

RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2012**1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO****1.1 SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE**

Nome CIRO SIMONI

Data da Posse 01/01/2011

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

1.2 FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

Instrumento legal de criação do FES Resolução nº 6575, de 05/07/1973

CNPJ do FES 87.182.846/0001-78

O Gestor do Fundo é o Secretário da Saúde? Sim

Gestor do FES CIRO SIMONI

Cargo do Gestor do FES Secretário de Saúde

1.3 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Instrumento legal de criação do CES Lei nº 10097, de 31/01/1994

Nome do Presidente do CES PAULO HUMBERTO GOMES DA SILVA

Segmento usuário

Telefone 5132885950

E-mail ces@saude.rs.gov.br

1.4 CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

Data da última Conferência de Saúde 10/2011

1.5 PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

A Secretaria de Saúde tem Plano de Saúde aprovado pelo Conselho de Saúde? Não

Período a que se refere o Plano de Saúde 2012 a 2015

Aprovação no Conselho de Saúde Resolução nº Em

1.6 PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS

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

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

1.7 CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA

O Estado firmou Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde COAP na região de Saúde? Não

1.8 REGIONALIZAÇÃO

Regiões de Saúde Existentes no Estado: 19

1.9 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Apresentamos o Relatório Anual de Gestão 2012 da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Este instrumento de gestão foi elaborado tendo como eixo norteador o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, em apreciação pelo Conselho Estadual de Saúde (CES). Apresenta a análise dos 29 indicadores pactuados no ano de 2012 (em anexo), bem como das informações de demografia e dados de morbi-mortalidade, rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS, profissionais do SUS, Programação Anual de Saúde (arquivo em anexo), demonstrativo de utilização dos recursos e indicadores financeiros, demonstrativos orçamentários e, por fim, análise e considerações gerais sobre o relatório.

O SARGSUS foi construído a partir de um modelo de planejamento utilizado pelo Ministério da Saúde e preconizado pelo Sistema de Planejamento do SUS - PLANEJASUS. Entretanto, essa ferramenta de apoio para a construção do Relatório de Gestão tem sofrido mudanças sistemáticas para atender aos quesitos da Lei Complementar nº 141/2012. Com isso, a estrutura dos instrumentos de gestão – em especial da Programação Anual de Saúde (PAS) – também tem sofrido alterações importantes. Tais mudanças antes de representarem retrocessos, indicam o amadurecimento quanto ao processo de planejamento do SUS, gerado a partir do acúmulo de experiência dos gestores e trabalhadores da saúde pública.

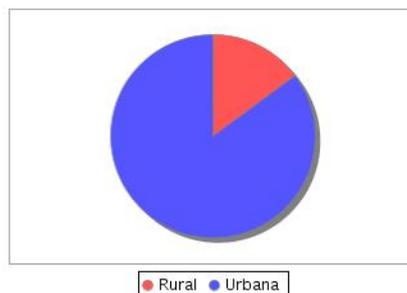
É importante destacar que o Rio Grande do Sul 30 regiões de saúde desde outubro de 2012 e dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde que desempenham a função de coordenação político-administrativa da saúde no Estado, instituídas pelo Decreto nº 50.125 de 05 de março de 2013. Esses equipamentos são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde através da cooperação técnica e operacional com os gestores municipais e prestadores de serviços. As Coordenadorias Regionais estão se reestruturando para assumir funções decorrentes do novo desenho das Regiões de Saúde, tais como participar de diferentes Comissões Intergestores Regionais (CIR), realizar trabalho conjunto com outras coordenadorias para a organização das redes temáticas de atenção à saúde, oferecer apoio institucional aos municípios, tendo em vista a articulação e proposição de ações que tenham como foco o planejamento regional, realizado de forma ascendente. Por fim, o Relatório Anual de Gestão (RAG) é um importante instrumento para o monitoramento e a avaliação das políticas de saúde, pois de forma diferente dos Relatórios Quadrimestrais – que são mais resumidos – o RAG objetiva contemplar uma análise mais abrangente e por um período de tempo mais longo. A partir dele, a sociedade poderá acompanhar o desempenho dos indicadores monitorados e contribuir com o Gestor Estadual na construção das políticas públicas de saúde, haja vista o avanço do SUS no Estado.

2. DEMOGRAFIA E DADOS DE MORBI-MORTALIDADE

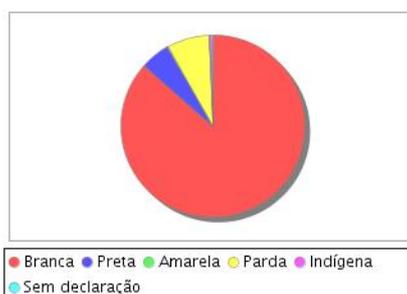
2.1. POPULAÇÃO ESTIMADA DO ANO 2012

10.693.929

População do último Censo(ano 2000)	Qte	%
Rural	1.593.638	14,90%
Urbana	9.100.291	85,10%



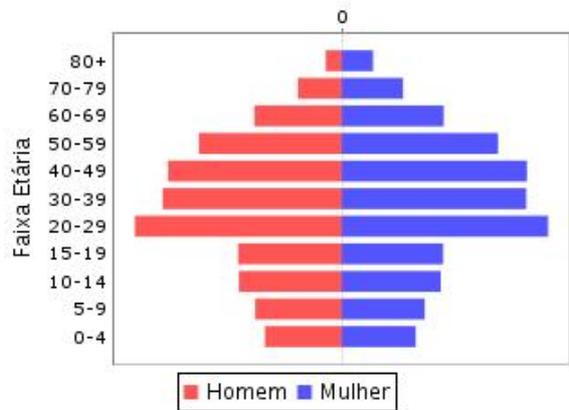
População do último Censo(ano 2000)	Qte	%
Branca	8.817.734	87,28%
Preta	527.140	4,89%
Amarela	9.656	0,09%
Parda	762.363	7,08%
Indígena	38.715	0,36%
Sem declaração	32.225	0,30%



2.1.1. POPULAÇÃO - SEXO E FAIXA ETÁRIA

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
0-4	327.601	316.361	643.962
10-14	438.629	423.154	861.783
15-19	442.405	433.332	875.737
20-29	883.239	881.666	1.764.905
30-39	764.920	788.490	1.553.410
40-49	741.890	791.111	1.533.001
5-9	368.967	354.792	723.759
50-59	609.936	667.839	1.277.775
60-69	372.914	435.649	808.563
70-79	186.821	262.312	449.133
80+	67.735	134.166	201.901
Total	5.205.057	5.488.872	10.693.929

População - Perfil demográfico



Análise e considerações do Gestor sobre dados demográficos

A composição da pirâmide populacional do RS é representada por duas características: sexo e faixa etária. O Estado concentra percentuais menores de crianças em relação à população jovem adulta, sendo que esta última concentra o maior número de pessoas. O formato da pirâmide aponta para um crescimento da população idosa em consequência da diminuição do número de crianças e do aumento da expectativa de vida. Esta pirâmide pode ser caracterizada como uma “pirâmide adulta”. Verifica-se ainda que há uma concentração maior de população feminina nas faixas etárias mais altas, ou seja, a partir dos 40 anos de idade.

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

A maior concentração populacional continua sendo na região metropolitana de Porto Alegre. Segundo o Censo do IBGE de 2010, a população gaúcha reside predominantemente em áreas urbanas (85,1%).

Análise e considerações sobre Mortalidade

Entre os grandes grupos de causas de mortalidade continuam-se salientando, em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e doenças respiratórias, causas externas e doenças endócrinas e metabólicas. Registra-se, entretanto, importante variação segundo a faixa etária, salientando-se que, nos grupos etários das crianças, adolescentes e adultos jovens (de 01 ano até 39 anos), o capítulo da CID das causas externas de mortalidade ocupa o primeiro lugar, chegando a ser responsável por 65% dos óbitos dos 10 aos 19 anos e dos 20 aos 29 anos.

Análise e considerações sobre Morbidade

No Rio Grande do Sul, assim como no Brasil, há aproximadamente meio século as Doenças Cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte, assim como uma das principais causas de internação hospitalar e de anos potenciais de vida perdidos, correspondendo aos mais altos custos na assistência à saúde da população, ou seja, 24% do custo total e aproximadamente 50% de todos os gastos na assistência médica de atenção terciária, segundo dados da SES/RS de 2009. Aproximadamente 68% dos óbitos por DCV foram decorrentes de Doença Arterial Coronariana, notadamente Infarto Agudo do Miocárdio e Doenças Cerebrovasculares. A análise das séries históricas de mortalidade, entretanto, evidencia uma tendência de diminuição das mortes atribuídas a Doenças do Aparelho Circulatório entre adultos e idosos nos últimos dez anos, porém sem deixar de ocupar a primeira posição.

Analisando a morbidade hospitalar por ciclo de vida constata-se a predominância das doenças do aparelho circulatório em adultos e idosos. Em adultos, o grupo com maior prevalência é o das doenças das veias e vasos linfáticos, exigindo maior acesso aos serviços de cirurgia vascular; em segundo lugar, as doenças isquêmicas do coração. Em idosos prevalecem as doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares, reforçando a necessidade de controle dos fatores de risco desde a infância e de uma rede organizada para atenção às situações de urgência.

Uma análise global da morbimortalidade das DCV sugere que esteja ocorrendo melhoria do acesso ao sistema de saúde, especialmente quanto às ações de Atenção Básica (detecção, diagnóstico e acompanhamento de casos de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo II), bem como ampliação da política de assistência farmacêutica atual. Além disso, observa-se melhoria do tratamento dos casos agudos e de alto risco com a incorporação de

conhecimentos científicos e dos avanços tecnológicos à assistência oferecida pelo SUS à população.

Nas últimas décadas o coeficiente de mortalidade por neoplasias vem aumentando em ambos os sexos passando, no sexo masculino, de 119,5 por 100 mil homens em 1990 para 172,1 em 2011 e no sexo feminino de 87,9 por 100 mil mulheres em 1990 para 135,1 em 2011. No sexo masculino a mortalidade por câncer tem seguido o mesmo padrão desde 1996. Sendo que o câncer de pulmão está em primeiro lugar com leve tendência de aumento passando 28,2 em 1990 para 35,6 por 100 mil homens em 2011. No sexo feminino o câncer de mama está em primeiro lugar passando de 12,9 por 100 mil mulheres em 1990 para 20,5 por 100 mil mulheres em 2011. Em segundo lugar, o câncer de pulmão também registra aumento significativo, aproximando-se do câncer de mama, passando de 7,1 por 100 mil mulheres em 2011 para 19,5 por 100 mil mulheres em 2011. Seguem-se em importância o câncer de cólon/reto, pâncreas e colo do útero.

Com relação à Morbidade Hospitalar Geral a série histórica de 2008 a 2011 revela uma média de 721.462 internações anuais, com um decréscimo em 2011 para 704.410 internações. Dentre elas, destacam-se as doenças do aparelho respiratório (Cap X - 15,8%) e circulatório (Cap IX - 13%). O capítulo XV – Gravidez, Parto e Puerpério também provoca impacto no total de internações hospitalares SUS (14,5%).

O principal motivo de internações hospitalares nos grupos analisados de causas externas no SUS são as quedas (73,5%), seguidas dos acidentes de transporte e das agressões. As quedas destacam-se entre os idosos, enquanto os acidentes de transporte e agressões predominam entre adolescentes e adultos. Na distribuição proporcional entre os sexos, todos os grupos avaliados predominam no sexo masculino, com diferença mais acentuada para acidentes de transporte e agressões.

3. REDE FÍSICA DE SAÚDE, PÚBLICA E PRIVADA, PRESTADORA DE SERVIÇO AO SUS

3.1 TIPO GESTÃO

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	7	5	2	0
CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	11	10	0	1
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	6	4	2	0
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	175	91	23	61
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	1.812	1.196	10	606
HOSPITAL ESPECIALIZADO	11	9	1	1
HOSPITAL GERAL	296	66	47	183
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	5	1	3	1
POLICLINICA	110	49	17	44
POSTO DE SAUDE	831	827	2	2
PRONTO ATENDIMENTO	18	12	1	5
PRONTO SOCORRO GERAL	21	11	0	10
SECRETARIA DE SAUDE	467	400	23	44
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	8	6	0	2
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	59	54	2	3
UNIDADE MISTA	21	3	1	17
Total	3.858	2.744	134	980



3.2. ESFERA ADMINISTRATIVA (GERÊNCIA)

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
PRIVADA	1.820	856	495	469
FEDERAL	82	79	0	3
ESTADUAL	74	21	42	11
MUNICIPAL	3.892	2.936	90	866
Total	5.868	3.892	627	1.349

Análise e considerações do Gestor sobre Prestadores de Serviços ao SUS

O quadro e gráfico gerado automaticamente pelo SARGSUS informam, no ano de 2012, um total de 5.868 estabelecimentos de saúde públicos ou privados, prestadores de serviços ao SUS, sob gestão municipal, estadual ou gestão dupla.

A gestão identifica com qual gestor o estabelecimento de saúde mantém contrato ou convênio, para prestação de serviços ao SUS, faturados para pagamento com recursos do Bloco de Financiamento de Média e Alta Complexidade (bloco MAC), transferidos pelo Ministério da Saúde aos municípios ou estado.

Gestão municipal identifica que o estabelecimento executa somente procedimentos de atenção básica, ou além destes, executa procedimentos faturados para pagamento com recursos do bloco MAC, transferidos pelo Ministério da Saúde aos municípios.

Gestão estadual identifica que os procedimentos de média e/ou alta complexidade, executados pelo estabelecimento são faturados para pagamento com recursos do bloco MAC que estão sob gestão estadual.

Gestão dupla (municipal e estadual) identifica que o estabelecimento executa ações de atenção básica e procedimentos de média e/ou alta complexidade faturados para pagamento com recursos do bloco MAC, que estão sob gestão estadual.

A maioria dos estabelecimentos sob gestão municipal é do tipo centro de saúde/unidade básica e posto de saúde. Os estabelecimentos sob gestão estadual são em maioria do tipo unidade de apoio diagnóstico e terapia (SADT isolado) e sob gestão dupla a maioria são do tipo centro de saúde/unidade básica).

No ano de 2012, considerando a gestão dos recursos do bloco de financiamento MAC, 75 municípios detinham a gestão dos recursos do bloco MAC destinado ao pagamento dos prestadores localizados em seus territórios. Outros 7 municípios eram gestores dos recursos destinados ao pagamento dos prestadores ambulatoriais, públicos e privados, localizados em seus territórios e 4 municípios possuíam a gestão de recursos destinados ao pagamento de prestadores ambulatoriais públicos municipais.

A esfera administrativa identifica se um estabelecimento de saúde é público (federal, estadual, municipal) ou privado. Conforme quadro e gráfico apresentados, 68,98% dos estabelecimentos de saúde prestadores de serviços ao SUS são

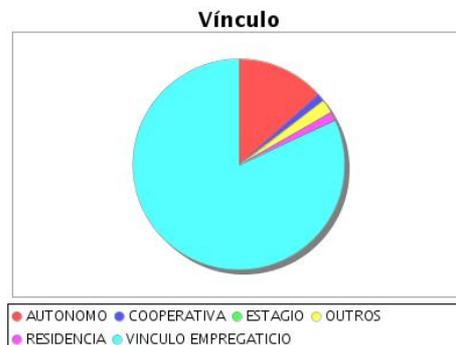
públicos e 31,02% privados.

Os prestadores privados são em maioria do tipo hospitalar e unidades de apoio diagnóstico que executam procedimentos de média e/ou alta complexidade, de grande demanda devido ao perfil demográfico e epidemiológico da população do Estado. Assim, faz-se necessário contratar e regular adequadamente estes estabelecimentos para garantir o acesso da população aos serviços com qualidade e quantidade necessária.

4. PROFISSIONAIS SUS (Fonte: CNES)

Última atualização: 28/03/2013 00:00:00

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
CONSULTORIA	29
INTERMEDIADO ORG DA SOCIEDADE CIVIL DE	257
INTERMEDIADO P ENTIDADE FILANTROPICA E/OU SEM	3903
INTERMEDIADO POR COOPERATIVA	72
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	2237
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO NAO-	46
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO SOCIAL(OS)	174
SEM INTERMEDIACAO(RPA)	5096
SEM TIPO	2671
TOTAL	14485
COOPERATIVA	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	1193
TOTAL	1193
ESTAGIO	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	43
TOTAL	43
OUTROS	
TIPO	TOTAL
BOLSA	365
CONTRATO VERBAL/INFORMAL	1511
PROPRIETARIO	427
TOTAL	2303
RESIDENCIA	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	1513
TOTAL	1513
VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CARGO COMISSONADO	517
CELETISTA	24422
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	9951
EMPREGO PUBLICO	15635
ESTATUTARIO	25127
SEM TIPO	12492
TOTAL	88144



Análise e Considerações sobre Prestadores de Serviços ao SUS

O número de servidores que atuam na Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul continuou diminuindo em 2012, apesar da autorização para contratação emergencial de 474 (quatrocentos e setenta e quatro) servidores. Destes somente 422 (quatrocentos e vinte e dois) estavam em exercício em dezembro/2012.

Em 2011 a SES possuía 5.685 (cinco mil, seiscentos e oitenta e cinco) servidores. Este número diminuiu para 5.483 (cinco mil, quatrocentos e oitenta e três) em razão de aposentadorias e exonerações/dispensas.

Em 2012, realizamos levantamento de necessidades de recursos humanos para realização de concurso público, para suprir as vagas existentes nos Departamentos/Assessorias localizados em Porto Alegre e nas Coordenadorias Regionais de Saúde, com sede em Municípios no interior do Estado. Concluímos que há necessidade de realização de concurso público para preenchimento de 1.969 (um mil, novecentos e sessenta e nove) vagas, sendo 1.415 (um mil, quatrocentos e quinze) de nível superior, 233 (duzentos e trinta e três) de nível técnico e 321 (trezentos e vinte e um) de nível médio.

5. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
A Programação encontra-se em arquivo anexo.			0,00	0,00

6. INDICADORES DA TRANSIÇÃO PACTO-COAP - 2012

Última atualização: 02/04/2013 00:00:00

Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção			
Objetivo: Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.			
Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
MEDIA DA ACOA COLETIVA DE ESCOVACAO DENTAL SUPERVISIONADA	3,00	1,96	%
COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAUDE DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA	63,00	67,27	%
COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENCAO BASICA	55,00	51,93	%
COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BASICAS DE SAUDE BUCAL	44,00	39,41	%
Objetivo: Objetivo Nacional 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção especializada.			
Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
PROPORCAO DE SERVICOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO	100,00	64,34	%

Avaliação da diretriz Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.: MEDIA DA ACOA COLETIVA DE ESCOVACAO DENTAL SUPERVISIONADA: Este indicador não atingiu a meta de 3% em 2012. O registro deste procedimento vem sendo negligenciado, visto que muitos municípios interromperam este registro quando implantaram o SIAB. Sabe-se também que há sub-notificação da produção ambulatorial quando realizada em escolas e nas ações de prevenção e promoção de saúde nos municípios. Acreditamos que a ampliação de Equipes de Saúde Bucal-ESB no Programa Estratégia da Saúde da Família-ESF (774 ESB em 2012), a inclusão de mais equipes dos municípios no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e de Qualidade da Atenção Básica-PMAQ (indicador também presente nos indicadores de monitoramento em saúde bucal do PMAQ), ampliação de Programa Saúde na Escola-PSE, utilização de recursos PABCERIVS nas ações de saúde bucal nos municípios contemplados, sensibilização de gestores públicos na importância de inserção correta de sua produção deste procedimento no Sistema e ações mais específicas de promoção e prevenção em saúde bucal elevarão este indicador permitindo ampliar acesso e elevar a qualidade da saúde oral dos usuários Série Histórica 2009 2010 2011 2012 1,89 2,85 3,21 1,96 Fonte: Ministério da Saúde, Datasus. 23/02.2913 Em análise por Regiões de Saúde verificamos que 5 Regiões de Saúde estão acima de 3% (Entre 4,03 e 6,67: Santa Cruz do Sul, Erechim, Caxias/Hortênsias, Novo Hamburgo/São Leopoldo e Alegrete/Uruguaiana); 5 Regiões de Saúde estão entre 2% a 3% (Entre 2,06 e 2,82: Carazinho, Paranhana, Cruz Alta, Belas Praias e Ijuí); 12 Regiões de Saúde estão entre 1% a 2% (Entre 1,02 e 1,88: Lajeado, Santo Ângelo, Frederico Westphalen/Palmeira das Missões, Sananduva/Lagoa Vermelha, Santa Rosa, Carbonífera/Costa Doce, Estrela, Bons Ventos, Uvas/Vales, Passo Fundo, Soledade e Porto Alegre); e 8 Regiões de Saúde estão entre 0% a 1% (Entre 0,14 a 0,92: Santa Maria, Vinhedos/Basalto, Santiago, Canoas/Vale do Cai, Pelotas/Rio Grande, Campos de Cima da Serra, Cachoeira do Sul e Bagé). 5 Regiões de Saúde possuem resultado acima de 3% 5 Regiões de Saúde tem entre 2 e 3% 12 Regiões de saúde tem entre 1 e 2% 8 Regiões de Saúde tem entre 0% e 1% COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAUDE DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA Este indicador expressa o percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, com perfil saúde, acompanhadas pela Atenção Básica na última vigência do ano (2º semestre) e registradas no sistema Módulo de Gestão das Condições de Saúde do Programa Bolsa Família Datasus. As famílias beneficiárias do Programa, com perfil saúde, são aquelas que possuem em sua constituição familiar, crianças menores de 7 anos de idade e mulheres em idade fértil (dos 14 aos 44 anos). No RS, o programa realizou atendimento a 255.401 mil famílias beneficiárias, deste total, 157.071 crianças com calendário vacinal em dia e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (Vigilância Alimentar e Nutricional), e 6.110 gestantes com acompanhamento do estado nutricional, atividades de educação alimentar e nutricional, promovendo a melhoria das condições de saúde e nutrição das famílias, contribuindo para sua inclusão social. O resultado alcançado pelo Estado no indicador de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família durante sua vigência reflete uma importante tendência de crescimento. Em 2012, a Atenção Básica acompanhou 67,27% das famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família, superando a meta pactuada pelo Estado de 63%. Em relação ao acompanhamento das condicionalidades da saúde na 2ª vigência de 2012, das 30 Regiões de Saúde, vinte e uma regiões (70%) atingiram a meta pactuada pelo Estado. Com relação aos Municípios 419 (84,47%) atingiram a meta pactuada pelo Estado. As regiões que não atingiram a meta de 63% pactuada foram: 22- Bagé (51,77%); 01- Santa Maria (58,22%); 03- Alegrete e Uruguaiana (54,94%); 10- Porto Alegre (54,02%); 09- Carbonífera e Costa Doce (60,71%); 07- N. Hamburgo e S. Leopoldo (50,29%); 08- Canoas e Vale do Cai (44,11%); 06- Paranhana (58,01%); 30- Estrela (62,9%). Considerando a meta pactuada pelo MS (73%), dezessete regiões de saúde (56,7%) do Estado atingiram o percentual de acompanhamento: 14 Santa Rosa (87,29%); 20 Carazinho (88,73%); 15 Frederico W. Palmeira M (84,92%); 25 Vinhedos e Basalto (78,34%); 12 Cruz Alta (83,6%); 24 Campos de Cima da Serra (89,97%); 11 Santo Angelo (76,78%);

02 Santiago (79,14%); 17 Passo Fundo (78,6%); 23 Caxias Hortensias (95,93%) 16 Erechim (76,44%); 29 Lajeado (92,77%); 21 Pelotas Rio Grande (75,08%); 26 Uvas Vales (73,01%); 13 Ijuí (77,29%); 18 Sanad Lagoa Verme (81,57%); 38 Santa Cruz do Sul (79,6%). Regiões com % > 63% e < 73%: 5 Bons Ventos (71,48%); 27 Cachoeira do Sul (71,12%); 4 Belas Praias (72,78%); 19 Soledade (72,73%).

COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA: O fortalecimento da Atenção Básica não se dá apenas com ampliação de cobertura, mas também com a qualificação da atenção. No ano de 2012, a Coordenação AB/ESF/EACS trabalhou no sentido da implantação/qualificação das equipes de AB através de ações referentes a implantação/implementação de programas e estratégias da SES-RS, Telessaúde para expansão de 127 para 426 Municípios finalizando o ano de 2012 com 1.227 adesões, Núcleos de Apoio à Atenção Básica NAAB com 99 adesões 2012, e do Ministério da Saúde, tais como, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF manteve 24 adesões em 2012, Programa Saúde na Escola PSE manteve 65 adesões em 2012, Academias de Saúde com 242 Municípios credenciados foram implantados 333 pólos em 2012, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ abrangendo 242 Municípios somando um total de 829 adesões de AB/ESF 2012, Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Portaria nº 1.170, de 5 de Junho de 2012, habilita os 78 Municípios com 148 adesões a receber recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), componente Ampliação. A Atenção Básica do Estado vem visando à qualificação das estratégias de organização da (AB) através de ações como o apoio institucional, programas e incentivos para melhoria de unidades de saúde, capacitação de equipes, valorização dos trabalhadores e qualificação do cuidado da atenção com a implantação de Linhas de Cuidado. Além disso, o estado realizou encontros de Redes de Atenção à Saúde, através do Apoio Institucional; encontros com as coordenadoras regionais da AB/ESF; Capacitações para implantação dos Testes Rápido de Sífilis e HIV nas UBS abrangendo 182 municípios e 1.780 profissionais; Capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância Neonatal com a participação de 31 profissionais e a Capacitação para o Sistema de Informação da Atenção Básica, com 80 profissionais; Fórum Estadual dos Agentes Comunitários de Saúde, com 220 participantes; redimensionamento do Incentivo financeiro adicional para os Agentes Comunitários de Saúde Portaria 892/2012. E Através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ possibilitou induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. Em 2012, o Estado do Rio Grande do Sul manteve o repasse aos municípios do incentivo referente a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES), e criou o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) utilizado como um dos coeficientes para cálculo da distribuição dos recursos financeiros aos municípios, levando em conta os princípios da equidade. Financiamento Atenção Básica/ESF 2011 2012 PIES R\$ 40.000.000,00 R\$ 80.000.000,00 Incentivo Telessaúde R\$ 2.732.250,00 Fonte: FES/SES-RS, 2012

Em relação ao indicador Proporção da Cobertura População Estimada Atenção Básica, conforme série histórica apresentada abaixo, podemos constatar que, a partir das ações citadas anteriormente, conseguimos avançar no que se refere ao aumento da população coberta pela Atenção Básica no Estado RS. 2008 2009 2010 2011 2012 46,21 48,11 47,37 48,98 51,93 Das 30 Regiões de Saúde, 18 delas estão acima da média do Estado (51,93), segundo informações DATASUS /2012. Observamos que 10 das 18 Regiões estão no norte e noroeste do Estado e apresentam um número maior de municípios de pequeno porte populacional e pequenas extensões territoriais. Constata-se também que 10 regiões de saúde encontram-se abaixo da média, com baixa densidade populacional, difícil acesso e grande extensão rural, o oposto das com maior cobertura populacional. Por outro lado, neste grupo encontram-se também as regiões que possuem municípios com maior porte e densidade populacional que priorizaram ESF em áreas de maior vulnerabilidade. Os municípios referem que as dificuldades para a expansão da cobertura do ESF no Rio Grande do Sul estão relacionadas principalmente a falta de profissionais médicos e com formação para trabalhar na atenção básica à saúde. Assim como, a lei da responsabilidade fiscal e a fragilidade dos vínculos empregatícios que dificultam a fixação destes profissionais, principalmente nos territórios afastados dos grandes centros urbanos do Estado. Visando a universalidade, integralidade e a equidade a populações vulneráveis, a Atenção Básica através das ações de promoção e condições de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde, manteve a continuidade em (2012) a implantação de 15 (ESF) vinculados ao atendimento a população Quilombolas, 23 (ESF) vinculados ao atendimento a população Indígena, e 5 (UBS) vinculadas de forma exclusiva ao atendimento a população prisional. Baseado no princípio de equidade, as ações da (AB) tem sido operacionalizado em duas principais dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde, buscando incorporar as causas que determinam os processos de saúde e as condições de vida, resguardando os limites do setor saúde e integrando as práticas intersetoriais como reais produtoras de mudanças no nível de saúde dos grupos sociais.

COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL: A saúde bucal possui representatividade em 100% dos municípios do RS, e em 2012 foram implantadas 85 novas Equipes de Saúde Bucal das 775 ESF/ESF existentes para uma meta até 2015 de 1.772, sendo investidos aproximadamente R\$ 4.650.000,00. Nas ações de prevenção e monitoramento de indicadores o estado do RS investiu em 2012 R\$ 243.840,00 em material de promoção de saúde oral. Nas ações de atenção secundária o estado do RS possui 27 Centros de Especialidades Odontológicas CEO, sendo 5 habilitados em 2012 para uma meta até 2015 de 72 CEO; sendo investido em 2012 R\$ 558.690,00 atendendo a uma demanda de procedimentos na média complexidade sendo esta ação uma continuidade do trabalho realizado na atenção básica. Outra ação a nível secundária é a reabilitação protética o estado do RS que conta com 68 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária-LRPD, sendo 43 implantados em 2012 para uma meta até 2015 de 90 LRPD, com o investimento estadual de R\$ 275.640,00, proporcionando com isso reabilitação protética aos usuários do sistema SUS. A saúde bucal atua de forma integrada às demais políticas da saúde, consolidando-se através a interface com ações e programas intra e intersetoriais, proporcionando aos usuários o fortalecimento da saúde bucal na atenção básica e ampliando a cobertura e qualificação da atenção nos níveis primário, secundário e terciário

Série Histórica: Cobertura Populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde de Equipes de Saúde Bucal 2008 2009 2010 2011 2012 34,65 36,62 36,7 38,33 39,41 Em análise por Regiões de Saúde verificamos que 16 Regiões de Saúde estão acima de 44% (Entre 44,25 e 84,43: Frederico Westphalen/Palmeira das Missões, Ijuí, Campos de Cima da Serra, Santiago, Santa Rosa, Sananduva/Lagoa Vermelha, Santo Ângelo, Bagé, Cruz Alta, Carazinho, Passo Fundo, Erechim, Lajeado, Soledade, Vinhedos/Basalto e Bons Ventos); 10 Regiões de Saúde estão entre 30% e 44% (Entre 32,57 e 43,65: Cachoeira do Sul, Paranhana, Belas Praias, Santa Cruz do Sul, Estrela, Vinhedos/Basalto, Alegrete/Uruguaiana, Santa Maria, Canoas/Vale do Cai e Pelotas/Rio Grande); e 4 Regiões de Saúde estão 26% e 30% (Entre 26,43 e 29,77: Caxias/Hortênsias, Novo Hamburgo/São Leopoldo, Porto Alegre e Carbonífera/Costa doce. Ver tabela anexo 2. 16 Regiões de Saúde com resultado acima de 44% 10 Regiões de Saúde com resultado entre 30 e 44% 4 Regiões de Saúde com resultado entre 26 e 30%

PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO: O Estado tem sob gestão estadual 115 hospitais com 50 leitos ou mais. Destes, 74 estavam contratualizados no ano de 2012, o que significa 64,34 %. Cabe ressaltar que não foi considerada no cálculo a informação quanto aos estabelecimentos sob gestão municipal, os quais deverão informar no respectivo relatório de gestão. Dentre as dificuldades enfrentadas para o atingimento da meta pactuada pode-se ressaltar a demora na tramitação dos processos; a necessidade de constante atualização das Certidões Negativas de Débito, as quais vários hospitais não possuem, tendo em vista endividamento junto aos órgãos governamentais; dificuldade na atualização da documentação com antecedência necessária, nos casos de Termos Aditivos, ocasionando o vencimento de contratos. A situação de vários hospitais quanto ao alvará sanitário é problemática, tanto com relação à obtenção quanto à prorrogação, já que muitos firmaram Termo de Ajuste de Conduta (TAC), porém não conseguiram resolver todas as incongruências, sendo o alvará sanitário atualizado documento imprescindível para a celebração ou prorrogação do contrato. Outra consideração importante é a migração para o modelo de contrato único, incluindo-se no mesmo instrumento os recursos federais (teto MAC) e estaduais, que anteriormente faziam parte de dois instrumentos contratuais.

Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-

Objetivo: Objetivo Nacional - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
NUMERO DE UNIDADES DE SAUDE COM SERVICIO DE NOTIFICAO DE VIOLENCIA IMPLANTADA	810,00	64,34	N ABSOLUTO

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

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

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

Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
RAZAO DE EXAMES CITOPATOLOGICOS DO COLO DO UTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULACAO FEMININA NA MESMA FAIXA ETARIA	0,63	0,51	RAZAO
RAZAO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA REALIZADAS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULACAO DA MESMA FAIXA ETARIA.	0,31	0,31	RAZAO
SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNOSTICO DE LESOES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU DO COLO DO UTERO	100,00	19,01	%

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

Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
PROPORCAO DE PARTOS NORMAIS	45,00	37,97	%
PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM NO MINIMO 7 CONSULTAS DE PRE-NATAL.	78,00	71,13	%
NUMERO DE OBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERIODO E LOCAL DE RESIDENCIA	60,00	100,00	N ABSOLUTO
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	11,08	10,70	/1000
PROPORCAO DE OBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	65,00	67,50	%
PROPORCAO DE OBITOS MATERNOS E DE MULHERES EM IDADE FERTIL (MIF) POR CAUSAS PRESUMIVEIS DE MORTE MATERNA INVESTIGADOS	93,00	83,77	%
INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA.	538,00	829,00	N.Absoluto

Avaliação da diretriz Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.: RAZAO DE EXAMES CITOPATOLOGICOS DO COLO DO UTERO EM MULHERES: O indicador trata de informação disponível relacionada à realização do exame citopatológico conforme o SIA. As atualizações do SISCOLO quanto à base de dados esta entrando em consonância com o SIA. Estamos em discussão da capacidade instalada para realização do exame e a demanda, que acaba não traduzida na plenitude das necessidades. Entendemos que muito avançamos na ampliação da cobertura com capacitação de profissionais, sensibilização para a importância da prevenção, distribuição de material educativo, o que certamente repercutiu na aproximação do resultado a meta. Permanecem os problemas nas regionais em relação ao SISCOLO como: não dispor de computador para o registro, não dispor de pessoal para digitação dos dados, não dispor de acesso regular à internet; não saber trabalhar com a base de dados e não utilização do sistema para acompanhamento das usuárias. Os prestadores de serviço (laboratórios de citologia) informam a fatura do citopatológico e geram um arquivo de exportação ao SISCOLO com dados epidemiológicos, ainda, na maioria das vezes, diretamente ao nível central não transpassando a informação, fundamental, da alteração do resultado para o município e CRS; A cobertura da saúde complementar com a realização de pequenos procedimentos e exames crescente nos últimos anos retiram os exames citopatológicos do SUS, não dando visibilidade à realidade em toda a população de mulheres. O rastreamento do câncer do colo uterino com o citopatológico ainda é oportunístico, não caracterizando um rastreamento de fato, mas sim aguardando a usuária e disponibilizando, àquela que acessa o SUS. O fortalecimento e ampliação de oferta na atenção básica é primordial para o avanço dos resultados. RAZAO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA REALIZADAS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS: A descentralização do acompanhamento da cobertura do exame, ainda em processo de consolidação, a contratação de prestadores baseada na necessidade de demanda e capacidade do aparelho promovidas pela área técnica da saúde da mulher em 2012 estão traduzidas na melhora dos resultados e alcance da meta. O trabalho conjunto do grupo de prevenção do câncer ginecológico propiciou o entendimento das reais necessidades do incremento da oferta e o ajuste a demanda. TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL: A Política de Atenção à Saúde da Criança integra os projetos estratégicos da SES. O coeficiente de mortalidade infantil vem decrescendo nos últimos anos, ficando o CMI 10,7 no ano de 2012, preliminarmente. As principais ações desenvolvidas para a redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil foram: 1. Capacitação das CRSs para a implementação da linha de cuidado de atenção integral à saúde da criança junto aos municípios. 2. A intensificação da Vigilância do Óbito Infantil no Rio Grande do Sul, realizada pelo Gabinete de Situação. A investigação de óbitos infantis e fetais em 2012 foi de 58,13% do total de óbitos infantis e fetais no Estado (dado ainda preliminar, do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal SVS/MS). Os dados preliminares indicam que 81,65% dos óbitos infantis e 53,68% dos óbitos fetais foram investigados e analisados, com foco na identificação das causas que levaram ao óbito (SIM,2012) 3. A integração das áreas técnicas da SES em 2012, otimizando o trabalho articulado junto às equipes macrorregionais, colocou em pauta o monitoramento da atenção ao parto e nascimento, no foco da Rede Cegonha, identificando a necessidade de referencial parto de cerca de 25 maternidades de hospitais de pequeno porte para outros serviços. Ao total são 73 hospitais de pequeno porte com referenciamento do parto e nascimento. 4. Realizou-se também a certificação de Unidades Básicas de Saúde na Rede Amamenta Brasil, Reavaliação dos Hospitais Amigo da Criança para a certificação junto ao Ministério da Saúde, Seminário Estadual da Semana Mundial da Amamentação, Curso de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) Neonatal, Capacitação de Técnicos/Pediatras nas ações de qualificação do desenvolvimento infantil. 5. A verificação In Loco de todos os 2.504 leitos de cuidados intensivos do Rio Grande do Sul, realizadas pelo Departamento de Ações em Saúde/Seção de Saúde da Criança e Auditoria Médica, em parceria com o Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Departamento das Coordenadorias Regionais e Centro Estadual de Vigilância em Saúde. 6. A habilitação de 3 serviços de saúde para o seguimento de crianças egressas de UTI Neonatal, em especial recém-nascidos prematuros menores de 1500g, com o fornecimento do Imunobiológico Palivizumabe aos prematuros menores de 1250g, para prevenção das infecções por vírus sincicial respiratório, dentro da prevenção da morbi-mortalidade infantil, configurando uma rede de 14 serviços nas sete macrorregiões do estado. INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA. A meta pactuada, utilizando-se os dados do DATASUS, para o ano de 2012 foi de 538 casos, o valor atingido foi de 817 casos, utilizando-se a base de dados do Sinan Net. Não foi utilizado o valor do DATASUS 177 casos. As diferenças entre os valores mais elevados obtidos no SinanNet e o DATASUS se devem a atualização dos dados. No Sinan Net os dados são enviados semanalmente tendendo a ser mais fidedignos do que os dados do DATASUS. Sessenta por cento dos casos de sífilis congênita estão concentrados em municípios da região metropolitana e Caxias do Sul, sendo que Porto Alegre concentra 36,0% (294) dos casos de sífilis congênita, seguida por Caxias do Sul com 7,5% (61), Alvorada com 6,5% (53), Canoas com 5,6% (46) e Viamão com

4,5% (37). Houve um aumento no número de casos de sífilis congênita notificados. A oferta de teste rápido na Atenção Básica (AB) para gestantes e parceiros tem como objetivo a redução no número de casos de sífilis congênita. No entanto, não houve ainda tempo hábil para se verificar a redução de casos, já que a implantação de teste rápido na AB foi introduzida recentemente. Há a necessidade de verificar as possíveis causas para o aumento do número de casos de sífilis congênita como dificuldades de acesso e qualidade do pré-natal com diagnóstico, tratamento adequado e oportuno da gestante e do parceiro e encerramento do caso pela atenção básica e vigilância. Ainda que não tenhamos alcançado os resultados esperados, em 2012 realizamos ações visando o diagnóstico, a prevenção e o tratamento adequado das DSTs e HIV/Aids, tais como a implantação de Teste Rápido do HIV e Sífilis que tem como objetivo o diagnóstico precoce de HIV e Sífilis nas gestantes a fim de reforçar a prevenção da transmissão vertical do HIV e da Sífilis Congênita. Teve como público alvo os profissionais da Atenção Básica, coordenadores da DST/Aids, Saúde da Mulher e Saúde da criança. Foram realizadas 7 capacitações de apoiadores regionais e municipais para implantação de Teste Rápido do HIV e Sífilis nas 7 macrorregionais do estado, incluindo as 19 CRS. Estes apoiadores ficaram aptos a capacitar e apoiar na implantação da Testagem Rápida de HIV e Sífilis na Atenção Básica dos municípios de sua regional. Ampliação, através de capacitações, da testagem rápida de HIV e Sífilis para os profissionais de CTA/SAT/SAE, abrangendo 182 municípios e 1780 profissionais. Uma outra medida de prevenção da transmissão vertical do HIV foi a disponibilização, a partir de novembro de 2012, atendendo a Nota Técnica nº388/2012 CQV/D DST AIDS-HIV/SUS/MS, de nevirapina solução oral nas maternidades para os recém nascidos cuja mães não fizeram a profilaxia de HIV durante a gestação. A zidovudina e a nevirapina diminuem a probabilidade da transmissão vertical do HIV. Com o objetivo de monitorar a assistência prestada prioritariamente às gestantes no âmbito da Rede Cegonha foi elaborado um instrumento que consiste em um relatório mensal onde constam informações referentes ao número de gestantes testadas para sífilis e HIV, parceiros testados, tratamento realizado, encaminhamentos e vigilância epidemiológica. Articulação com as demais políticas do DAS, prioritariamente Atenção Básica e Saúde da Mulher a partir da portaria que institui a Rede Cegonha com reestruturação do processo de avaliação e monitoramento da adesão e cobertura da testagem rápida de HIV e VDRL nas maternidades com proposição de retorno aos serviços dos dados analisados. As maternidades foram incluídas no processo de capacitação e atualização da testagem rápida e redução da Transmissão Vertical com os demais serviços da rede municipal e regional. Incentivo às ações de mobilização de testagem rápida de HIV e Sífilis (Fique Sabendo) alusivas ao Dia Mundial de Luta Contra a Aids, com adesão dos municípios de Ijuí, Bento Gonçalves, Vacaria, Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul, Uruguaína, Santana do Livramento, Erechim e São Leopoldo e Porto Alegre (articulação direta com o MS), entre outros.

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

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

Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
COBERTURA DE CENTROS DE ATENCAO PSICOSSOCIAL (CAPS)	1,12	1,44	/100.000

Avaliação da diretriz Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.: A Política de Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas, através do Projeto Estratégico de Governo O Cuidado que eu preciso, realizou durante o ano de 2012 diversas ações de implementação da Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas nas diversas regiões do Estado. Tendo em conta que propostas universalizantes e normatizadoras não se traduzem em resultados concretos e sustentáveis, a Secretaria Estadual de Saúde optou pela implantação e qualificação de uma rede de dispositivos de atenção em saúde, articulada às redes intersetoriais, sociais e comunitárias, para o acompanhamento longitudinal, territorial e singular das pessoas com transtornos mentais relacionados ou não ao uso de drogas. A partir de um mapeamento, seguido de diagnóstico situacional, foram elencadas as seguintes prioridades para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial de nosso Estado: 1) a inserção efetiva do cuidado em saúde mental na atenção básica, uma vez que cerca de 80% dos municípios gaúchos não atendem ao critério populacional para implantação de serviços especializados em saúde mental (CAPS); 2) a qualificação da atenção psicossocial estratégica, traduzida pela necessidade do cuidado em rede, da intersectorialidade e da integralidade na elaboração dos planos terapêuticos dos usuários acompanhados nos CAPS e nos outros serviços; 3) a qualificação do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial, que significou principalmente o esforço de situar o cuidado hospitalar como um dos recursos possíveis a compor um plano terapêutico singular e não como o único lugar de tratamento, nem como espaço de institucionalização de pessoas; 4) a criação de espaços de educação permanente para os profissionais da rede com vistas à mudança nas práticas de cuidado e no modelo de atenção. Para efetivar estas metas prioritárias o Projeto Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas O Cuidado que eu Preciso destinou recursos específicos do tesouro do Estado para a ampliação e qualificação da atenção e do acesso aos serviços, totalizando trinta e seis milhões de reais no ano de 2012. Estes recursos foram investidos na criação de novos serviços de saúde em municípios de distintos portes populacionais, considerando suas especificidades, e na qualificação dos serviços já existentes. Os aportes financeiros também priorizaram o desencadeamento e a sustentação de processos de pactuação de fluxos ferramenta principal de gestão de uma linha de cuidado nos níveis municipal e regional, incluindo a articulação com as redes intersetoriais. Como resultado destas ações prioritárias tivemos, no ano de 2012, a adesão de 228 municípios gaúchos ao Projeto Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas O Cuidado que eu Preciso, os quais puderam acessar novos recursos financeiros para implantar serviços, qualificar o trabalho em rede e investir em educação permanente para os profissionais. Tivemos também uma ampliação substancial da rede de serviços, incluídos aí os Centros de Atenção Psicossocial, mas não se restringindo aos mesmos. A meta 2012 para o indicador cobertura de Centros de Atenção Psicossocial foi alcançada e ultrapassada, de modo que a cobertura de CAPS no RS, que era de 1,12 CAPS habilitados por 100.000 habitantes em dezembro de 2011, foi de 1,44 CAPS habilitados por 100.000 habitantes em dezembro de 2012. Nesse período, doze (12) novos CAPS foram habilitados pelo Ministério da Saúde, tendo estes recebido o custeio estadual enquanto aguardavam sua habilitação. Há, neste momento, 7 Centros de Atenção Psicossocial nesta situação. Os recursos estaduais para o custeio dos CAPS no ano de 2012 alcançaram o montante de R\$ 1.165.661,00 e o número de CAPS em funcionamento (CAPS habilitados + CAPS em habilitação) chegou a 167 em dezembro de 2012. Nos últimos cinco anos, a cobertura de CAPS tem aumentado constantemente, crescimento este que teve uma aceleração significativa a partir de abril de 2011, com o início do custeio estadual para os CAPS em processo de habilitação. Há ainda algumas regiões com cobertura de CAPS inferior à média estadual e nacional, no entanto isto decorre, principalmente do fato de a região ser constituída por municípios que não atendem o critério populacional para implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Foi também, ao considerar esta realidade, que a Secretaria Estadual de Saúde criou, dentro da Política de Saúde mental, Álcool e outras Drogas, através do Projeto Estratégico O Cuidado que eu Preciso, linhas de financiamento para outros dispositivos de cuidado em saúde mental como os Núcleos de Apoio à Atenção Básica e as Oficinas Terapêuticas. Foram implantados, ainda em 2012, 99 Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), que são equipes de apoio matricial em saúde mental para qualificar o cuidado em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde de municípios com menos de 16 mil habitantes e 202 Oficinas Terapêuticas, vinculadas a Unidades Básicas de Saúde de municípios de todos os portes populacionais, para ofertar espaços de cuidado e de promoção de saúde mental através, por exemplo, da música, arte, exercício físico, culinária e outras atividades de interesse das comunidades. Além dos NAABs, CAPS e Oficinas Terapêuticas, também foram implantadas, em 2012, 20 equipes de redução de danos, as quais realizam ações em território, nas cenas de uso de drogas, ofertando cuidado em saúde a usuários que, frequentemente, têm dificuldades de acesso aos serviços da rede. Essa estratégia de cuidado territorial é reconhecidamente um dispositivo potente no cuidado a pessoas que fazem uso de crack e outras drogas nas ruas das cidades de médio e grande porte em nosso estado. Os NAABs, Oficinas Terapêuticas e as equipes de redução de danos contam com custeio integral de recursos do tesouro do Estado. No que diz respeito ao componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, o

Estado do Rio Grande do Sul redefiniu a forma de organização e financiamento dos Serviços Hospitalares para atenção integral a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em hospitais gerais através da Resolução CIB/ RS 562/12. Os leitos hospitalares são um componente estratégico, mas seu funcionamento é resolutivo apenas quando articulado aos demais pontos da rede territorial. Neste sentido, trabalhou-se para qualificar os processos de regulação do acesso aos leitos, bem como de aproximar os serviços hospitalares dos demais dispositivos de atenção territorial da rede de saúde e intersectorial. Essa transformação implicou a reformulação dos projetos técnicos e terapêuticos dos hospitais gerais, a modificação dos contratos de prestação de serviços e ainda a qualificação e eventual ampliação das equipes de saúde mental dos hospitais. Em relação à cobertura de leitos de saúde mental, é importante ressaltar que a recomendação nacional é de que exista um leito de atenção integral para cada vinte e três (23) mil habitantes. No Rio Grande do Sul, a proporção média é de um leito para cada nove (9) mil habitantes. Este cenário demandou um estudo acurado sobre a distribuição geográfica dos leitos existentes no estado. De posse de tais informações, realizou-se um planejamento para adequar a quantidade de leitos disponíveis nos territórios às necessidades de cada região de saúde. Algumas inequidades regionais permanecem (como pode-se observar na tabela anexa) e deverão ser solucionadas ao longo dos anos de 2013 e 2014. No que tange ao financiamento destes leitos, o Estado em conjunto com a União, estabeleceu a proporção de um leito de atenção integral em saúde mental financiado pelo Ministério da Saúde, para cada dois leitos financiados pelo Estado pactuação publicada na Resolução CIB RS 49/13. São financiados no estado hoje 1257 leitos, sendo 339 com recursos federais e 918 com recursos estaduais. Em suma, seja no que se refere à atenção a pessoas com transtornos mentais, seja no que tange ao cuidado às pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a proposta de atenção em Rede de Saúde (RAS) e em Linha de Cuidado configura-se tanto como uma tecnologia, quanto um princípio organizador da atenção em nosso estado. Em 2012, a efetivação de políticas públicas de articulação entre diferentes dispositivos, de distintas densidades tecnológicas e de distintas complexidades produziu muitos avanços na direção da oferta de um cuidado integral, contínuo e de qualidade para pessoas em sofrimento psíquico, decorrente ou não do uso de drogas. A conjugação entre as necessidades singulares dos usuários e o trabalho integrado entre serviços e recursos de uma rede de atenção psicossocial se traduz na composição da Linha de Cuidado em Saúde Mental.

