

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RELATÓRIO DE GESTÃO 2008

JUNHO DE 2009

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. PROJETOS ESTRUTURANTES	6
SAÚDE PERTO DE VOCÊ	6
<i>Projeto de Prevenção da Violência - PPV</i>	6
<i>Ação: Primeira Infância Melhor – PIM - nos 50 municípios prioritários do PPV</i>	7
<i>Ação: Saúde da Família na Prevenção da Violência</i>	8
<i>Ação: Implantação da Prevenção da Violência nos municípios / Rede de Prevenção da Violência</i>	8
<i>Comentários finais</i>	10
<i>Saúde Mais Perto de Casa</i>	10
<i>Ação: Regionalização da Saúde</i>	10
<i>Ação: Estratégia de Saúde da Família</i>	11
<i>Ação: Primeira Infância Melhor – PIM</i>	13
<i>Comentários finais</i>	16
PROJETOS ESTRUTURANTES: ANÁLISE DE DESEMPENHO	17
2. PACTO PELA SAÚDE	18
PACTO PELA VIDA	18
<i>Prioridade I - Atenção à Saúde do Idoso</i>	18
<i>Objetivo I. Identificar pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de fratura de fêmur.</i>	18
Indicador 1. Taxa de Internação Hospitalar de Pessoas Idosas por fratura do fêmur.	18
<i>Objetivo II. Contribuir para a melhoria da qualidade da atenção prestada ao residente nas Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI.</i>	19
Indicador 2. Percentual de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), cadastradas, inspecionadas.	19
<i>Prioridade II: Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama.</i>	20
<i>Objetivo I. Ampliar oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero de forma que a cobertura do exame preventivo alcance a 80% da população alvo.</i>	20
Indicador 3. Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária.	20
<i>Objetivo II. Tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial.</i>	21
Indicador 4. Percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo do útero (lesões de alto grau - NIC II e NIC III).	21
<i>Prioridade III: Redução da Mortalidade Infantil e Materna.</i>	22
<i>Objetivo I. Estimular a investigação do óbito de menores de um ano, visando subsidiar intervenções para redução da mortalidade nesta faixa etária.</i>	22
Indicador 7. Proporção de investigação de óbitos infantis.	22
<i>Objetivo II. Investigar óbitos maternos.</i>	22
Indicador 8. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.	22
<i>Objetivo III. Reduzir a mortalidade pós-neonatal.</i>	23
Indicador 9. Coeficiente de mortalidade pós-neonatal.	23
<i>Objetivo IV. Reduzir a mortalidade neonatal.</i>	23
Indicador 10. Coeficiente de mortalidade neonatal	23
Indicador RS 1. Coeficiente de mortalidade neonatal precoce (municípios com + de 80.000 hab) ou N°. absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano (- de 80.000 hab)	24
Indicador RS 2. Proporção de nascidos vivos com baixo - peso ao nascer.	24
Indicador RS 3. Proporção de Nascidos Vivos com muito Baixo Peso ao Nascer.	25
<i>Objetivo VI. Aprimorar a qualidade da atenção pré-natal.</i>	25
Indicador 12. Número de casos de sífilis congênita	25
<i>Objetivo VII. Reduzir a taxa de cesáreas.</i>	26
Indicador 13. Taxas de Cesáreas (municípios > 80.000 hab.)	26
<i>Prioridade IV: Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e epidemias.</i>	26
<i>Objetivo I. Reduzir a letalidade por febre hemorrágica de dengue.</i>	26
Indicador 14. Taxa de letalidade por Febre Hemorrágica Dengue	26
<i>Objetivo II. Ampliar a cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano</i>	27
Indicador 15. Taxa de cura de casos novos de tuberculose bacilífera	27
<i>Objetivo IV. Ampliar a cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados, nos períodos de tratamento preconizados.</i>	28
Indicador 17. Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	28
<i>Objetivo V. Aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado.</i>	28
Indicador 18. Proporção de amostras clínicas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado.	28
<i>Objetivo VI. Ampliar a cobertura da população brasileira com ações de vigilância, prevenção e controle das hepatites virais.</i>	29
Indicador 19. Proporção de casos de hepatite B e C confirmados por sorologia	29
<i>Objetivo VII. Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos.</i>	30
Indicador 20. Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade	30

<i>Prioridade V: Promoção da Saúde</i>	31
Objetivo I. Promover atividade física com objetivo de reduzir o sedentarismo no país.	31
Indicador 21a. Prevalência de sedentarismo em adultos	31
Objetivo II. Reduzir a prevalência do tabagismo no país.....	31
Indicador 22. Prevalência de tabagismo	32
Objetivo III. Ampliar rede de prevenção de violência e promoção à saúde nos estados e municípios.....	32
Indicador 23c. Proporção de municípios prioritários com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde.....	32
<i>Prioridade VI: Fortalecimento da Atenção Básica</i>	33
Objetivo I. Garantir que a Estratégia Saúde da Família seja a estratégia prioritária da atenção básica e orientadora dos sistemas de saúde considerando as diferenças loco - regionais.	33
Indicador 24. Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	33
Objetivo III. Ampliar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família nos municípios brasileiros por meio do cumprimento dos princípios estabelecidos na política nacional de atenção básica: acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, territorialização e adesão de clientela, responsabilização, humanização.	33
Indicador 25a. Proporção de municípios com o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) implantado.....	33
Objetivo VIII. Desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência contemplando prioritariamente as áreas programáticas e transversais.	34
Indicador 27. Média anual da ação coletiva "Escovação Dental Supervisionada"	34
Indicador 28. Cobertura da primeira consulta odontológica programática.....	35
Indicador 30. Taxa de Internação por Diabetes Mellitus e complicações na população de 30 anos ou mais.....	35
Indicador 31. Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	36
Indicador 32. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	37
Indicador 33. Média mensal de visitas domiciliares por família realizada por Agente Comunitário de Saúde - ACS	38
Objetivo IX. Desenvolver ações contínuas voltadas à diminuição da prevalência de desnutrição em crianças menores de 5 anos	38
Indicador 34. Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade	38
Objetivo X. Melhorar o acompanhamento das condicionalidades do setor saúde do programa bolsa família (acompanhamento das famílias e crianças beneficiárias).....	39
Indicador 35. Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica	39
<i>Prioridade VII: Saúde do Trabalhador</i>	40
Objetivo I. Ampliar a rede nacional de atenção integral a saúde do trabalhador - RENAST, articulada entre o ministério da saúde, as secretarias estaduais e municipais, a partir da revisão da Portaria G/M numero 2.437 de 07/12/2005.	40
Indicador 36. Número de CEREST implantados.....	40
<i>Prioridade VIII: Saúde Mental</i>	40
Objetivo I. Ampliar a cobertura de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.	40
Indicador 38. Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes	40
Objetivo II. Beneficiar pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos por meio do Programa de Volta para Casa - PVC.....	41
Indicador 39. Taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa	41
<i>Prioridade X: Atenção Integral às pessoas em situação ou risco de violência</i>	42
Objetivo I. Implantar redes de atenção e proteção a pessoas em situação de violência doméstica e sexual que contemplem: crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas com deficiência, com transtornos mentais e trabalhadores, de ambos os sexos.	42
Indicador 41. Proporção de redes de atenção integral a mulher e adolescentes em situação de violência implantados em municípios prioritários no estado	42
Objetivo II. Ampliar a cobertura da ficha de notificação/ investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.....	43
Indicador 42. Proporção de municípios prioritários com notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, implantadas.	43
<i>Prioridade XI: Saúde do Homem</i>	43
Objetivo I. Promover a Saúde Integral do Homem.	43
Indicador 43. Política da Saúde do Homem elaborada e publicada	43
PACTO DE GESTÃO	44
<i>I - Responsabilidades Gerais</i>	44
Indicador 44. Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade (Nº. de terceiras doses aplicadas)	44
Indicador 45. Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	45
Indicador 46. Taxa de notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda - PFA em menores de 15 anos	45
Indicador 47. Proporção de doenças exantemáticas investigadas adequadamente	46
Indicador 48. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação	46
Indicador 49. Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	47
Indicador 50. Índice de alimentação regular das bases de dados nacionais obrigatórias SIA-SUS, SIH-SUS, CNES, SIAB.	47
<i>II - Planejamento e Programação</i>	48
Indicador 52. Proporção de estados com a PPI atualizada	48
<i>IV - Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria</i>	48
Indicador 53. Índice de contratualização de unidades conveniadas ao SUS no estado e nos municípios	48

<i>V – Participação e Controle Social</i>	49
Indicador 54. Proporção de estados e municípios com relatórios de gestão aprovados no CES e CMS.	49
INDICADORES RS	50
<i>Prioridade IV: Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, malária, influenza hepática, AIDS.</i>	50
<i>Objetivo: Realizar a vigilância do Aedes aegypti visando diminuir o risco de ocorrência de dengue</i>	50
Indicador RS 4. Número de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de Aedes aegypti em municípios infestados.	50
Indicador RS 5. Nº. de visitas em Armadilhas e Pontos Estratégicos realizadas em municípios não infestados pelo Aedes aegypti	51
<i>Prioridade VI: Fortalecimento da Atenção Básica</i>	51
<i>Objetivo VIII: Desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência contemplando, prioritariamente, as áreas programáticas e transversais.</i>	51
Indicador RS 6. Proporção de menores de três anos de idade acompanhados pelo Programa Primeira Infância Melhor - PIM.	51
Indicador RS 7. Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade	52
Indicador RS 8. Taxa de Internação por acidente vascular cerebral (AVC) de 30 a 59 anos.	53
Indicador RS 9. Taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC) na população de 60 anos ou mais.	53
Indicador RS 10. Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados	54
Indicador RS 11. Proporção de portadores de Diabetes Mellitus cadastrados	55
Indicador RS 12. Taxa de Internação por alcoolismo na população de 10 anos ou mais	55
<i>Prioridade VII: Saúde do Trabalhador</i>	56
<i>Objetivo: Implementar a vigilância dos agravos à saúde do trabalhador</i>	56
Indicador RS 13. Notificação de doenças e agravos à Saúde do Trabalhador em Unidades de Saúde	56
PACTO PELA SAÚDE: ANÁLISE DO DESEMPENHO ESTADUAL	57
3. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIO-FINANCEIRA	59
RECURSOS ESTADUAIS	59
RECURSOS FEDERAIS	62
4. SÍNTESE DAS PRINCIPAIS REALIZAÇÕES	65
O RS MANTÉM-SE ENTRE OS ESTADOS COM O MENOR COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL DO BRASIL	65
2008 SEM CASOS AUTÓCTONES DE DENGUE NO RS	65
PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS	66
CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL	67
QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA FORTALECIMENTO DA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA	67
IMPLEMENTAÇÃO DO MONITORAMENTO DE ÓBITOS NO RS	67
IMPLANTAÇÃO DE TESTE DE PATERNIDADE EM PARCERIA COM O TRIBUNAL DE JUSTIÇA	68
INAUGURADO HEMORGS REGIONAL DE SANTA MARIA	68
PROGRAMA ESTADUAL DE TELESSAÚDE / TELE ECG – CARDIOLOGIA	68
FEBRE AMARELA	69
LEISHMANIOSE VISCERAL	69
AUDITORIA ESTADUAL	69
MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	70
INVERNO GAÚCHO	72
VERÃO GAÚCHO	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74

INTRODUÇÃO

O Relatório de Gestão, além de compromisso legal, é um instrumento de acompanhamento e avaliação para reorientação das políticas de saúde, seus objetivos e metas, bem como das estratégias de ação propostas. Conforme compromisso assumido com o Conselho Estadual de Saúde, elaborou-se uma metodologia para a reformulação do instrumento, pela qual o Grupo de Trabalho - Monitoramento e Avaliação da Gestão em Saúde responsabilizou-se.

Assim, o Relatório de Gestão Estadual de Saúde do ano de 2008 será apresentado em quatro capítulos: 1) Acompanhamento dos Projetos Estruturantes; 2) Acompanhamento dos Indicadores do Pacto pela Saúde; 3) Acompanhamento da Execução Orçamentário-Financeira; 4) Síntese das Principais Realizações.

No primeiro capítulo, sobre o acompanhamento dos Projetos Estruturantes, são apresentados os indicadores do Programa Estruturante “Saúde Perto de Você”, projetos Prevenção da Violência e Saúde Mais Perto de Casa. Para tanto, identifica-se o programa, os projetos e seus objetivos para posterior avaliação a partir da descrição das ações/atividades realizadas. Foram especificados os resultados alcançados, acrescidos de recomendações visando à redefinição de estratégias de ação e prazos para o cumprimento dos objetivos e metas planejados.

O capítulo dois apresenta o acompanhamento do Pacto pela Saúde, realizado em 2008 pelo Estado e municípios, em seus componentes Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. Todos os indicadores são analisados com série histórica a partir de 2004, acrescentando a meta pactuada e o atingido no primeiro semestre e no total do ano.

O desempenho do Estado nos indicadores pactuados foi avaliado pelos setores responsáveis a partir das informações obtidas nos diferentes sistemas de informações existentes, com dados alimentados pelos municípios. Faz-se uma breve apresentação das principais ações realizadas, os avanços obtidos e as dificuldades enfrentadas, justificando o alcance ou não das metas pactuadas. Caso necessário, propostas de alterações e redefinição das estratégias de ação foram apresentadas. Classificou-se o grau de cumprimento das metas em quatro níveis, segundo os parâmetros preconizados pelo Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS. Cabe salientar que, na maioria dos indicadores analisados, o desempenho estadual reflete o conjunto de ações em saúde desenvolvidas por cada um dos 496 municípios existentes no Estado.

O terceiro capítulo – Acompanhamento da Execução Orçamentário-Financeira apresenta o relatório dos recursos financeiros próprios aplicados pelo Estado no setor saúde. Além disso, considera a aplicação dos recursos federais repassados pelo Ministério da Saúde e destaca a aplicação de recursos na assistência farmacêutica.

Por fim, o quarto capítulo apresenta uma síntese das principais realizações voltadas para a qualificação da política de saúde do estado. Complementa este relatório que foi idealizado no sentido de avaliar os esforços concretizados por esta gestão, de forma a abarcar as ações desenvolvidas e seus respectivos impactos na saúde da população.

O esforço realizado no sentido de melhor sistematizar e apresentar este instrumento de gestão aponta para a resolução de algumas das dificuldades anteriormente observadas. O objetivo desta reformulação foi aprimorar a apresentação dos dados para qualificar o controle social. Entretanto, apesar de verificarem-se avanços consideráveis, reconhece-se a necessidade de dar continuidade a esse processo, estabelecendo um permanente aprimoramento deste importante instrumento de gestão.

1. PROJETOS ESTRUTURANTES

Saúde Perto de Você

O programa Saúde Perto de Você, coordenado pela Secretaria da Saúde, visa garantir saúde à população através de estratégias que contribuam para a busca da integralidade na atenção e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, na perspectiva da organização de redes de assistência regionalizadas, com ênfase nas faixas mais vulneráveis, como a infância e a terceira idade. Além disso, traz como estratégia inovadora a prevenção da violência como eixo transversal às políticas. Destaca-se, ainda, a participação fundamental dos municípios como executores das políticas de saúde.

O Programa é constituído por dois projetos que desenvolvem ações multissetoriais, gerenciadas por outras secretarias. A seguir serão apresentados os projetos e ações sob responsabilidade da Secretaria da Saúde, bem como uma avaliação de desempenho, a partir dos resultados atingidos nos indicadores selecionados para monitoramento do projeto.

Projeto de Prevenção da Violência - PPV

O Projeto de Prevenção da Violência (PPV) propõe a articulação e integração de programas e ações de Prevenção da Violência, alinhando em sua metodologia um trabalho preventivo, intra e intersetorial, organizado de forma horizontal, com vistas à composição de uma rede social de serviços nos 50 municípios com os maiores índices de violência por causas externas (homicídios, suicídios e acidentes de trânsito).

Desenvolvido pelas Secretarias da Saúde, Cultura, Educação, Justiça e do Desenvolvimento Social, Ciência e Tecnologia, Turismo Esporte e Lazer, Administração e dos Recursos Humanos, Planejamento e Gestão, Segurança Pública, Fazenda, Casa Civil e Militar, sua atuação se dá através de parcerias com organizações governamentais e não-governamentais, integrantes do Comitê Estadual para a Prevenção da Violência, estabelecendo uma efetiva articulação com os Comitês Municipais, integrando ações de prevenção e promoção da vida a serem desenvolvidas junto às comunidades com maior vulnerabilidade social, a partir de um diagnóstico e plano de ação construído junto à comunidade local.

Os quadros a seguir apresentam, em números absolutos, a proporção de casos ocorridos nos 50 municípios em relação ao total do Estado (por município de residência e por município de ocorrência) especificados por homicídios, suicídios e acidentes de trânsito.

Mortalidade por homicídios, suicídios e acidentes de trânsito, por local de ocorrência, nos 50 municípios prioritários do PPV e no RS – 2007 e 2008.

INDICADOR DO PROJETO	2007			2008		
	RS	50 municípios PPV	% 50 mun /RS 2007	RS	50 municípios PPV	% 50 mun /RS 2008
Mortalidade por HOMICÍDIO nos 50 municípios prioritários	2.155	1.810	83,99%	2.342	1.973	84,24%
Mortalidade por SUICÍDIO nos 50 municípios prioritários	1.099	623	56,69%	1.154	658	57,02%
Mortalidade por ACIDENTE DE TRÂNSITO nos 50 municípios prioritários	1.919	1.344	70,04%	2.019	1.413	69,99%

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAS/SES-RS (dados brutos)
PPV/SES-RS

O Projeto tem como meta, até 2010, a redução de 20% da taxa de mortalidade por causas externas nos 50 municípios prioritários⁽¹⁾. Para 2008 foi fixada uma meta de 5% de redução, que não foi atingida, como pode-se constatar nos quadros a seguir.

Taxa de Mortalidade homicídios, suicídios e acidentes de trânsito, por local de ocorrência, nos 50 municípios prioritários do PPV – 2007 e 2008.

INDICADOR DO PROJETO	Unidade	2007	2008	Meta %	Realizado %
Taxa de mortalidade por HOMICÍDIO nos 50 municípios prioritários *	/100.000	26,30	28,10	Redução de 5%	Aumento de 6,84%
Taxa de mortalidade por SUICÍDIO nos 50 municípios prioritários *	/100.000	9,05	9,37	Redução de 5%	Aumento de 3,54%
Taxa de mortalidade por ACIDENTE DE TRÂNSITO nos 50 municípios prioritários *	/100.000	19,53	20,13	Redução de 5%	Aumento de 3,07%

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAS/SES-RS (dados brutos)

Em 2008, 13 municípios⁽²⁾ aderiram ao PPV, além dos 05⁽³⁾ que já haviam aderido no ano de 2007, totalizando 18 municípios com o projeto implantado. Entende-se, portanto, que a avaliação dos dados fica comprometida, uma vez que o Projeto só estará implementado na totalidade dos 50 municípios prioritários no ano de 2010.

Ação: Primeira Infância Melhor – PIM - nos 50 municípios prioritários do PPV

Enquanto programa social de ação educativa, o PIM atua no PPV, de forma significativa, no que a literatura denomina de violência estrutural junto às famílias. Nas visitas domiciliares, o visitador do PIM desenvolve ações previamente planejadas de acordo com a faixa etária e a fase do desenvolvimento das crianças, valorizando a cultura e a experiência dessas famílias nos cuidados com a primeira infância. Ao mesmo tempo, busca despertar a consciência dos pais/cuidadores sobre o seu papel de educadores e de “ativistas da não - violência” fortalecendo principalmente os vínculos afetivos familiares.

Contudo, apenas a atenção psicossocial à família não é suficiente para se romper o ciclo da violência. Faz-se necessária a implementação de políticas públicas de ações integradas que contemplem a geração de emprego e renda e que garantam a eficácia da recuperação de uma dinâmica familiar saudável. É nesse agir comprometido que a saúde vai estar inserida no contexto das relações entre violência, pobreza e exclusão social, sem ficar na simples medicalização, integrando-se com outros setores no conjunto das determinações do quadro de violência apresentado. Desta forma, o Primeira Infância Melhor, ao integrar o PPV, pretende melhor qualificar suas ações junto às redes de serviços dos municípios que aderiram ao Programa, capacitando os envolvidos, ampliando, dessa forma, as ações preventivas contra a violência e favorecendo o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Dos 50 municípios prioritários do PPV, 30 têm o PIM implantado. Entretanto, o PPV possui seu foco de ação na área ou bairro considerado de maior violência. Destes 30 municípios com PIM,

¹ **50 Municípios:** Alegrete, Alvorada, Bagé, Bento Gonçalves, Cachoeira do Sul, Cachoeirinha, Camaquã, Candelária, Canguçu, Canoas, Carazinho, Caxias do Sul, Cruz Alta, Eldorado do Sul, Erechim, Esteio, Estrela, Farroupilha, Gravataí, Guaíba, Ijuí, Lajeado, Montenegro, Novo Hamburgo, Parobé, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Rosário do Sul, Sant’Ana do Livramento, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santa Rosa, Santiago, Santo Ângelo, São Borja, São Gabriel, São Leopoldo, São Lourenço do Sul, São Luiz Gonzaga, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Soledade, Taquara, Torres, Uruguaiana, Vacaria, Venâncio Aires e Viamão.

² **13 Municípios:** Camaquã, Canoas, Carazinho, Caxias do Sul, Montenegro, Porto Alegre, Rio Grande, Sant’Ana do Livramento, Santiago, Santo Ângelo, São Luiz Gonzaga, Taquara e Torres.

³ **05 Municípios:** Alvorada, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas e Santa Cruz do Sul.

somente 5 concluíram a etapa de diagnóstico situacional e definição da área a ser atendida, com 130 visitantes atuantes até dezembro de 2008. A seguir quadro demonstrativo:

Município	Nº. Visitadores	Nº. Famílias	Área definida pelo PPV
Alvorada	25	625	Bairro Umbu
Canoas	38	950	Bairro Matias Velho
Novo Hamburgo	20	500	Bairro Canudos
Pelotas	38	950	Bairro Fragata
Santa Cruz do Sul	10	250	Bairro Santa Terezinha

Fonte: PIM/SES-RS

O PIM tinha como meta para 2008 a implantação em 3 áreas PPV, finalizando o ano com 5. Os demais 25 municípios, abaixo relacionados, não finalizaram a etapa de escolha e diagnóstico da área para ação do Programa PPV, até dezembro de 2008, mas já possuem o PIM implantado. São eles: Esteio, Porto Alegre, Sapiranga, Montenegro, Taquara, Rio Grande, São Lourenço do Sul, Santiago, Bento Gonçalves, Vacaria, Caxias do Sul, Carazinho, Soledade, Bagé, Cachoeira do Sul, Alegrete, Cruz Alta, Santana do Livramento, São Borja, São Gabriel, Uruguaiana, São Luiz Gonzaga, Santo Ângelo, Santa Rosa, Torres, estão providenciando a implantação em áreas com maior índice de violência.

Ação: Saúde da Família na Prevenção da Violência

O Estado do RS vem repassando incentivo adicional de R\$2000,00/mês, além do incentivo normal das Equipes de SF, para as Equipes de Saúde da Família que aderiram ao PPV, com a finalidade de que essas equipes possam investir e realizar ações qualificadas de prevenção da violência. A meta para 2008 era chegar a 30 Equipes recebendo esse incentivo, o que conseguimos atingir com sucesso. Por outro lado, ainda é necessário implementar ações de capacitação e acompanhamento a esses municípios, sendo que para isso é fundamental a ampliação da Equipe Técnica na Estratégia de Saúde da Família/SES e no PPV.

Indicador	Unidade de medida	Situação De: 2007	Meta 2008	Atingido 2008
Famílias atendidas Equipes de Saúde da Família aderidas ao PPV a partir de 01/08/2008	Nº.	0	30	30

Como demonstra o quadro, a meta para 2008 foi atingida com sucesso. Esses dados evidenciam que a sensibilização da ESF/RS junto aos municípios aderidos ao PPV teve um impacto positivo. Todas as equipes ESF/PPV, além da capacitação usual, estão sendo capacitadas quanto à prevenção da violência e tratamento para adição ao Crack (Cocaína Fumada).

Ação: Implantação da Prevenção da Violência nos municípios / Rede de Prevenção da Violência

A implantação da Prevenção da Violência nos municípios tem por objetivo atender as etapas necessárias à correta estruturação do Projeto de Prevenção da Violência. As etapas a serem seguidas pela Coordenação do Projeto, junto ao consultor de cada município são:

1. Contato com os gestores municipais, através de uma apresentação, com o objetivo de adesão formal ao Projeto. A adesão do município é considerada como o início da implantação do Projeto;

2. Formação do GTGM (Grupo Técnico Gestor Municipal), composto por representantes das Secretarias Municipais que estejam à frente das ações de Prevenção da Violência no município (integrantes das Secretarias de Educação, Saúde, Cultura, Assistência Social e Segurança);

3. Formação do Comitê Municipal, composto pelo GTGM e por representantes das organizações não-governamentais existentes no município;

4. A capacitação tem por objetivo abordar a temática da Violência junto à rede de serviços do município e orientar os gestores com relação à elaboração do diagnóstico situacional e plano de ação;

5. Após a etapa de capacitação, é elaborado pelo gestor, com o auxílio do consultor, um diagnóstico situacional do município;

6. Tendo como referência o diagnóstico situacional do município, que serve como marco inicial para articulação de estratégias junto às comunidades vulneráveis, é elaborado o plano de ação, que será monitorado e avaliado constantemente pelo consultor e pela Coordenação do Projeto.

Indicador*	Situação Inicial	Meta Acumulada 2008	Realizado 2008	Atingido Acumulado 2008
Municípios com adesão e implantação realizada	05	23	13	18
Grupo Técnico Gestor Municipal formado	05	18	10	15
Comitê Municipal formado	05	18	08	13
Municípios capacitados	05	18	16	21
Diagnóstico Situacional dos Municípios	05	11	06	11
Plano de Ação dos Municípios	00	05	05	05
Municípios acompanhados	05	23	13	18

Fonte: Projeto de Prevenção da Violência - PPV/ SES-RS; ASSTEPLAN/ SES-RS; Secretaria de Planejamento e Gestão – SEPLAG-RS.

Em 2008, em função do período de eleições municipais, os gestores não apresentaram interesse em conhecer o Projeto, o que inviabilizou que as metas acumuladas dos seguintes indicadores fossem atingidas:

a) Municípios com adesão e implantação realizada: adesão e implantação em 13 (treze) Municípios, faltando 05 (cinco) Municípios, portanto, para atingir a meta acumulada.

b) Grupo Técnico Gestor Municipal formado: formação do GTGM (Grupo Técnico Gestor Municipal) em 10 (dez) Municípios, faltando, portanto, a formação do GTGM em 03 (três) Municípios, para que a meta acumulada fosse atingida.

c) Comitê Municipal formado: formação do Comitê Municipal em 08 (oito) Municípios, faltando, portanto, a formação do Comitê Municipal em 05 (cinco) Municípios, para que a meta acumulada fosse atingida.

d) Municípios capacitados: 16 (dezesesseis) Municípios foram capacitados, faltando, portanto, 02 (dois) municípios para que a meta de 18 (dezoito) Municípios fosse atingida. Contudo, cabe esclarecer que as capacitações foram realizadas em 02 (dois) módulos: diagnóstico situacional e plano de ação e capacitação de rede. O primeiro módulo ocorreu nos 05 (cinco) Municípios-piloto e o segundo módulo ocorreu nesses e em mais 11(once) Municípios.

e) Municípios acompanhados: foram acompanhados 18 (dezoito) Municípios em 2008, incluindo os 5 (cinco) que aderiram em 2007. Cumpre esclarecer que este indicador está relacionado diretamente ao número de adesões. Considerando que em 2008 apenas 13 (treze) Municípios aderiram ao Projeto e os 05 (cinco) Municípios que aderiram em 2007 continuaram sendo acompanhados, se obteve o total de 18 (dezoito) Municípios acompanhados. A meta de 23 (vinte e três) Municípios, portanto, não foi atingida.

Com relação à elaboração do diagnóstico situacional, que ocorreu em seis Municípios, a meta proposta foi atingida. Por fim, o plano de ação foi elaborado e concluído nos cinco Municípios – piloto, que aderiram em 2007. Salienta-se que, para essa etapa ser atingida, é necessário que se concluam as anteriores, sendo estas: adesão, formação do GTGM, formação do Comitê Municipal, capacitação e elaboração do diagnóstico situacional.

Comentários finais

A meta proposta para o Projeto é de que esteja implementado, integralmente, em um universo de 50 municípios, no ano de 2010. Os fatores que dificultaram o alcance da meta de redução de 5% da mortalidade por causas externas em 2008 foram a variação relevante do número de municípios que aderem ao Projeto a cada ano, bem como o ritmo de cada um no processo de implantação e implementação das ações.

Saúde Mais Perto de Casa

Este projeto visa implantar políticas de saúde em parceria com os municípios, de modo a facilitar o acesso a serviços assistenciais resolutivos e de qualidade.

Ação: Regionalização da Saúde

É diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS: organizar rede de serviços de saúde de forma hierarquizada, oferecendo acesso em toda complexidade, o mais próximo do cidadão. Neste sentido, se faz necessário descentralizar ações e serviços direcionados à criança, ao adulto e ao idoso, através de estratégias como a Saúde da Família.

A regionalização da saúde tem como objetivo 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.

A SES/RS implementa este Projeto em conformidade com as portarias do Ministério da Saúde, que estabelecem as diretrizes para as habilitações das redes de assistência à saúde e o Plano Diretor de Regionalização Estadual, pactuando na Comissão Intergestores Bipartite/RS a constituição das Redes Assistenciais de Saúde no Estado.

A meta do Projeto é alcançar, no mínimo, a habilitação de oito Redes Assistenciais de Média Complexidade e três Redes de Alta Complexidade, localizadas em cada uma das 19 Regionais de Saúde do Estado, até o ano de 2010.

