



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

**ANEXO AO RELATÓRIO DE GESTÃO
2012**

**ANÁLISE DO FINANCEIRO, AVALIAÇÃO
DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E
DO TERMO DE COMPROMISSO DO
ESTADO**

FLORIANÓPOLIS – SC

MAIO - 2013

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

GOVERNADOR

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO

VICE GOVERNADOR

EDUARDO PINHO MOREIRA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

DALMO CLARO DE OLIVEIRA

DIRETORA GERAL

ACÉLIO CASAGRANDE

SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

CLÉCIO ANTONIO ESPEZIM

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

KARIN CRISTINE GELLER LEOPOLDO

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE/SC

DALMO CLARO DE OLIVEIRA

COORDENAÇÃO

GERENTE DE PLANEJAMENTO DO SUS

MARCUS AURELIO GUCKERT

ELABORAÇÃO

MARCUS AURÉLIO GUCKERT

ISABEL QUINT BERRETTA

LILIAN BRADFIELD

ROSANI RAMOS MACHADO

COLABORAÇÃO TÉCNICA

SUPERINTENDÊNCIAS, DIRETORIAS E GERÊNCIAS DA SES

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	5
LISTA DE QUADROS	6
LEGISLAÇÃO REFERENTE AO RELATÓRIO DE GESTÃO.....	7
INTRODUÇÃO.....	9
1. METODOLOGIA DO RELATÓRIO GESTÃO	10
1.1. ETAPAS REALIZADAS PARA A ELABORAÇÃO DO RAG	10
1.2. GRAU DE CUMPRIMENTO DE METAS	10
2. AVALIAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE NO SARGSUS.....	15
3. TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO	28
3.1. TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO – NÍVEL FEDERAL PARA ESTADUAL	28
3.1.1. BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR.....	32
3.1.2. BLOCO DE FINANCIAMENTO PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	34
3.1.3. BLOCO DE FINANCIAMENTO PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	35
3.1.4. BLOCO DE FINANCIAMENTO DE GESTÃO DO SUS	35
3.1.5. BLOCO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	36
3.1.6. BLOCO DE INVESTIMENTO NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE	37
3.2. TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO – NÍVEL ESTADUAL PARA O MUNICIPAL.....	38
3.2.1. TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO – RECURSOS REPASSADOS AOS COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL.....	39
4. TERMO DE COMPROMISSO DO ESTADO.....	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Execução dos Recursos Orçamentários para o Setor Saúde em 2012 – Fonte 0100 – Recursos Próprios - (Gerência de Orçamento, Janeiro de 2013).....	12
Figura 2 – Execução dos Recursos Orçamentários para o Setor Saúde em 2012 – Outras Fontes - (Gerência de Orçamento, Janeiro/2013)	13
Figura 3 – Execução dos Recursos Orçamentários para o Setor Saúde em 2012 – Todas as Fontes - (Gerência de Orçamento, Janeiro/2013).....	14
Figura 4 – Percentual de Transferência Fundo a Fundo entre o nível Federal e o Estadual no período de 2012.....	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Valores transferidos fundo a fundo por Bloco - Competência 2012.....	29
Quadro 2 – Movimentação Financeira das transferências fundo a fundo por Bloco – Valores repassados em 2012	30
Quadro 3 – Detalhamento do Valor Líquido Repassado por Blocos ao fundo Estadual de Saúde	31
Quadro 4 – Valores transferidos no Bloco de Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	33
Quadro 5 – Valores transferidos no Bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde.....	34
Quadro 6 – Valores transferidos no Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica	35
Quadro 7 – Valores transferidos no Bloco de financiamento de Gestão do SUS	36
Quadro 8 – Valores transferidos no Bloco da Atenção Básica	36
Quadro 9 – Valores transferidos no Bloco de Investimento	37

LEGISLAÇÃO REFERENTE AO RELATÓRIO DE GESTÃO

- **Lei nº 8.142/90** – dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência de recursos, estabelece, em seu Artigo 4º;
- **Decreto nº 1.232/94** – define as bases para a transferência de recursos Fundo a Fundo;
- **Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995** – Artigo 3º fixa que a análise de Planos, Programações e Relatórios Anuais de Gestão;
- **Lei Estadual nº 13.333 de 22 de fevereiro de 2005** – Dispõe sobre a instituição do Sistema de Transferências de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e estabelece outras providências.
- **Portaria GM/MS nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006** – orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;
- **Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007** – Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
- **Decreto nº 688, de 02 de outubro de 2007 DO – SC nº 18.219, de 02 de outubro de 2007** (Componente Estadual de Auditoria CEA do Sistema Único de Saúde Controle e Avaliação de Saúde – CEA/SUS);
- **Portaria GM/MS nº 3.176 de 24 de dezembro de 2008** – orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão – RAG. * **republicada em 2010.**
- **Resolução nº 007/09 do CES** – Estabelece o prazo de apresentação do Relatório de Gestão.
- **Portaria GM/MS nº 837, de 23 de abril de 2009** - Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS).

- **Portaria GM/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009** - Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.

- **Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de Novembro de 2009** - Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- **Portaria GM/MS nº 2.982, de 26 de Novembro de 2009** - Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

- **Portaria GM/MS nº 1.106, de 12 de maio de 2010** - Atualiza a regulamentação das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de Vigilância Sanitária.

- **Resolução nº 007/CES/2010, de 15 de dezembro de 2010** – Aprova a Programação Anual de Saúde referente ao ano de 2011.

- **Acórdão nº 1.459/2011 do Tribunal de Contas da União**, publicado no DOU nº 106, de 03 junho de 2011.

- **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro 2012** – Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 03 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

- **Portaria nº 575, de 29 de março de 2012**, que Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

INTRODUÇÃO

O presente Relatório Anual de Gestão vem sendo aprimorado todos os anos com a preocupação de compatibilizar-se com os demais instrumentos de gestão produzidos no contexto organizacional da SES, são eles: o Plano Estadual de Saúde para o período 2012-2015, o Plano Plurianual - PPA (2012/2015) e a Programação Anual de Saúde – 2012.

O Relatório Anual de Gestão 2012 visa demonstrar o quantitativo das metas alcançadas para o ano de 2012 determinadas pelas áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde – SES conforme alocação em 03 (três) eixos: Condições de Saúde, Condicionantes e Determinantes e Gestão em Saúde, descritas na Programação Anual de Saúde, encaminhada ao Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina, em janeiro de 2012.

Pretende ainda tal documento funcionar como um guia de consulta permanente aos gestores da SES-SC no desenvolvimento de suas atividades, bem como demonstrar os resultados alcançados com o processo de planejamento para as ações propostas para o ano de 2012.

Este relatório apresenta também as ações e diretrizes do Termo de Compromisso de Gestão da Assinatura do Pacto pela Saúde, do Estado que ainda precisam ser implementadas.

1. METODOLOGIA DO RELATÓRIO GESTÃO

A metodologia escolhida para a disponibilização das informações constantes neste documento está baseado nas diretrizes do PlanejaSUS, sendo esta metodologia igualmente referendada pelo Conselho de Saúde Estadual para sua efetiva adoção em 2007.

Deve conter os seguintes itens em termos de Estrutura:

- I – O resultado da apuração dos indicadores;
- II – a análise da execução da programação (física e orçamentária / financeira) e
- III – as recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores, reprogramação).

1.1. ETAPAS REALIZADAS PARA A ELABORAÇÃO DO RAG

- Encaminhado o arquivo em **04/01/2013** para as áreas da SES que tem metas descritas no PES;
- Recebimento dos arquivos com as justificativas de exclusão e não cumprimento da meta;
- Adequação da metodologia do ano anterior com base na **Série Cadernos de Planejamento - Volume 6** - Orientações gerais para elaboração de Instrumentos de Planejamento e do modelo do relatório municipal proposto pela SES e aprovado na CIB.
- Construção do Relatório de Relatório;
- Apresentação e discussão do relatório no CES e na Comissão do CES.

1.2. GRAU DE CUMPRIMENTO DE METAS

A presente análise do cumprimento das metas do PNS foi realizada a partir de uma planilha em Excel que sintetiza as diretrizes ações e metas estabelecidas para cada um dos recortes adotados no Plano Estadual de Saúde 2012/2015.

O objetivo dessa análise é contribuir para a definição de um modelo e a produção de informações que subsidiem os processos de acompanhamento e avaliação do PES sendo indicada pelo Conselho Estadual de Saúde, no Relatório de Gestão Estadual de 2007 a manutenção desta metodologia.

Utilizou-se sinteticamente para avaliar o grau de cumprimento das metas como sendo:

- **Grau I** - Até 25%, das metas atingidas;
- **Grau II** - de 25,01% até 50%, das metas atingidas;
- **Grau III** - de 50,01% até 75%, das metas atingidas e
- **Grau IV** - acima de 75%, das metas atingidas.

As metas de caráter permanente, estabelecidas para o alcance dentro da programação das atividades de 2012 de cada unidade da SES-SC (Superintendência, Diretoria e/ou Gerência), foram desconsideradas para o cálculo do percentual de desempenho (**GRAUS I, II, III e IV**), sendo excluídas da planilha de Excel, elas serão validadas nos relatórios rotineiros de cada setor.

