SE APLICA	Meta não quantificável. Com o objetivo de evitar ou controlar a circulação do vírus da dengue, a vigilância estadual e dos municípios trabalham para assegurar a notificação imediata de todos os casos suspeitos, independente de sua gravidade. O RS não registrou óbitos por dengue em 2010.
Realizar atividades educativas sobre a temática da Dengue para população.	nº absoluto	X	X	X			4	Atingida	Foram realizadas muitas atividades informativas/educativas, especialmente descentralizadas pelas CRS e SMS. Salientam-se duas de maior abrangência estadual: campanha de mídia, preparação para o dia D e Plano de Atividade com a Secretaria Estadual de Educação.

Monitorar municípios não infestados/Armadilhas.	nº absoluto		X			570089 visitas	464.934	A meta inicial levou em conta um número de municípios não infestados(443) que diminuiu no decorrer do ano de 2010 (para 431 municípios). Vários dos municípios que se infestaram neste ano são de grande porte e, a partir da infestação, deixam de ser usadas armadilhas. Assim, o número de armadilhas a ser visitadas foi reduzido durante o ano. Saliente-se ainda a dificuldade histórica, em todos os níveis, mas principalmente nos municípios, em se manter equipes de agentes de campo em número suficiente.
Monitorar municípios não infestados/PE.	nº absoluto		X			278.816 visitas	193.582	
Avaliar no diagnóstico o grau de incapacidade física dos casos novos de hanseníase.	%	X				90%	61,8	Não foi atingida a meta. Os dados de 2010, entretanto, ainda são preliminares. Entre as dificuldades encontradas destacam-se problemas com o Sistema de Informação (SINAN): quanto ao Sistema propriamente dito (que sofreu diversas atualizações, acarretando falta de funcionamento do fluxo de retorno das informações) ou quanto à sua alimentação pelas equipes (sendo deixado de incluir o último comparecimento, o que é interpretado como abandono, ou de atualizar as altas por cura). Saliente-se ainda que a hanseníase no RS é uma doença considerada eliminada (com baixos níveis endêmicos: 01 caso para 10.000 habitantes). Esta avanço, como para todas as doenças de baixa incidência, leva a um progressivo desconhecimento da doença por parte dos profissionais de saúde e a uma tendência à desmobilização da vigilância (que vem sendo combatida pelo Programa, especialmente com a manutenção de capacitações).
Avaliar o grau de incapacidade física dos casos curados de hanseníase no ano de avaliação.	%	X				75%	71,4	

Realizar capacitação de pessoal – estados, para ações de controle da hanseníase (conteúdo mínimo diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades).	nº absoluto					17	15	Realizaram-se 88% das capacitações previstas. Enfrentaram-se dificuldades especialmente na liberação de profissionais de Atenção Básica de municípios. Pelo excesso de atividades em que estiveram envolvidos no ano de 2010 e tendo em vista considerações já feitas sobre a dificuldade em manter mobilização para doenças consideradas controladas/eliminadas.
Ampliar a realização de cultura para os casos de retratamento de tuberculose (recidiva, reingresso após abandono e falência de tratamento).	%	X			Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES em conjunto com o LACEN/FEPPS	40%	47%	Estes resultados decorrem das atividades conjuntas com o LACEN-RS, visando a descentralização das culturas
Encerrar oportunamente os casos novos de tuberculose no SINAN.	%	X				90%	91%	ATINGIDO
Verificar a cobertura do tratamento supervisionado dos casos novos pulmonares bacilíferos.	%	X				70%	21%	Este resultado desfavorável decorre da falta de descentralização das ações de controle da TB para a Atenção Básica, processo que está em andamento, mas que ainda não se concretizou plenamente.
Realizar busca de contatos de casos de tbc.	%	X				70%	26%	
Realizar avaliação de desempenho dos indicadores da rede sentinela/influenza.	nº absoluto		X		O Estado conta com 4 Unidades Sentinelas (US), sendo que uma foi implantada ao final de 2010	80%	47%	Em função do baixo nº de coletas de duas US, o indicador estadual ficou bem abaixo do preconizado. Como estratégia de solucionar este problema foi agendado uma reunião de avaliação com todas as US para maio e visitas técnicas nas US que não estão atingindo o nº de coletas preconizados para que consigamos avaliar a circulação dos agentes etiológicos.
Realizar inspeção sanitária em serviços de hemoterapia.	nº absoluto			X		100%	66%	Dos 282 serviços existentes 185 foram inspecionados (ver Anexo 1)