As redes especializadas estão constituídas por 14 unidades de Cardiologia, 27 de Oncologia, 19 de Neurocirurgia, 48 APAES (Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Mental) e 04 unidades de Cirurgia Bariátrica para a assistência ao paciente portador de obesidade grave.

Foram cadastrados 94 novos leitos de UTIs, sendo 28 neonatais, 10 intermediários (neonatal), 14 pediátricos e 42 adultos, localizados em Três Passos, Passo Fundo, Canoas, Viamão e Gramado. Mais 55 leitos de UTI, estão sendo financiados com recursos estaduais, nas Regiões Metropolitana e Missioneira, para situações de emergência tais como Dengue, Gripe Aviária, Inverno, entre outras.

No atendimento pré-hospitalar da urgência/emergência o Programa SALVAR/SAMU está sendo ampliado inicialmente nas Regiões dos Litorais Norte e Sul, Missioneira, Serra e Vales. A população coberta por esta expansão é de aproximadamente 6,5 milhões de habitantes.

Foi implantada a Central de Regulação Estadual, com funcionamento 24 horas, visando regular inicialmente o acesso aos leitos de UTI neonatal, pediátrica e adulto, como estratégia de redução da mortalidade materno-infantil e de organização do acesso às referências regionais em todo o Estado.

Outra ação do Projeto Saúde Mais Perto de Casa é o Apoio aos Hospitais Vinculados ao SUS, através de incentivos financeiros, pagos com recursos do Tesouro Estadual. O objetivo desta ação é integrar os hospitais às Redes Regionalizadas de Saúde e impulsionar a adesão às ações prioritárias da política estadual de saúde, ampliando o acesso assistencial cada vez mais perto da casa dos cidadãos. O valor total repassado aos hospitais em 2008 foi de R\$ 28 milhões.

Os hospitais recebem um incentivo financeiro denominado Incentivo Básico, para prestação de serviços de média e alta complexidade, mediante assinatura de contrato ou compromisso de contratualizar ou regularizar a situação contratual com o gestor estadual ou municipal do SUS. Além do Incentivo Básico os hospitais poderão aderir aos Incentivos Específicos de políticas prioritárias de saúde como: Incentivo aos hospitais de pequeno porte, Incentivo às internações em hospitais gerais com leitos psiquiátricos e leitos clínicos para álcool e outras drogas, Incentivo às unidades de referência à gestação de alto risco, mãe canguru e casa da gestante, Incentivo ao atendimento de média

complexidade em traumatologia-ortopedia e outras cirurgias eletivas, Hospitais pólo do SAMU/SALVAR e Incentivo à eficiência das comissões intra-hospitalares de captação de órgãos para transplante.

Os indicadores de acompanhamento das metas do Projeto Saúde Mais Perto de Casa são o número de unidades especializadas das Redes Assistenciais, habilitadas pelo Ministério da Saúde e o número de hospitais habilitados pelo Estado para o recebimento de Incentivos financeiros do Tesouro Estadual, conforme mostra o quadro:

Indicador	Unidade de medida	Situação Inicial	Meta	Realizado 2008	Atingido 2008
Unidades Especializadas nas 19 regiões de saúde	Nº.	563	119	159	722
Hospitais beneficiados com incentivo financeiro	Nº.	0	250	293	293

Fonte: DAHA/SES-RS, maio 2009.

Para o ano de 2008 as metas dos indicadores eram 119 unidades especializadas habilitadas e 250 hospitais incluídos na ação de apoio aos hospitais. Estas metas foram superadas nas duas ações.

Na ação de Regionalização da Saúde foram habilitadas 52 unidades de alta complexidade, destacando-se a Rede de neurocirurgia com 19 unidades e a Rede de Atenção à Gestante de Alto Risco com 29 unidades.

Na média complexidade foram habilitadas 106 unidades, destacando-se a Rede de Reabilitação com 20 unidades para Atenção à Deficiência Mental e Autismo e a Rede de Atenção à Saúde Mental com adesão de 76 hospitais aos Incentivos Específicos para criação de leitos para internação psiquiátrica e tratamento em álcool e outras drogas.

Na ação de Apoio aos Hospitais Vinculados ao SUS foram habilitados 293 hospitais para recebimento de Incentivo Básico. Além do Incentivo Básico, 159 destes hospitais foram habilitados também para recebimento de Incentivos Específicos, assim distribuídos: 76 hospitais com leitos clínicos para álcool e outras drogas e/ou leitos psiquiátricos, 60 hospitais com leitos para gestação de alto risco (incluindo casa da gestante e mãe canguru), 21 hospitais para cirurgias de traumatologia-ortopedia de média complexidade e 16 hospitais pólo para atendimento das urgências e emergências encaminhadas pelo SAMU/SALVAR.

Importante ressaltar que o Incentivo às internações em álcool e outras drogas e internações em leitos psiquiátricos em hospitais gerais resultou, em 2008, na criação de 548 leitos clínicos para álcool e outras drogas e ampliação de 130 leitos psiquiátricos, somados aos já existentes no Estado. A ampliação do atendimento em saúde mental em hospitais gerais fez com que o Rio Grande do Sul alcançasse a marca de Estado da Federação com maior número de leitos de saúde mental em relação ao número de habitantes, bem como o único Estado que possui este tipo de incentivo financeiro, bancado pelos cofres Estaduais.

Ação: Estratégia de Saúde da Família

A ESF participa com “Ações de Saúde” dentro do eixo de Desenvolvimento Social dos Programas Estruturantes do Governo. Dada sua amplitude, a ESF colabora nos dois projetos do Programa Estruturante Saúde Perto de Você (SES/RS): 1) no “Projeto Prevenção da Violência (PPV)” (ASSTEPLAN/SES/RS), desempenhando ações de promoção, prevenção e assistência à violência às famílias nos locais de maior vulnerabilidade; e 2) no “Projeto Saúde Mais Perto de Casa” (DAS/SES/RS), configurando-se no eixo estruturante da Atenção Básica (AB) ao oferecer acesso o mais próximo do cidadão e sua residência, descentralizando ações e serviços direcionados à criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso (Secretaria da Saúde/RS, 2009). Neste último projeto, a principal meta da ESF é ampliar o atendimento em saúde dos 38% atuais (ESFs em real atividade em janeiro/2009) (ESF/DAS/SES/RS) para 60% de cobertura da população gaúcha.

A Estratégia de Saúde da Família, como o próprio nome diz, é uma estratégia de saúde com foco centrado no atendimento às demandas da família, através da busca pró-ativa da população em seu local de residência, entre outros dispositivos. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações em territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (SF/DAB/SAS/MS, 2004).

O quadro abaixo apresenta uma análise da situação de cobertura da população da ESF no Estado:

Indicador	Unidade de Medida	Situação Inicial ³ (Dez 2007)	Meta 2008	Atingido 2008
População ¹ coberta pela Estratégia de Saúde da Família (Equipes Credenciadas/Habilitadas MS) ⁴	%	38%	42%	43%
População ¹ coberta pela Estratégia de Saúde da Família (Equipes em atividade pelo SIAB) ⁴	%	36%	--	38%
Equipes Habilitadas ²	Nº.	1181	1285	1311
Municípios Habilitados ao PSF	Nº.	405	411	420
Profissionais Capacitados	Nº.	3202	640	778

Fonte: ESF/SES-RS

1. Para os cálculos foi usada a população do RS pelo IBGE 2007.
2. Fonte: MS.
3. Para fins de melhor realizar a comparação com o ano de 2008, foram utilizados os dados do ano de 2007.
4. Fórmula de cálculo de cobertura utilizada pelo MS=

$$\frac{\text{Nº. Equipes} \times 3450}{\text{População}} \times 100$$

O Estado do RS vem investindo fortemente na ampliação das equipes da Estratégia Saúde da Família, através de sensibilização de gestores, capacitação sobre as Normas e Diretrizes da ESF, divulgação da ESF, principalmente na 1ª Mostra Gaúcha de Produção em Saúde da Família, que contou com a presença de mais de 1900 pessoas, entre profissionais da saúde e gestores municipais. A cobertura atual da população gaúcha com equipes em atividade é de 38% (SIAB) e um índice de cobertura de 43% se refere às equipes habilitadas (MS), proporcionando assistência à aproximadamente 4.500.000* de pessoas (*dados retirados do SIAB).

Como pôde-se observar na planilha acima, ultrapassou-se a meta de cobertura populacional da ESF para o ano de 2008 que era de 42% (1285 ESF), pois chegou-se ao final de 2008 com 1311 ESF habilitadas. Da mesma forma, ultrapassou-se a meta de novos municípios habilitados à ESF, alcançando em dezembro de 2008, mais 15 novos municípios com a ESF.

Outro aspecto que vem fortalecendo os municípios na adesão e ampliação da Estratégia de Saúde da Família no Estado é o repasse (em dia) dos Incentivos Estaduais referentes à ESF.

O quadro abaixo mostra os valores de repasse financeiro estadual mensal por equipe em 2008:

Tipo de Equipe*	Valor/Mês do Incentivo Financeiro Estadual (R\$)
ESF	2.000,00
ESB	500,00
ESFI	4.000,00
ESBI	500,00
ESF/PPV	4.000,00
ACS	415,00/ano

Fonte: ESF/SES-RS

* **Legenda:** ESF: Saúde da Família; ESB: Saúde Bucal; ESFI: Saúde da Família Indígena; ESBI: Saúde Bucal Indígena; ESF/PPV: Saúde da Família do Programa de Prevenção da Violência; ACS: Agentes Comunitários de Saúde

O quadro a seguir apresenta os valores de repasse financeiro da ESF/DAS/SES/RS em 2008:

Ano	Repasse financeiro	Valores (R\$)
2008	Incentivo às Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal, Saúde da Família Indígena e Saúde Bucal Indígena.	32.890.500,00
2008	Incentivo às Equipes de Saúde da Família do Programa de Prevenção da Violência.	552.000,00
2008	14º salário dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Comunitários de Saúde Indígena.	3.263.805,00
2008	Regularização de parcelas do ano de 2006	

Fonte: ESF/SES-RS

Outra ação estratégica que o Estado vem trabalhando, diz respeito à qualificação das Equipes de Saúde da Família. No ano de 2008, foram realizados 07 cursos introdutórios às Equipes de Saúde da Família, envolvendo aproximadamente 400 profissionais de diversas regiões do RS.

Mesmo alcançando as metas previstas para 2008, vale ressaltar que com relação às capacitações, houve dificuldades importantes no processo licitatório, trazendo consequências importantes como a perda de prazos para a execução das capacitações. Com isto, realizou-se uma parceria com a seção da DST/ AIDS a fim de viabilizar recursos e atingir a meta de cursos introdutórios anteriormente proposta.

Da mesma forma, as metas de implantação e expansão da ESF foram cumpridas em 2008, porém foi preciso implementar ações de supervisões as ESF, bem como de sensibilização aos gestores, a fim de garantir a continuidade do processo de ampliação, com qualidade, da ESF no Estado. Para viabilização desta proposta, demonstra-se imprescindível a contratação de novos técnicos (RH) para a Coordenação Estadual da Estratégia de Saúde da Família, como também para as Coordenadorias Regionais.

Ação: Primeira Infância Melhor – PIM

O Primeira Infância Melhor - PIM, implantado em abril de 2003 constitui uma política pública, pioneira no Estado do Rio Grande do Sul, tornada Lei Estadual nº. 12.544, em 03 de julho de 2006. Sob a coordenação da Secretaria da Saúde, constitui-se como ação transversal de grande relevância nos Programas Estruturantes do Governo, como o Saúde Perto de Você/Nossas Cidades e Emancipar fazendo a interface direta com os projetos Saúde Mais Perto de Casa, Programa de Prevenção da Violência e Proteção Social. Atua na promoção e no desenvolvimento da primeira infância, nos aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais. Tem como objetivo orientar as famílias, através de sua cultura e experiência, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças da gestação aos 6 anos. Os eixos estruturantes do PIM são: a família, a intersetorialidade e a comunidade. Como modelo inovador de gestão, a intersetorialidade se constitui na formação de redes de saberes e de serviços, através de ações articuladas entre as quatro Secretarias de Estado da *Saúde, Educação, Justiça e Desenvolvimento Social e Cultura*, e parcerias com a sociedade civil, especialmente na constituição dos Comitês Estadual e Municipais de Desenvolvimento Integral da Primeira Infância. O PIM é executado pelas prefeituras municipais, através de termo de adesão firmado entre o Secretário do Estado da Saúde e o Prefeito Municipal. Orienta sistematicamente gestantes, pais ou cuidadores, em especial aqueles cuja renda per capita é de meio salário mínimo, 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. A metodologia do Programa dá ênfase à promoção de ganhos da criança e da família, através de Modalidades de Atenção *Individual* (de zero a três anos), atendimento domiciliar e *Grupal* (de 3 a 6 anos de idade). O cálculo utilizado pelo Programa obedece a proporcionalidade de 1 (um) visitador para cada 25 (vinte e cinco) famílias atendidas.

O quadro abaixo apresenta os indicadores selecionados para acompanhamento e monitoramento da ação:

Indicador	Situação Dezembro/ 2007	Meta Dezembro/ 2008	Situação Dezembro/ 2008	% Crescimento
Famílias atendidas	36.500	43.125	43.275	18,56
Visitadores	1.460	1.725	1.731	18,56
Crianças beneficiadas	54.750	64.688	64.913	18,56
Gestantes Atendidas	4.380	5.175	5.193	18,56
Municípios com PIM implantado	214	217	219	2,8

Fonte: PIM/SES-RS

O Programa Primeira Infância Melhor, por sua característica diferenciada de estrutura, com metodologia específica, que inclui atividades junto às famílias, além da sistemática de acompanhamento e avaliação, utiliza-se de recursos igualmente diferenciados para justificar a agregação de outros indicadores, além dos elencados neste RG. A realização de capacitações, promoção e participação em eventos, por exemplo, são fundamentais para qualificação e reconhecimento do Programa enquanto política pública, assim como a capacitação do Grupo Técnico Estadual e a elaboração e produção de material teórico-metodológico de apoio e de divulgação. Neste RG, foram apresentados apenas os eventos mais significativos, que ilustram a importância e o reconhecimento que o PIM tem em nível nacional e internacional.

As equipes técnicas do PIM concentraram esforços no sentido de contemplar as metas de acompanhamento e avaliação, capacitando, assessorando e ajustando ações, conforme necessidades constatadas. O resultado destes é o que se pode demonstrar através dos números dos indicadores ora divulgados.

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 organizados e executados três encontros para capacitações por Coordenadoria Regional de Saúde, nas modalidades, Iniciais e Continuadas Regionais, totalizando 59 Capacitações em 2008. Dentre as Iniciais houve a capacitação de 15 municípios, tais capacitações aconteceram por início ou reinício do Programa ou por saída/ entrada de técnicos em municípios anteriormente capacitados. Das Continuadas, um total de 201 municípios das 19 CRS em que o PIM está implantado, receberam capacitação Continuada. Em 2008, o GTE também recebeu três capacitações pontuais: sobre *Linguagem e Ludicidade, e Inclusão em Políticas Públicas*.

Na edição *Coordinators' Notebook*, publicada no início de 2008 com o tema "A global call to action for early childhood" (Um chamado global para ação na primeira infância), destaca-se um artigo sobre o Programa Primeira Infância Melhor, retratando seus objetivos, metodologia e as mudanças que proporciona às crianças, famílias e à comunidade em geral. O Grupo Consultivo no Cuidado e Desenvolvimento da Primeira Infância (CGECCD), responsável pela publicação, é um grupo inter-agencial com fortes ligações às redes regionais e um registro de advocacy com geração e disseminação do conhecimento em um nível internacional.

No primeiro semestre de 2008 foi iniciada a distribuição da Publicação da UNESCO/PIM/RS "Primeira Infância Melhor – uma inovação em política pública", a todos os municípios do Estado do RS e para representações estaduais no Brasil. O livro registra a experiência do PIM e sua trajetória de programa pioneiro, descrevendo seus pressupostos teóricos, eixos estruturantes e modalidades de atendimento, visando à disseminação desta prática no Brasil, enquanto política pública exitosa para os primeiros anos de vida.

A BBC de Londres, em parceria com o Grupo Consultivo sobre Cuidado e Desenvolvimento na Primeira Infância, lançou em julho de 2008 a série de televisão "Quatro Pilares para garantir uma base sólida para crianças de 0 a 8 anos" (BBC CornerStones Series). No primeiro programa "Comece pelo começo: os primeiros passos (da gestação aos 3 anos)", a série apresentou a experiência bem sucedida do Programa Primeira Infância Melhor (PIM). A rede de TV BBC de Londres, produziu um vídeo sobre a prática do PIM, apresentado em uma série, cujo enfoque foi divulgar experiências positivas e significativas na promoção da primeira infância como um diferencial para o futuro. A experiência do

PIM, retratada pela televisão inglesa, destacou o Rio Grande do Sul e o Brasil como exemplo de país e estado que investem em políticas públicas voltadas à primeira infância.

Da mesma forma, houve a participação do PIM no VIII Encuentro Internacional de Educacion Inicial y Preescolar, ocorrido em Havana - Cuba, de 08 a 11 de julho, promovido pelo CELEP. Esteve presente na mesa redonda *Experiências Educativas Latinoamericanas*, relatando a experiência exitosa do Programa Primeira Infância Melhor.

O PIM, enquanto política pública, assumindo uma postura de coerência e inclusão através de sua prática metodológica, incluiu, por sua vez, a determinação de reconhecimento e revitalização das diversas culturas que fazem parte do povo gaúcho. As comunidades indígenas e quilombolas constituem exemplos deste desafio assumido pelo Programa. Para tanto, uma série de ações justificaram tal decisão. Dentre as atividades, no dia 08 de agosto foi realizado o IV Seminário Estadual de Educação, para um público de 300 pessoas, entre professores e técnicos, com divulgação do PIM na Diversidade sobre o tema: *O Negro e a Cultura Gaúcha*.

O PIM faz parte também do Programa Estruturante Emancipar, coordenado pela Secretaria de Justiça e Desenvolvimento Social. Programa de combate à pobreza que busca criar condições para o cidadão se tornar independente. A 1ª etapa de implantação do Programa contou com 50 áreas de 50 municípios do Estado. O PIM realiza interface através do atendimento às famílias atendidas. Em 2008 o PIM já estava implantado em 21 das 50 áreas definidas pelo Emancipar, com 65 Visitadores, significando o atendimento de 1.625 famílias e 2.437 crianças.

Os Guias de Orientação do PIM, que fazem parte dos recursos técnicos para execução das atividades junto às famílias, realizadas pelos Visitadores foram distribuídos nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, em 2008: 1.037 Guias da Gestante; 4.534 Guias da Família; 126 Guias do GTM, Monitor e Visitador e 375 Guias da Gestante para o Visitador, conforme cadastro no Banco de Dados. Foram distribuídos, no total, 6.072 Guias.

O Boletim Informativo, outro meio de disseminação das atividades do PIM, neste ano, teve uma edição por semestre: julho e dezembro.

O Site do PIM, cujo objetivo é divulgar as notícias do Programa junto aos municípios que o desenvolvem, durante todo o ano manteve seu propósito, registrando ações, como: experiência do PIM é retratada por TV inglesa; implantação do PIM no Estado do Espírito Santo e Técnicos do PIM capacitando voluntários para contação de histórias. Além disso, o Site contém todos os dados informativos sobre o Programa, e registros dos conteúdos das palestras mais importantes dos cientistas e estudiosos da primeira infância que estiveram presentes nos Seminários Internacionais do PIM, realizados a cada ano.

Esta é uma mostra das inúmeras atividades, eventos, encontros e capacitação nas quais o Programa esteve envolvido no ano de 2008 e vem demonstrar a maneira como vem se expandindo no seu território e fora dele.

Cabe ressaltar que os primeiros meses de 2008, constituíram-se período atípico para a implementação das ações do Programa Primeira Infância Melhor. Os municípios, em função das eleições municipais ocorridas em novembro, em sua maioria, contiveram as ações do Programa, diminuindo seus investimentos em relação ao número de Visitadores e, conseqüentemente, no número de famílias atendidas. Nos meses subseqüentes, gradativamente, as atividades puderam ser devidamente retomadas, em sua quase totalidade.

O PIM teve uma ação satisfatória no que se refere ao alcance de metas e crescimento no número de atendimentos às famílias em situação de vulnerabilidade social. Esse crescimento ocorreu em razão do bom desempenho e do esforço concentrado na forma de organização do acompanhamento técnico e do compromisso na regularização do incentivo financeiro do PIM aos Municípios. Outro momento importante foi o reajuste de 25% no incentivo. O repasse mensal, que era de R\$ 400,00, calculado pelo número de Visitadores, passou a ser de R\$ 500,00 a partir do mês de junho, através da Portaria 206/2008.

O total de recursos financeiros alocados para repasse aos municípios, como incentivo para o desenvolvimento do Programa, foi de R\$ 8.483.400,00 (oito milhões, quatrocentos e oitenta e três mil, quatrocentos reais). Estes valores foram repassados em dia ao Fundo Municipal de Saúde dos municípios, o que constituiu significativo impulso em termos de novas adesões e ampliações. Tais recursos são aplicados exclusivamente em custeio das ações do PIM. O Termo de Adesão do PIM deixa claro as respectivas responsabilidades, tanto do Estado quanto dos municípios.

Pode-se considerar que o Programa Primeira Infância Melhor, em 2008, teve um impulso bastante positivo em termos da qualificação de suas ações e no alcance e superação das metas propostas.

Comentários finais

O PIM por ser uma ação vinculada aos Programas Estruturantes é acompanhado mensalmente através de vários Sistemas de Monitoramento do Estado. O plano de metas para 2010 visa o atendimento a 100 mil crianças gaúchas. Isso significa atender a uma parcela importante da população infantil, que se encontra em situação de vulnerabilidade e sem atendimento em escolas de educação infantil.

O quadro a seguir apresenta o quadro de metas para 2009 e 2010:

Indicador	Situação Dezembro/2008	Meta Dezembro de 2009	Meta Dezembro de 2010
Famílias atendidas	43.275	58.450	66.650
Visitadores	1.731	2.338	2.666
Crianças beneficiadas	64.913	87.678	100.000
Gestantes Atendidas	5.193	7.014	7.998
Municípios com PIM implantado	219	249	265

Fonte: ESF/SES-RS

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 visitadores e implantação em novos municípios priorizando: áreas com alto coeficiente de mortalidade infantil; com altos índices de Violência (áreas PPV); com menor índice de desenvolvimento humano, através do Emancipar.
- Fortalecimento do Banco de Dados do Programa por meio da alimentação sistemática realizada pelos municípios que desenvolvem o PIM.
- Equipar os visitadores e monitores com ferramentas e recursos técnicos para otimização das atividades desenvolvidas junto às famílias como, por exemplo: nova tiragem de guias de orientação, publicação de livro e CD contendo exemplos de atividades lúdicas através da leitura e música, bicicletas para deslocamento em áreas rurais ou de difícil acesso, uniformes (bolsas, bonés e camisetas) para melhor identificação nas comunidades, 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, 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 apóia e fortalece as famílias, orientando-as, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento das capacidades e potencialidades *cognitivas, afetivas, motoras e sócio-emocionais* da criança, da gestação aos seis anos de idade.

PROJETOS ESTRUTURANTES: ANÁLISE DE DESEMPENHO

O Programa Estruturante “Saúde Perto de Você”, coordenado pela Secretaria da Saúde, iniciado em 2008, como política transversal do governo do Estado, encontra-se em fase de implantação dos seus dois principais projetos: Prevenção da Violência (PPV) e Saúde Mais Perto de Casa.

Nos indicadores apresentados até o momento, observa-se que a análise do desempenho dos projetos Estruturantes é monitorada a partir da cobertura dos programas nos municípios. Uma vez que estes são projetos de longo prazo e encontram-se em fase inicial e em diferentes etapas de implantação, ainda não é possível fazer uma avaliação de impacto. Por esta razão, a meta de redução de 20% do índice de mortalidade por causas externas até 2010 parece ousada e poderia ser reavaliada para os próximos anos. Especificamente no PPV, alguns fatores dificultaram o processo de alcance das metas, como a variação relevante do número de municípios com adesão ao Projeto.

No que se refere ao projeto Saúde Mais Perto de Casa, as metas das ações da regionalização da saúde foram atingidas conforme era previsto. Nas 19 CRS foram habilitadas unidades de média e alta complexidade em diversas especialidades, ao lado de incentivos financeiros específicos, destacando-se os voltados para a Saúde Mental. Da mesma forma, esta ação alcançou a meta de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, em 1.311 equipes habilitadas (43%).

No PIM, as metas de cobertura de acompanhamento de famílias, crianças e gestantes foram atingidas. No entanto, se observou a necessidade de aumentar o número de visitantes em áreas com alto coeficiente de mortalidade infantil, altos índices de Violência (áreas PPV) e com menor índice de desenvolvimento humano. Os desafios, nesta etapa do projeto, também se centram em criar mecanismos para analisar a efetividade do Programa no desenvolvimento das crianças participantes do PIM.

Como perspectiva para a continuidade dos Projetos, algumas alternativas de avaliação poderiam ser viabilizadas para se obter uma análise de impacto mais real do processo de execução das diferentes ações dos programas. Com isto, se realizaria um processo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações, corrigindo rumos e reprogramando as ações.

2. PACTO PELA SAÚDE

O Pacto pela Saúde contempla o compromisso firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa: respeita as diferenças loco-regionais; agrega os pactos anteriormente existentes; reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional; fortalece os espaços e mecanismos de controle social; qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde; redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação; valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade em suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

PACTO PELA VIDA

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população.

Prioridade I - Atenção à Saúde do Idoso

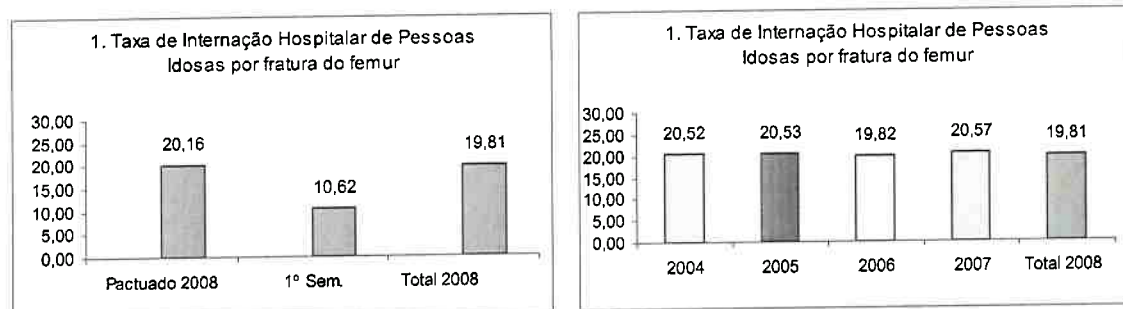
Objetivo I. Identificar pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de fratura de fêmur.

Indicador 1. Taxa de Internação Hospitalar de Pessoas Idosas por fratura do fêmur.

Conceito / Interpretação:

Mede a ocorrência de internações hospitalares (SUS) por fratura do fêmur na população com 60 anos ou mais de idade. A queda pode ser considerada evento sentinela na saúde da pessoa idosa. Suas principais causas estão relacionadas a fatores intrínsecos, como visão, equilíbrio, força muscular, etc. Analisar variações geográficas e temporais nas taxas de internações hospitalares por fratura do fêmur em pessoas idosas com o objetivo de desenvolver ações de prevenção e sua análise permitirá avaliar o nível de atenção prestado aos fatores de risco e programar medidas de prevenção desse agravo.

Avaliação de desempenho:



O objetivo da pactuação deste indicador visa reduzir a morbidade e a mortalidade precoce em idosos.

Cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano. Esta taxa aumenta para 40% entre idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em Instituições de Longa Permanência - ILPI. As

mulheres tendem a cair mais que os homens até 75 anos de idade, a partir dessa idade as frequências se igualam. Dos que caem, aproximadamente 2,5% requerem hospitalização e desses, apenas metade sobreviverá após um ano (BRASIL, MS, 2006).

A fratura de fêmur é uma das causas mais relevantes de morbidade e mortalidade em pessoas idosas, e é a lesão mais comum relacionada com queda resultando em hospitalização. Esta pode reduzir permanentemente o nível funcional, a independência e a institucionalização, tornando-se a principal causa de invalidez e de morte no primeiro ano após a cirurgia, além de contribuir para a diminuição da qualidade de vida e podem acarretar um custo considerável tanto do ponto de vista financeiro quanto familiar e social.

A queda é um fator de risco para fraturas. Suas principais causas estão relacionadas a fatores intrínsecos, tais como, diminuição da visão, audição, equilíbrio, força muscular, uso de medicamentos, doenças cardiovasculares, demências, etc. e ainda a fatores extrínsecos relativos ao meio ambiente.

As quedas ocorrem mais de 70% no domicílio, e o restante, em vias e locais públicos e em áreas de esporte, lazer e cultura. Além de contribuir para a diminuição da qualidade de vida e podem acarretar um gasto considerável tanto do ponto de vista financeiro quanto familiar e social. Daí a importância das ações de prevenção junto aos idosos e suas famílias pelos profissionais e cuidadores para reduzir as quedas e fraturas de fêmur.

Diante disso é necessário que este indicador seja bem notificado e monitorado para reduzir ao máximo esta taxa de internação por fratura a cada ano, por todos os municípios do estado.

Levando-se em consideração a série histórica de cada coordenadoria regional de saúde no período de 2004 a 2007, verifica-se que a pactuação estadual foi adequada, haja vista que das 19 CRS, 12 apresentaram, em 2008, taxas abaixo da taxa estadual que foi de 19,82 internações por 100.000 habitantes com 60 anos ou mais, 0,76 pontos percentuais abaixo do ano anterior.

