

Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria da Saúde



**PLANO
ESTADUAL DE SAÚDE
2012 – 2015**

Porto Alegre, RS

©2013 Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Todos os direitos desta edição reservados
Secretaria da Saúde - SES/RS

Plano Estadual de Saúde: 2012/2015 (.)

Tiragem: 1ª edição - 2013 - 1.500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul
Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão.
Assessoria Técnica e de Planejamento - ASSTEPLAN
Avenida Borges de Medeiros, 1501 - 6º andar
CEP 90119-900 – Porto Alegre – RS
www.saude.rs.gov.br
planejamento@saude.rs.gov.br

Organização / Coordenação Técnica

Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão.

Alethéa Fagundes Sperb, Carla Pertile, Cristian Fabiano Guimarães, Cristiane Fischer Achutti, Edyane Cardoso Lopes, Gabriel Calazans Baptista, Gladis Tyllmann, Liane Belardinelli Prytoluk, Lígia Maria Corrêa Geyer, Maria Elisa Mello de Freitas, Maria Isabel Barros Bellini, Miriam Beatriz Bellinaso, Renata Varela, Rita Mara Chagas Ribeiro.

Colaboradores

Adriana Machado Maestri, Ana Luisa Nardin de Assis Brasil, Ana Maria Mejolaro Dalla Valle, Carine Teresa Zambonato Ecco, Denise Macedo de Miranda, Deonice Maria Scheeren Soares, Diva Verônica Bartz de Avila, Edson Aranovich, Érica Tatto, Luana Alves Figueiró, Luana Gonçalves Gehres, Maisa Beltrame Pedroso, Maria Salete Finger, Miriam Cristiane Alves, Priscila Farfan Barroso, Tânia Cléa Levay da Rosa, Tânia Regina Marques Leal, Tânia Regina Velasques Dreier, Vera Lucia de Lemos Mello, Waleska da Porciuncula Pereira.

Revisão de Português: Noili Demaman

Artistas: João Bratkauskas, Luiz Guedes, Romeu Gigueiró, Sandro Magalhães Azambuja (Capa).

As Imagens que ilustraram esta obra foram cedidas pelos artistas do Núcleo de Atividades Expressivas Nise da Silveira - Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro - HPSP

Capa, projeto gráfico e diagramação:

Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde.

Plano Estadual de Saúde: 2012/2015. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2013.

250 p. Il.

ISBN

1. Plano de Saúde. 2. Planejamento em Saúde. 3. Planejamento Estratégico.
4. Gestão do Sistema Único de Saúde. 5. Instrumento de Gestão. I. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. II. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e avaliação da gestão. III. Título.

NLM WA 541.DB8

Catálogo na fonte – Centro de Informação e Documentação em Saúde – CEIDS/ESP/SES/RS



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

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2012 - 2015

Coordenação e Organização

GT Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão

Governador do Estado
Tarso Fernando Herz Genro

Secretário de Estado da Saúde
Ciro Carlos Emerim Simoni

Secretário de Estado da Saúde Adjunto
Elemar Sand

Presidente do Conselho Estadual da Saúde
Paulo Humberto Gomes da Silva

Assessoria Técnica e de Planejamento
Marta Araujo Grecellé

Assessoria de Comunicação Social
Antão Valderes Rebelo Sampaio

Assessoria Jurídica
Elvio Ciechowicz Junior

Fundo Estadual de Saúde
Alcindo Pavan

Coordenação da Auditoria Médica
Geila Radünz Vieira

Ouvidoria do SUS/RS
Luana Gonçalves Gehres

Departamento Administrativo
Cláudio Roberto da Silva

Departamento de Coordenação das Regionais
Marcio Rafael Slaviero

Departamento de Ações em Saúde
Sandra Maria Sales Fagundes

Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Marcos Antônio de Oliveira Lobato

Coordenação dos Hospitais Estaduais
Antônio Joaquim Fernandes

Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica
Irene Porto Prazeres

Centro Estadual de Vigilância em Saúde
Celso Bittencourt dos Anjos

Escola de Saúde Pública
Márcio Mariath Belloc

Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde
José Vellinho Pinto

O GT Planejamento Monitoramento e Avaliação da Gestão, ao finalizar a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2015, presta homenagem póstuma a Homero Diaz de Almeida, mais do que colega, um parceiro incansável na caminhada para a consolidação do SUS.

Sumário

APRESENTAÇÃO	14
ANÁLISE SITUACIONAL.....	18
ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO GAÚCHO	19
Regiões de Saúde	19
CONDIÇÕES DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL	52
Perfil de Morbimortalidade	65
Doenças Transmissíveis	66
Doenças e Agravos Não Transmissíveis.....	85
Determinantes ambientais de morbimortalidade	100
Análise por Ciclos de Vida.....	104
Condições de Saúde das Crianças.....	105
Condições de Saúde dos Adolescentes	111
Condições de Saúde dos Adultos.....	115
Condições de Saúde dos Idosos	118
ATENÇÃO À SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL	121
Rede Cegonha e Primeira Infância Melhor	121
Rede de Atenção Psicossocial.....	124
Rede de Urgência e Emergência.....	131
Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.....	136
Atenção Básica.....	138
Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ISAB).....	143
Saúde Prisional	148
RS na Paz - Saúde	149
Atenção Secundária e Terciária	151
Assistência Farmacêutica.....	162
Vigilância em Saúde	165
GESTÃO EM SAÚDE	170
Planejamento, Monitoramento e Avaliação.....	170
Financiamento	170
Política de Alocação de Recursos Estaduais.....	175
Financiamento da Atenção Básica	177
Financiamento Estadual da Atenção Secundária e Terciária em Saúde	183
Financiamento da Vigilância em Saúde	186
Financiamento em Decorrência de Sazonalidades.....	188
Processo de Participação Popular e Cidadã - Consulta Popular	189
Incentivo da Assistência Farmacêutica.....	190
Regulação em Saúde	191
Central de Transplantes do Rio Grande do Sul (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/RS)	192
Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU (CRUE/RS).....	195
Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS)	197
Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA/RS)	199
Instâncias de Participação Social.....	201
Ouvidoria em Saúde	201
Infraestrutura e Logística	202
Coordenadorias Regionais de Saúde.....	202
Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS)	203
Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CDCT/FEPPS)	204
Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul (LAFERGS/FEPPS).....	204

Instituto de Pesquisas Biológicas / Laboratório Central (IPB/LACEN/FEPPS)	204
Centro de Informações Toxicológicas (CIT/FEPPS).....	205
Hemocentro do Rio Grande do Sul (HEMORGS/FEPPS)	205
Educação em Saúde Coletiva	206
Ciência, Tecnologia e Inovação.....	206
Inovação e Incorporação Tecnológica.....	207
Cartão Nacional de Saúde	207
DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	210
ATENÇÃO À SAÚDE	211
OBJETIVO 1: Fortalecer a Atenção Básica	211
RS na PAZ - SAÚDE	212
OBJETIVO 2: Ampliar e Qualificar a Atenção Secundária e Terciária	213
OBJETIVO 3: Ampliar e Qualificar a Vigilância em Saúde.....	214
OBJETIVO 4: Ampliar e Qualificar a Assistência Farmacêutica	216
OBJETIVO 5: Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado	216
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	216
Rede Cegonha / Primeira Infância Melhor (PIM).....	217
Rede de Atenção Psicossocial	218
Rede de Atenção às Urgências	219
Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência	219
LINHAS DE CUIDADO	220
Saúde da Criança / Linha de Cuidado da Criança	221
Saúde do Adolescente / Linha de Cuidado do Adolescente	221
Saúde da Mulher / Linha de Cuidado da Mulher	222
Saúde do Homem / Linha de Cuidado do Homem	223
Saúde do Idoso / Linha de Cuidado do Idoso	223
AÇÕES TRANSVERSAIS	224
Saúde Bucal	224
Alimentação e Nutrição	224
DST/AIDS	225
Saúde da População Negra.....	226
Saúde Indígena	226
Saúde Prisional	227
Saúde do Trabalhador	227
Práticas Integrativas e Complementares	228
GESTÃO EM SAÚDE	229
OBJETIVO 6: Institucionalizar o Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS	229
OBJETIVO 7: Aumentar o Financiamento e os Investimento em Saúde	230
OBJETIVO 8: Fortalecer as Instâncias de Participação Social do SUS	230
Ouvidoria do SUS no RS	231
OBJETIVO 9: Ampliar e Qualificar a Regulação em Saúde	232
Complexo Regulador Estadual CRE/RS.....	232
Central de Transplantes do Rio Grande do Sul (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/RS)	232
Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU (CRUE/RS).....	233
Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS)	233
Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA/RS)	234
OBJETIVO 10: Fortalecer a Auditoria do SUS	234
OBJETIVO 11: Fortalecer a Infraestrutura e Logística.....	235
Fortalecimento da infraestrutura do nível central e regional da SES	235
Fortalecimento da infraestrutura da Escola de Saúde Pública (ESP)	236

Fortalecimento da infraestrutura da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS)	236
OBJETIVO 12: Promover a gestão da informação, inovação e da incorporação tecnológica no SUS	237
OBJETIVO 13: Promover e qualificar a Gestão do Trabalho em saúde	238
EDUCAÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA	239
OBJETIVO 14: Desenvolver Estratégias de Educação Permanente em Saúde	239
OBJETIVO 15: Construir e Implementar a Política Estadual de Incentivo à Pesquisa	240
OBJETIVO 16: Consolidar a Política Estadual de Residência Integrada em Saúde	240
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	243

Índice de Figuras

Figura 01 - Regiões de Saúde, RS, 2012	19
Figura 02 - Região de Saúde Verdes Campos (R1), RS, 2012.....	21
Figura 03- Pirâmide populacional Região Verdes Campos (R1), RS, 2011.	21
Figura 04 - Região de Saúde Entre Rios (R2), RS, 2012.....	22
Figura 05 - Pirâmide populacional, Região Entre-Rios (R2), RS, 2011.....	22
Figura 06 - Região de Saúde Fronteira Oeste (R3), RS, 2012.	23
Figura 07 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Fronteira Oeste (R3), RS, 2011.	23
Figura 08 - Região de Saúde Belas Praias (R4), RS, 2012.....	24
Figura 09 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Belas Praias (R4), RS, 2011.....	24
Figura 10 - Região de Saúde Bons Ventos (R5), RS, 2012.	25
Figura 11 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Bons Ventos (R5), RS, 2011.....	25
Figura 12 - Região de Saúde Vale do Paranhana e Costa Serra (R6), RS, 2012.....	26
Figura 13 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Vale do Paranhana e Costa Serra (R6), RS, 2011. ...	26
Figura 14 - Região de Saúde Vale dos Sinos (R7), RS, 2012.	27
Figura 15 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Vale dos Sinos (R7), RS, 2011.	27
Figura 16 - Região de Saúde Vale do Caí e Metropolitana (R8), RS, 2012.	28
Figura 17 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Vale do Caí e Metropolitana (R8), RS, 2011.....	28
Figura 18 - Região de Saúde Carbonífera Costa Doce (R9), RS, 2012.	29
Figura 19 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Carbonífera Costa Doce (R9), RS, 2011.....	29
Figura 20 - Região de Saúde Capital Vale do Gravataí (R10), RS, 2012.	30
Figura 21 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Capital Vale do Gravataí (R10), RS, 2011.	30
Figura 22 - Região de Saúde Sete Povos das Missões (R11), RS, 2012.	31
Figura 23 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Sete Povos das Missões (R11), RS, 2011.	31
Figura 24 - Região de Saúde Portal das Missões (R12), RS, 2012.....	32
Figura 25 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Portal das Missões (R12), RS, 2011	32
Figura 26 - Região de Saúde Região da Diversidade (R13), RS, 2012.	33
Figura 27 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Região da Diversidade (R13), RS, 2011.	33
Figura 28 - Região de Saúde Fronteira Noroeste (R14), RS, 2012.....	34
Figura 29 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Fronteira Noroeste (R14), RS, 2011.	34
Figura 30 - Região de Saúde Caminho das Águas (R15), RS, 2012.	35
Figura 31 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Caminho das Águas (R15), RS, 2011.....	35
Figura 32 - Região de Saúde Alto Uruguai Gaúcho (R16), RS, 2012.....	36
Figura 33 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Alto Uruguai Gaúcho (R16), RS, 2010.	36
Figura 34 - Região de Saúde Planalto (R17), RS, 2012.....	37
Figura 35 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Planalto (R17), RS, 2011	37
Figura 36 - Região de Saúde Araucárias (R18), RS, 2012.	38
Figura 37 - Pirâmide populacional, Região Araucárias (R18), RS, 2011.....	38
Figura 38 - Região de Saúde Botucaraí (R19), RS, 2012.	39
Figura 39 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Botucaraí (R19), RS, 2011.	39
Figura 40 - Região de Saúde Rota da Produção (R20), RS, 2012.	40
Figura 41 - Pirâmide populacional, Região Rota da Produção (R20), RS, 2011.	40
Figura 42 - Região de Saúde Sul (R21), RS, 2012.	41
Figura 43 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Sul (R21), RS, 2011.	41
Figura 44 - Região de Saúde Pampa (R22), RS, 2012.	42
Figura 45 - Pirâmide populacional, Região do Pampa (R22), RS, 2011.....	42
Figura 46 - Região de Saúde Caxias e Hortênsias (R23), RS, 2012.	43
Figura 47 - Pirâmide populacional, Região Caxias e Hortênsias (R23), RS, 2011.	43
Figura 48 - Região de Saúde Campos de Cima da Serra (R24), RS, 2012.....	44
Figura 49 - Pirâmide populacional, Região Campos de Cima da Serra (R24), RS, 2011.....	44
Figura 50 - Região de Saúde Vinhedos e Basalto (R25), RS, 2012.....	45
Figura 51 - Pirâmide populacional, Região Vinhedos e Basalto (R25), RS, 2011.....	45
Figura 52 - Região de Saúde Uva Vale (R26), RS, 2012.	46

Figura 53 - Pirâmide populacional, Região Uva Vale (R26), RS, 2011.	46
Figura 54 - Região de Saúde Jacuí Centro (R27), RS, 2012.	47
Figura 55 - Pirâmide populacional, Região Jacuí Centro (R27), RS, 2011.	47
Figura 56 - Região de Saúde Vinte e Oito (R28), RS, 2012.	48
Figura 57 - Pirâmide populacional, Região Vinte e Oito (R28), RS, 2011.	48
Figura 58 - Região de Saúde Vales e Montanhas (R29), RS, 2012.	49
Figura 59 - Pirâmide populacional, Região Vales e Montanhas (R29), RS, 2011.	49
Figura 60 - Região de Saúde Vale da Luz (R30), RS, 2012.	50
Figura 61 - Pirâmide populacional, Região Vale da Luz (R30), RS, 2011.	50
Figura 73 - Distribuição da População por Raça/Cor nas Regiões de Saúde, RS, 2010.	58
Figura 74 - Percentual de População Negra por Região de Saúde, RS, 2010.	59
Fonte: ASSTEPLAN/DAS/SES/RS	59
Figura 75 - Distribuição das Comunidades Quilombolas por Região de Saúde, RS, 2010.	60
Figura 76 - Rendimentos mensais de mulheres brancas em relação às mulheres negras, RS, 2010.	60
Figura 77 - Rendimentos mensais de homens brancos em relação aos homens negros, RS, 2010.	61
Figura 78 - Crescimento da População Indígena, RS, 2003 a 2011.	61
Figura 79 - Distribuição da População Indígena, RS, 2010.	62
Figura 80 - População custodiada, no Brasil e no RS, entre 2004 e 2012.	62
Figura 81 - Distribuição da faixa etária das pessoas privadas de liberdade, RS, 2012.	63
Figura 82 - Distribuição do estado civil das pessoas privadas de liberdade, RS, 2012.	63
Figura 83 - Grau de Escolaridade das pessoas privadas de liberdade, RS, 2012.	64
Figura 84 - Mortalidade proporcional por capítulo da CID, por faixa etária, RS, 2011.	65
Figura 85 - Coeficiente de incidência de tuberculose, RS, 2001 a 2011	67
Figura 86 - Percentual de cura e abandono dos casos novos bacilíferos de tuberculose, RS, 2001-2011 .	68
Figura 87 - Taxa de Incidência de tuberculose por Municípios Prioritários, RS, 2011	68
Figura 88 - Incidência de Tuberculose por Região de Saúde, RS, 2011* (dados parciais)	68
Figura 89 - Detecção da Hanseníase por Regiões de Saúde, RS, 2011.	69
Figura 90 - Tendência dos coeficientes de detecção de Hepatites Virais A, B e C, RS, 2007 a 2011.	69
Figura 91 - Casos e Coeficientes ¹ de Detecção de Hepatites Virais A, B e C, por ciclos de vida, RS, 2011	70
Figura 92 - Coeficientes de Detecção de Hepatites Virais A, B e C, por faixas etárias dos ciclos de vida, RS, 2011.	70
Figura 93 - Percentual de Hepatites Virais, A, B e C ¹ , por gênero, RS, 2011	71
Figura 94 - Coeficientes ¹ de Detecção de Hepatite Viral A, Região de Saúde,	71
Figura 95 - Coeficientes ¹ de Detecção de Hepatite Viral B, Região de Saúde, 2011, RS.	71
Figura 96 - Coeficientes ¹ de Detecção de Hepatite Viral C ² , Região de Saúde, 2011, RS	71
Figura 97 - Taxa de incidência de casos de AIDS por 100.000 habitantes, Brasil - Região Sul e RS, 2000 a 2011	72
Figura 98- Ranking da taxa de incidência por 100.000 habitantes de casos de AIDS notificados no RS dentre os 20 municípios com mais de 50.000 habitantes na Região Sul, RS, 2011	73
Figura 99- Distribuição de casos de AIDS por gênero e por faixa etária, RS, 1983 a 2012.	74
Figura 100 - Coeficiente de mortalidade por AIDS, Brasil - Região Sul e RS, 2000 a 2011.	74
Figura 101 - Dengue: casos notificados, confirmados e coeficiente de incidência por 100.000 hab., RS, 2007 a 2012*	75
Figura 102 - Proporção de casos confirmados de dengue segundo faixa etária, RS, 2007 a 2012*	76
Figura 103 - Dengue: coeficiente de incidência por 100.000 habitantes segundo região de saúde, RS, 2011.	76
Figura 104- Regiões Infestadas por <i>Aedes aegypti</i> e regiões com casos Autóctones de dengue, RS, 2007, 2010 e 2011.	77
Figura 105 - Incidência de leptospirose por região de saúde, RS, 2011.	77
Figura 106 - Distribuição dos casos confirmados de Leishmaniose Visceral Humana, RS, 2008 a 2011.	78
Figura 107 - Distribuição espacial das capturas e do vetor da LVH, RS, 2008 a 2012.	79
Figura 108- Municípios com circulação do vírus amarelo, RS, 2008 a 2009.	79
Figura 109- Distribuição dos postos de informação de Triatomíneos e número de PITs positivos, RS, 2011.	80
Figura 110 - Número de atendimentos antirrábicos humanos, RS, 2007 a 2011.	81

Figura 111 - Distribuição dos atendimentos antirrábicos humanos por mês de notificação, RS, 2007 a 2011.....	81
Figura 112 - Distribuição dos atendimentos antirrábicos segundo ciclos de vida, RS, 2007-2011.....	82
Figura 113 - Distribuição dos atendimentos antirrábicos segundo sexo, RS, 2007-2011.....	82
Figura 114 - Distribuição dos acidentes por animais peçonhentos por região de ocorrência, RS, 2007 a 2011.	82
Figura 115 - Municípios que realizaram controle entomológico de simulídeos, RS, 2011*	83
Figura 116 - Coberturas vacinais para a vacina tetravalente em menores de um ano de idade, RS, 2007-2011.	84
Figura 117 - Coberturas vacinais para a vacina tríplice viral em crianças de um ano de idade, RS, 2007-2011.	84
Figura 118 - Coberturas vacinais para tetravalente e tríplice viral por Região de Saúde, RS, 2011.....	84
Figura 119 - Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) e número de doentes, RS, 2000 a 2012*84	
Figura 120- Taxa de notificação da violência doméstica sexual e de outras violências por Região de Saúde, RS 2011.....	86
Figura 121 - Distribuição das notificações de violência segundo tipologia e ciclos de vida, RS, 2010 a 2012	86
Figura 122 - Proporção de Internações por Doenças do Aparelho Circulatório, por Grupo CID e Ciclo de Vida, RS, 2011.....	87
Figura 123 - Taxa de Internações por Causas Seleccionadas de Doenças do Aparelho Circulatório, RS, 2008 a 2011.	88
Figura 124 - Proporção de Internações por Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, por Grupo CID e Ciclo de Vida, RS, 2008 a 2011	88
Figura 125 - Internações por Diabetes Mellitus por Sexo, RS, 2008 a 2011.....	89
Figura 126 - Coeficiente de mortalidade pelos principais tipos de câncer masculino, RS, 1990 a 2011 ..	90
Figura 127 - Coeficiente de mortalidade pelos principais tipos de câncer feminino, RS, 1990 a 2011....	90
Figura 128 - Taxa de Internações por Causas Seleccionadas de Neoplasias RS, 2008 a 2011;	91
Figura 129 - Internações por Neoplasias Malignas por Grupo de CID e Ciclo de Vida, RS, 2011.	91
Figura 130 -Internações por Obesidade e Internações para Cirurgia Bariátrica, por Sexo, RS, 2008 a 2011.92	
Figura 131 - Internações por Obesidade e Internações para Cirurgia Bariátrica, RS, 2008 a 2011.....	93
Figura 132 - Proporção de Internações de Residentes por Capítulo do CID, RS, 2008 a 2011	94
Figura 133 - Taxa de Internações por Causas Seleccionadas de Doenças do Aparelho Respiratório, RS, 2008 a 2011.....	95
Figura 134 - Internações por doenças respiratórias por ciclo de vida e mês de internação, RS, 2008 a 2011	95
Figura 135 - Proporção de internações hospitalares (SUS) por Afecções Originadas no Período Perinatal, por Grupo de CID, RS, 2008 a 2011.....	96
Figura 136 - Taxa (por 10.000 NV) de Internações Hospitalares (SUS) por Afecções Originadas no Período Perinatal em Menores de Um Ano, RS, 2008 a 2011	97
Figura 137 - Proporção de Internações por Causas Externas, por Grupos Seleccionados do CID, Ciclo de Vida e Sexo, RS, 2008 a 2011	98
Figura 138 - Taxa de Internações por Causas Seleccionadas de Causas Externas, RS, 2008 a 2011.	98
Figura 139 - Regiões de Saúde com Taxas Superiores à Média Estadual para Grupos de Causas Externas, RS, 2011.....	99
Figura 140 - Impacto de desastres provocados por chuvas intensas por Regiões de Saúde, RS, 2003 a 2013.	102
Figura 141 - Impacto de desastres provocados por vendavais e pela queda de granizo por Região de Saúde, RS, 2003 a 2012.	103
Figura 142 - Série histórica da mortalidade por doenças prevalentes em crianças < 1 ano para infecção respiratória aguda (IRA) em números absolutos, RS, 2007 a 2012.....	106
Figura 143 - Coeficiente de Mortalidade Infantil, RS, 2007 a 2011.....	106
Figura 144 - Coeficiente de Mortalidade Infantil por Região de Saúde, RS, 2011.	107
Figura 145 - Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce por Região de Saúde, RS, 2011.....	107
Figura 146 - Mortalidade Infantil Indígena, RS, 2003 a 2011	108
Figura 147 - Incidência de AIDS por 100.000 em menores de 05 anos por região de saúde, RS, 2007-2012108	

Figura 148 - Incidência de AIDS (por 100.000hab) em menores de 05 anos de idade. Rio Grande do Sul, 2000 a 2012.....	109
Figura 149 - Incidência de sífilis congênita por ano, RS, 2007-2011	110
Figura 150 - Prevalência de cárie dentária e média de ceod e CPOD por idade, RS, 2003.	111
Figura 151 - Proporção de partos de mães adolescentes por Regiões de Saúde, RS, 2007 a 2011	113
Figura 152 - Incidência de AIDS por categoria de Exposição em Mulheres. RS, 2000 a 2010.....	116
Figura 153 - Incidência de AIDS em Homens Adultos por Categoria de Exposição Sexual. RS, 2000 a 2010.117	
Figura 154 - Municípios com Rede Cegonha / PIM implantados, RS, agosto de 2012	123
Figura 155 - Fórmula de cálculo para previsão de atendimento do PIM, RS, 2012.	123
Figura 156 - Progressão do número de Visitadores Habilitados do PIM, RS, 2003 - 2012.	124
Figura 157 - Situação da Rede de Saúde Mental, RS, 2010 a 2012.....	126
Figura 158 - Cobertura de CAPS e de leitos em hospitais gerais por Região de Saúde, RS, março/2013.128	
Figura 159 - Cobertura de SAMU,USA/USB por Região de Saúde, RS, 2012.....	132
Figura 160 - Municípios que receberam aprovação do Ministério da Saúde para a habilitação de SE, RS, 2012	132
Figura 161 - Descrição do porte de UPA 24 horas	133
Figura 162 - Municípios sede das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e seu respectivo porte, RS, 2012	133
Figura 163 - Situação das UPAs, RS, 2012	133
Figura 164 - Número de leitos por hospital na linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC), Região Metropolitana de Porto Alegre, RS, 2012.....	135
Figura 165 - Número de leitos por hospital na linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Região Metropolitana de Porto Alegre, RS, 2012.....	136
Figura 166 - Estimativa populacional por área de deficiência e oferta anual de vagas para reabilitação, RS, 2012.....	137
Figura 167 - Percentual de Cobertura de Triagem Auditiva Neonatal, RS, 2008 a 2011.....	138
Figura 168 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Regiões de Saúde, RS, 2012.	140
Figura 169 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Região de Saúde, RS, 2012.	140
Figura 170 - Cobertura das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica, RS, 2007-2012	143
Figura 171 - Proporção de ISAB, RS, 2005 a 2010.	143
Figura 172 - Proporção de ISAB por Ciclo de Vida, RS, 2008 a 2011.....	144
Figura 173 - Proporção de ISAB por Região de Saúde de Residência e Ciclo de Vida, RS, 2008 a 2011 ..	144
Figura 174 - Percentual de ISAB sobre o Total de Internações por Ciclo de Vida, RS, 2008 a 2011.	145
Figura 175 - Percentual das Principais Causas de Internações Sensíveis à Atenção Básica por Região de Saúde de Residência, RS , 2008 a 2011.....	146
Figura 176 - Internações Sensíveis à Atenção Básica - ISAB e Indicadores de Comparação, por Região de Residência, 2008 a 2011.	147
Figura 177 - Proporção de ISAB por Regiões de Saúde de Residência, RS, 2008 a 2011.	147
Figura 178 - Localização das Equipes de Saúde Prisional, RS, 2012.	148
Figura 179 - Evolução da cobertura e investimentos em Saúde Prisional no Estado do RS.	149
Figura 180 - Distribuição dos serviços especializados em traumatologia, RS, dezembro/2012.....	152
Fonte: DAHA/SES/RS	152
Figura 181 - Distribuição dos serviços especializados em oncologia, RS, dezembro/2012.....	152
Figura 182 - Distribuição dos serviços especializados em neurologia, RS, dezembro/2012.....	153
Figura 183 - Distribuição dos serviços especializados em cardiologia, RS, dezembro/2012.	153
Figura 184 - Situação da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), RS, 2012...155	
Figura 185 - Situação da implantação dos laboratórios de prótese dentária (LRPD), RS, 2012.	156
Figura 186 - Parâmetros para Cálculo da Necessidade de Leitos Hospitalares	158
Figura 187 - Estimativa de Leitos Hospitalares Necessários, Capacidade Instalada.....	159
e Déficit por Região de Saúde, RS, 2012.	159
Figura 188 - Percentual de Leitos Localizados em Hospitais com até 50 leitos, por Região de Saúde, RS, 2012.	160
Figura 189 - Estimativa de Leitos de Cuidados Especiais Neonatais Necessários, Capacidade Instalada e Déficit por Macrorregião de Saúde, RS, 2012	160
Figura 190 - Estimativa de Leitos de UTI Pediátrica Necessários, Capacidade Instalada e Déficit por Macrorregião de Saúde, RS, 2012	161

Figura 191 - Estimativa de Leitos de UTI Adulto Necessários, Capacidade Instalada e Déficit por Macrorregião de Saúde, RS, 2012	161
Figura 192 - Percentual de execução de recursos disponíveis na Assistência Farmacêutica na atenção básica em saúde nos municípios, RS, 2008 - 2011	163
Figura 193 - Percentual de solicitações administrativas de medicamentos avaliadas em até trinta dias, RS, 2012.....	164
Figura 194 - Demonstrativo Financeiro do percentual de aplicação do Recurso Estadual em Saúde, RS, 2006-2011	171
Figura 195 - Aplicação dos Recursos Estaduais, RS, 2006-2011	172
Figura 196 - Percentual de Aplicação em Saúde - SIOPS, RS, 2006 a 2011	172
Figura 197 - Recursos estaduais repassados a municípios, RS, 2006 a 2011.....	173
Figura 198 - Recursos estaduais repassados a instituições privadas sem fins lucrativos, hospitais públicos e hospitais próprios do Estado, RS, 2006 a 2011.	173
Figura 199 - Recursos federais repassados para a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2006 a 2011.....	174
Figura 200 - Indicadores Utilizados para Composição do IR, RS, 2012	175
Figura 201 - Índice Regional, RS, 2012	176
Figura 202 - Critério para incentivo financeiro para a saúde indígena, RS, 2013	178
Figura 203 - Incentivo estadual para habilitação de Equipes Municipais de Saúde Prisional, RS, 2011 ..	182
Figura 204 - Recursos para custeio dos Centros de Referência Regional (CEREST) e Unidades Regionais Especializadas em Saúde do Trabalhador (UREST), RS, 2012.....	187
Figura 205 - Evolução do número doações órgãos, RS, 2004 a 2012.....	193
Figura 206 - Número de potenciais receptores em lista de espera, por órgão/tecido, RS, 2012	194
Figura 207 - Total de ligações recebidas pela Central Estadual de Regulação das Urgências, RS, 2010-2012	195
Figura 208 - Total de Solicitações de Internações com Acesso Regulado, RS, Junho/2008 a Novembro/2012.....	197
Figura 209 - Total de Solicitações de Internações com Acesso Regulado, RS, 2009 - 2012	198
Figura 210 - Proporção de Regulações Realizadas pela CRH/RS com Conclusão até 2 horas após a Solicitação, RS, Janeiro/2011 a Novembro/2012	198
Figura 211 - Proporção de Transferências Hospitalares Reguladas pela CRH/RS com destino até 300km, RS, 2012.....	198
Figura 212 - Consultas Médicas Especializadas Reguladas, RS, 2012	199
Figura 213 - Proporção de ocupação da Cota de Consultas Médicas Especializadas sob Gestão, RS, Novembro/2011 a Dezembro/2012.....	200
Figura 214 - Déficit Oferta/Demanda Mensal para Consultas Médicas Especializadas com Regulação sob Gestão da CRA, RS, 2012	201
Figura 215 - Coordenadorias Regionais de Saúde, RS, 2012	203

APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul - SES apresenta o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, que além de ser requisito legal, traduz a intenção política da atual gestão e explicita as diretrizes, objetivos e as metas para o período de quatro anos. O conteúdo deste documento foi compartilhado e amplamente discutido com o Conselho Estadual de Saúde - CES, sendo aprovado em plenária no mês de julho de 2013.

Sua elaboração contou com a participação de diversos atores que atuam no cenário da gestão estadual do Sistema Único de Saúde - SUS, envolvendo diretamente os trabalhadores da SES. Teve como orientador o Decreto Presidencial nº 7.508/2011 e como subsídios o desenho do Mapa Estratégico do Governo, o Plano Plurianual Participativo 2012-2015 e a definição do novo desenho das Regiões de Saúde, os quais forneceram as bases para a composição do instrumento.

O Plano Estadual de Saúde 2012-2015 tem como base a transversalidade entre as políticas públicas - aposta da gestão para incidir nos determinantes sociais que geram doenças e vulnerabilidades - e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM/ONU definidos pela comunidade internacional para o setor saúde. Sendo assim, assume o compromisso de reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e da gestante e de combater o contágio pelo HIV/AIDS dentre outras doenças.

O Governo do Estado estabeleceu como um dos eixos estratégicos da gestão “Elevar a qualidade de vida e erradicar a pobreza extrema”, desenvolvendo políticas públicas de proteção, inclusão social e combate à miséria. Por sua vez, a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul tem a missão de promover a ampliação do acesso com qualidade, em todos os níveis de atenção de forma humanizada, segundo as necessidades sociais, em tempo oportuno e com resolutividade, produzindo autonomia e cidadania, e contribuindo para a qualidade de vida mediante os cuidados em redes regionais, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

A partir da análise da situação de saúde, foram definidos seis projetos prioritários para a área, que são acompanhados continuamente pelo Sistema de Monitoramento Estratégico da Sala de Gestão: *Aqui tem Saúde - Fortalecimento da Estratégia Saúde da Família; Rede Cegonha e Primeira Infância Melhor; Ampliação e qualificação da Rede de Urgência e Emergência; Hospitais Públicos Regionais; e Política de Tecnologia da Informação no SUS do Rio Grande do Sul*. Os objetivos e metas destes projetos estão enunciados em cada uma das diretrizes que lhes correspondem neste documento.

O Plano Estadual de Saúde apresenta no capítulo um a Análise Situacional contemplando as condições de saúde da população gaúcha, o desenho do território e a organização da atenção à saúde no Estado; discute a gestão do SUS, com ênfase no planejamento, monitoramento e avaliação, financiamento e investimentos, participação social, infraestrutura e tecnologia da informação, bem como a educação e a pesquisa em saúde coletiva. O capítulo dois contém os objetivos, as metas e os indicadores de monitoramento propostos a partir dos problemas evidenciados na Análise Situacional em cada uma das três diretrizes estabelecidas: atenção à saúde, gestão em saúde e educação e pesquisa em saúde coletiva.

A construção deste instrumento, iniciada em 2011, foi conduzida pelo GT Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão da SES, contando com a participação dos municípios e com a parceria do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS do Rio Grande do Sul, especialmente na construção das regiões de saúde. Em vista da especificidade do processo de definição das regiões de saúde, e do modo democrático e participativo como foi construído, esta etapa se estendeu até a metade do segundo semestre de 2012. Tal processo, que visa à indução do planejamento regional, buscou garantir a participação dos municípios, tendo em vista a futura concretização do

Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), que deverá ser discutido no âmbito das Comissões Intergestores Regionais - CIR, firmado em cada uma das trinta regiões de saúde.

Para a análise situacional, a partir do recorte territorial da região de saúde, o GT de Planejamento, Monitoramento e Avaliação elegeu os indicadores que compuseram o diagnóstico. Os dados colhidos foram analisados e organizados em dezesseis objetivos, distribuídos em três grandes diretrizes: atenção à saúde, gestão e infraestrutura do SUS, educação e pesquisa em saúde coletiva. Tal organização procurou evitar a fragmentação historicamente encontrada na proposição das políticas de saúde. Por fim, foram definidas as metas para os objetivos construídos a partir dos problemas evidenciados na análise situacional. Junto a isso, as discussões realizadas nas plenárias do Conselho Estadual de Saúde - CES colaboraram para o desenho das políticas propostas e para a qualificação deste documento.

Com relação às condições de saúde da população do Rio Grande do Sul, as análises demográficas levaram em conta os dados do Censo de 2010, comparado ao Censo de 2000. As informações de saúde e as financeiras provêm de bancos de dados nacionais e estaduais, considerando, quando possível, séries históricas de cinco anos ou mais. Nas análises dos indicadores de mortalidade, morbidade, recursos e de cobertura assistencial, os dados de população foram organizados a partir da estimativa para o ano de 2011, bem como a partir do Sistema Nacional de Nascidos Vivos - SINASC, levando-se em consideração os ciclos de vida. Possíveis vieses na informação podem estar relacionados aos problemas que são de conhecimento comum em relação aos sistemas de informação em saúde, tais como a dificuldade da coleta ou a de registro do dado.

Os ciclos de vida foram identificados a partir da leitura do desenvolvimento humano como um processo influenciado por mudanças biológicas, temporais, culturais e sociais. Dessa forma, a análise foi dividida em quatro ciclos, conforme segue: criança, de 0 a 09 anos; adolescente, de 10 a 19 anos; adulto, de 20 a 59 anos; e idoso, de 60 anos e mais. Convém destacar que, embora a maioria dos dados tenha sido analisada a partir de cada um desses ciclos, algumas informações foram apresentadas em relação à faixa etária específica, uma vez que se mostrou relevante evidenciar suas características peculiares.

A análise de cada região de saúde teve como ponto de partida a situação de saúde do Estado e buscou apontar as desigualdades regionais existentes. Foram utilizados índices desenvolvidos para medir vulnerabilidades, com o objetivo de colocar em prática o princípio da equidade na distribuição de recursos estaduais.

Com relação ao estudo da morbidade hospitalar, é possível identificar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição das taxas de internações hospitalares por causas selecionadas, o que sugere situações de desigualdades e tendências que demandam ações específicas. A fonte de dados utilizada, ou seja, o Sistema de Internações Hospitalares do SUS - SIH, apresenta limitações tais como o fato de a oferta de serviços refletir a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como os critérios técnico-administrativos de pagamento de internações hospitalares adotados no âmbito do SUS.

Além disso, não são consideradas as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, as quais podem concentrar atendimento em determinadas especialidades assistenciais, fato que influencia o padrão de atendimento no SUS. Da mesma forma, o sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de internação registrada. Falhas na codificação da causa de internação podem interferir nos resultados do indicador e exigem cautela na interpretação. A ocorrência eventual de múltiplas internações por pessoa em uma área e em um período considerados pode superestimar o valor do indicador.

Por fim, taxas de incidência não padronizadas por idade estão sujeitas à influência de variações na composição etária da população, o que exige cautela nas comparações entre áreas e períodos distintos. Apesar do exposto, considerando que as internações SUS representam uma parcela

significativa das internações totais em determinada população, é possível realizar análises comparativas de situação epidemiológica e de concentração de recursos hospitalares usando estes dados.

O Plano Estadual de Saúde 2012-2015 traduz as aspirações do controle social e o compromisso do Governo do Estado com a saúde da população, com a finalidade de fortalecer a gestão das redes integradas de saúde, no âmbito das regiões de saúde, e o planejamento regional, buscando assim garantir o acesso à saúde com qualidade em todos os níveis de atenção, em conformidade com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.



SANDRO M. AZAMBUJA
Oficina de Criatividade / HPSP

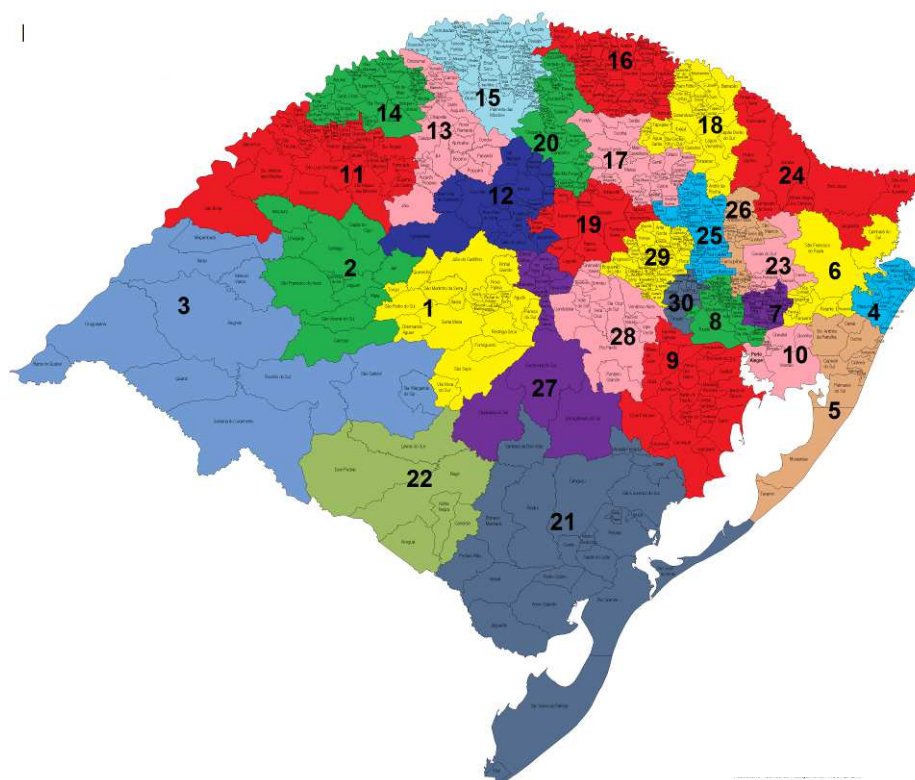
ANÁLISE SITUACIONAL

ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO GAÚCHO

Regiões de Saúde

O Rio Grande do Sul está dividido em trinta Regiões de Saúde (Resolução CIB nº 555/2012), distribuídas nas 19 Regiões Administrativas da Secretaria Estadual da Saúde. Entende-se por Região de Saúde o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Decreto Presidencial nº 7.508/2011).

Figura 01 - Regiões de Saúde, RS, 2012



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

Durante os anos de 2011 e 2012, o GT de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão da Secretaria da Saúde coordenou o processo de construção das Regiões de Saúde no Estado. As equipes de trabalho das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) discutiram com os municípios a reorganização do território regional, com a finalidade de desencadear um processo de gestão coletiva e incentivar o planejamento regional. Tal perspectiva está em sintonia com a necessidade de fazer avançar a construção de estratégias de governança regional, o princípio da descentralização da gestão do SUS e a ampliação da participação social no processo de tomada de decisão sobre as políticas de saúde.

Cada Região de Saúde contempla ações e serviços de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. Também conta com uma Comissão Intergestores Regional - CIR, responsável pelo planejamento e pactuação regional.

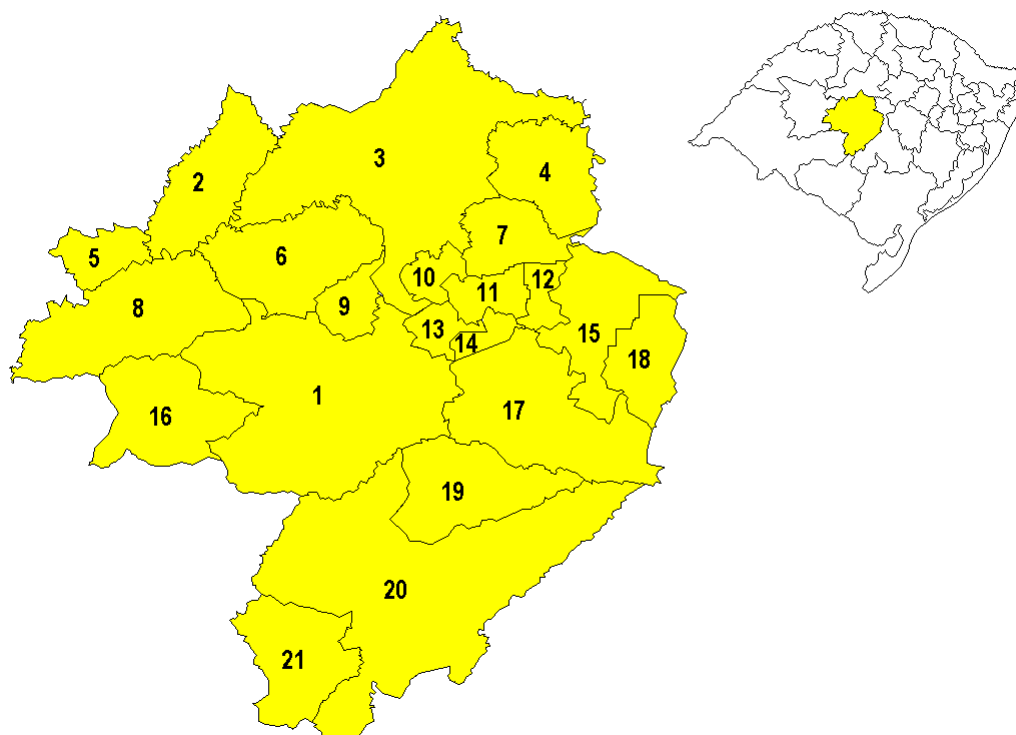
Na apresentação dos indicadores selecionados para a descrição da situação do Estado, procurou-se apontar desigualdades entre essas trinta Regiões de Saúde. Os dados referentes a cada região, utilizados na construção da análise situacional desse plano, serão disponibilizados em documento anexo no site da SES/RS, com a finalidade de subsidiar a construção de planos regionais e a elaboração dos Contratos Organizativos de Ação Pública de cada Região de Saúde.

A atual configuração de cada uma das Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul é apresentada abaixo, considerando a população residente em cada uma delas e a pirâmide etária da mesma. Além disso, situa-se cada Região de Saúde com a Coordenadoria Regional de Saúde correspondente.

Região	Nome
1	Verdes Campos
2	Entre-Rios
3	Fronteira Oeste
4	Belas Praias
5	Bons Ventos
6	Vale do Paranhana e Costa Serra
7	Vale dos Sinos
8	Vale do Caí e Metropolitana
9	Carbonífera / Costa Doce
10	Capital e Vale do Gravataí
11	Sete Povos das Missões
12	Portal das Missões
13	Região da Diversidade
14	Fronteira Noroeste
15	Caminho das Águas
16	Alto Uruguai Gaúcho
17	Região do Planalto
18	Região das Araucárias
19	Região do Botucaraí
20	Rota da Produção
21	Região Sul
22	Pampa
23	Caxias e Hortências
24	Campos de Cima da Serra
25	Vinhedos e Basalto
26	Uva e Vale
27	Jacuí Centro
28	Região Vinte e Oito
29	Vales e Montanhas
30	Vale da Luz

Região 1 - Região de Saúde Verdes Campos

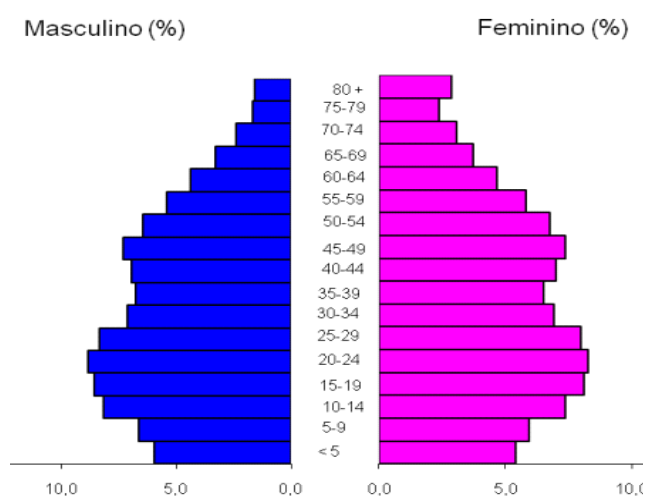
Figura 02 - Região de Saúde Verdes Campos (R1), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Santa Maria; 2- Quevedos; 3- Júlio de Castilhos; 4- Pinhal Grande; 5- Toropi; 6- São Martinho da Serra; 7- Nova Palma; 8- São Pedro do Sul; 9- Itaara; 10- Ivorá; 11- Faxinal do Soturno; 12- Dona Francisca; 13- Silveira Martins; 14- São João Polesine; 15- Agudo; 16- Dilermando Aguiar; 17- Restinga Seca; 18- Paraíso do Sul; 19- Formigueiro; 20- São Sepé; 21- Vila Nova do Sul.

Figura 03- Pirâmide populacional Região Verdes Campos (R1), RS, 2011.

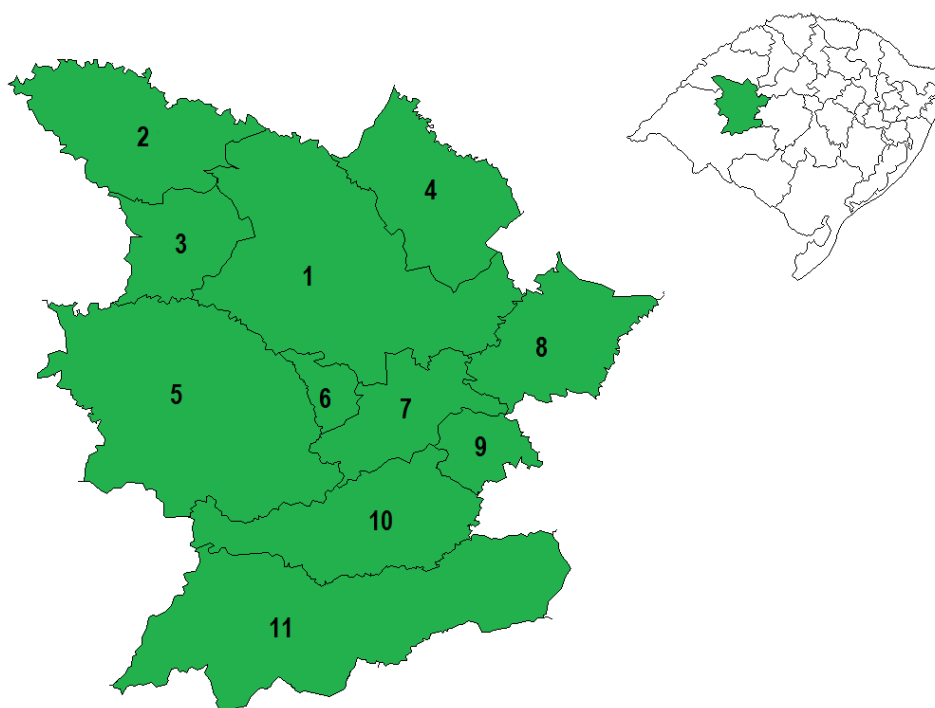


A Região Verdes Campos (R1) é composta por 21 municípios e possui uma população de 417.906 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 2 - Região de Saúde Entre Rios

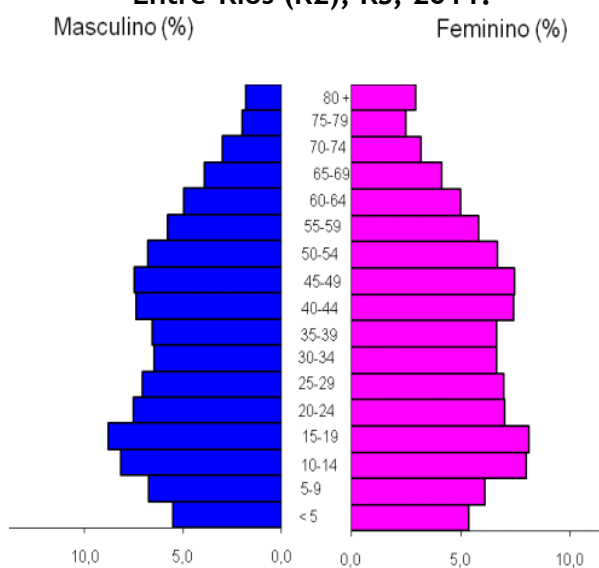
Figura 04 - Região de Saúde Entre Rios (R2), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Santiago; 2- Itacurubi; 3- Unistalda; 4- Capão do Cipó; 5- São Francisco de Assis; 6- Esperança do Sul; 7- Jaguari; 8- Jari; 9- Mata; 10- São Vicente do Sul; 11- Cacequi.

Figura 05 - Pirâmide populacional, Região Entre-Rios (R2), RS, 2011.



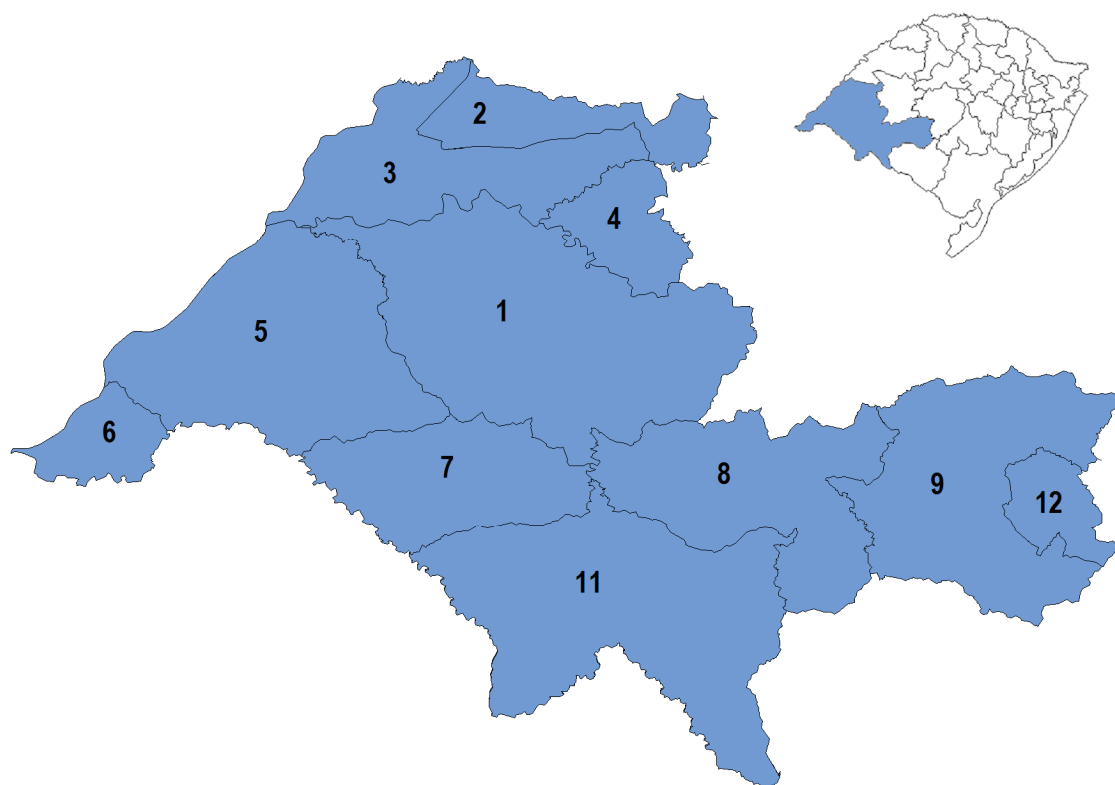
A Região Entre-Rios (R2) é composta por 11 municípios e possui uma população de 123.915 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 4ª

Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 3 – Região de Saúde Fronteira Oeste

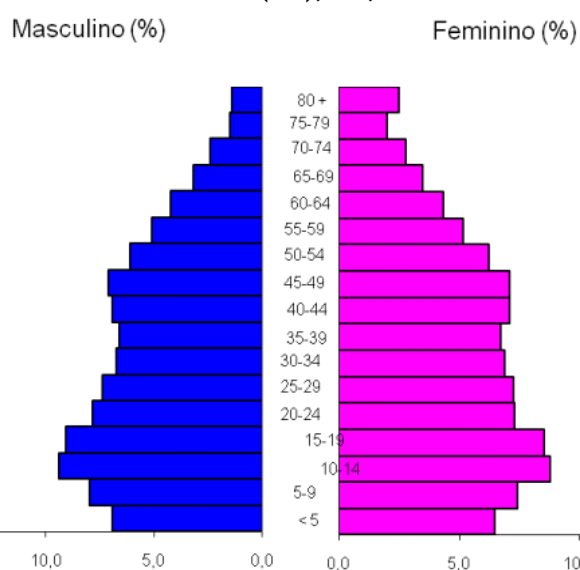
Figura 06 - Região de Saúde Fronteira Oeste (R3), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Alegrete; 2- Maçambará; 3- Itaqui; 4- Manoel Viana; 5- Uruguaiana; 6- Barra do Quaraí; 7- Quaraí; 8- Rosário do Sul; 9- São Gabriel; 10- Santa Margarida do Sul; 11- Santana do Livramento.

Figura 07 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Fronteira Oeste (R3), RS, 2011.

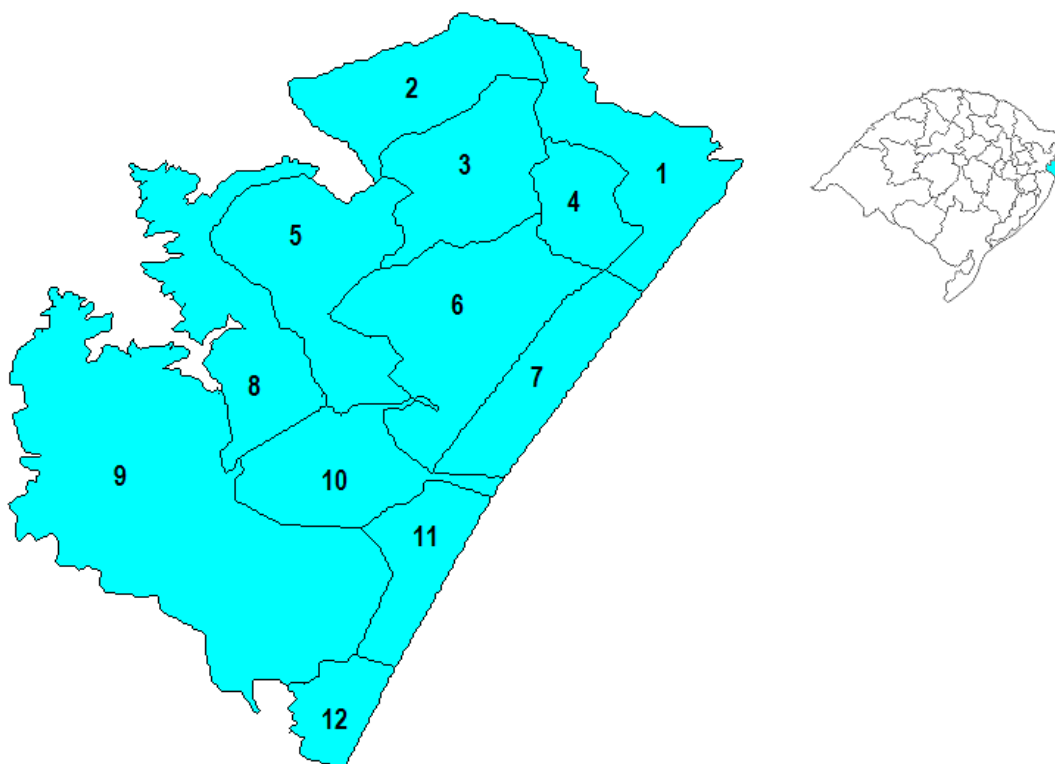


A Região Fronteira Oeste (R3) é composta por 11 municípios e possui uma população de 463.501 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 4 - Região de Saúde Belas Praias

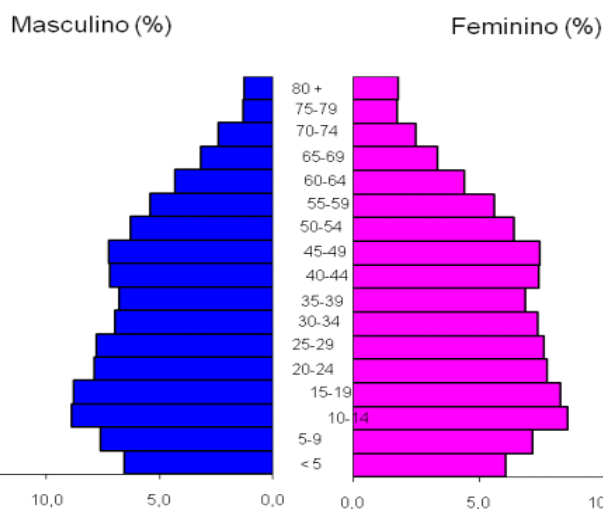
Figura 08 - Região de Saúde Belas Praias (R4), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Torres; 2- Mampituba; 3- Morrinhos do Sul; 4- Dom Pedro de Alcântara; 5- Três Forquilhas; 6- Três Cachoeiras; 7- Arroio do Sal; 8- Itati; 9- Maquiné; 10- Terra de Areia; 11- Capão da Canoa; 12- Xangri-lá.

Figura 09 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Belas Praias (R4), RS, 2011.

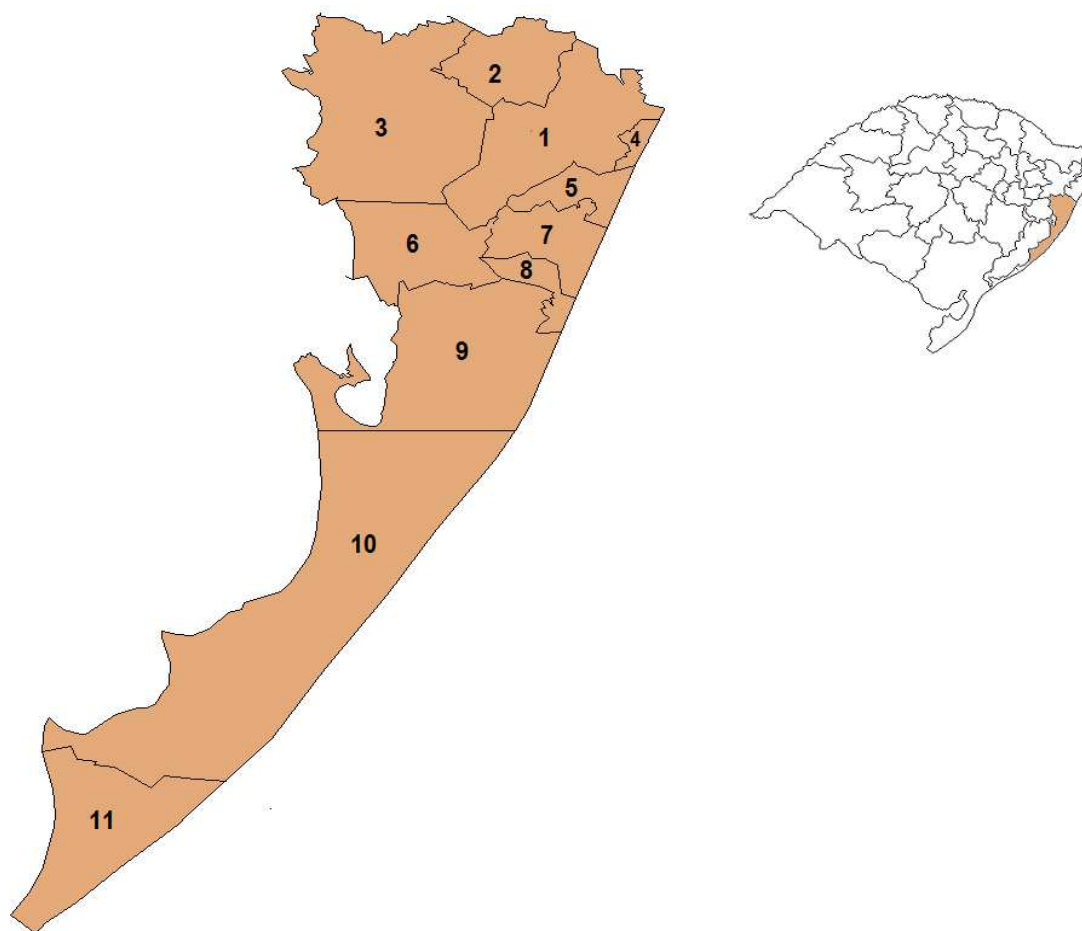


A Região Fronteira Oeste (R4) é composta por 12 municípios e possui uma população de 139.835 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 5 - Região de Saúde Bons Ventos

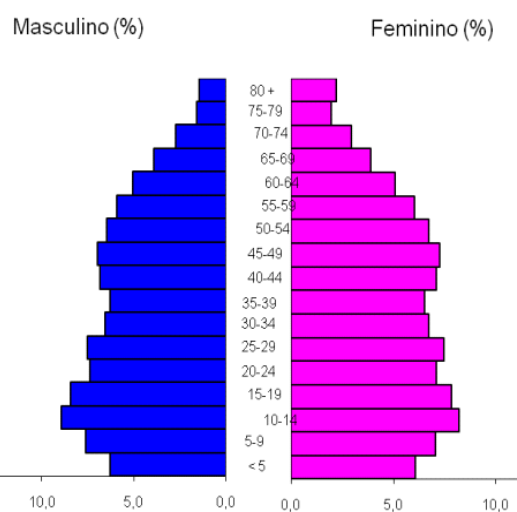
Figura 10 - Região de Saúde Bons Ventos (R5), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Osório; 2- Caraá; 3- Santo Antônio da Patrulha; 4- Imbé; 5- Tramandaí; 6- Capivari do Sul; 7- Cidreira; 8- Balneário Pinhal; 9- Palmares do Sul; 10- Mostardas; 11- Tavares.

Figura 11 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Bons Ventos (R5), RS, 2011.

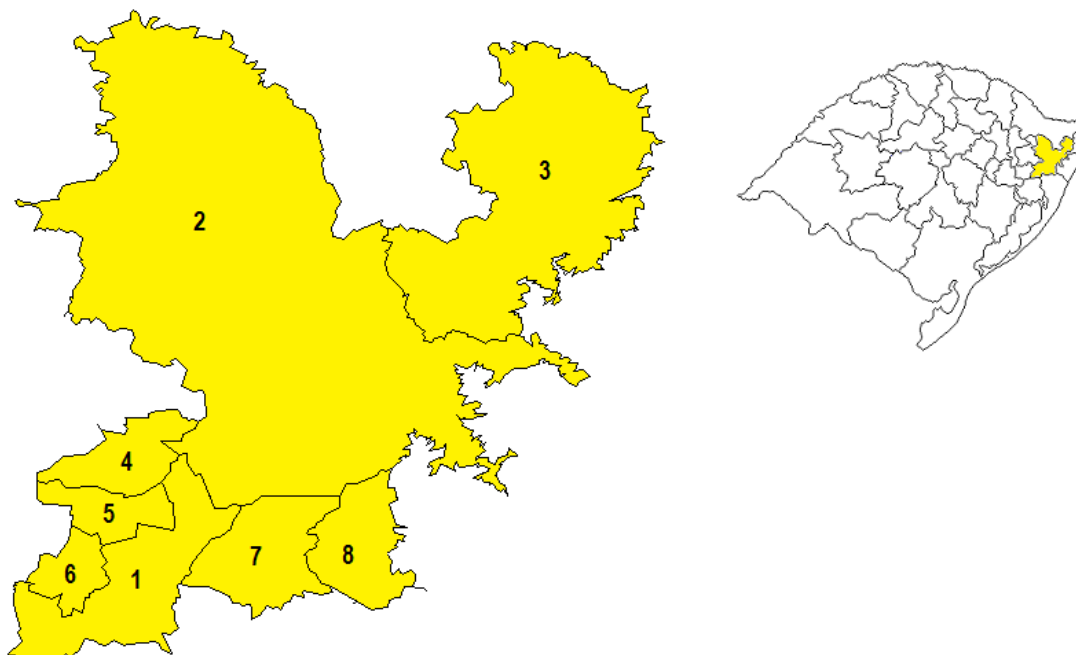


A Região Bons Ventos (R5) é composta por 11 municípios e possui uma população de 205.544 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 6 - Região de Saúde Vale do Paranhana e Costa Serra

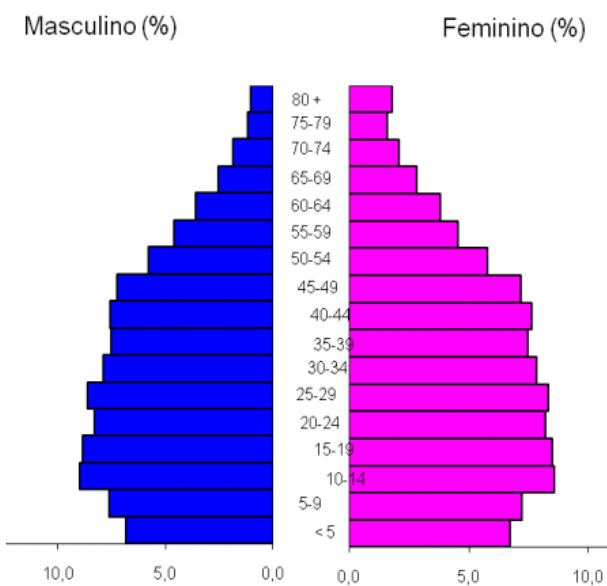
Figura 12 - Região de Saúde Vale do Paranhana e Costa Serra (R6), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Taquara; 2- São Francisco de Paula; 3- Cambará do Sul; 4- Três Coroas; 5- Igrejinha; 6- Parobé; 7- Rolante; 8- Riozinho.

Figura 13 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Vale do Paranhana e Costa Serra (R6), RS, 2011.

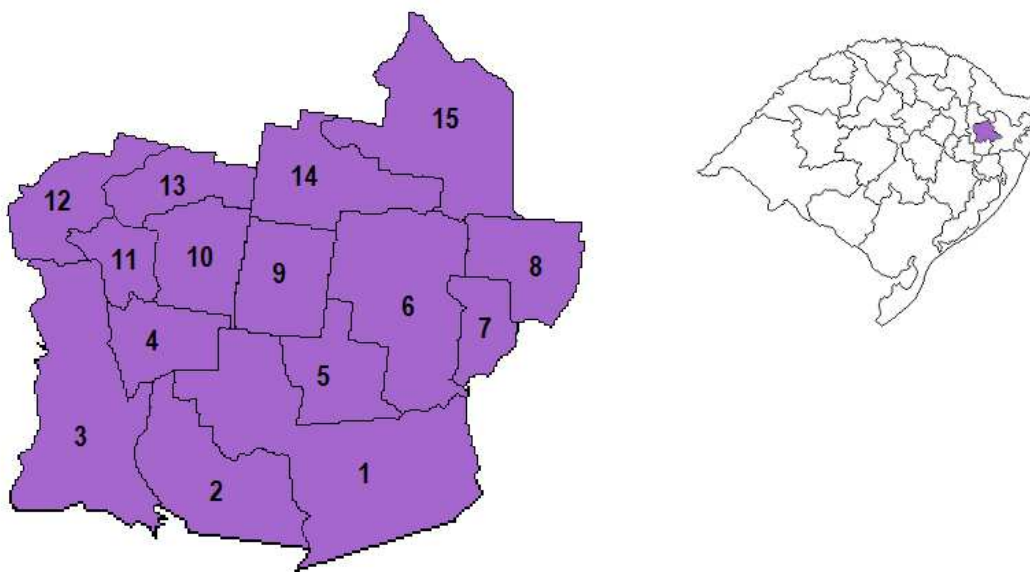


Fonte: IBGE/DATASUS

A Região Vale do Paranhana e Costa Serra (R6) é composta por 8 municípios e possui uma população de 214.107 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Região 7 - Região de Saúde Vale dos Sinos

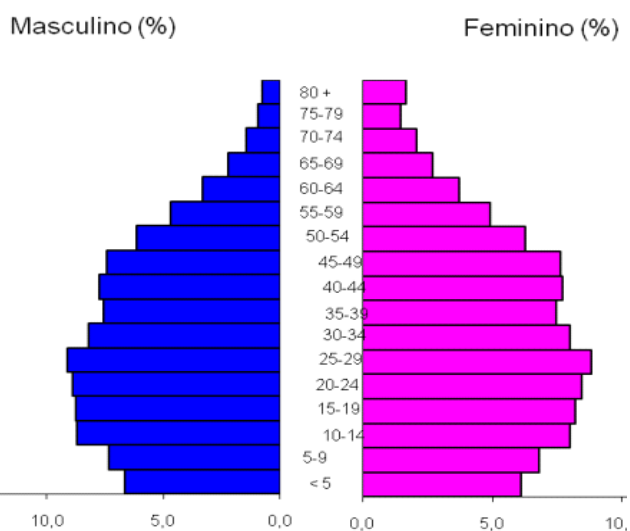
Figura 14 - Região de Saúde Vale dos Sinos (R7), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Novo Hamburgo; 2- São Leopoldo; 3- Portão; 4- Estância Velha; 5- Campo Bom; 6- Sapiranga; 7- Araricá; 8- Nova Hartz; 9- Dois Irmãos; 10- Ivoti; 11- Lindolfo Collor; 12- São José do Hortêncio; 13- Presidente Lucena; 14- Morro Reuter; 15- Santa Maria do Herval.

Figura 15 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Vale dos Sinos (R7), RS, 2011.

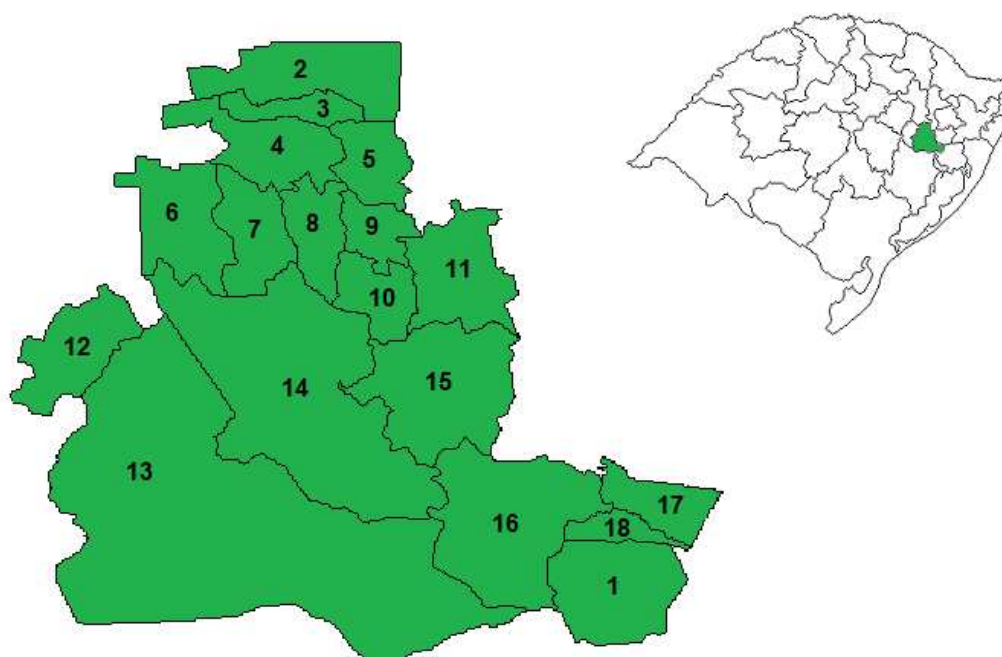


A Região Vale dos Sinos(R7) é composta por 15 municípios e possui uma população de 760.799 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 8 - Região de Saúde Vale do Caí e Metropolitana

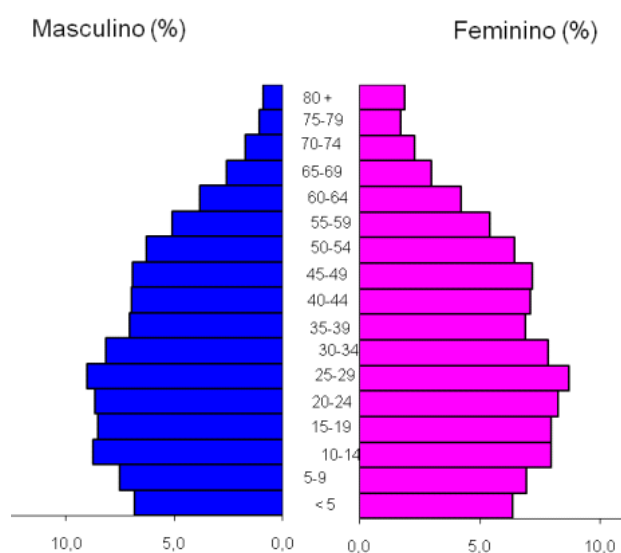
Figura 16 - Região de Saúde Vale do Caí e Metropolitana (R8), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Canoas; 2- Barão; 3- São Pedro da Serra; 4- Salvador do Sul; 5- Tupandi; 6- Brochier; 7- Maratá; 8- São José do Sul; 9- Harmonia; 10- Pareci Novo; 11- São Sebastião do Caí; 12- Tabaí; 13- Triunfo; 14- Montenegro; 15- Capela Santana; 16- Nova Santa Rita; 17- Sapucaia do Sul; 18- Esteio.

Figura 17 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Vale do Caí e Metropolitana (R8), RS, 2011

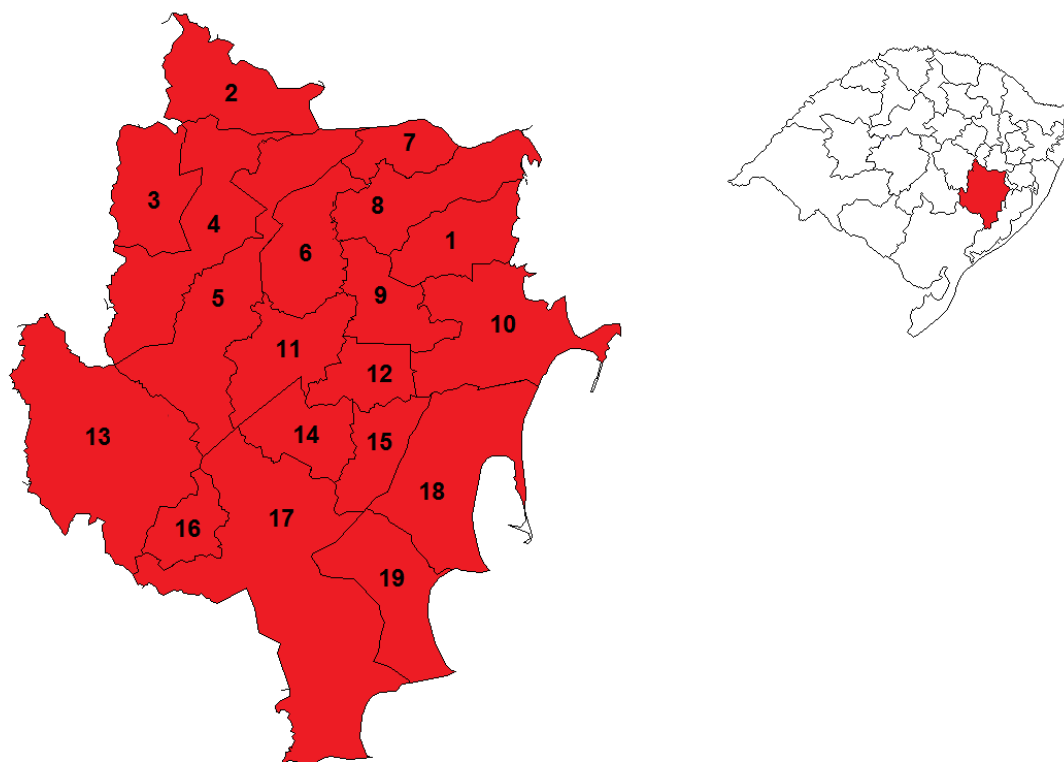


A Região Vale do Caí e Metropolitana (R8) é composta por 18 municípios e possui uma população de 721.858 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 9 - Região de Saúde Carbonífera Costa Doce

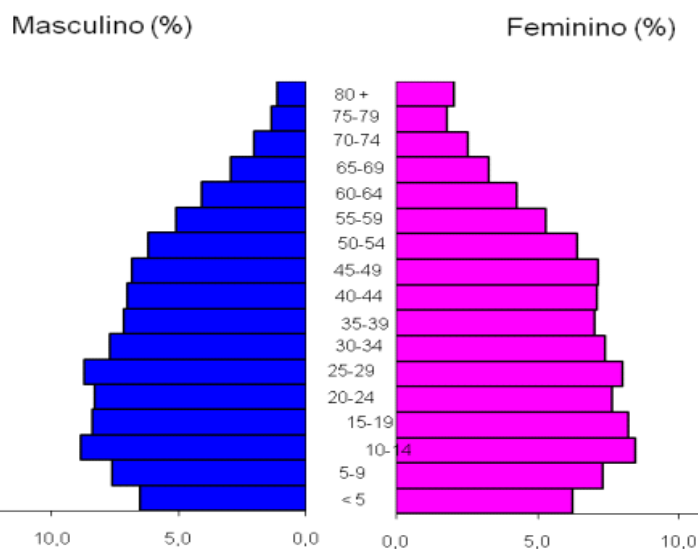
Figura 18 - Região de Saúde Carbonífera Costa Doce (R9), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1-Guaíba; 2- General Câmara; 3- Minas do Leão; 4- Butiá; 5- São Jerônimo; 6- Arroio dos Ratos; 7- Charqueadas; 8- Eldorado do Sul; 9- Mariana Pimentel; 10- Barra do Ribeiro; 11- Barão do Triunfo; 12- Sertão Santana; 13- Dom Feliciano; 14- Cerro Grande do Sul; 15- Sentinela do Sul; 16- Chувиска; 17- Camaquã; 18- Tapes; 19- Arambaré.

Figura 19 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Carbonífera Costa Doce (R9), RS, 2011.

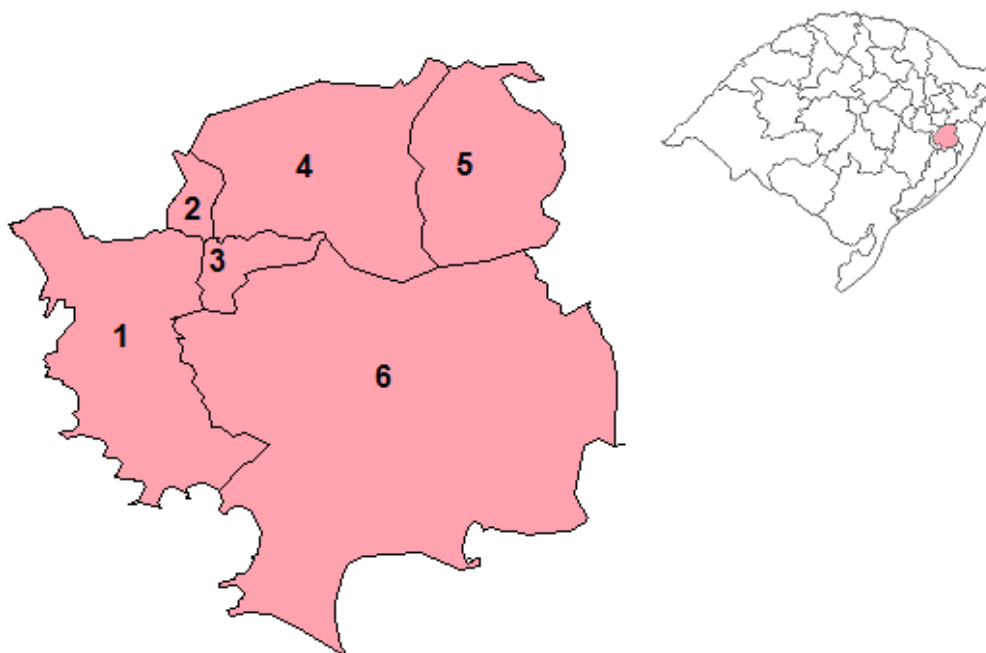


A Região Carbonífera Costa Doce (R9) é composta por 19 municípios e possui uma população de 385.972 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 10 - Região de Saúde Capital Vale do Gravataí

Figura 20 - Região de Saúde Capital Vale do Gravataí (R10), RS, 2012.

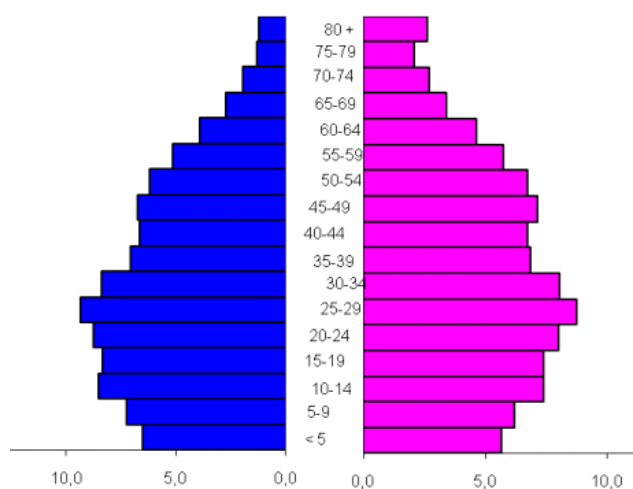


Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Porto Alegre; 2- Cachoeirinha; 3- Alvorada; 4- Gravataí; 5- Glorinha; 6- Viamão.

Figura 21 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Capital Vale do Gravataí (R10), RS, 2011.