Realizar inspeção sanitária em serviços de terapia renal substitutiva.	nº absoluto			X		100%	120%	Inspeções realizadas por equipes regionais. Dados preliminares correspondendo a quinze (15) CRS e município de Porto Alegre que somam 68 serviços dos quais 82 foram inspecionados. Alguns serviços receberam mais de uma inspeção.
Notificar os casos suspeitos de hepatites virais no SINAN.	nº absoluto	X				100%	8.504 casos	Meta não quantificável percentualmente, pois a informação disponível é do nº de casos de hepatite notificados anualmente, registrando-se que tem havido investimento neste programa, com mobilização crescente da rede de saúde para a notificação de todos os casos suspeitos. A série histórica registra 7960 casos notificados em 2007, 8163 casos em 2008, 8218 em 2009 e 8504 casos em 2010 (SINAN RS em 08 de abril de 2011).
Monitorar os casos notificados de hepatite B para identificação imediata daqueles nos quais não foram coletadas amostras sorológicas.	%	X				90%	75%	Não se tem informação do ano da coleta (campo 45 da Ficha de Investigação Epidemiológica) em 24,68% dos casos, o que pode representar ausência de coleta ou de registro das informações no SINAN NET.
Realizar ações de vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e de Promoção da Saúde.	nº absoluto	X				Núcleo de Vig de DANT implantado na SES e Capital	Núcleo DANT impantado	Atingido
Realizar inspeção sanitária em estabelecimentos e serviços de alimentação.	nº absoluto	X			Ações descentralizadas - responsabilidade municipal	20%	Desdobrada em ações por tipo de estabelecimento	
Restaurantes e similares						Metas municipais	sem informações	Estas Inspeções são descentralizadas para municípios, a falta de Sistema de Informação dificulta a consolidação em nível estadual. Acompanhamento pelas CRS.
Cozinha industrial						Metas municipais	214 inspeções	Avaliação prejudicada por falta de Sistema de Informação que permita o monitoramento em nível estadual desta ação.

Serviços de alimentação em escolas						Metas municipais	sem informações	Estas Inspeções são descentralizadas para municípios, a falta de Sistema de Informação dificulta a consolidação em nível estadual. Acompanhamento pelas CRS.
Serviços de alimentação em creches						Metas municipais	sem informações	
Instituir Programa de Monitoramento de Alimentos.	nº absoluto		X	X		527 amostras	63%	O Estado desenvolve o Programa de Monitoramento da Qualidade de Alimentos que examina diversos produtos, tais como: sal (para verificar presença de iodo), derivados de amendoim (para verificar presença de micotoxinas), erva-mate. Foram coletadas 334 amostras.
Realizar atividades educativas sobre a temática nutricional com relação ao consumo de sódio, açúcar, gordura, para o setor produtivo e população.	nº absoluto		X	X	Programada para 2011	Não programada	Não realizada	O início desta atividade está programado para 2011, iniciando-se por 03 oficinas regionais.
Monitorar os projetos da rede nacional de promoção da saúde com o componente de atividade física implantados nos estados e municípios.			X	X		IMPLANTAR FORMSUS qdo disponibilizado pelo MS	Monitoramento implantado	O Estado possui 60 municípios com projetos de Promoção da Saúde, sendo 30 de Incentivo a Prática de Atividade Física, nos quais está implantado o monitoramento.
Monitorar os projetos da rede nacional de promoção da saúde com o componente de controle e prevenção ao tabagismo implantados nos estados e municípios.			X	X		IMPLANTAR FORMSUS qdo disponibilizado pelo MS	Monitoramento implantado	Quanto ao Programa de Controle do Tabagismo, estão inseridos 142 municípios, tendo sido realizadas oito capacitações para a Abordagem e Tratamento do Fumante para cerca de 40 profissionais da saúde de nível superior da capital e do interior. Em parceria com a UFRGS foi realizado o Projeto Fala Sério para 350 universitários.
Realizar inspeção sanitária em estabelecimentos com ambientes livres do tabaco.	nº absoluto	X				100%	Sem informações	A metodologia para a realização desta atividade ainda não está definida para as equipes de vigilância sanitária pois está na dependência da publicação de legislação estadual.