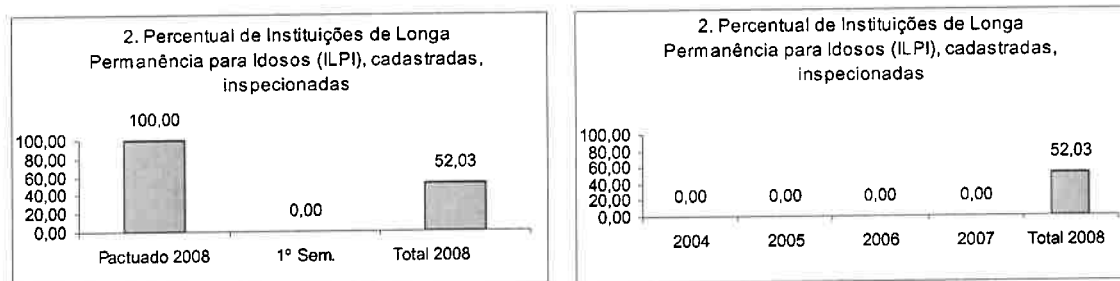
Objetivo II. Contribuir para a melhoria da qualidade da atenção prestada ao residente nas Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI.

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

Conceito / Interpretação:

Avalia o quantitativo de inspeções realizadas nas ILPI, possibilitando observar a cobertura desta ação de Vigilância Sanitária e o cumprimento das normas, inferindo na melhoria da qualidade destas instituições.

Avaliação de desempenho:



A avaliação desse indicador em nível estadual continua sendo prejudicada pela ainda incipiente implantação do Sistema de Informação da Vigilância Sanitária (SINAVISA). Por essa razão também não está disponível série histórica do mesmo.

A inspeção das instituições citadas é atribuição dos municípios, conforme pactuado desde as fases iniciais de descentralização dessa área. Assim sendo, a avaliação de cumprimento dessa ação é realizada pelas Coordenadorias Regionais de Saúde em conjunto com os municípios de sua área de abrangência, através da análise dos Relatórios de Gestão Municipal.

Foram recebidos no nível central da Vigilância Sanitária dados de 2008 correspondentes a nove (9) CRS, que apontam a realização de 52,03% das inspeções previstas de ILPI. Constatou-se, portanto, que o mesmo não permite avaliar o efetivamente realizado, pelas dificuldades de recolhimento de informações anteriormente apontadas.

Prioridade II: Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama

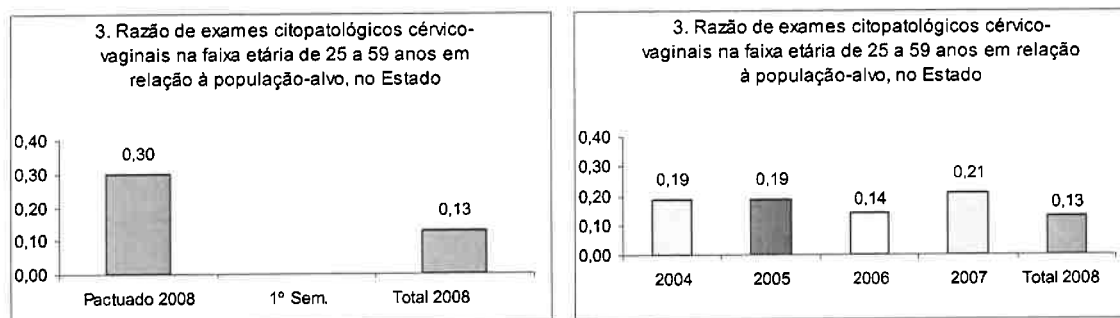
Objetivo I. Ampliar oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero de forma que a cobertura do exame preventivo alcance a 80% da população alvo.

Indicador 3. Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária.

Conceito / Interpretação:

Expressa a produção de exames realizados a partir da capacidade instalada para oferecer exames citopatológicos de a população alvo. Permite inferir como uma aproximação sobre a cobertura de mulheres da população-alvo examinadas no SUS. Razões baixas refletem baixas produções de exames preventivos na população-alvo, devido à capacidade instalada insuficiente ou dificuldades na captação de mulheres dentro da faixa etária recomendada, o que consequentemente resultará uma baixa cobertura.

Avaliação de desempenho:



O baixo desempenho do RS neste indicador em 2008 pode ser explicado, principalmente, por problemas relacionados ao sistema de informação oficial deste indicador (SISCOLO), correções nas projeções populacionais e alterações na forma de pagamento do procedimento, em prejuízo da oportunidade e cobertura do mesmo. Estes problemas foram causados por diversos fatores, entre eles:

- A mudança na tabela de Procedimentos SIA/SIH e, consequentemente, no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA, exigiu três atualizações no sistema de informação - SISCOLO, fonte dos dados do indicador, pois, o mesmo exporta boletim de produção para pagamento de procedimentos. Esta frequência de atualizações foi atípica e prejudicou a regularidade no envio dos dados.
- Em 2008, o DATASUS corrigiu a projeção populacional para todas as faixas etárias e, inclusive, para os anos anteriores. Se utilizada a população feminina de 25 a 59 anos corrigida para 2007, a razão daquele ano fica em 0,20 e não 0,21.
- A exportação de dados do SISCOLO é dupla, ou seja gera arquivo para o próprio sistema e arquivo para o SIA (BPA) com fins de pagamento de procedimento. Esta lógica nem sempre é bem entendida pelos prestadores que acabam priorizando o segundo arquivo e, caso o gestor do sistema de informação (município, CRS ou SES) não exija o recebimento condicionado dos dois arquivos, observa-se diferenças no quantitativo de exames registrado no SISCOLO e SIA. Este fato pode ser comprovado quando comparado o número de exames realizados, na faixa etária de 25 a 59 anos, informado pelos prestadores no SIA (499.300) em 2008 com o

registrado no SISCOLO (346.896) para o mesmo ano. Estes valores absolutos geram valores de razão de 0,19 e 0,13, respectivamente, ou seja, uma diferença de 46%.

Fonte	2008	
SISCOLO/RS	Nº de Exames	346.896
	RAZÃO	0,13
SIA (*)	Nº de Exames	499.300
	RAZÃO	0,19
POP FEM 25-59 ANOS		2.668.434

(*) Dado tabulado no Tabwin, com os arquivos dbc do SIA baixados do Datasus, selecionando a faixa etária de 25 a 59 anos e o procedimento 0203010019 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA

- Em novembro de 2008, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 2.867 que transferiu os procedimentos de coleta e de exame cervico-vaginal do componente FAEC para MAC (média e alta complexidade). Esta medida incluiu os exames referidos no teto da média e alta complexidade ambulatorial, disputando valores com os demais procedimentos do conjunto e, consequentemente, sujeitos aos limites financeiros.

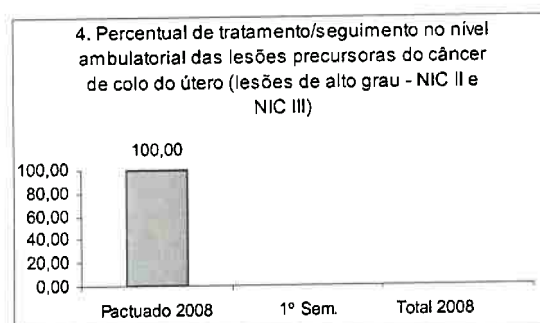
Objetivo II. Tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial.

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

Conceito / Interpretação:

Expressa como está a cobertura do tratamento/seguimento (no nível ambulatorial) das lesões de alto grau. Informa ao gestor a capacidade da rede de serviços de tratar as mulheres com laudo citopatológico de lesão de alto grau. Não permite avaliar a qualidade do tratamento realizado. Percentuais baixos indicam baixa capacidade de encaminhamento das lesões precursoras de alto grau no nível ambulatorial.

Avaliação de desempenho:



Prioridade III: Redução da Mortalidade Infantil e Materna

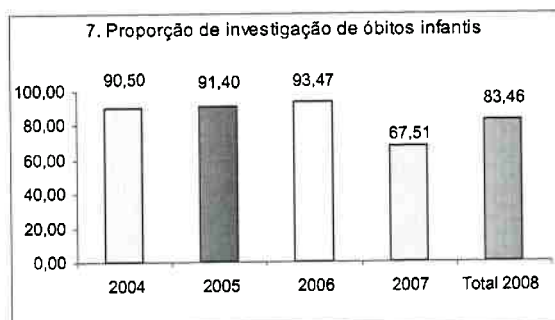
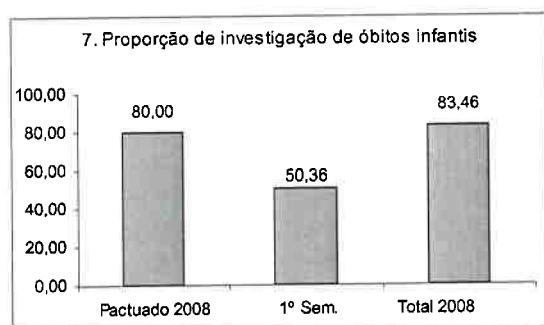
Objetivo I. Estimular a investigação do óbito de menores de um ano, visando subsidiar intervenções para redução da mortalidade nesta faixa etária.

Indicador 7. Proporção de investigação de óbitos infantis.

Conceito / Interpretação:

Expressa a proporção de óbitos investigados em residentes menores de um ano, sobre o total de óbitos de residentes menores de 1 ano, em determinado local, no ano considerado.

Avaliação de desempenho:



A principal estratégia para a redução do óbito infantil é a análise dos óbitos infantis, realizada através de um instrumento de abrangência estadual “Investigação do óbito infantil”, que é preenchido a partir dos dados obtidos pelo município em entrevista realizada com a mãe da criança perdida com menos de um ano de vida. A análise permite a identificação das causas de óbitos, a identificação das falhas de assistência e a proposição de medidas de intervenção para a qualificação da atenção e consequente redução da mortalidade infantil.

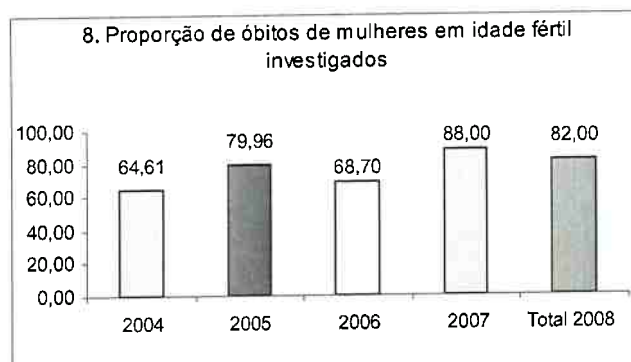
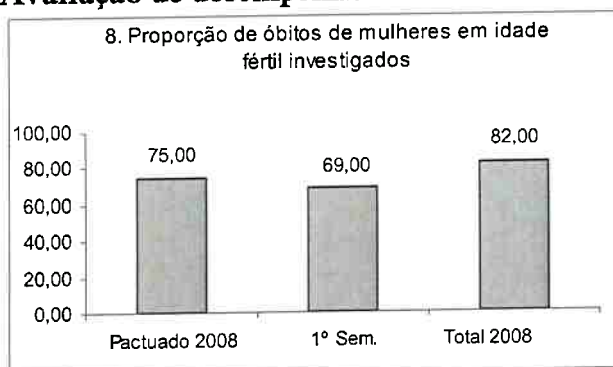
Objetivo II. Investigar óbitos maternos

Indicador 8. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.

Conceito / Interpretação:

Expressa a proporção de óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos de idade submetidos à investigação epidemiológica, com a finalidade de detectar casos de óbitos maternos não declarados. Traduz a capacidade de investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil pelos municípios.

Avaliação de desempenho:



A meta para a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados no estado foi estabelecida em 75% para o ano de 2008 e foi atingida uma cobertura de 82%. Ficou inferior a 2007, quando alcançou 88%. Em 2008 a avaliação foi realizada em maio e ano passado foi em junho, em parte isto pode explicar esta diminuição, bem com as mudanças de gestões municipais.

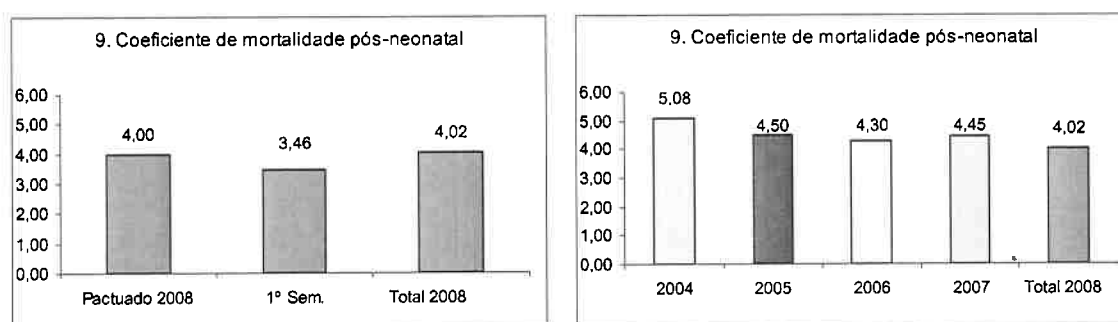
Objetivo III. Reduzir a mortalidade pós-neonatal

Indicador 9. Coeficiente de mortalidade pós-neonatal.

Conceito / Interpretação:

Expressa o número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado local, no ano considerado. Estima o risco de um nascido vivo morrer do segundo ao 12º mês de vida

Avaliação de desempenho:



A redução do óbito infantil tardio é o resultado das ações desencadeadas pela Seção da Saúde da Criança. Os técnicos realizam sucessivas viagens aos municípios e, através do trabalho continuado de apoio e subsídio aos gestores municipais e suas equipes, o Estado avançou na proposta de reorganização da gestão a partir do monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde, na realização das ações de saúde mediante protocolos, na qualificação dos processos de trabalho.

Estas discussões francas e a implementação de diversas estratégias de atenção em saúde, a exemplo do AIDPI - Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância, Inverno Gaúcho, Incentivo ao Aleitamento Materno, Identificação e Seguimento Diferenciado da Criança de Risco, dentre tantas outras, foram fundamentais para a redução do CMIT de 6,16 em 2003 para 4,01 em 2008 (dois décimos de dígito), correspondendo a 34,9 % de redução na série histórica.

Objetivo IV. Reduzir a mortalidade neonatal

Indicador 10. Coeficiente de mortalidade neonatal

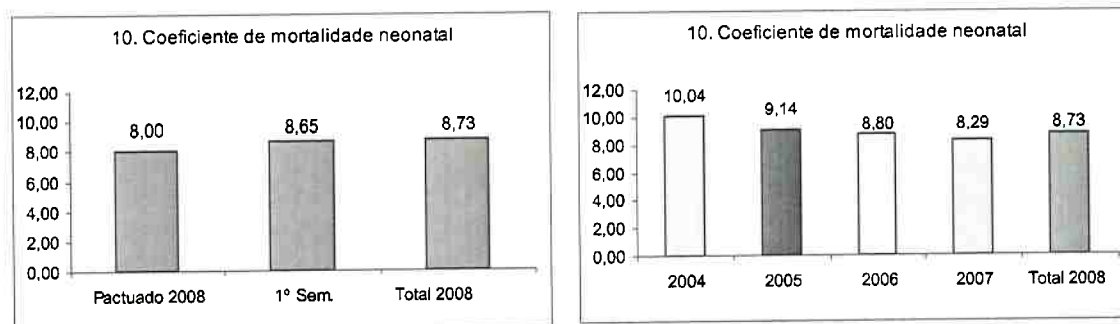
Conceito / Interpretação:

Expressa o número de óbitos de crianças de 0 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado local, no ano considerado. Estima o risco de um nascido vivo morrer durante os primeiros 28 dias de vida.

Avaliação de desempenho:

Discussão em bloco, para os indicadores 10, RS1, RS2 e RS3, não atingidos:

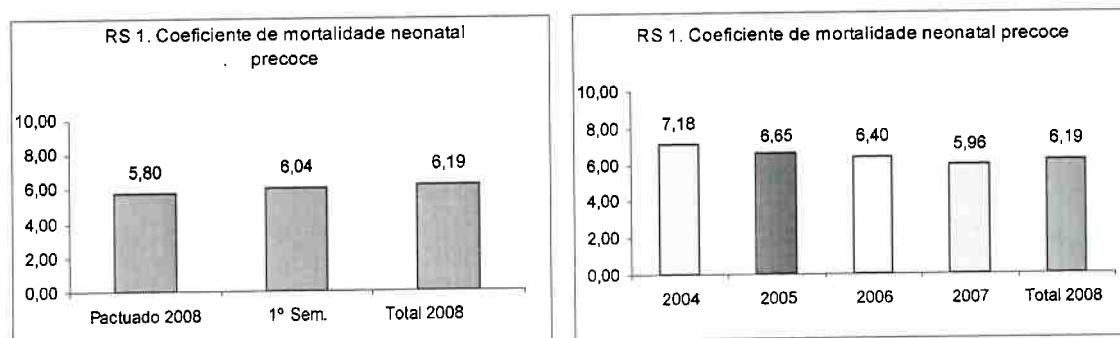
Indicador 10. Coeficiente de mortalidade neonatal – Não atingido



Indicador RS 1. Coeficiente de mortalidade neonatal precoce (municípios com + de 80.000 hab) ou N°. absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano (- de 80.000 hab)

Conceito / Interpretação:

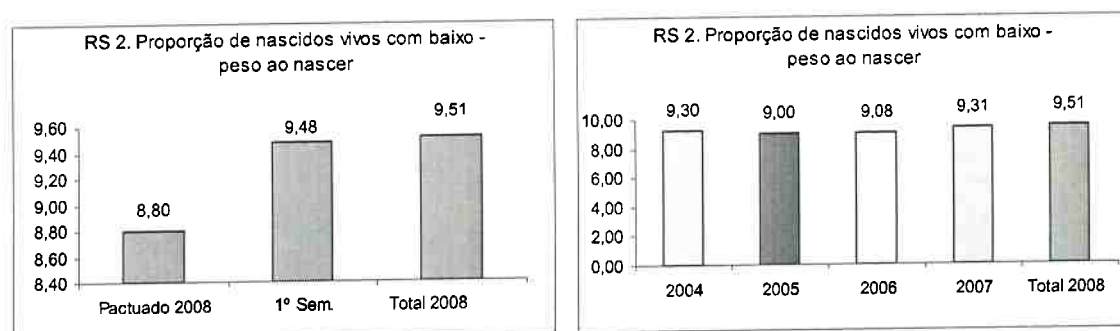
Óbitos neonatais precoces são aqueles ocorridos de 0 a 6 dias de vida. No RS eles representam 72% dos óbitos neonatais e considera-se que têm estreita relação com a qualidade de assistência nos serviços de saúde durante o parto e atendimento ao recém-nascidos.



Indicador RS 2. Proporção de nascidos vivos com baixo - peso ao nascer.

Conceito / Interpretação:

Os nascimentos como peso inferior a 2.500g são considerados como baixo peso. O baixo peso ao nascer - BPN é determinado por dois processos: duração da gestação e velocidade de crescimento fetal. Da interação destes dois fatores resultam os nascimentos prematuros e/ou recém-nascidos pequenos para a idade gestacional.



Indicador RS 3. Proporção de Nascidos Vivos com muito Baixo Peso ao Nascer.

Conceito / Interpretação:

Reflete o percentual de recém nascidos com menos de 1500g em relação ao total de recém-nascidos vivos num determinado local, num determinado período de tempo.

Avaliação de desempenho dos Indicadores 10, RS 01, RS 02 e RS03:

A redução da mortalidade neonatal está estreitamente relacionada à organização e qualificação da atenção à mulher por ocasião do pré-natal e parto. Estes indicadores refletem o resultado de ações de competência da Seção da Saúde da Mulher, ainda não significativas. A redução obtida em anos anteriores foi possível em função da reorganização da implementação do PHPN, da utilização do SISPRENATAL como ferramenta de gestão e do monitoramento do pré-natal, efetivada pela Seção da Saúde da Criança.

A inscrição das gestantes ao PHPN cresceu de 8% em 2002 para 60% em 2008 (quase 80% do SUS) e, gradativamente o cadastro precoce no pré-natal foi ampliado de 7% para 40% do total das gestantes e a conclusão do pré-natal ampliada de 0,2% para 30% das cadastradas.

Avançou-se muito na organização do pré-natal e isto foi fundamental para a redução do CMN de 9,77 em 2003 para 8,73 em 2008 (1 décimo de dígito), correspondendo a 10,6% de redução na série histórica significativa, mas inferior à redução obtida com o CMIT. Assim, o CMI RS caiu de 15,94 em 2003 para 12,8 em 2008 (cerca de três décimos de dígito).

Na medida em que os óbitos neonatais vinculados a desconforto respiratório neonatal, septicemia bacteriana neonatal, prematuridade, malformação cardíaca estão sempre entre as 4 principais causas de óbito infantil desde 2003 e algumas causas deixam de ser relevantes, a exemplo das doenças respiratórias e diarreicas e outros como asfixia neonatal aumentam de 3,3% das causas em 2003 para 4,4% em 2007, a redução destes indicadores passa a refletir e depende do esforço conjunto de diversos setores da SES, articulados atualmente pelo Comitê Estadual de Perinatologia, sob a coordenação da Direção do DAS.

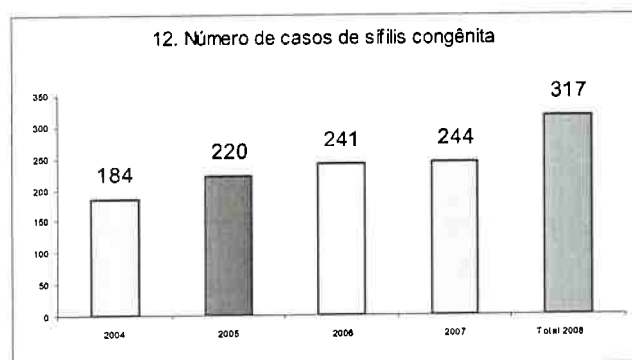
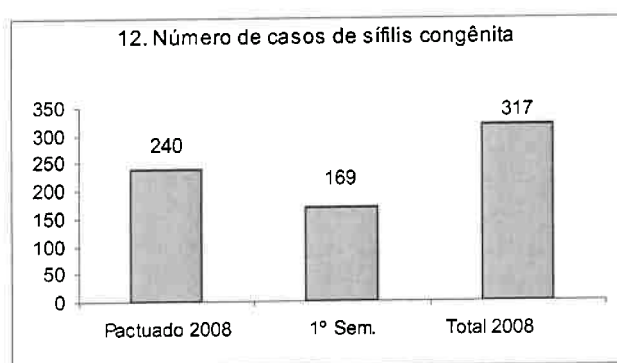
Objetivo VI. Aprimorar a qualidade da atenção pré-natal

Indicador 12. Número de casos de sífilis congênita

Conceito / Interpretação:

Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a Sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.

Avaliação de desempenho:



Com relação a este indicador vimos que houve um aumento significativo do número de casos comparado aos anos anteriores. Reconhece-se a necessidade de implementar a Vigilância da Sífilis Congênita através do Comitê Estadual de Investigação. Cabe ressaltar, entretanto, que no ano de 2008 houve uma reestruturação da Seção Estadual DST/AIDS, com diminuição significativa de

colaboradores (saída de pelo menos 13 consultores em função da não renovação dos contratos). A adaptação a esta mudança ocorreu de forma lenta, com os colaboradores técnicos do Estado assumindo novas atribuições além das que já tinham, o que interferiu na implementação das ações da vigilância.

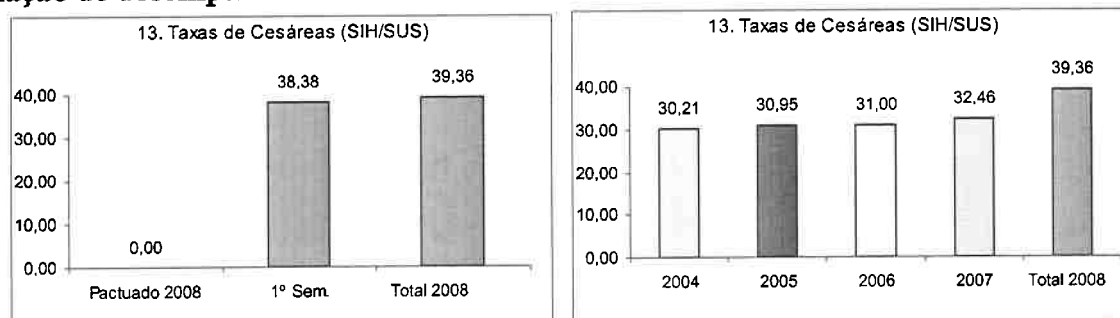
Objetivo VII. Reduzir a taxa de cesáreas

Indicador 13. Taxas de Cesáreas (municípios > 80.000 hab.)

Conceito / Interpretação:

Reflete a proporção de partos cesáreos realizados dentre o total de partos ocorridos, em determinado local, durante determinados período. Deve ser monitorada, dada a morbimortalidade materna e fetal/neonatal associada à realização de procedimentos desnecessários. O limite estabelecido pelo MS para unidades de risco habitual é de 25%.

Avaliação de desempenho:



Esse indicador, que faz parte do elenco complementar do Pacto pela Vida, não foi pactuado no Rio Grande do Sul com base no reconhecimento de que a taxa de cesáreas é resultado de um complexo de fatores, e de que ações sobre os mesmos só poderão ter impacto medido a longo prazo.

Entre esses fatores poderiam ser citados: os assistenciais (a formação de médicos estimulando atitudes intervencionistas, a remuneração de procedimentos); aqueles que podem ser considerados de caráter cultural (talvez uma nova visão feminina do parto, com uma expectativa de influir na definição do momento do nascimento da prole ou realizar processo associado de laqueadura tubária).

Mesmo não tendo havido pactuação dessa meta, a SES assumiu, junto ao CES, compromisso de acompanhar esse indicador e realizar ações visando estimular o parto normal.

Entretanto, apesar da política de estímulo ao parto normal, em 2008 o indicador manteve tendência de crescimento.

Prioridade IV: Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e epidemias

Objetivo I. Reduzir a letalidade por febre hemorrágica de dengue.

Indicador 14. Taxa de letalidade por Febre Hemorrágica Dengue

Conceito / Interpretação:

Avaliação de desempenho:

A situação epidemiológica da dengue no RS, considerando-se que o surto ocorrido na região noroeste foi rapidamente controlado, registrando um número limitado de casos (sem mortalidade associada), foi de interrupção da circulação viral.

Nesse sentido, sem a ocorrência de casos autóctones, a pactuação estadual representou o compromisso de, em caso de ocorrência de dengue, buscar manter a taxa de letalidade por FHD no mais baixo patamar possível.

Embora essa pactuação tenha obedecido à proposta nacional, pela não ocorrência de casos Febre Hemorrágica Dengue no RS (inclusive na série histórica), o indicador e sua meta não foram avaliáveis.

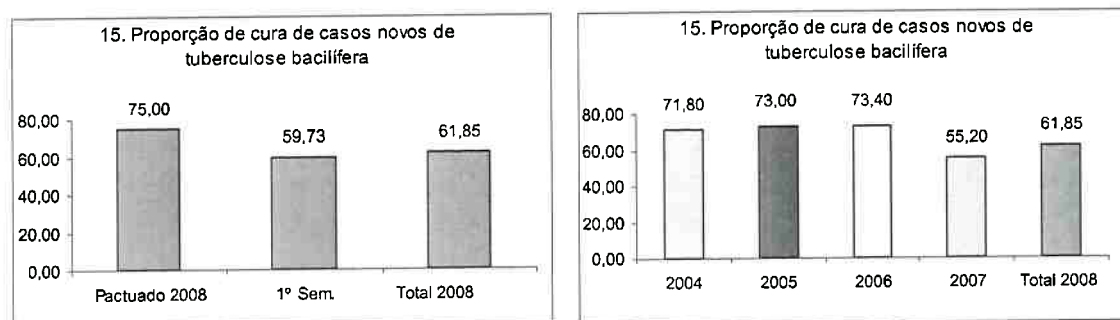
Objetivo II. Ampliar a cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano

Indicador 15. Taxa de cura de casos novos de tuberculose bacilífera

Conceito / Interpretação:

A tuberculose como doença endêmica tem nos casos bacilíferos a sua transmissão entre indivíduos. Essa transmissão ocorre por via oral e a pessoa infectada sem utilizar os medicamentos pode contaminar todos os contatos próximos. Esse indicador permite avaliar a qualidade do serviço prestado bem como a quebra da cadeia de transmissão da doença.

Avaliação de desempenho:



A tuberculose (TB) pulmonar com baciloscopia positiva é uma das prioridades em saúde pública, pois é uma doença crônica, infecciosa, transmitida de pessoa a pessoa através das vias aéreas superiores.

No Rio Grande do Sul, a taxa de incidência de tuberculose (todas as formas) é de 42,1/100.000 hab e a taxa de incidência para a forma pulmonar bacilífera é de 24,2/100.000 hab.

A tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva ocorreu em 197 municípios, que representam 39,70% do total dos municípios e 85,33% da população do RS. Alcançaram a meta pactuada 91 municípios (46,20% dos que notificaram casos de TB pulmonar bacilífera). Entre os 106 municípios que não alcançaram a meta pactuada, em 50 deles (25,40%) isto ocorreu devido a falta de encerramento dos casos no SINAN. Nos demais 56 municípios (28,4%) a meta não foi atingida devido às altas taxas de abandono, óbito e transferências.

O alto percentual de municípios que não alcançaram a meta pactuada na cura de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva reflete a dificuldade em descentralizar o diagnóstico e tratamento da tuberculose. Na grande maioria dos municípios, o atendimento ao paciente ainda permanece centralizado em unidades de saúde de referência, fato este que ocasiona dificuldades no acesso, diagnóstico e tratamento do paciente com tuberculose.

Entre as dificuldades em atingir percentual de cura também devem ser citadas a alta taxa de coinfeção com HIV; a dificuldade de aumentar a cobertura do tratamento diretamente observado; a ainda baixa cobertura de PSF no Estado e as dificuldades das equipes municipais e regionais na alimentação do SINAN.

O enfoque atual do Programa Estadual de Controle da Tuberculose se dá através do incentivo à descentralização do diagnóstico e tratamento, da investigação exaustiva dos contatos intra e extra domiciliares, da geolocalização dos casos por endereço de residência e da melhora da qualidade do

Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Tuberculose, para obter informações epidemiológicas e operacionais confiáveis.