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

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

Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
TAXA DE INTERNACAO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FEMUR	19,26	19,18	/10.000

Avaliação da diretriz Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.: TAXA DE INTERNACAO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FEMUR: A taxa de internação por fratura de fêmur é um indicador pactuado entre os municípios acima de 100 mil habitantes visando apontar questões de fragilidade do idoso. Esse indicador é estratégico para acompanhar como as ações propostas pela Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa, principalmente no que se refere à prevenção de quedas e à promoção de saúde, está atuando. O valor total da taxa atingido pelo Rio Grande do Sul em 2012, que foi de 19,18, representou uma diminuição em relação ao ano de 2011 (19,65). Em 2012, alcançamos a meta prevista, que era de 19,26. Acredita-se que tenhamos atingido esse valor em virtude de algumas medidas tomadas: implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na rede de atenção básica dos municípios, desenvolvimento de Oficinas de Prevenção de Quedas e Notificação da Violência, Apoio Institucional às Coordenadorias Regionais e aos municípios, Apoio aos gestores e profissionais na temática do financiamento de ações em saúde do idoso na Atenção Básica, além da realização sistemática de encontros de Educação Permanente para implantação e fortalecimento da Política, a partir da perspectiva do envelhecimento ativo e de intergeracionalidade. Dos 18 municípios com mais de 100 mil habitantes no RS, os 10 municípios que não atingiram as metas em 2012 também não a alcançaram em 2011, sendo que 5 municípios tiveram um aumento considerável da taxa. A maioria dos municípios que não alcançaram as metas previstas em 2012 se concentram na Região Metropolitana do Estado, de modo que ainda que tenhamos apoiado algumas ações é preciso reforçar e apolar as estratégias nestes territórios. Além disso, considerando que o indicador da taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur é, em grande parte, reflexo de mudanças no processo de trabalho, esperamos que a médio e longo prazo ocorra uma diminuição nesse indicador. Para tanto, consideramos que a construção da Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa - articulação que envolve diferentes setores da Secretaria Estadual de Saúde, bem como demais atores institucionais envolvidos na rede de atenção à pessoa idosa, tais como Justiça, Direitos Humanos e Assistência Social - servirá como base para o desenvolvimento da integralidade das ações.

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

Objetivo: Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
COBERTURA VACINAL COM VACINA TETRAVALENTE (DTP+HIB)/PENTAVALENTE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO	95,00	Não Informado	%
PROPORCAO DE CURA NAS COORTES DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	85,00	Não Informado	%
PROPORCAO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSEIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	88,00	Não Informado	%
PROPORCAO DE REGISTRO DE OBITOS COM CAUSA BASICA DEFINIDA	95,00	94,79	%
PROPORCAO DE CASOS DE DOENCAS DE NOTIFICACAO COMPULSORIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APOS NOTIFICACAO	85,00	Não Informado	%
PROPORCAO DE MUNICIPIOS QUE NOTIFICAM DOENCAS/AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO DA POPULACAO RESIDENTE	50,00	Não Informado	%
TAXA DE INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE.	3,92	6,78	/100.000
PERCENTUAL DE MUNICIPIOS QUE EXECUTAM AS ACOES DE VIGILANCIA SANITARIA CONSIDERADAS NECESSARIAS A TODOS OS MUNICIPIOS	100,00	Não Informado	%
NUMERO ABSOLUTO DE OBITOS POR DENGUE	Não Informado	Não Informado	N ABSOLUTO

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

Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
PERCENTUAL DE REALIZACAO DAS ANALISES DE VIGILANCIA DA QUALIDADE DA AGUA, REFERENTE AO PARAMETRO COLIFORMES TOTAIS.	60,00	Não Informado	%

Avaliação da diretriz Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.: TAXA DE INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE: Aproximadamente 90% dos casos de AIDS em menores de 5 anos se devem a transmissão vertical que pode ocorrer durante a gestação, parto e amamentação. A meta

proposta para 2012 pelos dados do DATASUS foi de 3,9/100.000, o valor atingido foi de 6,8/100.000. O município com maior número de casos de Aids em menores de 5 anos foi Porto Alegre com 16 casos, seguido de Estelo e Sapucaia do Sul com 3 casos cada um, Alegrete, Passo Fundo, Viamão e Bom Jesus com 2 casos cada um. Precisamos de um conjunto de medidas mais abrangentes e efetivas, no sentido de acompanhar todas as crianças expostas até os 18 meses. No esforço para diminuir a transmissão vertical do HIV tem sido realizadas capacitações de Maternidades em todo Estado implantando as rotinas já estabelecidas pelo Ministério da Saúde, disponibilizando Teste rápido anti-HIV e todos insumos necessários. Esta é, sem dúvida, a solução para parte das dificuldades, pois possibilita a realização de boas práticas nas maternidades. Além da inclusão da Nevirapina solução oral, em três doses, na primeira semana de vida para RN de mãe HIV + que não fez tratamento durante a gestação (NT nº388/2012 D DST AIDS HIV). A disponibilização da fórmula láctea para crianças de 0 a 1 ano auxilia na estratégia de monitoramento e adesão das crianças expostas. A oferta de Teste Rápido para HIV na AB durante o pré-natal é outro elemento fundamental, pois possibilita um diagnóstico mais precoce e intervenção profilática mãe/bebê em tempo mais oportuno, reduzindo a possibilidade de transmissão vertical, visto que aproximadamente 65% dos casos de transmissão vertical ocorrem durante o trabalho de parto e 35% ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação. Também vemos como de vital importância a qualificação do Pré-natal com diagnóstico precoce e ágil encaminhamento para Referências e Instituição da terapia anti-retroviral adequada. Para isto estão sendo feitas parcerias com Seção de Saúde da Mulher e Seção de Saúde da Família/AB.

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

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

Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
PERCENTUAL DE COMISSOES DE INTEGRACAO ENSINO-SERVICO (CIES) EM FUNCIONAMENTO POR ESTADO.	100,00	100,00	%

Avaliação da diretriz Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.: As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço CIES atuam como câmaras técnicas das instâncias de gestão (Comissões Intergestores Regionais - CIR) no planejamento, acompanhamento e execução de ações de educação permanente em saúde. Sua composição abrange segmentos como movimentos sociais, gestores, instituições de ensino e trabalhadores da saúde, conforme propõe a Portaria 1996/07 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. As ações educativas promovidas pela CIES são construídas de maneira ascendente, de acordo com as necessidades regionais e os planos regionais de educação em saúde. O Estado do Rio Grande do Sul possui atualmente 19 CIES Regionais e uma CIES Estadual ligada a Comissão Intergestores Bipartite CIB.

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

Objetivo: Objetivo Nacional - Qualificação de instrumentos de gestão, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Indicadores	Meta2012	Resultado2012	Unidade
PROPORCAO DE MUNICIPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	4,43	4,62	%

Avaliação da diretriz Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.: No início do ano de 2012 o Rio Grande do Sul apresentava 14 municípios com Ouvidoria do SUS implantada, totalizando 2,81% dos municípios, conforme resultado da Pesquisa realizada pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES/MS). Cerca de 08 municípios estavam em processo de implantação, de forma que a meta para 2012 eram totalizar 22 municípios com Ouvidoria do SUS implantada. No final do ano de 2012, temos a informação de que 23 municípios possuem Ouvidoria, ou seja, 4,62% dos municípios. Cabe salientar que a situação de implantação de Ouvidoria foi informada pelos próprios municípios às Coordenadorias Regionais de Saúde.

AVALIAÇÃO GERAL DAS DIRETRIZES

No ano de 2012 foram pactuadas metas para 29 indicadores, sendo que destes 11 atingiram ou superaram a meta e outros 06 apresentaram resultado entre 90 e 100%. Esse processo de avaliação permite identificar desigualdades por área de atuação, contribuindo para a definição de estratégias que atendam às necessidades. De acordo com os parâmetros do Sistema de Planejamento do SUS PlanejaSUS *, o desempenho global do Estado pode ser classificado como favorável já que 22 indicadores (aproximadamente 80%) ficaram com Grau IV de cumprimento de meta, considerado desempenho satisfatório. Apenas 04 indicadores (13,8%) apresentaram desempenho regular, 02 (6,9%) apresentaram baixo desempenho e 01 indicador (3,4%) muito baixo desempenho. * Referência: Grau de Cumprimento de Metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III + 51 a 75% e IV > 75%

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

7.1 BLOCO DE FINANCIAMENTO

Última atualização: 27/03/2013 00:00:00

	RECEITAS (R\$)						DESPESAS (R\$)					Movimentação Financeira		
	Transferência fundo a fundo			Op. Crédito /Rend. /Outros	Recursos Próprios	Total	Dotação	Empenhada	Liquidada	Paga	Orçada	RP/Outros Pagamentos	Saldo Finan. do Exercício Anterior	Saldo Finan. do Exercício Atual
	Federal	Outros Estados	Municipal											
Atenção Básica	85.200,00	0,00	0,00	79.545,20	4.573,43	89.773,43	868.952,67	591.953,99	341.989,00	250.228,17	0,00	95.168,98	1.076.153,31	900.074,79
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	808.730.870,65	0,00	0,00	2.889.864,01	1.176.958,55	809.907.829,20	825.967.414,23	823.465.239,22	822.934.686,85	822.893.509,90	0,00	697.393,94	22.322.779,72	11.529.569,09
Vigilância em Saúde	20.143.467,12	0,00	0,00	2.897.039,99	1.017.955,72	21.161.422,84	37.075.048,59	18.094.207,95	14.262.342,90	14.062.497,96	0,00	6.044.796,95	36.101.152,60	40.052.320,52
Assistência Farmacêutica	29.623.621,12	0,00	0,00	867.570,92	0,00	29.623.621,12	53.827.312,60	24.969.720,93	24.060.706,62	23.613.136,22	0,00	3.730.790,95	10.847.064,72	13.994.329,59
Gestão do SUS	6.723.146,82	0,00	0,00	1.658.035,92	68.905,58	6.792.052,40	4.354.237,08	877.433,76	576.062,24	574.142,24	0,00	192.508,73	16.874.839,96	24.558.277,31
Bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	7.522.162,00	0,00	0,00	146.988,39	0,00	7.522.162,00	8.047.884,25	6.304.511,26	6.304.511,26	6.304.511,26	0,00	0,00	794.847,79	2.159.486,92
Convênios	1.934.014,19	0,00	0,00	709.578,41	14.076,82	1.948.091,01	12.281.317,22	3.861.762,76	2.835.246,97	2.817.359,39	0,00	258.046,07	13.303.371,99	12.885.635,95
Prestação de Serviços de Saúde	21.094.332,67	0,00	0,00	204.352,49	3.665.788,69	24.760.121,36	16.738.203,96	10.800.288,51	8.274.519,76	7.569.564,05	0,00	1.052.207,23	29.839.227,23	46.181.929,80
Outras Receitas do SUS	286.987,00	0,00	25.548,52	146.731,91	3.352.810,56	3.353.097,49	3.448.970,39	3.381.317,16	3.366.183,11	3.155.870,10	0,00	107.003.750,00	139.053.745,40	229.449.664,36

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

Análise sobre a Utilização dos Recursos

A maior destinação dos recursos deu-se aos blocos da Média e Alta complexidade, Atenção Básica e Assistência Farmacêutica.

Em relação à Média e Alta Complexidade, destacamos as ações realizadas através do projeto Co-financiamento Hospitalar, onde foram executados R\$ 340.813.237,05 para manutenção dos serviços e incentivos para abertura de novos leitos, além de R\$ 19.269.233,34 para investimentos em equipamentos, obras e ampliações.

Para a manutenção das bases do SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência – nos municípios foram executados R\$ 39.637.961,46.

Para a Atenção Básica, foi destinado ao programa Rede Cegonha / Primeira Infância Melhor o montante de R\$16.940.838,57. Para a Estratégia de Saúde da Família - ESF, o recurso foi de R\$ 54.242.164,33, visando manutenção das equipes de Saúde da Família, pagamento de incentivo dos Agentes Comunitários e ampliações, obras e equipamentos para Unidades Básicas de Saúde, além de repasses fundo a fundo para desenvolvimento de Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES) no valor de R\$ 80.000.000,00.

Com Assistência Farmacêutica, o Estado executou R\$ 257.822.114,61.

7.2. INDICADORES FINANCEIROS (Fonte: SIOPS)

Última atualização: 27/03/2013 00:00:00

Participação da receita de impostos na receita total do Estado	55,30%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Estado	19,30%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Estado	14,20%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Estado	100,00%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Estado	28,70%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Estado	61,30%
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Estado, por habitante	R\$4,20
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	19,10%
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	2,50%
Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	23,10%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	2,10%
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Estado com saúde	20,90%
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	9,70%

Análise e considerações sobre os Indicadores Financeiros

A participação da receita própria aplicada em saúde em 2011 foi de 9,71%, conforme critérios utilizados pelo Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARG – e transmitidos pelo Estado no Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Considerando-se apenas os recursos do Tesouro alocados no orçamento da SES (órgão 20), constatamos que houve liquidação de R\$ 1.421.727.029,63 em despesas correntes e R\$ 76.111.040,87 em despesas de capital, totalizando R\$ 1.497.838.070,50. Neste caso, a aplicação da receita própria em Saúde foi de 7,39 % em 2012. Cabe salientar que o Estado vem trabalhando no intuito de aumentar gradativamente a participação nas despesas com ações e serviços públicos de saúde na receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais, visando o atingimento do percentual mínimo de 12%, estipulado pela Emenda Constitucional 29/2000 e Lei Complementar nº 141/2012.

8. DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO - DESPESAS COM SAÚDE (Fonte: SIOPS)

Última atualização: 27/03/2013 00:00:00

8.1. RECEITAS

RECEITAS	PREVISÃO INICIAL (R\$)	PREVISÃO ATUALIZADA (a) (R\$)	RECEITAS ATUALIZADAS	
			Jan a Dez (b) (R\$)	% (b/a)
RECEITA DE IMPOSTOS LIQUIDA E TRANSF CONST LEGAIS (I)	20.429.029.310,44	20.307.804.310,44	20.272.115.829,72	99,82
Impostos	24.034.149.303,00	24.034.149.303,00	23.983.514.344,35	99,79
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	164.606.751,00	164.606.751,00	192.256.494,38	116,80

Divida Ativa de Impostos	162.336.587,00	162.336.587,00	272.289.402,16	167,73
Multas, Juros de Mora, Atualizac?o Monetaria e Outros Encargos da Divida Ativa dos Impostos	147.297.797,00	147.297.797,00	244.443.222,92	165,95
Receitas de Transferencias Constitucionais e Legais	2.273.527.250,69	2.273.527.250,69	1.966.482.358,18	86,49
(-) Transferencias Constitucionais e Legais	6.352.888.378,25	6.474.113.378,25	6.386.869.992,27	98,65
TRANSFERENCIA DE RECURSOS DO SISTEMA UNICO DE SAUDE - SUS (II)	950.277.475,81	950.287.067,81	905.769.057,33	95,32
Da Uni?o para o Estado	934.890.956,00	934.890.956,00	896.143.801,57	95,86
Dos Municipios para o Estado	83.616,00	83.616,00	25.548,52	30,55
Demais Estados para o Estado	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	15.302.903,81	15.312.495,81	9.599.707,24	62,69
RECEITA DE OPERAC?ES DE CREDITO VINCULADAS A SAUDE (III)	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS ORCAMENTARIAS	22.711.407.689,58	22.832.623.097,58	22.101.266.513,65	96,80
(-) DEDUC?O PARA O FUNDEB	3.826.224.497,95	3.826.224.497,95	3.807.536.372,15	99,51
TOTAL	40.264.489.977,88	40.264.489.977,88	39.471.615.028,55	98,03

8.2. DESPESAS COM SAUDE

8.2.1. DESPESAS COM SAUDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)

DESPESAS COM SAUDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)	DOTAC?O INICIAL	DOTAC?O ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR N?O PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
DESPESAS CORRENTES	3.810.732.314,41	4.285.718.919,39	4.154.207.032,91	22.559.681,37	97,46
Pessoal e Encargos Sociais	746.398.703,46	903.509.527,37	895.173.129,79	325.041,59	99,11
Juros e Encargos da Divida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	3.064.333.610,95	3.382.209.392,02	3.259.033.903,12	22.234.639,78	97,02
DESPESAS DE CAPITAL	167.284.908,35	122.411.843,85	91.566.179,38	1.949.390,15	76,39
Investimentos	167.283.190,35	122.407.325,85	91.564.147,58	1.949.390,15	76,40
Invers?es Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortizac?o da Divida	1.718,00	4.518,00	2.031,80	0,00	44,97
TOTAL (IV)	3.978.017.222,76	4.408.130.763,24	4.245.773.212,29	24.509.071,52	96,87

8.2.2. DESPESAS PR?PRIAS COM SAUDE, A?OES E SERVI?OS P?BLICOS DE SAUDE

DESPESAS PR?PRIAS COM SAUDE E SERVI?OS P?BLICOS DE SAUDE	DOTAC?O INICIAL	DOTAC?O ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR N?O PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
DESPESAS COM SAUDE	N/A	N/A	4.245.773.212,29	24.509.071,52	100,00
(-) DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS	N/A	N/A			
(-) DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS DESTINADOS A SAUDE	N/A	N/A	2.291.719.942,23	9.422.912,52	53,89
Recursos de Transferencias do Sistema Unico de Saude - SUS	N/A	N/A	871.315.545,84	6.849.284,03	20,56
Recursos de Operac?es de Credito	N/A	N/A	0,00	0,00	0,00
Outros Recursos	N/A	N/A	1.420.404.396,39	2.573.628,49	33,32
(-) RESTOS A PAGAR INSCRITOS NO EXERCICIO SEM DISPONIBILIDADE	N/A	N/A		0,00	
TOTAL DAS DESPESAS PROPRIAS COM AC?ES E SERVICOS PUBLICOS DE SAUDE	N/A	N/A		1.969.139.429,06	46,11

8.3. CONTROLE DE RESTOS A PAGAR VINCULADOS SAUDE INSCRITOS EM EXERCICIOS ANTERIORES

CONTROLE DE RESTOS A PAGAR VINCULADOS A SAUDE INSCRITOS EM EXERCICIOS ANTERIORES	RESTOS A PAGAR INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA DE RECURSOS PR?PRIOS VINCULADOS	
	Inscritos em exerc?cios anteriores (R\$)	Cancelados em 2012 (R\$)
RESTOS A PAGAR DE DESPESAS PROPRIAS COM AC?ES E SERVICOS PUBLICOS DE SAUDE	123.552.109,25	0,00

8.5. PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSPARÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS

PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSPARÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL <15%> [(V - VI)]	[(V - VI)]
PARTICIPAC?O DAS DESPESAS COM AC?ES E SERVICOS PUBLICOS DE SAUDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LIQUIDA E TRANSFERENCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL <12%>?[(V - VI)/I]	9,71

8.5.1. DESPESAS COM SAÚDE (por subfunção)

DESPESAS COM SAÚDE (por subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
Atenc?o Basica	386.879.161,72	325.134.829,91	305.924.458,88	56.589,46	7,17
Assistencia Hospitalar e Ambulatorial	1.585.938.669,33	1.678.120.878,16	1.577.234.381,95	19.031.212,87	37,38
Suporte Profilatico e Terapeutico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilancia Sanitaria	4.621.106,00	5.745.671,24	3.018.970,10	349.145,34	0,08
Vigilancia Epidemiologica	15.165.007,53	20.748.006,67	10.398.881,94	2.461.135,01	0,30
Alimentac?o e Nutric?o	1.450.000,00	1.362.769,35	1.133.511,98	0,00	0,03
Outras Subfunc?es	1.983.963.278,18	2.377.018.607,91	2.348.063.007,44	2.610.988,84	55,05
TOTAL	3.978.017.222,76	4.408.130.763,24	4.245.773.212,29	24.509.071,52	100,00

Considerações Gerais sobre demonstrativo orçamentário

As maiores despesas liquidadas foram com a Assistência Hospitalar e Ambulatorial, através do Projeto “Co-financiamento Hospitalar”, e com Atenção Básica.

9. ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O RELATÓRIO DE GESTÃO

9.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Em 2012 a Gestão Estadual avançou no cumprimento dos dispositivos introduzidos pelo Decreto Presidencial nº 7.508/2011. Nesse período, o GT de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão da Secretaria da Saúde coordenou o processo de construção das Regiões de Saúde no Estado. As equipes de trabalho das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) discutiram com os municípios a reorganização do território, com a finalidade de desencadear um processo de gestão coletiva e incentivar o planejamento regional. Tal perspectiva está em sintonia com a necessidade de fazer avançar a construção de estratégias de governança regional, o princípio da descentralização da gestão do SUS e a ampliação da participação social no processo de tomada de decisão sobre as políticas de saúde. Com isso, cada Região de Saúde contempla ações e serviços de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. Também conta com uma Comissão Intergestores Regional – CIR, responsável pelo planejamento e pactuação regional. O Plano Estadual de Saúde 2012-2015, em análise pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), apresenta dados referentes a cada região de saúde, que podem ser utilizados para a construção de planos regionais e para a elaboração dos Contratos Organizativos de Ação Pública.

O modelo de saúde proposto pelo Gestor Estadual organiza a atenção em redes. O objetivo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, a partir do fortalecimento da atenção básica, bem como incrementar o desempenho do sistema de saúde, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

A Vigilância em Saúde necessita ser reestruturada e qualificada, visando ao desenvolvimento de novas capacidades que lhe permitam enfrentar grandes desafios colocados na atualidade: integrar um novo modelo de Atenção, contribuindo para a integralidade do cuidado, inserindo-se na construção das Redes de Atenção à Saúde, coordenadas pela Atenção Básica; desenvolver capacidade de detecção e resposta a novas situações epidemiológicas oriundas da transição demográfica, das alterações do perfil dos agravos e doenças (emergência/reemergência de doenças transmissíveis, grande magnitude das doenças crônicas e crescimento das causas externas de adoecimento e morte); aprofundar o processo de integração entre as várias vigilâncias (sanitária, epidemiológica, ambiental, trabalhador) e sua descentralização; produzir informação qualificada (para subsidiar o processo de planejamento em saúde e facilitar a participação da comunidade no mesmo); contribuir para o desenvolvimento de ações efetivas de promoção à saúde, prevenção e controle de riscos, doenças e agravos de relevância.

Algumas ações de Vigilância em Saúde registraram avanços no último ano, salientando-se:

- Aumento dos recursos financeiros, especialmente para a área de Vigilância Ambiental em Saúde/Saneamento – com recursos (R\$ 2.000.000,00 em 2011; R\$ 2.500.000,00 em 2012; R\$ 5.000.000,00 orçamentados para 2013) – que beneficiaram 90 municípios, destinados à construção de Módulos Sanitários (MS) e Sistemas de Abastecimento Simplificado de Água (SS) em pequenas comunidades priorizadas por risco sanitário e/ou epidemiológico;

- Investimento de todos os recursos destinados em 2012 ao custeio da Rede de Saúde do Trabalhador no Estado, a RENAST. Repassados para custeio dos CEREST R\$ 5.500.000,00, transferidos do Fundo Estadual diretamente para o Fundo de Saúde do Município Sede do CEREST. Foi obtido aumento do orçamento da área de R\$ 5.500.000,00 em 2012 para R\$ 7.000.000,00 em 2013 para custeio e R\$ 2.000.000,00 para investimento na construção de novas unidades, assim como feita a revisão da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (através de onze oficinas regionais e Encontro para Revisão da Política em Porto Alegre dias 28 e 29 de Junho).