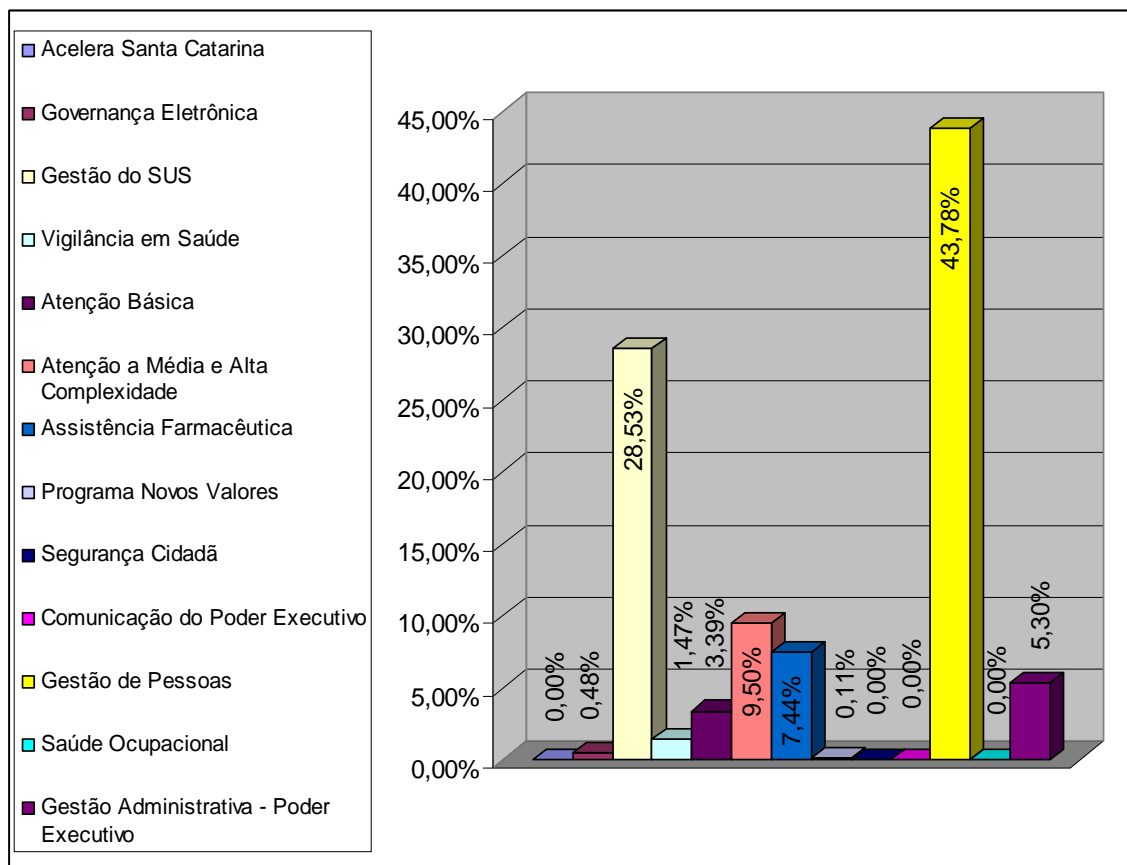
Cabe ressaltar ainda que as ações definidas para o ano de 2012, não executadas na sua totalidade e não atingindo o Grau IV, devem ser justificadas, pelo gerente responsável das ações.

Por meio da descrição dos “**GRAUS**” de desempenho para cada linha de ação descrita dentro do tópico “**Instrumentos de Orientação**” buscou-se descrever sucintamente o montante de recursos envolvidos dentro da Programação proposta pelo PPA (2012/2015) que define 05 (cinco) programas da área da Saúde e 08 (oito) programas de governo comuns a todas as secretarias:

- Acelera Santa Catarina (0101)
- Governança Eletrônica (220);
- **Gestão do SUS** (400);
- **Vigilância em Saúde** (410);
- **Atenção Básica** (420);
- **Atenção a Média e Alta Complexidade** (430);
- **Assistência Farmacêutica** (440);
- Programa Novos Valores (600);
- Segurança Cidadã (720);
- Comunicação do Poder Executivo (810)
- Gestão de Pessoas (850);
- Saúde Ocupacional (855); e
- Gestão Administrativa – Poder Executivo (900).

Desta forma, demonstra-se a dificuldade de compatibilização de leitura dos instrumentos descritos, considerando que estes foram concebidos dentro de diferentes lógicas de programação. No entanto, o cruzamento das informações contidas em ambos, por meio da descrição do desempenho de cada unidade (Plano Estadual de Saúde) e da efetiva utilização dos recursos (execução financeira anual por meio do PPA), fornece-nos uma medida mais ampliada dos esforços direcionados ao setor saúde e mais confiável ao estabelecimento de uma Programação Anual de Saúde para 2012.

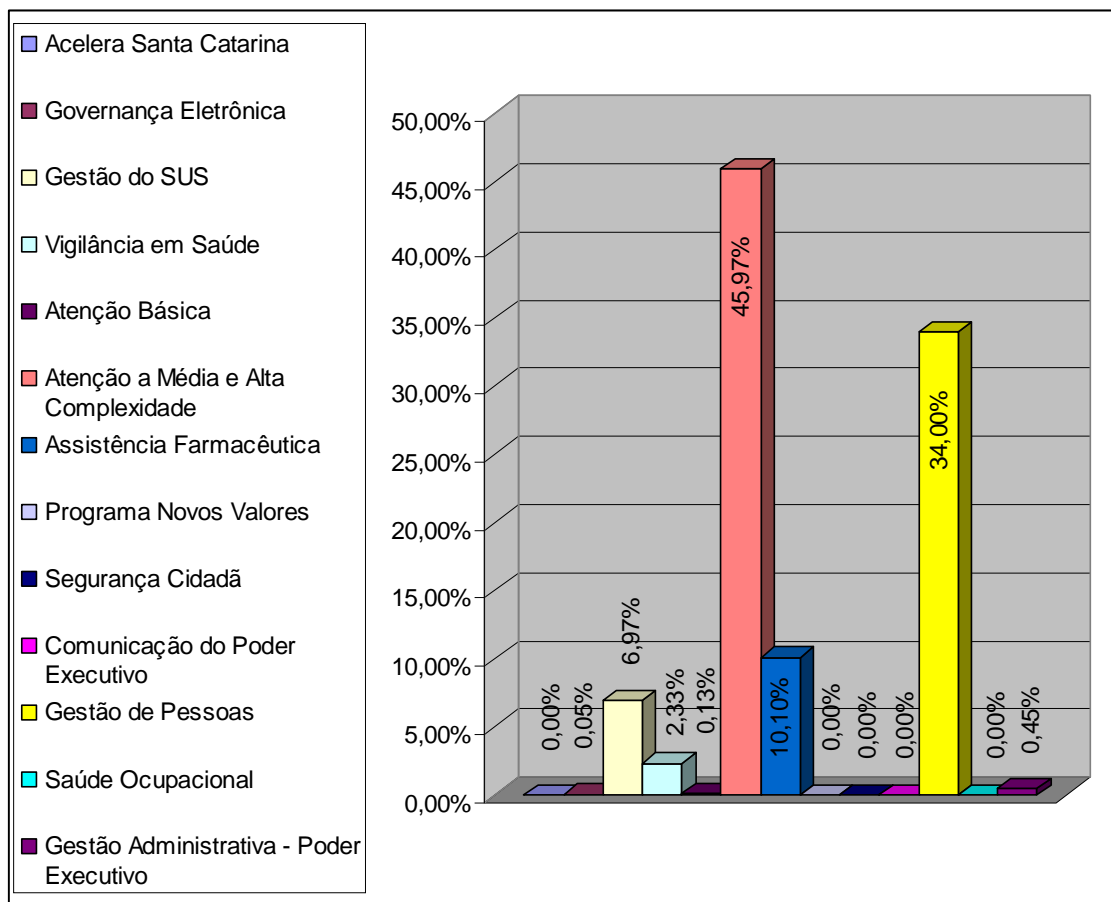
Figura 1 – Execução dos Recursos Orçamentários para o Setor Saúde em 2012 –
Fonte 0100 – Recursos Próprios - (Gerência de Orçamento, Janeiro de 2013)



A figura 1 descreve os montantes de investimentos efetivamente executados em cada programa do PPA de forma a cobrir as ações propostas para o setor saúde no período de 2012, na fonte referente aos recursos próprios.

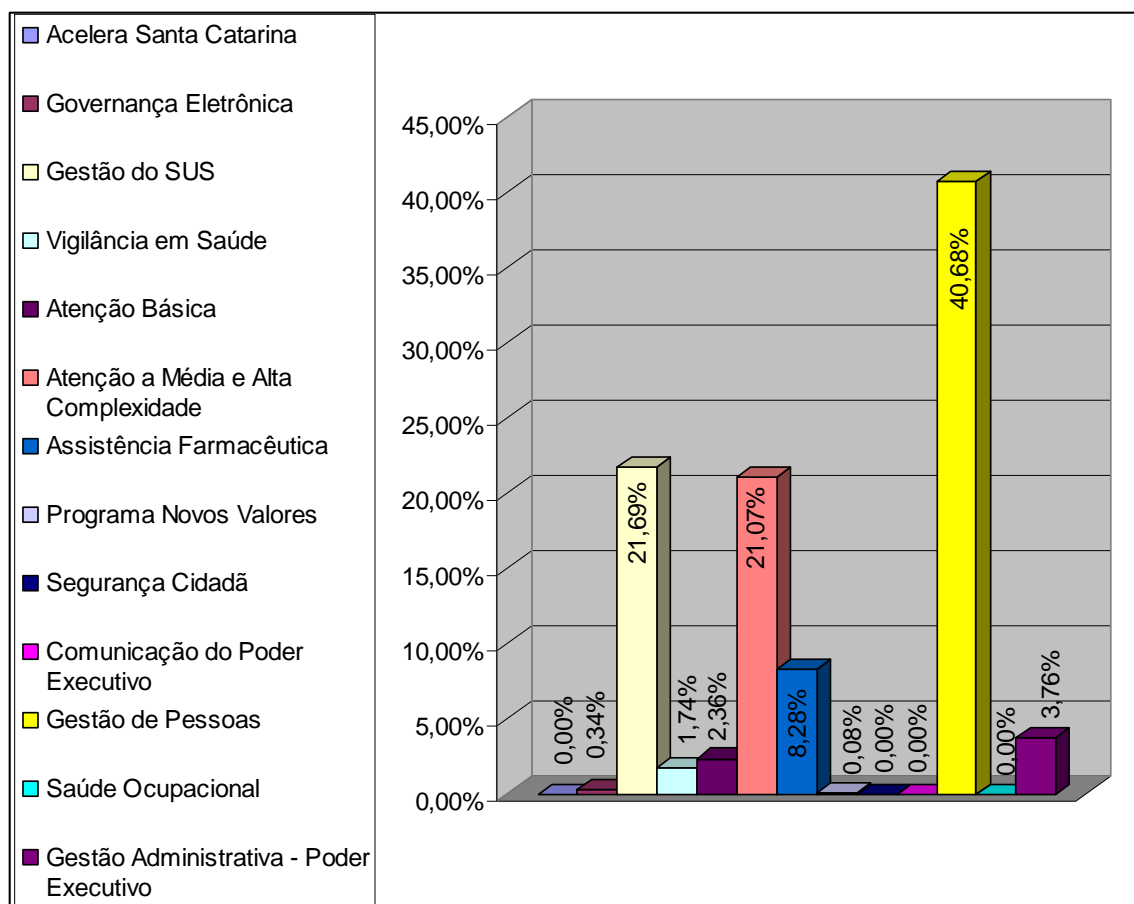
Analisando a figura observa-se que a fonte de recurso própria 43,78% (R\$ 545.693.814,16) dos recursos corresponde à Gestão de Pessoas e que a Atenção Básica corresponde a recursos repassados aos municípios é de 3,39% (R\$ 42.312.752,01) do recurso próprio, além dos gastos coma Atenção a Média e Alta Complexidade que correspondem a 9,50% (R\$ 118.363.340,62).