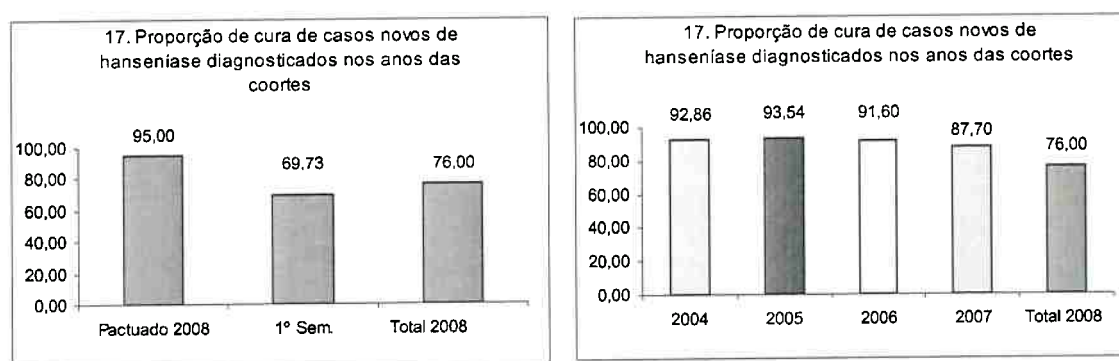
Objetivo IV. Ampliar a cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados, nos períodos de tratamento preconizados.

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

Conceito / Interpretação:

Avalia a efetividade do tratamento dos casos novos de hanseníase diagnosticados. É um indicador da efetividade do tratamento e de resultado do controle da hanseníase.

Avaliação de desempenho:



Considera-se que a taxa de cura aferida não corresponde à real pelas dificuldades encontradas a partir da implantação do SINAN-NET. A nova versão do Sistema de Informações têm apresentado problemas para o acompanhamento da doença, com sua característica de evolução prolongada.

Nos processos de supervisão a municípios, entretanto, constata-se que o acompanhamento dos pacientes e o percentual de cura é bem mais alto do que o registrado. O diagnóstico e o tratamento são feitos nas Unidades Básicas de Saúde. Os medicamentos para a Poliquimioterapia (PQT-OMS, Rifampicina, Clofazimina e Dapsona), implantada oficialmente no país em 1991, são garantidos e a cura da hanseníase pode ser obtida em 6 ou 12 meses.

Avalia-se que maior dificuldade é encontrada na detecção de casos, o que pode ser observado pelo percentual de pacientes que apresentam graus I e II de incapacidade no momento do diagnóstico.

Tal fato pode em parte ser explicado pela tendência à desmobilização da vigilância e à perda de sensibilidade para o diagnóstico da doença no Sistema de Saúde, face à sua baixa prevalência registrada no Rio Grande do Sul, que foi o 1º. Estado brasileiro a atingir a meta de eliminação em 1995, mantendo prevalência de menos de 1 doente para cada 10.000 habitantes.

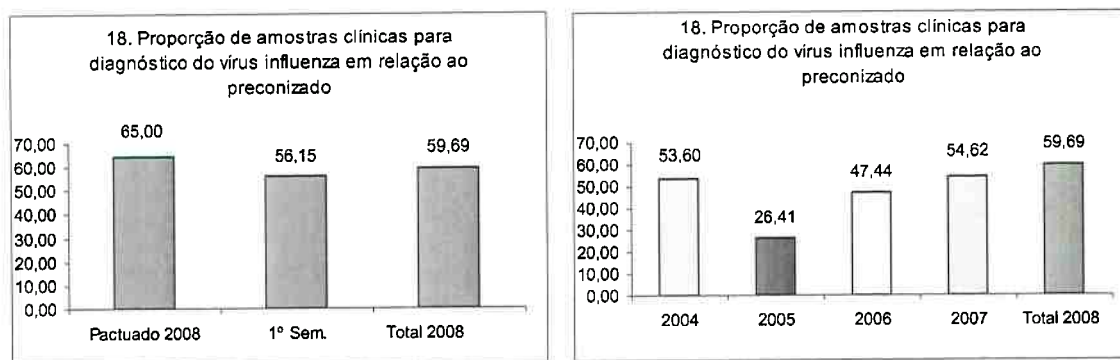
Objetivo V. Aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado.

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

Conceito / Interpretação:

Estima o desempenho operacional do estado em uma das rotinas da vigilância da influenza

Avaliação de desempenho:



A vigilância da influenza é realizada através do encaminhamento semanal de exames de secreção respiratória de amostra de pessoas que consultam um dos serviços definidos como sentinela no RS apresentando doença respiratória aguda.

Esses serviços fazem parte de uma rede nacional e internacional, que tem por objetivo monitorar o vírus influenza, extremamente mutável, subsidiando a produção anual de vacinas.

As três Unidades Sentinela do RS estão localizadas nos municípios de Porto Alegre (desde 2003), Caxias do Sul (desde 2004) e Uruguaiana (desde 2002).

Há dificuldades para alcançar o número de coleta de amostras em Porto Alegre na Unidade Sentinela no Grupo Hospitalar Conceição, pois a atividade é desenvolvida em suas Unidades de Saúde da Família, sem a participação das áreas de pronto atendimento, onde se registra maior número de atendimentos. Essas unidades foram escolhidas para viabilizar a alimentação do Sistema de Informação que exige o registro do CID de todas as consultas.

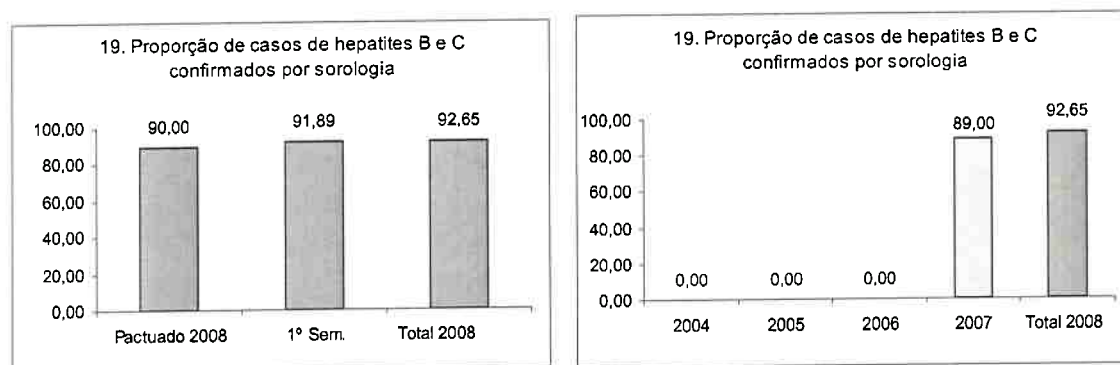
Objetivo VI. Ampliar a cobertura da população brasileira com ações de vigilância, prevenção e controle das hepatites virais.

Indicador 19. Proporção de casos de hepatite B e C confirmados por sorologia

Conceito / Interpretação:

Para confirmação de casos de hepatite B ou C é necessária a realização de exames laboratoriais (sorologia), indicando qual agente viral está envolvido na infecção investigada. A sintomatologia clínica é semelhante para estes agravos, sendo necessário o aporte laboratorial específico. A partir da definição do agente etiológico, por meio de sorologia, são traçadas as medidas de prevenção e controle.

Avaliação de desempenho:



A vigilância das hepatites virais vem sendo progressivamente implementada nos últimos anos através de várias medidas, entre as quais a capacitação de equipes municipais, a definição de referências para diagnóstico e tratamento, a integração à rede de CTAs.

O aumento da capacidade de confirmação laboratorial dos casos através de sorologia qualificou a vigilância dessas doenças, que apresentam particularidades quanto ao modo de transmissão, evolução clínica e ações de prevenção e controle.

Constata-se a complexidade desse quadro, em que se salienta: em relação à Hepatite C, a alta prevalência de portadores no Estado, em especial na Capital e Região Metropolitana e, em relação à Hepatite B, a dificuldade em alcançar altas coberturas vacinais (especialmente entre adolescentes), apesar da vacina estar disponível no calendário de rotina. Para o enfrentamento da situação, o problema passou a ser tratado em nível governamental, buscando garantir ações de vigilância e assistência, através de mobilização intersetorial.

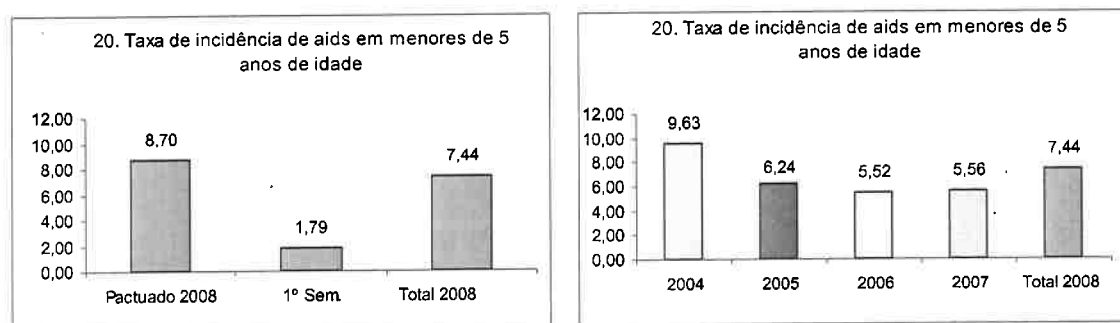
Objetivo VII. Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos

Indicador 20. Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade

Conceito / Interpretação:

Número de casos novos confirmados de síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), por 100.000 habitantes, na população menor de 5 anos, em determinado local e período. A definição de caso confirmado de AIDS baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país.

Avaliação de desempenho:



As ações de prevenção da transmissão vertical estão sendo desenvolvidas no RS, com 98% dos partos realizados nos 210 hospitais/maternidades vinculados ao Projeto Nascer no Estado. De tal modo, afirma-se que a queda na taxa de incidência ocorreu em função da efetividade das ações desenvolvidas.

Percebe-se uma assimetria de informações entre os nossos dados e os publicados no Boletim Epidemiológico Nacional, que se mantinha o dobro da incidência. Mesmo que a fonte oficial indicada seja o Sistema de Notificação de Agravos - SINAN, o Nível Nacional utiliza várias fontes de informações, como SISCEL, SICLOM, SIM e outros, e, através destes, ampliou a sua capacidade de resgatar subnotificações.

Na intenção de sistematizar o mesmo processo que o PN realiza, pactuou-se a mesma taxa indicada na publicação e, a partir daí, investigar as possíveis subnotificações. O processo de capacitação e manejo do sistema não ocorreu como prevíamos, pois uma capacitação foi possível somente em abril de 2009. Outro fator que pode ter influenciado na perda de notificação é o registro da ficha de crianças expostas que foi retirado do SINAN em 2007, contribuindo para uma perda na continuidade do acompanhamento da criança até 18 meses.

Para este ano a meta, além de manter a de prevenção à transmissão vertical, é fazer a interface dos sistemas e estimular os municípios a realizarem a investigação e notificar os casos de AIDS.

Prioridade V: Promoção da Saúde

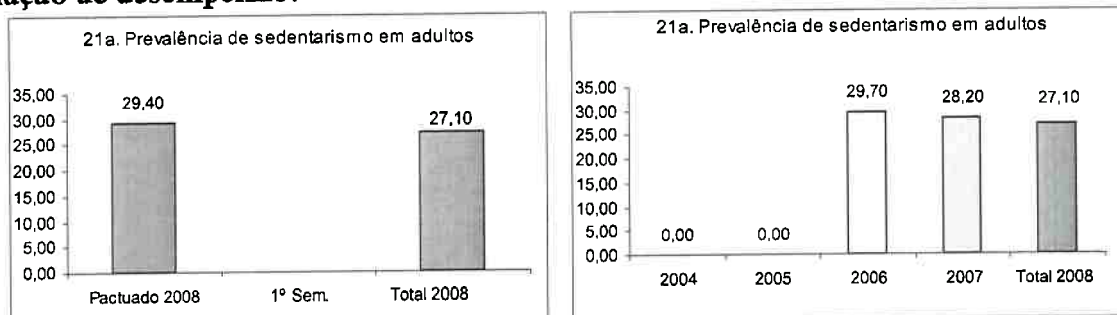
Objetivo I. Promover atividade física com objetivo de reduzir o sedentarismo no país.

Indicador 21a. Prevalência de sedentarismo em adultos

Conceito / Interpretação:

Proporção de indivíduos fisicamente inativos (sedentários) na população acima de 18 anos de idade. Indivíduos fisicamente inativos são aqueles que não praticam qualquer atividade física no lazer, não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho em pé ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas.

Avaliação de desempenho:



Apesar da dificuldade em impactar esse indicador, que envolve mudança de comportamento e está, portanto, ligado a fatores socioeconômicos e culturais que extrapolam a área da saúde, observa-se que o mesmo vem apresentando evolução positiva.

Deve-se ressaltar que os dados acompanhados são recolhidos através do VIGITEL, pesquisa anual implantada pelo Ministério da Saúde para recolhimento de dados nas capitais brasileiras.

O Estado e municípios têm desenvolvido diversos projetos visando a estimular novos hábitos relacionados à atividade física. Vários setores sociais têm contribuído para essa construção.

A evolução dos indicadores ligados às doenças cardiovasculares, a seguir comentados, pode ser interpretada como uma possível evidência de que a diminuição do sedentarismo é consistente.

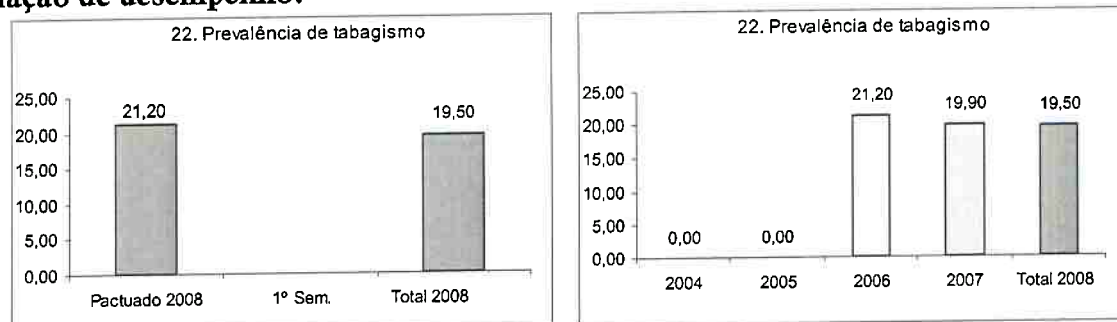
Objetivo II. Reduzir a prevalência do tabagismo no país

Indicador 22. Prevalência de tabagismo

Conceito / Interpretação:

Proporção de indivíduos fumantes na população acima de 18 anos de idade. Indivíduos fumantes são aqueles que fumam independente da frequência e intensidade do hábito de fumar

Avaliação de desempenho:



Assim como o indicador sobre sedentarismo, impactar na prevalência de tabagismo constitui um grande desafio, que certamente só pode ser alcançado a médio e longo prazo. Além da mudança de comportamento, nesta questão contribuem, além dos fatores socioculturais, um forte componente econômico, que requer intervenções complexas, inclusive com redirecionamento de matrizes produtivas de algumas regiões.

A área da saúde do Estado e municípios, com apoio do Ministério da Saúde, tem promovido ações especialmente de promoção e prevenção, com campanhas informativas e apoio à promulgação de leis que disciplinam o uso do cigarro. Observa-se que o indicador vem apresentando tendência descendente.

Esses dados também acompanhados são recolhidos anualmente através do VIGITEL nas capitais brasileiras.

Assim como a diminuição do sedentarismo, a tendência à diminuição do tabagismo também já pode estar impactando indicadores ligados às doenças cardiovasculares, apesar de ainda não haver evidências que demonstrem essa relação.

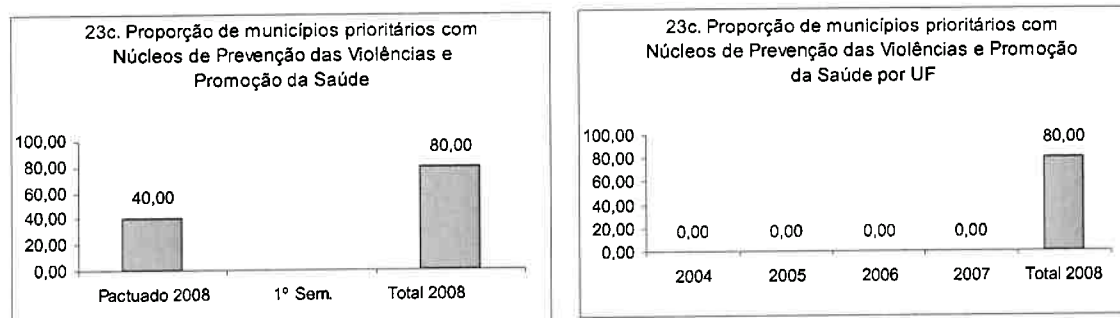
Objetivo III. Ampliar rede de prevenção de violência e promoção à saúde nos estados e municípios

Indicador 23c. Proporção de municípios prioritários com Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde

Conceito / Interpretação:

A Portaria Ministerial nº. 936/2004 define a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios, voltada para a articulação das ações das três esferas de gestão, instituições acadêmicas e organizações não governamentais para o trabalho da prevenção da violência.

Avaliação de desempenho:



Na estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde o Ministério da Saúde definiu municípios prioritários para a implementação de Núcleos de Prevenção à Violência, a partir da análise da mortalidade por causas externas. No RS foram identificados, segundo o critério nacional, os municípios de Porto Alegre, Caxias do Sul, Alvorada, Novo Hamburgo e São Leopoldo.

A meta do Pacto para o ano de 2008 era de 40% dos municípios com Núcleo implantado. Como 04 dos 05 municípios relacionados no RS já realizam a atividade proposta, a meta estadual foi alcançada. O município de São Leopoldo ainda não conta com Núcleo implantado.

Prioridade VI: Fortalecimento da Atenção Básica

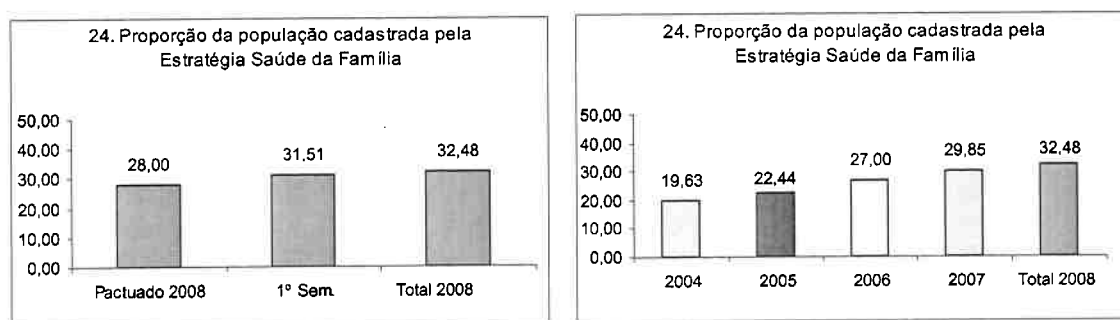
Objetivo I. Garantir que a Estratégia Saúde da Família seja a estratégia prioritária da atenção básica e orientadora dos sistemas de saúde considerando as diferenças loco-regionais.

Indicador 24. Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família

Conceito / Interpretação:

Percentual da população cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família no Estado. Baseia-se no cadastro da população da área de abrangência das equipes de saúde da família no SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. Permite avaliar se a saúde da família constitui-se uma estratégia prioritária e orientadora da atenção básica e contribui para o planejamento da implantação de novas equipes.

Avaliação de desempenho:



Método de Cálculo:

$$\frac{\text{População cadastrada no SIAB (tipo de equipe ESF) em determinado local e período.}}{\text{População total no mesmo local e período}} \times 100$$

Fonte: Numerador: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); Denominador: Base demográfica do IBGE; Abrangência da fonte: município, estado, nacional.

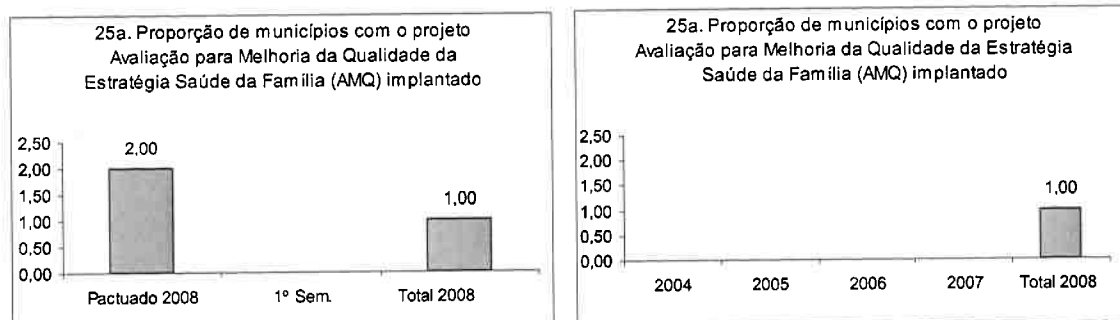
Apesar do ano atípico, com a lei eleitoral dificultando a implantação e/ou expansão, o Estado conseguiu ultrapassar a meta proposta. Entende-se que seja em virtude das ações realizadas de sensibilização dos gestores e divulgação da ESF através de iniciativas como a 1ª Mostra Gaúcha de Produção em Saúde da Família.

Objetivo III. Ampliar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família nos municípios brasileiros por meio do cumprimento dos princípios estabelecidos na política nacional de atenção básica: acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, territorialização e adscrição de clientela, responsabilização, humanização.

Indicador 25a. Proporção de municípios com o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) implantado

Conceito / Interpretação:

Reflete em percentual a implantação do projeto AMQ nos municípios com população menor que 100.000 habitantes, com Estratégia Saúde da Família. Possibilita aos gestores e profissionais o acompanhamento do processo de qualificação das Equipes de Saúde da Família e subsidia a gestão interna da qualidade da atenção à saúde.

Avaliação de desempenho:

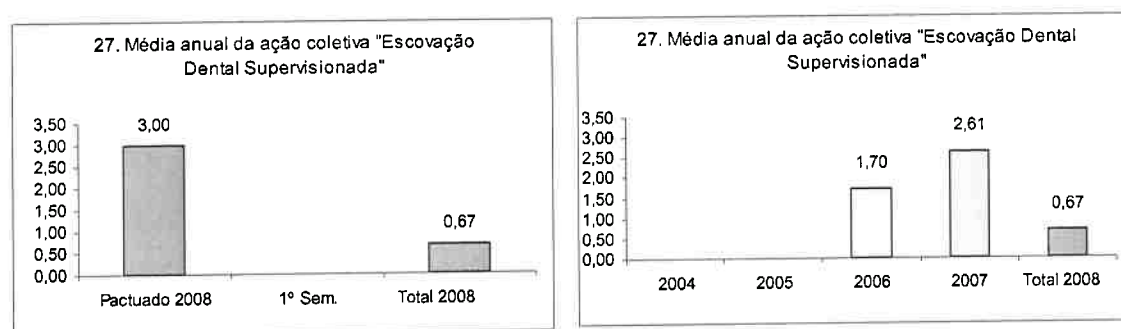
Essa meta foi pactuada acima da capacidade instalada de RH que o Estado tem para assumir efetivamente o projeto do AMQ.

Objetivo VIII. Desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência contemplando prioritariamente as áreas programáticas e transversais.

Indicador 27. Média anual da ação coletiva "Escovação Dental Supervisionada"

Conceito / Interpretação:

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 com dentifrício fluoretado sob orientação/supervisão de um profissional de saúde.

Avaliação de desempenho:

O alcançado em 2008 no Estado ficou muito aquém da meta porque os dados não foram alimentados corretamente no sistema SIA.

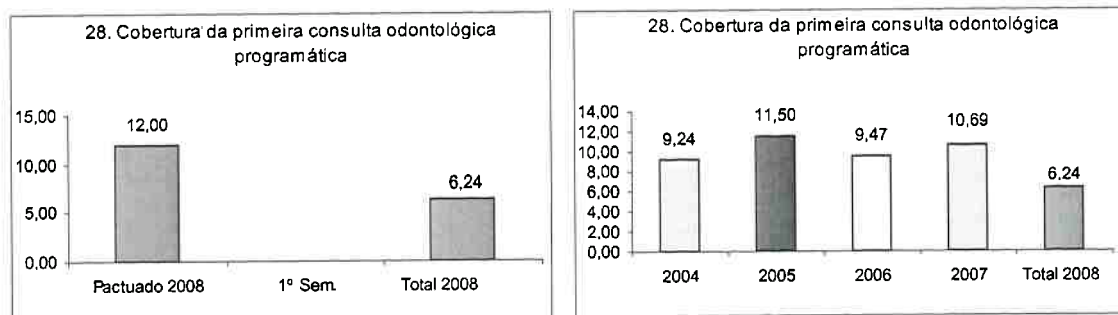
Muitos municípios não pactuaram este indicador sugerimos que as coordenadorias reforcem a importância deste indicador para acompanhar os investimentos em ações educativo-preventivas que causam impacto na saúde bucal da população.

Indicador 28. Cobertura da primeira consulta odontológica programática

Conceito / Interpretação:

Reflete em percentual o número de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no SUS. A 1ª consulta odontológica programática é aquela em que o indivíduo ingressa num programa de saúde bucal a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico realizado com finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico - PPT.

Avaliação de desempenho:



O alcançado em 2008 foi muito aquém da meta estadual. Muitos municípios não informaram sua produção no sistema SIASUS em nenhum mês da competência e outros em apenas alguns meses. Portanto, fica comprometida uma análise mais apurada.

Uma vez que este indicador apresentava tendência crescente na sua série histórica, acredita-se que ter ficado aquém da meta possa ser atribuído à alteração dos códigos da tabela do SIASUS, dificultando o registro dos procedimentos pelos municípios.

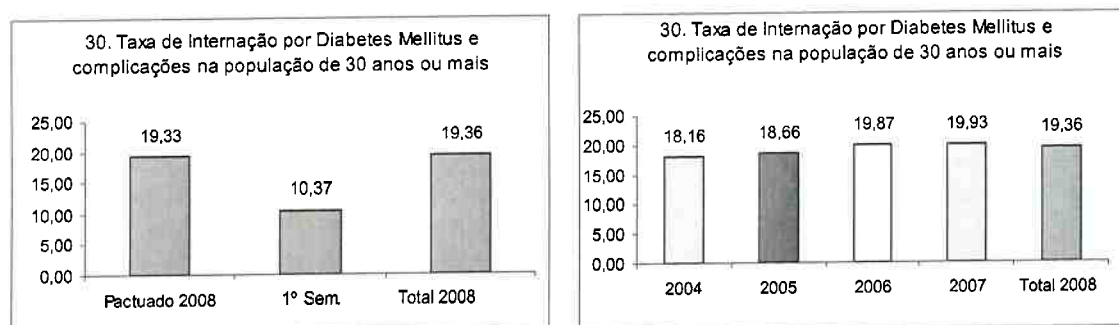
Sugerimos que as CRS reforcem e se empenhem no monitoramento da pactuação a fim de que estas discrepâncias sejam atenuadas.

Indicador 30. Taxa de Internação por Diabetes Mellitus e complicações na população de 30 anos ou mais.

Conceito / Interpretação:

Reflete a ocorrência de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações, na população de 30 anos e mais, para cada 100.000 habitantes nessa faixa etária. Objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle, que envolve diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde, da Diabetes Mellitus no âmbito do SUS. Espera-se que, com a priorização de ações de controle, ocorra uma diminuição no número de internações hospitalares.

Avaliação de desempenho:



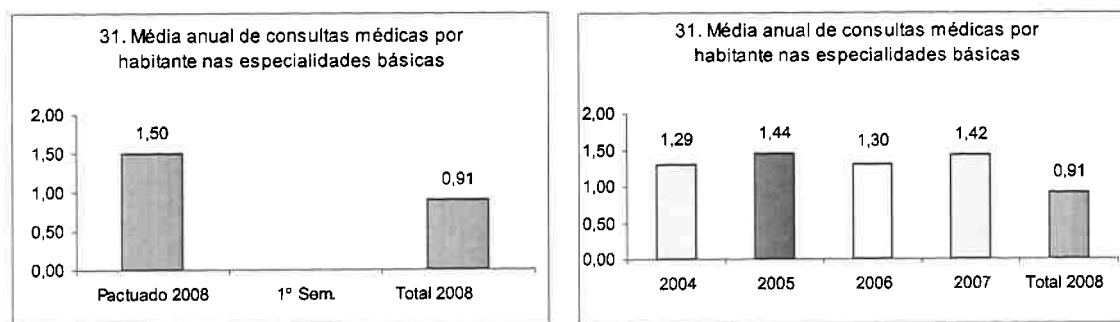
A taxa de internação por diabetes não tem apresentado variação significativa nos últimos três anos. Entretanto, a meta de cadastro de 25% do número estimado de pessoas com diabetes no Estado foi alcançada. Da mesma forma, registrou-se tendência descendente das internações por Acidente Vascular Cerebral na faixa de 30 a 59 anos, em que a diabetes costuma ser um importante fator associado. Portanto, há evidências de que a atenção às pessoas diabéticas vem-se qualificando progressivamente no âmbito da Atenção Básica.

Indicador 31. Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas

Conceito / Interpretação:

Reflete a capacidade da rede básica para 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. Na sua análise deve-se considerar a possibilidade de sub-registro das informações no SIA/SUS.

Avaliação de desempenho:



Como todo indicador do SIA/SUS, teve registro muito baixo no ano de 2008. Além disso, houve alteração da base populacional. 52 municípios não tiveram qualquer registro no ano.

A tabela abaixo mostra o número de municípios que informaram a cada mês. Ao final houve um não registro superior a 40%. Contudo 15 Municípios conseguiram informar todo o ano de 2008 Gravataí, Porto Alegre, São Leopoldo, Pelotas, Canela, Caxias do Sul, Carazinho, Passo Fundo, Caçapava, Santa Cruz do Sul, Vara Cruz, Giruá, Santa Rosa e Ajuricaba.

