

Secretaria Estadual de Saúde - RIO DE JANEIRO
CNPJ: 42.498.717/0001-55
Avenida Graça Aranha 182 3º andar Centro / RJ
Telefone: 23333824 - E-mail: planejamento@saude.rj.gov.br
20030-000 - RIO DE JANEIRO - RJ
RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2011

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO

1.1 SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE

Nome SÉRGIO LUIZ CÔRTEZ DA SILVEIRA

Data da Posse 15/01/2007

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 Lei nº 1512, de 25/08/1989

CNPJ do FES 35.949.791/0001-85

O Gestor do Fundo é o Secretário da Saúde? Não

Gestor do FES PAULLUS JOSEPHUS BARBOSA DACO

Cargo do Gestor do FES Diretor Executivo do Fundo Estadual de Saúde

1.3 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Instrumento legal de criação do CES Lei nº 22172, de 14/05/1996

Nome do Presidente do CES SÉRGIO LUIZ CÔRTEZ DA SILVEIRA

Segmento gestor
Telefone 23333997
E-mail conselho@saude.rj.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? Sim

Período a que se refere o Plano de Saúde 2008 a 2011

Aprovação no Conselho de Saúde Resolução nº 127 Em 19/12/2008

1.6 PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS

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

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

1.7 PACTO PELA SAÚDE

Aderiu ao pacto pela Saúde Sim

Data da Homologação do Termo de Compromisso de Gestão na reunião da Comissão Intergestores Tripartite 12/2007

1.8 REGIONALIZAÇÃO

O Estado tem PDR atualizado após as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde no ano de 2006? Não

Ano a que se refere o PDR vigente

Quantas regiões de Saúde existem no estado? 9

Quantos CGR estão implantados nas Regiões de Saúde? 9

1.9 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro vem apresentar, por meio do presente Relatório, os resultados quanto ao seu desempenho no papel de coordenação do sistema de planejamento do SUS em seu território, tendo como principal objetivo contribuir para uma maior resolubilidade e qualidade da gestão, assim como das ações e serviços de saúde.

Para tanto, são competências da SES articular e coordenar a elaboração, de forma integrada, dos instrumentos básicos de gestão – Plano Estadual de Saúde (PES), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG) e do Governo do Estado – Plano Plurianual (PPA), assim como as diretrizes orçamentárias e o orçamento setorial em conjunto com as demais áreas responsáveis. E ainda: apoiar tecnicamente e acompanhar os planos regionais e municipais de saúde, incluindo padrões e prazos preconizados nas legislações vigentes, buscando fortalecer a cultura do planejamento e a governança do SUS no Estado.

Neste sentido, uma importante estratégia para operacionalizar os princípios do SUS tem sido a regionalização, onde as relações entre estados e municípios assumem protagonismo no que diz respeito à (co) gestão da rede de serviços no território estadual.

Estratégia prevista na Constituição Federal (1988) e nas leis infraconstitucionais, a regionalização assume caráter de transversalidade às vertentes do Pacto pela Saúde - Pacto pela Vida, Pacto pela Gestão e Pacto pela Defesa do SUS (2006) e é reforçada no Decreto 7.508/11.

O Pacto apresentou proposições balizadoras para o planejamento regional, dentre as quais a territorialização, de modo a garantir acesso, integralidade e resolubilidade, independentemente do porte dos desenhos regionais e considerando, ainda, maior eficiência dos recursos e ganhos em economia de escala, para definir uma Região de Saúde.

No atual contexto de transição, as diretrizes do Decreto 7.508/11 estão voltadas para o aprimoramento dos processos orientados pelo Pacto, também preservando os fundamentos do SUS, com novas ferramentas para diagnóstico, definição e explicitação de responsabilidades executivas e de financiamento, monitoramento, avaliação e auditoria.

Os Estados, como é o caso do Rio de Janeiro, têm um papel particularmente relevante na cooperação técnica para realização de acurado diagnóstico da capacidade instalada em seu território, identificando seu potencial, ociosidade e/ou saturação, além de demandas locais e regionais. As informações permitem a realização de Programações Pactuadas e Integradas – PPIs, com atualizações periódicas que reflitam a realidade, evitando concentrações, baixas taxas de uso, financiamento desproporcional e descontextualizado.

As propostas de organização da atenção à saúde por meio de redes, a exemplo das “redes temáticas” preconizadas pelo Ministério da Saúde, reforçam, igualmente, a diretriz da regionalização e, portanto, enfatizam o planejamento e a articulação de forma cooperativa, envolvendo todos os entes federados.

Os organismos colegiados de gestão, como a Comissão Intergestores Tripartite, as Comissões Bipartites e as Comissões Intergestores Regionais nos estados, têm sido espaços privilegiados de decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS, como tem ocorrido no Rio de Janeiro.

Este Relatório de Gestão para o ano de 2011 encerra um ciclo de planejamento com base no Plano Estadual de Saúde 2008-11, dando conta das ações previstas na Programação anual para o mesmo exercício.

No mesmo ano de 2011, realizamos a VI Conferência Estadual de Saúde, assim como nos dedicamos à atualização do Plano Diretor de Regionalização e à elaboração do novo PES.

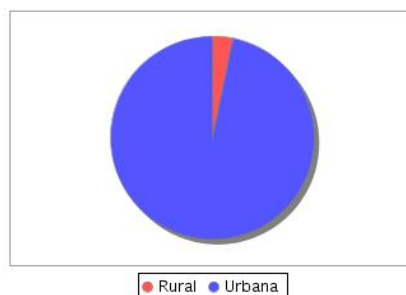
Encerramos, portanto, um ciclo de quatro anos e prosseguimos com as nossas atividades de planejamento para o próximo quadriênio, tendo como balizamentos, ademais das lições aprendidas durante esse tempo, as nossas metas futuras, a partir das diretrizes nacionais e das prioridades estaduais, contidas, respectivamente, no Plano Nacional e no Plano Estadual de Saúde 2012-15.

2. DEMOGRAFIA E DADOS DE MORBI-MORTALIDADE

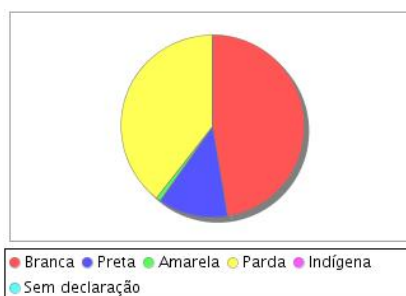
2.1. POPULAÇÃO ESTIMADA DO ANO 2011

15.989.929

População do último Censo(ano 2000)	Qte	%
Rural	525.690	3,29%
Urbana	15.464.239	96,71%



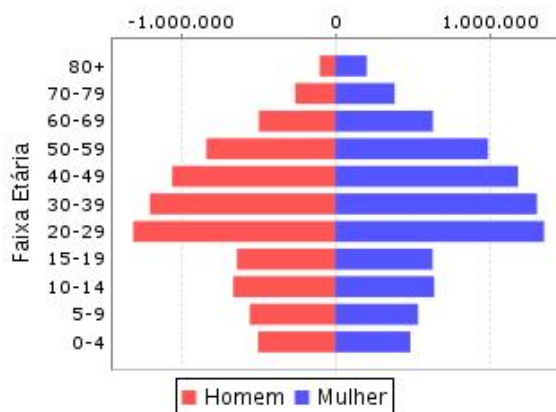
População do último Censo(ano 2000)	Qte	%
Branca	7.583.047	47,82%
Preta	1.978.681	12,28%
Amarela	122.838	0,76%
Parda	6.288.095	39,03%
Indígena	15.894	0,10%
Sem declaração	1.374	0,01%



2.1.1. POPULAÇÃO - SEXO E FAIXA ETÁRIA

População - Perfil demográfico

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
0-4	500.802	486.813	987.615
10-14	662.506	642.527	1.305.033
15-19	638.420	631.856	1.270.276
20-29	1.311.708	1.355.428	2.667.136
30-39	1.203.989	1.309.208	2.513.197
40-49	1.058.659	1.186.159	2.244.818
5-9	555.463	537.528	1.092.991
50-59	836.449	991.806	1.828.255
60-69	496.422	633.664	1.130.086
70-79	260.375	385.306	645.681
80+	100.886	203.955	304.841
Total	7.625.679	8.364.250	15.989.92



Análise e considerações do Gestor sobre dados demográficos

No Estado do Rio de Janeiro, a taxa média de crescimento populacional anual, nos períodos de 1991/200 e 2000/2010, apresentou considerável declínio, passando de 1,32 para 1,06. Todas as regiões do Estado seguiram a mesma tendência de redução nos períodos citados, exceto o Norte fluminense, que é fortemente influenciada pelas atividades petrolíferas.

Quando observa-se a Pirâmide Etária, verifica-se um estreitamento de sua base em relação a 2000, correspondendo a uma redução da população mais jovem no total da população. Houve um alargamento do topo da pirâmide, indicando um aumento da população idosa que, entre 2000 e 2010 passou de 11 para 13% do total, dados que confirmam a existência de uma população progressivamente mais idosa, com impactos sobre a sociedade e sobre o setor saúde. O índice de envelhecimento mostra a participação crescente de idosos em relação aos jovens na população, o que ocorre, principalmente, devido à redução dos níveis de fecundidade e ao aumento da esperança de vida.

Dados de mortalidade, entre 2000 e 2010, apontam que o número absoluto de óbitos no Estado aumentou 14,5%, sendo que a taxa bruta de mortalidade passou de 7,7 para 8,0 óbitos por cada mil habitantes. Quando avaliados segundo sexo, no ano de 2010 o número absoluto de óbitos masculinos foi maior do que o feminino. Segundo a variável idade, a mortalidade de homens e mulheres também difere, uma vez que a proporção de homens que morreram com idade menor ou igual a 60 anos foi de 40,5% contra 25,7% das mulheres na mesma faixa etária.

As principais causas de mortes registradas entre os homens foram as doenças do aparelho circulatório, seguida pelas causas externas de mortalidade e pelas neoplasias. Entre as mulheres destacaram-se as doenças do aparelho circulatório, além das neoplasias e doenças do aparelho respiratório. A maior ocorrência de mortes devido a causas externas entre os homens indica que a população masculina está mais exposta aos óbitos por acidentes e violência do que as mulheres. Ressalta-se ainda que a ocorrência dessas mortes ocorre majoritariamente entre a população de 20 a 29 anos, portanto, entre os jovens em idade produtiva.

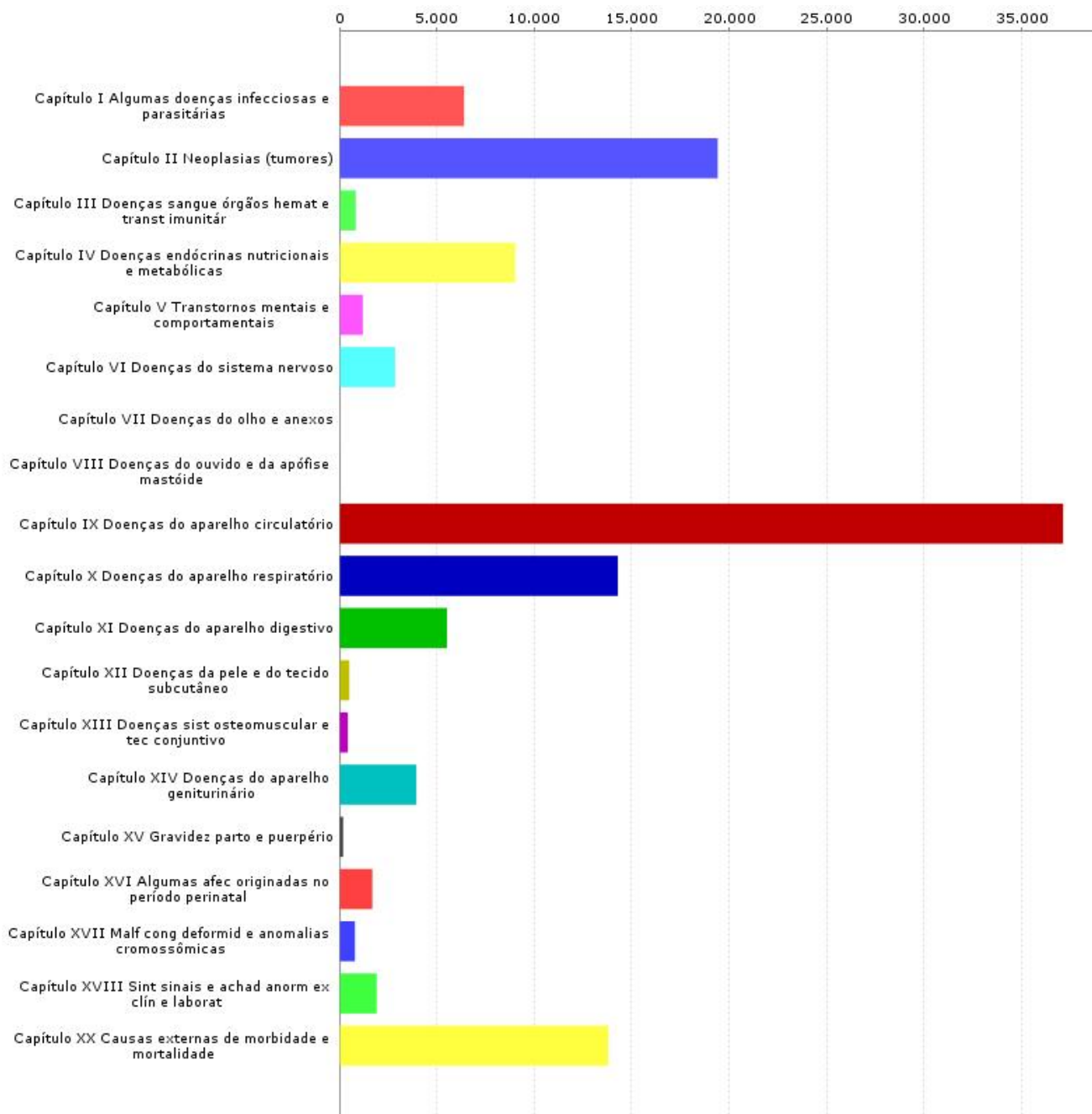
Quanto à taxa de mortalidade infantil, houve redução significativa no Estado, passando de 19,7 mortes para cada mil nascidos vivos em 2000 para 13,9 em 2010. Essa redução foi verificada em todas as regiões do Estado, principalmente na região do Médio Paraíba, cuja taxa passou de 24,9, em 2000, para 14,0, em 2010. Contudo, apesar da considerável diminuição, o valor alcançado na década ainda permanece elevado.

A população com menos de cinco anos de idade reduziu 28,8% em dez anos, pois passou de 8,5% da população total, em 2000, para 6,2%, em 2010. Esses dados são reforçados pela forte tendência de queda da taxa bruta de natalidade do Estado, que no ano de 2000 era de 18 nascimentos para cada mil habitantes e 13,4 em 2010.

2.3 MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS, FAIXA ETÁRIA E POR RESIDÊNCIA (Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM - 2010)

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	138	70	39	46	63	384	719	855	1.002	843	904
Capítulo II Neoplasias (tumores)	6	41	37	43	76	218	562	1.599	3.765	4.536	4.881
Capítulo III Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	10	6	3	8	10	47	42	64	95	124	194
Capítulo IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	27	15	13	7	12	72	173	503	1.205	1.888	2.499
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	1	4	5	18	62	148	212	132	165
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	52	62	38	49	51	92	96	129	165	255	582
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	1	1	0	0	3	4	2	3	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	25	20	14	17	43	207	757	2.353	5.295	7.513	9.573
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	166	86	26	26	49	177	289	567	1.267	1.982	3.529
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	28	16	6	7	19	60	223	568	1.052	1.049	1.229
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0	0	3	0	9	13	30	39	63	128
Capítulo XIII Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	1	1	6	2	15	32	49	67	63	89
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	7	6	6	7	6	37	77	182	423	538	985
Capítulo XV Gravidez parto e puerpério	0	0	0	2	34	75	65	20	0	0	0
Capítulo XVI Algumas afec originadas no período perinatal	1.697	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Capítulo XVII Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	605	44	18	17	11	26	16	25	18	9	12
Capítulo XVIII Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	89	41	24	37	84	221	368	780	0	0	0
Capítulo XX Causas externas de morbidade e mortalidade	150	121	108	180	1.189	3.285	2.065	1.607	1.220	886	921
TOTAL	3.004	529	335	460	1.654	4.943	5.562	9.484	17.175	21.535	27.591

Internações por Capítulo CID-10	80	Idade ignorada	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.278	62	6.403
Capítulo II Neoplasias (tumores)	3.626	18	19.408
Capítulo III Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	238	4	845
Capítulo IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.580	32	9.026
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	457	6	1.210
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	1.288	6	2.865
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	0	0	1
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3	0	19
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	11.135	168	37.120
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	6.005	117	14.286
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	1.214	53	5.524
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	226	5	517
Capítulo XIII Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	110	0	437
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	1.670	9	3.953
Capítulo XV Gravidez parto e puerpério	0	0	196
Capítulo XVI Algumas afec originadas no período perinatal	0	0	1.697
Capítulo XVII Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4	0	805
Capítulo XVIII Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0	276	1.920
Capítulo XX Causas externas de morbidade e mortalidade	1.387	675	13.794
TOTAL	33.833	1.431	127.536



Análise e considerações sobre Mortalidade

Os dados da mortalidade proporcional no Brasil na década de 30 mostraram que as doenças infecciosas e parasitárias representavam 46% dos óbitos e as doenças cardiovasculares 12%. Em 2009, verificou-se uma queda da mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias para o patamar de 5% e a elevação das doenças cardiovasculares para 28%, tendência igualmente verificada no Estado do Rio de Janeiro.

Ainda assim, o Estado do Rio é o que apresenta a maior taxa de mortalidade por tuberculose no Brasil, apesar de a mesma estar diminuindo nos últimos 10 anos. Nos últimos 5 anos, verifica-se números entre 800 e 900 óbitos anuais e a tuberculose foi a 4ª causa de mortes por doenças infecciosas no Estado.

Ocorreram, no Estado, 37.433 mil óbitos por AIDS até final de 2010. A mortalidade por AIDS apresentou tendência de queda até 2005. A taxa ficou estável, com cerca de 1.500 óbitos por ano, mas, nos últimos anos, observa-se um pequeno aumento, com uma taxa de 11 óbitos por 100.000 habitantes em 2009.

Contudo, de acordo com os três critérios de avaliação epidemiológica, ou seja, a magnitude, a gravidade e a transcendência, avalia-se a necessidade de inserir as doenças e agravos não transmissíveis entre as prioridades das políticas de saúde no Estado e nos seus municípios.

A magnitude destes problemas de saúde se expressa pelas mortes acarretadas por elas. Dados preliminares de mortalidade para 2010 (SIM) mostraram que as doenças do aparelho circulatório se constituem na primeira causa de óbito, seguida das neoplasias, em segundo e terceiro; doenças do aparelho respiratório, na quarta; na quinta posição, estão as causas mal definidas e em sexta, as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, onde predomina o diabetes.

Entre as seis primeiras causas de óbitos relativas a 2010 e, em todas as faixas etárias, verifica-se o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, das causas externas e das causas mal definidas de óbitos.

As doenças não transmissíveis respondem pelos principais diferenciais por sexo e idade na mortalidade do Estado do Rio de Janeiro. A curva de mortalidade proporcional por sexo e idade para a população residente apresenta dois pontos de inflexão significativos, em relação aos homens, entre os 20-29 anos – cujas três principais causas de morte foram homicídios (38,2%), lesões de intenção indeterminada (17,5%) e acidentes de trânsito e transporte (11,1%); e entre os 50-59 anos – cujas três principais causas de morte foram o infarto agudo do miocárdio (11,5%), as causas mal definidas (8,4%) e as doenças cerebrovasculares (7,2%).

Considerando os óbitos masculinos com idade ignorada, observa-se que os homicídios representam 24,5% do total de óbitos com esta condição, juntamente com as lesões de intenção indeterminada (18,3%) e as causas mal definidas (18,2%). É possível, portanto, que a sobremortalidade masculina jovem esteja ainda subestimada. Para os homens em geral, as três principais causas de morte em 2010 foram o infarto agudo do miocárdio (8,14%), as doenças cerebrovasculares (7,4%) e os homicídios (5,75%).

Entre as mulheres, a mortalidade não apresenta nenhum ponto de inflexão por faixa etária e as três principais causas de morte são doenças cerebrovasculares (9,3%), infarto agudo do miocárdio e diabetes mellitus (ambas com 6,9%). Observa-se que o padrão de mortalidade masculina passa a divergir da feminina a partir dos 10 anos de idade, com aumento significativo da proporção dos óbitos entre os homens, em especial na faixa dos 10 aos 39 anos.

As causas externas representam, no Estado, cerca de 60% do total de causas de morte masculina jovem e correspondem a 11,5% dos óbitos no Estado – perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório, com 19,9%. Em relação às causas mal definidas, pode-se afirmar que as distorções no preenchimento da Declaração de Óbito e a existência de problemas na assistência médica aumentam a frequência da utilização desse termo, ou seja, há uma diminuição da especificação das causas de morte, prejudicando a identificação de patologias importantes. A melhoria das definições dessas causas poderia modificar os dados da mortalidade no Estado e identificar com mais precisão os grupos populacionais mais afetados, assim como os principais grupos de causas e/ou causas específicas que provocaram o óbito. Provavelmente, esse aprimoramento da informação resultaria em aumento das mortes por doenças crônicas.

As mortes por doenças do aparelho respiratório, que, nesse momento, não são objeto da vigilância das doenças não transmissíveis no Estado, estiveram presentes em todas as faixas etárias, sendo que se constituem em segunda causa nas faixas etárias de 1 a 4 anos de idade e 70 anos e mais, e terceira causa nas faixas de menores de 1 ano e de 60 a 69 anos. Crianças menores de 5 anos e idosos, portanto, necessitam de intervenções específicas para este grupo de causas.

As doenças do aparelho circulatório se constituem como a 1ª causa de óbito a partir da faixa etária de 40 anos de idade no Estado, cumprindo lembrar a necessidade de intensificação das ações para o controle dos fatores de risco associados à morbidade e à mortalidade.

As mortes causadas por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas começam a se manifestar na faixa etária de 50 anos e mais. Dentro deste grupo, o diabetes mellitus responde por mais de 80 % dos óbitos e contribui como causa associada a várias outras doenças, principalmente as cardiovasculares. Entretanto, sua baixa causalidade geral entre os óbitos se deve a não menção do diabetes na Declaração de Óbito, salvo quando é registrado como causa básica, quando passa a fazer parte do dado de mortalidade.

Além do diabetes, um estudo sobre o indicador de saúde que mede os impactos nos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), que traduz o número de anos que uma pessoa poderia ter vivido e produzido, caso não fosse a óbito prematuramente, mostrou que a maior taxa de APVP (média de 10,43 por 1.000 habitantes) foi atribuída às causas relacionadas à Hipertensão Arterial Sistêmica.

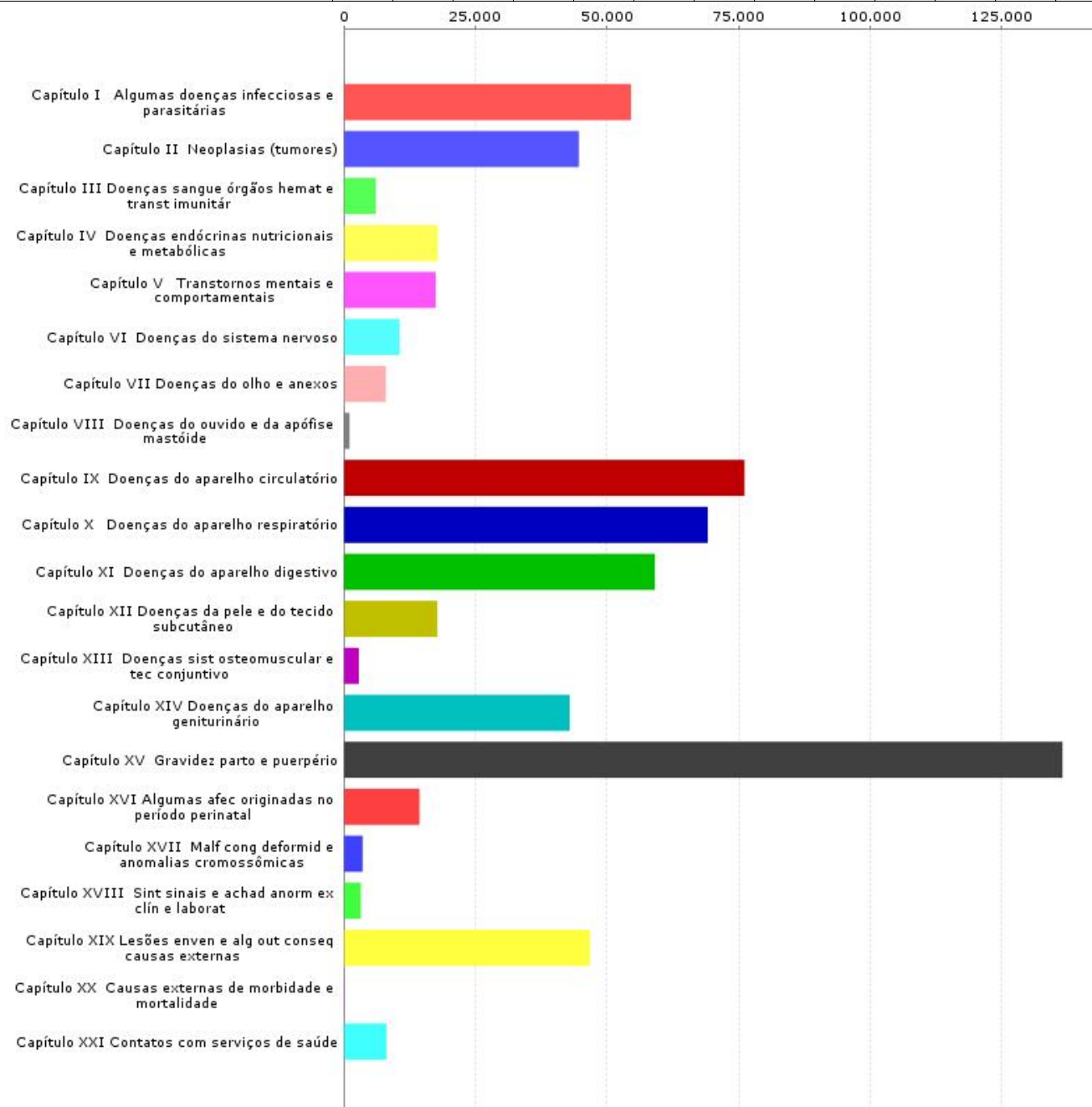
As doenças crônicas não transmissíveis se caracterizam por terem mais de um agente causal (multifatoriais). São influenciadas pelas condições sócio-econômicas, fatores comportamentais e herança genética. A sua ocorrência está estatisticamente associada à exposição a alguns fatores ou condições de risco ou proteção. A ação destes fatores cumulativos causa modificações tanto bioquímicas, quanto celulares, lesando irreversivelmente tecidos e órgãos lentamente, comprometendo suas funções e o surgimento aparente da doença. Dentre os fatores de risco comportamentais, destacam-se o tabagismo, a alimentação inadequada e o sedentarismo.