Ampliar a rede de unidades sentinelas para notificação e investigação dos agravos à saúde do trabalhador.	%			X		15	17	Meta atingida, uma vez que o número de unidades sentinelas foi ampliado, embora a notificação ainda não esteja ocorrendo de forma homogênea.
Ampliar a capacitação para aplicação de protocolos.			X	X		Atividade a ser programada pelo nível central e regional da SES, a ser desenvolvida após capacitação do MS	Não realizado	A programação de capacitações deverá ocorrer após finalização dos protocolos nacionais e formação de multiplicadores nos Estados. O Rio Grande do Sul ainda não foi contemplado com essa atividade. Prevista para iniciar em 2011.
Implantar a Rede de prevenção a violência e promoção da saúde nos municípios prioritários.	nº absoluto			X		6 municípios	8 municípios	Os oito municípios prioritários, conforme critério nacional, apresentam rede implantada, em diferentes níveis de organização.
Elaborar a proposta de intervenção para a prevenção a violência e promoção da saúde.	nº absoluto			X		1 estadual e 6 municípios com proposta	60 municípios	Sessenta municípios apresentaram propostas de intervenção.
Monitorar os projetos selecionados na rede nacional de promoção da saúde com componente de prevenção a violência implantados nos estados e municípios.			X	X		IMPLANTAR FORMSUS qdo disponibilizado pelo MS	29 municípios	Vinte e nove municípios apresentaram projeto com componente violência, tendo sido implantado monitoramento.
Ampliar a cobertura da Ficha de Notificação / Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências.	nº absoluto			X		8 municípios	332 municípios	O SINAN-NET/Violência foi implantado em 2010 nas 19 CRS, realizando-se 33 capacitações, envolvendo 332 municípios e 844 participantes. Como esse processo ainda é recente, a notificação ainda se dá de forma heterogênea.
Monitorar a ocorrência de acidentes e violências notificadas.	nº absoluto			X		1 análise anual	1 análise	A ocorrência de acidentes e violências vem sendo monitorada no Estado desde 2001, pelo SIST e, a partir de 2010, pelo SINAN NET.

Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registrados no Sinan.	%	X			80%	85%	Meta atingida
Intensificar a coleta das declarações de óbitos_DO	%	X			92%	98,5%	Meta atingida
Garantir o envio de dados do SIM com regularidade.	nº absoluto	X			12 remessas	Atingido	As remessas foram, no mínimo mensais. Geralmente ocorreram mais de uma vez por mês, conforme fluxo definido pela Coordenação Nacional do SIM.
Aprimorar a qualidade da classificação da causa básica de óbito no sistema de informação sobre mortalidade	%	X	X		92%	95%	72.786 dos óbitos do Estado em 2010 tiveram causa definida, do total de 76.585 óbitos neste ano (dados preliminares SIM/2010)
Garantir a cobertura da vacinação de rotina do calendário básico.	%	X			95% (para Tetravalente, Sabin e vacina contra hepatite B) e 90% (VORH e BCG)	Tetravalente - 89,4; Sabin - 89,6; contra hepatite B - 88,0; BCG - 90% e Vacina contra Rotavirus - 90%	O Programa Estadual de Imunizações utiliza como denominador o nº de nascidos vivos (SINASC), o que minimiza os problemas decorrentes de estimativas populacionais. No entanto, a redução progressiva da natalidade ainda ocasiona "vieses" no cálculo dessa cobertura. Persiste também falta de homogeneidade no território estadual. Contribui para isto, o fato do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações manter como base de registro o município de aplicação da vacina e não o de residência da criança. Esse indicador clássico (cobertura vacinal) também pode apresentar distorções relativas à invasão ou evasão de demanda e a dificuldades de registro (sub-registro de doses aplicadas ou duplicidade de registro). A preocupação com a análise mais aprofundada desse problema levou à inclusão do mesmo entre os que estão sendo estudados em conjunto com a Universidade, através do PET-VS. O PNI/SVS/MS está iniciando implantação do novo SI-PNI com base Windows (o anterior é em DOS) e que contemplará, em outras variáveis, o município de residência do