Média anual de consultas médicas nas especialidades básicas

Número de municípios que informaram a cada mês no SIA/SUS 2008

CRS	j	f	m	a	m	j	j	a	s	o	n	d	total
1	12	14	10	3	6	6	4	14	6	7	4	4	90
2	27	16	8	4	7	3	0	12	14	15	0	18	124
3	5	6	6	1	6	6	1	10	4	12	11	9	77
4	21	17	13	14	16	10	0	10	2	7	13	9	132
5	33	33	12	22	5	19	2	13	7	21	14	19	423
6	52	51	38	42	44	28	3	35	45	24	20	2	384
7	1	1	1	0	1	0	0	2	1	0	1	1	9
8	8	9	3	1	8	8	2	9	4	10	9	6	77
9	7	4	6	4	8	3	0	7	8	8	4	0	59
10	7	2	6	0	4	0	0	0	1	0	0	0	20
11	28	18	13	5	4	23	2	21	7	19	25	23	188
12	23	20	20	2	20	24	0	21	23	16	20	12	201
13	10	11	7	4	4	8	2	2	11	4	7	7	77
14	18	17	11	8	19	15	2	17	2	14	2	12	137
15	18	19	8	8	7	8	0	0	16	0	0	0	84
16	37	34	20	21	36	4	0	0	2	17	17	15	203
17	13	8	3	3	10	2	4	9	5	12	8	8	85
18	17	11	6	0	16	0	0	14	4	10	10	14	102
19	5	11	5	1	12	5	0	0	0	0	1	10	50
RS	342	302	196	143	233	172	22	196	162	196	166	169	2522

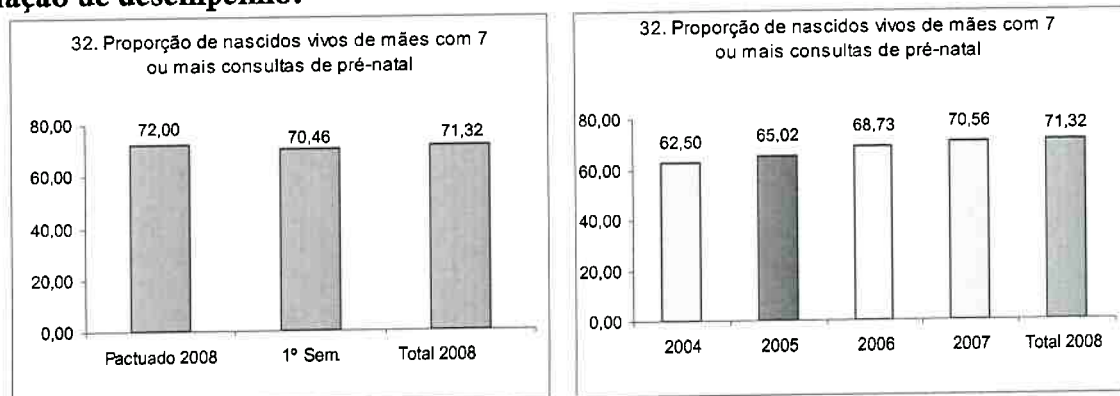
Portanto, para o ajuste de metas deve-se levar em consideração mais a alteração da base populacional. Considerar que uma alteração superior a 5% pode distorcer muito o resultado. Alguns municípios, mesmo com sub-registro ultrapassaram a meta pactuada. Para estes sugere-se um ajuste efetivo.

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

Conceito / Interpretação:

Espera-se que a gestante realize seis consultas de pré-natal, sendo que a 1ª, preferencialmente, até 120 dias de gestação e a 7ª até 42 dias após o parto. Do ponto de vista quantitativo e financeiro, esta cobertura, juntamente com os exames laboratoriais.

Avaliação de desempenho:

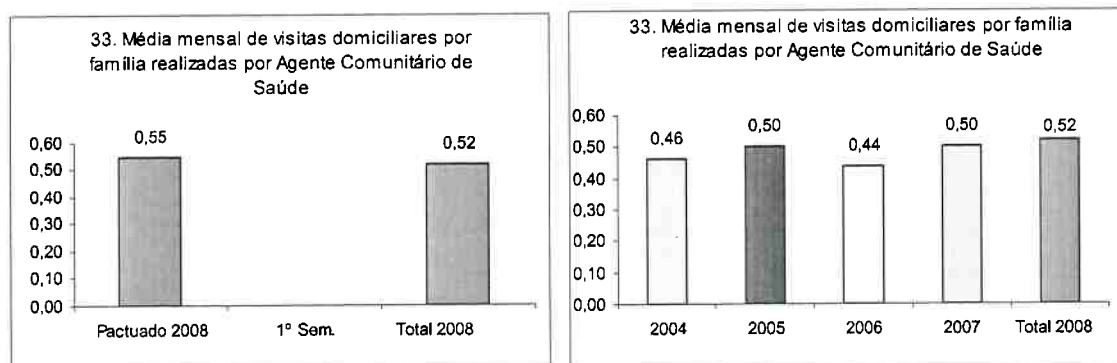


Indicador 33. Média mensal de visitas domiciliares por família realizada por Agente Comunitário de Saúde - ACS

Conceito / Interpretação:

Este indicador reflete a média de visitas domiciliares realizadas por ACS, por família cadastrada, por mês. Indica tendência de mudança do modelo assistencial, num enfoque de promoção de saúde.

Avaliação de desempenho:



O valor atingido nesta meta ficou um pouco abaixo do pactuado. Entende-se que, devido ao alto percentual de sub-registro no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), há um prejuízo importante para todos os indicadores vinculados a este sistema de informação. Ao considerarem-se, todavia, os registros realizados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o mesmo indicador, obtém-se uma média de 0,70 em 2008, ultrapassando o pactuado. Já que os dados do SIAB se referem às equipes em real atividade, sugere-se que estes sejam utilizados para o cálculo do indicador ao invés do SIA/SUS. Em virtude desse fato, recomenda-se que, na próxima reunião convocada pelo MS com os coordenadores da AB/ESF, seja levada essa sugestão para discussão com as coordenadorias de outros estados, sobre suas opiniões e necessidades quanto a essa determinação.

Por fim, devem-se trabalhar intensamente com os municípios as suas dificuldades no preenchimento da ficha do SIA/SUS e alimentação do banco de dados do sistema.

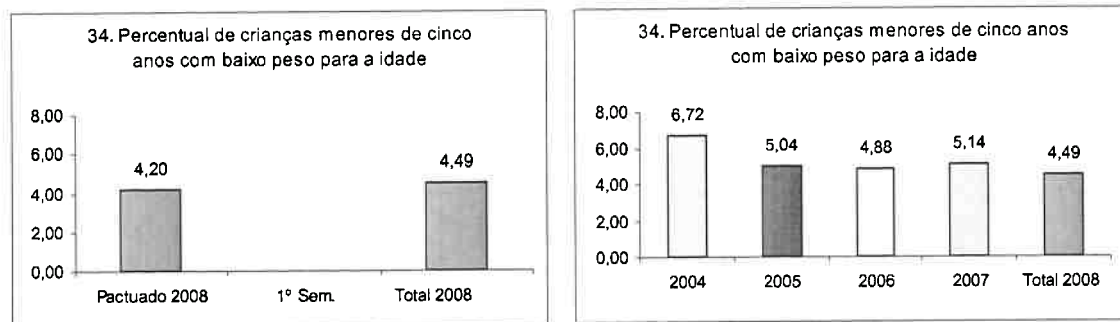
Objetivo IX. Desenvolver ações contínuas voltadas à diminuição da prevalência de desnutrição em crianças menores de 5 anos

Indicador 34. Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade.

Conceito / Interpretação:

O indicador expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança. É o índice utilizado para avaliação do estado nutricional, principalmente para caracterização do baixo peso.

Avaliação de desempenho:



A leitura dos dados deste indicador - crianças menores de 5 anos com baixo peso - se faz através do SISVAN Web que é o novo sistema informatizado da Vigilância Alimentar e Nutricional para registro de informações do estado nutricional e do consumo alimentar dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Considerando que o acesso ao Sisvan Web para todos os municípios foi disponibilizado no dia 15 de janeiro de 2008, pode-se fazer uma análise positiva da utilização do mesmo por 50% dos municípios do Estado, pois o indicador 34 está entre os novos indicadores do ano de 2008.

Tem-se o desafio de implementar e incentivar os demais municípios no uso desta ferramenta, com o objetivo de melhorar a cobertura de municípios e a meta do indicador, fornecendo informação contínua e permanente sobre o estado nutricional dos usuários do Sistema Único de Saúde, subsidiando o desenho, o planejamento e a avaliação de políticas e programas em nível nacional, estadual e municipal.

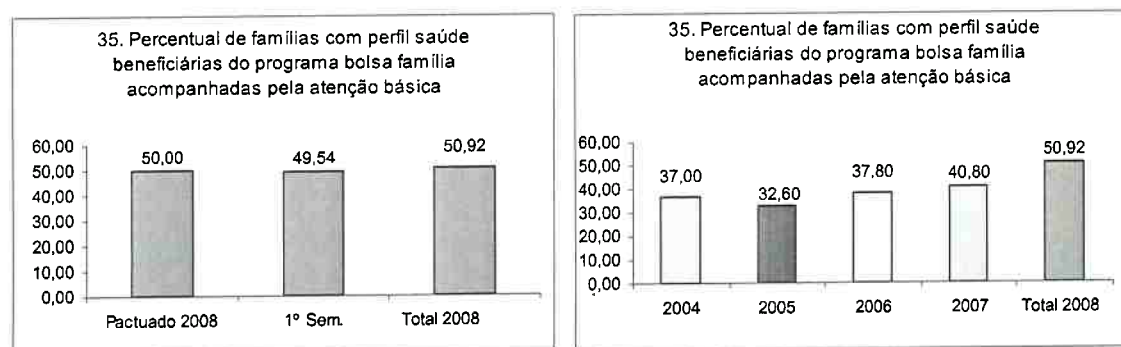
Objetivo X. Melhorar o acompanhamento das condicionalidades do setor saúde do programa bolsa família (acompanhamento das famílias e crianças beneficiárias).

Indicador 35. Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pela atenção básica

Conceito / Interpretação:

Reflete, em percentual, a relação entre o número de famílias com perfil saúde do Programa Bolsa Família que são acompanhadas pela atenção básica e o número total de famílias cadastradas no Cad-Único. O acompanhamento das famílias é compromisso do MS, compartilhado com os gestores estaduais e municipais do SUS. As condicionalidades do Programa referentes à saúde são: cumprimento do calendário de vacinação, acompanhamento do desenvolvimento da criança, do pré-natal da gestante e da assistência pós-parto e avaliação do estado nutricional das famílias.

Avaliação de desempenho:



O resultado alcançado no indicador 35 nos mostra um grande avanço dos municípios no cumprimento das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família, relativo ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacinação em dia, pré-natal, em crianças e gestantes, contribuindo para a melhoria das condições de saúde dos beneficiários do programa.

Há um trabalho permanente junto aos Coordenadores Regionais da Alimentação e Nutrição para identificação e solução das dificuldades encontradas pelos municípios que não atingiram a meta no ano de 2008, para que consigam atingi-la em 2009, refletindo num resultado melhor para o Estado.

Prioridade VII: Saúde do Trabalhador

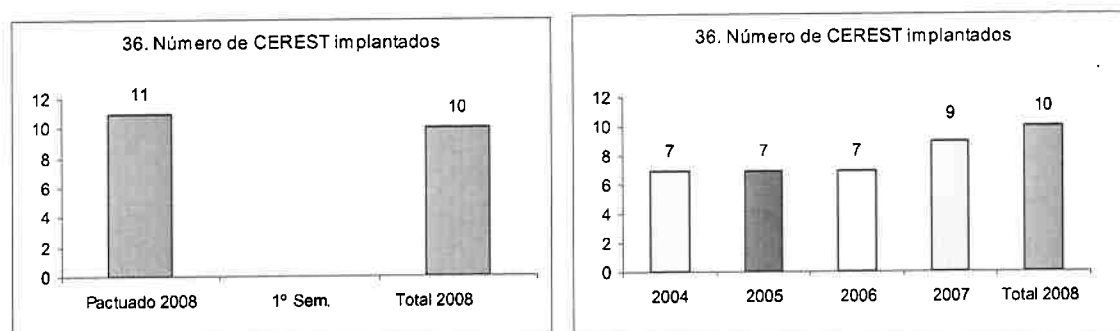
Objetivo I. Ampliar a rede nacional de atenção integral a saúde do trabalhador - RENAST, articulada entre o ministério da saúde, as secretarias estaduais e municipais, a partir da revisão da Portaria G/M numero 2.437 de 07/12/2005.

Indicador 36. Número de CEREST implantados

Conceito / Interpretação:

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador são unidades destinadas à Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, de referência para apoiar a vigilância e assistência aos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para a promoção de saúde dos trabalhadores.

Avaliação de desempenho:



A Vigilância em Saúde do Trabalhador ainda enfrenta dificuldades em ser percebida como campo prioritário no Sistema de Saúde.

Apesar das dificuldades encontradas para a expansão da rede de CERESTs nos últimos anos, ligadas especialmente às questões de financiamento e garantia de equipes municipais, em 2007 e 2008 foram implantadas mais 03 Unidades.

O RS conta hoje com 10 CERESTs em atividade, embora com desempenho heterogêneo, situados, além do Estadual junto ao CEVS, nos seguintes municípios: Porto Alegre, Pelotas, Ijuí, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Palmeira das Missões, Caxias do Sul, Passo Fundo (em implantação) e Erechim (em implantação).

Prioridade VIII: Saúde Mental

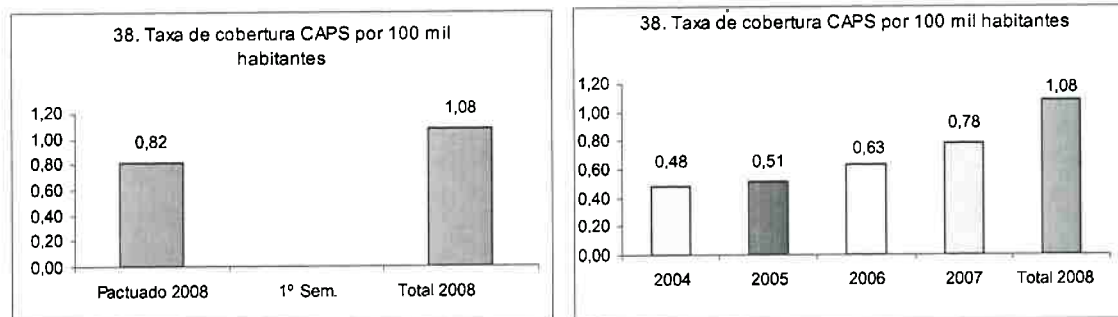
Objetivo I. Ampliar a cobertura de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

Indicador 38. Taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes

Conceito / Interpretação:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde mental destinados ao atendimento de crianças, jovens e adultos com transtornos mentais decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. Este indicador já está consolidado como um instrumento de monitoramento da expansão da rede extra-hospitalar, assim como indica o aumento da acessibilidade às ações comunitárias de saúde mental no SUS.

Avaliação de desempenho:



O Estado do RS vem ampliando a rede de serviços em saúde mental através de diversos dispositivos descentralizados e hierarquizados desde a atenção básica até a internação hospitalar.

Um importante e estratégico dispositivo de atenção diária são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No Estado conta-se com 146 CAPS sendo 115 cadastrados no Ministério da Saúde: 56 CAPS I, 33 CAPS II, 11 CAPS I e 15 CAPS AD, configurando uma taxa de cobertura de 1,08 CAPS/100.000 habitantes.

De acordo com os parâmetros, considerados pelo Ministério da Saúde, esta taxa representa uma cobertura muito boa. O Estado do Rio Grande do Sul é o 3º Estado do Brasil com melhor taxa de cobertura de CAPS.

Mesmo com a crescente expansão deste dispositivo ainda se faz necessário a ampliação dos mesmos em alguns municípios do Estado para que se possa oferecer à população um atendimento territorial e resolutivo. Esta expansão em nosso Estado fica prejudicada, pois 80% dos municípios gaúchos apresentam população inferior a 20.000 habitantes, requisito indispensável para a implementação do CAPS.

Objetivo II. Beneficiar pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos por meio do Programa de Volta para Casa - PVC

Indicador 39. Taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa

Conceito / Interpretação:

O indicador reflete, em percentual, a relação entre o n.º. de pessoas beneficiadas com o Programa de Volta para Casa e o total de beneficiários potenciais (que tenham sido internados em hospitais psiquiátricos por mais de 2 anos ininterruptos). O Programa tem como objetivo a reinserção social dos pacientes longamente internados. Além de estabelecer um auxílio-reabilitação repassado diretamente aos pacientes com transtornos mentais. Tem como requisito a exigência de que o gestor local garanta atendimento aos pacientes bem regime ambulatorial

Avaliação de desempenho:

O Estado do Rio Grande do Sul não pactuou meta para o indicador, pois não foram disponibilizados dados suficientes para a realização do cálculo e os fornecidos pelo Ministério da Saúde são instáveis e a série histórica apresenta.*

- O denominador “total de beneficiários potenciais”: não há censo de todas as instituições do estado que têm pessoas asiladas que atendam aos critérios para inclusão no PVC.

A não adesão dos municípios ao Programa vem prejudicando a inserção de beneficiários em potencial.

- O numerador *Pessoas Beneficiadas no PVC*: este número oscila diariamente devido a inclusão, exclusão e suspensão temporária do benefício o que irá prejudicar o cálculo deste indicador repassando informações não fidedignas.

Prioridade X: Atenção Integral às pessoas em situação ou risco de violência

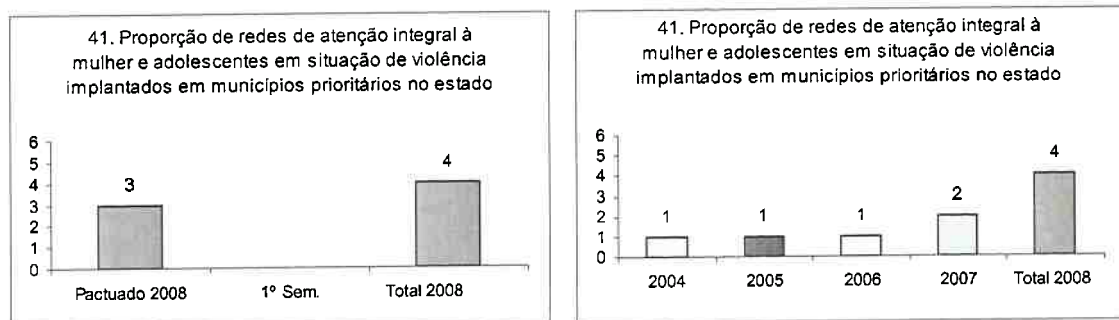
Objetivo I. Implantar redes de atenção e proteção a pessoas em situação de violência doméstica e sexual que contemplem: crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas com deficiência, com transtornos mentais e trabalhadores, de ambos os sexos.

Indicador 41. Proporção de redes de atenção integral a mulher e adolescentes em situação de violência implantados em municípios prioritários no estado

Conceito / Interpretação:

Redes para prevenção, atenção e recuperação de pessoas em situação de violência são conjuntos articulados dentro da sociedade, que se dispõem a serem porta de entrada, acompanhamento Psicossocial e reinserção dessas pessoas no cotidiano, na busca de minorar seus sofrimentos. A Rede Estadual de Atenção Integral a Mulheres e Adolescentes se compõe de forma a garantir ações estratégicas no âmbito do Estado e tem como fundamento a organização das referências e contra-referências no atendimento, acompanhamento, notificação, defesa de direitos, responsabilização de agressores.

Avaliação de desempenho:



Neste indicador, assim como na estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência, a meta proposta foi baseada nos municípios prioritários definidos segundo os parâmetros nacionais, referindo-se, portanto no RS aos municípios de Porto Alegre, Caxias do Sul, Alvorada, Novo Hamburgo e São Leopoldo.

Como citado em relação ao Indicador 23c, 04 municípios já constituíram redes para prevenção, atenção e recuperação de pessoas em situação de violência embora com níveis de organização e desempenho heterogêneos.

O pleno desempenho dessas redes reveste-se de complexidade pelos vários fatores implicados, inclusive o preparo técnico, ético e emocional dos profissionais envolvidos, além da integração das ações das áreas da Saúde, Justiça e Segurança e Assistência Social.

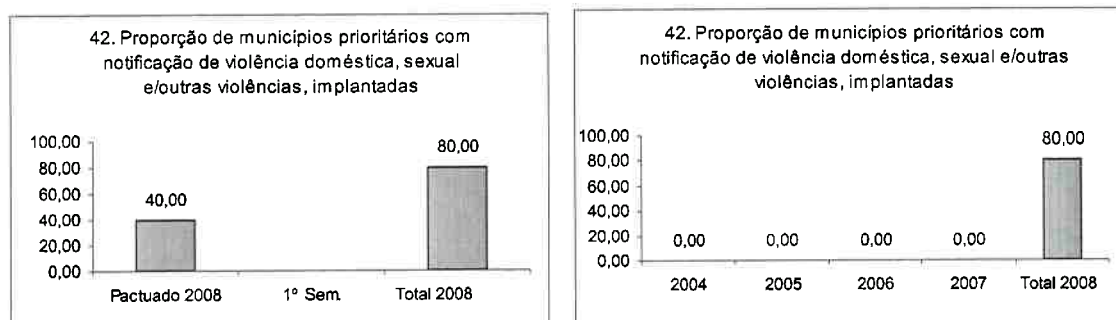
Objetivo II. Ampliar a cobertura da ficha de notificação/ investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

Indicador 42. Proporção de municípios prioritários com notificação de violência doméstica, sexual e/outras violências, implantadas.

Conceito / Interpretação:

Este indicador mede a implantação da "Ficha de Notificação/ Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências". E a relação entre o número de municípios com Notificação implantada e o número de municípios prioritários no Estado.

Avaliação de desempenho:



A notificação compulsória da violência está implantada no Estado, consolidada através das Portarias SES nº40 de 2004 e nº 244 de 2008. O instrumento de notificação é o Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violência (RINAV).

A rede inicial de Hospitais Sentinela ampliou-se progressivamente. Atualmente, 277 Serviços de Saúde são notificadores, abrangendo cerca de 80 municípios.

No período de implantação da RINAV, de 2001 a abril de 2009, o Sistema registra 153.867 notificações de acidentes e violência. A abrangência, portanto, dessa vigilância extrapola o número de municípios prioritários.

Prioridade XI: Saúde do Homem

Objetivo I. Promover a Saúde Integral do Homem.

Indicador 43. Política da Saúde do Homem elaborada e publicada

Conceito / Interpretação:

Este indicador identifica as unidades federadas que implantaram políticas de atenção integral à saúde do homem. Visa subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a implantação da política e a melhoria da qualidade da atenção à saúde do homem.

Avaliação de desempenho:

A meta não foi atingida em 2008. Houve duas razões principais para que isso acontecesse. Primeiro, o início da elaboração da Política Estadual de Atenção Integral a Saúde do Homem iniciou apenas no segundo semestre do ano de 2008. Segundo, ficou-se na dependência da finalização da elaboração da Política Nacional para dar seguimento e finalização à Política Estadual.

Em fevereiro do ano de 2009, entretanto, ocorreu o início efetivo dos trabalhos no Setor de Atenção Integral a Saúde do Homem no DAS/SES/RS, quando então houve a formação de um grupo de trabalho constituído por técnicos de outros setores do DAS encarregados de dar continuidade na elaboração da Política Estadual de Atenção Integral a Saúde do Homem. Felizmente, hoje em dia tal

política está em fase final de elaboração, quando então será dado seguimento aos trâmites legais envolvidos, com vistas à publicação.

PACTO DE GESTÃO

Estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

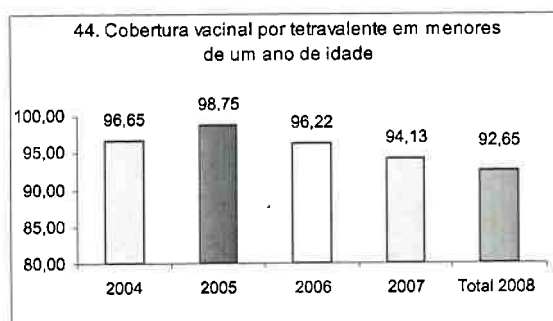
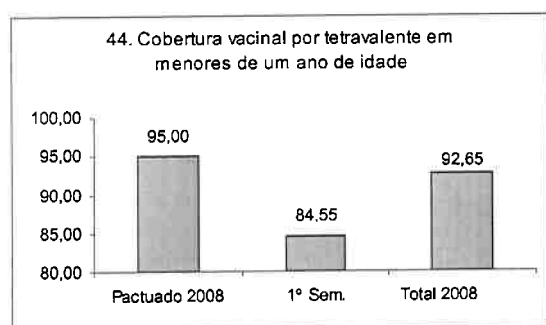
I - Responsabilidades Gerais

Indicador 44. Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade (Nº. de terceiras doses aplicadas)

Conceito / Interpretação:

Representa o percentual de crianças menores de um ano de idade que receberam a 3ª dose de vacina tetravalente em relação ao total de crianças desta faixa etária, em determinado município e período. A meta preconizada é vacinar 95% ou mais crianças menores

Avaliação de desempenho:



O cálculo desta cobertura já foi corrigido com a utilização da população SINASC 2008.

O Programa de Imunizações tem enfrentado alguns problemas operacionais (e talvez até de ordem estrutural) que afetam a avaliação das coberturas vacinais administrativas. Para o entendimento desses problemas é necessário analisar as mudanças do cenário epidemiológico e do SUS, mais acentuadas na última década.

Como componentes desse cenário deve-se considerar:

- a descentralização das ações de Vigilância em Saúde;
- a implantação do novo conceito de Vigilância em Saúde a ser absorvido pelas equipes, tornando-se gerador de novas práticas;
- a crescente complexidade da situação de saúde, com a grande magnitude tanto das doenças não transmissíveis como das doenças emergentes e reemergentes;
- a definição de novas áreas programáticas para responder à necessidade de ações frente a novos agravos e riscos;
- o desenvolvimento de novos e múltiplos Sistemas de Informação (e a freqüente mudança de versões e de formulários a serem preenchidos);
- a introdução de novas vacinas, com substancial ampliação do calendário básico.

De maneira geral, a resposta a esse cenário exigente encontra como maior obstáculo a dificuldade de constituição/ampliação das equipes, em todos os níveis, especialmente na gestão municipal (que, via de regra, enfrenta insuficiência e rotatividade). Dessa situação (em que a figura da vacinadora passa a desenvolver papel polivalente), aliada a ainda baixa cobertura de PSF no Estado, resultam dificuldades no

desenvolvimento de estratégias de vacinação (como busca de faltosos) e na alimentação dos Sistemas de Informação, com frequentes erros de registro.

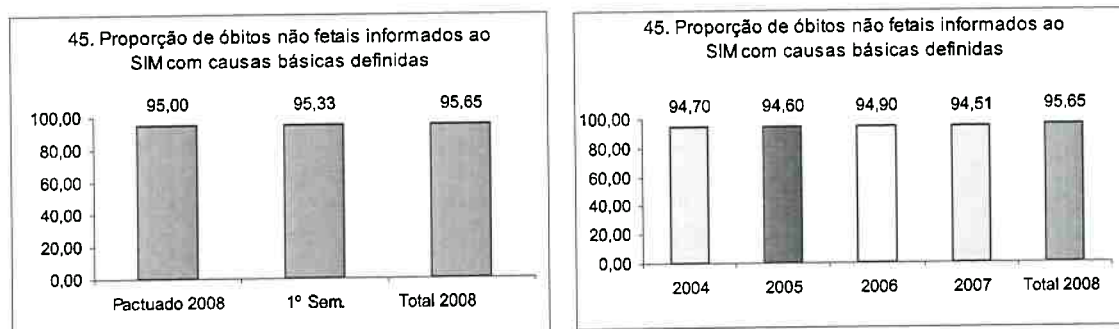
Ainda assim, as coberturas tanto de rotina como em campanhas permanecem satisfatórias, o que pode ser constatado pela permanência do controle da incidência das doenças imunopreveníveis.

Indicador 45. Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas

Conceito / Interpretação:

Proporção de óbitos cuja causa básica está definida como integrante de capítulo do CID-10. Trata-se de um indicador de qualidade da informação de mortalidade.

Avaliação de desempenho:



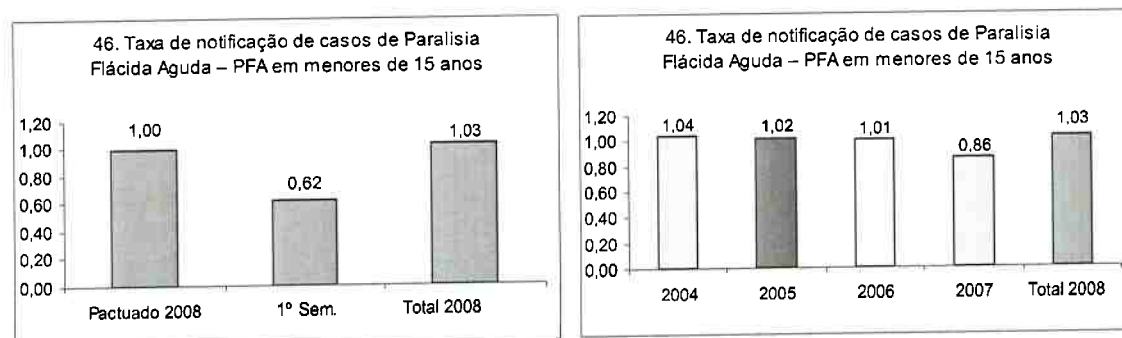
O Núcleo de Informações em Saúde atingiu 95,6% do indicador pactuado de "Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas", através das investigações dos óbitos com causa mal definida, presumíveis em nível Municipal, Regional e Estadual, fazendo todo possível para alcançar as metas, manter estes indicadores e qualificar cada vez mais nossas informações.