Masculino (%) Feminino (%)

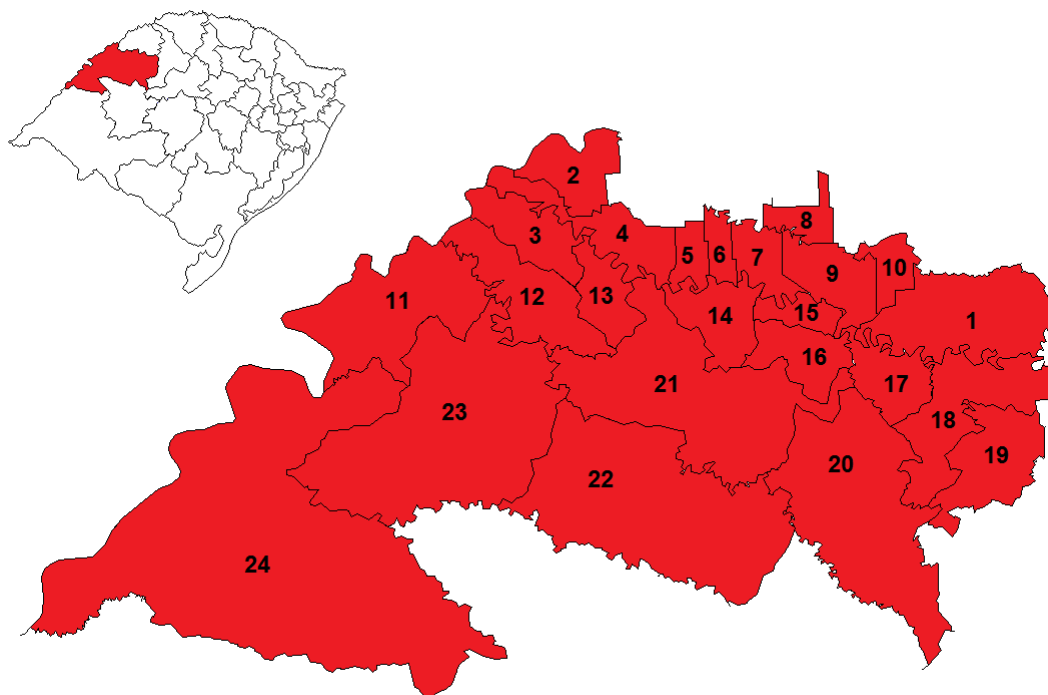


A Região Capital Vale do Gravataí (R10) é composta por 6 municípios e possui uma população de 2.233.481 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 11 - Região de Saúde Sete Povos das Missões

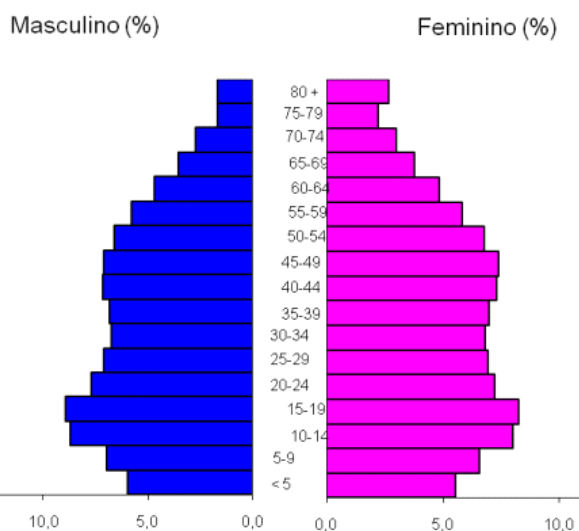
Figura 22 - Região de Saúde Sete Povos das Missões (R11), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1-Santo Ângelo; 2- Porto Xavier; 3- Pirapó; 4- Roque Gonzáles; 5- São Pedro do Butiá; 6- Salvador das Missões; 7- Cerro Largo; 8- Ubiretama; 9- Guarani das Missões; 10- Sete de Setembro; 11- Garruchos; 12- São Nicolau; 13- Dezesesseis de Novembro; 14- Rolador; 15- Mato Queimado; 16- Caibaté; 17- Vitória das Missões; 18- Entre-Ijuís; 19- Eugênio de Castro; 20- São Miguel das Missões; 21- São Luiz Gonzaga; 22- Bossoroca; 23- Santo Antônio das Missões; 24- São Borja.

Figura 23 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Sete Povos das Missões (R11), RS, 2011.

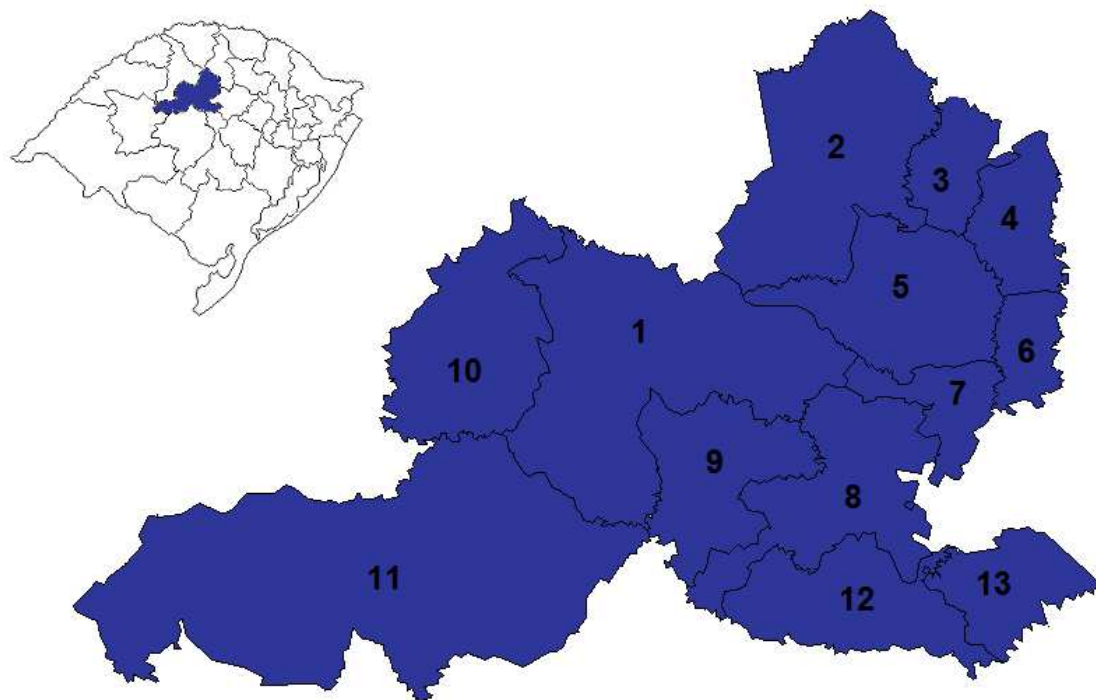


A Região Sete Povos das Missões (R11) é composta por 24 municípios e possui uma população de 285.107 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 12 – Região de Saúde Portal das Missões

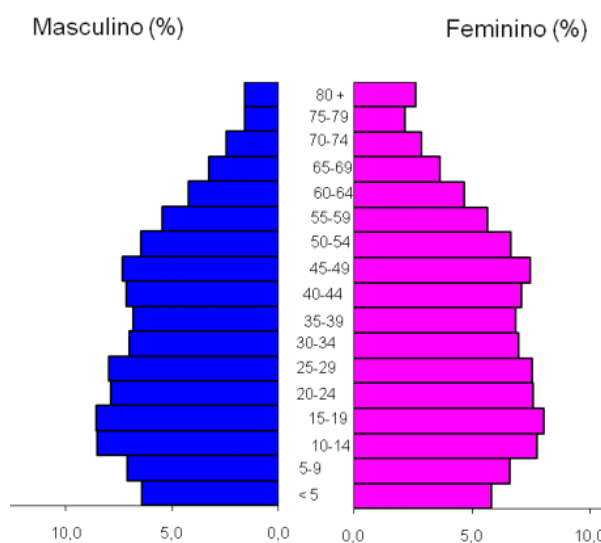
Figura 24 - Região de Saúde Portal das Missões (R12), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Cruz Alta; 2- Santa Bárbara do Sul; 3- Saldanha Marinho; 4- Colorado; 5- Ibirubá; 6- Selbach; 7- Quinze de Novembro; 8- Fortaleza dos Valos; 9- Boa Vista do Ingra; 10- Boa Vista do Cadeado; 11- Tupanciretã; 12- Salto do Jacuí; 13- Jacuizinho.

Figura 25 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Portal das Missões (R12), RS, 2011

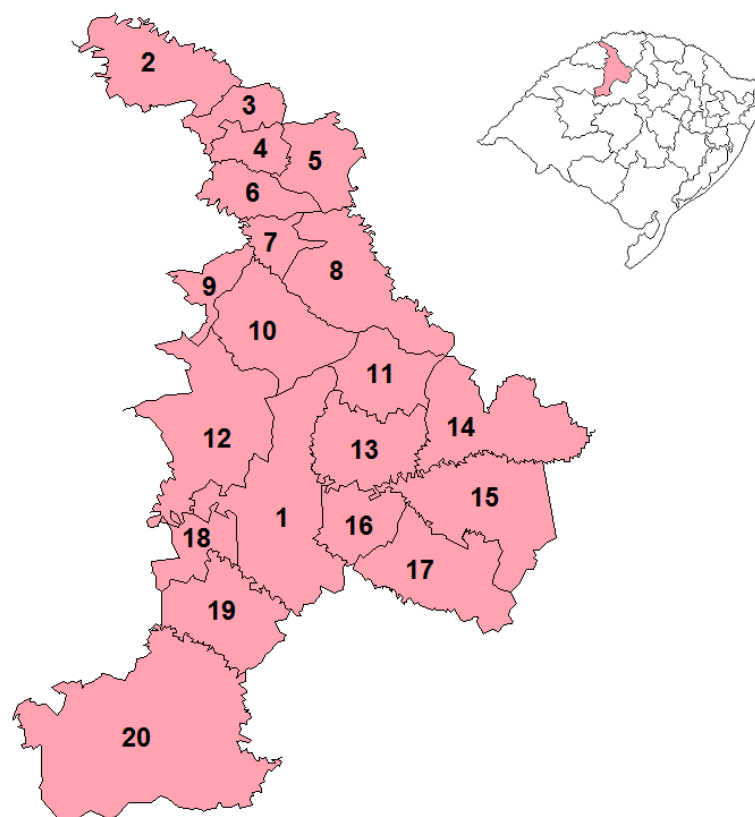


A Região Portal das Missões (R12) é composta por 13 municípios e possui uma população 151.753 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 9ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 13 - Região da Diversidade

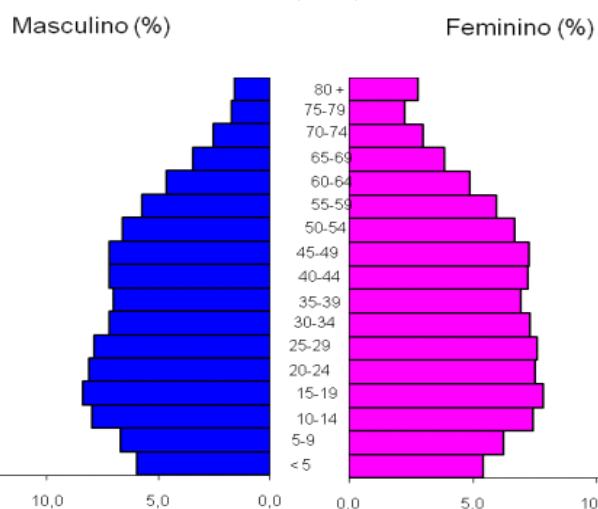
Figura 26 - Região de Saúde Região da Diversidade (R13), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Ijuí; 2- Crissiumal; 3- Humaitá; 4- Sede Nova; 5- Campo Novo; 6- São Martinho; 7- São Valério do Sul; 8- Santo Augusto; 9- Inhacorá; 10- Chiapeta; 11- Nova Ramada; 12- Catuípe; 13- Ajuricaba; 14- Condor; 15- Panambi; 16- Bozano; 17- Pejuçara; 18- Coronel Barros; 19- Augusto Pestana; 20- Jóia.

Figura 27 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Região da Diversidade (R13), RS, 2011.

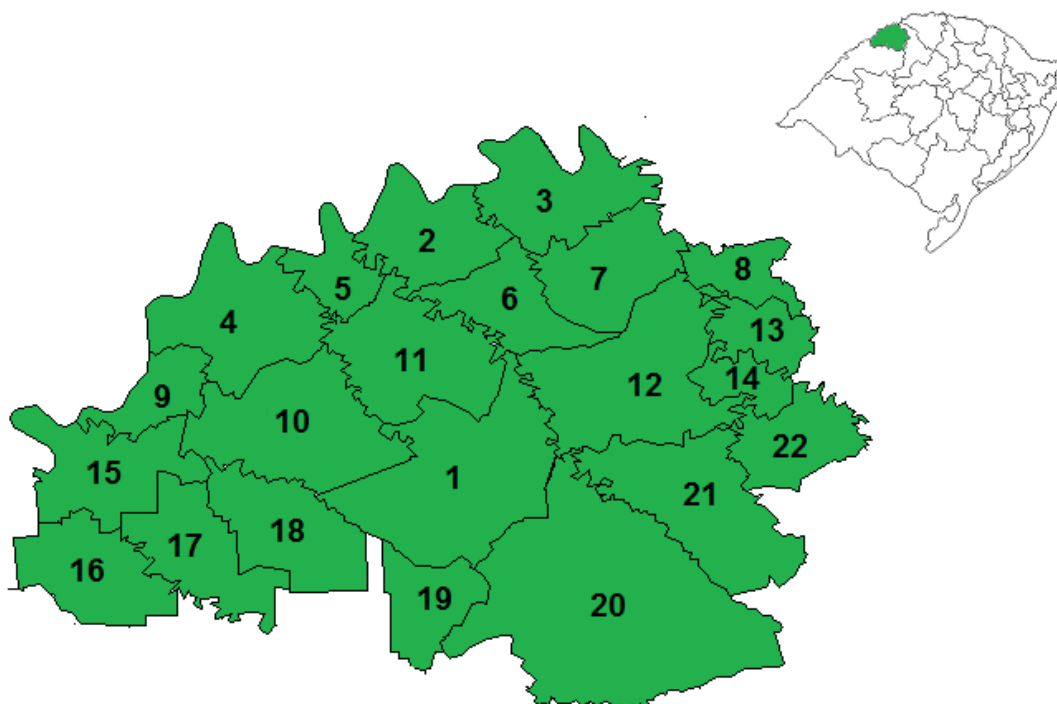


A Região Região da Diversidade (R13) é composta por 20 municípios e possui uma população de 222.908 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 14 – Região de Saúde Fronteira Noroeste

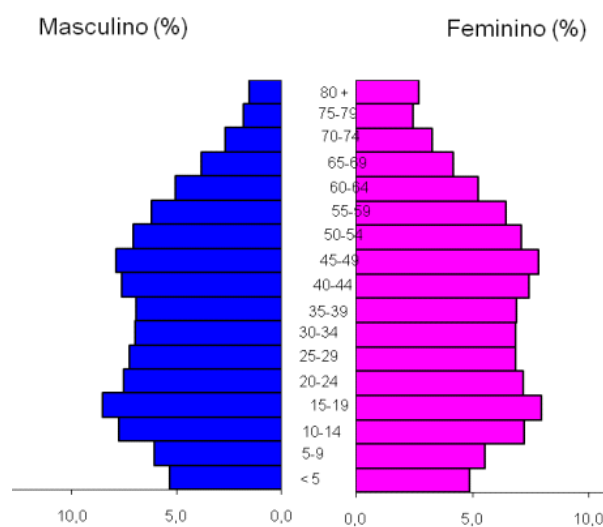
Figura 28 - Região de Saúde Fronteira Noroeste (R14), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1-Santa Rosa; 2- Novo Machado; 3- Dr. Maurício Cardoso; 4- Alecrim; 5- Porto Mauá; 6- Tucunduva; 7- Horizontina; 8- Nova Candelária; 9- Porto Vera Cruz; 10- Santo Cristo; 11- Tuparendi; 12- Três de Maio; 13- Nova Candelária; 14- São José do Inhacorá; 15- Porto Lucena; 16- São Paulo das Missões; 17- Campina das Missões; 18- Cândido Godói; 19- Senador Salgado Filho; 20- Giruá; 21- Independência; 22- Alegria.

Figura 29 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Fronteira Noroeste (R14), RS, 2011.

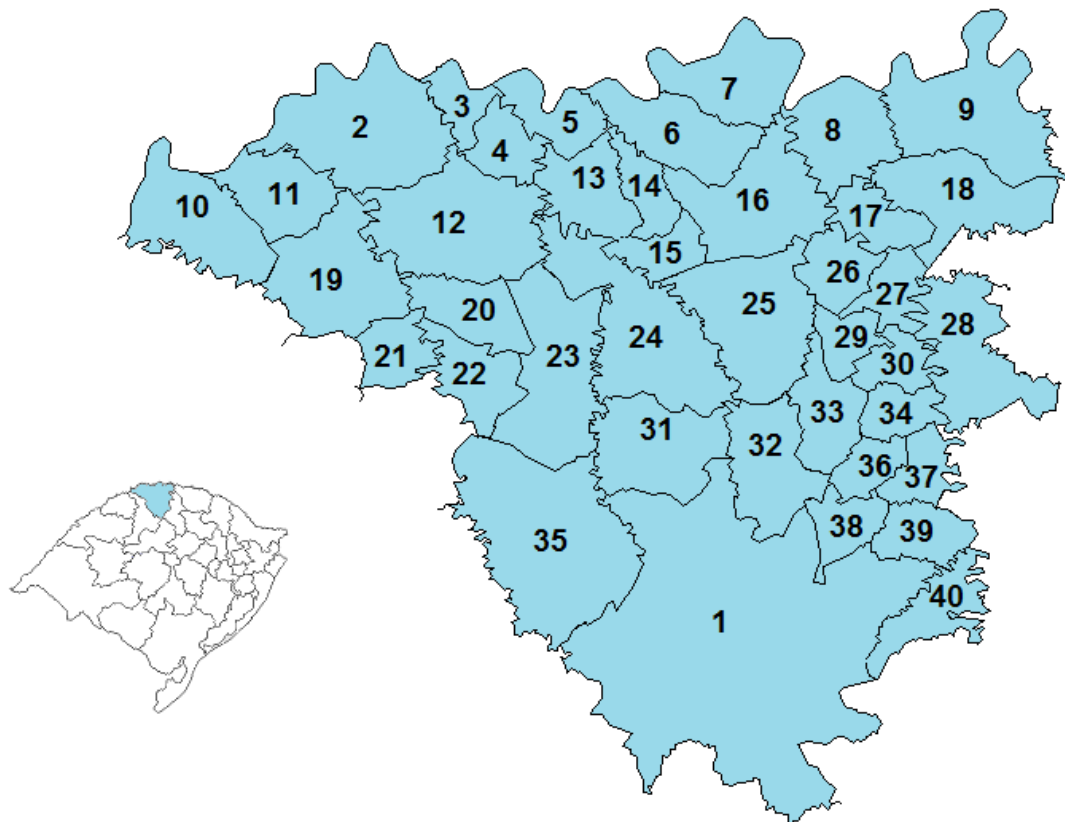


A Região Fronteira Noroeste (R14) é composta por 22 municípios e possui uma população de 226.228 habitantes (IBGE,2011). Faz parte da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 15 - Região de Saúde Caminho das Águas

Figura 30 - Região de Saúde Caminho das Águas (R15), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

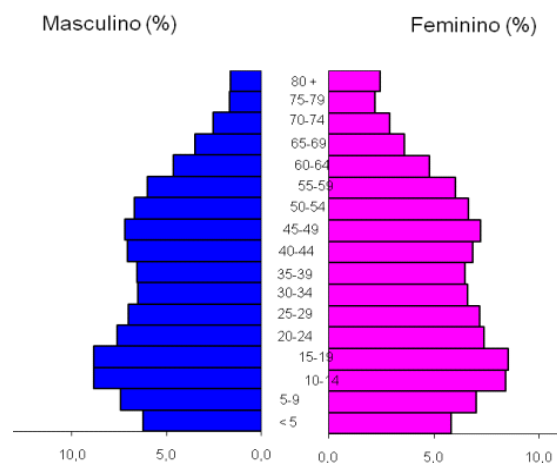
1- Palmeira das Missões*; 2- Derrubadas; 3- Barra do Guarita; 4- Vista Gaúcha; 5- Pinheirinho do Vale; 6- Caiçara; 7- Vicente Dutra; 8- Iraí; 9- Alpestre; 10- Tiradentes do Sul; 11- Esperança do Sul; 12- Tenente Portela; 13- Palmitinho; 14- Vista Alegre; 15- Taquaruçu do Sul; 16- Frederico Westphalen; 17- Ametista do Sul; 18- Planalto; 19- Três Passos; 20- Miraguaí*; 21- Bom Progresso; 22- Braga*; 23- Redentora*; 24- Erval Seco; 25- Seberi; 26- Cristal do Sul; 27- Rodeio Bonito; 28- Liberato Salzano; 29- Pinhal; 30- Novo Tiradentes; 31- Dois Irmãos das Missões*; 32- Boa Vista das Missões*; 33- Jaboticaba*; 34- Cerro Grande*; 35- Coronel Bicaco*; 36- Lajeado do Bugre*; 37- Sagrada Família*; 38- São Pedro das Missões*; 39- São José das Missões; 40- Novo Barreiro*.

Figura 31 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Caminho das Águas (R15), RS, 2011.

A Região Caminho das Águas (R15) é composta por 40 municípios e possui uma população de 271.402 habitantes (IBGE, 2010). 14 municípios fazem parte da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e 26 fazem parte 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

*Municípios que fazem parte da 15ª CRS.

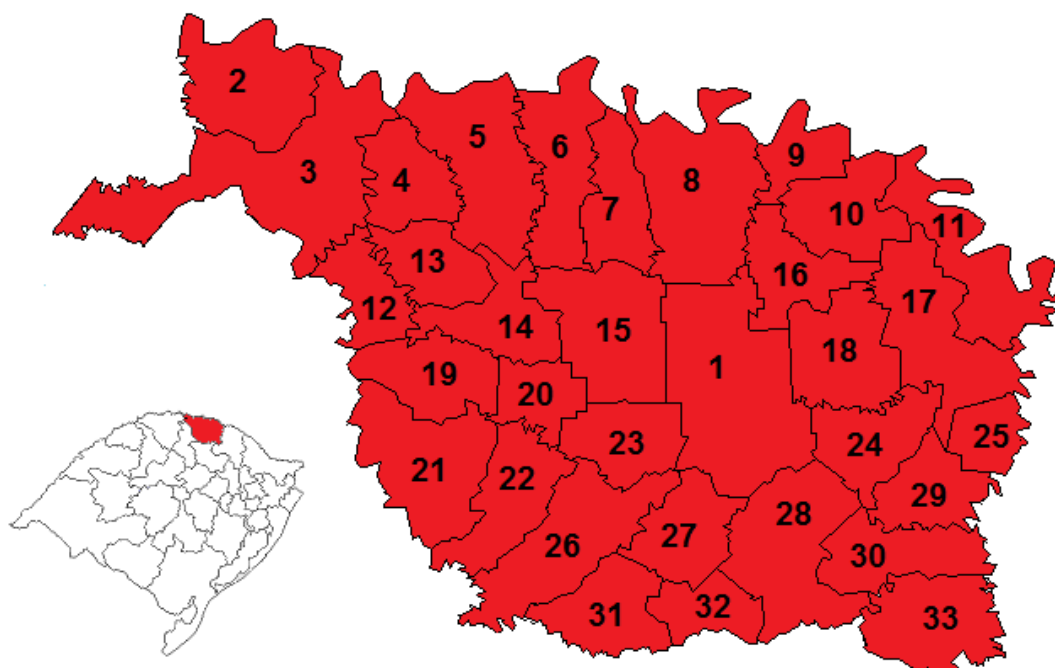
**Os demais municípios fazem parte da 19ª CRS.



Fonte: IBGE/DATASUS

Região 16 – Região de Saúde Alto Uruguai Gaúcho

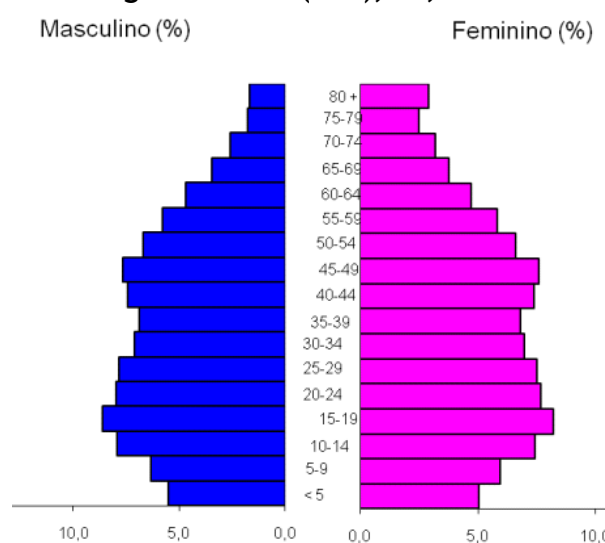
Figura 32 - Região de Saúde Alto Uruguai Gaúcho (R16), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Erechim; 2- Rio dos Índios; 3- Nonoai; 4- Faxinalzinho; 5- Erval Grande; 6- Itatiba do Sul; 7- Barra do Rio Azul; 8- Aratiba; 9- Mariano Moro; 10- Severiano de Almeida; 11- Marcelino Ramos; 12- Entre-Rios do Sul; 13- Benjamin Constant do Sul; 14- São Valentim; 15- Barão do Cotegipe; 16- Três Arroios; 17- Viadutos; 18- Gaurama; 19- Cruz-altense; 20- Ponte Preta; 21- Campinas do Sul; 22- Jacutinga; 23- Paulo Bento; 24- Áurea; 25- Carlos Gomes; 26- Quatro Irmãos; 27- Erebangó; 28- Getúlio Vargas; 29- Centenário; 30- Floriano Peixoto; 31- Ipiranga do Sul; 32- Estação; 33- Charrua.

Figura 33 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Alto Uruguai Gaúcho (R16), RS, 2010.

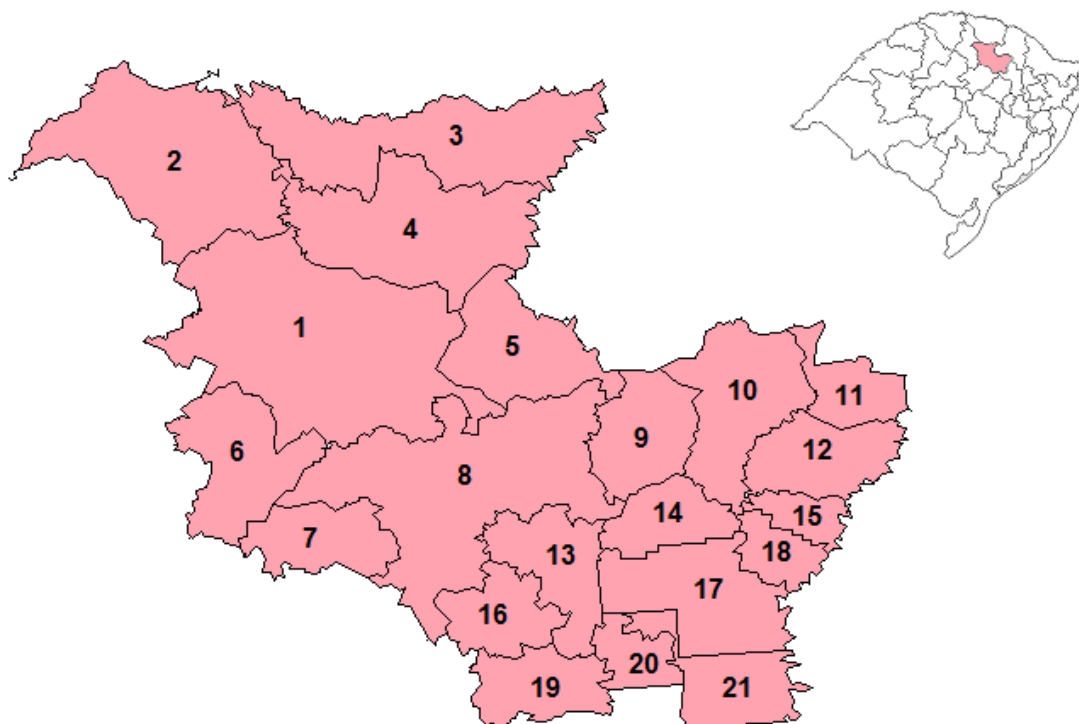


A Região Alto Uruguai Gaúcho (R16) é composta por 33 municípios e possui uma população de 230.555 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 17 - Região de Saúde Planalto

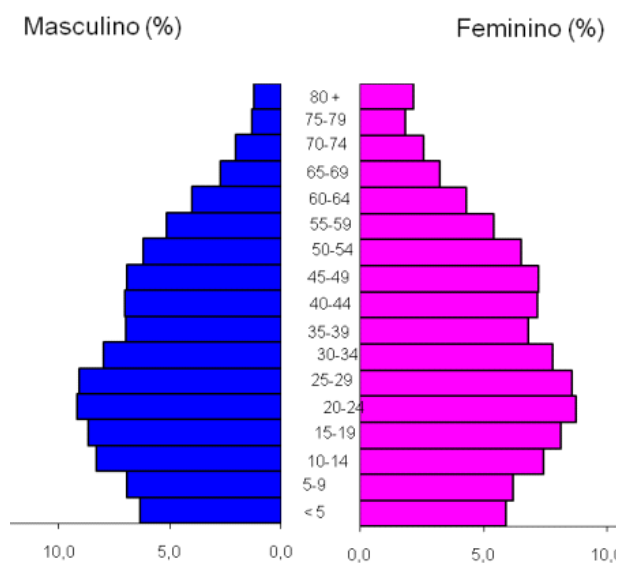
Figura 34 - Região de Saúde Planalto (R17), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Passo Fundo; 2- Pontão; 3- Sertão; 4- Coxilha; 5- Mato Castelhano; 6- Esmeralda; 7- Nicolau Vergueiro; 8- Marau; 9- Gentil; 10- Ciriaco; 11- Muliterno; 12- David Canabarro; 13- Vila Maria; 14- Santo Antônio do Palma; 15- Vanini; 16- Camargo; 17- Casca; 18- São Domingos do Sul; 19- Nova Alvorada; 20- Montauri; 21- Serafina Correa.

Figura 35 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Planalto (R17), RS, 2011

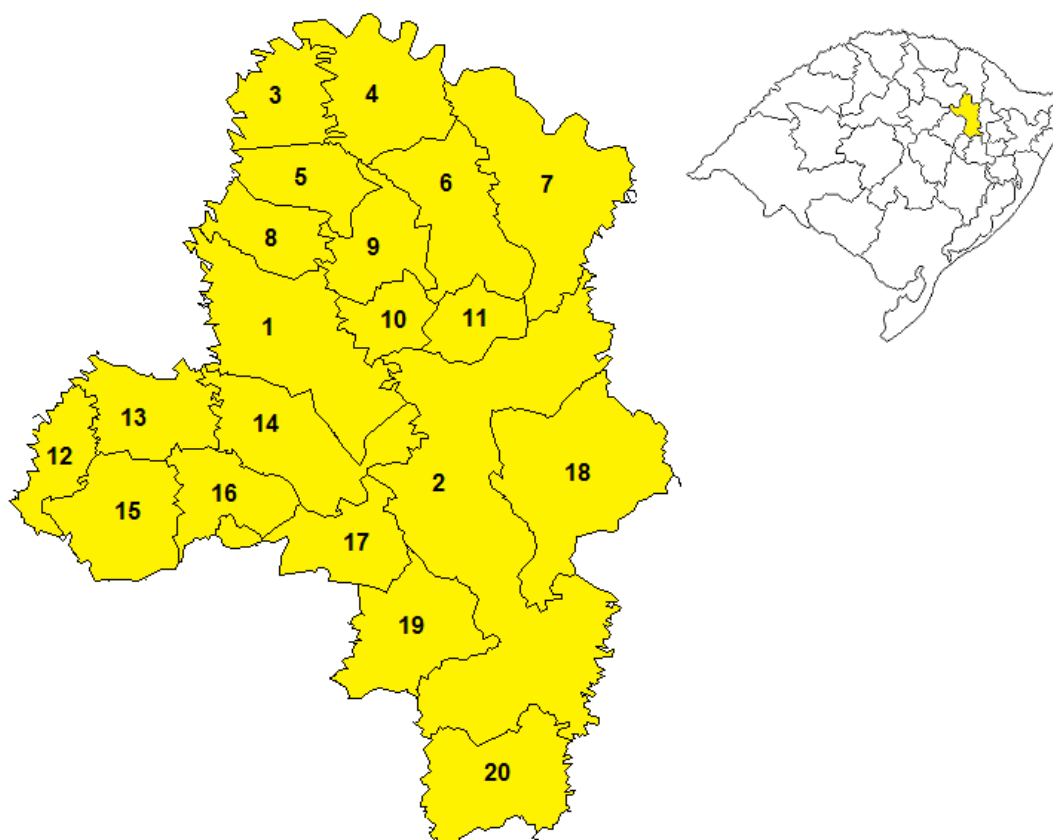


A Região Planalto (R17) é composta por 21 municípios e possui uma população de 298.086 habitantes (IBGE,2011). Faz parte da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 18 – Região de Saúde Araucárias

Figura 36 - Região de Saúde Araucárias (R18), RS, 2012.

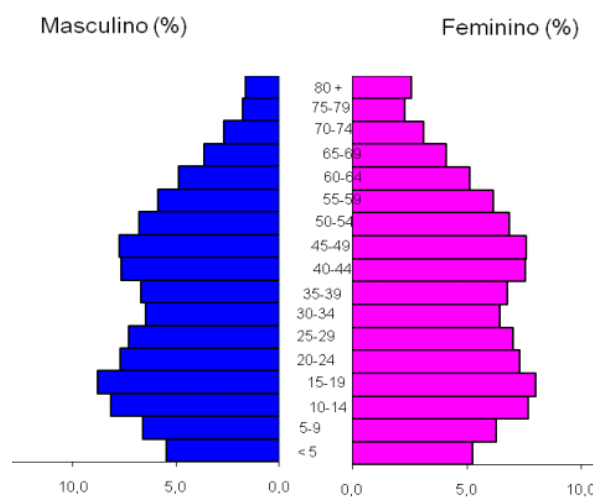


Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Sananduva; 2- Lagoa Vermelha; 3- Maximiliano de Almeida; 4- Machadinho; 5- Paim Filho; 6- São José do Ouro; 7- Barracão; 8- São João da Urtiga; 9- Cacique Doble; 10- Santo Expedito do Sul; 11- Tupanci do Sul; 12- Vila Lângaro; 13- Tapejara; 14- Ibiaçá; 15- Água Santa; 16- Santa Cecília do Sul; 17-Caseiros; 18- Capão Bonito do Sul; 19- Ibiraiaras; 20- André da Rocha.

Figura 37 - Pirâmide populacional, Região Araucárias (R18), RS, 2011.

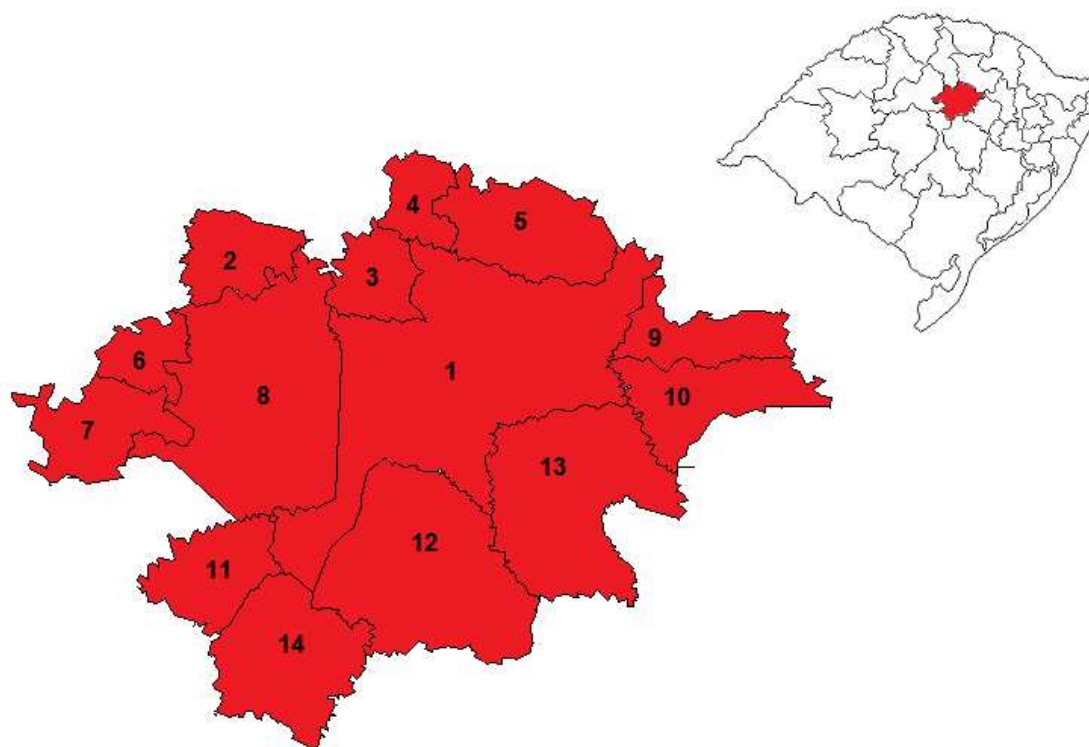
A Região Araucárias (R18) é composta por 20 municípios e possui uma população de 128.298 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).



Fonte: IBGE/DATASUS

Região 19 - Região de Saúde Botucaraí

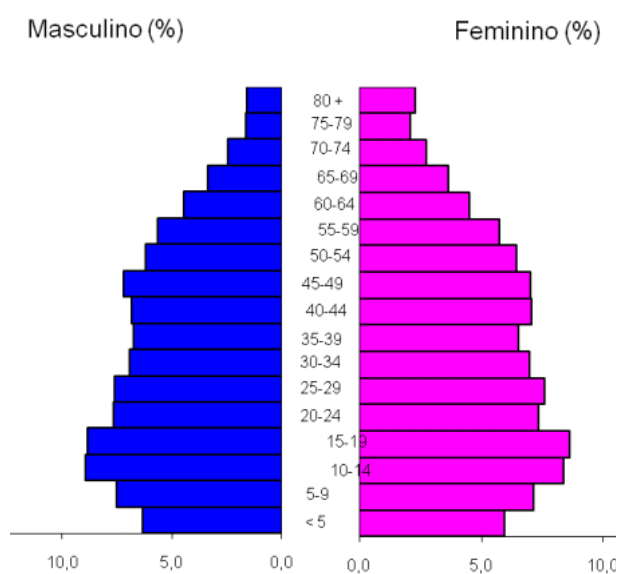
Figura 38 - Região de Saúde Botucaraí (R19), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Soledade; 2- Tapera; 3- Mormaço; 4- Tio Hugo; 5- Ibirapuitã; 6- Alto Alegre; 7- Campos Borges; 8- Espumoso; 9- Itapuca; 10- Arvorezinha; 11- Tunas; 12- Barros Cassal; 13- Fontoura Xavier; 14- Lagoão.

Figura 39 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Botucaraí (R19), RS, 2011.

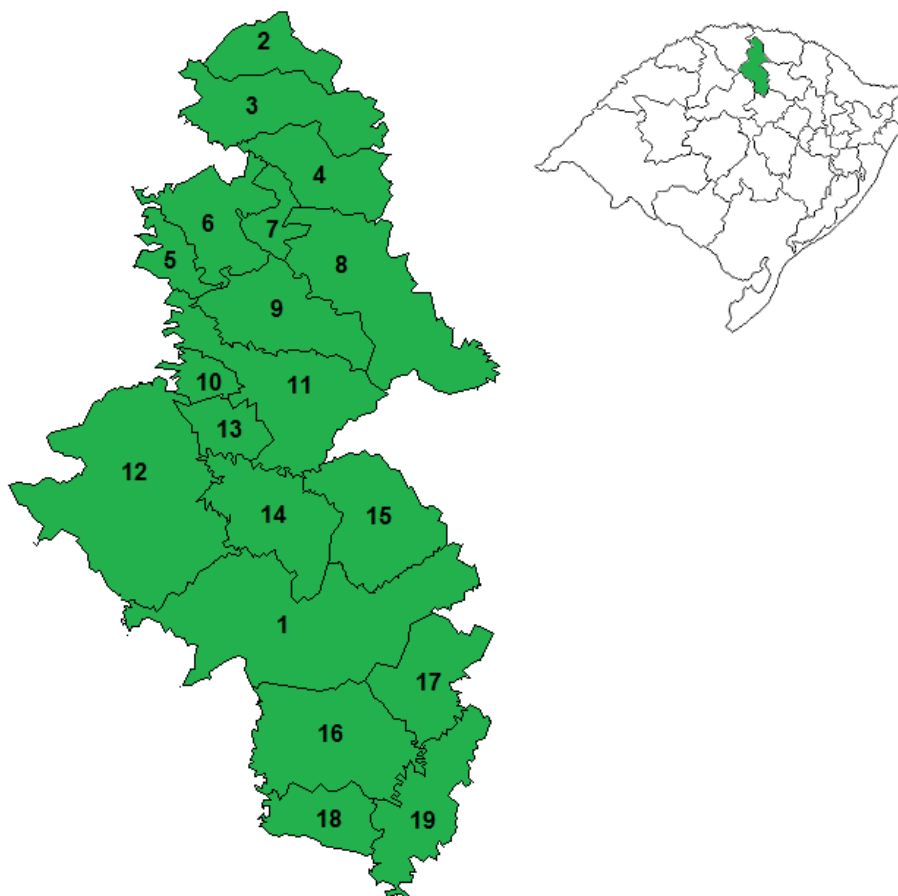


Fonte: IBGE/DATASUS

A Região Botucaraí (R19) é composta por 14 municípios e possui uma população de 115.579 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Região 20 - Região de Saúde Rota da Produção

Figura 40 - Região de Saúde Rota da Produção (R20), RS, 2012.



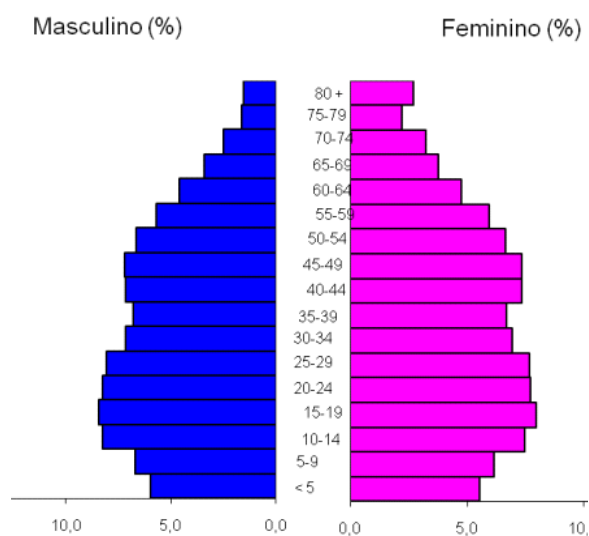
Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Carazinho*; 2- Gramado dos Loureiros**; 3- Trindade do Sul**; 4- Três Palmeiras**; 5- Novo Xingu**; 6- Constantina**; 7- Engenho Velho**; 8- Ronda Alta**; 9- Rondinha**; 10- Barra Funda**; 11- Sarandi**; 12- Chapada**; 13- Nova Boa Vista**; 14- Almirante Tamandaré do Sul*; 15- Coqueiros do Sul*; 16- Não-Me-Toque*; 17- Santo Antônio do Planalto*; 18- Lagoa dos Três Cantos*; 19- Victor Graeff*.

Figura 41 - Pirâmide populacional, Região Rota da Produção (R20), RS, 2011.

A Região Rota da Produção (R20) é composta por 19 municípios e possui uma população de 162.857 habitantes (IBGE, 2011). 7 municípios fazem parte da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e 11 fazem parte da 15ª Coordenadoria Regionais de Saúde (CRS).

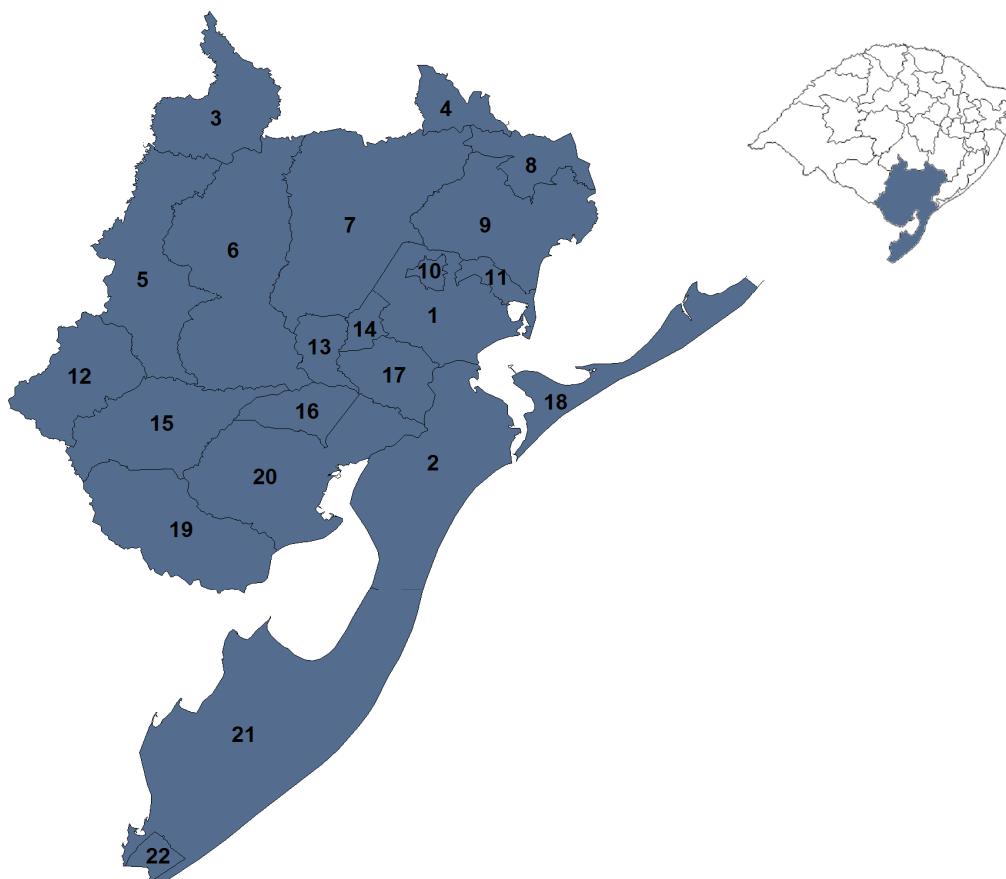
*Municípios que fazem parte da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).
**Municípios que fazem parte da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).



Fonte: IBGE/DATASUS

Região 21 – Região de Saúde Sul

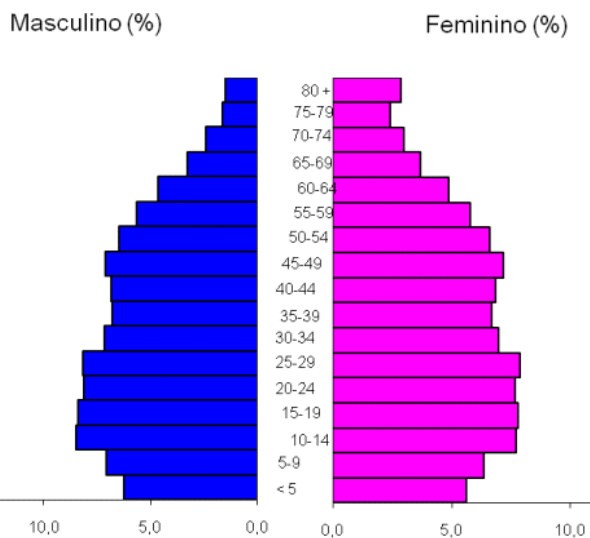
Figura 42 - Região de Saúde Sul (R21), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Pelotas; 2- Rio Grande; 3- Santana da Boa Vista; 4- Amaral Ferrador; 5- Pinheiro Machado; 6- Piratini; 7- Canguçu; 9- São Lourenço do Sul; 10- Arroio do Padre; 11- Turuçu; 12- Pedras Altas; 13- Cerrito; 14- Morro Redondo; 15- Herval; 16- Pedro Osório; 17- Capão do Leão; 18- São José do Norte; 19- Jaguarão; 20- Arroio Grande; 21- Santa Vitória do Palmar; 22- Chuí.

Figura 43 - Pirâmide populacional, Região de Saúde Sul (R21), RS, 2011.

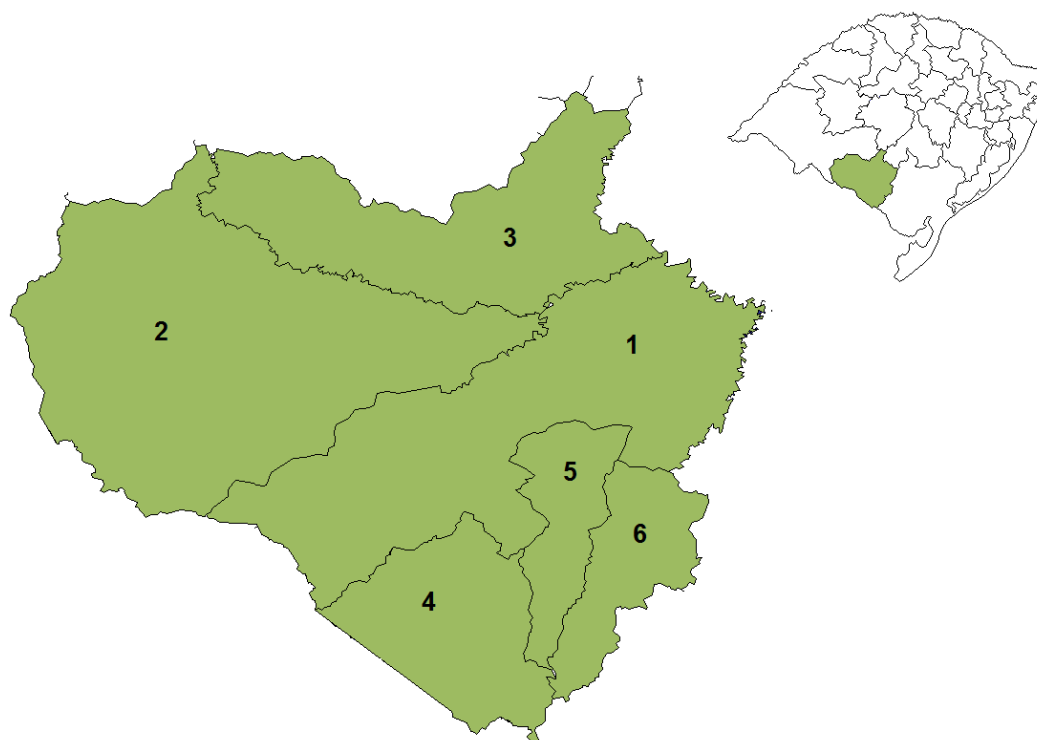


A Região Sul (R21) é composta por 22 municípios e possui uma população de 846.439 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 22 - Região de Saúde Pampa

Figura 44 - Região de Saúde Pampa (R22), RS, 2012.

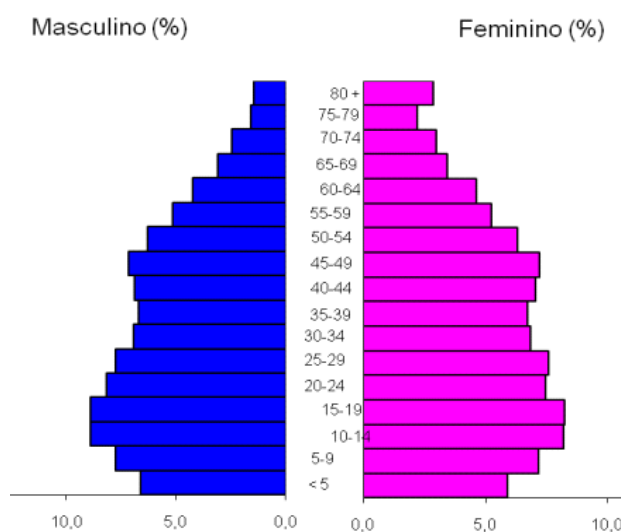


Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Bagé; 2- Dom Pedrito; 3- Lavras do Sul; 4- Aceguá; 5- Hulha Negra; 6- Candiota.

Figura 45 - Pirâmide populacional, Região do Pampa (R22), RS, 2011.

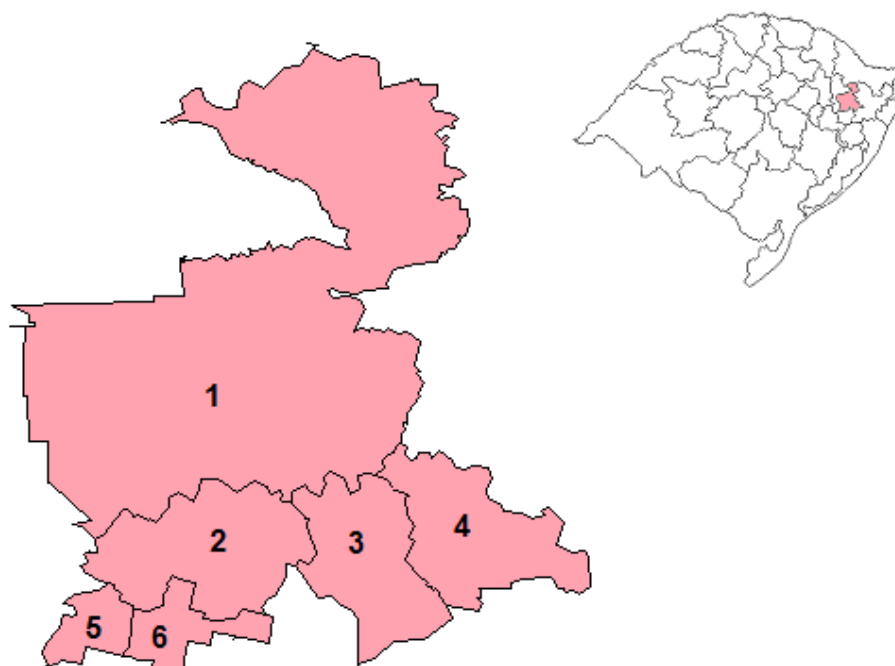
A Região do Pampa (R22) é composta por 6 municípios e possui uma população de 182.724 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).



Fonte: IBGE/DATASUS

Região 23 - Região de Saúde Caxias e Hortênsias

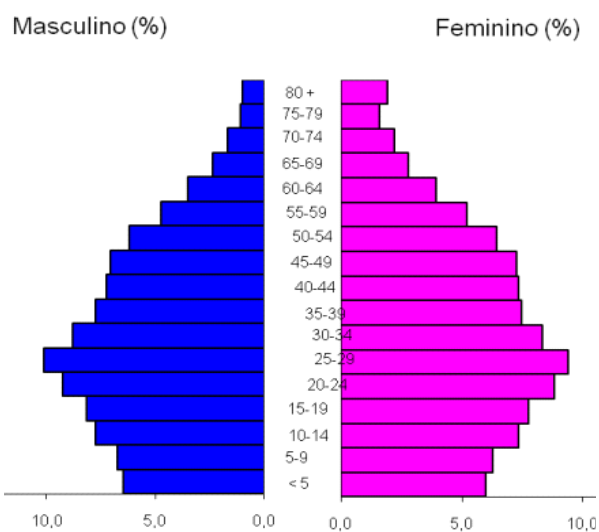
Figura 46 - Região de Saúde Caxias e Hortênsias (R23), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Caxias do Sul; 2- Nova Petrópolis; 3- Gramado; 4- Canela; 5- Linha Nova; 6- Picada Café.

Figura 47 - Pirâmide populacional, Região Caxias e Hortênsias (R23), RS, 2011.

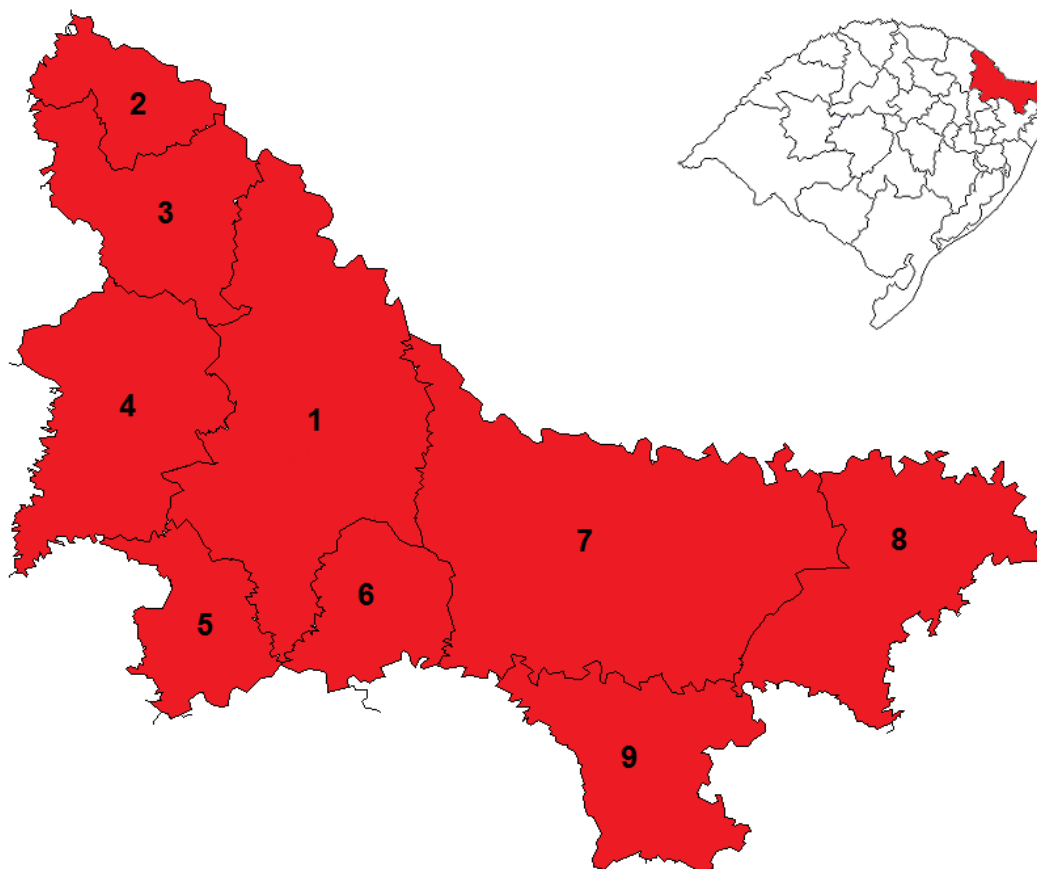


A Região Caxias e Hortênsias (R23) é composta por 6 municípios e possui uma população de 539.610 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 24 - Região de Saúde Campos de Cima da Serra

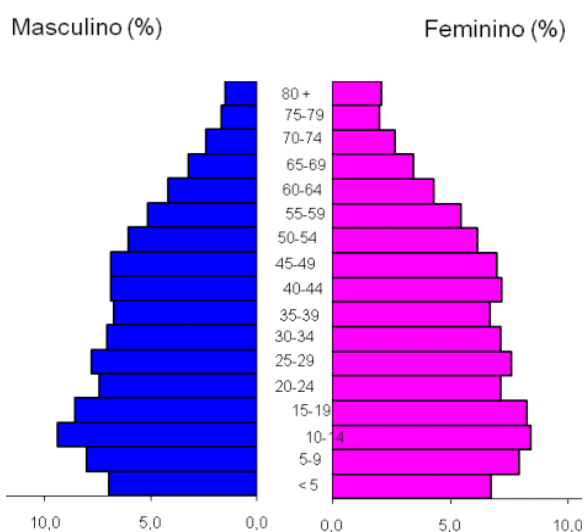
Figura 48 - Região de Saúde Campos de Cima da Serra (R24), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

- 1- Vacaria; 2- Pinhal da Serra; 3- Esmeralda; 4- Muitos Capões; 5- Campestre da Serra; 6- Monte Alegre dos Campos; 7- Bom Jesus; 8- São José dos Ausentes; 9- Jaquirana.

Figura 49 - Pirâmide populacional, Região Campos de Cima da Serra (R24), RS, 2011.

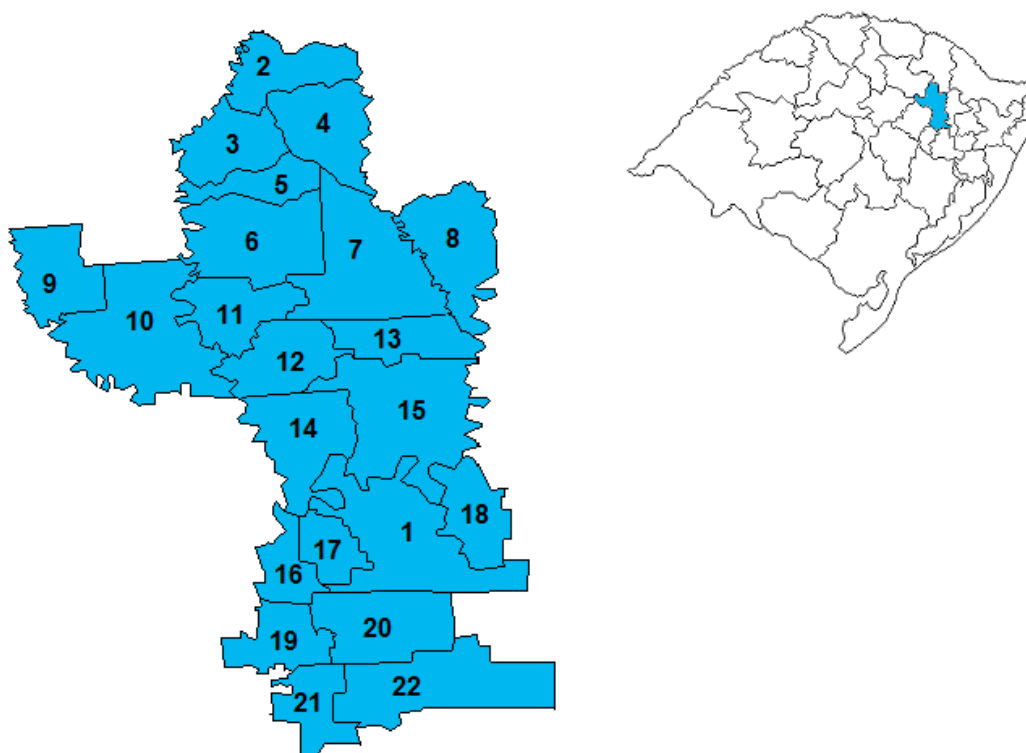


A Região Campos de Cima da Serra (R24) é composta por 9 municípios e possui uma população de 95.206 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 25 - Região de Saúde Vinhedos e Basalto

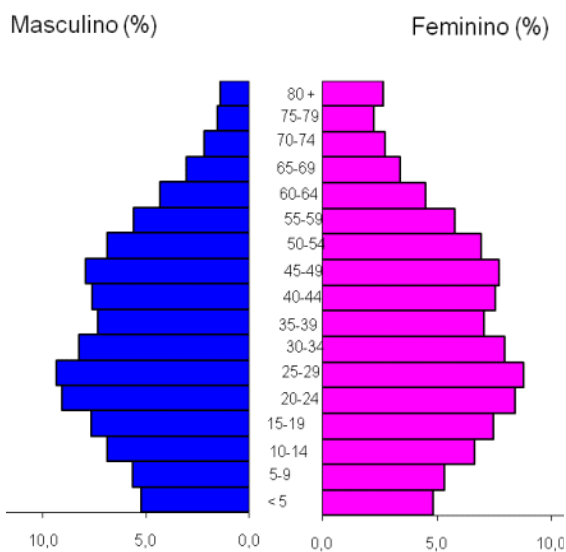
Figura 50 - Região de Saúde Vinhedos e Basalto (R25), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Bento Gonçalves; 2- São Jorge; 3- Paraí; 4- Guabiju; 5- Nova Araçá; 6- Nova Bassano; 7- Nova Prata; 8- Protásio Alves; 9- União da Serra; 10- Guaporé; 11- Vista Alegre do Prata; 12- Fagundes Varela; 13- Vila Flores; 14- Cotiporã; 15- Veranópolis; 16- Santa Tereza; 17- Monte Belo do Sul; 18- Pinto Bandeira; 19- Coronel Pilar; 20- Garibaldi; 21-Boa Vista do Sul; 22- Carlos Barbosa.

Figura 51 - Pirâmide populacional, Região Vinhedos e Basalto (R25), RS, 2011.

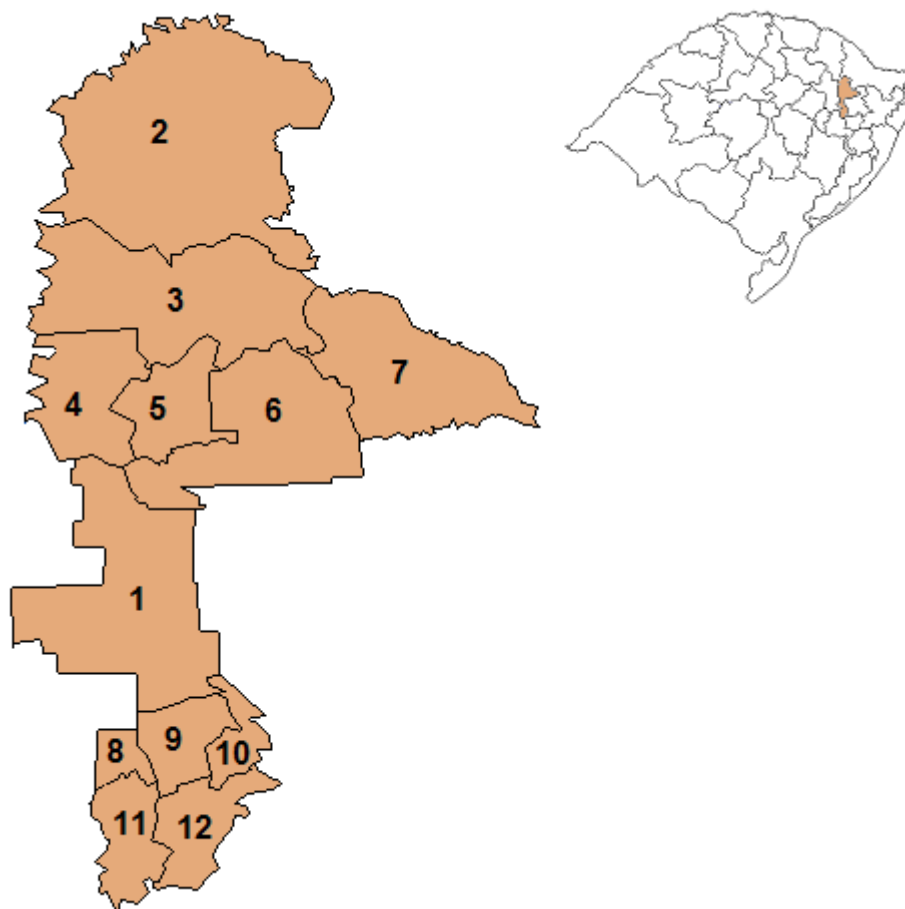


A Região Vinhedos e Basalto (R25) é composta por 22 municípios e possui uma população de 282.108 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 26 – Região de Saúde Uva Vale

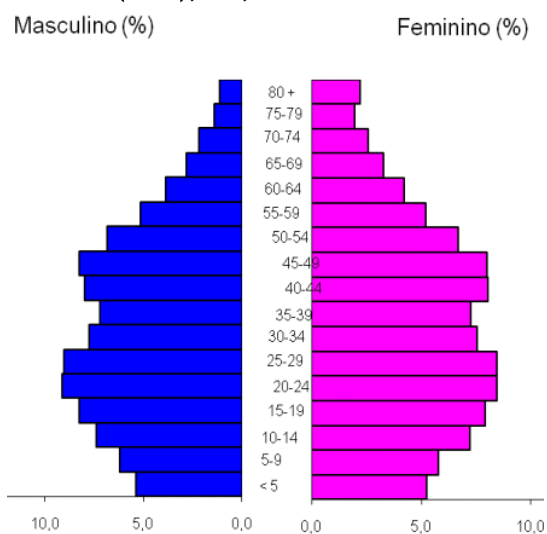
Figura 52 - Região de Saúde Uva Vale (R26), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Farroupilha; 2- Ipê; 3- Antônio Prado; 4- Nova Roma do Sul; 5- Nova Pádua; 6- Flores da Cunha; 7- São Marcos; 8- São Vendelino; 9- Alto Feliz; 10- Vale Real; 11- Bom Princípio; 12- Feliz.

Figura 53 - Pirâmide populacional, Região Uva Vale (R26), RS, 2011.

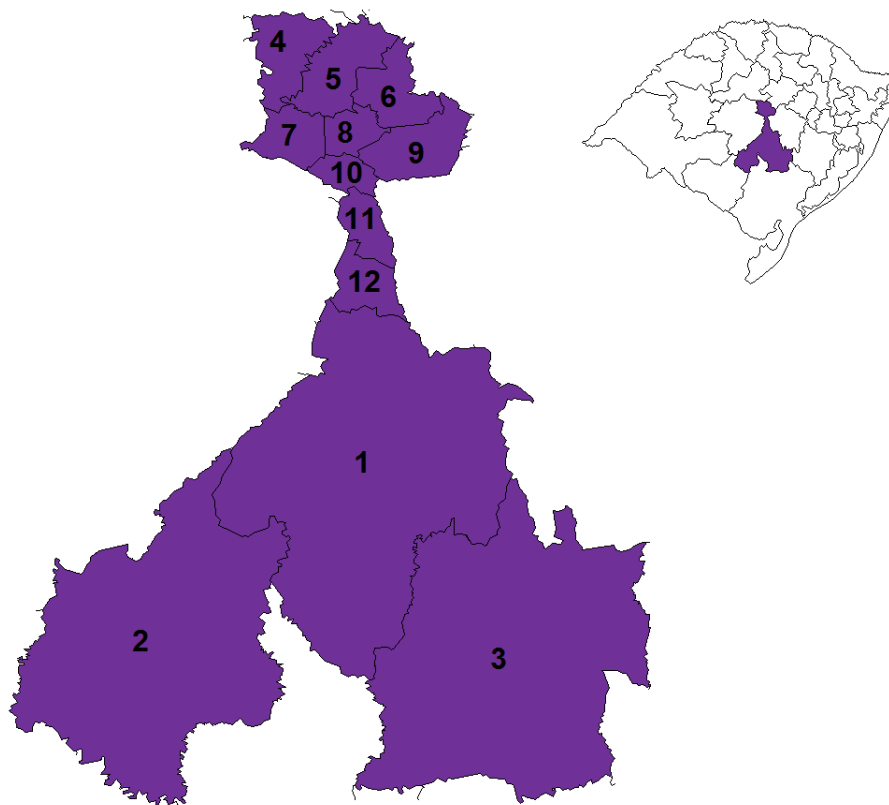


A Região Uva Vale (R26) é composta por 812 municípios e possui uma população de 171.038 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 27 – Região de Saúde Jacuí Centro

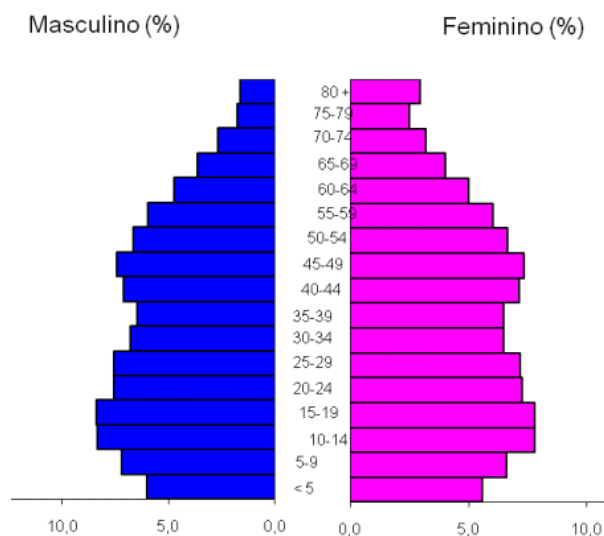
Figura 54 - Região de Saúde Jacuí Centro (R27), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Cachoeira do Sul; 2- Caçapava do Sul; 3- Encruzilhada do Sul; 4- Estrela Velha; 5- Arroio do Tigre; 6- Segredo; 7- Ibarama; 8- Sobradinho; 9- Passa Sete; 10- Lagoa Bonita do Sul; 11- Cerro Branco; 12-Novo Cabrais.

Figura 55 - Pirâmide populacional, Região Jacuí Centro (R27), RS, 2011.

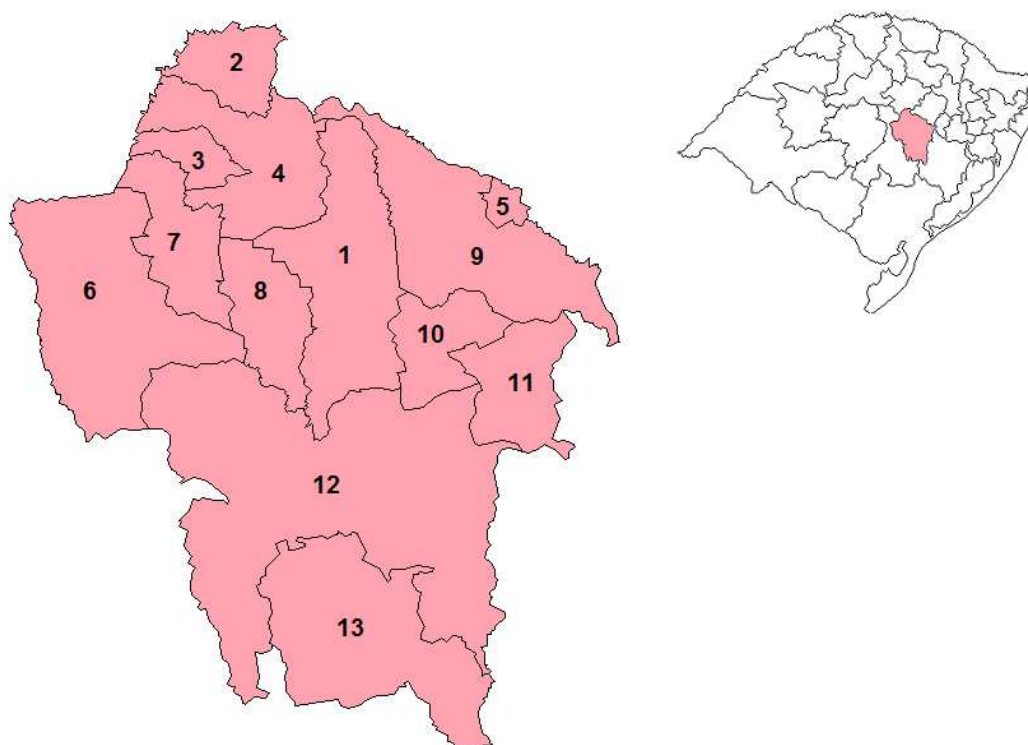


A Região Jacuí Centro (R27) é composta por 12 municípios e possui uma população de 200.070 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 28 - Região de Saúde Vinte e Oito

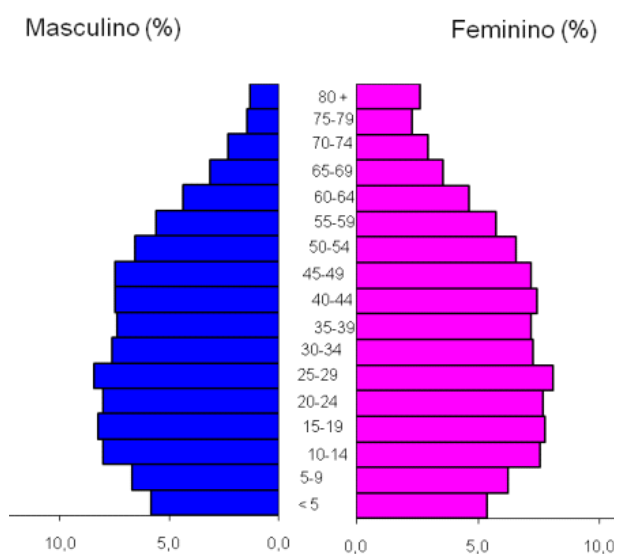
Figura 56 - Região de Saúde Vinte e Oito (R28), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Santa Cruz do Sul; 2- Gramado Xavier; 3- Herveiras; 4- Sinimbu; 5- Mato Leitão; 6- Candelária; 7- Vale do Sol; 8- Vera Cruz; 9- Venâncio Aires; 10- Passo do Sobrado; 11- Vale Verde; 12- Rio Pardo; 13- Pântano Grande.

Figura 57 - Pirâmide populacional, Região Vinte e Oito (R28), RS, 2011.

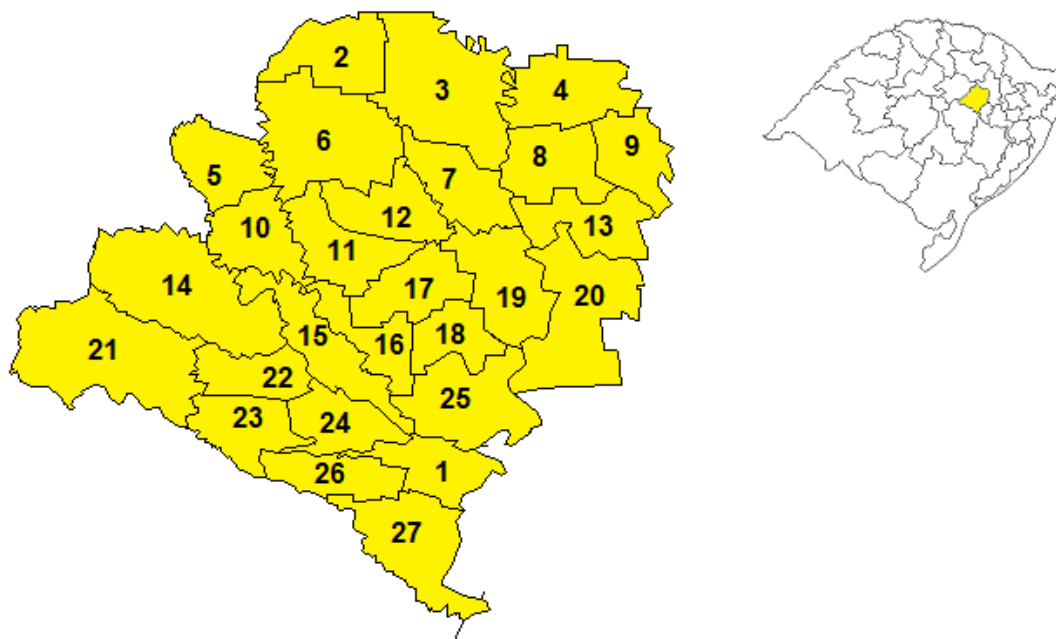


A Região Vinte e Oito (R28) é composta por 13 municípios e possui uma população de 328.655 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 29 - Região de Saúde Vales e Montanhas

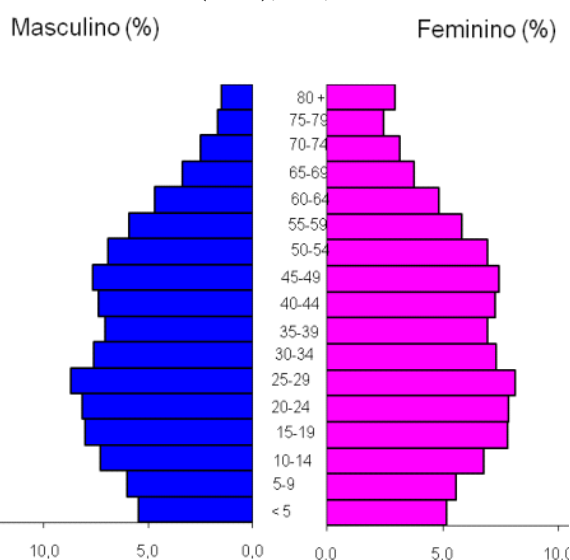
Figura 58 - Região de Saúde Vales e Montanhas (R29), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Lajeado; 2- Ilópolis; 3- Anta Gorda; 4- Dois Lajeados; 5- São José do Herval; 6- Putinga; 7- Doutor Ricardo; 8- Vespasiano Correa; 9- São Valentim do Sul; 10- Pouso Novo; 11- Coqueiro Baixo; 12- Relvado; 13- Muçum; 14- Progresso; 15- Marques de Souza; 16- Travesseiro; 17- Nova Bréscia; 18- Capitão; 19- Encantado; 20- Roca Sales; 21-Boqueirão do Leão; 22- Canudos do Vale; 23- Sério; 24- Forquetinha; 25- Arroio do Meio; 26- Santa Clara do Sul; 27- Cruzeiro do Sul.

Figura 59 - Pirâmide populacional, Região Vales e Montanhas (R29), RS, 2011.

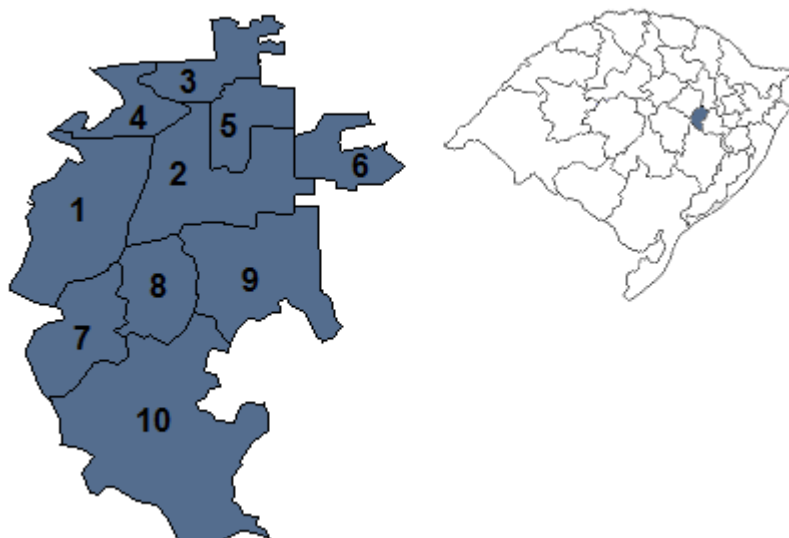


A Região Vales e Montanhas (R29) é composta por 27 municípios e possui uma população de 209.144 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS

Região 30 - Região de Saúde Vale da Luz

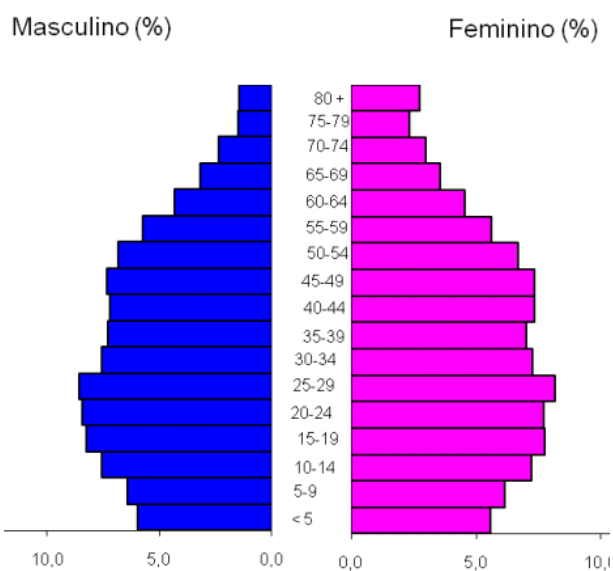
Figura 60 - Região de Saúde Vale da Luz (R30), RS, 2012.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

1- Estrela; 2- Teutônia; 3- Imigrante; 4- Colinas; 5- Westfália; 6- Poço das Antas; 7- Bom Retiro do Sul; 8- Fazenda Vila Nova; 9- Paverama; 10- Taquari.

Figura 61 - Pirâmide populacional, Região Vale da Luz (R30), RS, 2011.



A Região Vale da Luz (R30) é composta por 10 municípios e possui uma população de 118.345 habitantes (IBGE, 2011). Faz parte da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Fonte: IBGE/DATASUS



João. 10-13

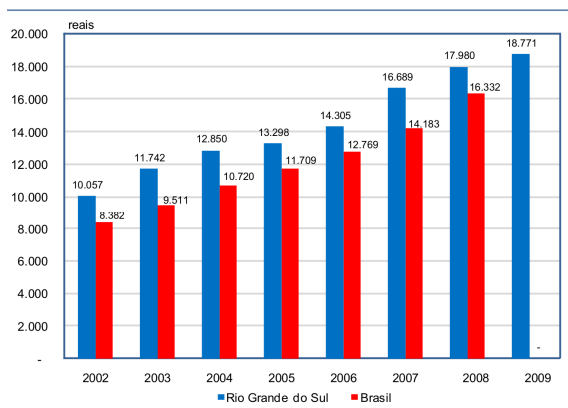
CONDIÇÕES DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

O Rio Grande do Sul situa-se no extremo sul do Brasil, ocupando pouco mais de 3% do território brasileiro. O Estado abriga em torno de 6% da população do país, tendo gerado um PIB de 202.955 milhões em 2009, valor que representa 6,32% do total brasileiro. Os dados do crescimento recente do PIB mostram que algumas regiões vêm sofrendo perdas significativas, enquanto outras crescem a taxas bem superiores em relação à média estadual. O PIB *per capita* gaúcho aumentou significativamente na última década. Considerando a nova série do PIB, que coloca à disposição dados a partir de 2002, o PIB *per capita* gaúcho passou de 10.057 reais para 24.844 reais, conforme estimativas para 2011 (FEE/RS).

