



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Análise do Conselho Estadual de Saúde/RS sobre o PES 2020/2023

Preliminarmente informamos que o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) acompanhou algumas reuniões do GTPMA para ter ciência do desenvolvimento e elaboração do PES, de modo a poder esclarecer à plenária o andamento de sua elaboração e também com o objetivo de auxiliar na inserção das deliberações da 8ª Conferência Estadual de Saúde no PES. Entretanto, destaca-se que tal participação não significa, em nenhum momento, a aprovação do CES do Plano apresentado, a qual somente o plenário pode fazer.

O Plano Estadual de Saúde deve explicitar os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera (Port. MS nº 2.135/2013), o que encontra-se frágil no presente PES. A análise situacional apresentada, em alguns momentos, os quais são apontados pelo CES, é embasada em dados não oficiais. Ainda, nos problemas apontados percebe-se, em alguns momentos, falta de vínculo entre a análise situacional e as metas elencadas, questões descritas como urgentes de atenção pela SES são totalmente suprimidas das metas propostas. Além disso, não estão contempladas as metas regionais, com vistas à promoção da equidade interregional, bem como não foi assegurada a transparência e a visibilidade mediante incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde (exigências da Port. MS nº 2135/2013). A própria estrutura organizacional é apresentada de forma falha, o que se torna nítido na ausência de contextualização da existência de um Centro Estadual de Vigilância em Saúde no estado, bem como a falta de descrição das Vigilâncias que este abrange. Assim, a análise situacional apresentada é frágil, o que repercute no restante do Plano.

Percebe-se uma simplificação no presente Plano em relação ao anterior. No PES 2016-19 havia, ao todo, 3 diretrizes, 18 objetivos e 140 metas, passando, no atual, para 1 diretriz, 4 objetivos e 113 metas. O eixo organizador da RAS não encontra-se mais presente. Considera-se que o fortalecimento da RAS deve ser uma diretriz ou, pelo menos, um objetivo, e que o Estado deve assumir um papel de protagonismo nas pactuações regionais de serviços de média e alta complexidade em todas as redes de saúde, em especial nas redes temáticas, com melhor aporte financeiro.

Ainda, não há uma política estruturada de prevenção da doença e promoção da saúde, nas diferentes esferas, o que também é percebido nas metas propostas.

Outro ponto extremamente importante é a visível simplificação, ou falta de compreensão, das propostas da 8ª Conferência Estadual de Saúde nas metas do PES, sendo que, num estudo pormenorizado já entregue à SES, indicamos aquelas que entendemos “contempladas”, e, a grande maioria, “não contempladas”.

Em relação à forma, ao longo do Plano são feitas referências ora a regiões, ora a macrorregiões, ora a Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), dificultando a comparação das informações contidas. Entendemos que deva constar qual a forma adotada ou porque isto ocorre, especificando o critério de seleção em cada caso. Sugerimos que seja feita uma padronização dentro dos casos possíveis e os demais seguidos de informação do motivo da escolha. Ainda, em diversas citações, os índices estaduais aparecem sem que tenhamos a indicação de média nacional (exemplo, sífilis congênita, mortalidade AIDS, incidência e prevalência, tuberculose) e o valor ideal, para que se possa realizar um comparativo e efetivamente saber como o Estado se encontra em relação aos dados nacionais. Projetos desenvolvidos pelas diferentes áreas da SES devem ser citados na análise situacional, o que nem sempre ocorreu (a exemplo da não citação do Plano Estadual de Enfrentamento ao HIV/Aids e TB, entre outros), indicando-se a razão da sua continuidade ou interrupção. Além disso, comparando os dados da análise situacional com os constantes nas metas, não há uniformidade nas medidas apresentadas, dificultando a comparação em alguns casos.

Soma-se ao exposto que não foram apresentados os Planos Macrorregionais, os quais, inclusive, devem passar a incluir a problemática COVID-19.

Seguem pendentes os seguintes aspectos apontados pelo CES:

CAPÍTULO I - Análise Situacional

1. Determinantes e Condicionantes do Processo Saúde-doença

- Em relação ao Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese), p. 38, dos três blocos citados que o compõem, somente é tratado o Bloco Educação, faltando informações sobre aspectos e indicadores que fazem parte dos blocos Renda e Saúde.
- Há dados que parecem estar incorretos na página 39, necessário rever: “*No RS, o número total da PEA no mês de março/2020 foi 9.570 pessoas... [...]*”. O dado nos parece estar incorreto, pois, de acordo com o mesmo, haveria somente 9.570 pessoas economicamente ativas no estado inteiro. Na página seguinte (p. 40), ao apresentar os impactos da pandemia, os dados de aumento da população desocupada não batem com o aumento expressivo de requisições de seguro desemprego (70,31%), devendo ser verificado.
- Ao falar dos agravos à Saúde do Trabalhador, p.44, cita-se acidentes e adoecimentos envolvendo crianças e adolescentes no trabalho, entretanto sem qualquer colocação frente ao crime que o trabalho infantil constitui, bem como sem nenhum posicionamento da SES que aponte ações desenvolvidas para o enfrentamento disso. Ainda sobre Saúde do Trabalhador, não há menção às subnotificações, problema extremamente significativo e impactante no diagnóstico estadual. Além disso, não consta explicação do motivo de não serem investigados 100% dos óbitos relacionados ao trabalho.
- Na parte referente aos agrotóxicos, segue pendente a correção da informação de que no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) a intoxicação por agrotóxicos é de notificação desde 2001, e não 2011 (p. 46). Na mesma página, segue pendente uma explicação do que está mostrado na

Figura 25 e em sua análise, pois leva à falsa interpretação de que a vigilância está ativa nos municípios em branco, o que não é verdade. Para deixar de ser silencioso, basta o município realizar uma notificação ao ano, mas isso não significa que o município esteja com a vigilância ativa. Sobre o mesmo assunto, permanece sem resposta o questionamento sobre quais ações educativas (promoção da saúde e prevenção de doenças) e de controle/manuseio do uso, com respectivos prazos, serão propostas pelo estado para buscar a segurança alimentar e evitar agravos crônicos. Ainda, não foi feita a alteração solicitada por este Conselho de inverter a ordem dos possíveis motivos para que os 152 municípios estejam sem registro de casos de intoxicação, colocando em primeiro lugar a subnotificação dos casos e insensibilidade do setor saúde para o agravo e em segundo lugar a ausência de casos de intoxicação, diferindo da apresentação constante na análise situacional do Plano, que coloca a ausência de casos em primeiro lugar.

- Ao tratar do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos, p. 47, não há nenhuma clareza nos dados, citando que em 2016-2017 não houve coletas de amostras de alimentos, sem dizer o porquê, que em 2017-2018 está disponível somente o relatório nacional devido a “problemas com os laudos do laboratório particular” que não é dito qual é, nem quais problemas, e que os resultados de 2018-2019 ainda não foram consolidados sem dizer o porquê. Ou seja, não há nenhuma informação, nenhuma descrição do que é feito hoje pelo estado e nenhuma justificativa. No último parágrafo é citado um “plano” a ser construído com a participação do setor controlado, porém não explica que plano é esse, além de citar, de forma totalmente sem contexto e sem descrição dos compromissos do estado, os objetivos do desenvolvimento sustentável. O estado é omissivo quanto à análise de resíduos agrotóxicos e os riscos à saúde da população resultantes disso.
- Ao tratar do monitoramento de agrotóxicos na água, p. 48, não há explicação sobre o conceito de quantificação, qual o total de quantificações, de quem é a competência de realizar as análises dos resíduos de agrotóxicos, quem faz a análise, quem coleta, qual a periodicidade, não é apresentado um real diagnóstico sobre a situação. Ainda, a tabela 2 deve apresentar os dados completos sobre o número de quantificações por resíduo de agrotóxico no tratamento da água do estado, e não somente os que estão fora dos parâmetros conforme a legislação, pois as ações devem ser pensadas para todos e não para este pequeno conjunto. Além do mais, não encontramos a análise crítica do que foi encontrado nas águas, a exemplo de aldrin-dieldrin na água em Alvorada e de atrazina em alguns municípios (relacionada a casos de microcefalia). Permanecem sem resposta os questionamentos já feitos.
- No que diz respeito à poluição atmosférica, p.51, não há transparência nas informações. Entendemos que as informações de saúde devem incluir os dados da faixa entre 6 e 59 anos. O IIMR inclui esta faixa e se o estado a está excluindo em suas análises, também estará excluindo todos os trabalhadores da área da mineração, além das populações do entorno das fontes de poluentes atmosféricos. Ainda, no mapa da figura 28 são apresentadas regiões com zero de poluentes atmosféricos, como a 22, quando se sabe que esta região tem áreas de mineração. Não é possível planejar utilizando dados que não refletem a realidade. É inaceitável que a falta de informação seja apresentada como falta de risco. Permanece a dúvida de quantos municípios aderiram ao VIGIAR e alimentam o IIMR, bem como da forma de alimentação de dados deste programa por parte dos municípios. Visto que a fonte da Figura 22 é a SES, fica a dúvida de quais os dados levantados e quais as análises realizadas que sustentam o produto apresentado. Também permanece a dúvida se o Programa Vigiar é de implementação obrigatória ou é opcional ao município, bem como qual a frequência de coleta de dados e quais dados são coletados. Essas informações são essenciais para que se construa um panorama, sendo inaceitável a construção de um panorama sem dados.

- No texto sobre eventos climáticos, p. 52, é aberta uma janela para levantar as possíveis ações a serem planejadas, o que não acontece. Seguindo, o texto fala "(...) aponta para a necessidade de ações de prevenção e de preparação das populações e suas equipes de saúde, principalmente (...)". É uma constatação que não reverbera em meta. Incluir meta que contemple tal constatação. Ainda, não há análise das causas desses eventos, trazendo para discussão a degradação ambiental e a necessidade de garantia de um meio ambiente saudável. No mesmo ponto, cita-se a grande exclusão sanitária de parte significativa da população gaúcha, sem qualquer previsão de ações, como nos demais problemas apresentados.
- Na página 60, cita-se o problema dos borrachudos, que impacta uma parcela significativa da população gaúcha, entretanto não há explicação do que consiste o Programa de Controle dos Simulídeos, nem quais são as medidas de prevenção.
- Ao tratar da vigilância de artrópodes, página 61, não há explicação se as medidas de controle relativas ocorrem unicamente de modo passivo, após a recepção de amostras oriundas da população. Permanece a dúvida se há uma ação mais ativa da vigilância de modo a prevenir que possíveis problemas já tenham se estabelecido.
- Em relação aos dados referentes a fatores de risco e proteção para morbimortalidade na população gaúcha, p. 64, foram utilizadas informações da Pesquisa Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), que considera somente a população de adultos (com 18 ou mais anos de idade), residentes em capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa, ou seja, uma população não representativa e uma pesquisa não oficial. Esta é uma pesquisa que pode ser útil para os Planos de Saúde Privados, mas o SUS tem o dever legal de atender toda a comunidade. Segue a dúvida do porquê estão sendo utilizados os dados da pesquisa Vigitel, ao invés das informações constantes nos bancos de dados estaduais. Ao limitar-se aos domicílios que possuem pelo menos uma linha telefônica fixa e à capital, a pesquisa deixa de ser representativa. O uso desse tipo de pesquisa em um Plano Estadual de Saúde é totalmente inadequado, invalidando os dados apresentados.
- Ao falar dos principais fatores de risco, p. 66, o PES utiliza um estudo de 2015, provavelmente desatualizado, e sem explicar os parâmetros utilizados (por exemplo, o que é o nível 1 e 2) e as conclusões do referido estudo. Um Plano Estadual de Saúde deve utilizar o seu banco de dados como fonte de informações, podendo ser complementada por estudos adicionais que tragam mais clareza e relevância, o que não acontece no caso apresentado. Ainda, solicita-se revisão ao trazer, no segundo parágrafo, afogamento como doença. Há de se questionar também o que é fator de risco e o que é consequência de fator de risco.

2. Características Epidemiológicas

- Na página 72, novamente se utiliza o estudo “Carga Global de Doenças”, ao invés de informações atualizadas dos bancos de dados estaduais. O capítulo traz diversas problemáticas, mas nenhuma descrição das ações que vem sendo feitas ou do que é necessário fazer para alterar a situação.

- Quanto à saúde indígena, p. 73, segue o questionamento sobre o acesso aos serviços de média e alta complexidade, se há acompanhamento pela SES e a conclusão de particularidades. Também questiona-se a terminologia utilizada no texto de “indígenas livres”, pois desconhecemos quem seriam os não livres.
- Ao tratar do HIV, Aids e Tuberculose, p. 80-84, não há nenhuma menção ao Plano Estadual de Enfrentamento ao HIV/Aids e TB, o qual foi objeto de discussão no CES/RS. Também não há citação do boletim epidemiológico do Estado em HIV/Aids, que dispõe de informações mais completas sobre o assunto. Ainda, a Resolução CIB 430/2018 trouxe algumas indicações que deveriam estar citadas no PES, mesmo que de forma genérica, pelo menos nominando essa resolução. Não existe objetivo/meta para enfrentar uma possível epidemia generalizada de HIV/Aids, como já apresentada pelo DCCI em diversas ocasiões, nem indicador de resultados. A população acima dos 5 anos não tem meta de prevenção de novas infecções (incidência), as metas envolvendo HIV/AIDS não falam de prevenção da população como um todo, apenas há meta tratando da taxa de mortalidade (objetivo 1, item 5) e de novas infecções em menores de 5 anos (objetivo 1, item 4). Além do exposto, não há Política de prevenção HIV/AIDS no Plano. A única meta de prevenção é extremamente reduzida, focando em apenas 21 dos 497 municípios do estado, dos quais 18 são do Programa RS Seguro.
- Com relação à prevenção ao suicídio, p. 88, necessário que sejam explicitadas as ações/estratégias de enfrentamento do suicídio constituídas de forma intersetorial. É fundamental, ainda, que sejam considerados os impactos da pandemia do Covid-19 e as estratégias pertinentes para prevenir o agravamento dessa situação.