Outras definições de política da área incluíram: a referente às Regiões de Saúde –que devem ter no mínimo um CEREST; a aprovação pela CIB/RS (Resolução 088/12) da Unidade Regional Especializada em Saúde do Trabalhador, UREST, com equipe menor do que a do CEREST, assim como de novos critérios de financiamento dos CEREST com recurso do Tesouro, segundo tamanho da equipe lotada no serviço (repasses para custeio variando de R\$ 20.000,00 a R\$ 80.000,00);

• Desenvolvimento de Termo de Cooperação Técnica com o Estado de São Paulo que permitirá a implantação do Sistema de Informação da Vigilância Sanitária, representando um grande passo para a qualificação da área, pela viabilização de uma ferramenta de trabalho e gerência dos órgãos de vigilância sanitária que compõem o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, contemplando informações sobre os estabelecimentos e procedimentos de interesse à vigilância sanitária;

• Aumento dos recursos destinados ao enfrentamento de situações sazonais de aumento de risco ou relativas a grandes eventos, salientando-se as ações voltadas ao verão 2012/2013, que envolveram repasse de R\$ 2.641.881,00 a municípios prioritizados (em especial pelo risco de introdução da dengue) além de mais de R\$ 300.000,00 para custeio de ações realizadas complementar/suplementarmente aos municípios envolvidos;

• Ação de Vigilância da Mortalidade Infantil integrada ao Setores de Saúde da Criança/DAS e Auditoria Médica/SES, tendo como meta a qualificação de Unidades de Tratamento Intensivo, realizada com base na RDC/ANVISA Nº 07/10;

• Implementação de ações do Projeto Pequenos Vigilantes, que traz o novo olhar para vigilância sanitária e constitui como uma importante ferramenta educativa e lúdica de prevenção de riscos à saúde e promoção da qualidade de vida.

Apresenta-se, a seguir, a situação dos seis Projetos Estratégicos para área da saúde, acompanhados pelo Sistema de Monitoramento Estratégico da Sala de Gestão da Secretaria Geral de Governo:

20.01 - Aqui tem Saúde: Ampliação e Qualificação da Estratégia de Saúde da Família - Atenção Básica

Status do projeto: Última Análise: 24/02/2013 O projeto apresenta bom andamento, com exceção do resultado do indicador "Profissionais participantes em educação permanente" e, quanto ao indicador "UBSs construídas, ampliadas ou reformadas", ainda não é possível avaliar pela ausência de informações.

20.02 - Ampliação e Qualificação da Rede de Urgência e Emergência

Status do projeto: Última Análise: 24/02/2013 O projeto encontra-se com atrasos, atingindo apenas 40% da meta global estabelecida para 2012. Com referência às UPAs de responsabilidade do Estado, encontram-se atrasadas as UPAs de Cachoeira do Sul, Santo Ângelo e Lajeado. Quanto às de responsabilidade dos municípios, encontram-se atrasadas as de Bagé, Bento Gonçalves, Alegrete, Cruz Alta, Frederico Westphalen e Venâncio Aires (PAC II). Requer atenção a definição da área para a UPA Porto Alegre - Centro.

20.03 - Ampliação e Qualificação de Hospitais Públicos Regionais

Status do projeto: Última Análise: 24/02/2013 O projeto foi repactuado, com a previsão de efetiva implementação do HR de Santa Maria e das reformas/ampliação do HR de Osório (São Vicente de Paulo) até 2014. Encontra-se em atraso em decorrência da situação do HR de Santa Maria que, embora já tenha sido concluído 80% das obras, encontra-se praticamente paralizado, aguardando a definição quanto à análise do processo de aditamento contratual de prazo e serviços, bem como do projeto e execução de sistema de drenagem do subsolo, comprometendo significativamente sua efetiva conclusão ainda em 2013. Requer atenção a definição da área para o HR do Vale do Gravataí.

20.05 - Linha de Cuidado a Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas - O Cuidado que eu Preciso

Status do projeto: Última Análise: 09/03/2013 Projeto teve boa execução orçamentária em 2012, liquidando 94% dos recursos disponíveis. Em 2013, o Projeto segue em andamento normal quanto à implantação de CAPS, municípios com Linha de Cuidados, Leitos Álcool e Drogas em Hospitais Gerais e NAABs implantados. Houve redução de 50 vagas em três Comunidades Terapêuticas de Erechim por determinação do Ministério Público. Em relação à implantação do Telessaúde Mental 24h, o serviço segue em funcionamento apenas no horário comercial.

20.06 - Implantação da Política de TI no SUS do Rio Grande do Sul

Status do projeto: Última Análise: 09/03/2013 O Projeto de Tecnologia da Informação – Prontuário Eletrônico foi implantado na região da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde, com sede em Passo Fundo, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que apresentavam condições técnicas de conectividade. Na ampliação do projeto para outras UBS, como o Ministério da Saúde está disponibilizando o Sistema E-SUS para implantação de prontuário eletrônico em todas UBS do país, os recursos serão redirecionados para o incremento da rede lógica das UBS, ampliando a conectividade.

20.07 - Rede Cegonha e Primeira Infância Melhor – PIM

Status do projeto: Última Análise: 09/03/2013 Em 2012 foram liquidados 97% dos recursos disponíveis para o Projeto. Até o momento 400 municípios aderiram ao Rede Cegonha e estão implementando a Linha de Cuidados para a mulher. Em novembro de 2012, o Ministério da Saúde publicou nova portaria acerca da regulamentação dos serviços (atendimento às gestantes e habilitação de leitos). Já tramitam na SES os processos de contratualização dos serviços que estão se adequando às novas normas estabelecidas pelo MS. Em relação ao PIM não houve novas adesões, seguindo com 254 municípios no Programa. A SES definiu cronograma para 2013 para sensibilização de gestores nas macrorregiões do Estado. Estão sendo atendidas pelo Programa 52.580 crianças (meta: 66.000) e 47.800 famílias (meta: 60.000).

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

Sem recomendações.

9.3. ARQUIVOS ANEXOS

Documento	Tipo de Documento

10. APRECIÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO

10.1 RELATÓRIO QUADRIMESTRAL (LC 141/12)

Enviado para Assembléia Legislativa em	1º QUA	2º QUA	3º QUA
Enviado ao Conselho de Saúde em	13/09/2012	13/09/2012	28/02/2013
Enviado para Assembléia Legislativa em			25/02/2013

10.2. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)

10.2.1. INFORMAÇÕES DO GESTOR

Horário de Brasília

Enviado ao Conselho de Saúde para apreciação em	02/04/2013 14:47:31
Enviado ao Tribunal de contas a que está jurisdicionando em	
Enviado à Assembléia Legislativa em	
Reenviado ao Conselho de Saúde para reapreciação em	

10.2.2. INFORMAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE

Horário de Brasília

Data de Recebimento do RAG pelo CS	02/04/2013 14:47:31
Apreciado pelo Conselho de Saúde em	
Reapreciado pelo Conselho em	
Parecer do Conselho de Saúde	
Status da Apreciação	Em Análise
Resolução da Apreciação	Data

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

Resultados Indicadores Transição 2012

<p>DIRETRIZ 1: Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.</p> <p><i>Objetivo: Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica .</i></p>							
Indicador	Registro no Sispacto	Meta Brasil 2012	Resultado 2011	Meta RS 2012	Resultado 2012	Índice de Cumprimento de Meta	Grau de Atingimento de meta
1. Média da Ação coletiva de escovação dental supervisionada	xx,xx %	3%	3,21	3,00	1,96	65,33%	IV
2. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.	xx,xx %	≥ 73%	62,22	63,00	67,27	106,78%	IV
3. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	xx,xx %	62%	53,00 *	55,00	51,93	94,42%	IV
4. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	xx,xx %	50%	42,34 *	44,00	39,41	89,57%	IV
<p><i>Objetivo: Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.</i></p>							
Indicador	Registro no Sispacto	Meta Brasil 2012	Resultado 2011	Meta RS 2012	Resultado 2012	Índice de Cumprimento de Meta	Grau de Atingimento de meta
5. Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.	xx,xx %	40%	85,00	100,00	64,34	64,34%	III
<p>DIRETRIZ 2: Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação das unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.</p> <p><i>Objetivo: Implementação da Rede de Atenção às Urgências.</i></p>							
Indicador	Registro no Sispacto	Meta Brasil 2012	Resultado 2011	Meta RS 2012	Resultado 2012	Índice de Cumprimento de Meta	Grau de Atingimento de meta
6. Nº de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada	nº absoluto	Aumento de 20%	675	810	875	108,02%	IV
<p>DIRETRIZ 3: Promoção da atenção integral à saúde da mulher da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.</p> <p><i>Objetivo: Fortalecer e ampliar as ações de prevenção detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.</i></p>							
Indicador	Registro no Sispacto	Meta Brasil 2012	Resultado 2011	Meta RS 2012	Resultado 2012	Índice de Cumprimento de Meta	Grau de Atingimento de meta
7. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	Razão (xx,xx)	75%	0,08	0,63	0,51	80,95%	IV

Indicador	Registro no Sispacto	Meta Brasil 2012	Resultado 2011	Meta RS 2012	Resultado 2012	Índice de Cumprimento de Meta	Grau de Atingimento de meta
8. Razão de exames de mamografias realizados em mulheres 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Razão (xx,xx)	≥ 0,35	0,16	0,31	0,31	100,00%	IV
9. Seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero *	xx,xx %	100%	5,90	100,00	19,01	19,01%	I

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

Indicador	Registro no Sispacto	Meta Brasil 2012	Resultado 2011	Meta RS 2012	Resultado 2012	Índice de Cumprimento de Meta	Grau de Atingimento de meta
10. Proporção de partos normais *	xx,xx %	46%	42,00	45,00	37,97	84,38%	IV
11 . Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas pré-natal *	xx,xx %	≥ 65%	70,72	78,00	71,13	91,19%	IV
12 . Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência *	nº absoluto	Redução de 5%	64,00	60	83	61,67%	III
13 . Taxa de Mortalidade Infantil (nº absoluto p/ municípios com menos de 80.000 hab *)	nº absol. ou xx,xx /1.000	Redução de 5%	11,67	11,08	10,70	105,06%	IV
14. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	xx,xx %	35%	91,97 infantil 56,55 fetal	65,00	67,50	103,85%	IV
15 - Proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados	xx,xx %	100% de óbit. Mat. e	88,14	93,00	83,77	90,08%	IV
16 - Incidência de Sífilis Congênita	nº absoluto	≤ 5.700	636,00	538	829	45,91%	II

DIRETRIZ 4: Fortalecimento de Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

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

Indicador	Registro no Sispacto	Meta Brasil 2012	Resultado 2011	Meta RS 2012	Resultado 2012	Índice de Cumprimento de Meta	Grau de Atingimento de meta
17. Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	xx,xx /1.000	77%	1,05	1,12	1,44	128,57%	IV

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

Objetivo: Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças crônicas, mediante qualificação das redes de atenção.

Indicador	Registro no Sispacto	Meta Brasil 2012	Resultado 2011	Meta RS 2012	Resultado 2012		

Indicador	Registro no Sispacto	Meta Brasil 2012	Resultado 2011	Meta RS 2012	Resultado 2012	Índice de Cumprimento de Meta	Grau de Atingimento de meta
18 . Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur (<i>pactuam estados, capitais e municípios com pop. > 100.000 hab.</i>)	xx,xx/10.000	Redução de 2%	19,65	19,26	19,18	100,42%	IV

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

Objetivo: Fortalecer a promoção e vigilância em saúde .

Indicador	Registro no Sispacto	Meta Brasil 2012	Resultado 2011	Meta RS 2012	Resultado 2012	Índice de Cumprimento de Meta	Grau de Atingimento de meta
19. Cobertura vacinal com vacina tetravalente (DTP+Hib) e Pentavalente em crianças menores de 1 ano de idade.	xx,xx %	≥ 95%	94,10	95,00	86,20	90,74%	IV
20. Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	xx,xx %	≥ 85%	35,60	85,00	63,20	74,35%	III
21. Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	xx,xx %	≥ 85%	87,68	88,00	74,00	84,09%	IV
22. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida *	xx,xx %	≥ 85%	95,18	95,00	94,80	99,79%	IV
23. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação	xx,xx %	≥ 85%	91,09	85,00	90,91	106,95%	IV
24. Proporção de municípios que notificam doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente	xx,xx %	75%	39,31	50,00	28,00	56,00%	III
25 - Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos (<i>nº absoluto p/ municípios com menos de 50.000 hab</i>)	nº absol. ou xx,xx	ção de 10% a	4,35	3,92	6,78	27,04%	II
26 - Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos municípios	xx,xx %	100%	16,94	100,00	96,00	96,00%	IV
28. Nº absoluto de óbitos por dengue.	nº absoluto	ção de 10% a	0,00	NP	0,00	NP	

Objetivo: Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.

Indicador	Registro no Sispacto	Meta Brasil 2012	Resultado 2011	Meta RS 2012	Resultado 2012	Índice de Cumprimento de Meta	Grau de Atingimento de meta
29. Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água referente ao parâmetro coliformes totais	xx,xx %	Aumento 5%	56,07	60,00	69,35	115,58%	IV

DIRETRIZ 11: Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais de saúde.

Objetivo: investir em qualificação e fixação dos profissionais para o SUS.

Indicador	Registro no Sispacto	Meta Brasil 2012	Resultado 2011	Meta RS 2012	Resultado 2012	Índice de Cumprimento de Meta	Grau de Atingimento de meta
30. Percentual de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) em funcionamento	xx,xx %	100%	100,00	100,00	100,00	100,00%	IV
DIRETRIZ 13: Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.							
<i>Objetivo: Qualificação de instrumentos de gestão, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.</i>							
Indicador	Registro no Sispacto	Meta Brasil 2012	Resultado 2011	Meta RS 2012	Resultado 2012	Índice de Cumprimento de Meta	Grau de Atingimento de meta
31 – Proporção de municípios com ouvidorias implantadas (% p/ estado e nº absol. p/ municípios)	nº absol. ou xx,xx%	125	2,81	4,43	4,62	104,29%	IV

Nº total de Indicadores Pactuados	29	100%
Nº de Indicadores com meta atingida	11	38%
Nº de Indicadores com resultado entre 90 e 100%	6	21%
GCM = IV Desempenho Satisfatório	22	75,9%
GCM = III Desempenho Regular	4	13,8%
GCM = II Baixo Desempenho	2	6,9%
GCM = I Muito Baixo Desempenho	1	3,4%

GCM - Grau de Cumprimento de Metas (PlanejaSUS): I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51 a 75% e IV > 75%

INDICADORES DA TRANSIÇÃO PACTO-COAP - 2012

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

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

1. MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA:

Meta: 3,00%

Resultado 2012: 1,96%

Este indicador não atingiu a meta de 3% em 2012. O registro deste procedimento vem sendo negligenciado, visto que muitos municípios interromperam este registro quando implantaram o SIAB. Sabe-se também que há sub-notificação da produção ambulatorial quando realizada em escolas e nas ações de prevenção e promoção de saúde nos municípios.

Série Histórica 2009-2012

2009	2010	2011	2012
1,89	2,85	3,21	1,96

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS 23/02/2013

Acreditamos que a ampliação de Equipes de Saúde Bucal-ESB no Programa Estratégia da Saúde da Família-ESF (774 ESB em 2012), a inclusão de mais equipes dos municípios no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e de Qualidade da Atenção Básica-PMAQ (indicador também presente nos indicadores de monitoramento em saúde bucal do PMAQ), ampliação de Programa Saúde na Escola-PSE, utilização de recursos PABCER-IVS nas ações de saúde bucal nos municípios contemplados, sensibilização de gestores públicos na importância de inserção correta de sua produção deste procedimento no Sistema e ações mais específicas de promoção e prevenção em saúde bucal elevarão este indicador permitindo ampliar acesso e elevar a qualidade da saúde oral dos usuários.

Em análise por Regiões de Saúde verificamos que **5** Regiões de Saúde estão acima de 3% (Entre 4,03 e 6,67: Santa Cruz do Sul, Erechim, Caxias/Hortênsias, Novo Hamburgo/São Leopoldo e Alegrete/Uruguaiana); **5** Regiões de Saúde estão entre 2% a 3% (Entre 2,06 e 2,82: Carazinho, Paranhana, Cruz Alta, Belas Praias e Ijuí); **12** Regiões de Saúde estão entre 1% a 2% (Entre 1,02 e 1,88: Lajeado, Santo Ângelo, Frederico Westphalen/Palmeira das Missões, Sananduva/Lagoa Vermelha, Santa Rosa, Carbonífera/Costa Doce, Estrela, Bons Ventos, Uvas/Vales, Passo Fundo, Soledade e Porto Alegre); e **8** Regiões de Saúde estão entre 0% a 1% (Entre 0,14 a 0,92: Santa Maria, Vinhedos/Basalto, Santiago, Canoas/Vale do Cai, Pelotas/Rio Grande, Campos de Cima da Serra, Cachoeira do Sul e Bagé). Ver tabela anexo 1.

5 Regiões de Saúde apresentam resultado acima de 3%
5 Regiões de Saúde apresentam resultado entre 2% a 3%
12 Regiões de Saúde apresentam resultado entre 1% a 2%
8 Regiões de Saúde apresentam resultado entre 0% a 1%

2. COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA:

Meta: 63,00%

Resultado 2012: 67,27

O Programa Bolsa Família possui três eixos principais: a) transferência de renda que promove o alívio imediato da pobreza; b) condicionalidades que reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e c) ações e programas complementares que objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade.

As condicionalidades do Programa Bolsa Família foram desenvolvidas para promover o acesso dos brasileiros mais pobres a direitos básicos, contribuindo para a redução da pobreza e da desigualdade.

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

No RS, o programa realizou atendimento a 255.401 mil famílias beneficiárias, deste total, 157.071 crianças com calendário vacinal em dia e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (Vigilância Alimentar e Nutricional), e 6.110 gestantes com acompanhamento do estado nutricional, atividades de educação alimentar e nutricional, promovendo a melhoria das condições de saúde e nutrição das famílias, contribuindo para sua inclusão social.

O resultado alcançado pelo Estado no indicador de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família durante sua vigência reflete uma importante tendência de crescimento. Conforme quadro abaixo:

	2008	2009	2010	2011	2012
Meta pactuada pelo RS	50%	50%	56%	61%	63%
Meta atingida pelo RS	50,92%	55,70%	60,61%	62,22%	67,27%

Em 2012, a Atenção Básica acompanhou 67,27% das famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família, superando a meta pactuada pelo Estado de 63%. Em relação ao acompanhamento das condicionalidades da saúde na 2ª vigência de 2012, das 30 Regiões de Saúde, vinte e uma regiões (70%) atingiram a meta pactuada pelo Estado. Com relação aos Municípios 419 (84,47%) atingiram a meta pactuada pelo Estado. As regiões que não atingiram a meta de 63% pactuada foram: 22- Bagé (51,77%); 01- Santa Maria (58,22%); 03- Alegrete e Uruguaiana (54,94%); 10- Porto Alegre (54,02%); 09- Carbonífera e Costa Doce (60,71%); 07- N. Hamburgo e S. Leopoldo (50,29%); 08- Canoas e Vale do Cai (44,11%); 06- Paranhana (58,01%); 30- Estrela (62,9%).

Considerando a meta pactuada pelo MS (73%), dezessete regiões de saúde (56,7%) do Estado atingiram o percentual de acompanhamento: 14 Santa Rosa (87,29%); 20 Carazinho (88,73%); 15 Frederico W. Palmeira M (84,92%); 25 Vinhedos e Basalto (78,34%); 12 Cruz Alta (83,6%); 24 Campos de Cima da Serra (89,97%); 11 Santo Angelo (76,78%); 02 Santiago (79,14%); 17 Passo Fundo (78,6%); 23 Caxias Hortensias (95,93%); 16 Erechim (76,44%); 29 Lajeado (92,77%); 21 Pelotas Rio Grande (75,08%); 26 Uvas Vales (73,01%)
 13 Ijuí (77,29%); 18 Sanad Lagoa Verme (81,57%); 38 Santa Cruz do Sul (79,6%).
Regiões com % > 63% e < 73%: 5 Bons Ventos (71,48%); 27 Cachoeira do Sul (71,12%); 4 Belas Praias (72,78%); 19 Soledade (72,73%).

3. COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA:

Meta: 55,00%

Resultado 2012: 51,93%

O fortalecimento da Atenção Básica não se dá apenas com ampliação de cobertura, mas também com a qualificação da atenção. No ano de 2012, a Coordenação AB/ESF/EACS trabalhou no sentido da implantação/qualificação das equipes de AB através de ações referentes à implantação/implementação de programas e estratégias da SES-RS, Telessaúde para expansão de 127 para 426 Municípios finalizando o ano de 2012 com 1.227 adesões, Núcleos de Apoio à Atenção Básica – NAAB com 99 adesões 2012, e do Ministério da Saúde, tais como, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF manteve 24 adesões em 2012, Programa Saúde na Escola – PSE manteve 65 adesões em 2012, Academias de Saúde com 242 Municípios credenciados foram implantados 333 pólos em 2012, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ abrangendo 242 Municípios somando um total de 829 adesões de AB/ESF 2012, Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Portaria nº 1.170, de 5 de Junho de 2012, habilita os 78 Municípios com 148 adesões a receber recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), componente Ampliação, referente as 148 adesões.

Em relação ao indicador Proporção da Cobertura População Estimada Atenção Básica, conforme série histórica apresentada abaixo, podemos constatar que, a partir das ações citadas anteriormente, conseguimos avançar no que se refere ao aumento da população coberta pela Atenção Básica no Estado RS.

2008	2009	2010	2011	2012
46,21	48,11	47,37	48,98	51,93

4. COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL:

Meta: 44,00%

Resultado 2012: 39,41%

Objetivo do indicador: este indicador reflete a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal na Atenção Básica e seu cálculo soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas/40) * 3.000 utilizando a fonte CNES. Mesmo sendo mudado a forma e o cálculo deste indicador em 2012 e considerando a meta de 44% para 2012 também estamos abaixo da meta. Verificamos a necessidade de informação correta no sistema além de sensibilização dos gestores públicos na necessidade de ampliação da Saúde Bucal nos seus respectivos municípios.

Série Histórica 2008-2012

2008	2009	2010	2011	2012
34,65	36,62	36,7	38,33	39,41

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS 23/02/2013

Em análise por Regiões de Saúde verificamos que 16 Regiões de Saúde estão acima de 44% (Entre 44,25 e 84,43: Frederico Westphalen/Palmeira das Missões, Ijuí, Campos de Cima da Serra, Santiago, Santa Rosa, Sananduva/Lagoa Vermelha, Santo Ângelo, Bagé, Cruz Alta, Carazinho, Passo Fundo, Erechim, Lajeado, Soledade, Vinhedos/Basalto e Bons Ventos); 10 Regiões de Saúde estão entre 30% e 44% (Entre 32,57 e 43,65: Cachoeira do Sul, Paranhana, Belas Praias, Santa Cruz do Sul, Estrela, Vinhedos/Basalto, Alegrete/Uruguaiana, Santa Maria, Canoas/Vale do Cai e Pelotas/Rio Grande); e 4 Regiões de Saúde estão 26% e 30% (Entre 26,43 e 29,77: Caxias/Hortênsias, Novo Hamburgo/São Leopoldo, Porto Alegre e Carbonífera/Costa doce. Ver tabela anexo 2.

16 Regiões de Saúde apresentam resultado acima de 44%
10 Regiões de Saúde apresentam resultado entre 30% e 44%
4 Regiões de Saúde apresentam resultado entre 26% a 30%

Em 2012 destacam-se ações de prevenção, controle da cárie, doença periodontal e câncer bucal; inclui no processo de trabalho procedimentos cirúrgicos restauradores básicos e especializados; além de proporcionar reabilitação protética aos usuários.

A saúde bucal possui representatividade em 100% dos municípios do RS, e em 2012 foram implantadas 85 novas Equipes de Saúde Bucal das 775 ESB/ESF existentes para uma meta até 2015 de 1.772, sendo investidos aproximadamente R\$ 4.650.000,00.

Nas ações de prevenção e monitoramento de indicadores o estado do RS investiu em 2012 R\$ 243.840,00 em material de promoção de saúde oral.