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

Conceito / Interpretação:

Total de casos de PFA notificados em menores de 15 anos, dividido pela população menor de 15 anos, multiplicado por 100.000. Permite monitorar a vigilância das paralisias flácidas agudas, visando à manutenção da erradicação da poliomielite.

Avaliação de desempenho:



A vigilância das Paralisias Flácidas Agudas em menores de 15 anos é necessária para a garantia da erradicação da Poliomielite.

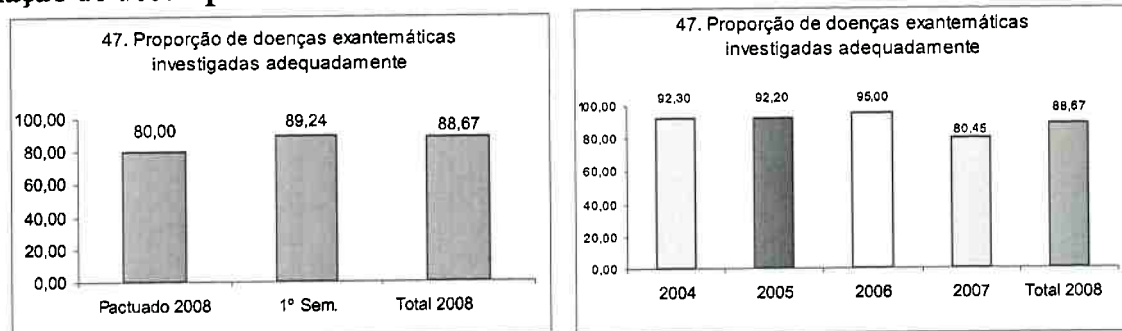
Apesar da dificuldade em manter a mobilização e a sensibilidade do Sistema de Saúde para a vigilância de uma doença já eliminada, tem havido uma resposta positiva, com a detecção e investigação do número de casos anualmente esperado de PFA nessa população.

Indicador 47. Proporção de doenças exantemáticas investigadas adequadamente

Conceito / Interpretação:

Proporção de casos suspeitos de sarampo e rubéola investigados em até 48 horas após a notificação e que tenham as variáveis, data de investigação, data exantema, data de coleta e se realizou bloqueio vacinal, preenchidas na ficha de investigação. Permite avaliar a qualidade de vigilância epidemiológica das Doenças Exantemáticas.

Avaliação de desempenho:



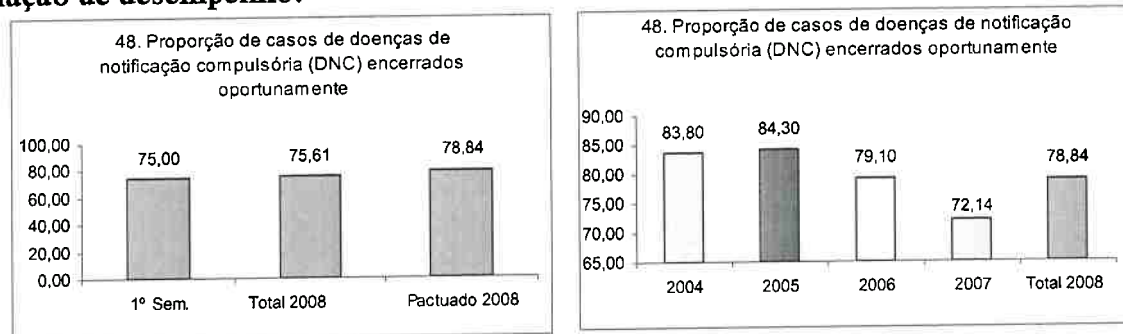
Importante para a avaliação da vigilância das doenças exantemáticas, que trabalham com o objetivo de eliminação (sarampo e rubéola), e que necessitam ter assegurado o desencadeamento rápido de medidas de bloqueio (especialmente vacinação), esse indicador tem mostrado bom desempenho estadual, com alcance da meta tecnicamente proposta.

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

Conceito / Interpretação:

Reflete a proporção de casos notificados de doenças de notificação compulsória que foram encerrados dentro do prazo preconizado para cada agravo. Permite avaliar a eficiência de um sistema de vigilância epidemiológica quanto à sua agilidade em encerrar casos notificados.

Avaliação de desempenho:



O encerramento oportuno é um dos indicadores mais completos para a avaliação da investigação de doenças, pois depende do cumprimento das diversas etapas desse processo, a partir da notificação, entre as quais: a investigação propriamente dita (com levantamento direto de todas as informações sobre o caso); o diagnóstico laboratorial (desde a agilidade na coleta até o definitivo

processamento e resultado de exames); o preenchimento adequado dos instrumentos do Sistema de Informação (SINAN), incluindo o relativo ao desfecho do caso.

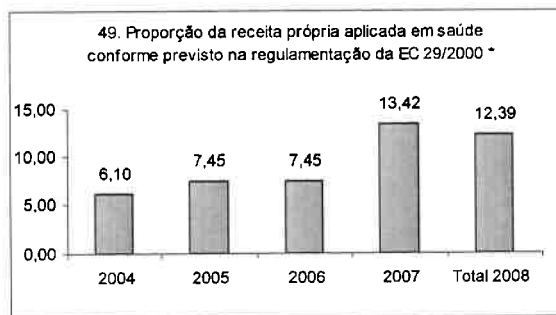
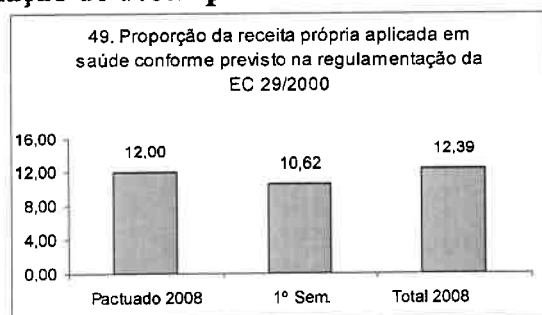
As metas relativas ao indicador vinham sendo alcançadas. Nos últimos dois anos registrou-se decréscimo no desempenho estadual, provavelmente explicado pela mudança no SINAN, que provocou dificuldades adicionais às usualmente encontradas por CRS e municípios em manter equipe suficiente e estável, de forma a dominar progressivamente a tecnologia necessária.

Indicador 49. Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.

Conceito / Interpretação:

Representa o percentual da receita de impostos e transferências constitucionais e legais aplicadas pelo estado em saúde. Segundo a EC 29, os estados devem aplicar em saúde, no mínimo, 12% da receita. (Fonte: SIOPS)

Avaliação de desempenho:



As despesas com ações e serviços públicos de saúde estão acrescidas dos montantes relativos aos custos dos serviços de saneamento básico prestados pela Companhia Riograndense de Saneamento – CORSAN, com fulcro na Informação 002-06 do Gabinete da Procuradoria-Geral do Estado. Essa inclusão foi convalidada pelo egrégio Tribunal de Contas do Estado, conforme Parecer Prévio relativo às contas de 2007.

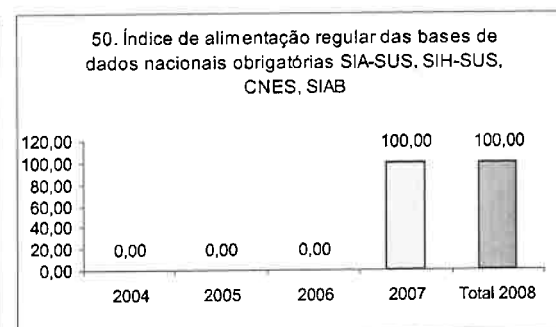
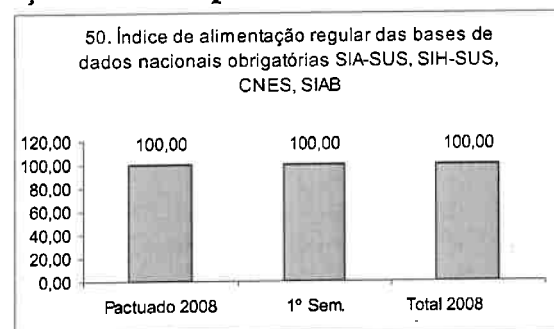
O acompanhamento da execução orçamentário-financeira será descrito no Capítulo 4 deste relatório.

Indicador 50. Índice de alimentação regular das bases de dados nacionais obrigatórias SIA-SUS, SIH-SUS, CNES, SIAB.

Conceito / Interpretação:

Reflete, em percentual, a relação entre o número de bases de dados dos sistemas de informação de alimentação obrigatória informadas no período e o total de sistemas de informação de alimentação obrigatória existentes.

Avaliação de desempenho:



Todos os sistemas são alimentados regularmente, de modo a garantir a qualidade da informação para os processos de acompanhamento, regulação, avaliação e auditoria.

II – Planejamento e Programação

Indicador 52. Proporção de estados com a PPI atualizada

Conceito / Interpretação:

Envio dos quadros referentes à PPI, sempre que alterada a programação, até a implantação do novo SISPPPI.

Avaliação de desempenho:

O RS é Projeto- Piloto do Ministério da Saúde para implantação do novo Sistema Informatizado da PPI.

O SISPPPI está sendo implantado no Estado e as alterações na programação estadual assistencial são rigorosamente informadas ao MS.

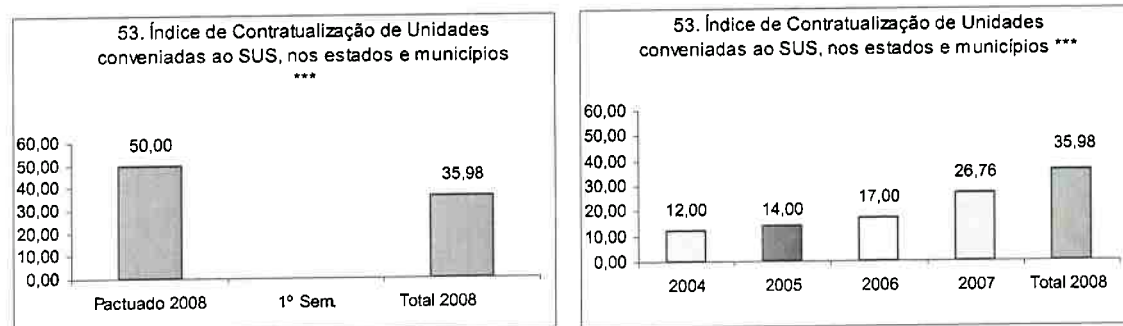
IV – Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.

Indicador 53. Índice de contratualização de unidades conveniadas ao SUS no estado e nos municípios

Conceito / Interpretação:

Número de unidades conveniadas ao SUS – privadas e filantrópicas – que estão com contrato regular e informada a data de publicação/total de unidades conveniadas por município ou estado X 100.

Avaliação de desempenho:



O índice de contratualização de unidades conveniadas ao SUS em 31/12/2008 era de 37,75 %, considerando o universo de 792 prestadores privados de saúde passíveis de serem contratados (dados de dez/2007), localizados nos municípios onde esta ação é de responsabilidade do Estado, não estando, portanto, incluídos os prestadores dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Até o final do ano havia 299 prestadores contratualizados, principalmente hospitais filantrópicos, laboratórios e serviços de atendimento aos portadores de deficiência, entre outros serviços.

- Hospitalar: 75 Hospitais contratualizados – 30%
 - Ambulatorial: 224 Serviços Ambulatoriais contratualizados
- Todos os contratos foram publicados no Diário Oficial do Estado.

V – Participação e Controle Social

Indicador 54. Proporção de estados e municípios com relatórios de gestão aprovados no CES e CMS.

Conceito / Interpretação:

Número de Municípios por estado com Relatórios de Gestão aprovados no CMS/Total de municípios por estado x 100.

Avaliação de desempenho:

Situação	Municípios	
	Nº.	%
RGMS apreciado e aprovado pelo CMS	458	92,34%
RGMS em análise pelo CMS	011	2,22%
Sem Informação	027	5,44%
Total de municípios	496	100,00%

Em: 12/11/08 – Fonte: CIB/RS

CRS	Nº. total de municípios	RGMS em apreciação pelo CMS	Sem Informação	Total
1ª	24	01	04	05
2ª	41	00	06	06
3ª	22	02	00	02
4ª	32	01	00	01
5ª	48	00	01	01
6ª	58	01	07	08
7ª	6	00	00	00
8ª	12	00	03	03
9ª	12	00	01	01
10ª	12	00	02	02
11ª	31	00	01	01
12ª	24	03	00	03
13ª	13	01	01	02
14ª	22	00	00	00
15ª	26	00	00	00
16ª	42	00	00	00
17ª	20	02	00	02
18ª	23	00	01	01
19ª	28	00	00	00
Total	496	11	27	38

Em: 12/11/08 – Fonte: CIB/RS

O alto índice de 92% alcançado pela SES, conforme Portaria MS 1219/2007, que determina entrega do RGMS aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, representa o acerto da política da SES em relação a este importante instrumento de gestão.

Desde 1999, através de decreto estadual, o Governo condicionou o repasse de recursos financeiros aos municípios à entrega regular trimestral do RGMS, política aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde e a CIB/RS.

Todas as Coordenadorias e municípios foram capacitados na elaboração deste instrumento que em 2003 recebeu versão informatizada tanto no aspecto referente dos recursos financeiros, quanto àqueles referentes aos indicadores de saúde.

Essa versão informatizada facilitou a elaboração do RGMS para os municípios, o acompanhamento pela CRS e a avaliação pelo Conselho Municipal, o que com certeza contribuiu para o cumprimento de 92% da meta estabelecida.

INDICADORES RS

Prioridade IV: Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, malária, influenza hepatite, AIDS.

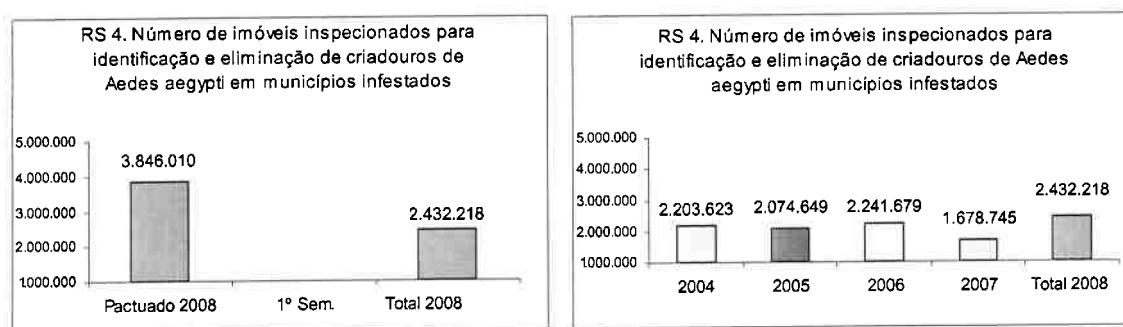
Objetivo: Realizar a vigilância do *Aedes aegypti* visando diminuir o risco de ocorrência de dengue

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

Conceito / Interpretação:

Dimensiona o risco de transmissão da doença, direcionando ações estratégicas para reduzir o índice de infestação predial dos municípios. Permite identificar os depósitos predominantes do vetor da dengue, importante para realização das atividades educativas.

Avaliação de desempenho:



Entre as razões que têm levado historicamente ao não alcance desta meta, salienta-se a dificuldade dos municípios, especialmente os de grande porte (Capital e Região Metropolitana), em manter equipes de campo no quantitativo recomendado pelo Programa Nacional de Controle da Dengue.

O Protocolo Técnico Nacional, que recomenda visitas bimensais em 100% dos domicílios nos municípios infestados, exige equipes de grande porte, que em geral não são mantidas permanentemente. Essas flutuações nas equipes geram interrupções nas ações.

A vigilância do *Aedes aegypti* se reveste da maior complexidade, pela diversidade de fatores que determinam as condições de manutenção da infestação, em especial os ambientais e os ligados ao saneamento.

Deve-se salientar ainda a importância da mobilização social e ações de educação em saúde, buscando a difícil mudança de comportamento e o envolvimento das comunidades nas medidas de prevenção e controle.

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

Conceito / Interpretação:

Pela sensibilidade desta metodologia, municípios não infestados por *Aedes aegypti*, que a implantam adequadamente, conseguem monitorar sua situação entomológica, detectando precocemente uma possível infestação pelo vetor.

Avaliação de desempenho:

O uso de armadilhas na vigilância do *Aedes aegypti* em municípios não infestados é recente no Estado. A atividade consiste em distribuir “larvitampas” na proporção de uma para cada 09 quarteirões ou 225 imóveis, realizando-se, posteriormente visitas semanais às mesmas.

Em 2007 essa atividade foi pactuada pela primeira vez, tendo sido realizadas naquele ano 656.011 visitas. Por esse motivo, não se dispõe de série histórica.

Para 2008 foi calculada a meta de realização de 877.341 visitas pelos municípios não infestados. O total de visitas efetivadas foi de 739.185.

As dificuldades em alcançar a meta proposta são as mesmas já elencadas em relação ao Indicador RS 4.

Prioridade VI: Fortalecimento da Atenção Básica

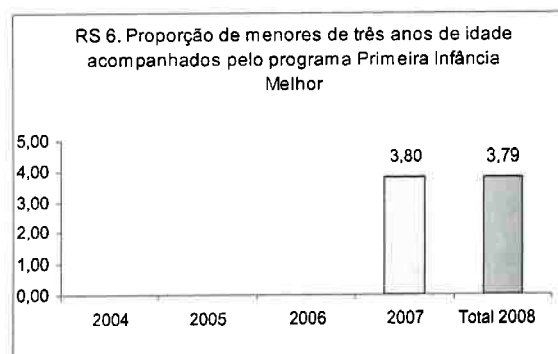
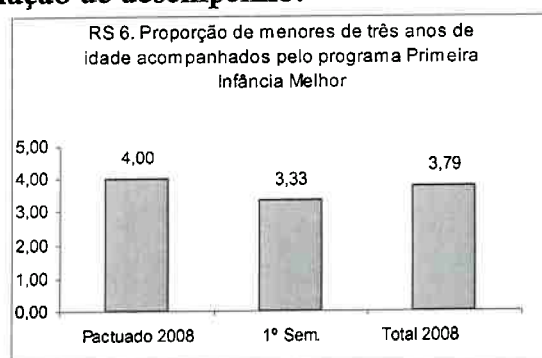
Objetivo VIII: Desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência contemplando, prioritariamente, as áreas programáticas e transversais.

Indicador RS 6. Proporção de menores de três anos de idade acompanhados pelo Programa Primeira Infância Melhor - PIM.

Conceito / Interpretação:

O indicador sugerido pode ser 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.

Avaliação de desempenho:



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

O indicador sugerido pode ser utilizado para monitorar e avaliar a abrangência da cobertura do atendimento às crianças entre zero e três anos de idade, incentivar a atenção da gestão municipal e estadual nesta 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.

O PIM pactuou uma meta para o Estado de 4%. Apenas 0,2% acima do atendimento registrado em abril de 2008 que era de 3,8%. O valor foi estipulado com pequeno crescimento considerando o ano eleitoral, em que há poucas habilitações. Em vários municípios esta meta já havia sido alcançada, cabendo a CRS negociar, da mesma forma, a sua ampliação.

A Pactuação Estadual do indicador PIM, ficou da seguinte forma:

Situação abril/ 2008	Pactuado 2008	Atingido 2008
3,8%	4%	3,8%

Fonte: ESF/SES-RS

Uma vez que este foi o primeiro ano em que o PIM participou do PACTO pela Saúde, apresentando um indicador de saúde para ser acompanhado, foi possível identificar algumas situações:

- metas pactuadas aquém do atendimento já existente em alguns municípios;
- metas já alcançadas em 2008 por alguns municípios;
- municípios com o PIM implantado, mas que não aderiram ao pacto em 2008.

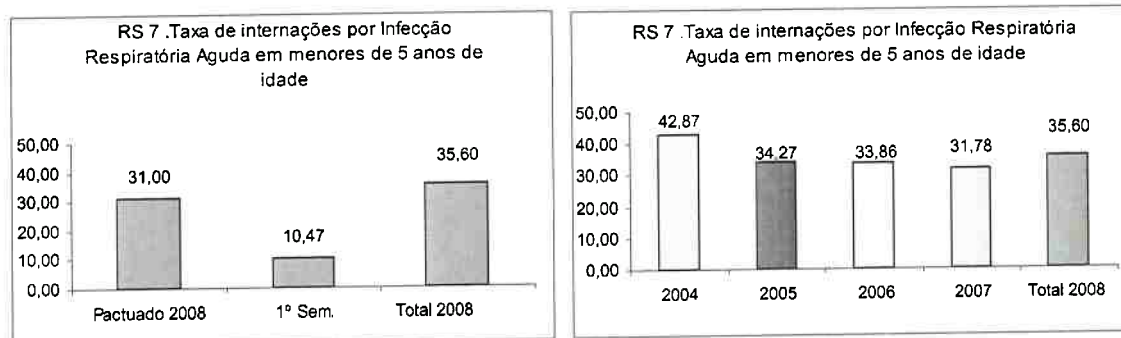
A não alimentação do Banco de Dados (BD) do Programa ocasionou uma aparente queda na cobertura quando, de fato, houve um crescimento significativo na habilitação de visitantes e, conseqüentemente, no atendimento a famílias com crianças de 0 a 6 anos no Estado. Estratégias devem ser utilizadas para o fortalecimento na alimentação no Banco de Dados nos anos subsequentes, pois a possibilidade de participar da pactuação complementa estratégias importantes e provoca o compromisso de manter, através da informação, o fortalecimento da Atenção Básica.

Indicador RS 7. Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade.

Conceito / Interpretação:

Permite avaliar, indiretamente, a qualidade da atenção básica aos casos de infecção respiratória aguda nos menores de 5 anos.

Avaliação de desempenho:



Esse indicador permite medir a ocorrência de internações hospitalares por Infecção Respiratória Aguda - IRA na população de menores de 5 anos, é calculado dividindo-se o nº de internações por IRA de crianças menores de 5 anos sobre o total de crianças nessa faixa etária X 1000. Permite medir a ocorrência de internações por doenças respiratórias em determinado local e período de tempo.

As IRAs, apesar de serem passíveis de controle com diagnóstico precoce, manejo adequado e uso criterioso de antibióticos, ainda representam importante causa de morte em menores de 5 anos.

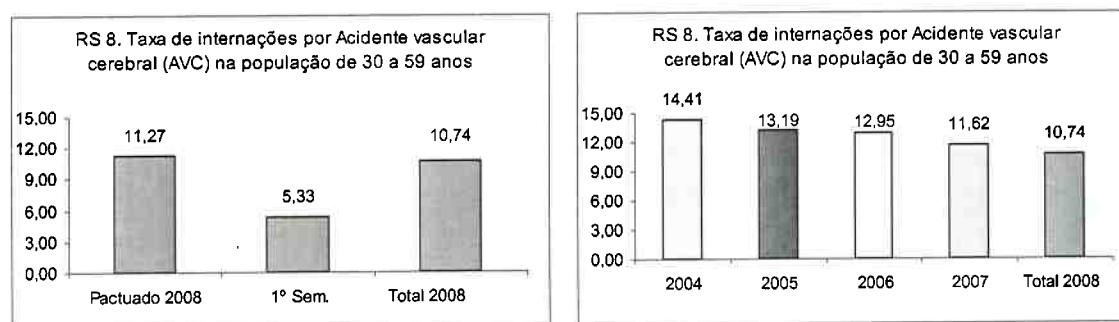
No ano de 2008, este indicador atingiu 35,60 internações/1000 crianças menores de 5 anos, este crescimento em relação a taxa de 2007 que foi 31,78/1000, ocorreu porque a população menor de 5 anos foi ajustada pelo IBGE, passando de 934.031 em 2007 para 725.373 em 2008, uma redução de 22,34%. Diminuindo o denominador que é a população, a taxa calculada aumenta. Porém, analisando os números absolutos, constata-se que o número de internações por IRA nesta faixa etária diminuiu, como era desejado, passando de 29.683 em 2007 para 25.718 em 2008, o que representou uma redução de 13%.

Indicador RS 8. Taxa de Internação por acidente vascular cerebral (AVC) de 30 a 59 anos.

Conceito / Interpretação:

Serve para avaliar o impacto das ações de saúde na prevenção e controle das Doenças Cardiovasculares especialmente aquelas relacionadas à detecção, diagnóstico e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Avaliação de desempenho:



A meta pactuada para este indicador, nesta faixa etária e período, buscou atingir-se a redução de 3% no número de internações hospitalares/10.000 habitantes em comparação com os dados obtidos em 2007.

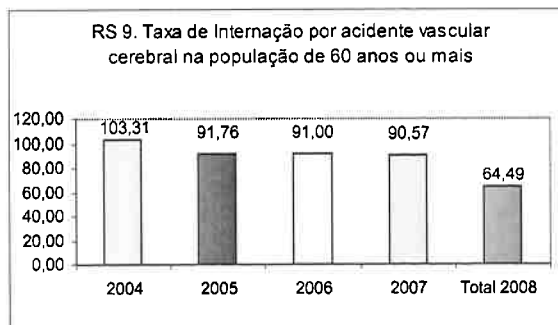
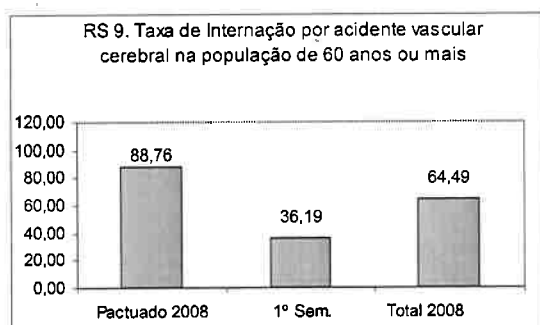
Em 2008 atingiu-se redução de aproximadamente 7,6% nas internações hospitalares, ou seja, a meta foi plenamente atingida para o RS. Este dado associado à redução de mortalidade por Doença Cerebrovascular, nesta faixa etária e período que também se mostrou considerável, permite concluir que, além da ampliação do acesso aos serviços de alta complexidade e dos métodos terapêuticos disponibilizados (incorporação tecnológica), houve qualificação da Atenção Básica especialmente no tocante a detecção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Indicador RS 9. Taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC) na população de 60 anos ou mais.

Conceito / Interpretação:

Este indicador tem por objetivo avaliar morbidade hospitalar por Doença Cérebro Vascular (Acidente Vascular Cerebral) relacionada ao Ciclo de Vida Idoso. Mede a ocorrência de internação hospitalar por Acidente Vascular Cerebral na população de 60 anos ou mais.

Avaliação de desempenho:



A meta pactuada para este indicador, nesta faixa etária e período, foi de redução de 3% no número de internações hospitalares por 10.000 habitantes em comparação com os obtidos em 2007.

Em 2008 atingiu-se redução de aproximadamente 21% nas internações hospitalares, ou seja, a meta estadual foi ultrapassada.

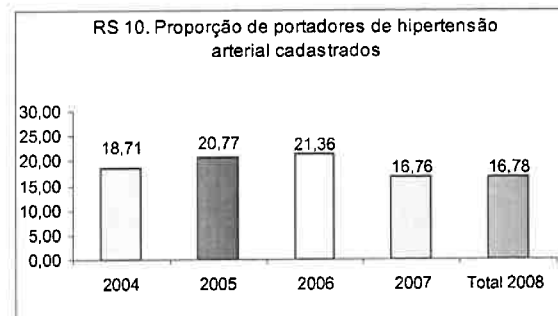
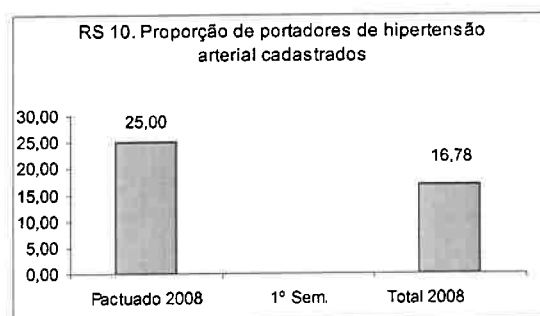
Este dado foi acompanhado de redução da mortalidade por Doença Cerebrovascular nesta faixa etária e período, permitindo concluir que, além da qualificação do acesso aos serviços de alta complexidade e dos métodos terapêuticos disponibilizados, houve qualificação da Atenção Básica, especialmente no tocante à detecção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Indicador RS 10. Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados

Conceito / Interpretação:

Indicador de processo que permite avaliar o cadastramento dos portadores de Hipertensão Arterial. Revela a proporção de pessoas portadoras de hipertensão arterial que estão cadastradas nas Unidades de Saúde em relação aos hipertensos estimados.

Avaliação de desempenho:



A meta pactuada para 2008 foi cadastrar 25% do número estimado de hipertensos no RS. Valendo-nos dos dados de prevalência de HAS para o Estado e adequando-os à estimativa da população dependente do SUS (75% da população considerada), observou-se que ao final de 2008, 16,78% do número estimado de hipertensos estava cadastrado no SisHiperDia.

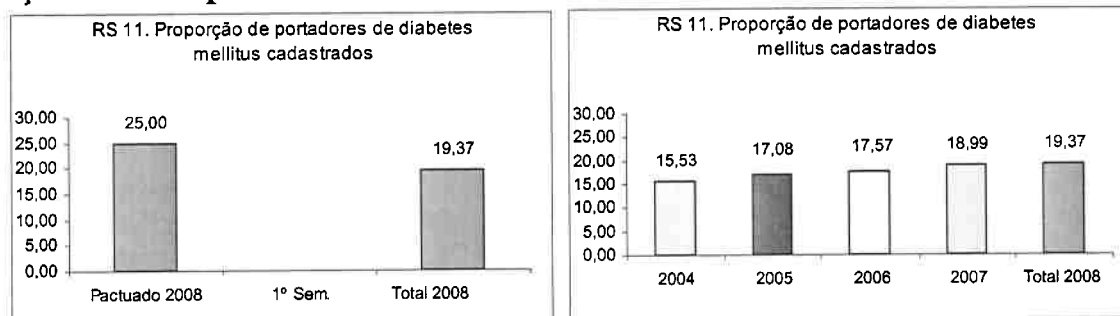
Desses fatos depreende-se que, apesar da diminuição na morbidade hospitalar e na mortalidade por AVC nas duas faixas etárias consideradas, o que aponta melhoria também na qualidade da Atenção Básica, a rede pública de saúde não está alimentando este sistema de informações conforme o esperado.