3. Redes de Atenção e Processos de Governança

- Quanto à Atenção Básica, p. 95, acreditamos que deve-se utilizar o termo atenção básica em saúde, ao invés de atenção primária à saúde. O emprego do termo “atenção básica à saúde” pelo Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada, distanciando-se de uma atenção primária seletiva de cesta restrita e focalizada. A terminologia atenção primária em saúde restringe-se ao assistencialismo, enquanto atenção básica amplia para promoção e prevenção em saúde, para saúde integral. No mesmo ponto, segue pendente a explicação dos critérios utilizados pelo programa Previne Brasil, somente citado no PES (p.99).
- Ainda em relação à AB, o Plano cita que o “cadastramento dos usuários residentes, especialmente em áreas rurais, configura-se como estratégia para ampliação e qualificação do acesso dos usuários aos serviços de saúde”. Permanece o questionamento de como que o cadastramento dos usuários residentes poderá ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde pela população, visto que ameaça o princípio da universalidade do SUS. Já com relação ao novo modelo de financiamento da AB, ressaltamos o posicionamento totalmente contrário do CES a esta política que prioriza a assistência, em detrimento da promoção e prevenção, prejudicando as políticas relacionadas à Vigilância em Saúde, diante da lógica de alocação de recursos alheio ao número de habitantes de cada região. Ainda, trata-se de um retrocesso causado pelo congelamento de investimentos, bem como vigência de novas normas de gestão do SUS calcada tão somente na assistência, em detrimento da prevenção, o que afronta o princípio constitucional da vedação ao retrocesso social. Além disso, ressaltamos que a 8ª Conferência Estadual de Saúde do Rio

Grande do Sul aprovou a seguinte proposta: “Denunciar e combater a proposta de Cobertura Universal de Saúde, pois são apenas pacotes limitados de serviços que não atendem às necessidades de saúde da população por não garantir a cobertura integral, universal e equânime, e que visa acabar com o SUS”. Mais detalhes podem ser vistos na Recomendação CES/RS nº 05/2019.

- No que tange aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), p. 99, persiste o questionamento se os 10.296 ACS, presentes em 479 municípios do estado, são suficientes para a realização das atribuições que lhes competem. Carece a informação de qual a real cobertura de suas ações nas regiões do estado, de em quantas equipes estão presentes e de quantos seriam necessários.
- De acordo com o texto da página 100, a proposta da SES/RS é a manutenção do incentivo financeiro estadual de AB para os 497 municípios, qualificando a partir de critérios populacionais e de desempenho de equipes, a serem construídos com os gestores municipais e controle social. O incentivo deve ser para cada equipe, e não por município. Permanecem sem resposta os questionamentos de como será a qualificação, o que define desempenho de equipe, como é medido e quando será construído. São informações essenciais que devem constar no PES. Destaca-se ainda que a Secretaria não explicita como será, afinal, a manutenção do cofinanciamento da AB. Constata-se incoerência da SES quanto à adoção dos critérios do MS sem no entanto dizer qual o modelo será adotado no estado com relação ao cofinanciamento da AB. Carece a informação de qual o modelo de financiamento da AB que será adotado pelo estado, afinal, bem como se vai haver recurso para manter os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) no estado.
- Outro aspecto que destacamos é que o documento não faz referência quanto à manutenção de repasses de recursos estaduais para Oficinas Terapêuticas, equipes de Redução de Danos e Acompanhamento Terapêutico, que são dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de financiamento estadual. Além de fazer menção a estes importantes dispositivos, faz-se necessário especificar dotação orçamentária para mantê-los.
- Ainda, não há manifestação quanto à instituição da política estadual de Atenção Básica, nem quanto aos repasses de valores mais elevados para municípios com servidores efetivos.
- É motivo de preocupação que a Atenção Básica, organizadora e porta de entrada do cuidado na política do SUS, tenha sido desenhada neste PES em conformidade com a nova PNAB (Programa Previnde Brasil), considerada por todas as instituições e organizações de saúde coletiva como um retrocesso técnico e financeiro na atenção primária à saúde. Vale lembrar que o referido programa também não foi construído com a colaboração do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras comissões gestoras do SUS. Na vigência da pandemia e pós pandemia a atenção básica assume vital importância no controle sanitário, assim como as equipes de apoio à saúde da família (NASF).
- Em relação à Saúde Prisional, p. 102, segue sem resposta o questionamento sobre as ações que as Equipes de Atenção Básica Prisionais (EABp) têm efetuado visto o constante aumento da população prisional e de sua vulnerabilidade frente a doenças infectocontagiosas. Foram apresentados dados relacionados somente à tuberculose e saúde mental, carecendo a informação sobre a existência de outras ações. Ainda, também segue sem resposta o questionamento de quais têm sido as ações de prevenção ao COVID-19 em uma realidade de superlotação do sistema prisional. O PES somente fala da iniciativa da Penitenciária de Sapucaia do Sul. Sobre o mesmo assunto, seguimos aguardando informações sobre cofinanciamento de EABp e a previsão de ampliação dessas equipes com garantia de cofinanciamento

estadual. Questiona-se o que o Estado do Rio Grande do Sul fará enquanto não vem a habilitação do Ministério da Saúde. Não existe nenhuma meta para as EABp, nem maiores informações/previsão sobre o incentivo estadual dessas equipes. Seguem sem resposta os questionamentos se esses incentivos estaduais serão mantidos e se haverá alguma ampliação. Entende-se necessário apresentar demonstrativo do cálculo de cobertura das equipes de EABp e apontamentos quanto a necessidade ou não de ampliação dessas equipes. Ainda, deve-se apresentar metas e ações referentes ao processo de desinstitucionalização das pessoas com sofrimento psíquico manicomializadas no Instituto Psiquiátrico Forense (IPF). Enquanto aguarda habilitação de duas equipes de EABp pelo Ministério da Saúde (MS), carece a informação de quais as metas do estado em relação à manutenção/ampliação das 37 equipes já existentes e também no que se refere à manutenção do incentivo estadual (CIB/RS 257/2011).

- Quanto à Política de Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo, (106) Floresta e Águas, permanece a dúvida quanto a sua abrangência no estado.
- Novamente se fala da saúde indígena, p. 107, permanecendo os questionamentos de quantas comunidades estão sendo assistidas pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), que percentual do total de comunidades indígenas do estado isso representa e como que as particularidades em relação à saúde da população indígena (predisposições, por exemplo) estão sendo acompanhadas e remediadas pela SES.
- Em relação à Política LGBT+, não ficam evidenciadas as ações e Comitês técnicos e específicos referidos na política e que permitem a participação social, nem é citado o Plano Operativo Bidual.
- Na página 109, ao citar as ações necessárias para ampliação e qualificação da ESF, destaca-se, também, a necessidade de recursos humanos (concursados) em quantidade e com a formação necessária para que as demais ações citadas possam ser efetuadas, bem como a disponibilização de infraestrutura para tal.
- Quanto à Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, p. 111, é dito que está presente em 204 municípios do estado. Permanecem os questionamentos de quais os serviços que cada um desses municípios oferece, qual o corpo técnico para tal, e com que frequência. Segue a dúvida se basta o município ter uma das práticas para ser considerado como ofertando as PEPICS.
- Com relação à Atenção Psicossocial, p. 112-116, segue sem dizer quais dispositivos vão ser ampliados nos diferentes componentes da RAPS e em que região do estado. A redução de vagas nas Comunidades Terapêuticas (CT) deve ser elogiada, porém calcula-se que seria algo em torno de 72 mil reais ao mês (considerando que cada vaga custa cerca de mil reais por pessoa) o que em termos financeiros não viabiliza o custeio mensal de diferentes dispositivos de atenção psicossocial necessários no estado. Sugerimos suprimir um maior quantitativo de vagas e investir nos dispositivos da RAPS.
- Importante destacar ainda que a inserção feita no PES não contempla a proposição feita pelo CES. É necessário, no mínimo, alguma previsão de meta relacionada ao que é anunciado na p. 113: “proporcionar encontros que viabilizem a troca de experiências exitosas destas iniciativas em âmbito estadual, além de fortalecer as estratégias de suporte intersetorial, especialmente com as Secretarias da

Cultura e de Trabalho e Assistência Social. Da mesma forma, estas estratégias intersetoriais visam fortalecer a implementação, nos municípios, de Centros de Cultura e Convivência no RS”.

- Além disso, na p. 114, ao anunciar o dispositivo “RAPS-Escola”, parece existir uma inadequação de termos. O texto fala em dispositivo de Educação Permanente, mas coloca a promoção de espaços de educação continuada de profissionais, sendo que se tratam de conceitos distintos. Deve-se explicitar qual de fato será a modalidade de estratégia pensada para tal dispositivo.
- Sobre a Atenção aos usuários com Transtorno do Espectro Autista (TEA), p. 114, a dúvida permanece sobre o que farão os “Centros Macrorregionais de Referência em Transtorno do Espectro Autista”, se matriciamento ou atendimento integral. Ainda com relação a implantação destes 7 CRTEA, não há explicação da origem dos recursos para sua implantação. Ressalta-se a necessidade da imediata apresentação da proposta de criação de CRTEAs ao controle social para deliberação do CES, o que, até o presente momento, não ocorreu.
- Quanto à Linha de Cuidado da Mulher Privada de Liberdade, p.118, seu bebê e família, ainda carece a informação de qual a cobertura no estado.
- Na Atenção à Pessoa com Deficiência, p. 121, não há uma política estadual da pessoa com deficiência. Nada consta sobre a implantação dos Centros Especializados em Reabilitação em cada região, nem mesmo sobre o acesso às tecnologias assistivas, às órteses, próteses e cadeiras de rodas. Permanece sem resposta o questionamento quanto à disponibilidade do serviço de atenção especializada em reabilitação ostomia no estado e onde ocorre. Ainda, seguem as dúvidas de qual o percentual de cobertura dos serviços oferecidos e qual a previsão de ampliação, qual a relação do estado com tais referências e como é feito o acompanhamento (se via pactuações). O PES prevê a criação de espaços macrorregionais especializados em TEA com grupo condutor (CIB/RS 513/2013), mas não indica qual a previsão de instalação destes espaços, nem onde serão inseridos, em quais territórios e regiões. Na meta fala apenas em serviços habilitados para atendimento de PCDs, mas não informa quais serviços, com quais critérios e com quais recursos.
- Em relação ao câncer de mama, p.137, no Brasil, a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomendam a mamografia anual para as mulheres a partir dos 40 anos de idade, visando ao diagnóstico precoce e a redução da mortalidade. Tal medida difere das recomendações atuais do Ministério da Saúde, que preconiza o rastreamento bianual, a partir dos 50 anos, excluindo dos programas de rastreamento uma faixa importante da população (mulheres entre 40-49 anos), responsável por cerca de 15-20% dos casos de câncer de mama. O câncer de mama permanece como uma doença desafiadora, exigindo maiores avanços terapêuticos para melhoria das taxas de cura e mantendo-se como uma patologia que exige diagnóstico precoce. O exame clínico das mamas, associado à mamografia, representa ainda a melhor estratégia a ser adotada. A detecção em um estágio inicial, permite um tratamento menos agressivo, determinando melhor qualidade de vida, com menos mutilação e menos efeitos colaterais, e aumentando as taxas de cura pela doença. A Sociedade Brasileira de Mastologia defende que "a mamografia feita com qualidade e com periodicidade anual ainda é o modo mais preciso de se diminuir a mortalidade por câncer de mama”, diferente do que propõe o PES, apesar dos altos índices da doença no estado.