Pelo fato das doenças, dos agravos e dos fatores de risco estarem presentes de maneira concomitante na população e também pela magnitude e gravidade constatadas através dos dados analisados, torna-se indiscutível que as ações de prevenção e promoção da saúde, de caráter intersetorial, devem ser priorizadas no enfrentamento deste panorama sanitário, para que novos e melhores níveis de saúde sejam alcançados.

2.4. MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS E FAIXA ETÁRIA (Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez - 2011)

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5.609	9.137	5.578	4.135	1.859	4.007	4.341	4.771	4.900	4.089	3.375	2.773	54.574
Capítulo II Neoplasias (tumores)	147	762	730	846	876	2.261	4.387	8.776	9.402	8.436	5.706	2.350	44.679
Capítulo III Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	152	362	330	290	324	511	601	777	774	728	738	558	6.145
Capítulo IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	338	584	388	373	217	625	1.096	2.106	3.482	3.438	2.941	2.320	17.908
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	31	44	44	147	599	2.915	4.011	4.533	3.314	1.101	475	302	17.516
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	302	541	443	416	274	626	1.026	1.569	1.908	1.456	1.207	896	10.664
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	72	179	176	136	67	119	187	350	978	2.154	2.578	1.051	8.047
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide	95	160	120	133	75	92	115	127	137	50	19	11	1.134
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	197	132	135	271	485	2.130	4.279	9.217	18.228	17.925	14.225	8.894	76.118
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	10.929	13.911	5.512	2.131	1.308	3.599	3.803	4.155	5.489	6.026	6.063	6.230	69.156
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	1.076	1.985	2.326	1.932	1.940	5.562	7.648	9.381	11.001	8.562	5.330	2.368	59.111
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	703	2.234	1.687	1.188	718	1.526	1.692	2.146	2.432	1.752	1.125	600	17.803
Capítulo XIII Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	37	198	341	604	402	0	0	0	0	0	977	354	2.913
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	974	1.903	1.905	1.544	1.897	5.066	5.829	6.170	5.825	5.358	3.976	2.500	42.947
Capítulo XV Gravidez parto e puerpério	5	0	0	1.714	31.172	70.303	29.792	3.475	8	1	3	1	136.474
Capítulo XVI Algumas afec originadas no período perinatal	13.394	396	91	59	113	206	121	24	8	4	7	1	14.424
Capítulo XVII Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0	0	967	766	362	463	392	283	216	103	57	25	3.634
Capítulo XVIII Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	244	339	301	267	226	565	651	0	0	0	0	691	3.284
Capítulo XIX Lesões enven e alg out conseq causas externas	310	1.178	1.968	2.262	3.267	8.439	7.319	6.649	5.666	3.883	3.071	2.775	46.787
Capítulo XX Causas externas de morbidade e mortalidade	6	3	3	2	17	27	23	22	26	16	14	11	170

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Total
Capítulo XXI Contatos com serviços de saúde	155	202	201	228	233	1.634	2.132	1.052	929	660	467	274	8.167
TOTAL	35.813	35.441	23.246	19.444	46.431	111.728	80.991	68.679	78.452	68.729	53.560	34.985	657.499



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



Análise e considerações sobre Morbidade

A transição demográfica, já referida anteriormente, se constitui em pano de fundo da transição epidemiológica, onde se verifica o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis no padrão de morbimortalidade da população brasileira.

A transição epidemiológica está referida a três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos (aumento da sobrevivência em idades mais avançadas e, conseqüentemente, aumento das mortes por doenças não transmissíveis) e a transformação de situações onde o predomínio da mortalidade dá lugar à morbidade e à invalidez.

No Brasil, assim como no Estado do Rio de Janeiro, a transição epidemiológica se caracteriza pela coexistência de velhos e novos problemas de saúde. Hoje, há um predomínio das doenças crônico-degenerativas, mas as doenças transmissíveis ainda desempenham um papel bastante importante entre as principais causas de adoecimento.

Embora as doenças transmissíveis tenham cedido lugar às não transmissíveis na caracterização do perfil epidemiológico, estas ainda são expressivas como problemas de saúde pública.

No Rio de Janeiro, a magnitude de algumas destas doenças, do ponto de vista da morbidade, ainda constitui-se em desafio para o Estado e seus municípios, apesar do conhecimento e das medidas de prevenção e tratamento disponíveis. Este é o caso da AIDS, da tuberculose, da hanseníase, da sífilis em gestante e congênita, além do recrudescimento periódico da dengue, com a ocorrência de epidemias.

Outras doenças e agravos de interesse em Saúde Pública, como leishmaniose tegumentar americana, leishmaniose visceral, raiva, febre amarela, leptospirose, doenças imunopreveníveis e de transmissão respiratória continuam sendo objeto de vigilância e de intervenções específicas no Estado.

A proporção de doenças e agravos não transmissíveis no Estado tem se elevado e hoje as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças ligadas à nutrição e metabolismo e as causas externas respondem por mais de 70% de todos os óbitos do Estado. Os dados de morbimortalidade traduzem a magnitude e gravidade das doenças não transmissíveis no Estado, mas os dados relativos aos fatores de risco e de proteção reforçam que a transcendência deste conjunto de doenças e agravos é alta e, assim sendo, é possível modificar o perfil atual dos fatores de risco na população.

3.1 TIPO GESTÃO

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	10	9	0	1
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	5	3	1	1
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	148	126	14	8
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	1.438	1.317	4	117
HOSPITAL ESPECIALIZADO	103	90	11	2
HOSPITAL GERAL	184	138	15	31
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	2	2	0	0
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	39	30	9	0
POLICLINICA	184	144	3	37
POSTO DE SAUDE	540	540	0	0
PRONTO ATENDIMENTO	56	44	1	11
PRONTO SOCORRO GERAL	72	51	1	20
SECRETARIA DE SAUDE	84	82	1	1
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	1	1	0	0
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	83	75	2	6
UNIDADE MISTA	8	8	0	0
Total	2.957	2.660	62	235

Esfera Administrativa



3.2. ESFERA ADMINISTRATIVA (GERÊNCIA)

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
PRIVADA	766	659	50	57
FEDERAL	47	47	0	0
ESTADUAL	112	79	25	8
MUNICIPAL	3.087	2.788	49	250
Total	4.012	3.573	124	315

Análise e considerações do Gestor sobre Prestadores de Serviços ao SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe nova perspectiva para o controle e avaliação em seu processo de construção e consolidação, estabelecendo competências comuns às três esferas de governo e envolvendo diversas instâncias, tais como Conselhos de Saúde, Comissões Intergestoras, Sistema Nacional de Auditoria, entre outros.

Atualmente, o desenvolvimento e o aperfeiçoamento das práticas, estruturas e instrumentos de controle e avaliação das ações de saúde consistem em um dos maiores desafios do SUS, exigindo a incorporação de novos métodos e ferramentas, de acordo com as necessidades de saúde. Vale ressaltar que tais inovações envolvem a avaliação da qualidade das ações, os seus resultados e o seu impacto nas condições sanitárias da população.

No Estado do Rio de Janeiro, a maior parte das secretarias municipais de saúde ainda não dispõe de um setor estruturado e não realiza, de forma sistemática, as ações inerentes ao controle e avaliação do SUS. Uma das principais dificuldades diz respeito à insuficiência de profissionais qualificados para este fim.

Conforme levantamento realizado pela Secretaria de Estado de Saúde em 48 municípios fluminenses, no ano de 2008, 30 secretarias municipais informaram possuir instâncias formais de controle e avaliação (62,5% do total de municípios analisados). Destas, porém, pouco menos da metade (46,7% ou 14 secretarias municipais) formalizou o setor através de publicação oficial. Naquela ocasião, foram identificadas necessidades diversas de qualificação dos técnicos atuantes nesta área.

Dentre as responsabilidades inerentes ao gestor estadual, uma das mais desafiadoras no período sob análise, no tocante ao Pacto de Gestão (2006), foi o acompanhamento e a avaliação dos consórcios intermunicipais de saúde. No âmbito da atenção especializada, a lógica (inadequada) de custeio das ações e serviços de saúde, assim como os baixos valores da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS consistem em desafios mais amplos, não só no Estado, mas em todo o território nacional. Dentre outras dificuldades, destaca-se a

baixa atratividade do SUS para contratualização com prestadores privados, de modo a suprir, no curto prazo, a oferta insuficiente do sistema público.

No caso do Estado do Rio de Janeiro, a programação das ações de média e alta complexidade, com atualizações da Programação Pactuada e Integrada - PPI permite avaliar que nas áreas de neurologia, oncologia, cardiologia, oftalmologia e reabilitação física há importantes lacunas a serem equacionadas.

Neste sentido, ressalta-se que ainda não foi possível a implantação de uma Rede Estadual de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Neurológico, em sua plenitude, incluindo os serviços de neurocirurgia.

Da mesma maneira, a Rede Estadual de Atenção Oncológica também apresenta problemas, especialmente no que se refere às exigências do Ministério da Saúde para habilitação dos prestadores, conforme normalização específica (Portaria SAS/MS nº 741 de 19/12/2005).

Outros segmentos de atenção especializada à saúde que também precisam de ampliação são os de reabilitação física, oftalmologia e cardiologia de alta complexidade, com metas definidas no Plano Estadual de Saúde 2012-15.

Ressalta-se que, do ponto de vista do controle e avaliação da assistência prestada à população, ao lado da estimativa de necessidades e da programação para a ampliação da oferta e do acesso aos serviços, é igualmente importante avaliar de forma regular e sistemática os serviços de saúde, sobretudo de alta complexidade, de forma a garantir a sua qualidade.

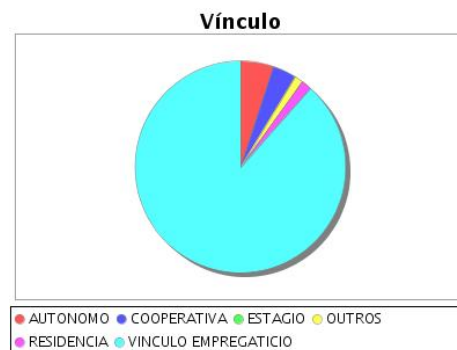
Nos próximos quatro anos, portanto, é preciso aprimorar os processos de contratualização de serviços, incluindo avaliações qualitativas e buscando aprimorar a relação entre os gestores municipais e os prestadores. Também é necessário avançar na organização dos serviços em rede, a partir da regionalização, com portas de entrada e referências bem definidas, de modo a evitar que o acesso continue ocorrendo através dos serviços de atenção especializada.

No ano de 2011, foi publicado o Decreto Presidencial 7.508, cujos desdobramentos, do ponto de vista normativo e operacional, guardam estreita relação com estes objetivos e metas da SES-RJ.

Também consoante às alternativas para o equacionamento da assistência e da organização dos serviços, ressalta-se, mais uma vez, a adesão do Estado às “Redes Temáticas” propostas pelo MS.

4. PROFISSIONAIS SUS (Fonte: CNES)

AUTONOMO	
TIPO	TOTAL
CONSULTORIA	3
INTERMEDIADO ORG DA SOCIEDADE CIVIL DE	183
INTERMEDIADO P ENTIDADE FILANTROPICA E/OU SEM	2445
INTERMEDIADO POR COOPERATIVA	239
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	2222
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO NAO-	46
INTERMEDIADO POR ORGANIZACAO SOCIAL(OS)	917
SEM INTERMEDIACAO(RPA)	1211
SEM TIPO	1248
TOTAL	8514
COOPERATIVA	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	5916
TOTAL	5916
ESTAGIO	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	51
TOTAL	51
OUTROS	
TIPO	TOTAL
BOLSA	1569
CONTRATO VERBAL/INFORMAL	594
PROPRIETARIO	129
TOTAL	2292
RESIDENCIA	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	2577
TOTAL	2577
VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CARGO COMISSONADO	4404
CELETISTA	12442
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	45559
EMPREGO PUBLICO	9685
ESTATUTARIO	58869
SEM TIPO	16605
TOTAL	147564



Análise e Considerações sobre Prestadores de Serviços ao SUS

Quanto ao quantitativo de profissionais que atuam na Secretaria Estadual de Saúde ressalta-se que dos 40.425 profissionais com referência ao mês de abril de 2012, 14.859 são profissionais com vínculos estatutários, 10.486 são profissionais temporários, 4.360 profissionais terceirizados e 4.134 estão sob gestão compartilhada, além de 963 militares e 392 extraquadros. Os 5.231 profissionais cooperativados estão sendo gradativamente substituídos por profissionais vinculados a Fundação Saúde ou às Organizações Sociais.

Ressalta-se ainda o concurso realizado para 40 Especialistas em Gestão de Saúde, com admissão destes profissionais no

5. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ampliar e qualificar a Atenção Básica como orientadora dos Cuidados Integrals em Saúde.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
Expansão e Qualificação da Atenção Básica. PPA - Programa 0096 ,PT 2170 - Expansão e Qualificação da Atenção Básica.			61.789.637,16	57.722.645,02
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
Aumentar o número de unidades básicas de saúde utilizando recursos orçamentários das três esferas de governo. (SAS)	20% - Metropolitana I e Serrana	Em 2011 foi implantada a UBS em Cabo Frio. % acumulado PES 2008-2011 em 33% das regiões. 04 unidades de Saúde implantadas (Metropolitana I, II, Baixada Litorânea - Cabo Frio).	0,00	0,00
Fomentar a construção e fortalecer as redes de apoio às vítimas de violência. (SAS)	50% das Regiões	100% das regiões Nos anos de 2010 e 2011 foram realizados dois eventos, um a cada ano, para profissionais de saúde dos 92 municípios do Rio de Janeiro, a fim de iniciar o mapeamento dos serviços de atenção às pessoas vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências, para todos os municípios do estado e capacitá-los para formação de redes. Até dezembro de 2011, 52 municípios haviam preenchido o questionário do mapeamento. Ressaltamos que a partir do Pacto pela Saúde esta meta foi direcionada para os municípios prioritários.	0,00	0,00
Fomentar e apoiar a ampliação do acesso à saúde, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios contemplados pela Portaria GM nº90, de 17/01/2008, considerando a vulnerabilidade e desigualdades culturais e regionais. (SAS)	4% dos municípios contemplados na Portaria.	Os trabalhos dirigidos a estas populações tiveram início no final de 2011 e atingiram 70% dos municípios contemplados na portaria. Houve dificuldade de implantar em áreas rurais mais distantes, principalmente das regiões Norte e Noroeste.	0,00	0,00
Divulgar e fortalecer o Programa Rio sem Homofobia.(SAS)	25% das Regiões	Em 100% das Regiões. Realizado o I Seminário Estadual de Saúde da População LGBT em 10/2011, com a participação de 174 profissionais da SES, de órgãos da sociedade civil organizada e de municípios de todas as regiões do Estado. O seminário significou um primeiro momento de debate com os municípios das questões da saúde da população LGBT presentes no Programa Rio sem Homofobia.	0,00	0,00
Formular a Política Estadual de Atenção Integral à população em situação de rua. (SAS)	Investir nas parcerias intersetoriais necessárias para a continuidade da Formulação da Política - 25%	Devido a uma mudança estrutural na SES/SAB, a implementação das ações foi temporariamente interrompida. Ainda assim foi mantida a participação em fóruns e seminários, visando o aprofundamento das estratégias a serem implementadas. No momento, há interlocução entre áreas técnicas da Vigilância em Saúde e da SAB, para retomada das ações.	0,00	0,00
Implementar o Plano Operativo Estadual de Saúde Integral para a população privada de liberdade, inclusive nas unidades de internação provisória para adolescentes, garantindo assistência multidisciplinar. (SAS)	Plano Operativo implementado em 25% das unidades prisionais.	O Plano Operativo Estadual - POE para adolescentes cumprindo medidas socioeducativas nas unidades de internação do DEGASE encontra-se em processo de construção com áreas Técnicas da SES, Coordenação de Saúde do DEGASE e Secretarias Municipais de Saúde de municípios com unidades de internação. Foi realizado concurso público pela Secretaria Estadual de Educação para reposição das equipes de saúde, e a SES aguarda o treinamento dos profissionais. Foram realizadas reuniões de planejamento, visando à integração das equipes das Secretarias Estaduais e Municipais envolvidas para a construção do POE. Com relação à população adulta, foram realizadas reuniões regulares e o I Seminário Integrado SES/SEAP para constituir a Comissão de Gestão Integrada que realizaria o	0,00	0,00

monitoramento do POE em parceria com a SEAP. Porém, dificuldades institucionais, jurídicas e déficit no número de profissionais de saúde para o atendimento à população carcerária impediram o desenvolvimento do plano.

Criar a Política Estadual de Alimentação e Nutrição.(SAS)	Política criada	Em decorrência da recente publicação da revisão na Política Nacional de Alimentação e Nutrição no segundo semestre de 2011, optou-se então em torná-la referência para o Estado do Rio de Janeiro.	0,00	0,00
Divulgar e Promover a Política Estadual de Alimentação e Nutrição (SAS)	Divulgar a política em 10% dos municípios	Foram executadas ações e diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, priorizando a Área Materno-Infantil, como aleitamento materno e alimentação saudável para crianças, assim como o monitoramento da Bolsa-Família. Com a revisão da Política, serão divulgadas as demais ações, em especial ligadas às doenças crônicas não transmissíveis e doenças do metabolismo.	0,00	0,00
Qualificar os municípios para a ampliação do monitoramento dos condicionantes de saúde do Programa Bolsa Família.(SAS)	100% dos Municípios / Ação Contínua	100% dos Municípios Foram realizadas Oficinas Regionais intersetoriais, em parceria com as Secretarias Estaduais de Educação e de Assistência Social e Direitos Humanos. Do setor saúde, foram convidadas as Coordenações de Atenção Básica e de Assistência Social de todos os municípios do Estado. Como resultado, o Estado do Rio superou, pela primeira vez, o percentual de acompanhamento pactuado com o Ministério da Saúde para o ano de 2011.	0,00	0,00
Implantar o monitoramento da situação alimentar e nutricional em todas as fases do ciclo de vida.(SAS)	Em 25% dos municípios	Em 33,7% dos municípios Em todos os municípios foram realizados o monitoramento do estado nutricional de crianças e mulheres em idade fértil, através da migração dos dados do Programa Bolsa Família para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN web) do Ministério da Saúde	0,00	0,00
Formular e fomentar a implantação da Política de Atenção às pessoas obesas nos diversos ciclos de vida. (SAS)	Política formulada e fomentada	O Ministério da Saúde, a partir da revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, iniciou também a elaboração do Plano Nacional Intersetorial de Prevenção e Controle de Obesidade, cuja construção, nos estados, será iniciada em 2012.	0,00	0,00
Adequar os serviços que desenvolvem Práticas Integrativas e Complementares na rede pública de saúde.(SAS)	Adequação em 100% dos municípios que desenvolvem a prática.	Para adequação dos serviços com Práticas Integrativas e Complementares na rede pública de saúde, foi realizado mapeamento preliminar dos municípios que possuem este tipo de serviço, para identificação daqueles que demandam adequação. 63% dos municípios que possuem este tipo de atendimento responderam ao questionário.	0,00	0,00
Criar e fomentar uma Política Estadual de saúde voltada para as Práticas Integrativas e Complementares.(SAS)	Política criada e fomentada	A criação de uma política estadual requer o conhecimento dos serviços em PICs existentes no Estado, estamos numa fase que antecede a elaboração de uma política estadual.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo - Ampliar e qualificar a Atenção Básica como orientadora dos Cuidados Integrals em Saúde, foi composta por 14 ações. Destacamos que a ação - Implementar o Sistema Nacional de Vigilância das Violências e Acidentes (VIVA) e a notificação compulsória, teve sua meta cumprida até 2010, não sendo portanto referenciada na planilha acima. Quanto ao consolidado das demais ações, 7 tiveram suas metas atingidas em 2011 e 6 ainda se encontram em desenvolvimento ou em processo de reestruturação.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Formular, implementar e disseminar diretrizes norteadoras das ações de saúde em consonância com o Pacto pela Vida.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecimento das ações de Saúde em consonância com o princípio da integralidade. PPA - Programa 0096, PT2170 - Expansão e Qualificação da Atenção Básica			61.789.637,16	57.722.645,02
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar Banco de Leite Humano (SAS)	Implantar 1 BLH - 50%	A implantação do BLH do Hospital da Mulher não ocorreu ainda devido à dificuldades locais na adequação do espaço físico para a implantação do BLH.	0,00	0,00