Figura 2 – Execução dos Recursos Orçamentários para o Setor Saúde em 2012 – Outras Fontes - (Gerência de Orçamento, Janeiro/2013)



Já na figura 2 os recursos de outras fontes, 45,97% (R\$ 266.243.858,68) são recursos da Atenção a Média e Alta Complexidade, pois o Estado recebe de transferência os recursos da prestação de serviço que são pagos aos prestadores contratualizados do SUS e 34% (R\$ 196.895.346,50) são destinados a Gestão de Pessoas.

Figura 3 – Execução dos Recursos Orçamentários para o Setor Saúde em 2012 – Todas as Fontes - (Gerência de Orçamento, Janeiro/2013)



De acordo com o exposto em figura 3 os valores investidos no Programa “Atenção a Média e Alta Complexidade” representam 21,07% dos recursos liquidados para o período (R\$ 384.607.199,30), recursos esses destinados a reorganização da atenção especializada nas unidades hospitalares do estado, garantindo a integralidade da Atenção e estruturação das redes de Média e Alta Complexidade. Os recursos destinados à “Gestão de Pessoas” representa um montante de R\$ 742.589.160,66, significando 40,68% dos valores liquidados em 2012.

O programa “Atenção básica” aparece como sexto item mais significativo em termos de investimentos realizados, sendo da ordem de R\$ 43.080.832,36, representando (2,36%) do total dos recursos liquidados.

O Programa “Gestão do SUS” representa uma parcela de 21,69% dos recursos liquidados, equivalente ao montante na ordem de R\$ 395.940.955,19.

Neste sentido, os demais recursos destinados Programas (Governança Eletrônica, Vigilância em Saúde, Assistência farmacêutica, Gestão Administrativa – Poder Executivo,

Comunicação do Poder Executivo e Novos Valores) ficam em torno de 14,21% dos recursos liquidados.

2. AVALIAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE NO SARGSUS

A avaliação da programação anual de saúde seguirá a ordem que as diretrizes, Objetivos e ações foram cadastradas no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão – SARGSUS:

CONDIÇÕES DE SAÚDE

1ª Objetivo Geral: Ampliar o acesso da população aos serviços e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde, das 47 (quarenta e sete) ações propostas neste objetivo geral, 53% (25 ações) desta obtiveram grau IV, 11% (05 ações) grau III, 6% (03 ações) grau II e 30% (14 ações) grau I. Sendo que as que obtiveram grau II e I deveriam ser revistas para a próxima programação e as justificativas seguem abaixo:

1. 1ª Diretriz: Aperfeiçoamento e Ampliação da Atenção Básica de Saúde

1.3. Ampliar a cobertura do número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) em relação ao nº de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Ação “A” – A justificativa da área técnica foi a dificuldade financeira por parte dos municípios para contratação de profissionais de Saúde Bucal, aliado ao período eleitoral municipal.

1.6. Co-financiar construção e/ou ampliação, reforma e aquisição de equipamentos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) anualmente.

Ação “A” – A justificativa da área técnica foi que esse financiamento é de acordo com a demanda.

2. 2ª Diretriz: Institucionalização do processo de monitoramento e avaliação da atenção básica.

2.1. Realizar o monitoramento e avaliação da atenção básica nos municípios anualmente.

Ação “A” – A justificativa da área técnica foi que no ano 2012 foi realizada a auto-avaliação para NASF, sendo realizada em 100% dos municípios que possuem NASF que eram 174 municípios no momento da avaliação.

3. 3ª Diretriz: Aperfeiçoamento e Ampliação da Atenção a Segmentos Populacionais Específicos e/ou Vulneráveis.

3.1. Reduzir a morbi-mortalidade por causas sensíveis na atenção básica e nas relacionadas ao trabalho.

Ação “**B**” – A justificativa foi que a área técnica está em fase de organização.

Ação “**C**” – A justificativa foi que a área técnica está em fase de organização.

Ação “**E**” – A justificativa foi que a área técnica não encaminhou a proposta, pois estamos na dependência de definição sobre este assunto, da CGSAT e do Depto da Atenção Básica do Ministério da Saúde.

3.2. Reduzir os fatores de risco à saúde dos grupos populacionais específicos e/ou vulneráveis.

Ação “**B**” – A justificativa da área técnica foi que os protocolos estão em fase de elaboração.

3.3. Ampliar e aperfeiçoar o acesso aos serviços de saúde e de reabilitação física, auditiva, intelectual e visual, às órteses e próteses as pessoas com deficiência.

Ação “**B**” – A justificativa da área técnica foi que em função das Portarias da Rede da deficiência e da estruturação do plano estadual, não conseguimos organizar as agendas para a referida capacitação.

Ação “**F**” – A justificativa da área técnica foi que o material já foi elaborado e está em processo de impressão para posterior distribuição.

Ação “**G**” – A justificativa da área técnica foi que o curso aguarda liberação de convênio pelo Ministério da Saúde.

Ação “**T**” – A justificativa da área técnica foi que o material já foi elaborado e está em processo de impressão para posterior distribuição.

Ação “**K, L e M**” – A área técnica informou que foram iniciados os projetos da ação, porém as ações não foram possíveis de ser realizado pela complexidade das ações dependentes do envolvimento de vários setores (CIT/SC, SUR, DIAF, Almoxarifado Hospitalar, LACEN), dificuldade de planejamento dos setores envolvidos, número reduzido de profissionais no setor e a verbas terem sido liberadas tardiamente (próxima do fim do ano).

3.6. Expandir a implantação de bancos de leite humano no Estado, prioritariamente nas macrorregiões do extremo e meio oeste.

Ação “**A**” – A área técnica informou que iniciou estudos para identificar o local que atenda aos requisitos necessários à implantação de Banco de Leite Humano nas macrorregiões.

4. **4ª Diretriz:** Aperfeiçoamento e Ampliação da Atenção das Intervenções Específicas.

4.1. Ampliar e qualificar as ações de saúde mental, álcool e drogas, na atenção básica.

Ação “A” – A área técnica informou por causa do ano eleitoral e muitos gestores com mandato temporário, dificultando a implantação de CAPS no segundo semestre.

Ação “B” – A área técnica informou que realizou Capacitação através do Encontro Estadual de NASF, onde o comparecimento foi de 70% dos municípios com NASF implantado.

4.2. Incentivar o aumento da oferta de leitos em hospitais gerais para a atenção em saúde mental, álcool e drogas, conforme legislação vigente.

Ação “B” – A área técnica informou por causa de mudanças na equipe, com entrada de novos profissionais e treinamento dos mesmos e também com o Afastamento da coordenadora por motivo de saúde, dificultaram a execução desta ação.

4.3. Expandir e qualificar a rede extra-hospitalar efetiva (Serviços residenciais terapêuticos, Centros de Convivência e CAPS)

Ação “A, B e C” – A área técnica informou por causa de mudanças na equipe, com entrada de novos profissionais e treinamento dos mesmos e também com o Afastamento da coordenadora por motivo de saúde, dificultaram a execução desta ação.

2ª Objetivo Geral: Ampliar o acesso da população aos serviços de Média e Alta Complexidade e promover a qualidade, integralidade, equidade e a humanização na atenção à saúde, das 23 (vinte e três) ações propostas neste objetivo geral, 43% (10 ações) desta obtiveram grau IV, 9% (02 ações) grau II e 48% (11ações) grau I. Sendo que as que obtiveram grau II e I deveriam ser revistas para a próxima programação e as justificativas seguem abaixo:

5. **1ª Diretriz:** Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial e hospitalar Especializada

5.1. Ampliar a oferta de consultas especializadas, cirurgias eletivas e exames especializados com a elaboração e cumprimento de protocolos de acesso de forma regionalizada.

Ação “C” – A área técnica informou que foi realizado levantamento dos exames represados, porem sem efetivação da ação proposta.

Ação “F” – A área técnica informou que o protocolo de acesso a neurologia está em processo de revisão para encaminhamento a Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

6. **2ª Diretriz:** Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial e hospitalar Especializada

6.1. Ampliação do acesso à rede laboratorial.

Ação “A” – A área técnica informou que não executou a ação por falta de recursos humanos.

7. **3ª Diretriz:** Implantação e/ou implementação de atendimento pré-hospitalar móvel e fixo e qualificação das portas de entrada das unidades de urgência e emergência.