							vacinado.	
Alimentar de dados de cadastro no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA.	%	X				100%	97%	No ano de 2010, 479 municípios do RS (97%) cadastraram suas fontes de abastecimento no SISAGUA, representando progresso em relação à 2009, quando 93% dos municípios possuíam cadastro no SISAGUA. Mesmo com esta evolução, 17 municípios (3%) ainda estão sem dados no SISAGUA, são eles: Bom Progresso, Canudos do Vale, Chui, Dois Lajeados, Fazenda Vilanova, Fontoura Xavier, Forquetinha, Herval, Iraí, Itapuça, Muçum, Novo Barreiro, Novo Tiradentes, Pedro Osório, Pinhal da Serra, São José do Norte e Tiradentes do Sul. Frente à dificuldade em que esses municípios alimentem os dados de cadastro no SISAGUA, os responsáveis pelo VIGIAGUA nas CRSs estão tomando providências para fazê-lo, juntamente com o responsável local.

Alimentar os dados de controle da qualidade da água no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA.	%	X				50%	80%	No ano de 2010, 388 municípios do RS (80%) alimentaram dados de controle de qualidade da água no SISAGUA. Dos 98 municípios que não alimentaram dados de controle (20%), 17 são aqueles que não tem cadastro no SISAGUA (listados acima), 3 são abastecidos apenas por Soluções Alternativas Individuais (não é exigido controle, realiza-se apenas o monitoramento da qualidade da água) e 78 são abastecidos por Sistemas de Abastecimento de Água e/ou Soluções Alternativas Coletivas sem controle de qualidade, ou seja, em desacordo com a Portaria MS 518. Esta sendo trabalhado, em conjunto com os representantes do VIGIAGUA nas CRSs e municípios, para que os responsáveis por estes SAA e SAC enviem os dados de controle de qualidade às Secretarias Municipais de Saúde, conforme exige a legislação, para que os mesmos possam ser alimentados no SISAGUA. Ainda assim, registrou-se progresso no indicador, com meta alcançada, que passou de 68% dos municípios com dados de controle alimentados no SISAGUA em 2009 para 80% em 2010.
Realizar capacitação dos serviços de VISA para a elaboração da programação e execução das ações.	nº absoluto		X	X		Oficinas em 19 CRS	Oficinas em 19 CRS	Meta atingida. Foram realizadas oficinas nas 19 CRS capacitando as VISAs municipais para as atividades da área.
Realizar exames coproscópicos para controle da esquistossomose em áreas endêmicas.	nº absoluto	X				698	750	Meta atingida
Realizar tratamento dos portadores de Schistosoma mansoni diagnosticados.	%	X				100%	100%	Foram diagnosticados e tratados 03 casos de portadores de Schistosoma mansoni.
Realizar pesquisa malacológica em municípios com coleções hídricas de importância epidemiológica para esquistossomose.	nº absoluto	X				5	5	Foram examinadas, com coleta de amostras, 05 coleções hídricas de importância médica dentro da malacologia, nos municípios de Esteio e seus limítrofes (Sapucaia do Sul, Canoas, Nova Santa Rita).

Realizar busca ativa de tracoma em escolares em municípios prioritários	nº absoluto		X	X	Responsabilidade da SES	realizar busca ativa de tracoma em 10% dos escolares do 1º ao 5º ano do ensino público	Parcialmente atingido / Foram examinados 503 alunos, 49 professores e 4 familiares de escolares do 1º ao 5º ano do ensino público dos municípios de Pontão e Ibiruapuitã (6ºCRS)	A SES/RS apresenta deficiência de médicos oftalmologistas capacitados para realizar busca ativa de tracoma nos municípios prioritários, o que foi parcialmente sanado com capacitação realizada em 2010 pelo nível nacional, quando foram treinados dois médicos. Para 2011, estão sendo programadas ações de busca ativa com o apoio desses profissionais.
Realizar tratamento e controle dos casos e dos comunicantes de casos de tracoma.	%	X				100%		
Curar clinicamente os casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA).	%	X				≥80%	100%	Foram notificados e investigados 2 casos humanos de LTA, 1 autóctone e 1 importado. Os dois foram tratados e curados.
Curar clinicamente os casos de Leishmaniose Visceral (LV).	%	X				≥90%	100%	Meta atingida
Realizar ações de controle químico e manejo ambiental nos municípios, conforme classificação epidemiológica.	%		X	X		≥75%	01 município	Essas ações são indicadas para o município de São Borja, que registrou caso humano da doença. As ações de controle de flebotomíneos são complexas e as equipes do município e do Estado estão progressivamente incorporando a metodologia de trabalho. São encontradas dificuldades tanto pela necessidade de ampliação das equipes como pela de ações intersetoriais para intervenções no ambiente. O município desencadeou ações de manejo ambiental.
Realizar vigilância entomológica de flebotomíneos para LV e LTA, segundo classificação epidemiológica.	%		X	X		≥75%	05 municípios com ações de vigilância entomológica	Para LTA não houve casos em municípios novos. Foi realizado monitoramento mensal dentro da vigilância de flebotomíneos no municípios de São Borja. Também foram feitas capturas em municípios onde ocorreu investigação de casos suspeitos de Leishmaniose Visceral Canina (Porto Alegre, Viamão, Santa Cruz do Sul e Santa Maria).