A distribuição espacial do PIB *per capita* pelos municípios do Estado em 2009, mantém a já conhecida concentração dos maiores valores em torno do eixo Porto Alegre - Caxias do Sul, disseminando-se também pela Região da Produção e pelos vales do Taquari e do Rio Pardo. Os municípios que apresentam os maiores PIB *per capita* são predominantemente pouco populosos e apresentam significativa participação da indústria em sua economia. O município de Triunfo, com 211.965, reais é o que apresenta maior PIB *per capita*, devido à presença do Polo Petroquímico.

Além desses, Pinhal da Serra com 63.421 reais, Garruchos com 62.193 reais, Canoas com 49.523 reais, Aratiba com 49.229 reais, Fazenda Vila Nova com 45.596 reais, Nova Araçá com 43.647 reais e Muitos Capões, com 41.882, possuem os maiores valores do Estado. Já o município de Alvorada, que possui uma população de mais de 200 mil habitantes, apresenta o menor PIB *per capita* do Estado, com um valor de 5.553 reais. Destacam-se ainda, negativamente, os municípios de Caraá, Ametista do Sul, Itati e Redentora, todos com PIB *per capita* inferior a 7.000 reais.

Figura 62 - Evolução do PIB percapita, RS e Brasil, 2002 a 2009.



Fonte: FEE - 2010 - Estimativas preliminares para o RS 2008 e 2009.
Dados não existentes para Brasil em 2009.

O Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE) elaborado pela Fundação de Economia e Estatística (FEE) é um índice sintético, que tem por objetivo medir o grau de desenvolvimento dos municípios do Rio Grande do Sul. O IDESE é o resultado da agregação de quatro blocos de indicadores: *Domicílio e Saneamento, Educação, Saúde e Renda*. O Estado e os municípios podem ser classificados pelo IDESE em três grupos: baixo desenvolvimento (índices até 0,499), médio desenvolvimento (entre 0,500 e 0,799) e alto desenvolvimento (maiores que 0,800).

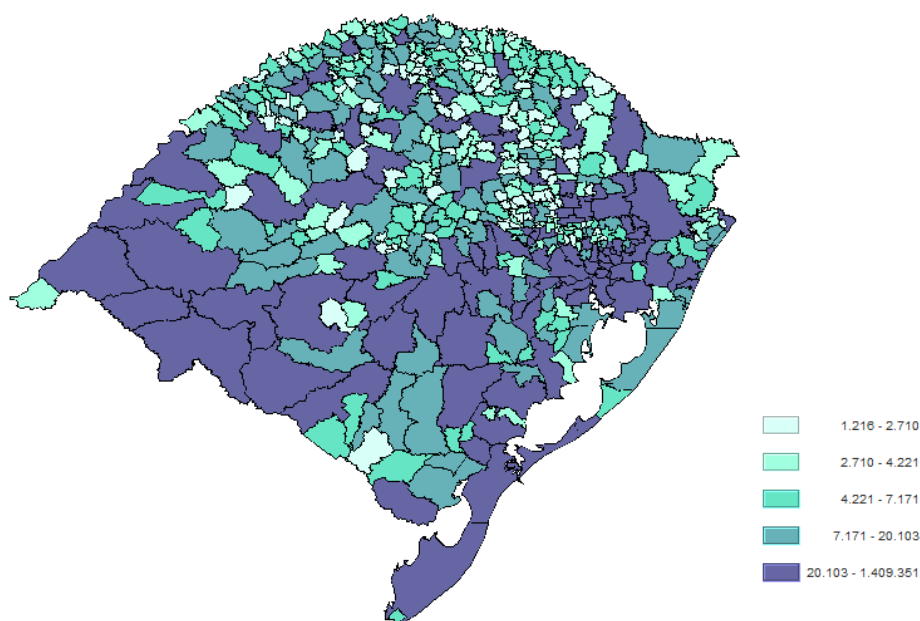
Considerando a evolução do IDESE no Estado, após um crescimento significativo entre os anos de 1991 e 2000, quando passou de 0,687 para 0,752, o indicador manteve uma tendência de crescimento, com leve interrupção no ano de 2005, retomando seu crescimento em 2006, quando alcançou o índice

de 0,763. Em 2008 a média do Estado foi de 0,772. No mesmo ano, nenhum município gaúcho apresentou IDESE inferior a 0,5 (baixo desenvolvimento), sendo os menores índices os de Caraá (0,544), Monte Alegre dos Campos (0,549), Benjamin Constant do Sul (0,551) e Mampituba (0,560). Por outro lado, nove municípios apresentaram IDESE na faixa acima de 0,8 (alto desenvolvimento): Caxias do Sul (0,856), Porto Alegre (0,837), Esteio (0,837), Canoas (0,830), Vacaria (0,825), Cachoeirinha (0,825), Cerro Largo (0,822), Erechim (0,812) e Cruz alta (0,811).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) calculado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) leva em consideração a expectativa de vida, o nível de educação e o rendimento. Como os dados do Censo de 2010 não haviam sido produzidos até o momento da elaboração deste documento, as informações aqui utilizadas são relativas ao Censo de 2000. O Estado apresentou um IDH de 0,814, sendo que os maiores valores ficaram com os municípios de Bento Gonçalves (0,870), Porto Alegre (0,865), Carlos Barbosa (0,858) e Caxias do Sul (0,857). No território gaúcho, a taxa de analfabetismo chegou a 4,4% em 2010. As raças indígena e amarela apresentaram as taxas mais altas (16,4% e 9,5%) e a raça branca a mais baixa (3,7%).

Em 2010, a população atingiu 10.639.929 habitantes (IBGE, 2011), prosseguindo a maior concentração populacional na região metropolitana de Porto Alegre. Segundo o Censo do IBGE de 2010, a população gaúcha reside predominantemente em áreas urbanas (85,1%). A Figura 63 mostra a distribuição da população no Estado.

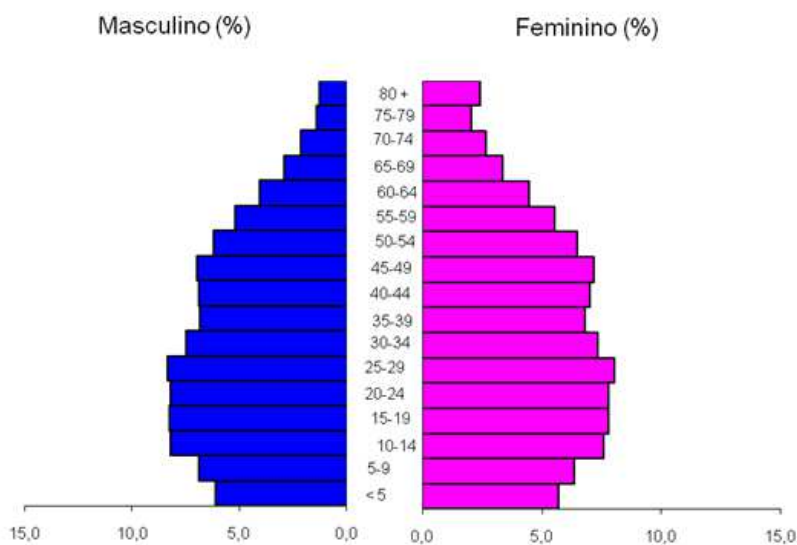
Figura 63 - População total por município, RS, 2010.



Fonte: DATASUS

A composição da pirâmide populacional do RS é representada por duas características: sexo e faixa etária (Figura 64). A distribuição das faixas etárias para ambos os sexos encontra-se em intervalos de 05 anos até 80 anos e mais. Verifica-se que há uma concentração maior de população feminina nas faixas etárias mais altas, ou seja, a partir dos 40 anos de idade. O Estado também condensa percentuais menores de crianças em relação à população jovem adulta, aquela que acumula última o maior número de pessoas. O formato da pirâmide aponta para um crescimento da população idosa em consequência da diminuição do número de crianças. Esta pirâmide pode ser caracterizada como uma “pirâmide adulta”.

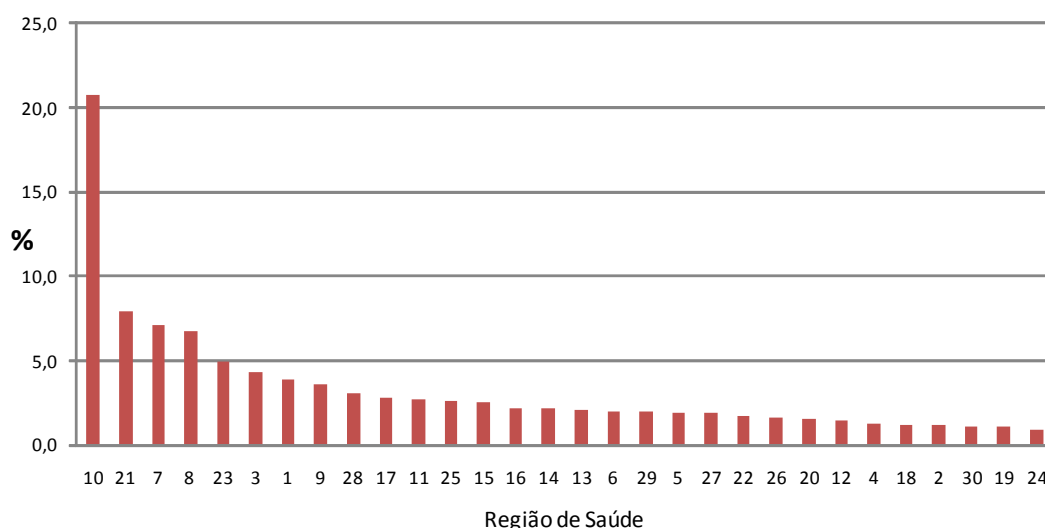
Figura 64 - Pirâmide Populacional, RS, 2010.



Fonte: IBGE/DATASUS

Fazendo-se uma análise por regiões de saúde, as que concentram maior população são as seguintes regiões: Capital e Vale do Gravataí (R10), Sul (R21), Vale dos Sinos (R7), Vale do Caí e Metropolitana (R8) e Caxias e Hortências (R23), conforme mostra a Figura 65. As pirâmides populacionais de todas as Regiões de Saúde comportam-se de forma semelhante à do Estado, possuindo uma população de crianças menor do que a adulta, bem como uma população feminina idosa maior do que a masculina na mesma faixa etária.

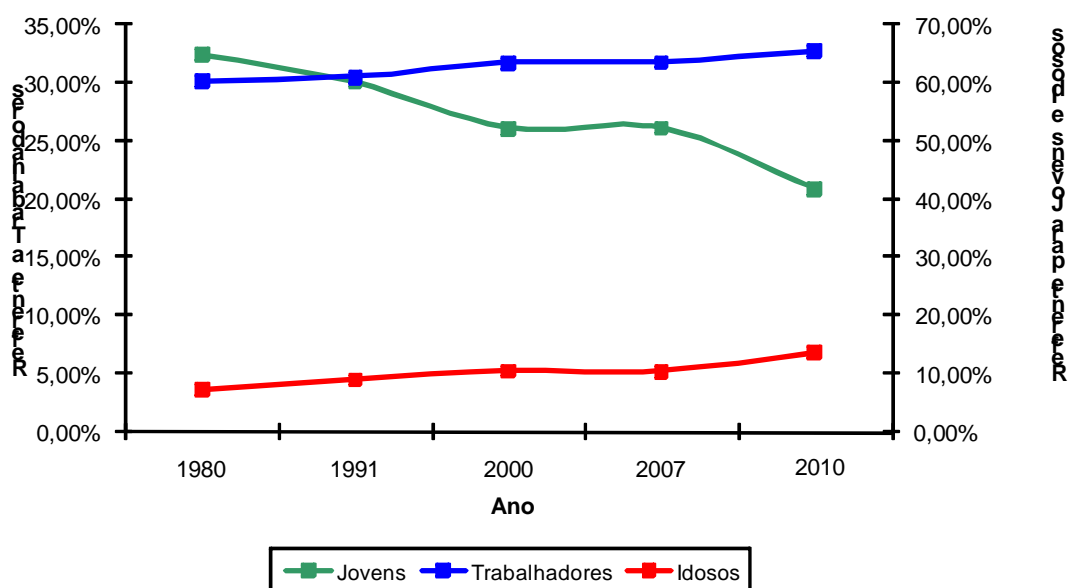
Figura 65 - População por Região de Saúde em relação à População Total do Estado, RS, 2010.



Fonte: DATASUS

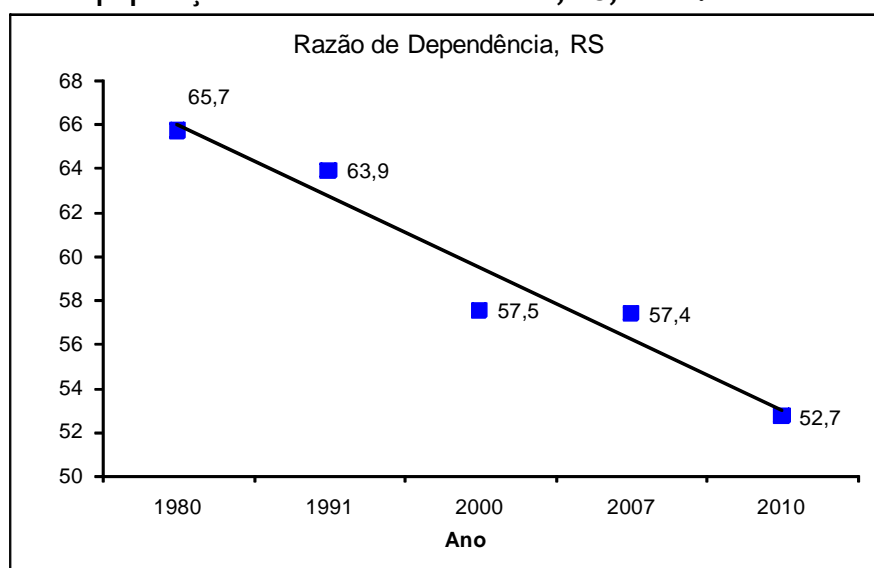
O número de pessoas em idade para trabalhar e gerar renda teve um aumento significativo no período analisado, conforme a Figura 66. Devido a essas características, a razão de dependência tem diminuído, ou seja, a população economicamente ativa (entre 15 e 59 anos) tem sido cada vez maior em relação à população economicamente dependente (menor de 15 anos e de 60 anos e mais). A Figura 67 caracteriza o indicador razão de dependência em 2010, que tem caído nos últimos 30 anos, passando de 65,7 em 1980, para 52,7 em 2010.

Figura 66 - Percentual da população jovem, trabalhadora e idosa, RS, 1980 a 2010.



Fonte: IBGE

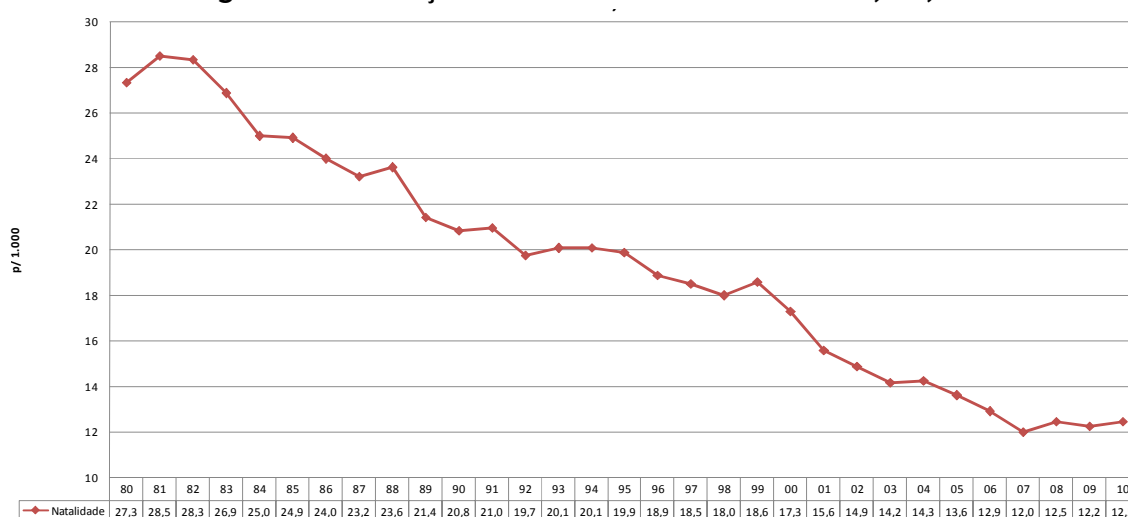
Figura 67 - Razão de dependência - população economicamente dependente sobre a população economicamente ativa, RS, 2010.



Fonte: IBGE

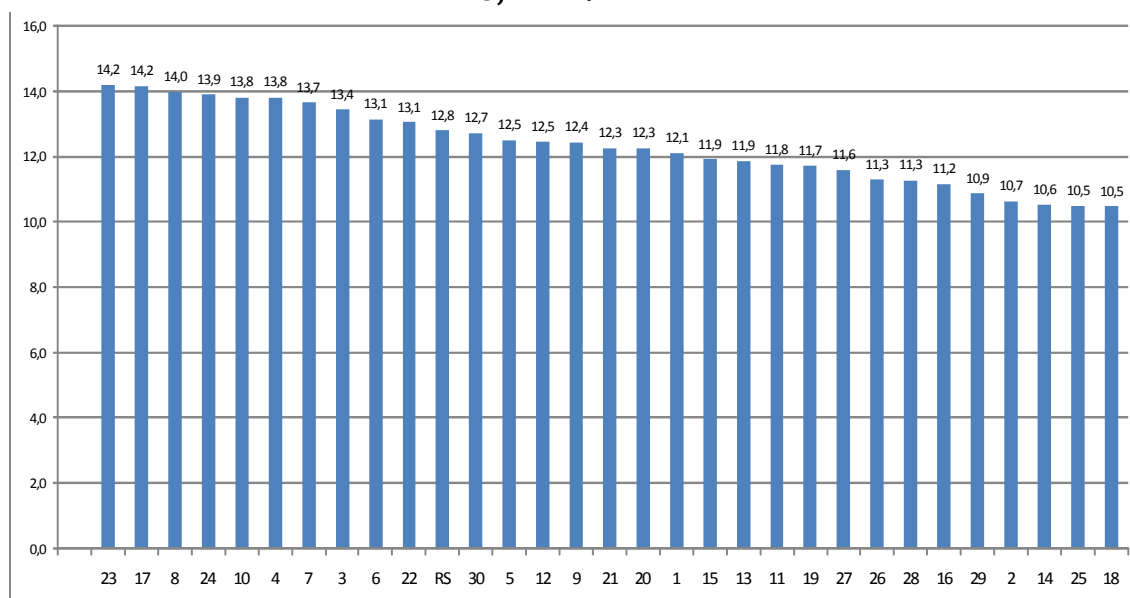
O número de nascidos vivos, por mil habitantes, é representado pelo coeficiente geral de Natalidade, que foi de 12,8 no ano de 2011. A Figura 68 apresenta a evolução da taxa desde 1980 no Estado. Observa-se uma significativa queda no decorrer dos anos, especialmente até 2007, e uma estabilização desde então. A queda da natalidade impacta diretamente em níveis de envelhecimento da população, ou seja, quanto menor a natalidade, maior será a proporção de pessoas adultas na população. Em relação às regiões de saúde, dez estão acima da média do Estado, conforme mostra a Figura 69. As regiões Caxias e Hortências (R23) e Planalto (R17) são as que possuem o coeficiente mais alto (14,2); as regiões Vinhedos e Basalto (R25) e Araucárias (R18) são as com o coeficiente mais baixo (10,5).

Figura 68 - Evolução do coeficiente de natalidade, RS, 1980 a 2011



Fonte: NIS/DAT/CEVS/SES/RS

Figura 69 - Coeficiente geral de natalidade por Região de Saúde - por 1000 nascidos vivos, RS, 2011.



Fonte: NIS/DAT/CEVS/SES/RS

O IBGE define expectativa de vida, ou esperança de vida, como o número médio de anos que um indivíduo de idade “x” esperaria viver, a partir dessa idade, se estivesse sujeito a uma lei de mortalidade observada. O número médio de anos que um gaúcho espera viver ao nascer, de acordo com as probabilidades de morte de 2009 a 2011, é de 75,58 anos. A expectativa de vida na idade zero, ou seja, ao nascer, é diretamente influenciada pela mortalidade infantil. Quanto menor for o coeficiente de mortalidade infantil, maior será a esperança de vida ao nascer. As mulheres têm esperança de vida maior (79,58 anos) em relação aos homens (71,60 anos).

A Figura 70 mostra as expectativas de vida para cada faixa etária, desde o nascimento até 75 anos e mais. A análise da expectativa de vida por regiões de saúde, por sexo e por faixa etária pode ser feita a partir da Figura 71. As maiores expectativas estão nas regiões Vinhedos e Basalto (R25), Vales e Montanhas (R29), Alto Uruguai Gaúcho (R16), Araucárias (R18) e Uva e Vale (R26). E as menores expectativas estão nas regiões Jacuí Centro (R27), região Vale do Caí e Metropolitana (R8), Pampa (R22) e Campos de Cima da Serra (R24).

Figura 70 - Expectativa Média de Vida, RS, 2009 a 2011.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Ambos os Sexos
0 1	71,60	79,58	75,58
1 2	71,52	79,45	75,48
2 3	70,58	78,51	74,55
3 4	69,62	77,55	73,59
4 5	68,65	76,58	72,62
5 10	67,68	75,60	71,64
10 15	62,77	70,67	66,72
15 20	57,88	65,75	61,81
20 25	53,28	60,89	57,10
25 30	48,83	56,05	52,47
30 35	44,37	51,24	47,85
35 40	39,91	46,49	43,25
40 45	35,47	41,80	38,70
45 50	31,14	37,20	34,25
50 55	26,99	32,72	29,95
55 60	23,05	28,38	25,83
60 65	19,39	24,25	21,96
65 70	16,01	20,32	18,33
70 75	13,06	16,76	15,11
75 e +	10,62	13,63	12,35

Fonte: NIS/DAT/CEVS/SES-RS

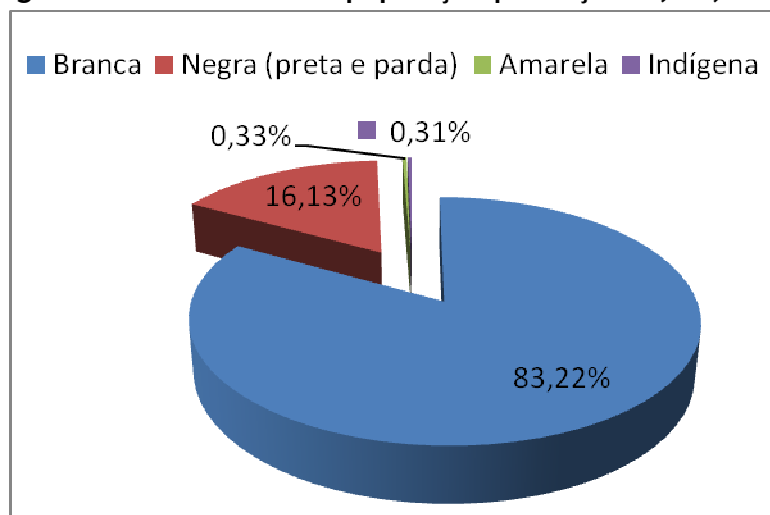
Figura 71 - Expectativa Média de Vida ao Nascer por Região de Saúde, RS, 2009 a 2011.

Região de Saúde	Masculino	Feminino	Ambos os Sexos
1ª	72,8	79,5	76,2
2ª	72,7	79,7	76,1
3ª	71,3	78,1	74,7
4ª	72,3	80,7	76,3
5ª	71,5	80,8	75,9
6ª	71,9	78,4	75,1
7ª	70,7	78,5	74,7
8ª	69,6	77,8	73,7
9ª	71,6	79,2	75,2
10ª	70,1	79,4	74,9
11ª	72,4	79,1	75,7
12ª	71,8	78,5	75,2
13ª	74,7	81,3	78,0
14ª	73,7	80,7	77,2
15ª	73,1	80,6	76,7
16ª	74,3	82,7	78,4
17ª	72,0	80,4	76,2
18ª	74,2	82,3	78,1
19ª	72,1	79,5	75,6
20ª	73,5	81,3	77,4
21ª	70,5	78,6	74,5
22ª	70,5	77,5	74,0
23ª	72,7	80,3	76,5
24ª	71,0	78,2	74,4
25ª	75,9	83,4	79,6
26ª	73,4	83,0	78,0
27ª	70,0	77,6	73,7
28ª	71,6	79,9	75,7
29ª	74,6	83,1	78,8
30ª	72,6	80,3	76,3

Fonte: NIS/DAT/CEVS/SES-RS

O censo demográfico de 2010 revelou que 83,22% dos gaúchos se definem como brancos, 16,13% como negros (pardos e pretos), 0,33% como amarelos e 0,31% como indígenas (Figura 72).

Figura 72 - Percentual da população por raça/cor, RS, 2010



Fonte: IBGE

Figura 73 - Distribuição da População por Raça/Cor nas Regiões de Saúde, RS, 2010

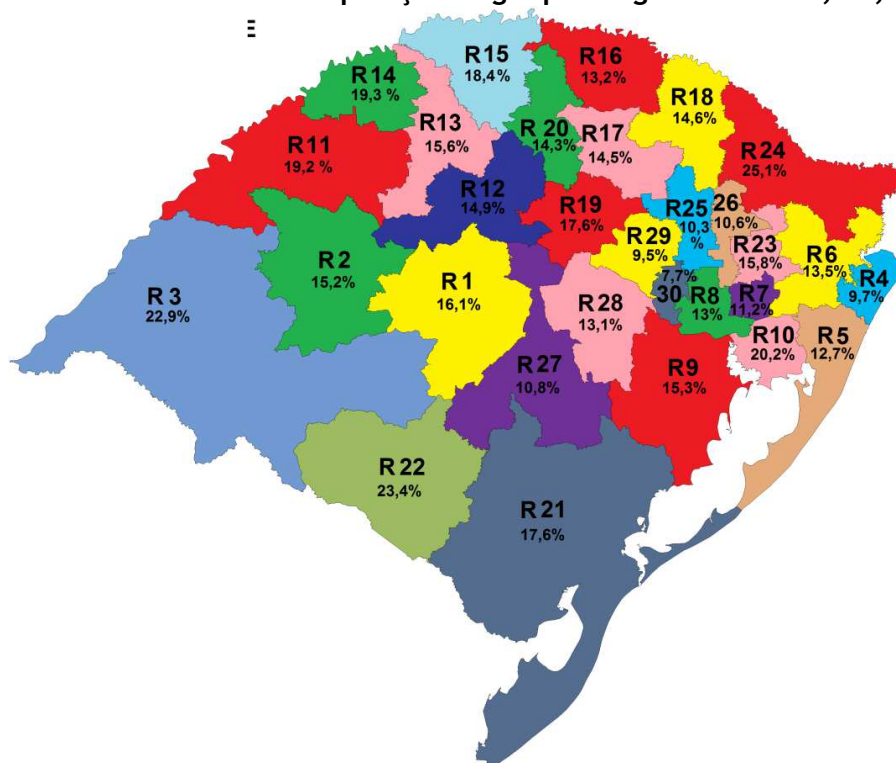
Nº da Região	População	Branca	Amarela	Indígena	Negra (preta + parda)	% População Negra	% População Branca	% População Indígena	% População Amarela
R24	94963	69959	1114	82	23808	25,1	73,67	0,09	1,17
R22	182579	139343	432	128	42676	23,4	76,32	0,07	0,24
R03	465038	356374	1430	597	106634	22,9	76,63	0,13	0,31
R10	2225237	1764249	6148	5237	449582	20,2	79,28	0,24	0,28
R14	237529	182137	983	8494	45915	19,3	76,68	3,58	0,41
R11	286248	229448	1561	332	54907	19,2	80,16	0,12	0,55
R15	272370	212682	1094	8608	49986	18,4	78,09	3,16	0,4
R19	115609	94473	696	68	20372	17,6	81,72	0,06	0,6
R21	845135	691935	2959	1317	148890	17,6	81,87	0,16	0,35
R27	200264	165233	1115	243	33673	16,8	82,51	0,12	0,56
R01	416981	348281	1212	410	67071	16,1	83,52	0,1	0,29
R23	532917	445845	2295	571	84202	15,8	83,66	0,11	0,43
R13	222771	186000	846	1200	34725	15,6	83,49	0,54	0,38
R09	384175	323531	1266	698	58680	15,3	84,21	0,18	0,33
R02	124266	104956	352	91	18859	15,2	84,46	0,07	0,28
R12	152070	128232	702	503	22633	14,9	84,32	0,33	0,46
R18	128088	107172	572	1654	18689	14,6	83,67	1,29	0,45
R17	296031	251260	1039	670	43059	14,5	84,88	0,23	0,35
R20	162599	136025	523	2878	23173	14,3	83,66	1,77	0,32
R06	212547	182461	1114	218	28754	13,5	85,85	0,1	0,52

R16	230814	195349	765	4276	30424	13,2	84,63	1,85	0,33
R28	327158	282055	1197	146	42971	13,1	86,21	0,04	0,37
R08	717914	621990	1558	782	93581	13	86,64	0,11	0,22
R05	203016	176346	369	520	25781	12,7	86,86	0,26	0,18
R07	755770	668421	2286	697	84366	11,2	88,44	0,09	0,3
R26	169633	151418	879	193	17932	10,6	89,26	0,11	0,52
R25	279288	249831	553	205	28696	10,3	89,45	0,07	0,2
R04	138103	124034	318	289	13462	9,7	89,81	0,21	0,23
R29	207963	187721	334	104	19804	9,5	90,27	0,05	0,16
R30	117449	107989	156	203	9101	7,7	91,95	0,17	0,13

Fonte: DAS/SES/RS (População IBGE, 2010)

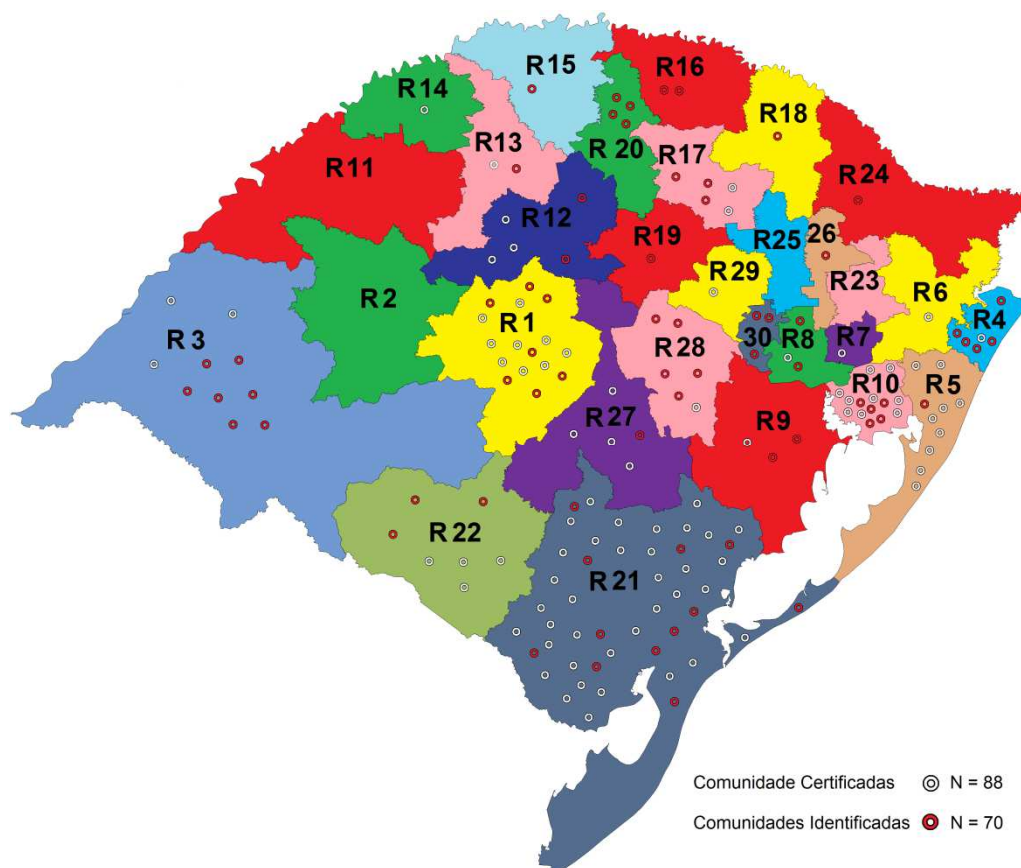
Os dados do censo possibilitam identificar a distribuição da população negra no território gaúcho (Figura 74) e também a das comunidades quilombolas (Figura 75). É possível verificar, mediante os dados abaixo, as iniquidades que atingem essa população em específico, tais como as disparidades de rendimentos mensais entre mulheres brancas e negras, bem como entre homens brancos e negros (Figura 76 e Figura 77).

Figura 74 - Percentual de População Negra por Região de Saúde, RS, 2010.



Fonte: ASSTEPLAN/DAS/SES/RS

Figura 75 - Distribuição das Comunidades Quilombolas por Região de Saúde, RS, 2010.



Fonte: DAS/SES/RS

Figura 76 - Rendimentos mensais de mulheres brancas em relação às mulheres negras, RS, 2010.

RENDIMENTO MENSAL	MULHERES		
	Negras%	Branças %	Razão
Até 1/4 de salário mínimo	3,80	1,70	0,5
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	4,44	2,48	0,6
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	25,02	21,39	0,9
Mais de 1 a 2 salários mínimos	20,18	23,60	1,2
Mais de 2 a 3 salários mínimos	3,63	6,71	1,9
Mais de 3 a 5 salários mínimos	2,16	5,53	2,6
Mais de 5 a 10 salários mínimos	1,00	3,60	3,6
Mais de 10 a 15 salários mínimos	0,12	0,59	4,8
Mais de 15 a 20 salários mínimos	0,06	0,39	6,7
Mais de 20 a 30 salários mínimos	0,02	0,17	6,8
Mais de 30 salários mínimos	0,01	0,08	8,0
Sem rendimento	39,56	33,77	0,9

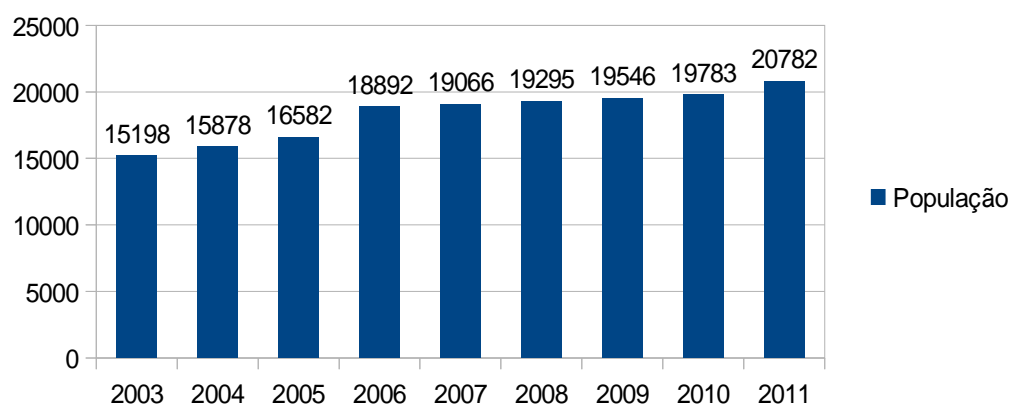
Fone: IBGE

Figura 77 - Rendimentos mensais de homens brancos em relação aos homens negros, RS, 2010.

RENDIMENTO MENSAL	HOMENS		
	Negros%	Branco %	Razão
Até 1/4 de salário mínimo	1,60	0,69	0,4
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	2,66	1,41	0,5
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	22,47	14,28	0,6
Mais de 1 a 2 salários mínimos	29,27	23,19	0,8
Mais de 2 a 3 salários mínimos	8,43	9,87	1,2
Mais de 3 a 5 salários mínimos	4,80	7,63	1,6
Mais de 5 a 10 salários mínimos	2,33	5,36	2,3
Mais de 10 a 15 salários mínimos	0,32	1,02	3,2
Mais de 15 a 20 salários mínimos	0,18	0,86	4,7
Mais de 20 a 30 salários mínimos	0,08	0,43	5,3
Mais de 30 salários mínimos	0,04	0,27	6,1
Sem rendimento	27,82	17,92	0,6

Fone: IBGE

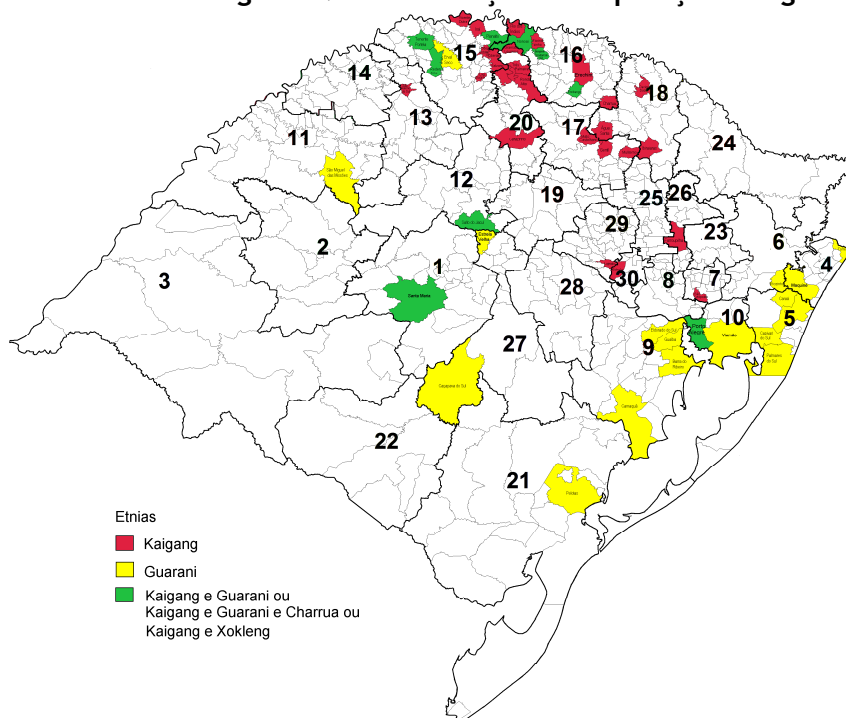
Com relação à população indígena, o Brasil apresenta um significativo aumento desse contingente, embora a informação corresponda somente a 0,4% do total da população indígena. A divulgação dos resultados do censo demográfico 2010, no que se refere ao indígena, é proveniente do quesito cor ou raça. O Estado tem 20.782 indígenas (Figura 78) vivendo em terras demarcadas e em acampamentos indígenas. A região norte é o território que concentra a maior população indígena, apresentando alto índice de vulnerabilidade social em relação a essas comunidades. A etnia prevalente é a Kaingang, representando 90,6%, enquanto os Guaranis são 9,2 % e os Charruas 0,2%. A população está distribuída em 105 terras demarcadas e/ou acampamentos indígenas localizados em 47 municípios (Figura 79).

Figura 78 - Crescimento da População Indígena, RS, 2003 a 2011.

Fonte: DAS/SES/RS

As Regiões de Saúde concentradas ao norte e noroeste do Estado contemplam mais de 70% da população indígena residente no território gaúcho (16.564 pessoas). Além disso, a população indígena encontra-se na região metropolitana de Porto Alegre, litoral gaúcho e na costa oeste da laguna dos patos, espaços que são habitados na sua maior parte pela população Guarani.

Figura 79 - Distribuição da População Indígena, RS, 2010.



Fonte: DAS/SES/RS

Estima-se que cerca de 30.000 pessoas no Estado do Rio Grande do Sul (RS) vivem em situação de privação de liberdade. Nos últimos anos, houve um significativo crescimento da população prisional nacional e no Estado. Como é possível observar na Figura 80, de acordo com o Ministério da Justiça (2012) houve no Brasil um incremento de 63% na população carcerária, entre presos condenados e provisórios, elevando-se de 336.358, em 2004, para 549.577 em 2012. No Estado do RS, a população encarcerada cresceu em 44%, entre presos condenados e provisórios, elevando-se de 20.800, em 2004, para 30.068 em 2012. Somente no período entre 2007 e 2010 foi registrado um aumento de 20,17% da população prisional no RS.

Figura 80 - População custodiada, no Brasil e no RS, entre 2004 e 2012.

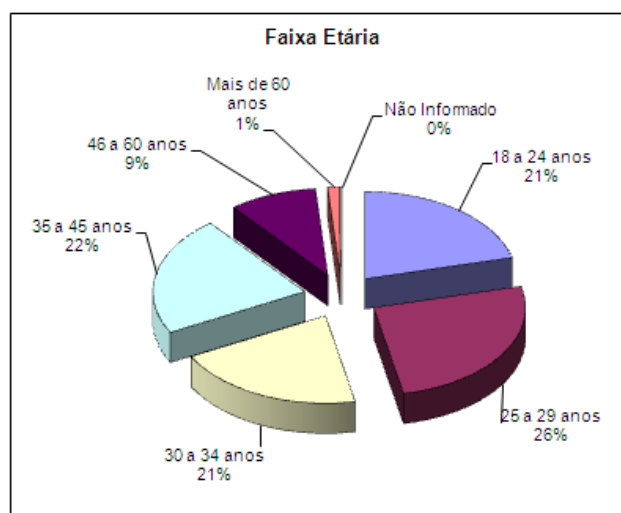
	TOTAL BRASIL	TOTAL RS
2004	336.358	20.800
2005	361.402	22.639
2006	401.236	23.684
2007	422.590	25.416
2008	440.013	27.237
2009	473.626	28.645
2010	496.251	30.543
2011	514.582	29.113
2012	549.577	30.068*

Fonte: Adaptado de MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Departamento Penitenciário Nacional. Relatórios de Dados Consolidados 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012. Brasília: MJ Disponíveis em: <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>. Acesso em 02 jan 2013. * Fonte: SUSEPE, julho de 2012.

Dados recentes disponibilizados pela Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) informam uma população de 27.567 homens (93,43%) e de 1940 mulheres (6,57%), totalizando 29.419

indivíduos. Em relação à faixa-etária, a Figura 81 evidencia a realidade de uma população majoritariamente jovem ocupando os presídios gaúchos: 47% têm até 29 anos e 68% têm até 34 anos. No Estado prevalece a reincidência na população privada de liberdade, com índice de 66% (SUSEPE-RS/julho, 2012).

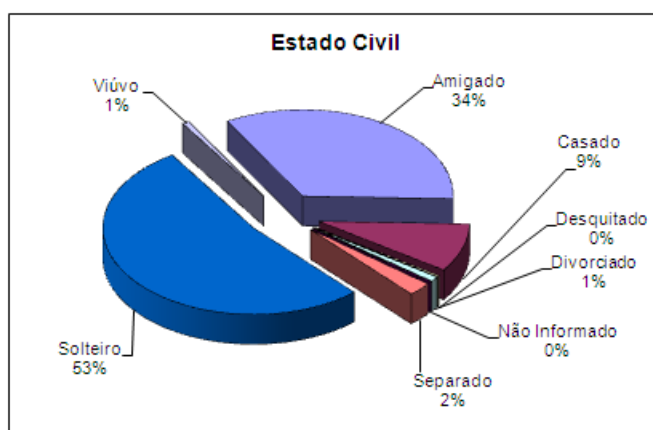
Figura 81 - Distribuição da faixa etária das pessoas privadas de liberdade, RS, 2012



Fonte: SUSEPE-RS/maio, 2012

Em relação ao estado civil, em torno de 60% da população prisional se autodeclara solteira conforme mostra a Figura 82.

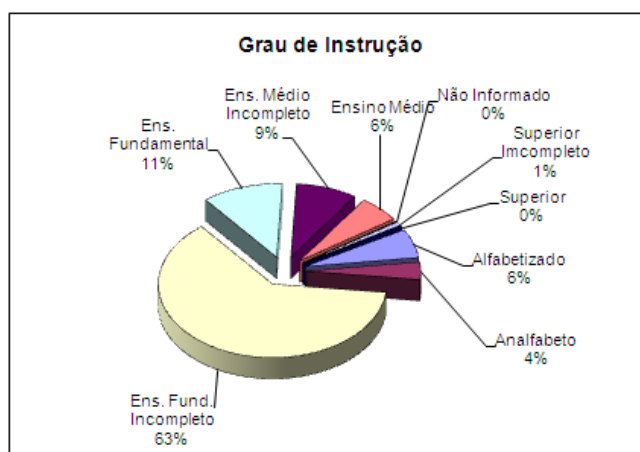
Figura 82 - Distribuição do estado civil das pessoas privadas de liberdade, RS, 2012



Fonte: SUSEPE-RS/julho, 2012

A população carcerária do Estado é caracterizada por ter baixa escolarização, 73% com Ensino Fundamental incompleto ou grau menor de escolarização, por ser uma população jovem, assim 47% têm até 29 anos e 68% têm até 34 anos (Figura 83).

Figura 83 - Grau de Escolaridade das pessoas privadas de liberdade, RS, 2012.



Fonte: SUSEPE-RS/julho, 2012

O percentual de mulheres presas em relação a homens, no Brasil e no RS, mantém-se em torno de 7%, índice similar aos encontrados em estudos populacionais internacionais referentes ao tema do encarceramento feminino. Um fenômeno mundial observado nas últimas décadas é o do aumento de mulheres em situação de privação de liberdade. No Estado, entre 2004 e 2012, a população prisional feminina cresceu de 800 para 2.001 mulheres, representando um aumento de 150% (SUSEPE, maio 2012).

Tal incremento demanda maior cuidado em relação à atenção integral à saúde de mulheres nos estabelecimentos prisionais, bem como em relação à orientação e reorganização de programas que considerem o recorte das políticas de igualdade de gênero. É necessário perceber que a estrutura física das instituições prisionais se manteve, agravando a situação de confinamento, além da questão de as prisões não terem sido desenhadas para abrigar mulheres.

Em relação à etnia, 66,6% da população carcerária se autodeclara como branca, e aproximadamente 33,4% como negra (preta e parda). Apenas 0,4% são indígenas. Proporcionalmente, a população negra está mais representada no sistema prisional gaúcho quando comparada à população geral do Estado. Esses dados reforçam a importância da realização de ações e estudos que levem em conta o recorte étnico-racial no sistema prisional.

Perfil de Morbimortalidade

Os dados relativos à mortalidade, apresentados abaixo, correspondem ao ano de 2011, sendo que o Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) no Estado foi de 7,4/1.000 habitantes, condizendo a 79.831 óbitos. Os grandes grupos de causas de mortalidade variam proporcionalmente segundo a faixa etária examinada, conforme pode ser observado na Figura 84. Salienta-se que nos grupos etários das crianças, adolescentes e dos adultos (de 01 ano até 39 anos) o capítulo da CID, relacionado às causas externas de mortalidade, dizem respeito diretamente a 64% dos óbitos dos 10 aos 19 anos e dos 20 aos 29 anos.

Figura 84 - Mortalidade proporcional por capítulo da CID, por faixa etária, RS, 2011.

Faixa etária	1ª posição	2ª posição	3ª posição	4ª posição	5ª posição
< 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	X. Doenças do aparelho respiratório	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat
	60,0%	22,4%	4,3%	3,8%	2,8%
1 a 4	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	X. Doenças do aparelho respiratório	II. Neoplasias (tumores)	VI. Doenças do sistema nervoso
	22,8%	19,5%	13,1%	10,5%	10,1%
5 a 9	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	II. Neoplasias (tumores)	VI. Doenças do sistema nervoso	X. Doenças do aparelho respiratório	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas
	31,4%	18,6%	14,5%	10,5%	7,0%
10 a 19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	II. Neoplasias (tumores)	VI. Doenças do sistema nervoso	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	X. Doenças do aparelho respiratório
	64,3%	9,6%	5,0%	3,6%	3,1%
20 a 29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	II. Neoplasias (tumores)	IX. Doenças do aparelho circulatório	X. Doenças do aparelho respiratório
	64,4%	9,7%	6,8%	4,0%	3,0%
30 a 39	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	II. Neoplasias (tumores)	IX. Doenças do aparelho circulatório	X. Doenças do aparelho respiratório
	38,8%	17,2%	12,9%	8,4%	4,5%
40 a 49	II. Neoplasias (tumores)	IX. Doenças do aparelho circulatório	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	XI. Doenças do aparelho digestivo
	22,9%	18,7%	18,4%	10,8%	7,4%
50 a 59	II. Neoplasias (tumores)	IX. Doenças do aparelho circulatório	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	X. Doenças do aparelho respiratório	XI. Doenças do aparelho digestivo
	30,1%	25,0%	8,5%	8,3%	7,0%
60 e mais	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias (tumores)	X. Doenças do aparelho respiratório	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	XI. Doenças do aparelho digestivo
	35,5%	21,1%	15,3%	6,4%	4,6%

Fonte: NIS/CEVS/SES/RS

Doenças Transmissíveis

No país, o principal agente responsável pelas meningites bacterianas é a *Neisseria meningitidis*, que causa a **Doença Meningocócica (DM)**, representando 55% dos casos. A suscetibilidade é universal, no entanto a faixa etária mais acometida são os menores de 05 anos de idade. É uma doença com grande impacto social pelo seu potencial de severidade, com rápida evolução e alta taxa de letalidade. No Rio Grande do Sul tem-se observado declínio dessa incidência, passando de 1,0/100.000 habitantes, em 2007, para 0,75/100.000 habitantes em 2011. Na faixa etária de menores de 05 anos, a incidência foi de 4,9/100.000 habitantes. Não houve diferença de frequência em relação ao sexo. Quanto à distribuição geográfica, a região central do Estado apresenta as maiores incidências da doença, salientando-se as regiões Vale do Caí Metropolitana (R8), Carbonífera/Costa Doce (R9) e Vales e Montanhas (R29). É importante ressaltar que no país, desde 2005, o principal agente responsável pela doença é o sorogrupo C. No Estado mantém-se o predomínio do sorogrupo B para o qual não há vacina disponível.

A vigilância do vírus **Influenza** ocorre de três formas: pela detecção de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG); por meio das unidades sentinelas; e pela notificação e investigação de surtos. O Estado foi bastante afetado pela primeira epidemia do século XXI, e devido à emergência de um novo vírus de Influenza A(H1N1)pdm09, que atingiu mais de 190 países, isso representou uma carga adicional aos serviços de saúde, já sobrecarregados pelas patologias do inverno gaúcho.

Em 2009, foram notificados 6.198 casos de infecção respiratória, exigindo hospitalização; desses 2.870 foram confirmados para o novo vírus. A taxa de incidência de Influenza A(H1N1)pdm09 foi de 26,3/100.000 habitantes. Registraram-se 297 óbitos, com uma mediana de idade de 38 anos e com taxa de mortalidade mais elevada em adultos, de 20 a 59 anos, e em crianças menores de 10 anos de idade. Foram mais atingidas pessoas portadoras de comorbidades (como cardiopatias e pneumopatias crônicas) e gestantes.

Em 2010 o sistema de vigilância não identificou o vírus Influenza A(H1N1)pdm09, mas a partir da notificação das SRAG identificou 131 casos com outros agentes etiológicos (VSR, Influenza B, Influenza A(H3N2), Parainfluenza e Adenovírus). Nesse ano foi realizada uma campanha de vacinação, ocasião em que se vacinou aproximadamente 45% da população gaúcha. A identificação em baixa proporção de vírus Influenza nesse ano pode ser atribuída à vacinação iniciada em março, associada a um esgotamento de suscetíveis, visto que um grande número da população infectou-se no ano anterior. Em 2011 foram registrados 180 casos de Influenza A(H3N2) e 104 casos do vírus Influenza A(H1N1)pdm09. Os casos de Influenza durante esse ano concentraram-se predominantemente no sul do Estado, área menos atingida nos anos anteriores. A faixa etária de maior incidência foi a dos menores de um ano de idade, não ocorrendo diferença na distribuição por sexo.

A **coqueluche**, com a introdução da vacina DPT, sofreu um grande declínio na sua incidência a partir da década de 70. Registra-se, entretanto, na última década, um recrudescimento da doença, embora com magnitude inferior em relação ao passado. Várias hipóteses estão sendo levantadas para explicar esse comportamento da doença, dentre elas, cita-se: a questão da queda da imunidade vacinal ao longo dos anos, a baixa cobertura vacinal em relação aos reforços vacinais preconizados, além da introdução de novas técnicas de diagnóstico laboratorial. No ano de 2012 houve um aumento do coeficiente de incidência da doença no Estado, sendo Capital e Vale do Gravataí (R10), além de Carbonífera/Costa Doce (R9) e Araucárias (R18) as regiões de saúde onde esse aumento foi mais significativo.

A região Capital e Vale do Gravataí (R10) apresentou o maior coeficiente do Estado, chegando a 14,55/100mil habitantes até a Semana Epidemiológica 48 realizada em 2012. Contudo, outras regiões

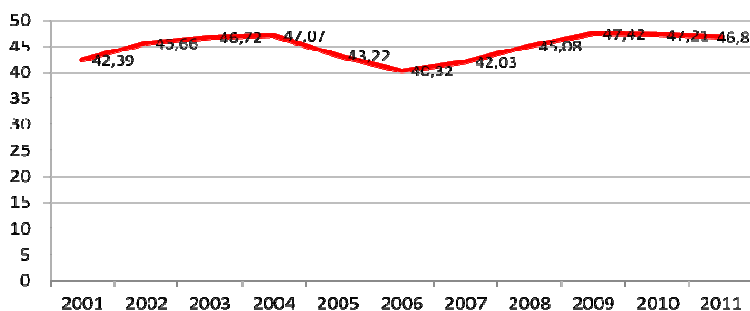
como Verdes Campos (R1), Bons Ventos (R5), Vale dos Sinos (R7), Vale do Caí e Metropolitana (R8) e a Planalto (R17) também demonstraram um aumento importante no risco de adoecimento por coqueluche em 2012. Em relação ao sexo, observa-se um pequeno predomínio da doença no sexo feminino. A faixa etária mais atingida é a de 0 a 09 anos, com mais de 90% dos casos. Os menores de 01 ano representam os casos de maior gravidade e de óbitos.

Em 2006 houve um aumento significativo do número de casos confirmados de **rubéola**, caracterizando surtos em diversos Estados. O Rio Grande do Sul enfrentou, em 2007, um grande surto, com 2.746 casos confirmados da doença. A partir da realização de campanhas com a vacina tríplice viral (VTV), bem como de um conjunto de ações dirigidas a diversos grupos etários, houve redução na incidência da doença. Em 2008, o Rio Grande do Sul teve 210 casos confirmados e uma cobertura vacinal de 93,09%. Desde então não foram mais confirmados casos de rubéola no Estado.

Desde 2001 não existe circulação autóctone do vírus do **sarampo** no Brasil. Casos confirmados de sarampo, relacionados à importação viral, foram detectados desde então no Brasil. No ano de 2010 foram detectados 08 casos de sarampo no território gaúcho com identificação viral B3 (vírus circulante na África do Sul). Em 2011, no Rio Grande do Sul, foram confirmados 07 casos de sarampo, importados ou decorrentes de contato com casos importados.

A incidência da **tuberculose** no Rio Grande do Sul foi de 46,8 casos/100.000 habitantes em 2011 (Figura 85), concentrando-se em 15 Municípios Prioritários: Alvorada, Porto Alegre, Canoas, Sapucaia do Sul, Viamão, Cachoeirinha, Rio Grande, Guaíba, Santa Maria, Gravataí, São Leopoldo, Pelotas, Novo Hamburgo, Santa Cruz do Sul e Uruguaiana (Figura 87). A região metropolitana e a capital concentram 70% dos casos. Porto Alegre tem a maior taxa de incidência entre as capitais brasileiras nos últimos três anos: em 2009, 121,3 casos/100.000 habitantes; em 2010 108,2 casos/100.000 habitantes; e em 2011, 110,3 casos/100.000 habitantes. Tuberculose é a doença que mais mata os doentes de AIDS no Estado, sendo que os dados, por Região de Saúde, são mostrados na Figura 88.

Figura 85 - Coeficiente de incidência de tuberculose, RS, 2001 a 2011

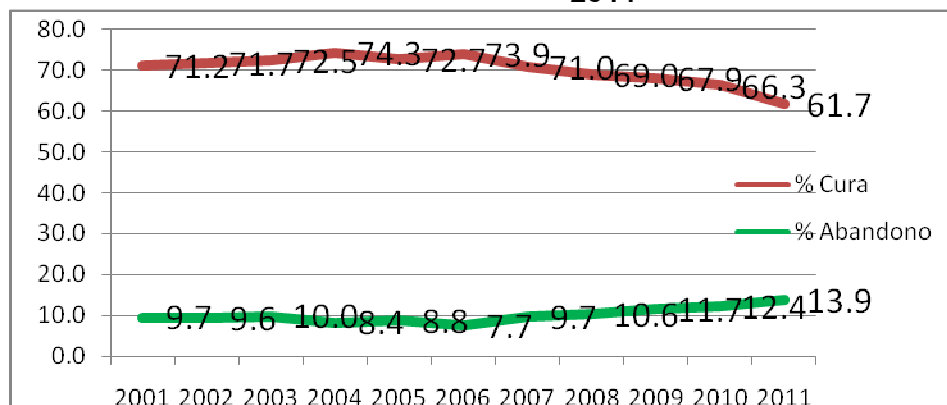


Fonte: DVE/CEVS/SES/RS

As possíveis causas dessa situação envolvem a baixa cobertura de Tratamento Diretamente Observado - TDO, uma ação que também deve ser expandida na AB/ESF. Em 2011 foi registrado no SINAN somente 27% de TDO realizado, sendo a taxa de coinfeção TB/HIV de 20%, o dobro do país. No município de Porto Alegre esta taxa de coinfeção foi de 26,45% em 2011. O aumento do uso de álcool e de outras drogas ilícitas (principalmente o crack) levou a uma taxa maior de abandono de tratamento.

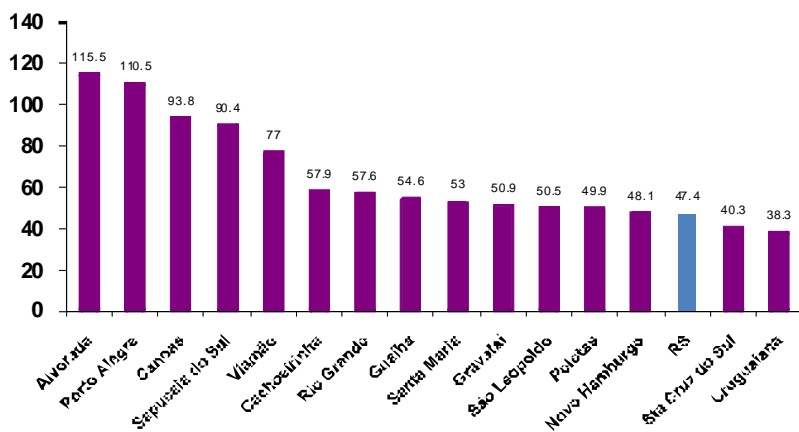
No RS, ao longo dos anos, não se tem atingido a meta de 85% de cura dos casos de tuberculose (Figura 86). Em 2011 a taxa de cura foi de 61,7%. O controle da doença só será alcançado mantendo-se 85% de cura dos casos bacilíferos e menos de 5% de abandono de tratamento, conforme a OMS.

Figura 86 - Percentual de cura e abandono dos casos novos bacilíferos de tuberculose, RS, 2001-2011



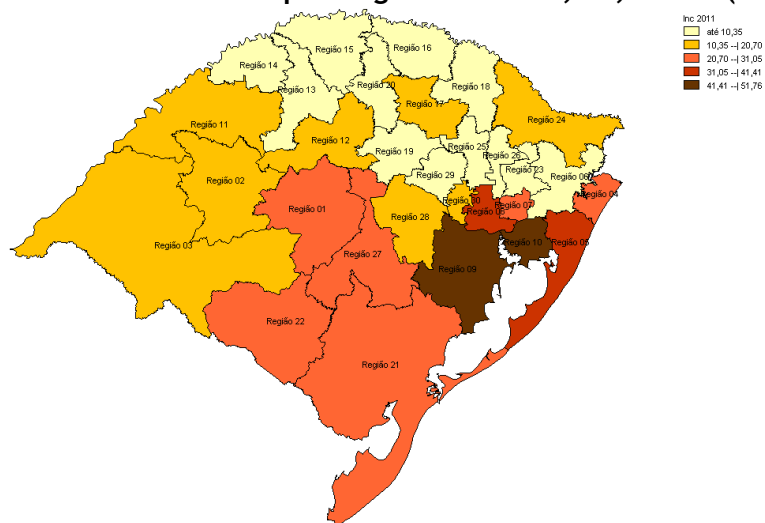
Fonte: DVE/CEVS/SES/RS

Figura 87 - Taxa de Incidência de tuberculose por Municípios Prioritários, RS, 2011



Fonte: DVE/CEVS/SES/RS

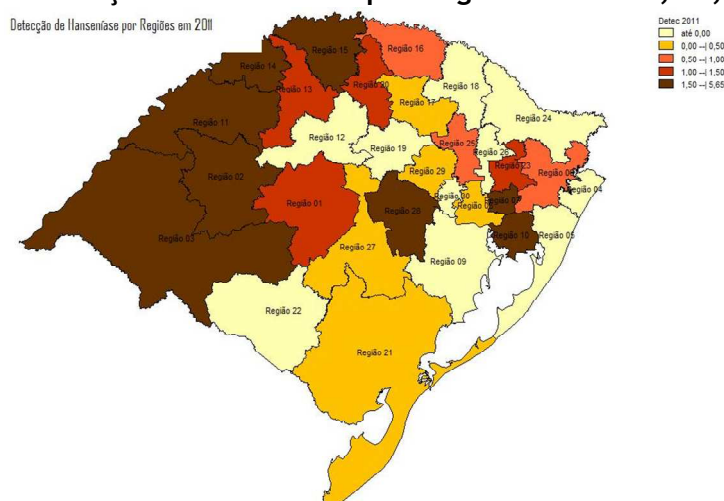
Figura 88 - Incidência de Tuberculose por Região de Saúde, RS, 2011* (dados parciais)



Fonte: DVE/CEVS/SES/RS

O Rio Grande do Sul tem o mais baixo nível endêmico de hanseníase do Brasil, com isso há dificuldades de se manter a mobilização na atenção e vigilância, o que acarreta diagnósticos tardios, perceptíveis pelo percentual de doentes multibacilares, ou seja, pelos pacientes que ficaram muito tempo em contato com o bacilo. Há dificuldades na realização de uma busca ativa mediante a avaliação de contatos intradomiciliares, passo primordial para a quebra de contágio, uma vez que a infecção se dá no núcleo de convívio familiar. O Estado tem tido um bom desempenho quanto ao indicador de cura, muitas vezes não identificado no sistema de informação pela dificuldade que se dá na sua alimentação. As principais dificuldades residem principalmente na falta de recursos humanos, em todas as esferas de gestão, e no fato de que sendo a hanseníase uma doença não aguda e de baixa endemia, essa culmina negligenciada. Assim o diagnóstico tardio, já com a presença de sequelas, é um grave problema. A distribuição da hanseníase no Estado concentra-se mais em regiões de fronteira e na capital. Na capital a questão pode ser explicada pela existência de serviço de referência: o Ambulatório de Dermatologia Sanitária. A detecção de Hanseníase não apresenta tendência alguma por gênero, sendo a faixa etária mais atingida entre 20 e 59 anos, com raros casos em crianças.

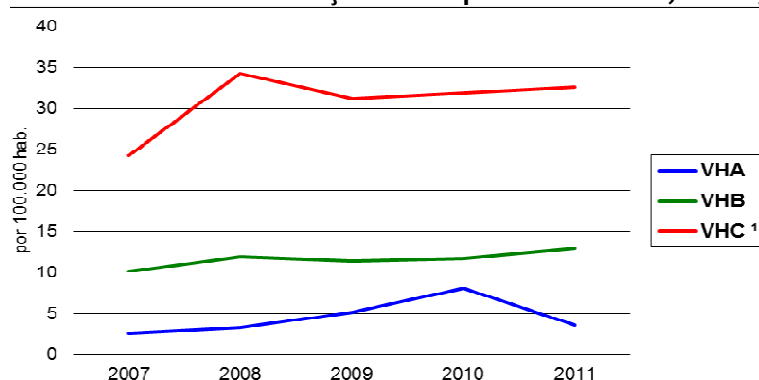
Figura 89 - Detecção da Hanseníase por Regiões de Saúde, RS, 2011.



Fonte: DVE/CEVS/SES/RS

As hepatites virais têm-se constituído em um problema de Saúde Pública, especialmente os tipos B e C, pela sua magnitude e tendência à cronificação. Na série histórica, de 2007 a 2011, foram detectados 25.431 casos, sendo 2.457 casos de Hepatite Viral A, 6.286 casos de Hepatite Viral B e 16.688 casos de Hepatite Viral C (Figura 90).

Figura 90 - Tendência dos coeficientes de detecção de Hepatites Virais A, B e C, RS, 2007 a 2011.



Fonte dos dados: SINAN/CEVS/SES 1 - Casos com Anti-HCV reagente

A tendência dos coeficientes (por 100.000 habitantes) da Hepatite A da série histórica apresentada (Figura 90) foi de crescimento até 2010 (8,05), com decréscimo em 2011 (3,54). No entanto, na análise de uma série histórica mais longa, verifica-se que a Hepatite A vem decrescendo significativamente graças ao avanço do saneamento básico. Os coeficientes da Hepatite B no período analisado apresentaram leve tendência de crescimento, o que foi mais importante em relação à Hepatite C. O Rio Grande do Sul ocupou em 2011 a terceira posição no país em relação ao coeficiente de Hepatite C e a oitava maior com relação ao coeficiente de casos de Hepatite B.

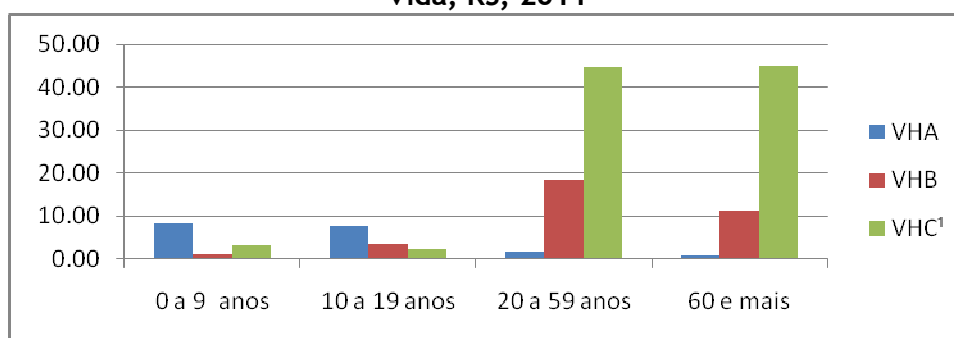
No mesmo ano, de acordo com o esperado para a Hepatite Viral A, a concentração de casos ocorre nos ciclos de vida da criança e do adolescente. Para as Hepatites Virais B e C a ocorrência é maior nos adultos e idosos (Figura 91 e Figura 92). Em 2011, a distribuição por gênero para as Hepatites Virais A, B e C apresenta um percentual 10% superior dos homens em relação às mulheres (Figura 93).

Figura 91 - Casos e Coeficientes¹ de Detecção de Hepatites Virais A, B e C, por ciclos de vida, RS, 2011

Ciclos de Vida	Hepatite Viral A		Hepatite Viral B		Hepatite Viral C ²	
	Casos	Coef	Casos	Coef	Casos	Coef
0 a 9 anos	116	8,48	16	1,17	46	3,36
10 a 19 anos	135	7,77	61	3,51	39	2,24
20 a 59 anos	118	1,93	1139	18,57	2740	44,74
60 e mais	11	0,75	169	11,24	655	44,94
Total	380	3,54	1385	12,90	3480	32,42

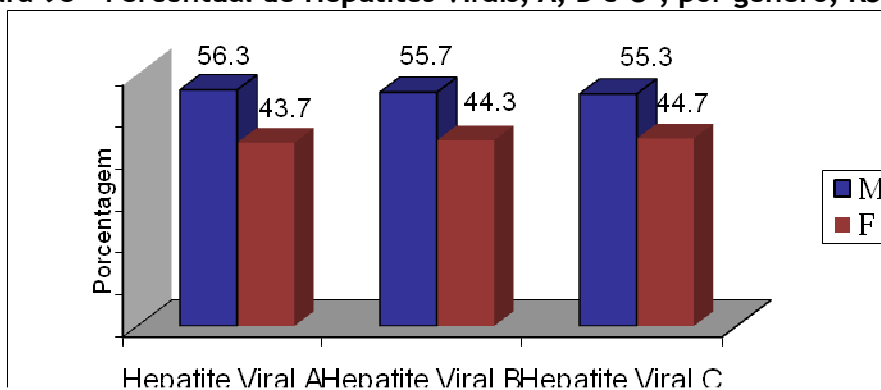
Fonte de dados: SINAN/CEVS/SES-RS. ¹Por 100.000 hab ²Casos com Anti-HCV reagente

Figura 92 - Coeficientes de Detecção de Hepatites Virais A, B e C, por faixas etárias dos ciclos de vida, RS, 2011



Fonte dos dados: SINAN/CEVS/SES Por 100.000 hab ¹Casos com Anti-HCV reagente

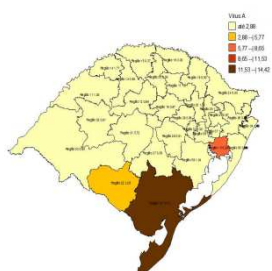
Figura 93 - Percentual de Hepatites Virais, A, B e C¹, por gênero, RS, 2011



Fonte dos dados: SINAN/CEVS/SES 1 - Casos com Anti-HCV reagente

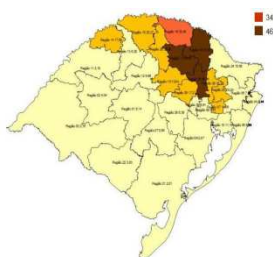
A distribuição espacial dos casos ocorre de forma diversa para os diferentes tipos de Hepatites Virais nas 30 regiões de saúde no período estudado (Figura 94, Figura 95, Figura 96).

Figura 94 - Coeficientes¹ de Detecção de Hepatite Viral A, Região de Saúde, 2011, RS



Fonte: SINAN/CEVS/SES
¹ Por 100.000 habitantes

Figura 95 - Coeficientes¹ de Detecção de Hepatite Viral B, Região de Saúde, 2011, RS



Fonte: SINAN/CEVS/SES
¹ Por 100.000 habitantes

Figura 96 - Coeficientes¹ de Detecção de Hepatite Viral C², Região de Saúde, 2011, RS



Fonte: SINAN/CEVS/SES
¹ Por 100.000 habitantes
² Casos com Anti-HCV reagentes

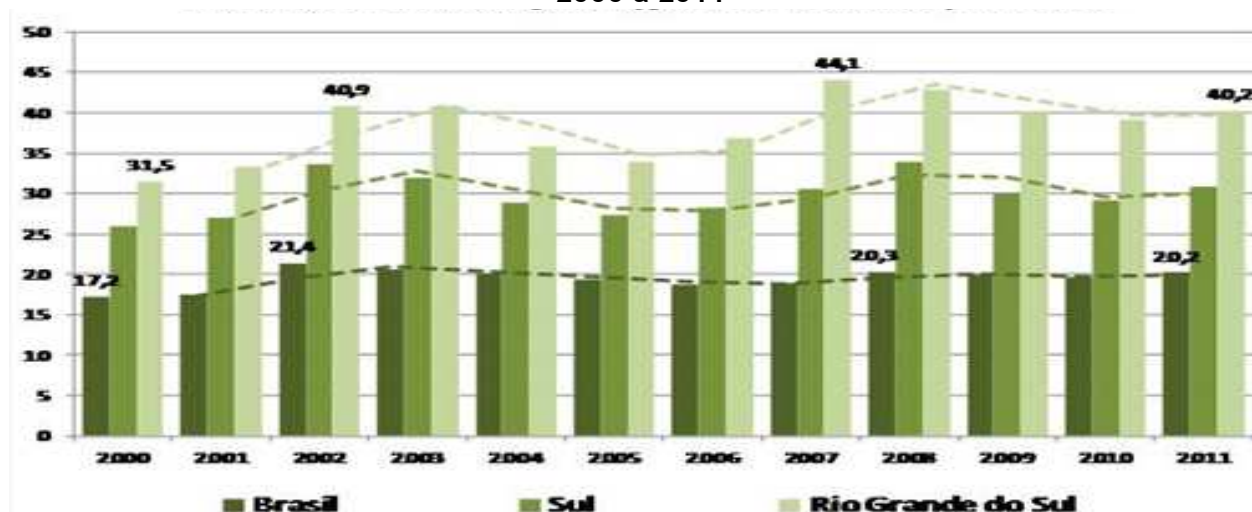
Analisando-se a distribuição de casos da Hepatite A por região de saúde, no ano de 2011, os maiores coeficientes encontram-se nas regiões Sul (R21), seguidos pela Capital e Vale do Gravataí (R10) e Pampa (R22). Nas duas primeiras regiões é possível atribuir os altos coeficientes à ocorrência de surtos. A Hepatite B ocorre mais nas regiões do norte do Estado, destacando-se as regiões Araucárias (R18), Vinhedos e Basalto (R25) e Planalto (R17). A Hepatite C está mais distribuída entre as demais regiões de saúde do Estado do que a Hepatite B. Os coeficientes são bastante elevados, principalmente na região Capital e Vale do Gravataí (R10) e na região Bons Ventos (R5).

O número total de casos de AIDS notificados no Brasil, no ano de 2011, segundo o Boletim Epidemiológico de DST/AIDS do Ministério da Saúde de 2012, foi de 38.776, proporcionando uma taxa de incidência nacional de 20,2 casos/100.000hab. Na Região Sul foram notificados 8.508 casos em 2011, sendo 4.315 de residentes do RS. Isso corresponde a uma taxa de incidência de 30,9 casos/100.000 hab. na Região Sul e de 40,2 casos/100.000 hab. no RS.

No Estado do RS, a incidência de 31,5 casos/100.000 hab. em 2000 aumentou paulatinamente, mantendo-se próxima da atual que foi registrada nos últimos anos: 41 casos/100.000 hab. em 2006; 39 casos/100.000 hab. em 2009; 38 casos/100.000 hab. em 2010 e 40,2 casos/100.000 hab. em 2011.

A Figura 97 demonstra a evolução da taxa dessa incidência ao longo dos anos, sendo possível observarem-se dados a partir de 2000 até 2011. No Brasil, a taxa de incidência sofreu uma pequena elevação desde 2000, mantendo-se aparentemente estável nos últimos anos.

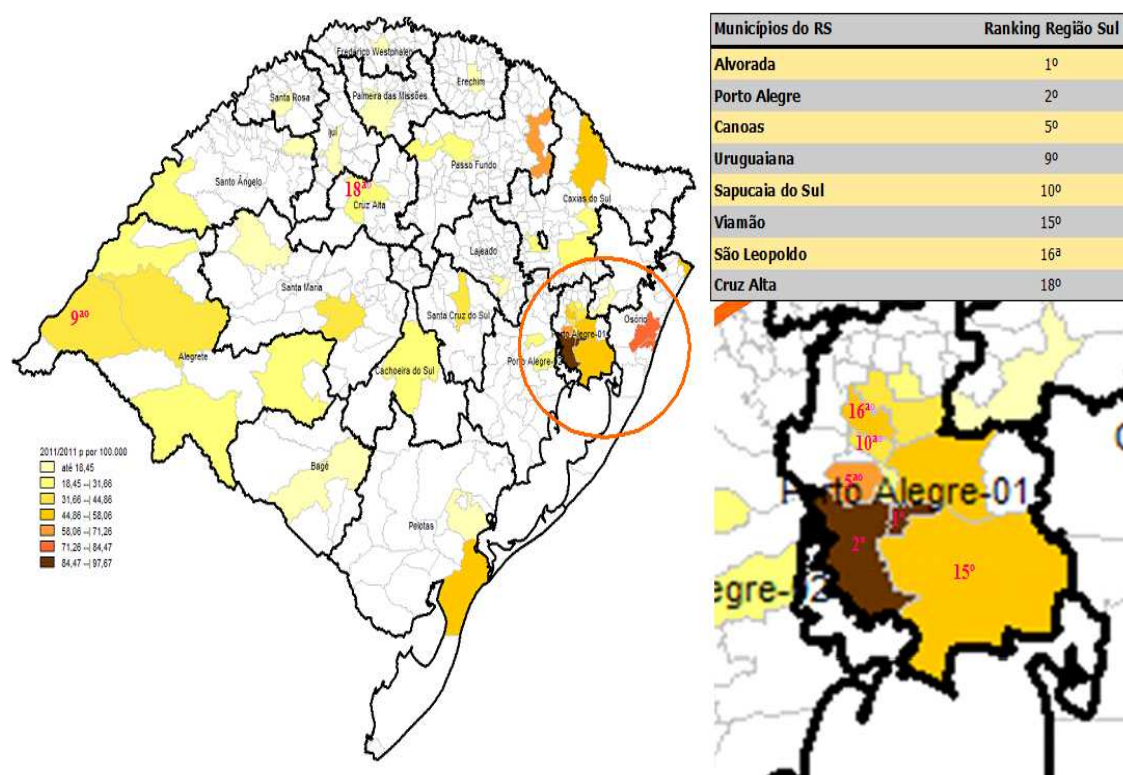
Figura 97 - Taxa de incidência de casos de AIDS por 100.000 habitantes, Brasil - Região Sul e RS, 2000 a 2011



Fonte:DAS/SES/RS

A região Sul apresenta a de maior incidência no país quando comparada às demais regiões. Dos estados do Sul, o RS contribui com o maior número de casos, respondendo por 50,3% dos casos da região Sul e por 11,28% de todos os casos do Brasil. Os dados sugerem uma tendência de elevação da incidência da doença no estado.

Figura 98- Ranking da taxa de incidência por 100.000 habitantes de casos de AIDS notificados no RS dentre os 20 municípios com mais de 50.000 habitantes na Região Sul, RS, 2011



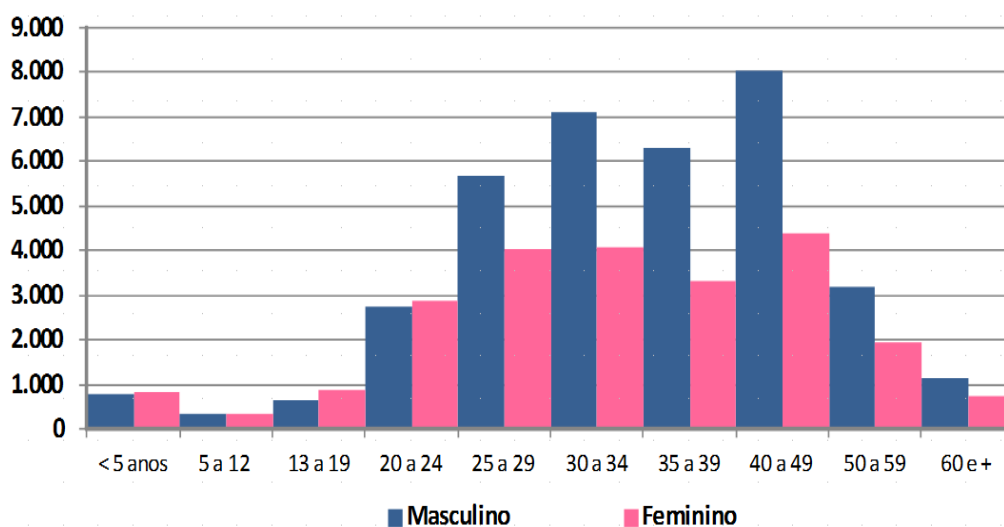
Fonte: DAS/SES/RS

A Figura 98 ilustra os municípios gaúchos com mais de 50.000 habitantes que se encontram entre os 100 municípios brasileiros com as maiores taxas de incidências de AIDS. Observa-se que no RS constam oito municípios, sendo seis na região metropolitana de Porto Alegre os que apresentam as maiores incidências da região Sul do País. Desses, 07 encontram-se acima de incidência média do Estado (40,2 casos/100.000hab.). Com relação à distribuição por gênero, acompanha-se no Brasil ao longo dos anos que a razão homens/mulheres infectados modificou-se substancialmente desde o início da epidemia. Nos últimos 11 anos essa razão mantém-se estável na população brasileira, permanecendo entre 1,4 e 1,8 homens doentes para cada mulher. No ano de 2011 essa proporção foi de 1,7.

Observa-se, historicamente, que ao distribuir os casos por faixa etária, a proporção desses casos é maior entre as pessoas do gênero feminino do que entre o masculino, em idades até os 24 anos, chegando até mesmo a haver mínima diferença entre os gêneros na faixa de 05 a 12 anos, proporção que sofre uma inversão a partir dessa faixa (Figura 99). Tal ocorrência é semelhante para o Brasil.

Observou-se, nos últimos anos, o visível aumento da prevalência nas faixas etárias mais altas, a partir de 40 anos, com uma aparente queda em faixas mais jovens. Isso decorre, possivelmente, do envelhecimento de pessoas vivendo com a doença em decorrência de uma maior sobrevida.

Figura 99- Distribuição de casos de AIDS por gênero e por faixa etária, RS, 1983 a 2012.

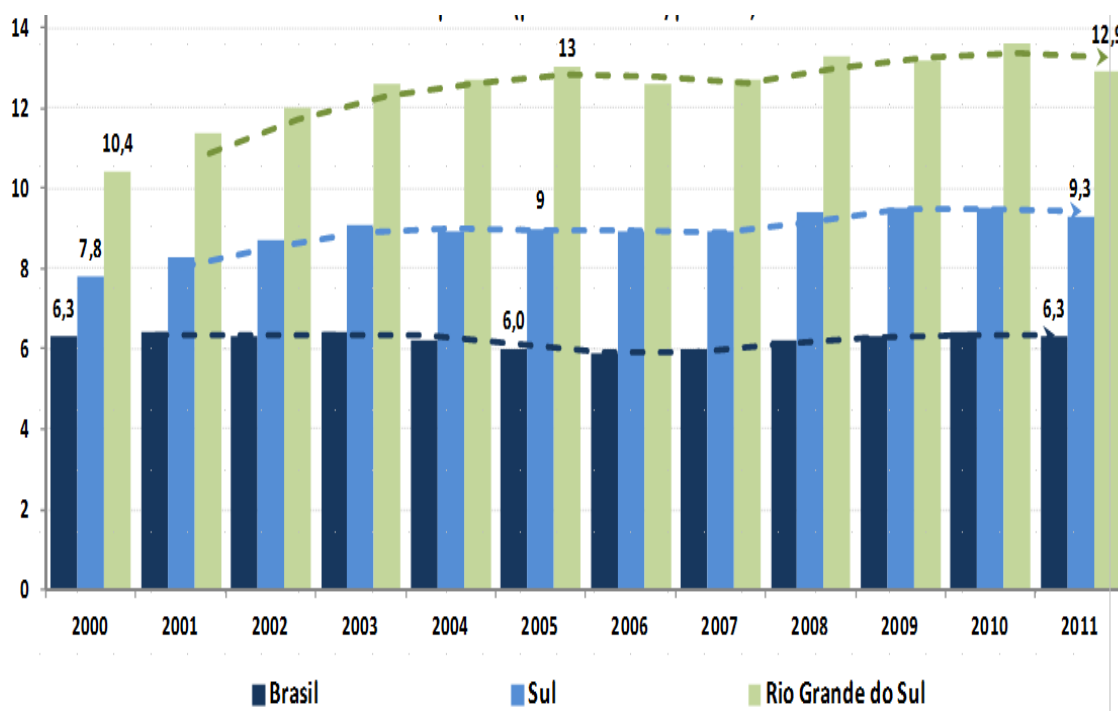


Fonte: DAS/SES/RS

Com relação às mortes por AIDS, o número total notificado no Brasil no ano de 2011 foi de 12.044, o que gera uma taxa de mortalidade nacional de 6,3 óbitos/100.000hab. Na Região Sul, esta taxa foi de 9,3, com 2.561 óbitos. A mortalidade no RS foi de 12,9 óbitos/100.000 habitantes, ocorrendo 1.383 mortes.

Assim, com essa incidência, o RS colabora com 11% das mortes por AIDS do Brasil. No RS a mortalidade tem se mantido entre 12 e 13 óbitos/100.000 habitantes desde o ano de 2002.

Figura 100 - Coeficiente de mortalidade por AIDS, Brasil - Região Sul e RS, 2000 a 2011.