- Ainda em relação ao câncer de mama, é essencial incluir a informação da população feminina com idade entre 50 e 69 anos no RS e qual a cobertura que os exames realizados atualmente no estado representam nessa população.
- Permanece sem resposta o questionamento feito a todas as áreas de atenção de que ações concretas serão previstas para reduzir as filas de espera para consultas, exames e cirurgias. Ainda, segue a dúvida de qual a previsão de contratualização para aumentar a oferta dos serviços especializados nas diversas regiões do estado.
- Em relação a doenças raras, p. 148, carecem informações sobre a suficiência da estrutura estadual, bem como sobre os compromissos do estado para atender a tal parcela da população, de modo que a questão resume-se a apresentação de dados.
- Já no texto sobre Atenção Especializada no Processo Transexualizador, um dos principais dados necessários para compreensão do panorama estadual não foi fornecido, apesar de sua solicitação pelo Conselho: segue a dúvida, na figura 82, p. 150, do número de casos efetivamente atendidos (atendimentos realizados).
- Conforme já apontado, a página 151 informa que há 69 Unidades de Dispensação de Medicamentos (UDM) no RS e a página 170 informa que há 72 UDM. Permanece a dúvida de qual o número oficial. Necessário oficializar o número de UDM, explicando se o Estado está com 69, 72 ou 141, somando UDM e UDM Antirretroviral.
- Em relação à Atenção às Urgências, é citado o aplicativo de celular “Chamar 192” para facilitar chamadas, questiona-se como facilitar o acesso sem ampliar as equipes e a regulação propriamente dita. Não há explicação sobre no que consiste o Projeto de Regulação Compartilhada. Não há informações sobre como estão as equipes de atendimento SAMU, se estão completas, se há previsão de aumento, se o atendimento vai ser ampliado ou se o foco restringe-se em “facilitar” a chamada. Carecem metas relativas ao atendimento às urgências. Além disso, permanece a dúvida sobre a não existência de centros de trauma no estado ou a não existência de centros habilitados. Seguem sem resposta os questionamentos sobre a existência de centros não habilitados à RUE que funcionam e só não recebem recursos pela habilitação, se é preciso esperar pela habilitação porque o RS não quer se comprometer nem os municípios, e como ficam os pacientes de trauma. Deve haver uma meta de regulação médica dos chamados realizados ao SAMU. Ainda, segue a dúvida sobre qual o protocolo adotado para o atendimento às situações de urgência/crise em saúde mental.
- Em relação à Atenção Domiciliar, p. 157, carece a informação de quais municípios ofertam e qual a população assistida.
- Sobre transplantes, p. 158, faltam informações para explicar a queda de doadores. Não há informação se houve alguma mudança significativa nos centros transplantadores, se os procedimentos continuam sendo financiados na totalidade pelo MS, bem como quais as campanhas previstas para os próximos anos. Na Tabela 11 temos um bom quantitativo de doadores EFETIVOS mas parece que nem todos os órgãos são aproveitados, como coração, pulmão, fígado, entretanto não são informadas as razões deste não aproveitamento. É preciso esclarecer melhor a situação, se, por exemplo, não há gente na fila para estes órgãos, se são todos incompatíveis e os órgãos são descartados, se os órgãos vão para outros estados e não são contados aqui, o que realmente acontece. Caso sejam destinados para outros estados, é preciso explicitar quais e quantos órgãos para cada. Permanece também a dúvida se, na contabilização dos

doadores efetivos, são contados somente os do RS. É importante que a informação da lista de espera seja fornecida, por órgão e por ano, para que se consiga visualizar o panorama estadual, conforme já solicitado.

4. Estabelecimentos Estaduais Próprios

- Permanece a ausência da informação do porque que não consta o CEVS e sua estrutura, e a ESP. O título do item não está de acordo com os dados contemplados.
- Em relação às informações constantes sobre o Hospital Psiquiátrico São Pedro, p. 159, essas são muito sucintas, não citando a média dos pacientes internados por unidade, quantos são os “moradores”, bem como não há nenhuma referência em relação a algum planejamento para desinstitucionalizar as pessoas.
- Quanto ao Serviço Residencial Terapêutico, p. 160, a informação é sucinta e confusa em relação aos moradores, não constando quantas casas, qual o contingente para o atendimento e o que será feito com os pacientes que serão desinstitucionalizados. Ainda, salienta a implantação de novos SRT’s, porém sem especificar onde e nada dizer quanto ao necessário processo de capacitação das equipes e de preparação dos(as) usuários(as).
- No que se refere ao Hospital Sanatório Partenon (HSP), p. 160, não é feita nenhuma referência à falta de pessoal, o que vem se agravando a cada ano devido ao número muito grande de aposentadorias sem reposição. Sabe-se que há um grande desafio relacionado à tuberculose multidrogarresistente, entretanto não há informação sobre a situação atual e o que vem sendo desenvolvido em termos de pesquisa. Também segue a dúvida sobre as áreas que o Programa de Pós-Graduação atende, bem como sobre quais os estágios da Escola de Saúde Pública que estão sendo realizados atualmente.
- Quanto ao Hospital Colônia Itapuã (HCI), p. 161, permanece a dúvida se continuam acontecendo transferências de pacientes oriundos do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Ainda, as páginas 160 e 161 dispõem sobre a constituição do CRT em HIV/Aids no RS, mas não explica como os dois serviços envolvidos (Hospital Sanatório Partenon e Ambulatório de Dermatologia Sanitária) participariam efetivamente. Seguem dúvidas sobre os impactos nestes serviços, se haverá um maior investimento de recursos e de novos trabalhadores, e se haverá ampliação de serviços. Os dois locais já são centro de referências estaduais, carece a informação do que mudaria.
- Destaca-se ainda que, embora o texto faça referência ao processo de desinstitucionalização, só reforça a permanência dos hospitais psiquiátricos do estado, tanto o HPSP quanto o Itapuã.

5. Assistência Farmacêutica

- O PES somente fala superficialmente da Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, restringindo-se a citar o tratamento para a Anemia Falciforme, na página 166. Ressaltamos que com frequência o CES é chamado pelo MPE para dar informações sobre o andamento da Política. No mínimo a Política em questão deve constar no presente PES, bem como devem ser instituídas metas de acompanhamento de sua implementação.
- Em relação à infraestrutura da Central de Abastecimento Farmacêutico, p. 170, solicitamos a inclusão de avaliação acerca da estrutura física e da capacidade instalada, além do estabelecimento de metas para a sua modernização/qualificação. Foi incluída a descrição da estrutura mas não houve proposição de metas.

- Foi sugerido o estabelecimento de metas voltadas à cooperação técnica aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica e a busca de soluções para um adequado monitoramento da execução dos recursos repassados aos municípios. Sugestão não acatada no texto final.
- Quanto ao Programa Dieta em Casa, Programa Saúde na Pele, Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Programa Qualifar-SUS e medicamentos antineoplásicos, permanece a falta de metas, apontada na primeira análise feita pelo CES.
- Quanto ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e ao Programa de Medicamentos Especiais, a meta estabelecida foi a de reduzir as faltas de medicamentos padronizados para menos de 10% do total de tratamentos solicitados e deferidos. A meta não foi inserida no quadro geral de metas do PES. Não há indicador de monitoramento estabelecido.
- O objetivo de ampliar o acesso aos medicamentos disponibilizados pela SES tem como meta mais expressiva de seu alcance “reduzir o estoque crítico de medicamentos padronizados de responsabilidade estadual”, p. 173. Esta meta, embora descrita na análise situacional, não foi incluída no capítulo das DOMI, não constando do quadro de Metas do PES. Tanto a meta 36, do objetivo 1, quanto a meta de redução do estoque crítico de medicamentos padronizados não apresentam proposta de alcance para o ano de 2023.
- Já a implantação do Telecuidado, p. 175, por sua vez, refere-se ao número de pacientes atendidos e também ao número de protocolos de tratamento de algumas doenças crônicas, dificultando a sua quantificação e mensuração. A implantação do telecuidado não foi incluída no quadro de metas que compõem as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) do Plano e não apresenta proposta de execução para o ano de 2023.

6. Vigilância em Saúde

- É inaceitável a ausência da descrição do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), sua estrutura, atribuições e informação sobre as vigilâncias que o compõem (Ambiental, Sanitária, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador). Segue sem resposta o questionamento do porquê que se inicia falando do CIEVS, p. 176. O CIEVS sequer aparece no organograma apresentado no site do CEVS. Necessário também inserir distribuição e abrangência das redes de referência.
- Ainda em relação à Vigilância, carece a informação sobre a forma que o estado tem intervindo sobre a qualidade do ar, contaminações do solo e contaminantes químicos (principalmente agrotóxicos).
- No que se refere ao Plano de Contingência Estadual de Saúde para Desastres, p. 177, há a previsão de existência de referências em todas as esferas (local, municipal, regional, estadual) sem dizer quantos há efetivamente e nem como atuam.
- Muito interessante a Ação Permanente de Avaliação da Imagem Mamográfica por Fantoma (APAIMFRS), p. 177, entretanto segue a dúvida do que mais vem sendo desenvolvido pela Vigilância Sanitária Estadual, quais as dificuldades encontradas e quais estratégias serão traçadas neste plano.

- Ainda, em função da queda das coberturas vacinais e, visto a realização pelo CEVS de pesquisa focada nos motivos da não vacinação (cujos resultados deveriam ser incorporados ao Plano através de planejamento e metas), segue a dúvida de que estratégias estão sendo traçadas para mudar tal panorama.
- Quanto ao LACEN, p. 180, carecem informações que demonstrem se suas competências estão sendo desenvolvidas integralmente, se há estrutura física e de recursos humanos para tal. Ainda, o texto informa que há 14 Laboratórios Regionais sem dizer as ações realizadas por eles, impossibilitando uma análise da meta 30 do Objetivo 1, visto que não sabemos o que cada laboratório executa.
- Percebe-se a ausência de manifestação da SES sobre o fechamento de 3 CEREST (no PES 2016-2019 p. 132 eram 14 serviços regionais de referência em Saúde do Trabalhador e no PES 2020-2023 p. 182 são 11). Entre os 3 serviços regionais fechados está o CEREST de Porto Alegre, que no período de 2016-19 era regional atendendo 48 municípios e em 2019 passou a atender apenas o município de Porto Alegre, de modo que 47 municípios ficaram sem referência regional. Ainda, não há 11 serviços regionais, pois, como o próprio PES aponta, p. 182, foram contabilizadas unidades municipais, necessário correção.
- Toda a explanação feita acerca da vigilância é superficial, trazendo o que seria preconizado, previsto, ideal, entretanto queremos saber o que efetivamente está sendo desenvolvido e o que necessita ser melhorado para que se possa estruturar estratégias.

7. Regulação do Acesso

- Na primeira versão do PES havia um quadro com o quantitativo da lista de espera para consultas especializadas, oferta de Porto Alegre para não residentes, por especialidade, RS, 2019. Solicitou-se os dados do estado como um todo, o número total de cotas por especialidade, frequência das cotas (mensais, anuais), informações sobre como é feita a definição do número de cotas e também pedimos um comparativo com a situação durante a pandemia. Ao invés dos questionamentos serem respondidos pela SES, simplesmente o quadro foi retirado da atual versão, deixando ainda mais superficial a análise apresentada. Permanecem os questionamentos.
- Permanece o questionamento sobre a avaliação de funcionamento do Sistema de Gerenciamento de Internações (GERINT).
- Ao falar da Central Estadual de Regulação da Saúde Mental - CER Mental - p. 184, 185 e 242, solicitamos que constem informações sobre seu funcionamento, sobre a composição da equipe e as ações desenvolvidas (qual a equipe multiprofissional, profissionais que a compõem e como atuam). Incluir nas metas a informatização do sistema de regulação com descentralização às CRSs, consta apenas enquanto projeto agregador “Implantação da Central Estadual de Saúde Mental” e descreve na página 185 que a CER Mental “tem como objetivo regular todos os leitos psiquiátricos, que se encontram sob a responsabilidade do Estado, através do Sistema GERINT até 2022”. Contudo, isso não aparece nas metas.

8. Macroprocessos de Governança da Gestão Estadual do SUS

- Na página 193 é citada a existência de uma proposta de nova estrutura organizacional, que depois se traduz em meta, entretanto tal proposta não é apresentada e não foi dada ciência ao controle social. Inserir descrição de tal proposta.
- Quanto ao Planejamento Regional Integrado, está apontada a realização dos sete Planos Macrorregionais de Saúde, que não foram elaborados. Segue a dúvida quanto a previsão desta etapa.

- Em relação ao Controle Social, p. 195, foram solicitadas alterações no texto que não foram atendidas: onde aparece o termo “Colegiado” referindo-se ao Conselho, substituir por CES/RS; alterar o texto do final do primeiro parágrafo para “Pelo fato de a Lei Estadual nº 10.097/1994 ter nominado entidades, impedindo sua substituição em caso de desinteresse ou extinção, o CES encontra dificuldade em regular sua composição”; modificar o texto “ao final, 389 tiveram suas delegações validadas para a conferência estadual (e não nacional) e a delegação gaúcha foi composta por 144 delegados eleitos na etapa estadual para a XVI Conferência Nacional.”
- Quanto à ouvidoria, se a taxa de resposta em 30 dias ficou em 74,76% em 2019, p. 198, Figura 100, não compreendemos porque a meta proposta nas DOMI está de 50% para 70% no PES 2020-2023 (Objetivo 1, meta 37), visto que o patamar inicial deveria ser 74,76% de acordo com o apresentado na p. 198. Os dados não conferem, ou na figura, ou na meta (p. 173).

9. Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

- No início do texto, sugerimos “A educação em saúde compreende...(e não a educação em saúde coletiva...)”.
- Até o momento não foi apresentado nenhum documento oficial referente a um Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde ao Conselho, tal plano é desconhecido pelo CES.
- O texto diz, p. 200, que “na Política de Pesquisa da SES/RS (PPSES) foi instituído o novo Comitê Gestor que iniciou os encontros e está reformulando o fluxo dos projetos de pesquisa na SES/RS.” Questiona-se de que Política de Pesquisa se está falando, pois “Implementar a Política de Pesquisa da SES” foi uma meta não atingida no último PES.
- Em relação ao Curso de Especialização em Saúde Pública, visto a recente aposentadoria do pequeno corpo técnico que o constituía, fica a dúvida de como será possível garantir sua continuidade, visto a ausência de previsão de realização de concurso para novos servidores no plano apresentado
- Ao falar sobre a Coordenação de Educação Profissional, citam-se a cursos de formação profissional técnica, qualificação, aperfeiçoamento e especialização de nível médio, etc, entretanto a ESP sequer possui papel certificador, problemática trazida nas propostas aprovadas da 8ª Conferência Estadual de Saúde, não contemplada nos objetivos/metadas da SES no presente PES. Tal questão deveria ser a primeira coisa a ser resolvida.
- É necessária a garantia de liberação de trabalhadores para mestrados e doutorados considerando Dedicção Exclusiva (DE) pleno exercício, tendo em vista que as SES precisa de uma política de pesquisa e formação e a formação de pesquisadores e docentes para diferentes projetos de formação em serviço, especialmente a residência multiprofissional que precisa de trabalhadores com experiência acadêmica para tutoria e orientação nos processos formativos.