Monitorar a circulação do vírus da raiva na população canina, com envio de amostra de cães com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial.	nº absoluto	X				2700	99,18%	No ano de 2010, foram enviadas 2678 amostras para diagnóstico laboratorial, sendo 82% de amostras canina, 9% de amostras de quirópteros e 8% de amostras felina. Mesmo sendo atingido a meta pactuada o RS teve um pequeno retrocesso no envio de amostras , pois em 2009 foi responsável pelo envio de 1/5 de todas amostras enviadas para laboratório para diagnóstico de Raiva no Brasil.
Realizar esquema profilático pós exposição de vacinação contra raiva em todas as pessoas que forem agredidas por morcego.	%	X				100%	100%	No ano de 2010, foram atendidas e tratadas 41 pessoas agredidas por morcego no RS.
Monitorar a circulação do vírus da raiva na população de morcegos, com envio de amostra de morcegos com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial.	nº absoluto	X				100% dos morcegos suspeitos	100%	Foram enviadas 234 amostras de quirópteros para diagnóstico laboratorial, tendo sido confirmado 13 amostras positivas, perfazendo um total de 6% de todas as amostras enviadas.
Realizar pesquisa de triatomíneos nos municípios, conforme estratificação de risco.	nº absoluto		X	X		217 municípios	152 municípios	O Programa Estadual de Doença de Chagas contabilizou 17.667 pesquisas em unidades domiciliares em 152 municípios trabalhados. As pesquisas são programadas apenas na área de resíduos de <i>T. infestans</i> e deflagradas pelo recebimento de triatomíneo nos Postos de Informações de Triatomíneos. Foram realizadas 24.463 visitas em 2313 PTIs . Nestas atividades de pesquisa e visitas foram capturados 562 vetores (entre triatomíneos e outras espécies sem importância epidemiológica) e 201 triatomíneos foram examinados pelo laboratório.
Realizar controle químico em unidades domiciliares positivas na investigação entomológica de triatomíneos.	%					306 unidades domiciliares	100%	As orientações técnicas do programa de Chagas são de realizar o tratamento químico somente em unidades domiciliares onde são encontradas colônias de triatomíneos.

Capacitar clínicos para diagnóstico e tratamento oportuno da leptospirose em municípios prioritários	nº absoluto					O RS não tem município prioritário para leptospirose segundo MS	NÃO SE APLICA	
Realizar tratamento adequado dos casos de acidentes por animais peçonhentos.	%	X	X			≥95%	100%	Atingido
Realizar capacitações e treinamentos de profissionais para melhorar a qualidade das notificações de acidentes por animais peçonhentos.	nº absoluto			X		2 oficinas para CRS e municípios sedes de regional (realizadas em conjunto com o Programa de Imunizações) e 01 videoconferência	zero	Precisou-se adiar as oficinas, especialmente em função das dificuldades encontradas na liberação de profissionais, pelo excesso de atividades que a rede esteve envolvida no ano de 2010. Pretende-se realizá-las em 2011.
Coletar amostra de fezes para diagnóstico laboratorial dos casos de rotavirus em unidades sentinela.	%	X				25%	83.2%	O Estado do RS tem dois Hospitais Sentinela para Rotavírus (Vigilância Ampliada). As amostras são enviadas para a FIOCRUZ/RJ por intermédio do LACEN/RS.