Fonte: DAS/SES/RS

Com relação à dengue, a partir da identificação do vetor *Aedes aegypti*, em 1995, e de casos confirmados no território gaúcho, contraídos em outros estados brasileiros ou em outros países com circulação viral, foi implantada a Vigilância Entomológica e a estruturada a Vigilância Epidemiológica.

Desde o mês de abril de 2007, o Estado mudou a sua situação epidemiológica, devido à ocorrência de dengue autóctone, com sorotipo circulante DenV3 nos municípios de Giruá, Tuparendi, Três de Maio e Erechim. Nos anos de 2008 e 2009 foram registrados somente casos importados. No início de 2010, o Rio Grande do Sul enfrentou epidemia de dengue com maior concentração de casos no município de Ijuí. Também registraram circulação viral os municípios de Santo Ângelo, Santa Rosa, Cândido Godói, Três de Maio e Porto Alegre, sendo identificados os sorotipos DenV1 e DenV2.

Nesse período, observou-se um aumento nas internações hospitalares e no registro de casos de dengue com complicações e hemorrágica, sem ocorrência de óbitos. Em 2011, nos municípios de Santa Rosa, Três de Maio, São Luis Gonzaga, São Nicolau, Cerro Largo e Porto Alegre, registrou-se novamente a circulação viral autóctone, porém com magnitude menor em relação a 2010. Os sorotipos virais identificados foram o DenV1 em São Luiz Gonzaga, Santa Rosa e Porto Alegre, o DenV2 em Santa Rosa e o DenV4 em casos importados de outros estados. Ao final de 2011, 74 municípios gaúchos estavam infestados por *Aedes aegypti*.

No ano de 2012, registrou-se autoctonia em Santa Rosa, Campinas das Missões, Três de Maio, Tuparendi e Três Passos, com identificação dos sorotipos 1 e 4. O Rio Grande do Sul continua sob o risco de epidemias nos próximos anos, pois as mudanças climáticas são favoráveis ao desenvolvimento do vetor, observando-se que o controle do mosquito é complexo e que a doença e o vetor estão presentes em outros Estados e países vizinhos. Os municípios encontram dificuldades em manter equipes de campo em quantidade suficiente para executar as ações preconizadas. Além disso, deve-se considerar que a maioria da população do Estado ainda é suscetível à doença, havendo coeficientes de incidência relativamente baixos na série histórica (figura 101).

As áreas de maior risco no Estado concentram-se na Capital e Região Metropolitana, pela concentração populacional, pelo intenso trânsito de pessoas, de meios de transportes e de produtos provenientes das demais regiões do país. Também há o risco no Noroeste do Estado, na fronteira com a Argentina, em que os municípios mantêm contato direto com áreas infestadas daquele país e com outras regiões do Brasil onde há ocorrência constante de surtos e epidemias de dengue.

Figura 101 - Dengue: casos notificados, confirmados e coeficiente de incidência por 100.000 hab., RS, 2007 a 2012*.

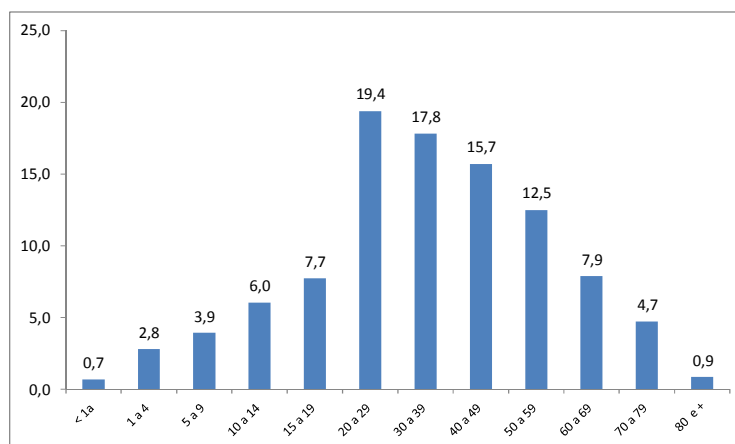
ANO	Notificados	Confirmados	Coeficiente de Incidência
2007	1408	378	3,41
2008	813	98	0,83
2009	263	38	0,35
2010	4943	3489	32,63
2011	1649	308	2,87
2012	587	121	1,12

Fonte: SES/RS

*dados preliminares

Em relação à idade, no período de 2007 a 2012 verifica-se que todas as faixas etárias registraram casos, sendo os adultos foram os mais afetados (Figura 102). A incidência de dengue em crianças geralmente é subestimada pela dificuldade de diagnóstico nesse grupo etário.

Figura 102 - Proporção de casos confirmados de dengue segundo faixa etária, RS, 2007 a 2012*.



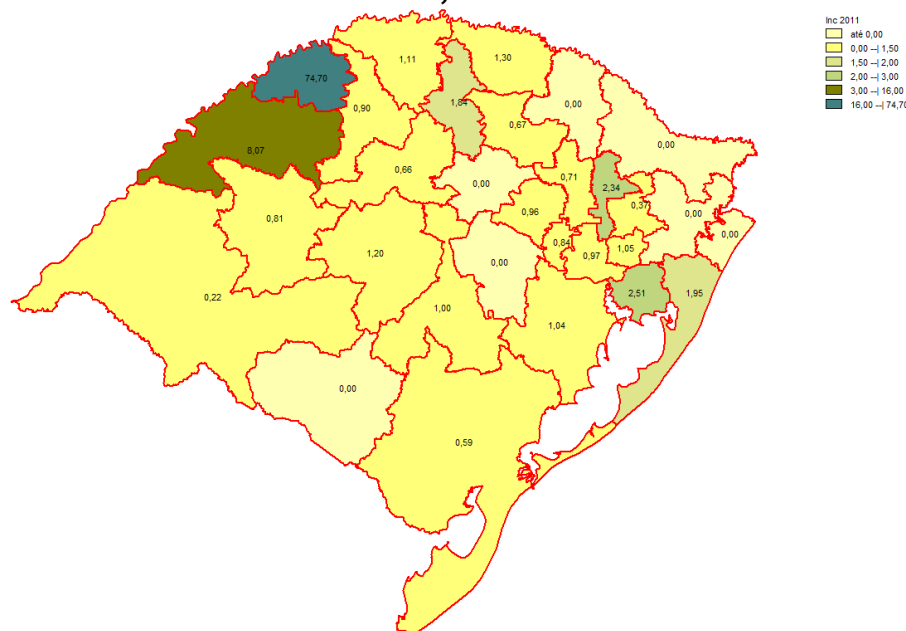
Fonte: SES/RS

*dados preliminares

Em relação à distribuição dos casos confirmados, de acordo com o sexo, verifica-se predomínio com o sexo feminino. Os dados de literatura descrevem o sexo feminino como o mais afetado em epidemias devido à maior permanência da mulher no ambiente doméstico, e assim a uma maior exposição ao vetor. Em anos com maior número de casos importados, os homens tendem a ser mais afetados.

A Figura 103 mostra que as regiões de saúde com maiores coeficientes de incidência de dengue no ano de 2011 são a Sete Povos das Missões (R11), Fronteira Noroeste (R14), Capital e Vale do Gravataí (R10) e Caxias e Hortências (R23).

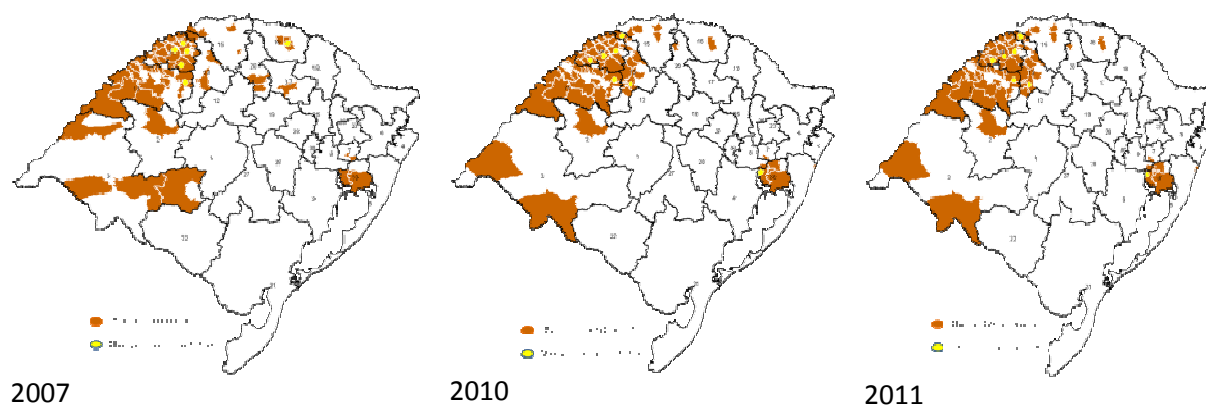
Figura 103 - Dengue: coeficiente de incidência por 100.000 habitantes segundo região de saúde, RS, 2011.



Fonte: SES/RS

É importante destacar, ao longo dos últimos anos, a crescente dispersão do *Aedes aegypti* atingindo um número cada vez maior de municípios, conforme pode ser observado na Figura104.

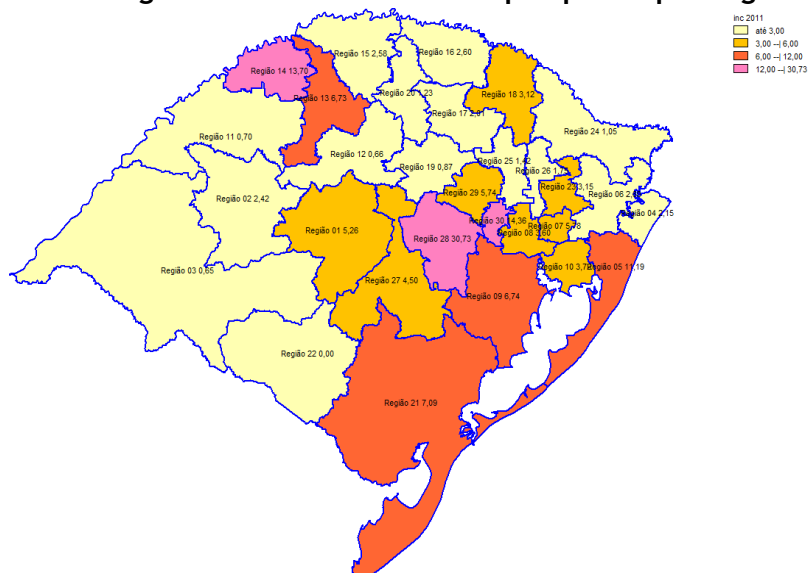
Figura 104- Regiões Infestadas por *Aedes aegypti* e regiões com casos Autóctones de dengue, RS, 2007, 2010 e 2011



Fonte: SIS-FAD/CEVS/SES-RS e SINAN/RS

A leptospirose apresenta comportamento endêmico ligado a territórios com condições de saneamento inadequadas e com alta infestação de roedores infectados, precipitações pluviométricas e ambientes e/ou situações relacionados às condições de trabalho agropecuário. Portanto, são atingidas tanto áreas urbanas quanto rurais, com incidência média de 4,39/100.000hab. Nos últimos cinco anos as regiões Vinte e Oito (R28), Vale da Luz (R30), Fronteira Noroeste (R14), Bons Ventos (R5), Sul (R21), Carbonífera/Costa Doce (R9), Vales e Montanhas (R29), Vale dos Sinos (R7), Diversidade (R13) e Verdes Campos (R1) apresentaram média superior à Estadual (Figura 105). A faixa etária mais atingida é a de 20 a 59 anos com 77,5% dos casos

Figura 105 - Incidência de leptospirose por região de saúde, RS, 2011



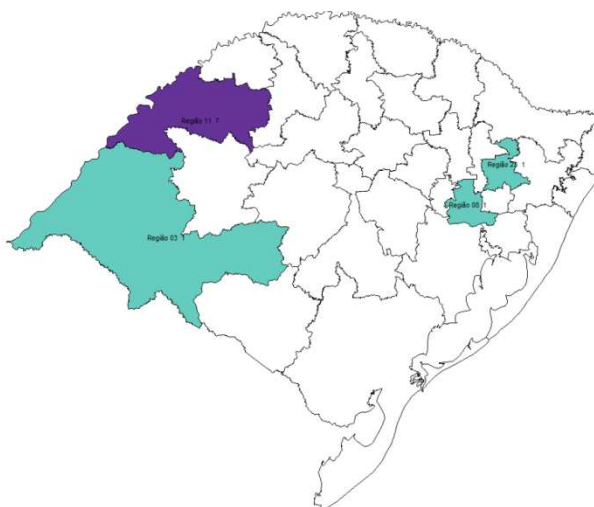
Fonte: DVA/CEVS/SES/RS

A Leishmaniose Visceral Humana (LVH) é um crescente e complexo problema de saúde pública e encontrando-se em franca expansão geográfica. Até o ano de 2008, as áreas de transmissão de Leishmaniose Visceral estavam em outras unidades federadas, não ocorrendo na região Sul. O Rio Grande do Sul passou a ser considerado como área de transmissão, a partir dos primeiros casos autóctones da doença a cães, em 2008, com a identificação do vetor, e em humanos em 2009 no município de São Borja. Em virtude de ser uma enfermidade nova no território gaúcho, com alta

letalidade em indivíduos não tratados, a impossibilidade de erradicação do vetor e a tendência de expansão para vários municípios, determina que se torna fundamental a vigilância e o aumento da capacidade de detecção de animais e de humanos doentes.

No período de 2009, até o final de 2011, foram confirmados dez casos de LVH, sendo oito autóctones e dois importados. Desses casos, 09 eram do sexo masculino e 01 do feminino, sendo que 07 dos casos confirmados ocorreram na população de adolescentes e adultos. Quanto à distribuição dos casos confirmados de LVH por Região de Saúde, observa-se uma concentração na Região Sete Povos das Missões (R11) (07 casos), ocorrendo em indivíduos residentes em São Borja. As regiões Caxias e Hortências (R23), Vale do Caí e Metropolitana (R8) e Fronteira Oeste (R3) apresentam um caso cada, respectivamente nos municípios de Nova Petrópolis, Esteio e Uruguaiana (Figura 106). Nas regiões Caxias e Hortências (R23) e Vale do Caí e Metropolitana (R8) os casos confirmados são importados:

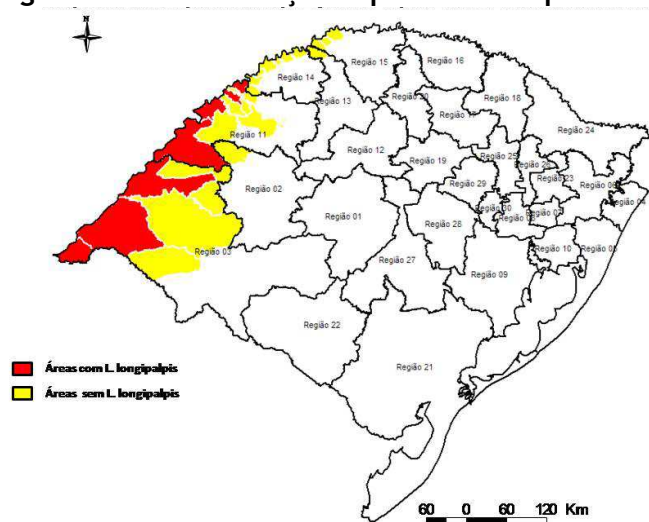
Figura 106 - Distribuição dos casos confirmados de Leishmaniose Visceral Humana, RS, 2008 a 2011.



Fonte: SINAN-NET

Em relação à vigilância do vetor, a partir do final de 2008, foram realizadas expedições de captura de flebotomíneos (inseto vetor da leishmaniose) em municípios de fronteira com a Argentina e em limítrofes aos positivos para a presença do vetor (Figura 107). Foi identificada a presença do vetor nas regiões Fronteira Oeste (R3) e Sete Povos das Missões (R11), em 2008/2009. Todas as capturas realizadas posteriormente foram negativas para a presença do vetor da LVH, ficando indicado que não houve expansão geográfica a partir desses locais. As ações de vigilância entomológica devem ser permanentes com o desenvolvimento de ações visando à prevenção da doença.

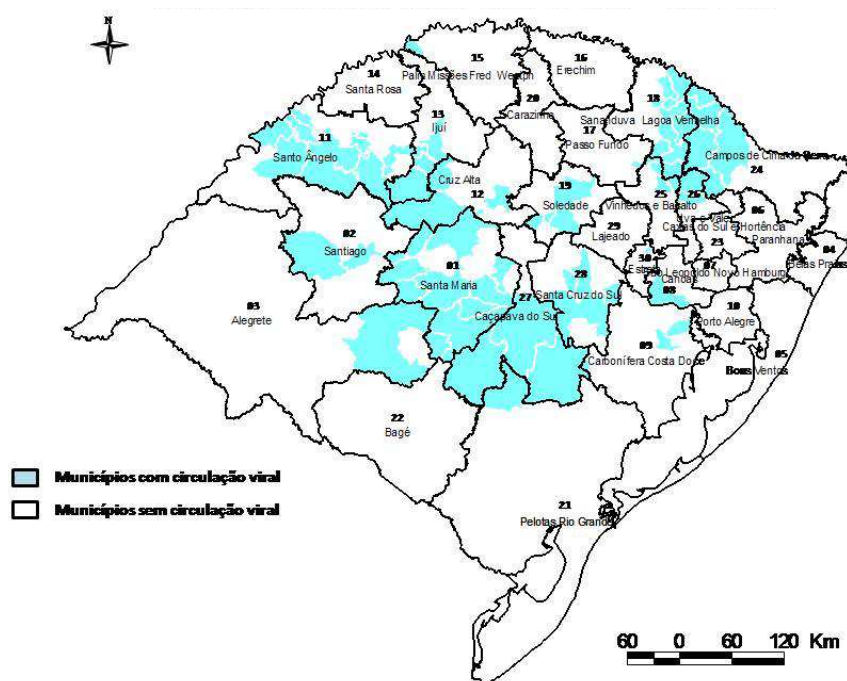
Figura 107 - Distribuição espacial das capturas e do vetor da LVH, RS, 2008 a 2012.



Fonte: DVA/CEVS/SES/RS

Em outubro de 2008, iniciou a circulação do vírus causador da febre amarela, que até a metade do ano de 2009 foi detectado em 67 municípios e em 18 regiões de saúde, conforme Figura 108. Esta detecção foi resultado da vigilância ambiental em primatas não humanos, subsidiando o programa de imunizações contra a doença. Nesse período ocorreram 21 casos humanos com 09 óbitos, o que sugere alta letalidade para os casos identificados.

Figura 108- Municípios com circulação do vírus amarelo, RS, 2008 a 2009.



Fonte: DVA/CEVS/SES/RS

O Complexo Equinocose - Hidatidose é uma doença de longa evolução, sendo difícil seu monitoramento por meio da notificação de casos. Há óbitos registrados com esse diagnóstico em indivíduos residentes nos municípios de Alegrete, Bagé, Dom Pedrito e Porto Alegre. A prevenção da hidatidose depende de ações intersetoriais, especialmente em áreas de Agricultura, Pecuária e de

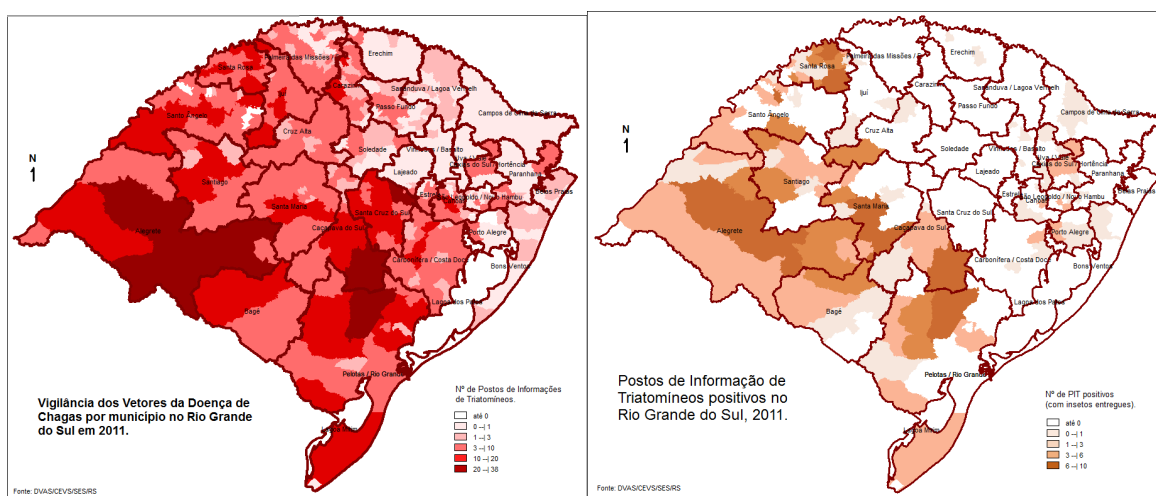
Agronegócio, responsáveis pelo registro e inspeção de produtos de origem animal, com identificação de uma média de condenações de 18% vísceras em bovinos e de 21% em ovinos. Vem sendo realizadas ações educativas junto às comunidades identificadas a partir da inspeção de abates são essenciais.

O Rio Grande do Sul recebeu da OPAS certificação referente à eliminação da transmissão vetorial da **Doença de Chagas** em 2006. Inquérito nacional realizado em 2008, alerta para o surgimento de transmissão congênita da doença em território gaúcho, fato este não observado em outros Estados da Federação, o que foi atribuído possivelmente à circulação de variantes do *Trypanosoma cruzi*. A necessidade de manutenção permanente da vigilância da doença de Chagas e dos vetores é assim fundamental, devendo ser integrada à Atenção Básica.

O perfil dos doentes é o de portadores crônicos imunodeprimidos, que passam a manifestar os sintomas associados a outras doenças, como HIV-AIDS. São notificados no SINAN apenas casos agudos, sendo o tratamento garantido por meio da política nacional de insumos estratégicos. Está implantada a vigilância do vetor em todo o território do Estado, com manutenção de funcionamento de uma rede de postos de informação sobre triatomíneos nos municípios (PITs). Esses recebem da comunidade insetos suspeitos enviados para diagnóstico nos laboratórios regionais do LACEN/FEPPS.

Também é executada pesquisa ativa em área de fronteira internacional. Em 2011, foram identificados 577 vetores, sendo mais frequente o *Panstrongylus megistus*, que invade domicílios e está disperso em todo o território estadual, embora com menor frequência na região Sul, onde se verifica a presença de *Triatoma rubrovaria*, vetor silvestre natural em afloramentos rochosos ou em ecótopos artificiais construídos de rochas (Figura 109).

Figura 109- Distribuição dos postos de informação de Triatomíneos e número de PITs positivos, RS, 2011.



Fonte: DVAS/CEVS/SES/RS

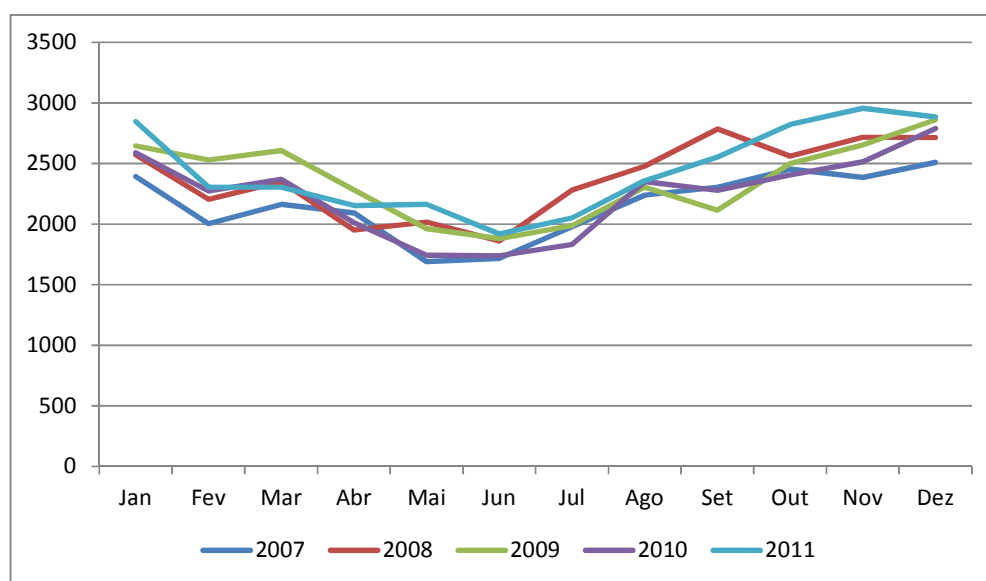
A profilaxia da **raiva humana** é o agravo mais notificado no SINAN desde a sua implantação, evidenciando a preocupação dos profissionais de saúde com uma doença que é fatal praticamente em 100% dos casos. São notificados quase 30.000 atendimentos antirrábicos por ano, observando-se uma sazonalidade típica nos meses mais quentes do ano em que se analisa essa distribuição por mês de notificação (Figura 110 e Figura 111).

Figura 110 - Número de atendimentos antirrábicos humanos, RS, 2007 a 2011.

Ano	N^o Atendimentos
2007	25926
2008	28487
2009	28326
2010	26893
2011	29313

Fonte: SINAN/SES-RS

Figura 111 - Distribuição dos atendimentos antirrábicos humanos por mês de notificação, RS, 2007 a 2011.



Fonte: SINAN/SES-RS

Em relação à distribuição geográfica, as regiões Caxias e Hortências (R23), Planalto (R17), Jacuí Centro (R27), Belas Praias (R4), Capital e Vale do Gravataí (R10), Vinhedos e Basalto (R25), Uva e Vale (R26), Vale dos Sinos (R7), Carbonífera/Costa Doce (R9) e Sul (R21) apresentam taxa de notificação acima da taxa estadual, indicando a necessidade da implementação de ações direcionadas para essas regiões. As crianças e os adultos representam a maior proporção de atendimentos antirrábicos, assim como os homens, refletindo, provavelmente, uma maior exposição aos animais agressores (Figura 112 e Figura 113).

Figura 112 - Distribuição dos atendimentos antirrábicos segundo ciclos de vida, RS, 2007-2011.

Ciclo de vida	N	%
sem informação	19	0,01
0 a 9 anos	31098	22,38
10 a 19 anos	22413	16,13
20 a 59 anos	66065	47,55
60 e mais	19350	13,93
Total	138945	100,00

Fonte: SINAN/SES-RS

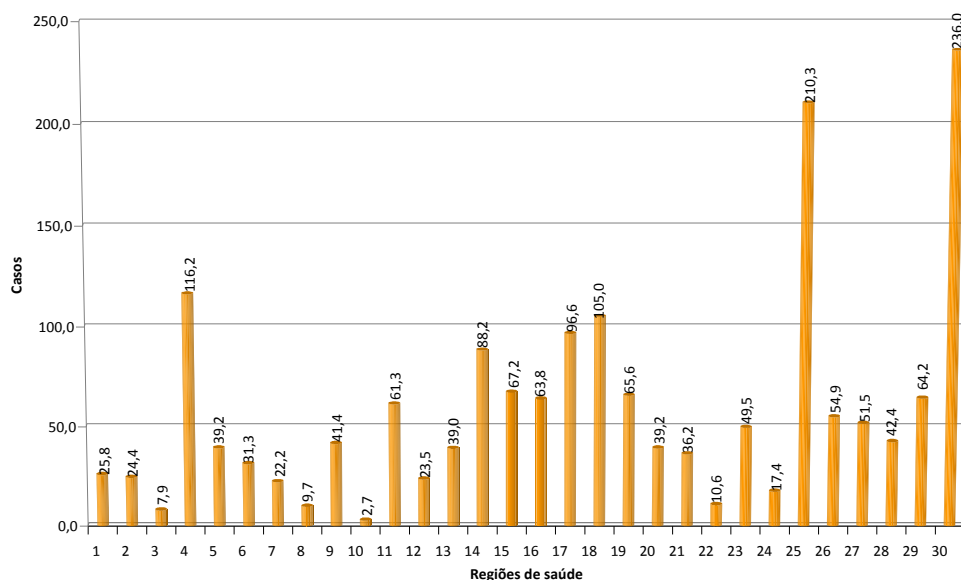
Figura 113 - Distribuição dos atendimentos antirrábicos segundo sexo, RS, 2007-2011.

Sexo	N	%
Sem informação	31	0,02
Masculino	72199	51,96
Feminino	66715	48,02
Total	138945	100,0

Fonte: SINAN/SES-RS

Os dados referem-se a 21.685 notificações dos acidentes causados por animais peçonhentos (serpentes, aranhas, escorpiões, abelhas e lagartas urticantes), registrados no banco de dados do SINAN para o período de 2007 a 2011. No período registrou-se uma média de 4.337 casos/ano, representando uma incidência média de 39,7 acidentes/100.000 habitantes. Salienta-se a grande heterogeneidade entre as diferentes regiões de saúde, sendo registrada variação de cerca de 100 vezes entre a maior incidência (236 acidentes por 100.000 habitantes) na região Vale da Luz (R30) e a menor (2,7 acidentes por 100.000 habitantes) na região Carbonífera/Costa Doce (R10), conforme Figura 114.

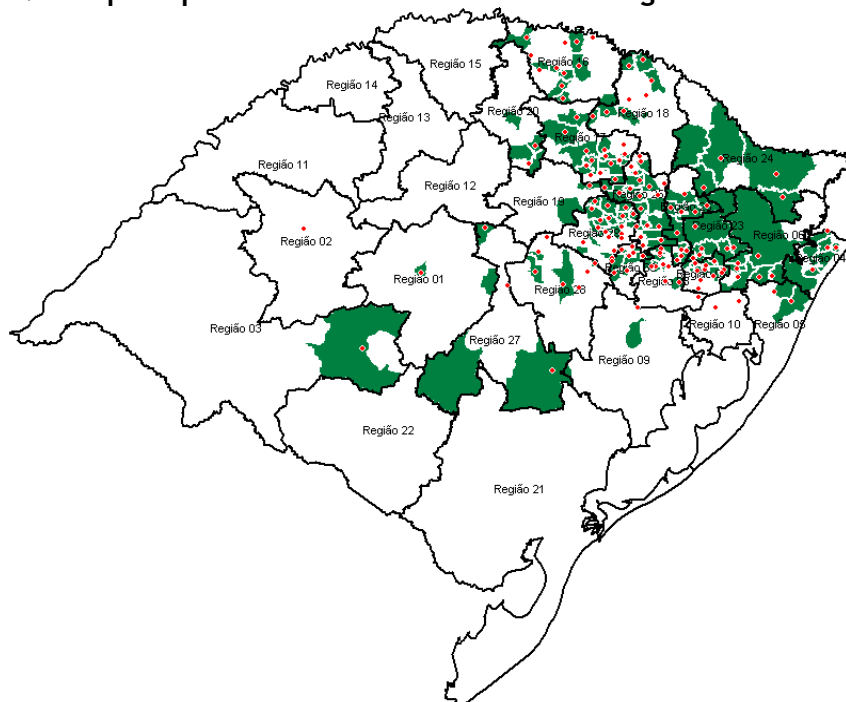
Figura 114 - Distribuição dos acidentes por animais peçonhentos por região de ocorrência, RS, 2007 a 2011.



Fonte: DVAS/CEVS/SES/RS

Os **simulídeos (borrachudos)** estão presentes em mais da metade dos municípios do Estado. A DVAS coordena um programa que presta assessoria, repassando metodologia de avaliação ambiental e de controle, assim como capacitando equipes, de forma continuada, em mais de 200 municípios. Em 2011, 132 municípios tiveram necessidade de realizar controle (Figura 115). O produto utilizado é o *Bacillus thuringiensis* var. *israelensis* comprado pelas prefeituras com recursos próprios.

Figura 115 - Municípios que realizaram controle entomológico de simuliídeos, RS, 2011*



Fonte: Programa Estadual de Controle do Simuliídeo

*Em vermelho, rede de medidores fixos de vazão que permite a medição da vazão da água para cálculo do produto.

Para avaliação das **ações de imunização** foram escolhidas duas vacinas que oferecem elementos para avaliar a capacidade do sistema, tendo em vista manter a adesão ao programa de vacinação no primeiro ano de vida e imediatamente após. A meta de cobertura vacinal para a vacina tetravalente em menores de um ano só foi alcançada nos anos de 2007 e 2009 (Figura 116). No ano de 2011, verifica-se que as regiões Capital e Vale do Gravataí (R10), Sul (R21), Vale dos Sinos (R7), Vales e Montanhas (R29), Verdes Campos (R1), Planalto (R17), Vale da Luz (R30), Vinte e Oito (R28), Produção (R20), Carbonífera/Costa Doce (R9), Alto Uruguai (R16), Belas Praias (R4) e Vale do Paranhana e Costa Serra (R6) não atingiram 95% de cobertura da vacina tetravalente (Figura 118).

Para a vacina tríplice viral, a meta de vacinar 95% das crianças de um ano de idade foi atingida apenas nos anos de 2007 e 2008 (Figura 117). Comparado ao ano anterior, em 2011 ocorreu um discreto aumento na cobertura vacinal (94,23%). Da mesma forma, em regiões como Capital e Vale do Gravataí (R10), Sul (R21), Vales e Montanhas (R29), Diversidade (R13), Vinhedos e Basalto (R25), Fronteira Oeste (R3), Vale da Luz (R30), Jacuí Centro (R27), Belas Praias (R4), Caminho das Águas (R15), Uva e Vale (R26), Campos de Cima da Serra (R24) e Alto Uruguai (R16) também essas não atingiram a meta de 95% (Figura 118). Ao se analisar as coberturas vacinais nos municípios do RS, para ambos os imunobiológicos, é observada uma heterogeneidade nítida, uma vez que 70% dos municípios deveriam atingir cobertura $\geq 95\%$.

Figura 116 - Coberturas vacinais para a vacina tetravalente em menores de um ano de idade, RS, 2007-2011.

Ano	% Cobertura Vacinal
2007	100,54
2008	93,53
2009	95,12
2010	92,84
2011	92,35

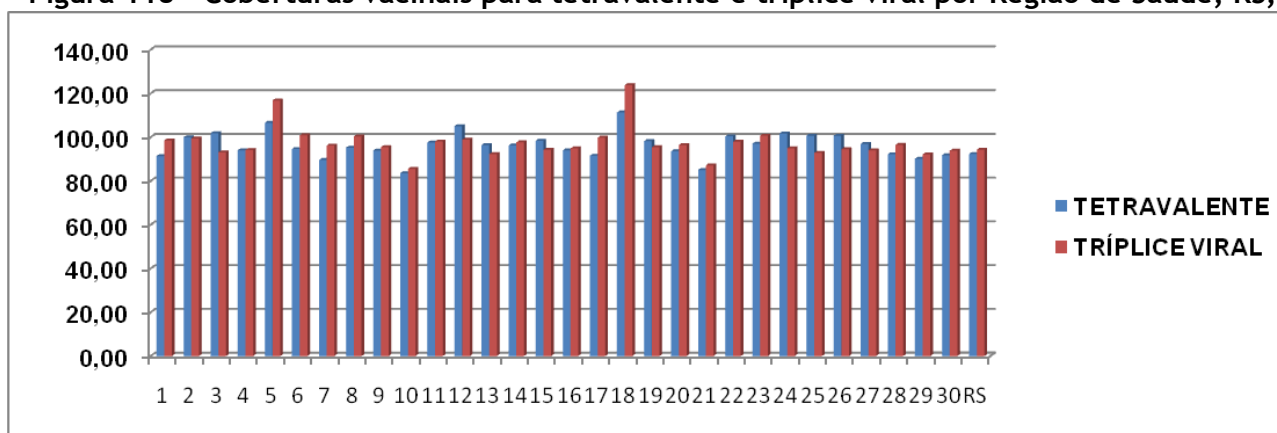
Fonte: SI-API/SES-RS

Figura 117 - Coberturas vacinais para a vacina tríplice viral em crianças de um ano de idade, RS, 2007-2011.

Ano	% Cobertura Vacinal
2007	98,68
2008	96,61
2009	94,28
2010	93,73
2011	94,23

Fonte: SI-API/SES-RS

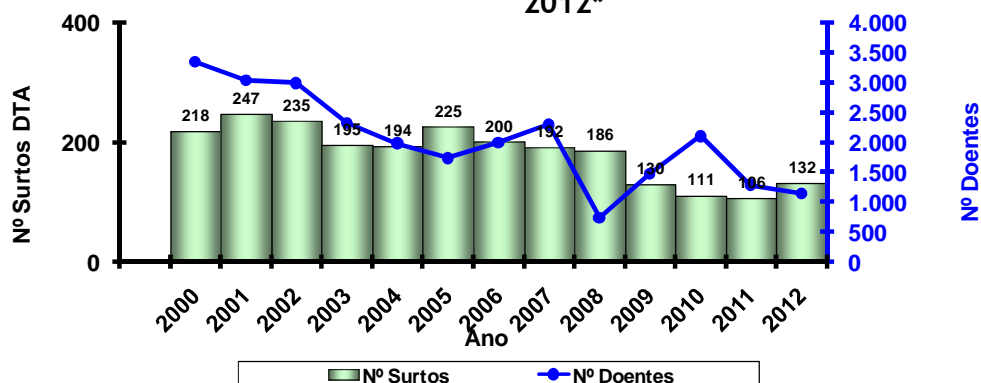
Figura 118 - Coberturas vacinais para tetravalente e tríplice viral por Região de Saúde, RS, 2011.



Fonte: SI-API/SES-RS

A Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão Alimentar (VE-DTA) é um campo de atuação integrada das vigilâncias sanitária e epidemiológica, visando à descentralização da investigação e encerramento dos surtos. Os dados referentes ao período 2000 e 2012 são parciais, uma vez que existem surtos ainda não concluídos, portanto não é possível a sua entrada no sistema, conforme Figura 119. No período foram notificados 2.357 surtos, sendo 956 (66,5%) confirmados. O SINAN foi implantado nessa área a partir de 2007, entretanto, ainda se mantêm planilhas paralelas de acompanhamento que registram 857 no período de 2007 a 2012, havendo uma defasagem de cerca de 50% de registros em relação ao sistema recentemente implantado.

Figura 119 - Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) e número de doentes, RS, 2000 a 2012*



*Até NOV - Fonte: Sistema de Acompanhamento da VE-DTA

Entre os agentes identificados como responsáveis pelos surtos, observa-se a importância da Salmonela, do *Staphylococcus aureus* e do *Bacillus cereus*. Há, entretanto, dificuldades a serem enfrentadas para aumentar a capacidade de identificação de agentes causadores dos surtos, especialmente no sentido de agilizar as coletas de amostras laboratoriais, tanto as clínicas quanto as de alimentos.

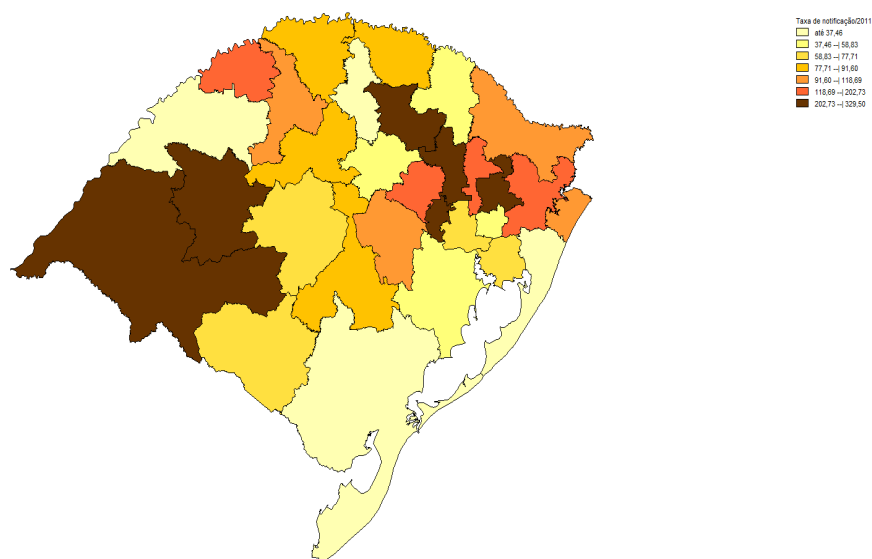
A Salmonela é responsável por aproximadamente 60% dos surtos investigados, o que ainda se deve à cultura regional do RS quanto à preferência pela maionese caseira (elaborada com ovos da “colônia”), ou seja, com produto sem inspeção. Desde 2005 o programa VE-DTA vem buscando implantar o programa Global Salm Surveillance (GSS) no Estado, devido a compromissos internacionais com a Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde. O programa visa identificar e tipificar as Salmonelas e Shigelas encontradas para que se tenha o perfil epidemiológico desses patógenos por estado, municípios e por locais de saúde.

Observa-se um pequeno decréscimo no número de notificações a partir de 2009. O fato é atribuível provavelmente a razões organizacionais do programa, que enfrentou naquele período dificuldades adicionais de equipe, sendo esse o maior problema encontrado em todas as esferas de gestão (CRS e municípios). Como surtos de DTA não são de notificação compulsória, salvo exceções, os profissionais culminam atendendo demandas de programas prioritários.

Doenças e Agravos Não Transmissíveis

A **Vigilância da Violência Doméstica Sexual e de outras violências** é recente, tendo passado a ser alvo de notificação compulsória a partir de janeiro de 2011 pelo Sistema de Informação (SINAN). Os indicadores apresentados neste documento estão embasados no banco de dados desse sistema. A implantação do sistema de informação é um fator que explica a heterogeneidade dos dados nas diferentes Regiões de Saúde do Estado, levando-se em conta, especialmente, as dificuldades de recursos humanos, o que cria um viés a ser considerado na análise da informação. A situação também se reflete em nível municipal, uma vez que até a presente data 343 municípios (69,01%) registraram pelo menos uma notificação, evidenciando uma presumível subnotificação. A taxa de notificação variou entre as regiões de saúde de 4,73 (Sul (R21)) a 329,50 (Caxias e Hortências (R23)) casos notificados por 100.000 habitantes (Figura 120).

Figura 120- Taxa de notificação da violência doméstica sexual e de outras violências por Região de Saúde, RS 2011.



Fonte: DVE/CEVS/SES/RS

Ao excluirmos os casos com tipologia ou faixa-etária ignorada, constata-se que no período de 2010 a 2012 foram notificados 31.810 casos de violências no Estado, sendo que 14.244 (44,77%) são contra crianças e adolescentes. A principal agressão foi do tipo negligência/abandono e sexual (Figura 121). É na residência onde acontece a maioria das notificações (20.550), representando 69,29% do local de ocorrência das violências. Do total de casos notificados, 11.586 (36,42%) são casos reincidentes, dos quais 4.972 também são de violência contra a criança e o adolescente (42,91%). Portanto, fica evidente a necessidade de priorizar esses dois grupos populacionais no enfrentamento à violência. Os adultos são mais atingidos pela violência física, psicológica e pelo suicídio.

Por outro lado, a menor frequência de registros tem ocorrido no tocante a violências contra os idosos. Com relação ao gênero, há predomínio da violência contra as mulheres, entretanto, essa diferença não é evidenciada nas regiões Verdes Campos (R1), Fronteira Oeste (R3), Araucárias (R18) e Campos de Cima da Serra (R24). Com isso, salienta-se a magnitude e a complexidade do problema, cuja abordagem, necessariamente intersetorial, requer a organização em rede e profissionais capacitados e apoiados para o enfrentamento do mesmo.

Figura 121 - Distribuição das notificações de violência segundo tipologia e ciclos de vida, RS, 2010 a 2012

Tipologia	0 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 59 anos	60 e mais	Total
Violência Física	1893	4481	10809	1314	18497
Violência Psicológica/Moral	1791	2512	4890	705	9898
Tentativas de Suicídio	0	1006	3677	396	5079
Negligencia/abandono	2935	793	397	639	4764
Sexual	1868	1960	545	36	4409

Fonte: SINAN NET (Acesso em 06/02/13)

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam a principal e crescente causa de mortalidade e de incapacidade no mundo inteiro, tendo sido determinantes em 61% dos óbitos e em 46% da carga global de doenças no ano de 2005, segundo dados da OMS. Representam um importante problema de saúde pública, provocando impacto econômico e social, devido ao crescente número de mortes prematuras e à perda de qualidade de vida. O impacto desse grupo de doenças se faz sentir com maior intensidade em países como o Brasil, onde se tem observado, nas últimas décadas, uma evidente modificação no perfil de mortalidade da população. Esse se caracteriza pela diminuição das mortes atribuídas a doenças infecciosas e parasitárias e pelo progressivo aumento da mortalidade decorrente das DCNT, especialmente: Doenças Cardiovasculares, Neoplasias, Doenças Respiratórias Crônicas e Causas Externas.

No Rio Grande do Sul, assim como no Brasil, há aproximadamente meio século, as **Doenças Cardiovasculares (DCV)** são a principal causa de morte, respondendo por cerca de 30% do total de óbitos em 2010. Essa é também uma das principais causas de internação hospitalar e de anos potenciais de vida perdidos, assim como representa os mais altos custos na assistência à saúde da população, ou seja, 24% do custo total e aproximadamente 50% de todos os gastos da assistência médica de atenção terciária, segundo dados da SES/RS de 2009.

Aproximadamente 68% dos óbitos por DCV foram decorrentes de Doença Arterial Coronariana (DIC), notadamente de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e de Doenças Cerebrovasculares (AVC). A análise das séries históricas de mortalidade, entretanto, evidencia uma tendência de diminuição das mortes atribuídas a Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) entre adultos e idosos nos últimos dez anos, porém sem que essas tenham deixado de ocupar a primeira posição entre as causas de morte.

Analisando a morbidade hospitalar por ciclo de vida, constata-se a predominância das doenças do aparelho circulatório em adultos e idosos (Figura 122). Em adultos, o grupo com maior prevalência é o das doenças das veias e vasos linfáticos, que exigem maior acesso aos serviços de cirurgia vascular; em segundo lugar, as doenças isquêmicas do coração. Em idosos a prevalência é de doenças isquêmicas do coração e de doenças cerebrovasculares, reforçando-se a necessidade de controle dos fatores de risco desde a infância, assim como de uma rede organizada para atenção às situações de urgência.

Figura 122 - Proporção de Internações por Doenças do Aparelho Circulatório, por Grupo CID e Ciclo de Vida, RS, 2011

Grupo do CID	Total		0-9 anos		10-19 anos		20-59 anos		60 anos e +	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	89.868	100,0	563	100,0	771	100,0	35.594	100,0	52.940	100,0
I10-I15 Doenças hipertensivas	5.456	6,1	29	5,2	78	10,1	2.525	7,1	2.824	5,3
I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	21.379	23,8	9	1,6	25	3,2	9.011	25,3	12.334	23,3
I60-I69 Doenças cerebrovasculares	14.443	16,1	39	6,9	88	11,4	4.704	13,2	9.612	18,2
I80-I89 Doenças veias, vasos e gânglios linfáticos, NCOP	13.803	15,4	61	10,8	177	23,0	9.655	27,1	3.910	7,4
Outras Causas	34.787	38,7	425	75,5	403	52,3	9.699	27,2	24.260	45,8

Fonte: SIHSUS/MS

A verificação das taxas da série histórica 2008-2011 (Figura 123) não revela variações significativas anuais, salientando-se que o cálculo das taxas referentes aos anos de 2008 e 2009 foi prejudicado pela população superestimada, devido ao fato desses anos serem imediatamente anteriores à realização do censo. Assim, é possível que as taxas de internação nesse grupo estejam em tendência de queda.

Figura 123 - Taxa de Internações por Causas Seleccionadas de Doenças do Aparelho Circulatório, RS, 2008 a 2011.

Diag CID10 (grupo)	2008		2009		2010		2011	
	N	Taxa/ 10.000 hab	N	Taxa/ 10.000 hab	N	Taxa/ 10.000 hab	N	Taxa/ 10.000 hab
Total	94.896	87,4	95.401	87,4	94.151	88,0	89.868	83,7
Doenças hipertensivas	7.748	7,1	6.826	6,3	6.364	6,0	5.456	5,1
Doenças isquêmicas do coração	22.340	20,6	22.534	20,6	22.365	20,9	21.379	19,9
Doenças cerebrovasculares	13.879	12,8	15.058	13,8	14.820	13,9	14.443	13,5
Doenças das artérias, das arteríolas e capilares	6.439	5,9	6.573	6,0	7.149	6,7	6.833	6,4
Doenças veias, vasos e gânglios linfáticos, NCOP	13.927	12,8	14.847	13,6	14.464	13,5	13.803	12,9
Outras Causas	30.563	28,2	29.563	27,1	28.989	27,1	27.954	26,0

Fonte: SIHSUS/MS

Analisando as taxas de internação por doenças do aparelho circulatório entre as Regiões de Saúde, observa-se uma discrepância entre elas. Percebe-se que há taxas bem superiores à média estadual para a maioria dos grupos de CID avaliados e para adultos e idosos nas regiões de saúde Vale do Caí e Metropolitana (R08) e Pampa (R22). Em outras regiões, apesar de haver elevação em relação às demais, embora não tão significativa, é necessário disporem de atenção ampliada: Vale do Paranhana e Costa Serra (R6), Vale dos Sinos (R7), Carbonífera / Costa Doce (R9), Capital e Vale do Gravataí (R10), Portal das Missões (R12), Caxias e Hortências (R23), Campos de Cima da Serra (R24) e Jacuí-Centro (R27). É possível que as taxas aumentadas tenham relação com a maior oferta de serviços de atenção em cardiologia, sendo necessário avaliar se a existência dos serviços interfere nas taxas de cada região.

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

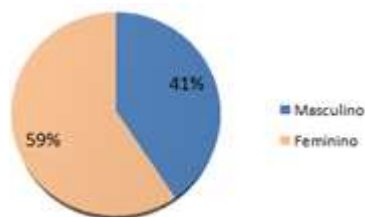
Entre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Figura 124) destaca-se a **diabetes mellitus** para os ciclos de vida do adolescente, adulto e idoso. Para crianças, a causa predominante está relacionada à desidratação. A segunda causa para todos os ciclos de vida é a desnutrição, que é mais acentuada para os idosos. Para os adultos, destacam-se ainda as internações por obesidade, principalmente no tocante aos procedimentos relacionados à cirurgia bariátrica (gastrectomia e dermolipectomia).

Figura 124 - Proporção de Internações por Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, por Grupo CID e Ciclo de Vida, RS, 2008 a 2011

Diag CID10 (grupo)	Total		0-9 anos		10-19 anos		20-59 anos		60 anos e +	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	74.140	100,0	6.120	100,0	2.580	100,0	27.985	100,0	37.455	100,0
E10-E14 Diabetes mellitus	45.586	61,5	592	9,7	1.341	52,0	18.319	65,5	25.334	67,6
E40-E46 Desnutrição	13.941	18,8	1.088	17,8	270	10,5	4.355	15,6	8.228	22,0
E65-E68 Obesidade e outras formas de hiperalimentação	1.472	2,0	1	0,0	8	0,3	1.410	5,0	53	0,1
E86 Depleção de volume (desidratação)	4.744	6,4	2.206	36,0	303	11,7	715	2,6	1.520	4,1
Outras causas	8.397	11,3	2.233	36,5	658	25,5	3.186	11,4	2.320	6,2

Fonte: SIHSUS/MS

Figura 125 - Internações por Diabetes Mellitus por Sexo, RS, 2008 a 2011



Fonte: SES/RS

A divisão das internações por diabetes mellitus, que é causa predominante neste capítulo da CID, por sexo (Figura 125), revela maior incidência de internações no sexo feminino.

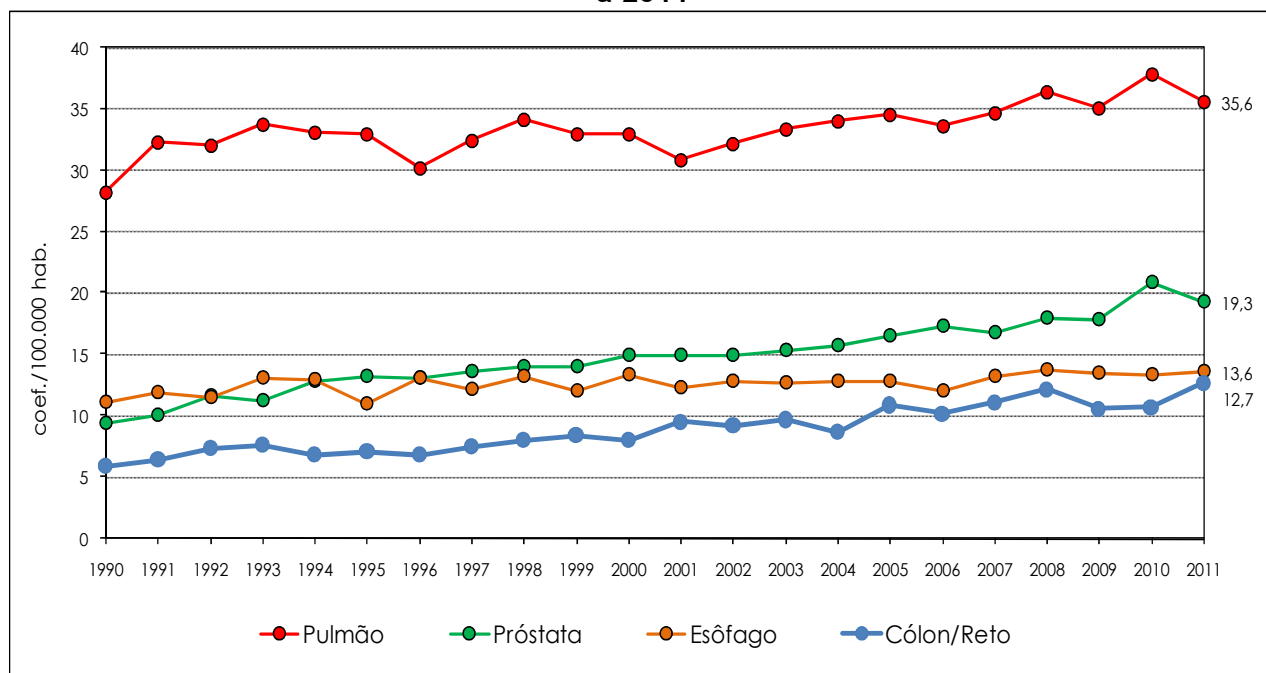
As regiões com maior taxa de internações por diabetes mellitus são Entre-Rios (R2), Sete Povos das Missões (R11) e Campos de Cima da Serra (R24). Além destas, também apresentam taxas acima da média estadual: Jacuí Centro (R27), Pampa (R22), Vale do Paranhana e Costa Serra (R6), Botucarái (R19), Portal das Missões (R12), Fronteira Oeste (R3), Carbonífera / Costa Doce (R9), Vale da Luz (R30), Vale do Caí Metropolitana (R8), Caminho das Águas (R15), Vinte e Oito (R28), Rota da Produção (R20), Sul (R21), Vinhedos e Basalto (R25) e Fronteira Noroeste(R14), nesta ordem.

Há, portanto, necessidade de implantar prioritariamente nessas regiões linha de cuidado para este agravo. Avaliando-se o comportamento da diabetes mellitus e das suas complicações na última década, observa-se que existe uma tendência à diminuição das internações hospitalares, provavelmente atribuível à melhoria da Atenção Básica na detecção, diagnóstico e acompanhamento de casos - evidenciados pelo aumento no cadastro do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) - assim como uma maior abrangência da política de assistência farmacêutica, já citada anteriormente.

Nas últimas décadas o coeficiente de mortalidade por **neoplasias** vem aumentando em ambos os sexos. Essa passou, em relação ao sexo masculino, de 119,5 por 100 mil homens em 1990 para 172,1 em 2011; no sexo feminino passou de 87,9 por 100 mil mulheres em 1990 para 135,1 em 2011. A incidência da mortalidade por câncer para o sexo masculino tem seguido o mesmo padrão desde 1996, sendo o câncer de pulmão o de maior incidência, averiguando-se tendência a um aumento, já que essa passou de 28,2 em 1990 para 35,6 por 100 mil homens em 2011 (Figura 126).

Em relação ao sexo feminino, o câncer de mama é o que alcança a maior incidência, passando de 12,9 por 100 mil mulheres em 1990, para 20,5 por 100 mil mulheres em 2011 (Figura 127). Em segundo lugar, o câncer de pulmão também registra aumento significativo, aproximando-se do câncer de mama, passando de 7,1 por 100 mil mulheres em 2011, para 19,5 por 100 mil mulheres em 2011. Seguem-se em importância de incidência o câncer de cólon/reto, pâncreas e de colo do útero.

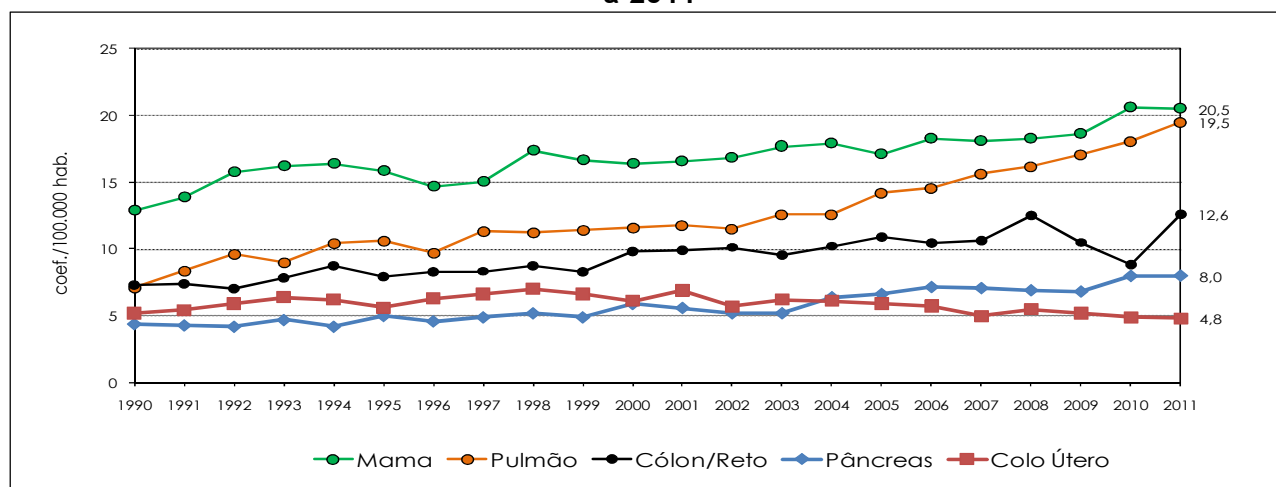
Figura 126 - Coeficiente de mortalidade pelos principais tipos de câncer masculino, RS, 1990 a 2011



Fonte dos dados brutos: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS

Coeficientes por 100.000 habitantes, população do Censo 2010 utilizada no denominador, em 2011.

Figura 127 - Coeficiente de mortalidade pelos principais tipos de câncer feminino, RS, 1990 a 2011



Fonte dos dados brutos: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS

Coeficiente por 100.000 habitantes, população do Censo 2010 utilizada no denominador, em 2011.

As neoplasias constituem a quarta causa de internação em relação ao total, excluído o capítulo de gravidez, parto e do puerpério, justificando-se a organização de uma rede de atenção adequada para retaguarda hospitalar ao tratamento oncológico. As taxas de internação por neoplasias apresentaram aparentemente pequeno aumento no período de 2008 a 2011, conforme Figura 128. Porém, considerando a superestimativa populacional em 2008 e 2009, é possível que as mesmas estejam estabilizadas.

Figura 128 - Taxa de Internações por Causas Seleccionadas de Neoplasias RS, 2008 a 2011;

Diag CID10 (grupo)	2008		2009		2010		2011	
	N	Taxa/ 10.000 hab	N	Taxa/ 10.000 hab	N	Taxa/ 10.000 hab	N	Taxa/ 10.000 hab
Total	49.437	45,5	51.815	47,5	51.490	48,1	51.019	47,5
Neoplasias malignas (C00-C97,D46)	40.233	37,1	42.230	38,7	41.894	39,2	41.560	38,7
Outras neoplasias	9.204	8,5	9.585	8,8	9.596	9,0	9.459	8,8

Analisando as internações por neoplasias malignas por ciclo de vida (Figura 129) verifica-se que em crianças e adolescentes predominam as causadas por neoplasias de sistema linfático, seguidas pelas internações por neoplasias do sistema nervoso (crianças) e tumores ósseos (adolescentes). Em adultos e idosos a causa predominante envolve neoplasias de órgãos digestivos, seguida por neoplasias de doenças respiratórias em idosos e neoplasias de órgãos genitais femininos em adultos.

É preciso salientar que o número de internações por neoplasias não tem relação direta com a incidência ou mortalidade, mas com diagnóstico tardio e com a história natural da doença. Dessa forma, neoplasias diagnosticadas tardiamente e/ou devido ao caráter mais indolente do portador podem originar maior número de internações hospitalares.

Figura 129 - Internações por Neoplasias Malignas por Grupo de CID e Ciclo de Vida, RS, 2011.

Grupos de Causas CID 10	Total	Ciclo de Vida			
		0-9 a	10-19a	20-59a	60a e +
Total	41.560	1.399	1.535	19.756	18.870
(C15-C26) Neoplasia malignas, Órgãos Digestivos	11.168	83	142	4.939	6.004
(C30-C39) Neoplasias [tumores] malignas(os) do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	3.897	23	46	1.620	2.208
(C50) Neoplasias [tumores] malignas(os) da mama	3.593	1	34	2.290	1.268
(C51-C58) Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais femininos	3.531	10	42	2.528	951
(C81-C96) Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfáticos e tecidos correlatos	3.468	588	529	1.467	884
(C76-C80) Neoplasias [tumores] malignas(os) de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	3.297	52	100	1.513	1.632
(C43-C44) Melanoma e outras(os) neoplasias [tumores] malignas(os) da pele	2.528	28	57	1.047	1.396
(C00-C14) Neoplasia [tumores] malignas, lábio, cavidade oral e faringe	2.301	59	38	1.266	938
(C60-C63) Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais masculinos	1.996	15	41	588	1.352
(C69-C72) Neoplasias [tumores] malignas(os) dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	1.572	159	130	769	514
(C64-C68) Neoplasias [tumores] malignas(os) do trato urinário	1.525	59	22	554	890
(C45-C49) Neoplasias [tumores] malignas(os) do tecido mesotelial e tecidos moles	1.155	106	81	506	462
(C40-C41) Neoplasias [tumores] malignas(os) dos ossos e das cartilagens articulares	812	111	244	280	177
(C73-C75) Neoplasias [tumores] malignas(os) da tireóide e de outras glândulas endócrinas	632	103	29	358	142
(D46) Síndr mielodisplásicas	62	2	0	21	39
(C97) Neoplasias [tumores] malignas(os) de localizações múltiplas independentes (primárias)	23	0	0	10	13

Quando analisadas as taxas de internações por neoplasias malignas por Região de Saúde de residência, são observadas as maiores taxas nas regiões Alto Uruguai Gaúcho (R16), Planalto (R17), Araucárias (R18), Rota da Produção (R20), Vales e Montanhas (R29) e Vale da Luz (R30), Botucaraí (R19). Ao classificar por ciclo de vida, verificam-se altas taxas nas regiões Vale dos Sinos (R7) para adolescentes, Portal das Missões (R12) para crianças e idosos, Caminho das Águas (R15) para crianças e Campos de Cima da Serra (R24) para adultos.

Entre os fatores determinantes das doenças e agravos não transmissíveis estão: as desigualdades sociais, a baixa escolaridade, as dificuldades de acesso aos serviços e à informação e, principalmente,

os fatores de risco que poderiam ser evitados com medidas preventivas, tais como: tabagismo, consumo de bebida alcoólica, sedentarismo, alimentação inadequada e obesidade.

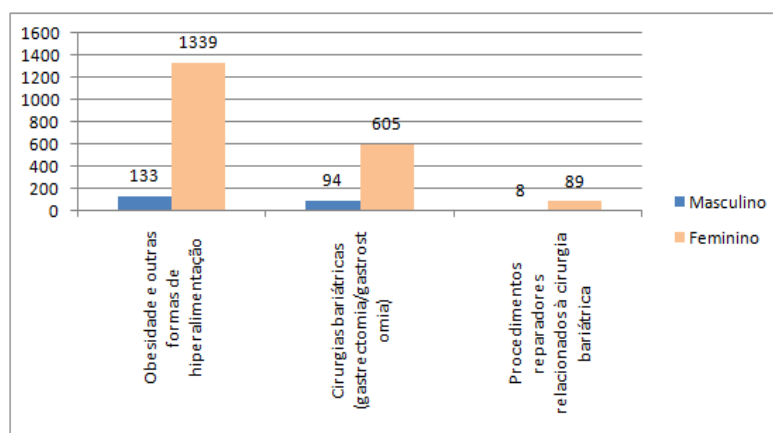
O **tabagismo** é responsável por aproximadamente 70% dos casos de câncer de pulmão, sendo também considerado fator de risco para câncer de boca, laringe, pâncreas, rins, bexiga, colo do útero e esôfago. O Rio Grande do Sul é um dos Estados em que o tabagismo ainda tem alta prevalência. Ressalte-se que nos últimos 5 anos, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) identificou que cerca de 20% da população de Porto Alegre é fumante, com predomínio na série histórica analisada para o sexo masculino.

Estudos demonstram que a **atividade física** regular pode reduzir não só o risco de doenças cardiovasculares como também o de câncer de mama e de cólon. No mesmo sistema de vigilância (VIGITEL), dados de 2011 demonstram que 33,6% da população da capital pratica atividade física, sendo os homens menos sedentários do que as mulheres (43,4% contra 25,5%, respectivamente).

A **obesidade** pode aumentar o risco de determinados tipos de câncer e uma dieta adequada pode ser útil na prevenção de câncer de estômago e colorretal. A prevalência de excesso de peso e de obesidade tem aumentado em adultos nas últimas décadas. Na análise do estado nutricional de homens adultos, dos 7100 indivíduos avaliados em 2011, 37% apresentavam sobrepeso e 28,6% apresentavam obesidade, diagnosticados pelo índice de massa corporal (IMC).

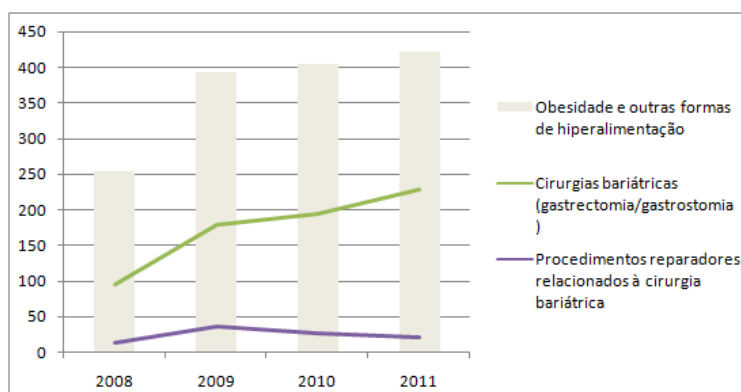
Em relação às mulheres, foi observada no Estado uma incidência de 31,6 % de sobrepeso e 29,6% de obesidade, segundo dados registrados no SISVAN. Em relação às internações justificadas com o CID “obesidade e outras formas de hiperalimentação”, também se observa a predominância importante no sexo feminino, tanto nas internações totais, quanto nas relacionadas às respectivas cirurgias bariátricas e reparadoras (Figura 130). A evolução na série histórica 2008-2011 (Figura 131) mostra aumento do número de internações, clínicas ou cirúrgicas, exceto para procedimentos reparadores relacionados à cirurgia bariátrica.

Figura 130 -Internações por Obesidade e Internações para Cirurgia Bariátrica, por Sexo, RS, 2008 a 2011.



Fonte: SES/RS

Figura 131 - Internações por Obesidade e Internações para Cirurgia Bariátrica, RS, 2008 a 2011.



Fonte: SES/RS

Analisando a distribuição geográfica das taxas médias anuais de internações para cirurgias bariátricas ou procedimentos reparadores relacionados, observa-se que os maiores valores estão nas regiões que sediam os serviços habilitados na área ou em regiões limítrofes, confirmando a desigualdade de acesso a esse procedimento entre as diversas Regiões de Saúde. O dado justifica o redesenho das regiões de referência para cada serviço habilitado e a regulação do acesso aos procedimentos compartilhados entre gestor estadual e municipal.

Com relação aos **agravos à saúde do trabalhador** o perfil de morbimortalidade do Estado demonstra a necessidade de investimentos tanto de pessoal quanto de recursos na Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador- DVST. Segundo o Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST), no ano de 2011 foram notificados, no Relatório Individual de Notificação de Agravos (RINA), 34.941 agravos, sendo 94,28% deles acidentes de trabalho (AT) e 5,72%, doenças.

Dentre os acidentes de trabalho, 86,37% ocorreram no local de trabalho e 6,68% no trajeto. Quanto ao sexo, 73,80% acometeram trabalhadores do sexo masculino (entre os ATs, 75,48% atingiram o masculino e entre as doenças, 53,68%, o feminino). Na faixa etária de 18 a 29 anos, houve maior número de ocorrências, tanto no total de agravos (37,19%) quanto nos de acidentes (38,66%). Já entre as doenças, a maioria ocorreu entre 40 a 49 anos (33,32%), sendo mais da metade dos agravos com celetistas (62,34%). Esse percentual é seguido pelo de autônomos (15,19%), servidores públicos (5,57%) e pelos de trabalhadores informais (4,31%).

Na zona urbana ocorreram 58,90% dos agravos e na rural 12,77% sendo 28,33% ignorados. Dentre os acidentes de trabalho, os principais agravos foram os traumas (80,91%), seguidos de acidentes envolvendo olhos (6,21%), acidentes com material biológico (3,66%), queimaduras (3,21%) e as intoxicações (1,38%). Entre os traumas, 42,11% acometeram a região do punho e da mão, sendo que 3,55% resultaram em esmagamentos e amputações.

Já entre as doenças relacionadas ao trabalho, 67,98% foram por Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomuscular Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), 15,66% por transtornos mentais, 7,50% por doenças do aparelho respiratório, 5,55% por Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) e 3,25% foram por dermatoses ocupacionais. Com referência à atividade econômica, os setores mais atingidos foram a metalurgia (18,19%), agricultura (16,12%), saúde (8,00%) e a alimentação (4,88%).

A seguir será dada atenção especial à atividade econômica da saúde, assim como a aos Servidores Estaduais e, em particular aos da SES, devido à sua importância. De um total de mais de 188 mil agravos registrados no SIST, 19.308 (10%) são da saúde, cuja maioria constitui-se de acidentes (96%). Esse dado identifica a situação precária desses trabalhadores e a necessidade de maiores investimentos, tanto dos gestores municipais quanto dos prestadores para melhoria das condições e processos de trabalho, assim como para a melhoria da qualidade do serviço prestado para a saúde.

Quanto aos servidores públicos estaduais apenas 511 agravos foram registrados no SIST desde 2011. A informação demonstra que os médicos ligados ao Instituto de Previdência do Estado não estão cumprindo o decreto 40.222/2000 para a notificação dos agravos relacionados ao trabalho no SIST. Esta situação é grave porque impede a vigilância das condições e dos processos de trabalho desses servidores. Quanto aos servidores da SES, o SIST apresenta apenas 22 agravos, o que indica uma enorme subnotificação. Como uma das causas desta situação na SES aponta-se o fato de não haver Mesa Estadual de Negociação do SUS.

A falta da Mesa leva a consequências como: Plano de Carreira, Cargos e Salários deficientes; não ocorrência de exames periódicos para acompanhamento da saúde dos servidores; distância entre o setor de RH da SES no tocante à necessidade de Formação Permanente, por ser este submetido ao Departamento Administrativo. A ressalva é a de que as negociações coletivas que vêm acontecendo anualmente representaram avanços, assim como a implantação do Núcleo do PROSER na SES.

Além desses dados, que por si já apontam a gravidade da situação, segundo a OIT, para cada morte por acidente relacionado ao trabalho ocorrem outras seis mortes por doenças relacionadas ao trabalho, que na sua imensa maioria são invisíveis. Entre as estratégias para superação desta subnotificação está a implantação do SIST/RINA e a efetivação da implantação de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica por cada município por meio do Plano Municipal de Saúde e da Programação Municipal de Saúde.

Com relação à **Morbidade Hospitalar Geral** a série histórica de 2008 a 2011 revela uma média de 721.462 internações anuais, com um decréscimo em 2011 para 704.410 internações. Dentre elas, destacam-se as decorrentes de doenças do aparelho respiratório (Cap. X - 15,8%) e circulatório (Cap. IX - 13%). O capítulo XV, Gravidez, Parto e Puerpério, também provoca impacto no total de internações hospitalares SUS (14,5%), porém grande parte desse capítulo não se refere à morbidade, de forma que serão analisadas somente as afecções perinatais (Figura 132).

Figura 132 - Proporção de Internações de Residentes por Capítulo do CID, RS, 2008 a 2011

Diag CID10 (capit)	2008		2009		2010		2011		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	715.862	100,0	735.935	100,0	729.642	100,0	704.410	100,0	2.885.849	100,0
X. Doenças do aparelho respiratório	112.048	15,7	120.137	16,3	116.109	15,9	108.626	15,4	456.920	15,8
XV. Gravidez parto e puerpério	104.941	14,7	106.457	14,5	103.851	14,2	104.095	14,8	419.344	14,5
IX. Doenças do aparelho circulatório	94.896	13,3	95.401	13,0	94.151	12,9	89.868	12,8	374.316	13,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	71.317	10,0	72.716	9,9	72.659	10,0	69.514	9,9	286.206	9,9
II. Neoplasias (tumores)	49.437	6,9	51.815	7,0	51.490	7,1	51.019	7,2	203.761	7,1
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	44.112	6,2	50.330	6,8	49.934	6,8	49.532	7,0	193.908	6,7
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	51.203	7,2	48.510	6,6	48.793	6,7	43.232	6,1	191.738	6,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	42.857	6,0	46.289	6,3	46.975	6,4	45.676	6,5	181.797	6,3
V. Transtornos mentais e comportamentais	28.804	4,0	34.532	4,7	38.282	5,2	39.408	5,6	141.026	4,9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	19.093	2,7	19.263	2,6	18.708	2,6	17.076	2,4	74.140	2,6
VI. Doenças do sistema nervoso	17.047	2,4	17.143	2,3	16.626	2,3	16.495	2,3	67.311	2,3
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	18.973	2,7	15.452	2,1	15.323	2,1	15.098	2,1	64.846	2,2
XXI. Contatos com serviços de saúde	19.677	2,7	16.664	2,3	13.263	1,8	11.378	1,6	60.982	2,1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	13.292	1,9	12.303	1,7	11.808	1,6	12.058	1,7	49.461	1,7
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	7.670	1,1	8.823	1,2	9.760	1,3	9.841	1,4	36.094	1,3
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	6.109	0,9	5.622	0,8	6.243	0,9	6.517	0,9	24.491	0,8
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5.399	0,8	5.473	0,7	5.917	0,8	5.790	0,8	22.579	0,8
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4.959	0,7	4.614	0,6	4.910	0,7	4.438	0,6	18.921	0,7
VII. Doenças do olho e anexos	2.639	0,4	2.991	0,4	3.256	0,4	3.241	0,5	12.127	0,4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1.256	0,2	1.258	0,2	1.440	0,2	1.345	0,2	5.299	0,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	133	0,0	142	0,0	144	0,0	163	0,0	582	0,0

Fonte: SIHSUS/MS

Para fins de análise específica foram utilizados os capítulos da CID relacionados às causas selecionadas pelo IDB 2011 do Ministério da Saúde, além da taxa de internação hospitalar (SUS) por causas selecionadas - neoplasias malignas, diabetes mellitus, doenças hipertensivas, doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e pneumonia; taxa de internação hospitalar (SUS) por causas

externas; e proporção de internações hospitalares (SUS) por afecções originadas no período perinatal. Além dessas causas, foram analisadas outras consideradas relevantes para o Estado devido à participação proporcional na morbidade hospitalar.

A análise dos dados referentes a internações por doenças do aparelho respiratório revelam a predominância das pneumonias em todos os ciclos de vida. Em segundo lugar, prevalecem as doenças broncopulmonares obstrutivas crônicas (DBPOC) para adultos e idosos, bem como asma e bronquiolite para crianças. Em adolescentes, a segunda posição é ocupada pelas doenças de amígdalas e adenóides.

Os dados da série histórica 2008-2011 não revelam variações anuais na taxa total, salientando-se assim a questão da população superestimada em 2008 e 2009, já referida, provocando taxas menores do que as reais nesses dois anos. As taxas de DBPOC e asma apresentaram redução e a taxa de bronquiolite apresentou um discreto aumento. O aumento da taxa no grupo “outras causas” em 2009 justifica-se pela epidemia de influenza A H1N1(Figura 133).

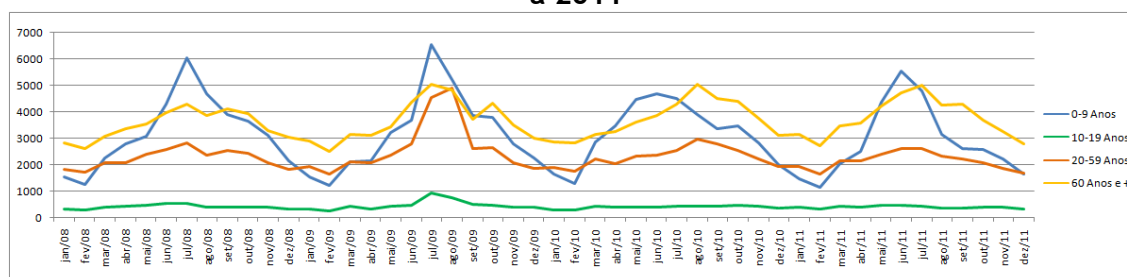
Figura 133 - Taxa de Internações por Causas Seleccionadas de Doenças do Aparelho Respiratório, RS, 2008 a 2011

Diag CID10 (grupo)	2008		2009		2010		2011	
	N	Taxa/ 10.000 hab	N	Taxa/ 10.000 hab	N	Taxa/ 10.000 hab	N	Taxa/ 10.000 hab
Total	112.048	103,2	120.137	110,1	116.109	108,6	108.626	101,2
Pneumonia	45.303	41,7	54.526	50,0	54.490	51,0	51.277	47,8
Enfizema e outras DBPOC	24.668	22,7	21.839	20,0	20.100	18,8	18.983	17,7
Asma	11.197	10,3	10.866	10,0	10.260	9,6	8.461	7,9
Bronquiolite aguda	4.815	4,4	4.869	4,5	5.496	5,1	5.931	5,5
Doenc cronicas das amigdalas e das adenoides	3.066	2,8	2.591	2,4	2.702	2,5	3.121	2,9
Outras Causas	22.999	21,2	25.446	23,3	23.061	21,6	20.853	19,4

Fonte: SIHSUS/MS

O número de internações por doenças respiratórias, expresso pela Figura 134, foi gerado com a seleção do mês de internação e não do mês de processamento, como os demais dados, com a finalidade de avaliar o real período de maior incidência das mesmas. Observa-se aumento significativo dessa incidência nos meses de inverno, mais acentuado em crianças e idosos, o que justifica a vacinação contra influenza nessas faixas etárias. Para adultos e adolescentes esse aumento é discreto ou inexistente, à exceção do ocorrido no ano de 2009 devido à epidemia de influenza A H1N1.

Figura 134 - Internações por doenças respiratórias por ciclo de vida e mês de internação, RS, 2008 a 2011



Fonte: SIHSUS/MS

A predominância de casos mais graves de doenças respiratórias em crianças e idosos, ou seja, de casos em que é exigida internação hospitalar em leito clínico e UTI, torna possível analisá-los quanto à causa, ciclo de vida e à região de saúde de residência. Os dados revelam diferenças regionais importantes, as quais podem significar variações de morbidade ou acesso à internação facilitado. Duas Regiões de Saúde, as que apresentam taxas maiores somente para crianças são: Verdes Campos (R1) e

Capital e Vale do Gravataí (R10), embora o impacto de internações em UTI seja observado somente na segunda.

A região do Vale do Caí e Metropolitana (R8) apresenta taxa acima da média estadual somente para idosos, tanto para internações totais quanto para UTI. Outras regiões apresentam taxas elevadas em relação à média estadual para crianças e idosos. Merecem especial atenção as regiões Fronteira Noroeste (R14) e Caminho das Águas (R15) pela taxa muito superior à média do Estado para internações totais, embora somente a Fronteira Noroeste (R14) apresente a mesma característica para internações em UTI para idosos.

Com relação à Morbidade Hospitalar por afecções perinatais foram tabuladas somente as internações até um ano (01) de idade, com permanência em UTI ou não tendo em vista a finalidade da avaliação da qualidade do pré-natal e da atenção ao parto no período selecionado. Na análise da participação proporcional de cada grupo, observa-se na Figura 135 predominância de transtornos hemorrágicos, prematuridade, transtornos respiratórios e cardiovasculares do recém-nascido.

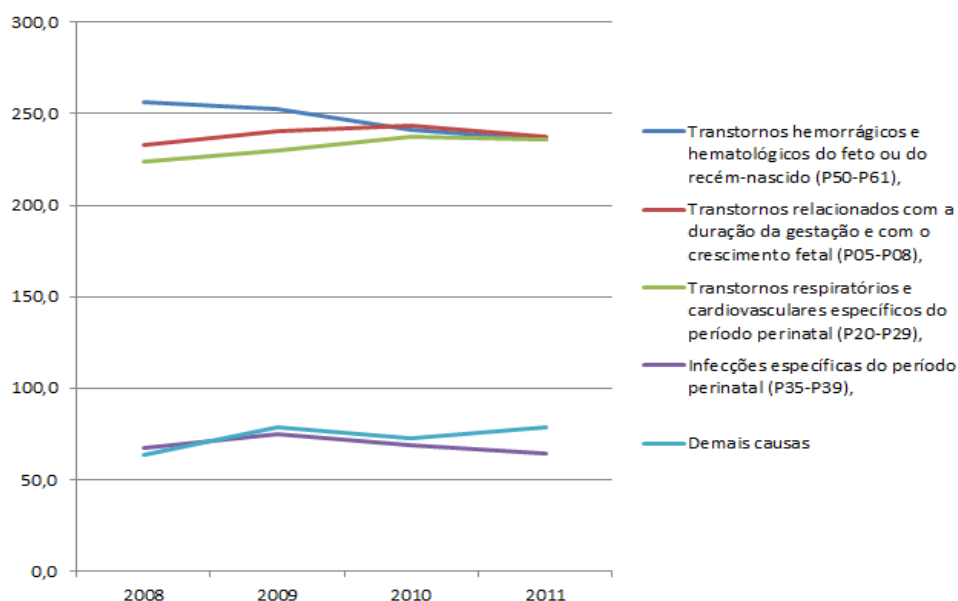
Figura 135 - Proporção de internações hospitalares (SUS) por Afecções Originadas no Período Perinatal, por Grupo de CID, RS, 2008 a 2011

Grupos de CID10	Total		2008		2009		2010		2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	46.359	100,0	11.410	100,0	11.711	100,0	11.511	100,0	11.727	100,0
Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto ou do recém-nascido (P50-P61),	13.300	28,7	3.462	30,3	3.375	28,8	3.217	27,9	3.246	27,7
Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal (P05-P08),	12.875	27,8	3.147	27,6	3.211	27,4	3.246	28,2	3.271	27,9
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (P20-P29),	12.503	27,0	3.029	26,5	3.071	26,2	3.161	27,5	3.242	27,6
Infecções específicas do período perinatal (P35-P39),	3.719	8,0	913	8,0	998	8,5	919	8,0	889	7,6
Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido (P70-P74),	1.417	3,1	292	2,6	439	3,7	291	2,5	395	3,4
Outros	2.545	5,5	567	5,0	617	5,3	677	5,9	684	5,8

Fonte: DAHA/SES/RS

Quando calculadas as taxas por grupo de CID10 mais prevalente neste capítulo (Figura 136), verificam-se pequenas variações no período de 2008 a 2011, com sensível decréscimo dos transtornos hemorrágicos e das infecções, além de um discreto aumento da prematuridade e dos transtornos respiratórios/circulatórios. É necessário salientar que o aumento de internações pode estar relacionado ao aumento da oferta de leitos de UTI Neonatal.

Figura 136 - Taxa (por 10.000 NV) de Internações Hospitalares (SUS) por Afecções Originadas no Período Perinatal em Menores de Um Ano, RS, 2008 a 2011



Fonte: DAHA/SES/RS

A análise por regiões de saúde e pela faixa etária da criança revela diferenças entre aquelas, com relação à internação precoce (até 06 dias) ou tardia. As maiores taxas totais, superiores à média estadual, se encontram nas regiões com maior oferta de leitos de UTI Neonatal, sendo: Capital e Vale do Gravataí (R10), Jacuí Centro (R27), Verdes Campos (R1), Região Sul (R21), Pampa (R22), Bons Ventos (R5), Vale da Luz (R30), Fronteira Oeste (R3) e Fronteira Noroeste (R14), o que pode significar maior acesso e não maior necessidade.