7.1. Ampliar o número de UPAS nos municípios ou regiões de saúde de forma solidária e regionalizada para a população acima de 50.000 habitantes.

Ação “A” – A área técnica informou que iniciou a revisão pela Região Metropolitana da Grande Florianópolis.

Ação “B” – A área técnica informou que os prazos de acompanhamentos estão sendo realizados em conjunto com o Ministério da Saúde.

7.2. Ampliar a implantação do protocolo de classificação de risco nos pontos de atenção da rede de urgência e emergência.

Ação “A” – A área técnica informou que foram realizadas três capacitações até julho de 2012, quando houve mudança de gestão.

7.3. Ampliar a participação da SES, junto aos fóruns de discussão e instituições reguladores de trânsito.

Ação “A” – A área técnica informou que devido à mudança de gestão não sabemos se houve participação.

Ação “B” – A área técnica informou que esta ação não foi efetivada pela gestão anterior

8. **4ª Diretriz:** Ampliação do acesso a leitos em unidades intensivas aos pacientes críticos.

8.2. Regular os leitos SUS de UTI.

Ação “A” – A área técnica informou que todos os médicos da Regulação Estadual (GECOR/GEUTI) foram capacitados. Os médicos do SAMU, neste momento, não são solicitantes pelo SISREG.

Ação “B” – A área técnica informou que na Região da Grande Florianópolis foi implantado o SISREG, Hospitalar para Regulação dos Leitos de Retaguarda do Hospital Santa Tereza. O período de greve dificultou acesso junto às Unidades para demais implantações. A Implantação da Regulação de Leitos de UTI nas Regiões Metropolitana, Norte e Nordeste está

prevista até abril de 2013 em conformidade com os prazos estabelecidos pelas Portarias da Rede de Urgência/Emergência (Pendente definição das Centrais de Regulação de Internações Hospitalares Regionais para configuração do SISREG nas respectivas Regiões de Saúde). No Sul foi implantado a Regulação de Leitos no Hospital de Araranguá como Projeto Piloto da Região Sul.

8.3. Habilitar leitos de UTI/SUS neonatal prioritariamente nos locais com maior deficiência.

Ação “A” – A área técnica informou que não houve interesse dos prestadores de saúde para habilitarem novos leitos de UTI neonatal.

3ª Objetivo Geral: Prevenir e controlar doenças e agravos de riscos à saúde da população decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços, das 35 (trinta e cinco) ações propostas neste objetivo geral, 51% (18 ações) desta obtiveram grau IV, 11% (04 ações) grau III, 11% (04 ações) grau II e 26% (09ações) grau I. Sendo que as que obtiveram grau II e I deveriam ser revistas para a próxima programação e as justificativas seguem abaixo.

9. **1ª Diretriz:** Prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços.

9.1. Cumprir o Plano de Ação da Vigilância Sanitária, com descentralização para as 09 Macrorregiões de Saúde.

Ação “F” – A área técnica informou que não realizou o monitoramento a qualidade sanitária dos alimentos em razão da reforma no LACEN.

Ação “H” – A área técnica informou que não realizou as capacitações em razão da ANVISA não ter repassado os recursos financeiros do 3º e 4º quadrimestres de 2012.

Ação “I, J e K” – A área técnica informou que não atingiu o percentual programado em razão da falta de recurso humano.

Ação “L e M” – A área técnica informou que não atingiu o percentual programado em razão da falta de recurso humano e a mudança no sistema de pagamento de diárias.

Ação “O, P e Q” – A área técnica informou que não atingiu o percentual programado de inspeção em razão dos problemas com a mudança no sistema de pagamento de diárias.

Ação “S e T” – A área técnica informou que não atingiu o percentual programado em razão do Fundo de Recuperação de Bens Lesados – FRBL, não repassou os recursos em 2012. Projeto será reapresentado em 2013 para execução.

10. **2ª Diretriz:** Estruturação e ampliação da Saúde do Trabalhador.

10.1. Cumprir o Plano de Ação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) com apoio dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST).

Ação “D” – A área técnica informou que o segundo curso não foi realizado por falta de interesse por parte dos técnicos dos municípios.

Ação “G” – A área técnica informou que em virtude de acidente automobilístico com o funcionário responsável pela elaboração do projeto, impediu sua continuação do projeto.

Ação “J” – A área técnica informou que o evento previsto para realizar em Lages, mas não sendo possível a participação dos sindicatos devido a ser ano eleitoral.

Ação “K” – A área técnica informou que foi feito o pedido, mas não autorizado a contratação dos consultores pelo GABS/RH.

Ação “N” – A área técnica informou que a aquisição dos veículos está em processo de licitação.

4º Objetivo Geral: Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, considerando o perfil epidemiológico de cada região e os grupos populacionais mais expostos, das 20 (vinte) ações propostas neste objetivo geral, 75% (15 ações) desta obtiveram grau IV, 10% (02 ações) grau III, 10% (02 ações) grau II e 05% (01 ações) grau I. Sendo que as que obtiveram grau II e I deveriam ser revistas para a próxima programação e as justificativas seguem abaixo.

11. **1ª Diretriz:** Vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis e agravos não transmissíveis e inusitadas.

11.1. Intensificar as ações de vigilância epidemiológica.

Ação “G” – A área técnica informou que foi realizado reforma em uma das salas (recepção) com recursos da DIVE.

Ação “H” – A área técnica informou que foram comprados 06 equipamentos que eram de extrema urgência, outros 04 não foram pedidos nesse ano de 2012.

11.2. Ampliar a cobertura vacinal contra Hepatite B na população até 29 anos e grupos vulneráveis.

Ação “A” – A área técnica informou que revisou a meta anual é 176.000. Mesmo assim não alcançou em função da dificuldade de vacinação da população adulta. A vacina é fornecida pelo MS e aplicada pelas SMS. A distribuição realizada pela DIVE é rotina e entra no custo operacional da Diretoria, não tendo custo específico.

11.3. Vacinar contra a Febre amarela a população residente nos municípios de risco.

Ação “A” – A área técnica informou que revisou a meta anual é 290.000. Mesmo assim a meta não seria alcançada em função da dificuldade de vacinação da população adulta. A vacina é fornecida pelo MS e aplicada pelas SMS. A distribuição realizada pela DIVE é rotina e entra no custo operacional da Diretoria, não tendo custo específico.

5º Objetivo Geral: Promover a atenção à saúde da população mediante a implementação da assistência farmacêutica em todo o Estado, das 07 (sete) ações propostas neste objetivo geral, 71% (05 ações) desta obtiveram grau IV e 29% (02 ações) grau I. Sendo que as que obtiveram grau I deveriam ser revistas para a próxima programação e as justificativas seguem abaixo.

12. **1ª Diretriz:** Implementação de assistência farmacêutica, conforme legislação vigente.

12.1. Reduzir a demanda judicial de medicamentos.

Ação “B” – A área técnica informou que a Justiça Federal não agendou audiências de conciliação neste período.

12.2. Fomentar o uso racional de medicamentos no Estado de Santa Catarina.

Ação “B” – A área técnica informou que não foi finalizada a negociação com HU porque já cumpre o papel de centro de referência com o monitoramento de todos os pacientes de Gaucher, mas para oficializar é necessária a oficialização perante o MS.

CONDICIONANTES E DETERMINANTES

1º Objetivo Geral: Reduzir os riscos decorrentes de fatores ambientais e antropogênicos que contribuem para a ocorrência de problemas de saúde na população, das 37 (trinta e sete) ações propostas neste objetivo geral, 65% (24 ações) desta obtiveram grau IV, 3% (01 ações) grau III, 3% (01 ações) grau II e 30% (11 ações) grau I. Sendo que as que obtiveram grau II e I deveriam ser revistas para a próxima programação e as justificativas seguem abaixo:

13. **2ª Diretriz:** Ampliação e aperfeiçoamento da participação do setor saúde para a promoção de ambiente saudável e sustentável e do acesso ao saneamento básico ambiental

(drenagem pluvial urbana, abastecimento de água potável, coleta e tratamento de resíduos sólidos e efluentes).

13.3. Ampliar a vigilância da qualidade da água dos municípios.

Ação “**J**” – A área técnica informou que não realizou a capacitação por falta de recurso financeiro.

13.5. Ampliar a oferta de análises laboratoriais de média e alta complexidade pelo LACEN.

Ação “**A**” – A área técnica informou que não realizou a ação devido à reforma na área de produtos e meio ambiente e a falta de recursos humanos.

13.6. Ampliar a oferta de análises laboratoriais de média e alta complexidade pelo LACEN.

Ação “**A**” – A área técnica informou que não realizou a capacitação por insuficiência de recursos humanos qualificados.

Ação “**B**” – A área técnica informou que não realizou a ação por falta de pessoal, infraestrutura e recursos financeiros.

14. **3ª Diretriz:** Ampliação e aperfeiçoamento do monitoramento da população exposta a substâncias químicas com risco potencial à saúde humana.

14.1. Identificar os municípios quanto ao potencial de risco para a emissão de poluentes atmosféricos.

Ação “**A**” – A área técnica informou que não realizou o monitoramento por insuficiência de recursos humanos qualificados.

14.2. Identificar e cadastrar áreas contaminadas com população exposta ou potencialmente exposta.

Ação “**A e B**” – A área técnica informou que não realizou as ações por insuficiência de recursos humanos qualificados.

14.3. Implementar ações de promoção de saúde ambiental articuladas entre as Vigilâncias em Saúde e a Atenção Básica.

Ação “**A**” – A área técnica informou que não realizou as ações por insuficiência de recursos humanos qualificados.

15. **4ª Diretriz:** Fortalecimento das ações de vigilância e controle de vetores, reservatórios e hospedeiros de importância para a saúde pública.

15.1. Promover ações intersetoriais e interinstitucionais para a vigilância e controle do *Aedes aegypti*, roedores urbanos e outros vetores.