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

5. PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO:

Meta: 100,00%

Resultado 2012: 64,34%

O Estado tem sob gestão estadual 115 hospitais com 50 leitos ou mais. Destes, 74 estavam contratualizados no ano de 2012, o que significa 64,34%. Cabe ressaltar que não foi considerada no cálculo a informação quanto aos estabelecimentos sob gestão municipal, os quais deverão informar no respectivo relatório de gestão. Dentre as dificuldades enfrentadas para o atingimento da meta pactuada pode-se ressaltar a demora na tramitação dos processos; a necessidade de constante atualização das Certidões Negativas de Débito, as quais vários hospitais não possuem, tendo em vista endividamento junto aos órgãos governamentais; dificuldade na atualização da documentação com antecedência necessária, nos casos de Termos Aditivos, ocasionando o vencimento de contratos. A situação de vários hospitais quanto ao alvará sanitário é problemática, tanto com relação à obtenção quanto à prorrogação, já que muitos firmaram Termo de Ajuste de Conduta (TAC), porém não conseguiram resolver todas as incongruências, sendo o alvará sanitário atualizado documento imprescindível para a celebração ou prorrogação do contrato. Outra consideração importante é a migração para o modelo de contrato único, incluindo-se no mesmo instrumento os recursos federais (teto MAC) e estaduais, que anteriormente faziam parte de dois instrumentos contratuais.

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

OBJETIVO: Objetivo Nacional - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

6. NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA IMPLANTADA:

Meta: 810

Resultado 2012: 875

O Estado possui 1455 serviços de saúde que se enquadram no perfil de notificadores de violências. No ano de 2011, 681 serviços notificaram os casos de violência doméstica, sexual e outras violências, como preconiza o Programa Nacional de Vigilância da Violência e Promoção da Saúde, representando um percentual de 46,80% do total de serviços. No

ano de 2012, esse percentual subiu para 60,14%, equivalendo a 875 serviços de saúde notificantes. O Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Centro Estadual de Vigilância em Saúde realizou, ao longo de 2012, reuniões de avaliação e monitoramento e capacitações para mais de 3000 profissionais das diversas áreas de atuação na prevenção da violência, com o objetivo de garantir a identificação, a notificação e o atendimento de pessoas em situação de violência. Como consequência deste trabalho, cresceu o número de notificações, atingindo-se 14.360 de registros no Estado. Entende-se que o aumento do número de serviços notificantes só não foi maior porque alguns gestores definiram que os casos de violência devem ser encaminhados para o serviço de referência.

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

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

7. RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NA MESMA FAIXA ETÁRIA:

Meta: 0,63

Resultado 2012: 0,51

O indicador trata de informação disponível relacionada à realização do exame citopatológico conforme o SIA. As atualizações do SISCOLO quanto à base de dados estão entrando em consonância com o SIA. Estamos em discussão da capacidade instalada para realização do exame e a demanda, que acaba não traduzida na plenitude das necessidades. Entendemos que muito avançamos na ampliação da cobertura com capacitação de profissionais, sensibilização para a importância da prevenção, distribuição de material educativo, o que certamente repercutiu na aproximação do resultado a meta. Permanecem os problemas nas regionais em relação ao SISCOLO como: não dispor de computador para o registro, não dispor de pessoal para digitação dos dados, não dispor de acesso regular à internet; não saber trabalhar com a base de dados e não utilização do sistema para acompanhamento das usuárias. Os prestadores de serviço (laboratórios de citologia) informam a fatura do citopatológico e geram um arquivo de exportação ao SISCOLO com dados epidemiológicos, ainda, na maioria das vezes, diretamente ao nível central – não transpassando a informação, fundamental, da alteração do resultado para o município e CRS;

A cobertura da saúde suplementar com a realização de pequenos procedimentos e exames crescente nos últimos anos tiram os exames citopatológicos do SUS, não dando visibilidade à realidade em toda a população de mulheres.

O rastreamento do câncer do colo uterino com o citopatológico ainda é oportunístico, não caracterizando um rastreamento de fato, mas sim aguardando a usuária e disponibilizando, àquela que acessa o SUS. O fortalecimento e ampliação de oferta na atenção básica é primordial para o avanço dos resultados.

8. RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA REALIZADAS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA:

Meta: 0,31

Resultado 2012: 0,31

A descentralização do acompanhamento da cobertura do exame, ainda em processo de consolidação, a aproximação de contratação de prestadores baseada na necessidade de demanda e capacidade do aparelho promovidas pela área técnica da saúde da mulher em 2012 estão traduzidas na melhora dos resultados e alcance da meta. O trabalho conjunto do grupo de prevenção do câncer ginecológico propiciou o entendimento das reais necessidades do incremento da oferta e o ajuste a demanda.

9. SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE LESÕES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU DO COLO DO ÚTERO:

Meta: 100,00%

Resultado 2012: 19,01%

A informação de seguimento está em 100%, todavia não estamos com a coleta de citopatológico em valores esperados desqualificando o dado gerado do seguimento. Em 2012 iniciamos a capacitação para as 19 coordenadorias para descentralização, qualificação e alimentação dos sistemas SISCOLO e SISMAMA. Mantemos o termo de cooperação com Equipe de acompanhamento de patologia cervical do HCPA para SISCOLO. Qualificamos a alimentação do SISCOLO através do cruzamento mensal da informação sobre o número de exames citopatológicos de colo uterino com o número destes procedimentos informados no SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais. Acompanhamos as certificações de qualidade dos serviços radiológicos em câncer de mama. Para alcance das metas proposta é preciso a prática da linha de cuidado de prevenção ao câncer ginecológico iniciados pelo fortalecimento de ações de promoção da atenção básica com objetivo de captação das usuárias na faixa etária indicada, seguimento e atenção em média e alta complexidade. Os grupos de trabalho mantem-se constituídos (colo e mama) elaborando estratégias, a exemplo: impresso de prevenção do câncer de colo, manutenção do contrato com mama móvel, realização de mamografias para mulheres privadas de liberdade, capacitações as regionais e participação junto ao Ministério de Saúde (3 encontros/ano) e Instituto Nacional do Câncer (2 encontros/ano). Identificamos avanços no alcance das metas, já contemplado na Razão de mamografias.

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

10. PROPORÇÃO DE PARTOS NORMAIS:

Meta: 45,00%

Resultado 2012: 37,97%

A mudança do modelo assistencial proposta pela rede cegonha das “boas práticas” traduzida pelo grupo condutor da rede cegonha estadual as regionais e municípios ainda não esta refletida na redução de cesáreas. O modelo médico centrado adotado pela maioria dos serviços materno-infantil do estado, a baixa sensibilização destes serviços aos seus usuários para condução de procedimentos menos invasivos contribui para indicação de procedimentos nem sempre necessários. A falta de equipe presencial em serviços de assistência a gestante também vem direcionando os procedimentos adotados. Os estabelecimentos com equipes presenciais, na maioria universitários, tem apresentado resultados positivos quanto à redução de cesáreas eletivas. Regionais com dificuldade de acesso, municípios pequenos tem dificuldade na contratação de profissionais.

11. PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM NO MÍNIMO 7 CONSULTAS DE PRÉ-NATAL:

Meta: 78,00%

Resultado 2012: 71,13%

O resultado é positivo pelo parâmetro nacional, mantemos a expectativa de melhores resultados com o aprimoramento do sistema de acompanhamento de pré-natal, SISPN web, em fase de adequação e implantação nos municípios gerando dificuldades na qualificação dos dados. Entendemos que a informatização dos prontuários de atendimento será importante fator para facilitar a alimentação de informações do DATASUS, além de evitar a fragmentação do atendimento dos usuários nos diferentes níveis de atenção, atendendo as necessidades propostas pelas linhas de cuidado.

12. NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERIODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA:

Meta: 60

Resultado 2012: 83

Com a implantação da Rede Cegonha-PIM, garantindo acesso e qualificando a assistência, esperamos a redução das mortes maternas. O total de casos apresentados pelos dados diretos da área técnica e do NIS traduz todos os óbitos ocorridos em 2012 entre mulheres gestantes e/ou puerperas o que não significa que todos tenham como causa a condição obstétrica. Estamos em fase de finalização da análise das condicionalidades relacionadas

às causas obstétricas diretas e indiretas. A dificuldade de recursos humanos em serviços de difícil acesso desqualifica a atenção.

13. TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL:

Meta: 11,08

Resultado 2012: 10,70

A Política de Atenção à Saúde da Criança integra os projetos estratégicos da SES. O coeficiente de mortalidade infantil vem decrescendo nos últimos anos, ficando o CMI 10,7 no ano de 2012, preliminarmente. As principais ações desenvolvidas para a redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil foram: 1. Capacitação das CRSs para a implementação da linha de cuidado de atenção integral à saúde da criança junto aos municípios. 2. A intensificação da Vigilância do Óbito Infantil no Rio Grande do Sul, realizada pelo Gabinete de Situação; 3. A integração das áreas técnicas da SES em 2012, otimizando o trabalho articulado junto às equipes macrorregionais, colocou em pauta o monitoramento da atenção ao parto e nascimento, no foco da Rede Cegonha, identificando a necessidade de referenciar parto de cerca de 25 maternidades de hospitais de pequeno porte para outros serviços. Ao total são 73 hospitais de pequeno porte com referenciamento do parto e nascimento; 4. Realizou-se também a certificação de Unidades Básicas de Saúde na Rede Amamenta Brasil, Reavaliação dos Hospitais Amigo da Criança para a certificação junto ao Ministério da Saúde, Seminário Estadual da Semana Mundial da Amamentação, Curso de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) Neonatal, Capacitação de Técnicos/Pediatras nas ações de qualificação do desenvolvimento Infantil; 5. A verificação "In Loco" de todos os 2.504 leitos de cuidados intensivos do Rio Grande do Sul, realizadas pelo Departamento de Ações em Saúde/Seção de Saúde da Criança e Auditoria Médica, em parceria com o Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Departamento das Coordenadorias Regionais e Centro Estadual de Vigilância em Saúde; 6. A habilitação de 3 serviços de saúde para o seguimento de crianças egressas de UTI Neonatal, em especial recém-nascidos prematuros menores de 1500g, com o fornecimento do Imunobiológico Palivizumabe aos prematuros menores de 1250g, para prevenção das infecções por vírus sincicial respiratório, dentro da prevenção da morbi-mortalidade infantil, configurando uma rede de 14 serviços nas sete macrorregiões do estado.

14. PROPORCAO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS:

Meta: 65,00%

Resultado 2012: 58,13%

A investigação de óbitos infantis e fetais em 2012 foi de 58,13% do total de óbitos infantis e fetais no Estado (dado ainda preliminar, do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal – SVS/MS). Os dados preliminares indicam que 81,65% dos óbitos infantis e 53,68% dos óbitos fetais foram investigados e analisados, com foco na identificação das causas que levaram ao óbito (SIM,2012).

15. PROPORCAO DE ÓBITOS MATERNOS E DE MULHERES EM IDADE FERTIL (MIF) POR CAUSAS PRESUMÍVEIS DE MORTE MATERNA INVESTIGADOS:

Meta: 93,00%

Resultado 2012: 83,77%

Os resultados estão aproximados ao esperado, considerando que associação a morte materna foi avaliada em 100% dos casos de MIF. Faz-se necessária a efetiva investigação de casos de MIF, a fim de qualificar as causas de morte entre as mulheres no intuito de desenvolver ações específicas na prevenção desta casuísticas.

A SES/RS está desenvolvendo e implementando LINHAS DE CUIDADO para todos os programas da Política Nacional de Atenção Integral Saúde da Mulher e da criança. Agregando-se, ações Educativas/capacitações para prevenir patologias e violência física e social às mulheres. A adequada atenção ao pré-natal, parto e o puerpério tem como principal objetivo garantir o acompanhamento precoce à gestante, assegurando, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal. Propiciar o planejamento sexual e reprodutivo para as usuárias. Ações desenvolvidas: o monitoramento do pré-natal ocorrendo através do SISPRENATAL, visando o acompanhamento de captação precoce, execução de exames e seguimento em tempo oportuno. Implementação do trabalho voltado as “boas práticas” do parto e nascimento trazendo a gestante, seu acompanhante de livre escolha e seu bebê como protagonista do pré-natal, parto e nascimento com objetivo de sensibilizar culturalmente usuários e equipes para redução de indicações desnecessárias de cesáreas, trabalho que também esta sendo realizado de forma estreita com demais setores da SES para contratos, auditorias e afins. Tendo em vista a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha e a resolução nº01/2011, de 30 de setembro de 2011, do Grupo Condutor da Rede Cegonha / Rede Chimarrão no Rio Grande do Sul, a implementação da Rede Cegonha do Estado do Rio Grande do Sul iniciou-se de acordo com o planejamento do Ministério da Saúde: 1. Em todo o Estado, para os componentes da atenção básica, ou seja, componentes de atenção ao pré-natal, puerpério e primeira infância; e 2. na região macrometropolitana de Porto Alegre, incluindo todos os municípios da 1ª, 2ª e 18ª CRS (88 municípios), para todo o conjunto de componentes da Rede Cegonha. O Plano de Ação Regional do Estado do Rio Grande do Sul esta traduzido em Planos de Ações Municipais e expresso na Programação Pactuada e Integrada do Estado e dos Municípios. No Rio Grande do Sul, a estratégia de implantação da Rede Cegonha (RC) foi associada ao Primeira Infância Melhor (PIM), constituindo-se uma das primeiras discussões de redes de atenção à saúde. No estado, 78% dos municípios aderiram a RC em 2012, sendo que na macrometropolitana, 100%. Juntamente à Rede Chimarrão (RC+PIM), a SES/RS lançou planos de investimento na construção de uma atenção mais qualificada às gestantes, o que determinou o investimento do estado nos Ambulatórios de Gestantes de Alto Risco (AGAR) para observar o plano de ação desta tecnologia no pré-natal do Rio Grande do Sul através da resolução CIB 203/2012 e portaria estadual 660/2012. Além da qualificação, esta tecnologia permite o matriciamento à atenção básica e a populações específicas de maior risco físico e social.

16. INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA:

Meta: 538

Resultado 2012: 817

A meta pactuada, utilizando-se os dados do DATASUS, para o ano de 2012 foi de 538 casos, o valor atingido foi de 817 casos, utilizando-se a base de dados do Sinan Net. Não foi utilizado o valor do DATASUS 177 casos. As diferenças entre os valores mais elevados obtidos no SinanNet e o DATASUS se devem a atualização dos dados. No Sinan Net os dados são enviados semanalmente tendendo a ser mais fidedignos do que os dados do DATASUS.

Sessenta por cento dos casos de sífilis congênita estão concentrados em municípios da região metropolitana e Caxias do Sul, sendo que Porto Alegre concentra 36,0% (294) dos casos de sífilis congênita, seguida por Caxias do Sul com 7,5% (61), Alvorada com 6,5% (53), Canoas com 5,6% (46) e Viamão com 4,5% (37).

Houve um aumento no número de casos de sífilis congênita notificados. A oferta de teste rápido na Atenção Básica (AB) para gestantes e parceiros tem como objetivo a redução no número de casos de sífilis congênita. No entanto, não houve ainda tempo hábil para se verificar a redução de casos, já que a implantação de teste rápido na AB foi introduzida recentemente. Há a necessidade de verificar as possíveis causas para o aumento do número de casos de sífilis congênita como dificuldades de acesso e qualidade do pré-natal com diagnóstico, tratamento adequado e oportuno da gestante e do parceiro e encerramento do caso pela atenção básica e vigilância.

Ainda que não tenhamos alcançado os resultados esperados, em 2012 realizamos ações visando o diagnóstico, a prevenção e o tratamento adequado das DSTs e HIV/AIDS, tais como a implantação de Teste Rápido do HIV e Sífilis que tem como objetivo o diagnóstico precoce de HIV e Sífilis nas gestantes a fim de reforçar a prevenção da transmissão vertical do HIV e da Sífilis Congênita. Teve como público alvo os profissionais da Atenção Básica, coordenadores da DST/Aids, Saúde da Mulher e Saúde da criança. Foram realizadas 7 capacitações de apoiadores regionais e municipais para implantação de Teste Rápido do HIV e Sífilis nas 7 macrorregionais do estado, incluindo as 19 CRS. Estes apoiadores ficaram aptos a capacitar e apoiar na implantação da Testagem Rápida de HIV e Sífilis na Atenção Básica dos municípios de sua regional. Ampliação, através de capacitações, da testagem rápida de HIV e Sífilis para os profissionais de CTA/SAT/SAE, abrangendo 182 municípios e 1780 profissionais.

Uma outra medida de prevenção da transmissão vertical do HIV foi a disponibilização, a partir de novembro de 2012, atendendo a Nota Técnica nº388/2012 CQV/D – DST – AIDS-HIV/SUS/MS, de nevirapina solução oral nas maternidades para os recém nascidos cujas mães não fizeram a profilaxia de HIV durante a gestação. A zidovudina e a nevirapina diminuem a probabilidade da transmissão vertical do HIV.

Com o objetivo de monitorar a assistência prestada prioritariamente às gestantes no âmbito da Rede Cegonha foi elaborado um instrumento que consiste em um relatório mensal onde constam informações referentes ao número de gestantes testadas para sífilis e HIV, parceiros testados, tratamento realizado, encaminhamentos e vigilância epidemiológica. Articulação com as demais políticas do DAS, prioritariamente Atenção Básica e Saúde da Mulher a partir da portaria que institui a Rede Cegonha com reestruturação do processo de avaliação e monitoramento da adesão e cobertura da

testagem rápida de HIV e VDRL nas maternidades com proposição de retorno aos serviços dos dados analisados. As maternidades foram incluídas no processo de capacitação e atualização da testagem rápida e redução da Transmissão Vertical com os demais serviços da rede municipal e regional.

Incentivo às ações de mobilização de testagem rápida de HIV e Sífilis ("Fique Sabendo") alusivas ao Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, com adesão dos municípios de Ijuí, Bento Gonçalves, Vacaria, Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul, Uruguaina, Santana do Livramento, Erechim e São Leopoldo e Porto Alegre (articulação direta com o MS), entre outros.

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

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

17. COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS):

Meta: 1,12

Resultado 2012: 1,44

A meta 2012 para o indicador "cobertura de Centros de Atenção Psicossocial" foi alcançada e ultrapassada, de modo que a cobertura de CAPS no RS, que era de 1,12 CAPS habilitados por 100.000 habitantes em dezembro de 2011, foi de 1,44 CAPS habilitados por 100.000 habitantes em dezembro de 2012. Nesse período, doze (12) novos CAPS foram habilitados pelo Ministério da Saúde, tendo estes recebido o custeio estadual enquanto aguardavam sua habilitação. Há, neste momento, 7 Centros de Atenção Psicossocial nesta situação. Os recursos estaduais para o custeio dos CAPS no ano de 2012 alcançaram o montante de R\$ 1.165.661,00 e o número de CAPS em funcionamento (CAPS habilitados + CAPS em habilitação) chegou a 167 em dezembro de 2012. Nos últimos cinco anos, a "cobertura de CAPS" tem aumentado constantemente, crescimento este que teve uma aceleração significativa a partir de abril de 2011, com o início do custeio estadual para os CAPS em processo de habilitação. Há ainda algumas regiões com cobertura de CAPS inferior à média estadual e nacional, no entanto isto decorre, principalmente do fato de a região ser constituída por municípios que não atendem o critério populacional para implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Foi também, ao considerar esta realidade, que a Secretaria Estadual de Saúde criou, dentro da Política de Saúde mental, Álcool e outras Drogas, através do Projeto Estratégico *O Cuidado que eu Preciso*, linhas de financiamento para outros dispositivos de cuidado em saúde mental como os Núcleos de Apoio à Atenção Básica e as Oficinas Terapêuticas.

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

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

18. TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FEMUR:

Meta: 19,26

Resultado 2012: 19,18

A taxa de internação por fratura de fêmur é um indicador pactuado entre os municípios acima de 100 mil habitantes visando apontar questões de fragilidade dos idosos. Esse indicador é estratégico para acompanhar como as ações propostas pela Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa, principalmente no que se refere à prevenção de quedas e à promoção de saúde, está atuando. O valor total da taxa atingido pelo Rio Grande do Sul em 2012, que foi de 19,18, representou uma diminuição em relação ao ano de 2011 (19,65). Em 2012, alcançamos a meta prevista, que era de 19,26. Acredita-se que tenhamos atingido esse valor em virtude de algumas medidas tomadas: implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na rede de atenção básica dos municípios, desenvolvimento de Oficinas de Prevenção de Quedas e Notificação da Violência, Apoio Institucional às Coordenadorias Regionais e aos municípios, Apoio aos gestores e profissionais na temática do financiamento de ações em saúde do idoso na Atenção Básica, além da realização sistemática de encontros de Educação Permanente para implantação e fortalecimento da Política, a partir da perspectiva do envelhecimento ativo e de intergeracionalidade.

Dos 18 municípios com mais de 100 mil habitantes no RS, os 10 municípios que não atingiram as metas em 2012 também não a alcançaram em 2011, sendo que 5 municípios tiveram um aumento considerável da taxa. A maioria dos municípios que não alcançaram as metas previstas em 2012 se concentram na Região Metropolitana do Estado, de modo que ainda que tenhamos apoiado algumas ações é preciso reforçar e apoiar as estratégias nestes territórios. Além disso, considerando que o indicador da taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur é, em grande parte, reflexo de mudanças no processo de trabalho, esperamos que a médio e longo prazo ocorra uma diminuição nesse indicador. Para tanto, consideramos que a construção da Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa - articulação que envolve diferentes setores da Secretaria Estadual de Saúde, bem como demais atores institucionais envolvidos na rede de atenção à pessoa idosa, tais como Justiça, Direitos Humanos e Assistência Social - servirá como base para o desenvolvimento da integralidade das ações.

Municípios	Quantidade de habitantes	Taxa internação fratura no fêmur
São Leopoldo	217189	2,23
Caxias do Sul	446911	8,31
Uruguaiana	125209	10,24
Sapucaia do Sul	132197	10,89
Santa Maria	263662	13,5
Passo Fundo	187298	13,95
Bagé	117090	14,53
Bento Gonçalves	109653	16,71
Rio Grande do Sul	10770603	19,18
Rio Grande	198842	19,65
Novo Hamburgo	239355	21,16
Porto Alegre	1416714	21,64
Gravataí	259138	22,22
Viamão	241190	24,13
Alvorada	197441	24,82
Cachoeirinha	119896	27,04
Pelotas	329435	28,43
Santa Cruz do Sul	119997	32,97
Canoas	326505	35,25

Fonte: DATASUS – 03/2013

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

OBJETIVO: Objetivo Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.

Deve-se inicialmente salientar que persistem dificuldades relativas aos vários Sistemas de Informação utilizados pelas diferentes áreas responsáveis por ações de vigilância. Essas dificuldades ficam explícitas quando se observam números divergentes entre os diferentes níveis dos mesmos (municipal, estadual e federal). Também é necessário reiterar que vários indicadores ainda não são adequadamente avaliáveis no mês de março, uma vez que informações definitivas sobre as coortes acompanhadas só serão encerradas posteriormente. Esse é o caso, em especial, das doenças crônicas, como a tuberculose e hanseníase.

O Sistema de Vigilância, entretanto, apesar das dificuldades, especialmente concentradas no subfinanciamento e na questão da constituição de equipes capazes de responder à sua complexidade crescente, tem apresentado progressos importantes, com ampliação de sua cobertura e capacidade de detectar precocemente situações de risco, agravos e doenças que atingem as comunidades. Apesar da dificuldade na descentralização dos Sistemas de Informação em função da sua complexidade, o resultado pode ser considerado exitoso, como mostram os indicadores do Sistema de Mortalidade (95% dos óbitos com causa básica definida) e do SINAN (90,91% dos casos de doenças de notificação compulsória encerrados oportunamente).