As regiões Campos de Cima da Serra (R24), Vinhedos e Basalto (R25) e Uva e Vale (R26) chamam a atenção por apresentarem taxas inferiores à média estadual para crianças até 27 dias e superiores para crianças de 28 dias a um ano.

Para analisar a Morbidade Hospitalar por Causas Externas, foi utilizada a metodologia preconizada pelo IDB 2011/MS, ou seja, foram selecionadas as internações com diagnóstico primário pertencente aos capítulos XIX e XX da CID-10, categorizando-se pelo diagnóstico secundário, o qual é codificado pelo capítulo XX. Não são consideradas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) de continuidade (Tipo 5). Com esta metodologia foram tabulados os grupos referentes a quedas, acidentes de transporte, agressões, intoxicações e a lesões autoprovocadas voluntariamente. É importante salientar que os dados refletem a demanda hospitalar, a qual, por sua vez, é condicionada pela oferta de serviços no SUS.

O principal motivo de internações hospitalares nos grupos analisados quanto a causas externas (Figura 137) no SUS envolve quedas (73,5%), seguidas dos acidentes de transporte e por agressões. As quedas destacam-se em maior proporção entre os idosos, enquanto acidentes por transporte e agressões predominam entre adolescentes e adultos. Na distribuição proporcional entre os sexos, todos os grupos avaliados predominam no sexo masculino, com diferença mais acentuada para acidentes por transporte e agressões.

Figura 137 - Proporção de Internações por Causas Externas, por Grupos Seleccionados do CID, Ciclo de Vida e Sexo, RS, 2008 a 2011

Diag CID10 (grupo)	Masculino		Feminino		Total		0-9 anos		10-19 anos		20-59 anos		60 anos e +	
	N	% linha	N	% linha	N	% Coluna	N	% Coluna	N	% Coluna	N	% Coluna	N	% Coluna
Total das Causas Seleccionadas	81.838	67,9	38.641	32,1	120.479	100,0	10.444	100,0	14.648	100,0	70.725	100,0	24.662	100,0
W00-W19 Quedas	57.841	65,2	30.809	34,8	88.650	73,6	8.001	76,6	10.070	68,7	49.448	69,9	21.131	85,7
V01-V99 Acidentes de Transporte	14.076	74,0	4.947	26,0	19.023	15,8	1.468	14,1	2.721	18,6	12.585	17,8	2.249	9,1
X85-Y09 Agressões	7.520	81,6	1.696	18,4	9.216	7,6	356	3,4	1.355	9,3	6.583	9,3	922	3,7
X00-X09; X40-X49 Intoxicações	1.599	65,7	835	34,3	2.434	2,0	546	5,2	308	2,1	1.314	1,9	266	1,1
X60-X84 Lesões auto-provocadas voluntar.	802	69,4	354	30,6	1.156	1,0	73	0,7	194	1,3	795	1,1	94	0,4

Fonte: SIHSUS/MS

As taxas por 10.000 habitantes (Figura 138) ratificam a avaliação acima e mostram tendência ascendente para as internações por quedas e acidentes de transporte.

Figura 138 - Taxa de Internações por Causas Seleccionadas de Causas Externas, RS, 2008 a 2011.

Diag CID10 (grupo)	2008 a 2011		2008		2009		2010		2011	
	N	Taxa/ 10.000 hab	N	Taxa/ 10.000 hab	N	Taxa/ 10.000 hab	N	Taxa/ 10.000 hab	N	Taxa/ 10.000 hab
Total das Causas Seleccionadas	120.479	27,9	24.981	23,0	26.451	24,2	34.321	32,1	34.726	32,4
W00-W19 Quedas	88.650	20,5	18.388	16,9	19.174	17,6	25.000	23,4	26.088	24,3
V01-V99 Acidentes de Transporte	19.023	4,4	3.510	3,2	4.185	3,8	5.761	5,4	5.567	5,2
X00-X09; X40-X49 Intoxicações	2.434	0,6	796	0,7	503	0,5	623	0,6	512	0,5
X85-Y09 Agressões	9.216	2,1	1.976	1,8	2.258	2,1	2.606	2,4	2.376	2,2
X60-X84 Lesões auto-provocadas voluntariamente	1.156	0,3	311	0,3	331	0,3	331	0,3	183	0,2

Fonte: SIHSUS/MS

A análise da incidência dos grupos de causas externas seleccionados por região de saúde revela diferenças importantes. A Região de Saúde com maior taxa de internações relacionadas a quedas é a Alto Uruguai Gaúcho (R16), com valor três vezes superior à média estadual, cujas causas merecem estudo mais aprofundado. Além dessa, as regiões Campos de Cima da Serra (R24), Caminho das Águas (R15), Rota da Produção (R20), Sete Povos das Missões (R11), Vale do Caí e Metropolitana (R8), Vale da Luz (R30), Vinte e Oito (R28), Portal das Missões (R12), Uva e Vale (R26) e Vale e Montanhas (R29) também apresentam, nesta ordem, taxas superiores à média do Estado. Portanto exigem zelo em relação à organização da rede de atenção em traumatologia-ortopedia, bem como investimento no tocante à prevenção, especialmente no que diz respeito ao atendimento à população idosa.

Para os acidentes de transporte, observa-se aumento de 58,6% de 2008 a 2011. A maior taxa verificada é a da Jacuí Centro (R27), seguida da Fronteira Oeste (R3). Outras regiões também apresentam taxas superiores à média estadual Verdes Campos (R1), Belas Praias (R4), Bons Ventos (R5), Carbonífera / Costa Doce (R9), Capital e Vale do Gravataí (R10), Fronteira Noroeste (R14), distribuindo-se predominantemente na linha central do Estado, de leste a oeste (Figura 139). As regiões com menores taxas neste tipo de internação são Sul (R21) e Pampa (R22). Os maiores polos de referência para atendimento do trauma decorrente de acidentes de transporte, ou seja, as regiões que atendem mais pacientes de outras regiões do que os seus residentes são: Planalto (R17), Capital e Vale do Gravataí (R10), Portal das Missões (R12), Caxias e Hortências (R23) e Verdes Campos (R1), nesta ordem.

Em relação às internações codificadas como agressão verifica-se aumento de 20% entre 2008 e 2011. As regiões com maior taxa de internações por esta causa, entre seus residentes são: Vale do Caí e Metropolitana (R8) e Capital e Vale do Gravataí (R10), caracterizadas por maior densidade demográfica e grau de urbanização. Além dessas, outras regiões de saúde apresentam taxas acima da média estadual: Belas Praias (R4), Caminho das Águas (R15), Carbonífera / Costa Doce (R9) e Vale do Paranhana / Costa Serra (R6), nesta ordem.

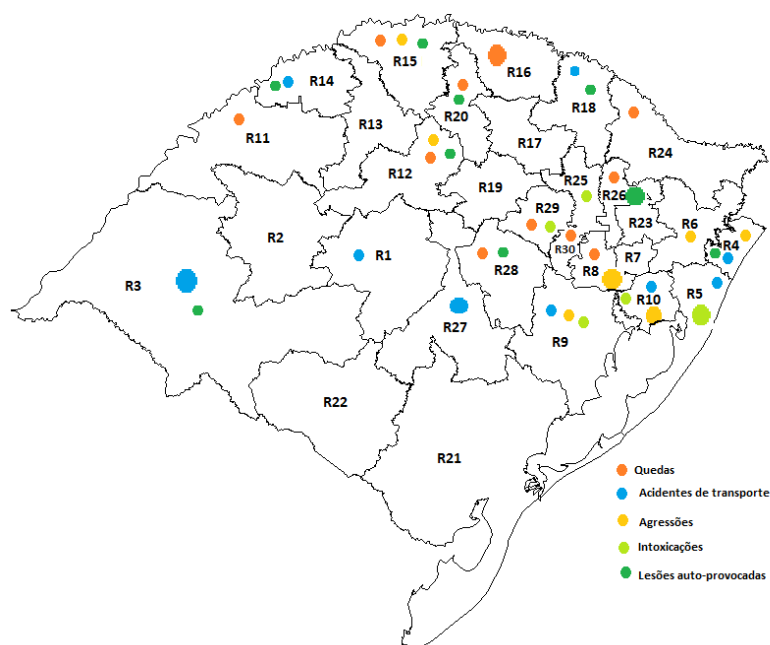
As causas de intoxicações analisadas nesta tabulação seguem a orientação do Ministério da Saúde para cálculo do IDB de causas externas, ou seja, são relacionadas à exposição ao fogo, fumaça e vapores e a envenenamento por substâncias tóxicas. A taxa média estadual de internações por essas causas reduziu de 2008 a 2011 em 35%. Apesar disso, a Bons Ventos (R5) apresenta entre seus residentes taxa muito superior à média do Estado, seguida pela Capital e Vale do Gravataí (R10), Carbonífera / Costa Doce (R9), Vales e Montanhas (R29) e Vinhedos e Basalto (R25). As regiões de referência com maior expressividade para as demais neste tipo de atendimento são: Capital e Vale do Gravataí (R10) e Planalto (R17).

A tabulação das internações do grupo das lesões autoprovocadas voluntariamente revela uma distorção provocada pela utilização do código primário X65 - autointoxicação voluntária por álcool, em aproximadamente 27% das internações do grupo referentes ao período de 2008 a 2011. Pelo fato dessa causa normalmente não estar ligada a tentativas de suicídio, para esta análise foram utilizados somente os dados de 2011 e excluído o código citado.

Com tal medida, a taxa de lesões autoprovocadas voluntariamente caiu de 0,20 para 0,14 internações por 10.000 habitantes em 2011. A maior taxa do Estado por internações codificadas como lesões autoprovocadas voluntariamente é observada em residentes da Uva e Vale (R26), seguida pela Vinte e Oito (R28), Portal das Missões (R12), Fronteira Oeste (R3), Araucárias (R18), Fronteira Noroeste (R14), Caminho das Águas (R15), Belas Praias (R4) e Rota da Produção (R20), nesta ordem, com taxas superiores à média estadual.

A partir da análise das internações hospitalares decorrentes de causas externas, em cada Região de Saúde, é possível obter informações úteis para a construção do mapa da violência no Estado. Os dados revelam situações desiguais que merecem estudos específicos com a finalidade da distribuição de recursos de saúde no território gaúcho.

Figura 139 - Regiões de Saúde com Taxas Superiores à Média Estadual para Grupos de Causas Externas, RS, 2011.



Fonte: SIHSUS/MS

Determinantes ambientais de morbimortalidade

Com o novo modelo de Vigilância em Saúde, o objeto da vigilância foi ampliado, das doenças e agravos para os fatores de risco e determinantes do processo saúde - doença. Nesse sentido, desenvolveu-se a vigilância ambiental que busca identificar situações de risco no ambiente, contribuindo com a identificação de condições potenciais de morbimortalidade da população.

O Rio Grande do Sul é um Estado voltado à agricultura, representando 16,8 % da produção nacional (IBGE, 2010). O modelo de produção agrícola atual utiliza grande quantidade de agrotóxicos durante todo o processo produtivo. Nesse contexto, a **exposição humana aos agrotóxicos** tem tido um crescimento significativo, não apenas nas atividades produtivas da área agrícola, como também na construção e manutenção de estradas, preservação de madeira, armazenamento de sementes, combate a endemias e epidemias, controle de pragas, etc.

Assim o uso de agrotóxicos é extenso e maior do que parece numa primeira análise. Em 2008, o Brasil assumiu o posto de maior mercado mundial de agrotóxicos, chegando em 2010 a representar 19% do mercado global. As repercussões desse extenso uso de agrotóxicos ocorrem tanto no âmbito da saúde dos trabalhadores, por exposição ocupacional, como no da contaminação alimentar por ingestão de resíduos em alimentos.

A SES patrocinou estudo com o objetivo de identificar e quantificar os agrotóxicos utilizados nas principais culturas agrícolas de cada bacia hidrográfica do Rio Grande do Sul, com a finalidade de adequar o monitoramento da qualidade da água de consumo humano à realidade de uso dos agrotóxicos em cada bacia. O levantamento demonstrou que a região noroeste do Estado é a que apresenta os maiores valores de agrotóxicos utilizados por área, especialmente na Bacia Hidrográfica do Alto Jacuí. Essa região é produtora de milho, soja e trigo, tendo grande parte do seu território cultivado com a utilização, principalmente, das substâncias: Glifosato, Trimetilbenzeno e Metamidofós.

É necessário que seja implementado o monitoramento da água de consumo humano, conforme a realidade do uso dos agrotóxicos nas bacias hidrográficas, pois alguns compostos críticos ainda estão ausentes da norma de potabilidade (Portaria 2914/11 MS) e, portanto, não são analisados pelas companhias de abastecimento de água. Esse diagnóstico, ainda recente, deverá subsidiar ações integradas de Vigilância em Saúde e Atenção Básica, capacitando-se equipes tanto para identificação de riscos (indicando quais as substâncias mais usadas) como para o reconhecimento de casos de intoxicações agudas leves e moderadas, assim como para casos crônicos reagudizados. Da mesma forma, é necessária a ampliação da capacidade diagnóstica laboratorial na rede de laboratórios de Saúde Pública coordenada pelo LACEN/FEPPS.

Embora a intoxicação exógena tenha se tornado de notificação compulsória, vários estudos demonstram que o registro de casos de intoxicação para a exposição ambiental ou ocupacional aos agrotóxicos ainda envolve muitos desafios a serem enfrentados. Os dados disponíveis referem-se apenas aos casos de intoxicação agudas, não incluindo os agravos relacionados à exposição crônica, que em muitas circunstâncias não são diagnosticados corretamente, por apresentarem sintomas inespecíficos ou por serem confundidos com outras doenças. Segundo a Organização Mundial da Saúde, para cada caso notificado de intoxicação por agrotóxicos existiriam outros 50 casos não notificados.

Com relação à **vigilância da qualidade da água** para consumo humano, no ano de 2011 492 municípios cadastraram suas fontes de abastecimento de água no SISAGUA, correspondendo a 99,2% dos municípios gaúchos, com 1.436 Sistemas de Abastecimento de Água (SAA), 7.517 Soluções Alternativas Coletivas (SAC) e 6.268 Soluções Alternativas Individuais (SAI). No que se refere às análises de controle da qualidade da água realizadas pelos prestadores de serviço de abastecimento, no mesmo ano, 401 municípios (80,8%) alimentaram dados de controle de qualidade da água.

Apesar da evolução observada na série histórica deste indicador, ainda existem 95 municípios gaúchos em situação de risco devido à ausência de realização de controle da qualidade da água por parte dos prestadores de serviço, sejam de SAA ou SAC. Quanto ao monitoramento da qualidade da água, por meio da análise dos coliformes totais, de acordo com a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem, que inclui o grupo de bactérias de contaminação fecal, - cuja detecção subsidia ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano, no ano de 2011 -, 26 municípios não realizaram monitoramento da qualidade da água. Percebe-se que, apesar da maioria dos municípios gaúchos estarem realizando mais de 50% do número de amostras determinado em relação ao parâmetro coliformes totais, ainda há muito para avançar para qualificar este monitoramento.

A **Vigilância de Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos (VIGIAR)**, com o objetivo de promover a saúde da população exposta aos poluentes atmosféricos, prioriza regiões onde existam atividades de natureza econômica ou social que gerem poluição atmosférica de modo a caracterizar um fator de risco para as populações expostas em áreas metropolitanas, industriais e de extração de carvão mineral para a produção de energia. A estratégia de Unidades Sentinelas adotadas pelo VIGIAR possibilita estimar a magnitude de sintomas e de agravos em crianças menores de cinco anos, possivelmente expostas aos poluentes atmosféricos, permitindo a identificação dos problemas de saúde em uma escala temporal mais próxima da ocorrência dos eventos.

Essas estratégias já foram instaladas em alguns municípios considerados prioritários ao VIGIAR nas seguintes Regiões de Saúde: Vale do Caí e Metropolitana (R8), Carbonífera / Costa Doce (R9), Capital e Vale do Gravataí (R10), Fronteira Noroeste (R14), Sul (R21), Pampa (R22), Caxias e Hortências (R23) e Jacuí Centro (R27). Essas informações, além de contribuírem em ações no setor saúde, influenciam na tomada de decisões intersetoriais.

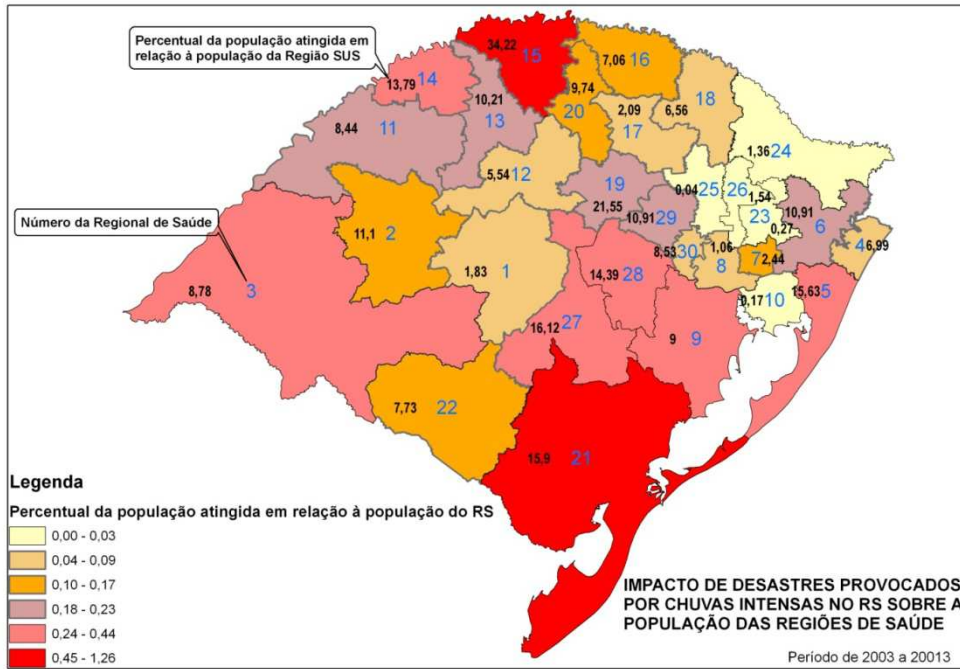
Em novembro de 2012, com a aplicação do Instrumento de Identificação de Município de Risco - IIMR/Ministério da Saúde, em 100% dos municípios do RS, a medida permitiu priorizar regiões de saúde que necessitam da implantação e atuação do VIGIAR. São Regiões de Saúde que apresentam um maior número de municípios classificados em risco médio, alto e crítico para exposição aos poluentes atmosféricos, especialmente para a morbimortalidade por agravos respiratórios: Verdes Campos (R1), Entre-Rios (R2), Sete Povos das Missões (R11), Diversidade (R13), Caminho das Águas (R15), Alto Uruguai Gaúcho (R16), Planalto (R17), Araucárias (R18), Vinte e Oito (R28), Vales e Motanhas (R29) e Vale da Luz (R30), além das regiões Vale do Caí Metropolitana (R8), Carbonífera/Costa Doce (R9), Fronteira Noroeste (R14) e Jacuí Centro (R27) consideradas prioritárias ao VIGIAR desde o ano de 2005.

Os desastres ambientais, com o aumento de frequência previsto devido às alterações climáticas mundiais, têm potencial para impactar tanto a saúde das populações atingidas como os próprios serviços de saúde e de assistência em geral. São vulneráveis a esses a população, as equipes de atendimento/salvamento e a própria rede assistencial, tanto por poder não estar capacitada a atender a demanda, figurando entre os motivos de impossibilidade a questão de terem as suas próprias instalações comprometidas pelo impacto do evento. Visando mapear os riscos e o grau de vulnerabilidade das populações envolvidas, no sentido de minimizar danos, desenvolveu-se a **Vigilância de Eventos Ambientais Adversos à Saúde**.

O Rio Grande do Sul sofre regularmente eventos climáticos extremos, mais recorrentes em algumas áreas, destacando-se três tipos: as chuvas intensas (que provocam enchentes, inundações, enxurradas, alagamentos e deslizamentos de terra), as estiagens, os vendavais (temporais, ciclones extratropicais, tornados e furacões), a queda de granizo e as elétricas (raios). Os dados atualmente existentes, entretanto, ainda não permitem correlações consistentes entre esses eventos e a situação de saúde das populações atingidas. Já os desastres provocados por acidentes com produtos perigosos, incêndios e com queimadas, que também ocorrem com certa regularidade, são a menor do que o esperado, tendo em vista as diversas situações de risco observadas, tanto em instalações fixas como no transporte de carga.

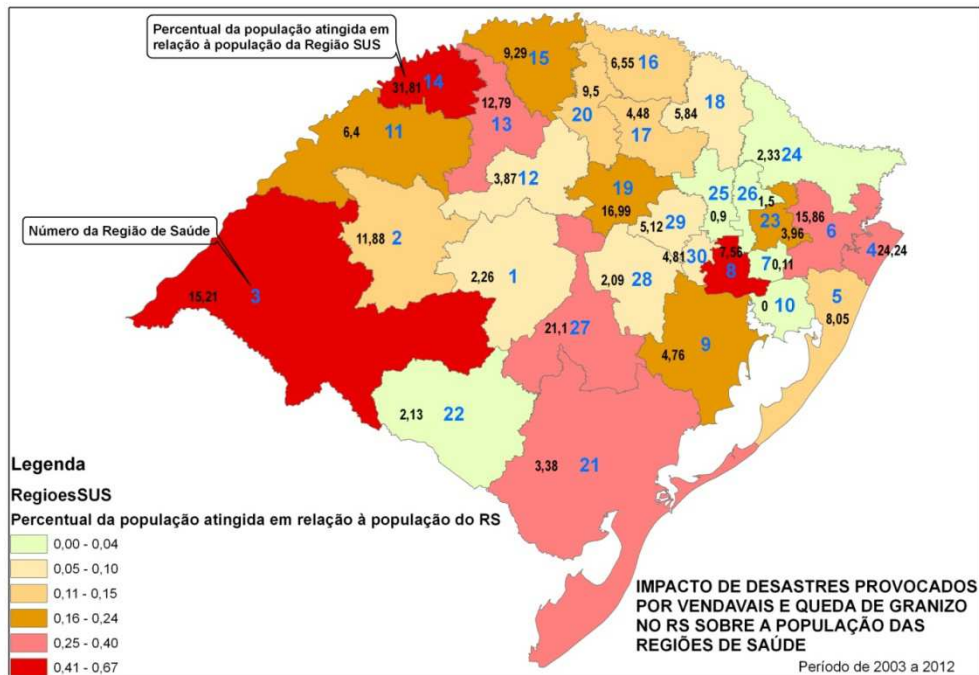
Nas Figuras 140 e Figura 141 é apresentada, por Região de Saúde, a exposição da população a desastres classificados em três categorias: provocados por chuvas intensas, por estiagem, por vendavais e queda de granizo (dados da Defesa Civil do RS) e por acidentes com produtos perigosos (dados da FEPAM).

Figura 140 - Impacto de desastres provocados por chuvas intensas por Regiões de Saúde, RS, 2003 a 2013.



Fonte: CEVS/SES/RS

Figura 141 - Impacto de desastres provocados por vendavais e pela queda de granizo por Região de Saúde, RS, 2003 a 2012.



Fonte: CEVS/SES/RS

O tratamento de dados elaborado a partir das informações prestadas pela Defesa Civil do Estado aponta as populações das regiões Sul (R21), Capital e Vale do Gravataí (R10), Caxias e Hortências (R23) e Fronteira Oeste (R3) como as mais impactadas pelos eventos climáticos extremos que resultam em desastres. Uma abordagem incluindo a ótica de impacto sobre a saúde, entretanto, incluiria a região Fronteira Noroeste (R14).

As **intoxicações** são agravos à saúde que acometem a população com ampla repercussão no sistema de saúde. O Rio Grande do Sul é um dos principais recordistas nacionais de registro de casos de intoxicações humanas no país, respondendo por 21,8% do total de cerca de 100 mil atendimentos realizados por 17 Centros de Informação e Atendimento Toxicológico do país. As maiores vítimas de intoxicação no Estado são as crianças com idade inferior a dez anos (cerca de 36% dos atendimentos), envolvidas em acidentes domiciliares com agentes potencialmente tóxicos como: medicamentos, produtos saneantes, raticidas, inseticidas de uso doméstico, animais peçonhentos, plantas tóxicas, etc.

A quase totalidade desses acidentes poderia ser evitada se houvesse informação adequada dos cuidadores sobre medidas simples de prevenção. Os dados de intoxicação registrados no Rio Grande do Sul caracterizam a necessidade urgente da implantação de programas de educação e prevenção de acidentes tóxicos para a redução do impacto desses agravos na saúde da população mediante avaliação de risco e qualificação das equipes de saúde, tanto da atenção básica quanto das que atuam nas unidades de pronto atendimento.

Outro grupo de risco importante, que tem **aumentado nos últimos anos, são as vítimas de tentativas de suicídio por autoenvenenamento**, principalmente no sexo feminino. Entre os anos de 2005 a 2009 foram registradas 13.403 tentativas de suicídio por autoenvenenamento em mulheres residentes no Estado. O coeficiente populacional médio foi de 46,15 tentativas de suicídio por autoenvenenamento para cada 100.000 mulheres residentes.



Análise por Ciclos de Vida

Os Ciclos de Vida foram identificados a partir da leitura do desenvolvimento humano como um processo influenciado por mudanças biológicas, temporais, culturais e sociais. Abaixo será realizada a análise de cada Ciclo de Vida, destacando-se as principais características de cada um, tendo em vista garantir a integralidade do conjunto de Políticas de Saúde desenvolvidas no Estado.

Condições de Saúde das Crianças

A população na faixa etária de zero a menores de 10 anos, no Rio Grande do Sul, é de 1.378.710 crianças, segundo o senso IBGE/2010. Dessa população, 652.953 são os menores de 05 anos, grupo etário com risco aumentado de adoecer e ou morrer, que se encontra diretamente relacionado ao acesso, em tempo oportuno e com qualidade, aos recursos de saúde e a uma rede de apoio psicossocial.

Segundo os dados do sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC/NIS/DAS/SES/RS), no ano de 2011, nasceram 137.605 crianças no Estado. A grande maioria dos partos (99,66%) ocorreu em ambiente hospitalar. Do total de crianças nascidas em 2011, 11,7% nasceram antes de 37 semanas de idade gestacional, portanto foram consideradas prematuras; 9,5% apresentaram baixo peso (inferior a 2.500g) e 1,4% muito baixo peso (inferior a 1.500g). Isso aponta para a necessidade da qualificação da atenção pré-natal em conformidade com as ações preconizadas na Rede Cegonha.

O Estado fomenta a certificação de leitos Canguru, leitos de cuidado intermediário humanizado, instituídos pela Resolução CIB/RS nº 33/2006 para as unidades de referência à gestante de alto risco, em maternidades regionais que realizam 1.000 e mais partos/ano, com o objetivo de otimizar a ocupação dos leitos de UTI neonatais, que devem efetivamente ser utilizados pelos bebês com muito baixo peso (1.500g). Os leitos Canguru visam garantir acesso ao leito de UTI, sendo parte da estratégia para a redução da mortalidade infantil.

Para dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis, propondo intervenções para reduzir a mortalidade, o Governo do Estado instituiu em 2011 um grupo de trabalho denominado Gabinete de Situação, para a implantação do Plano de Intensificação da Vigilância da Mortalidade Infantil no Rio Grande do Sul, que se encontra em vigor. A investigação de óbitos fetais e infantis propicia a elucidação das circunstâncias em que ocorreram os óbitos, sendo voltada a intervenções que possam evitar novos casos semelhantes. A vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde.

Em relação aos dados da mortalidade infantil, observa-se que no total de 1.574 mortes registradas, 16,4% ocorreram na faixa etária de mães de 10 a 19 anos (SIM/RS, 2011). Com relação aos fatores de risco social para a mortalidade infantil, 17,5% das mães nessa faixa etária tiveram RN com peso inferior a 2.500g. A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), estratégia desenvolvida no Estado, somando-se às ações da Rede Cegonha, contempla ainda ações para a atenção integrada às doenças prevalentes na fase neonatal-AIDPI Neonatal, com o objetivo de reduzir a mortalidade neste período da infância.

Figura 142 - Série histórica da mortalidade por doenças prevalentes em crianças < 1 ano para infecção respiratória aguda (IRA) em números absolutos, RS, 2007 a 2012.

Insuficiência Respiratória Aguda (IRA)	2007	2008	2009	2010	2011
	52	51	58	46	29

Fonte: NIS/DAS/SES/RS

Um fator de risco relevante na atualidade diz respeito aos elevados índices de violência, com destaque para a morbimortalidade por causas externas, que ocupa o primeiro lugar de óbitos na infância, partir do primeiro ano de vida. A intervenção mais precoce é a prevenção que se inicia não só com os cuidados pré-natais da gestante, mas também, com o suporte às relações familiares ou domésticas em que ela esteja inserida. A atenção aos aspectos biopsicossociais da gestação, do parto e do puerpério pode significar a diferença entre o desenvolvimento saudável do(a) recém-nascido(a) e a ocorrência de danos com consequências irreversíveis sobre eles/elas. Pais e mães submetidos a violências sistemáticas, por exemplo, podem se descuidar dos filhos, vindo a repeti-las em relação à prole, causando prejuízos à saúde da mesma.

Em relação aos óbitos de menores de 05 anos, os dados do SIM/NIS/DAS/SES/RS 2011 nos mostram que ocorreram 1.841 óbitos (Taxa de Mortalidade em Menores de 05 anos - TMM5 13,4). Diante disto, o Estado aprovou a Resolução CIB Nº 618/2012 tornando obrigatória a investigação do óbito em menores de cinco anos no Rio Grande do Sul. Do total de óbitos nesta faixa etária, anos, 1.574 foram de crianças menores de 01 ano de vida (Coeficiente de Mortalidade Infantil - CMI 11,4). Entre os óbitos ocorridos antes do primeiro ano de vida, 1.073 ocorreram no período neonatal, do nascimento até os 28 dias de vida (Coeficiente de Mortalidade Neonatal - CMN 7,8), e 501 no período infantil tardio, dos 28 dias até o primeiro ano de vida (Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardio - CMIT 3,6).

A Figura 143, abaixo, indica que a mortalidade infantil tem se apresentado estável, porém com tendência à queda no Estado do Rio Grande do Sul.

Figura 143 - Coeficiente de Mortalidade Infantil, RS, 2007 a 2011

Coeficiente de Mortalidade Infantil					
Ano	2007	2008	2009	2010	2011
Rio Grande do Sul	12,7	12,8	11,5	11,2	11,4

Fonte: NIS/DAS/SES/RS

As Figuras 144 e Figura 145, a seguir, trazem um panorama dos dados de CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil (até o primeiro ano de vida) e CMNP - Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce (do nascimento até o sétimo dia de vida) no ano de 2011, nas 30 Regiões de Saúde do Estado, divisão territorial formalizada pela Resolução CIB nº 555/2012 atendendo ao Decreto 7.508/2011.

Figura 144 - Coeficiente de Mortalidade Infantil por Região de Saúde, RS, 2011.

Região de Saúde / Município	< 01 Ano	NV	CMI
1ª Região	57	5066	11,25
2ª Região	14	1321	10,60
3ª Região	103	6232	16,53
4ª Região	17	1932	8,80
5ª Região	25	2574	9,71
6ª Região	28	2814	9,95
7ª Região	114	10393	10,97
8ª Região	110	10098	10,89
9ª Região	43	4804	8,95
10ª Região	303	30870	9,82
11ª Região	42	3352	12,53
12ª Região	20	1891	10,58
13ª Região	14	2647	5,29
14ª Região	34	2387	14,24
15ª Região	41	3241	12,65
16ª Região	30	2578	11,64
17ª Região	46	4222	10,90
18ª Região	20	1346	14,86
19ª Região	25	1355	18,45
20ª Região	22	1997	11,02
21ª Região	142	10394	13,66
22ª Região	35	2388	14,66
23ª Região	73	7666	9,52
24ª Região	18	1324	13,60
25ª Região	34	2967	11,46
26ª Região	32	1934	16,55
27ª Região	32	2320	13,79
28ª Região	56	3711	15,09
29ª Região	28	2274	12,31
30ª Região	16	1507	10,62
Total	1574	137605	11,44

Fonte: DAS/SES/RS

Figura 145 - Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce por Região de Saúde, RS, 2011.

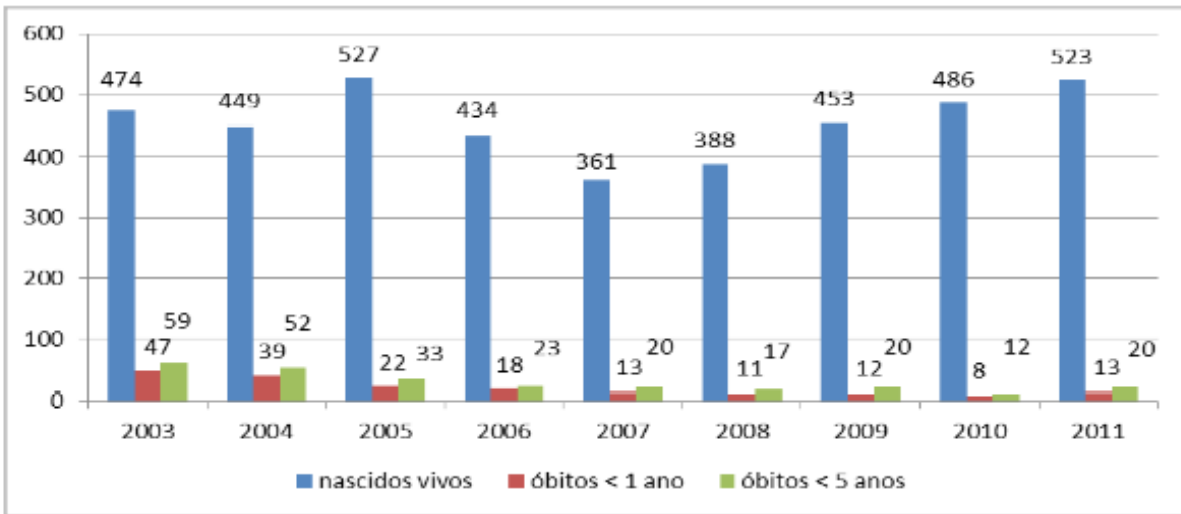
Região de Saúde / Município	< 07 Dias	NV	CMNP
1ª Região	22	5066	4,34
2ª Região	9	1321	6,81
3ª Região	50	6232	8,02
4ª Região	11	1932	5,69
5ª Região	12	2574	4,66
6ª Região	21	2814	7,46
7ª Região	57	10393	5,48
8ª Região	54	10098	5,35
9ª Região	20	4804	4,16
10ª Região	120	30870	3,89
11ª Região	24	3352	7,16
12ª Região	9	1891	4,76
13ª Região	5	2647	1,89
14ª Região	21	2387	8,80
15ª Região	20	3241	6,17
16ª Região	17	2578	6,59
17ª Região	23	4222	5,45
18ª Região	13	1346	9,66
19ª Região	16	1355	11,81
20ª Região	13	1997	6,51
21ª Região	71	10394	6,83
22ª Região	15	2388	6,28
23ª Região	35	7666	4,57
24ª Região	10	1324	7,55
25ª Região	23	2967	7,75
26ª Região	15	1934	7,76
27ª Região	20	2320	8,62
28ª Região	19	3711	5,12
29ª Região	9	2274	3,96
30ª Região	10	1507	6,64

Entre as Regiões de Saúde que apresentaram aumento no Coeficiente de Mortalidade Infantil - CMI no ano de 2011 estão: 3ª, 11ª, 14ª, 15ª, 16ª, 18ª, 19ª, 21ª, 22ª, 24ª, 26ª, 27ª, 28ª, 29ª regiões; a 1ª e 25ª regiões mantêm o valor do coeficiente na média do Estado e as demais regiões de saúde apresentam variações abaixo da média estadual. Uvas e Vales (26ª) apresentou o coeficiente de mortalidade infantil mais alto, seguido de Alegrete Uruguaiana (3ª) e Santa Cruz do Sul (28ª). Vimos ainda que em relação à Mortalidade Neonatal Precoce - CMNP (até 07 dias de vida), as Regiões 2ª, 3ª, 4ª, 6ª, 11ª, 14ª, 15ª, 16ª, 19ª, 20ª, 21ª, 22ª, 24ª, 25ª, 26ª, 27ª, 30ª estão acima da média do Estado.

Dentre os registros de coeficientes de mortalidade neonatal precoce mais altos estão as regiões de: Soledade (19ª região), seguida de Santa Rosa (14ª região) e de Cachoeira do Sul (27ª região). A Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da Criança potencializa os fluxos e ações direcionados ao cuidado e atenção neonatal, com o objetivo de redução da mortalidade infantil no estado. Os coeficientes por região de saúde auxiliam no direcionamento e intensificação dessas ações.

Considerando a especificidade da mortalidade infantil (menores de 01 ano) e de menores de 05 anos indígenas, registra-se, desde 2003, que essa apresenta uma tendência de diminuição, pois as crianças indígenas correm o risco de morrer em idade mais avançada do que as não indígenas. Conforme podemos verificar, é na faixa de < 5 anos que se concentram os óbitos entre as crianças indígenas (Figura 146). Talvez favoreçam este quadro fatores como: interrupção do aleitamento materno, famílias com vários filhos menores de 05 anos, maior exposição das crianças a doenças infectoparasitárias e a ênfase dada pelos programas de saúde aos menores de 01 ano, em detrimento das outras faixas etárias das crianças.

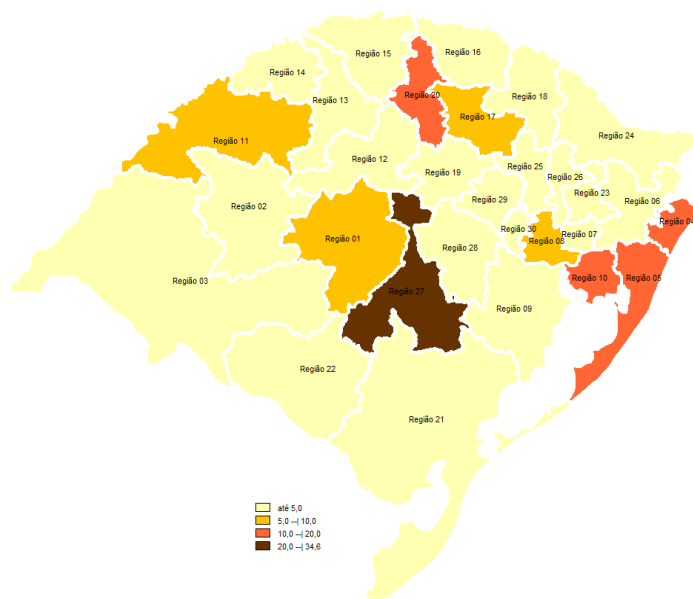
Figura 146 - Mortalidade Infantil Indígena, RS, 2003 a 2011



Fonte: DAS/SES/RS

A **transmissão vertical do HIV** ocorre pela passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação. Aproximadamente 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação e 65% no periparto, havendo um risco acrescido de transmissão por meio da amamentação, de 7% até 22%, devido a essa exposição (amamentação). A taxa de transmissão vertical do HIV, quando não são realizadas todas as intervenções de profilaxia, atinge cerca de 25% dos recém-nascidos de gestantes HIV+, podendo ser reduzida a níveis entre 1 a 2 % com a aplicação de medidas adequadas durante o pré-natal, parto e o puerpério. Em 2011, a região Jacuí Centro (R27) apresentou a TI mais elevada 34,5/por 100.000 hab., com número absoluto de 04 casos, seguida, respectivamente das regiões Bons Ventos (R5), Capital e Vale do Gravataí (R10), Belas Praias (R4) e Rota da Produção (R20). Dezesesseis regiões (53,3%) apresentaram TI igual a zero (Figura 147).

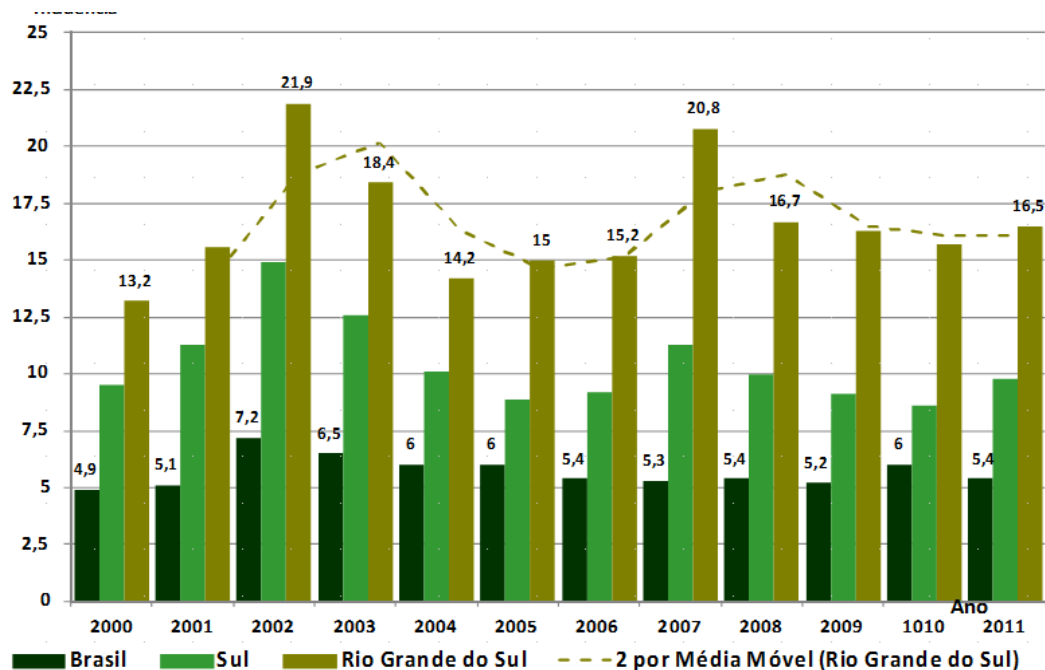
Figura 147 - Incidência de AIDS por 100.000 em menores de 05 anos por região de saúde, RS, 2007-2012



Fonte: DAS/SES/RS

A incidência de casos em crianças menores de cinco anos, assim como ocorre nas demais faixas etárias, é maior no RS do que no Brasil. No entanto, essa aparentemente, não tem sofrido elevação evidentemente substancial (Figura 148).

Figura 148 - Incidência de AIDS (por 100.000hab) em menores de 05 anos de idade. Rio Grande do Sul, 2000 a 2012.



Fonte:DAS/SES/RS

A estratificação desta faixa etária permite observar que a maior incidência da AIDS ocorre entre as crianças menores de 01 ano, averiguando-se que em 2010 o percentual correspondente atingiu cerca de 24%. A incidência, que vinha reduzindo-se no RS, sofreu um aparente recrudescimento a partir de 2009 (Figura 148). Em geral, observa-se que a forma de transmissão vertical é a preponderante entre menores de 10 anos no RS e Brasil.

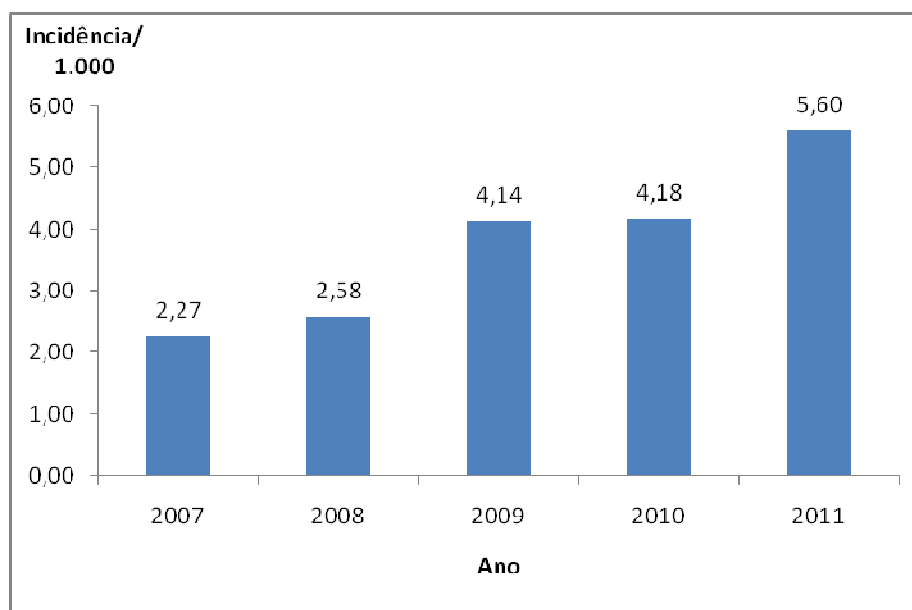
A sífilis congênita é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, transmitida por via placentária, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença em gestante não tratada ou inadequadamente tratada. Esse agravo é considerado um marcador da qualidade da assistência à saúde no pré-natal. A sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde de atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção dessa forma da doença. A sífilis em gestante é doença de notificação compulsória desde 2005. A notificação e a vigilância da sífilis congênita e gestacional são imprescindíveis para o monitoramento da transmissão vertical, a fim de subsidiar ações de prevenção e controle.

A taxa de incidência de sífilis congênita (Figura 149) apresentou aumento no mesmo período avaliado. Esse aumento na TI de sífilis congênita também foi observado em 12 (40%) regiões de saúde: Verdes Campos (R1), Fronteira Oeste (R3), Belas Praias (R4), Vale dos Sinos (R7), Vale do Caí e Metropolitana (R8), Carbonífera (R9), Capital e Vale do Gravataí (R10), Portal das Missões (R12), Planalto (R17), Caxias e Hortências (R23), Jacuí (R27) e Vinte e Oito (R28). Maior incidência foi identificada na Capital e Vale do Gravataí R 10, seguida, respectivamente, pelas regiões: Carbonífera/Costa Doce R9, Portal das Missões R12 e Vale dos Sinos R7. Em 2011, Cinco (16,7%) regiões; Entre-Rios (R2), Fronteira Noroeste (R14), Pampa (R22), Vinhedos e Basalto (R25) e Uva e Vale (R26)

apresentaram número de casos $<0,5/1.000$ nascidos vivos (Figura 149), valor considerado como objetivo de eliminação da sífilis até 2015.

O aumento da TI de sífilis congênita é preocupante, necessitando de medidas de prevenção e controle. Com o objetivo de facilitar o acesso ao tratamento e ao diagnóstico da sífilis, o Ministério da Saúde publicou, em 2011, portaria que dispõe sobre a administração de penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, assim como portaria sobre o fluxograma laboratorial da sífilis e da utilização de testes rápidos para a triagem. É fundamental que se mantenha o monitoramento desses agravos para que seja observado o seu comportamento e para que se possam instituir medidas adequadas para reduzir as taxas de incidência ao mínimo aceitável.

Figura 149 - Incidência de sífilis congênita por ano, RS, 2007-2011



Fonte: DAS/SES/RS

Em relação ao Programa de Aleitamento Materno, no Estado do Rio Grande do Sul contamos com 16 hospitais “Amigo da Criança” (IHAC), 7 Bancos de Leite Humano, 23 Leitos Canguru e 15 Unidades Básicas Amigas da Amamentação certificadas pelo Ministério da Saúde. Ampliar a estratégia IHAC é um desafio devido às altas taxas de cesárea apresentadas pelos Hospitais do Estado.

As ações de diagnóstico nutricional desenvolvidas pela Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) consistiram na aferição de peso e altura e do consumo alimentar de indivíduos de ambos os sexos que compareceram às Unidades Básicas de Saúde do RS em 2011. Foram avaliados 527.099 indivíduos de ambos os sexos, sendo 211.285 crianças de 0 a 10 anos. Crianças menores de 05 anos, 87,6% apresentavam peso adequado para idade, entre 05 a 10 anos incompletos, 19,1% encontravam-se com sobrepeso, 9,0% apresentavam obesidade e 6,4% obesidade grave.

No tocante à saúde de crianças menores de cinco anos, observa-se que entre 1989 (Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição - PNSN) e 2006 (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS) houve uma redução significativa da desnutrição (déficit de peso para idade) passando de 7,1% para 1,7%. Entretanto, a tendência de redução não ocorreu de maneira uniforme em todos os grupos populacionais, visto que em crianças menores de cinco anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família, a desnutrição é igual a 16,4% (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN); em indígenas, chega a 26% (I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição de Populações Indígenas 2008-09); e em quilombolas a 14,8% (Chamada Nutricional Quilombola, 2006). A meta pactuada do indicador no Estado, no ano de 2011, foi de 2,8%. O resultado alcançado foi superior à meta pactuada, atingindo 2,7% de

crianças menores de cinco anos, com baixo peso, acompanhadas pelo registro no Sistema de Vigilância Nutricional (Sisvan-Web).

No que se refere à Saúde Bucal em crianças, foi observado que 72,72% dos bebês (18 a 36 meses) estão livres de cárie ($ceod=0$), e que a média do índice $ceod$ nessa faixa etária foi de 1,18. Os dentes cariados representaram 93,7% da composição do índice.

Aos 05 anos 40,85% das crianças estão livres de cárie ($ceod=0$), e o $ceod$ médio (Índice de Dentes Decíduos Cariados, Extraídos e Obturados) nesta idade corresponde a 2,91. Destes, 78,9% representam dentes cariados (componente c), conforme a Figura 150.

Figura 150 - Prevalência de cárie dentária e média de $ceod$ e CPOD por idade, RS, 2003.

Idade	Prevalência		Experiência de cárie
	Sem cárie	Com cárie	
18 a 36 meses	72,25%	27,75%	$ceod$ 1,22
05 anos	40,68%	59,32%	$ceod$ 2,91
05 anos (dentição permanente)	95,90%	4,10%	CPOD* 0,12

Condições de Saúde dos Adolescentes

A situação da infância e da adolescência desperta, desde a década de 1980, o interesse de profissionais e de autoridades no que se refere às suas condições de vida e saúde. Em 1990, com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei 8.069/90), foi confiada ao Sistema Único de Saúde - SUS a missão de assegurar o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, garantindo-se aos indivíduos abrangidos pela norma o acesso às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Dessa forma, a operacionalização das ações deve estar integrada com as áreas de segurança, justiça e assistência social, cultura, lazer, habitação, trabalho e educação, privilegiando os princípios da transversalidade e da intersetorialidade.

O aumento populacional desse segmento, ocorrido nas três últimas décadas, resulta de uma transformação na estrutura etária da população em função da queda da fecundidade, do crescente declínio da mortalidade infantil e do aumento da esperança de vida ao nascer. Existem hoje 1.749.841 habitantes entre 10 a 19 anos, ou seja, 16,24% da população total do Estado, sendo 8,05% (867.875) de 10 a 14 anos e 8,18% (881.966) de 15 a 19 anos. Quanto ao sexo, são 887.341 adolescentes do sexo masculino e 862.500 adolescentes do sexo feminino.

Dos 10 aos 14 anos predominam as mortes por acidentes de transporte, seguidas de afogamentos e de agressões (homicídios). Nessa faixa etária, do total de 252 óbitos ocorridos em 2010, 112 (44,44%) foram por causas externas, sendo 72 com o sexo masculino e 40 com o sexo feminino (SIM/RS/2010). Dos 15 aos 19 anos estão em primeiro lugar os óbitos por agressões (homicídios), seguidos por acidentes de transporte, afogamentos e por suicídios. Na faixa etária considerada, do total de 831 óbitos ocorridos em 2010, 596 foram por causas externas, sendo 494 no sexo masculino e 102 no sexo feminino (SIM/RS/2010).

Os maiores riscos para o adolescente são desastres de automóvel e motocicleta, atropelamento, quedas de bicicleta e afogamento. Verificam-se, também, taxas elevadas de

homicídios, acidentes de trânsito e intoxicação por abuso de drogas, principalmente no sexo masculino. Dentre os fatores de risco para mortalidade por causas externas, as condições socioeconômicas são uma das principais causas, associadas a questões de raça/etnia, baixo nível de educação materna, desemprego, habitações precárias e uso abusivo de álcool e outras drogas, dentre outros. Além do sexo, deve-se considerar também o tipo de exposição e as diferenças de comportamento em relação ao risco de injúrias físicas.

Embora se observe uma redução nas taxas de natalidade na população em geral, e na adolescência em específico, a gravidez nessa fase e as suas implicações para a vida da menina, do menino e do bebê merecem uma análise minuciosa. Trata-se de repercussões no âmbito biopsicossocial, sobretudo se associadas à situação socioeconômica e de escolaridade, que restringem as possibilidades de desenvolvimento cultural, social e psicológico dos envolvidos. Observa-se, ainda, que a mãe adolescente encontra-se mais vulnerável à ocorrência de uma segunda gestação na mesma fase do desenvolvimento.

Em 2010, o SINASC/RS registrou um total de 133.143 nascimentos. Desses, 21.830 foram de mães com idade entre 10 e 19 anos, sendo 935 de mães na faixa etária de 10 a 14 anos e 20.895 de mães na faixa etária de 15 a 19 anos (SINASC/RS, 2010). A proporção de nascidos vivos, filhos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos, em relação à totalidade de nascimentos, foi de 16,4% (SINASC/RS, 2010). Dados de 2011 mostram uma proporção de 16% na mesma faixa etária (NIS/RS, 2012), confirmando uma queda no número de partos nessa faixa etária desde o ano 2000, quando essa era de 20,3%.

O número total de mães com RN de baixo peso em 2010 foi de 12.557, incluindo todas as faixas etárias. Na faixa etária de 10 a 19 anos, 2.204 (17,5%) mães tiveram RN com peso inferior a 2.500g. Em relação à duração da gestação, 12.650 mulheres das quais 2.066 (16,3%) adolescentes, tiveram RN com menos de 37 semanas de gestação (SINASC/RS, 2010). Esta realidade aponta para a necessidade de planejamento de serviços, identificação precoce e de acompanhamento diferenciado da gestante adolescente, estratégia da Saúde que está sendo potencializada mediante a articulação das Redes de Atenção à Saúde e Linhas de Cuidado.

Em relação à mortalidade infantil, observa-se que no total de 1.538 mortes registradas, 309 (20%) ocorreram na faixa etária de mães de 10 a 19 anos (SIM/RS, 2010). Os dados de mortalidade infantil, considerando o peso do recém-nascido inferior a 2.500g e a idade da mãe, indicam que do total dos óbitos registrados (837), em todas as faixas etárias, 203 (24%) óbitos foram de bebês de mães de 10 a 19 anos (SIM/RS, 2010). No que diz respeito ao número de óbitos maternos na adolescência, dos 102 registrados, 15 foram de adolescentes (SIM/RS, 2010), o que representa 14,7% do total de óbitos.

A Figura 151 apresenta um panorama da proporção de partos de mães adolescentes, no período de 2007 a 2011, nas 30 novas Regiões de Saúde do Estado, evidenciando que em 12 Regiões esta proporção, no ano de 2011, encontrava-se acima da média do Estado.

Figura 151 - Proporção de partos de mães adolescentes por Regiões de Saúde, RS, 2007 a 2011

01/02/13	Gravidez na Adolescência – n° e % partos mães adolescentes (<20 ^a)										Mun Impl Pol Adol	Comparação 2010/2011 % Gravidez
	Ano 2007		Ano 2008		Ano 2009		Ano 2010		Ano 2011			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Rio Grande do Sul	23736	17,8	23527	17,4	22633	16,9	21830	16,4%	21985	16	168	
1ª Região	876	20,22	949	20,92	850	19,47	793	16,9%	763	15,9	3	Redução
2ª Região	233	19,32	267	19,91	448	21,21	247	20,4%	211	18	1	Redução
3ª Região	1358	20,99	1391	22,01	1353	21,53	1310	20,5%	1326	22,3	7	Aumento
4ª Região	314	15,83	316	17,23	325	16,48	324	13,9%	343	15,2	2	Aumento
5ª Região	454	18,83	457	19,27	410	16,98	447	18,1%	442	16,5	3	Redução
6ª Região	533	19,83	507	17,43	505	19,57	512	19,2%	520	18,9	1	Redução
7ª Região	1766	15,02	1677	12,7	1575	13,36	1517	10,6%	1555	11,9	4	Aumento
8ª Região	1822	14,00	1704	15,15	1628	15,48	1565	11,7%	1571	12,4	6	Aumento
9ª Região	983	18,75	848	17,5	850	19,06	786	17,4%	824	16,4	4	Redução
10ª Região	2330	19,38	5161	17,58	4882	16,43	4689	16,5%	4899	16,2	5	Estável
11ª Região	651	17,88	646	17,06	668	17,69	627	17,0%	616	16,7	2	Redução
12ª Região	369	18,60%	391	19,10%	372	19,31%	384	19,10%	354	18,7%	12	Redução
13ª Região	359	15,26	366	16,03	439	19,1	384	15,4%	359	13,8	7	Redução
14ª Região	318	13,56	349	14,83	348	15,17	603	12,0%	281	12,2	4	Estável
15ª Região	662	21,23	660	20,31	642	20,18	597	18,1%	618	19,2	24	Aumento
16ª Região	405	17,16	442	15,7	410	16,11	405	18,7%	389	14,1	5	Redução
17ª Região	681	16,72	680	16,98	596	12,53	571	15,8%	611	14,5	6	Redução
18ª Região	202	13,94	210	14,68	241	16,19	202	14,6%	206	13,8	10	Redução
19ª Região	305	19,72	259	19,94	249	20,92	274	19,0%	261	17,7	3	Redução
20ª Região	315	14,55	353	15,79	320	15,14	332	15,1%	309	12,8	7	Redução
21ª Região	2031	19,95	1966	19,97	1930	20,87	1824	20,9%	1784	17,8	11	Redução
22ª Região	495	22,67	473	20,57	459	20,54	441	18,2%	452	21	1	Aumento
23ª Região	1025	11	1030	11,2	1040	11,7	1017	9,0%	1068	10,6	3	Aumento
24ª Região	306	29,38	287	24,56	276	23,28	273	22,6%	267	18,5	4	Redução
25ª Região	335	9,86	351	11,79	350	9,58	354	9,8%	319	9,9	3	Estável
26ª Região	223	11,99	242	9,49	238	11,14	237	10,6%	229	11,1	2	Aumento
27ª Região	447	16,69	450	17,96	447	19,05	422	16,8%	394	14,8	12	Redução
28ª Região	626	17,29	564	18,2	552	18,77	519	15,7%	558	17,4	6	Aumento
29ª Região	307	12,66	295	14,2	230	12,97	280	12,1%	253	10,8	8	Redução
30ª Região	172	9,12	208	11,95	174	12,39	189	12,2%	202	12,8	2	Estável

* Em rosa Municípios e Regiões com proporção de gravidez na adolescência acima da média do Estado em 2011.

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAT/CEVS/SES-RS

Em relação à saúde bucal, para a idade de 12 anos, a meta da OMS é de CPOD (Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados) médio menor ou igual a 3, índice que foi atingido pelo Estado (CPOD=2,40). Segundo a classificação da OMS para essa idade, o dado encontrado representa uma prevalência “moderada” em relação à cárie dentária. Entre os adolescentes apenas 10,72% estão livres de cárie, embora o valor médio do CPOD tenha sido 6,60. Na idade dos 12 anos, 33,08% das crianças apresentaram sangramento gengival e 16,99% apresentaram cálculo dental. Entre os adolescentes de 15 a 19 anos foi observada uma prevalência de 22,08% com sangramento gengival e 22,05% com cálculo dental.

A prevalência de obesidade apresenta valores preocupantes em todas as idades e é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como um importante problema de saúde pública, sendo considerado fator preditivo na obesidade no adulto e no conseqüente aumento do risco de desenvolvimento de doenças crônicas na idade adulta. Em 2011, realizou-se o diagnóstico nutricional nas unidades básicas de saúde de 78.593 adolescentes que seguem sendo monitorados pela Vigilância Alimentar e Nutricional. Desses, 20,3% apresentavam sobrepeso; 8,5% obesidade e 2,0% obesidade grave, evidenciando a necessidade de ações mais eficazes direcionadas à orientação dos adolescentes.

Entende-se que a vulnerabilidade em relação à saúde do adolescente é agravada quando consideradas as iniquidades relacionadas às questões de raça/cor, gênero e orientação sexual, as desigualdades sociais e econômicas e as situações de violência. Isso implica a necessidade de os serviços de saúde terem um enfoque mais integral na atenção a esse segmento etário, com a articulação de

ações intersetoriais, como condição para a qualidade de vida para o bem-estar físico, psicológico e social. Portanto, como forma de garantir que as ações elevem os níveis de equidade e acessibilidade, é imprescindível que os indicadores identifiquem as populações mais vulneráveis. Mesmo com avanços significativos na atenção integral à saúde de adolescentes, os serviços de saúde ainda encontram dificuldades em atender as necessidades e singularidades deste público.

A importância da adolescência na formação de hábitos e estilos de vida bem como a vulnerabilidade deste grupo às questões socioeconômicas e a determinados agravos de saúde determinam a necessidade de uma atenção específica a este segmento populacional. Como cidadãos, os adolescentes têm direito à saúde, sendo dever do Estado garantir este acesso ao SUS.

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6286, de 05 de dezembro de 2007, como proposição de uma Política intersetorial entre os MS e MEC sob a perspectiva da educação e da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e educação de jovens e adultos - EJA), no âmbito das Escolas e/ou das Unidades Básicas de Saúde, realizadas pelas equipes de educação e de saúde da família. Atualmente, no Rio Grande do Sul, este programa está implantado em 65 municípios. A coordenação deste Programa está a cargo do Grupo Gestor Intersetorial. A partir de 2013, o MS (<http://saude.gov.br/pse>) está prevista a universalização para todos os municípios, com a ampliação do acesso e com o fortalecimento da Atenção Básica.

Inclui-se no grupo de populações vulneráveis os adolescentes em conflito com a lei, em regime de privação de liberdade. No Estado há 893 adolescentes em situação de privação de liberdade, sendo 862 (96%) do sexo masculino e 31 (3%) do sexo feminino. Conforme estabelecido pelo ECA, o/a adolescente acusado/a da prática de um ato infracional pode ficar internado/a provisoriamente, em unidade específica, até que seja proferida a sentença referente ao seu processo.

Durante esse período o Estado deverá garantir e respeitar os direitos previstos pelo ECA, o qual estabelece obrigações para as unidades de internação, dentre elas o desenvolvimento de ações de atenção à saúde. Nesse sentido, a Secretaria Estadual da Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde e a instituição gestora do Sistema Sócioeducativo, Fundação de Atendimento Sócioeducativo (FASE) deverão desenvolver um conjunto de procedimentos necessários para garantir o atendimento integral aos adolescentes em conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo da atenção à saúde em nível secundário e terciário, a qual deve ser oferecida pelos serviços da rede SUS local.

Em relação aos adolescentes privados de liberdade, as ações da SES são prioritariamente de promoção à saúde na Atenção Básica, com sensibilização e qualificação das equipes sob a perspectiva do SUS, visando à: promoção de oficinas com adolescentes, com ênfase no crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e saúde reprodutiva; implantação do Programa Saúde na Escola e da Caderneta de Saúde de Adolescentes nas unidades socioeducativas; integração com as demais Políticas do DAS/SES, tendo em vista a transversalidade da temática. Neste contexto, vem sendo articulada com a Atenção Básica a criação de fluxos, tendo em vista a identificação e o acolhimento das famílias que possuem adolescentes privados de liberdade, tanto em relação às equipes em seus territórios quanto ao acolhimento e atenção integral a esses adolescentes quando da sua reinserção na comunidade.

O Plano Operativo de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei (POE), em regime de internação e internação provisória, elaborado pela SES em conjunto com a FASE, contempla ações de promoção e de proteção à saúde, práticas educativas e de assistência. No conjunto de ações que integram a Política e o Plano de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes incluem-se ações de prevenção e assistência aos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra adolescentes.

Nesse sentido, as ações a serem desenvolvidas pela SES incluem a sensibilização e a capacitação dos profissionais para identificar, notificar e prestar assistência. O POE está em fase implantação no

Estado no Centro de Atendimento Sócioeducativo CASE de Novo Hamburgo, que está habilitado e atende aos critérios para o repasse de incentivos do Ministério da Saúde para qualificação das ações no nível da Atenção Básica, com ênfase na prevenção dos agravos e na promoção da saúde de adolescentes em privação de liberdade. O CASE de Uruguaiana também está habilitado, entretanto no momento encontra-se com a composição da equipe mínima em aberto, sem receber o repasse do incentivo. As demais unidades - Porto Alegre, Pelotas, Santa Maria, Caxias do Sul, Passo Fundo e Santo Ângelo - necessitam ser habilitadas.

Condições de Saúde dos Adultos

A população geral adulta do Rio Grande do Sul é de 7.588.688 (IBGE 2010), a população de mulheres representa 51,7% da população e de homens 48,3%. As características peculiares de gênero e ciclo de vida traz a necessidade de uma visão integral quanto ao planejamento da assistência desta população no Estado. Na busca desta integralidade na assistência é importante um olhar atento a todas as especificidades do universo feminino/masculino, considerando raça, etnia, estado de liberdade, opção sexual, prática sexual e demais aspectos do dia-a-dia da mulher.

Para o fortalecimento da atenção básica na execução dos programas voltados às mulheres, estamos trabalhando a partir de protocolos e do fluxo das linhas de cuidado na formação da rede. Organizamos as linhas de cuidado da política da atenção integral à saúde da mulher e iniciamos capacitações quanto a esta política, buscando a integralidade do cuidado.

A adequada atenção ao pré-natal, parto e puerpério tem como principal objetivo garantir o acompanhamento precoce à gestante, assegurando, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal. Em 2011, o percentual de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal no Estado foi de 70,7%, índice considerado adequado. O monitoramento do pré-natal ocorre pelo SISPRENATAL. O número de cesarianas correspondeu a 60,3% dos nascidos vivos em 2011, apresentando tendência decrescente em virtude da mudança de modelo proposto pela REDE CEGONHA. Este elevado índice exige um trabalho direcionado à redução de indicações desnecessárias a este procedimento, trabalho que tem ocorrido de forma estreita com os demais setores da SES para contratos, auditorias e afins. Estamos em plena implantação da Rede Cegonha no RS, que em conjunto com o PIM compõe um eixo da Rede Chimarrão atualmente com 369 municípios aderidos.

Outro aspecto importante a ser considerado é a taxa de mortalidade materno-infantil. A experiência com a vigilância do óbito infantil e fetal tem sido exitosa, sendo absorvida pelos comitês de **Mortalidade Materna (MM) e Mortalidade de mulheres em idade fértil (MIF)**. A cobertura da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil no Estado foi de 80% em 2008, enquanto a partir das mudanças no processo de trabalho chegaram a 90% em 2011.

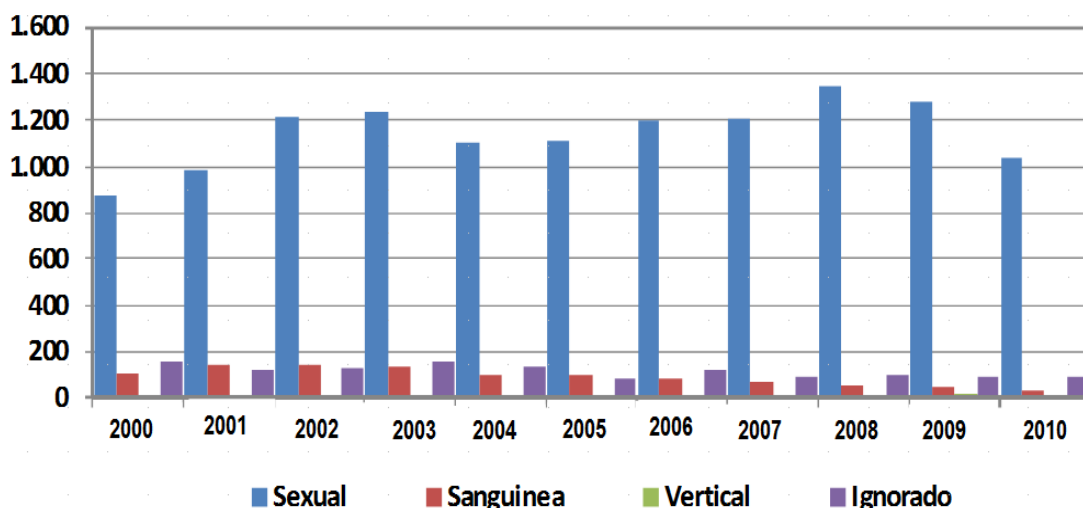
O Estado ainda mantém taxas de incidência e mortalidade de câncer de mama elevadas. Em 2011, foram 1.144 óbitos em mulheres entre as faixas etárias de 20 a 80 anos ou mais, com um coeficiente de mortalidade de 20,8 por 100.000 mulheres/ano. Convém salientar que a mortalidade por este tipo de tumor está aumentando em mulheres com menos de 49 anos, o que torna determinante o rastreamento por mamografia em relação a esta faixa etária, levando em consideração que: a) a idade de início do rastreamento do câncer de mama no Rio Grande do Sul é 40 anos; (b) as mamografias deverão ser realizadas a cada dois anos - sem idade máxima para suspensão do rastreamento; (c) o rastreamento é oportunístico, pois as mulheres devem ser incentivadas a buscar atendimento médico ou de enfermagem para a solicitação do exame.

É necessário ampliar a cobertura das ações de diagnóstico precoce em todas as regiões de saúde, principalmente a oferta de exames radiológicos (mamografia) como estratégia de enfrentamento deste problema. O número de mamografias em 2011 na população alvo foi de 171.938, 54,3% dos exames e, na faixa etária de 40 a 49 anos, 106.805 ou 33,7% dos exames. O indicador sofreu mudanças na faixa etária de 50 a 59 anos para o numerador e para o denominador metade da população desta faixa etária.

No Estado há 123 mamógrafos para a realização de exames pelo SUS. É preconizado que o número de exames por aparelho alcance 25 exames/dia, enquanto atingimos um teto de 10 exames/aparelho SUS/dia. O gestor estadual acompanha sistematicamente pelo SISMAMA e pelas ações de vigilância em saúde a qualidade das mamografias e dos exames mamográficos.

A prevenção do câncer de colo uterino na mulher gaúcha mantém-se como um dos eixos prioritários. Com a perspectiva do diagnóstico precoce das lesões causadas pelo papilomavírus humano (HPV), podemos diminuir significativamente a mortalidade por esta neoplasia. Em virtude de 8,3% de incidência de lesões precursoras e de 3% de casos de câncer de colo uterino em mulheres abaixo de 25 anos, a estratégia de rastreamento consiste em iniciar tais coletas de exames após a 1ª relação sexual, levando com que a meta para a população acima de 25 anos seja 0,63. Com relação à AIDS, a via sexual responde pela maior parte das exposições à AIDS (Figura 152).

Figura 152 - Incidência de AIDS por categoria de Exposição em Mulheres. RS, 2000 a 2010.



Fonte: DAS/SES/

Na promoção da saúde em todos os grupos de mulheres, ampliamos ações às mulheres privadas de liberdade, com ações específicas a esta população definida para questões ginecológicas e com acesso ao atendimento pré-natal, parto e nascimento. Trabalhamos conjuntamente com as políticas transversais e de diversidades.

No que tange à mortalidade da população negra, os dados de 2011 do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) revelam uma disparidade entre mulheres e homens negros em relação às mulheres e homens brancos. Chama atenção, para o sexo feminino, os óbitos por gravidez, parto e puerpério, e por doenças infecciosas e parasitárias. Já, para o sexo masculino, destacam-se as doenças infecciosas e parasitárias e os transtornos mentais e comportamentais.

Analisando os mesmos dados para o sexo feminino, observa-se que na faixa etária entre 20 e 39 anos as mulheres negras têm o triplo de chance de morrer se comparadas com as mulheres brancas em relação à gravidez, parto e ao puerpério. Se considerarmos a faixa de 20 a 29 anos o risco quadruplica.

A disparidade entre mulheres negras e brancas também é percebida nas doenças infecciosas e parasitárias, constatando-se que morrem devido a esta causa 3 mulheres negras para 1 branca. Chama atenção, igualmente, a incidência de óbitos de mulheres negras por transtornos mentais e

comportamentais, na faixa etária de 40 a 59 anos de idade, em especial devido a transtornos mentais e comportamentais, em decorrência do uso de substâncias psicoativas, cuja razão é de 2,4 mulheres negras para 01 branca. Importante salientar que do total de óbitos de mulheres negras, por substâncias psicoativas, 64% foi devido ao uso do álcool, sendo que do total de óbitos por substâncias psicoativas de mulheres brancas, 40% foi devido ao uso de álcool.

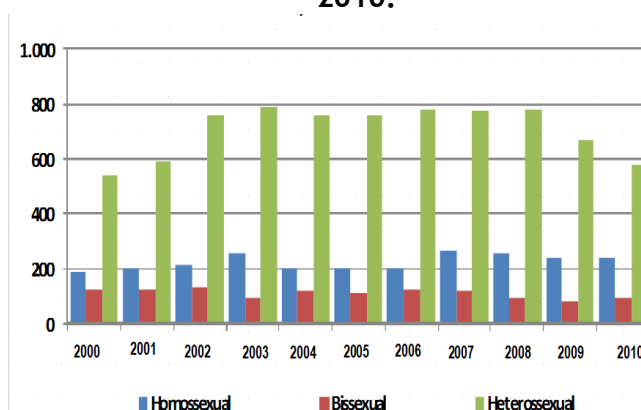
A atenção à Saúde voltada especificamente para as necessidades da população masculina é recente no País e no RS. Em 2009 foi instituída a política Estadual de Saúde Integral do Homem, com ações voltadas para as especificidades demográficas, epidemiológicas e culturais da população masculina. O acesso aos serviços de saúde desta população em geral é tardio, quando os problemas de saúde já se instalaram, exigindo ações de atenção secundária e/ou terciária, sendo necessário reverter esta situação, instituindo estratégias de prevenção e promoção de saúde.

Os principais agravos e enfermidades que acometem esta população, dos 20 aos 59 anos, estão concentrados em cinco grandes áreas: cardiologia, gastroenterologia, pneumologia, psiquiatria e urologia.

A primeira causa de internação hospitalar da população adulta são as causas externas, seguida pelas doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho circulatório, transtornos mentais e comportamentais, e doenças do aparelho respiratório. Na série histórica de 5 anos a tendência crescente é relacionada às causas externas e aos transtornos mentais. Hábitos nocivos à saúde como uso do tabaco e outras drogas, estresse, alimentação inadequada e ausência de exercícios físicos contribuem para o adoecimento.

Com relação às vias de transmissão de AIDS em adultos no RS, observa-se que a via sexual é a forma preponderante em homens, seguida pela via sanguínea, que é causada pelo uso de drogas injetáveis (Figura 153). Na exposição sexual masculina, o risco de contaminação ao fazer sexo exclusivamente com homens, reduziu-se de forma importante, sendo que há mais de 10 anos há mais homens heterossexuais infectados do que os homo ou bissexuais.

Figura 153 - Incidência de AIDS em Homens Adultos por Categoria de Exposição Sexual. RS, 2000 a 2010.



Fonte: DAS/SES/RS

Nos dados referentes à mortalidade da população adulta, destaque para as causas externas como primeira causa de óbito dos 20 aos 39 anos. Na faixa etária dos 40 a 59 anos as neoplasias são a principal causa de óbito.

Quanto aos óbitos de homens por doenças infecciosas e parasitárias, os dados apontam para uma disparidade entre negros e brancos na faixa etária de 20 a 59 anos. As doenças prevalentes são tuberculose e doenças virais, sendo a proporção geral de morte nesta categoria da CID de 2,5 homens negros para 1 branco.

Nos transtornos mentais e comportamentais do sexo masculino, a faixa etária com maior número de óbitos é de 20 a 39 anos, cuja razão entre o percentual de óbitos de homens negros em relação aos homens brancos é de 2,5:1, destacando-se o uso de substâncias psicoativas. Não há diferença importante entre homens negros e brancos na faixa etária de 40 a 59 anos de idade, no que se refere à razão entre o percentual de óbitos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Quanto ao sexo masculino, morrem dois jovens negros para 1 jovem branco na faixa etária de 15 a 29 anos de idade. Ao observarmos o tipo de causa externa para todas as faixas etárias, os dados revelam que a primeira causa de óbitos de homens negros são as agressões, que representam 52,7% do total de óbitos de homens negros por causas externas. Os homens brancos possuem como a primeira causa de óbitos os acidentes de transporte, dado que representa 28,8 % do total de óbitos de homens brancos por causas externas. Se o recorte etário continuar sendo de 15 a 29 anos de idade, morrem 3,2 jovens negros por agressões para 01 jovem branco.

Diante deste contexto, garantir o acesso e acolhimento público masculino nos serviços de saúde, desenvolvendo ações para a prevenção de violências e acidentes, prevenção do uso do tabaco, sedentarismo, obesidade e de saúde sexual e reprodutiva, evidencia-se que essas constituem medidas preventivas e de cuidado essenciais a esta população.

Condições de Saúde dos Idosos

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo e é observado pelo aumento da população idosa, principalmente nos países em desenvolvimento. Enquanto nos países desenvolvidos este processo ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos países em desenvolvimento vem ocorrendo de forma não planejada, principalmente nas áreas social e da saúde.

O Brasil vem passando por profundas mudanças na sua dinâmica demográfica, com quedas drásticas nos níveis de fecundidade e diminuição da mortalidade. O censo do IBGE de 2010 registrou um aumento na população idosa brasileira, contrastando com o crescimento da população geral. No Brasil, na última década, a população com idade igual ou superior a 60 anos cresceu 2,5 vezes mais (36%) do que a mais jovem (14%). Estima-se que em nosso país, no período de 2000 a 2020, a população de idosos praticamente duplicará, atingindo o número de 64 milhões de pessoas em 2050, o que irá representar 24,7% da população brasileira.

Atualmente o Rio Grande do Sul possui 1.459.597 idosos (IBGE, 2010), o que representa 13,6% da nossa população. A Região Sul do Brasil tem o maior número de idosos em domicílios unipessoais, sendo Porto Alegre a capital do Brasil com maior proporção (12,8%) de pessoas com 60 anos ou mais morando sozinhas. O contexto demográfico do Estado apresenta baixa natalidade, com tendência ao estacionamento do crescimento populacional nos próximos vinte anos e com aumento da população de pessoas idosas.

A pirâmide populacional do RS apresenta diminuição da população de adultos jovens, número de idosos superior ao de pré-escolares, aumento da expectativa de vida ao nascer e de sobrevivência após os 60 anos de idade, bem como aumento da razão de dependência de idosos e aumento dos custos da seguridade social. Verifica-se ainda uma distribuição diferenciada da população idosa pelas regiões de saúde, devido a heterogeneidades e diversidades cultural, regional, étnica, racial, de orientação sexual e questões de gênero. Uma especificidade relacionada à população indígena do nosso Estado merece atenção. Essa é de 20.933 pessoas, pelos dados da SESAI em 2012, e conta com 1.029 idosos, ou seja, com apenas 4,9% com idade acima de 60% anos.

Atualmente, o índice de envelhecimento no Estado estipula 65 idosos para cada 100 jovens de até 15 anos, com tendência de aumento a cada ano. Ainda se destaca uma feminilização entre os idosos, de modo que se tem 75 homens para 100 mulheres no Estado. Este dado se reflete na expectativa de vida, sendo a das mulheres de 79,3 e a dos homens de 71,9 anos.

A partir de diagnóstico nutricional desenvolvido pela Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), em 2011 tivemos 11.655 idosos avaliando peso, altura e consumo alimentar nas Unidades Básicas de Saúde. Destes, 57,1% estavam com sobrepeso. O excesso de peso pode ser um fator de agravamento de hipertensão e de doenças endócrinas, de modo que o estímulo de alimentação saudável e práticas de exercícios sistemáticos entre os idosos atuam na prevenção dessas doenças.

Em relação à saúde bucal dos idosos, a partir de levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, no grupo etário de 65-74 anos de idade, observou-se $CPOD=26,65$, com prevalência de cárie de 98,84%. Quando se avaliam os sextantes examinados, observa-se uma alta prevalência de sextantes excluídos (21%) e de não examinados (58,17%), o que representa uma ausência dos elementos dentários. Em idosos, 27,04% dos examinados necessitam de prótese, das quais 54,08% são do tipo próteses totais. Na avaliação da necessidade de próteses inferiores observa-se uma grande prevalência de falta de reabilitação dos espaços protéticos identificados.

Conforme valores de 2010, os índices de mortalidade apresentam porcentagem aproximada entre brancos e negros (pretos e pardos), de modo que 36% morrem por causa das doenças do sistema circulatório, 21% de neoplasias e 14% por doenças no aparelho respiratório. Desse modo, devem ser estimuladas ações específicas em relação às doenças crônicas por meio da prevenção e do autocuidado no âmbito da Atenção Básica.

Cada vez mais o Sistema Único de Saúde tem aumentado os seus gastos com tratamentos de fraturas em pessoas idosas. No ano de 2012 a taxa de internação por fratura de fêmur no RS é de 19,15, sendo que a meta do Estado é 19,26. Entre os anos de 2007 a 2012 houve oscilação dos resultados atingidos pelo gestor estadual, conforme mostra a tabela abaixo. Em 2009, foram gastos R\$ 57,61 milhões com internações (até outubro) e R\$ 24,77 milhões com medicamentos para tratamento da osteoporose. Em 2012 somente o Rio Grande do Sul já havia gasto 4,45 milhões com internações (até outubro).

Nota-se que das 30 regiões de saúde apenas 11 diminuíram os valores da taxa de internação da fratura de fêmur, sendo que grande parte desses municípios estão na região metropolitana. Apesar das ações de prevenção de quedas serem generalizadas no Estado, no interior essas foram mais pontuais, de modo a impactar menos os indicadores. Nas regiões do nordeste gaúcho essas taxas apresentam-se a maior, aspecto que puxa para cima o valor do Estado neste item.

As limitações impostas pelo envelhecimento podem predispor os idosos a condições emocionais, psíquicas e físicas peculiares ao grupo populacional da terceira idade, conciliadas às vivências de violência doméstica que têm como consequências danos importantes à saúde, e geram incapacitações que podem ser evitadas mediante ações preventivas.



JOÃO

ATENÇÃO À SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

A Atenção à Saúde no Estado é organizada por intermédio das Redes de Saúde regionalizadas com base no desenvolvimento de ações e de serviços em diferentes pontos de atenção no território gaúcho. O objetivo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema de saúde, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e de eficiência econômica. A RAS é definida por meio de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir o acesso oportuno e resolutivo ao cuidado (Ministério da Saúde, 2010 - Portaria 4.279, de 30/12/2010).

Nas 30 Regiões de Saúde, conformam-se as Redes de Atenção à Saúde em consonância com as diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), podendo estar compreendidas em uma ou mais regiões de saúde. A RAS se caracteriza pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo como centro de comunicação a Atenção Básica, cujo objetivo é coordenar o cuidado do usuário nos diferentes níveis de atenção. Fundamenta-se na compreensão da Atenção Básica como primeiro nível de atenção, enfatizada a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde.

A organização de redes busca a superação do modelo tecnoassistencial centrado em serviços e procedimentos, apostando na organização da atenção integral e tendo como ação estratégica a implantação das Linhas de Cuidado. Conforme bibliografia de referência da área, Linha de Cuidado é a imagem pensada para expressar fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender as suas necessidades de saúde nos diferentes momentos do ciclo vital, tendo como eixo norteador a busca pela integralidade e equidade. Ela desenha o itinerário que o usuário faz por dentro de uma Rede de Atenção à Saúde, incluindo ações e serviços não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede de cuidados, tais como entidades comunitárias e de assistência social.

O modelo de atenção proposto requer mudanças na gestão e nas práticas de cuidado em saúde. Entre as estratégias adotadas pela gestão estadual para induzir tal mudança, a proposta da humanização mostra-se como uma potente ferramenta de caráter transversal, pois se distancia da ideia de programa, ao conceber que sua atuação se dá em todos os espaços do SUS. Ela se articula ao princípio da participação cidadã, reafirmando o espaço da política pública como *locus* legítimo para a construção social do SUS. Concebida como um “modo de fazer”, a humanização valoriza a construção de metodologias que construam espaços coletivos de mobilização de gestores, trabalhadores e de usuários do SUS.

Rede Cegonha e Primeira Infância Melhor

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, em que mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito à ampliação do acesso, acolhimento e à melhoria da qualidade do pré-natal; à vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; a realização de parto e nascimento seguros, mediante boas práticas de atenção; a acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; a atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso ao planejamento reprodutivo. Constitui em uma Rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao

planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, garantindo às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável.

Adotada pelo Estado, onde articulada à atenção básica, à saúde da criança, e à Primeira Infância Melhor (PIM), estendeu-se à criança até os 06 anos de vida com olhar ampliado para outras necessidades essenciais dessa fase da vida. Assim busca garantir para as crianças oportunidades para seu desenvolvimento integral, ao demandar ações efetivas do poder público, das famílias e da comunidade. A Rede Cegonha-PIM é um dos Projetos Prioritários do Governo do Estado, com o objetivo de fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança. Seu foco é direcionado: à atenção ao parto, e ao nascimento e ao desenvolvimento infantil, assim como à organização de uma Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso; ao acolhimento e resolubilidade e à redução da mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal.