10. Gestão do Trabalho

- Conforme exposto no item, p. 209, há uma grave diminuição do corpo técnico na SES: “pode-se afirmar que, anualmente, houve diminuição gradativa no número de trabalhadores da SES, o que pode configurar, caso não sejam tomadas medidas a fim de mitigar essa diferença, um quadro de sobrecarga de trabalho para os servidores que permanecem na ativa.” Fica a dúvida de onde estão expressas tais medidas nos objetivos e metas.

- Não é informado se há um acompanhamento no estado que avalie se os afastamentos por licença-saúde possuem relação com o trabalho. Não havendo tal acompanhamento, é necessário que seja formulado. Havendo, necessário informar as conclusões.

11. Judicialização em saúde

- Apesar do destaque dado pela SES de que o RS é um dos estados que apresenta o maior índice de judicialização em saúde do país, a última versão segue sem explicações sobre as causas da judicialização e sem informação sobre a realização, ou não, de fiscalização durante e após a judicialização para saber se a necessidade era real e, sendo real, porque o sistema não atendeu a necessidade do paciente sem precisar da judicialização. Ainda, segue sem resposta os questionamentos de em que situações o gestor, através de auditoria, interpôs recurso e provou o indevido judicializado, se isso já foi realizado, e quanto das demandas judicializadas, ao serem atendidas, não encontram mais o solicitante ou a quem entregar o devido. Também permanece a dúvida se há cruzamento de dados que ligue os mesmos médicos aos mesmos tipos de pedidos judicializados.

12. COVID-19

- Em relação ao COVID-19, houve pouco destaque e investimento em políticas de prevenção, falta de transparência quanto à testagem e não cumprimento do aumento de testes divulgado; falta de informações e aporte de EPIs suficientes para profissionais de saúde; problemas relacionados à subnotificação; ausência de planejamento de ações para o acompanhamento da pandemia; ausência de identificação, monitoramento e tratamento de sequelas, além de ausência de planejamento do acompanhamento dos casos ditos “curados”.
- A situação da pandemia escancarou uma situação já antiga de grande parte dos serviços da RAPS, bem como demais serviços de saúde: a insuficiência ou inexistência de recursos tecnológicos para uso das equipes nas estratégias de cuidado dos/as usuários/as acompanhados/as. Face a demanda de redução de estratégias presenciais de atenção psicossocial para o necessário isolamento social enquanto medida de enfrentamento do contágio do Covid-19, defronta-se com a realidade de serviços sem acesso aos mínimos equipamentos para desenvolvimento dessas estratégias de cuidado à distância, assim como, para com a situação de exclusão digital de grande parte das pessoas atendidas, inclusive dos profissionais de saúde.
- Seguem pendentes os seguintes apontamentos que deveriam estar previstos no PES, mas não foram incluídos na atual proposta apresentada:
 1. O desenvolvimento de estratégias de inclusão digital e viabilização de tecnologias de comunicação para estratégias de cuidado em saúde não presencial, considerando a necessidade de novas abordagens de cuidado em saúde mental on-line que a situação da pandemia do Covid-19 demonstrou;
 2. Formação de trabalhadores capazes de ofertar técnicas de primeiros cuidados psicológicos de estabilização emocional dos usuários em todos os pontos da rede de serviços de saúde;
 3. Apoio institucional aos municípios para a manutenção e ampliação do funcionamento da RAPS, tendo em vista viabilizar condições de biossegurança para manutenção do acolhimento e suporte aos/às usuários/as já em atendimento, bem como para o acolhimento de novos usuários/as com demanda para atenção presencial;

4. Estruturação de ações de apoio e suporte psicossocial para trabalhadores da saúde, incluindo necessariamente também os profissionais da saúde mental, considerando o sofrimento psíquico associado às demandas e condições de trabalho nesse contexto de pandemia;
 5. Aprimoramento do diagnóstico da situação e do acesso à média e alta complexidade, buscando a pactuação do que for necessário para atender as necessidades da população, construídos a partir das demandas da população e não da oferta de serviços privados.
- Em relação propriamente dita ao texto apresentado na última versão do PES, na página 218 os dados do parágrafo diferem dos apresentados na figura 118. No texto fala-se em 42% do total de notificações, referindo-se a figura que fala em 42% do percentual de letalidade. Um dos dois está incorreto. Ainda, rever se os 42% constantes na figura como referentes a pacientes sem nenhum ano de escolaridade não estão abrangendo também aqueles que não informaram a escolaridade, pois 42% é um percentual bastante alto para pessoas sem escolaridade, provavelmente houve equívoco e está sendo somado os sem informação.
 - Nas páginas 221, 222 e 224, houve a inserção de ações realizadas com relação à saúde mental na pandemia, porém as proposições realizadas pela comissão de saúde mental do CES não encontram-se contempladas. Não há informação quanto à implantação do acesso/inclusão digital para os equipamentos da RAPS. Tão pouco há explicação sobre os destinos possíveis do “incentivo financeiro para ações de fortalecimento da Saúde Mental na AB para enfrentamento da COVID-19” que teria sido disponibilizado a 362 municípios. Também não foi contemplada a proposição relativa ao necessário suporte psicossocial aos(as) trabalhadores(as) de saúde e, em especial, da saúde mental nesse contexto de agravos no sofrimento psíquico associados à Covid-19.
 - Ao falar superficialmente sobre os testes RT-PCR realizados, p. 222, permanece a dúvida quanto ao número de testes realizados diariamente pelo LACEN e pelos laboratórios parceiros, por período.
 - Na página 223, o texto diz que “diante da pandemia da COVID19, tem-se apostado em ações articuladas e desenvolvidas em quatro grupos de trabalho temáticos (Doenças Respiratórias, Doenças Cardiovasculares, Câncer e Fatores de Proteção às Doenças Crônicas)”, fica a dúvida do que efetivamente foi realizado por tais grupos, que seria a principal informação a ser fornecida.
 - Na página 224, ao falar da área técnica de Saúde Mental, cita-se o Projeto ReviraSaúde, que oferece atendimento remoto e gratuito por profissionais de saúde mental voluntários. Ressalta-se que se o estado investisse no desenvolvimento de estratégias de inclusão digital e na viabilização de tecnologias de comunicação para o cuidado em saúde mental de forma remota nos serviços da RAPS já existentes (contemplando tanto a disponibilização de recursos materiais, quanto a capacitação das equipes para tal, assim como a ampliação das mesmas caso necessário), como nas US, CAPS, ambulatórios, etc, não haveria necessidade de oferecer atendimento em saúde mental realizado por voluntários. É dever do estado oferecer tais serviços, executados por servidores públicos concursados.
 - Ainda na página 224, é informado que foi implantada uma Unidade de Saúde para atender presos ingressantes no Centro de Triagem COVID na Penitenciária Estadual de Sapucaia do Sul. Permanece a dúvida do que está sendo realizado nas demais e de que ações foram feitas focando nos presos que já estão lá dentro.

- Na página 226, o primeiro parágrafo está sem sentido. Fica a dúvida quanto a quem está apoiando as CRSs. Ainda, o segundo parágrafo inicia dizendo que “A política realiza o acompanhamento/sistematização de surtos e óbitos de residentes de ILPI, através de fluxo estabelecido com o COE e o CEVS.” Resta a dúvida de que política se está falando. Necessário reescrever.
- O segundo parágrafo da página 235 fala em Processos Eletivos Simplificados, terminologia incorreta. São Contratos Emergenciais através de Processos Seletivos Simplificados. Corrigir.
- Na página 236, no segundo parágrafo, é dito que “Os recursos foram destinados à aquisição de novos testes de diagnóstico, medicamentos e equipamentos hospitalares [...]”. Resta a dúvida de que medicamentos se está falando e se os equipamentos estão sendo doados para o setor privado.
- Ressalta-se que não há meta relacionada à prevenção da doença, exceto a que fala de vacinação, o que não temos previsão para acontecer.

CAPÍTULO II - Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores

- No Mapa estratégico da SES falta a palavra “eficiente” em vez de “modernos” na linha da sociedade. Onde diz “ofertar serviços públicos modernos e ágeis”, deve-se inserir “eficiente” e “eficaz”, porque nem o termo “moderno” nem “ágil” significa atender às necessidades da população. Da mesma forma, deve ser alterado o termo “modernizar” na linha relativa a “Processo” para “que atenda às necessidades da população”. Em nenhum dos itens encontramos a palavra “fiscalização”, só monitorar não é tudo que a SES deve fazer para controlar melhor o uso dos recursos. Em Gestão, fala em “promover a eficiência dos serviços públicos com foco na sustentabilidade”. Fica a dúvida de qual sustentabilidade está se falando, se da sustentabilidade do serviço público, do ambiente de trabalho, do ambiente em geral, etc. Resta a dúvida se seria com foco ou com base na sustentabilidade.
- Há superficialidade ao tratar dos Projetos Agregadores e Estratégicos e é informado que são 15 Projetos Estratégicos, entretanto são informados somente 14, corrigir.
- A metodologia descrita para compatibilizar necessidades regionais não é suficiente para constituir o planejamento ascendente, determinado por todo o arcabouço legal do SUS. Os planos municipais de saúde, em regra, não são constituídos a partir da situação de saúde do território e das diretrizes aprovadas pelas Conferências Municipais de Saúde. Os diagnósticos regionais de saúde não foram constituídos a partir da situação de saúde dos seus territórios e das diretrizes aprovadas no âmbito regional. A participação do controle social na elaboração dos diagnósticos regionais de saúde foi bastante restrita, além disso o PES não contempla os 7 Planos Macrorregionais de Saúde. Assim, o princípio do planejamento ascendente não foi contemplado.
- Destaca-se que as deliberações aprovadas pela 8ª Conferência Estadual de Saúde foram referendadas pelo CES através da Resolução nº 03/2019 e muitas não se encontram contempladas no presente PES, conforme apontado pormenorizadamente pelo controle social.
- Ainda, é ressaltado o papel da relação tripartite, da qual depende o alcance de resultados, entretanto não há esclarecimento e mais informações sobre tal questão, sobre o papel de cada gestor, bem como não há nenhuma meta ou resultado sobre o assunto.

- No que diz respeito aos aspectos metodológicos, seguem ponderações:

1) Entender meta como fim de processo (marco lógico): metas representam a etapa final de um plano de ação. É precedida por *insumos, iniciativas, produtos, resultados, impactos, metas e indicadores*.

Exemplo:

Insumo	Iniciativas	Produtos	Resultados	Impactos	Meta	Indicadores
Equipe de trabalho especializada; Recurso do FNS, do Tesouro etc;	Capacitar e mobilizar equipe, Planejar e aplicar campanha de vacinação.	Vacinação infantil.	População infantil imunizada.	Aumentar qualidade de vida infantil.	Reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil no estado de 10,01 para 9,6.	Taxa de mortalidade infantil.

2) Confusão conceitual entre Objetivos e Metas: Objetivos dizem respeito a um estado desejado de superação de uma situação-problema. As metas, por sua vez, implicam num detalhamento a fim de apresentar os objetivos de maneira específica, mensurável, realizável, relevante e dentro de um prazo específico. Ou seja, a meta deve ser passível de ser medida, avaliada e monitorada.

Exemplo de Metas NÃO passíveis de serem medidas:

OBJETIVO 2 - Fortalecer o trabalho e a educação em saúde
12) Ofertar qualificações com ênfase na valorização e desenvolvimento do servidor público estadual.

Quais qualificações? Quantas? É possível controlar e mensurar essa meta?

OBJETIVO 3 - Melhorar a qualidade dos serviços de saúde nos municípios
9) Estimular a implementação do GERCON e do GERINT nas Centrais de Regulação dos municípios sob gestão municipal.

O que significa “estimular”? Como medir e controlar o atingimento dessa meta?

3) Apresentação das metas:

- As metas devem estar **atreladas** ao seu **indicador** de desempenho (ID) específico.
- Pode ser apresentada uma previsão de alcance **gradativo** (ou anual) da meta. Desta maneira é possível monitorar temporalmente o cumprimento da meta, esse for o caso identificar problemas e riscos, para então corrigi-los ou redefinir a meta.

Como está no PES 2020-2023:

OBJETIVO 1 - Promover saúde diretamente para o cidadão
24) Ampliar a cobertura vacinal de Tríplice Viral, dose única, em crianças de 1 ano de idade, de 89% para 95%.