Ação “A” – A área técnica informou que em 2012 este acompanhamento não foi possível. Considerando o número reduzido de técnicos na Divisão de Aves e Roedores , apenas 3. Considerando o número de agravos sob a coordenação dessa Divisão como: Hantavirose, Leptospirose, Raiva, Brucelose, Febre Maculosa, Acidentes por Animais Peçonhentos (araneísmo, ofidismo, escorpionismo, erucismo e acidentes por abelhas) entre outros e considerando as demandas urgentes relacionadas a estes agravos (investigação epidemiológica, óbitos).

15.2. Desenvolver ações de educação ambiental visando à participação da população nas ações de prevenção de riscos e agravos a saúde.

Ação “A” – A área técnica informou que não houve disponibilidade financeira para execução desta ação.

16. **5ª Diretriz:** Promoção da saúde, prevenção dos riscos e mitigação dos efeitos decorrentes dos desastres de origem natural e antropogênica.

16.1. Elaborar e implantar, com participação social, o plano estadual regionalizado para atuar na promoção da saúde, na prevenção de riscos e nas respostas em situações de desastre.

Ação “A” – A área técnica informou que devido aos recursos empenhado somente realizou um único curso.

Ação “C” – A área técnica informou que não houve um evento adverso significativo no ano 2012 no estado.

GESTÃO EM SAÚDE

Objetivo Geral: Fortalecer a gestão do SUS nas esferas de governo estadual e municipal, das 98 (noventa e oito) ações propostas neste objetivo geral, 66% (65 ações) desta obtiveram grau IV, 2% (02 ações) grau III, 10% (10 ações) grau II e 21% (21 ações) grau I. Sendo que as que obtiveram grau II e I deveriam ser revistas para a próxima programação e as justificativas seguem abaixo:

17. **1ª Diretriz:** Aperfeiçoamento da gestão na saúde conforme as diretrizes do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011.

17.1. Implantar a Política de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS nos Hospitais Públicos Estaduais.

Ação “A” – A área técnica informou que há necessidade de fortalecer os GTH já existentes nas instituições. Realização de 09 reuniões (oficinas), 04 encontros itinerantes e I Mostra da PNH. Aquecimento do Colegiado, criação da Logo Marca e 05 visitas técnicas.

Ação “B” – A área técnica informou que fomentou a implantação por meio de curso a distância oferecida pela DEPS/SES e realizado pela UNISUL conforme TCC 1.378/2012. As metas serão implantadas a partir da formação.

17.2. Aperfeiçoar a Programação Pactuada e Integrada da assistência como instrumento organizador do acesso, nas regiões de saúde e nas linhas de atenção prioritárias.

Ação “A” – A área técnica informou que em virtude do MS não reconhecer a defasagem no recurso passado ao Estado ainda não realizamos esta ação, estamos em conversação com o MS para aumento do nosso teto financeiro.

17.3. Institucionalizar o processo de planejamento na gestão do SUS, no estado e nos municípios, com base nos Instrumentos de Gestão.

Ação “C” – A área técnica informou que em virtude da aprovação das Comissões Intergestoras Regionais – CIR terem sido aprovadas conforme as CIR existentes, não houve necessidade de realização destas oficinas.

17.4. Estabelecer Política Estadual de Atenção Hospitalar, na concepção das Redes.

Ação “A” – A área técnica informou que está aguardando publicação da nova Portaria de Atenção Hospitalar.

Ação “B” – A área técnica informou que as regiões de saúde de Itajaí, São Lourenço, Xanxerê e Rio do Sul, foram atendidos. Em função do período eleitoral à assinatura dos convênios ocorreram somente até junho.

18. **2ª Diretriz:** Qualificar o acesso aos serviços de atenção básica, média e alta complexidade.

18.1. Cumprir a Programação Pactuada e Integrada – PPI da Assistência por meio dos processos de regulação e contratualização dos serviços.

Ação “A” – A área técnica informou que não houve interesse dos prestadores em contratualizar.

Ação “B” – A área técnica informou que está articulado junto à Gerência de Contratualizações e Gerência de Coordenação das Organizações Sociais a necessidade de cláusula para o Termo Aditivo que legalize a regulação dos serviços contratualizados.

18.2. Implementar a Política Estadual de Regulação de Atenção à Saúde.

Ação “D” – A área técnica informou que está no aguardo da liberação recurso QUALISUSREDE para licitação/compra dos equipamentos.

18.3. Monitorar, avaliar, controlar e auditar as ações e serviços de saúde.

Ação “A” – A área técnica informou que o instrumento está em fase de elaboração.

20. **4ª Diretriz:** Estruturação de serviços para conformação de redes de atenção à saúde.

20.1. Implantar a rede cegonha.

Ação “C e D” – A área técnica informou que foram realizadas reuniões nas macrorregiões escolhida como prioritárias pelo estado em 2012, conforme pactuação em CIB.

20.2. Ampliar e Reestruturar a Rede Psicossocial.

Ação “D” – A área técnica informou que foi realizado apenas na Grande Florianópolis e as demais regiões transferiram a tarefa para o ano de 2013, em função do ano eleitoral.

20.4. Reestruturar as redes de alta complexidade aprovados em planos operativos estaduais.

Ação “E, F e G” – A área técnica informou que as ações não foram realizadas em 100% por falta de Orçamento que impossibilitou a conclusão da meta proposta e que a obras foram incluída no pacto pela Saúde (BNDES) para 2013.

20.5. Estruturar as Unidades administrativas e Assistenciais da SES.

Ação “E” – A área técnica informou que a obra ficou paralisada até novembro quando retomaram os serviços.

21. **5ª Diretriz:** Qualificação dos profissionais e do controle social por meio da educação permanente.

21.1. Ampliar o uso da Educação à Distância como ferramenta de capacitação no SUS.

Ação “A” – A área técnica informou que a UNISUL realiza curso de segurança do paciente 100% em EAD. E também foi realizado Workshop com a temática da PNH com 03 web conferencias pelo telessaude.

21.2. Qualificar os trabalhadores do SUS, nas áreas consideradas estratégicas e específicas.

Ação “D” – A área técnica informou que a GESAP não promove os cursos, somente presta assessoria na elaboração de material instrucional e certificação dos cursos, quando solicitado pelas regiões que os realizam.

Ação “**E e F**” – A área técnica informou que foram iniciados os projetos da ação, porém não foram possíveis de serem realizadas pela complexidade das ações dependentes do envolvimento de vários setores (CIT/SC, SUR, DEPS), dificuldade de planejamento dos setores envolvidos, número reduzido de profissionais no setor e a verba ter sido liberada tardiamente (próxima do fim do ano).

Ação “**H**” – A área técnica informou que realizou curso na modalidade de contrapartida com as instituições de ensino/ estágio curriculares nas unidades da SES.

Ação “**T**” – A área técnica informou que não foram encontrados cursos relacionados ao tema "serviço de verificação de óbitos".

Ação “**L**” – A área técnica informou que não atingiu o proposto nesta ação devido à contenção de despesas conforme orientação do Gabinete do Governo do Estado. Decreto nº 1.081 de 03/08/2012.

21.3. Implementar a Política Estadual de Residência Médica e Multiprofissional.

Ação “**A e B**” – A área técnica informou que o Projeto foi recusado em função de se fazer necessário o convênio com uma universidade e sendo assim faltou de tempo hábil para esta providencia.

21.4. Ampliar as capacitações para qualificar os serviços e profissionais da urgência e emergência.

Ação “**A**” – A área técnica informou que devido à mudança de gestão somente realizou 03 capacitações das 08 previstas.

21.5. Realizar capacitações sistemáticas de conselheiros de saúde no Estado.

Ação “**A**” – A área técnica informou que não foi disponibilizado recurso para a realização desta ação.

22. **6ª Diretriz:** Fortalecimento da gestão do trabalho no SUS.

22.2. Estimular a inserção dos profissionais da atenção básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação destes profissionais.

Ação “**A**” – A área técnica informou que a ação foi postergada para execução em 2013, com lançamento do PROVAB.

23. **8ª Diretriz:** Qualificação das informações nos Sistemas de Informação do SUS.

23.3. Monitorar as internações das principais causas de óbito no Estado.

Ação “**A e B**” – A área técnica informou que os esforços de 2012 foram no desenvolvimento de software para - CECISS – Coordenação Estadual Controle de Infecção em Serviço de Saúde.

23.4. Estruturar os Sistemas de Informações.

Ação “**A**” – A área técnica informou que o projeto da reforma da rede lógica foi elaborado e será licitado em 2013.

Ação “**D**” – A área técnica informou que o Software está em fase de homologação por parte dos usuários.

Avaliação geral da Programação Anual de Saúde

Das 267 (duzentos e sessenta e sete) ações propostas na programação anual de 2012, 61% (162 ações) desta obtiveram grau IV, 5% (14 ações) grau III, 8% (22 ações) grau II e 26% (69 ações) grau I, sendo que as ações que não obtiveram graus IV no cumprimento de metas deveriam ser revistas para a próxima programação.

3. TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO

3.1. TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO – NÍVEL FEDERAL PARA ESTADUAL

A transferência fundo a fundo é um instrumento de descentralização de recursos disciplinado em leis específicas, que se caracterizam pelo repasse diretamente de fundos da esfera federal para fundos das esferas estaduais, municipais e do Distrito Federal, dispensando a celebração de convênios. Os fundos que operam essa modalidade de transferência são o Fundo Nacional de Saúde – FNS e o Fundo Nacional da Assistência Social – FNAS

As normas que disciplinam essa forma de transferência no âmbito do FNS são a Lei nº 8.142, de 19 de fevereiro de 1990, regulamentada pelo Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994.