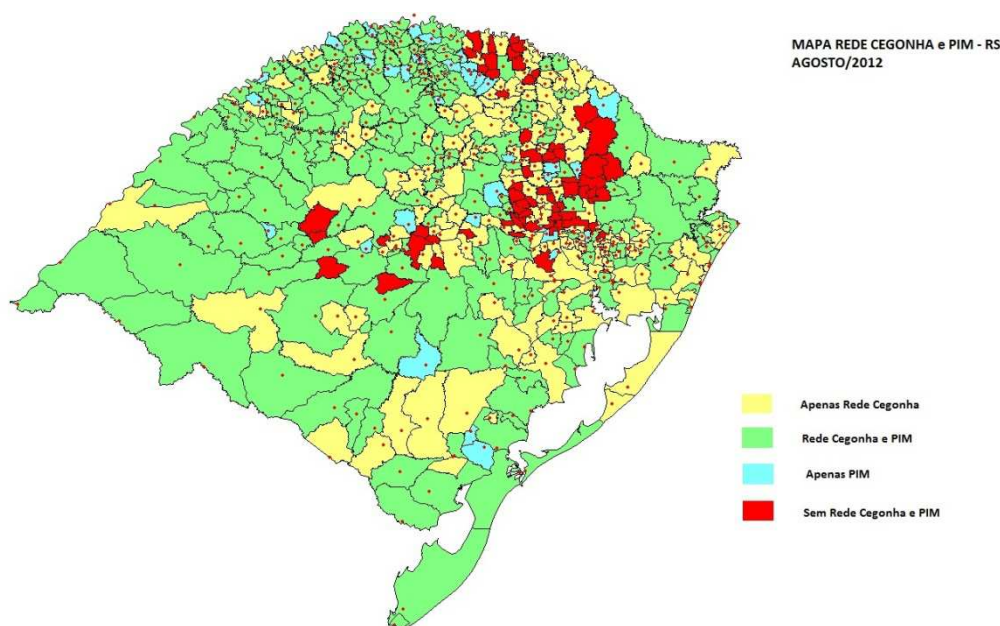
Esta rede está organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materno-infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010. A atuação do PIM em território articulado à Rede Cegonha, ao corresponder a essas ações, contribui para a promoção da saúde das gestantes e crianças na primeira infância, por meio de iniciativas que contemplam a busca ativa às gestantes e o encaminhamento ao pré-natal, a identificação de situações de risco e violência, o incentivo ao aleitamento materno e à nutrição saudável às gestantes e crianças, assim como as orientações sobre direitos sexuais e reprodutivos dentre outras ações.

A partir da Portaria MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha e da resolução nº 01/2011, de 30 de setembro de 2011, do Grupo Condutor da Rede Cegonha/Rede Chimarrão, a implementação da Rede Cegonha seguiu de acordo com o planejamento do Ministério da Saúde para a região metropolitana e demais municípios por intermédio de Planos de Ação Municipais e do Plano de Ação Regional. Para todo o Estado foram contemplados os componentes da Atenção Básica e da atenção ao pré-natal, puerpério e à primeira infância, sendo que até julho de 2012, 369 municípios realizaram a sua adesão (Figura 154). Já na região macrometropolitana de Porto Alegre foram incluídos todos os municípios da 1ª, 2ª e 18ª CRS (88 municípios), para todo o conjunto de componentes da Rede Cegonha, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e primeiros 06 anos de vida com 100% de adesão.

Na complementação das ações, todas as regiões de saúde foram sensibilizadas para a implantação de teste rápido para Sífilis e HIV na Atenção Básica. Implementaram-se os comitês de mortalidade materna e infantil para efetivação de ações com o objetivo da redução da morbimortalidade, e instituiu-se o gabinete de situação para monitoramento e avaliação da mortalidade materna, infantil e fetal no Estado, que em trabalho conjunto com a auditoria e vigilância, estabeleceu visitas a maternidades, capacitação a profissionais, reuniões com conselhos de classes e organizações.

O difícil acesso ao pré-natal de alto risco existente no Estado trouxe o desafio da construção de tecnologias para garantirmos, em tempo oportuno, atendimento a estas usuárias. Assim, foi proposta a criação de ambulatórios para gestantes de alto risco em cada regional de saúde do Estado, com referência pactuada com hospitais com leitos de gestação de alto risco (GAR). A proposta é de implantação de um modelo integrado de atenção à gestação de alto risco, abrangendo a linha de cuidado da gestante, da atenção básica aos demais níveis de complexidade, a criação de ambulatórios de referência para alto risco (AR), com matriciamento das equipes da atenção básica, formando-se a rede de atenção à gestante. A criação do fluxo de seguimento permite estabelecer o desenho com o qual este processo é identificado e reconhecido por todos aqueles que prestam atendimento ao pré-natal no Rio Grande do Sul, traduzindo-se assim a resolução CIB 203/2012 e a portaria estadual 660/2012.

Figura 154 - Municípios com Rede Cegonha / PIM implantados, RS, agosto de 2012



Fonte: DAS/SES/RS

A primeira infância é uma etapa privilegiada para o desenvolvimento das capacidades físicas, intelectuais e emocionais. Em vista disso, o gestor estadual desenvolve desde 2003 o programa **Primeira Infância Melhor (PIM)** - atualmente, Projeto Estratégico de Governo, articulado à Rede Cegonha. Conforme preconizado pela Portaria Estadual nº 569/12, o PIM deve estar articulado à Atenção Básica, operando no sentido da ampliação e qualificação dos atendimentos para famílias de gestantes e crianças na faixa etária de 0 até 06 anos - especialmente para aquelas que se encontram em situação de risco e de vulnerabilidade biopsicossocial e/ou residentes em Comunidades Tradicionais Quilombolas, Indígenas e em Assentamentos. Essas prioridades, somadas às mudanças no perfil de natalidade do Estado, levaram à construção de uma nova fórmula de cálculo para a previsão de atendimento às famílias, gestantes e crianças em 2012, conforme ilustrado na Figura 155.

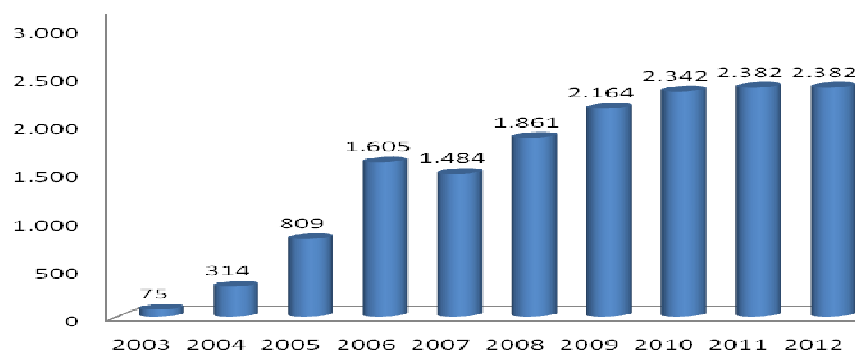
Figura 155 - Fórmula de cálculo para previsão de atendimento do PIM, RS, 2012.

Fórmula utilizada até 2012	Fórmula utilizada a partir da PT N° 569/2012
01 visitador = até 25 famílias (Visitar x 25 = N° de Famílias)	01 visitador = até 20 famílias (Visitar x 20 = N° de Famílias)
01 família = 1,5 crianças 0 - 6 (N° de Famílias x 1,5 = N° de Crianças 0 - 6)	01 família = 1,1 crianças 0 - 6 (N° de Famílias x 1,1 = N° de Crianças 0 - 6)
01 visitador = 3 gestantes (Visitador x 3 = N° de Gestantes atendidas).	01 visitador = 3 gestantes (Visitador x 3 = N° de Gestantes atendidas).

Fonte: PIM/DAS/SES/RS

No período de 2010 a 2012 o crescimento ocorrido no número de visitantes foi relativamente pequeno, se comparado aos anos anteriores (Figura 156), sendo a principal dificuldade relacionada à contratação de visitantes pelos gestores municipais.

Figura 156 - Progressão do número de Visitadores Habilitados do PIM, RS, 2003 - 2012.



Fonte: PIM/DAS/SES/RS

No ano de 2012 o PIM registrou atendimento de aproximadamente 53 mil crianças de 0 a 06 anos em situação de vulnerabilidade social. Este número representa 6,38 % da população infantil de 0 a 06 anos no Estado, percentual computado a partir da população total de crianças nesta faixa etária. Contudo, deve-se considerar que o PIM utiliza em sua metodologia uma série de critérios para a seleção da área na qual o programa deverá ser implantado no território municipal. Esses critérios incluem: famílias com baixa renda *per capita*; alta taxa de mortalidade infantil e materna; famílias residindo em áreas de difícil acesso, rural ou urbana; famílias inscritas no Programa Bolsa Família (PBF); elevados índices de violência no território; comunidades indígenas ou quilombolas e assentamentos; altos índices de drogadição; baixa cobertura de educação infantil e precária ou inexistência de serviços e/ou programas para atendimento às famílias.

Considerando que 63% das famílias com crianças de 0 até 06 anos no Estado vivem com até 1 salário mínimo *per capita*, 40,7% não possuem condições adequadas de saneamento e que 78,7% não tem acesso à educação formal, como por exemplo creche (Síntese de Indicadores Sociais, IBGE, 2008), é possível inferir que em média o Rio Grande do Sul possui um contingente de 60% de vulnerabilidade nessa faixa etária. Sendo esta a população prioritária do PIM (60% das crianças de 0 a 06 anos em situação de vulnerabilidade social), pode-se afirmar que o atendimento dos visitantes é expressivo, atendendo em média 10% da população-alvo do programa. Atualmente, o PIM abrange 51% dos municípios do RS.

Algumas Regiões de Saúde possuem cobertura maior que 70%, a exemplo de Entre-Rios(R2), Fronteira Oeste (R3), Sete Povos das Missões (R11), Diversidade (R13), Fronteira Noroeste (R14), Caminho das Águas (R15) e Sul (R21). Entretanto, existem regiões com baixa cobertura, ou seja, com menos de 30% de cobertura, entre elas: Vale dos Sinos (R7), Alto Uruguai Gaúcho (R16), Planalto (R17), Vinhedos e Basalto (R25), Uva e Vale (R26), Vales e Montanhas (R29) e Vale da Luz (R30).

Rede de Atenção Psicossocial

O cenário atual da atenção em saúde mental nos municípios e regiões do Estado do Rio Grande do Sul coloca-nos diante de três desafios principais: 1) o cuidado em saúde mental como responsabilidade de uma rede de serviços territorializados, de base comunitária, articulados entre si, cuja ordenação é dada pela atenção básica; 2) a garantia do cuidado às pessoas com problemas de saúde relacionados ao uso de álcool e outras drogas nesta rede de serviços territoriais - a rede de atenção psicossocial; 3) a desinstitucionalização dos moradores de longa permanência das instituições psiquiátricas asilares.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), seja no que se refere à atenção a pessoas com transtornos mentais, seja no que tange ao cuidado às pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a proposta de atenção em Rede de Saúde (RAS) e em Linha de Cuidado configura-se tanto como uma tecnologia, quanto um princípio organizador da atenção. Parte-se da premissa de que há uma mútua afetação entre os sofrimentos de ordem física e psíquica, e de que só é possível produzir um cuidado integral, contínuo e de qualidade para pessoas em sofrimento psíquico, decorrente ou não do uso de drogas, pela articulação entre diferentes dispositivos com distintas densidades tecnológicas. A conjugação entre as necessidades singulares dos usuários e o trabalho integrado entre serviços e recursos de uma rede de atenção psicossocial intersetorial se traduz na composição do que chamamos de Linha de Cuidado em Saúde Mental.

Os modos de vida contemporâneos pautados por imperativos de sucesso individual, pela aceleração da vida nas grandes cidades e pela fragilização dos laços comunitários e pelas redes de apoio social constituem-se como um terreno fértil para a produção de sofrimentos psíquicos de todas as ordens. A depressão, por exemplo, afeta atualmente mais de 350 milhões de pessoas de todas as idades no mundo (OMS, 2012). Dados internacionais indicam que entre 10 e 15% da população acima de 65 anos sofre de depressão. As mulheres, principalmente aquelas que vivem sozinhas e/ou com alguma doença crônica e/ou incapacitante, constituem-se como uma população de alto risco para desenvolvimento de agravos em saúde mental desta natureza (OMS, 2012).

Especificamente em relação à temática do uso problemático de álcool e de outras drogas, a proliferação do uso de crack nas ruas das grandes cidades brasileiras desafia as políticas públicas de saúde para a efetivação desta rede de cuidados territorial e intersetorial. Estima-se no entanto, que no Rio Grande do Sul cerca de 1,1% da população fez uso de crack pelo menos uma vez na vida, prevalência que aumenta para 2,9% entre adolescentes e jovens do sexo masculino com idades entre 12 e 24 anos e para 6,3% entre adolescentes e jovens do sexo masculino com idades entre 25 e 34 anos. Nos indivíduos do sexo feminino, os índices mais significativos são encontrados na faixa etária de 18 a 24 anos, sendo que 1,4% das entrevistadas relataram ter usado crack pelo menos uma vez na vida (II Levantamento Domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, 2005).

Embora o cuidado em saúde aos dependentes do crack seja prioridade no campo atual das políticas públicas, na medida em que a dependência acarreta uma série de consequências sanitárias e sociais, que têm demandado respostas urgentes e complexas, o abuso do álcool segue sendo a problemática de maior impacto na saúde da população em geral. De acordo com o II Levantamento sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 9% da população entrevistada na Região Sul é dependente de álcool, 10,7% de tabaco, 1,1% de maconha, 0,3% de estimulantes e 0,2% de benzodiazepínicos.

Intervenções na infância têm se mostrado como aquelas que apresentam maior efetividade na promoção de saúde e na evitação de agravos em Saúde Mental. Maus tratos e abusos sexuais na infância estão associados a danos psicológicos duradouros. Nesse sentido, é absolutamente necessário que a infância e a juventude possam dispor de redes de serviços que minimizem os impactos da exposição às situações de negligência e violência nas famílias e comunidades. Esta também é uma prioridade da política de saúde mental em articulação com o Projeto Intersetorial do Governo do Estado *RS na PAZ*, com o reconhecimento da complexidade causal e os determinantes socioeconômicos e culturais das configurações familiares e seus fatores de resiliência e vulnerabilidade.

No Rio Grande do Sul, as políticas públicas de saúde mental implementadas pelo Governo do Estado priorizaram, de 2007 a 2010, apenas investimentos em meios de internação - leitos hospitalares e vagas em Comunidades Terapêuticas. Ao considerar este cenário, a Secretaria Estadual de Saúde criou o Projeto Estratégico de Governo: “*Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - O cuidado que eu preciso*”, em torno dos seguintes focos de trabalho:

Linha de Cuidado como estruturante do redirecionamento do modelo de atenção; Fortalecimento da Atenção Básica; Expansão e Qualificação da Atenção Psicossocial Estratégica; Qualificação do componente Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização.

A escolha destes focos está em consonância com IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial e a Política Nacional de Saúde Mental que cria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 para acolher e acompanhar as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A estruturação do *Projeto Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - O Cuidado que eu Preciso* implica a criação de novos serviços de saúde, a qualificação dos serviços já existentes por meio de estratégias de educação permanente dos profissionais, e, principalmente, a pactuação de fluxos nos níveis municipal e regional entre os pontos de atenção, incluindo a articulação com as redes intersetoriais. Este projeto destina recursos específicos do tesouro do Estado para a ampliação e qualificação da atenção e do acesso dos usuários aos serviços, com investimento realizado de trinta e seis milhões de reais no ano de 2012 (para informações mais detalhadas a este respeito, ler capítulo sobre financiamento).

Os serviços componentes da Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Rio Grande do Sul são: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), Oficinas Terapêuticas (OT), Composições de Redução de Danos (RD), 1.265 Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Comunidades Terapêuticas (CT). A Figura 157 apresenta um resumo de quantidade de pontos de atenção da Rede de Saúde Mental em funcionamento no Rio Grande do Sul.

Figura 157 - Situação da Rede de Saúde Mental, RS, 2010 a 2012.

PONTO DE ATENÇÃO	EXISTENTES	
	2010	2012
CAPS	139	167
NAAB	0	99
LEITOS DE SAÚDE MENTAL FINANCIADOS	1100	1265
OFICINAS TERAPÊUTICAS	0	209
COMP. REDUÇÃO DE DANOS	0	34
SRT	41	44

Fonte: DAS/SES/RS

Considerando que a estruturação das Redes de Atenção em Saúde tem a atenção básica como ordenadora do cuidado, e levando em conta que 80% dos municípios gaúchos têm população inferior a dezesseis mil habitantes; portanto, não contarão com serviço especializado de saúde mental em seu

território, a Secretaria de Saúde do Estado criou dispositivos e linhas de financiamento próprios para potencializar o cuidado em saúde mental na atenção básica.

O Núcleo de Apoio a Atenção Básica (NAAB) já mencionado, é um dos dispositivos criados para fortalecer a atenção básica. A inserção de apoiadores junto às equipes de Atenção Básica almeja especialmente a mudança de modelo de atenção, ampliando ações desenvolvidas, construindo novas possibilidades de processos de trabalho das equipes visando à diversificação dos modos de cuidar.

A atenção básica é o ponto de atenção da rede de saúde privilegiado para desenvolver ações de cuidado e promoção de saúde na infância e adolescência, e para reduzir problemas relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas, assim como o que diz respeito ao cuidado no tocante a situações de violência, gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis, e depressão dentre outros. A articulação intersetorial para criação de espaços de promoção da saúde, bem como para a potencialização das experiências de promoção de saúde, incluem o apoio aos pais e cuidadores, em ambiente escolar e domiciliar, sendo ações passíveis de serem executadas por profissionais da atenção básica, as quais podem diminuir riscos e vulnerabilidades, prevenir as relações de violência e potencializar os aspectos de resiliência dos sujeitos, famílias e comunidades. Tendo em vista as necessidades desta ordem, foram criados os Núcleos de Apoio à Atenção Básica e as Oficinas Terapêuticas.

As Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica são destinadas à Promoção da Saúde. Configuram-se como *locus* de práticas coletivas, de convívio entre as pessoas das comunidades e ainda como espaços de inclusão social. Têm o intuito de fortalecer os espaços comunitários de convivência, de promoção de saúde mental e de produção de redes de solidariedade. A atividade consiste em encontros realizados no território da atenção básica em que se dão as atividades criativas em grupo, tais como: música, teatro, artesanato, carpintaria, costura, cerâmica, fotografia e artes plásticas dentre outras.

Destinadas a municípios com população superior a 16 mil habitantes, as Composições Intersetoriais de Trabalho de Redução de Danos também operam nesta mesma lógica de fortalecimento do cuidado no território pela atenção básica. O trabalho visa aproximar cenários e experiências relacionadas ao uso de drogas para construir com o usuário possíveis estratégias de cuidado singular, conforme referido anteriormente.

As ações de expansão e de qualificação da rede de atenção psicossocial têm sido prioritárias em face da Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e Outras drogas da Secretaria Estadual de Saúde. Os Centros de Atenção Psicossocial são dispositivos de base comunitária, cujo processo de trabalho deve ser caracterizado pela adequação às necessidades, tanto dos indivíduos em sofrimento ou com transtorno mental, quanto daqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas, e/ou ainda em processo de adequação às necessidades de seus familiares. Os CAPS, em suas diferentes modalidades, são pontos de referência estratégicos no desenvolvimento de projetos de cuidado e proteção para usuários e familiares em sofrimento psíquico, sendo da sua responsabilidade o apoio matricial em saúde mental para os demais pontos da rede na direção do compartilhamento do cuidado.

Com o intuito de acompanhar a criação e expansão deste dispositivo, o Ministério da Saúde desenvolveu um indicador de cobertura capaz de refletir o estado e as modificações da rede de atenção psicossocial estratégica ao longo do tempo. Esse relaciona a proporção de CAPS ao número de habitantes. A cobertura de CAPS no Estado do Rio Grande do Sul tem crescido gradativamente, sendo em 2012 da ordem de 1,07 para cada 100 mil habitantes.

Outra ferramenta para expansão e qualificação da rede de saúde mental é o Telessaúde mental, que constitui um instrumento de educação permanente à distância, com o objetivo de ampliar a qualificação dos profissionais a partir de seus próprios cenários de práticas. Destacamos que este dispositivo será implantado inicialmente junto às centrais de regulação para qualificar e organizar as portas de entrada para as internações psiquiátricas.

Pioneiro na aprovação de uma legislação que incidisse na forma como é operado o cuidado aos indivíduos em sofrimento mental, o Rio Grande do Sul vem, desde 1992, preconizando que as

internações de usuários portadores de sofrimento psíquico ou transtorno mental sejam realizadas, prioritariamente em Unidades e/ou leitos em hospitais gerais e não mais em Hospitais Psiquiátricos. A partir do estabelecimento da Lei Estadual Nº 9.716 de 1992, houve um crescimento gradativo do número de leitos em hospitais gerais.

O aumento dos problemas relacionados ao uso de álcool e de outras drogas pode ser apontado como outro fator importante no aumento do número de leitos. A recomendação nacional é de que exista um leito de atenção integral para uma população de 23 mil habitantes. No Rio Grande do Sul, a proporção média é de um leito para cada quinze mil habitantes.

O projeto estratégico *O cuidado que eu Preciso* considera ainda a atenção hospitalar como um dos pontos a ser qualificado para a efetivação das redes de cuidado. Entende-se que os leitos hospitalares são um componente importante do cuidado, mas que o funcionamento dos mesmos é efetivo apenas em articulação com os demais pontos da rede. Nesse sentido, faz-se necessário: a) qualificar os processos de regulação do acesso aos leitos; b) aproximar os dispositivos hospitalares dos dispositivos de atenção territorial da rede; c) realizar uma realocação dos leitos existentes, de modo que eles estejam distribuídos de forma mais equânime nas regiões do estado.

Visando adequar a realidade estadual às novas diretrizes nacionais, regidas pela Portaria 148, de janeiro de 2012, o Estado do Rio Grande do Sul redefiniu a forma de organização e financiamento dos Serviços Hospitalares para atenção integral a pessoas com sofrimento ou com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas em hospitais gerais por meio da Resolução CIB/ RS 562/12. A principal modificação conceitual adotada refere-se à exclusão da distinção dos leitos nas categorias “leitos psiquiátricos” e “leitos clínicos para álcool e outras drogas”.

Doravante, os leitos destinam-se a pessoas em sofrimento psíquico, decorrente ou não do uso de álcool e de outras drogas, sendo denominados de leitos de atenção integral em saúde mental. Essa transformação implica a necessidade de reformulação dos projetos técnicos e terapêuticos dos hospitais gerais, bem como a qualificação e eventual ampliação das equipes de saúde mental dos hospitais. Os leitos destinados à criança e adolescente são normatizados pela Resolução CIB 562/12 que no Artigo 5º, que preconiza os hospitais habilitados como Serviço Hospitalar para atenção integral em saúde mental possuir a partir de 10 leitos de Pediatria cadastrados no CNES, devendo disponibilizar 01 (um) leito de saúde mental para atendimento a crianças e a adolescentes.

Figura 158 - Cobertura de CAPS e de leitos em hospitais gerais por Região de Saúde, RS, março/2013.

REGIÕES DE SAÚDE	COBERTURA DE CAPS (CAPS / 100 mil habitantes)		COBERTURA DE LEITOS em Hospitais Gerais (nº leitos / nº habitantes)
	Habilitados	Implantados	
R. 1 Santa Maria	1,32	1,56	1/10.170
R. 2 Santiago	1,6	1,6	1/3.654
R. 3 Alegrete/Uruguaiana	1,4	1,72	1/5.741
R. 4 Belas Praias	0,72	0,72	1/6.905
R. 5 Bons Ventos	1,23	0,72	1/10.150
R. 6 Paranhana	1,41	1,41	1/3.321
R. 7 N. Hamburgo/S. Leopoldo	1,26	1,26	1/12.809
R. 8 Canoas/Vale do Caí	1,04	1,11	1/5.982

R. 9 Carbonífera/Costa Doce	0,65	0,65	1/15.367
R. 10 Porto Alegre	0,79	1,06	1/25.286
R. 11 Santo Ângelo	2,62	3,14	1/5.612
R. 12 Cruz Alta	0,98	0,98	1/5.243
R. 13 Ijuí	1,79	1,79	1/5.712
R. 14 Santa Rosa	0,44	0,88	1/5.403
R. 15 Frederico / Palmeira	0,55	0,55	1/3.491
R. 16 Erechim	0,86	0,87	1/6.788
R. 17 Passo Fundo	0,66	0,99	1/12.666
R. 18 Sananduva/Lagoa Vermelha	0	0,78	1/9.149
R. 19 Soledade	0	0	1/6.423
R. 20 Carazinho	1,23	1,54	1/3.781
R. 21 Pelotas/Rio Grande	2,13	2,13	1/10.306
R. 22 Bagé	1,92	1,92	1/7.938
R. 23 Caxias do Sul/Hortências	1,13	1,41	1/38.065
R. 24 Campos de Cima da Serra	0,53	0,53	1/15.827
R. 25 Vinhedos e Basalto	0,89	0,89	1/9.631
R. 26 Uvas e Vales	0,88	0,88	1/8.483
R. 27 Cachoeira do Sul	1	1,5	1/6.068
R. 28 Santa Cruz do Sul	2,29	2,44	1/5.033
R. 29 Lajeado	0,96	1,44	1/5.072
R. 30 Estrela	0,85	0,85	1/4.049
RIO GRANDE DO SUL	1,14	1,29	1/8.444
SES - março 2013			(Resolução CIB 49/2013)
BRASIL	0,81	Não informado	1/41.857
MS - março 2013			SCNES - março 2013

Fonte: DAS/SES-RS

Conforme estabelece a Portaria GM/MS 3088/2011, as Unidades de acolhimento devem funcionar como um ponto de atenção da rede de atenção psicossocial, enquanto a Portaria GM/MS n.121 de 25 de janeiro de 2012 institui as diretrizes e as normas de funcionamento das Unidades de Acolhimento subdivididas nas modalidades Unidade de Acolhimento (UA) para adulto para até 15 pessoas e Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI) para até 10 pessoas.

Este serviço constitui-se como residencial de caráter transitório para pessoas em uso prejudicial ou abusivo de álcool e de outras drogas e em situação de vulnerabilidade social. Esses necessitam ser um serviço de referência para continuidade e acompanhamento do tratamento dos usuários, tais como o CAPS, em suas diferentes modalidades, unidades básicas e leitos no hospital geral para desintoxicação ou para outras necessidades de cuidado decorrentes do agravo de algumas situações clínicas. Destaca-se o caráter transitório destes serviços e o número reduzido de vagas para estabelecer efetivamente um cuidado individualizado à população-alvo devido à sua articulação com os outros recursos do território, como por exemplo, a escola, no caso dos adolescentes, visando à sua reinserção social na comunidade.

Em relação à desinstitucionalização dos usuários de longa permanência em instituições psiquiátricas asilares, a Linha de Cuidado em Saúde Mental trabalha para inserir na comunidade os moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro assim como de outras instituições asilares que possuem portadores de transtornos mentais e são institucionalizados. Este direito dos usuários foi garantido pela Lei Estadual 9.716/92, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul determinando a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental e pela Lei Federal nº 10.216/2001.

Atualmente existem 232 pacientes moradores no HPSP, os quais se encontram em enfermarias cujo modelo de funcionamento é correlato a “casas de passagem”. O objetivo é o de que essa população seja trabalhada para sua inserção social junto às suas famílias, ou que aqueles que apresentam vínculos familiares extremamente frágeis ou inexistentes também possam receber esta atenção, cuja indicação para SRTs decorre da portaria GM/MS n. 3090 de 23 de dezembro de 2011.

As SRTs são de dois tipos: tipo I para até 8 moradores e tipo II para até 10 moradores, portanto o número estimado de 30 SRTs comporta a população-alvo de 232 pacientes. Além disso, o residencial Morada Viamão comporta ainda duas vagas e o Morada São Pedro cerca de 20 vagas. Vale ressaltar que segundo a portaria GM/MS n. 106/2001, e que segundo a portaria supracitada é de 3 a 9 a quantidade de moradores estabelecidos por casa. Essa possibilidade deve ser orientada pelo trabalho clínico e psicossocial, constituindo-se os valores mínimo e máximo de moradores como balizadores para fins de financiamento e de organização do espaço físico sob a lógica de uma moradia, com o sentido de não reproduzir a lógica manicomial.

Dentro da Rede de Atenção Psicossocial, as estratégias de desinstitucionalização visam garantir às pessoas com transtorno mental, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias de cuidado substitutivas ao isolamento institucional, sob a perspectiva da garantia de direitos, com a promoção de autonomia e do exercício de cidadania, buscando a sua progressiva inclusão social. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) configuram-se como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização de pessoas com histórico de internação de longa permanência. A Desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico São Pedro e de outras instituições asilares do Estado implica a implantação de 30 novos SRTs até o final de 2014.

No que diz respeito às ações de desinstitucionalização *stricto sensu*, o Hospital Psiquiátrico São Pedro situa-se como espaço prioritário de intervenção, uma vez que abriga, ainda em 2012, cerca de 240 usuários moradores em sua área asilar. Em relação a esta ação prioritária, um primeiro momento de intervenção se constituiu mediante a execução do censo psicossocial dos 232 pacientes moradores (Fonte: Núcleo de Desinstitucionalização do Hospital Estadual São Pedro, 6 de fevereiro de 2013) no período de julho a outubro de 2012. Este primeiro movimento teve como objetivo o levantamento do território dos pacientes, o resgate e a construção de suas histórias de vida singulares, de sua situação familiar e de avaliação e aquisição de benefícios previstos em lei e de condições de saúde em geral.

Um segundo movimento da intervenção refere-se à regionalização e construção dos Planos Terapêuticos Singulares. Este movimento busca o apoio às redes substitutivas de cuidado, nas quais os processos de cuidado vão sendo modificados em ato, criando-se outros modos para a relação usuário-cuidador/trabalhador e território. O componente desinstitucionalização implica ainda a prevenção das internações psiquiátricas em hospitais especializados, o que pode ser alcançado por intermédio da expansão da linha de cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas como tecnologia e diretriz para o modelo de atenção.

Rede de Urgência e Emergência

A Rede de Urgência e Emergência tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. Está organizada em dois componentes: o pré-hospitalar - móvel e fixo - e hospitalar. As diretrizes da rede de urgência e emergência estão definidas na Portaria MS/GM 1.600 de 07 de julho de 2011.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, dentre outras) o qual possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. Compreende: SAMU-USB (Unidade de Suporte Básico), SAMU-USA (Unidade de Suporte Avançado), Motolância e Veículo de Intervenção Rápida.

O SAMU USB é um veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido ou desconhecido não classificado com potencial para intervenção médica no local e/ou durante o transporte até o serviço de destino. As 30 Regiões de Saúde do Estado possuem SAMU USB em atividade, porém apenas nas regiões Belas Praias (R4), Bons Ventos (R5) e Fronteira Noroeste (R14), 100% de sua população é atendida por estas unidades (percentual de cobertura). As demais regiões possuem um percentual de cobertura que varia de 54,1% a 99,7%. Já o SAMU USA é um veículo destinado ao atendimento e ao transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou ao transporte inter-hospitalar daqueles que necessitam de cuidados médicos intensivos.

Dentre as Regiões de Saúde, 23 possuem SAMU USA em atividade (70%) conforme Figura 159, com um percentual de cobertura que varia de 1,6% Portal das Missões (R12) a 100% Fronteira Noroeste (R14). As regiões Entre-Rios (R2), Planalto (R17), Araucárias (R18), Botucaraí (R19), Campos de Cima da Serra (R24), Uva e Vale (R26) e Vale da Luz (R30) não possuem SAMU USA e utilizam deslocamento de ambulâncias ou de outros meios de transportes encaminhados pela regulação do SAMU ou ainda providenciados pelos municípios.

O Veículo de Intervenção Rápida, também chamado de veículo rápido ou veículo de ligação médica, é utilizado para transporte de médicos com equipamentos que ofereçam suporte avançado de vida com ambulâncias. A Motolância é uma motocicleta usada como mais um recurso móvel disponível e integrado à frota do SAMU 192, para o atendimento rápido, principalmente das pessoas acometidas por agravos agudos. Dentre as 30 Regiões de Saúde, 9 estão contempladas com Motolância e/ou Automóvel (30%).

A Sala de Estabilização (SE) é um ambiente pré-hospitalar fixo para a estabilização de pacientes críticos e/ou graves, a qual tem condições de garantir a assistência 24 horas, vinculando-se a um serviço de saúde. Deve assim estar articulado aos outros níveis de atenção para encaminhamentos à rede de atenção à saúde, que é realizado pela central de regulação das urgências. Abaixo, os municípios que receberam aprovação do Ministério da Saúde para a habilitação de SE (Figura 160).

Figura 159 - Cobertura de SAMU,USA/USB por Região de Saúde, RS, 2012.

Região	Pop total	Pop coberta Sup. Avançado	%pop Coberta Sup. Avançado	Pop Coberta Sup. Básico	%pop coberta Sup. Básico
R1	417.898	262.368	62,8	367.060	87,8
R2	123.908	0	0,0	79.534	64,2
R3	463.497	125.320	27,0	445.316	96,1
R4	139.825	129.555	92,7	139.825	100,0
R5	205.540	200.188	97,4	205.540	100,0
R6	214.102	106.801	49,9	127.400	59,5
R7	760.792	737.045	96,9	737.045	96,9
R8	721.847	577.642	80,0	680.554	94,3
R9	385.963	201.793	52,3	295.837	76,6
R10	2.233.479	2.226.495	99,7	2.226.495	99,7
R11	285.096	145.976	51,2	239.788	84,1
R12	151.746	2.439	1,6	87.296	57,5
R13	222.898	126.173	56,6	192.271	86,3
R14	226.213	226.213	100,0	226.213	100,0
R15	271.378	34.169	12,6	203.283	74,9
R16	230.541	96.756	42,0	147.468	64,0
R17	298.073	0	0,0	250.954	84,2
R18	128.289	0	0,0	69.449	54,1
R19	115.524	0	0,0	68.964	59,7
R20	162.852	59.445	36,5	131.391	80,7
R21	846.429	526.912	62,3	798.475	94,3
R22	182.723	116.944	64,0	176.627	96,7
R23	539.606	441.332	81,8	532.756	98,7
R24	95.200	0	0,0	73.130	76,8
R25	282.094	108.490	38,5	211.254	74,9
R26	171.031	0	0,0	149.086	87,2
R27	200.110	83.516	41,7	154.417	77,2
R28	328.649	119.199	36,3	300.773	91,5
R29	209.125	123.261	58,9	185.511	88,7
R30	118.342	0	0,0	101.374	85,7
Total	10.732.770	6.778.032	63,2	9.605.086	89,5

Fonte: DAHA/SES/RS

Figura 160 - Municípios que receberam aprovação do Ministério da Saúde para a habilitação de SE, RS, 2012

Região de Saúde	Município	Unidade de Saúde
R8	Nova Sta Rita	US Nova Santa Rita
R7	Nova Hartz	UBS Nova Hartz
R4	Arroio do Sal	PS 24h Arroio do Sal
R5	Balneário Pinhal	Posto de saúde Sueli Santos de Souza
R5	Palmares do Sul	Hospital São José

Fonte: DAHA/SES/RS

A Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA) é um componente pré-hospitalar fixo, com estrutura de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e a rede hospitalar. Compõe uma rede organizada de atenção às urgências com fluxos definidos e pactuados. Funciona sob a lógica de acolhimento e de classificação do risco durante 24 horas ininterruptas, possibilitando a continuidade do tratamento com equipe multidisciplinar. Existem diferentes tipos de UPA, classificadas de acordo com a população da área de abrangência, área física, número de atendimentos médicos, de profissionais e de leitos de observação (Figura 161).

Figura 161 - Descrição do porte de UPA 24 horas

UPA 24H	População da Área de Abrangência da UPA	Área Física Mínima	Número de Atendimentos Médicos em 24 Horas	Número Mínimo de Médicos por Plantão	Número Mínimo de Leitos de Observação
Porte I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	até 150 pacientes	2 médicos	7 leitos
Porte II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	até 300 pacientes	4 médicos	11 leitos
Porte III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	até 450 pacientes	6 médicos	15 leitos

Fonte: Port. 2648 de 07/11/11 - GM/MS

Atualmente, das 30 regiões do Estado, 6 contam com UPAs em atividade. Destas, 02 foram construídas pelo gestor estadual e 04 pelos gestores municipais.

Figura 162 - Municípios sede das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e seu respectivo porte, RS, 2012

Região	Município	Tipo de Porte	Responsabilidade de construção
R26	Bom Princípio	I	Municipal
R24	Vacaria	I	Municipal
R7	Novo Hamburgo	II	Municipal
R8	Canoas	II	Municipal
R1	Santa Maria	III	Estadual
R10	Porto Alegre	III	Estadual

Fonte: DAHA/SES/RS

Considerando as 54 UPAs previstas para o Estado, 6 estão em funcionamento, 6 em licitação de equipamentos, 14 em fase de construção, 11 em fase de licitação de obra e 17 em fase de projeto (Figura 163). Os municípios de Alegrete, Bagé, Bento Gonçalves, Canoas, Cruz Alta, Frederico Westphalen, Lajeado, Novo Hamburgo, Santa Rosa, Santo Ângelo, Três Passos e de Vacaria receberam recursos estaduais para aquisição de equipamentos e/ou para conclusão de obras. Considerando as 30 Regiões de Saúde, 26 têm previsão de implantação de UPA, enquanto as regiões Belas Praias (R4), Araucárias (R18), Botucaraí (R19) e Vale da Luz (R30) necessitam de estudo de viabilidade.

Figura 163 - Situação das UPAs, RS, 2012

Regiões de Saúde	Município da UPA	Porte	Responsável pela Construção	Situação
R1	Santa Maria	III	Estado	Em funcionamento
R2	Santiago	I	Município	Elaboração de projeto
R3	São Gabriel	I	Município	Elaboração de projeto
	Alegrete	I	Município	Em licitação de equipamentos
	Santana do Livramento	I	Município	Elaboração de projeto
	Uruguaiana	II	Município	Em construção
R5	Tramandaí	II	Município	Em construção
R6	Parobé	I	Município	Elaboração de projeto
	Taquara	II	Município	Licitação de obras
R7	Campo Bom	I	Município	Elaboração de Projeto
	Novo Hamburgo	II	Município	Em construção
	Novo Hamburgo	II	Município	Em funcionamento

	Sapiranga	I	Município	Elaboração de projeto
	São Leopoldo	III	Município	Em construção
	Dois Irmãos	I	Município	Elaboração de projeto
R8	Canoas	I	Município	Em construção
	Canoas	II	Município	Em funcionamento
	Montenegro	I	Município	Elaboração do projeto
	Sapucaia de Sul	II	Município	Licitação de obras
	Esteio	I	Município	Licitação de obras
R9	Camaquã	I	Município	Elaboração do projeto
	Guaíba	II	Município	Em construção
R10	Porto Alegre	III	Estado	Em funcionamento
	Porto Alegre	III	Estado	Elaboração de projeto
	Porto Alegre	III	Município	Elaboração de projeto
	Gravataí	II	Município	Elaboração de projeto
	Alvorada	II	Município	Elaboração de projeto
	Cachoeirinha	II	Município	Elaboração de projeto
	Viamão	III	Município	Elaboração de projeto
R11	Santo Ângelo	II	Estado	Licitação de equipamentos
	São Borja	I	Município	Em construção
R12	Cruz Alta	I	Município	Licitação de equipamentos
R13	Ijuí	I	Município	Licitação de obras
R14	Santa Rosa	II	Município	Licitação de equipamentos
R15	Três Passos	I	Município	Em construção
	Frederico Westphalen	I	Município	Em construção
R16	Erechim	II	Município	Em construção
R17	Passo Fundo	III	Município	Elaboração de projeto
R20	Carazinho	I	Município	Licitação de obras
R21	Canguçu	I	Município	Licitação de obras
	Rio Grande	I	Município	Licitação de obras
	Rio Grande	III	Estado	Licitação de obras
	Pelotas	I	Município	Licitação de obras
	Pelotas	III	Município	Licitação de obras
R22	Bagé	II	Município	Licitação de equipamentos
R23	Caxias do Sul	III	Município	Em construção
R24	Vacaria	I	Município	Em funcionamento
R25	Bento Gonçalves	III	Município	Licitação de equipamentos
R26	Bom Princípio	I	Município	Em funcionamento
	Farroupilha	I	Município	Elaboração de projeto
R27	Cachoeira do Sul	I	Estado	Em construção
R28	Santa Cruz do Sul	II	Município	Licitação de obras
	Venâncio Aires	I	Município	Em construção
R29	Lajeado	II	Estado	Em construção

Fonte: DAHA/SES/RS

O Componente Hospitalar é constituído pelas portas hospitalares de urgência, leitos de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem e por laboratório e linhas de cuidados prioritárias.

As linhas de cuidados prioritárias na Rede de Urgência e Emergência são: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Traumatologia. Na região metropolitana já foram habilitados os hospitais para as linhas do Acidente Vascular Cerebral (AVC), conforme Figura 164 e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), conforme Figura 165.

Figura 164 - Número de leitos por hospital na linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC), Região Metropolitana de Porto Alegre, RS, 2012

Região de Saúde	Município	Hospital	Leitos
R10	Porto Alegre	Hospital São Lucas PUCRS	10 leitos (5 Unidades- U/AVC agudo + 5 integral)
		Hospital Conceição	10 leitos (5 U-AVC agudo + 5 integral)
		Hospital Cristo Redentor	10 leitos (5 U-AVC agudo + 5 integral)
		Santa Casa de Porto Alegre	10 leitos (5 U-AVC agudo + 5 integral)
	Gravataí	Dom João Becker	10 leitos (5 U-AVC agudo + 5 integral)
	Viamão	Instituto Cardiologia Hospital Viamão	10 leitos (5 U-AVC agudo + 5 integral)
R8	Canoas	Hospital de Pronto Socorro de Canoas	10 leitos (5 U-AVC agudo + 5 integral)
		Hospital Nossa Senhora das Graças	10 leitos (5 U-AVC agudo + 5 integral)
	Sapucaia	H. Getúlio Vargas	10 leitos (5 U-AVC agudo + 5 integral)
R7	São Leopoldo	Hospital Centenário	10 leitos (5 U-AVC agudo + 5 integral)
	Novo Hamburgo	Hospital Geral de Novo Hamburgo	10 leitos (5 U-AVC agudo + 5 integral)
R4	Torres	Hospital Nossa Senhora dos Navegantes	5 leitos U-AVC agudo
	Capão da Canoa	Hospital Santa Luzia	10 leitos (5 U-AVC agudo + 5 integral)
R5	Tramandaí	Hospital Tramandaí	10 leitos (5 U-AVC agudo + 5 integral)

Fonte: DAHA/SES/RS

Figura 165 - Número de leitos por hospital na linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Região Metropolitana de Porto Alegre, RS, 2012

Região	Município	Hospital	Leitos
10	Porto Alegre	Hospital São Lucas PUCRS	10
		Hospital Nossa Senhora da Conceição	10
		Hospital de Clínicas de Porto Alegre	10
		Santa Casa de Porto Alegre	10
		Instituto de Cardiologia	10
8	Canoas	Hospital da Ulbra	10
	Novo Hamburgo	Hospital Geral de Novo Hamburgo	10

Fonte: DAHA/SES/RS

O Governo do Estado aprovou incentivo para realização de plantão presencial aos hospitais vinculados ao SUS, visando incrementar a capacidade operacional no atendimento às demandas de urgência e emergência (Resolução - CIB 539/2011; Portaria SES/RS 263/2012). O Estado possui atualmente 3 regiões com hospitais habilitados ao serviço de Plantão Presencial.

O Plano de Ação Regional (PAR) tem como objetivo estruturar a Rede de Atenção às Urgências, integrando as ações e os serviços de saúde nos municípios e regiões para superar a fragmentação existente e proporcionar atendimento ágil e resolutivo nas situações de urgências. As Regiões de Saúde Belas Praias (R4), Bons Ventos (R5), Vale do Paranhana e Costa e Serra (R6), Vale dos Sinos (R7), Vale do Caí e Metropolitana (R8), Carbonífera/Costa Doce (R9) e Capital e Vale do Gravataí (R10) integram o PAR metropolitano já aprovado pelo MS, enquanto as regiões Diversidade (R13), Sul (R21), Jacuí Centro (R27) e Vinte e Oito (R28) possuem PAR em análise pelo Ministério da Saúde.

A Força Nacional do SUS (FN-SUS) é um componente humanitário do SUS, estruturante da Rede de Atenção às Urgências, que sob a gestão do Ministério da Saúde objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações emergenciais ou de risco para populações com vulnerabilidades específicas em regiões de difícil acesso. Existem situações que exigem maior participação do poder público, tais como as catástrofes que envolvem múltiplas vítimas e demais condições de calamidade, em especial, de natureza epidemiológica; as situações que demandam rápida atuação com atendimento médico especializado e apoio logístico; situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de populações especiais, como povos indígenas e outras comunidades.

Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

Atualmente a Rede de Atenção a Saúde da Pessoa com Deficiência é composta por 81 unidades de reabilitação conforme segue: Reabilitação Auditiva - 09 unidades; Reabilitação Física - 09 unidades; Reabilitação Visual - 03 unidades; Reabilitação Intelectual - 60 unidades; Triagem Auditiva Neonatal - TAN - 55 serviços; Reabilitação da pessoa ostomizada e/ou incontinente urinária - núcleos de dispensação em 496 municípios. A dispensação de materiais descartáveis e o Tratamento Fora de Domicílio Interestadual (TFD) também integram de forma complementar as ações do setor.

A regulação de acesso aos serviços desta rede está incorporada à Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA), sendo integrada ao Setor da Saúde da Pessoa com deficiência (SPD) no tocante às demais ações de regulação, controle e avaliação, incluindo-se a gestão dos atendimentos aos ostomizados e incontinentes.

A SES enfrenta atualmente um crescente déficit na oferta das consultas de reabilitação em todas as áreas de deficiência no Estado. Outra dificuldade enfrentada é a inexistência de uma forma de acesso para os pacientes com deficiências múltiplas e graves, com redução de mobilidade e/ou impossibilitados de comparecer às unidades ambulatoriais para aquisição dos dispositivos previstos na tabela SUS, o que resulta numa crescente demanda judicial para aquisição dos mesmos.

A Portaria GM nº 793 de 24 de Abril de 2012 instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência Auditiva, Física, Intelectual, Ostomia ou Múltiplas Deficiências, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da implantação do Centro Especializado de Reabilitação (CER) que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, no mínimo em duas áreas de reabilitação. Tal implantação exige da SES/RS uma imediata readequação das redes de atenção à pessoa com deficiência aos novos regramentos, adotando um novo e complexo modelo assistencial, sendo que os estabelecimentos de saúde, até então, eram habilitados para apenas uma área de reabilitação.

A construção das diretrizes da linha de cuidado da pessoa com deficiência também exigirá uma importante mudança no modelo de gestão que deverá ser integrado efetivamente às demais políticas como a Atenção Básica. A rede de cuidados à pessoa com deficiência deverá contar também com os Centros Especializados de Reabilitação (CER) e com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Figura 166 - Estimativa populacional por área de deficiência e oferta anual de vagas para reabilitação, RS, 2012

Área de Deficiência	Estimativa Populacional RS (*)(**)	Vagas para Reabilitação no RS
Deficiência Auditiva	124.547	6.660
Deficiência Intelectual	39.255	36.000
Deficiência Física/Motora	342.053	6.608
Deficiência Visual	94.095	3.600

Fonte: SES/RS

*Os dados do IBGE são baseados em declarações autorreferenciadas da população pesquisada.

**Estes números são calculados com base nos percentuais do RS apresentados pelo IBGE. Nas áreas da deficiência auditiva e motora foram usados os critérios: não consegue de modo algum e grande dificuldade. Na área da deficiência visual: não consegue de modo algum.

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) abrange, atualmente, 62% dos nascidos vivos SUS, o que indica uma insuficiência da realização do teste no âmbito estadual, conforme ilustrado na Figura 167.

Figura 167 - Percentual de Cobertura de Triagem Auditiva Neonatal, RS, 2008 a 2011

	Nascidos Vivos Geral	Nascidos Vivos SUS	Nascidos Vivos SUS Triados	% Cobertura TAN
2008	135.137	101.353	12.154	11.9%
2009	131.128	98.346	16.783	17%
2010	133.143	99.856	42.668	42%
2011	137.605	103.203	64.051	62%

Fonte: DAHA/SES/RS

A área da ostomia enfrenta problemas de trâmites administrativos de documentação até a efetiva dispensação do material. O serviço de dispensação de outros materiais descartáveis para usuários com deficiência ou insuficiência funcional ocorre mediante o cumprimento de ações judiciais, sendo que atualmente estão cadastrados em torno de 3.000 usuários. As ações judiciais com este fim são resultantes da inexistência de regulação do acesso ao atendimento especializado, da falta de acolhimento e acompanhamento das políticas que oneram financeiramente o Estado de forma significativa.

O serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), (PT/MS/SAS nº55/1999) no âmbito interestadual, que é utilizado predominantemente por pessoas com deficiência, registra em média 500 solicitações ao ano. O TFD interestadual apresenta problemas de gestão pela inexistência de protocolos de regulação que sejam capazes de avaliar tecnicamente as demandas por área de especialidades, tais como doenças raras, hematóglopinopatias, oncologia e transplantes. Ao mesmo tempo, existem dificuldades na assistência em função do perfil dos usuários, uma vez que eles necessitam de atendimentos e exames especializados que podem ser insuficientes ou inexistentes no território estadual.

Atenção Básica

Atenção Básica trabalha com lógica de território de referência e é responsável pela coordenação do cuidado dos usuários, sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, tem a atribuição de ordenar as Redes de Atenção à Saúde (RAS). No Rio Grande do Sul, a política de Atenção Básica está em consonância com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), sendo um dos Projetos Estratégicos Prioritários da gestão estadual, denominado “Aqui Tem Saúde”.

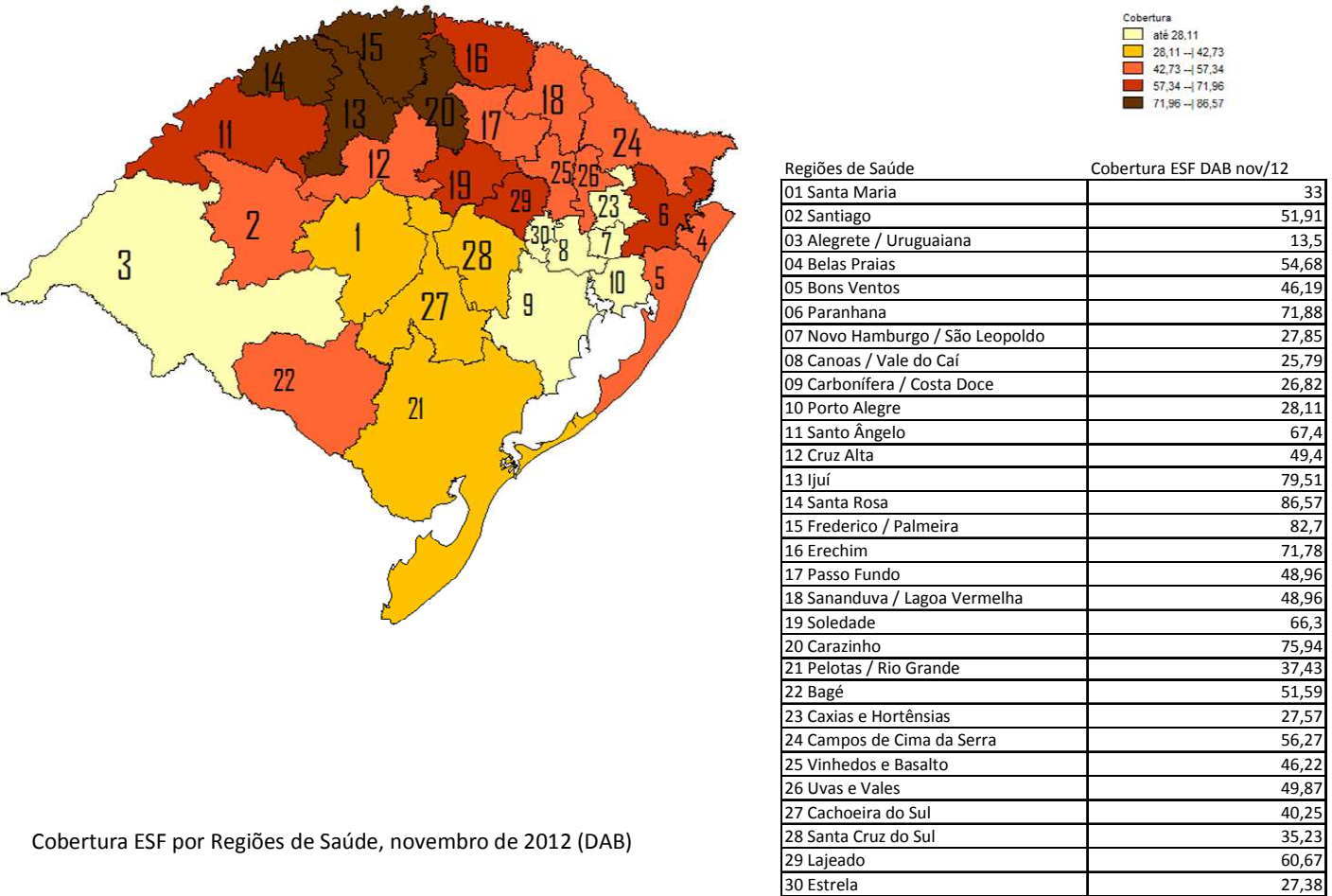
Para aproximar o SUS dos usuários, considerando a característica do cuidado em território, a Atenção Básica é constituída por políticas de Atenção Integral e suas Linhas de Cuidado: Do Ciclo Vital (Criança, Adolescente, Adulto e Idoso); Transversais (Saúde Bucal, Mental, Alimentação e Nutrição, DST/AIDS, e Populações Vulneráveis (População Indígena, População Negra, População Privada de Liberdade e outras).

O Estado do Rio Grande do Sul definiu a **Estratégia de Saúde da Família (ESF)** como modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e para a melhoria do acesso da população gaúcha à Atenção Básica. Estudos têm demonstrado que a ESF possui impacto positivo sobre vários aspectos pertinentes à saúde da população nos diferentes ciclos da vida, corroborando os resultados da eficiência da adoção deste modelo. A estratégia favorece uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial para o aprofundamento dos princípios e diretrizes do SUS, ampliando a resolutividade da atenção e impactando na situação de saúde das pessoas e coletividades. Isso é possível devido a algumas características da ESF, dentre elas a existência de equipe multiprofissional com a inclusão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A Atenção Básica é ofertada em 2.657 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em todos os municípios do Estado. A população coberta por este nível de atenção está estimada em 53% (DAB/MS, 09/ 2012), tendo como referência 3.000 pessoas por equipe de Atenção Básica, conforme PNAB, recebendo atendimento de forma programada ou não nas especialidades médicas básicas e assistência odontológica por meio de diversos profissionais de outras áreas associadas a esta atenção. Em grandes centros urbanos (territórios com mais de cem mil habitantes) é recomendado que as equipes de Atenção Básica responsabilizem-se por um território com no máximo 18 mil habitantes. O processo de trabalho das equipes deve partir da definição de território de atuação e de população adstrita, com programação e implementação de atividades de atenção à saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população, com priorização de intervenções clínicas e sanitárias para os problemas de saúde, segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e de resiliência.

A ESF encontra-se em 427 municípios, com um total de 1.358 equipes trabalhando junto às famílias, territórios e comunidades. Isso corresponde a uma cobertura de 40% da população, ou seja, de 4.322.009 cidadãos gaúchos (DAB/MS, 11/2012). A distribuição de ESF pelas 30 Regiões de Saúde mostra que em 19 delas a cobertura está acima da média do Estado, sendo 10 situadas ao norte do Estado, em municípios de pequeno porte populacional e em pequenas extensões territoriais. No entanto, 10 regiões de saúde encontram-se abaixo da média do Estado, concentrando-se no sul, onde há municípios de baixa densidade populacional, difícil acesso e de grande extensão rural. Por outro lado, neste grupo encontram-se também as regiões que possuem municípios de grande porte e densidade populacional, que priorizaram ESF em áreas de maior vulnerabilidade (Figura 168 e Figura 169).

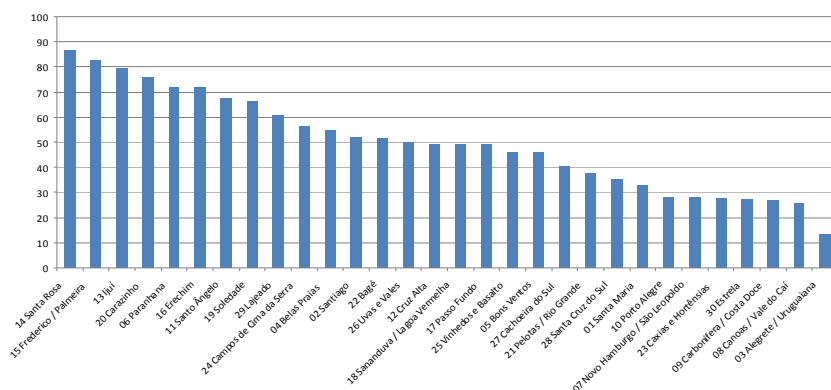
Figura 168 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Regiões de Saúde, RS, 2012.



Cobertura ESF por Regiões de Saúde, novembro de 2012 (DAB)

Fonte: DAS/SES/RS

Figura 169 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Região de Saúde, RS, 2012.



Fonte: DAS/SES/RS

Para intensificar os benefícios da Atenção Básica e, sobretudo da ESF, no RS, o governo deu início ao Projeto **Aqui tem Saúde na Família - Fortalecimento da Atenção Básica**. Cada equipe se responsabiliza por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitados os critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por

equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território. Dentro dessa ótica, quanto maior for o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser o número de pessoas acompanhadas no território por equipe.

No contexto do fortalecimento da Atenção Básica/ESF são agregados programas, políticas e estratégias que buscam contribuir para o aprimoramento, ampliação e qualificação da Atenção Básica. Dentre esses programas é possível citar a atuação dos **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)** presentes em 451 municípios, totalizando 8.897 ACS que acompanham 43% da população, ou 4.624.894 pessoas; e ainda, o Programa de Saúde na Escola (PSE). Cite-se ainda que 65 dos 170 municípios elegíveis já contam com adesão a esse programa até o final de 2012.

O **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)** procura induzir processos que ampliem a capacidade de gestão tanto nas três esferas de governo, quanto nas equipes de Atenção Básica, para ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. No Estado, 334 municípios aderiram ao PMAQ, totalizando 829 equipes avaliadas, ou seja, 67% dos municípios assumiram o compromisso de aprimorar e qualificar a gestão e as ações da Atenção Básica.

O **Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF** visa qualificar a gestão e o processo de trabalho das ESF. É uma iniciativa do MS apoiada pelo BIRD, para promover a expansão da ESF nos municípios com população superior a 100.000 habitantes. No RS, 10 municípios recebem recurso do PROESF. No Componente Estado, a SES/RS participou nas duas fases do programa, com foco na implantação da cultura do Monitoramento e Avaliação, na melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica por meio da constituição de redes de atenção e implantação de linhas de cuidado.

Visando à necessidade de integração e continuidade das ações/cuidados de Atenção Básica e Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, o Ministério da Saúde criou o **Programa Academia da Saúde**. A Academia de Saúde é um espaço físico para orientação de práticas corporais, atividade física, lazer e modos de vida saudáveis, que deve situar-se próxima à área de abrangência das UBS. Atualmente o RS tem 333 Polos de Academia da Saúde em diferentes estágios de construção distribuídos em 242 municípios gaúchos.

O Ministério da Saúde criou o **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF**, com a Portaria GM nº 154 de 24 de Janeiro de 2008, visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e a ampliação, a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, assim como a resolutividade, territorialização e a regionalização. O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuarem em conjunto com os profissionais das ESF, compartilhando práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das ESF, nos quais o NASF está cadastrado. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em suas diferentes modalidades (NASF I e II), totalizam 26 equipes implantadas e 36 habilitadas no RS.

O **Programa Nacional de Telessaúde** surge frente à necessidade de ofertar atividades de educação permanente às Equipes de Saúde da Família e de qualificar o seu processo de atenção, ampliando a sua resolutividade. O Telessaúde RS desenvolve o trabalho de nortear ações para a oferta de suporte assistencial à ESF por meio de teleconsultorias de texto (assíncronas) e vídeo (síncronas). Ambos caracterizam-se como atividades de educação permanente por terem caráter formativo junto ao profissional da ESF. No RS, em 2012, o Telessaúde encontra-se presente em 127 dos 426 municípios elegíveis ao programa no Estado.

O Programa de Valorização do profissional da Atenção Básica (PROVAB) é uma iniciativa do governo federal que surgiu da necessidade de provimento e fixação de profissionais em áreas de maior vulnerabilidade. Assim, médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas recém-formados estão recebendo incentivos para trabalharem nessas localidades. O programa prevê supervisão semipresencial e à distância; possibilidade de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, além de atuação durante o período mínimo de um ano. O RS possuía, em 2012, sete dentistas, cinco médicos e nove

enfermeiros distribuídos em diferentes municípios gaúchos desempenhando suas atividades vinculados ao PROVAB.

Os **Núcleos de Apoio a Atenção Básica (NAAB)** são uma iniciativa do governo do Estado para apoio e fortalecimento das ações em saúde realizadas pela Atenção Básica, com enfoque especial em problemas de saúde mental, uso abusivo de álcool e em outras drogas. Atualmente são 99 equipes implantadas no RS, sendo que esse componente integra a Rede de Atenção Psicossocial.

O **programa de Atenção Domiciliar no RS** está direcionado a municípios com população acima de 40 mil habitantes e encontra-se em fase de implantação no Estado, sendo que 04 dos 48 municípios elegíveis aderiram ao programa até o final de 2012, buscando o apoio matricial desenvolvido junto aos gestores municipais e às 19 CRSs do Estado para a sua ampliação, a fim de que todos os municípios elegíveis possam implementar e implantar a Atenção Domiciliar, usufruindo do recurso.

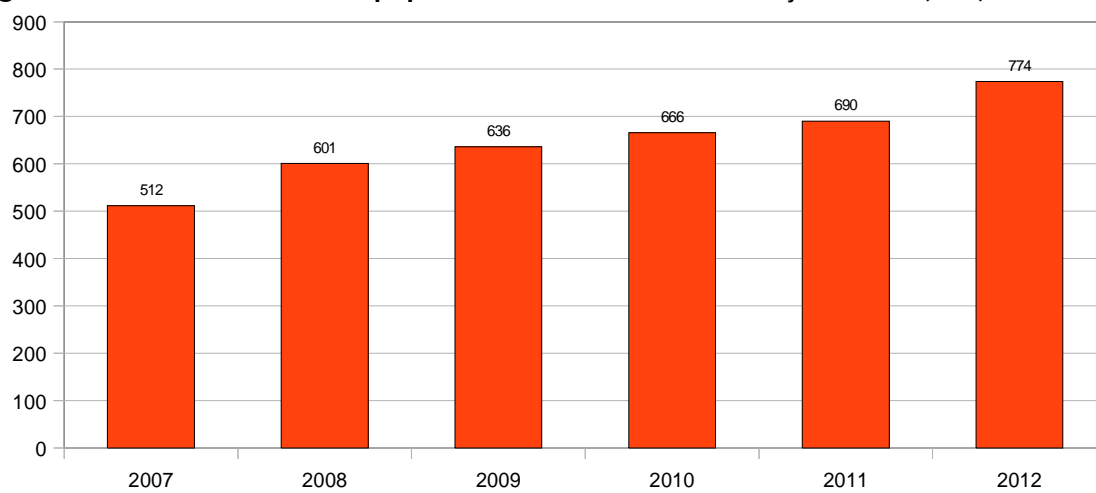
O **Consultório na Rua** é uma proposta que procura ampliar o acesso da população de rua, realizando as atividades de forma itinerante no território, desenvolvendo ações em parceria com as equipes de saúde. Essa estratégia é direcionada a municípios com 80 ou mais moradores de rua. Atualmente, dos seis municípios gaúchos elegíveis, três já aderiram à proposta.

Os desafios que se apresentam incluem a qualificação da Atenção Básica e o aumento da cobertura da ESF no Estado. Os municípios apontam dificuldades para contratar profissionais devido à Lei da Responsabilidade Fiscal; além disso, apontam também vínculos empregatícios frágeis e dificuldades quanto à fixação destes profissionais. Outra dificuldade para alcançar a meta de 70% de cobertura no Estado, estando presente em 100% dos municípios, era o financiamento na Atenção Básica. Assim, desde 2010, a Política de Incentivo Estadual de Saúde (PIES) aumentou significativamente o montante de recursos transferidos aos municípios, passando de R\$ 15 milhões para R\$ 100 milhões.

O Financiamento Estadual da Atenção Básica, fundo a fundo, à semelhança do Piso da Atenção Básica do Ministério da Saúde, iniciou em 2010, com repasse aos municípios de 15 milhões de reais. Em 2011, passou a 40 milhões dentro de um conjunto de medidas articuladas com as políticas federais de qualificação da atenção básica. Para a distribuição do recurso foram utilizados critérios mais compatíveis com o princípio da equidade. O repasse é feito em 04 parcelas para ser utilizado na qualificação da atenção básica, em atividades constantes dos planos de aplicação aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. Isto foi possível a partir da utilização de coeficientes para o cálculo das parcelas que compõem o recurso financeiro PIES.

Levou-se em consideração a Renda tributária líquida *per capita* dos municípios, que divididos em 04 extratos, receberam valores diferentes os quais são maiores para os grupos de municípios de menor renda. Também houve preocupação com a demanda da atenção básica, em que os extremos populacionais (menores de 05 anos e de 60 anos e mais) tendem à maior procura nas unidades básicas de saúde e, por isso, recebem valor desta parcela proporcional a estas populações. Assim, parte do PIES é repassado levando-se em conta estes contingentes. A população menor de cinco anos tem uma dispersão de 2,83% a 9,81% da população municipal para um percentual de 6,02 no estado. Para sessenta anos e mais a variação é de 7,33% para 29,45%, enquanto no estado é de 13,63%.

Com relação às Equipes de **Saúde Bucal na ESF** o Rio Grande do Sul contava, em novembro de 2012, com 774 habilitadas pelo Ministério da Saúde, sendo 17 delas em áreas indígenas. A cobertura estimada total é de 24,87%. A Figura 170 mostra a evolução da cobertura das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.

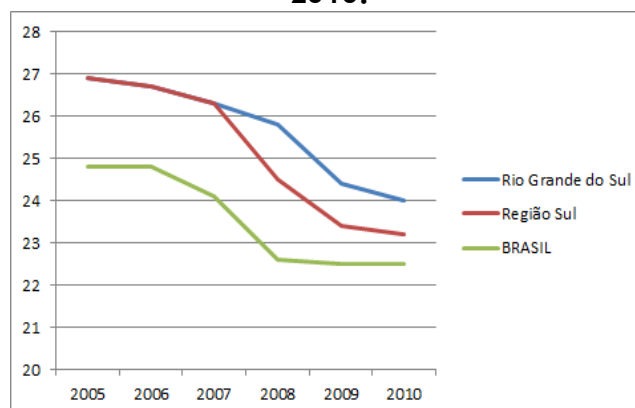
Figura 170 - Cobertura das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica, RS, 2007-2012

Fonte: DAS/SES/RS

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ISAB)

Esta análise tem como objetivo verificar a participação proporcional das internações por condições sensíveis à atenção básica no Estado em relação ao total de internações, conforme classificação definida pela Portaria SAS/MS de nº 221, de 17 de abril de 2008. Este dado mensura, de forma indireta, a avaliação da atenção básica e de eficiência no uso dos recursos.

No contexto internacional há uma série de investigações sobre indicadores da atividade hospitalar como medida da efetividade da Atenção Básica à Saúde. Um desses indicadores, denominado *Ambulatory Care Sensitive Conditions*, foi desenvolvido por Billings *et al.*, na década de 1990, como corolário do conceito de mortes evitáveis. Traduzido como “condições sensíveis à atenção básica”, representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção básica diminuiria o risco de internações. Essas atividades - prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas - deveriam gerar, em consequência de seus desdobramentos, a redução das internações hospitalares relacionadas a esses problemas.

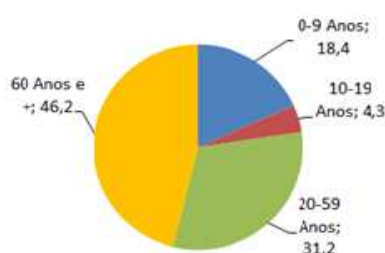
Figura 171 - Proporção de ISAB, RS, 2005 a 2010.

Fonte: SIHSUS/MS

O número e a proporção de Internações Sensíveis à Atenção Básica - ISAB vem apresentando tendência decrescente nos últimos anos (Figura 171), embora em ritmo menor do que o observado para a Região Sul do Brasil. O Estado ainda apresenta valor superior à média nacional, de 22,5% em 2010, constando dentre as causas de internação que mais decresceram: a anemia, as gastroenterites, a hipertensão e a asma. De qualquer maneira, gastroenterites e asma continuam entre as principais causas de ISAB no Estado.

As ISAB predominam em idosos (46,2%) e em adultos (31,2%) conforme demonstra a Figura 172. Entre as diversas regiões de saúde (Figura 173), há algumas variações em relação à distribuição proporcional de ISAB por ciclo de vida, sendo que as regiões Capital e Vale do Gravataí (R10) e Portal das Missões (R12) apresentam percentual em crianças aumentado em relação à média do Estado e a Região R26 apresenta a mesma condição para adolescentes.

Figura 172 - Proporção de ISAB por Ciclo de Vida, RS, 2008 a 2011.



Fonte: SIHSUS/MS

Figura 173 - Proporção de ISAB por Região de Saúde de Residência e Ciclo de Vida, RS, 2008 a 2011

Região de Residência		0-9 Anos % Linha	10-19 Anos % Linha	20-59 Anos % Linha	60 Anos e + % Linha
Total		18,4	4,3	31,2	46,2
R1	Verdes Campos	22,0	5,3	27,8	44,9
R2	Entre-Rios	12,4	3,9	30,0	53,8
R3	Fronteira Oeste	17,9	4,6	30,6	47,0
R4	Belas Praias	12,8	3,5	37,0	46,7
R5	Bons Ventos	15,8	4,0	31,7	48,5
R6	Vale do Paranhana e Costa Serra	15,3	5,1	35,2	44,4
R7	Vale dos Sinos	18,2	4,5	36,2	41,1
R8	Vale do Caí e Metropolitana	17,3	3,8	34,2	44,7
R9	Carbonífera / Costa Doce	12,9	3,4	33,9	49,8
R10	Capital e Vale do Gravataí	26,7	3,9	32,5	36,9
R11	Sete Povos das Missões	18,4	4,2	26,3	51,1
R12	Portal das Missões	24,6	5,3	30,0	40,2
R13	Região da Diversidade	14,8	4,5	26,4	54,3
R14	Fronteira Noroeste	20,5	4,7	23,3	51,5
R15	Frederico – Palmeira	14,8	4,2	26,2	54,7
R16	Alto Uruguai Gaúcho	19,5	4,6	25,4	50,4
R17	Passo Fundo	9,3	4,5	36,3	49,8
R18	Lagoa Vermelha	13,3	5,4	31,1	50,3
R19	Soledade	15,8	3,3	27,0	53,8
R20	Carazinho	14,8	4,3	28,5	52,3
R21	Região Sul	15,7	3,5	33,3	47,5
R22	Pampa	20,5	4,4	28,6	46,4
R23	Caxias e Hortências	18,3	4,6	32,0	45,0
R24	Campos de Cima da Serra	20,6	5,4	36,6	37,4
R25	Vinhedos e Basalto	12,7	5,7	33,0	48,5
R26	Uva e Vale	20,1	7,9	34,4	37,5
R27	Jacuí Centro	14,7	4,2	29,4	51,6
R28	Região Vinte e Oito	17,2	3,5	28,5	50,8
R29	Vales e Montanhas	10,6	4,0	31,0	54,4
R30	Vale da Luz	17,2	3,5	27,4	51,9

Fonte: SIHSUS/MS

As principais causas de ISAB para o período avaliado são as doenças pulmonares, a insuficiência cardíaca, as gastroenterites, as doenças cerebrovasculares, as infecções do trato urinário, a angina, a diabetes mellitus e a asma, as quais somam 81% do total. Na análise das causas por ciclo de vida (Figura 174), destacam-se entre as crianças as gastroenterites, a asma e as doenças pulmonares. Entre os adolescentes predominam a infecção urinária e as gastroenterites; entre o adultos, as principais causas de ISAB são as infecções urinárias, angina e doenças pulmonares, e, no ciclo de vida do idoso, predominam as ISAB relacionadas às doenças pulmonares, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares.

Figura 174 - Percentual de ISAB sobre o Total de Internações por Ciclo de Vida, RS, 2008 a 2011.

Sensíveis At.Bas.3	Total	0-9 Anos	10-19 Anos	20-59 Anos	60 Anos e +
8. Doenças pulmonares	16,4	19,1	2,6	9,8	21,2
11. Insuficiência cardíaca	12,8	0,7	1,3	9,2	21,2
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	11,1	27,6	23,6	9,0	4,7
12. Doenças cerebrovasculares	9,0	0,1	0,8	8,3	13,9
15. Infecção no rim e trato urinário	8,6	4,4	26,2	13,8	5,2
10. Angina	7,4	0,0	0,2	10,1	9,3
13. Diabetes mellitus	6,7	0,5	4,6	8,7	8,1
7. Asma	6,0	20,1	9,2	3,5	1,9
6. Pneumonias bacterianas	5,9	12,8	5,3	4,2	4,3
9. Hipertensão	2,5	0,0	0,6	3,6	2,9
14. Epilepsias	2,4	5,7	6,7	2,5	0,6
4. Deficiências nutricionais	2,1	0,9	0,9	2,1	2,6
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	2,0	2,1	3,5	2,9	1,1
18. Úlcera gastrointestinal	1,6	0,2	0,9	2,4	1,6
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	1,5	0,8	1,4	3,2	0,6
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	1,3	0,0	3,1	3,5	0,1
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1,1	3,9	2,8	0,7	0,2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	1,0	0,8	5,8	1,9	0,0
3. Anemia	0,5	0,3	0,4	0,5	0,6

Fonte: SIHSUS/MS

Entre as regiões de saúde de residência (Figura 175) observa-se heterogeneidade não significativa entre as principais causas de ISAB, acompanhando as diferenças proporcionais entre os ciclos de vida. Essas diferenças podem ser causadas por questões relacionadas à codificação da CID no momento da internação.

Figura 175 - Percentual das Principais Causas de Internações Sensíveis à Atenção Básica por Região de Saúde de Residência, RS , 2008 a 2011.

Região de Saúde de Residência	Doenças pulmonares	Insuficiência cardíaca	Gastroenterites Infecciosas e complicações	Doenças cerebrovasculares	Infecção no rim e trato urinário	Angina	Diabetes melitus	Asma	Pneumonias bacterianas	Hipertensão	Epilepsias
Total	16,4	12,8	11,1	9,0	8,6	7,4	6,7	6,0	5,9	2,5	2,4
R1	16,6	9,5	15,0	8,9	7,8	3,6	5,8	4,8	15,2	2,3	2,2
R2	17,8	18,0	12,3	8,2	6,8	4,1	8,4	5,1	4,5	1,0	1,5
R3	17,8	13,7	11,6	11,7	7,1	6,2	7,9	3,6	3,3	2,7	3,4
R4	12,9	17,7	5,8	9,7	13,5	12,7	7,7	1,0	4,2	1,4	1,4
R5	15,6	11,6	10,3	9,5	12,0	7,2	6,8	4,6	7,7	2,7	2,1
R6	11,9	15,6	12,3	6,2	13,3	6,0	8,4	3,5	6,1	6,1	1,3
R7	16,4	12,3	6,5	8,5	12,5	10,7	7,6	3,1	0,6	3,1	3,4
R8	10,6	14,7	5,5	13,0	7,7	7,9	7,7	4,3	10,5	1,8	2,3
R9	13,7	11,5	7,8	12,6	8,3	6,6	9,8	4,3	2,5	3,7	2,8
R10	14,6	11,8	6,6	11,5	7,8	8,1	5,3	8,8	4,9	1,4	3,8
R11	15,6	12,4	18,8	8,4	7,0	4,5	10,2	6,4	9,2	1,9	0,8
R12	16,3	9,8	18,3	6,1	9,7	5,6	7,1	8,2	7,3	2,5	1,7
R13	21,7	17,9	13,4	8,4	7,5	5,3	6,2	7,8	2,5	2,0	1,3
R14	22,4	13,6	19,8	6,3	6,6	4,9	4,8	8,0	4,6	0,8	1,0
R15	26,4	15,7	17,3	5,2	4,5	4,2	4,7	11,3	3,3	1,5	0,8
R16	17,7	13,0	15,6	7,5	5,7	8,0	5,2	12,8	5,0	1,8	1,6
R17	13,5	12,4	8,8	7,9	10,8	20,4	6,1	3,8	3,3	1,6	3,5
R18	23,8	7,9	16,7	5,0	10,9	6,7	5,8	5,7	7,7	1,8	1,3
R19	22,4	15,6	10,5	7,0	6,2	5,6	7,8	8,4	5,5	4,9	1,3
R20	21,2	11,3	11,7	6,5	7,6	10,8	6,0	6,6	7,8	1,8	1,3
R21	11,2	12,1	8,6	8,1	9,2	10,4	6,7	4,9	12,9	2,5	1,4
R22	10,5	13,2	12,2	11,1	7,0	8,4	8,6	2,9	3,6	7,0	3,2
R23	20,8	12,6	5,5	8,3	12,4	7,5	6,5	4,9	6,4	1,8	3,1
R24	14,9	3,9	18,8	8,2	11,9	3,0	9,3	3,9	0,2	8,7	4,7
R25	16,7	12,0	10,9	4,9	13,5	4,0	7,8	3,0	3,2	4,9	3,5
R26	12,7	12,1	22,6	6,9	12,1	2,4	5,9	5,4	5,9	2,9	2,5
R27	21,5	12,1	14,4	7,3	5,9	5,6	7,3	7,4	3,5	3,7	2,3
R28	22,9	12,4	11,4	9,9	8,8	8,8	5,8	4,1	1,7	2,5	2,9
R29	19,2	18,2	15,6	6,7	9,5	5,1	5,0	3,7	3,5	1,8	1,2
R30	22,4	15,0	12,3	6,8	9,3	5,6	6,3	6,0	4,4	4,3	0,9

Fonte: SIHSUS/MS

As maiores proporções de ISAB em relação ao total de internações (Figura 176 e Figura 177) encontram-se em regiões de saúde de menor densidade populacional, em municípios de menor porte e com maior número de pequenos hospitais. Infere-se que, além de deficiências na qualidade e cobertura na atenção básica, a alta proporção de ISABs no Estado também é impactada pelo modelo hospitalar vigente, caracterizado pelo número significativo de unidades hospitalares de baixa resolutividade. Esta afirmação pode ser verificada na Figura 176, a qual revela maiores taxas e proporções de ISAB em regiões com maior percentual de leitos em pequenos hospitais.

A conclusão acima é reforçada pela constatação de que a proporção de ISAB, ao contrário do esperado, não tem relação inversa com a cobertura de ESF - Estratégia de Saúde da Família. Além disso há outros fatores que afetam as taxas de internações em geral, os quais não são facilmente mensurados e controlados, como a qualidade do dado, podem distorcer a informação. Dessa forma, altas taxas de ISAB não são, necessariamente, indicativas de necessidade de ações imediatas, mas um sinal de alerta para proceder-se a uma investigação mais aprofundada.

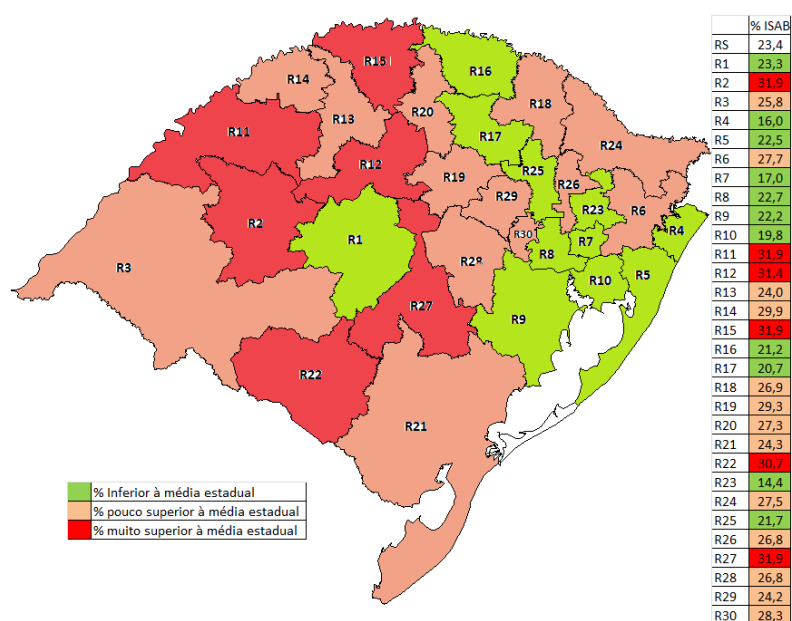
Figura 176 - Internações Sensíveis à Atenção Básica - ISAB e Indicadores de Comparação, por Região de Residência, 2008 a 2011.

Região de Saúde de Residência		% ISAB	Taxa Média Anual de Internações Sensíveis AB (1000 hab)	% Cobertura ESF** 2011	Nº de Hospitais*	Nº de Hospitais* com menos de 50 leitos	% de Leitos em Hospitais* com menos de 50 leitos totais
TOTAL		23,4	15,7	34,3	320	151	15,5
R1	Verdes Campos	23,3	12,4	37,3	16	7	11,0
R2	Entre-Rios	31,9	24,1	44,5	6	3	31,6
R3	Fronteira Oeste	25,8	17,3	12,9	7	0	0,0
R4	Belas Praias	16,0	9,7	39,5	2	0	0,0
R5	Bons Ventos	22,5	14,5	50,7	5	2	19,2
R6	Vale do Paranhana e Costa Serra	27,7	19,5	22,6	9	5	36,8
R7	Vale dos Sinos	17,0	10,5	19,3	8	1	3,9
R8	Vale do Caí e Metropolitana	22,7	15,9	19,7	10	2	3,9
R9	Carbonífera / Costa Doce	22,2	13,9	25,1	8	5	36,4
R10	Capital e Vale do Gravataí	19,8	13,0	20,0	26	3	1,3
R11	Sete Povos das Missões	31,9	22,7	60,4	9	4	23,1
R12	Portal das Missões	31,4	22,5	40,7	9	7	46,5
R13	Região da Diversidade	24,0	16,3	67,6	15	11	42,0
R14	Fronteira Noroeste	29,9	22,7	80,0	18	11	40,5
R15	Frederico - Palmeira	31,9	24,7	75,5	22	13	35,5
R16	Alto Uruguai Gaúcho	21,2	16,0	72,8	16	11	39,0
R17	Passo Fundo	20,7	16,3	47,5	13	7	13,8
R18	Lagoa Vermelha	26,9	17,6	53,0	11	7	46,1
R19	Soledade	29,3	20,7	55,1	7	5	38,2
R20	Carazinho	27,3	18,8	70,3	12	8	41,2
R21	Região Sul	24,3	16,3	28,9	24	8	7,5
R22	Pampa	30,7	20,3	47,9	5	2	13,9
R23	Caxias e Hortências	14,4	7,7	23,6	7	1	3,1
R24	Campos de Cima da Serra	27,5	21,6	48,1	2	1	22,4
R25	Vinhedos e Basalto	21,7	14,0	33,6	8	3	13,8
R26	Uva e Vale	26,8	17,5	45,9	6	3	35,2
R27	Jacuí Centro	31,9	24,4	43,9	8	3	17,9
R28	Região Vinte e Oito	26,8	19,3	32,7	9	3	14,0
R29	Vales e Montanhas	24,2	16,0	67,5	17	14	58,8
R30	Vale da Luz	28,3	20,5	23,4	5	1	9,1

* Excluídas as unidades com 5 ou menos leitos SUS cadastrados no CNES (set/2012)
** Cobertura calculada pela proporção entre pessoas cadastradas pela ESF e população total.

Fonte: SIHSUS/MS

Figura 177 - Proporção de ISAB por Regiões de Saúde de Residência, RS, 2008 a 2011.