Vacinar crianças menores de cinco anos contra poliomielite.	%	X				95%	90%	<p>Sabe-se que apesar das justificativas para manter a estratégia dos Dias Nacionais de vacinação e fortalecer a vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas, baseada no permanente risco de importação do vírus para o Brasil, tem-se registrado dificuldades crescentes em atingir as coberturas preconizadas nas campanhas. Alguns elementos devem estar contribuindo para esse fato, entre os quais destacam-se: 1 - Dados populacionais superestimados que não refletem com precisão a queda da fecundidade no Estado. 2 - O Sistema de Informação do Programa de Imunizações (SI-API) que mantém como base de registro o local de aplicação da vacina e não o local de residência do usuário. 3 - A mobilidade populacional altera diretamente os dados demográficos e, por consequência, as análises de coberturas vacinais das unidades espaciais. 4 - Doenças erradicadas geram desmobilização dos profissionais de saúde e da população em geral, dificultando o atingimento das metas programadas. 5 - A Estratégia de Vacinação Contra o Vírus da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009, que iniciou no dia 8 de março de 2010, gerou grande "stress" na rede de saúde pela sua complexidade. No Rio Grande do Sul foram vacinadas mais de 4.882.000 pessoas. A estratégia de vacinação ocorreu em cinco etapas, diferenciando-se das tradicionais campanhas nacionais de vacinação, pela especificidade do público prioritário selecionado, necessitando estratégias diferenciadas para o alcance das metas. Além disso, foram notificados e investigados 1092 eventos adversos pós-vacina Influenza A H1N1 pandêmica. Como não tem havido incremento de servidores na rede de saúde, a sobrecarga de trabalho foi fator importante nesse ano.</p>
Realizar notificação de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em menores de 15 anos.	incidência	X				25	26	Meta atingida



Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda - PFA .	%	X			80%	73%	A meta programada não foi alcançada plenamente, no entanto, salienta-se que, além das dificuldades já referidas no indicador "Vacinar crianças menores de cinco anos contra poliomielite", acrescenta-se a dificuldade de se trabalhar com doença erradicada: geram desmobilização dos profissionais de saúde e da população em geral, dificultando o atingimento das metas programadas.
Investigar casos notificados de sarampo e rubéola em até 48 horas.	%	X			80%	89%	Meta atingida
Encerrar os casos notificados de doenças exantemáticas por critério laboratorial.	%	X			95%	99%	Meta atingida
Manter cobertura vacinal para tríplice viral.	%	X			95%	94%	Apesar das dificuldades já mencionadas na análise do Indicador "Vacinar crianças menores de cinco anos contra poliomielite", a cobertura foi bastante alta, aproximando-se muito do programado para 2010 .
Notificar e investigar casos humanos suspeitos de febre amarela.	%	X			90%	100%	Meta atingida
Notificar e investigar epizootias de primatas não humanos (PNH), equinos, aves e animais silvestres.	%	X			90%	Atingida	Foram notificadas e investigadas 37 epizootias, em 17 foram coletadas amostras dos animais e enviadas ao Instituto Adolfo Lutz /SP, todas com resultado negativo, o que indicando que não houve circulação do vírus amarelão no RS no ano 2010. Realizada uma capacitação de entomologia e investigação ativa da febre amarela (captura e manejo de primatas não humanos) na 17ª CRS e uma expedição em conjunto com o Estado de Santa Catarina para investigar epizootias que ocorreram no norte do RS e no sul de SC. A investigação ocorreu nos municípios gaúchos de Esmeralda e Pinhal da Serra. Com o apoio do Ministério da Saúde foram capturados 05 animais no Estado, depois de encaminhadas as amostras ao Instituto Evandro Chagas –

								Pará, os resultados foram negativos para o vírus causador da febre amarela.
Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningite bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imunoeletroforese e látex.	%	X	X	X		40%	56%	Meta atingida
Implantar o sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial/GAL nas unidades laboratoriais dos Estados que aderiram.	nº absoluto			X	Atividade a ser programada pelo LACEN/FEPPS com apoio do nível central e regional da Vigilância em Saúde da SES	Implantação GAL no IPB/LACEN e disponibilização de resultados para todo o Estado	Processo em andamento	Iniciou-se o processo de implantação do GAL pelo IPB/Lacem/RS, com o apoio da VE estadual e regional. Todas vigilâncias municipais e regionais foram cadastradas no GAL em 2010, bem como técnicos do CEVS e de alguns hospitais de Porto Alegre. As requisições do novo sistema foram implantadas e publicizadas na página da SES/RS. Os resultados laboratoriais de algumas doenças já estão disponíveis somente pelo sistema GAL. Os técnicos do CEVS foram capacitados pelo Lacem/RS.
Ampliar a rede CIEVS nos estados, capitais e municípios priorizados.	nº absoluto			X		CIEVS Estadual implantado	Atingido	O Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde foi implantado e encontra-se em funcionamento, faltando sua formalização por Portaria.