Indicador RS 11. Proporção de portadores de Diabetes Mellitus cadastrados

Conceito / Interpretação:

Revela a proporção de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus que estão cadastradas nas Unidades de Saúde em relação aos diabéticos estimados. Indicador de processo que permite avaliar o cadastramento dos portadores de Diabetes Mellitus.

Avaliação de desempenho:



A meta pactuada para 2008 foi cadastrar 25% do número estimado de diabéticos no RS. Valendo-nos dos dados de prevalência dessa doença para o Estado, e adequando-os à estimativa da população dependente do SUS (75% da população considerada), observou-se que ao final de 2008, 19,37% do número estimado de diabéticos estava cadastrado no SisHiperDia.

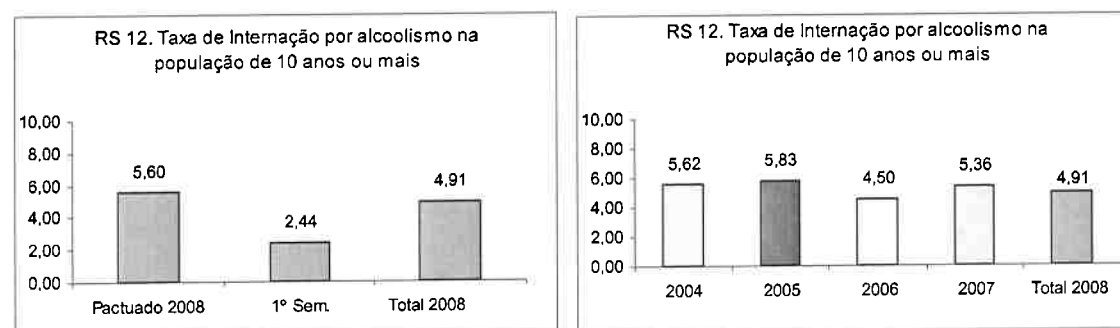
Apesar de ainda não se evidenciar alteração na morbidade hospitalar por Diabetes Mellitus, a rede pública de saúde está aumentando progressivamente a utilização desse sistema de informações, conforme se observa na série histórica, o que deverá resultar em diminuição da morbi-mortalidade decorrente dessa doença.

Indicador RS 12. Taxa de Internação por alcoolismo na população de 10 anos ou mais

Conceito / Interpretação:

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

Avaliação de desempenho:



Prioridade VII: Saúde do Trabalhador

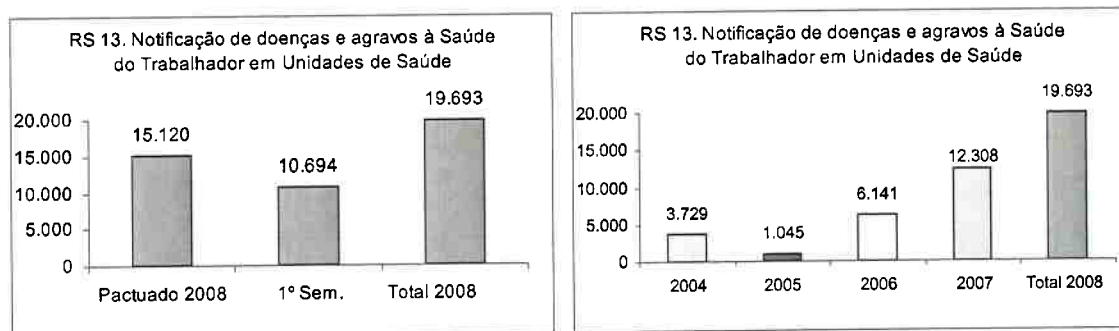
Objetivo: Implementar a vigilância dos agravos à saúde do trabalhador

Indicador RS 13. Notificação de doenças e agravos à Saúde do Trabalhador em Unidades de Saúde

Conceito / Interpretação:

Permite acompanhar implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador, que contribuirá para dimensionar os riscos à saúde relacionados aos processos de trabalho em cada região, possibilitando o desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos mesmos.

Avaliação de desempenho:



A notificação dos agravos à saúde do trabalhador já vinha sendo trabalhada no Rio Grande do Sul desde a implantação do SIST – Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador.

A progressão da descentralização da área de Vigilância em Saúde, com o estabelecimento de novas relações entre as diferentes esferas de gestão embasadas em um processo de pactuação, oportunizou a priorização desse indicador, estimulando o investimento dos municípios nessa ação.

A observação da série histórica de notificações demonstra claramente o sucesso desta pactuação, pelo importante e persistente aumento do número de agravos notificados.

Pacto pela Saúde: Análise do Desempenho Estadual

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

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

São inegáveis os avanços obtidos, principalmente, em relação às estratégias de negociação e aos instrumentos utilizados no processo. 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 reflexão sobre as ações de saúde, definição de metas para as mesmas, monitoramento e análise de resultados. Neste processo, estimulou-se o conhecimento e o uso dos diferentes Sistemas de Informação em Saúde existentes, como subsídio ao planejamento e programação.

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

Metodologia de Análise dos Resultados

Para a análise dos dados, classificou-se o grau de cumprimento das metas em quatro níveis, utilizando o modelo de análise do cumprimento de metas de acordo com o PlanejaSUS, conforme quadro a seguir:

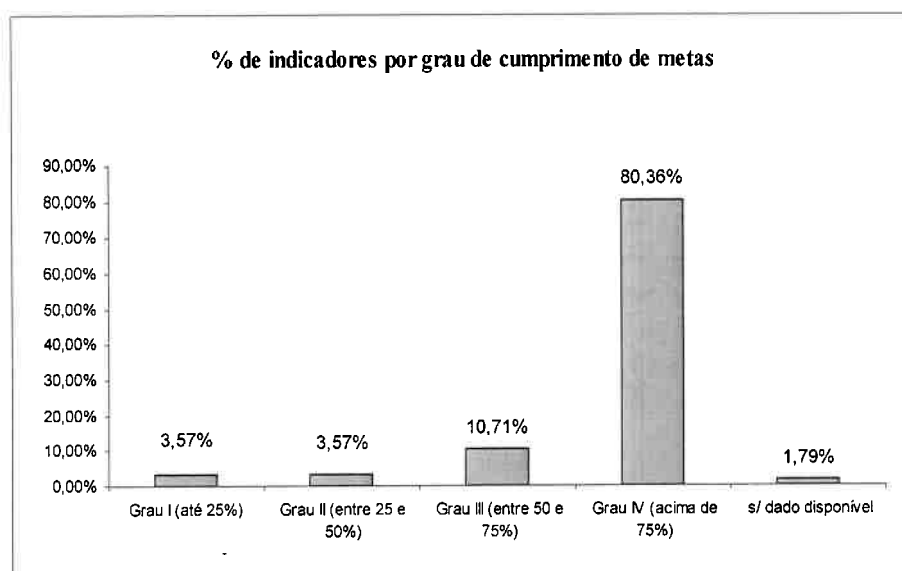
GRAU	PERCENTAGEM	QUALIFICAÇÃO
I	até 25%	Muito baixo desempenho
II	entre 25 e 50%	Baixo desempenho
III	entre 50 e 75%	Desempenho regular
IV	acima de 75%	Desempenho satisfatório

Análise dos Resultados de 2008

A análise dos dados demonstra que dos 56 indicadores pactuados, 45 (80,36%) atingiram Grau IV de cumprimento das metas, ou seja, nível satisfatório de desempenho. Dentre estes, cabe destacar que 27 indicadores atenderam ou superaram a meta pactuada, e 12 ficaram no intervalo entre 90% e 99%.

Com relação ao Grupo III, os resultados dos indicadores demonstram que 6 foram classificados com desempenho regular. Isso significa que o intervalo no percentual de cumprimento da meta ficou entre 50 e 75%.

Da mesma forma, 2 indicadores ficaram entre 25 e 50% , ou seja, classificados em Grau II, com baixo desempenho ao longo do ano de 2008, e 2 indicadores apresentaram muito baixo desempenho ou Grau I. Estes dois grupos de indicadores exigem atenção e avaliação criteriosa de desempenho, haja vista o distanciamento da meta pactuada. Sugere-se que estes indicadores sejam revisados para o melhor planejamento de suas ações e a consequente melhoria dos resultados.



No caso dos indicadores cuja fonte de dados é o SIA/SUS, como “Média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas”, “Média anual da ação coletiva Escovação dental supervisionada”, “Cobertura de primeira consulta odontológica programática” e “Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por Agente Comunitário de Saúde”, a informação ficou prejudicada. Isto se deve, provavelmente, às alterações introduzidas na tabela de procedimentos do SUS e, no nosso entender, principalmente, ao sub-registro que ocorre nos procedimentos realizados no âmbito da Atenção Básica, o que diminui o desempenho do indicador.

Outro fator que interferiu no desempenho de alguns indicadores foi o ajuste da população realizado pelo IBGE com variação importante em alguns municípios e, especialmente em certas faixas etárias, ocasionando impacto, muitas vezes significativo, no cálculo dos indicadores do Pacto pela Vida. Isso implica igual atenção ao número absoluto e não somente às taxas, pois a taxa sofre mudanças em função da alteração no seu denominador, no caso a população alvo do indicador avaliado.

Tendo em vista os resultados alcançados, cabe salientar que o Relatório de Gestão constitui 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.

3. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIO-FINANCEIRA

Recursos Estaduais

Os recursos do Tesouro do Estado, disponibilizados através de cotas orçamentárias, e financeiras, são gerenciados pelo Fundo Estadual de Saúde.

No demonstrativo de acompanhamento de aplicações em ações e serviços de saúde abaixo, especificamos as despesas em seus respectivos grupos, conforme classificação contábil apresentada no Balanço Geral do Estado.

Participação das Despesas com ações e Serviços Públicos de Saúde na Receita Líquida de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais

Especificação	Exercício
1 – Origem dos Recursos	2008
1.1 – Receita Líquida de Impostos e Transferências	14.123.286.151,14
2 – Aplicação dos Recursos	
2.1 – Saúde	1.749.212.384,22
2.1.1 – Pessoal e Encargos	586.367.140,01
2.1.2 – Custo de Serviços - Saneamento	697.540.955,13
2.1.3 – Outras Despesas Correntes	439.918.296,89
2.1.4 – Investimentos	25.385.607,06
2.1.5 – Inversões Financeiras	
2.1.6 – Amortização da Dívida	385,13
3 – Percentual de Aplicações (2.1 / 1.1)	12,39%

Fonte: Balanço Geral do Estado (Exercício 2008) – Valores Liquidados
Publicado no DOE em 30/01/09

SECRETARIA DA SAÚDE - Fundo Estadual de Saúde*Valores DOTAÇÃO ALTERAÇÃO e TOTAL LIQUIDADO - ANO 2008 - Recurso do Tesouro*

Projeto/Atividade		DOTAÇÃO com ALTERAÇÃO	LIQUIDADO	% LIQUIDADO
1824	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PIM	1.507.500,00	1.507.500,00	100,00%
1856	REDE DE PREVENCAO DA VIOLENCIA	3.000.000,00	1.699.374,60	56,65%
1883	SAUDE PRISIONAL - IMPLEMENTACAO DE EQUIPES	141.000,00	11.750,00	8,33%
5555	SAÚDE da FAMÍLIA da PREVENÇÃO da VIOLENCIA	678.600,00	670.000,00	98,73%
5556	IMPLEMENTAÇÃO DAS REDES DE REFERÊNCIA	200.000,00	200.000,00	100,00%
5557	PIM - MUNICIPIOS PPV	790.500,00	623.000,00	78,81%
5619	REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE	9.717.208,01	6.232.785,57	64,14%
6255	ATENCAO A SAUDE DA MULHER	125.080,40	2.150,08	1,72%
6284	APOIO A REDE HOSPITALAR DO SUS	27.425.400,00	23.764.784,81	86,65%
6292	PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR	9.000.000,00	8.989.000,00	99,88%
6300	ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA	61.017.791,99	61.010.005,00	99,99%
6301	ACOMPANHAMENTO, AVALIACAO DE ESF	417.019,50	48.949,99	11,74%
TOTAL ESTRUTURANTES		114.020.099,90	104.759.300,05	91,88%
1855	VERÃO LEGAL - INVERNO GAÚCHO	4.312.000,04	4.312.000,04	100,00%
2184	PROGRAMA SOLIDARIEDADE	4.400.000,00	4.399.998,58	100,00%
2485	MANUTENÇÃO DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA	394.290,96	342.350,15	86,83%
2486	PAGAMENTO AÇÕES INFRA-ESTRUTURA - FUGAST	28.927.408,48	28.927.408,48	100,00%
2487	PUBLICIDADE	2.000.000,00	1.142.319,19	57,12%
2488	APOIO ADMINISTRATIVO	140.941.728,00	140.520.604,40	99,70%
2509	MANUTENÇÃO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE	116.636,22	60.860,01	52,18%
2696	CONTRIBUICAO PATRONAL	5.076.266,04	5.076.266,04	100,00%
2697	VALE REF. E AUXILIO TRANSPORTE	4.186.000,00	3.729.297,04	89,09%
2721	SALARIO FAMILIA	3.542.386,00	1.111.355,08	31,37%
5620	PROJETO SALVAR	4.740.000,00	4.732.164,13	99,83%
6079	RESIDÊNCIA MÉDICA	5.000.000,00	4.660.912,96	93,22%
6182	GERENCIAMENTO DAS AÇÕES JUDICIAIS	65.438.585,45	61.117.136,92	93,40%
6185	CONTRIBUICAO PATRONAL	3.385.604,46	3.346.459,63	98,84%
6193	APOIO ADMIN. E QUALIF. DA INFRA-ESTRUTURA	16.739.405,83	14.701.154,42	87,82%
6253	ATENCAO INTEGRAL A CRIANCA E ADOLESCENTE	1.233.000,00	1.055.840,45	85,63%
6254	ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE	799.400,00	644.015,28	80,56%
6262	MANUTENÇÃO H.S.PARTENON	4.416.091,57	3.945.296,29	89,34%
6264	MANUTENÇÃO CONEN	20.000,00	2.922,53	14,61%
6271	ENSINO PROFISSIONAL - ET	38.619,40	8.619,40	22,32%
6273	DESENVOLVIMENTO INTRA E INTERINSTITUCIONAL	1.854.249,04	1.814.400,00	97,85%
6275	GESTAO E DESCENT. VIIGILANCIA AMBIENTAL	10.000,00	-	0,00%
6276	SAÚDE DO TRABALHADOR	1.550.000,00	1.550.000,00	100,00%
6277	VIGILÂNCIA DE EPIDEMIOLOGIA	2.125.000,00	1.029.490,04	48,45%
6286	MEDICAMENTOS	87.532.136,13	81.538.190,56	93,15%
6287	FARMÁCIA BÁSICA	16.448.000,00	15.873.701,57	96,51%
6296	MANUTENÇÃO H.P.SÃO PEDRO	34.285.001,42	33.169.729,97	96,75%
6298	SAÚDE MENTAL	14.154,91	2.259,91	15,97%

SECRETARIA DA SAÚDE - Fundo Estadual de Saúde

Valores DOTAÇÃO ALTERAÇÃO e TOTAL LIQUIDADO - ANO 2008 - Recurso do Tesouro

Projeto/Atividade		DOTAÇÃO com ALTERAÇÃO	LIQUIDADO	% LIQUIDADO
6484	MANUTENÇÃO H. C. ITAPUÃ	8.655.127,04	6.087.924,45	70,34%
6589	MANUTENÇÃO MURIALDO	980.105,79	767.065,72	78,26%
6590	MANUTENÇÃO AMBUL. DERMAT. SANITÁRIA	591.330,00	421.363,79	71,26%
6591	MANUTENÇÃO COORDENADORIAS REGIONAIS	4.239.184,57	3.540.733,89	83,52%
7102	REGIÃO RESOLVE-CONSULTA POPULAR	24.323.461,83	20.441.074,46	84,04%
8046	PROSAN	950.000,00	780.910,99	82,20%
8071	ASSIST.COMP.DEMANDAS EMERGENCIAIS	300.000,00	271.459,76	90,49%
8072	REGULACAO ASSISTENCIAL	132.000,00	83.225,67	63,05%
8073	CONTRAPARTIDA DO ESTADO	211.000,00	185.165,26	87,76%
8077	CO-FINANCIAMENTO HOSPITAIS	36.367.293,04	36.166.293,04	99,45%
8511	FUNAFIR	434.291,00	430.821,33	99,20%
8820	ENCARGOS COM INATIVOS SES	130.335.334,00	129.263.048,84	99,18%
9048	MANUTENÇÃO DVS	777.394,15	717.357,10	92,28%
9068	DOAÇÃO DE ÓRGÃO E TRANSPLANTES	200.800,00	132.882,81	66,18%
9069	ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR	28.130.533,56	26.907.043,42	95,65%
TOTAL DEMAIS PROJETOS		676.153.818,93	645.011.123,60	95,39%
TOTAL		790.173.918,83	749.770.423,65	94,89%

Na tabela acima, observa-se que se considerarmos apenas os recursos alocados no Orçamento da Secretaria da Saúde, a execução orçamentária atingiu 94,89% em relação à Dotação com Alterações disponível para o exercício. Nos **Projetos Estruturantes** foram liquidados R\$ 104.759.300,05, representando 91,88% da dotação existente, destacando-se a Estratégia de Saúde da Família, onde houve a execução de R\$ 61.010.005,00, salientando que no exercício houve suplementação de orçamento para empenho e pagamento de dez parcelas da competência 2006 e todas as parcelas da competência 2008 (apenas municípios inadimplentes junto ao CADIN não receberam).

Na Consulta Popular, destaca-se que o valor pago durante o exercício foi superior ao valor orçado (R\$ 24.323.461), salientando que houve também o pagamento do valor de R\$ 23.536.891,33, referente a despesas de exercícios anteriores, além da liquidação de R\$ 20.441.074,00 de despesas do exercício de 2008.

Nos demais programas da SES ressalta-se a Contrapartida Estadual da Assistência Farmacêutica Básica, que iniciou o exercício com Dotação Orçamentária de R\$ 5.000.000,00, sendo suplementada em mais R\$ 11.448.000,00, para efetivação da liquidação do valor integral dos quatro trimestres de 2008, que totalizou R\$ 15.873.701,00, com a disponibilização do total dos recursos liquidados para pagamento das quatro parcelas. Houve somente o efetivo pagamento do valor de R\$ 9.910.744,19, devido a pendências dos municípios junto ao CADIN.

✱

Recursos Federais

Recursos Federais - Ingresso e Execução de Recursos em 2008 (posição até 31/12/08)					
Convênio/ Portaria	OBJETO	REC	Ingresso Receita	Executado	Saldo Bancário em 31/12/2007
2552/98	FNS-EMENDA ORÇ.UNIÃO/98.	1060	-	-	614.159,32
	FES/GOV. R GRE SUL PAB FIXO	1097	-	-	21.177,40
	MS-FES/Farmácia Básica	1098	-	-	4.254,77
	FES - Ordem de Recolhimento	1189	-	-	-
3210/98	FNS-Urgência e Emergência	1405	-	-	-
3192/98	FNS-Gestante Alto Risco	1414	-	-	-
783/99 S	FNS - Combate ao Cancer de Colo e Mama	1416	-	-	0,00
1073/99 S	FNS-Real.Proj.Int.Maus Tratos no Atend. Mulher Grávida	1423	-	-	3.179,14
PORT 1481/99	Medicamentos Excepcionais	1426	-	-	45.032,55
2515/99	FNS-Org.Serviço de Saúde não Transmissíveis.	1435		-	-
PORT 950/99/1399/99	FNS-FES/TFECD	1450	7.788.452,05	8.613.357,06	5.367.330,67
PORT 1399/99/950/99	FNS-FES/TFECD-Campanha de Vacinação	1451	4.226.061,32	4.010.789,90	0,00
PORT 1008/00	ANVS - MAC.V.S. FNS Termo de Ajuste de Metas	1477	-	-	10.962.279,77
2386/2000	FNS - Reforma de 6 Casas Parto Normal Matern.Mod.nas Micro Regiões - RS	1489	-	-	389.965,90
1464/00	FNS- Impl. Unidades de Saúde - Agravos Relativos a Saúde do Trabalhador no RS	1496			92.508,93
3033/00	Projeto de Moderniz. e Adequação da Unidade de Hematologia e Hemoterapia	1609	74.315,74	775.632,00	922.095,00
2743/01S	Aquis.Mat.Perm.LAB.FARM./FEPPS(Amp.área administrativa)	1639	75.017,26	-	904.534,73
68/2002	Fomentar e implementar ações prevenção de cancer	1648	29.475,87	313.828,66	499.919,79
1273/2002	Cursos Capacitação em Saúde Mental -Fortalecimento do SUS	1658			28.436,99
PORT 1679/02	RENAST - Estrut.Red. Nac.Saúde do Trabalhador	1676	924.755,04	166.852,68	161.417,25
PORT 2299/02 - GESTÃO PLENA	Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde	1681	609.140.559,19	580.954.712,40	19.658.110,28
PORT.1415/03 DST/AIDS	Incentivo ao Programa Nac.de HIV/AIDS e outras DST	1684	3.521.169,17	1.347.420,07	4.463.289,16
PORT.2313/02	Incentivo Form.Infantil p/Crianças 6 Meses.Expostas HIV	1696	323.324,38	321.411,72	105.507,96
2352/03	FNS - Aquisição de Equip.e Mat.Perman.e Capacitação de Pessoal	1718	-	-	87.352,18
2224/03	Aquisição de Equip.e Mat.Permanente visando fortalecer SUS	1724	17.667,13	-	148.575,02
140/04	Apoio Téc/Financ.Curso Pós Graduação Espec.Assist.Usuario Drogas	1725	-	-	23.821,91
3379/04	Apoio Desenv.Ações no Ambito At.Bas.à Saúde na Poli.Nac.de Alimentação	1745	-	-	75.738,57

Recursos Federais - Ingresso e Execução de Recursos em 2008 (posição até 31/12/08)

Convênio/ Portaria	OBJETO	REC	Ingresso Receita	Executado	Saldo Bancário em 31/12/2007
2743/03	Estdo e Pesq.s/Recup.Nutricional e Aimet.Saudável no Ciclo de Vida	1759	-	-	987,51
4093/04	Apoio Téc/Financ.p/Aquisição de Unidades Móveis de Saúde	1760	-	-	31.286,44
PORT.430/05	Serv.d/Atend.Móv.d/Urg.-SAMU 192- p/adequação d/área fis.d/Centr.d/Reg.Méd.d/Urg.	1762	245.793,64	94.471,45	259.896,64
PORT.1253/05	Projeto Vigisus II - PLANVIGI	1766	678.897,90	417.980,36	1.470.171,44
1371/03	Sistema de Abastecimento de Água e Melhorias Sanitárias em Com.Indígenas	1770	21.173,92	6.397,50	192.785,42
PORT.2606/05	Fator de Incentivo ao LACEN	1787	1.239.146,89	1.454.248,33	2.730.262,95
PORT.2603/05	Fortalecer Ações do LACEN na Coordenação da Rede de Lab.de Diagnóstico da Tuberculose	1795	1.053,98	-	10.814,53
PORT.2608/05	Incentivo à estruturação de Vig. e Prev. Doenças e Agravos Não-Transmissíveis	1810	206.421,52	101.739,38	162.948,33
5419/04	Construção de Unidade de Saúde	1811	75.187,80	-	692.922,40
4080/04	Aquisição de Equip.e Mat. Permanente	1812	9.294,01	42.000,00	99.339,95
4893/05	Capacitação de Conselheiros de Saúde	1814	11.349,14	-	96.699,84
PORT.2277/04	Implantação dos novos Sist.de Inform.de Mortalidade e de Nascidos Vivos	1822	1.933,36	9.976,37	21.103,72
PORT.246/05	Incentivo p/Implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT	1827	12.024,51	-	313.269,03
PORT.1344/06	Custeio das Atividades Desenvolvidas pelo Registro de Câncer de Base Populacional	1828	56.221,61	1.076,00	85.725,06
PORT.1357/06	Incentivo para Combate às Carências Nutricionais nos municípios qualificados	1829	134.137,78	166.456,79	55.570,37
PORT.3156/06	Incentivo aos Hosp.de Ref.do Subsist.Nac.de Vig.Epidemiolog.Amb.Hosp.	1860	68.762,47	48.000,00	8.431,35
PORT.204/07	Transf.Rec.p/Ações e Serv.de Saúde na forma de Blocos - MEDICAMENTOS	1865	54.516.625,60	57.755.172,41	7.973.597,68
PORT 13/06	Impl. Progr. Qual. e Estrut. da Gestão do Trab. e de Educ. no SUS (PROGESUS)	1883	24.331,07	18.020,00	2.318.771,33
4894/05	Apoio Financeiro para Aquisição de Equipamentos e Mat. Permanente	1884	-	-	588.396,74
1398/06	Est. e Pes. - Editoração e Impressão de um Guia de Serviços de Saúde Mental	1885	-	-	18.318,60
1240/06	Aquisição de Equipamentos e Mat. Permanente - para Implantação de Serv.Espec. para Atendimento a Portadores Hepatite B e C	1886	7.670,00	-	96.170,88
2945/07	Inc. destin. ao apoio da org. e funcio. dos Colegiados de Gestão Regional	1888	817.541,48	11.370,00	-
376/07	Incentivo fin. para a implem. do Sis. de Planejamento do SUS - PLANEJASUS	1889	1.217.861,91	31.730,35	-
PORT 1996/07	Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	1890	662.146,93	120.633,82	-
PORT 2835/07	Implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores	1906	1.139.199,08	128.949,18	-
PORT 3202/07	Fin. Dest. Centrais de Saúde Públ. -LACEN- para exec. das ações de Vigil. Sanit.	1912	696.464,14	516.776,14	-
PORT 3271/07	FNS - Incentivo aos Lab.Centrais de Saúde Pública -LACEN- p/execução das ações de Vig.Sanitária-Estruturação dos Lab.Saúde Pública voltado ao Sistema de Gestão da Qualidade	1916	845.561,42	-	-
12/07	FUC (FINEP 141/07) - Implantação de tecnologia avançada para uso em terapia gênica nas doenças cardiovasculares no IC/RS	1918	265.455,07	-	-
23/08	FNS - Seminário Nacional de Combate à Violência	1919	831.415,70	641.022,87	-
1895/07	FNS - Implantação da Política de Atenção Integral de Saúde à Pessoa Idosa	1924	100.310,54	-	-
PORT 3060/07	FNS - Incent.financ.implement.comp.qualif.gest.no que se refere a regulação, contr.,aval.,audit.,monit.p/Controle Social	1928	1.058.429,99	50.138,54	-
2971/07	FNS - Aquisição de Equipamentos, Material Permanente e Curso de Especialização visando o fortalecimento do processo de Regionalização e de Gestão Regional	1970	343.793,40	-	-

Os recursos federais repassados à Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul são gerenciados integralmente pelo Fundo Estadual de Saúde (responsável pela sua execução orçamentária e financeira) e devem constar no orçamento do órgão saúde.

Destaca-se entre os valores executados em 2008 o montante da Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, que atingiu R\$ 580.954.712,00 (88,27%), o valor referente a Portarias das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária (recursos 1450, 1477, 1766, 1810, 1860) que atinge R\$ 13.191.866,67 (2,00%) e o valor utilizado na Prevenção e Tratamento de DST/Aids (recursos 1684 e 1696) que perfaz um total de R\$ 1.668.831,79 (0,25%).

Cabe salientar que a execução destes recursos não é contabilizada no percentual de aplicação determinado pela Emenda Constitucional 29/2000.

4. SÍNTESE DAS PRINCIPAIS REALIZAÇÕES

O RS mantém-se entre os estados com o menor coeficiente de mortalidade infantil do Brasil.

Em 2007, o Rio Grande do Sul registrou um dos menores coeficientes de mortalidade infantil do país, 12,73 óbitos em 1000 nascimentos.

Em 2008 manteve o comportamento, registrando 12,75 óbitos por 1000 nascimentos.

A estratégia para a redução dos óbitos infantis envolve uma rede articulada de ações, gerenciada pelo Programa Viva a Criança, agregando ações da Estratégia Saúde da Família, Regulação Estadual da Assistência, Auditoria Médica, Primeira Infância Melhor, subsidiada por dados do Núcleo de Informações em Saúde.

Em virtude da estagnação observada, é fundamental a retomada dos processos de reorganização e qualificação da atenção pré-natal, com o reforço da parceria estado/municípios.

A partir do mapeamento das circunstâncias que cercam os óbitos de menores de um ano de idade, o Estado vem desenvolvendo ações efetivas de prevenção e acompanhamento das crianças em situação de risco.

Novas estratégias estão sendo instituídas, contribuindo para a redução de óbitos infantis e maternos, dentre as quais destacamos a implantação de cerca de 300 leitos em Casas da Gestante, repasse de incentivos financeiros estaduais a 19 serviços hospitalares de referência para gestação de alto risco e aos 10 serviços hospitalares para a ampliação de unidades Canguru.

A implantação de 20 leitos de UTI Neonatal nos municípios de Alegrete e Santo Ângelo, capacitações Maternidade Segura para qualificação da atenção pré-natal, capacitações para qualificação da assistência ao recém-nascido por ocasião do nascimento, o efetivo monitoramento dos 34 municípios de maior risco, com maior número absoluto de óbitos, por equipes especificamente capacitadas, estão entre as ações mais significativas.

O Programa Primeira Infância Melhor, com efetiva intersetorialidade, integrando políticas de prevenção de agravos e promoção da qualidade de vida, incrementou e ampliou suas ações no atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade social, beneficiando 43.275 famílias, 64.913 crianças, de 0 a 6 anos, e 5.193 gestantes. A redução da mortalidade infantil e dos índices de violência, trabalhada pelo PIM, através dos visitantes, ainda tem sido grande desafio, gerando mobilização junto às famílias e à sociedade em geral. O Programa vem sendo avaliado sistematicamente pela OPAS e foi tema de programa da BBC de Londres.