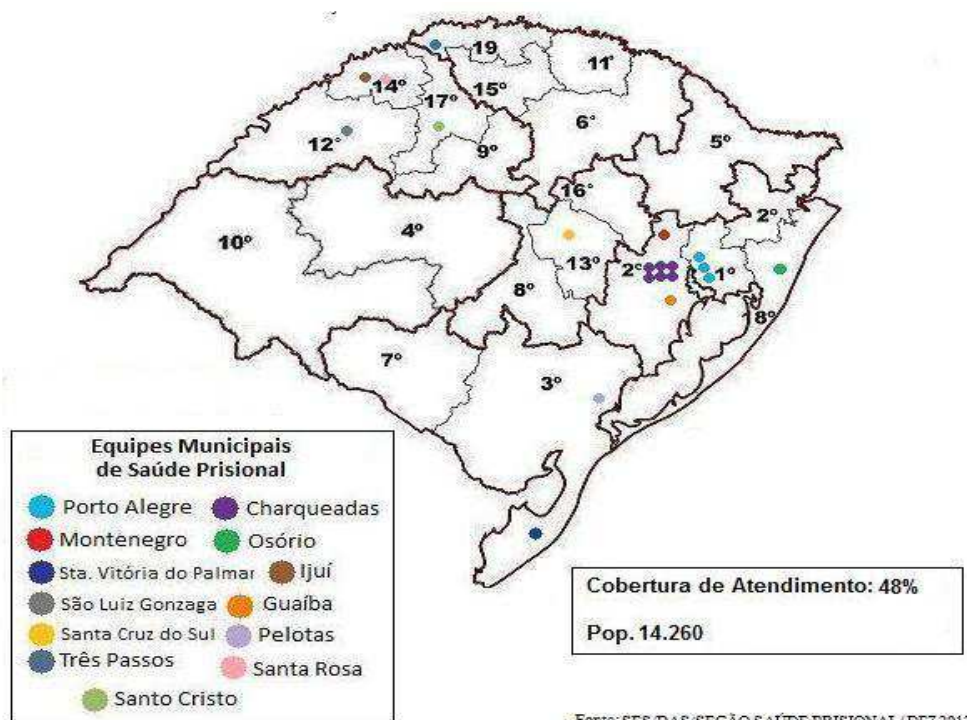
Fonte: SIHSUS/MS

Saúde Prisional

A Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional é desenvolvida de forma intersetorial, e avançou significativamente com a municipalização das equipes de Atenção Básica Prisional no Estado, sobretudo a partir da Resolução CIB-RS nº 257, de setembro de 2011. Envolve a implementação de equipes nos moldes dos princípios e diretrizes preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de acordo com o consignado no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). As equipes mínimas são compostas por médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar ou técnico de enfermagem e auxiliar de consultório odontológico, com carga horária de 20 horas semanais.

O parâmetro de referência estabelecido pelo Ministério da Saúde é de uma equipe para cada 500 presos. Em um período de cinco anos o número de equipes implantadas cresceu de 3 (três) para 20 (vinte), atingindo uma cobertura de 48% de atendimento da população prisional do Estado, com acesso a ações e serviços da Atenção Básica. As equipes de saúde prisional estão implantadas nos 17 maiores centros penitenciários do Estado, perfazendo uma cobertura de atendimento a aproximadamente 14.260 pessoas em situação de privação da liberdade, localizadas em 13 municípios (Figura 178).

Figura 178 - Localização das Equipes de Saúde Prisional, RS, 2012.



Fonte: DAS/SES/RS

As equipes trabalham integradas à rede de Atenção Básica do município, rede de assistência farmacêutica, à de serviços laboratoriais do SUS, bem como junto à rede de leitos de referência à saúde prisional em hospitais gerais localizados na Região Metropolitana de Porto Alegre. Atualmente, o Estado conta com 53 leitos referência para a população prisional, sendo 18 leitos de desintoxicação, 32 leitos de média complexidade e 03 leitos de alta complexidade. Desses, 50 leitos encontram-se no Hospital Vila Nova e 03 no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre.

Como parte da rede de serviços, em parceria com o Fundo Global, foi implantado no Presídio Central de Porto Alegre o Laboratório de Controle da Tuberculose, que desde 2010 vem sendo referência para 12 estabelecimentos prisionais do Estado. A Figura 179 mostra a evolução da cobertura de atendimento das equipes e dos investimentos em Saúde Prisional nos últimos anos.

Figura 179 - Evolução da cobertura e investimentos em Saúde Prisional no Estado do RS.

	2007-2010	2011-2012
Média da população prisional do RS no período	27.960	29.590
Nº equipes de saúde prisional habilitadas	08	20
Nº de municípios com equipes de saúde prisional	05	13
Nº de estabelecimentos prisionais com equipes de saúde prisional	08	17
Cobertura de população prisional atendida pelas equipes de saúde prisional (%)	20%	48%
Cobertura de população prisional atendida pelas equipes de saúde prisional (nº)	5.592	14.260
Nº de leitos prisionais	53	53
Incentivo estadual para financiamento das equipes de saúde prisional	370.416,56	3.437147,47
Incentivo estadual para financiamento de construção e compras de equipamentos e materiais permanentes das unidades de saúde prisional	1.060.000,00	1.000.000,00
Total de incentivos estaduais repassados aos municípios	1.430.146,56	4. 437147,47

Fonte: DAS/SES/RS

No que diz respeito ao número de trabalhadores que atuam nas equipes municipais de Atenção Básica à saúde prisional, atualmente o RS possui **149 profissionais de saúde**, sendo 100 trabalhadores de municípios e 49 da SUSEPE. Diversos estudos epidemiológicos estimam uma elevada prevalência e incidência de HIV, tuberculose, hepatites virais e DSTs na população prisional, demonstrando índices significativamente maiores do que na população geral. A fragilidade do controle epidemiológico desta população, entretanto, se acentua pela dificuldade no acompanhamento de indicadores de saúde, uma vez que não existe nos sistemas de informação lacuna que especifique que esta se encontra em situação de privação de liberdade. O único sistema que oferece essa informação é o SINAN, no indicador da Tuberculose, que vem sendo monitorado junto ao Programa Estadual de Tuberculose.

Desde o período de implantação das equipes, com a integração das ações e serviços da saúde prisional ao SUS, houve significativo aumento nos registros com o rastreamento e o diagnóstico rápido dos agravos. Nos últimos anos, com o avanço do modelo de financiamento e com a expansão do número de equipes verificou-se uma tendência à redução da mortalidade nos estabelecimentos com equipes de saúde prisional no Estado.

RS na Paz - Saúde

O Projeto RS NA PAZ objetiva reduzir a violência no Estado, com foco na faixa etária entre 12 e 24 anos. É uma iniciativa transversal do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, composta por órgãos públicos e por treze secretarias de estado, coordenada pela Secretaria de Segurança Pública tendo em vista à redução da criminalidade, com a articulação de ações policiais e ações sociais nos territórios de maior vulnerabilidade.

A Secretaria de Estado da Saúde, como integrante do Programa, desenvolve ações intersetoriais de promoção de saúde e cultura de paz, prevenção de violências e redução de riscos nos 50 municípios com maior índice de mortalidade por causas externas (homicídios, suicídios e acidentes de trânsito). Assim, gera acesso aos serviços de saúde por meio das seguintes ações: Ampliação das Equipes de Saúde

da Família como Projeto Prioritário; Fortalecimento da Atenção Básica; Implantação das Linhas de Cuidado Materno-Infantil com o Projeto Prioritário Rede Cegonha - Primeira Infância Melhor; Atenção Integral aos usuários de álcool, crack e outras drogas com o Projeto Prioritário O Cuidado que eu Preciso; Atenção Integral à Saúde na Escola - SPE, o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas - PSE, o Plano Operativo de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a Lei - privados de liberdade - POE e o Programa de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil/PAIR - Mercosul.

A notificação compulsória tanto de casos suspeitos como confirmados de violência, é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e a outros no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino.

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou os documentos “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências - Orientação para gestores e profissionais de saúde” (BRASIL, 2010) e “Metodologias para o cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”, visando orientar a prática dos profissionais de saúde nos diversos pontos de atenção da rede, contribuindo na implementação desta Linha de Cuidado.

A Secretaria Estadual de Saúde do RS instaurou em 2008 o Programa de Prevenção à Violência (PPV), substituído em 2011 pelo Programa Estadual de Segurança Pública com Cidadania (RS na PAZ). Assim foi ampliado o foco a municípios prioritários, incluindo bairros com maior número de mortes por homicídios, os quais são denominados TERRITÓRIOS DE PAZ, onde passaram a ser realizadas ações de promoção da Cultura de Paz.

A Cultura da Paz foi definida em 1999 pela Organização das Nações Unidas (ONU) como “um conjunto de valores, atitudes, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da nãoviolência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social”.

Dessa forma, são desenvolvidas ações de promoção de saúde e cultura de paz, prevenção de violências e redução de riscos nos 50 municípios com maior índice de mortalidade por causas externas (homicídios, suicídios e acidentes de trânsito), incluindo os TERRITÓRIOS DE PAZ. No final de 2012 estavam implementados TERRITÓRIOS DE PAZ nos municípios de Porto Alegre (Restinga, Lomba do Pinheiro, Morro Santa Tereza e Rubem Berta), Canoas (Guajuviras e Mathias Velho), Passo Fundo (Integração e Alexandre Záchia), Vacaria (Imperial, Municipal e Vitória), Santa Cruz do Sul (Complexo Bom Jesus) e Esteio (Primavera, São José, Esperança, Cruzeiro, Vila Nova e Navegantes).

Está prevista a implementação de TERRITÓRIOS DE PAZ nos municípios de Caxias do Sul, Cachoeirinha, Novo Hamburgo, São Leopoldo, Alvorada e Guaíba. Muitos Territórios de Paz coincidem com os 50 municípios que antes eram prioritários do PPV. Junto com essa implantação está sendo construída a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e às suas Famílias em Situação de Violências (LC-Violências), com perspectiva de abrangência para todo o Estado. Para isso está sendo estudado um incentivo estadual, tendo em vista o cofinanciamento das ações da linha de cuidado.

O RS na Paz, coordenado pela Secretaria de Segurança Pública, tem um Comitê Gestor Estadual instituído pelo Decreto Nº 48.611 de 22.11.2011, sendo composto por diversas Secretarias de Estado, incluindo-se a SES. Dada a importância do tema, enquanto projeto estratégico, em 18 de janeiro de 2012 foi emitida pelo Governador a NOTA DIRETRIZ N. 20, a qual orienta os titulares dos órgãos que participam do COMITÊ GESTOR DO “RS NA PAZ” (art. 2º do Decreto nº 48.611, de 22/11/2011) no Item IV : “as ações e projetos das Secretarias e órgãos que não sejam dirigidas aos “territórios da paz”, só devem ser desencadeadas depois de respondidas as necessidades provenientes da instalação dos mesmos”.

Dessa forma, as ações ou projetos que forem implementados no RS pelos Departamentos,

Órgãos e/ou Políticas de qualquer Secretaria de Estado deverão implementados prioritariamente nos Territórios de PAZ. A ação integral em saúde, com recorte nas linhas de cuidado, promove a saúde, a Cultura de Paz e a prevenção às violências, definindo as suas ações estratégicas por intermédio do RS NA PAZ com SAÚDE. O perfil de morbimortalidade por causas externas encontra-se no capítulo “Perfil de Morbimortalidade” deste documento.

No Rio Grande do Sul, assim como no Brasil e no mundo, os acidentes de trânsito são considerados a primeira causa de morte entre os jovens na faixa etária entre 15 a 29 anos, representando um grave problema de saúde pública. No Estado, em 2010, o coeficiente de mortalidade por acidentes de transportes foi de 20,7 por 100.000 habitantes perfazendo um número absoluto de 2210 óbitos. Esses dados levaram a Organização das Nações Unidas (ONU) a proclamar para os próximos dez anos - 2011 a 2020 - uma Década de Ação pela Segurança Viária com objetivo de reduzir 50% de mortes.

A elaboração do *Plano Nacional de Segurança Viária*, engajado com esta proposta mundial e nacional, levou o Estado do RS a assumir o compromisso de desenvolver um conjunto de ações entre 2011 e 2020, por meio da criação do Comitê Estadual de Mobilização pela Segurança no Trânsito. Baseado na integração multissetorial, esse conta com o comprometimento de autoridades de todas as esferas de poder e com a efetiva participação da sociedade colaborando com atitudes preventivas e, principalmente, mediante o acompanhamento das respectivas ações.

Atenção Secundária e Terciária

A atenção secundária e terciária é caracterizada por serviços ambulatoriais e hospitalares com diferentes densidades tecnológicas para realização de ações especializadas. Os serviços de atenção terciária são mais densos tecnologicamente do que os serviços de atenção secundária e, por essa razão, tendem espacialmente a ser mais concentrados. Não existe caráter de subordinação entre eles, sendo esse complementar no que tange aos diferentes pontos de atenção à saúde. Cabe ressaltar que a atenção secundária e terciária têm lugar tanto em nível ambulatorial especializado, quanto hospitalar, já que alguns serviços são resolutivos, ocorrendo apenas na área ambulatorial, enquanto outros caracterizam-se por mesclar a área ambulatorial e a hospitalar.

A crescente prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, assim como de suas complicações, reflete-se em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde, com o conseqüente aumento de gastos e da necessidade por serviços da atenção secundária e terciária. Essa modificação no perfil de necessidade da assistência tem impacto importante na maneira como se dá a organização dos serviços de saúde para atender à população.

Desde 2004, quando o Ministério da Saúde instituiu novas políticas de atenção nas mais diversas especialidades, cardiologia, traumatologia-ortopedia, nefrologia e, posteriormente, oncologia e neurologia, o Estado desenvolve atividades para reorganizar as referidas assistências. Atualmente, o Rio Grande do Sul possui 21 serviços de cardiologia, 24 serviços de traumatologia-ortopedia, 69 serviços de nefrologia/hemodiálise, 26 serviços de oncologia e 21 serviços de Neurologia.

Este quantitativo de serviços encontra-se em constante modificação devido a novas habilitações, desabilitações e/ou a alterações de referências e de fluxos. Esse também é integrado pelo conjunto de serviço especializados, hospitais com leitos de UTI, serviços de terapia nutricional, oftalmologia, cirurgia bariátrica, processo transexualizador, assistência a queimados, reabilitação para o portador de má-formação lábio-palatal e tratamento da lipodistrofia e lipoatrofia facial para o portador de HIV/AIDS. As Figuras 180, 181, 182 e 183 apresentam algumas das especialidades distribuídas nas macrorregiões do Estado:

Figura 180 - Distribuição dos serviços especializados em traumatologia, RS, dezembro/2012.

ASSISTÊNCIA EM TRAUMATO-ORTOPEDIA			
UNIDADES	SEERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA	SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DE URGÊNCIA
MACRORREGIÃO METROPOLITANA			
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	X	X	
H. S. Lucas da PUC, POA	X	X	X
H. Beneficência Portuguesa, POA	X		
H. Cristo Redentor, POA	X	X	X
H. Nossa Senhora da Conceição, POA			
H. Parque Belém, POA	X		
Stª Casa de Misericórdia de Porto Alegre	X	X	
HPS Porto Alegre			X
HPS de Canoas			X
H. Nossa Senhora das Graças, de Canoas	X		
H. Universitário de Canoas	X	X	X
MACRORREGIÃO SUL			
H. Miguel Riet de Rio Grande	X	X	X
Stª Casa de Rio Grande	X		X
Stª Casa de Misericórdia de Pelotas	X		X
MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE			
Hospital Universitário de Santa Maria	X	X	X
Santa Casa de São Gabriel	X		X
MACRORREGIÃO MISSIONEIRA			
HSVP de Cruz Alta	X		X
Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa	X		X
H. Caridade de Santo Ângelo	X	X	X
MACRORREGIÃO NORTE			
Hospital Cidade, Passo Fundo	X	X	X
HSVP de Passo Fundo	X	X	X
H. Stª Terezinha de Erechim	X		X
MACRORREGIÃO DOS VALES			
H. Stª Cruz de Santa Cruz do Sul	X		
MACRORREGIÃO DA SERRA			
H. Pompéia de Caxias do Sul	X		X

Fonte: DAHA/SES/RS

Figura 181 - Distribuição dos serviços especializados em oncologia, RS, dezembro/2012.

ASSISTÊNCIA EM ONCOLOGIA							
UNIDADES	UNA CON	CA CON	BRA QUIQUERAPIA	QUIMIOTERAPIA	RADIOTERAPIA	HEMATOLOGIA	ONC. PEDIÁTRICA
MACRORREGIÃO METROPOLITANA (1ª, 2ª e 18ª CRS)							
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE		X	X	X	X	X	X
HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	X			X	X	X	X
HOSPITAL FEMINA	X			X			
SANTA CASA DE PORTO ALEGRE		X	X	X	X	X	X
H. N. SRª CONCEIÇÃO	X			X		X	X
HOSPITAL CENTENÁRIO (1ª CRS)	X			X	X		
HOSPITAL REGINA (1ª CRS)	X			X			
MACRORREGIÃO SUL (3ª e 7ª CRS)							
SANTA CASA DE RIO GRANDE	X			X	X	X	
SANTA CASA DE PELOTAS	X			X	X	X	
FUNDAÇÃO DE APOIO UNIVERSITÁRIO	X			X	X	X	
SANTA CASA DE BAGÉ	X			X			
MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE (4ª e 10ª CRS)							
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (4ª CRS)	X			X	X	X	X
SANTA CASA DE URUGUAIANA (10ª CRS)	X			X	X		
MACRORREGIÃO MISSIONEIRA (9ª, 12ª, 14ª e 17ª CRS)							
H.S.VICENTE DE PAULO DE CRUZ ALTA (9ª CRS)				X		X	
HOSPITAL VIDA E SAUDE (14ª CRS)	X			X	X	X	
HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ (17ª CRS)		X	X	X	X	X	
MACRORREGIÃO NORTE (6ª, 11ª, 15ª e 19ª CRS)							
H.S.VICENTE DE PAULO DE PASSO FUNDO (6ª CRS)	X			X	X	X	X
HOSPITAL CIDADE DE PASSO FUNDO (6ª CRS)	X			X			
H. STª TEREZINHA DE ERECHIM (11ª CRS)	X			X	X	X	
HOSPITAL DE CARIDADE DE CARAZINHO (6ª CRS)	X			X			
MACRORREGIÃO DOS VALES (8ª, 13ª e 16ª CRS)							
HOSPITAL BRUNO BORN DE LAJEADO (16ª CRS)	X			X	X	X	
HOSPITAL DE CARIDADE DE CACHOEIRA (8ª CRS)	X			X			
H. ANA NERY, Stª CRUZ DO SUL (13ª CRS)	X			X	X		
MACRORREGIÃO DA SERRA (5ª CRS)							
HOSPITAL GERAL DE CAXIAS	X			X		X	X
HOSPITAL TACCHINI, BENTO GONÇALVES	X			X	X		
HOSPITAL POMPEIA	X			X			

Fonte: DAHA/SES/RS

Figura 182 - Distribuição dos serviços especializados em neurologia, RS, dezembro/2012.

ASSISTÊNCIA EM NEUROLOGIA								
UNIDADES	TRAUMA E ANOMALIAS DE	COLUNA E NERVOS	TUMORES DO SISTEMA	NEUROCIRURGIA VASCULAR	NEUROCIRURGIA DA DOR E FUNCIONAL	EPILEPSIA	ENDOVASCULAR	ESTEREOTÁXICA
MACRORREGIÃO METROPOLITANA								
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	X	X	X	X	X	X	X	X
H. S. Lucas da PUC, POA	X	X	X	X	X	X	X	X
H. Beneficência Portuguesa, POA	X	X	X	X	X		X	
H. Cristo Redentor, POA	X	X	X	X	X	X	X	
H. Nossa Senhora da Conceição, POA	X	X	X	X				
H. Parque Belém, POA	X	X	X	X			X	
Stª Casa de Misericórdia de Porto Alegre	X	X	X	X	X	X	X	X
Fund. Hospit. Centenário, São Leopoldo	X	X	X	X	X			
H. Nossa Senhora das Graças, de Canoas	X	X	X	X				
H. Universitário da ULBRA	X	X	X	X	X			
MACRORREGIÃO SUL								
H. Univ. S. Francisco de Paula de Pelotas	X	X	X	X				
Stª Casa de Rio Grande	X	X	X	X				
Stª Casa de Misericórdia de Pelotas	X	X	X	X				
MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE								
Stª Casa de Uruguaiana	X	X	X	X				
MACRORREGIÃO MISSIONEIRA								
HSVP de Cruz Alta	X	X	X	X				
Hospital Vida e Saúde	X	X	X	X				
MACRORREGIÃO NORTE								
Hospital Cidade, Passo Fundo	X	X	X	X	X		X	
HSVP de Passo Fundo	X	X	X	X	X		X	
MACRORREGIÃO DOS VALES								
H. Bruno Born de Lajeado	X	X	X	X				
H. Caridade e Beneficência de Cachoeira do Sul	X	X	X	X				
MACRORREGIÃO DA SERRA								
H. Pompéia- Caxias do Sul	X	X	X	X	X			

Fonte: DAHA/SES/RS

Figura 183 - Distribuição dos serviços especializados em cardiologia, RS, dezembro/2012.

ASSISTÊNCIA EM CARDIOLOGIA						
UNIDADES	C. CARDIOVAS.	C. VASCULAR	C. CARD. PEDIAT.	C. INTERVENC.	ELETROFISIOLOGIA	PROC. ENDOV.
MACRORREGIÃO METROPOLITANA						
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	X	X		X	X	X
H. S. Lucas da PUC, POA	X	X	X	X	X	X
H. Nossa Senhora da Conceição, POA	X	X		X		
FUC/ Instituto de Cardiologia, POA	X	X	X	X	X	X
Stª Casa de Misericórdia, POA	X	X	X	X	X	X
H. Cristo Redentor, POA		X				
H. Municipal de Novo Hamburgo	X			X		
Hospital da ULBRA de Canoas	X	X		X		
MACRORREGIÃO SUL						
Soc. Portuguesa de Beneficência/ Pelotas	X	X		X		
Stª Casa de Rio Grande	X	X		X		
Stª Casa de Misericórdia de Pelotas	X	X		X		
H. São Francisco de Paula		X				
MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE						
H. Universitário de Santa Maria	X	X		X		
MACRORREGIÃO MISSIONEIRA						
Assoc. Hosp. Caridade de Ijuí	X	X		X		
MACRORREGIÃO NORTE						
HSVP de Passo Fundo	X	X		X	X	X
H. Cidade	X	X			X	
Fundação Hospitalar Stª Terezinha de Erechim		X				
MACRORREGIÃO DOS VALES						
H. Santa Cruz	X	X		X		
H. Bruno Born de Lajeado	X	X		X		
MACRORREGIÃO DA SERRA						
H. Pompéia- Caxias do Sul	X			X		
Hospital Geral de Caxias do Sul	X	X	X	X		

Fonte: DAHA/SES/RS

Atenção Ambulatorial e Especializada é um dos componentes necessários à constituição das Regiões de Saúde. No processo de redesenho das regiões de saúde no Estado, um conjunto de procedimentos foi definido como elenco mínimo da atenção ambulatorial especializada: consulta médica de cardiologista, gastroenterologista (para assistência às hepatites), pneumologista (para assistência à tuberculose), gineco-obstetra, cirurgião geral e cirurgia ambulatorial de média complexidade; ações na especialidade de traumatologia (consulta médica de traumatologista, atendimento ortopédico com imobilização provisória, cirurgias de média complexidade e internação clínica para tratamento do sistema osteomuscular), serviços com habilitação para realização de laqueadura tubária e vasectomia e serviços de apoio diagnóstico, como exames de laboratório clínico, citoanatomopatológico, radiologia (destacando-se a mamografia), ultrassonografia e tomografia.

Das 30 regiões de saúde, 17 possuem todos os serviços elencados localizados em um ou mais municípios. São elas: Verdes Campos (R1), Fronteira Oeste (R3), Belas Praias (R4), Bons Ventos (R5), Vale dos Sinos (R7), Vale do Caí Metropolitana (R8), Carbonífera e Costa Doce (R9), Capital e Vale do Gravataí (R10), Região da Diversidade (R13), Fronteira Noroeste (R14), Alto Uruguai Gaúcho (R16), Planalto (R17), Sul (R21), Pampa (R22), Caxias e Hortências (R23), Vinhedos e Basalto (R25) e Vinte e Oito (R28). As demais regiões apresentam carência de pelo menos 1 a 4 ações ou serviços.

Considera-se que os serviços habilitados para realização de laqueadura tubária e de vasectomia, assim como o que diz respeito à produção ambulatorial do SUS, como a cirurgia ambulatorial foram consideradas apenas as pequenas cirurgias. A consulta médica de pneumologista constitui a maior carência, visto que as regiões Entre-Rios (R2), Vale do Paranhana / Costa Serra (R6), Sete Povos das Missões (R11), Caminho das Águas (R15), Botucaraí (R19), Rota da Produção (R20), Campos de Cima da Serra (R24) e Uva e Vale (R26) não possuem este serviço, o qual é seguido dos exames citoanatomopatológicos, que não estão disponíveis nas regiões Entre-Rios(R2), Vale do Paranhana/Costa Serra (R6), Araucárias (R18), Campos de Cima da Serra (R24), Uva e Vale (R26) e Vale da Luz (R30).

A partir da identificação dos vazios assistenciais e/ou da oferta insuficiente de serviços, deverão ser desenvolvidas estratégias com o objetivo de ampliar o acesso com qualidade à atenção especializada ambulatorial, incluindo consultas, exames, equipes multiprofissionais e outros procedimentos. Para isto serão qualificados os serviços existentes, tanto em estruturas hospitalares quanto extra-hospitalares. Estes serviços comporão a rede servindo como referência para garantir o seguimento da atenção aos usuários, de acordo com as diferentes linhas de cuidado; os primeiros serviços implementados serão aqueles por especialidades os quais demandam maior necessidade de assistência.

Em relação aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o RS apresenta ainda uma baixa cobertura populacional, assim como uma distribuição não homogênea entre as regiões de saúde, inclusive com ausência de CEO em algumas delas. Além das dificuldades financeiras dos municípios e da Lei de Responsabilidade Fiscal, não existe um entendimento dos gestores quanto a haver contrapartida de financiamento municipal para implantação destes CEO.

Foi criado em 2010 um incentivo financeiro estadual mensal equivalente a 30% do recurso federal para apoio ao custeio dos CEO para repasse direto pelo Fundo Municipal de Saúde. Em 2012, esse recurso foi reajustado e incrementado com recurso adicional para os CEO que aderirem a Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência. A Figura 184 mostra número e localização de CEO municipais ou regionais por região de saúde.

Figura 184 - Situação da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), RS, 2012.

Região	Nº municípios	Nº CEO implantados	Sede	Regional
R1 Verdes Campos	21	1	Santa Maria	não
R2 Entre-Rios	11	1	Santiago	não
R3 Fronteira Oeste	11	2	Alegrete / Uruguaiana	sim
R4 Belas Praias	12	0		
R5 Bons Ventos	11	0		
R6 Vale do Paranhana e Costa Serra	8	0		
R7 Vale dos Sinos	15	0		
R8 Canoas Vale do Caí e Metropolitana	18	2	Canoas / Montenegro	sim
R9 Carbonífera / Costa Doce	19	0		
R10 Capital e Vale do Gravataí	6	7	Alvorada/Cachoeirinha/Gravataí/POA	não
R11 Sete Povos das Missões	24	2	Santo Ângelo / São Borja	sim
R12 Portal das Missões	13	0		
R13 Diversidade	20	3	Ijuí / Panambi	sim
R14 Fronteira Noroeste	22	0		
R15 Caminho das Águas	40	1	Tenente Portela	sim
R16 Alto Uruguai Gaúcho	33	0		
R17 Planalto	21	0		
R18 Araucárias	20	0		
R19 Botucaraí	14	0		
R20 Rota da Produção	19	0		
R21 Sul	22	2	Pelotas / Canguçu	sim
R22 Pampa	6	1	Bagé	não
R23 Caxias e Hortênsias	6	1	Caxias	não
R24 Campos de Cima da Serra	9	0		
R25 Vinhedos e Basalto	21	0		
R26 Uva e Vale	12	0		

R27 Jacuí Centro	12	0		
R28 Vinte e Oito	13	0		
R29 Vales e Montanhas	27	1	Lajeado	não
R30 Vale da Luz	10	0		

Fonte: DAHA/SES/RS

Quanto à implantação dos Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD), a meta para 2012 que era 30 LRPD, foi consideravelmente superada, encerrando-se o ano com 68 habilitados. O incremento é resultado do incentivo estadual criado em 2010, que complementa o recurso federal disponibilizado aos municípios por prótese ofertada aos seus cidadãos. Diante disso, a expectativa é de que a meta para o ano de 2015 (90) também seja alcançada. A Figura 185 mostra o número e a localização dos LRPD.

Figura 185 - Situação da implantação dos laboratórios de prótese dentária (LRPD), RS, 2012.

Região	Nº municípios	LRPD	Sede
R1 Verdes Campos	21	2	Santa Maria e São Pedro do Sul
R2 Entre-Rios	11	2	Santiago e Nova Esperança do Sul
R3 Fronteira Oeste	11	1	Alegrete
R4 Belas Praias	12	2	Itati e Mampituba
R5 Bons Ventos	11	1	Mostardas
R6 Vale do Paranhana e Costa Serra	8	0	
R7 Vale dos Sinos	15	0	
R8 Vale do Caí Metropolitana	18	1	Montenegro
R9 Carbonífera /Costa Doce	19	0	
R10 Capital e Vale do Gravataí	6	3	Alvorada, Cachoeirinha e Porto Alegre
R11 Sete Povos das Missões	24	10	Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Porto Xavier, Roque Gonzales, Santo Ângelo, São Borja, Sete de Setembro
R12 Portal das Missões	13	1	Tupanciretã
R13 Diversidade	20	9	Augusto Pestana, Catuípe, Chiapetta, Cel. Barros, Ijuí, Inhacorá, Jóia, Panambi, São Martinho

R14 Fronteira Noroeste	22	9	Alegria, Dr. Maurício Cardoso, Giruá, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Mauá, Santa Rosa, Tuparendi
R15 Caminho das Águas	40	5	Ametista do Sul, Caiçara, Derrubadas, Planalto, Tenente Portela
R16 Alto Uruguai	33	2	Nonoai e Severiano de Almeida
R17 Planalto	21	1	Serafina Corrêa
R18 Araucárias	20	2	São João da Urtiga e Tapejara
R19 Botucaraí	14	0	
R20 Rota da Produção	19	1	Gramado dos Loureiros
R21 Sul	22	4	Canguçu, Cristal, Pelotas, São Lourenço do Sul
R22 Pampa	6	2	Bagé e Lavras do Sul
R23 Caxias Hortênsias	6	1	Caxias
R24 Campos de Cima da Serra	9	0	
R25 Vinhedos e Basalto	21	0	
R26 Uva e Vale	12	1	São Marcos
R27 Jacuí Centro	12	1	Segredo
R28 Vinte e Oito	13	0	
29 Vales Montanhas	27	6	Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Cruzeiro do Sul ,Doutor Ricardo, São José do Herval, Sério
R30 Vale da Luz	10	1	Teutônia

Fonte: DAHA/SES/RS

A análise da capacidade hospitalar deve contemplar a necessidade de inserção destes estabelecimentos nas redes de atenção em saúde e a adequação dos mesmos à mudança de perfil demográfico e epidemiológico da população. De acordo com Eugênio Vilaça Mendes, “do ponto de vista demográfico, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada. A população brasileira, apesar de baixas taxas de fecundidade, vai continuar crescendo nas próximas décadas, como resultado dos padrões de fecundidade anteriores. O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas por que essas condições de saúde afetam mais os segmentos de maior idade. Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE de 2008 mostram que 79,1% dos brasileiros

de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de, pelo menos, uma das doze doenças crônicas selecionadas.” Esta realidade exige assim a organização de uma rede hospitalar que sirva de retaguarda para a atenção primária, de forma regionalizada, hierarquizada e resolutive.

A avaliação a seguir baseia-se em parâmetros estabelecidos na legislação vigente para necessidade de leitos hospitalares e no dado da PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/IBGE para proporção da população que utiliza os serviços públicos. A população utilizada no cálculo foi estimada pelo DATASUS para o ano de 2012 e a dos nascidos vivos baseia-se nos registrados pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) em 2011. Para verificação de capacidade instalada, foram utilizados os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), tabulados no TABWIN.

A Portaria MS/GM 1.101/02 estabelece uma razão de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes. Nesta avaliação foi utilizado o parâmetro de 3 leitos por mil habitantes para o cálculo de leitos totais e de 0,41 leitos por mil habitantes para o cálculo dos leitos totais pediátricos. Para leitos de UTI, a portaria recomenda que esses correspondam de 4 a 10% dos leitos hospitalares. Nesta avaliação foi utilizado o parâmetro médio de 7% para leitos de UTI pediátrica e o parâmetro máximo de 10% para leitos de UTI gerais, em função do impacto das doenças crônicas na organização do sistema de saúde (Figura 186).

Figura 186 - Parâmetros para Cálculo da Necessidade de Leitos Hospitalares

Parâmetro	Fonte	Unidade	Valor
Parâmetro para leitos totais	PT GM 1.101, de 12/06/02, item 3.5 (parâmetro máximo)	por 1000 hab	3
Parâmetro para população SUS internações gerais	IDB 2011/IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD - Suplemento Saúde	% sobre população	70
Parâmetro para população SUS internações UTI	IDB 2011/IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD - Suplemento Saúde	% sobre população	75
Parâmetro para leitos totais pediátricos	PT GM 1.101, de 12/06/02, item 3.6	por 1000 hab	0,41
Parâmetro para leitos de UTI	PT GM 1.101, de 12/06/03, item 3.5 (parâmetro máximo)	%sobre leitos totais	10
Parâmetro para leitos de UTI pediátrica	PT GM 1.101, de 12/06/03 (parâmetro médio)*	% sobre leitos pediátricos	7
Parâmetro para nascidos vivos SUS	IDB 2011/IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD - Suplemento Saúde	% sobre total NV	70
Parâmetro para Leitos UTI neonatal	PT GM 930, de 10/05/12, art. 7º	por 1000 NV	2
Parâmetro para Leitos UCI neonatal convencional - UCINCO	PT GM 930, de 10/05/12, art. 7º	por 1000 NV	2
Parâmetro para Leitos UCINCA - Canguru	PT GM 930, de 10/05/12, art. 7º	por 1000 NV	1

Fonte: DAHA/SES/RS

De acordo com tais parâmetros, o Rio Grande do Sul necessita de 22.618 leitos hospitalares para atendimento das necessidades da população SUS, contando com capacidade instalada de 22.836 leitos, ou seja: há suficiência de leitos na média geral do Estado. É preciso ressaltar, porém, que parte expressiva dos leitos (25,5%) está localizada em pequenos hospitais (Figura 188), que são caracterizados pela baixa resolutividade e pela tendência a internações sensíveis à atenção básica.

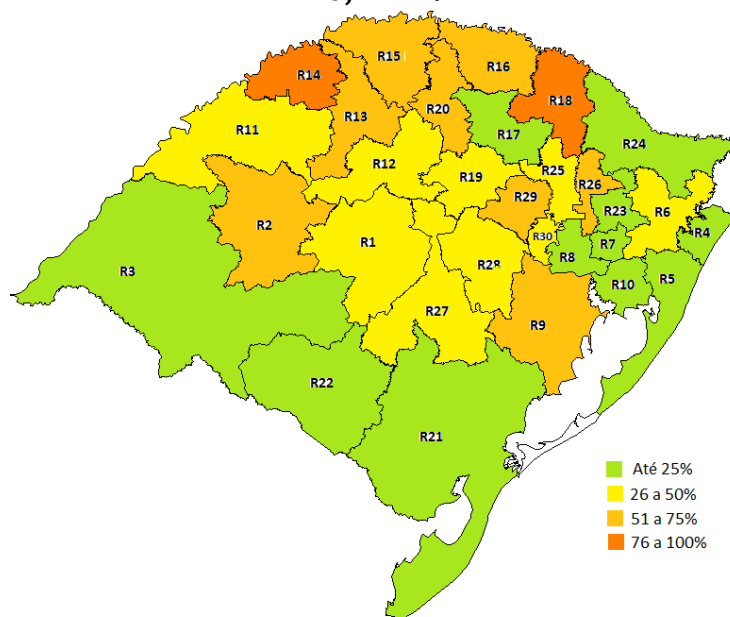
Este dado se torna ainda mais significativo (42%) ao excluir-se da análise geral do Estado os leitos totais da R10 (Capital e Vale do Gravataí), R8 (Vale do Caí e Metropolitana), R7 (Vale dos Sinos) e R23 (Caxias e Hortências). Além disso, mesmo com a inclusão dos pequenos hospitais, 16 Regiões de Saúde apresentam déficit de leitos hospitalares totais, o que ocorre mais acentuadamente nas regiões R7 (Vale dos Sinos), R9 (Carbonífera/Costa Doce) R8 (Vale do Caí e Metropolitana) e R3 (Fronteira Oeste), nesta ordem (Figura 187). O déficit de leitos da Região 3 (Fronteira Oeste) merece consideração especial, tendo em vista as distâncias geográficas entre os municípios desta Região e municípios que são polos de referência, como Santa Maria e Porto Alegre.

Figura 187 - Estimativa de Leitos Hospitalares Necessários, Capacidade Instalada e Déficit por Região de Saúde, RS, 2012.

Região de Saúde		Leitos Totais			leitos Totais SUS		
		Necessidade	Capac. Instalada	Déficit	Necessidade	Capac. Instalada	Déficit
TOTAL		32.312	33.309		22.618	22.836	
R1	Santa Maria	1.256	1.641		879	932	
R2	Santiago	371	415		259	270	
R3	Alegrete	1.386	1.079	-307	970	748	-222
R4	Torres	425	187	-238	297	155	-142
R5	Osorio	624	365	-259	437	320	-117
R6	Taquara	647	528	-119	453	424	-29
R7	Novo Hamburgo	2.297	1.286	-1.011	1.608	942	-666
R8	Canoas	2.177	1.759	-418	1.524	1.314	-210
R9	Guaíba	1.163	483	-680	814	359	-455
R10	Porto Alegre	6.724	9.092		4.707	5.919	
R11	Santo Angelo	852	715	-137	596	504	-92
R12	Cruz Alta	454	583		318	344	
R13	Ijuí	669	781		468	563	
R14	Santa Rosa	677	880		474	643	
R15	Palmeira das Missões	811	1.041		568	756	
R16	Erechim	691	877		484	595	
R17	Passo Fundo	900	1.504		630	1.044	
R18	Lagoa Vermelha	385	523		270	383	
R19	Soledade	346	377		243	284	
R20	Sarandi	489	604		343	443	
R21	Pelotas	2.543	2.784		1.780	2.203	
R22	Bage	549	533	-16	384	344	-40
R23	Caxias	1.638	1.507	-131	1.147	784	-363
R24	Vacaria	286	206	-80	200	150	-50
R25	Bento Gonçalves	854	745	-109	598	451	-147
R26	Farroupilha	517	366	-151	362	232	-130
R27	Cachoeira do Sul	600	561	-39	420	396	-24
R28	Santa Cruz	990	760	-230	693	505	-188
R29	Lajeado	631	774		442	564	
R30	Estrela	358	353	-5	250	265	

Fonte: DAHA/SES/RS

Figura 188 - Percentual de Leitos Localizados em Hospitais com até 50 leitos, por Região de Saúde, RS, 2012.



Fonte: DAHA/SES/RS

Em relação aos leitos em Unidades de Terapia Intensiva, a avaliação foi realizada por Macrorregião de Saúde, separando leitos de UTI adulto, UTI pediátrica e UTI neonatal. A necessidade de leitos de UTI neonatal foi calculada com a utilização de novos parâmetros estabelecidos pela PT GM 930, de 09/05/12 (art. 7ª), os quais dividem a necessidade de leitos de cuidados especiais em intensivos (UTI neonatal) e intermediários (convencional e Canguru). De acordo com esses dados, há suficiência de leitos de UTI neonatal no Estado (Figura 189). Porém, em função do significativo déficit de leitos de cuidados intermediários (192 para UCI convencional e 99 para UCI Canguru) em todas as macrorregiões de saúde, os primeiros são utilizados para internação de crianças que não necessitariam de cuidados intensivos, demonstrando insuficiência da rede de cuidados especiais ao recém-nascido grave.

Figura 189 - Estimativa de Leitos de Cuidados Especiais Neonatais Necessários, Capacidade Instalada e Déficit por Macrorregião de Saúde, RS, 2012

Macrorregião de Saúde	Leitos UTI NEO Totais			Leitos UTI NEO SUS			Leitos UCI NEO - UCINCo Totais			Leitos UCI NEO - UCINCo - SUS			Leitos UCINCa - Canguru Totais			Leitos UCINCa - Canguru SUS		
	Necessidade	Capac. Instalada	Déficit	Necessidade	Capac. Instalada	Déficit	Necessidade	Capac. Instalada	Déficit	Necessidade	Capac. Instalada	Déficit	Necessidade	Capac. Instalada	Déficit	Necessidade	Capac. Instalada	Déficit
Total	275	509		206	380		275	219	-56	206	14	-192	138	39	-99	103	4	-99
Metropolitana	127	305		95	220		127	173		95	14	-81	63	27	-36	48	4	-44
Serra	28	54		21	35		28	4	-24	21	0	-21	14	0	-14	10	0	-10
Sul	26	43		19	43		26	20	-6	19	0	-19	13	3	-10	10	0	-10
Norte	29	38		22	29		29	4	-25	22	0	-22	14	3	-11	11	0	-11
Centro-Oeste	25	30		19	20		25	12	-13	19	0	-19	13	0	-13	9	0	-9
Missioneira	21	20	-1	15	16		21	0	-21	15	0	-15	10	6	-4	8	0	-8
Vales	21	19	-2	15	17		21	6	-15	15	0	-15	10	0	-10	8	0	-8

Fonte: DAHA/SES/RS

Para leitos de UTI pediátrica, os parâmetros referidos indicam a necessidade de 309 leitos totais e de 232 leitos na rede SUS (Figura 190). Verifica-se, pela capacidade instalada registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que o Rio Grande do Sul não dispõe deste quantitativo, devido a déficit em todas as macrorregiões com exceção da Metropolitana. A maior oferta deste tipo de leito na Macrorregião Metropolitana decorre da concentração de serviços de maior complexidade na capital, servindo de referência para todo o Estado e justificando o número excedente.

Figura 190 - Estimativa de Leitos de UTI Pediátrica Necessários, Capacidade Instalada e Déficit por Macrorregião de Saúde, RS, 2012

Macrorregião de Saúde	Leitos UTI PED Totais			Leitos UTI PED SUS		
	Necessidade	Capac. Instalada	Déficit	Necessidade	Capac. Instalada	Déficit
Total	309	247	-62	232	194	-38
Metropolitana	134	139		101	109	
Serra	32	22	-10	24	15	-9
Sul	30	13	-17	22	13	-9
Norte	34	29	-5	25	21	-4
Centro-Oeste	29	20	-9	22	14	-8
Missioneira	25	10	-15	19	10	-9
Vales	26	14	-12	19	12	-7

Fonte: DAHA/SES/RS

A estimativa de leitos de UTI adulto foi inferida pela diferença entre leitos de UTI gerais e os leitos de UTI pediátrica. Dessa forma, verifica-se insuficiência de capacidade instalada tanto na rede privada, quanto na rede SUS, comprovando a necessidade de criação de novos leitos em todas as macrorregiões de saúde (Figura 191).

Figura 191 - Estimativa de Leitos de UTI Adulto Necessários, Capacidade Instalada e Déficit por Macrorregião de Saúde, RS, 2012

Macrorregião de Saúde	Leitos UTI AD totais			Leitos UTI AD SUS		
	Necessidade	Capac. Instalada	Déficit	Necessidade	Capac. Instalada	Déficit
Total	2.922	1.393	-1.529	2.192	903	-1.289
Metropolitana	1.270	745	-525	953	494	-459
Serra	298	126	-172	224	64	-160
Sul	280	137	-143	210	104	-106
Norte	318	99	-219	239	73	-166
Centro-Oeste	272	146	-126	204	71	-133
Missioneira	241	85	-156	181	60	-121
Vales	244	55	-189	183	37	-146

Fonte: DAHA/SES/RS

Os hospitais que dispõem de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) situam-se predominantemente na faixa de 100 a 150 leitos totais. A maioria destes estabelecimentos não está provido de estrutura ideal para funcionamento de UTIs, embora sejam fundamentais para o atendimento de pacientes críticos nas regiões de saúde. Existe, entretanto, um bom número de estabelecimentos hospitalares com menos de 100 leitos, com UTIs habilitadas e atendendo no âmbito do SUS. Neste caso, há necessidade de avaliação da real capacidade de inserção de leitos de UTI, pois de modo geral esses leitos são de baixa resolutividade.

Quanto à conformidade à legislação, na sua grande maioria, as UTIs do Estado não estão adequadas aos parâmetros exigidos pelo MS/ANVISA, conforme a regulamentação específica da área (Regulamentação de Diretoria Colegiada da ANVISA de número 7 - RDC 7 de 02/2010 e anteriormente, a Portaria MS/GM 3432/98), tanto em recursos humanos como em infraestrutura física e de equipamentos. Em relação aos recursos humanos, apesar da RDC 7 ter fornecido 3 anos para adequação à qualificação técnica exigida para o setor, nota-se que não houve empenho da maioria dos hospitais na

busca de profissionais titulados na área de Terapia Intensiva, de enfermeiros e fisioterapeutas e de médicos.

Isto compromete, inclusive, a liberação de recursos estaduais para a complementação do pagamento de diárias proposta pelo Estado. As UTIs não estão submetidas a nenhum programa de controle de qualidade. Não há definição de indicadores de padrões mínimos para este fim, exceto os estabelecidos na Instrução Normativa - ANVISA/DC Nº 4/2010 (associada à RDC 7). Destaca-se que não há regulação efetiva no tocante à totalidade de leitos de UTI contratados pelo SUS por sistema informatizado no Estado, havendo grande dificuldade de obtenção de vagas em leitos para adequada internação de pacientes críticos.

Parte significativa dos procedimentos clínicos e cirúrgicos de atenção secundária e terciária, ambulatoriais e de internação está vinculada aos serviços contratados de natureza privada ou filantrópica, e mais de setenta por cento da rede hospitalar contratada ao SUS é constituída de estabelecimentos privados ou filantrópicos.

Historicamente os serviços de atenção secundária e terciária de maior grau de densidade tecnológica estão concentrados em Porto Alegre e em algumas cidades polo do Estado: Caxias do Sul, Erechim, Ijuí, Passo Fundo, Pelotas, Rio Grande, Santo Ângelo, Santa Cruz, Santa Maria e Santa Rosa. Mesmo nesses municípios verifica-se dificuldade de acesso a determinadas especialidades, no que diz respeito a diagnóstico e tratamento. Dessa forma, faz-se necessário enfrentar os vazios assistenciais do Estado, estruturando hospitais regionais especializados nas regiões mais carentes de serviços, conforme a necessidade e o perfil epidemiológico da região.

A qualificação da rede de atenção hospitalar requer aprimoramento dos instrumentos de gestão desses estabelecimentos. Uma iniciativa para qualificação da rede de atenção secundária e terciária no Estado envolve a estruturação do Núcleo de Economia da Saúde (NES). A Economia da Saúde prevê o uso de ferramentas de economia na análise, formulação e na implementação de políticas de saúde. Requer assim a análise e a implementação de metodologias relacionadas ao desenvolvimento do sistema, mecanismos de alocação de recursos, apuração de custos e avaliação tecnológica dentre outras.

O NES/RS trabalhará inicialmente com um dos quatro eixos de ação dos NESs, que é o Programa Nacional de Gestão de Custos - PNGC, que compreende um conjunto de ações visando a promoção da gestão de custos no âmbito do SUS, por meio da geração, aperfeiçoamento e da difusão de informações relevantes e pertinentes a custos, utilizando-os como subsídio para a otimização do desempenho de serviços em unidades, regiões e em redes de atenção em saúde do SUS. O projeto já teve início em dois hospitais: Hospital Sanatório Partenon e Hospital de Tramandaí.

Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica constitui uma política pública inserida no SUS, voltada para a garantia do acesso e do uso racional de medicamentos necessários à assistência integral à saúde. A missão do gestor estadual nesta área é a de formular a Política de Assistência Farmacêutica do Estado, coordenando e desenvolvendo ações voltadas à ampliação do acesso a insumos e a medicamentos eficazes e seguros, tendo em vista a integralidade desta atenção ao promover o seu uso racional no âmbito do SUS.

Como uma política transversal, a Assistência Farmacêutica desempenha um papel fundamental nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), atuando de forma articulada e integrada com os programas e serviços de saúde. Além de garantir a disponibilidade regular e oportuna de medicamentos, organizando as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, os serviços farmacêuticos funcionam também como ponto de atenção, com foco nos usuários, proporcionando o acompanhamento farmacoterapêutico e a educação em saúde, ampliando o

autocuidado e a adesão aos tratamentos propostos, realizando ações de farmacovigilância e de manejo de riscos associados ao uso de medicamentos.

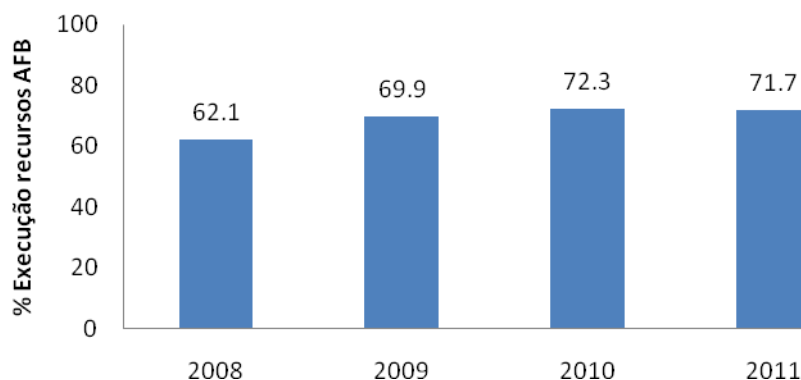
A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) estabelece o elenco de medicamentos a serem disponibilizados aos usuários. Compete ao Ministério da Saúde, por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), a sua revisão periódica a cada dois anos, definindo critérios técnicos para a incorporação ou exclusão de fármacos dessa relação (Lei 12.401/2011; Decreto 7.508/2011). Estados e municípios podem adotar relações específicas e complementares em consonância com a RENAME. A Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REME) foi elaborada em 2004 e a sua atualização periódica constitui um passo importante para a orientação das prescrições e aquisições de medicamentos no âmbito do SUS.

O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes: Básico, Estratégico e Especializado. O componente básico envolve um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais, os quais são destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica. O recurso é descentralizado, ficando os municípios responsáveis pela aquisição e dispensação nas farmácias municipais.

Nos últimos quatro anos, os municípios gaúchos têm executado entre 62,1 a 71,7% dos recursos disponíveis para aquisição de medicamentos para a Atenção Básica (Figura 192). Em 2011, a média de aplicação ficou em 71,7%. As médias regionais oscilaram entre 51,3 e 87,3%, sendo que, em metade das Regiões de Saúde, a média de execução foi inferior a 70%.

A competência da SES em apoiar técnica e financeiramente os municípios está sendo resgatada com a regularização dos repasses de recursos financeiros, com eventos de capacitação e do monitoramento da aplicação desses recursos, ações que facilitarão o entendimento dos fatores que influenciam no percentual de execução e uso racional deste recurso.

Figura 192 - Percentual de execução de recursos disponíveis na Assistência Farmacêutica na atenção básica em saúde nos municípios, RS, 2008 - 2011



Fonte:CPAF/SES/RS

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica inclui os medicamentos utilizados para o tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas do Ministério, com protocolos e normas estabelecidas. São financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados ou municípios, de acordo com previsão de consumo, sendo a sua distribuição de responsabilidade das duas instâncias. Constituem Programas de saúde estratégicos: Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase, DST/AIDS, Endemias Focais, Sangue e Hemoderivados, Alimentação e Nutrição, Controle do Tabagismo.

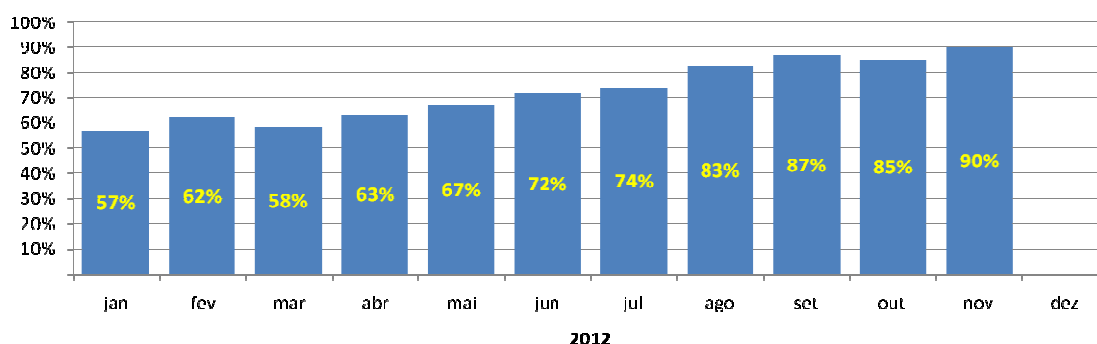
Para o tratamento de doenças de prevalência não contempladas nos programas de saúde do Ministério da Saúde, o Estado definiu um grupo de medicamentos a ser dispensado em caráter especial,

financiado com recursos do tesouro estadual, conforme Portaria SES/RS nº 670/2010. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), regulamentado por meio da Portaria GM/MS nº 2.981 de 26 de novembro de 2009 é integrado por um elenco de medicamentos (111 fármacos em 338 apresentações), cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). São medicamentos de alto custo, financiados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde. No Estado, os medicamentos do Componente Especializado e do grupo de medicamentos a ser dispensado em caráter especial ocorrem no município de residência dos usuários, por meio das farmácias municipais.

O acesso aos medicamentos do Componente Especializado ocorre mediante a abertura de expediente administrativo nos municípios, contendo documentos e exames que comprovem a doença e que atendam aos critérios de inclusão estabelecidos. Após essa etapa, os documentos são avaliados por uma equipe técnica, observando-se os critérios dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Comprovada a doença, a necessidade do tratamento e a adequação ao PCDT, a solicitação do medicamento é deferida e disponibilizada ao usuário.

A eficiência da tramitação das solicitações administrativas de medicamentos pode ser mensurada por meio do tempo, desde a abertura do expediente até a sua avaliação técnica. Essa medida permite verificar a agilidade do gestor estadual no atendimento às solicitações de medicamentos, sendo possível observar que, em novembro de 2012, 90% já estavam sendo avaliadas em até 30 dias (Figura 193).

Figura 193 - Percentual de solicitações administrativas de medicamentos avaliadas em até trinta dias, RS, 2012



Fonte: CPAF/SES/RS

Nos últimos dois anos, as ações da gestão estadual da Assistência Farmacêutica foram direcionadas para a qualificação da rede de distribuição e de controle de estoques nos mais de 500 almoxarifados existentes e para a qualificação da tramitação dos expedientes administrativos de solicitação de medicamentos, buscando o cumprimento dos prazos de tramitação estabelecidos.

O efetivo apoio aos municípios nas ações de qualificação da assistência farmacêutica, a revisão da Relação Estadual de Medicamentos, a implantação de Centros Regionais de Aplicação de Medicamentos Injetáveis e a capacitação permanente dos profissionais de saúde constituem desafios que se apresentam para a consolidação da Política de Assistência Farmacêutica no Rio Grande do Sul.

A Judicialização da Assistência Farmacêutica, entendida como a utilização do judiciário para a obtenção de medicamentos e/ou insumos por meio do SUS, constitui uma via muito utilizada no Estado. Existe uma heterogeneidade de condutas no âmbito das decisões judiciais em que por um lado há o entendimento de que os princípios constitucionais da universalidade e da integralidade, expressos na Constituição Federal, obrigam o Estado ao fornecimento de todo e qualquer medicamento. Essa posição contrapõe-se à visão da incorporação crítica, baseada em evidências científicas e em análises de custo-

efetividade, que dizem respeito às tecnologias que vão surgindo no mercado do complexo industrial da saúde.

A eficiência no fornecimento regular dos medicamentos do elenco da Farmácia Básica e a garantia da continuidade dos tratamentos deferidos administrativamente na SES é uma forma de evitar a judicialização, organizando as aquisições e prescrições no âmbito do SUS. A garantia do acesso aos medicamentos elencados na RENAME é o grande desafio da Assistência Farmacêutica.

Vigilância em Saúde

A crescente complexidade da sociedade, a facilidade e o aumento da velocidade de deslocamento de pessoas entre países e mesmo entre continentes, as mudanças demográficas, de processos de trabalho e de padrões culturais, assim como o desenvolvimento de novas tecnologias que impactam na saúde humana, muitas vezes, de forma ainda desconhecida, têm exigido nas últimas décadas a ampliação do escopo da vigilância para muito além das doenças transmissíveis, e, em decorrência, o desenvolvimento de um novo modelo de Atenção à Saúde.

Nesse contexto, a Vigilância em Saúde, agora definida como *“análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção”* (Portaria MS 3252/2009), visa à integralidade do cuidado e deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Básica.

Vários desafios são colocados à SES em relação à gestão dessa área, dentre os quais: integração das áreas da Vigilância Epidemiológica, Promoção da Saúde, Vigilância da Situação de Saúde, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância da Saúde do Trabalhador e Vigilância Sanitária entre si e com a Atenção (em especial a Atenção Básica) na constituição de redes; descentralização qualificada, buscando garantir cooperação técnica e financeira a municípios (o que pressupõe equipes preparadas, prioritariamente nas Regionais de Saúde); institucionalização de processo de planejamento/monitoramento/avaliação; e o desenvolvimento de expertise em áreas de conhecimento mais recente.

Deve-se ainda considerar que apesar dessas questões já não representarem as maiores causas de internações ou mortalidade, as doenças transmissíveis constituem um quadro complexo que inclui: a emergência de novas doenças (como a Influenza devida ao vírus AH1N1 que produziu a pandemia de 2009); a reemergência de doenças (em especial as antropozoonoses, como a febre amarela, a leishmaniose visceral e dengue); a dificuldade de avançar no controle de doenças (como a tuberculose, cujo comportamento vem sofrendo o impacto de novas situações tanto epidemiológicas - com a coexistência com a AIDS e com a epidemia de crack - como organizacionais - com a necessidade de reestruturação de um programa historicamente centralizado-); a dificuldade de manter a eliminação ou controle já alcançado em relação a importantes doenças (tais como a hanseníase, rubéola, sarampo e poliomielite), paradoxalmente acarretam uma situação que tende a desmobilizar a vigilância das mesmas, tendo em vista tornar os profissionais de saúde progressivamente menos aptos a reconhecê-las.

Saliente-se ainda que o processo de descentralização da área, apesar dos inegáveis avanços registrados, ainda enfrenta dificuldades e suscita dúvidas importantes, tanto em relação ao papel da vigilância na estruturação das redes quanto no compartilhamento de atribuições e de competências entre as esferas de gestão, especialmente no âmbito das regiões de saúde. Cite-se o fato de que ações de fiscalização (fundamentais, especialmente à área de Vigilância Sanitária) só podem ser exercidas no território municipal por servidores do próprio município, juridicamente inviabilizando-se o compartilhamento daquelas de maior complexidade, por exemplo, como a de um grupo de municípios.

Deve-se, portanto, considerar que além das grandes diretrizes de trabalho da Vigilância em Saúde, decorrentes da situação apontada, há desafios à gestão de algumas de suas áreas específicas. Na área de **Saúde do Trabalhador**, o principal desafio encontra-se na implantação e fortalecimento da vigilância aos ambientes e processos de trabalho. Nesse sentido, em 2012 foi feita a revisão da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Essa proposta, já aprovada pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) Estadual, encontra-se em análise pelo Conselho Estadual de Saúde.

Uma das estratégias prioritárias para a garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores é a construção da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) mediante a implantação dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e a implementação da Saúde do Trabalhador na Atenção Básica de cada município. Vinculado à Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador do CEVS, o CEREST Estadual coordena as ações da RENAST no RS.

Estão em funcionamento no Estado os seguintes CERESTs: CEREST Região Metropolitana em Porto Alegre; CEREST Região Vale dos Sinos em Canoas; CEREST Região dos Vales em Santa Cruz do Sul; CEREST Região Serra em Caxias do Sul; CEREST Região Nordeste em Passo Fundo; CEREST Região Alto Uruguai em Erechim; CEREST Região Macronorte em Palmeira das Missões; CEREST Região Missioneira em Ijuí; CEREST Região Centro em Santa Maria; CEREST Região Macrosul em Pelotas; CEREST Região Oeste em Alegrete. Os serviços especializados em saúde do trabalhador de Gravataí, Santo Ângelo e Santa Rosa devem entrar em breve em atividade. A proposta da Secretaria Estadual da Saúde-SES é a de implantação de um serviço regional especializado para cada uma das 30 Regiões do Estado.

Outros centros deverão ser implantados, encontrando-se em fase de negociação com os gestores municipais. Esta estratégia demanda uma maior negociação entre os gestores Estadual e Municipal e o Controle Social. A DVST tem tido a preocupação de criar as condições e critérios para que os serviços especializados de saúde do trabalhador, que recebem recursos do Estado ou do Ministério da Saúde, tenham as condições de atendimento com resolutividade e qualidade de acordo com a demanda da população. Exemplos desta preocupação referem-se aos critérios estabelecidos para os repasses mensais aos CEREST, por meio da Resolução CIB-RS 088/2011. Outras ações específicas a serem implementadas nesse sentido são os CERESTs os quais recebem recursos financeiros do Fundo Nacional da Saúde e do Fundo Estadual de Saúde para realizar ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e de vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho. Esses atuam em conjunto com as redes de assistência ambulatorial e hospitalar do SUS e interagem com as demais instituições relacionadas ao trabalho (INSS, DRT, sindicatos, MP, entidades empresariais, etc.). Além do recurso para implantação de CEREST e UREST, também será elaborado pela DVST, para negociação com os gestores municipais, um incentivo aos municípios sentinelas, que devido à população, à atividade econômica ou à gravidade da situação da saúde do trabalhador venham a necessitar da implantação de uma unidade especializada de Saúde do Trabalhador.

Entre as ações que vêm sendo desenvolvidas nesse sentido pela DVST/CEREST Estadual, destacam-se: o gerenciamento do SIST; o atendimento das demandas de denúncias em vigilância aos ambientes de trabalho juntamente com os NUREVS das CRS, municípios e órgãos representantes de trabalhadores; a realização de ações de vigilância aos ambientes de trabalho, conforme eventos (agravos) identificados no SIST ou devido a outras demandas; a participação nas ações de vigilância em saúde do CEVS e de outras instituições como em eventos de massa ou em eventos adversos; a interação com outras instituições e programas relacionados ao trabalho; a participação nos GTs do amianto e do benzeno; a vigilância do amianto; a vigilância aos expostos ao chumbo; a vigilância da pneumoconiose (garimpos); o desenvolvimento de sistema para monitoramento e controle da perda auditiva induzida por ruído; as ações de capacitação da rede para a erradicação do Trabalho Infantil, em parceria com outras instituições; as ações em relação à doença relacionada a folha verde do tabaco; as ações dentro do Projeto Vidas Paralelas e as ações de vigilância à saúde dos trabalhadores expostos a agrotóxicos e a

outros produtos químicos. As ações de apoio e qualificação do controle social são prioritárias para realização da Saúde do Trabalhador. Além disso, há as campanhas promocionais da Saúde do Trabalhador, com eventos, como o de 28 de Abril, Dia Mundial de Luta Contra o Acidente de Trabalho, como a campanha de Erradicação do Trabalho Infantil, assim como outras iniciativas necessárias para o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador na sociedade, objetivando a conquista do ambiente saudável de trabalho e o trabalho decente.

A área de **Vigilância Ambiental** é a de organização mais recente, enfrentando desafios que incluem: a complexidade dos problemas abordados; a necessidade de assegurar ações intersetoriais; a necessidade de desenvolver novos modelos de estudo e de ampliar a capacidade de diagnóstico laboratorial. Por exemplo, em relação ao cadastro de áreas com suspeita de população exposta a contaminantes químicos perigosos, que integra o programa “VIGISOLO”, o Estado ainda não tem os Valores de Referência de Qualidade dos solos (VRQ), isto é, os valores naturais da ocorrência de parâmetros químicos que possibilitem a listagem formal das áreas contaminadas, conforme as regras da norma vigente (Resolução CONAMA 420).

Foi marcado prazo até 2014 para que os estados estabeleçam esses parâmetros e passem a gerenciar áreas contaminadas. O primeiro protocolo de atenção integral à saúde da população exposta a contaminantes químicos foi estabelecido em 2012 para um grupo de pessoas da comunidade de Barretos (afetados), adotado no município de Triunfo. Esse protocolo foi adaptado à realidade local de vigilância e de assistência à saúde seguindo as diretrizes nacionais em parceria com pesquisadores de várias universidades. O estudo sensibilizou e instrumentalizou a comunidade afetada, os órgãos ambientais e de saúde, desencadeando-se mecanismos para a remoção dos resíduos e para a remediação da área contaminada.

A Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente (Portaria MS nº 2914/2011), como parte integrante das ações de prevenção dos agravos transmitidos pela água e de promoção saúde, previstas no Sistema Único de Saúde - SUS. As ações são desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e pelo Ministério da Saúde, por meio da coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental.

Os indicadores de cadastramento no Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), relacionado às formas de abastecimento de água utilizadas pela população, bem como à alimentação dos dados de controle e de monitoramento da qualidade da água distribuída, fornecem subsídios para processos de planejamento, gestão e de avaliação de políticas públicas relacionadas à vigilância em saúde ambiental, visando à prevenção de riscos à saúde decorrentes do consumo de água.

A **Vigilância Sanitária (VISA)**, no âmbito do SUS, tem como objetivos a prevenção, promoção e a proteção da saúde, buscando identificar qualidade, segurança e eficácia na produção, transporte, distribuição, armazenagem e comercialização de produtos e de serviços, inclusive no tocante a ambientes, processos, insumos e tecnologias a eles relacionados. Os serviços e produtos de saúde são regulados pela VISA. Essas ações desenvolvidas pelo poder público, são caracterizadas como típicas de Estado, possuem assim caráter essencialmente preventivo. O atual desafio da VISA é a promoção da saúde com o desenvolvimento de uma consciência sanitária junto à comunidade, mediante a apropriação de conhecimentos em um processo de inclusão e de educação em Saúde, que desenvolva a cidadania, a transparência e o controle social.

As responsabilidades das ações de VISA são pactuadas pelos entes federal (ANVISA), estadual e municipal. A gestão da descentralização das ações no âmbito do RS é de competência estadual, por intermédio dos Núcleos de Vigilância em Saúde - NUREVS das Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS, por meio de cooperação, assessoramento e acompanhamento das ações municipais. A responsabilidade por essas múltiplas ações exige capacidade de articulação entre as diversas áreas do conhecimento, as

instituições públicas e privadas e as instâncias de governo.

As ações de VISA são multidisciplinares e dependem diretamente da disponibilidade de recursos humanos, materiais e de financiamento. Assim, o planejamento da formação dos profissionais de VISA deve ser realizado de forma permanente para qualificação das ações de sua competência: fiscalização e licenciamento sanitário da cadeia de produtos e insumos para saúde (alimentos, medicamentos, sangue, cosméticos, saneantes, produtos para a saúde), e serviços de assistência e de interesse para a saúde (hospitais, clínicas, salão de beleza, serviços de radiologia, radioterapia, medicina nuclear, entre outros); assessoria e cooperação técnica; investigação e encaminhamento de denúncias de irregularidades sanitárias; gerenciamento do Sistema de Notificações para Vigilância Sanitária - NOTIVISA; participação em ações conjuntas com outras instâncias (ANVISA, Conselhos Regionais de classe, Associações e Sindicatos, Polícia Federal, Ministério Público - MP, Ministério da Agricultura, entre outros); capacitação dos profissionais de VISA; análise de projetos arquitetônicos de estabelecimentos relacionados à saúde; programas de recolhimento fiscal e de monitoramento de produtos e estabelecimentos (Análise de Hipoclorito de Sódio em rede hospitalar, análise de efluentes contaminados em banheiro químico, etc.); programas educacionais (Pequenos Vigilantes, distribuição de cartilhas, etc.) e ações de monitoramento.

O processo de descentralização das ações de VISA no Estado foi reorganizado a partir da Resolução CIB/RS nº. 250/07. Essa delimita as competências para a realização de ações no âmbito do Sistema Estadual de VISA, assim como define critérios de repasse de recursos financeiros para sua realização. Mudanças conceituais vêm ocorrendo na VISA, modificando o foco das ações meramente fiscalizatórias para a educação e promoção, sendo expressão dessas mudanças o Projeto Pequenos Vigilantes.



GESTÃO EM SAÚDE

Planejamento, Monitoramento e Avaliação

O gestor estadual é responsável pela coordenação e pelo desenvolvimento de estratégias de planejamento, monitoramento e de avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Sul. Dessa forma, contribuir com o processo de institucionalização do planejamento para a tomada de decisão dos gestores é condição necessária para avançar no acompanhamento sistemático das políticas de saúde, tendo em vista a melhoria, a eficiência e a qualidade das ações desenvolvidas no setor saúde.

Em nível organizacional/administrativo da Secretaria da Saúde do Estado existem grupos de trabalho que foram organizados para construir uma discussão integrada sobre os processos de planejamento, monitoramento e de avaliação da gestão. Esses grupos são denominados de *Grupos de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação*. Existe um GT em nível central da SES (GT PMA da Gestão) e dezenove GTs Regionais, sendo um em cada Coordenadoria de Saúde. Além disso, os departamentos já contam, ou estão em fase de organização das equipes de monitoramento e avaliação, com responsáveis pelo acompanhamento de políticas específicas e de processos internos de cada setor.

Com a publicação do Decreto presidencial nº 7.508/2011, o desafio que se coloca para o gestor estadual é o de incentivar a produção de ações participativas de planejamento nas Regiões de Saúde. Nesse sentido, faz-se necessário induzir estratégias de gestão que viabilizem a construção de novas metodologias de planejamento, monitoramento e de avaliação do SUS no cenário estadual. Também é importante qualificar os instrumentos de gestão do SUS, pois além de exigência legal, trata-se de ferramentas que contribuem com os processos de gestão, controle, avaliação e auditoria do SUS.

Financiamento

A Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelas três esferas de governo, estabelecendo os critérios de rateio de recursos para as transferências e para as normas de fiscalização, avaliação e de controle das despesas com Saúde. O Estado deve aplicar no mínimo 12% da arrecadação líquida de impostos com ações e serviços públicos de saúde. A movimentação dos recursos financeiros é realizada com os Fundos de Saúde, que se constituirão em unidades orçamentárias e gestoras dos recursos da saúde.

O Decreto nº 7.827/2012 foi publicado visando regulamentar os procedimentos condicionantes para o recebimento de recurso para a saúde, bem como para restabelecer transferências suspensas. Essa norma reforça a obrigatoriedade da atualização permanente dos dados financeiros no Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), em que é feita a declaração da receita recebida e a dos gastos realizados pelo ente federado, bem como a aplicação do percentual mínimo de recursos com ações e serviços de saúde. O não cumprimento dessa prescrição pode levar à suspensão das transferências constitucionais e voluntárias.

O Estado publicou a Portaria nº 882/2012, regulamentando os critérios de repasses dos recursos estaduais e os condicionantes para os municípios recebê-los. Embora o repasse seja regular e

automático, haverá suspensão quando ocorrer as seguintes situações: falta de instituição e funcionamento do Fundo e do Conselho Municipal de Saúde; não elaboração de Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão quadrimestral e não aplicação do percentual mínimo de recursos próprios no exercício anterior. O gestor estadual deverá informá-los à Contadoria e à Auditoria-Geral do Estado (CAGE) que darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público, com vista à tomada de providências legais pelos órgãos competentes.

Na tabela abaixo podemos verificar a série histórica da participação das despesas com ações e serviços públicos de saúde na receita líquida de impostos de transferências constitucionais e legais no Rio Grande do Sul entre 2006 e 2011. As informações são oriundas do Balanço Geral do Estado, realizado pela Controladoria Geral do Estado.

Figura 194 - Demonstrativo Financeiro do percentual de aplicação do Recurso Estadual em Saúde, RS, 2006-2011

ESPECIFICAÇÃO	EXERCÍCIOS					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1 - ORIGEM DOS RECURSOS						
1.1 - Receita Líquida de Impostos e Transferências	11.072.986.272,67	11.787.781.864,68	14.123.286.151,14	14.523.872.065,25	17.787.592.324,67	18.710.677.867,15
2 - Aplicação dos Recursos						
2.1 - Saúde	1.548.546.251,28	1.581.853.013,88	1.749.212.384,22	1.907.018.828,42	2.352.881.858,44	2.661.000.088,35
2.1.1 - Pessoal e Encargos	451.419.229,68	500.550.450,12	586.367.140,01	606.481.307,72	765.932.879,35	681.572.529,06
2.1.2 - Custo de Serviços - CORSAN	723.471.591,95	785.516.717,88	697.540.955,13	855.688.092,96	944.826.181,66	1.151.704.956,66
2.1.3 - Outras Despesas Correntes	356.969.511,07	289.324.581,11	439.918.296,89	414.561.436,77	563.052.454,66	781.747.148,28
2.1.4 - Investimentos	16.685.644,55	6.461.082,88	25.385.607,06	30.286.823,28	79.070.342,77	45.975.454,35
2.1.5 - Inversões Financeiras	-	-	-	-	-	-
2.1.6 - Amortização da Dívida	274,03	181,89	385,13	1.167,69	-	-
2.2 - Cancelamento de Restos a Pagar Processados	-	-	-	-	-	70.943,43
2.3 - Total das Aplicações (2.1-2.2)	1.548.546.251,28	1.581.853.013,88	1.749.212.384,22	1.907.018.828,42	2.352.881.858,44	2.660.929.144,92
3 - Percentual de Aplicações (2.3/1.1)	13,98%	13,40%	12,40%	13,10%	13,20%	14,20%
População conforme IBGE*	10.536.009	10.582.887	10.855.214	10.914.128	10.695.532	10.733.030
Aplicação de recursos estaduais <i>per capita</i>	146,98	149,47	161,14	174,73	219,99	247,93

* IBGE - Estimativas para o Tribunal de Contas da União

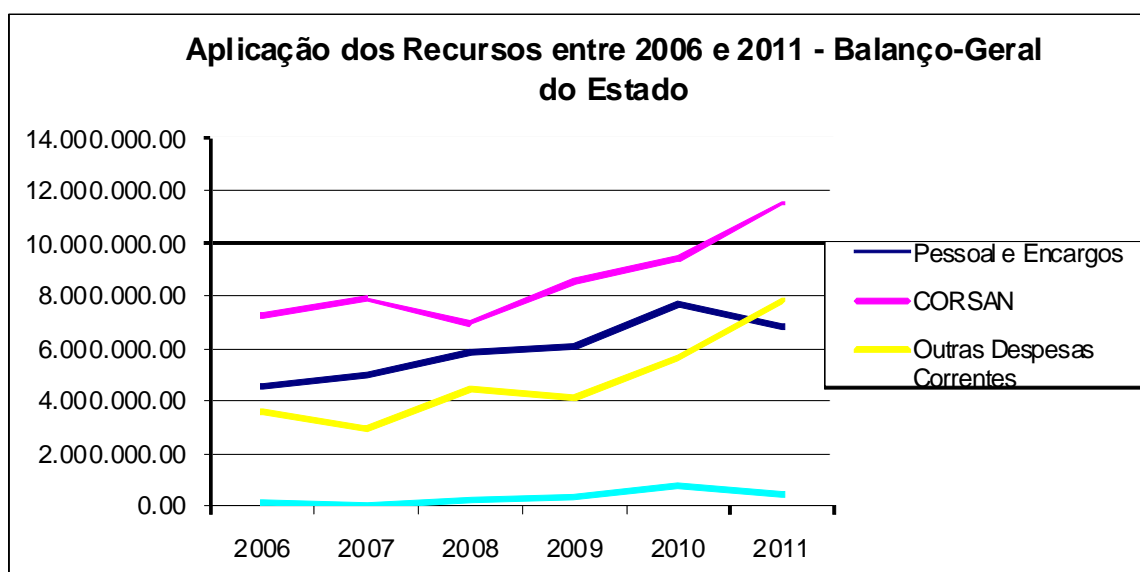
Fonte: Controladoria Geral do Estado - Balanço Geral do Estado

Pode-se verificar, por intermédio deste Balanço: a inserção de gastos com CORSAN - Saneamento Básico (até o ano de 2012 constou nas despesas com Saúde os gastos com saneamento básico; com a Lei Complementar nº 141, foi retirado do cálculo de aplicação dos recursos este tipo de gasto, pois não é considerado específico da função saúde); outras despesas correntes, que de acordo com a Portaria Interministerial nº 163/01 são definidas como despesas orçamentárias com aquisição de material de consumo, pagamento de diárias, contribuições, subvenções, auxílio-alimentação, auxílio-transporte, além de outras despesas da categoria econômica, "Despesas Correntes" não classificáveis nos demais grupos de natureza de despesa.

Considera-se o aumento significativo dos investimentos em 2010, devido aos repasses para municípios e instituições, efetuados pelos Programas da SES, tendo em vista as obras e aquisições de equipamentos. Destacam-se os repasses de Consulta Popular, Regionalização da Saúde, Apoio à Rede Hospitalar do SUS, Estratégias de saúde da Família e construções novas ou ampliações de Unidades Básicas de Saúde em áreas de maior índice de violência.

É demonstrado na Figura 195 o alto investimento no período de 2006 a 2011 nos custos dos serviços de saneamento básico, efetuados pela CORSAN, o custeio com pessoal e encargos, outras despesas correntes - as quais tiveram aumento considerável durante o período - e o também o aumento em investimentos em 2010.

Figura 195 - Aplicação dos Recursos Estaduais, RS, 2006-2011



Fonte: FES/SES/RS

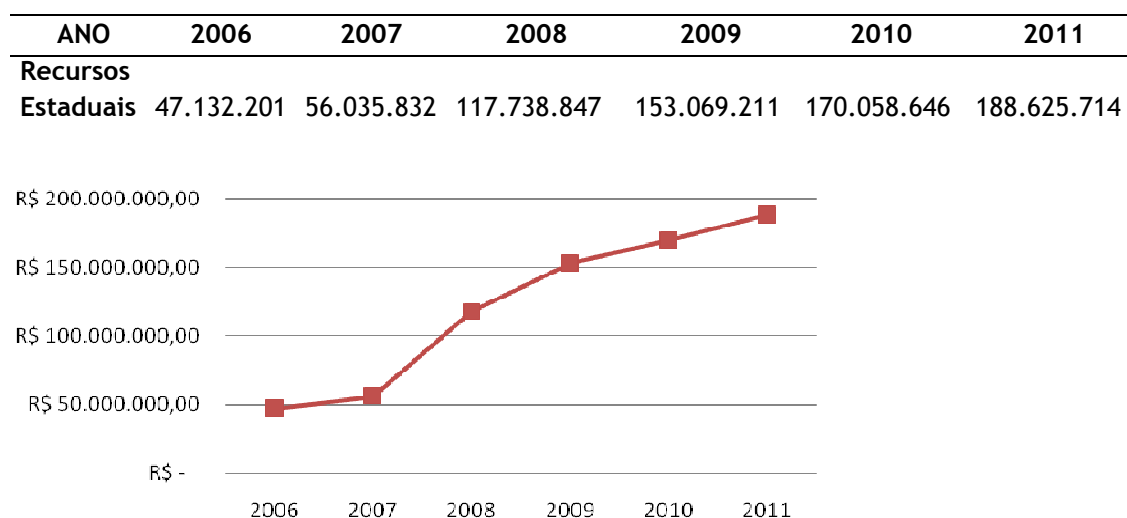
Em sequência, seguem os valores declarados no SIOPS, correspondentes ao mesmo período de estudo, com o intuito de destacar os gastos aplicados dentro da função Saúde, conforme disposto na Lei Complementar 141/2012.

Figura 196 - Percentual de Aplicação em Saúde - SIOPS, RS, 2006 a 2011

Ano	Receita de Impostos e Transferências	Despesas com recursos próprios	Percentual aplicado
2006	11.073.112.766,49	597.943.673,66	5,40
2007	11.794.352.535,87	683.731.240,91	5,80
2008	14.124.191.323,17	921.813.779,26	6,53
2009	14.524.944.594,00	1.050.931.567,65	7,24
2010	17.789.039.346,27	1.354.947.185,15	7,62
2011	18.710.619.386,21	1.503.663.489,46	8,04

Fonte: SIOPS

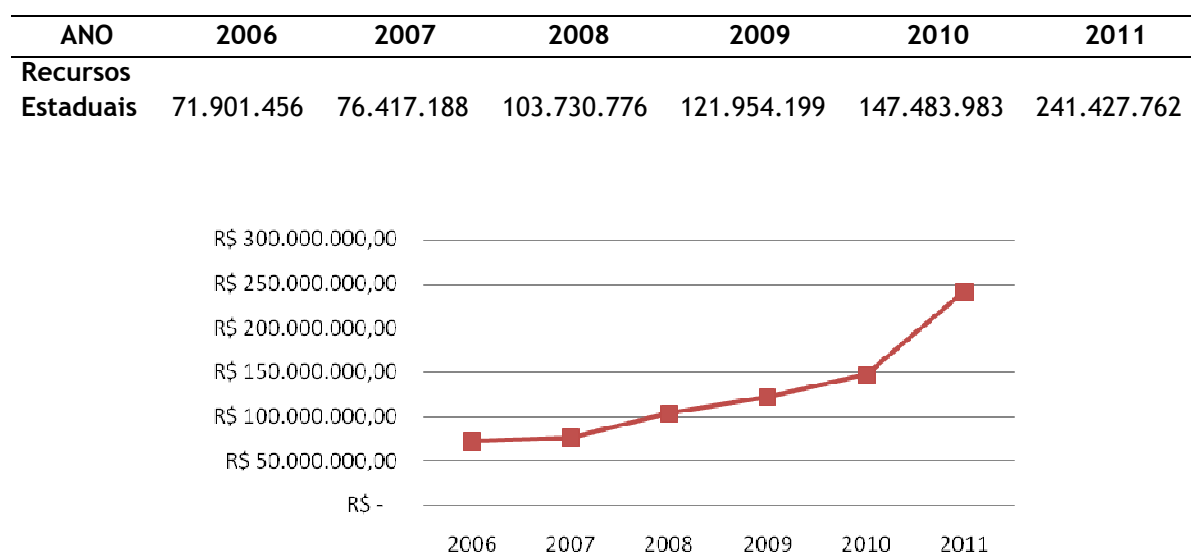
Neste cálculo das despesas com recursos próprios não constam os gastos com Saneamento Básico/CORSAN devido à Emenda Constitucional 29/2000. São importados ao SIOPS somente os gastos com a função Saúde. Analisando especificamente os anos de 2006 a 2011, constata-se um gradual aumento no repasse de recursos estaduais aos municípios e às instituições privadas sem fins lucrativos, hospitais públicos e aos hospitais próprios, conforme verificamos nas Figuras 196 e 197.

Figura 197 - Recursos estaduais repassados a municípios, RS, 2006 a 2011.

Fonte: FES/SES/RS

O aumento do repasse aos municípios é fundamental para a gestão compartilhada do SUS, sendo também de responsabilidade do Estado a sua gestão, já que esse entra com a sua contrapartida financeira para que os municípios possam cumprir sua responsabilidade constitucional - a prestação de serviços de atenção à saúde.

Houve um grande incremento de recursos no ano de 2011 às instituições privadas sem fins lucrativos, hospitais públicos e aos hospitais próprios do Estado, conforme demonstra a Figura 198. Esse ocorreu para proporcionar que os hospitais filantrópicos, públicos e próprios possam oferecer maior quantidade de serviços e qualificar o atendimento à população.

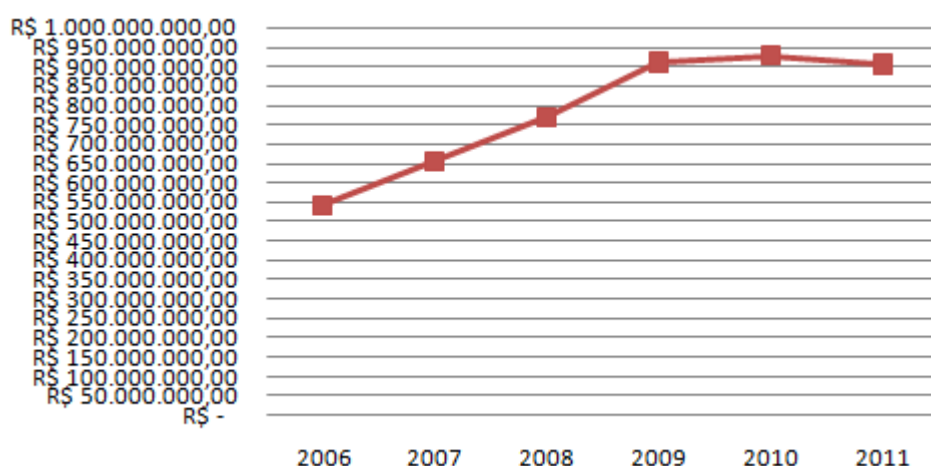
Figura 198 - Recursos estaduais repassados a instituições privadas sem fins lucrativos, hospitais públicos e hospitais próprios do Estado, RS, 2006 a 2011.