A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. O Parágrafo único do Art. 3º estabelece que “Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados”. Em seu Art. 4º estabelece os a divisão dos blocos de financiamento:

- I - Atenção Básica;
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica; e
- V - Gestão do SUS.
- VI - Investimento

Na transferência, os valores são depositados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde estaduais, do Distrito Federal e municipais. A aplicação dos recursos deve ser realizada conforme o previsto no plano de saúde do Estado, Distrito Federal ou Município.

Na Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, em seu Art. 32. estabelece que “A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, far-se-á para o Ministério da Saúde, mediante relatório de gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde”.

O quadro 1 apresenta os valores empenhados para o Estado, na competência 2012, pelo governo federal, referente às transferências fundo a fundo nos blocos de financiamentos.

Quadro 1 – Valores transferidos fundo a fundo por Bloco - Competência 2012

Blocos de Financiamento	Valor Líquido	Descontos	Valor Total
Atenção Básica	45.360,00	0,00	45.360,00
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	373.623.624,96	39.423.498,79	413.047.123,75
Gestão do SUS	1.100.701,39	0,00	1.100.701,39
Assistência Farmacêutica	54.551.884,32	0,00	54.551.884,32
Vigilância em Saúde	12.858.580,52	205.200,00	13.063.780,52
Investimento	4.397.950,00	0,00	4.397.950,00
Total de Transferência Fundo a Fundo em 2012	446.578.101,19	39.628.698,79	486.206.799,98

Fonte: www.fns.saude.sc.gov.br, acessado em 13/02/2013.

Os recursos apresentados por bloco apenas o bloco de gestão que são referentes a Portarias específicas e que não tem desconto. Sendo que o valor líquido foi o que o Estado recebeu efetivamente para realizar as ações de saúde.

Os descontos são relacionados aos Blocos de Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica, são referentes aos percentuais descritos nas Portarias Específicas. No Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, os descontos são relacionados aos empréstimos consignados com os prestados de serviço do SUS.

O quadro 2 representa a movimentação financeira das transferências fundo a fundo por Blocos de Financiamento, Apresentado pela Gerencia Administrativa e Financeira da SES, onde demonstra os valores recebidos no ano de 2012, na conta do Fundo Estadual de Saúde, assim também estão incluídos valores referentes à competência anteriores que não foram gastos e ficam disponíveis com código específico demonstrando ser recursos do ano anterior.

Quadro 2 – Movimentação Financeira das transferências fundo a fundo por Bloco –
Valores repassados em 2012

Conta Corrente	Saldo 2011	Repasse 2012	Aplicação 2012	Saldo 2012	Total Utilizado
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA					
		56.754.231,19	595.467,68		67.853.176,29
53678	17.620.519,33	54.551.884,32	554.628,38	6.271.902,42	66.455.129,61
55379	461.341,67	2.202.346,87	40.839,30	1.306.481,16	1.398.046,68
ATENÇÃO BÁSICA					
		255.360,00	6.862,59		120.360,00
53481	77.867,05	255.360,00	6.862,59	219.729,64	120.360,00
GESTÃO DO SUS					
		6.853.058,98	820.504,62		4.531.693,07
53929	8.446.921,21	6.853.058,98	820.504,62	11.588.791,74	4.531.693,07
INVESTIMENTO					
		7.793.069,00	207.966,13		26.605,20
56448	6.263,89	88.684,00	3.521,67	71.864,36	26.605,20
56731	-	1.808.400,00	85.208,16	1.893.608,16	-
56960	-	800.000,00	32.785,43	832.785,43	-
57428	-	560.500,00	2.317,11	562.817,11	-
57495	-	1.451.650,00		1.451.650,00	-
57509	-	484.000,00	-	484.000,00	-
000005674X	-	2.599.835,00	84.133,76	2.683.968,76	-
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR					
		405.485.327,19	5.170.903,34		361.465.877,97
53465	49.633.939,01	405.025.840,90	5.138.975,71	100.012.254,46	359.786.501,16
59358	1.279.949,11	459.486,29	31.927,63	91.986,22	1.679.376,81
VIGILÂNCIA EM SAÚDE					
		12.643.580,52	544.148,23		13.995.736,57
53422	1.306.037,27	2.302.478,98	114.972,27	2.800.361,24	923.127,28
53457	7.943.541,42	10.341.101,54	429.175,96	5.641.209,63	13.072.609,29
Total geral		489.784.626,88	7.345.852,59		447.993.449,10

Fonte: GEAFI/2013

No **quadro 3** detalharemos os valores líquidos repassados por blocos ao Fundo Estadual de Saúde, demonstrando que esses valores são compostos, não somente com recurso da competência 2012, mas sim com competência de anos anteriores:

Quadro 3 – Detalhamento do Valor Líquido Repassado por Blocos ao fundo Estadual de Saúde

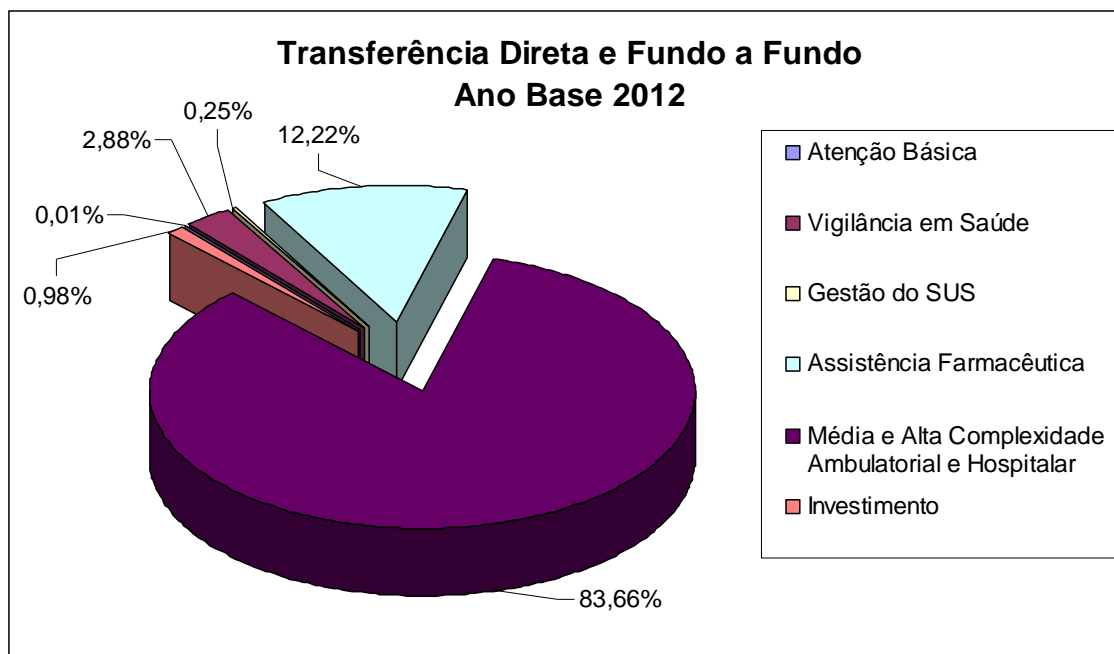
Competência	Valor líquido Repassado em 2011	Desconto	Valor Total
Bloco da Atenção Básica			
2011	150.000,00	0,00	150.000,00
2012	45.360,00	0,00	45.360,00
Total	195.360,00	0,00	195.360,00
Bloco de Vigilância em Saúde			
2011	65.000,00	0,00	65.000,00
2012	12.858.580,52	205.200,00	13.063.780,52
Total	12.923.580,52	205.200,00	13.128.780,52
Bloco de Gestão do SUS			
2011	5.841.041,59	0,00	5.841.041,59
2012	1.100.701,39	0,00	1.100.701,39
Total	6.941.742,98	0,00	6.941.742,98
Bloco da Assistência Farmacêutica			
2011	0,00	0,00	0,00
2012	54.551.884,32	0,00	54.551.884,32
Total	54.551.884,32	0,00	54.551.884,32
Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar			
2011	39.204.529,91	2.891.311,59	42.095.841,50
2012	373.623.624,96	39.423.498,79	413.047.123,75
Total	412.828.154,87	42.314.810,38	455.142.965,25
Bloco de Investimento			
2011	4.408.235,00	0,00	4.408.235,00
2012	4.397.950,00	0,00	4.397.950,00
Total	8.806.185,00	0,00	8.806.185,00

Fonte: www.fns.saude.sc.gov.br, acessado em 13/02/2013.

Observa-se que os relatórios do FNS e da sala de situação apresentados neste relatório apresentam todos os recursos empenhados até 31 de dezembro de 2012, porém alguns destes recursos entraram na conta do Fundo do Estado somente em no decorrer do ano de 2013, onde dificulta a análise dos dados.

Na figura 4, consta o percentual das transferências fundo a fundo entre os entes: federal e estadual, conforme podemos ver que 83,66% dos recursos transferidos fundo a fundo foram no bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Figura 4 – Percentual de Transferência Fundo a Fundo entre o nível Federal e o Estadual no período de 2012.



Fonte: www.fns.saude.sc.gov.br, acessado em 13/02/2013.

3.1.1. BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR.

O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é constituído por dois componentes:

I - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC;

II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

Os recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.

Foram transferidos na competência 2012, no Bloco de Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, o valor total de R\$ 373.623.624,96, conforme descrito no quadro 4.

Apresentamos este quadro apenas como forma ilustrativa para que os conselheiros conheçam discriminadamente todos os itens que compõem cada Bloco descritos nos itens 3.1.1 a 3.1.6.

Como todos são recursos do mesmo bloco, os recursos podem ser utilizados dentro do bloco e por isso não existe ainda uma forma de demonstrar o que foi utilizado por ação, sendo apresentado de forma global como já foi demonstrado no quadro 2.