Como poderia ser:

OBJETIVO 1 - Promover saúde diretamente para o cidadão					
Meta	Indicador				
		2020	2021	2022	2023
24) Ampliar a cobertura vacinal de Tríplice Viral, dose única, em crianças de 1 ano de idade, de 89% para 95%.	Taxa de crianças vacinadas com Tríplice Viral	90%	92%	93%	95%

Ou,

OBJETIVO 1 - Promover saúde diretamente para o cidadão						
Meta	Indicador	Linha de base				
			2020	2021	2022	2023
24) Ampliar a cobertura vacinal de Tríplice Viral, dose única, em crianças de 1 ano de idade.	Taxa de crianças vacinadas com Tríplice Viral	89%	90%	92%	93%	95%

Omissões

Conforme apresentado no PES 2020-2023 (pág. 254), apenas 37,14% das metas do PES anterior foram plenamente atingidas. E dos 15 macro indicadores do PES 2016-2019, apenas 20% atingiram a meta integralmente.

O não cumprimento expressivo das metas e indicadores do PES anterior sugere uma demanda reprimida. Contudo, boa parte delas não se faz presente no PES atual. A saber:

Metas não atingidas no PES anterior e não presentes no PES atual
Reduzir o percentual de amostras de águas com presença de Escherichia coli, em Soluções Alternativas Coletivas, de 12,78% para 2%.

Ampliar o percentual de parto normal de 39,05% para 45%.
Reduzir a proporção de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer de 1,42% para 1,40%.
Reduzir o percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica de 27,05% para 24%.**
Ampliar o percentual de cura de casos novos de tuberculose de 62,5% para 75%.
Reduzir a taxa de mortalidade neonatal tardia de 2,14 para 2,0 por 1.000 nascidos vivos.

Metas do PES 2019-2023

Muitas das 113 metas apresentadas no PES **NÃO** são passíveis de serem medidas e avaliadas, pois apresentam imprecisão da sua formulação.

Ao todo foram identificadas 57 metas com problemas metodológicos, que são principalmente: inconsistência do dado, falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Tais problemas estão apontados juntamente com outras considerações na tabela abaixo.

<p>DIRETRIZ Fortalecer o SUS no RS considerando a saúde de forma ampla, com universalidade, equidade, integralidade, financiamento solidário e participação social de forma descentralizada e regionalizada, visando promover a qualidade de vida da sociedade.</p> <p>Na primeira versão era “Fortalecer o SUS no RS considerando a saúde de forma ampla, com universalidade, equidade, integralidade e participação social de forma descentralizada e regionalizada, visando promover a qualidade de vida da sociedade”. Já havia sido solicitada a inclusão de gratuidade.</p> <p>RETIRAR o termo “financiamento solidário”, substituindo por financiamento tripartite, e INCLUIR gratuidade.</p> <p>Sugestão: Fortalecer o SUS no RS considerando a saúde de forma ampla, com universalidade, gratuidade, equidade, integralidade, participação social e financiamento tripartite, com gestão descentralizada e regionalizada, visando promover a qualidade de vida da sociedade.</p>
<p>OBJETIVO 1 - Promover saúde diretamente para o cidadão</p> <p>Entre as metas previstas há poucas compromissadas com a promoção da saúde e a prevenção da doença . Necessário revisão e incorporação de metas de promoção e prevenção, ao invés de se restringir à detecção e tratamento.</p>
<p>Meta 1 - Reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil no estado de 10,01 para 9,6.</p> <p>No RAG 2019 apresentado e nos próprios dados do PES (p. 93), alcançou-se 10,55, e não 10,01. Sendo assim, o parâmetro da meta deve ser modificado. Além disso, deve ser inserida a unidade de medida, por 1000 nascidos vivos.</p> <p>Problema metodológico identificado: inconsistência do dado e ausência da unidade de medida.</p>
<p>Meta 2 - Reduzir o número de óbitos maternos no estado de 54 para 42.</p> <p>54 é um dado de 2017, no PES o ano 2019 já está como 42. Ainda, é necessário incluir a unidade de medida, por 100.000 nascidos vivos.</p>

Problema metodológico identificado: inconsistência do dado e ausência da unidade de medida.

Meta 3 - Reduzir o número de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade de 1.980 para 1.170.

A meta restringe-se à sífilis congênita, devendo ser voltada para redução da sífilis de modo geral, o que consequentemente abrangerá a congênita. Ainda, no PES 2016-2019 a meta era "Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 (um) ano de idade de 1.675 para 1.099". Já no RAG 2019, o dado alcançado no ano passado foi 1833. Solicitamos esclarecimentos, visto que não há informação sobre isso no presente PES (somente é disponibilizada a taxa).

Problema metodológico identificado: inconsistência do dado.

Meta 4 - Reduzir o número de casos de Aids em menores de 5 anos de 13 para 7.

Meta restrita, visto que não há meta focada na população acima dos 5 anos tratando de prevenção de novas infecções (incidência).

Meta 5 - Reduzir a taxa de mortalidade por Aids de 10,1 para 8,3/100.000 habitantes.

A respeito do HIV/Aids, não existe objetivo/ meta para enfrentar uma possível epidemia generalizada de HIV/Aids, como já apresentada pelo DCCI em diversas ocasiões, nem indicador de resultados. Não há meta focada na população acima dos 5 anos tratando de prevenção de novas infecções (incidência). As metas envolvendo HIV/AIDS não abarcam a prevenção da doença para a população como um todo, restringindo-se a taxa de mortalidade (obj 1, meta 5) e a novas infecções em menores de 5 anos (obj. 1, meta 4). A única meta de prevenção (obj. 3 meta 4) é extremamente reduzida, focando em apenas 21 dos 497 municípios do estado, dos quais 18 são do Programa RS seguro.

Meta 6 - Implantar ambulatórios de vinculação e retenção voltados a pessoas vivendo com HIV/Aids em serviços de assistência a essa população no estado.

Meta superficial, quantos ambulatórios e onde? Que ambulatórios são esses? Até onde sabemos, esses ambulatórios são fruto de uma pesquisa financiada por uma organização não governamental estadunidense (Aids Healthcare Foundation) e gerenciados pela UNISINOS, o que inviabiliza sua constituição como meta da SES.

Problema metodológico encontrado: impossibilidade de mensuração.

Meta 7 - Reduzir a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) em 2% ao ano.

Qual o patamar inicial? Não encontramos informação na análise situacional sobre o valor da atual taxa de mortalidade prematura.

Problema metodológico encontrado: falta de especificação da meta.

Meta 8 - Reduzir a taxa de prevalência de excesso de peso na população adulta de 72,15% para 67,50%.

Meta 9 - Ampliar o número de usuários com avaliação do estado nutricional acompanhados pelas equipes da Atenção Primária em Saúde de 946.909 para 1.150.972.

Meta 10 - Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa

Bolsa Família de 74,53% para 76%.

Meta baixa, porque somente a previsão de aumentar cerca de 1,5% em 4 anos? Visto que se trata de uma população identificável, que nos últimos anos o crescimento da cobertura tem sido constante, a meta deve focar numa cobertura próxima aos 100%.

Sugestão: Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família de 74,53% para 100%.

Meta 11 - Ampliar o número de serviços de referência Ambulatórios de Gestante de Alto Risco (AGAR) de 12 para 20.

Meta presente no PES 2016-2019. Permanece o questionamento sobre os motivos do não atendimento da meta no PES anterior, de modo que se possa aprimorar as ações.

Meta 12 - Manter 13 Ambulatórios de Seguimento de Egressos de UTI Neonatal.

O CES questionou na análise da primeira versão se os Ambulatórios estão distribuídos de forma a atender todas as macrorregiões, o número é suficiente para atender as necessidades da população estadual?

Foram inseridas informações na nova versão do PES, entretanto permanecem sem resposta os questionamentos feitos acima.

Meta 13 - Ampliar o número de famílias em situação de vulnerabilidade e risco social atendidas pelo Programa Primeira Infância Melhor (PIM) de 31.000 para 40.000.

Meta 14 - Ampliar o número de Centros de Especialidades Odontológicas de 37 para 49.

No RAG 2019 e na página 112, consta que existem 39 Centros, sendo assim, por que estão partindo de 37? Corrigir parâmetro.

Como o próprio texto diz, há uma distribuição não homogênea entre as Regiões de Saúde (p. 112). Assim, deve ser garantido que cada região de saúde tenha ao menos um CEO e que o valor da contrapartida estadual seja suficiente para garantir a implantação e manutenção dos serviços do CEO.

Problema metodológico encontrado: inconsistência do dado.

Sugestão: Ampliar o número de Centros de Especialidades Odontológicas de 39 para 49, garantindo o atendimento a todas as regiões do estado..

Meta 15 - Implantar 7 Centros de Referência macrorregionais em Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Consideramos grave que a referência a tais Centros apareça na proposta do PES sendo que a proposta de criação desses centros não foi apresentada a nenhuma instância do controle social para apreciação e deliberação do CES. Apontamos ainda que a associação da criação desses CRTEAs a suposta implementação do que preconiza a Lei 15.322/2019 não procede, visto que no conteúdo da referida lei não há qualquer orientação nesse sentido. Trata-se de uma escolha de condução da gestão que deve ser submetida à apreciação do CES.

Chama atenção o enfoque na criação de CRTEAs, quando o recomendado pela política nacional de saúde mental álcool e outras drogas é o direcionamento dos usuários com demandas referentes ao espectro autista para os CAPS infantil (equipamentos já financiados pelo governo federal e cofinanciados pelo estado do RS). Entendemos que a separação de crianças e adolescentes a partir de um critério diagnóstico de transtorno do espectro autista é um retrocesso que pode gerar

estigma e preconceito a esta população. Também preocupa a configuração de equipamentos regionais que situam-se longe das moradias das famílias, implicando em dificuldades de acesso para quem necessita acessar estes equipamentos rotineiramente. Lembramos que as relações sociais são fundamentais para os processos de reabilitação psicossocial e principalmente na construção de redes efetivas de cuidado balizadas em novas abordagens em saúde mental.

Sugestão: Efetivar a Política da Pessoa com Deficiência, em respeito às prerrogativas expressas na Lei Brasileira de Inclusão, garantindo: o acesso com equidade, a prioridade, a sinalização adequada e o transporte adaptado; profissionais de saúde capacitados para o atendimento e abordagem destes usuários; a ampliação dos Centros Especializados de Reabilitação em todos os níveis de complexidade e em todas as regiões de saúde; o acesso às tecnologias assistivas, as órteses, próteses e cadeiras de rodas de forma descentralizada em todo o Estado.

Solicitamos a imediata apresentação da proposta de criação de CRTEAs ao controle social para deliberação do CES.

Meta 16 - Ampliar o número de dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica de 430 para 488.

A SES segue não especificando quais serviços serão implementados e em que regiões. Falam em ampliar serviços na AB no quantitativo de 58, sem informar quais. Assim como também fala em ampliação nos dispositivos da atenção especializada, mas não diz nem onde e nem quais serviços.

E ainda com a Covid-19, seria necessário reajustar metas com o agravamento de saúde mental causado pela pandemia.

Além da ampliação dos dispositivos na Atenção Básica e na Atenção Especializada (meta 16 e 17), é essencial inserir a garantia da manutenção dos demais dispositivos.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta (quais seriam os dispositivos e onde).

Meta 17 - Ampliar o número de dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Especializada de 267 para 321.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta (quais seriam os dispositivos e onde).

Meta 18 - Manter os 2.034 leitos de saúde mental integral.

Necessidade de acréscimo de meta: inexistência de qualquer meta de redução de leito em Hospital Psiquiátrico. Se existe de fato compromisso da SES com a implementação da lei da reforma psiquiátrica estadual como anunciam no texto do PES, no mínimo deve existir alguma previsão de redução de leitos em HP.

Meta 19 - Ampliar o número de Serviços Residenciais Terapêuticos próprios do Estado de 32 para 38.

Na página 114 há a informação de que estão em funcionamento 46 SRTs. No diagnóstico não consta quantos SRTs próprios do estado estão em funcionamento. Solicitamos informação e, se necessário, correção do patamar inicial da meta.

Problema metodológico identificado: inconsistência do dado.

Meta 20 - Implantar 7 Unidades Especializadas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes em hospitais gerais.

Questiona-se em quais regiões serão implantados e se tal número garante o atendimento a todo o estado.

Meta 21 - Reduzir as vagas em Comunidades Terapêuticas de 922 para 850 remanejando os recursos para outros dispositivos da política de saúde mental.

Esta redução de vagas se deve a irregularidades? De que tipo? Existe um relatório sobre este monitoramento realizado?

Meta 22 - Implementar a Política de Microeliminação da Hepatite C voltada para populações específicas/vulneráveis no estado do RS.

Tal Política foi apresentada ao CES? A Política sequer é citada na análise situacional no PES.

Meta 23 - Realizar a totalidade dos exames complementares necessários para investigação de doenças identificadas na triagem neonatal (Teste do Pezinho).

A meta não deixa claro quais exames constituem a totalidade dos necessários para a investigação de doenças identificadas na triagem neonatal.

Problema metodológico identificado: impossibilidade de mensuração.

Sugestão: Realizar a totalidade dos exames complementares necessários para investigação de todas as doenças identificadas na triagem neonatal (Teste do Pezinho).

Meta 24 - Ampliar a cobertura vacinal de Tríplice Viral, dose única, em crianças de 1 ano de idade, de 89% para 95%.

A meta deveria ser em relação às vacinas obrigatórias de modo geral, com cobertura de 100%, sem restringir à Tríplice Viral, conforme já apontado.

Meta 25 - Ampliar a cobertura vacinal da Campanha Nacional contra Influenza de 87% para 90%.

E as demais vacinas?

Meta 26 - Aumentar a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes para 90%.

E quanto aos casos antigos?