Apoiar técnica e financiamento os Comitês de Investigação de Óbito (SVS - CAGVS/SAS)	Nos 92 municípios / Ação contínua, com ênfase nos 20% sem assessoramento em 2010.	Houve assessoramento a 80% dos municípios . Não houve condições logísticas para a realização das oficinas programadas em 20% dos municípios.	0,00	0,00
Estruturar ações direcionadas à redução da Mortalidade Infantil (SAS)	Ampliar as Oficinas para os 28% municípios restantes.	Não houve condições logísticas para a realização das oficinas programadas com 28% dos municípios	0,00	0,00
Qualificar equipes para assistência materno-infantil (SAS)	Nos 92 municípios / Ação Contínua	Foi realizado em 20% dos municípios restantes. Meta alcançada em 100%. Implantação da nova Caderneta da Criança, implementação da Triagem Neonatal, diagnóstico da assistência neonatal, vigilância da mortalidade infantil e fetal.	0,00	0,00
Revisar e difundir os protocolos mínimos para a assistência materno-infantil (SAS)	25% restantes	Meta alcançada em 100%. Foram priorizadas: a implantação dos protocolos de investigação do Óbito Infantil, Fetal e Materno, caderneta de saúde da criança e a triagem neonatal .	0,00	0,00
Implantar o Programa Saúde nas Escolas conforme Portaria GM 1861/2008(SAS)	25% dos municípios elegíveis	Dos 49 municípios elegíveis, 44 aderiram ao PSE em 2011. O que corresponde a 89,8% dos municípios elegíveis. Porém, segundo portaria ministerial nº 1910 de 08 de agosto de 2011, todos os municípios obrigatoriamente deverão realizar nova adesão.	0,00	0,00
Implantar Centros Regionais de Atendimento à Mulher Adolescente - CEAMA. (SAS)	Implementar CEAMA em 01 região	Ação não foi realizada pois, em conformidade com a RAG 2010 foram estabelecidas outras estratégias de atendimento à mulher adolescente. No momento, estamos participando da construção da "Rede Cegonha"	0,00	0,00
Ampliar o número de municípios participantes dos Pólos Regionais de Saúde do Adolescente. (SAS)	Ampliar em 18%	Não houve formalização dos pólos regionais em saúde de adolescentes. Decidiu-se, desse modo, trabalhar com as Regiões de Saúde, conforme diretrizes para a regionalização dispostas na NOAS 2001.	0,00	0,00
Implantar a Caderneta do Adolescente. (SAS)	Implantar a caderneta em 17 dos municípios - 26%	Realizadas oficinas de sensibilização (em fevereiro de 2011), planejamento (agosto de 2011) e capacitação (novembro de 2011); liberação das cadernetas (novembro de 2011) para 8 municípios.	0,00	0,00
Monitorar e avaliar as ações voltadas para o desenvolvimento da atenção à saúde integral do adolescente. (SAS)	Ampliar as ações para 17 dos municípios - 26%	Essas ações integram o corpo da caderneta de adolescentes e estão sendo monitoradas através de sua implantação.	0,00	0,00
Ampliar a oferta de exames citopatológicos. (Indicador: RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAIS NA FAIXA ETARIA DE 25 A 59 ANOS EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO-ALVO, EM DETERMINADO LOCAL, POR ANO) (SVS)	0,18	O programado foi superestimado, tendo em vista que a média nacional é de 0,17 (Instrutivo pacto pela saúde 2011) em decorrência disto a meta deverá ser revista e repactuada para 0,18. O resultado de 2011 e o acumulado está em 0% uma vez que desde 2008, 56% dos Municípios são considerados prioritários por possuírem baixa cobertura o que é demonstrado pela série histórica de desempenho do Estado refletido pelo desempenho dos Municípios: 2007 - 0,12; 2008 - 0,12, 2009 - 0,12; 2010 - 0,11 e 2011 - 0,12.	0,00	0,00
Garantir o acesso ao diagnóstico do câncer de mama. (Indicador: RAZÃO ENTRE MAMOGRAFIAS REALIZADAS NAS MULHERES DE 50 A 69 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA EM DETERMINADO LOCAL E ANO.) (SVS)	0,12	A SVS vem apoiando tecnicamente 100% dos municípios através de capacitação para implantação do SISMAMA e monitoramento de dados. O recursos vem sendo aplicados nestas ações. A série histórica de desempenho do Estado refletido pelo desempenho dos Municípios: 2010 - 0,05 e 2011 - 0,08 demonstra a baixa cobertura para o diagnóstico do câncer de mama.	0,00	0,00
Apoiar técnica e financiamento os municípios para a garantia do acesso ao tratamento dos casos de câncer de mama. SAS (SVS)	92 Municípios / Ação Contínua	100% A SVS vem apoiando tecnicamente 100% dos municípios através de capacitação, da implantação do SISMAMA e monitoramento de dados. O recursos vem sendo aplicado nestas ações.	0,00	0,00
Monitorar o acompanhamento de mulheres com lesões precursoras de alto grau do colo de útero em nível ambulatorial. (SVS)	100% das mulheres	100%	0,00	0,00
Apoiar técnica e financiamento os municípios para a garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento das lesões precursoras de câncer de colo uterino. (SVS)	100% dos municípios / Ação Contínua	A competência da ação para o Estado tem sido cumprida integralmente. A SVS vem apoiando tecnicamente 100% dos municípios através de capacitações e monitoramento dos laboratórios e da rede de serviço de referência. A série histórica de desempenho do Estado refletido pelo desempenho dos Municípios: 2010 - 32% e 2011 - 17,8% demonstra que os Municípios não têm garantido o acesso ao diagnóstico e tratamento.	0,00	0,00
Qualificar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério através das estratégias de formação continuada. (SAS)	Realização de 8 Seminários Regionais	87,5% Os seminários das regiões Norte e Noroeste não foram realizados devido a indefinição do local para	0,00	0,00

		a sua realização.		
Apoiar técnica e financeiramente os municípios na ampliação da oferta de pré-natal (Ampliar a proporção de nascidos vivos de mães com seis ou mais consultas pré-natal) SAS	92 municípios / Ação Contínua	A SAB/PAISMCA vincularam 20% dos recursos financeiros do Co-Financiamento da Atenção Básica à ampliação da oferta de consultas de pré-natal, solicitando a confecção de planos de trabalho para atingir os objetivos. Foi implementado por meio de apoio técnico em 100% dos municípios (capacitação em pré-natal para profissionais de saúde por meio do telessaúde).	0,00	0,00
Apoiar técnica e financeiramente e monitorar os Comitês de Investigação de Mortalidade Materna e de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) (SAS)	Nos 92 municípios / Ação Contínua	Em 100% dos municípios. Foi implementado por meio de apoio de técnicos aos municípios. Ação contínua. Investigação, classificação e monitoramento dos óbitos maternos com recomendações para evitabilidade.	0,00	0,00
Apoiar a atenção integral ao planejamento familiar, fomentando a ampliação da oferta e do uso dos métodos não-cirúrgicos e garantindo o acesso aos métodos cirúrgicos (laqueadura tubária/vasectomia) (SAS)	Em 100% das regiões / Ação Contínua	Realizado em 100% das regiões. Ação Contínua. O apoio técnico foi oferecido através de orientação aos técnicos que procuraram a área de saúde da mulher. Foram liberados contraceptivos hormonais e DIUs fornecidos pelo Ministério da Saúde. Foram elaborados pareceres referentes às solicitações habilitação de município/serviços em planejamento familiar, incluindo esterilização cirúrgica.	0,00	0,00
Implantar serviços de atenção integral à mulher em situação de violência doméstica e sexual (SOS Mulher) em cumprimento à Lei Maria da Penha - Lei nº 11.340/06 (SAS)	10% das regiões de saúde	Em 11% das regiões de saúde Encerrado serviço no HEP II devido ao incêndio. Abertura do serviço no Hospital da Mulher Heleoneida Studart. Ação em fase de remodelagem para integrar outros serviços de referência no acolhimento ampliando a cobertura.	0,00	0,00
Promover a aplicação da legislação que determina a realização do aborto em casos de estupro e risco de vida da mãe. (SAS)	Ação Contínua	Participação em seminários promovidos pela Alerj, OAB e Rede Feminista sobre o aborto.	0,00	0,00
Criar Centro de Referência em Saúde do Idoso para formação, pesquisa e assistência especializada. (SAS)	A portaria 702/GM que regulamenta a Implantação dos Centros de Referência em Saúde do Idoso está sendo revista junto ao MS.	Meta suspensa. A revisão, junto ao MS, da portaria 702/GM que regulamenta a implantação dos Centros de Referência em Saúde do Idoso ainda não foi concluída, considerando que as exigências constantes na referida portaria não tornam possível a sua execução.	0,00	0,00
Implantar a Caderneta de Saúde do Idoso. (SAS)	Distribuição de Cadernetas nos 7,96% municípios restantes de acordo com aporte do Ministério da Saúde.	Em 10% dos municípios A meta foi reavaliada pela ATSI em 2011 e foi modificada. A implantação e a distribuição da Caderneta de Saúde do idoso foi condicionada à organização de programas de saúde do idoso nos municípios. A caderneta em 2011 somente foi distribuída aos municípios que possuíam coordenação em saúde do idoso e que organizaram programas de capacitação de sua rede básica no referido ano.	0,00	0,00
Consolidar o Hospital Eduardo Rabelo como unidade de referência gerontológica (SAS)	Ação está sendo reestruturada. Após o incêndio do HEP II, com a demanda aumentada para o HERF, foram reativados 40 leitos para serem usados como suporte da sobrecarga de pacientes do HERF.	Foi criada uma Subsecretaria de Unidades Próprias, que está fazendo a revisão do perfil do Hospital Eduardo Rabelo. A Área Técnica deverá apoiar a consolidação do Hospital como unidade de referência gerontológica.	0,00	0,00
Incentivar e apoiar a ampliação da cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. (SAS)	Na proporção de 2:1 / Ação Contínua	Meta alcançada. Em dezembro 2008 o Estado do Rio de Janeiro possuía 564 ESB (MOD I + MOD II) e 1440 ESF implantadas, apresentando uma proporção de 2,5 ESF para 1 ESB. Em dezembro 2011 o Estado do Rio de Janeiro possuía 886 ESB (MOD I + MOD II) e 1880 ESF implantadas, apresentando uma proporção de 2 ESF para 1 ESB (fonte DAB/MS em 02/04/2012).	0,00	0,00
Monitorar e incentivar o registro da "escovação dental supervisionada" nas unidades básicas de saúde dos municípios. (SAS)	Nos 92 municípios / Ação contínua	Em 100% dos municípios Um das ações para o monitoramento é o levantamento da produção realizada pelo município através do TABNET. Outras ações são as capacitações aos profissionais de odontologia e profissionais que inserem os procedimentos nos sistemas de informações de cada município.	0,00	0,00
Fomentar a ampliação do número de centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. (SAS)	50 Centros e 10 Laboratórios / Ação Contínua	Em 2011 - .6% CEO e 10% LRPD. De 2008 - 2011 - 65% CEO e 330% LRPD. CEO – Dentro as ações programadas do PES para o período de 2008 a 2011 foi prevista a implantação de 50 CEOs. Nestes 4 anos foram implantados 27 CEOs, o que	0,00	0,00

		corresponde a um percentual de 65%. No ano de 2011 foram implantados 04 CEOs, o que corresponde a 6%. LPRD – Até dezembro de 2011 foram implantados 33 LPRDs, superando a meta planejada para o período de 2008 a 2011 que era de 10. Com isso o acumulado no período chegou a 330%		
Assessorar e monitorar o cumprimento da legislação vigente para a realização da fluoretação da rede oficial de abastecimento de água (SVS)	Em duas regiões	100% A assessoria da Área Técnica de Saúde Bucal aos municípios para esta ação é constante. O monitoramento é de responsabilidade municipal pois depende das regras contratuais presentes no contrato firmado entre o município e a empresa contratada pelo mesmo para a fluoretação.	0,00	0,00
Realizar o levantamento epidemiológico de saúde bucal. (SAS)	Realizar levantamento em 18% dos municípios restantes	Em 2010 foi realizado levantamento epidemiológico em saúde bucal em seis municípios, definidos por sorteio de acordo com a metodologia do Ministério da Saúde. Os municípios não sorteados manifestaram interesse em realizar o mesmo levantamento e para isso é necessário a assessoria da Coordenação do MS. Ação em andamento.	0,00	0,00
Implantar Centro de Imagens de Odontologia. (SAS)	Os Centros de Imagens Odontológicas serão implantados dentro dos Centros de Imagens do Estado do Rio de Janeiro que estão em fase de construção.	Não realizado devido a redefinição dos projetos para implantação de Centros de Imagem Estaduais que abrigariam os Centros de Imagem Odontológica.	0,00	0,00
Apoiar a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) contemplando todas as tipologias. (SAS)	Apoiar a criação de 25 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	No período de 2008 a 2011 foram credenciados 38 CAPS (76%) : 2008 = 9 (18%); 2009 = 3 (6%); 2010 = 13 (26%); 2011 = 13 (26%).	0,00	0,00
Estabelecer parcerias para ampliar a cobertura do Programa de Volta para Casa para a população de longa permanência desinstitucionalizada. (SAS).	Estabelecer as parcerias para atingir 100% dos pacientes elegíveis.	Meta não alcançada – Cadastrados no PVC: 2008 = 106 (17,6%); 2009 = 61 (12,8%); 2010 = 46 (48%); 2011 = 71 (10%).	0,00	0,00
Ampliar o número de leitos de curta permanência em hospital geral para acolhimento de crise, incluindo leitos para crianças e adolescentes (SAS)	Ampliar em 41%	Não havia até o momento uma habilitação específica para implantação dos leitos em Hospital Geral. Em jan/2012 o MS lançou a portaria 148 para habilitação e normas de funcionamento desses leitos em SHR.	0,00	0,00
Implantar leitos de atenção a usuários de álcool e drogas em unidades gerais conforme critérios técnicos.(SAS)	Implantar 40 leitos	Ação sem possibilidade de mensuração. Não havia até o momento uma habilitação específica para estes leitos que permitisse o acompanhamento da sua implantação.	0,00	0,00
Implantar os Programas que contenham componente de atendimento ao usuário com transtornos psíquicos em situação de rua. (SAS)	Apoiar 100% dos programas municipais para atendimento à população em situação de rua com transtornos psíquicos	100% dos programas municipais apoiados.	0,00	0,00
Estabelecer parcerias para desenvolver uma política de geração de trabalho e renda para usuários com transtornos psíquicos e transtornos decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, conforme portaria GM 1169/2004 (SAS)	25%	Meta não alcançada – não foram estabelecidas parcerias junto a Secretaria de Ação Social com objetivo de desenvolver política de geração de renda. Os municípios que possuem trabalhos com recursos do MS foram: 2010 = 14 (15,2%); 2011 = 9 (9,8%) (acumulado de 25% dos municípios do Estado com ações na área)	0,00	0,00
Estabelecer parceria com a Secretaria de Ação Social para oferecer moradia para clientela de longa permanência desinstitucionalizada e sem vínculo sócio-familiar através da implantação de serviços residenciais terapêuticos. (SAS)	Em 10% do Estado	Não foram estabelecidas parcerias junto a Secretaria de Ação Social com objetivo de implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos. A implantação dos serviços deu-se com os recursos oriundos da saúde, havendo no período do PES 2008 - 2011 a seguinte ampliação: 2008 = 96; 2009 = 103; 2010 = 111; 2011 = 131.	0,00	0,00
Definir a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Necessidades Especiais. (SAS)	Política implantada	Esta ação não foi pactuada. Em 2011 foi credenciado 01 serviço de reabilitação visual, que se encontra no MS para habilitação. Foram credenciados dois serviços de reabilitação física (Volta Redonda e Natividade).	0,00	0,00
Adequar a estrutura física nas unidades para o rompimento das barreiras de acesso às pessoas com deficiência física. (SE)	100% das Unidades da rede própria adequadas	Em decorrência de não ter havido empresas interessadas no processo aberto para adequação da acessibilidade das unidades da rede própria, não foi possível o cumprimento da ação conforme o programado. No momento está em implementação o Programa Geral de Manutenção das Unidades da rede própria que inclui a adequação de acessibilidade. Destacando que 100% das UPAs já atendem as especificações	0,00	0,00
Desenvolver e implantar linhas de cuidado para os agravos (Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão e Diabetes, Aids e Hepatite B e C)	Elaborar um diagnóstico situacional sobre a estruturação das DANTs no ERJ usando o Formsus / DataSUS. TB reuniões, escolha do município	Realizado diagnóstico situacional. O questionário elaborado foi enviado aos municípios por e-mail e/ou fax. Encerrou-se em 2011	0,00	0,00

	para realizar o projeto. (linha de cuidado apresentada aos 32 municípios prioritários). Elaborar o1 projeto de Hansen junto aos municípios prioritários.	com 18 questionários respondidos. Esse total representa em torno de 20% dos municípios atingindo o esperado no projeto piloto. Foi criado um banco para digitação desses dados no Epi-Info para análise e divulgação. Implantação de um projeto piloto de Tb em consonância com os Municípios prioritários, implantação da linha de cuidados a partir de setembro de 2011 no Município do Rio de Janeiro, após a oficina de linhas de cuidados em parceria com a Atenção Básica. Hanseníase - Implantação em fase de planejamento com coordenação da hanseníase do município do Rio.		
Curar os casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.(SVS)	75% de casos novos (Descentralização em parceria com a At.Básica)	65,1% Considerando a Coorte, este resultado refere-se ao ano de 2010, que é fechado em 2011. Percentual de cura: 2008 - 68,8%; 2009 - 69,6; 2010 - 65,1%.	0,00	0,00
Curar os casos novos de hanseníase diagnosticados, nos períodos de tratamento proconizados. (SVS)	87% dos casos novos	87,11% Foram curados 1663 em 1909 pacientes na coorte PB/MB.	0,00	0,00
Reduzir a taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações. (SVS)	Reduzir para 4,90/10.000 hab.	3,76/10.000 hab Ressalta-se que ao longo do período, esta taxa (calculada por 10.000 habitantes), vem diminuindo. Em 2007 representava 7,81/10.000 hab., em 2008 (5,94), em 2009 (6,00), em 2010 (5,66) ficando abaixo da meta Brasil (6,00) e em 2011 (3,76) também ficou menor que a meta Brasil (5,70) e a meta estadual pactuada (4,90). Nos últimos dois anos, houve uma queda da taxa e isso é importante porque o DM é uma causa importante de morbimortalidade devido à carga de sofrimento, incapacidade, perda de produtividade e morte prematura.	0,00	0,00
Ampliar o cadastramento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica na população com mais de 40 anos. (SVS)	37% de cadastros de HAS realizados	46,21% de cadastros de HAS realizados Este indicador é de pactuação estadual para a vigilância desde 2007 e é um dos nove indicadores prioritários do Estado, por conta da Portaria GM/MS 3252, de 22/12/ 2009. Houve aumento de 55,17% do cadastro de portadores de hipertensão no período de 2008 a 2011.	0,00	0,00
Realizar campanhas sobre riscos, prevenção e cuidados da hipertensão (SVS)	Em 100% dos municípios	Em 100% dos municípios Esta ação, em sua maioria, acontece no nível local e para contribuir com o seu desenvolvimento foram ofertados materiais educativos temáticos. O MS disponibilizou materiais educativos e com o quantitativo remanescente do setor foi possível estimular a realização de campanhas pontuais sobre Fatores de Risco e de Proteção para doenças cardiovasculares e a hipertensão nos municípios.	0,00	0,00
Aumentar cadastramento de pacientes com diabetes mellitus na população com mais de 40 anos (SVS)	Aumentar em 34% os cadastros de DM realizados	44,46% de cadastros realizados Este indicador é de pactuação estadual para a vigilância desde 2007 e é um dos nove indicadores prioritários do Estado, por conta da Portaria GM/MS 3252, de 22/12/2009. Houve um aumento de 54,70% de cadastrados de diabetes no sistema no período de 2008 a 2011.	0,00	0,00
Reduzir a taxa de internação por complicações de hipertensão arterial. (SVS)	Reduzir para 4,00/10.000hab.	Redução de 4,34 / 10.000 hab. São avaliadas indiretamente as ações de prevenção e controle dos fatores de risco para doença cerebrovascular, incluindo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemias, o tabagismo, especialmente, diagnóstico, promoção do autocuidado e tratamento adequado de casos na Atenção Básica. Neste período, mudou a faixa etária de 40 anos de idade para 30 a 59 anos. A taxa oscilou no período, contudo no biênio 2010 e 2011 ela se mostrou em queda acentuada apresentando uma variação de -17,6%.	0,00	0,00
Qualificar gestores e equipes municipais em atenção às doenças e agravos relacionados à hipertensão. (SVS)	100% dos Municípios (Em parceria com DIVDANT e AB), será realizado um curso sobre hipertensão.	O curso programado não aconteceu. Mas, foi possível abordar questões de prevenção, controle, promoção da saúde e epidemiologia em eventos de Promoção de Saúde realizados em 2010 (com participação de aproximadamente 60% do municípios) e 2011 (com participação de aproximadamente 70% dos municípios) do Estado.	0,00	0,00

Revisar, difundir e controlar o cumprimento dos protocolos mínimos para a atenção à hipertensão. (SVS)	100% dos Municípios.	Protocolo de hipertensão foi revisado em 2010 e seria divulgado no curso de hipertensão em parceria com a AB. Mesmo com os encaminhamentos administrativos necessários, o curso não aconteceu. Então, se pensar estratégias para essa ampliação de conhecimento, assim como o cumprimento do protocolo.	0,00	0,00
Organizar rede de suporte à hipertensão. (SAS)	Rede de suporte à hipertensão organizada em 100% dos municípios.	Em razão de modificações na Estrutura Organizacional da SES, esta ação foi reavaliada e está sendo contemplada nas Estratégias definidas para o PES 2012 -2015	0,00	0,00
Ampliar atividades de promoção à saúde e prevenção da hipertensão nas escolas, unidades básicas e NASF. (SVS)	Monitorar e avaliar a implementação dos projetos municipais e estadual. (1) Divulgar a Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS), assessorar e estimular os municípios a realizarem projetos, financiados pelo MS, ligados à essa Política e a participarem também do curso de extensão para Gestores do SUS em Promoção da Saúde, que permitirão ampliar essas atividades de promoção da saúde, também nas escolas UBS e NASF. (2) Executar os projetos de Promoção da Saúde elaborados pela DIVIDANT e já aprovados pelo MS em 2007, 2009 e 2010.	Dos quatro projetos de Promoção da Saúde aprovados pelo MS, dois foram realizados por esta Divisão com custo aproximado de R\$ 75.000,00. Dentre os demais, um projeto em convênio com a UERJ, ainda está tramitando e não entrou no orçamento desse quadriênio (valor R\$40.000,00) e o outro com proposta de apoiar a gestão, planejamento, acompanhamento e monitoramento das ações dos municípios (valor de R\$ 75.000,00) foi inserido no PES 2012/2015. Estes projetos, permitem ampliar a Promoção da Saúde nos municípios estimulando melhoria da qualidade de vida e positivamente minimizando ações de prevenção da hipertensão nas escolas, unidades básicas e NASF	0,00	0,00
Aplicar os protocolos clínicos para as doenças cobertas pelos Programas Estratégicos (Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão e Diabetes, Aids e Hepatite B e C) SAS(SVS)	Hipertensão - Protocolo de hipertensão aplicado no curso de hipertensão. Tuberculose - Capacitação e Supervisão de acordo com os protocolos do MS. Hanseníase - Dois protocolos (MS) da Hansen aplicados.	Hipertensão - Como não foi possível a realização do curso as estratégias estão sendo repensadas para a divulgação desses protocolos. Tuberculose - meta cumprida. Foram realizadas oficinas de capacitação regionais para referência secundária (exceto no Mun. do Rio de Janeiro); apoio para capacitação em serviço em 12 Municípios. 45 supervisores . Hanseníase - Aplicação do protocolo clínico da Portaria 3.125 /2010. 62 supervisores. Aids - O protocolo está implantado.	0,00	0,00
Reduzir a taxa de letalidade por febre hemorrágica da dengue. (SVS)	Atingir menos de 1,5% de taxa de letalidade.	3,7% de taxa de letalidade Considerando a série histórica: 2008 - 14,21%; 2009 - 21,53%; 2010 - 1,91% e 2011 - 3,7%, o cálculo do grau de atingimento da meta fica prejudicado. Atribuímos este resultado em 2011 por ter sido um ano epidêmico e ainda por problemas relacionados a organização da rede de atenção e de capacitação dos profissionais da rede. Foram realizadas em 2011 capacitação regional, supervisões, vistas técnicas e o Seminário Estadual	0,00	0,00
Implementar rede laboratorial de exames de alta complexidade para pacientes soropositivos nos pólos regionais.	Implementar 100% da rede	Os exames considerados são CD4/CD8 , Carga Viral e Genotipagem. A rede foi implantada em 2010 e está sendo avaliada para repactuação em 2012.	0,00	0,00
Garantir acesso aos exames e procedimentos de média e alta complexidade para pessoas com AIDS, em acompanhamento ambulatorial. SAS (SVS)	100% das necessidades	Em 2010 a Gerência Estadual de DST/ Aidas, Sangue e Hemoderivados adquiriu equipamentos para realização dos exames de média complexidade. A meta não foi atingida, em virtude da SVS não ter governabilidade total sobre esta ação , ou seja, o desenvolvimento da ação era de responsabilidade compartilhada da SVS com outros setores da SES.	0,00	0,00
Garantir acesso aos medicamentos para infecções oportunistas e anti-retrovirais para pessoas com AIDS, em acompanhamento ambulatorial. SAS (SVS)	100% das necessidades	Não é possível o monitoramento desta meta como ela está descrita. No entanto com relação a oferta de medicamentos, foi disponibilizado 67% dos 27 medicamentos pactuados.	0,00	0,00
Implantar Serviços de Verificação de Óbito. (SVS)	06 SVO	Em 2011 tentou-se credenciar o IML da Capital como um SVO, no entanto não houve a aprovação na CIB, outros serviços que se candidataram, não conseguiram adequar suas estruturas físicas e principalmente o número de Recursos Humanos para atender a Portaria Ministerial.	0,00	0,00
Reduzir a proporção de registros de óbitos por causas mal definidas. (SVS)	A menos de 5%	7,1% 2008=7,5; 2009=7,0; 2010=7,4; 2011=7,1. No período o % de óbitos por causas mal definidas vem sendo reduzido, apesar de não ter alcançado a meta.	0,00	0,00
Implantar Núcleos de Atenção à Saúde do Trabalhador (NUAPSS)(SVS)	Em pelo menos 02 Unidades.	A meta não foi atingida, em virtude da SVS não ter governabilidade total sobre esta ação ou seja, o desenvolvimento da ação era de responsabilidade compartilhada da SVS com outros	0,00	0,00

setores da SES.

Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo - Formular, implementar e disseminar diretrizes norteadoras das ações de saúde em consonância com o Pacto pela vida, foi composta pelo desenvolvimento de 69 ações. Destacamos que as ações - Apoiar, monitorar e avaliar as ações voltadas para o crescimento e o desenvolvimento infantil; Distribuir e disseminar o uso da Caderneta da Criança; Revisar e redefinir o elenco de medicamentos da Farmácia Básica para a assistência materno-infantil; Concluir e adequar a obra do Hospital de São João de Meriti para se transformar no Hospital Estadual da Mulher; Implementar o atendimento odontológico para paciente hematológico; Implementar o atendimento odontológico para pacientes portadores de necessidades especiais; Monitorar e avaliar as ações de saúde bucal nos municípios através de indicadores e visitas técnicas; Desenvolver estratégias para a redução do coeficiente de hospitalização por doença psiquiátrica; Fechar leitos de longa permanência ocupados; Construir Centro de Atenção Psicossocial - CAPS 3 - na comunidade do Alemão por meio do PAC Urbanização - componente estadual; Formular a Política Estadual de Atenção à Saúde do Homem, tiveram suas metas cumpridas até 2010, não sendo portanto referenciadas na planilha acima. Quanto ao consolidado das demais ações, 21 tiveram suas metas atingidas em 2011 e 38 ainda se encontram em desenvolvimento, ou foram reestruturadas.
------------------------------	--

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ampliar e qualificar os serviços de média e alta complexidade			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Expansão e melhoria da qualidade da assistência de Média e Alta Complexidade. PPA - Programa 0093, PT1521 - Reforma, Construção e Modernização das Unidades de Saúde; PT1531 - Expansão e interiorização da HEMORREDE; PT2077 - Assist. Pré-hospitalar Fixa, Hosp. e Ambulatorial; PT 2050 - Rio Imagem / Programa 0096, PT2770 - Ações e Serviços de Saúde vinculados ao SUS.			1.247.517.418,77	1.161.399.387,83
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Concluir as obras de construção e reforma da Hemorrede pública. (SUP)	Conclusão da Obra de Três Rios.	12,5% 8 obras programadas: Núcleo de Hemoterapia de Três Rios; Santo Antonio de Pádua; Petrópolis; Unidade de Coleta de Duque de Caxias; AT do HEVMC; reforma do Núcleo de Hemoterapia de Nova Iguaçu e de Cabo Frio; reforma do Núcleo de Hemoterapia da UERJ.	0,00	0,00
Atender a necessidade de atualização tecnológica do parque de equipamentos hemoterápicos da Hemorrede pública. (SUP)	20% da necessidade	12% da necessidade Convênio MS/SES/3727/2007, com 41 equipamentos de 42 do Plano de Trabalho. Entregues em agosto de 2011 na CGA, aguardando Termo de Cessão para liberação dos equipamentos as Unidades. 1634/08 MS/SEDEC= 02 equipamentos (licitados e entregues nas Unidades) 617/09 MS/FUNDARJ = 31 de equipamentos(licitados)Fundo a Fundo/10 = 38 equipamentos (licitação em fase de análise de documentos).	0,00	0,00
Informatizar Serviços públicos integrantes da Hemorrede. (SUP)	60%	31% Em 2011, foram beneficiadas com equipamentos de informática, cerca de 27 Serviços de Hemoterapia, através de Convênio celebrado com MS e FUNDARJ. Ainda não houve aprovação do MS quanto as especificações dos equipamentos e Plano de Trabalho dos convênios 3083/2000 e 2050/2008.	0,00	0,00
Implantar agência transfusional no Hospital Vereador Melquiades Calazans (SUP)	Implantação da Agência (equipamentos)	Plano elaborado em 2011 pela Infraestrutura da SES. Agência Transfusional do HEVMC (reforma concluída pela SES e equipamentos entregues na Unidade)	0,00	0,00
Implantar os ambulatórios de doença falciforme pactuados na CIB. (SUP)	7 ambulatórios	5 ambulatórios Total de 36 ambulatórios implantados	0,00	0,00
Pactuar a rede de Neurocirurgia, Oftalmologia, Cirurgias Eletivas, Gestação de Alto Risco, Reabilitação e Traumatologia. (SAS)	Pactuados 83% das redes (Pactuar os 17% restantes)	67% As redes de Cirurgia Eletiva, Traumatologia e ortopedia, Oftalmologia e Reabilitação são redes pactuadas e vigentes. A rede de Gestação de Alto Risco está sendo estruturada. Em análise a proposta para pactuação da rede de Neurocirurgia. Em 2010 a avaliação era de 83% das redes pactuadas porque a rede de neurocirurgia estava vigente, desta forma só faltava pactuar a de gestação de alto risco. Em 2011, apesar da rede de neurocirurgia ter uma publicação deixou de ser vigente, já que não retrata a realidade, esta rede esta sendo reestruturada para uma nova publicação.	0,00	0,00
Elaborar e implantar a Política Estadual de Atenção Hospitalar. (SUP/SG)	100% dos hospitais contemplados pelo PAHI	Publicada Res. SESEDEC 1550 de 16/03/2011, com 10 adesões de municípios com 115.000 habitantes que não possuem unidades hospitalares.	0,00	0,00

		Publicada Res. SESDEC 1551 de 16/03/2011, com 54 adesões de municípios com até 115.000 habitantes e de 57 unidades hospitalares. Publicado Res. SESDEC 1552 de 16/03/2011 com 16 unidades hospitalares participando.		
Contratualizar e regular os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, elencados na pactuação da PPI. (SAS/COSEMS/ SAECA/SR)	87,5% dos hospitais filantrópicos sob gestão estadual estão contratualizados. Na PPI atual só estão pactuados os serviços ambulatoriais. Já está em andamento o processo para contratualização dos prestadores privados sob gestão estadual (processo nº E-08/4032/2010). A PPI está em processo de atualização de acordo com o SISPPPI que irá contemplar os procedimentos hospitalares.	A pactuação dos novos tetos financeiros e referências (PPI) foi realizada em Outubro de 2011, entrando em vigor em Dezembro de 2011. A SES efetuou a contratualização de 63,6% dos hospitais filantrópicos, e já se encontra em processo de finalização para iniciar a contratualização dos serviços privados sob gestão estadual. Foram reguladas as redes de Alta Complexidade que foram pactuadas em CIB. Quanto aos procedimentos da PPI, está sendo aguardada a viabilização do SISPPPI com os sistemas de regulação. O que corresponde a 50% de procedimentos regulados .	0,00	0,00
Implantar sistema de referência e contra-referência em Hematologia. (SUP)	HEMORIO, ampliação da emergência. Obra prevista para o 2º semestre de 2011.	Implantado sistema de referência e contra-referência para Doença Falciforme e aguardando a finalização da política de Coagulopatias para apresentar proposta; atualmente contamos com 7 centros tratadores de hemofilia no estado. Quanto à rede de oncohematologia, o Estado possui 14 serviços de natureza pública (federal, universidade, Ministério de Educação, municipalizada e estadual), entretanto, definido apenas a referência estadual de alta complexidade – Hemorio. CTI obra em andamento	0,00	0,00
Garantir atendimento ambulatorial para as pessoas portadoras de DST/AIDS e/ou hepatite B e C. (SUP/SAS/SVS)	Não existe programação. As ações em DST, AIDS e hepatites, são realizadas pelos municípios com apoio técnico d SES.	Apoio técnico a 100% dos municípios	0,00	0,00
Implantar centro de tratamento para trombofilia em Hospital Geral. (SUP)	01 Centro	Elaborado Plano para a criação da Central Estadual de Diagnóstico e Tratamento de distúrbios primários de trombofilia. Plano pronto e meta prevista no PES 2012-2015	0,00	0,00
Implantar centro de diagnóstico de trombofilia.(SUP)	01 Centro	Elaborado Plano para a criação da Central Estadual de Diagnóstico e Tratamento de distúrbios primários de trombofilia. Plano pronto para pactuação com a SES - Testes validados, porém ainda não disponibilizados. Meta prevista no PES 2012-2015	0,00	0,00
Ampliar a oferta de vagas em Terapia Renal Substitutiva. (SAS)	Ampliado em 9% até dezembro de 2010. 10 hospitais credenciados. Há 3 serviços que já estão credenciados enviados ao MS para habilitação, o que responderá a 15% de ampliação dos serviços, acumulada no período de 2008 a 2011	Ampliado em 15% até dezembro de 2011. Existem 70 serviços já habilitados e mais 03 serviços já credenciados aguardando o MS para habilitar. Necessitamos habilitar mais 07 para atender a população do Estado (01 serviço para cada 200.000 hab.	0,00	0,00
Credenciar Hospitais Amigo da Criança. (SAS)	Em 2011 está programado o início do processo nas Unidades Estaduais.	Não são credenciados novos Hospitais Amigos da Criança desde 2007, justificando-se pelas exigências do Ministério da Saúde que vão além dos dez passos do IHAC, o que dificulta a adesão dos hospitais, assim como a expressiva rotatividade dos profissionais dos Hospitais/municípios .	0,00	0,00
Ampliar o número de leitos de Centro de Tratamento de Queimados, priorizando as áreas com pólos petroquímicos. (SUP)	Programada realização de obra no HEVMEC	Abertura de 07 leitos de CTQ no HEVMEC. Previsão de abertura de novos leitos de CTQ no HEAPN. 50% da meta cumprida.	0,00	0,00
Implantar serviço de oncologia com abrangência macro-regional. (SAS)	2 serviços que já estão credenciados enviados ao MS para habilitação (Nova Iguaçu e Petrópolis)	Foi habilitado 1 serviço, estando mais 1 serviço no MS em análise para ser habilitado.	0,00	0,00
Aumentar anualmente o atendimento à demanda hemoterápica, hoje em 75%. (SUP)	3% ao ano (coleta)	Houve um aumento de 5% em relação ao ano anterior.	0,00	0,00
Fidelizar a população como doadora de sangue - hoje 1,8%. (SUP)	2% da população	1,83% Dado referente à população doadora entre 18 a 65 anos em 2011. O não atingimento da meta se deve a: Ações insuficientes de captação de doadores de sangue para atender a demanda da população do estado, serão aprimoradas para o alcance desta meta. Os procedimentos de coleta por alguns serviços da Hemorrede Pública serão ampliados.	0,00	0,00
Implantar Centros de Imagem - Rio Imagem em áreas estratégicas. (Gestão Compartilhada)	2 Centros de Imagem. Em estudo para ampliar serviço.	Meta Cumprida em 2011	0,00	0,00
Capacitar as unidades para ocupação de sua totalidade de leitos, com meta de ampliar novos leitos de acordo com as necessidades de cada unidade. (SUP)	Em estudo para viabilização sendo que devido ao incêndio do HEP11 foram necessárias mudanças em algumas unidades. Ocorrerá abertura de leitos HEGV - em obra; HEPJBC em obra; HECC em obra.	100% Meta concluída	0,00	0,00

Apoiar a implantação de unidade de coleta de sangue na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro. (SUP)	Implantação da Unidade de Coleta.	Hospital Municipal Lourenço Jorge aprovado na CIB. E apresentado no Conselho Municipal de Saúde e Conselho Estadual de Saúde que foram favoráveis pela inclusão de projeto para a celebração de convênio junto ao FNS pelo próprio gestor municipal de saúde do RJ. O apoio da SES foi concluído, entretanto, a inclusão do projeto dependia da SMSDC RJ, que na ocasião não conseguiu por problema de documentação, conforme informado pela gerência da Hemorrede Municipal.	0,00	0,00
Implantar unidade de coleta de sangue na Baixada Fluminense. (SAS)	Implantação da Unidade de Coleta.	Obra de adequação sendo executada pela SMS de Duque de Caxias desde 2010. Pela SES: lotação de pessoal, equipamentos, mobiliários e informática. Ficará sob a gerência técnica e administrativa do HEMORIO.	0,00	0,00
Implantar política de segurança do paciente. (SUP)	Em 100% das Unidades Críticas. Ação Contínua	100%	0,00	0,00
Implantar o sistema de dispensação de medicamentos por dose individualizada. (SUP)	Em pelo menos 03 Unidades. Em estudos de Viabilização.	01 Unidade	0,00	0,00
Adequar o perfil do Hospital Prefeito João Batista Cáffaro às necessidades de atendimento da região.(SUP)	Es estudos para mudança de perfil do hospital.	Após a avaliação das principais necessidades da região Metro II, o Hospital Prefeito João Batista Cáffaro está sendo readequado, e servirá como apoio com criação de leitos de retaguarda para trauma. Em 2011 foi implantada a UPA São Gonçalo II para dar suporte aos atendimentos de urgência e emergência local.	0,00	0,00
Criar Organizações de Procura de Órgãos. (SAS)	05 Organizações. Em estudos para viabilização.	Projeto a ser encaminhado ao SNAT encontra-se em fase de elaboração conforme exigências da Portaria nº 2600/09.	0,00	0,00
Atingir a cada ano a média nacional de doações/ milhão de habitantes. (SAS)	Aguardando projeto de regularização das CIHDOTTS	Em 2010 houve 80 doações efetivas no Estado do Rio de Janeiro, correspondendo a 5,1 doações pmp, enquanto no Brasil os números foram 1898 doações efetivas e 9,9 doações pmp. Em 2011 houve 122 doações efetivas, correspondendo a 7,6 doações pmp, enquanto no cenário nacional os números foram 2048 e 10,7 respectivamente. Apesar de não ter atingido a meta, houve um importante aumento no indicador, percentualmente superior ao aumento nacional.	0,00	0,00
Aumentar o número de leitos públicos de transplante de medula óssea autólogo e alogênico. (SUP)	Aumentar em 20%	Obra em andamento no HEMORIO para a conclusão da instalação do ar condicionado.	0,00	0,00
Fomentar a implantação da Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos - CIHDOT em atendimento a legislação vigente. (SAS)	Em 100% das unidades hospitalares da SES. Projeto em Elaboração	14% Novos serviços foram habilitados, porém o déficit se mantém já que outros serviços anteriormente credenciados não renovaram habilitação e houve um aumento expressivo no nº de doações efetivas no Estado, fazendo-se necessário credenciar ou recredenciar novos centros.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo - Ampliar e qualificar os serviços de média e alta complexidade, foi composta por 43 ações. Destacamos que as ações: Regular as internações psiquiátricas; Aumentar o número de leitos de internação de AIDS; Ampliar a oferta dos procedimentos de diagnóstico por imagem e patologia clínica, nas unidades da rede própria; Ampliar o número de leitos de UTI Neonatal disponíveis no Estado; Ampliar o número de leitos de UTI Adulto nas unidades da SES/RJ; Ampliar o número de leitos de UTI Pediátrica nas unidades da SES/RJ; Reativar o prédio clínico do antigo IASERJ; Reestruturar e equipar as unidades de terapia intensiva existentes nas unidades próprias atendendo a Portaria do Ministério da Saúde; Modernizar e equipar as salas de cirurgia e de recuperação pós-anestésica existentes nas unidades próprias estaduais; Adaptar o antigo Hospital Anchieta para uma unidade ambulatorial de média complexidade; Instituir a Política Estadual de Transplante; Criar Banco de Olhos; Aumentar os transplantes de córnea em relação ao ano de 2007; Habilitar/ autorizar novos serviços para realização de transplantes de órgãos, tiveram suas metas cumpridas até 2010 não sendo portanto referenciadas na planilha acima. Quanto ao consolidado das demais ações, 13 tiveram suas metas atingidas em 2011 e 16 ainda se encontram em desenvolvimento ou foram reestruturadas.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Promover o acesso dos usuários do SUS à assistência farmacêutica qualificada.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Política Estadual de Assistência Farmacêutica. PPA - Programa 0097, PT2155 - Gestão das Ações de Assistência Farmacêutica; PT2225 - Farmácia Popular; PT6061 - Produção Industrial de Medicamentos.			325.044.309,41	299.929.694,64
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Descentralizar a execução do CMDE/RJ (Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional) medicante o credenciamento dos Centros de Referência (CR) e dos Pólos. (SAS)	Descentralizar em 25% dos CR e 25% dos Pólos desde que os critérios sejam revisados	Foram feitas visitas aos 26 pólos de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF (antes Componente de Dispensação Excepcional - CMDE) e Centros de Referência, mas o credenciamento	0,00	0,00

		não foi efetivado, pois os critérios como adequação de espaço físico, recursos humanos para credenciamento e oficialização dos mesmos estão sendo revisados pela equipe técnica da SAFIE com apoio do IVB.		
Estruturar serviços de assistência farmacêutica nos municípios. (SAS)	O repasse de incentivo está sendo repensado para efetuar a ação.	Até o momento não foi possível implementar nenhum projeto de estruturação por razões relacionadas à dificuldade de consenso na pactuação de propostas envolvendo a SES e os municípios, no âmbito da CIB, além da insuficiência orçamentária para destinação de recursos financeiros exclusivos para tal fim. Novos projetos de estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios estão sendo discutidas conjuntamente pela SAFIE E COSEMS/RJ.	0,00	0,00
Implantar a Câmara Técnica Assessora na Comissão Estadual de Assistência Farmacêutica. (SAS)	CT Implantada	Câmara Técnica aprovada através da Deliberação CIB/RJ nº 1290 de 05/05/2011 com definição de composição e finalidade da mesma.	0,00	0,00
Implantar a Política Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. (SAS)	Política implantada	A criação de uma política estadual requer o conhecimento dos serviços em PICs existentes no Estado. A fase atual antecede a elaboração de uma política estadual.	0,00	0,00
Adequar a estrutura física dos serviços próprios estaduais que desenvolvam Práticas Integrativas e Complementares. (SAS)	Adequar estrutura em 100% dos serviços	Não foi realizado. Área Técnica passou por reavaliação.	0,00	0,00
Estruturar as práticas integrativas e complementares nos municípios com programamas instaurados. (SAS)	Práticas estruturadas em 100% dos serviços elegíveis	Para adequação dos serviços com PICs foi realizado mapeamento preliminar dos municípios que possuem serviço(s) em PICs, para identificação daqueles que demandam adequação. 63% dos municípios que tinham PIC responderam o questionário de mapeamento.	0,00	0,00
Apoiar a implementação da produção de medicamentos fitoterápicos em escala industrial por laboratórios oficiais no Estado do Rio de Janeiro (SAFIE/ SAS/ SVS)	Programado para desenvolvimento do Projejo em 2011	Foram realizadas várias reuniões com os laboratórios oficiais (IVB e LQFEX), no entanto dada a complexidade do caso e os diversos atores envolvidos, não foi possível concretizá-la. Assim as discussões entre SAFIE e a área pertinente da SVA estão sendo retomadas para a elaboração de um plano de ação.	0,00	0,00
Retomada da Produção de Medicamentos Sólidos: Desenvolvimento de formulação para registo ANVISA de medicamentos estratégicos previstos na Port. NR.978 do MS. (IVB/SES)	Meta da ação cumprida em 2010, com previsão de ampliação de produção incluindo ocreotida e outros.	Desenvolvimento de 100% das formulações dos medicamentos Tenofovir, Tenofovir + Lamivudina, Lamivudina+Zidovudina, Mesilato de Imatinibe, Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz e Octreotida foram desenvolvidas, porém deve-se considerar que as etapas de escala piloto e de lote industrial, ainda, não foram realizadas, exceto a Rivastigmina que já possui formulação final.	0,00	0,00
Desenvolvimento de Testes para Triagem de Doenças em Gestantes: Em conjunto com o Departamento de Atenção à Saúde da SES desenvolver testes de diagnóstico a partir de marcadores, utilizando papel filtro, com parte da rotina pré-natal no Programa de Atenção à gestante do Estado do Rio de Janeiro (Pró-Mãe). (IVB/SES)	Meta de ação cumprida em 2010, com previsão de ampliação em 25%	A meta de 2011 era alcançar 40% das gestantes estimadas nos 30 municípios que aderiram ao programa até 31/12/2010. A meta foi ultrapassada e alcançamos o percentual de 68,7%.	0,00	0,00
Pesquisas Monoclonais: Desenvolver Kits diagnóstico diferencial de agente causador de acidentes com diferentes tipos de serpentes venenosas para melhores resultados com o tratamento. O desenvolvimento da técnica deverá permitir a obtenção de diversos outros tipos de monoclonais para utilização em diversos campos da biotecnologia. (IVB/SES)	80%	O projeto é composto de 3 etapas: (I) Produção de monoclonais específicos para o desenvolvimento de kits diagnósticos para identificação de acidentes ofídicos, Caracterização Bioquímica e Reatividade cruzada com outras espécies; (II) Validação = Tempo de vida Plasmática do antígeno (tempo de eficácia da utilização do kit), Testes in vivo e Testes pré-clínicos e (III) O kit propriamente dito. Até o momento foi concluído 40% da primeira fase, por motivos técnicos houve a necessidade da inclusão da produção de mais um monoclonal específico (Crotalus).	0,00	0,00
Estrutura de Incubadora de Empresas de Biotecnologia - Em parceria com a Universidade Federal Fluminense e Secretaria Municipal de Ciência e Tecnologia de Niterói, implantar Incubadora de Empresas em biotecnologia visando o desenvolvimento de inovações que guardem relação com a vocação científica do IVB.	Meta de ação cumprida em 2010, com previsão de ampliação do Projeto.	100%	0,00	0,00
Modernização do Processo Produtivo Soros Hiperimunes. (IVB/SES)	Concluir os 50% restantes da obra.	A qualificação do sistema de água somente aconteceu em outubro de 2011, atrasando o cumprimento da produção de soros para o Convênio 2011 com o MS. Para não deixar de cumprir este Convênio, tomamos a decisão de adiarmos a conclusão da obra.	0,00	0,00

Implantação de novo sistema para produção de água WFI.(IVB/SES)	50%	100% Meta cumprida em 2011	0,00	0,00
Desenvolvimento de sistema informatizado de gestão para permitir a rastreabilidade dos soros produzidos, emissão de notas fiscais eletrônicas, acompanhamento dos equipamentos da área industrial e sua qualificação e certificação, requisitos da Vigilância Sanitária. (IVB/SES)	20%	19% O sistema de Gestão de Produção de Soros Hiperimunes não pode ser concluído, pois a ficha técnica foi alterada em função da instalação do novo equipamento. No entanto 80% do sistema está desenvolvido.	0,00	0,00
Melhoria do índice de sustentabilidade financeira. (IVB/SES)	50%	41% Houve postergação das receitas advindas de Convênio com MS 2011 pela realização de obras de modernização no setor e necessária aprovação da SUVISA.	0,00	0,00
Implantar a Comissão Estadual de Assistência Farmacêutica Hospitalar.	100%	100% A comissão foi oficializada através da Resolução SESEDEC nº 1689 de 09/06/2011.	0,00	0,00
Elaborar a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REME), contemplando medicamentos fitoterápicos e homeopáticos (SAS)	100%	100% Publicada ad referendum Deliberação CIB/RJ Nº 1450 DE 18/10/2011 que estabelece a REME.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo – Promover o acesso dos usuários do SUS à assistência farmacêutica qualificada, foi composta por 23 ações. Destacamos que as ações: Implantar a Farmácia Central de Medicamentos Excepcionais; Implantar a Comissão Estadual de Assistência Farmacêutica; Elaborar a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais contemplando medicamentos fitoterápicos e homeopáticos; Aquisição de nova máquina de envasamento; Aquisição de nova caldeira a gás; Implantação de um sistema informatizado de gerenciamento de projetos, trabalhos e tarefas; Implantação da Central de Produção de Plasma na Fazenda Vital Brazil; Substituição das portas internas do biotério para permitir melhores condições de isolamento, tiveram suas metas cumpridas até 2010, não sendo portanto referenciadas na planilha acima. Quanto ao consolidado das demais ações, 7 tiveram suas metas atingidas em 2011 e 8 ainda se encontram em desenvolvimento ou foram reestruturadas.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Ampliar e monitorar as ações de controle de riscos, doenças e agravos prioritários.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecimento da Vigilância em Saúde. PPA - Programa 094, PT2141 - Modernização e Operacionalização do LACEN; PT2387 - Vigilância Sanitária; PT2411 - Vigilância Epidemiológica e Ambiental.			67.381.732,73	61.626.664,16
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA. (SVS)		100%	0,00	0,00
Reduzir focos e/ou criadouros de Aedes aegypti e/ou Aedes albopictus nos municípios infestados. (SVS)	Cobrir 80% dos imóveis, em cinco ciclos de inspeção.	45,92% O não alcance da meta se deve a questões operacionais das SMSs, tais como: dificuldade de acesso a residências, quantitativo reduzido de agentes, falta de planejamento estratégico etc.	0,00	0,00
Aumentar a notificação de casos de sífilis congênita. (SVS)	Para 100%	Em 41,35% A meta não foi atingida, porém, houve um aumento de 2% nas notificações a cada ano (2008 - 37,53%; 2009 - 40,68%; 2010 - 43,43%). Podemos ressaltar que o resultado de 2011 é preliminar, uma vez que o banco ainda se encontra aberto.	0,00	0,00
Manter a cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano de idade. (SVS)	Alcançar a meta em 70% dos municípios (Proposta junto à CAGVS para ser componente "móvel")	92,74% de cobertura O sistema de informação do programa de imunização tem até o final de março do ano seguinte para fazer correções. Até o momento 61 municípios já atingiram a meta de 95%. Quanto ao acumulado, houve uma variação nos percentuais alcançados entre 2008 – 89,49%; 2009 – 94,22% e 2010 – 78,04%. No ano de 2011 aumentamos para 92,74% (dados sujeitos à revisão), ainda abaixo do preconizado.	0,00	0,00
Realizar ações de inspeção sanitária. (SVS)	100% das ações programadas.	100% Foram programadas 3.000 ações de vigilância sanitária. Considerando o somatório geral das inspeções dos blocos de atividades das áreas de alimentos, serviços de saúde e medicamentos foram realizadas 3.027 ações/inspeções, excedendo a meta programada.	0,00	0,00
Ampliar a descentralização das ações de vigilância sanitária. (SVS)	50% dos Municípios	13% dos Municípios Considerando os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, o número de municípios descentralizados em ações de VISA foi ampliado de 12, em 2008 para 24 em 2011. O alcance desta meta depende da estruturação dos órgãos da VISA pelas SMSs, em	0,00	0,00

		conformidade com Resolução SESDEC 1335/10, com inada coma a Resolução SESDEC 1411/10.		
Implantar o fluxo de protocolos para os agravos à saúde relacionados ao trabalho das Unidades Sentinelas Regionais (CERESTs)	Implantar 3 fluxos	10% Foi implantado o Fluxo de PAIR, com a equipe participando de eventos em outros estados, que foram necessários à construção do mesmo. Os outros fluxos não foram realizados, porque não houve deferimentos pela SES das solicitações de viagem das equipes, para participar dos eventos em outros estados.	0,00	0,00
Pactuar a implantação de Programa de Saúde do Trabalhador. (SVS)	Em 60% dos Municípios	52% Foram pactuados 52 municípios dos 92. O restante não foi alcançado em virtude da divisão não ter conseguido as condições operacionais necessárias.	0,00	0,00
Monitorar e avaliar a realização do tratamento/seguimento no nível ambulatorial de 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de alto grau do câncer de colo de útero (NIC II e III) (SVS)	100% dos casos	100% A competência da ação para o Estado tem sido cumprida integralmente. Porém, no que se refere desempenho municipal que está atrelado ao tratamento/segmento continua muito aquém do pactuado.	0,00	0,00
Desenvolver instrumentos de monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde.(SVS)	Instrumentos desenvolvidos	Instrumentos desenvolvidos e aplicados nos 92 Municípios do Estado. Além disso foi realizado monitoramento e avaliação das questões relacionadas a estrutura e infraestrutura para o desenvolvimento das ações de VS. Para ambos, foram desenvolvidos e aplicados instrumentos próprios.	0,00	0,00
Apoiar a implantação de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) de AIDS e Hepatites. (SVS)	Em 100% dos municípios com mais de 100.000 habitantes	42% No ano de 2011 houve investimento na qualificação de serviços de saúde para atuarem como unidades de referência para realização de testagem para o HIV, sendo implantado nos municípios: Rio de Janeiro, São João de Meriti, Mesquita, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Niterói, Campos dos Goytacazes, Volta Redonda, Macaé, São Gonçalo e Itaboraí	0,00	0,00
Garantir o estabelecimento de centros de referência para atendimento aos profissionais vítimas de acidentes de trabalho com material biológico. (SVS)	Em 100% das regiões	100% As referências são estabelecidas pelos municípios por meio de pactuação.	0,00	0,00
Descentralizar o diagnóstico laboratorial e Saúde Pública, relacionado aos agravos prioritários. SVS(LACEN)	Manter a descentralização alcançada em 2010 e ampliar para alcançar a meta de 100% no final de 2011. (os equipamentos adquiridos 2010-2011, com previsão para distribuição em 2011)	89% Considerando que a descentralização deverá ser feita de forma sustentável, foi necessária a revisão das estratégias para a descentralização.	0,00	0,00
Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análise de interesse da saúde pública. SVS(LACEN)	Ampliar em 40%	50% Dos 116 laboratórios cadastrados em 2010 foram realizadas 58 (50%) visitas de supervisão. Portanto a meta foi atingida.	0,00	0,00
Implantar Centro de Testagem e Aconselhamento de AIDS / Hepatites Virais B e C. (SVS)	Centro de Testagem e Aconselhamento de AIDS implantado (Hospital Albert Schweitzer)	A meta não foi atingida, em virtude da SVS não ter governabilidade total sobre esta ação, ou seja, o desenvolvimento da ação era de responsabilidade compartilhada da SVS com outros setores da SES.	0,00	0,00
Fomentar a implantação do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) municipais. (SVS)	Em 90% das regiões	EM 11,11% das regiões. CIEVS da Capital, implantado em 2009. CIEVS na região NORTE - foi implantado 2010. CIEVS na região MÉDIO PARAÍBA - implantado ao final do 1º semestre de 2011. No entanto, em função da gradativa redução da capacidade operacional do CIEVS Estadual, somada a mudanças na gerência no CIEVS Nacional, não foi viável o prosseguimento das discussões e o consequente avanço nas ações específicas junto à Subsecretaria de Vigilância em Saúde/SES RJ, para, posteriormente, submeter a matéria às apreciações da CIB e CIR. Permanecemos com a proposta de retomada dessa discussão junto à SVS/SES RJ.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo – Ampliar e monitorar as ações de controle de riscos, doenças e agravos prioritários , foi composta por 17 ações. Destacamos que a ação: Implementar o Plano de Contingência para Assistência a pacientes com dengue, teve sua meta cumprida até 2010 não sendo, portanto referenciada na planilha acima. Quanto ao consolidado das demais ações, 7 tiveram suas metas atingidas em 2011 e 9 ainda se encontram em desenvolvimento ou foram reestruturadas.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Estimular a transversalização da Humanização nas políticas de saúde do Estado.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado

Humanização em Saúde. Utilização de parte dos recursos referentes à gestão interna. PT 2016 - Manut. Ativ. Operacionais/administrativas. PT 2660 - Pessoal e encargos sociais			1.145.917.714,15	1.100.208.798,40
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Promover Seminário de Humanização Estadual. (Humanização)	Seminário previsto para segundo semestre de 2011.	O Seminário não foi realizado, porque a área técnica optou por reestruturar a ação desenvolvendo vários Grupos de Discussão e Oficinas Temáticas.	0,00	0,00
Apoiar a discussão e implantação da Política de Humanização no atendimento da Rede Básica integrada à Rede Hospitalar Especializada e de Urgência/Emergência. (Humanização)	Em parceria com a SAB do Estado, para 2011 devemos desdobrar as rodas junto a 57% das unidades de urgência e emergência estaduais. Continuar o desdobramento do UPA-Redes nos municípios onde estas forem inauguradas. Iniciar as rodas junto a 50% das maternidades estaduais. Desdobrar junto a SAB as rodas junto a 50% das maternidades estaduais. Desdobrar junto a SAB as rodas junto aos hospitais vinculados ao PAHL, rodas nas regionais/municípios.	Meta cumprida parcialmente. As discussões de redes relacionadas as maternidades foram iniciadas nos espaços/oficinas Rede Cegonha e seguem em pauta.	0,00	0,00
Apoiar a implantação da Política de Humanização do Parto e Nascimento. (Humanização)	Para 2011, avançar para 50% da rede própria do Estado.	Meta parcialmente cumprida Este tema tem se concentrado nos espaços de planejamento da Rede Cegonha. Estão em andamento projetos de reestruturação física das maternidades, o que possibilitará espaço adequado à presença do acompanhamento e a organização de salas de PPP onde antes só haviam salas de cirurgia ou de parto normal. Foram realizadas oficinas regionais (Metro I e II), que serão desdobradas em ações dentro das unidades em 2012. Algumas unidades já garantem o direito à acompanhante. A maternidade do HEAS foi submetida à reforma e já conta com espaços humanizados.	0,00	0,00
Apoiar a implantação de dispositivos de valorização dos trabalhadores de saúde no processo de gestão do trabalho (colegiados gestores, contrato de gestão, grupo de trabalho de humanização, etc.) (Humanização)	Para 2011, implementação de colegiados e GTHs em 10% da rede de unidades próprias. Curso de apoiadores de Humanização envolvendo 12 unidades estaduais como multiplicadores. Grupo de Trabalho e Humanização e desdobramento de ações de humanização junto as unidades hospitalares e UPAs estaduais. Trabalho e planejamento junto à SUP, para o desdobramento das rodas de trabalho nas unidades estaduais, em especial as de urgência e emergência.	Meta cumprida parcialmente Curso de Formação de apoiadores realizado, com aumento da permeabilidade dos princípios da Humanização em algumas unidades hospitalares da SES. As ações tem sido acompanhadas através da implantação de projetos pelos profissionais. Implantados GTHs em 10% das unidades próprias. Estamos trabalhando atividades de sensibilização para abertura de espaços colegiados na gestão dos serviços.	0,00	0,00
Apoiar a implantação do Acolhimento e de Classificação de Risco. (Humanização)	Fortalecimento do dispositivo nas unidades hospitalares e UPAs em que o dispositivo já está implantado. Desdobramento do ACCR nas maternidades estaduais e junto das unidades do PAHL. Assim como das UPAs a serem inauguradas e hospitais municipais.	Meta cumprida parcialmente. Maternidades estaduais: necessidade de reestruturação física das portas de entrada para implantação do dispositivo. Questão em discussão pela "Rede Cegonha".	0,00	0,00
Apoiar a implantação do dispositivo de Ambiência com discussões sobre adequação das áreas físicas das unidades de saúde. (Humanização)	Para 2011 desenvolver e acompanhar os projetos de ambiência segundo preceitos da humanização em 10% das unidades próprias. Nas unidades de urgência e emergência do Estado, assim como nas demais através do Grupo de Trabalho de Humanização.	100%	0,00	0,00
Apoiar a implantação dos dispositivos de Visita Aberta, Direito a Acompanhante e de Sistemas de Escutas Resolutivas (gestão de porta aberta, ouvidoria, pesquisa de satisfação de usuários e profissionais, etc.) assegurando o direito dos usuários. (Humanização)	Para 2011 desenvolvimento do projeto de Acolhimento a Família, dos debates junto ao GTH sobre direitos dos usuários, visita aberta e direito a acompanhante com as unidades hospitalares e UPA estaduais. Implementação em 10% das unidades próprias.	100%	0,00	0,00
Apoiar a implantação dos Planos Municipais de Humanização (Humanização)	Organizar as ações de humanização a partir da integração com os setores da SES que apóiam a gestão dos municípios, de forma que os planos municipais de saúde contemplem estas ações (Princípios da PNH), sem que haja a necessidade de um plano próprio para tal.	100%	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo – Estimular a transversalização da Humanização nas políticas de saúde do Estado, foi composta por 8 ações. Destas, 3 tiveram suas metas atingidas e 5 ainda se encontram em desenvolvimento ou foram reestruturadas.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Coordenar, acompanhar e avaliar a implementação do Pacto de Gestão.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Gestão do Pacto pela Saúde. PPA - Progama 0096, PT 2305 - Planejamento, Gestão e Fortalecimento do SUS/ RJ; PT - 1290 - Novo Modelo de Gestão.			106.303.520,77	101.801.883,62

Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Reestruturar a configuração da rede de atenção à saúde, com atualização do Plano Diretor de Regionalização. SG (SVS/SAS/CIB)	Finalização da revisão do PDR.	PDR Revisado.	0,00	0,00
Atualizar o Plano Diretor de Investimentos à luz das diretrizes do Plano Diretor de Regionalização. SG(SE)/AIR	Finalização da atualização do PDI.	O PDR foi revisado devido ao decreto 7508 e o PDI será desenvolvido em conjunto com o COAP nas regiões.	0,00	0,00
Apoiar o alinhamento dos Consórcios existentes à legislação atual em conformidade com a lei 11.107 de 2006. (SG)	As discussões estão sendo realizadas para o cumprimento desta ação.	A ação foi reestruturada e incluída na programação inerente ao PES 2012-2015.	0,00	0,00
Apoiar a implantação de Fundações Públicas de Direito Privado, de acordo com o disposto na Lei Complementar nº118 de 29 Novembro de 2007, em municípios que demandarem. (SJC)	Reativada as atividades conforme DO de 10/06/2011. Ação Contínua.	Não houve demanda dos municípios	0,00	0,00
Capacitar os Gestores, Técnicos e Conselhos nos Instrumentos do PlanejaSUS e do Pacto. (SG/AP)	Atender toda a demanda municipal e da SES-RJ por Capacitações. (Ação Contínua)	Demanda 100% atendida Realização : 7 oficinas de capacitação para utilização do SARGSUS, incluindo esclarecimentos sobre a elaboração dos Instrumentos básicos do PlanejaSUS, abarcando um total de 150 técnicos e gestores municipais; Fórum de Planejamento e Gestão em Saúde para o corpo técnico da SES em set/2011; informes sistemáticos nas reuniões ordinárias da CIB e apresentações em todas as Regiões de Saúde e nas plenárias CIR, sobre o processo de adesão do Pacto. Em relação aos instrumentos do pacto, foram realizadas apresentações em todas as Regiões de Saúde e nas plenárias CIR, sobre o processo de adesão do pacto.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo – Coordenar, acompanhar e avaliar a implementação do Pacto de Gestão, foi composta por 10 ações. Destacamos que as ações: Implantar os colegiados de gestão regional; Compor as Câmaras Técnicas dos Colegiados de Gestão Regional; Apoiar a implantação de consórcios públicos nas regiões da Baía da Ilha Grande e Baixada Litorânea; Transferir a gestão de unidades de saúde estaduais com perfil de atuação municipal para os municípios competentes; Criar no âmbito da SES/ RJ instância responsável pela supervisão, monitoramento, controle e avaliação dos contratos de gestão que serão firmados entre a Secretaria e cada Fundação de Direito Privado , tiveram suas metas cumpridas até 2010 não sendo, portanto referenciadas na planilha acima. Quanto ao consolidado das demais ações, 3 tiveram suas metas atingidas em 2011 e 2 ainda se encontram em desenvolvimento ou foram reestruturadas.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Acompanhar e avaliar a gestão do SUS no Estado.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
Monitoramento e Avaliação da Gestão. Programa 0096, PT 2305 - Planejamento, Gestão e Fortalecimento do SUS/ RJ.			102.409.911,27	97.908.274,12
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
Aplicar os instrumentos do Pacto pela Saúde monitorando os compromissos e avaliando o desempenho.(SG/ Assessoria do Pacto)	100% dos compromissos acompanhados. (Ação Contínua)	Realizado cinco Oficinas macro regionais contemplando as 9 regiões de saúde para instrumentalizar, analisar e pactuar as metas dos indicados do Pacto pela Saúde – Recurso PlanejaSUS 2008. Instituído os Comitês de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde Regionais nas 9 regiões de saúde para o acompanhamento e identificação das prioridades regionais. Elaborado, publicado e divulgado o Relatório dos Indicadores Selecionados do Pacto pela Saúde 2010 - 2011 Monitoramento, avaliação e homologação dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal no aplicativo SISPACTO	0,00	0,00
Elaborar e aplicar instrumentos que permitam monitorar e avaliar o Plano Estadual de Saúde. (SG/AP)	Iniciar a aplicação do instrumento.	Em julho/2011 foi criado o GT de Planejamento com representantes de todas as áreas técnicas da SES sob a supervisão da Assessoria de Planejamento, para atuarem não só na elaboração do PES 2012-2015, mas também no desdobramento e acompanhamento das ações que irão integrar os RAGs. Este GT já atuou na avaliação e elaboração do RAG.	0,00	0,00
Acompanhar o cumprimento da Portaria 3.176 pelo Estado e Municípios. (SG/ AP)	100% do RAG 2010 aprovados nos CMS e RAG 2010 SES aprovado no CES.	72,8% dos RAG 2010 aprovados nos CMS (67 Municípios) e 9,8% em análise pelo CMS (9 Municípios). RAG Estadual 2010 foi aprovado pelo CES Deliberação nº 85 de 16/03/2012. A Assessoria de Planejamento manteve constante contato com os municípios com objetivo de	0,00	0,00

orientar e acompanhar o cumprimento da legislação, a partir de contato direto com as SMS, com as CIR, e através de participação nas Oficinas Regionais. Realizadas no primeiro semestre/2011, bem como dos informes nas reuniões ordinárias da CIB.

Implantar Sala de Situação. (SG/ Ass. de Informação)	Sala de Situação implantada.	Com o auxílio de ferramentas de BI (Business Intelligence) a SES-RJ desenvolveu em 2011 três salas de situação, de uso restrito aos gestores e técnicos responsáveis pelas respectivas áreas, para acompanhamento: dos atendimentos suspeitos de dengue nas UPAs e casos de dengue notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) no estado do Rio de Janeiro; da gestão das Unidades de Pronto Atendimento 24 Horas estaduais e municipais e de gestão dos hospitais da rede estadual	0,00	0,00
Acompanhar a aplicação dos recursos financeiros informados no SIOPS. (SG)	100% dos municípios (Ação Contínua)	O Estado do RJ cumpriu a aplicação de 12% dos recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde, no período de 2008 a 2011, conforme preconizado pela Emenda Constitucional n.º 29. Todos os municípios do Estado do RJ cumpriram em 2008 a 2010 a aplicação do percentual de 15% de recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde (EC 29). Em relação ao ano de 2001, até o momento 79 municípios transmitiram o SIOPS 2011 e todos atingiu o percentual preconizado.	0,00	0,00
Capacitar continuamente os auditores estaduais e municipais. (SJC)	Capacitar 70 técnicos em auditoria.	No ano de 2010 foram realizadas 03 reuniões com os municípios visando a capacitação em controle e avaliação e, foi elaborado um diagnóstico sobre os serviços de controle e avaliação dos municípios. Em 2012 está sendo organizado o Curso de RCAA que incluirá também os aspectos relativos a esta capacitação.	0,00	0,00
Colaborar na adequação das estruturas das auditorias às necessidades municipais. (SJC/ Auditoria)	Visita a 04 municípios	Visita a 04 municípios: Nova Iguaçu, Casimiro de Abreu, Itaperuna e Rio de Janeiro. Foram dadas orientações relativas a legislação e demais competências da Auditoria.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo – Acompanhar e avaliar a gestão do SUS no Estado, foi composta por 10 ações. Destacamos que as ações: Implementar a auditoria nas unidades próprias; Implementar 100% das auditorias demandadas; Implementar a auditoria de gestão das Secretarias Municipais de Saúde, tiveram suas metas cumprida até 2010 não sendo, portanto referenciadas na planilha acima. Quanto ao consolidado das demais ações, 6 tiveram suas metas atingidas em 2011 e 1 ainda se encontra em desenvolvimento.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Manter atualizados e qualificados os Sistemas de Informações do SUS.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Monitoramento e Avaliação da Gestão. Programa 0096, PT 2305 - Planejamento, Gestão e Fortalecimento do SUS/ RJ.			102.409.911,27	97.908.274,12
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Manter atualizados os sistemas - SIA, SIH, SIM, SINASC, SINAN e SIOPS. (SAS/SVS/SG)	100% dos Sistemas (Ação Contínua)	SIA - SIH (100%) SIM (99%) - Em 2011, o município de Angra dos Reis esteve irregular nos meses de novembro e dezembro. SINASC (100%) SINAN (100%) SIOPS - Os municípios atingiram 100% de transmissão do sistema, nos anos de 2008 a 2010. Na atual versão até o momento 79 municípios transmitiram o SIOPS 2011, o que corresponde a 86%.	0,00	0,00
Integrar as bases de dados do SIA, SIH, SIM, SINASC e SINAN. (SG)	Criação da Assessoria de Informação em Saúde para integrar as informações em saúde de forma a qualificar a utilização dos Sistemas no âmbito da SES.	Assessoria de Informação em Saúde instituída na estrutura organizacional da SES pelo Decreto nº 43.142 de 16 de Agosto de 2011.	0,00	0,00
Utilizar a tecnologia do Geoprocessamento para o tratamento das informações. (SG / SVS-SAS)	Projetos em desenvolvimento: Análise de Risco da Dengue por Setor Censitário; Convênio com UFRJ Web eventos epidemiológicos (no momento Dengue); Mapeamento da área de abrangência das Unidades - Região da Baía da Ilha Grande.	100% Análise de Risco da Dengue - foram feitos os Mapas para os municípios com Setor Censitário, exceto RJ que já possui trabalho próprio e repassados para os Grupos de Controle e Prevenção; Está sendo oficializada a cooperação técnica do LAGEOP/RJ com a Vigilância Sanitária com inclusão dos projetos de geoprocessamento para Meningite, VIGIÁGUA e Rede	0,00	0,00

Cegonha. Mapeamento da área de abrangência da BIG - foi feita a geocodificação com disponibilização via internet.

Acompanhar a implantação do Cadsus. (SG)	Aguardando definição do Ministério da Saúde.	No ano de 2011, o Ministério da Saúde selecionou 27 municípios do estado do Rio de Janeiro para compor a fase 1 do Projeto Cartão Nacional de Saúde. A SES / RJ acompanhou o processo de adesão destes municípios ao projeto, auxiliando quando necessário, prestou cooperação técnica aos profissionais das SMS responsáveis pelos sistemas CADsus e Cadweb e participou da 1ª Oficina de Alinhamento Estratégico da Implementação do Cartão Nacional de Saúde.	0,00	0,00
Produzir relatórios gerenciais das UPAS com indicadores de produção, desempenho, qualidade e economicidade. (SUP/ Urgência e Emergência)	1 relatório anual (Ação Contínua)	1 relatório anual	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo – Manter atualizados e qualificados os Sistemas de Informações do SUS, foi composta por 6 ações. Destacamos que a ação: Informatizar os processos de trabalho das unidades próprias, teve sua meta cumprida até 2010 não sendo portanto, referenciada na planilha acima. Quanto ao consolidado das demais ações, 3 tiveram suas metas atingidas em 2011 e 2 ainda se encontram em desenvolvimento.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Reformular e implementar o Complexo Regulador			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Política de programação, controle, avaliação e regulação da média e alta complexidade. Programa 0096, PT 1151 - Central Estadual de Regulação em Saúde.			900.649,24	156.101,30
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Organizar os núcleos de regulação dos municípios (SAS - SR)	Em 100% dos Municípios (Meta da ação cumprida) Programadas Capacitações para utilizar a ferramenta SISREG	Cabe aos Municípios estruturar e organizar seus núcleos de regulação, tendo o apoio da Superintendência de Regulação. Foram oferecidos 2 capacitações para a utilização da ferramenta SISREG.	0,00	0,00
Controlar a referência a ser realizada em outros estados. (SAS - SR)	100% das referências enviadas pelo TFD. Ação Contínua	100% das referências. Todos os encaminhamentos são avaliados e referenciados pelo TFD. Está em processo de revisão o fluxo e o planejamento para pactuação dos procedimentos não contidos na PPI da Assistência.	0,00	0,00
Regular os serviços que compõem as redes de alta complexidade. (SAS - SR)	100% dos serviços pactuados. Ação contínua	100% Todas as redes de alta complexidade pactuadas em CIB são reguladas.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo – Reformular e implementar o Complexo Regulador, foi composta por 4 ações. Destacamos que a ação: Implantar sistema de informação integrado no Complexo Regulador, teve sua meta cumprida até 2010 não sendo portanto, referenciada na planilha acima. Quanto ao consolidado das demais ações todas tiveram suas metas atingidas em 2011.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar a Política de Programação Controle e Avaliação.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Política de programação, controle, avaliação e regulação da média e alta complexidade. Programa 0096, PT 1151 - Central de Regulação em Saúde.			900.649,24	156.101,30
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Elaborar e implantar o Plano Estadual de Controle Avaliação. (SAS)	Plano elaborado Parcialmente implantado	Parcialmente implantado. Necessita ser atualizado. Meta cumprida em 80%	0,00	0,00
Reestruturar e qualificar o processo de credenciamento de serviços no SUS. (SAS)	Esta sendo revisado o Manual de Credenciamento/Habilitação dos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares no Estado do Rio de Janeiro publicado em 2009 para nova publicação, prevista para 09/2011.	Necessita revisão para republicação do manual, atendendo as novas portarias.	0,00	0,00
Contratualizar serviços que compõem as redes de média e alta complexidades. (SAS)	100% dos serviços, até 12/2011.	100% Dos municípios de Gestão Estadual o único que possui alta complexidade e faz parte da rede é o município de Cabo Frio que foi contratualizado em 2011.	0,00	0,00
Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com os prestadores bem como das unidades públicas. (SAS)	Monitorar e fiscalizar 100% dos contratos e convênios sob gestão estadual. Ação contínua.	100% dos contratos e convênios monitorados e fiscalizados.	0,00	0,00
Implementar auditoria sobre a produção de serviços de saúde pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação	Nos municípios polo. A ação será realizada a partir de demanda do Controle e Avaliação.	Atendimento de 100% das demandas. Foram implementadas 32 auditorias demandadas por órgãos da SES (SAECA, SVS, SJC).	0,00	0,00

assistencial. (SAS/SJC)				
Monitorar e avaliar os serviços habilitados nas Redes de alta complexidade. (SAS)	100% dos serviços Ação contínua	100% dos serviços. São avaliados e monitorados as Unidades filantrópicas contratualizadas. Todos os Serviços pertencentes as Redes de Alta Complexidade são periodicamente visitados e realizado o preenchimento do "Formulário de Vistoria do Gestor". A produção de cardiologia, oncologia e TRS são avaliados mensalmente.	0,00	0,00
Garantir que os recursos alocados na PPI assistencial sejam programados de acordo com a lógica da organização da rede e de acordo com os Termos de Compromisso para Garantia de Acesso. (SAS)	Em andamento. Aguardando a Revisão da PPI da assistência.	A PPI da Assistência foi pactuada em Outubro de 2011 e entrou em vigor em dezembro de 2011.	0,00	0,00
Monitorar trimestralmente os indicadores definidos para os procedimentos de alta complexidade: TRS, Oncologia, Cardiologia e UTI Neonatal. (SAS)	Definir indicadores e produzir pelo menos 1 relatório até dezembro de 2011.	Os indicadores estão em processo de elaboração.	0,00	0,00
Elaborar normas complementares para avaliação da tecnologia de saúde. (SAS)	Avaliação e incorporação pela SES/SAS de protocolos já existentes e produzidos pelo MS, Associação Médica Brasileira (AMB), sendo estes incorporados à saúde do RJ, dando prioridade para as redes de atenção à saúde (Cegonha, Urgência/ Emergência)	100% No ano de 2011 foram incorporados pela SES-RJ os seguintes protocolos do MS: pelo Hemorio, os protocolos referentes à Hidroxiureia, Imiglicerase e Quelante de ferro; e no âmbito do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica, os protocolos referentes à Hepatite Viral C e coinfeção (retificado), Doença de Gaucher (atualização do protocolo já existente), Doença de Wilson (atualização do protocolo já existente), Hemangioma Infantil (atualização do protocolo já existente), Sobrecarga de Ferro (atualização do protocolo já existente).	0,00	0,00
Contratualizar os serviços sob gestão estadual. (SAS)	100% dos serviços, até 12/2011.	A SES rompeu o contrato com quatro Hospitais Filantrópicos que se encontram em revisão e só iniciou contratualização em 01 Município.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo – Implementar a Política de Programação Controle e Avaliação, foi composta por 10 ações. Quanto ao consolidado das ações, 6 tiveram suas metas atingidas em 2011 e 4 ainda se encontram em desenvolvimento ou foram reestruturadas.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Qualificar a resposta às demandas judiciais no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Estruturação e Qualificação da Capacidade de Resposta às Demandas Judiciais. Utilização dos recursos referentes à gestão interna.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Definir os critérios para racionalizar e otimizar o atendimento às demandas judiciais. (SJC)	Concluir ação	Já foi assinado o convênio de cooperação que entre si celebram o Estado do Rio de Janeiro, pela Procuradoria Geral do Estado, Secretaria de Estado de Saúde, Defensoria Pública Geral do Estado e o Tribunal de Justiça do Estado, o Município do Rio de Janeiro, pela Procuradoria Geral do Município e Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, e a União Federal, pela Defensoria Pública da União, visando a criação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde - CRLS	0,00	0,00
Implantar núcleos de assessoria técnica na Defensoria Pública. (SJC)	Aguardando disponibilidade de espaço físico.	50% O espaço já foi definido, a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil estão acertando as rotinas técnicas finais.	0,00	0,00
Disponibilizar para os municípios o Sistema de Informações para monitoramento e controle das demandas judiciais. (SJC)	Sistema em fase de homologação.	50% Em fase de homologação.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo - Qualificar a resposta às demandas judiciais no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, foi composta por 4 ações. Destacamos que a ação: Instituir Núcleo de Assessoria Técnica ao Poder Judiciário nas questões relativas às ações Judiciais, teve sua meta cumprida até 2010 não sendo portanto, referenciada na planilha acima. Quanto ao consolidado das demais ações, estas ainda se encontram em desenvolvimento, já estando integradas a 1 estratégia do Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015 de forma a garantir a continuidade das mesmas.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Incentivar a participação popular e o controle social na gestão do SUS.			0,00	0,00

Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecimento da Participação Popular e do Controle Social na Gestão do SUS. UO 2901 - Atividade a cargo do Conselho Estadual de Saúde, PT 2130 (Programado: R\$ 1.804.695,00 / Executado: R\$ 1.761.572,26), Programa 0096, PT 2306 - Educação Permanente e Gestão Participativa no SUS.			13.512.965,46	10.674.835,32
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Realizar Oficina de Planejamento do Conselho Estadual de Saúde, com ampla participação dos conselheiros (SG - Secretaria Executiva do CES)	Uma Oficina	Não realizada. A comissão responsável do CES não finalizou processo de planejamento impossibilitando de dar continuidade a realização desta Oficina.	0,00	0,00
Construir e implementar a Política Estadual de Educação Permanente para os Conselheiros Estaduais e Municipais (SG - Secretaria Executiva do CES).	01 Programa aprovado pelo CES no ano 2010. Em revisão	Não realizada, opção pela adoção da Política Nacional de Educação Permanente, aguardando Seminário a ser realizado pelo CNS/ SGEP no 2º semestre de 2012.	0,00	0,00
Realizar Conferência Estadual de Saúde de acordo com o que estabelece a legislação. (SG - Secretaria Executiva do CES)	Uma Conferência a cada 4 anos.	100% Realizada em outubro de 2011 a 6ª Conferência Estadual de Saúde.	0,00	0,00
Realizar Plenária Estadual de Conselheiros de Saúde. (SG - Secretaria Executiva do CES)	Uma Plenária a cada biênio.	Não realizada, pois não foi possível compatibilizar com as etapas das Conferências de Saúde.	0,00	0,00
Implantar o programa de inclusão digital para o Conselho Estadual de Saúde, para busca de informações e análise de dados.	II Módulo	Não realizada. O Período proposto pelo DATASUS coincidiu com a 6ª Conferência Estadual de Saúde. Esta ação foi reprogramada para 2012.	0,00	0,00
Capacitar em legislação e ações de Saúde do SUS (SG - Secretaria Executiva do CES)	Capacitar 56 Conselheiros Estaduais	Não se aplica Meta cumprida em 2010.	0,00	0,00
Capacitar em legislação e ações de Saúde do SUS. (SG - Secretaria Executiva do CES)	50% Capacitar 600 Conselheiros Municipais	64,55% 388 conselheiros municipais capacitados nos eventos: III Seminário de Saúde da População Negra e I Encontro das Secretarias Executivas dos CMS.	0,00	0,00
Acompanhar e avaliar o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, visando fortalecer a participação social no SUS. (SG - Secretaria Executiva do CES)	Realizar 3 visitas anuais a cada município. (100%)	50% dos municípios receberam 3 visitas, e os demais receberam pelo menos 1 (uma) visita.	0,00	0,00
Implantar e acompanhar o Programa de Inclusão Digital para os conselhos municipais de saúde, para busca de informações e análise de dados. (SG - Secretaria Executiva do CES)	Implantar em 100% dos municípios.	50% Esta ação tem 3 fases: 1ª entrega de TV e antena (59 municípios); 2ª acompanhamento do PID (92 municípios); 3ª capacitação dos conselheiros municipais em informática (não realizado).	0,00	0,00
Realizar Oficinas de Sensibilização nas Unidades Hospitalares Próprias. SUP (SG)	Aguardando análise da Comissão de Legislação.	Não realizada. O CES não promoveu a deliberação do pleno, para se iniciar as oficinas.	0,00	0,00
Implantar Conselhos Gestores nas Unidades Hospitalares próprias. SUP (SG/ Secretaria Executiva do CES)	Aguardando análise da Comissão de Legislação.	Não realizada. A Comissão responsável do CES não emitiu parecer para apreciação do pleno.	0,00	0,00
Apoiar a implantação de Conselhos Gestores nas Unidades Hospitalares Públicas. (SG/ Secretaria Executiva do CES)	Aguardando análise da Comissão de Legislação.	Não realizada. A Comissão responsável do CES não emitiu parecer para a apreciação do pleno.	0,00	0,00
Realizar oficinas para a divulgação da Carta de Direitos dos Usuários do SUS (SG)	Realizar oficinas para os 92 municípios.	Esta ação não foi realizada pois depende das alterações que o Ministério da Saúde fará na atual Carta de Direitos dos Usuários.	0,00	0,00
Instalar Câmaras Técnicas de Educação Popular vinculadas à CIES Estadual e Regionais como estratégia de transversalidade da metodologia da Educação Popular às práticas educacionais. (SGTES)	Sem Programação para o ano.	A AGEPE entende que no próximo PES, é importante haver uma modificação na descrição destes eixos e ações já que a Educação Participativa sofreu modificações estruturais com mudanças de prioridades.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Em 2011 foi ano das Conferências de Saúde: Municipal, Estadual e Nacional. Foram realizadas 91 (noventa e uma) Conferências Municipais, com a participação do CES em 90 (noventa) destas. O CES organizou a Conferência Estadual, realizada em outubro de 2011, que contou com 1.008 participantes. Nesta Conferência foram eleitos 196 delegados para representar o estado na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no período de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011, em Brasília. Consideramos, desta forma, que foi cumprida a proposta da diretriz Fortalecimento da Participação Popular e do Controle Social na Gestão do SUS, ainda que todas as suas ações não tenham sido realizadas. Esta diretriz considerando o objetivo - Incentivar a participação popular e o controle social na gestão do SUS, foi composta por 15 ações. Destacamos que a ação - Ampliar e fortalecer os canais de acesso da população às informações sobre o SUS e direitos sociais, teve sua meta cumprida até 2010, não sendo portanto referenciada na planilha acima. Quanto ao consolidado das demais ações, 4 tiveram suas metas atingidas em 2011 e 10 se encontram em desenvolvimento ou foram reestruturadas.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Apoiar o desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e de Gestão Participativa			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementação de Práticas de Educação em Saúde e de Gestão Participativa. Programa 0096, PT 2306 - Educação Permanente e Gestão Participativa no SUS/RJ.			11.708.270,46	8.913.263,06
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado

Implantar CIES nos 10 CIRs (CGESG)	Em 30% dos CIRs	100% das CIES Implantadas – totalizando 10 CIES. A partir da Deliberação CIB-RJ n. 1.383 de 18 de agosto de 2011, a divisão político administrativa do ERJ passa a ser constituída por 9 regiões de saúde. Portanto, passa-se a considerar 9 CIES (Comissões de Integração Ensino-Serviço) ligadas às CIRs.	0,00	0,00
Avaliar e monitorar a execução do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (CGESG)	100% do Plano Ação Contínua	Ação Contínua – A CGESG vem acompanhando as ações propostas no Plano Estadual de Educação Permanente e sua execução, tanto no aspecto operacional quanto financeiro.	0,00	0,00
Adequar a estrutura física e administrativa da Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS) (SG / SVS)	Ação está sendo reestruturada, com outras diretrizes	Decreto nº 42.966 de 12 de maio de 2011 dispõe sobre a transferência da Escola Técnica de Saúde Enfermeira Izabel dos Santos, unidade integrante da estrutura da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, para a fundação de apoio à escola técnica, ente vinculado à Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia	0,00	0,00
Implantar NEUS (Núcleo de Educação em Urgências) em parceria com as instituições de Ensino vinculadas às CIES (CGESG)	Funcionamento de 100% dos CIES implantados nas Regiões de Saúde. Planejamento da implantação dos Núcleos.	100% das CIES implantadas. As diferentes capacitações nas 9 regiões passam por discussões, para sua implementação, em cada uma das CIES, dentre esses debates o das urgências é contemplado conforme a identificação de necessidades em cada uma das regiões.	0,00	0,00
Implantar Núcleo de Educação Permanente por SAMU regional, nas regiões, vinculados às CIES Regionais (CGESG)	Funcionamento de 100% dos CIES implantados nas Regiões de Saúde. Planejamento da implantação dos Núcleos.	100% das CIES implantadas. As diferentes capacitações nas 9 regiões passam por discussões, para sua implementação, em cada uma das CIES, dentre esses debates a capacitação dos profissionais do SAMU é contemplada conforme a identificação de necessidades em cada uma das regiões.	0,00	0,00
Qualificar os profissionais de saúde lotados em serviços de emergência dos hospitais vinculados ao SUS (CGESG)	100% dos profissionais dos serviços de emergência capacitados	Realização de ações contínuas de educação permanente para profissionais que atuam nos serviços de emergências hospitalares e UPAs de acordo com as necessidades epidemiológicas apresentadas e o ingresso de novos profissionais.	0,00	0,00
Qualificar os profissionais de Controle e Avaliação das SMS através dos cursos RCAA/MS e de outros que se fizerem necessários com base nas carências identificadas no Plano Estadual de Controle e Avaliação, ampliando sua oferta para conselheiros estaduais e municipais de saúde. (SAS (SAECA) / SJC)	80% dos Municípios capacitados em 2009, sendo prevista a realização de mais três turmas para capacitação em 2011.	No ano de 2010 foram realizadas 03 reuniões com os municípios visando a capacitação em controle e avaliação e, foi elaborado um diagnóstico sobre os serviços de controle e avaliação dos municípios. O curso RCAA está sendo organizado no ano de 2012. São realizadas capacitações do CNES e Faturamento para todos os municípios, sempre que solicitado ou que a SAECA considere necessário.	0,00	0,00
Monitorar a implantação de ações de Educação em Saúde nos municípios. (CGESG)	Monitoramento da implantação das ações de Educação em Saúde em 80% dos municípios.	O monitoramento da implantação das ações de Educação em Saúde nos municípios é realizada pelo acompanhamento das 9 CIES Regionais. 100% municípios monitorados.	0,00	0,00
Implantar Curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Redes e Serviços de Saúde (CGESG)	Em processo licitatório Processo no. E-08/ 247/2010	Processo empenhado. Revisão de datas pela área técnica demandante para início da operacionalização.	0,00	0,00
Instalar Grupo de Trabalho de Telemedicina, Telessaúde e Educação à Distância, vinculada à Câmara Técnica da CIES Estadual. (CGESG)	CIES Estadual em processo de revisão da composição	A CIES Estadual se encontra em processo de revisão da sua composição, bem como em construção do seu regimento interno junto ao Conselho Estadual de Saúde.	0,00	0,00
Instalar Grupo de Trabalho de Apoio e Acompanhamento do Programa Pró-Saúde (CGESG)	Reuniões com os representantes do MS para vincular este grupo aos CIES Regionais	Os Programas Pró-Saúde, a partir de definições junto ao MS são acompanhados e apoiados pela equipe da CGESG juntamente às CIES Regionais que participam da construção das ações propostas e dão suporte às instituições de ensino e municípios envolvidos.	0,00	0,00
Realizar Curso Técnico de Enfermagem (Módulo II) (SGTES/ ETIS)	1.137	A Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS) foi transferida através do Decreto nº 42.966 de 12 de maio de 2011 para a FAETEC.	0,00	0,00
Realizar Curso Técnico De Vigilância em Saúde (SGTES/ ETIS)	108	A Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS) foi transferida através do Decreto nº 42.966 de 12 de maio de 2011 para a FAETEC.	0,00	0,00
Realizar Curso Técnico em Higiene Dental (Módulo I e II) (SGTES/ ETIS)	792	A Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS) foi transferida através do Decreto nº 42.966 de 12 de maio de 2011 para a FAETEC.	0,00	0,00
Realizar Curso de Agente Comunitário de Saúde (SGTES/ ETIS)	2.900	A Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS) foi transferida através do Decreto nº 42.966 de 12 de maio	0,00	0,00

		de 2011 para a FAETEC.		
Realizar curso de Qualificação para o Cuidador do Idoso (SGTES/ ETIS)	400	A Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS) foi transferida através do Decreto nº 42.966 de 12 de maio de 2011 para a FAETEC.	0,00	0,00
Realizar Curso Técnico em Patologia Clínica. (SGTES / ETIS)	25	A Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS) foi transferida através do Decreto nº 42.966 de 12 de maio de 2011 para a FAETEC.	0,00	0,00
Realizar a Qualificação Pedagógica para os Instrutores pedagógicos (docentes) dos Cursos da ETIS. (SGTES/ ETIS)	140	A Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS) foi transferida através do Decreto nº 42.966 de 12 de maio de 2011 para a FAETEC.	0,00	0,00
Certificar 4 Hospitais da Rede Própria como Hospitais de Ensino. Definir marco normativo/ regulatório (CGESG)	50%	Marco normativo para processo de certificação de hospitais de ensino da rede própria da SES aprovado e publicado. Em andamento através do Processo E-08/10124/2008.	0,00	0,00
Certificar unidades hospitalares e institutos especializados (CGESG)	50%	25% meta cumprida – Recertificação do Instituto de Hematologia Arthur de S. Cavalcanti (Hemorio). 25% em processo de certificação – HEAPN	0,00	0,00
Reestruturar Centros de Estudos e Aperfeiçoamento das Unidades Hospitalares da Rede Própria. Redefinir marco normativo/ regulatório. (CGESG)	Nova resolução encontra-se na Jurídica aguardando aprovação	Minuta para alteração da Resolução 1129 de 16 de maio de 1997 na ASJUR para aprovação.	0,00	0,00
Reestruturar e qualificar os Centros de Estudos das Unidades Hospitalares da Rede Própria. (CGESG)	Processo / E-08/ 8349 de 17/09/2010 em andamento.	Atualização de vigência de 10 mandatos de Centros de Estudos. Reestruturação de Centros de Estudo com novos equipamentos de informática. Processo para realização de Simpósio para qualificação dos Centros de Estudo em fase de avaliação pelo Setor de Eventos da SES.	0,00	0,00
Ofertar Cursos de Especialização para profissionais das equipes de Saúde da Família, em convênio com instituições formadoras.(CGESG)	A Inclusão destes cursos no projeto foi objeto de pactuação na CIB-RJ através da Deliberação CIB/RJ nº 1014 de 05 de agosto de 2010, publicado no D.O. em 27/08/2010.	A Deliberação aprova o Curso através da UNASUS - UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS/MS, Convênio n. 2.407/2008 firmado entre o Ministério da Saúde e a UERJ para realização de Curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade a distância para equipes da ESF das regiões do Estado. O curso está em desenvolvimento pela UERJ para 1.000 vagas divididas em 3 turmas. Há ainda outro curso de especialização sendo desenvolvido dentro da mesma proposta da UNASUS pela UNIRIO, (também pactuado em CIB) para o mesmo número de vagas sendo somente para equipes da ESF da Baixada Fluminense.	0,00	0,00
Qualificar a Estratégia de Saúde da Família através da capacitação das equipes com a realização de "Curso Introdutório" em parceria com instituições de ensino. (SGTES)	Processo E-08/9143/2009. Novo projeto básico em fase de licitação na aquisição.	O projeto básico da qualificação foi elaborado e encaminhado para licitação, no entanto, o valor estimado pelas IES consultadas foi superior ao previsto o que direcionou à busca de nova metodologia que melhor se adeque à proposta.	0,00	0,00
Promover e assessorar a qualificação dos profissionais de saúde dos municípios para a prevenção, o diagnóstico e o manejo das situações de violência intrafamiliar. SAB/ SGTES	Realização de 03 oficinas regionais para cumprimento da meta.	100%	0,00	0,00
Promover e assessorar a qualificação dos profissionais de saúde dos municípios para a atenção integral às doenças prevalentes na infância. SAB/ SGTES	Em 2011 está programada a alteração do metodologia.	Metodologia alterada. Programação para 2012	0,00	0,00
Promover e assessorar a qualificação dos profissionais de saúde dos municípios para as situações de urgência. SAB/ SGTES	Em 2011 está programada a alteração da metodologia.	Metodologia alterada. Programação para 2012.	0,00	0,00
Promover a qualificação de profissionais de saúde das equipes de ESF para atuar junto às populações específicas. (SG)	Para as 38 equipes de ESF Ação Contínua (GT Territórios da Cidadania)	100%	0,00	0,00
Promover a capacitação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) para atendimento adequado a população idosa. SAB/ SGTES	25%	10% realizado em encontros regionais. Planejamento de capacitação para atendimento da meta em 2012.	0,00	0,00
Implementar o programa de Capacitação técnica e gerencial para a equipe de Atenção Básica da SES. (SAB/SGTES)	Ação Contínua (Reuniões Mensais)		0,00	0,00
Programas de Residência nas Regiões (Saúde da Família, Saúde Mental, Gestão em Saúde e Atenção Hospitalar). Definir novo marco normativo/regulatório	50%	Meta de Ação cumprida. 01 Programa de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia credenciado; 01 Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia credenciado; 01 Programa de Residência Médica em Coloproctologia Digestiva credenciado; Recredenciamento dos Programas de Residência: Anestesiologia, Pediatria e CTI Adulto, Cardiologia, Cirurgia Vasculard, Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, Cardiologia Pediátrica, Angiorradiologia e Cirurgia	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo – Apoiar o desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e de Gestão Participativa, foi composta por 37 ações. Destacamos que as ações: Elaborar Planos Regionais e Estadual de Educação Permanente em Saúde; Realizar Curso de Atualização em Manejo Clínico da Dengue; Implantar um ponto de atendimento do Telessúde na ETIS; Implantar a Biblioteca Virtual em Saúde; Adotar instrumentos jurídicos de cooperação para as concessões de estágio entre a SES/RJ e as instituições de ensino; Implantar a Comissão de Certificação de Hospitais de Ensino da SES/ RJ, tiveram suas meta cumprida até 2010 não sendo portanto, referenciadas na planilha acima.			

Quanto ao consolidado das demais ações, 15 tiveram suas metas atingidas em 2011 e 15 ainda se encontram em desenvolvimento ou foram reestruturadas.

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar e implementar a Ouvidoria em Saúde no Estado do Rio de Janeiro, conforme diretrizes nacionais.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecimento da Ouvidoria. PPA - Programa 0096, PT 2305 - Planejamento, Gestão e Fortalecimento do SUS / RJ.			102.409.911,27	97.908.274,12
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Capacitação da equipe de trabalho, através de realização de cursos específicos. (SJC)	100% dos profissionais ainda não capacitados Ação Contínua	08 cursos realizados com a participação de 304 participantes.	0,00	0,00
Melhoria da infraestrutura das Ouvidorias das unidades da rede própria de assistência, através de convênio estabelecido com o Ministério de Saúde. (SJC)	Melhoria de infraestrutura da Ouvidoria Geral e 18 ouvidorias descentralizadas nas unidades próprias da SES/RJ. Convênio SES/MS-2049/08.	100% (todas as unidades contempladas no convênio 2049/08 receberam melhorias de infra estrutura)	0,00	0,00
Implementação dos processos de trabalho, através de reuniões periódicas com as equipes pertencentes às Ouvidorias das unidades da rede própria de assistência. (SJC)	100% das equipes Ação Contínua	12 reuniões realizadas com participação de 100% das equipes de Ouvidoria das unidades da rede própria de assistência.	0,00	0,00
Monitoramento e avaliação da metodologia dos processos de trabalho, realizado através da avaliação dos relatórios desenvolvidos por cada Ouvidoria das unidades da rede própria de assistência e visitas técnicas periódicas. (SJC)	Para 100% das equipes Ação Contínua	Realizadas 47 visitas técnicas com avaliação dos relatórios. Em desenvolvimento Plano de Monitoramento das Ouvidorias Descentralizadas. Criação de Coordenação específica para o desenvolvimento dessa ação.	0,00	0,00
Apresentação da Ouvidoria Geral da SES nas Comissões Intergestores Regional (CIR). (SJC)	Realização em 2011 em todas as CIRs.	Apresentação realizada em 07 Colegiados de Gestão Regional. Restam 02 colegiados para serem visitados em 2012.	0,00	0,00
Realizar Curso de Capacitação em Ouvidorias. Realização de cursos em nível regional ou macro-regional para treinamento de ouvidores em saúde. (SJC)	Para 100% das Ouvidorias existentes nas Secretarias Municipais de Saúde. Remanejada para cumprimento da meta em 2011.	Realizadas 05 Turmas Regionais de Capacitação em Ouvidoria do SUS: Outubro, Novembro e Dezembro/2011 (77 municípios e 60 hospitais do PAHI. Total de participantes: 237)	0,00	0,00
Estabelecer processo de Monitoramento e Avaliação da metodologia dos processos de trabalho. (SJC)	Para 100% das Ouvidorias existentes nas Secretarias Municipais de Saúde. Remanejamento para cumprimento da meta em 2011.	Não realizada. Em desenvolvimento Plano de Monitoramento das Ouvidorias Municipais em Saúde. Foi criada em 2012 Coordenação específica para o desenvolvimento dessa ação.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo - Implantar e Implementar a Ouvidoria em Saúde no Estado do Rio de Janeiro, conforme diretrizes nacionais, foi composta por 8 ações. Destacamos que a ação - Realizar Seminário estadual de Ouvidorias da Saúde, para disseminação das ações da ouvidoria em saúde, teve sua meta cumprida até 2010, não sendo portanto referenciada na planilha acima. Quanto ao consolidado das demais ações, 5 tiveram suas metas atingidas em 2011 e 2 ainda se encontram em desenvolvimento.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Formular e implementar a Política Estadual de Gestão do Trabalho			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecimento da Gestão do Trabalho. PPA - Utilização dos recursos referentes à gestão interna.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Conhecer experiências exitosas de Gestão do Trabalho (SGT)	Visitas a 3 instituições	Foram visitadas 2 unidades e a 3ª visita não foi realizada por não encontrarmos um modelo diferenciado a ser utilizado como Benchmark	0,00	0,00
Elaborar proposta de Política de Gestão do Trabalho (SGT)	Política de Gestão do Trabalho elaborada	A política encontra-se em estudo com algumas ações desenvolvidas, como o estudo para viabilização de um novo PCCS encaminhado à SEPLAG, em análise conjunta SES/SEPLAG	0,00	0,00
Pactuar no Conselho Estadual de Saúde e na CIB. (SGT)	Política de Gestão do Trabalho pactuada	Ainda não pactuada por não ter sido finalizada.	0,00	0,00
Publicar a Política de Gestão do Trabalho (SGT)	Política de Gestão do Trabalho publicada	Ainda não publicada por não ter sido finalizada.	0,00	0,00
Promover a implantação da Política de Gestão do Trabalho na SES/ RJ e nos municípios (SGT)	Política de Gestão do Trabalho implantada	Conforme descrito, a política encontra-se em estudo com algumas ações já desenvolvidas, como o estudo para viabilização de um novo PCCS encaminhado à SEPLAG, em análise conjunta SES/SEPLAG.	0,00	0,00
Utilizar o sistema informatizado de recursos humanos da SES/ RJ para gestão de pessoas e do conhecimento. (SGT)	Definição dos critérios para a gestão do conhecimento no âmbito da SES / RJ.	A gestão de pessoas vem sendo realizada através de sistema informatizado que oferece subsídio a gestão de recursos humanos. Propostas e novas ações vêm sendo estudadas para	0,00	0,00

		aprimorar esse processo.		
Alimentar o Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS com dados da SES/ RJ. (SGT)	Formação da equipe intena para atuação junto ao programa.	Em processo de formação e qualificação de equipe interna para atuação junto ao programa.	0,00	0,00
Capacitar as Secretarias Municipais de Saúde para a utilização do Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS. (SGT)	Divulgar cronograma e realizar capacitações	O projeto parou na capacitação do coordenador estadual, sendo retomado em 2011 com a destinação de computadores aos municípios.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo - Formular e implementar a Política Estadual de Gestão do Trabalho, foi composta por 9 ações. Destacamos que a ação - Diagnóstico da Gestão do Trabalho no Estado, teve sua meta cumprida até 2010, não sendo portanto referenciada na planilha acima. Quanto ao consolidado das demais ações, 2 tiveram suas metas atingidas em 2011 e 6 ainda se encontram em desenvolvimento.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Desprecarizar o trabalho, no âmbito público do Sistema Único de Saúde			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecimento da Gestão do Trabalho. Utilização dos recursos referentes à gestão interna.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Criar Comitês Regionais de Desprecarização do Trabalho. (SGT)	Estudo para envio da proposta a CES para atuação conjunta.	A formulação de um estudo encontra-se articulada ao desenvolvimento da Política de Gestão do Trabalho, objetivando apoio às regiões.	0,00	0,00
Elaborar proposta de Desprecarização do Trabalho para pactuação na CIB e no CES. (SGT)	Proposta elaborada e pactuada.	A proposta encontra-se articulada aos estudos e desenvolvimento da Política de Gestão do Trabalho, objetivando apoio às regiões.	0,00	0,00
Subsidiar a implantação das ações de desprecarização do trabalho. (SGT)	Fornecer Consultoria Técnica aos municípios que apresentarem interesse.	A consultoria técnica aos municípios seguirá a elaboração da proposta citada anteriormente.	0,00	0,00
Monitorar as ações de desprecarização do trabalho em andamento. (SGT)	Criação de Equipe e de Projeto para Monitoramento das ações.	Depende da elaboração e pactuação da proposta de desprecarização do trabalho.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo - Desprecarizar o trabalho, no âmbito público do Sistema Único de Saúde, foi composta por 4 ações, que ainda se encontram em desenvolvimento, já estando integradas a 4 estratégias do Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015 de forma a garantir a continuidade das mesmas.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Estimular e valorizar a força de trabalho no âmbito público do Sistema Único de Saúde.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecimento da Gestão do Trabalho. Utilização dos recursos referentes à gestão interna.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Desenvolver e implantar sistema de avaliação de desempenho para servidores públicos integrantes do SUS. (SGT)	Elaborar Projeto.	A elaboração desse projeto encontra-se articulada ao desenvolvimento e finalização da Política de Gestão do Trabalho	0,00	0,00
Implantar Comitê de Gestão do Capital Intelectual agregado, no âmbito da SES/ RJ. (SGT)	Formação de Especialistas para preparação do projeto nas áreas.	Aguardando definição da Política de Gestão do Trabalho, para delinear esta ação.	0,00	0,00
Desenvolver e implantar programas de reconhecimento profissional para os trabalhadores que participaram da avaliação de desempenho. (SGT)	Formação de Especialistas para preparação de projeto nas áreas.	Aguardando definição da política de Gestão do Trabalho, para delinear essa ação.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo - Estimular e valorizar a força de trabalho no âmbito público do Sistema Único de Saúde, foi composta por 3 ações, que ainda se encontram em desenvolvimento, já estando integradas a 4 estratégias do Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015 de forma a garantir a continuidade das mesmas.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito regional.			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Mesa de Negociação. Utilização dos recursos referentes à gestão interna.			0,00	0,00
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Reativar a Mesa de Negociação Estadual. (SGT)	Resgate do histórico da Mesa no Estado, aguardando novas diretrizes para elaboração da ação.	Em processo de viabilização da reativação da mesa estadual de negociação.	0,00	0,00

Instalar as Mesas de Negociação, de âmbito estadual, de acordo com o protocolo instituído. (SGT)	Aguardando reativação da Mesa Estadual.	Aguardando reativação da Mesa Estadual	0,00	0,00
Apoiar tecnicamente os municípios que tenham interesse em instalar Mesas de Negociação. (SGT)	Aguardando reativação da Mesa Estadual para definição do Modelo que sirva de parâmetros técnicos.	Aguardando reativação da Mesa Estadual para definição do Modelo que sirva de parâmetro técnico.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta diretriz considerando o objetivo - Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores no âmbito regional, foi composta por 3 ações, que ainda se encontram em desenvolvimento, já estando integradas a 4 estratégias do Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015 de forma a garantir a continuidade das mesmas.			