Quadro 4 – Valores transferidos no Bloco de Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Bloco de Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	Valor Líquido R\$
CEO - Centro de especialidades Odontológicas	105.600,00
Financiamento aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador	440.000,00
Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (PI)	1.820.000,00
Rede Viver Sem Limites - RDEF - CEO	2.200,00
Serviços de Atendimento Móvel as Urgências - SAMU 192 (MAC)	8.162.000,00
Teto Estadual da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	295.343.114,70
Teto Estadual Rede Brasil Sem Miséria (BSOR-SM)	437.687,49
Teto Estadual Rede Cegonha	82.083,04
Teto Estadual Rede Cegonha (RCE-RCEG)	234.292,14
Teto Estadual Rede de Urgência (RAU-HOSP)	11.595.096,02
Teto Estadual Rede Psicossocial	1.015.213,50
Teto Estadual Rede Psicossocial (RSM-CRAC)	598.160,12
Teto Estadual Rede Saúde Mental (RSME)	888.839,20
Teto Estadual Rede Viver Sem Limites (RDEF)	59.204,43
FAEC - Cirurgias Eletivas - Componente I	5.898.006,98
FAEC - Cirurgias Eletivas - Componente II	6.409.057,15
FAEC - Cirurgias Eletivas - Componente III	6.409.057,15
FAEC AIH - Cirurgia Do Aparelho Circulatório	3.493.007,01
FAEC AIH - Cirurgia do Aparelho Digestivo, Órgãos Anexos e Parede abdominal	171.399,64
FAEC AIH - Cirurgia Orofacial	16.317,54
FAEC AIH - Outras Cirurgias Plásticas/Reparadoras	1.724,70
FAEC AIH - Prótese Mamária - Cirurgia	2.206,85
FAEC AIH - Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células	2.110.898,91
FAEC AIH - Tratamento de Doenças do sistema Nervoso Central e periférico	7.196,41
FAEC AIH - Tratamentos Odontológicos	19.743,22
FAEC SIA - Atendimento/Acomp. de Doenças Endoc/Metabol e Nutricionais	0,00
FAEC SIA - Atendimento/Acompanhamento em Reabilitação Física, Mental	55.440,00
FAEC SIA - Consultas Médicas/Outros Profissionais de Nível Superior	2.078,64
FAEC SIA - Mamografia para Rastreamento	1.670.040,00
FAEC SIA - Nefrologia	17.933.323,38
FAEC SIA - Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células	8.511.605,33
FAEC SIA - Tratamento de Doenças do Aparelho da Visão	35.312,91
FAEC SIA - Tratamento em Oncologia	93.718,50

Fonte: www.fns.saude.sc.gov.br, acessado em 13/02/2013.

3.1.2. BLOCO DE FINANCIAMENTO PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

As Portarias GM/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, e GM/MS nº 1.106, de 12 de maio de 2010, alteraram dispositivos da Portaria GM/MS nº 204/07. Os recursos que compõem o bloco financeiro de Vigilância em Saúde dos municípios, do Distrito Federal e dos estados representam o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e de vigilância sanitária. O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes:

- I. Componente da Vigilância e Promoção da Saúde;
- II. Componente da Vigilância Sanitária.

Foram transferidos na competência 2012, no bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde, o valor de R\$ 12.858.580,52, conforme descrito no quadro 5:

Quadro 5 – Valores transferidos no Bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde

Bloco de Financiamento para a Vigilância em Saúde	Valor R\$
Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/AIDS	85.333,34
Fórmula Infantil às Crianças Verticalmente Expostas ao HIV	157.427,82
Incentivo a Política de Promoção da Saúde e Prev de Doenças e Agravos	250.000,00
Incentivo ao Fortalec de Ações de Práticas Corporais/Atividade Física	100.000,00
Incentivo de Qualificação das Ações de Dengue	643.111,43
Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV AIDS e outras DST	448.288,71
Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST	896.577,43
Incentivo p/ Ampliação e Sustentabilidade Projeto Vida no Trânsito	250.000,00
Incentivo para Casa de Apoio HIV-AIDS	42.666,67
Incentivo Qualificação das Ações de Vigilância e Promoção da Saúde P/ Hepatites Virais	672.185,01
Núcleos Hospitalares de Epidemiologia - NHE	96.000,00
Piso Estratégico - Gerenciamento de Risco de VS	1.326.581,34
Piso Estratégico - Gerenciamento de Risco de VS - Produtos e Serviços	822.551,58
Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde - PFVPS	4.810.357,19
Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária - FINLACEN-VISA	840.000,00
Repasse para Estruturação Tecnológica da Vigilância em Saúde da UF	97.500,00
Repases para Ações de Vigilância em Saúde Ambiental	900.000,00
Serviços de Verificação de Óbito - SVO	420.000,00

Fonte: www.fns.saude.sc.gov.br, acessado em 13/02/2013.

3.1.3. BLOCO DE FINANCIAMENTO PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

As Portarias GM/MS nº 2.981 e GM/MS nº 2.982, ambas de 26 de novembro de 2009, alteraram dispositivos da Portaria GM/MS nº 204/07. O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes:

- I. Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- II. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;
- III. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica e programas de saúde estratégicos.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde

Neste bloco foram transferidos na competência 2012 um valor de R\$ 54.551.884,32, conforme descrito no quadro 6:

Quadro 6 – Valores transferidos no Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica

Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica	Valor R\$
Programa de Aquisição de Medicamentos Excepcionais	54.551.884,32

Fonte: www.fns.saude.sc.gov.br, acessado em 13/02/2013.

3.1.4. BLOCO DE FINANCIAMENTO DE GESTÃO DO SUS

O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

- I. Componente para a Qualificação da Gestão do SUS;
- II. Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

A transferência dos recursos do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico.

A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

Foram transferidos na competência 2012, no bloco de financiamento de Gestão do SUS, o valor de R\$ 1.100.701,39, conforme descrito no quadro 7:

Quadro 7 – Valores transferidos no Bloco de financiamento de Gestão do SUS

Bloco de Financiamento de Gestão do SUS	Valor R\$
Programa de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN)	130.000,00
Qualificação da Regulação do Acesso às Ações e Serviços de Saúde	970.701,39

Fonte: www.fns.saude.sc.gov.br, acessado em 13/02/2013.

3.1.5. BLOCO DA ATENÇÃO BÁSICA

O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

- I. Componente Piso da Atenção Básica - PAB Fixo;
- II. Componente Piso da Atenção Básica - PAB Variável.

O Componente Piso da Atenção Básica - PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios.

O Componente Piso da Atenção Básica - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica em saúde.

Os recursos do Componente PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

Foi transferido na competência 2012, no bloco de financiamento da Atenção Básica, o valor de R\$ 45.360,00, conforme descrito no quadro 8:

Quadro 8 – Valores transferidos no Bloco da Atenção Básica

Bloco de Financiamento da Atenção Básica	Valor R\$
Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário	45.360,00

Fonte: www.fns.saude.sc.gov.br, acessado em 13/02/2013.

3.1.6. BLOCO DE INVESTIMENTO NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Em 2009, a Portaria GM/MS nº 837, de 23 de abril de 2009, alterou e acrescentou dispositivos à Portaria GM/MS n. 204/2007, para inserir o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros que são transferidos mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde.

Foi transferido na competência 2012, no bloco de Investimentos, o valor de R\$ 4.397.950,00, conforme descrito no quadro 9:

Quadro 9 – Valores transferidos no Bloco de Investimento

Bloco de Financiamento de Investimento	Valor R\$
Estruturação de Serviços de Hematologia e Hemoterapia	110.000,00
Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde	2.836.300,00
Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar	1.451.650,00

Fonte: www.fns.saude.sc.gov.br, acessado em 13/02/2013.

3.2. TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO – NÍVEL ESTADUAL PARA O MUNICIPAL

Denominação da Ação	Recursos do Tesouro 0100			Recursos de Outras Fontes 0223, 0228, 0232, 0240, 0280, 0285, 0319, 0623, 0628 e 0685		
	Orçado	Empenhado	Liquidado	Orçado	Empenhado	Liquidado
Atenção Básica						
Incentivo Financeiro Municipal – Estratégia da Saúde da Família - SDR's	40.060.00,00	38.416.695,88	38.416.695,88	46.000,00	45.360,00	45,360,00
Suporte Financeiro aos Centros de Especialidades Odontológicas - SDR's	2.901.488,00	1.631.135,00	1.631.135,00	-	-	-
Incentivo Financeiro aos Municípios Contemplados no PROCIS - SDR's	2.264.400,00	1.778.200,00	1.778.200,00	-	-	-
Incentivo Financeiro aos Municípios Saúde Bucal com Laboratório de Prótese Dentária	1.472.100,00	389.640,00	389.640,00	-	-	-
ATENÇÃO A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE						
Programa Pactuada e Integrada da Assistência	4.783.445,54	4.454.781,24	3.723.010,73	314.475.144,09	289.572.265,42	253.288.647,74
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA						
Repasse Financeiro da Assistência Farmacêutica Básica - SDR's	28.468.687,20	28.468.687,20	28.468.687,20	-	-	-

Fonte: GEORC/2012

Estes recursos são referentes ao cofinanciamento aprovadas no Plano Estadual de Saúde e/ou Planos Operativos Específicos ou em legislação estadual própria como no caso do PROCIS.

Estes itens possuem ações específicas no Plano Plurianual – PPA e são repassadas mensalmente aos municípios contemplados através de transferência intergovernamental (Transferência Fundo a Fundo), normatizada pela Lei Estadual nº 13.333 de 22 de fevereiro de 2005.

3.2.1. TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO – RECURSOS REPASSADOS AOS COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL

A Secretaria da CIB informou que os recursos das Comissões Intergestores Regionais – CIR referente ao excedente da Portaria GM/MS nº 2.951 de 29 de setembro de 2010, que a SES descentralizou para as Secretarias de Desenvolvimento Regional – SDR relacionadas a seguir, em março de 2012, os seguintes valores:

Para a SDR de Araranguá um valor de R\$ 19.770,00; para a SDR de Blumenau um valor de R\$ 20.000,00; para a SDR de Chapecó um valor de R\$ 15.080,00; para a SDR de Joaçaba um valor de R\$ 172,00; para a SDR de Joinville um valor de R\$ 20.000,00; para a SDR de Rio do Sul um valor de R\$ 12.221,00; para a SDR de Videira um valor de R\$ 20.000,00, totalizando R\$ 107.243,00.