Importante que haja o exame de contatos intradomiciliares, meta prevista anteriormente que foi retirada: “Ampliar a proporção de contatos intradomiciliares examinados de casos novos de hanseníase de 67,3% para 90%.”

Ainda, qual o patamar inicial?

Problema metodológico encontrado: falta de especificação da meta.

Meta 27 - Ampliar a conformidade das imagens mamográficas de acordo com o simulador de mama padrão nos equipamentos de mamografia do estado de 75% para 95%.

Foi solicitada meta focada na prevenção ao câncer de mama, não inserida. A meta apresentada é muito restrita e operacional, de modo que seria melhor enquadrada como uma ação no PAS para atingimento de uma meta mais ampla, que não foi inserida. Na página 138 é constatado que “se faz necessária a ampliação da oferta deste exame nos serviços de mamografias existentes”, entretanto não há meta para ampliação de tal acesso.

Meta 28 - Ampliar o percentual da população que utiliza água com desinfecção fornecida por sistema de abastecimento e Soluções Alternativas Coletivas de 89% para 100%.

Meta 29 - Reduzir o percentual de municípios com risco médio e alto de transmissão de doenças pelo Aedes aegypti de 32% para 26%.

Meta 30 - Ampliar o número de Laboratórios Regionais de Saúde Pública (LR) com diagnósticos de Dengue, Leptospirose e Tuberculose descentralizados para 6.

A análise situacional, p. 180, não informa que ações os 14 Laboratórios Regionais executam, de modo a possibilitar uma análise da meta proposta. Incluir informações na análise situacional e incluir na meta o parâmetro basal, de quantos para quantos estamos falando.

Problema metodológico identificado: inconsistência do dado.

Meta 31 - Ampliar o percentual de hospitais com Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Adulto classificados como alta adesão às práticas de segurança do paciente de 26% para 70%.

Meta 32 - Ampliar o atendimento pré-hospitalar de urgência de 91% para 100% do estado.

Importante que permanecesse a meta relativa à notificação de infecções hospitalares, agora em 100%.

Meta 33 - Aumentar o número de transplantes de órgãos sólidos de 689 para 752.

O número total de órgãos transplantados em 2019 foi 721 (p. 158), segundo a análise situacional deste PES (Tabela 12).

Meta é insignificante frente à demanda. Exigimos a apresentação dos dados referentes à fila de espera de transplante de órgãos sólidos, bem como revisão da meta.

Problema metodológico encontrado: inconsistência do dado.

Meta 34 - Ampliar o percentual de cobertura hemoterápica da Rede SUS de 72% para 80%.

Ficou definido que seria elaborada uma meta focada no hemocentro, meta de acompanhamento, a qual não foi inserida. Análise situacional, p. 191, não apresenta o panorama da cobertura da rede hemoterápica, necessário fornecer tais dados para análise da meta.

Meta 35 - Ampliar o quantitativo dos serviços habilitados para o atendimento das pessoas com deficiência de 89 para 97.

Meta 36 - Ampliar o percentual de solicitações digitais de tratamentos administrativos de medicamentos do componente especializado e da lista especial do Estado.

Especificar para quanto deve aumentar o percentual. Aumentar de quanto para quanto? Aumentar o percentual de solicitações digitais não garante o atendimento a tais solicitações, que é o que devemos garantir.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Sugestão: Garantir o atendimento de 100% das solicitações de tratamentos administrativos de medicamentos do componente especializado e da lista especial do Estado.

Meta 37 - Ampliar a taxa de resposta da Ouvidoria do SUS dentro do prazo legal de 50% para 70%.

A taxa de resposta em 30 dias ficou em 74,76% em 2019, p. 198, Figura 100, porque a meta é de 50% para 70%? Corrigir o patamar inicial.

Problema metodológico identificado: inconsistência do dado.

Sugestão: Ampliar a taxa de resposta da Ouvidoria do SUS dentro do prazo legal de 74% para 100%.

Meta 38 - Manter e ampliar as ações da política de Saúde Mental e demais políticas Transversais visando o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Meta imprecisa. "Ampliar ações de saúde mental", mas quais ações? Qual resultado, em termos de meta, desejável? Manter o que e ampliar pra quanto?

Ainda, o pedido de meta focada no fornecimento de assistência no âmbito da Saúde Mental em relação ao Covid-19 não foi contemplado por esta meta.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Meta 39 - Identificar os três principais agravos relacionados à infecção por COVID-19 haja vista a proposição de ações para o cuidado em saúde.

Meta não compreensível, o que querem dizer com “haja vista a proposição de ações para o cuidado em saúde”? Precisa ser esclarecido quais ações vão ser realizadas após os agravos serem identificados, meta superficial.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta (meta imprecisa).

Sugestão: Identificar os três principais agravos relacionados à infecção por COVID-19, garantindo as ações para o cuidado em saúde de 100% desses casos.

Meta 40 - Manter o monitoramento ambiental semanal do SARS-CoV2 nas águas residuais.

Além do monitoramento é necessário incluir na meta o controle das fontes de contaminação e de qualquer risco potencial que seja identificado.

Problema metodológico identificado: impossibilidade de mensuração.

Meta 41 - Avaliar e monitorar os casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e óbitos por SRAG no sistema SIVEP-Gripe, semanalmente.

Problema metodológico identificado: impossibilidade de mensuração.

Sugestão: Avaliar e monitorar 100% dos casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e óbitos por SRAG no sistema SIVEP-Gripe, semanalmente.

Meta 42 - Avaliar as notificações dos casos notificados suspeitos de COVID-19 no sistema de informação e-SUS Notifica ou por meio de Unidades Sentinelas selecionadas.

Meta superficial, como mensurar?

Problema metodológico identificado: impossibilidade de mensuração.

Sugestão: Avaliar e monitorar 100% dos casos suspeitos, além de acompanhar 100% dos casos positivos, realizando a devida Vigilância em Saúde.

Meta 43 - Organizar, monitorar e avaliar a campanha de vacinação da COVID-19 seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

É importante que, além das diretrizes estabelecidas pelo MS, o estado defina diretrizes próprias para que haja a melhor campanha de vacinação dentro do estado do RS. É necessário incluir na meta a cobertura populacional a ser alcançada, nos diferentes segmentos de acordo com critérios técnicos.

Como mensurar essa meta? Qual indicador?

Problema metodológico identificado: impossibilidade de mensuração.

Retirada de metas apresentadas na 1ª versão do Projeto de PES:

Meta 15 - Acompanhar os casos suspeitos de Hepatites Virais detectados pelos sete Hemocentros Regionais e pelo Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul (HEMORGS).

Meta 18 - Reduzir o tempo médio entre a ligação no link 192 e o momento do acionamento da base SAMU, de 7 para 5 minutos.

Meta 20 - Ampliar o acesso ao Ambulatório de Dermatologia Sanitária ao aconselhamento e diagnóstico do HIV, sífilis, hepatites B e C (testes rápidos) de 3.630 para 3.830 ao ano.

Questionamos a retirada das metas, ao invés de sua adaptação após os apontamentos realizados.

OBJETIVO 2 - Fortalecer o trabalho e a educação em saúde

Considerações CES: neste objetivo as metas estão, de modo geral, reduzidas à capacitação de servidores, sendo que outras questões chave, aprovadas na 8ª Conferência de Saúde e apontadas pelo CES, foram desconsideradas. Listamos abaixo pontos chave:

- Implantar Plano de Carreira, com Isonomia de Vencimentos, para todos os servidores da Secretaria Estadual de Saúde com:
 - redistribuição dos servidores lotados na Secretaria Estadual da Saúde pertencentes ao Quadro Geral e ao Quadro Técnico Científicos para o Quadro da Saúde Pública;
 - transformação do atual Quadro de Funcionários da Saúde Pública em Plano de Carreira;
 - o Plano de Carreira deve conter ascensão funcional; critérios objetivos para preenchimento dos cargos de chefia e os cargos em comissão de livre nomeação e exoneração; jornada de trabalho máxima de 30 horas semanais; dedicação exclusiva como regime de trabalho a todos os servidores; política de valorização do servidor e reajustes salariais dignos; estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior e em áreas de difícil acesso e provimento; e política de formação profissional com incentivos salariais e de carreira; regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades insalubres, penosas e perigosas, com integralidade e paridade.
- Recompôr as equipes, devido a aposentadorias e exonerações;
- Criação de cargos necessários;
- Reduzir drasticamente a terceirização e privatização na SES e nas SMS;
- Democratização das relações de trabalho na saúde, visto o alto grau de adoecimento resultante das relações autoritárias no ambiente de trabalho;
- Garantir a implantação e implementação da Política Nacional e Estadual de Saúde do Trabalhador;
- Aumentar o financiamento de pesquisas estratégicas e o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde, priorizando

instituições públicas, visando melhor aplicação dos recursos humanos e financeiros, de acordo com as demandas de cada território, para fortalecer o intercâmbio entre pesquisas científicas e políticas de saúde. Ainda, enfrentar o corte de bolsas de pesquisa em Instituições de Ensino Públicas e ampliar os serviços e investimentos em prevenção e vigilância em saúde;

- Reestruturar e ampliar a Escola de Saúde Pública, como espaço de formação permanente dos profissionais de saúde e controle social, garantindo a ESP como instituição certificadora, nível técnico e pós-graduação, reafirmando o seu papel estratégico e fundamental para qualificação;

- Fortalecimento e ampliação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde de competência estadual, como forma de qualificação dos/as profissionais de saúde;

- Implementar a Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (meta não atingida no último PES);

Meta 1 - Produzir e implantar instrumentos de diretrizes clínicas e de organização de processo de trabalho para a Atenção Primária à Saúde do estado.

Quantos instrumentos?

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Meta 2 - Realizar 26 ações de educação permanente para a redução da violência, com foco na prevenção do uso de álcool e outras drogas, prevenção do suicídio, promoção da vida e da saúde mental.

Qual o público alvo dessas ações? Especificar. Quais ações? Qual indicador? Meta não específica.

Por que 26 capacitações? Não fecha nem uma por macroregião ao ano.

É necessário que sejam promovidos processos de Educação Permanente, em todas as regiões, o que pressupõe continuidade.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta.

Meta 3 - Propor e consolidar o dispositivo RAPS-Escola como estratégia de educação para fortalecimento da Rede de Atenção em Saúde Mental.

Propor e consolidar o dispositivo RAPS escola como estratégia de educação permanente para fortalecimento de 100% da rede de atenção em saúde mental. Especificar abrangência, previsão de atingir quantos municípios ou regiões, ou se a meta seria todo o estado. Especificar quais as ações/estratégias que seriam utilizadas por esse dispositivo RAPS-escola para o fortalecimento da rede. Especificar como pretendem mensurar que esse dispositivo conseguiu realizar o fortalecimento da rede.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Meta 4 - Aprovar e implementar a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde do Rio Grande do Sul.

Meta 5 - Promover 500 ações descentralizadas de Educação Permanente em Saúde destinadas a trabalhadores do SUS, gestores municipais e controle social.

O que exatamente será considerado ações descentralizadas de educação permanente?

Qual o critério para seleção das temáticas? Seria melhor especificar as temáticas pois o objetivo está muito genérico, abarcando um grande número de ações que deveriam ser maiores que o número apresentado.

A meta deve promover processos de educação permanente e educação continuada aos profissionais de saúde, aos gestores e

aos usuários sobre as ações, processos, técnicas e temas relevantes ao processo de trabalho e controle social.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta.

Meta 6 - Realizar 174 cursos de qualificação para trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS.

Que tipo de qualificação ocorreria nesses cursos? Como será dada a transparência na contabilização desses inúmeros cursos/qualificações/etc, visto que muitos podem se enquadrar em mais de uma meta deste objetivo? Esse objetivo deveria especificar duplicidade dos temas. Baseado em que se chegou ao número de 174? Pois não havendo um embasamento na análise situacional, ficamos impossibilitados de averiguar se tal meta é coerente.

Meta 7 - Garantir a manutenção de 100% das bolsas para o Programa da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública.

A meta prevê o mínimo, manutenção de bolsas, sem nenhuma perspectiva de fortalecimento dos programas ou de sua ampliação. Ainda, é necessário a previsão de meta que contemple a formação de tutores e preceptores.

Quanto à residência, prevê a manutenção das vagas, mas sabe-se que houve diminuição de vagas em determinados núcleos profissionais. Deve-se explicitar na análise situacional o quantitativo de vagas nos diferentes núcleos profissionais.

Meta 8 - Formar 100 trabalhadores em nível de pós-graduação *latu sensu* em Saúde Pública.

A informação sobre o público desta meta deveria constar na análise situacional.

Meta 9 - Incluir reserva de vagas de cotas raciais para negros e indígenas nos editais de seleção para a Residência Integrada em Saúde e cursos de Especialização *latu sensu* promovidos pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul com vista a incentivar as ações afirmativas.

Com relação às ações afirmativas, incluir também a cota para PCDs e especificar o quantitativo de vagas previstas (percentual que irão adotar). Necessário critério de mensuração.

Problema metodológico identificado: impossibilidade de mensuração.

Meta 10 - Implementar 28 formações macrorregionais de Educação Permanente do Controle Social, em conjunto com a Escola de Saúde Pública.

Meta 11 - Realizar 4 Oficinas Interinstitucionais de Educação em Saúde Coletiva em parceria com Organizações Públicas e da Sociedade Civil Organizada com objetivo de fortalecer a Rede de Educação em Saúde Coletiva (RESC).