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Organizar a Rede de Urgência e Emergência			0,00	0,00
Diretriz	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Política Estadual de Atenção à Urgência e Emergência. PPA - Programa 0093, PT 1032 - Implantação das Unidades UPAS 24h, PT 2037 - Assistência Pré-Hospitalar Fixa, PT 2053 Assistência Móvel de Urgência e Emergência.			206.660.017,75	179.688.247,18
Ação	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Implantar/implantar UPAS 24h na rede de urgência pré-hospitalar	07 UPAS 24h	122,5%. Houve a necessidade de adequação da meta prevista inicialmente no PES. Atualmente há 49 UPAS no Estado.	0,00	0,00
Implantar o SAMU Regional	06 regiões de saúde	O SAMU regional já está implantado na Metropolitana I (02), Metropolitana II (1) e Baía da Ilha Grande (1). Esta meta foi reprogramada para o ano de 2012, com previsão de implantação inicial nas regiões Centro-Sul, Médio-Paraíba e Serrana.	0,00	0,00
Criar Comitês de Urgência/Emergência	02 regiões de saúde	100%. Os Comitês implantados em todas as regiões de saúde.	0,00	0,00
Avaliação da diretriz	Esta Diretriz, considerando o objetivo - Organizar a rede de Urgência/ Emergência, foi composta por 6 ações. Destacamos que as ações - Elaborar o Plano Estadual de Urgência/Emergência; Construir UPA + Clínica da Família por meio do PAC Urbanização; e Adquirir aeronave para transferências inter-hospitalares reguladas e para o Sistema de Transplantes, tiveram suas metas cumpridas até 2010, não sendo referenciadas na planilha acima. Quanto ao consolidado das demais ações, 2 tiveram suas metas atingidas em 2011 e 01 (Implantar o SAMU Regional) teve sua meta reprogramada para 2012.			

6. INDICADORES DA SAÚDE (Fonte: SISPACTO)

6.1. PACTO PELA VIDA: PRIORIDADES, OBJETIVOS E RESULTADO ALCANÇADOS

Última atualização: 27/07/2012 11:40:23

PRIORIDADE: I - ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO.		
Objetivo: PROMOVER A FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS NA ÁREA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR	11,00	11,20

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: I - ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO.: Não foi alcançada; meta era de diminuição da taxa. Provavelmente as ações estratégicas apontadas para serem desenvolvidas pelo Estado e municípios não foram suficientes para o alcance da meta. Ações estratégicas estaduais: - Capacitar os municípios para implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa. - Realizar Oficinas de Prevenção de Quedas e Osteoporose organizadas por região do Estado. - Viabilizar o acesso à caderneta do idoso. - Estimular a implantação dos NASF. - Estimular ações voltadas para a população idosa. Ações estratégicas municipais: - Promover ações de capacitação dos profissionais da atenção básica, com ênfase na prevenção de quedas a partir da CIES Regional. - Capacitar os profissionais da atenção básica (nível superior) em parceria com a ENSP/EAD/FIOCRUZ no curso Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. - Capacitar cuidadores de idosos pela Rede de Escolas Técnicas do SUS (Ação Saúde do Idoso e SGETS). - Implantar os NASF com a inclusão de ações de prevenção de quedas. - Estimular ações inter-setoriais para a melhoria da acessibilidade do idoso nas áreas públicas. - Organizar dentro da Secretaria Municipal de Saúde estrutura específica para implantar ações voltadas para a saúde do idoso. - Discutir na CIR ações inter-setoriais para minimizar os riscos e diminuir as taxas de internação por fratura de fêmur nos idosos.

PRIORIDADE: II - CONTROLE DO CANCER DE COLO DE UTERO E DE MAMA.		
Objetivo: AMPLIAR A OFERTA DO EXAME PREVENTIVO DO CANCER DO COLO DO UTERO VISANDO ALCANÇAR UMA COBERTURA DE 80% DA POPULAÇÃO ALVO.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
RAZÃO ENTRE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO UTERO NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO ALVO, EM DETERMINADO LOCAL E ANO.	0,20	0,05
Objetivo: TRATAR/SEGUIR AS LESÕES PRECURSORAS DO CANCER DO COLO DO UTERO NO NÍVEL AMBULATORIAL.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PERCENTUAL DE SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE LESÕES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU DO COLO DO UTERO.	100,00	5,63
Objetivo: AMPLIAR A OFERTA DE MAMOGRAFIA VISANDO ALCANÇAR UMA COBERTURA DE 60% DA POPULAÇÃO ALVO.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
RAZÃO ENTRE MAMOGRAFIAS REALIZADAS NAS MULHERES DE 50 A 69 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA, EM DETERMINADO LOCAL E ANO.	0,12	0,06

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: II - CONTROLE DO CANCER DE COLO DE UTERO E DE MAMA.: Meta não alcançada; a meta era de aumento dos três indicadores. Provavelmente as ações estratégicas apontadas para serem desenvolvidas pelo Estado e municípios não foram suficientes para o alcance das metas. Indicador 1 - Ações estratégicas estaduais: - Fomentar a ampliação

do acesso para a realização de exame preventivo nos municípios. - Capacitar os municípios para qualidade da coleta dos exames citopatológico. - Disponibilizar atualizações sistemáticas de serviços cadastrados pelo SISCOLO. - Apoiar a implantação do SISCOLO nos municípios. Indicador 1 Ações estratégicas municipais: - Realizar busca ativa de mulheres na faixa etária específica. - Capacitar profissionais da Atenção Básica para realização dos exames. - Expandir o acesso para realização de exames citológicos. - Realizar busca ativa junto aos laboratórios credenciados. - Acrescentar na contratualização com o prestador um item referente a prazo e alimentação do sistema relacionado ao pagamento. - Incentivar a coleta do exame por enfermeiros capacitados. Indicador 2 Ações estratégicas estaduais: - Fomentar a ampliação do acesso para a realização de exame preventivo nos municípios com maior população e menor quantitativo de unidades na rede básica de saúde. - Capacitar os municípios para a utilização do Sistema de Informação. - Fomentar a ampliação do acesso para o tratamento e seguimento nos municípios. - Monitorar e avaliar os municípios quanto às ações de saúde da mulher. - Fomentar a pactuação das referências na CIR. Indicador 2 Ações estratégicas municipais: - Ampliar o acesso para o tratamento e seguimento nos municípios. - Realizar o acompanhamento dos casos. - Capacitar os profissionais para utilizar o sistema e qualificar a informação. - Realizar o acompanhamento dos casos. - Pactuar as referências para os procedimentos necessários ao tratamento na região. - Analisar os determinantes e condicionantes do não acompanhamento dos casos diagnosticados. Indicador 3 Ações estratégicas estaduais: - Ampliar o acesso para realização de mamografia nos municípios. - Capacitar os municípios para utilização do Sistema de Informação. - Monitorar e avaliar os municípios quanto à realização de mamografia. - Fomentar a pactuação das referências necessárias para a realização do exame. Indicador 3 Ações estratégicas municipais: - Ampliar o acesso à realização de mamografia nos municípios. - Capacitar os profissionais para utilizar o sistema e qualificar a informação. - Definir as referências para realização de mamografia. - Pactuar as referências necessárias para tratamento na região. - Investir na busca ativa (rastreamento) de mulheres nesta faixa etária, por meio de estratégias a serem definidas.

PRIORIDADE: III - REDUCAO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.

Objetivo: REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	12,96	Não Informado
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL.	8,74	Não Informado
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POS-NEONATAL.	4,22	Não Informado

Objetivo: REDUZIR A MORTALIDADE MATERNA.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA.	740,00	1.006,00
PROPORCAO DE OBITOS DE MULHERES EM IDADE FERTIL E MATERNOS INVESTIGADOS.	60,00	Não Informado

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: III - REDUCAO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.: Informações quanto a taxas de mortalidade e proporção de óbitos ainda não disponíveis. Quanto à incidência de sífilis de sífilis congênita a meta não foi alcançada; provavelmente as ações estratégicas apontadas para serem desenvolvidas pelo Estado e municípios não foram suficientes para o alcance da meta. Indicador 1 Ações estratégicas estaduais: - Capacitar os municípios para implantação da vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e fetal. - Capacitar os municípios a utilizar o material da AIDPI. - Auxiliar os municípios na implantação da triagem neonatal. - Apoiar a implantação da iniciativa Hospital Amigo da Criança com a sensibilização de profissionais para a redução da taxa de cesarianas. - Estimular a criação dos Comitês de Investigação de mortalidade Materno-Infantil. - Apoiar a Implantação da triagem pré-natal nos municípios / Apoiar a qualificação do pré-natal. - Pautar a discussão na CIR sobre definição de referência para gestante de alto risco com UTI neonatal. - Inclusão da vacina anti-pneumocócica. - Incentivar a Implantação do teste da orelhinha e olhinho. Indicador 1 Ações estratégicas municipais: - Implantar a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e fetal. - Implantar a nova caderneta de saúde da criança nos municípios. - Implantar a triagem neonatal. - Elaborar diagnóstico da assistência neonatal. - Aumentar a cobertura e qualidade da assistência ao pré-natal. - Melhorar a atenção ao parto e ao puerpério. - Implantar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - Promover o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. - Aumentar a resolubilidade da atenção básica na assistência às doenças prevalentes na infância. - Constituição do Comitê de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil. - Aumentar a cobertura e qualidade da atenção básica. Indicador 2 Ações estratégica estaduais - Capacitar os municípios para implantação da vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e fetal. - Capacitar os municípios a utilizarem o material da Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). - Capacitar os municípios na implantação da triagem neonatal (acolhimento). - Apoiar a implantação da iniciativa Hospital Amigo da Criança. - Estimular a criação dos Comitês de Investigação de mortalidade materno-infantil. - Apoiar a implantação da triagem pré-natal nos municípios. - Apoiar a qualificação do pré-natal. - Pautar a discussão na CIR sobre definição de referência para gestante de alto risco com UTI neonatal. - Implantar a cobertura vacinal incluindo a vacina pneumocócica. - Incentivar a implantação do teste da orelhinha e olhinho. Indicador 2 Ações estratégicas municipais: - Implantar a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e fetal. - Implantar a nova caderneta de saúde da criança nos municípios. - Implantar a triagem neonatal. - Aumentar a cobertura e qualidade da assistência ao pré-natal. - Melhorar a atenção ao parto e ao puerpério. - Implantar a iniciativa hospital Amigo da Criança. - Promover o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. - Aumentar a resolubilidade da atenção básica na assistência às doenças prevalentes na infância. - Implantar a triagem pré-natal. - Criar Comitês de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil. Indicador 3 Ações estratégica estaduais - Capacitar os municípios para implantação da vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e fetal. - Capacitar os municípios a utilizarem o material da AIDPI. - Apoiar a implantação da iniciativa Hospital Amigo da Criança. - Capacitar os municípios na implantação da triagem neonatal. - Estimular a criação dos Comitês de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil. - Apoiar a implantação da triagem pré-natal nos municípios. - Apoiar a qualificação do pré-natal. - Pautar a discussão na CIR sobre definição de referência para gestante de alto risco com UTI neonatal. - Aumentar a cobertura vacinal incluindo a vacina pneumocócica. - Incentivar a Implantação do teste da orelhinha e olhinho. Indicador 3 Ações estratégicas municipais: - Implantar a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e fetal. - Aumentar a cobertura e qualidade da assistência ao pré-natal. - Implantar a iniciativa Hospital Amigo da Criança. - Aumentar a resolubilidade da atenção básica na assistência às doenças prevalentes na infância. - Implantar a nova caderneta de saúde da criança nos municípios. - Implantar a triagem neonatal. - Aumentar a cobertura e qualidade da assistência ao pré-natal. - Melhorar a atenção ao parto e ao puerpério. - Promover o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. - Aumentar a resolubilidade da atenção básica na assistência às doenças prevalentes na infância. - Implantar a triagem pré-natal. - Criar Comitês de Investigação de Mortalidade Materno-Infantil. Indicador 4 Ações estratégica estaduais: - Capacitar os municípios para melhorar a qualidade da atenção pré-natal. - Capacitar e estimular os municípios para incluir, diagnosticar e tratar os parceiros na atenção ao pré-natal. - Capacitar e qualificar os municípios na atenção hospitalar ao parto visando a redução da transmissão vertical. Indicador 4 Ações estratégicas municipais: - Qualificar profissionais para a melhora da qualidade da atenção pré-natal. - Qualificar profissionais para incluir, diagnosticar e tratar os parceiros na atenção ao pré-natal. - Garantir as condições de acesso das gestantes aos exames. - Sensibilizar e qualificar profissionais da atenção hospitalar ao parto para a redução da transmissão vertical. - Fomentar a adesão das gestantes ao pré-natal. - Melhorar a notificação de sífilis na gestação. - Qualificar profissionais da atenção hospitalar ao parto visando a redução da transmissão vertical. - Garantir a integralidade do cuidado garantindo a referência para RN com sífilis. Indicador 5 Ações estratégica estaduais - Capacitar os municípios no módulo do SIM. - Apoiar os Comitês Municipais de Investigação de Óbitos Maternos. - Estabelecer parceria com o Núcleo de

Vigilância Hospitalar (NVH) visando à implantação da ficha de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil preconizada pela SVS/MS nos hospitais da rede, estabelecendo-se um fluxo entre a investigação hospitalar realizada pelos núcleos e o responsável pelo SIM na Secretaria Municipal. - Fomentar a discussão junto a SVS-MS sobre a dificuldade de acesso à cópia dos prontuários hospitalares. - Definição pela área técnica das fontes de informação diferenciadas dos sistemas de informação. Indicador 5 Ações estratégicas municipais: - Implantação das fichas de investigação e capacitação dos profissionais para o acesso ao novo módulo do SIM (investigação do óbito materno). - Incluir na contratualização a obrigatoriedade de preenchimento da ficha de investigação de óbito de mulheres em idade fértil. - Reestruturar a Vigilância em Saúde para a realização de investigação dos óbitos e alimentação do sistema. - Fomentar a implantação do comitê regional de investigação de óbitos que contemple os municípios com menos de 80 mil habitantes.

PRIORIDADE: IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS AS DOENÇAS EMERGENTES E

Objetivo: REDUZIR A LETALIDADE DOS CASOS GRAVES DE DENGUE.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
TAXA DE LETALIDADE DAS FORMAS GRAVES DE DENGUE (FEBRE HEMORRAGICA DA DENGUE - FHD /SINDROME DO CHOQUE DA DENGUE - SCD /DENGUE COM COMPLICACOES - DCC)	1,90	3,80

Objetivo: AUMENTAR O PERCENTUAL DE CURA NOS COORTES DE CASOS NOVOS DE HANSENIASE A CADA ANO PARA ATINGIR 90% DE CURA EM 2011

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PROPORCAO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	87,00	83,33

Objetivo: AMPLIAR A CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA DIAGNOSTICADOS A CADA ANO.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PROPORCAO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA	75,00	8,26

Objetivo: AUMENTAR A PROPORCAO DE COLETA DE AMOSTRAS CLINICAS PARA O DIAGNOSTICO DO VIRUS INFLUENZA DE ACORDO COM O PRECONIZADO.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PROPORCAO DE AMOSTRAS CLINICAS COLETADAS DO VIRUS INFLUENZA EM RELACAO AO PRECONIZADO	55,00	Não Informado

Objetivo: FORTALECER A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DA DOENÇA PARA AMPLIAR A DETECCAO DE CASOS DE HEPATITE B, E A QUALIDADE DO ENCERRAMENTO DOS CASOS POR CRITERIO LABORATORIAL.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PROPORCAO DE CASOS DE HEPATITE B CONFIRMADOS POR SOROLOGIA.	75,00	62,90

Objetivo: REDUZIR A TRANSMISSAO VERTICAL DO HIV.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
TAXA DE INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	2,50	0,30

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS AS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ENFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS.: O desempenho do Estado está diferentemente relacionado ao desempenho dos Municípios, uma vez que não é da competência do Estado a execução das ações. Porém, apesar do não atingimento de algumas metas, os resultados alcançados vem demonstrando uma melhora no desempenho de alguns indicadores. Ressaltamos a divergência das informações no que se refere a cura da Tuberculose, uma vez que a avaliação de 2011 deve ser feita sobre a coorte de 2010. Considerando isto, o resultado a ser apresentado é de 66% e não de 8,26%. Outra divergência refere-se à proporção de amostras clínicas do vírus influenza, cujo o resultado apresentado pelo Estado foi de 46% e não de 0%. Penso que a mesma avaliação aplica-se a ambos.

PRIORIDADE: V - PROMOCAO DA SAUDE

Objetivo: REDUZIR OS NIVEIS DE SEDENTARISMO NA POPULACAO.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PREVALENCIA DE ATIVIDADE FISICA SUFICIENTE NO TEMPO LIVRE EM ADULTOS.	16,40	Não Informado

Objetivo: REDUZIR A PREVALENCIA DO TABAGISMO NO PAIS.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PREVALENCIA DE TABAGISMO EM ADULTOS.	14,00	Não Informado

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: V - PROMOCAO DA SAUDE: Dados não disponíveis.

PRIORIDADE: VI - FORTALECIMENTO DA ATENCAO BASICA

Objetivo: AMPLIAR A COBERTURA POPULACIONAL DA ATENCAO BASICA POR MEIO DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PROPORCAO DA POPULACAO CADASTRADA PELA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA.	30,00	23,92

Objetivo: AMPLIAR O ACESSO A CONSULTA PRE-NATAL.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL	65,00	Não Informado

Objetivo: REDUZIR A INTERNACAO HOSPITALAR POR DIABETES MELLITUS NO AMBITO DO SUS.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
TAXA DE INTERNACOES POR DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICACOES.	4,90	3,76

Objetivo: REDUZIR A INTERNACAO HOSPITALAR POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) NO AMBITO DO SUS.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
TAXA DE INTERNACOES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	4,40	4,34

Objetivo: REDUZIR E MONITORAR A PREVALENCIA DE BAIXO PESO EM CRIANCAS MENORES DE 5 ANOS.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PERCENTUAL DE FAMILIAS COM PERFIL SAUDE BENEFICIARIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA ACOMPANHADAS PELA ATENCAO BASICA	48,00	3,81

PERCENTUAL DE CRIANCAS MENORES DE CINCO ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE	3,50	37,04
Objetivo: AMPLIAR O NUMERO DE EQUIPES DE SAUDE BUCAL (ESB) DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA (ESF)		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DAS EQUIPES DE SAUDE BUCAL DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	18,00	18,53
Objetivo: AUMENTAR A PREVENCAO DAS PRINCIPAIS DOENCAS BUCAIS: A CARIE DENTARIA E A DOENCA PERIODONTAL.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
MEDIA DA ACAO COLETIVA DE ESCOVACAO DENTAL SUPERVISIONADA	2,00	2,56

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: VI - FORTALECIMENTO DA ATENCAO BASICA: Dos oito indicadores utilizados para avaliar a prioridade relativa a atenção básica, existem 4 metas alcançadas como cobertura de equipes de saúde bucal, média da ação coletiva de escovação dental, taxa de internação de AVC e diabetes. Um indicador ainda com informação ainda não disponível. E três metas não alcançadas, sendo que as informações precisariam ser revistas (baixo peso em menores de 5 anos de idade).

PRIORIDADE: VII - SAUDE DO TRABALHADOR

Objetivo: AUMENTAR A IDENTIFICACAO E A NOTIFICACAO DOS AGRAVOS A SAUDE DO TRABALHADOR A PARTIR DA REDE DE SERVICOS SENTINELA EM SAUDE DO TRABALHADOR, BUSCANDO ATINGIR TODA A REDE DE SERVICOS DO SUS.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
NUMERO DE NOTIFICACOES DOS AGRAVOS A SAUDE DO TRABALHADOR CONSTANTES DA PORTARIA GM/MS Nº 777/04.	1.479,00	2.171,00

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: VII - SAUDE DO TRABALHADOR: Houve uma melhora significativa no número de notificações, porém torna-se necessário avançar no processo de estruturação dos programas de saúde do trabalhador no âmbito das SMS, uma vez que apenas 50% dos Municípios do Estado possuem esta ação estruturada.

PRIORIDADE: VIII - SAUDE MENTAL.

Objetivo: AMPLIAR O ACESSO AO TRATAMENTO AMBULATORIAL EM SAUDE MENTAL.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
TAXA DE COBERTURA DE CENTROS DE ATENCAO PSICOSSOCIAL (CAPS) /100.000 HABITANTES.	0,62	0,57

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: VIII - SAUDE MENTAL.: Meta não foi alcançada. Meta era de aumento. Provavelmente as ações estratégicas apontadas para serem desenvolvidas pelo estado não foram suficientes para o alcance da meta. Ações Estratégicas estaduais: - Apoiar a implantação de novos serviços através da capacitação dos municípios no processo de credenciamento e habilitação pelo MS. - Capacitar os municípios para o planejamento da expansão dos serviços. - Apoiar a elaboração e implantação do Plano Emergencial de Álcool e Drogas visando à expansão da rede de CAPS infanto-juvenil, álcool e drogas, e CAPS III. - Reorganizar o fluxo da regulação dos leitos psiquiátricos. - Dar continuidade aos Fóruns Regionais de Saúde Mental. - Apoiar a implantação das Residências Terapêuticas nas Regiões Ações Estratégicas estaduais: - Capacitar os técnicos da Saúde Mental dos municípios no processo de credenciamento e habilitação dos serviços já em funcionamento. - Realizar a expansão dos serviços. - Implantar o Plano Emergencial de Álcool e Drogas visando a expansão da rede de CAPS infanto-juvenil, álcool e drogas, e CAPS III. - Organizar a porta de entrada para avaliação e internação dos pacientes. - Fortalecer as redes locais de serviços de saúde mental.