19. COBERTURA VACINAL COM VACINA TETRAVALENTE (DTP+HIB)/PENTAVALENTE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO:

Meta: 95,00%

Resultado 2012: 86,20

Em meados de 2012 o Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou o Calendário Básico de Vacinação da Criança com a introdução da vacina Pentavalente que previne contra difteria, tétano, pertussis, hepatite B e meningites causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b, em substituição à vacina Tetravalente. Para o cálculo da cobertura vacinal para o ano de 2012, utilizou-se o somatório de doses aplicadas de vacina Tetravalente, Pentavalente e Hexavalente em menores de 1 ano. A meta preconizada é de 95%. Os dados atuais (ainda preliminares) apontam cobertura de 86,2% de cobertura identificando-se uma queda em relação a 2011 (94,5% de cobertura vacinal para a vacina Tetravalente). Dos 496 municípios do RS, 58,27% (289 municípios) não atingiram a meta no ano de 2012. No RS existe uma heterogeneidade na cobertura vacinal, quando analisamos os dados no sistema de informação SI-API, desde municípios que superaram em muito os indicadores de cobertura ($\geq 120,00\%$) até municípios com coberturas muito abaixo do esperado (ex: 17,1% de cobertura)

Vários fatores podem ter contribuído para o desempenho insatisfatório:

- No período de transição da vacina Tetravalente para Pentavalente o Programa Nacional de Imunizações (PNI) enfrentou problemas de desabastecimento da vacina Pentavalente por motivos relacionados ao atraso na produção deste imunobiológico no parque nacional, dificuldades no processo de importação de laboratórios internacionais, agravado pelo atraso, por parte da ANVISA, na liberação alfandegária de inúmeros lotes prejudicando a reposição desta vacina na rede pública de saúde.
- O SI-API é um sistema operado na plataforma DOS, que tem apresentado inúmeros problemas, desde falhas quando da mudança de versão (2 mudanças de versão ocorreram no ano de 2012), como na transferência de dados entre os diferentes níveis.
- O grande número de ações que vem sendo executado pelos vacinadores, na rotina, nas campanhas e na realização do Monitoramento de Coberturas Vacinais, sobrecarregando estes profissionais e podendo comprometer a qualidade do registro de doses aplicadas (erros de digitação), assim com a adequada avaliação das cadernetas de vacinação.
- A expansão do PNI e da sua complexidade técnica (aplicação de diferentes tipos de imunobiológicos, controle dos eventos adversos, identificação de segmentos especiais da população, entre outros) têm encontrado dificuldades nos reduzidos, e muitas vezes com alta rotatividade, quadros de recursos humanos.

O monitoramento do banco de dados pelo Programa Estadual de Imunizações tem identificado erros no sistema de informação, estando em andamento junto aos municípios de revisão dos mesmos.

20. PROPORÇÃO DE CURA NAS COORTES DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA:

Meta: 85,00%

Resultado 2012: 18,34%

O percentual de cura da tuberculose apresentado foi o de 2011, pois o de 2012, constante do Sistema de Informação (18,34%) é muito preliminar. Mesmo assim, as dificuldades relativas à vigilância da tuberculose persistem importantes. A incidência da Tuberculose no Rio Grande do Sul (46,8 casos/100.000hab. em 2011) está concentrada em 15 Municípios Prioritários - Alvorada, Porto Alegre, Canoas, Sapucaia do Sul, Viamão, Cachoeirinha, Rio Grande, Guaíba, Santa Maria, Gravataí, São Leopoldo, Pelotas, Novo Hamburgo, Santa Cruz do Sul e Uruguaiana. A Capital e Região Metropolitana concentram 70% dos casos. Porto Alegre tem a maior taxa de incidência entre as capitais brasileiras, em 2009(121,3 casos/100.000hab.), em 2010(108,2 casos/100.000hab.) e em 2011(110,3 casos/100.000hab.). A tuberculose é a doença que mais mata os doentes de AIDS no estado. A faixa etária mais atingida é o adulto jovem, de 20 a 49 anos, do sexo masculino, com baixa escolaridade e da raça preta e parda. Continua-se não atingindo a meta para a cura dos casos de Tuberculose no Estado, que ficou em 63,2% em 2011, com 14,0% de Abandono.

As principais causas para não alcance dessa meta são:

- insuficiente integração das ações da tuberculose à Atenção Básica nos municípios, dificultada pela cobertura de ESF de 37% no RS, com vínculos trabalhistas ainda fracos e consequente rotatividade de profissionais da AB/ESF;
- baixa cobertura de Tratamento Diretamente Observado – TDO, esta ação também deve ser expandida na AB/ESF;
- taxa de co-infecção TB/HIV de 20%, o dobro do país;
- aumento do uso de álcool e outras drogas ilícitas (principalmente o crack), levando a uma taxa maior de abandono de tratamento.

21. PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES:

Meta: 88,00%

Resultado 2012: 74,00%

O percentual de cura alcançado pela hanseníase no ano de 2012, pelos dados constantes do SINAN até o presente, foi de 74% (inferior ao alcançado em 2011, de 87,7%). É preciso considerar, entretanto, que estes são dados parciais. Neste ano registraram-se 3 óbitos e 4 abandonos, impactando em 5,34% do indicador. Porém, a principal causa do percentual abaixo do pactuado foi a falta de registro das altas por cura no SINAN, frequentemente atrasado devido à falta de médicos nos municípios para avaliar os contatos intradomiciliares (o que deve ocorrer antes da alta), embora também ocorra falha de registro pelo não cumprimento das rotinas de atualização do SINAN.

22. PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA:

Meta: 95,00%

Resultado 2012: 94,79%

A introdução dessa prioridade faz referência a este indicador.

23. PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APÓS NOTIFICAÇÃO:

Meta: 85,00%

Resultado 2012: 90,91%

24. PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS QUE NOTIFICAM DOENÇAS/AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO DA POPULAÇÃO RESIDENTE:

Meta: 50,00%

Resultado 2012: 28,00%

Avanços também foram registrados em relação à Vigilância em Saúde do Trabalhador, com ampliação progressiva do número de notificações, que atingiu 40.570 no ano de 2012. Como a notificação dos agravos à saúde do trabalhador já era compulsória, por legislação estadual, desde o ano 2000, através de Sistema de Informações próprio (SIST), a implantação do SINAN nesta área tem evoluído mais lentamente. Assim, em 2012, 28% dos municípios (137) notificaram no SINAN o equivalente a 2.693 notificações enquanto 84% (419 municípios) notificaram no SIST 37.877 agravos.

25. TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE:

Meta: 3,92

Resultado 2012: 6,78

Aproximadamente 90% dos casos de AIDS em menores de 5 anos se devem a transmissão vertical que pode ocorrer durante a gestação, parto e amamentação.

A meta proposta para 2012 pelos dados do DATASUS foi de 3,9/100.000, o valor atingido foi de 6,8/100.000. O município com maior número de casos de AIDS em menores de 5 anos foi Porto Alegre com 16 casos, seguido de Esteio e Sapucaia do Sul com 3 casos cada um, Alegrete, Passo Fundo, Viamão e Bom Jesus com 2 casos cada um. Precisamos de um conjunto de medidas mais abrangentes e efetivas, no sentido de acompanhar todas as crianças expostas até os 18 meses.

No esforço para diminuir a transmissão vertical do HIV tem sido realizadas capacitações de Maternidades em todo Estado implantando as rotinas já estabelecidas pelo Ministério

da Saúde, disponibilizando Teste rápido anti-HIV e todos os insumos necessários. Esta é, sem dúvida, a solução para parte das dificuldades, pois possibilita a realização de “boas práticas nas maternidades”. Além da inclusão da Nevirapina solução oral, em três doses, na primeira semana de vida para RN de mãe HIV + que não fez tratamento durante a gestação (NT nº388/2012 D – DST – AIDS – HIV).

A disponibilização da fórmula láctea para crianças de 0 a 1 ano auxilia na estratégia de monitoramento e adesão das crianças expostas.

A oferta de Teste Rápido para HIV na AB durante o pré-natal é outro elemento fundamental, pois possibilita um diagnóstico mais precoce e intervenção profilática mãe/bebê em tempo mais oportuno, reduzindo a possibilidade de transmissão vertical, visto que aproximadamente 65% dos casos de transmissão vertical ocorrem durante o trabalho de parto e 35% ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação.

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

26. PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS:

Meta: 100,00%

Resultado 2012: 96,00%

O indicador de Vigilância Sanitária propõe a consolidação da descentralização das ações da área, mensurando o “percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios”. A meta é atingir 100% dos municípios tendo pactuado e executando ações estruturantes de VISA. Com esta finalidade, avaliou-se o número de municípios que pactuaram essas ações conforme definição da CIB-RS na sua Resolução nº 250/2007. Em 2012, 96% dos municípios encontram-se nessa situação, o que pode ser considerado um grande avanço. O número de municípios que executam ações estratégicas é muito menor, tendo em vista que a descentralização é sempre mais facilitada nos municípios de maior porte, inclusive pelo fato de que os recursos financeiros transferidos são diretamente proporcionais ao número de habitantes. A gestão da Vigilância Sanitária vem enfrentando inúmeros desafios, que dificultam o alcance das metas propostas para os indicadores da área, salientando-se a insuficiência e/ou inadequação das equipes em todas as esferas (municipal, central e regional da SES) e a falta de soluções para questões jurídicas e administrativas especialmente relativas às ações fiscais como, por exemplo, a descentralização de ações estratégicas num universo de municípios de pequeno porte e que não encontram solução legal para agirem de forma regional.

28. NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE:

Meta: Não Pactuado

Resultado 2012: Zero

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

29. PERCENTUAL DE REALIZAÇÃO DAS ANÁLISES DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA, REFERENTE AO PARÂMETRO COLIFORMES TOTAIS:

Meta: 60,00%

Resultado 2012: 69,35%

Os resultados das análises da vigilância da qualidade da água para consumo humano subsidiam os municípios na tomada de decisões nessa área. No ano de 2011, 26 municípios não realizaram monitoramento da qualidade da água, correspondendo a 5,2% do total de municípios. Em 2012, esse número caiu para 20 municípios. Percebe-se que, apesar da maioria dos municípios gaúchos estarem realizando mais de 50% do nº de amostras determinado para o parâmetro coliformes totais, ainda há muito para avançar em busca de um monitoramento que possa indicar a qualidade da água consumida em todo o território do RS. Como um todo, o Estado realizou, em 2012, 62569 análises de amostras de água para monitoramento de coliformes totais, e continua evoluindo na série histórica deste indicador (42% em 2009, 55% em 2010 e 56,63% em 2011 e 69% em 2012).

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

OBJETIVO: Objetivo Nacional - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.

30. PERCENTUAL DE COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (CIES) EM FUNCIONAMENTO:

Meta: 100,00%

Resultado 2012: 100,00%

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – CIES atuam como câmaras técnicas das instâncias de gestão (Comissões Intergestores Regionais - CIR) no planejamento, acompanhamento e execução de ações de educação permanente em saúde. Sua composição abrange segmentos como movimentos sociais, gestores, instituições de ensino e trabalhadores da saúde, conforme propõe a Portaria 1996/07 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. As ações educativas promovidas pela CIES são construídas de maneira ascendente, de acordo com as

necessidades regionais e os planos regionais de educação em saúde. O Estado do Rio Grande do Sul possui atualmente 19 CIES Regionais e uma CIES Estadual ligada à Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

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

OBJETIVO: Objetivo Nacional - Qualificação de instrumentos de gestão, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

31. PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS:

Meta: 4,43%

Resultado 2012: 4,62%

No início do ano de 2012 o Rio Grande do Sul apresentava 14 municípios com Ouvidoria do SUS implantada, totalizando 2,81% dos municípios, conforme resultado da Pesquisa realizada pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES/MS). Cerca de 08 municípios estavam em processo de implantação, de forma que a meta para 2012 eram totalizar 22 municípios com Ouvidoria do SUS implantada. No final do ano de 2012, temos a informação de que 23 municípios possuem Ouvidoria, ou seja, 4,62% dos municípios. Cabe salientar que a situação de implantação de Ouvidoria foi informada pelos próprios municípios às Coordenadorias Regionais de Saúde.

AVALIAÇÃO GERAL DAS DIRETRIZES

No ano de 2012 foram pactuadas metas para 29 indicadores, sendo que destes 11 atingiram ou superaram a meta e outros 06 apresentaram resultado entre 90 e 100%. Esse processo de avaliação permite identificar desigualdades por área de atuação, contribuindo para a definição de estratégias que atendam às necessidades.

De acordo com os parâmetros do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS *, o desempenho global do Estado pode ser classificado como favorável já que 22 indicadores (aproximadamente 80%) ficaram com Grau IV de cumprimento de meta, considerado desempenho satisfatório. Apenas 04 indicadores (13,8%) apresentaram desempenho regular, 02 (6,9%) apresentaram baixo desempenho e 01 indicador (3,4%) muito baixo desempenho.

* Referência: Grau de Cumprimento de Metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51 a 75% e IV > 75%

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO - 2012

AVALIAÇÃO DA PRIORIDADE: VI - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

O fortalecimento da Atenção Básica não se dá apenas com ampliação de cobertura, mas também com a qualificação da atenção. No ano de 2012, a Coordenação AB/ESF/EACS trabalhou no sentido da implantação/qualificação das equipes de AB através de ações referentes a implantação/implementação de programas e estratégias da SES-RS , Telessaúde para expansão de 127 para 426 Municípios finalizando o ano de 2012 com 1.227 adesões, Núcleos de Apoio à Atenção Básica – NAAB com 99 adesões 2012, e do Ministério da Saúde, tais como, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF manteve 24 adesões em 2012, Programa Saúde na Escola – PSE manteve 65 adesões em 2012, Academias de Saúde com 242 Municípios credenciados foram implantados 333 pólos em 2012, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ abrangendo 242 Municípios somando um total de 829 adesões de AB/ESF 2012, Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Portaria nº 1.170, de 5 de Junho de 2012, habilita os 78 Municípios com 148 adesões a receber recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), componente Ampliação, referente as 148 adesões, conforme **Quadro I:**

Atenção Básica – Programas e Estratégias de Apoio da SES/RS e MS – 2011/ 2012		
SES/RS		
Programas e Estratégias	2011	2012
	Municípios	Número de Adesões
Telessaúde	127	1.227
NAAB	-	99 Equipes
Ministério da saúde		
Programas e Estratégias	2011	2012
	Municípios	Número de Adesões
NASF	24	24
PSE	65	65
PMAQ	378 (76,21)111	829 Equipes de AB/ESF
Academia de Saúde	242	333 Pólos
Requalificação das Unidades Básicas de Saúde	78	148

FONTE: DAB/SES-RS/MS/DEZ 2012

A Atenção Básica do Estado vem visando à qualificação das estratégias de organização

da (AB) através de ações como o apoio institucional, programas e incentivos para melhoria de unidades de saúde, capacitação de equipes, valorização dos trabalhadores e qualificação do cuidado da atenção com a implantação de Linhas de Cuidado.

Além disso, o estado realizou encontros de Redes de Atenção à Saúde, através do Apoio Institucional; encontros com as coordenadoras regionais da AB/ESF; Capacitações para implantação dos Testes Rápido de Sífilis e HIV nas UBS – abrangendo 182 municípios e 1.780 profissionais; Capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância Neonatal – com a participação de 31 profissionais e a Capacitação para o Sistema de Informação da Atenção Básica, com 80 profissionais; Fórum Estadual dos Agentes Comunitários de Saúde, com 220 participantes; redimensionamento do Incentivo financeiro adicional para os Agentes Comunitários de Saúde – Portaria 892/2012. E Através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ possibilitou induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Em 2012, o Estado do Rio Grande do Sul manteve o repasse aos municípios do incentivo referente a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES), e criou o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) utilizado como um dos coeficientes para cálculo da distribuição dos recursos financeiro aos municípios, levando em conta os princípios da equidade.

ATENÇÃO BÁSICA – ESF- FINANCIAMENTO		
	2011	2012
PIES	RS 40.000,000, 00	RS 80.000,000, 00
INCENTIVO TELESSAUDE	-	RS 2.732.250,00

FONTE: FES/SES-RS-2012

Em relação ao indicador Proporção da Cobertura População Estimada Atenção Básica, conforme série histórica apresentada abaixo, podemos constatar que, a partir das ações citadas anteriormente, conseguimos avançar no que se refere ao aumento da população coberta pela Atenção Básica no Estado RS.

2008	2009	2010	2011	2012
46,21	48,11	47,37	48,98	51,93

O gráfico abaixo aponta que das 30 Regiões de Saúde, 18 delas estão acima da média do Estado (51,93) **gráfico 01**, segundo informações DATASUS /2012. Observamos que 10 das 18 Regiões estão no norte e noroeste do Estado e apresentam um número maior de municípios de

pequeno porte populacional e pequenas extensões territoriais, conforme **gráfico 02**.

Constata-se também que 10 regiões de saúde encontram-se abaixo da média, com baixa densidade populacional, difícil acesso e grande extensão rural, o oposto das com maior cobertura populacional. Por outro lado, neste grupo encontram-se também as regiões que possuem municípios com maior porte e densidade populacional que priorizaram ESF em áreas de maior vulnerabilidade.

Os municípios referem que as dificuldades para a expansão da cobertura do ESF no Rio Grande do Sul estão relacionadas principalmente a falta de profissionais médicos e com formação para trabalhar na atenção básica à saúde. Assim como, a lei da responsabilidade fiscal e a fragilidade dos vínculos empregatícios que dificultam a fixação destes profissionais, principalmente nos territórios afastados dos grandes centros urbanos do Estado.

Visando a universalidade, integralidade e a equidade a populações vulneráveis, a Atenção Básica através das ações de promoção e condições de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde, manteve a continuidade em (2012) a implantação de 15 (ESF) vinculados ao atendimento a população Quilombolas, 23 (ESF) vinculados ao atendimento a população Indígena, e 5 (UBS) vinculadas de forma exclusiva ao atendimento a população prisional.

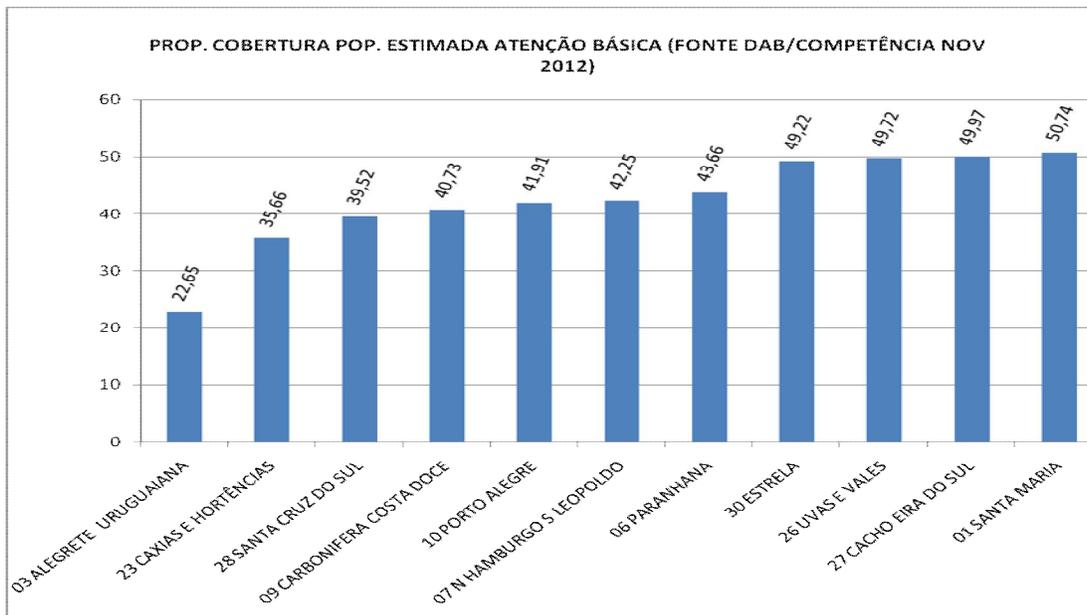
Em consonância ao Programa *RS na PAZ* ações de saúde relativas ao Fortalecimento da Atenção Básica nas áreas de Territórios de Paz tem sido articuladas no sentido de garantir a sensibilização das equipes de saúde para o trabalho nas temáticas de interface com o tema da violência. Lembramos que no Rio Grande do Sul o perfil da mortalidade por causas externas segue a tendência mundial, em termos de maior incidência sobre o sexo masculino e faixas etárias jovens, estando mais concentrada em regiões metropolitanas trazendo grandes desafios para o Sistema Único de Saúde.

Baseado no princípio de equidade, as ações da (AB) tem sido operacionalizado em duas principais dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde, buscando incorporar as causas que determinam os processos de saúde e as condições de vida, resguardando os limites do setor saúde e integralizando as praticas intersetoriais como reais produtoras de mudanças no nível de saúde dos grupos sociais.

Gráfico 01



Gráfico 02



MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA - 3,00 %

Este indicador não atingiu a meta de 3% em 2012. O registro deste procedimento vem sendo negligenciado, visto que muitos municípios interromperam este registro quando implantaram o SIAB. Sabe-se também que há sub-notificação da produção ambulatorial quando realizada em escolas e nas ações de prevenção e promoção de saúde nos municípios.

Série Histórica 2009-2012

2009	2010	2011	2012
1,89	2,85	3,21	1,96

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS 23/02/2013

Acreditamos que a ampliação de Equipes de Saúde Bucal-ESB no Programa Estratégia da Saúde da Família-ESF (774 ESB em 2012), a inclusão de mais equipes dos municípios no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e de Qualidade da Atenção Básica-PMAQ (indicador também presente nos indicadores de monitoramento em saúde bucal do PMAQ), ampliação de Programa Saúde na Escola-PSE, utilização de recursos PABCER-IVS nas ações de saúde bucal nos municípios contemplados, sensibilização de gestores públicos na importância de inserção correta de sua produção deste procedimento no Sistema e ações mais específicas de promoção e prevenção em saúde bucal elevarão este indicador permitindo ampliar acesso e elevar a qualidade da saúde oral dos usuários.

Em análise por Regiões de Saúde verificamos que 5 Regiões de Saúde estão acima de 3% (Entre 4,03 e 6,67: Santa Cruz do Sul, Erechim, Caxias/Hortênsias, Novo Hamburgo/São Leopoldo e Alegrete/Uruguaiana); 5 Regiões de Saúde estão entre 2% a 3% (Entre 2,06 e 2,82: Carazinho, Paranhana, Cruz Alta, Belas Praias e Ijuí); 12 Regiões de Saúde estão entre 1% a 2% (Entre 1,02 e 1,88: Lajeado, Santo Ângelo, Frederico Westphalen/Palmeira das Missões, Sananduva/Lagoa Vermelha, Santa Rosa, Carbonífera/Costa Doce, Estrela, Bons Ventos, Uvas/Vales, Passo Fundo, Soledade e Porto Alegre); e 8 Regiões de Saúde estão entre 0% a 1% (Entre 0,14 a 0,92: Santa Maria, Vinhedos/Basalto, Santiago, Canoas/Vale do Cai, Pelotas/Rio Grande, Campos de Cima da Serra, Cachoeira do Sul e Bagé). Ver tabela anexo 1.

<p>5 Regiões de Saúde apresentam resultado acima de 3% 5 Regiões de Saúde apresentam resultado entre 2% a 3% 12 Regiões de Saúde apresentam resultado entre 1% a 2% 8 Regiões de Saúde apresentam resultado entre 0% a 1%</p>
--

COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL - 44,00 %

Objetivo do indicador: este indicador reflete a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal na Atenção Básica e seu cálculo soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas/40) * 3.000 utilizando a fonte CNES. Mesmo sendo mudado a forma e o cálculo deste indicador em 2012 e considerando a meta de 44 % para 2012 também estamos abaixo da meta. Verificamos a necessidade de informação correta no sistema além de sensibilização dos gestores públicos na necessidade de ampliação da Saúde Bucal nos seus respectivos municípios.

Indicadores de Transição Pacto pela Saúde e COAP - 4. Cobertura de equipes saúde bucal por Região de Saúde						
Período: 2008-2012						
SÉRIE HISTÓRICA ESTADO RS	2008	2009	2010	2011	2012	Total
TOTAL	34,65	36,62	36,7	38,33	39,41	37,13
Fonte: Ministério da Saúde.DATASUS 23/02/2013						

Em análise por Regiões de Saúde verificamos que 16 Regiões de Saúde estão acima de 44% (Entre 44,25 e 84,43: Frederico Westphalen/Palmeira das Missões, Ijuí, Campos de Cima da Serra, Santiago, Santa Rosa, Sananduva/Lagoa Vermelha, Santo Ângelo, Bagé, Cruz Alta, Carazinho, Passo Fundo, Erechim, Lajeado, Soledade, Vinhedos/Basalto e Bons Ventos); 10 Regiões de Saúde estão entre 30% e 44% (Entre 32,57 e 43,65: Cachoeira do Sul, Paranhana, Belas Praias, Santa Cruz do Sul, Estrela, Vinhedos/Basalto, Alegrete/Uruguaiiana, Santa Maria, Canoas/Vale do Cai e Pelotas/Rio Grande); e 4 Regiões de Saúde estão 26% e 30% (Entre 26,43 e 29,77: Caxias/Hortênsias, Novo Hamburgo/São Leopoldo, Porto Alegre e Carbonífera/Costa doce. Ver tabela anexo 2.