Meta 12 - Ofertar qualificações com ênfase na valorização e desenvolvimento do servidor público estadual.

Como será quantificado? Necessário informar que qualificações, quantas e para quantos servidores públicos estaduais.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Meta 13 - Implantar estratégia de monitoramento sistemático das condições de saúde dos trabalhadores da SES/RS.

Que estratégias e como será realizado o monitoramento? Como será mensurado?

Problema metodológico identificado: impossibilidade de mensuração.

Meta 14 - Manter e ampliar de 20% para 40% a carga horária de formação prática do Programa de Residência em Psiquiatria em serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial fortalecendo um processo formativo articulado à linha de cuidado em saúde mental.

Em relação ao campo de prática da residência psiquiátrica, a gestão admite que até o presente momento o percurso formativo era realizado quase que em sua totalidade dentro do Hospital Psiquiátrico. Considera-se insuficiente o aumento proposto em tal meta, pois os(as) residentes ainda irão passar mais de 50% da carga horária de formação prática dentro do Hospital Psiquiátrico.

OBJETIVO 3 - Melhorar a qualidade dos serviços de saúde nos municípios

Meta 1 - Ampliar o número de municípios com o Programa Saúde na Escola (PSE) implantado de 437 para 473.

Meta 2 - Implantar o Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI) em 8 municípios do estado, dos quais 7 são prioritários para o RS Seguro.

Ressaltamos que a implantação em 8 municípios não necessariamente resulta numa distribuição em todas as macrorregiões, necessário incluir informações.

Meta 3 - Ampliar o número de municípios com a Política Estadual de Atenção Integral a Saúde do Homem (PEASIH) implantada de 109 para 224.

Meta 4 - Implantar ações do programa de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis - IST e HIV/AIDS em 21 municípios sendo 18 do programa RS Seguro.

Meta extremamente restrita. Em quantos municípios são desenvolvidas tais ações atualmente? Não há informações sobre isso na análise situacional. Ainda, a meta carece de maior especificação, quais ações?

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta.

Meta 5 - Ampliar a oferta de Práticas Integrativas e Complementares no SUS de 204 para 497 municípios.

É necessário o fortalecimento das práticas, ampliando o número de práticas oferecidas nas unidades, com estrutura e profissionais concursados com a devida formação.

Meta 6 - Iniciar e efetivar junto aos municípios do Rio Grande do Sul o processo de Planificação da Atenção à Saúde.

Já não foi iniciado (4ª CRS, 18ª, 17ª e 3ª), a meta deve ser somente efetivar. Junto aos 497 municípios? Qual a o patamar que se pretende atingir de modo a ser uma meta mensurável?

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Sugestão: Efetivar a Planificação da Atenção à Saúde em todos os municípios do estado.

Meta 7 - Atingir e manter 95% das equipes de APS utilizando os recursos do TelessaúdeRSUFRGS.

De acordo com os dados da análise situacional, 2720 do total de 2721 equipes existentes no estado já utilizam o Telessaúde. Alguma informação está incorreta, o diagnóstico ou a meta, corrigir. Porque a meta se restringe a 95% e não 100%?

Sugestão: Atingir e manter 100% das equipes de APS utilizando os recursos do TelessaúdeRSUFRGS.

Meta 8 - Revisar o cofinanciamento e os incentivos estaduais da APS para os 497 municípios (a partir de critérios populacionais, desempenho de equipes e mudanças implantadas pelo Ministério da Saúde), com aprovação em CIB.

Como será avaliado o desempenho das equipes? Na análise situacional deve ser descrita a metodologia de avaliação do desempenho das equipes, bem como seus objetivos e resultados.

Meta anterior: Obj 3 meta 1 - Manter cofinanciamento estadual da Atenção Primária à Saúde para os 497 municípios, qualificando a partir de critérios populacionais e desempenho de equipes.

Reescrever meta conforme deliberações da 8ª Conferência.

A atenção básica como ordenadora do cuidado deve realmente ser fortalecida com investimento robusto, ainda mais que a literatura aponta que 80% das questões de adoecimento podem ser solucionadas neste espaço, o que sem dúvida inclui as questões referentes à saúde mental. Contudo, não consta nenhum objetivo ou meta referente aos dispositivos de equipes multiprofissionais como NASF, NAAB, OT ou RD. O estado do RS nos últimos 5 anos interrompeu em muitos momentos ou descontinuou o fluxo de repasse para equipamentos como NAAB, OT, equipes de RD e AT, equipamentos que fortalecem a atenção à saúde mental em território, junto à AB.

É preciso que o PES tenha estratégias de enfrentamento ao retorno da lógica biomédica hegemônica de cunho assistencial, centrado na figura médica e na consulta. Para tanto, o financiamento e cofinanciamento desses dispositivos multiprofissionais são fundamentais.

A meta está voltada para as diretrizes do novo financiamento da atenção básica, sendo que diversas dificuldades já foram apontadas quanto a esse modelo que precariza e desfinancia dispositivos da atenção básica. Deve-se valorizar os municípios com servidores efetivos tendo em vista algum enfrentamento às terceirizações que prejudicam a concretização dos próprios princípios da AB, o trabalho em rede, a longitudinalidade do cuidado e a integralidade da atenção. Os pontos trazidos na proposta da Conferência devem ser considerados:

- **Instituir Política Estadual de Atenção Básica, tendo como base a integralidade da atenção e assistência, por meio da implantação e da ampliação do modelo de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e a articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), contemplando servidores estatutários concursados e profissionais com formação em Medicina de Família e Comunidade, garantindo cofinanciamento para tal, com repasse de valores mais elevados para os municípios com servidores detentores de cargo efetivo.**
- Incluir na Política Estadual de Atenção Básica, Programas semelhantes ao “Mais Médicos” para o conjunto dos profissionais de saúde.
- Especificar manutenção de repasse de recursos estaduais para NASF, NAAB, OT, equipes de RD e AT.

Sugestão: Elaborar, aprovar, implantar e implementar Política Estadual de Atenção Básica, tendo como base a integralidade da atenção e assistência, por meio da implantação e da ampliação do modelo de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e a articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), contemplando servidores estatutários concursados e profissionais com formação em Medicina de Família e Comunidade, garantindo cofinanciamento para tal, com repasse de valores mais elevados para os municípios com servidores detentores de cargo efetivo.

Meta 9 - Estimular a implementação do GERCON e do GERINT nas Centrais de Regulação dos municípios sob gestão municipal.

Como será feito o estímulo e como será mensurado?

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Meta 10 - Implantar Vigilância em Saúde do Trabalhador nos 497 municípios do estado.

A implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador é uma competência municipal, trazida como meta. A vinculação aos CERESTs regionais, com gestão estadual, é de competência estadual, sendo essencial sua presença em forma de meta.

Qual é o nº de referência atual? A análise situacional não traz esses dados.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta.

Sugestão: I) Implantar e implementar um CEREST por região de saúde, com gestão estadual.

II) Garantir a ampliação da implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador de x municípios para 497.

Meta 11 - Ampliar o número de municípios com o Programa de Controle do Tabagismo implantado de 299 para 350.

É importante que nas ações previstas para o cumprimento da meta esteja garantida a ampliação da oferta dos cursos exigidos para implantação do Programa.

Meta 12 - Realizar avaliação anual qualificada do diagnóstico situacional dos 10 municípios do RS que apresentarem maior número de casos absolutos de tuberculose.

Permanece a necessidade de meta referente à ampliação do percentual de Tratamento Diretamente Observado em tuberculose (não alcançada no último PES), assim como meta que vise a prevenção.

Meta 13 - Ampliar o percentual de municípios notificadores para intoxicação por agrotóxicos de 37% para 50%.

Meta extremamente superficial, visto que basta o município notificar uma vez para se tornar um município notificador. Essa informação pouco nos diz. Inclusive a notificação é obrigatória. Além disso, é necessário que também haja meta por habitantes, como no último PES.

Sugestão: I) Ampliar o percentual de municípios notificadores para intoxicação por agrotóxicos de 37% para 100%.

II) Ampliar a notificação das intoxicações por agrotóxicos de x para x por 100.000 habitantes.

Meta 14 - Ampliar as inspeções sanitárias em Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas de 3.181 para 9.571.

Meta 15 - Ampliar a utilização do Sistema de Vigilância Sanitária (SIVISA) para os 497 municípios do estado.

Deve constar de quanto para quanto, ou colocar de 62% (informação constante na análise situacional) a 100% dos municípios do estado.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta.

Meta 16 - Fomentar a implementação do Projeto do Cuidado Farmacêutico nos municípios do Rio Grande do Sul.

Meta era “Implementar o Projeto do Cuidado Farmacêutico nos municípios do Rio Grande do Sul.”

Quais serão os indicadores para monitoramento e avaliação? Linha de base? Qual o alcance da meta, os 497 municípios?

A meta refere-se a municípios, mas na metodologia de cálculo constante na análise situacional refere-se a etapas de implementação, atribuindo percentuais de atingimento por cada fase, dificultando a sua mensuração e o acompanhamento de sua execução.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta.

Sugestão: Garantir a implementação o Projeto do Cuidado Farmacêutico nos 497 municípios do Rio Grande do Sul.

Meta 17 - Ampliar em 15% o número de Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva.

Número pequeno em relação ao que deveria ser ampliado. Precisaria de uma política indutora com a ampliação do financiamento com repasse para os municípios.

A análise situacional não apresenta em que panorama nos encontramos atualmente, de modo a que possamos quantificar os 15%. Meta não mensurável.

Problema metodológico identificado: inconsistência do dado, falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Meta 18 - Destinar recursos a municípios e entidades da área da saúde via Programa de Cidadania Fiscal - Nota Fiscal Gaúcha.

Meta vaga e que não representa melhorias para o SUS. Quanto de recurso? Assim não será possível averiguar seu cumprimento.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

OBJETIVO 4 - Aprimorar os mecanismos de governança do SUS

Quais são os mecanismos de governança? Não estão descritos na análise situacional que mecanismos são esses.

1 Pactuar as referências em média complexidade de 8 especialidades prioritárias (Oftalmologia, Cirurgia Geral (parede abdominal e anexos), Urologia, Gastroenterologia, Vascular, Proctologia, Ginecologia e Otorrinolaringologia) nas 30 Regiões de Saúde.

Inserir traumatologia. Quantas estão pactuadas hoje?

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Sugestão: Pactuar as referências em média complexidade de 9 especialidades prioritárias:

- I) Oftalmologia: de x para 30 regiões de saúde;
- II) Cirurgia Geral (parede abdominal e anexos): de x para 30 regiões de saúde;
- III) Urologia: de x para 30 regiões de saúde;
- IV) Gastroenterologia: de x para 30 regiões de saúde;
- V) Vascular: de x para 30 regiões de saúde;
- VI) Proctologia: de x para 30 regiões de saúde;

VII) Ginecologia: de x para 30 regiões de saúde;

VIII) Otorrinaringologia: de x para 30 regiões de saúde; e

IX) Traumatologia: de x para 30 regiões de saúde.

Meta 2 - Publicizar painel das referências de especialidades de média complexidade dando transparência à informação aos gestores e usuários do SUS.

Necessário também a alta complexidade.

Sugestão: Publicizar painel das referências de especialidades de média e alta complexidade dando transparência à informação aos gestores e usuários do SUS.

Meta 3 - Revisar o Plano Estadual de Oncologia e implementar a Rede de Atenção Oncológica.

Qual o tamanho dessa implementação pretendida, como mensurar?

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Sugestão: I) Revisar o Plano Estadual de Oncologia e submeter à aprovação do CES.

II) Implementar a Rede de Atenção Oncológica em todo o estado.

Meta 4 - Implantar novo programa de incentivos hospitalares baseado em critérios técnicos e epidemiológicos.

Além disso, também deve permanecer a meta do último PES “Ampliar o percentual de hospitais que notificam a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico de X% para 100%”, de modo a possibilitar mais informação.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Sugestão: I) Elaborar novo programa de incentivos hospitalares baseado em critérios técnicos e epidemiológico, submeter à aprovação do CES e implantá-lo.

II) Ampliar o percentual de hospitais que notificam a ocorrência positiva ou negativa de infecção de sítio cirúrgico de X% para 100%.

Meta 5 - Manter 100% dos contratos firmados e vigentes com os prestadores de serviços contratualizados ao SUS sob gestão estadual.

O foco deve ser em garantir o atendimento de qualidade. Além disso, deve ser incluída a meta de “Diminuir a contratualização de serviços privados ao SUS de x para x no estado do RS.”

Sugestão: I) Manter a rigorosa fiscalização e acompanhamento de 100% dos contratos firmados e vigentes com os prestadores de serviços contratualizados sob gestão estadual.

II) Diminuir a contratualização de serviços privados ao SUS de x para x no estado do RS, substituindo por serviços públicos de qualidade.

Meta 6 - Implantar 100% do projeto assistencial no Hospital Regional de Santa Maria.

O que é essa implementação? O quanto já foi implementado? Meta imprecisa, pois impossibilita o monitoramento e posteriormente a real avaliação do seu cumprimento.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Sugestão: Aprovar o projeto assistencial do Hospital Regional de Santa Maria e implantá-lo em 100%, sob gestão pública estadual.

Meta 7 - Implantar o Hospital Regional de Pronto Socorro de Pelotas.