Esses recursos excedentes haviam sido repassados em 2011 para as SDRs e não liquidados, retornando ao Fundo Estadual de Saúde, motivo pelo qual, a CIB os repassou novamente em março de 2012.

Fonte: Comunicação Interna nº 03/2013, de 18/02/2013, da Secretária da CIB.

4. TERMO DE COMPROMISSO DO ESTADO

O Termo de Compromisso de Gestão- TCGE do Estado teve sua última revisão homologada pelo Ministério da Saúde em Abril de 2011, após esta data não houve mais a abertura do sistema para oficializar as novas revisões.

Devemos recordar que muitas das ações programadas neste termo, não são finitas, e sim realizadas de maneira contínua, planejadas e articuladas com as diversas áreas. Algumas ações foram cumpridas em parte ou em sua totalidade, sendo as mesmas consideradas realizadas, mas não há possibilidade de que sejam concluídas no sistema, uma vez que não temos acesso ao mesmo.

Entretanto, com a regulamentação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, através do Decreto nº 7.508/11, em 28 de junho de 2011, novas formas de organização do SUS foram propostas e dentre elas o aprimoramento do TCGE o qual foi incorporado ao Contrato Organizativo de Ação Pública, Parte I, Das Responsabilidades Organizativas.

Como primeiro passo do Estado nesta nova organização, ocorreu à definição das Regiões de Saúde e a partir deste marco inicial, novas alterações serão necessárias, as quais

serão discutidas e pactuadas nas Comissões Intergestora Regional – CIR e a Comissão Intergestora Bipartite – CIB.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DO ESTADO

1.19. Elaborar o **Plano Estadual de Promoção da Saúde**. Todas as ações de promoção e prevenção da Saúde realizadas no estado de Santa Catarina foram pautadas nas Diretrizes Nacionais e no Plano Estadual de Saúde, sendo as mesmas realizadas amplamente em todas as áreas. Foi elaborado um Plano Estadual de Promoção da Saúde, no decorrer de 2010 e encaminhado ao Conselho Estadual de Saúde para ser pautado na primeira reunião do mesmo ano, entretanto, o mesmo segue na pauta de pendências. Considerando as mudanças ocorridas no cenário Catarinense e as novas mudanças geradas pelo Decreto nº 7.508, o plano será revisto com a participação de todas as áreas responsáveis pelo planejamento e também pela execução das ações.

1.21. Assumir a gerência de unidades públicas de HEMONUCLEOS/HEMOCENTROS e de laboratórios de referencia para controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica e a gestão sobre o sistema de HEMONUCLEOS/HEMOCENTROS (públicos e privados) e laboratórios de Saúde Pública. Atualmente o HEMOCENTRO do estado está sendo gerenciado pela FAESC /HEMOSC/CEPON através de um Contrato de Gestão, o qual tem vigência até dezembro de 2015.

4. REGULUÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

4.3. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos Fundos Municipais de Saúde. O Estado através de sua Gerência de Auditoria realizou 74 (setenta e quatro) auditorias, as quais foram realizadas para análise dos Fundos Municipais de Saúde, vistorias em unidades para habilitação de serviços, auditorias de gestão, auditorias programadas, solicitações do Ministério Público, denúncias para verificar irregularidades em Equipes de Saúde da Família (ESFs), além de demandas da própria Secretaria de Estado da Saúde. Quanto à capacitação de auditores das equipes de controle, avaliação e auditoria da SES, GERSAS e Municípios, foi realizado um total de 15 cursos. Podemos considerar que esta ação é contínua e não findará jamais.

4.4 - Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção a saúde.

Estão sendo monitorados os instrumentos de gestão como: Plano Municipal de Saúde, Relatório Anual de Gestão e as Programações Anuais de Saúde. Sendo que o Relatório Anual

de Gestão é um dos indicadores do pacto cujo cumprimento vem sendo acompanhado, em 2012, referente ao Relatório do Ano anterior (2011), sendo que 90,78% (266) municípios elaboraram e aprovaram o mesmo nos respectivos Conselhos Municipais de Saúde. Somente um município não se tem informação referente ao Relatório Anual de Gestão.

Quanto aos Planos Municipais de Saúde somente 264 (90,10%) municípios elaboraram e aprovaram os mesmos nos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e somente 56 (19,11%) municípios elaboraram e aprovaram suas Programações anuais de Saúde.

Quanto aos indicadores do Pacto, para o ano de 2012, todos os municípios catarinenses pactuaram os indicadores que foram propostos pelo Ministério da Saúde, baseados nas Diretrizes Nacionais, e nas Metas e Indicadores para composição da Parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública. Para tanto, o Estado realizou web conferências com as diversas regiões de saúde e disponibilizou toda base de dados com os respectivos indicadores já calculados, para que os mesmos pudessem realizar uma pactuação baseada em sua série histórica bem como com a capacidade instalada de cada município.

4.7 - Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos.

Considerando ser este um item de dimensões intersetorias, cuja ação é contínua devendo ser sistemática a medida que forem surgindo novas demandas, o estado se propõe a coordenar o processo da elaboração de protocolos clínicos e de regulação de acesso em conformidade com a realidade epidemiológica do estado e/ou protocolos nacionais. Atualmente o Estado está em processo junto ao Ministério quanto à organização das centrais de regulação em todo estado.

4.21- Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção a saúde;

Dos 293 municípios, além dos 20 que já se encontravam em Gestão Plena do Sistema Municipal /NOAS, o estado possui um total de 124(cento e vinte e quatro) municípios com Gestão Transferida, dos quais 10 municípios assumiram também a gestão dos seus Hospitais: Canoinhas, Três Barras, Irineópolis, Guaramirim, Luis Alves, Itaiópolis, Dionísio Cerqueira, Itapema, São Miguel do Oeste e Imbuia. Os demais assumiram gradualmente grupos de serviços os quais foram pactuados na CIB conforme condições de cada município em ofertar os serviços pactuados. Espera-se que para o ano de 2013, seja feita nova revisão dos valores da PPI, baseando-se num estudo que está sendo realizado para a implementação do Decreto nº 7. 508 com a assinatura do COAP- Contrato Organizativo de Ação Pública.

4.23 - Monitorar e avaliar o funcionamento dos consórcios intermunicipais de saúde.

O monitoramento e a avaliação dos consórcios devem ser realizados pelos municípios que encaminham sua PPI e quando do não cumprimento do pactuado os mesmos devem solicitar uma auditoria para o Estado, até o momento nenhum município se manifestou. Dos 08 (oito) Consórcios Intermunicipais credenciados, somente 05 (cinco) vem apresentando produção até o momento, o tema é pauta para discussão nas Comissões Intergestores Regionais - CIR e na Câmara Técnica da Comissão Intergestora Bipartite.

4.24 - Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais.

Considerando a nova configuração das Regiões de Saúde, bem como a assinatura do COAP, haverá novas conformações e novas redes em Santa Catarina e para as quais será necessário desenvolver uma metodologia para monitorar e avaliar o desempenho das mesmas.

4.28 Elaborar normas complementares para avaliação tecnológica em saúde.

O setor ainda não foi implantado, a proposta era de que durante o ano de 2011 fosse criado um Núcleo de Avaliação Tecnológica vinculado ao setor de Ciência e Tecnologia/DEPS. Entretanto o mesmo não foi implantado por falta de investimento em recursos humanos, material e articulação entre os diversos setores envolvidos. Além disso, a servidora que fez especialização, financiada pela SES, e que deveria implantar o setor foi cedida para outro órgão.

5. RESPONSABILIDADE NA GESTÃO DO TRABALHO

5.2 - Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados.

Para o ano de 2010 a proposta era implantar estratégias direcionadas a estes recursos humanos na perspectiva de orientar os setoriais de Recursos Humanos descentralizados, visando sua integração e aprimoramento técnico. Tendo em vista uma proposta de adequação e aprimoramento de todo sistema informatizado para a gestão dos recursos humanos, postergou-se a capacitação dos setoriais, para que a mesma possa ser realizada dentro das novas funcionalidades que o novo sistema oferece.

5.6 - Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

É intenção do Estado em parceria com as várias áreas envolvidas, elaborar um projeto de educação e gestão do trabalho, contemplando propostas direcionadas ao provimento e fixação de trabalhadores de saúde voltados à efetivação e a regulamentação do Plano de Cargos e Salários bem como a implantação das propostas do PROGESUS.

Para o ano de 2010, a SES realizou um Concurso Público para prover vagas no quadro de pessoal para Regionais de Saúde, nas mais diversas categorias funcionais, dentre elas: Biólogos, Técnicos de Laboratórios, Farmacêuticos e Médicos, com o objetivo de implementar ações de saúde, principalmente na área de Vigilância em Saúde.

6. RESPONSABILIDADE NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

6.5. Articular e participação das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo de graduação e da especialização dos profissionais de saúde;

Programar um encontro estadual com as instituições de ensino que mantêm termo de cooperação técnica com a SES, SMS, CES, CEE e Secretaria de Estado da Educação visando o SUS, como política pública de saúde. O Encontro não foi realizado, será necessária maior articulação para programar o mesmo.

6.6 - Articular e pactuar com o sistema estadual de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

Desenvolver estudos sobre as necessidades de formação na área da saúde nas diferentes regiões e articular estratégias junto ao conselho estadual de educação.

Nestes dois itens a SES participa na discussão da formação de residente, oferta campos de estágios para escolas públicas e privadas contribuindo com a formação destes profissionais, tendo pouca influência políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo de graduação e da especialização dos profissionais de saúde dentro das universidades e cursos técnicos.