<p>16 REGIÕES DE SAÚDE TEM ACIMA DE 44 % 10 REGIÕES DE SAÚDE TEM ENTRE 30% E 44% 4 REGIÕES DE SAÚDE TEM ENTRE 26% E 30 %</p>
--

A Política Estadual de Saúde Bucal tem como objetivo assessorar gestores e técnicos; monitorar os municípios do RS na organização da gestão em saúde bucal; estimular a implantação de Equipes de Saúde Bucal- ESB ampliando e qualificando a atenção básica; fazer a vigilância das condições de saúde para realização de ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde oral visando a reduzir os índices de cárie, doença periodontal, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de serviços que assegurem o atendimento nos níveis de atenção primário, secundário e terciário para a integralidade da atenção. Em 2012 destacam-se ações de prevenção, controle da cárie, doença periodontal e câncer bucal; inclui no processo de trabalho procedimentos cirúrgicos restauradores básicos e especializados; além de proporcionar reabilitação protética aos usuários.

A saúde bucal possui representatividade em 100% dos municípios do RS, e em 2012 foram implantadas 85 novas Equipes de Saúde Bucal das 775 ESB/ESF existentes para uma meta até 2015 de 1.772, sendo investidos aproximadamente R\$ 4.650.000,00.

Nas ações de prevenção e monitoramento de indicadores o estado do RS investiu em 2012 R\$ 243.840,00 em material de promoção de saúde oral.

Nas ações de atenção secundária o estado do RS possui 27 Centros de Especialidades Odontológicas–CEO, sendo 5 habilitados em 2012 para uma meta até 2015 de 72 CEO; sendo investido em 2012 R\$ 558.690,00 atendendo a uma demanda de procedimentos na média complexidade sendo esta ação uma continuidade do trabalho realizado na atenção básica.

Outra ação a nível secundária é a reabilitação protética o estado do RS que conta com 68 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária-LRPD, sendo 43 implantados em 2012 para uma meta até 2015 de 90 LRPD, com o investimento estadual de R\$ 275.640,00, proporcionando com isso reabilitação protética aos usuários do sistema SUS.

A saúde bucal atua de forma integrada às demais políticas da saúde, consolidando-se através a interface com ações e programas intra e intersetoriais, proporcionando aos usuários o fortalecimento da saúde bucal na atenção básica e ampliando a cobertura e qualificação da atenção nos níveis primário, secundário e terciário.

ANEXO 1:

Indicadores de Transição Pacto pela Saúde e COAP - 2012 - Rio Grande do Sul					
1. Média escovação dental supervisionada por Região de Saúde					
Período: 2012					
REGIÃO DE SAÚDE	2012	> 3	2 A 3	1 A 2	0 A 1
28 SANTA CRUZ DO SUL	6,67	6,67			
16 ERECHIM	5,86	5,86			
23 CAXIAS / HORTÊNCIAS	4,77	4,77			
07 NOVO HAMBURGO/ SÃO LEOPOLDO	4,38	4,38			
03 ALEGRETE/URUGUAIANA	4,03	4,03			
20 CARAZINHO	2,82		2,82		
06 PARANHANA	2,28		2,28		
12 CRUZ ALTA	2,2		2,2		
04 BELAS PRAIAS	2,07		2,07		
13 IJUI	2,06		2,06		
29 LAJEADO	1,88			1,88	
11 SANTO ANGELO	1,87			1,87	
15 FREDERICO W. / PALMEIRA M.	1,72			1,72	
18 SANANDUVA / L. VERMELHA	1,62			1,62	
14 SANTA ROSA	1,56			1,56	
09 CARBONÍFERA / COSTA DOCE	1,52			1,52	
30 ESTRELA	1,46			1,46	
05 BONS VENTOS	1,38			1,38	
26 UVAS E VALES	1,22			1,22	
17 PASSO FUNDO	1,21			1,21	
19 SOLEDADE	1,11			1,11	
10 PORTO ALEGRE	1,02			1,02	
01 SANTA MARIA	0,92				0,92
25 VINHEDOS E BASALTO	0,79				0,79
02 SANTIAGO	0,7				0,7
08 CANOAS/ VALE DO CAI	0,66				0,66
21 PELOTAS / RIO GRANDE	0,51				0,51
24 CAMPOS DE CIMA DA SERRA	0,46				0,46
27 CACHOEIRA DO SUL	0,3				0,3
22 BAGÉ	0,14				0,14
Total	1,96				
Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS em 23/03/2013					

ANEXO 2

Indicadores de Transição Pacto pela Saúde e COAP - 2012 - Rio Grande do Sul				
4. Cobertura equipes saúde bucal por Região de Saúde				
Período: 2012				
REGIÃO DE SAÚDE	2012	44 >	30 A 44	26 A 30
15 FREDERICO W. / PALMEIRA M.	84,43	84,43		
13 IJUI	77,39	77,39		
24 CAMPOS DE CIMA DA SERRA	68,39	68,39		
02 SANTIAGO	58,88	58,88		
14 SANTA ROSA	57,12	57,12		
18 SANANDUVA / L. VERMELHA	56,53	56,53		
11 SANTO ANGELO	55,34	55,34		
22 BAGÉ	54,14	54,14		
12 CRUZ ALTA	53,65	53,65		
20 CARAZINHO	52,85	52,85		
17 PASSO FUNDO	51,44	51,44		
16 ERECHIM	49,42	49,42		
29 LAJEADO	48,15	48,15		
19 SOLEDADE	45,91	45,91		
25 VINHEDOS E BASALTO	45,13	45,13		
05 BONS VENTOS	44,25	44,25		
27 CACHOEIRA DO SUL	43,65		43,65	
06 PARANHANA	42,91		42,91	
04 BELAS PRAIAS	42,89		42,89	
28 SANTA CRUZ DO SUL	41,36		41,36	
30 ESTRELA	39,9		39,9	
25 VINHEDOS E BASALTO	36,79		36,79	
03 ALEGRETE/URUGUAIANA	34,52		34,52	
01 SANTA MARIA	33,81		33,81	
08 CANOAS/ VALE DO CAI	33,24		33,24	
21 PELOTAS / RIO GRANDE	32,57		32,57	
23 CAXIAS / HORTÊNCIAS	29,77			29,77
07 NOVO HAMBURGO/ SÃO LEOPOLDO	29,12			29,12
10 PORTO ALEGRE	28,61			28,61
09 CARBONÍFERA / COSTA DOCE	26,43			26,43
Total	39,41			
Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS em 23/03/2013				

POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER

Objetivos:

1 - Promover a saúde das mulheres gaúchas, mediante garantia do acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde;

2 - Planejar, capacitar e apoiar técnica e financeiramente os municípios para a organização, ampliação e qualificação da rede de atenção básica na saúde da mulher;

3 - Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Rio Grande do Sul, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais;

4 - Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

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

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

RAZAO DE EXAMES CITOPATOLOGICOS DO COLO DO UTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULACAO FEMININA NA MESMA FAIXA ETARIA

Meta: 0,63 2012: 0,51

O indicador trata de informação disponível relacionada à realização do exame citopatológico conforme o SIA. As atualizações do SISCOLO quanto à base de dados esta entrando em consonância com o SIA. Estamos em discussão da capacidade instalada para realização do exame e a demanda, que acaba não traduzida na plenitude das necessidades. Entendemos que muito avançamos na ampliação da cobertura com capacitação de profissionais, sensibilização para a importância da prevenção, distribuição de material educativo, o que certamente repercutiu na aproximação do resultado a meta. Permanecem os problemas nas regionais em relação ao SISCOLO como: não dispor de computador para o registro, não dispor de pessoal para digitação dos dados, não dispor de acesso regular à internet; não saber trabalhar com a base de dados e não utilização do sistema para acompanhamento das usuárias. Os prestadores de serviço (laboratórios de citologia) informam a fatura do citopatológico e geram um arquivo de exportação ao SISCOLO com dados epidemiológicos, ainda, na maioria das

vezes, diretamente ao nível central – não transpassando a informação, fundamental, da alteração do resultado para o município e CRS;

A cobertura da saúde suplementar com a realização de pequenos procedimentos e exames crescente nos últimos anos tiram os exames citopatológicos do SUS, não dando visibilidade à realidade em toda a população de mulheres.

O rastreamento do câncer do colo uterino com o citopatológico ainda é oportunístico, não caracterizando um rastreamento de fato, mas sim aguardando a usuária e disponibilizando, àquela que acessa o SUS. O fortalecimento e ampliação de oferta na atenção básica é primordial para o avanço dos resultados.

RAZAO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA REALIZADAS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULACAO DA MESMA FAIXA ETARIA.

Meta: 0,31 2012: 0,31%

A descentralização do acompanhamento da cobertura do exame, ainda em processo de consolidação, a aproximação de contratação de prestadores baseada na necessidade de demanda e capacidade do aparelho promovidas pela área técnica da saúde da mulher em 2012 estão traduzidas na melhora dos resultados e alcance da meta. O trabalho conjunto do grupo de prevenção do câncer ginecológico propiciou o entendimento das reais necessidades do incremento da oferta e o ajuste a demanda.

SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNOSTICO DE LESOES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU DO COLO DO UTERO

Meta: 100,00 2012: 19,01%

A informação de seguimento esta em 100%, todavia não estamos com a coleta de citopatológico em valores esperados desqualificando o dado gerado do seguimento.

Em 2012 iniciamos a capacitação para as 19 coordenadorias para descentralização, qualificação e alimentação dos sistemas SISCOLO e SISMAMA. Mantemos o termo de cooperação com Equipe de acompanhamento de patologia cervical do HCPA para SISCOLO. Qualificamos a alimentação do SISCOLO através do cruzamento mensal da informação sobre o número de exames citopatológicos de colo uterino com o número destes procedimentos informados no SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais. Acompanhamos as certificações de qualidade dos serviços radiológicos em câncer de mama. Para alcance das metas proposta é preciso a prática da linha de cuidado de prevenção ao câncer ginecológico iniciados pelo fortalecimento de ações de promoção da atenção básica com objetivo de captação

das usuárias na faixa etária indicada, seguimento e atenção em média e alta complexidade. Os grupos de trabalho mantem-se constituídos (colo e mama) elaborando estratégias, a exemplo: impresso de prevenção do câncer de colo, manutenção do contrato com mama móvel, realização de mamografias para mulheres privadas de liberdade, capacitações as regionais e participação junto ao Ministério de Saúde (3 encontros/ano) e Instituto Nacional do Câncer (2 encontros/ano). Identificamos avanços no alcance das metas, já contemplado na Razão de mamografias.

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

PROPORCAO DE PARTOS NORMAIS

Meta: 45,00 2012: 37,97%

A mudança do modelo assistencial proposta pela rede cegonha das “boas práticas” traduzida pelo grupo condutor da rede cegonha estadual as regionais e municípios ainda não esta refletida na redução de cesáreas. O modelo médico centrado adotado pela maioria dos serviços materno-infantil do estado, a baixa sensibilização destes serviços aos seus usuários para condução de procedimentos menos invasivos contribui para indicação de procedimentos nem sempre necessários. A falta de equipe presencial em serviços de assistência a gestante também vem direcionando os procedimentos adotados. Os estabelecimentos com equipes presenciais, na maioria universitários, tem apresentado resultados positivos quanto a redução de cesáreas eletivas. Regionais com dificuldade de acesso, municípios pequenos tem dificuldade na contratação de profissionais.

PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM NO MINIMO 7

Meta: 78 2012: 71,13%

O resultado é positivo pelo parâmetro nacional, mantemos a expectativa de melhores resultados com o aprimoramento do sistema de acompanhamento de pré-natal, SISPN web, em fase de adequação e implantação nos municípios gerando dificuldades na qualificação dos dados. Entendemos que a informatização dos prontuários de atendimento será importante fator para facilitar a alimentação de informações do DATASUS, além de evitar a fragmentação do atendimento dos usuários nos diferentes níveis de atenção, atendendo as necessidades propostas pelas linhas de cuidado.

NUMERO DE OBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERIODO E LOCAL DE RESIDENCIA

Meta: 60,00 2012: 83 SSM

Com a implantação da Rede Cegonha-PIM, garantindo acesso e qualificando a assistência, esperamos a redução das mortes maternas. O total de casos apresentados pelos dados diretos da área técnica e do NIS traduz todos os óbitos ocorridos em 2012 entre mulheres gestantes e/ou puerperas o que não significa que todos tenham como causa a condição obstétrica. Estamos em fase de finalização da análise das condicionalidades relacionadas as causas obstétricas diretas e indiretas. A dificuldade de recursos humanos em serviços de difícil acesso desqualifica a atenção.

PROPORCAO DE OBITOS MATERNOS E DE MULHERES EM IDADE FERTIL (MIF) POR CAUSAS PRESUMIVEIS DE MORTE MATERNA INVESTIGADOS

Meta: 93,00 MM 100% MIF 83% conjunto: 91%

Os resultados estão aproximados ao esperado, considerando que associação a morte materna foi avaliada em 100% dos casos de MIF. Faz-se necessária a efetiva investigação de casos de MIF, a fim de qualificar as causas de morte entre as mulheres no intuito de desenvolver ações específicas na prevenção desta casuísticas.

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

A área técnica da Saúde da Mulher estadual esta desenvolvendo e implementando LINHAS DE CUIDADO para todos os programas da Política Nacional de Atenção Integral Saúde da Mulher. Planeja-se até 2014 estar com o desenho do fluxo de todas as linhas e em implantação. Agregando-se, ações Educativas/capacitações para prevenir patologias e violência física e social as mulheres. A adequada atenção ao pré-natal, parto e o puerpério tem como principal objetivo garantir o acompanhamento precoce à gestante, assegurando, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal. Propiciar o planejamento sexual e reprodutivo para as usuárias. Ações desenvolvidas: o monitoramento do pré-natal ocorrendo através do SISPRENATAL, visando o acompanhamento de captação precoce, execução de exames e seguimento em tempo oportuno. Implementação do trabalho voltado as "boas práticas" do parto e nascimento trazendo a gestante, seu acompanhante de livre escolha e seu bebê como protagonista do pré-natal, parto e nascimento com objetivo de

sensibilizar culturalmente usuários e equipes para redução de indicações desnecessárias de cesáreas, trabalho que também está sendo realizado de forma estreita com demais setores da SES para contratos, auditorias e afins. Tendo em vista a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha e a resolução nº01/2011, de 30 de setembro de 2011, do Grupo Condutor da Rede Cegonha / Rede Chimarrão no Rio Grande do Sul, a implementação da Rede Cegonha do Estado do Rio Grande do Sul iniciou-se de acordo com o planejamento do Ministério da Saúde: 1. Em todo o Estado, para os componentes da atenção básica, ou seja, componentes de atenção ao pré-natal, puerpério e primeira infância; e 2. na região macrometropolitana de Porto Alegre, incluindo todos os municípios da 1ª, 2ª e 18ª CRS (88 municípios), para todo o conjunto de componentes da Rede Cegonha. O Plano de Ação Regional do Estado do Rio Grande do Sul está traduzido em Planos de Ações Municipais e expresso na Programação Pactuada e Integrada do Estado e dos Municípios. No Rio Grande do Sul, a estratégia de implantação da Rede Cegonha (RC) foi associada ao Primeira Infância Melhor (PIM), constituindo-se uma das primeiras discussões de redes de atenção à saúde. No estado, 78% dos municípios aderiram a RC em 2012, sendo que na macrometropolitana, 100%. Juntamente à Rede Chimarrão (RC+PIM), a SES/RS lançou planos de investimento na construção de uma atenção mais qualificada às gestantes, o que determinou o investimento do estado nos Ambulatórios de Gestantes de Alto Risco (AGAR) para observar o plano de ação desta tecnologia no pré-natal do Rio Grande do Sul através da resolução CIB 203/2012 e portaria estadual 660/2012. Além da qualificação, esta tecnologia permite o matriciamento à atenção básica e a populações específicas de maior risco físico e social.

SAÚDE MENTAL

A Política de Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas, através do Projeto Estratégico de Governo O Cuidado que eu preciso, realizou durante o ano de 2012 diversas ações de implementação da Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas nas diversas regiões do Estado. Tendo em conta que propostas universalizantes e normatizadoras não se traduzem em resultados concretos e sustentáveis, a Secretaria Estadual de Saúde optou pela implantação e qualificação de uma rede de dispositivos de atenção em saúde, articulada às redes intersetoriais, sociais e comunitárias, para o acompanhamento longitudinal, territorial e singular das pessoas com transtornos mentais relacionados ou não ao uso de drogas.

A partir de um mapeamento, seguido de diagnóstico situacional, foram elencadas as seguintes prioridades para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial de nosso Estado:

1) a inserção efetiva do cuidado em saúde mental na atenção básica, uma vez que cerca de 80% dos municípios gaúchos não atendem ao critério populacional para implantação de serviços especializados em saúde mental (CAPS); 2) a qualificação da atenção psicossocial estratégica, traduzida pela necessidade do cuidado em rede, da intersetorialidade e da integralidade na elaboração dos planos terapêuticos dos usuários acompanhados nos CAPS e nos outros serviços; 3) a qualificação do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial, que significou principalmente o esforço de situar o cuidado hospitalar como um dos recursos possíveis a compôr um plano terapêutico singular e não como o único lugar de tratamento, nem como espaço de institucionalização de pessoas; 4) a criação de espaços de educação permanente para os profissionais da rede com vistas à mudança nas práticas de cuidado e no modelo de atenção.

Para efetivar estas metas prioritárias o Projeto Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – O Cuidado que eu Preciso destinou recursos específicos do tesouro do Estado para a ampliação e qualificação da atenção e do acesso aos serviços, totalizando trinta e seis milhões de reais no ano de 2012. Estes recursos foram investidos na criação de novos serviços de saúde em municípios de distintos portes populacionais, considerando suas especificidades, e na qualificação dos serviços já existentes. Os aportes financeiros também priorizaram o desencadeamento e a sustentação de processos de pactuação de fluxos – ferramenta principal de gestão de uma linha de cuidado – nos níveis municipal e regional, incluindo a articulação com as redes intersetoriais .

Como resultado destas ações prioritárias tivemos, no ano de 2012, a adesão de 228 municípios gaúchos ao Projeto Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – O Cuidado que eu Preciso, os quais puderam acessar novos recursos financeiros para implantar serviços, qualificar o trabalho em rede e investir em educação permanente para os profissionais. Tivemos também uma ampliação substancial da rede de serviços, incluídos aí os Centros de Atenção Psicossocial, mas não se restringindo aos mesmos.

A meta 2012 para o indicador “cobertura de Centros de Atenção Psicossocial” foi alcançada e ultrapassada, de modo que a cobertura de CAPS no RS, que era de 1,12 CAPS habilitados por 100.000 habitantes em dezembro de 2011, foi de 1,44 CAPS habilitados por 100.000 habitantes em dezembro de 2012. Nesse período, doze (12) novos CAPS foram habilitados pelo Ministério da Saúde, tendo estes recebido o custeio estadual enquanto aguardavam sua habilitação. Há, neste momento, 7 Centros de Atenção Psicossocial nesta situação. Os recursos estaduais para o custeio dos CAPS no ano de 2012 alcançaram o montante de R\$ 1.165.661,00 e o número de CAPS em funcionamento (CAPS habilitados + CAPS em habilitação) chegou a 167 em dezembro de 2012. Nos últimos cinco anos, a

“cobertura de CAPS” tem aumentado constantemente, crescimento este que teve uma aceleração significativa a partir de abril de 2011, com o início do custeio estadual para os CAPS em processo de habilitação. Há ainda algumas regiões com cobertura de CAPS inferior à média estadual e nacional (conforme pode ser observado em tabela anexa), no entanto isto decorre, principalmente do fato de a região ser constituída por municípios que não atendem o critério populacional para implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Foi também, ao considerar esta realidade, que a Secretaria Estadual de Saúde criou, dentro da Política de Saúde mental, Álcool e outras Drogas, através do Projeto Estratégico O Cuidado que eu Preciso, linhas de financiamento para outros dispositivos de cuidado em saúde mental como os Núcleos de Apoio à Atenção Básica e as Oficinas Terapêuticas.

Foram implantados, ainda em 2012, 99 Núcleos de Apoio a Atenção Básica (NAAB), que são equipes de apoio matricial em saúde mental para qualificar o cuidado em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde de municípios com menos de 16 mil habitantes e 202 Oficinas Terapêuticas, vinculadas a Unidades Básicas de Saúde de municípios de todos os portes populacionais, para ofertar espaços de cuidado e de promoção de saúde mental através, por exemplo, da música, arte, exercício físico, culinária e outras atividades de interesse das comunidades.

Além dos NAABs, CAPS e Oficinas Terapêuticas, também foram implantadas, em 2012, 20 equipes de redução de danos, as quais realizam ações em território, nas cenas de uso de drogas, ofertando cuidado em saúde a usuários que, frequentemente, têm dificuldades de acesso aos serviços da rede. Essa estratégia de cuidado territorial é reconhecidamente um dispositivo potente no cuidado a pessoas que fazem uso de crack e outras drogas nas ruas das cidades de médio e grande porte em nosso estado. Os NAABs, Oficinas Terapêuticas e as equipes de redução de danos contam com custeio integral de recursos do tesouro do Estado.

No que diz respeito ao componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, o Estado do Rio Grande do Sul redefiniu a forma de organização e financiamento dos Serviços Hospitalares para atenção integral a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em hospitais gerais através da Resolução CIB/ RS 562/12. Os leitos hospitalares são um componente estratégico, mas seu funcionamento é resolutivo apenas quando articulado aos demais pontos da rede territorial. Neste sentido, trabalhou-se para qualificar os processos de regulação do acesso aos leitos, bem como de aproximar os serviços hospitalares dos demais dispositivos de atenção territorial da rede de saúde e intersetorial. Essa transformação implicou a reformulação dos projetos técnicos e terapêuticos dos hospitais gerais, a modificação dos contratos de prestação de serviços e ainda a qualificação e eventual ampliação das equipes de saúde mental dos hospitais.

Em relação à cobertura de leitos de saúde mental, é importante ressaltar que a recomendação nacional é de que exista um leito de atenção integral para cada vinte e três (23) mil habitantes. No Rio Grande do Sul, a proporção média é de um leito para cada nove (9) mil habitantes. Este cenário demandou um estudo acurado sobre a distribuição geográfica dos leitos existentes no estado. De posse de tais informações, realizou-se um planejamento para adequar a quantidade de leitos disponíveis nos territórios às necessidades de cada região de saúde. Algumas inequidades regionais permanecem (como pode-se observar na tabela anexa) e deverão ser solucionadas ao longo dos anos de 2013 e 2014. No que tange ao financiamento destes leitos, o Estado em conjunto com a União, estabeleceu a proporção de um leito de atenção integral em saúde mental financiado pelo Ministério da Saúde, para cada dois leitos financiados pelo Estado – pactuação publicada na Resolução CIB RS 49/13. São financiados no estado hoje 1257 leitos, sendo 339 com recursos federais e 918 com recursos estaduais.

Em suma, seja no que se refere à atenção a pessoas com transtornos mentais, seja no que tange ao cuidado às pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a proposta de atenção em Rede de Saúde (RAS) e em Linha de Cuidado configura-se tanto como uma tecnologia, quanto um princípio organizador da atenção em nosso estado. Em 2012, a efetivação de políticas públicas de articulação entre diferentes dispositivos, de distintas densidades tecnológicas e de distintas complexidades produziu muitos avanços na direção da oferta de um cuidado integral, contínuo e de qualidade para pessoas em sofrimento psíquico, decorrente ou não do uso de drogas. A conjugação entre as necessidades singulares dos usuários e o trabalho integrado entre serviços e recursos de uma rede de atenção psicossocial se traduz na composição da Linha de Cuidado em Saúde Mental.