Sugestão: Implantar o Hospital Regional de Pronto Socorro de Pelotas, sob gestão pública estadual.

Meta 8 - Monitorar a implantação do Hospital Regional de Palmeira das Missões e contribuir para a definição da vocação assistencial de forma integrada às necessidades de saúde da região após sua conclusão.

A meta é "monitorar a implantação"?

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Sugestão: Implantar o Hospital Regional de Palmeira das Missões, a partir da definição de projeto assistencial, aprovado pelo CES, de forma integrada às necessidades de saúde da população, sob gestão pública estadual.

Meta 9 - Construir estratégia de diagnóstico regional para análise de situação, monitoramento e avaliação da saúde.

Não basta construir, deve ser implantada.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta.

Sugestão: Construir e implantar estratégia de diagnóstico regional para análise de situação, monitoramento e avaliação da saúde.

Meta 10 - Avaliar a regionalização da saúde no Rio Grande do Sul e definir nova proposta de configuração para o estado.

Problema metodológico identificado: impossibilidade de mensuração

Sugestão: Avaliar a regionalização da saúde no Rio Grande do Sul e definir nova proposta de configuração para o Estado, a ser aprovada pelo CES.

Meta 11 - Implementar a nova estrutura organizacional da SES/RS.

Que nova estrutura organizacional? Não foi apresentada na análise situacional nem ao controle social.

Problema metodológico identificado: impossibilidade de mensuração

Sugestão: Debater proposta de nova estrutura organizacional da SES/RS e implementá-la.

Meta 12 - Aprovar e implementar a Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa (PESPI), nas 7 macrorregiões de saúde.

Política não é citada no PES, somente consta na meta.

Meta 13 - Implementar a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, bem como as políticas específicas às populações abrangidas por ela, nas 7 macrorregiões de saúde.

Meta 14 - Criar o observatório do câncer de colo de útero.

Que observatório? Não foi citado em nenhum momento do PES.

Sugestão: Implantar procedimentos de rastreamento, detecção precoce e tratamento de câncer em todas as regiões de saúde.

Meta 15 - Ampliar o número de análises de resíduos de agrotóxicos de 225 para 325.

Meta segue insignificante, além disso não há clareza se é focada no número de substâncias analisadas (a análise situacional não diz quantas substâncias são analisadas hoje) ou no número de amostras, e nem onde será a análise (alimento, água, intoxicados, etc).

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta.

Sugestão: **I)** Identificar e acompanhar 100% dos trabalhadores que manuseiam agrotóxicos, efetuando monitoramento clínico e laboratorial, bem como conscientizando-os sobre os riscos à saúde; **II)** Garantir que 100% das intoxicações por agrotóxicos sejam notificadas; **III)** Capacitar os profissionais de saúde em urgências/emergências toxicológicas e fortalecer a promoção de residências multiprofissionais em toxicologia.

Meta 16 - Aumentar o número de solicitações de internação em leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) reguladas de forma informatizada de 1.000 para 2.000 por mês.

Meta 17 - Aumentar o número de consultas especializadas e exames com acesso regulado, através de sistema de regulação, de 750.000 para 1.800.000

Problema metodológico identificado: inconsistência do dado.

Sugerimos separar essa meta. N° de Exames, e outra com n° de consultas. São ações distintas e nesse caso o dado de uma pode se sobrepor a outro.

Sugestão: **I)** Aumentar o número de consultas especializadas com acesso regulado, através de sistema de regulação, de 750.000 para 1.800.000. **II)** Aumentar o número de exames com acesso regulado, através de sistema de regulação, de x para x.

Meta 18 - Implementar o sistema GERINT nos 182 hospitais sob regulação estadual.

Qual o patamar inicial? Em quantos há atualmente? Necessário informar de quanto para quanto.

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Meta 19 - Implantar o sistema GERCON nos 227 estabelecimentos de saúde contratualizados.

Qual o patamar inicial? Em quantos há atualmente?

Problema metodológico identificado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Meta 20 - Publicar a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais do Estado (REME).

Sugestão: Atualizar e publicar a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais do Estado.

Meta 21 - Construir, aprovar e publicar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica.

Meta 22 - Qualificar a implementação da Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos no estado do Rio Grande do Sul.

No que consiste qualificar? Como será mensurado? Em quantos municípios? Da forma como está escrita é um objetivo, não uma meta.

Problema metodológico identificado: impossibilidade de mensuração.

Sugestão: Garantir a implementação da Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos nos 497 municípios do estado.

Meta 23 - Realizar 24 Auditorias de Políticas Públicas para atuação de forma a auxiliar na execução, aperfeiçoamento e controle das políticas de saúde.

Problema metodológico encontrado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Sugestão: Realizar Auditoria em 100% das Políticas Públicas em saúde em vigor no estado do Rio Grande do Sul.

Meta 24 - Realizar Auditorias em 100% dos estabelecimentos de saúde que recebem recursos do SUS, através do Fundo Estadual de Saúde, contratados/conveniados ou não com a SES/RS, visando avaliar a qualidade, a propriedade, a efetividade dos serviços de saúde prestados à população e a correta aplicação dos recursos públicos.

Meta 25 - Qualificar o Sistema Estadual de Auditoria do SUS através da reorganização de sua estrutura e da aprovação e implementação da nova lei do processo de Auditoria.

Novamente, da forma como está escrita, trata-se de um objetivo e não de uma meta. Como mensurar o qualificar? Não há informação suficiente sobre uma nova lei, sendo que a atual ainda não é cumprida, impedindo a compreensão do que a meta contempla.

Problema metodológico encontrado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Sugestão: Supressão da meta.

Meta 26 - Implementar ações de gestão estratégica de pessoas com vistas a qualificar os processos de trabalho.

Que ações estratégicas e de que pessoas? Da forma como está escrita consiste em um objetivo, não em meta, faltam critérios de mensuração.

Problema metodológico encontrado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Meta 27 - Implantar núcleo organizacional para monitoramento do gasto público.

Monitoramento do gasto público na saúde? Especificar. Como será mensurado? Somente um núcleo?

Problema metodológico encontrado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Meta 28 - Instituir mecanismos para monitoramento e redução da judicialização em saúde.

Não basta instituir mecanismos (que, inclusive, nem foram citados), é necessário monitorar e reduzir a judicialização em saúde. Nas propostas aprovadas pela Conferência constava a proposta de “Implantar Câmaras de Conciliação de Litígios a fim de resolver administrativamente questões relacionadas ao acesso a medicamentos, insumos e tecnologias de saúde, dando transparência a estas ações e não aceitando a terceirização do apoio técnico aos sistemas de justiça”, a qual foi

suprimida da presente proposta de PES. Ainda é necessário um estudo aprofundado das causas da judicialização, conforme questionamentos anteriores. Como será feita a mensuração? Quantos e quais mecanismos?

Problema metodológico encontrado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Meta 29 - Diminuir o percentual de Mortalidade por Causas Básicas inespecíficas ou incompletas (Garbage Codes) do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Necessário incluir parâmetros de mensuração.

Problema metodológico encontrado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Sugestão: Diminuir o percentual de Mortalidade por Causas Básicas inespecíficas ou incompletas (Garbage Codes) do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) de 24,65% para 0%.

Meta 30 - Atender ao percentual legal mínimo de aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde.

Atender ao percentual legal não consiste em um aprimoramento, é ato obrigatório da gestão.

Problema metodológico encontrado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Sugestão: Aplicar os recursos necessários para atender às necessidades da população, cumprindo, no mínimo, os 12% orçamentários, conforme a Emenda Constitucional nº 12/2000, cumulado com a Lei Complementar 141/2012.

Meta 31 - Realizar 1.000 pareceres de avaliação de aspectos éticos de protocolos de pesquisa nos quais a SES/RS seja a instituição proponente, participante ou coparticipante do estudo.

Por que 1.000 pareceres? A análise situacional não fornece informações que possibilitem uma conclusão sobre a coerência e possibilidade de cumprimento desta meta.

Meta 32 - Aprovar e implementar a Política de Pesquisa da SES (PPSES).

Meta 33 - Modernizar a infraestrutura da Escola de Saúde Pública.

Em que consiste modernizar, como será mensurado? Permanecem questões relacionadas aos trabalhadores da ESP.

Problema metodológico encontrado: falta de especificação da meta e impossibilidade de mensuração.

Sugestão: I) Reestruturar e ampliar a Escola de Saúde Pública, como espaço de formação permanente dos profissionais de saúde e controle social, a partir de projeto aprovado pelo controle social.

II) Garantir a ESP como instituição certificadora, nível técnico e pós-graduação, reafirmando o seu papel estratégico e fundamental para qualificação.

Meta 34 - Aprovar e sancionar lei que altera a composição do Conselho Estadual de Saúde.

Meta 35 - Implantar e implementar Plenária Regional de Conselhos Municipais de Saúde, por Região de Saúde, como instâncias descentralizadas e regionalizadas do Controle Social do SUS.

MODIFICAR PARA: Implantar e implementar Plenária Regional de Conselhos Municipais de Saúde, em 100% das regiões de saúde, como instâncias descentralizadas e regionalizadas do Controle Social do SUS.

Meta 36 - Analisar e deliberar sobre 30 instrumentos de gestão e peças orçamentárias no âmbito do Controle Social.

MODIFICAR PARA: Analisar e deliberar sobre instrumentos de gestão (PES, PPA, 4 RAGs e 12 RDQAs) e peças orçamentárias (4 PASs, 4 LDOs e 4 LOAs) no âmbito do Controle Social.

Meta 37 - Realizar 138 eventos para o fortalecimento do controle social.

MODIFICAR PARA: I) Realizar 380 plenárias (do CES, estaduais, macrorregionais e regionais). II) Realizar 40 cursos e/ou seminários e para o fortalecimento do controle social.

Meta 38 - Melhorar a estrutura do Conselho Estadual de Saúde, com a lotação de novos servidores.

MODIFICAR PARA: Reestruturar o Conselho Estadual de Saúde, com a lotação de 12 novos servidores e a garantia do funcionamento periódico das 8 comissões existentes e daquelas que vierem a ser constituídas.

Meta retirada:

Objetivo 4: 4. Realizar Auditorias, além das de bloqueio de AIH's, nos hospitais que possuem contrato por valor global com a SES, visando avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população.

Foi apontado que a SES deveria incluir o alcance da meta, que não devia se restringir àqueles com contrato por valor global - **Realizar auditorias, além das de bloqueio de AIH's, em 100% dos hospitais que possuem contrato com a SES.**

Indicamos a necessidade de manutenção da meta com a inclusão dos apontamentos realizados pelo CES.

Indicadores de Resultado

No quadro que fala do alcance dos indicadores de resultado do PES 2016-2019, p. 254, todas as metas negativas precisam mostrar o quanto negativou, e não somente zero, pois as de maior alcance aparecem até como 150% de alcance. A regra tem que ser para os dois lados, com as devidas explicações.

Conforme já apontado, há problemas metodológicos em função de muitas metas não conterem indicadores de resultado e também há indicadores que não possuem metas correspondentes, o que deve ser sanado. Um exemplo disso é o indicador de resultado 15, que fala em percentual de cura de casos novos de tuberculose, entretanto não existem objetivos/metasp para tratamento de tuberculose, apenas para a ampliação de laboratório de diagnóstico (objetivo 1 meta 30). Percebeu-se também a exclusão de importantes indicadores, como o de investigação dos óbitos relacionados ao trabalho, indicador fundamental para a pactuação com os municípios do compromisso de investigar os óbitos relacionados ao trabalho.

Tratando-se de taxas, deve ser incluída a informação da unidade de medida.

Destacamos que muitos dos indicadores pactuados na Resolução CIB 111/2020 não constam na proposta de PES apresentada, devendo ser acrescentados.

Solicitamos que os indicadores abaixo, subtraídos pela SES, sejam reintroduzidos, com a definição de metas correspondentes.

- 1) **Percentual de amostras de águas com presença de *Escherichia coli* , em Soluções Alternativas Coletivas;**
- 2) **Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar;**
- 3) **Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados;**
- 4) **Proporção de registro de óbitos com causa básica definida;**
- 5) **Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada;**
- 6) **Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação;**
- 7) **Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez;**
- 8) **Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária;**
- 9) **Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária;**
- 10) **Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos;**
- 11) **Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica;**
- 12) **Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF);**
- 13) **Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica;**
- 14) **Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica;**
- 15) **Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue;**
- 16) **Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho;**
- 17) **Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar (na proposta de PES, não consta “pulmonar”);**
- 18) **Proporção de Óbitos por Acidentes de Trabalho investigados.**
- 19) **Proporção de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer;**
- 20) **Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica;**
- 21) **Taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas idosas;**
- 22) **Taxa de mortalidade neonatal tardia;**

Obs: os indicadores em negrito são aqueles constantes na Resolução CIB 111/20 que não são apresentados na proposta de PES.

Na página 256, fala em nova sistemática para monitoramento e avaliação do PES 2020-2023, mas a descrição de como ocorrerá é superficial. O texto diz que será constituído por um conjunto de indicadores-chave que permitam o monitoramento de aspectos cruciais e que reflitam a execução das ações e serviços de saúde mas não descreve como está sendo pensada, questiona-se que indicadores-chave serão esses, visto os poucos indicadores apresentados no presente PES.

Porto Alegre, 22 de dezembro de 2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Inara Beatriz Amaral Ruas', is centered on the page.

Inara Beatriz Amaral Ruas
Vice Presidente do CES/RS