PRIORIDADE: IX - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA DO SISTEMA DE SAUDE AS

Objetivo: AMPLIAR AS REDES ESTADUAIS DE SERVICOS DE REABILITACAO PARA PESSOAS COM DEFICIENCIA.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
NUMERO DE SERVICOS DE REABILITACAO VISUAL HABILITADOS PELO MINISTERIO DA SAUDE.	2,00	1,00

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: IX - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA DO SISTEMA DE SAUDE AS PESSOAS COM DEFICIENCIA.: Meta não foi alcançada. Meta era de aumento. Provavelmente as ações estratégicas apontadas para serem desenvolvidas pelo estado não foram suficientes para o alcance da meta. Ações Estratégicas estaduais: - A SES, através da organização da rede de oftalmologia e parceria com os municípios, ampliou as ações de Reabilitação para Pessoas com Deficiência, com a habilitação de um serviço em janeiro de 2010, na Associação Fluminense de Amparo aos Cegos, localizado no bairro Fonseca no município de Niterói. - O desafio para a ampliação dos serviços nesta área deve-se à carência de recursos humanos especializados. - Atualmente estão sendo avaliadas as possibilidades de habilitação de 2 serviços no Município do Rio de Janeiro (Centro de Reabilitação Oscar Clark e Hospital Municipal Miguel Couto) e um no Município de Volta Redonda, já tendo sido realizada visita técnica e preenchimento do checklist de acordo com a Portaria por esta Superintendência.

PRIORIDADE: X - ATENCAO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUACAO OU RISCO DE VIOLENCIA

Objetivo: AMPLIAR A REDE DE PREVENCAO DE VIOLENCIA E PROMOCAO A SAUDE NOS ESTADOS E MUNICIPIOS.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PROPORCAO DE MUNICIPIOS PRIORITARIOS DO ESTADO COM REDE DE PREVENCAO DAS VIOLENCIAS E PROMOCAO DA SAUDE IMPLANTADAS.	80,00	71,43
Objetivo: AMPLIAR A COBERTURA DA FICHA DE NOTIFICACAO / INVESTIGACAO DE VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PROPORCAO DE MUNICIPIOS PRIORITARIOS DO ESTADO COM NOTIFICACAO DE VIOLENCIA DOMESTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLENCIAS IMPLANTADAS.	100,00	100,00

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: X - ATENCAO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUACAO OU RISCO DE VIOLENCIA: Quanto ao indicador ampliação da rede de prevenção, a meta não foi alcançada. Meta era de aumento. Provavelmente as ações estratégicas apontadas para serem desenvolvidas pelos estados e municípios não foram suficientes para o alcance da meta. As ações prioritárias para os municípios e estados são: - Promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção de violências, acidente e promoção da saúde; - Monitoramento da ocorrência de acidentes e violências notificadas; - Ampliação do atendimento pré-hospitalar; - Assistência às vítimas; - Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; - Capacitação de recursos humanos; - Elaborar o Plano Municipal de prevenção à violência e promoção da saúde. Quanto ao indicador de proporção de municípios prioritários com notificação de violência, o resultado foi alcançado. Meta era de aumento. Provavelmente as ações estratégicas apontadas para serem desenvolvidas pelos estados e municípios foram suficientes. Ações estratégicas estaduais: - Seminários e oficinas regionais com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde

a respeito das ações de Vigilância das Violências e Acidentes VIVA SINAN NET; - Confeção e distribuição de material informativo; - Assessoria técnica aos municípios no sentido da implantação de projetos e estratégias que visem desenvolver e ampliar a notificação das violências no município.

PRIORIDADE: XI - SAUDE DO HOMEM

Objetivo: INSERIR ESTRATEGIAS E ACOES VOLTADAS PARA A SAUDE DO HOMEM NOS PLANOS DE SAUDE ESTADUAIS E MUNICIPAIS

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
NUMERO DE ESTADOS E MUNICIPIOS SELECIONADOS COM ESTRATEGIAS E ACOES VOLTADAS PARA A SAUDE DO HOMEM INSERIDAS NOS PLANOS DE SAUDE ESTADUAIS E MUNICIPAIS	DO Não Informado	Não Informado

Objetivo: AMPLIAR O ACESSO A CIRURGIAS DE PATOLOGIAS E CANCERES DO TRATO GENITAL MASCULINO.

Indicadores	Meta2011	Resultado2011
NUMERO DE CIRURGIAS PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA POR LOCAL DE RESIDENCIA.	1.019,00	688,00

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: XI - SAUDE DO HOMEM: Indicador não alcançado. Meta era de aumento. Provavelmente as ações estratégicas apontadas para serem desenvolvidas pelos estados e municípios não foram alcançadas. Ações estratégicas estaduais: - Apoiar tecnicamente os GT formados pelos diversos colegiados para discussão da saúde do homem. - Divulgar nos GT das regiões os serviços de referência para realização do procedimento. - Apoiar a discussão da rede de atenção a saúde do homem nos municípios. - Sugerir ao MS a inclusão do procedimento de ressecção endoscópica de próstata para efeito de cálculo. - Aumentar a oferta de serviços de referência para realização do procedimento em cada região. Ações estratégicas municipais: - Implantar/implementar no nível central a coordenação de saúde do homem. - Capacitar os profissionais das equipes de saúde de atenção primária nas ações a serem desenvolvidas para saúde do homem. - Fomentar as ações de saúde do homem na atenção básica.

AVALIAÇÃO GERAL DAS PRIORIDADES

Das prioridades avaliadas, em cerca de 70% não foi alcançada a meta proposta e em cerca de 30% a meta foi alcançada, sendo necessária a revisão das ações estratégicas estabelecidas. Lembramos que os dados relativos aos indicadores que utilizam dados de mortalidade e nascidos vivos não estão disponíveis, assim como os indicadores da prioridade V (Sedentarismo e Tabagismo) e um indicador da prioridade XI (Saúde do Homem).

6.2 INDICADORES DE GESTÃO: RESPONSABILIDADES

Última atualização: 27/07/2012 11:58:37

RESPONSABILIDADES GERAIS

Eixo: RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTAO DO SUS

Indicadores	Meta 2011	Resultado 2011
COBERTURA VACINAL COM A VACINA TETRAVALENTE (DTP+HIB) EM CRIANCAS MENORES DE UM ANO.	95,00	86,80
PROPORCAO DE OBITOS NAO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSA BASICA DEFINIDA.	94,00	Não Informado
PROPORCAO DE CASOS DE DOENCAS DE NOTIFICACAO COMPULSORIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APOS NOTIFICACAO	78,00	76,42
PERCENTUAL DE MUNICIPIOS COM PACTUACAO DE ACOES ESTRATEGICAS DE VIGILANCIA SANITARIA.	32,00	22,83
PERCENTUAL DE REALIZACAO DAS ANALISES DE VIGILANCIA DA QUALIDADE DA AGUA, REFERENTE AO PARAMETRO COLIFORMES TOTAIS.	30,00	48,07

Eixo: REGIONALIZACAO

Indicadores	Meta 2011	Resultado 2011
PERCENTUAL DE COLEGIADOS DE GESTAO REGIONAL (CGR) CONSTITUIDOS EM CADA ESTADO E INFORMADOS A CIT.	100,00	100,00

Eixo: PLANEJAMENTO E PROGRAMACAO

Indicadores	Meta 2011	Resultado 2011
PROPORCAO DE ESTADOS E MUNICIPIOS COM RELATORIOS ANUAIS DE GESTAO APROVADOS NOS CONSELHOS ESTADUAIS DE SAUDE E CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAUDE.	100,00	Não Informado

Eixo: REGULACAO, CONTROLE, AVALIACAO E AUDITORIA

Indicadores	Meta 2011	Resultado 2011
INDICE DE ALIMENTACAO REGULAR DA BASE DE DADOS DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAUDE (CNES).	100,00	100,00

Eixo: EDUCACAO NA SAUDE

Indicadores	Meta 2011	Resultado 2011
PERCENTUAL DE COMISSOES DE INTEGRACAO ENSINO-SERVICO (CIES) EM FUNCIONAMENTO POR ESTADO.	100,00	Não Informado

Eixo: PARTICIPACAO E CONTROLE SOCIAL

Indicadores	Meta 2011	Resultado 2011
CAPACITACAO DE CONSELHEIROS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DOS MUNICIPIOS PRIORITARIOS, DEFINIDOS EM 2009.	50,00	Não Informado
IMPLANTACAO DE OUVIDORIAS DO SUS NOS ESTADOS E CAPITAIS.	0,00	Não Informado

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DA GESTÃO

Dos indicadores utilizados na análise do desempenho da SES em relação ao TCG, verificamos que as metas foram atingidas em 50% dos indicadores. Quanto aos dados não disponíveis, correspondem as ações que ainda estão em desenvolvimento.

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

7.1 BLOCO DE FINANCIAMENTO

Última atualização: 27/07/2012 12:02:07

	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	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
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	467.794.988,98	0,00	0,00	0,00	0,00	467.794.988,98	848.321.131,57	848.321.131,57	844.165.869,49	720.180.200,91	254.992,87	29.844.522,96	392.595.393,27	110.365.658,38
Vigilância em Saúde	34.189.956,06	0,00	0,00	36.894.268,51	69.968.483,04	104.158.439,10	66.012.563,86	66.012.563,86	64.474.400,90	54.137.584,03	0,00	3.445.035,87	65.752.905,61	149.222.993,32
Assistência Farmacêutica	80.864.377,25	0,00	0,00	0,00	0,00	80.864.377,25	313.121.275,02	313.121.275,02	308.123.764,12	265.708,07	337.072,248,00	20.745.972,43	407.589.672,49	202.000.000,00
Gestão do SUS	1.996.770,25	0,00	0,00	0,00	0,00	1.996.770,25	360.504.992,91	360.504.992,91	337.583.076,46	287.238,91	317.441,526,00	0,00	305.242.146,40	20.000.000,00
Bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	19.311.238,92	0,00	0,00	0,00	0,00	19.311.238,92	191.854.602,42	191.854.602,42	190.181.011,80	126.493,61	643.405,959,00	253.747.371,40	400.929.745,65	40.000.000,00
Convênios	4.891.079,29	0,00	0,00	0,00	0,00	4.891.079,29	146.281.534,15	146.281.534,15	144.579.069,12	126.548,53	0,99	0,00	200.657.451,70	79.000.000,00
Prestação de Serviços de Saúde	68.322.491,61	0,00	0,00	0,00	0,00	68.322.491,61	566.267.391,32	566.267.391,32	564.537.096,06	519.839,91	1.539.102,506,00	0,00	500.517.426,88	49.000.000,00
Outras Receitas do SUS	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
Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo	17.688.903,56	0,00	0,00	0,00	0,00	17.688.903,56	1.437.792,243,59	1.437.792,243,59	1.437.790,741,77	1.335.332,963,63	1.440.755,859,00	0,00	19.379.693,775,65	18.062.049,715,58

Análise sobre a Utilização dos Recursos

Os campos referentes aos Recursos Próprios não foram capturados pelo SIOPS, prejudicando a análise. A SES/RJ investe recursos do Tesouro Estadual no Programa de Cofinanciamento da Assistência Farmacêutica Básica, Atenção Básica e no Programa de Apoio aos Hospitais do Interior-PAHI, além do investimento nas unidades hospitalares de média e alta complexidade próprias localizadas em diferentes municípios do Estado."

7.2. INDICADORES FINANCEIROS (Fonte: SIOPS)

Última atualização: 27/07/2012 12:02:07

Participação da receita de impostos na receita total do Estado	52,93%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Estado	11,75%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Estado	11,14%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Estado	99,76%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Estado	18,60%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Estado	56,83%
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Estado, por habitante	R\$241,51
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	28,31%
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	11,95%
Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	36,05%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	5,43%
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Estado com saúde	17,90%
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	12,22%

Análise e considerações sobre os Indicadores Financeiros

Foi executado orçamento de acordo com a Emenda Constitucional 29/2000, cumprindo o índice 12,22%.

8. DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO (Fonte: SIOPS)

8.1. RECEITAS

RECEITAS	PREVISÃO INICIAL (R\$)	PREVISÃO ATUALIZADA (a) (R\$)	RECEITAS ATUALIZADAS	
			Jan a Dez (b) (R\$)	% (b/a)
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSF CONST LEGAIS (I)	33.493.128.383,00	26.075.917.022,00	26.060.635.049,45	99,94
Impostos	30.925.895.446,00	30.925.895.446,00	30.988.351.798,13	100,20
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	102.558.527,00	102.558.527,00	318.416.213,59	310,47
Dívida Ativa de Impostos	314.999.013,00	314.999.013,00	202.850.176,32	64,40
Multas, Juros de Mora, Atualização Monetária e Outros Encargos da Dívida Ativa dos Impostos	198.750.603,00	198.750.603,00	63.867.609,43	32,13

Receitas de Transferências Constitucionais e Legais	1.950.924.794,00	1.950.924.794,00	1.786.302.531,06	91,56
(-) Transferências Constitucionais e Legais	0,00	7.417.211.361,00	7.299.153.279,08	98,41
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS (II)	916.432.963,00	929.432.963,00	731.954.074,43	78,75
Da União para o Estado	897.217.935,00	910.217.935,00	695.059.805,92	76,36
Dos Municípios para o Estado	0,00	0,00	0,00	0,00
Demais Estados para o Estado	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	19.215.028,00	19.215.028,00	36.894.268,51	192,01
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE (III)	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS	21.804.064.086,00	29.137.036.386,00	30.640.299.533,68	105,16
(-) DEDUÇÃO PARA O FUNDEB	4.252.292.263,00	4.314.738.552,00	4.276.854.806,09	99,12
TOTAL	51.961.333.169,00	51.827.647.819,00	53.156.033.851,47	102,56

8.2. DESPESAS COM SAÚDE

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

DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)	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)
DESPESAS CORRENTES	3.813.824.118,00	3.623.045.271,67	3.584.941.947,64	38.103.324,03	100,00
Pessoal e Encargos Sociais	1.548.999.405,00	1.364.411.274,84	1.364.411.274,84	0,00	100,00
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	2.264.824.713,00	2.258.633.996,83	2.220.530.672,80	38.103.324,03	100,00
DESPESAS DE CAPITAL	320.524.378,00	307.110.463,17	306.493.082,08	617.381,09	100,00
Investimentos	320.524.378,00	211.744.859,47	211.127.478,38	617.381,09	100,00
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	0,00	95.365.603,70	95.365.603,70	0,00	100,00
TOTAL (IV)	4.134.348.496,00	3.930.155.734,84	3.891.435.029,72	38.720.705,12	100,00

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

DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	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)
DESPESAS COM SAÚDE	N/A	N/A	3.891.435.029,72	38.720.705,12	100,00
(-) DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS	N/A	N/A			
(-) DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE	N/A	N/A	693.992.972,61	38.719.203,30	18,64
Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS	N/A	N/A	664.304.047,00	36.536.224,80	17,83
Recursos de Operações de Crédito	N/A	N/A	0,00	0,00	0,00
Outros Recursos	N/A	N/A	29.688.925,61	2.182.978,50	0,81
(-) RESTOS A PAGAR INSCRITOS NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE	N/A	N/A		0,00	
TOTAL DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	N/A	N/A		3.197.443.558,93	81,36

8.3. CONTROLE DE RESTOS A PAGAR VINCULADOS SAÚDE INSCRITOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES

CONTROLE DE RESTOS A PAGAR VINCULADOS À SAÚDE INSCRITOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES	RESTOS A PAGAR INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA DE RECURSOS PRÓPRIOS VINCULADOS	
	Inscritos em exercícios anteriores (R\$)	Cancelados em 2011 (R\$)
RESTOS A PAGAR DE DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	317.433.141,79	12.933.126,38

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)]
PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL <12%> [(V - VI)/I] .	12,22

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)
Atenção Básica	27.189.920,00	57.722.645,02	57.466.949,61	255.695,41	1,47
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1.721.699.530,00	1.889.883.518,96	1.858.248.936,84	31.634.582,12	48,09
Suporte Profilático e Terapêutico	422.536.918,00	321.869.294,17	316.871.783,27	4.997.510,90	8,19
Vigilância Sanitária	18.693.833,00	22.954.169,09	22.892.358,66	61.810,43	0,58
Vigilância Epidemiológica	29.179.415,00	38.672.495,07	37.196.142,54	1.476.352,53	0,98
Alimentação e Nutrição	51.000.000,00	52.658.273,04	52.656.771,22	1.501,82	1,34
Outras Subfunções	1.864.048.880,00	1.546.395.339,49	1.546.102.087,58	293.251,91	39,35
TOTAL	4.134.348.496,00	3.930.155.734,84	3.891.435.029,72	38.720.705,12	100,00

Considerações Gerais sobre demonstrativo orçamentário

Conforme já informado no presente Relatório, o Estado do Rio de Janeiro tem cumprido o índice obrigatório constitucional com ações e serviços de saúde. Além das despesas de custeio do setor, bastante elevadas por conta das unidades próprias de saúde, sob a gestão estadual, tem sido aportada parcela importante de recursos para investimentos no SUS.

Este é o caso das inversões realizadas a título de modernização de unidades e serviços, com adequação de instalações físicas e provimento de equipamentos, incluindo, em alguns casos, ampliação de leitos e o aumento da oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; a abertura de novas unidades e serviços; os investimentos realizados em estruturas e/ou serviços nos municípios e o co-financiamento do sistema de saúde no território estadual, por intermédio do aporte financeiro de recursos estaduais para a Atenção Básica, para o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior – PAHI e para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, todos executados nos municípios.

O orçamento deve estar estreitamente vinculado ao planejamento, funcionando como instrumento de alocação e aplicação dos recursos, bem como de alcance de objetivos e metas sintonizadas com as suas diretrizes, como no caso do Plano Estadual de Saúde e, deste, com o Plano Plurianual para o mesmo período de vigência.

Executar planos e projetos, isto é, implementar o planejado, ainda que haja a disponibilidade de recursos, é, todavia, um desafio na administração pública e muitas dificuldades ainda precisam ser vencidas para que o ciclo do planejamento se cumpra de maneira adequada, incluindo as atividades de monitoramento e avaliação.

Novas demandas vêm se configurando a partir da Lei Complementar Nº 141/12 e do Decreto Presidencial Nº 7.508/11, que regulamenta a Lei 8080/90 (que dispõe sobre a organização do SUS) e propõe novos dispositivos, normas e fluxos para a organização e articulação das ações e serviços de saúde, com responsabilidades tripartites.

9. ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O RELATÓRIO DE GESTÃO

9.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O presente Relatório de Gestão encerra a última etapa operacional do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2008-2011.

Durante este período a SES-RJ mobilizou os recursos e envidou todos os esforços para promover a melhoria das condições de saúde da população fluminense, fortalecendo a cooperação com os municípios e com o Ministério da Saúde, parcerias necessárias para o alcance dos objetivos e metas estaduais, além de manter o diálogo permanente com o Conselho Estadual de Saúde para estabelecimento conjunto de prioridades.

Para o cumprimento dos objetivos do Plano, além dos recursos orçamentários explicitados na estrutura do RAG, há despesas realizadas pela SES/RJ decorrentes das ações contínuas das áreas técnicas, que incluem, dentre outras, ações de capacitação/supervisão e visitas técnicas regulares aos municípios do Estado. No ano de 2011, as ações referentes a esta gestão interna incluíram o pagamento de Pessoal e Encargos Sociais (PT 2660 – R\$ 1.002.145.999,77), Manutenção Atividades Operacionais/Administrativas (PT 2016 – R\$ 98.062.798,63), Aquisição Combustível e Lubrificante (PT 2010 – R\$ 4.785.133,10), Despesas Serviços Utilidade Pública (PT 8021 – R\$ 40.801.537,00), Despesas Obrigatórias (PT 2467 – R\$ 26.131.729,21), além de outras despesas relacionadas à operacionalização das Unidades Próprias (PT 2048 – R\$ 146.281.534,15; PT 2049 – R\$ 98.849.154,19). Cabe ressaltar que a SES/RJ ainda se responsabiliza por diversas despesas referentes a ações de saúde, tais como Apoio aos Serviços de Saúde do CBMERJ (PT 2183 – R\$261.117.262,67), Proteção Social Especial à Criança e Adolescente Dependente Químico (PT 4009 – R\$ 4.385.899,70), Proteção Social Especial ao Dependente Químico (PT 2106 – R\$ 8.748.019,15), Apoio aos Hospitais e Sistemas Penitenciário (PT 2218 – R\$ 5.176.652,45) e Apoio ao Hospital Universitário Pedro Ernesto (PT 2682 – R\$ 55.132.525,57; PT 2038 – R\$ 119.866.224,75).

Ao longo dos quatro anos, cujo ciclo de planejamento se encerra com a Programação e o Relatório de Gestão do ano de 2011, as ações desenvolvidas basearam-se no compromisso entre os gestores do SUS para o fortalecimento da capacidade de resposta aos principais agravos e problemas de saúde identificados no território estadual, melhorando a estrutura existente e ampliando a oferta de serviços para a garantia do acesso às ações e serviços públicos.

Fortalecendo a regionalização como ferramenta e como medida estruturante, em consonância com o Pacto pela Saúde e de Gestão, foi possível intensificar as medidas de vigilância em saúde, descentralizando ações de controle e tratamento de doenças e agravos, particularmente com o fortalecimento da Atenção Básica, para a qual o Estado instituiu, como estratégia de estímulo, o co-financiamento, mediante a pactuação de metas e indicadores.

A assistência especializada, no tocante às unidades próprias, recebeu investimentos consideráveis para modernização de estruturas e serviços, provimento de equipamentos e profissionais de saúde, ampliação de leitos e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e abertura de novas unidades.

Os investimentos realizados também incluíram equipamentos públicos (unidades/serviços) municipais e os recursos estaduais sob a forma de co-financiamento não se restringiram à Atenção Básica. Também foram destinados ao Programa de Apoio aos Hospitais do

Interior – PAHI e para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, ambos executados nos municípios.

Uma nova Programação Pactuada e Integrada – PPI, concluída em 2011, foi precedida por estudos e debates envolvendo técnicos e gestores, permitindo as atualizações das referências para as ações de média e de alta complexidade.

O Estado do Rio aderiu à proposta das Redes de Atenção à Saúde, como a Rede Cegonha, de Atenção Oncológica, de Atenção Psicossocial e de Atenção às Urgências e Emergências, bem como ao Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade das Redes de Atenção à Saúde, conforme diretrizes do Ministério da Saúde.

As Unidades de Pronto Atendimento – UPAs 24h são uma inovação deste governo estadual e integram o componente pré-hospitalar fixo nas redes de urgência, interligadas ao SAMU. Ainda em 2011, o Governo do Estado criou a sua Força Estadual de Saúde para garantir a integralidade da assistência em situações de risco ou emergenciais, como enchentes.

Cumprir destacar que a diretriz relacionada à Política Estadual de Urgência e Emergência, presente no PES 2008-11, teve as suas ações concluídas ainda em 2010, razão pela qual não está inserida na estrutura do presente Relatório. Os novos componentes da referida política, com vistas à conformação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, já em processo de implantação, estão contemplados no PES para o próximo quadriênio.

Enfim, a SES tem buscado melhorar o seu desempenho na gestão estadual do SUS, cumprindo o índice constitucional obrigatório para o seu financiamento, utilizando os instrumentos de planejamento setoriais de forma articulada àqueles de governo e valorizando as relações interfederativas e o controle social para a melhoria contínua dos indicadores de saúde da população do Estado do Rio de Janeiro.

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

Os indiscutíveis sinais de melhora dos indicadores sócio-econômicos e seus efeitos sobre os níveis de vida e de saúde da população fluminense, verificados nos últimos quatro anos, representam uma enorme conquista, mas ainda temos muitos desafios a responder e equacionar.

Consolidar os avanços e planejar de forma realista, enfrentando os inúmeros problemas para os quais precisamos encontrar respostas adequadas, consiste na principal tarefa da SES.

Em consonância com as Diretrizes do Plano Nacional de Saúde e com o Plano Plurianual do Governo do Estado do Rio de Janeiro, o Plano Estadual de Saúde 2012-15 representa o esforço da Secretaria, juntamente com os seus parceiros, em especial o Conselho Estadual de Saúde, para alcançar tal objetivo. O PES 2012-2015 foi aprovado pelo CES/RJ, conforme Deliberação CES nº 86 de 24/05/12 (disponível em www.saude.rj.gov.br).

O PES contém as estratégias e metas relacionadas às prioridades setoriais, dando continuidade aos projetos em andamento e balizando aqueles potencialmente capazes de contemplar as necessidades identificadas no território estadual.

Vale salientar o esforço que tem sido empreendido para instituir um processo de planejamento conceitualmente alinhado e integrado do ponto de vista de seus diferentes instrumentos, ademais de privilegiar um processo de construção participativo e coletivo.

9.3. ARQUIVOS ANEXOS

Documento	Tipo de Documento

10. APRECIÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO

10.1 RELATÓRIO TRIMESTRAL (Lei 8.689/1993 e Dec. 1.651/1995)

Relatórios Trimestrais	1º TRI	2º TRI	3º TRI	4º TRI
Enviado ao Conselho de Saúde em	30/04/2011	29/07/2011	31/10/2011	19/03/2012
Enviado para Assembléia Legislativa em	30/04/2011	29/07/2011	31/10/2011	19/03/2012

10.2. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)

10.2.1. INFORMAÇÕES DO GESTOR

Enviado ao Conselho de Saúde para apreciação em	
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

Data de Recebimento do RAG pelo CS	
Apreciado pelo Conselho de Saúde em	
Reapreciado pelo Conselho em	
Parecer do Conselho de Saúde	
Status da Apreciação	
Resolução da Apreciação	Data

RIO DE JANEIRO - RJ, ____ de _____ de ____.