REGIÕES DE SAÚDE	COBERTURA DE CAPS (CAPS / 100 mil habitantes) DATA SUS março 2013	COBERTURA DE LEITOS em Hospitais Gerais (n° leitos / n° habitantes)
R. 1 Santa Maria	1,31	1/10.170
R. 2 Santiago	2,83	1/3.654
R. 3 Alegrete/Uruguaiana	1,84	1/5.741
R. 4 Belas Praias	0,71	1/6.905
R. 5 Bons Ventos	1,68	1/10.150
R. 6 Paranhana	2,78	1/3.321
R. 7 N. Hamburgo/S. Leopoldo	1,83	1/12.809
R. 8 Canoas/Vale do Caí	1,1	1/5.982
R. 9 Carbonífera/Costa Doce	1,03	1/15.367
R. 10 Porto Alegre	0,76	1/25.286
R. 11 Santo Ângelo	3,35	1/5.612
R. 12 Cruz Alta	0,99	1/5.243
R. 13 Ijuí	1,79	1/5.712

R. 14 Santa Rosa	0,67	1/5.403
R. 15 Frederico / Palmeira	1,66	1/3.491
R. 16 Erechim	0,87	1/6.788
R. 17 Passo Fundo	1,17	1/12.666
R. 18 Sanaduva/Lagoa Vermelha	0	1/9.149
R. 19 Soledade	0	1/6.423
R. 20 Carazinho	3,99	1/3.781
R. 21 Pelotas/Rio Grande	2,54	1/10.306
R. 22 Bagé	1,91	1/7.938
R. 23 Caxias do Sul/Hortências	0,55	1/38.065
R. 24 Campos de Cima da Serra	0,52	1/15.827
R. 25 Vinhedos e Basalto	0,88	1/9.631
R. 26 Uvas e Vales	0,87	1/8.483
R. 27 Cachoeira do Sul	2,5	1/6.068
R. 28 Santa Cruz do Sul	2,27	1/5.033
R. 29 Lajeado	1,66	1/5.072
R. 30 Estrela	2,1	1/4.049
RIO GRANDE DO SUL SES – março 2013	1,44	1/8.444 (Resolução CIB 49/2013)
BRASIL MS – março 2013	0,81	1/41.857 SCNES – março 2013

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2012

Objetivo PS		Programado 2012	Realizado 2012
Objetivo PS	Fortalecer, ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde no Rio Grande do Sul, articulando os diferentes níveis de assistência a partir da atenção básica, promovendo a integração das ações e serviços de saúde através de linhas de cuidado e aprimorando o acesso aos serviços de saúde no estado, consolidando a regionalização da saúde.		
Meta 1	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	55,00%	51,93%
Meta 2	Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada	3,00%	1,96%
Meta 3	Cobertura populacional estimada por Equipes de Saúde Bucal	44,00%	39,41%
Meta 4	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família	63,00%	67,27%
Meta 5	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado	100,00%	64,34%
Meta 6	Número de unidades com serviço de notificação de violências implantado	810	875
Meta 7	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	0,63	0,51
Meta 8	Razão de exames de mamografias realizados em mulheres de 50 a 69 e população de mesma faixa etária	0,31	0,31
Meta 9	Seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões inatípicas de alto grau de colo de útero	100,00%	19,01%
Meta 10	Proporção de partos normais	45,00%	37,97%
Meta 11	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	78,00%	71,13%
Meta 12	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	60,00%	83,00%
Meta 13	Taxa de Mortalidade Infantil (nº absoluto p/ municípios com menos de 80.000 hab)	11,08	10,70
Meta 14	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	65,00%	58,13%
Meta 15	Proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados	93,00%	83,77%
Meta 16	Incidência de Sífilis Congênita	538	817
Meta 17	Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	1,12	1,44
Meta 18	Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur (pactuam estados, capitais e municípios com pop. > 100.000 hab.)	19,26	19,18
Meta 19	Cobertura vacinal com vacina tetravalente (DTP+Hib) e Pentavalente em crianças menores de 1 ano de idade.	95,00%	86,20%
Meta 20	Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	85,00%	18,34%
Meta 21	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	88,00%	74,00%
Meta 22	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95,00%	94,79%
Meta 23	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação	85,00%	91,07%
Meta 24	Proporção de municípios que notificam doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente	50,00%	28,00%
Meta 25	Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos (nº absoluto p/ municípios com menos de 50.000 hab)	3,92	6,78

Meta 26	Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos municípios	100,00%	96,00%
Meta 27	Nº absoluto de óbitos por dengue.	NP	0
Meta 28	Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água referente ao parâmetro coliformes totais	60,00%	69,35%

					Programado R\$	Executado R\$			
Diretriz 1	Fortalecimento da Atenção Básica				R\$ 6.780.926,00	0,00	Código Ação PPA	1928	
AÇÕES		META DA AÇÃO			RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Área	Parcerias
Ação 1	Implantar Estratégia de Saúde da Família nos Municípios.	497	437	424	-	-			
Ação 2	Implantar Equipes de Saúde da Família nos Municípios.	2.215	1.455	1.348					
Ação 3	Implantar Equipes de Saúde Bucal nos Municípios.	1.772	1.012	774					
Ação 4	Realizar diagnóstico para implantação de Espaço Saúde nas USF e UBS.	1	1		-	-			
Ação 5	Implantar Equipes completas de Saúde da Família e Saúde Bucal Indígena	16	2	19					
Ação 6	implementar o Telessaúde .	1	1	1	-	-			
Ação 7	Implantar Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	260	75	90	-	-			
Ação 8	Implantar o Programa Academia de Saúde de forma integrada com a Vigilância em Saúde.	1	1	1	-	-			

					Programado R\$	Executado R\$		
Diretriz 2	Ampliação e Qualificação da Atenção Secundária e Terciária				R\$ 454.450.493,00	R\$ 97.481.765,29	Código Ação PPA	1933
AÇÕES		META DA AÇÃO			RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Área
Ação 1	Habilitar serviço de reabilitação visual	2	1	1	-	-		
Ação 2	Realizar triagem auditiva	100%	40%	67%				
Ação 3	Distribuir coletor urinário e fecal (estomia)	6.441.600	1.200.000	1.390.862				
Ação 4	Distribuir Órtese, prótese e meios auxiliar de locomoção para deficiência física	69.238	12.891	12.800				
Ação 5	Distribuir Prótese e implante coclear para deficiência auditiva	52.952	9.865	13.116				
Ação 6	Distribuir Órtese, prótese ocular e meio auxiliar de locomoção para deficiência visual	17.952	2.400	2.800				
Ação 8	Realizar Diagnóstico para identificação das regiões com carências de serviços de apoio, diagnósticos e terapêuticos.	1	1	1	-	-		
Ação 9	Definir Modelo de gestão de centros de especialidades	1	1	1	-	-		
Ação 10	Implantar Centro de Especialidade Odontológica (CEO)	72	42	30	-	-		
Ação 11	Implantar Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)	90	30	68	-	-		
Ação 12	Instalar Centro de especialidades conforme diagnóstico e perfil epidemiológico das regiões.	84	21		-	-		
Ação 14	Implantar Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	30	10	6	-	-		
Ação 15	Implantar Base Municipal SAMU-192	87	20	3	-	-		
Ação 17	Desinstitucionalizar Pacientes asiliares do Hospital Psiquiátrico São Pedro	269	108	7	-	-		
Ação 18	Realizar atendimento ambulatorial no Hospital Psiquiátrico São Pedro a paciente externo portador de transtorno mental e do comportamento	16.000	4.000	12.204	-	-		
Ação 19	Realizar consulta médica em DST/Aids	120.000	30.000	12.652	-	-		
Ação 20	Atender paciente no Hospital Sanatório Partenon	180.000	45.000	54.654	-	-		
Ação 21	Realizar reforma/ampliação/reequipamento da rede própria	4	4	1				
Ação 22	Atender paciente no Hospital Colônia Itapua	4.800	1.200					

					Programado R\$	Executado R\$		
Diretriz 3	Ampliação e Qualificação da Vigilância em Saúde				R\$ 126.357.324,00	R\$ 15.697.686,55	Código Ação PPA	1934
AÇÕES		META DA AÇÃO			RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Área
Ação 1	Implementar rede de Unidades Sentinela de Vigilância Hospitalar	15	12	11	-	-		
Ação 2	Elaborar protocolo em regulação/contratualização da rede com participação da Vigilância em Saúde	1	1	1	-	-		
Ação 3	Integrar agente de controle de endemias à Equipe de ESF	50%	10%		-	-		
Ação 4	Integrar território de controle de endemia ao da ESF (município)	96	22		-	-		
Ação 5	Implantar e implementar serviço de verificação de óbito.	1	1		-	-		
Ação 6	Identificar e digitalizar em mapa risco e agravo ambiental	1	0	1				
Ação 7	Realizar atendimento tóxico	320.500	23.000					
Ação 8	Realizar análise toxicológica	17.900	4.100					
Ação 9	Identificar agente etiológico/animal e planta	3.800	800					
Ação 10	Realizar Teste de HIV	18.000	4.500					
Ação 11	Realizar análise laboratorial em vigilância sanitária	80.000	20.000					
Ação 12	Realizar análise laboratorial em saúde do trabalhador	5.600	1.400					
Ação 13	Realizar análise laboratorial em vigilância epidemiológica	800.000	200.000					
Ação 14	Realizar análise laboratorial em vigilância ambiental	800.000	200.000					
Ação 15	Obter acreditação pela ISO/IEC 17025/2005	100	30					
Ação 16	Obter certificação ISO 9001/2008	100	10					
Ação 17	Desenvolver medicamento	15	2					
Ação 18	Produzir medicamento conforme o elenco definido pelo LAFERGS	300.000,000	20.000,000					
Ação 19	Distribuir medicamento	300.000,000	20.000,000					
Ação 20	Distribuir/ leito SUS Hemocomponente	398.300	88.500					
Ação 21	Coletar amostra para cadastro de Medula	148.000	40.000					
Ação 22	Realizar atendimento na Clínica Hematológica	21.200	5.000					
Ação 23	Gerenciar Unidade	9	2					

					Programado R\$	Executado R\$		
Diretriz 4	Ampliação e Qualificação da Assistência Farmacêutica				R\$ 1.300.994.464,00	R\$ 217.983.530,31	Código Ação PPA	1936
AÇÕES		META DA AÇÃO			RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Área
Ação 1	Realizar Diagnóstico de necessidade de implantação de centros de referência	1	0		-	-		
Ação 2	Promover a revisão da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REME/RS).	2	1		-	-		
Ação 3	Realizar diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica Básica.	1	1		-	-		
Ação 4	Realizar mapeamento de experiências municipais	1	1		-	-		
Ação 5	Revisar os fluxos e processos de trabalho, a fim de agilizar as ações judiciais e garantir atendimento	1	1					

					Programado R\$		Executado R\$		Código Ação PPA	
Diretriz 5	Implantação de Redes Temáticas e Linhas de Cuidado				R\$ 55.910.923,00		R\$ 38.167.540,90			1929
AÇÕES	META DA AÇÃO				RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012			RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO		
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Área	Parcerias	
Ação 1	Efetivar adesão dos Municípios com linha de cuidado Saúde da Criança e Rede Cegonha (a partir do nascimento até 2 anos de idade).	497	30	215	-	-				
Ação 2	Realizar investigação e análise de óbito de menor de 5 anos de idade	497	23	497	-	-				
Ação 3	Implantar investigação de sífilis congênita nos municípios	497	23	10	-	-				
Ação 4	Implantar linha de cuidado da Saúde do Adolescente no Município	8	2	2	-	-				
Ação 5	Implementado seguimento do egresso de UTI	7	4	11	-	-				
Ação 6	Ampliar leito em UTI adulto, pediátrica e neonatal em maternidade regional que realiza 1.000 e partos/ano.	30	10	16	-	-				
Ação 7	Implantar leito Canguru para otimizar o leito de UTI neonatal de maternidade regional que realiza 1.000 e mais partos/ano	60	24	63	-	-				
Ação 8	Implantar pré-natal em rede no Município	68%	3%	76%	-	-				
Ação 9	Implantar ação de rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama no Município	68%	3%	3,80%	-	-				
Ação 10	Implantar ação de rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de colo do útero no Município	68%	3%	3,80%	-	-				
Ação 11	Implantar caderneta do idoso	100%	30%	28,97%	-	-				
Ação 12	Manter e implantar CAPS	200	152	152	-	-				
Ação 13	Implantar Leito psiquiátrico em hospital geral	2.015	1.160	875	-	-				
Ação 14	Implantar leito de álcool e drogas em hospital geral	842	728	671	-	-				
Ação 15	Ampliar leito de Saúde Prisional	60	15	0	-	-				
Ação 16	Implementado Telessaúde mental	1	1	0	-	-				
Ação 17	Avaliar e acompanhar o estado nutricional do usuário pela Atenção Primária à Saúde (APS)	756.919	568.684	164.085	-	-				
Ação 18	Acompanhar perfil saúde das Famílias do Programa Bolsa Família (PBF) pela Atenção Primária à Saúde (APS)	69%	63%	61,05%	-	-				
Ação 19	Implantar e implementar o Plano Estadual de Enfrentamento da DST/AIDS	1	1		-	-				
Ação 20	Realizar Teste rápido anti-HIV triagem e diagnóstico	467.812	100.800	172.946	-	-				
Ação 21	Distribuir preservativo masculino	92.820.000	20.000.000	24.759.677	-	-				
Ação 22	Abranger População pelo PPV - RS Mais Igual	306.600	100.000	100.000	-	-				
Ação 23	Atender Família pelo PIM	87.780	71.500	47.620	-	-				
Ação 24	Implantar Equipe de Saúde Prisional	32	18	20	-	-				

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2012

Objetivo PS	Estimular processos de gestão de qualidade e o uso eficiente dos recursos públicos, acompanhando de forma sistemática as políticas e os processos de trabalho, assegurando as práticas legais de financiamento no SUS/RS, bem como fortalecer e expandir a Infraestrutura do SUS no Rio Grande do Sul.	Programado 2012	Realizado 2012
Meta 1	Proporção de municípios com ouvidorias implantadas (% p/ estado e nº absol. p/ municípios)	4,43%	4,62%

				Programado R\$	Executado R\$					
Diretriz 6	Institucionalização do Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS			R\$ 339.045,00	#REF!	Código Ação PPA	1924			
AÇÕES		META DA AÇÃO			RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Projeto / Atividade	Área	Parcerias
Ação 1	Manter Grupos de Trabalho Regionais e Estaduais em atividade.	20	20	20	-	-				
Ação 2	Elaborar e Integrar Instrumentos de Gestão do SUS.	11	7		-	-				
Ação 3	Publicar Código Estadual de Vigilância em Saúde.	1	0		-	-				
Ação 4	Plano Diretor de Vigilância em Saúde.	1	0		-	-				
Ação 5	Realizar Pacto Interfederativo	1	1	1	-	-				

				Programado R\$	Executado R\$					
Diretriz 7	Financiamento e Investimento em Saúde			R\$ 8.467.314.705,00	R\$ 1.417.754.952,75	Código Ação PPA	1916/1927			
AÇÕES		META DA AÇÃO			RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Projeto / Atividade	Área	Parcerias
Ação 1	Beneficiar municípios com recursos.	497	497	497	-	-				
Ação 2	Realizar campanhas educativas de prevenção.	40	10	60	-	-				
Ação 3	Beneficiar Instituições com recursos.	307	305	298	-	-				
Ação 4	Gerenciar recursos para financiamento da ações do SUS.	100%	100%	100%						

					Programado R\$	Executado R\$			Código Ação PPA	
Diretriz 8 Fortalecimento das Instâncias de Participação Social					R\$ 10.236.789,00	R\$ 63.397,65			1921	
AÇÕES		META DA AÇÃO			RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Projeto / Atividade	Área	Parcerias
Ação 1	Realizar Conferência Estadual de Saúde em 2015.	1	0		-	-				
Ação 2	Efetuar Manutenção do Conselhos	2	2	2						
Ação 3	Institucionalizar Comissão de Vigilância em Saúde no Conselho Estadual de Saúde	1	0	1						
Ação 4	Criar e implantar Camara Técnica de Saúde nos COGERES	19	19							
Ação 5	Manter em funcionamento Camara técnica de Saúde na CIB	1	1	1						
Ação 6	Manter COGERE	19	19	19						
Ação 7	Estruturar Ouvidoria Estadual do SUS	1	1							

					Programado R\$	Executado R\$			Código Ação PPA	
Diretriz 9 Ampliação e Qualificação da Regulação					R\$ 5.102.046,00	R\$ 420.093,08			1930	
AÇÕES		META DA AÇÃO			RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Projeto / Atividade	Área	Parcerias
Ação 1	Regular consultas e exames	2.331.534	582.884	127.134	-	-				
Ação 2	Regular Leito de UTI	600	150	67	-	-				
Ação 3	Notificar Morte encefálica	2.090	450	44	-	-				
Ação 4	Captar doador efetivo de órgãos	819	158	176	-	-				

					Programado R\$	Executado R\$			Código Ação PPA	
Diretriz 10 Fortalecimento da Auditoria					R\$ 2.745.071,00	R\$ 9.298,00			1922	
AÇÕES		META DA AÇÃO			RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Projeto / Atividade	Área	Parcerias
Ação 1	Implementar a Auditoria Estadual do SUS.	1	1	0.9	-	-				

				Programado R\$	Executado R\$					
Diretriz 11 Fortalecimento da Infra-Estrutura e Logística				R\$ 624.284.068,00	R\$ 21.764.488,72		Código Ação PPA	1918		
AÇÕES		META DA AÇÃO			RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Projeto / Atividade	Área	Parcerias
Ação 1	Construir unidades de Saúde da Família (USF).	75	18		-	-				
Ação 2	Equipar unidades de saúde da família.	75	18		-	-				
Ação 3	Equipar Maternidades(equipamentos de suporte de vida para maternidades que realiza mais de 500 a 1.000/ano)- maternidades Microregionais	60	15							
Ação 4	Equipar unidades básicas de saúde prisional.	26	8	8	-	-				
Ação 5	Construir Hospitais Regionais.	3	2		-	-				
Ação 6	Ampliar Hospital Regional.	1	1		-	-				
Ação 7	Adquirir unidades de SAMU Neonatal/Pediátrica.	7	2	1	-	-				
Ação 8	Construir Unidades de Pronto Atendimento (UPA).	6	6	2	-	-				
Ação 9	Padronizar a estrutura física das sedes de Coordenadorias Regionais de Saúde.	7	2		-	-				
Ação 10	Reestruturar e ampliar a rede lógica da SES/RS.	1	1		-	-				
Ação 11	Construir Central de UBV (armazenamento de inseticidas e larvicidas) - Dengue e demais endemias .	1	0		-	-				
Ação 12	Reestruturar a área física da Assistência Farmacêutica das Coordenadorias Regionais de Saúde.	19	10		-	-				
Ação 13	Implementar a nova Central Estadual de Abastecimento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI).	1	1		-	-				
Ação 14	Equipar UPA	24	4	12	-	-				
Ação 15	Implantar AeroSUS(SAMU).	2	1		-	-				
Ação 16	Implantar sistema de comunicação de voz(SAMU).	1	1	1	-	-				
Ação 17	Construir Centro de Informações Toxicológicas.	100	0		-	-				
Ação 18	Concluir obra secundária do Lafergs.	5	2		-	-				
Ação 19	Implantar certificação de boas práticas.	4	2		-	-				
Ação 20	Comcluir obra do CDCT.	100	50		-	-				
Ação 21	Efetivar ampliação do HEMORGS.	100	30		-	-				
Ação 22	Realizar modernização Tecnológica em TI.	400	100		-	-				
Ação 23	Implantar e estruturar laboratório macrorregional	8	2		-	-				

					Programado R\$	Executado R\$			Código Ação PPA	1925
Diretriz 12 Gestão de Tecnologia da Informação					R\$ 162.501.942,00	0,00				
AÇÕES		META DA AÇÃO			RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Projeto / Atividade	Área	Parcerias
Ação 1	implantar e implementar o Cartão Nacional de Saúde.	1	1		-	-				
Ação 2	Implantar e implementar o Sistema de Prontuário Médico Eletrônico.	1	1	1	-	-				
Ação 3	Implantar software de Gestão de Projetos na SES.	1	1		-	-				
Ação 4	Implementar a informatização plena da regulação estadual.	1	0		-	-				
Ação 5	Estruturar o núcleo de sistema de informação de interesse para a Vigilância em Saúde.	1	0		-	-				
Ação 6	Analisar e desenvolver situação de saúde e ação em uma única base territorial	96	22		-	-				
Ação 7	Desenvolver sistema informatizado para migração de dados de vigilância ambiental e saúde da família.	1	0		-	-				

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2012

Objetivo PS	Incentivar ações de educação e pesquisa em saúde tendo em vista contribuir para o desenvolvimento tecnológico e a qualificação do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul, fortalecendo a Escola de Saúde Pública como pólo de formação de trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde.	Programado 2012	Realizado 2012							
Meta 1	Percentual de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) em funcionamento	100,00%	100,00%							
		Programado R\$	Executado R\$	Código Ação PPA	1913					
Diretriz 14	Desenvolvimento de Estratégias de Educação Permanente em Saúde	R\$ 40.686.555,00	R\$ 3.809.058,73							
AÇÕES		META DA AÇÃO			RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Projeto / Atividade	Área	Parcerias
Ação 1	Implantar/implementar Política de educação à distância	1	1							
Ação 2	Realizar curso e oficina para implantação, planejamento e	47	17							
Ação 3	Realizar evento estadual, nacional e intenacional de cunho	8	2							
Ação 4	Realizar evento de capacitação para servidores da Assistência	8	2	3						
Ação 5	Realizar cursos de educação permanente em	74	18	32						
Ação 6	Realizar evento de educação para uso racional de medicamentos	4	1	1						
Ação 7	Realizar evento de qualificação técnica e científica em saúde com	200	50							
Ação 8	Capacitar profissional para utilização de medicamento	1.200	300							
Ação 9	Elaborar e implantar Cursos Básicos de Vigilância em Saúde.	7	1		-	-				
Ação 10	capacitar profissional de ESF em curso introdutório em parceria	5.000	1.200							
Ação 11	Implantar programa de desenvolvimento e organização do	8	1	1						
Ação 12	Realizar curso de capacitação para agentes de vigilância em	8	2							
Ação 13	Capacitar agente comunitário de saúde em Vigilância em Saúde.	50	10		-	-				
Ação 14	Capacitar profissionais da Hemorrede	600	200		-	-				
Ação 15	Sensibilizar pessoas da comunidade nas ações de prevenção toxicológica	101.000	23.000		-	-				
Ação 16	Capacitar profissionais de saúde	6.200	1.400		-	-				

					Programado R\$	Executado R\$				
Diretriz 15 Construção e Implementação da Política Estadual de Incentivo à Pesquisa					R\$ 6.780.924,00	0,00	Código Ação PPA	1912		
AÇÕES		META DA AÇÃO			RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Projeto / Atividade	Área	Parcerias
Ação 1	Implantar a Política Estadual de Pesquisa.	1	1		-	-				
Ação 2	Constituir e implementar Comissão de Pesquisa dos serviços próprios da SES.	1	1	1	-	-				
Ação 3	Constituir comitê de pesquisa intersetorial.	1	1	1	-	-				
Ação 4	Criar Comitê de avaliação de tecnologias e incorporação tecnológica do SUS.	1	1		-	-				
Ação 5	Realizar seminários de pesquisa no âmbito da SES e/ou intersetorial.	5	1	1	-	-				
Ação 6	Desenvolver pesquisas científicas.	20	5		-	-				
Ação 7	Publicar artigos em periódicos científicos.	20	5		-	-				
Ação 8	Efetivar pesquisa científica, cooperação técnica com organismos nacionais e internacionais e ações transversais e intersetoriais para populações vulneráveis.	2	1							
Ação 9	Realizar pesquisa laboratorial em vigilância em saúde	30	2							
Ação 10	Desenvolver Kit diagnóstico (tuberculose).	15	2							
Ação 11	Produzir animal transgênico	200	0							
Ação 12	Desenvolver projeto de pesquisa tecnológica	36	8							
Ação 13	Patentear produtos	4	1							
Ação 14	Publicar trabalho em biotecnologia	35	5							
Ação 15	Estabelecer parceria para pesquisa	39	6							
Ação 16	Produzir animal para experimentação	238.000	58.000							
Ação 17	Realizar análise de DNA	20.000	4.800							
Ação 18	Fomentar projeto de pesquisa	63	15							

					Programado R\$	Executado R\$				
Diretriz 16 Consolidação da Política Estadual de Residência Integrada em Saúde					R\$ 50.856.944,00	R\$ 5.726.757,02	Código Ação PPA	1914		
AÇÕES		META DA AÇÃO			RECURSO ORÇAMENTÁRIO 2012				RESPONSÁVEIS PELA AÇÃO	
		Programado 2012-2015	Programado 2012	Realizado 2012	Programado R\$	Executado R\$	Origem	Projeto / Atividade	Área	Parcerias
Ação 1	Efetivar Ingresso de residentes.	440	80	80	-	-				
Ação 2	Implantar Política de Residência Integrada em Saúde com programas descentralizados.	5	1	3	-	-				