Cadastrar áreas com populações expostas ou potencialmente expostas a solo contaminado por contaminantes químicos.	%		X	X		100% dos municípios com mais de 100.000 habitantes - 19 municípios e 30% dos municípios com menos de 100.000 habitantes - 143 municípios	Parcialmente atingido	Foram realizados cadastros em 19 municípios novos em relação ao cadastramento anterior, totalizando 46 novas áreas levantadas em 2010. Considera-se a proposta de programação da Coordenação da área no nível federal superdimensionada, uma vez que a ação de cadastramento tem desdobramentos complexos. Cada área levantada, com a respectiva população exposta ou com suspeita de exposição a contaminantes químicos, gera um "case", necessitando a ação integrada e intersetorial para os encaminhamentos de interrupção da exposição e atenção à saúde daquela população. Assim, foi necessário priorizar encaminhamentos para áreas já cadastradas, com risco iminente de exposição humana.
Identificar os municípios de risco para a Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar - VIGIAR.	%		X	X		10% dos municípios com IIMR aplicado – 50 municípios	Atingido	150 municípios do RS preencheram o Relatório de Identificação de Municípios de Risco para a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade do Ar – versão 2010. Esse montante corresponde a 30,24 % dos 496 municípios gaúchos. A meta prevista para o ano de 2010 foi superada, em virtude da realização de solicitação direta aos Secretários Municipais de Saúde.
Instituir Comitê Estadual de Desastres, ou, em caso de Comitês já existentes, incluir o tema Saúde em Desastres.	%		X	X			Parcialmente atingido	Foi criado um Grupo de Trabalho envolvendo os vários setores da Vigilância, com encontros com outras áreas da SES. Evoluiu-se até a elaboração da Portaria que institucionaliza o Comitê, que foi publicada no início de 2011.
Elaborar Plano de Contingência para desastres.	nº absoluto		X	X			Em andamento	A elaboração de Plano de Contingência Estadual é complexa e ainda não há consenso sobre a metodologia para construí-lo e o seu formato, considerando que os desastres possíveis podem ser de diferentes tipos. O funcionamento do Comitê de Desastres e o mapeamento de riscos (atualmente em projeto piloto) deverão contribuir para a viabilização da construção do Plano.

Ampliar a vacinação para usuários em condições clínicas especiais.	nº absoluto		X	X		Responsabilidade da SES : 1 Plano de Reestruturação da Rede CRIE	Não atingido	A necessidade de ampliar o número de CRIEs no RS (são dois em funcionamento) de forma descentralizada é grande, porém dificuldades operacionais dificultaram a execução. Foram iniciados contatos com três municípios no interior do Estado para viabilizar o processo e, em 2011, os esforços serão intensificados.
Notificar os casos suspeitos e confirmados de intoxicação por agrotóxicos.	nº absoluto	X				50	108	A notificação de intoxicações por agrotóxicos no SINAN vem aumentando: 2007 - 49; 2008 - 60; 2009 - 98; 2010 - 108. O projeto de vigilância desse agravo será implementado através de criação de Grupo de Trabalho envolvendo as áreas de Vigilância Ambiental, Saúde do Trabalhador, Vig Sanitária e Epidemiológica, com a participação do CIT.
Realizar monitoramento de resíduo de agrotóxicos em alimentos.	amostras analisadas		X	X		120	120	Meta atingida
Intensificar a coleta das declarações de nascidos vivos.	%	X				92%	100%	Meta atingida
Promover a organização e implementação de Câmaras Técnicas de Vigilância em Saúde nas CIBs.	nº absoluto			X		Grupo Técnico Bipartite de Vig em Saúde implantado	Grupo Técnico Bipartite de Vig em Saúde implantado	O GT Bipartite foi implantado pela CIB tendo desenvolvido uma pauta de discussão das questões da área de VS através de reuniões mensais.