O Estado continua investindo no aumento das Equipes de Saúde da Família, implantadas em 420 municípios, com 1311 Equipes de Saúde da Família, 604 Equipes de Saúde Bucal em 321 municípios, e 8073 Agentes Comunitários de Saúde, com cobertura total de 43% da população. Em áreas indígenas estão em atividade 23 Equipes de Saúde da Família Indígena e 17 Equipes de Saúde Bucal Indígena.

Ressalta-se que em dois anos houve aumento de 130 Equipes e 476 Agentes, representando incremento de 5% na cobertura populacional no Estado.

2008 sem casos autóctones de dengue no RS

Com a coordenação da SES, organizando e articulando ações com os municípios e a população, não houve registro de casos autóctones de dengue no Rio Grande do Sul em 2008.

No verão de 2007 foi controlada rapidamente a primeira epidemia de Dengue surgida no Estado. Com ações articuladas e ágeis, o Governo criou uma força tarefa que, em parceria com os municípios, limitou a ocorrência da doença a 285 casos, enquanto no Brasil chegou-se a 300.000 casos no mesmo período.

No verão de 2008 o RS não registrou nenhum caso de dengue em que a doença tenha sido contraída no Estado. Todos os 90 casos confirmados foram de pessoas que vieram de outras regiões. Ainda em 2008, a SES enviou médicos para auxiliar o combate à Dengue no Estado do Rio de Janeiro.

Foi elaborado Plano de Contingência Estadual com especial atenção à Região Metropolitana de Porto Alegre e às Regiões Norte e Missões. Conforme o Plano, o Estado, em 2008, complementou o orçamento em R\$ 6.000.000,00 para o planejamento de ações visando evitar uma epidemia de dengue, cujos riscos sempre aumentam com a proximidade do verão.

Também foram destinados R\$ 1.000.000,00 provenientes de repasses federais, para a prevenção da doença através de contratação de agentes sanitários municipais, quando necessário.

Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos

Entre as realizações intersetoriais que contaram com a participação do CEVS, destacam-se:

- implantação da “Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias – Conhecendo a Doença Falciforme”, com o objetivo de capacitar e informar profissionais de saúde para diagnóstico precoce e tratamento da doença;
- reestruturação do Programa de Prevenção, Vigilância e Controle da Tuberculose;
- criação do Programa Estadual de Controle Sanitário de Produtos Lácteos (PEMPLAC);
- reestruturação e implementação do Comitê Estadual para Investigação dos Óbitos Maternos;
- constituição do Comitê Intersetorial da SES para implementação do Plano de Ação para Enfrentamento das Hepatites sob coordenação do Gabinete da Governadora;
- implantação do Comitê Estadual de Combate ao Câncer de Mama.

Programação Pactuada e Integrada da Assistência

A SES/RS, juntamente com a ASSEDISA, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Conselho Estadual de Saúde e Associação Gaúcha dos Consórcios Públicos está desde Março/07, trabalhando conjuntamente no processo de Pactuação da Assistência, nos eixos programáticos do Pacto pela Saúde. A portaria nº 198/2007, designou o Grupo de Trabalho interinstitucional para elaboração do processo de PPI no Estado do Rio Grande do Sul.

O RS possui uma PPI baseada em série histórica que está sendo atualizada, a partir das discussões de dados epidemiológicos levantados pelo Centro de Vigilância em Saúde e conjuntamente com os técnicos da Atenção Básica e Média e Alta Complexidade para, posteriormente, definir os parâmetros de cobertura na Atenção Ambulatorial e Hospitalar, programando-se as ações e serviços de saúde no Estado.

Observamos que deverá ser respeitado o limite financeiro disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Neste período, o Estado do Rio Grande do Sul juntamente com os Estados de Alagoas, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Pará e São Paulo tem trabalhado como projeto piloto para o desenvolvimento de um aplicativo que implemente as diretrizes da Programação Pactuada e Integrada – PPI, definidas na Portaria GM nº 1.097, de 22/05/2006.

O Ministério da Saúde, em conjunto com os Estados “pilotos”, trabalhou na configuração do SisPPI em Módulo Estadual, que prevê a distribuição de recursos financeiros, parametrização dos procedimentos, agregando áreas estratégicas da atenção básica, alta complexidade ambulatorial e internação de média e alta complexidade, para posteriormente realizar a consolidação da macroalocação de recursos.

Foram capacitados técnicos das regionais para serem multiplicadores frente aos seus municípios, visando a instalação e utilização do SisPPI no Módulo Municipal.

Central de Regulação Estadual

A Central Estadual de Regulação, no ano de 2008, regulou a totalidade das internações em leitos de UTI neonatal e UTI pediátricos e parcialmente as internações em UTI adulto, realizadas nos hospitais localizados nos municípios que ainda não possuem a gestão plena do sistema. Além disso, fez o acompanhamento das internações transferidas para municípios em gestão plena, os quais são responsáveis pela regulação dos leitos localizados em seus territórios.

A partir de março de 2009 as internações em leitos de UTI Neonatal passaram a ser reguladas sob mapeamento analítico, visando potencializar a ocupação destes leitos. Também a partir de março e de junho de 2009, a Central iniciou a regulação das internações de gestantes de alto risco e dos procedimentos de urgência em cardiologia e neurologia. A implantação dos complexos reguladores está garantindo um elevado percentual de resolução de casos conforme dados abaixo:

- 2.236 atendimentos com acesso regulado em UTI neonatal, com 99% de resolução;
- 498 atendimentos com acesso regulado em UTI pediátrica, com 98% de resolução.

A regulação da Urgência e Emergência atendeu em média 6 mil chamados/dia e 800 atendimentos (65% clínico, 25% trauma e 10% pediatria, obstetrícia e psiquiatria), com envolvimento de 16 ambulâncias de suporte avançado (UTI), 36 ambulâncias de suporte básico e 900 profissionais.

A Central de Transplantes, em 30 meses, através do trabalho qualificado que inclui a sensibilização de familiares, possibilitou a realização de 3.075 transplantes.

A SES decidiu implantar o SISREG hospitalar do MS em todas as UTIs e paralelamente encaminhar a aquisição de um Sistema Informatizado próprio, testado em nível nacional, que integre a regulação às áreas de controle e avaliação, faturamento, contratos e auditoria do SUS.

Qualificação de Profissionais para Fortalecimento da Gestão da Saúde Pública

A SES, com foco na qualificação da atenção e no processo de educação em saúde, entre outras ações de ensino coordenadas e desenvolvidas pela Escola de Saúde Pública, foi criada a Escola Estadual de Educação Profissional – ETSUS/RS, voltada à formação inicial, continuada e profissionalizante de nível médio para o trabalhador do SUS, com ênfase na relação ensino e serviço e na oferta descentralizada e regionalizada de serviços.

Foi implantada, ainda, a Política Estadual de Educação Permanente através da estruturação das Comissões de Integração Ensino e Serviço - CIES Regionais, fortalecendo as instâncias gestoras e de controle social, reforçando a gestão participativa nas decisões e ações da educação na saúde. No RS são 19 CIES Regionais e 19 Colegiados de Gestão Regional – COGERES, por onde passaram e foram aprovados mais de 80 projetos de capacitação.

Foi realizado, de forma inédita no sul do país, o primeiro Curso de Especialização em Direito Sanitário com o objetivo de qualificar 46 profissionais que desenvolvem atividades na área de gestão, proporcionando conhecimento para subsidiar o processo de tomada de decisão.

Ampliação da Política de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, através do funcionamento do Comitê Estadual de Humanização (PNH RS), com representação de todos os Departamentos da SES, e representantes das demais instâncias do SUS. Realização do Curso de Especialização de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, para 103 profissionais de saúde, distribuídos entre os municípios das macrorregiões e da SES (DCHE e CRS).

Implementação do Monitoramento de Óbitos no RS

Inaugurada a área física do 1º Serviço de Verificação de Óbitos do RS que funcionará com a parceria da Secretaria da Saúde e Secretaria da Segurança Pública, ratificada pela assinatura de Termo de Cooperação Técnica.

Implantação de Teste de Paternidade em Parceria com o Tribunal de Justiça

A Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS), em parceria com o Tribunal de Justiça do Estado realiza Testes de Paternidade que representam um avanço na área pública de biologia molecular. Foram realizadas 6.952 análises, atendendo 100% da demanda e gerando R\$ 2.755.808,84, que estão sendo reinvestidos no desenvolvimento de novas tecnologias na área de produção e pesquisa em saúde.

Inaugurado HEMORGS Regional de Santa Maria

Na área de sangue e hemoderivados, foi inaugurado em 2008, o Hemocentro Regional de Santa Maria, sob a gestão da FEPPS, tendo produzido mais de 3.800 bolsas para atendimento da demanda regional.

Programa Estadual de Telessaúde / Tele Ecg – Cardiologia

O Projeto Tele ECG Digital RS envolve o estabelecimento de uma estratégia de Telecardiologia que busca transpor enormes carências de assistência cardiológica de urgência no Estado do Rio Grande do Sul. Contempla uma proposta multidisciplinar de caráter assistencial, com importante repercussão acadêmica e de pesquisa dentre as instituições participantes. Envolve 2 Centros Cardiológicos de referência, 11 Instituições de saúde de pequeno porte e 1 Hospital Regional.

Em 2008, o Instituto de Cardiologia do RS e o Hospital de Cardiologia da Cidade do Rio Grande, em conjunto com as Secretarias da Saúde e da Ciência e Tecnologia do Estado do Rio Grande do Sul, implementaram o Projeto em 11 cidades/distritos do interior do Estado - sendo 6 localizadas na região de Santa Rosa (noroeste) e 5 na região do município do Rio Grande(sul).

Esta iniciativa representou grande inovação na área de saúde pública do Rio Grande do Sul. Através de tecnologia de Telemedicina, o projeto está disponibilizando auxílio especializado para o atendimento à distância de pacientes vítimas de urgências e emergências cardiovasculares e que residem em áreas ou cidades de difícil acesso.

Focado na área da Telecardiologia, o mesmo disponibiliza: 1. Telediagnóstico de eletrocardiogramas digitais; 2. Realização de videoconferência médica cardiológica para segunda opinião especializada; 3. Tratamento farmacológico (trombolítico: tenecteplase) para Infarto Agudo do Miocárdio, para aplicação no local do atendimento e, 4. Um sistema integrado de remoção de pacientes graves para centros médicos especializados, através do Programa SAMU/SALVAR, que está sendo estruturado e coordenado pela Secretaria da Saúde do RS. Neste contexto, o IC/FUC-RS e o Hospital de Cardiologia do Rio Grande são as Instituições responsáveis pela coordenação e pela análise de eletrocardiogramas, bem como por prestar consultoria e orientação terapêutica cardiológica, através de videoconferência, para os centros remotos. Os Hospitais de Cardiologia do Rio Grande e São Vicente de Paulo, de Passo Fundo, estão com a responsabilidade pelo recebimento, atendimento e seguimento dos pacientes com urgências cardiológicas, provenientes dos locais envolvidos no projeto.

A concretização deste ideal na área da Telessaúde/Telecardiologia já está trazendo inequívoco benefício à Comunidade Riograndense e irá alavancar o processo de integração digital das instituições de saúde gaúchas. A natureza interinstitucional deste projeto aproximará os centros cardiológicos executores, as instituições de saúde de pequeno porte e a Secretaria de Saúde do Estado do RS na busca de soluções inovadoras e viáveis para as regiões carentes de assistência cardiológica.

Febre Amarela

Em outubro de 2008, o Estado do Rio Grande do Sul registrou a circulação do vírus da febre amarela entre primatas não humanos (bugios), inicialmente na região noroeste e posteriormente nas regiões central, nordeste e metropolitana. Desde então intensas ações de vigilância e imunizações foram desencadeadas.

A Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (DVAS/CEVS), da Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) realiza o monitoramento das populações de primatas não humanos. Paralelamente são realizadas capturas de mosquitos para identificação das espécies de vetores da FA Silvestre para monitoramento e tentativa de isolamento viral. Ações de vacinação foram desencadeadas, prioritariamente nas populações residentes em área rural, na mata ou beira de rios, e a vigilância de novas epizootias foi reforçada.

Leishmaniose Visceral

Até o ano de 2008, o Rio Grande do Sul era considerado área indene para Leishmaniose Visceral (LV). Em novembro de 2008 foi notificada LV em um cão proveniente do município de São Borja, sendo desencadeadas várias medidas de vigilância buscando a comprovação da doença e da autoctonia.

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) da Secretaria Estadual de Saúde e a Seção de Reservatórios e Vetores do Laboratório Central de Saúde Pública do RS (LACEN/RS), a 10ª Coordenadoria Regional de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de São Borja, com assessoria da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, elaboraram e vêm desenvolvendo um Plano de Ação de Vigilância da Leishmaniose Visceral, que inclui: busca ativa e exame de cães sintomáticos, controle da população canina errante; levantamento entomológico de flebotomíneos; capacitação da rede de saúde para o diagnóstico e tratamento da doença; implantação de vigilância epidemiológica de casos suspeitos; definição de fluxo de diagnóstico laboratorial para casos humanos e caninos; manejo ambiental para prevenir e controlar os fatores que favorecem a multiplicação do vetor, através de ações intersetoriais e de informação à comunidade, visando à sua efetiva participação neste processo. Com a ampliação progressiva do conhecimento do problema, outros municípios têm sido alvo de ações de vigilância e controle da LV.

Auditoria Estadual

O serviço de **auditoria da SES** realizou em 2008, além de outras atividades pertinentes, apuração de denúncias de cobrança a usuários, baseada na Lei Estadual nº 11867/dez 02; emissões de Ordem de Recolhimento (OR) a prestadores, por cobranças indevidas ao SUS; e, atendimento das demandas de Ouvidoria /MS encaminhadas por usuários do RS, ~~tendo como resultados~~.

A Lei 11867/02 prevê a cobrança de multas aos prestadores, por cobrança indevida ao SUS, cujo valor não poderá ser inferior a 1/60 avos do último faturamento mensal liquidado, nem superior a 1/30 avos desse faturamento. Foram cobradas multas a 11 prestadores por cobranças indevidas a usuários no valor total de R\$ 94.435,42. Foram ressarcidos 08 usuários, no valor total de R\$24.238,65, sendo que ainda está em andamento 02 devoluções, no valor total de R\$ 552,97.

As OR por cobranças indevidas de procedimentos (faturas) foram emitidas a 15 prestadores, no valor total de: R\$ 164.559,38, incluindo inscrição em dívida ativa 01 prestador, no valor de R\$15.470,92 e solicitação a 01 prestador para depósito em conta no valor de R\$36.730,52. Além destes valores, 01 prestador encontra-se em negociação de dívida, em 02 processos, um no valor de R\$ 4.336.798,31 (administrativo) e outro no valor de R\$1.689.236,91 (processo judicial).

Quanto à ouvidoria, as demandas são disponibilizadas pela Ouvidoria/MS, via sistema informatizado ao estado, sendo encaminhadas pela auditoria aos setores competentes para análise e

manifestação. As informações obtidas, após conclusões das áreas técnicas, são anexadas ao sistema Ouvidoria/ SUS para encerramento da demanda.

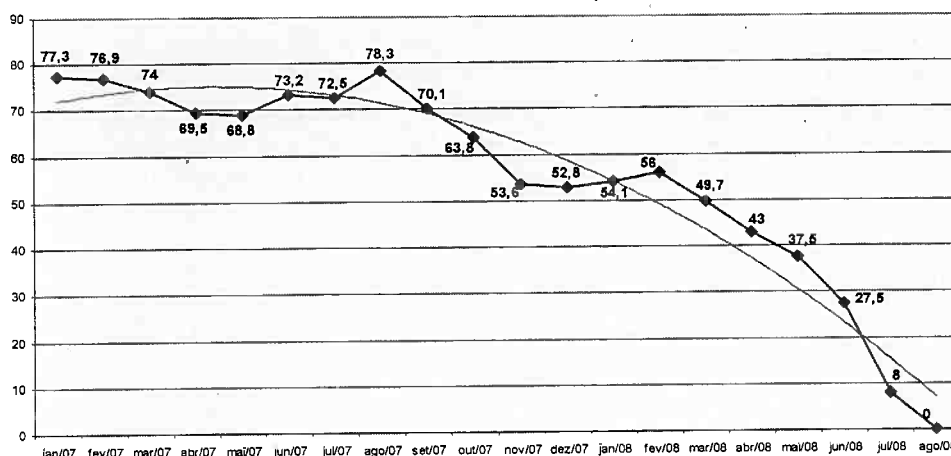
Está prevista a implantação de ouvidoria própria do SUS Estadual para 2009. Até a implantação, os usuários continuarão tendo suas demandas recebidas através do MS e atendidas pela SES/RS, através da Auditoria Estadual e dos demais setores. Foram encaminhadas 314 demandas e concluídas 122. No período, foram também concluídas 394 demandas de anos anteriores (2000 a 2007), que não são informadas no Sistema Ouvidor/SUS no ano da conclusão, pois a informação é incluída pelo número do protocolo, que se refere a data da entrada da demanda.

Modernização da Gestão da Assistência Farmacêutica

A partir do ajuste fiscal iniciado no Estado, foi possível a utilização da estratégia de passar a comprar a vista e iniciar a amortização da dívida de R\$ 77,3 milhões (valores em janeiro de 2007) com os fornecedores de medicamentos. A amortização da referida dívida iniciou em agosto de 2007, tendo sido pagos R\$ 23,2 milhões de agosto a dezembro de 2007 e R\$ 54,1 milhões de janeiro a agosto de 2008.

Ressalte-se, uma vez mais, que desde agosto de 2008, o RS não possui dívida com fornecedores de medicamentos, sendo que, atualmente, os pagamentos são realizados em torno de 15 dias após o protocolo da solicitação.

Histórico do Pagamento da Dívida com Fornecedores de Medicamentos (em R\$ milhões)



Outra ação importante foi efetivada pela SES, o restabelecimento do repasse do Estado aos municípios da contrapartida Estadual da Assistência Farmacêutica Básica.

A contrapartida referente à competência de 2008 (R\$ 16 milhões) foi totalmente repassada no decurso do mesmo ano. No ano de 2009, o Estado efetuará o repasse da contrapartida referente à competência de 2009 (R\$ 17 milhões) e, simultaneamente, efetuará o repasse referente à competência de 2007 (R\$ 11 milhões) que se encontrava pendente.

Com a transferência dos recursos financeiros acima referidos aos municípios para aquisição de medicamentos do elenco básico, resta fortalecida a atenção primária em saúde, atendendo os usuários com as patologias ainda em sua fase inicial, o que, no longo prazo, resulta na prevenção do agravamento da doença com consequente redução da necessidade de medicamentos de alto custo como os medicamentos excepcionais.

Em 2008, foi efetuada a integração do Sistema AME com o Sistema de Controle de Óbitos da Secretaria da Fazenda do Estado (Sistema SCO). Infelizmente os familiares dos usuários da Assistência Farmacêutica do Estado raramente informam as Secretarias Municipais ou Estadual de Saúde da ocorrência do falecimento do usuário e por este motivo, em alguns casos, o Estado acabava por manter estoques em determinado órgão dispensador (farmácia do município) sem demanda real, o que acarretava maior ônus ao Estado. A Secretaria da Fazenda recebe periodicamente de todos os cartórios do Estado informação acerca dos óbitos ocorridos e alimenta o Sistema SCO a fim de evitar o

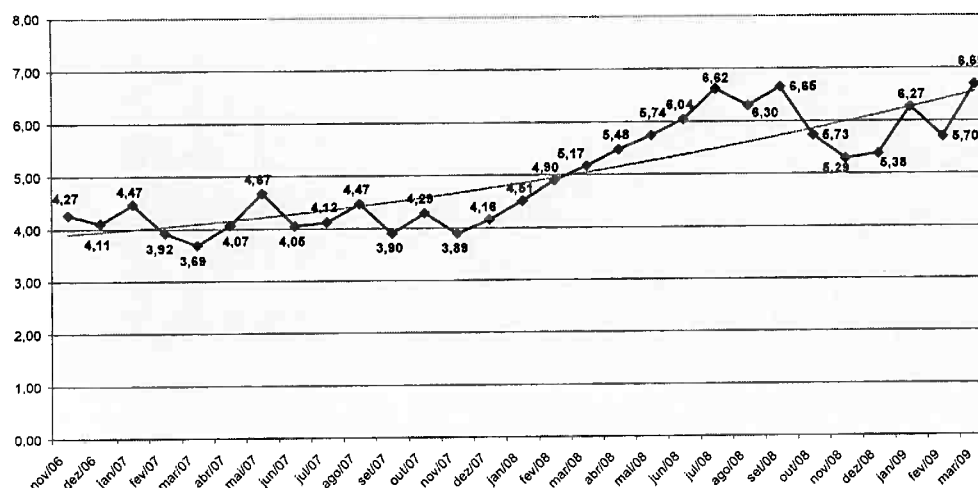
pagamento indevido de servidores ativos ou inativos. Com a mencionada integração dos dois sistemas tornou-se possível detectar óbitos de usuários de todo o Estado com significativa agilidade possibilitando um importante avanço na otimização dos estoques em todo o Estado.

No segundo semestre de 2008, em mais uma experiência pioneira no Brasil, o RS deu início ao credenciamento de Pessoas Jurídicas para elaboração de Pareceres Técnicos Científicos para subsidiar a defesa do Estado e fornecer subsídios técnico-científicos para auxiliar os magistrados em suas decisões.

No caso dos medicamentos de dispensação excepcional, cabe ao Estado a aquisição e distribuição dos medicamentos aos municípios que por sua vez são responsáveis pela dispensação aos usuários cadastrados e à União, cabe o cofinanciamento do programa através do ressarcimento pela cobrança de APAC pelo Estado. Oportuno esclarecer que somente após a efetiva dispensação do medicamento é que pode ser cobrada a APAC, ou seja, quanto maior o volume de dispensações, maior a geração de APAC.

Ocorre que, no ano de 2008, a SES aumentou em 36,44% o valor da produção de APACs em relação ao ano de 2007.

Produção Mensal de APAC
Medicamentos Excepcionais (em R\$ milhões)

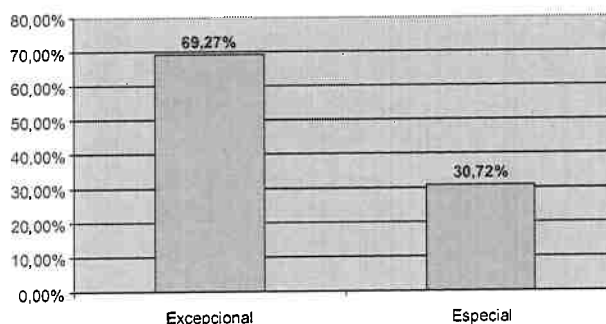


Seguem abaixo os dados da demandas administrativa e judicial com as respectivas classificações dos tipos de tratamentos deferidos que compõem cada uma.

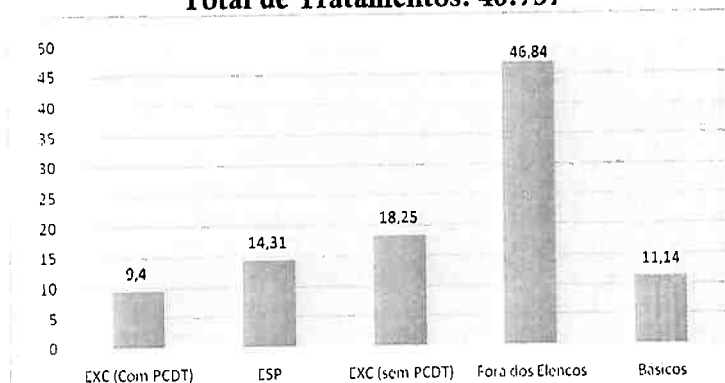
Distribuição da Demanda Administrativa Deferida (em %)

Total de Pacientes: 84.459

Total de Tratamentos: 115.614



Distribuição da Demanda Judicial Deferida (em %)
Total de Pacientes: 20.497
Total de Tratamentos: 46.737



Fonte: Sistema AME – Março/2009.

Inverno Gaúcho

O Programa Inverno Gaúcho, desenvolvido juntamente com os municípios, tem como objetivo principal o controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs). Durante o período, foram realizadas estratégias de apoio às ações e serviços municipais de saúde, no intuito de qualificar o atendimento às crianças e idosos nos meses mais frios do ano. Dentre as ações desenvolvidas, a SES/RS efetivou repasses de recursos financeiros para a abertura de terceiro turno de atendimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e aquisição de medicamentos básicos para tratamento das IRAs infantis. Foram capacitados profissionais da rede básica dos municípios, visando a padronização e sistematização do atendimento às doenças respiratórias, ação essencial para atingir os resultados propostos para a prevenção e redução de internações e de mortalidade na infância. Foram habilitados 292 municípios do Estado, garantindo a abertura de terceiro turno em 388 UBS, com o repasse de R\$ 2.284.000,00.

Verão Gaúcho

A SES/RS repassou recursos financeiros estaduais, em duas parcelas, no valor de R\$ 1.800.000,00, diretamente do Fundo Estadual de Saúde – FES, aos Fundos Municipais de Saúde – FMS, dos municípios que preencheram os critérios estabelecidos para a habilitação ao Verão Legal RS 2007/2008, de acordo com a Resolução CIB/RS nº 239/07, pactuada na reunião de 14/11/2007.

Foram repassados, através de Aditivos à Contratualização feita, R\$ 200.000,00 aos hospitais de referência no Litoral Norte, visando incrementar a capacidade operacional para atendimento da demanda gerada pela população de outros municípios durante o veraneio.

Os recursos financeiros do Teto Federal da Assistência Ambulatorial foram ampliados em até 20%, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2008, para os municípios habilitados e prestadores de serviços ambulatoriais, através de pactuação prévia no COGERE (Colegiado de Gestão Regional) respectivo, considerando a disponibilidade financeira da SES/RS, o aumento populacional, a série histórica de produção dos serviços e o aumento da oferta de serviços nos meses de verão.

Considerando a necessidade de incrementar as ações de **Vigilância Sanitária** durante os meses de verão, foram destinados recursos financeiros específicos da Vigilância Sanitária para os municípios habilitados ao Verão Legal RS 2007/2008, repassados em 03 (três) parcelas iguais.

Para sensibilizar e orientar os Gestores Municipais de Saúde quanto à necessidade de reforçar/incrementar as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, os serviços de saúde, bem

como as ações de Vigilância em Saúde, nas áreas prioritárias de água, alimentos, estabelecimentos de saúde e sangue, durante os meses do verão, o CEVS produziu notas técnicas com conteúdos específicos, realizou em conjunto com a 3ª e 18ª CRSs capacitações para as Equipes Municipais, e confeccionou folder com orientações/cuidados gerais e específicos a serem adotados pela população para a prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como cuidados para prevenção de Câncer de Pele, uso racional de medicamentos e informações sobre o Programa SALVAR/SAMU que o Governo do Estado, através da SES, em conjunto com os municípios, manteve no Litoral Norte durante os meses de janeiro e fevereiro de 2008.

O CEVS também desenvolveu, em conjunto com as CRSs, **ações de reforço** em Vigilância em Saúde (epidemiológica, ambiental e sanitária) e **capacitações** em VISA de alimentos para Equipes Municipais, abrangendo os municípios da 18ª e da 3ª CRS.

A SES/RS manteve em funcionamento, de 01 de janeiro de 2008 a 02 de março de 2008, no Litoral Norte, a Central de Regulação Assistencial de Urgência e Emergência, com uma Unidade Móvel Avançada, em Tramandaí, em parceria com os municípios da Região, para a organização das referências nos serviços hospitalares contratualizados, conforme a Programação Pactuada e Integrada – PPI da Assistência e o Plano Estadual de Urgência e Emergência.

Os pacientes atendidos no Litoral Norte foram preferencialmente encaminhados para os hospitais de Torres, Capão da Canoa e Tramandaí.

Os pacientes que necessitaram remoção para hospitais de maior complexidade foram transportados pelo SALVAR/SAMU para Porto Alegre, após regulação do SAMU Metropolitano e SAMU Porto Alegre.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir a elaboração do Relatório de Gestão 2008, verifica-se a necessidade de aprimorar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação da SES. Identifica-se que os setores envolvidos dispõem de dados que permitem a realização das análises sobre as condições de saúde no estado. Entretanto, a necessidade de ponderar acerca do desempenho dos indicadores guarda desafios que superam a precisão dos números expostos. Assim, a complexidade da qual emergem os dados quantitativos no presente relatório permite uma análise densa. Entende-se que tal profundidade não foi alcançada, porém, na medida em que é explicitada, impõe a construção de estratégias que sejam capazes de apoiar a gestão da saúde neste sentido.

A possibilidade de realizar uma reflexão séria e comprometida com os resultados dos trabalhos desenvolvidos admite a apropriação de informações que embasem as tomadas de decisão do poder público, bem como o exercício do controle social. Mesmo com fragilidades, conclui-se esta fase com relativo êxito, mas com a certeza de que a experiência deve qualificar as produções subseqüentes. Apesar de ser um instrumento formal e regulamentado, não há uma forma ou um padrão estabelecido para a sua confecção. A experiência acumulada soma-se às dificuldades encontradas e promove um processo de aprimoramento inclusive da gestão da política pública.

Sabe-se que a análise qualitativa dos dados é essencial para avaliar a situação de saúde no estado. O complexo sobre o qual se repousa ao avaliar a gestão sugere a grandeza do feito e suas implicações. Busca-se sanar as debilidades, mas não apenas na forma de demonstrá-las ou avaliá-las, mas sim, na forma de geri-las. A saúde pública responde por uma incontável junção de fatores, pela qual o poder público responsabiliza-se. Este relatório retrata esta complexa função e reafirma o compromisso com a população no sentido de expor os compromissos e as dificuldades, a fim de subsidiar a construção de alternativas para a melhoria das condições de saúde no Rio Grande do Sul.