Fonte: FES/SES/RS

Nos valores executados com recursos federais, a maior parte dos gastos foi realizada com pagamento de prestação de serviços do SUS, incluídos nos repasses da Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde. Destacam-se, também, os gastos com prevenção e controle da AIDS e com a Vigilância em Saúde.

Figura 199 - Recursos federais repassados para a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2006 a 2011

ANO	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Recursos Federais	544.552.771	656.192.267	768.813.243	907.993.875	925.485.167	904.668.292



Fonte: FES/SES/RS

O Fundo Estadual de Saúde, instituído pela Lei nº 6.575, de 05 de julho de 1973, pessoa jurídica de direito privado, é a unidade gestora dos recursos orçamentários e financeiros destinados a atender as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizados pelo Estado, tal como previsto no Artigo 14 da Lei Complementar nº. 141/12 e legislação complementar. A Execução Financeira no período de 2006 a 2011 foi efetuada regularmente mediante pagamentos realizados pela Tesouraria da Secretaria da Fazenda, tendo em vista repasses a municípios, instituições, fornecedores e pessoal - quando se tratava de recursos estaduais - pelo Fundo Estadual de Saúde, com repasses do Tesouro para Fundos Municipais de Saúde no que se refere a todos pagamentos relacionados a recursos oriundos de outras esferas de governo administrados pelo FES. A partir da eficácia da Lei Complementar nº 141/12, todos os pagamentos deverão ocorrer por intermédio da tesouraria do FES.

Finalmente cabe destacar que o Relatório de Gestão de Saúde constitui-se em uma importante ferramenta para avaliação das ações e serviços realizados e para a aplicação de recursos na área da saúde oriundos das três esferas de governo. A apresentação do documento é de caráter obrigatório para os gestores do SUS, devendo ser apresentado à respectiva Casa Legislativa. Atualmente a SES conta com o sistema informatizado estadual de Monitoramento da Gestão em Saúde - Módulo Financeiro - MGS, que disponibiliza relatórios financeiros a partir da apresentação quadrimestral dos relatórios de gestão municipais de saúde e do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS - SARGSUS, ente federal que apoia Estado e municípios na elaboração de seus Relatórios de Gestão.

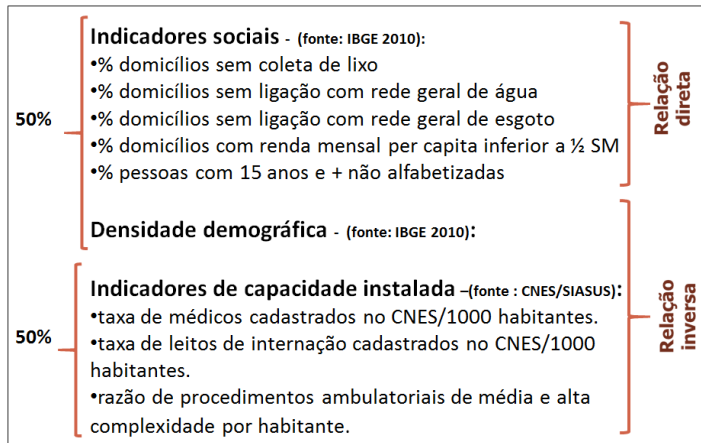
Política de Alocação de Recursos Estaduais

A distribuição de recursos financeiros, com base em critérios capazes de fazer avançar a equidade na saúde, representa um desafio para o Gestor Estadual. O Estado, a partir do novo desenho territorial das Regiões de Saúde, desencadeou o diagnóstico situacional de cada região, o que se constitui numa ferramenta importante para subsidiar a priorização dos investimentos. A fim de desenvolver uma metodologia de alocação de recursos, foram estruturados dois índices que compõem o cálculo do montante financeiro a ser transferido aos municípios. Abaixo são apresentados os índices e a maneira como foram concebidos.

- **Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)** - serve para a distribuição de recursos para o financiamento da Atenção Básica e mede a desigualdade entre os municípios quanto à proporção de população em situação de vulnerabilidade. Este índice é definido pela proporção de domicílios em situação de pobreza e pela menor densidade populacional, importantes determinantes de desigualdades em saúde entre as populações. Seis determinantes sociais de saúde, cuja fonte de dados é o Censo do IBGE de 2010, foram selecionados para constituir o IVS: (a) percentual de domicílios com rendimento nominal mensal *per capita* até meio salário mínimo; (b) percentagem de domicílios não ligados à rede de distribuição de água; (c) percentagem de domicílios sem coleta de lixo; (d) percentagem de domicílios sem banheiro ou sanitário ligado à rede geral de esgoto ou pluvial; (e) percentagem de analfabetismo entre pessoas com mais de 15 anos de idade, e (f) densidade demográfica. Foi aplicada técnica estatística de Análise de Componentes Principais para criar o IVS, que é um índice que sumariza as desigualdades entre os municípios. O IVS classifica os municípios do Estado em ordem crescente de vulnerabilidade.

- **Índice Regional - IR** - construído com o objetivo de aferir diferenças entre os espaços territoriais das trinta Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul. Foi utilizado para estabelecer valores diferenciados para o pagamento de cirurgias eletivas nas diferentes regiões de saúde do Estado. Como esse se mostra adequado, será mantido em outras ações com a finalidade de corrigir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde. Na Figura 200, são apresentadas as variáveis selecionadas para composição do índice.

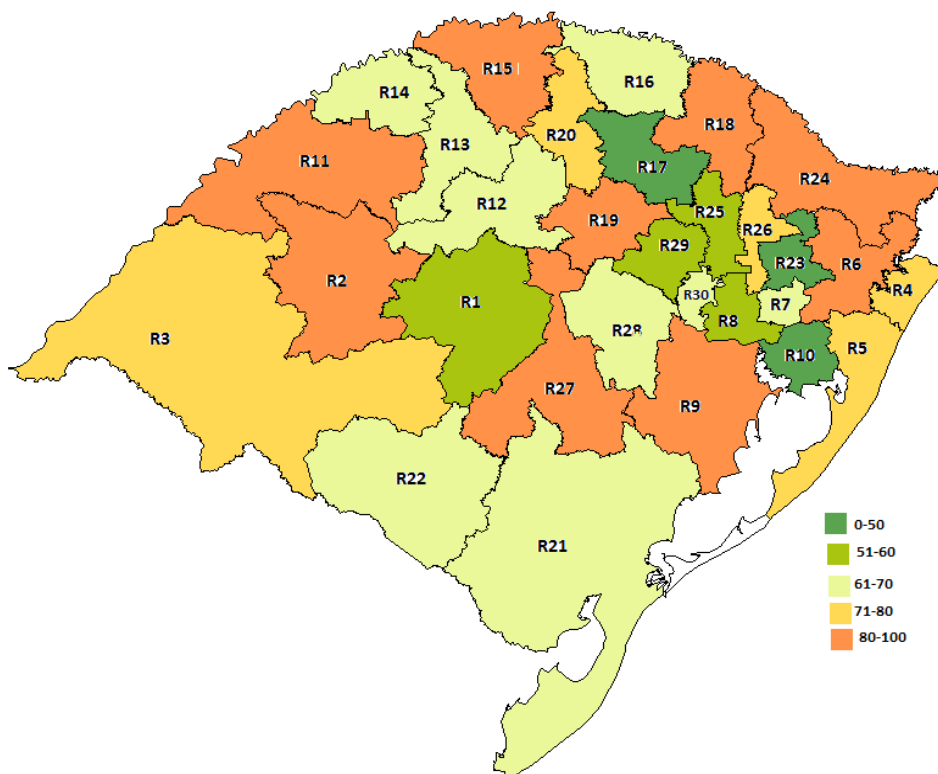
Figura 200 - Indicadores Utilizados para Composição do IR, RS, 2012



Fonte: DAHA/SES/RS

O resultado do IR para cada uma das 30 Regiões de Saúde do Estado pode ser verificado na Figura 201. Observa-se que as regiões: Capital e Vale do Gravataí (R10), Região do Planalto (R17) e Caxias e Hortências (R23) apresentam os menores valores de IR, tendo em vista a melhor capacidade instalada de recursos em saúde de Porto Alegre, Passo Fundo e Caxias do Sul, respectivamente. As regiões com maior valor de IR (80 ou mais) e, portanto, com maior vulnerabilidade, são: Botucaraí (R19), Caminho das Águas (R15), Carbonífera / Costa Doce (R9), Entre-Rios (R2), Jacuí Centro (R27), Campos de Cima da Serra (R24), Região das Araucárias (R18), Vale do Paranhana e Costa Serra (R6) e Sete Povos das Missões (R11), nesta ordem.

Figura 201 - Índice Regional, RS, 2012



Fonte: DAHA/SES/RS

A alocação dos recursos estaduais para as regiões de saúde ocorrerá, segundo as dimensões regional e municipal, definindo limites financeiros para a programação das ações e serviços da Atenção Básica, Secundária e Terciária. Pela Resolução CIB/RS nº 378/2012 a Secretaria Estadual de Saúde estabeleceu critérios para o repasse de recursos aos municípios visando à implementação de ações e serviços de saúde em todos os níveis da Rede de Atenção. Nesse sentido, os recursos alocados aos municípios são destinados a reformas, ampliações e construção; à aquisição de veículos e equipamentos novos e à substituição de equipamentos sucateados. Havendo necessidade de incentivo financeiro estadual, no que se refere ao apoio da SES às ações e serviços municipais, esse poderá ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Financiamento da Atenção Básica

Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES)

Compreende um conjunto de medidas, articuladas às políticas federais de qualificação da Atenção Básica, que incluem o aumento do volume de recursos e da utilização de critérios de distribuição mais compatíveis com o princípio da equidade.

O mecanismo de distribuição de recursos, aprovado pela Resolução CIB/RS nº 163/12, utiliza os seguintes critérios: coeficiente de população total do município em relação ao total de habitantes do Estado do Rio Grande do Sul; coeficiente de população com até cinco anos do município em relação ao total de crianças com até cinco anos no Estado do Rio Grande do Sul; coeficiente de população maior de 60 anos do município em relação ao total de idosos do Estado do Rio Grande do Sul; inverso da receita tributária líquida *per capita* do município, medida em desvios padrões acima ou abaixo da média da renda tributária líquida *per capita* do conjunto dos municípios do Estado; índice de vulnerabilidade social (IVS), medida de desigualdade entre os municípios quanto à proporção de população em situação de vulnerabilidade, definida pela proporção de domicílios em situação de pobreza e pela menor densidade populacional. Os recursos financeiros deverão ser aplicados no custeio de ações e serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica, a partir de prioridades definidas pelos indicadores de saúde pactuados no Estado, com ênfase nas áreas de maior potencial de redução de internações hospitalares.

Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Secretaria Estadual de Saúde, mediante a Portaria SES/RS nº 51/2003, estabeleceu incentivo financeiro para o Programa de Saúde da Família (PSF), nos valores de R\$ 2.000,00 (Dois mil reais) por Equipe de Saúde da Família (ESF); e de R\$ 4.000,00 (Quatro mil reais) mensais por Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), implantada em área exclusivamente indígena. São condições para habilitação ao recebimento dos recursos: a) adesão do município ao PSF, conforme as normas e diretrizes da Portaria MS nº 1886/97; ou b) dispor de Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena EMSI.

Os municípios deverão apresentar ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, para aprovação, Plano de Aplicação dos recursos, em que conste que parte será utilizada para apoio às atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada ESF. Para as EMSI nas áreas exclusivamente indígenas será considerado, para o recebimento dos recursos financeiros, a equipe completa e o cumprimento de carga horária de 40 horas semanais pela equipe. A Portaria SES/RS nº

178/2010 define que os recursos serão repassados aos Fundos Municipais de Saúde pelo grupo de despesas correntes, devendo a sua utilização ser exclusiva para a finalidade acima determinada.

Em caráter excepcional, a utilização dos recursos em despesas de capital somente poderá ser efetivada após a aprovação do Plano de Aplicação pelo Departamento/Setor responsável pelo Programa na SES/RS e a autorização do Fundo Estadual de Saúde. Aos municípios que comprovadamente, durante determinado período, utilizaram-se de recursos próprios para manutenção da Estratégia de Saúde da Família e/ou do Programa Primeira Infância Melhor, é facultada a sua utilização como ressarcimento, em percentual correspondente a até 30% dos recursos repassados pela SES/RS.

Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS/ESF)

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS/ESF), previsto pela Portaria SES/RS nº 892/2012, estabelece incentivo financeiro adicional, no valor do incentivo mensal federal repassado pelo Ministério da Saúde, aos municípios, por Agente Comunitário de Saúde. O cálculo será realizado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde implantados no DAB/MS, em razão da competência, referente a setembro de cada ano.

Os recursos serão transferidos, em parcela única anual para os Fundos Municipais de Saúde, mediante adesão do município ao PACS/ESF. Esses deverão ser utilizados exclusivamente para fins de repasse aos Agentes Comunitários de Saúde, a título de prêmio ou de bonificação, pelo exercício da função desenvolvida junto à equipe do PACS/ESF. Caso o município tenha apresentado inconsistência de dados junto aos Sistemas de Informação quanto ao número de Agentes Comunitários de Saúde cadastrados na competência, que é base para o pagamento, poderá solicitar incentivo retroativo ao Estado, mediante regularização junto ao CNES.

Saúde Bucal

O incentivo financeiro para a reorganização da Atenção à Saúde Bucal nos municípios pelo Programa da Saúde da Família foi estabelecido pela Portaria SES/RS nº 52/2003, no valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais) mensais por Equipe de Saúde Bucal (ESB) implantada. Os recursos financeiros serão transferidos diretamente aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios, habilitados para o Programa de Saúde da Família. Estarão habilitados a receber o incentivo todos os municípios que aderiram, ou que aos que venham a aderir à proposta do Ministério da Saúde, conforme as normas e diretrizes da Portaria MS 1.444/2000, ficando estabelecido que cada equipe de Saúde Bucal deverá estar vinculada a uma Equipe da Saúde da Família. Os municípios estabelecerão as formas de inserção das Equipes de Saúde Bucal junto ao Programa de Saúde da Família, considerando a atual capacidade instalada de equipamentos de odontologia e as modalidades inovadoras de reorganização da Atenção à Saúde Bucal.

Saúde Indígena

A Portaria SES/RS nº 041/2013 estabelece incentivo financeiro para qualificar a Atenção à Saúde Indígena prestada nos municípios habilitados, prezando pela corresponsabilização dos três entes federativos. O valor do incentivo financeiro para os municípios que tenham Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) completas permanece inalterado. Para acampamentos indígenas será seguido o critério elencado na Figura 202.

Figura 202 - Critério para incentivo financeiro para a saúde indígena, RS, 2013

Critérios	Valor do Incentivo
Possuir Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) completa	R\$ 4.000,00 por EMSI completa, conforme incentivo atual
Não possuir EMSI completa e/ ou ter porta de entrada na rede SUS municipal.	Conforme dados populacionais da SESAI, valor de R\$ 1.000,00 ao máximo de R\$4.000,00, conforme a legenda: até 50 habitantes indígenas: R\$ 1.000,00 de 51 a 100 hab.: R\$ 2.000,00 de 101 a 200 hab.: R\$ 3.000,00 acima de 200 hab.: R\$ 4.000,00

Fonte dos dados populacionais SESAI/2012

Fonte: DAS/SES/RS

Os recursos financeiros serão transferidos para os Fundos Municipais de Saúde dos municípios habilitados. Os 51 municípios com população indígena, contabilizados pela SESAI, estão habilitados a receber o incentivo estadual estabelecido pela Portaria. São condições para o recebimento dos recursos: a) ter interlocutores na gestão municipal e na comunidade para dialogar, monitorar e para avaliar a situação da saúde da população indígena residente no município; b) pactuar uma agenda de compromissos com a gestão estadual do SUS por intermédio das CRS e da Política Estadual da População Indígena na CIR, CMS, CES, que contemple: a garantia da inclusão do tema saúde indígena no Plano Municipal de Saúde e no Plano Plurianual, em consonância com as realidades e necessidades locais; a garantia da inclusão do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS; a identificação das necessidades de saúde da população indígena no âmbito municipal; a implantação do comitê técnico municipal de saúde da população indígena (de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde ou instância similar); o estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão de indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política; a promoção de processos de educação permanente e popular em saúde, em articulação com a gestão estadual, pertinentes às ações de promoção integral de saúde da população indígena; a articulação inter e intrasetorialmente com instituições governamentais e não governamentais da transversalidade das ações; o fortalecimento e o incentivo ao controle social; a elaboração de materiais de divulgação visando à socialização de informações e de ações no sentido de promover a saúde integral da população indígena. O incentivo pode ser gasto, tanto em despesas de custeio quanto em investimentos, de acordo com as necessidades, demandas e carências em saúde indígena, desde que esses sejam deliberados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Saúde da População Negra

A proposta de incentivo financeiro à Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ), a ser encaminhada para pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), destina-se a qualificar a atenção da saúde da população negra prestada nos municípios junto a comunidades remanescentes de quilombos, certificadas pela Fundação Cultural Palmares, prezando pela corresponsabilização dos três entes federativos. O valor do incentivo financeiro para os municípios com Estratégia de Saúde da Família (ESF) será na ordem de 50% (Cinquenta por cento) de acréscimo sobre o valor do Piso de Atenção Básica Variável/Saúde da Família, pago pelo Ministério da Saúde, a ser transferido aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios habilitados.

São condições para o recebimento dos recursos: a) ter Plano Municipal de Saúde que contemple a atenção integral da saúde da população negra e de comunidades remanescentes de quilombos; b) ter interlocutores na gestão municipal e na comunidade para dialogar, monitorar e avaliar a situação da

saúde da população negra no município; c) pactuar uma agenda de compromissos com a gestão estadual do SUS por meio das CRS e da Coordenação Estadual da Saúde da População Negra/DAS na CIR, CMS, CES que contemple: garantia de inclusão do tema saúde da população negra e quilombola no Plano Municipal de Saúde e no Plano Plurianual, em consonância com as realidades e necessidades locais; garantia de inclusão do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS; diagnóstico das necessidades de saúde das comunidades remanescentes de quilombos no âmbito municipal; estabelecimento/escolha de instrumentos de monitoramento e de avaliação do impacto deste incentivo no acesso e na qualidade da atenção à saúde da população remanescente de quilombos; fomento dos processos de educação permanente e popular em saúde, em articulação com a gestão estadual, os quais sejam pertinentes às ações de promoção integral da saúde da população negra e quilombola; articulação inter e intrasetorial com instituições governamentais e não governamentais, tendo em vista a transversalidade das ações de fortalecimento e de controle social; elaboração dos materiais de divulgação visando à socialização de informações e de ações de promoção da saúde integral da população negra e remanescente de quilombos.

O incentivo poderá ser gasto tanto em despesas de custeio, quanto de investimentos, de acordo com as necessidades, demandas e carências em saúde quilombola, desde que deliberados pelo Conselho Municipal de Saúde. Neste incentivo, a inclusão de novos municípios com comunidades negras identificadas como remanescentes de quilombos, fica condicionada a abertura de processo de reconhecimento dessas comunidades junto ao Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do Rio Grande do Sul (CODENE).

Primeira Infância Melhor (PIM)

A Portaria SES/RS nº 569/2012 estabelece o repasse financeiro aos municípios habilitados pela CIB/RS ao Primeira Infância Melhor. Os recursos são destinados a despesas de custeio e serão repassados ao Fundo Municipal de Saúde, conforme os seguintes critérios: a) para municípios cujos visitantes têm dedicação de 40hs semanais para o PIM, o incentivo financeiro é de R\$ 1.000,00 (Mil reais) por mês e por visitador; b) para municípios cujos visitantes têm dedicação de 30hs semanais, é de R\$ 750,00 (Setecentos e cinquenta reais) por mês e por visitador; c) para municípios cujos visitantes têm dedicação de 20hs semanais, é de R\$ 500,00 (Quinhentos reais) por mês e por visitador.

Os municípios cujos visitantes cumpram carga horária diferenciada da estabelecida anteriormente não terão alteração nos valores dos incentivos. Para aqueles contratos que contiverem carga horária intermediária à estabelecida acima, o valor será considerada a menor. Os visitantes que cumprirem menos de 20 horas semanais não terão direito ao recebimento de incentivo. Os municípios habilitados pela Portaria SES/RS nº 71/2010 (refere-se ao incentivo financeiro diferenciado aos municípios que foram habilitados na CIB/RS ao Programa Primeira Infância Melhor em área(s) priorizada(s) pelo Projeto de Prevenção da Violência) permanecem com o mesmo valor de incentivo financeiro de R\$ 1.000,00 (Mil reais) por mês/por visitador, independentemente da carga horária desenvolvida.

Os municípios que foram cadastrados após essa portaria, seguem os mesmos critérios da Portaria SES/RS 569/2012. A transferência regular do recurso está condicionada à atualização sistemática do Banco de Dados do PIM, bem como à efetiva implementação do Primeira Infância Melhor, conforme Termo de Adesão. O município será responsável pela remuneração e pelos encargos decorrentes da contratação do Visitador. Os recursos deverão ser destinados às ações vinculadas ao Primeira Infância Melhor, podendo servir para complementar os programas específicos na área da Atenção Básica. A habilitação do município ao recebimento do incentivo financeiro se dá mediante ofício do Prefeito à SES/RS, comunicando o número de visitantes capacitados e a data em que iniciaram suas atividades no PIM, sendo esse implementado a partir da publicação da Resolução da CIB no Diário Oficial do Estado.

Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB)

Compete ao NAAB, conforme previsto na Resolução CIB/RS nº 403/11, apoiar a inserção das ações de Saúde Mental na Atenção Básica (Equipes de Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde), articulando o trabalho em rede de saúde e linha de cuidado, bem como o processo de territorialização e de regionalização da saúde. Os NAAB - Saúde Mental poderão ser implantados apenas em municípios com população inferior a 16.000 habitantes e que tenham, no mínimo, uma Unidade Básica de Saúde e/ou Equipe de Saúde da Família e, no máximo, três Equipes de Saúde da Família, podendo ter Unidades Básicas de Saúde que excedam a esse número.

O incentivo financeiro estadual para os NAAB - Saúde Mental é de: R\$10.000,00 (Dez mil reais) para implantação; R\$ 8.000,00 (Oito mil reais) mensais para custeio ao município que aderir ao PMAQ; R\$ 6.000,00 (Seis mil reais) mensais para custeio ao município que não aderir ao PMAQ. A partir do cumprimento dos requisitos para adesão ao incentivo e à publicação do contrato com o gestor público, o NAAB - Saúde Mental fica apto ao recebimento das parcelas acordadas. É de responsabilidade do gestor público a manutenção do serviço e da equipe técnica mínima para funcionamento. O valor do incentivo inicial será repassado ao Fundo Municipal de Saúde e, no mês subsequente, será repassado o valor mensal do custeio.

Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica

O incentivo financeiro estadual, instituído pela Resolução CIB/RS nº 404/11, será repassado mensalmente ao Fundo Municipal de Saúde, na ordem de: a) Modalidade Oficina Terapêutica do tipo I - R\$ 1.500,00 (Um mil e quinhentos reais), para atividade educativa; b) Modalidade Oficina Terapêutica do tipo II - R\$ 3.000,00 (Três mil reais), para atividade educativa. A habilitação ao incentivo se dará com base nos seguintes critérios: a) Para implantação de atividade educativa - modalidade Oficina Terapêutica tipo I, o município deverá ter um CAPS ou um ambulatório com profissional de Saúde Mental; b) Para implantação de atividade educativa - modalidade Oficina Terapêutica tipo II, o município deverá ter população de até 20.000 habitantes; b) Possuir equipe técnica mínima, de acordo com o tipo de atividade educativa, conforme Descrição da Modalidade de Atenção; c) A vinculação da Atividade Educativa - Modalidade Oficina Terapêutica a uma unidade de saúde da atenção básica.

A atividade educativa - modalidade Oficina Terapêutica tipo I não poderá ocorrer no espaço do Centro de Atenção Psicossocial ou do ambulatório de saúde mental. Os incentivos serão transferidos aos respectivos fundos municipais de saúde em parcelas mensais, após parecer favorável das áreas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde ao projeto técnico apresentado. É de responsabilidade do gestor municipal a manutenção da atividade e da equipe técnica mínima para seu desenvolvimento, bem como a informação da atividade no SIA/SUS e SIAB.

Redução de Danos

A Resolução CIB/RS nº 038/12 instituiu, dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental, álcool e outras drogas, Incentivo Financeiro Estadual para a Redução de Danos a municípios com mais de 16.000 (dezesesseis mil) habitantes. Os Incentivos financeiros serão repassados considerando a composição intersetorial de trabalho e a composição de equipe de redução de danos. Cada município pode organizar uma ou mais Composições de Redução de Danos, conforme sua população total e a população que deseja contemplar, de acordo com os critérios abaixo: a) Na definição das populações de referência de cada Composição de Redução de Danos incluem-se populações específicas, dentre as quais a indígena e as em situação de privação de liberdade; b) Cada Composição de Redução de Danos possui como base territorial uma população de 16.000 habitantes. O incentivo financeiro Estadual para a instituição das Composições de Redução de Danos na rede pública

dos municípios será de: a) R\$ 5.000,00 (Cinco mil reais) na ocasião de adesão à proposta ou R\$ 10.000,00 (Dez mil reais) no caso de municípios que tenham aderido à Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas: “O cuidado que eu preciso”; e b) R\$ 18.000,00 (Dezoito mil reais) anuais para seu custeio.

Os valores descritos acima são repassados para cada Composição de Redução de Danos estabelecida. O valor anual de custeio pode ser acrescido na proporção estabelecida, observados os seguintes critérios: a) um ou mais trabalhadores da Composição comprovar experiência em trabalho de campo de Redução de Danos de, no mínimo, 12 (doze) meses; b) um ou mais trabalhadores da Composição possuir formação em Residência Multiprofissional/Integrada em Saúde, com ênfase em Saúde Coletiva, Saúde Pública, Saúde Comunitária, Saúde Mental, Atenção Básica e/ou Saúde da Família; ou formação em Residência de Medicina de Família e Comunidade, Medicina Geral Comunitária e/ou Medicina Preventiva e Social; c) manutenção de uma Composição com os mesmos trabalhadores por mais de 12 (doze) meses; d) todos os trabalhadores da Composição inseridos em Plano de Carreira, Cargos e Salários, como servidor público sob gestão municipal; e) vinculação de pelo menos 02 (dois) trabalhadores da Composição de Redução de Danos como Agente Redutor de Danos/Redutor de Danos, com cargo de servidor público sob gestão municipal; f) participação sistemática de trabalhadores da Composição de Redução de Danos em instância macrorregional, regional e/ou microrregional de educação permanente em saúde.

Os acréscimos financeiros referidos observarão a seguinte ordem: a) R\$ 4.000,00 (Quatro mil reais) - demonstrado cumprimento de 01 (um) dos requisitos do parágrafo anterior; b) R\$ 6.000,00 (Seis mil reais) - demonstrado cumprimento de 02 (dois) dos requisitos do parágrafo anterior; c) R\$ 8.000,00 (Oito mil reais) - demonstrado cumprimento de pelo menos 03 (três) dos requisitos do parágrafo anterior. O incentivo financeiro será repassado do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, após parecer favorável das áreas responsáveis da Secretaria Estadual de Saúde, ao Projeto Técnico apresentado. O valor referente à adesão é repassado em parcela única e o valor anual de custeio será repassado em parcelas semestrais.

Incentivo para Equipes Municipais de Saúde Prisional

A Resolução CIB/RS nº 257/11 aprovou a alteração do Incentivo Estadual para habilitação de Equipes Municipais de Saúde Prisional em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas. Os valores por equipe de saúde prisional estão descritos na Figura 203:

Figura 203 - Incentivo estadual para habilitação de Equipes Municipais de Saúde Prisional, RS, 2011

População Prisional	Valor (R\$) - Incentivo Estadual/Saúde Prisional/mês	Valor (R\$) - Incentivo Federal/Saúde Prisional/mês	Valor (R\$) - Total/equipe/mês
até 100 pessoas		1.890,00	1.890,00
100 até 300 pessoas	8.220,00	3.780,00	12.000,00
301 até 500 pessoas	9.220,00	3.780,00	13.000,00
501 até 700 pessoas	10.220,00	3.780,00	14.000,00
701 a 1.000 pessoas	11.220,00	3.780,00	15.000,00
1.001 a 2.000 pessoas	12.220,00	3.780,00	16.000,00
2.001 a 3.000	13.220,00	3.780,00	17.000,00

peças			
acima de 3.000 peças	14.220,00	3.780,00	18.000,00

Fonte: SAÚDE PRISIONAL/DAS/SES/RS

O repasse financeiro a cada Unidade de Saúde Prisional a ser habilitada deve respeitar o teto máximo de R\$ 80.000,00 (Oitenta mil reais) para despesas de investimentos (construção, ampliação, equipamentos e material permanente), valor transferido em parcela única, mediante apresentação de Plano de Trabalho aprovado tecnicamente pela SES/RS. A equipe de saúde prisional é composta pelo quadro efetivo da SUSEPE e complementada por profissionais de saúde do município, sendo que a equipe mínima será integrada por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e por auxiliar de consultório dentário, conforme previsto pela Portaria Interministerial nº 1.777/2003.

Também foi aprovado o incentivo estadual complementar para o custeio da Unidade de Atenção Básica, compra de kits de materiais de consumo e insumos, manutenção de equipamentos e apoio técnico-administrativo, no valor de R\$ 2,78 (Dois reais e setenta e oito centavos) por habitante privado de liberdade por mês, do município. Para efeito de cálculo do montante deste recurso será considerada a população privada de liberdade do município, informada pela SUSEPE, no ato da assinatura do Termo de Compromisso em que o município assume a gerência de saúde das Unidades Prisionais com mais de 100 pessoas.

Financiamento Estadual da Atenção Secundária e Terciária em Saúde

As diretrizes e a metodologia de alocação dos recursos estaduais referentes ao Financiamento da Atenção Secundária e Terciária estão definidas na Resolução CIB/RS nº 652/12 e foram elaboradas segundo os princípios e diretrizes do SUS, particularmente quanto à viabilização da integralidade, na conformação das redes hierarquizadas e regionalizadas, na melhoria do acesso e na gestão compartilhada e no controle social. O financiamento estadual da atenção secundária e terciária em saúde comporá, em conjunto com os recursos federais, um modelo misto, com repasses de recursos fixos e variáveis. Os recursos fixos serão pré-definidos conforme as características dos estabelecimentos de saúde e dos serviços prestados por estes. Os recursos variáveis serão repassados conforme aspectos da execução das ações e serviços de saúde e pagos após comprovação da realização do atendimento, sendo: a) preferencialmente mediante a apuração do alcance de metas; ou b) pagamento por procedimento unitário ou pelo conjunto de procedimentos relacionados. O cofinanciamento por parte do Estado será distribuído em duas modalidades:

1 Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Secundária e Terciária em Saúde (PIES-AST) - concederá os valores por meio de incentivos fixos e variáveis, cujos componentes são: I - Hospitais de Retaguarda/apoio para o SAMU e UPAS (Plantão Presencial Especializado; Emergência de Hospitais de Retaguarda SAMU; Outros que forem criados em Resolução CIB); II - Hospitais de apoio a Atenção Básica-ESF; III - Hospitais 100% SUS e Orçamentados; IV - Serviços Hospitalares Especializados (Serviços para Cirurgias Eletivas; Enfermarias de Hospitalistas; Gestante e parto de Alto Risco; Mãe Canguru; Saúde Mental; Outros que forem criados em Resolução CIB); V - Serviços e Centros Ambulatoriais de Especialidades em Atenção Secundária e Terciária - atendimento eletivo/consultas/exames (Egressos de UTI-Neonatal; Serviços de Atenção ao pré-natal de alto risco; Serviços e Centros Regionais de Consultas e/ou Exames em Atenção Secundária e Terciária e Procedimentos; Outros que forem criados em Resolução CIB); VI - Hospitais de Pequeno Porte; VI - Alcance de metas pré-estabelecidas; VII - Unidades Ambulatoriais de Atenção à Urgência (Cofinanciamento de UPAS; Outros serviços de urgência).

2-Tabela Complementar Estadual - determinará os valores a serem acrescidos aos procedimentos da Tabela Nacional do SUS, bem como novos procedimentos, ações e serviços. Os valores complementares podem variar entre as regiões de saúde e serão calculados considerando: a) os custos dos serviços, visando ao seu equilíbrio econômico-financeiro, e privilegiando a eficiência econômica; b) o comparativo com as demais tabelas de serviços saúde; c) as especificidades regionais na oferta de ações e serviços de saúde, a capacidade instalada e a disponibilidade; d) a necessidade de saúde da população atendida; e) o grau de inserção dos serviços nas redes de atenção à saúde.

Financiamento das Unidades Móveis do SAMU e da Central de Regulação Médica das Urgências

As despesas de custeio mensal do componente SAMU 192 são de responsabilidade compartilhada de forma tripartite entre a União, Estado e Municípios. À União compete 50% (cinquenta por cento) da despesa, ao Estado, no mínimo, 25% (vinte e cinco por cento) e ao Município, no máximo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa, de acordo com a pactuação estabelecida na respectiva CIB, conforme Portaria MS/GM Nº 1.010/12 de 21/05/12.

Financiamento Sala de Estabilização

As Salas de Estabilização recebem um incentivo financeiro de custeio, pago mensalmente pelo Ministério da Saúde. A complementação do recurso é de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB, conforme estabelece a Portaria MS/GM 2.338/11 de 03/10/11.

Financiamento das Unidades de Pronto Atendimento - UPAs

As despesas de custeio mensal da UPA 24h são de responsabilidade compartilhada de forma tripartite entre a União, os Estados e os Municípios. O Incentivo Financeiro de Custeio Mensal repassado pelo Ministério da Saúde considera o porte da UPA e as categorias de UPA Nova habilitada, UPA Nova Habilitada e Qualificada e UPA Ampliada e Reformada, habilitada e qualificada, nos termos da Portaria MS/GM Nº 2.821/11 de 28/11/11. A complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal da UPA 24h é de responsabilidade conjunta dos Estados e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB.

Incentivo para Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

A Resolução CIB/RS nº 574/2012 manteve os critérios para habilitação dos municípios ao incentivo financeiro mensal do Estado para os Centros de Especialidades Odontológicas. Os municípios que possuem CEO habilitados por Portaria Ministerial de custeio publicada e em vigor, recebem o incentivo estadual mensal, de acordo com a modalidade do CEO: CEO Tipo I - R\$ 2.750,00 (Dois mil setecentos e cinquenta reais); CEO Tipo II - R\$ 3.670,00 (Três mil seiscentos e setenta reais); e CEO Tipo III - R\$ 6.420,00 (Seis mil quatrocentos e vinte reais).

O valor adicional do incentivo de custeio mensal do CEO aos municípios que assinarem o Termo de Adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, os quais cumpram os critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.341/2012 e pela Nota Técnica de 16 de agosto de 2012, é da seguinte ordem: CEO Tipo I - R\$ 550,00 (Quinhentos e cinquenta reais); CEO Tipo II - R\$ 740,00 (Setecentos e

quarenta reais); e CEO Tipo III - R\$ 1.160,00 (Um mil cento e sessenta reais). Os recursos financeiros são transferidos diretamente aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios habilitados.

O repasse mensal do incentivo estadual está vinculado ao cumprimento do elenco mínimo de procedimentos odontológicos exigidos para os CEO pela Portaria GM/MS nº 600/2006 e pela Portaria GM/MS nº 1341/2012. A produção mensal de cada CEO é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelos municípios no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), sendo realizadas avaliações semestrais desses dados pela Seção de Saúde Bucal do DAS, para manutenção do repasse dos recursos.

Incentivo para os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)

Os critérios para repasse do incentivo financeiro estadual mensal aos municípios que se credenciarem/contratarem a execução dos serviços de LRPD está previsto na Resolução CIB/RS nº 025/2010. O valor do incentivo estadual é de R\$ 40,00 (Quarenta reais) por unidade de prótese dentária fixa, removível e total confeccionada. Estão habilitados a receber o incentivo, os municípios que aderiram ou que venham a aderir à proposta do Ministério da Saúde, conforme as normas e diretrizes da Portaria GM/MS nº 2.373 de 07 de outubro de 2009, e que protocolarem Ofício na CRS solicitando o incentivo estadual, juntamente com o Anexo da Nota Técnica que normatiza a Portaria GM/MS 2373. Os recursos financeiros são transferidos aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios que se habilitarem. A produção mensal das próteses é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelos municípios no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), sendo feitas avaliações mensais desses dados pela Seção de Saúde Bucal do DAS para o repasse dos recursos.

Leitos Psiquiátricos

O Serviço Hospitalar para Atenção Integral em Saúde Mental é um ponto da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e de outras drogas. Esse serviço tem como função principal preservar a vida, visando criar condições para a garantia da continuidade do cuidado pelos outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial. O Cuidado oferecido pelo serviço em questão deve ser pautado pelos princípios do SUS, levando em conta a perspectiva da integralidade das ações e o direito à saúde como um processo de escolha. Volta-se à redução de danos como diretriz do cuidado para formulação de Projetos Terapêuticos Singulares, conforme a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral às Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas (2004).

O incentivo financeiro estadual, previsto pela Resolução CIB/RS nº 562/2012, estabelece o valor fixo de R\$ 4.000,00 (Quatro mil reais) por mês por leito habilitado em hospitais cuja população inteira de referência esteja coberta por CAPS ou NAAB, sendo de R\$ 3.000,00 (Três mil reais) por mês por leito habilitado nos demais hospitais. O hospital deve comprovar a taxa mínima de ocupação de 80% para o recebimento do valor integral de incentivo financeiro para o conjunto de leitos contratados. Em caso de taxa de ocupação inferior a 80%, o hospital recebe proporcionalmente à taxa comprovada.

Como parâmetro de financiamento foi utilizado o que diz respeito à proporção de um leito de atenção integral em saúde mental financiado pelo Ministério da Saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 148/12, para cada dois leitos de atenção integral em saúde mental financiados pelo Estado. São critérios para habilitação dos Serviços Hospitalares para Atenção Integral a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em Hospitais Gerais: a) localizar-se em Municípios/Regiões de Saúde que possuam Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, e/ou ambulatorios especializados em saúde mental, e/ou serviços municipais de saúde mental na rede básica em funcionamento; b) localizar-se em Municípios que tenham aderido à

Linha de Cuidado Integral em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; c) ter inseridos todos os leitos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

O Serviço Hospitalar para Atenção Integral em Saúde Mental destina para esta modalidade de atenção, no mínimo 04 e no máximo 30 leitos, não excedendo 15% do número total de leitos do Hospital. Os Hospitais Gerais que já possuem contrato com o Estado para atenção em saúde mental poderão manter o mesmo número de leitos contratualizados. O valor do incentivo é pago mediante comprovação da produção nos sistemas oficiais e da apresentação de relatórios periódicos de avaliação do trabalho em rede padronizados, aprovados pela comissão de acompanhamento dos contratos. O Serviço Hospitalar para Atenção Integral em Saúde Mental deve garantir acesso e cuidado sem distinção de gênero, priorizando os usuários das regiões de saúde para os quais é referência.

Financiamento da Vigilância em Saúde

Centros de Referência Regional (CEREST) e Unidades Regionais Especializadas em Saúde do Trabalhador (UREST)

A Resolução CIB/RS nº 88/2012 CIB/RS estabelece que as Unidades Regionais Especializadas em Saúde do Trabalhador (UREST) têm a finalidade de possibilitar o funcionamento de estruturas que, embora não possuam todas as condições necessárias à sua habilitação como Centros de Referência Regional (CEREST) na Rede Nacional de Saúde do Trabalhador, contribuirão para ampliar as ações de Saúde do Trabalhador. Os recursos a serem repassados para o custeio dessas Unidades Regionais Especializadas em Saúde do Trabalhador (UREST) e de Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) têm como objetivo o fortalecimento das ações de Saúde do Trabalhador e a organização regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul, tendo em vista o funcionamento da Rede de Serviços de Referência Regionais em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual, sendo esses articulados respectivamente à Rede de Saúde de cada Município da sua área de abrangência.

Os recursos orçamentários da Secretaria Estadual da Saúde (SES) alocados para este fim serão transferidos do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde dos Municípios Sede dos serviços regionais, de acordo com a programação financeira do Tesouro Estadual, vinculados à SES, independentemente de convênio, valores e parâmetros de cobertura assistencial. Os recursos previstos são repassados mensalmente, conforme a Figura 204, vindo a ser utilizados para o custeio dos Centros de Referência Regional (CEREST) e das Unidades Regionais Especializadas em Saúde do Trabalhador (UREST), devendo ser utilizados na implementação da Política de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador na região de abrangência.

A transferência está condicionada ao cumprimento, por parte dos Municípios-Sede, dos instrumentos e fluxos de gestão estabelecidos pela legislação do Sistema Único de Saúde. A SES habilitará esses municípios dos novos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador

(CEREST) e das Unidades Regionais Especializadas em Saúde do Trabalhador (UREST) ao recebimento dos recursos, mediante o cumprimento de critérios estabelecidos na Resolução supracitada, segundo disponibilidade orçamentária após aprovação do Conselho Municipal de Saúde, Controle Social da Região de Abrangência, do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite.

Figura 204 - Recursos para custeio dos Centros de Referência Regional (CEREST) e Unidades Regionais Especializadas em Saúde do Trabalhador (UREST), RS, 2012

DENOMINAÇÃO	COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	VALOR R\$
UNIDADE REGIONAL ESPECIALIZADA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	No mínimo três funcionários de Nível Universitário (sendo um Médico e um Enfermeiro) e dois funcionários de Nível Médio, sendo um Técnico (Técnico em Segurança do Trabalho e/ou Enfermagem)	20.000,00
CEREST REGIONAL (sem equipe mínima da RENAST)	No mínimo cinco funcionários de Nível Universitário (sendo um Médico e um Enfermeiro) e três funcionários de Nível Médio, sendo dois Técnicos (Técnico em Segurança do Trabalho e/ou Enfermagem)	35.000,00
CEREST REGIONAL (adequado ao mínimo da RENAST)	Equipe RENAST No mínimo oito funcionários de Nível Universitário (sendo dois Médicos 20 horas ou um de 40 horas, e um Enfermeiro) e quatro funcionários de Nível Médio, sendo dois Técnico (Técnico em Segurança do Trabalho e/ou Enfermagem)	55.000,00
CEREST REGIONAL A (mínimo 50% mais da Equipe RENAST)	No mínimo doze funcionários de Nível Universitário (sendo dois Médicos 20 horas ou um de 40 horas, e um Enfermeiro) e seis funcionários de Nível Médio, sendo dois Técnicos (Técnico em Segurança do Trabalho e/ou Enfermagem)	80.000,00

Fonte: CEVS/SES/RS

Dengue - Premiação aos Municípios que Alcançarem o Controle dos Surtos/Epidemia

Os municípios do Rio Grande do Sul que apresentem surtos/epidemia de dengue e que alcancem o seu controle, avaliado pelos critérios estabelecidos na Resolução CIB/RS nº 442/11, terão o seu esforço reconhecido pela Secretaria de Estado da Saúde mediante premiação. A premiação consiste no repasse adicional de recursos financeiros da fração estadual do Piso Fixo da Vigilância e Promoção da Saúde no valor de R\$ 50.000,00 (Cinquenta mil reais) a ser aplicado em ações de Vigilância e Controle da Dengue.

O recurso é destinado aos municípios que atenderem os seguintes critérios: a) manutenção de equipe de vigilância e controle do vetor *Aedes aegypti*, no mínimo compatível com o preconizado pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD); b) desenvolvimento continuado de ações que impactam no Índice de Infestação Predial (avaliados segundo normas do PNCD); c) interrupção da circulação viral sem a ocorrência de casos autóctones no ano consecutivo àquele em que se registrou surto/epidemia. A avaliação dos critérios será realizada pela equipe técnica da Divisão de Vigilância em Saúde Ambiental/Centro Estadual de Vigilância em Saúde (DVAS/CEVS), com base nos dados dos sistemas oficiais de informação, sempre considerando a situação enfrentada pelos municípios no ano anterior ao da premiação.

Política de Enfrentamento aos Desastres Ambientais

Dada a necessidade de manter recursos que possam ser rapidamente utilizados no enfrentamento aos eventos ambientais adversos ou a outras situações inusitadas (como surtos/epidemias), será alocado um valor de, no mínimo, 10% (dez por cento) do valor orçamentário dos recursos da Vigilância em Saúde, a título de Reserva Estratégica. Esses recursos poderão ser repassados aos municípios por meio de pactuações dos gestores na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Controle da Tuberculose

A Resolução CIB/RS nº 507/2011 CIB/RS aprovou a criação do Incentivo para o Controle da Tuberculose na Atenção Básica de Saúde, no valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) a cada doente curado, a ser pago ao município de residência do caso tratado com êxito. São objetivos essenciais do Incentivo para o Controle da Tuberculose: a) buscar a detecção de 90% dos casos estimados; a cura de 85% dos casos diagnosticados e a redução e manutenção da taxa de abandono ao tratamento abaixo de 5%; b) assegurar a continuidade do tratamento dos doentes, facilitando o acesso aos serviços, vinculando-os à unidade de saúde de seu território geográfico e promovendo, dentro dos critérios, o Tratamento Diretamente Observado (TDO); c) manter atualizados os sistemas de registros das atividades relacionadas à Tuberculose como: Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios no Serviço de Saúde, Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento de Tratamento de Casos de Tuberculose, Notificação de Casos no SINAN, Registro das Baciloscopias/culturas para Diagnóstico e Controle do Tratamento, fazendo a avaliação periódica dos dados, transformando-os em informações e divulgando-os à sociedade periodicamente.

Os valores do Incentivo para o Controle da Tuberculose são repassados semestralmente, a partir do registro do banco de dados do SINAN. Para adesão ao incentivo, os municípios devem apresentar o Plano Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT), conforme Anexo I da Resolução CIB/RS nº 139/2005, aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, ao Programa Estadual de Controle da Tuberculose/CEVS/SES. A continuidade dos repasses se dá mediante o monitoramento das ações propostas no PMCT de cada município e o parecer do Programa Estadual de Controle da Tuberculose, com comunicado por escrito à Comissão Intergestora Bipartite e às demais instâncias envolvidas.

Financiamento em Decorrência de Sazonalidades

As migrações internas são movimentos populacionais que ocorrem dentro de uma localidade geográfica. A migração sazonal se caracteriza por estar ligada às estações do ano. É o que acontece com a população gaúcha, principalmente no verão, que migra para locais onde existem balneários (praia de mar ou de água doce). Trata-se de uma migração temporária, conhecida como turismo de férias. O **Verão Numa Boa** é uma estratégia em que ano a ano o Gestor Estadual repassa recursos aos municípios, visando atender o aumento da demanda nos meses do verão. Os recursos financeiros são transferidos aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) e aos hospitais de referência regional do Litoral Norte. Os recursos financeiros são repassados, de acordo com as áreas de saúde estratégicas a serem fortalecidas no período de verão, aos municípios que têm aumento significativo de contingente populacional e o conseqüente aumento de demanda de ações e serviços de saúde locais.

São critérios de inclusão de municípios nas ações do Verão Numa Boa: a) existência de praia de mar ou de água doce em seu território, sendo assim, durante o período de verão, destino de veraneio de outros municípios; b) aumento significativo de demanda em ações e em serviços de saúde no período

de veraneio, em decorrência do incremento populacional; e c) recebimento de recursos financeiros em anos anteriores para incremento das atividades públicas em saúde durante o verão.

Anualmente a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) define as prioridades a serem financiadas com recurso do Tesouro do Estado. Os municípios habilitados ao recebimento do recurso do Verão Numa Boa assinam Termo de Compromisso para Garantia de Acesso e encaminham plano de aplicação dos recursos à respectiva Coordenadoria Regional de Saúde.

As ações do verão numa boa são desenvolvidas em várias áreas, tais como Vigilância em Saúde, com reforço para a área da dengue; na Atenção Básica, o objetivo é reforçar o número de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde e estimular a ampliação do horário de funcionamento de alguns postos, estendendo o atendimento também para o turno da noite. Também estão previstas ações de prevenção nas áreas de DST/AIDS, álcool e drogas. Essas ocorrem na atenção secundária e terciária, principalmente em urgência e emergência, mediante o incremento nas atividades do SAMU, bem como no plantão presencial para os hospitais de referência. Também são repassados recursos extras para os municípios sede de base SAMU.

Processo de Participação Popular e Cidadã - Consulta Popular

O Sistema de Participação Popular Cidadã amplia a interação entre governo e sociedade, instituindo mecanismos para a gestão participativa. Essas relações ocorrem por meio da elaboração do Plano Plurianual (PPA) e das Leis Orçamentárias Anuais, das discussões e deliberações dos Conselhos Setoriais e de Direitos e das opiniões e sugestões encaminhadas pelo Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES). A forma de aplicação do recurso é regulamentada pela Portaria SES/RS nº 046/2006 e visa definir a aplicação dos recursos alocados no Orçamento da SES, referente aos projetos da Consulta Popular voltada aos investimentos e serviços de interesses municipais e regionais, conforme legislação em vigor. A Consulta Popular é um processo no qual a população escolhe e vota em ações de governo que gostaria de ver realizadas em seu município ou região.

Na área da saúde são disponibilizados projetos de investimentos e serviços de acordo com os programas finalísticos do Plano Plurianual (PPA): Estratégia de Saúde da Família (ESF), Regionalização da Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Saneamento Comunitário. Os Conselhos Municipais de Desenvolvimento - COMUDES e os vinte e oito Conselhos Regionais de Desenvolvimento - COREDES participam do processo sistematizando as prioridades municipais/regionais e opinando sobre programas de desenvolvimento. A coordenação executiva do sistema estadual de participação popular e cidadã é realizada pela Secretaria do Planejamento, Gestão e Participação Cidadã (SEPLAG). Os recursos disponíveis para investimento em ações e serviços regionais e municipais têm sido distribuídos proporcionalmente à população de cada região, obedecendo às ponderações de distribuição segundo critérios definidos pelo Índice de Desenvolvimento Social e Econômico - IDESE, calculado pela Fundação de Economia e Estatística (FEE).

Compete às Coordenações Regionais da Participação Cidadã (compostas pelos COREDES e Delegados eleitos nas Assembleias Regionais) organizar a Consulta Popular, que é precedida por audiências públicas municipais e regionais. A votação é realizada em cada município das regiões dos COREDES, legalmente constituídas, em data definida anualmente pela Comissão Geral de Coordenação. As prioridades são decididas pelos cidadãos, por voto secreto em urna ou por meio eletrônico, estando habilitados a votar apenas os indivíduos com domicílio eleitoral na região geográfica do COREDES correspondente.

Após a escolha das prioridades, essas são incluídas no orçamento anual da SES e têm execução financeira mediante a transferência de recursos para as prefeituras municipais, instituições filantrópicas e para consórcios intermunicipais de saúde. Com o objetivo de acompanhar a execução da prioridade votada e de avaliar os benefícios alcançados, a SES por intermédio da Assessoria Técnica e de Planejamento, assim como das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, monitora a execução anual dos repasses.

Incentivo da Assistência Farmacêutica

A Portaria MS nº 533/12 estabeleceu o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando todos os níveis de atenção. Para fins de financiamento, os medicamentos estão distribuídos em três componentes: Básico (atenção primária em saúde), Estratégico (agravos endêmicos) e Especializado (que atendem os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas). Considerando a autonomia dos estados, no sentido de ampliar o acesso à assistência farmacêutica, havendo justificativa, em face de questões epidemiológicas, é possível ao gestor definir o elenco de medicamentos especiais.

Componente Básico

O financiamento deste Componente é de responsabilidade das três esferas de gestão, conforme estabelecido na Portaria 4217/10 e na Resolução 090/2011 CIB/RS: I - os recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde, no valor de R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano, serão repassados, Fundo a Fundo, diretamente para os Fundos Municipais de Saúde; II - os recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde, no valor de R\$ 1,86 (um real e oitenta e seis centavos) por habitante/ano, serão repassados, Fundo a Fundo, diretamente aos Fundos Municipais de Saúde; III - os municípios do Estado do Rio Grande do Sul, para fazerem jus às transferências de que tratam os tópicos anteriores, deverão aplicar o valor mínimo de R\$ 1,86 (um real e oitenta e seis centavos) por habitante/ano para a aquisição do Elenco de Referência estabelecido na RENAME.

As Secretarias Municipais de Saúde, anualmente, poderão utilizar um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros estaduais e municipais do financiamento do componente básico, para: I - atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS nos Municípios; II - aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica; III - realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica; e IV - medidores de glicemia capilar.

Os municípios são responsáveis pelo fornecimento dos insumos complementares relacionados a seguir, definidos pela Portaria GM/MS nº 2.583/07, destinados aos usuários insulíndependentes de que trata a Lei Federal nº 11.347/2006, cujo valor a ser aplicado a cada uma das duas esferas de gestão, Estado e municípios, é de R\$ 0,50 por habitante/ano: I - tiras reagentes para medida de glicemia capilar; II - lancetas para punção digital; e III - seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina. O Fundo Estadual de Saúde repassará aos Fundos Municipais de Saúde os recursos financeiros acima citados em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos).

Componente Especializado

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é regulamentado pelas Portarias GM/MS nº 2981/09 e 3.439/10 e pela Resolução CIB/RS nº 143/03, visando garantir no âmbito do SUS o acesso ao tratamento medicamentoso de doenças de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado com alto custo, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, publicados pelo Ministério da Saúde. Para que estes medicamentos sejam dispensados, é necessária a abertura de um processo administrativo no município de residência do usuário, por intermédio das farmácias municipais, contendo documentos e exames que atendam aos critérios de inclusão estabelecidos pelo Ministério da Saúde pelos PCDT. O financiamento deste componente é compartilhado pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias estaduais e municipais de saúde, buscando-se assim o equilíbrio financeiro entre as três esferas de gestão.

Medicamentos de Dispensação Especial

O Componente Especial da Assistência Farmacêutica é integrado por um grupo de medicamentos e de fórmulas nutricionais para o tratamento de doenças de prevalência no Estado, que não são contempladas nos programas de saúde do Ministério da Saúde. Sua aquisição e dispensação são de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde. A Portaria SES/RS nº 670/10 define os medicamentos, bem como as dietas especiais desse Componente. Para a dispensação de tais medicamentos é necessário que seja aberto um processo administrativo no município de residência do usuário, pelas farmácias municipais, apresentando os documentos e exames comprobatórios da doença, de acordo com a Portaria SES/RS nº 670/10, em atendimento aos requisitos estabelecidos pelas Portarias SES/RS nº 207/2006 e nº 38/2004.

Regulação em Saúde

O Complexo Regulador Estadual foi implantado gradativamente em área anexa ao Hospital Sanatório Partenon, na medida da adequação da área física, da aquisição de equipamentos e contratação ou realocação de recursos humanos. A Central de Notificação de Captação e Doação de Órgãos (CNCDO) - **Central de Transplantes do Rio Grande do Sul** foi criada pelo decreto 36.502 de 11 de março de 1996 e está vinculada ao Sistema Nacional de Transplantes (SNT) do MS, que regula a execução da atividade de doação, captação e distribuição de órgãos e tecidos.

A **Central de Regulação das Urgências**, instituída para regulação do atendimento pré-hospitalar - APH, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, foi organizada e passou a funcionar no final de 2004, atendendo inicialmente à região do litoral norte, e, na continuidade, como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano, regulando também os atendimentos aos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre que implantaram Bases Municipais do SAMU 192.

Na medida em que o SAMU foi sendo ampliado no Estado, a Central Estadual foi assumindo a regulação dos serviços nos municípios que não estavam adscritos à área de abrangência de nenhuma das outras 03 Centrais Regionais de Regulação das Urgências implantadas no RS (Bagé, Caxias do Sul e Pelotas). Desta forma, o crescimento do percentual de população abrangida pela Regulação Estadual e a capacidade instalada necessária para esta regulação não se deram na mesma proporção. A **Central de Regulação Hospitalar** iniciou as atividades em junho de 2008, com a regulação de leitos de UTI

Neonatal. Já a **Central de Regulação Ambulatorial** foi implantada no primeiro semestre de 2011, iniciando com a área de reabilitação.

Central de Transplantes do Rio Grande do Sul (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/RS)

A Constituição Federal de 1988 e sua legislação infraconstitucional ocupam-se da doação de órgãos no Brasil. Fica clara ali a responsabilidade do SUS com a sua viabilização, sem qualquer ônus direto para cidadãos ou para operadores da saúde. Os sistemas estaduais de transplantes estão sob ordenamento jurídico federal por meio do Decreto 2268/97 que regulamenta a Lei dos Transplantes, assim como por meio de portarias e regulamentos federais e estaduais. Os dispositivos em seu conjunto têm como objetivo assegurar uma forte mão do Estado sobre a atividade de transplantes, em especial quanto à proibição do comércio, ao princípio da lista única e à autorização prévia para equipes e estabelecimentos de saúde, qualquer seja a sua natureza jurídica, para a realização dos procedimentos.

Além disto, esta legislação garante o caráter essencialmente público e a igualdade de acesso, que se expressa no atendimento às necessidades de transplante da população, com ações e serviços de transplante para todos (capacidade instalada) e com esforços na doação de órgãos, tecidos e células. Dessa forma, muito além de operacionalizar e de regular a distribuição dos órgãos e tecidos, a Central de Transplantes tem importante papel no controle e avaliação de todos os processos do transplante propriamente dito, tanto em relação às suas especificidades técnicas, legais e éticas quanto no tocante ao seu custo-efetividade.

À exceção dos gametas e células embrionárias, também o controle do uso de células para fins terapêuticos é atribuição da Central de Transplantes. Para isto concorre o controle sobre o abastecimento do Registro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME), hoje em revisão quanto às suas metas pelo Ministério da Saúde e quanto à regulação da escassa capacidade instalada de leitos para realização dos transplantes de células-tronco hematopoéticas, em especial entre os não-aparentados, que são bastante complexos e onerosos.

Ainda em relação a células, apresenta-se aí uma nova responsabilidade: o controle público sobre o uso de células-tronco para tratamento de várias doenças, com nível de evidência quanto à sua eficácia e riscos colaterais absolutamente precários. Constitui-se hoje num desafio a vários governos evitar o uso mercantilista de bancos de armazenamento destas células fomentado pela publicidade enganosa.

O trabalho rotineiro da Central de Transplantes envolve a administração da lista de receptores a partir da sua inscrição para transplante. Cabe à Central controlar a propriedade da indicação, o uso controlado de enxertos considerados não ideais, a priorização dos casos contemplados pelas normas e a análise e encaminhamento de casos em que a norma é omissa.

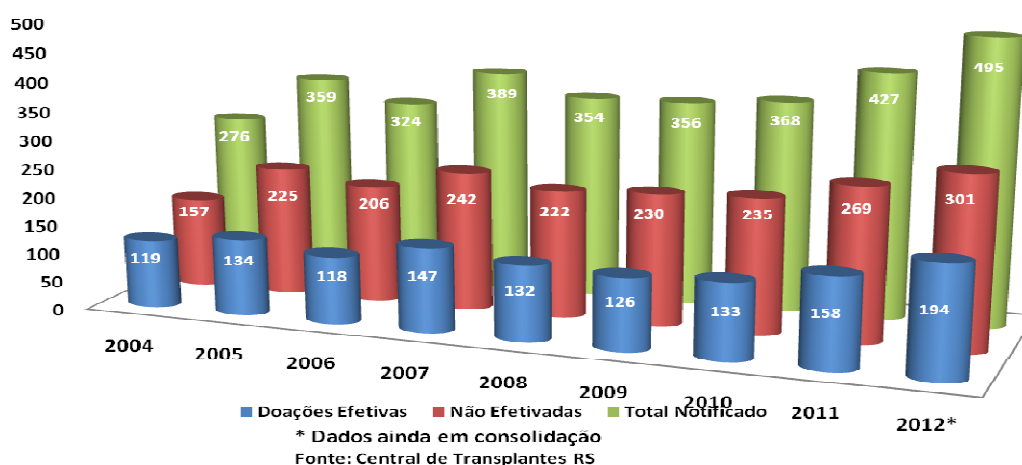
Na notificação dos casos de morte encefálica, em que é possível viabilizar os transplantes de órgãos, cabe à Central de Transplantes todo o acompanhamento do processo, desde a certificação da morte, nos termos da resolução 1480/97 do Conselho Federal de Medicina, passando pela avaliação de comorbidades no doador, orientações quanto à sua manutenção em terapia intensiva, até a conferência da autorização da família. Isto exige bastante do profissional que conduz o processo, sendo que este ano se viabilizou o plantão médico presencial que até então vinha sendo conduzido por estagiários do curso de Medicina.

Outros avanços, como a melhoria estrutural do Complexo Regulador, o incentivo estadual para apoio à certificação da morte e às cirurgias de retirada dos órgãos, com equipes volantes de neurologistas e cirurgiões, a estruturação e capacitação das Organizações de Procura de Órgãos, além de um forte apoio logístico aos hospitais, foram fundamentais para que se aumentasse em 45% o

número de doadores e em 55% o número de transplantes de rim com doador falecido no Estado em relação ao ano de 2010.

A expertise de nossas equipes transplantadoras também foi importante para isto, permitindo que vários enxertos oriundos de diferentes estados pudessem ser aproveitados aqui. Associam-se a isso outras dificuldades logísticas próprias dos laboratórios de histocompatibilidade, como o tempo de resposta das equipes, as características da malha viária e aeroviária do Estado e a distribuição heterogênea dos transplantes (mais de 90% em Porto Alegre), levando a um tempo médio de isquemia dos rins de 23 horas, e assim a uma alta incidência de função tardia do enxerto e de seus custos associados. Entre outras melhorias de processo, estamos introduzindo nos primeiros meses deste ano de 2013, tecnologia de ponta para a preservação de rins captados por meio de bombas de perfusão hipotérmica, permitindo que se estenda com mais segurança o uso de enxertos limítrofes quanto à sua função e tempo de isquemia.

Figura 205 - Evolução do número doações órgãos, RS, 2004 a 2012



Fonte: Central de Transplantes/DAHA/SES/RS

A Central de Transplantes regula a distribuição de todos os órgãos, ainda que o doador e/ou o receptor venham de instituições privadas. Sendo assim, o controle e a avaliação sobre os prestadores são de fundamental importância para a transparência do processo, e, conseqüentemente para a confiabilidade do sistema estadual, refletindo-se diretamente nas doações. O reforço da equipe de médicos avaliadores também vem produzindo resultados tangíveis quanto à melhoria gerencial do processo.

O fato de as universidades, historicamente, formarem transplantadores, mas se omitirem-se quanto à formação de profissionais da procura e doação de órgãos tanto na graduação como no pós-graduação, isso tem exigido que as sociedades médicas e os gestores do SUS deem provimento a estas capacitações. Nesse sentido, a Central de Transplantes realiza cursos rotineiramente para a atenção à demanda existente, especialmente no interior do Estado. Considerando a penosidade deste trabalho quanto à obtenção de doadores, graças ao regime de horário, natureza interinstitucional e à lide

cotidiana com o luto das famílias, há uma grande rotatividade desses profissionais, obrigando que tais capacitações sejam contínuas.

Associada à educação, a remuneração direta e adequada dos profissionais das Comissões Intra-hospitalares da Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) seria de grande valia para o amadurecimento do processo de localização e manutenção de doadores e para diminuição das recusas familiares em nosso meio.

A autossuficiência dos países em relação ao número de doadores e o controle sobre os transplantes intervivos é recomendação expressa da OMS, em resolução da qual o Brasil é signatário. A Espanha é o país que apresenta melhor desempenho em relação à lista de espera, com mais de 30 doadores por milhão de população (pmp). Os EUA conseguem administrar bem as taxas de mortalidade em lista com 25 doadores pmp. No Brasil devemos fechar o ano de 2012 com 13 doadores pmp e em torno de 26 transplantes renais pmp.

O RS encerrou o ano com quase 18 doadores pmp e com quase o dobro da média nacional de transplantes de rim, com 51,5 transplantes pmp e 33 transplantes de pulmão (3,0 pmp), ou seja: dez vezes a média nacional (0,3 pmp). Também o transplante de córneas vem tendo um volume expressivo, embora um pouco menor que no ano de 2011, sendo a fila de espera hoje de pouco mais de um mês, contado no último dia de dezembro com 109 receptores ativos. A diminuição da fila de espera tem levado os transplantadores a serem mais seletivos quanto à qualidade da córnea.

Figura 206 - Número de potenciais receptores em lista de espera, por órgão/tecido, RS, 2012

CORAÇÃO	CÓRNEA	FÍGADO	PULMÃO	RIM	PÂNCREAS/RIM	PÂNCREAS	FÍGADO/RIM
15	101	99	48	25	6	0	5

Fonte: Central de Transplantes/DAHA/SES/RS

No entanto, o transplante de fígado e de coração não apresentaram crescimento, ainda que tenha havido uma oferta muito maior de enxertos. O transplante de coração estabilizou em 11 casos, abaixo da média nacional de 1,2 pmp. No caso do fígado, que na nossa série histórica e na literatura se apresenta com aproveitamento próximo a 80% dos doadores, neste ano utilizou-se apenas 57% dos doadores ofertados, diminuindo em 3% o número de transplantes em relação a 2011. Esse baixo aproveitamento deve-se à maior exigência quanto à qualidade dos órgãos, o que pode refletir dificuldades estruturais das instituições transplantadoras para lidar com pós-operatórios mais complexos e também a dificuldade com leitos de UTI em nosso Estado, contexto que caracteriza doadores mais instáveis por problemas em sua manutenção hemodinâmica.

Também o transplante de medula óssea não cresceu, possivelmente por falta de capacidade instalada. Embora a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA) e o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) tenham credenciais para tanto, apenas o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) vem realizando transplantes alogênicos. Pode também haver um viés estatístico, pois esta modalidade entrou no rol da ANS em 2010, sendo (que) mais difícil de ser controlada a notificação realizada a partir de hospitais que prestam serviços a privados e a convênios.

É digno de nota que os hospitais e as equipes de transplantadores inativaram seus programas de transplante de pâncreas há mais de um ano, e que seus pacientes foram remanejados para a lista de rim ou encaminhados para São Paulo. As tratativas para a retomada no ano de 2013 estão em fase final com a ISCMPA, já havendo novos pacientes inscritos. Há necessidade de estimular a capacitação dos cirurgiões de retirada de órgãos para esta modalidade de transplante.

Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU (CRUE/RS)

A Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU é a estrutura física constituída por profissionais médicos, enfermeiros, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência. Esta atenção dá-se por meio da classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência e da ordenação do fluxo efetivo das referências e contrarreferências na Rede de Atenção, ou seja: essa regula 24 horas por dia, em três turnos distintos, a atenção às urgências pré-hospitalares e às transferências de pacientes graves entre os serviços de saúde. A população atendida atualmente é de 6.806.125 habitantes, 63,4% do total estadual de 10.733.030 habitantes, em 243 municípios dos 497 do RS. Conta com 33 médicos, 11 enfermeiros reguladores e com atividade terceirizada de 125 telefonistas, 45 rádio-operadores, 02 gerentes administrativos e 01 tecnólogo da informação.

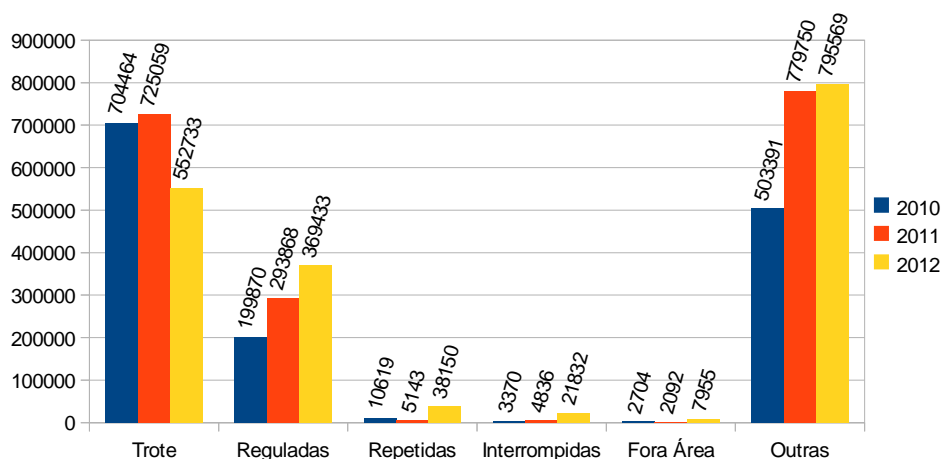
Segundo a Resolução CIB/RS nº 439/2010, as Centrais Regionais de Regulação das Urgências implantadas em Pelotas, Bagé e em Caxias do Sul deveriam, à época, regular todos os municípios com Base de SAMU 192 em funcionamento nas áreas de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde - CRS correspondente. No decorrer de 2011, a Central de Pelotas assumiu a regulação de quase todos os municípios da 3ª CRS, exceto Cristal e Rio Grande; Bagé assumiu de mais 03 municípios da 7ª CRS, deixando apenas Lavras do Sul com a Central Estadual, enquanto Caxias do Sul continuou regulando apenas Vacaria, da 5ª CRS, deixando que os demais 15 municípios fossem regulados pela Central Estadual.

No início de 2013, recomeçou a implementação de alguns procedimentos anteriormente pactuados, que reduziram em mais 06 o número de municípios e em 18.643 habitantes a população regulada pela Central Estadual. A Central Regional de Bagé responsabilizou-se pela regulação das atividades do SAMU de Lavras do Sul (7.646 habitantes), totalizando 100% dos municípios pactuados da 7ª CRS. Houve repactuação da abrangência do SAMU Regional na 18ª CRS e 05 municípios não manifestaram interesse em manter o atendimento pré-hospitalar do SAMU à população, tendo sido repactuado na Comissão Intergestores Regional - CIR o cancelamento do link 192 para acesso da população destes municípios à Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU.

O *software* utilizado no sistema de regulação da Central Estadual é da Empresa True e permite o armazenamento de dados de todas as ligações recebidas, as quais são organizadas por número de chamado, por cadastro de veículo e por município. O sistema possibilita o monitoramento/acompanhamento *on line* das atividades desenvolvidas, seja por meio de relatórios específicos, que podem ser selecionados e emitidos, seja através de escuta de áudios. Este sistema de monitoramento permite ainda, além da disponibilização de senhas aos Gestores Municipais de Saúde para acesso aos relatórios, a apresentação pela SES de subsídios técnicos para elaboração de parecer, sempre que solicitados pelo Poder Judiciário, Ministérios Públicos Federal e Estadual, Polícia Civil, Brigada Militar e Procuradorias Gerais do Estado e dos Municípios.

Com base em dados gerais, arquivados e classificados a partir do sistema True, a seguir apresentam-se informações de atendimentos dos últimos três anos de funcionamento da Central Estadual de Regulação das Urgências.

Figura 207 - Total de ligações recebidas pela Central Estadual de Regulação das Urgências, RS, 2010-2012



Fonte: CRUE/DAHA/SES/RS

Em tempos modernos, devido à facilidade com que a população adquire aparelhos/linhas telefônicas, tanto fixo quanto celular, e devido ao fato de a ligação para acesso ao 192 ser gratuita, a Central Estadual de Regulação das Urgências vem enfrentado o grave problema do “trote”. Nos últimos 3 anos (2010, 2011 e 2012), a Central recebeu em média 1.673.613 ligações/ano, sendo 4.649 ligações/dia. Dessas ligações, 39,5% são trotes, ou seja, 660.752 ligações/ano, representando 1.835 ligações/dia.

Em uma análise mais detalhada dessa ocorrência, ao observar-se ano a ano, é possível verificar que houve de 2010 para 2011 uma redução mais acentuada do percentual de trotes, considerando o total de ligações recebidas na Central Estadual, de 49,45% para 40,04%, do que de 2011 para 2012, de 40,04% para 30,95%, o que se pode atribuir a fatores causais. O Núcleo Estadual de Educação em Urgências - NEU foi instituído em 2011 para viabilizar e manter o processo de formação, capacitação e qualificação do SAMU no Estado.

O processo contempla/reconhece junto aos profissionais a necessidade de serem divulgadas à população em geral as atividades do atendimento pré-hospitalar, a regulação deste atendimento e, também, as orientações a respeito das situações em que deverá ser chamado o SAMU, para que a partir do momento em as pessoas venham a conhecer o trabalho das equipes, na grande maioria das vezes também venham a reconhecer e a admirar este trabalho.

Dentre os resultados do processo educacional iniciado, também se pode afirmar que as ligações feitas ao SAMU 192, as quais chegam ao médico regulador - ligações reguladas - vêm aumentando ano a ano de forma inversamente proporcional aos trotes, pois esses vêm reduzindo-se. Do total de ligações recebidas, em 2010 foram reguladas 14,03%, em 2011, 16,23 %, e em 2012 foram 20,68%. Das ligações reguladas nos últimos três anos, em torno de 55% são atendimentos clínicos e 34% de trauma, o que constitui um percentual bem menor em relação a atendimentos psiquiátricos e obstétricos.

Ligações repetidas são ligações feitas por várias pessoas, oriundas de vários aparelhos telefônicos, relacionadas a um mesmo evento. Geralmente acontecem devido a acidentes de trânsito, incêndios e atropelamentos envolvendo grandes eventos quando o seu conhecimento é acessado publicamente por muitas pessoas gerando aflição e ansiedade na população. A ocorrência deste tipo de ligação não apresenta um comportamento-padrão, pois permanentemente irá depender da violência e/ou da dimensão do evento. Do total de ligações, em 2010, 0,75% foram repetidas, em 2011, 0,28%, e em 2012, 2,14%.

Percebe-se a ocorrência de ligações interrompidas, das que caem a qualquer momento, a partir do seu início e até momentos antes da sua finalização. Do total de ligações, em 2010, 0,24% foram interrompidas, em 2011, 0,27%, e em 2012, foram 1,22. Mostra-se dessa maneira um aumento

moderado desse tipo de ocorrência, que mais uma vez pode ser relacionado ao aumento desproporcional da aquisição de aparelhos telefônicos pela população. Da mesma forma, isso está vinculado, tanto aos prejuízos decorrentes deste aumento, quanto à subsequente sobrecarga de linhas e de sistemas disponíveis. Quanto ao abandono das ligações, isso acontece pelo fato de o usuário, em muitas situações, dar-se conta de que o objeto da sua ligação não se enquadra no perfil de urgência ou de emergência proposto pelo SAMU. Atualmente a central de regulação do SAMU utiliza mecanismos de informação durante a espera da chamada telefônica, com orientações específicas quanto ao tipo de serviço prestado envolvendo suas responsabilidades e atribuições.

A Central ainda recebe ligações de fora da área de abrangência, apesar de não haver muita variação, já essas chamadas representam percentuais muito insignificantes diante do total de ligações recebidas, as quais deveriam ser automaticamente redirecionadas a outra Central para a qual o link 192 estivesse previamente programado. Essas ligações são causadas por problemas estruturais das operadoras de telefonia, que vêm ao longo do tempo trabalhando para resolvê-los e aos poucos vêm conseguindo reduzi-los, embora ainda se façam presentes neste cenário.

Classificaram-se como “outras ligações” todas as chamadas que não se enquadravam nas ligações descritas anteriormente, como por exemplo o que diz respeito aos comunicados diários de troca de equipes por unidade cadastrada; aos contatos com hospitais, Postos de Saúde e UPAs; aos apoios como da Brigada Militar e das Polícias Rodoviárias Federal e Estadual entre outros. Justifica-se, a partir dessas chamadas, a representatividade do seu elevado percentual diante do total de ligações recebidas.

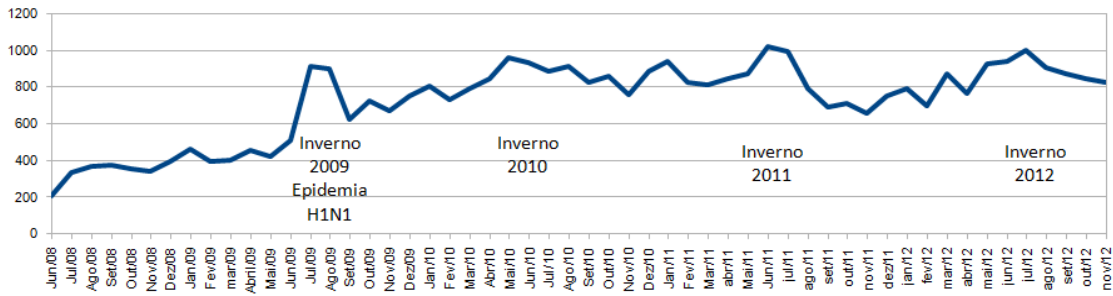
Como os indivíduos necessitam de informações e orientações sobre a sua própria saúde, ou sobre questões de saúde da população em geral, e, muitas vezes não têm acesso a números gratuitos e/ou a endereços eletrônicos em que possam buscar essas informações, - tanto na SES, quanto no Ministério da Saúde -, o 192 é o número de telefone para o qual ligam solicitando esclarecimentos sobre as suas dúvidas, já que esse é um número fácil de memorizar, inclusive por causa da sua divulgação diária na mídia.

Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS)

A área de abrangência da CRH/RS contempla os serviços contratados sob a gestão estadual ou sob a gestão municipal sediados em municípios sem central de regulação. Atualmente a CRH/RS regula o acesso de solicitações para UTI em procedimentos traumatológicos, internações em saúde mental e em situações de internação em leito clínico/cirúrgico que demandem procedimentos especiais, não disponíveis no serviço hospitalar de referência para essas necessidades. As atividades ainda se restringem à regulação da transferência hospitalar e não à regulação da ocupação do leito, ou seja, os serviços hospitalares da área de abrangência da CRH/RS ainda realizam internações sem a autorização específica da mesma.

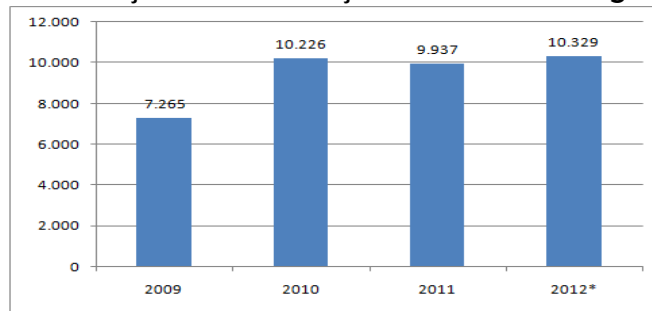
O número de internações reguladas pela CRH, mediada diretamente por médico regulador, no período de junho/2008 a dezembro/2012, constam na Figura 208. Observa-se um aumento significativo de solicitações nos períodos de inverno, causado pelo aumento na demanda por UTI adulto e UTI pediátrica.

Figura 208 - Total de Solicitações de Internações com Acesso Regulado, RS, Junho/2008 a Novembro/2012



Fonte: CRUE/DAHA/SES/RS

Figura 209 - Total de Solicitações de Internações com Acesso Regulado, RS, 2009 - 2012

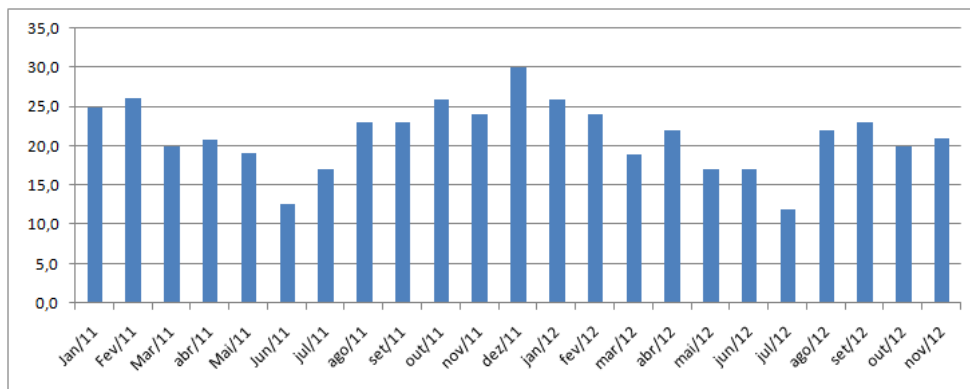


Fonte: CRH/DAHA/SES/RS

*Dezembro/2012 estimado pela média de janeiro a novembro

Para as internações reguladas foram monitorados alguns indicadores, com o objetivo de verificar a qualidade do processo, entre os quais a proporção de regulações com conclusão até 2 horas após a solicitação (Figura 210) e a proporção de transferências hospitalares, relacionadas a solicitações reguladas pela CRH/RS, cuja internação ocorreu em até 300 km do serviço solicitante (Figura 211). Para o primeiro indicador, verifica-se queda do percentual no período de inverno, em função do aumento das solicitações para UTI, com consequente demora na transferência apesar do aumento emergencial de leitos no período. Este dado não impacta o percentual de casos transferidos, até 300km da unidade solicitante, cuja média tem se mantido em 90%.

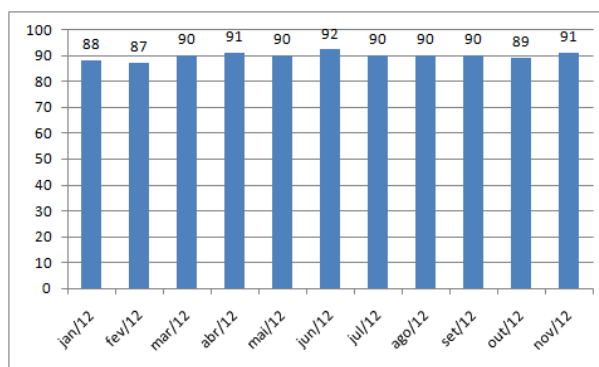
Figura 210 - Proporção de Regulações Realizadas pela CRH/RS com Conclusão até 2 horas após a Solicitação, RS, Janeiro/2011 a Novembro/2012



Fonte: CRH/DAHA/SES/RS

Figura 211 - Proporção de Transferências Hospitalares Reguladas pela CRH/RS com destino até

300km, RS, 2012



Fonte: CRH/DAHA/SES/RS

Além das transferências hospitalares mediadas por reguladores da CRH/RS, há registro, no sistema informatizado de regulação, de internações hospitalares realizadas pelos hospitais capacitados para utilização do mesmo. Este dado não reflete a totalidade das internações nestes hospitais e também não é atualizado em tempo real, em função da não integração dos sistemas próprios hospitalares com o sistema de regulação. Com a solução deste problema, todas as internações, com autorização automática ou regulada pela CRH/RS, serão registradas no sistema possibilitando o real monitoramento da ocupação dos leitos SUS contratados.

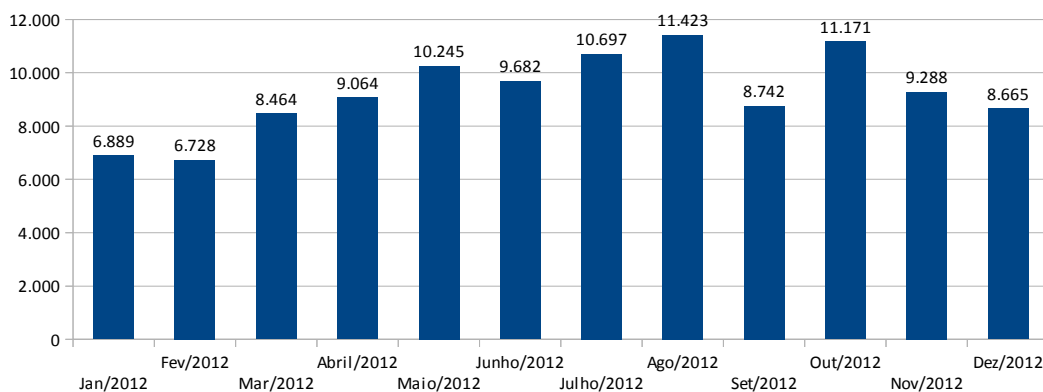
Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA/RS)

A Central Estadual de Regulação Ambulatorial foi criada em agosto/2011, e o agendamento iniciou em outubro/2011 para as consultas médicas especializadas realizadas na capital e destinadas a não residentes. A regulação do acesso aos serviços de reabilitação para todo o Estado foi implantada, de forma informatizada e integrada, no primeiro semestre de 2011.

As solicitações são cadastradas no Sistema Informatizado de Regulação pelo município de residência do paciente, e, na ausência de cotas municipais, o agendamento é feito pelo mesmo ou pela Central Estadual. Em 2012, 119.628 consultas especializadas foram reguladas de forma informatizada e integrada, das quais 111.058 foram reguladas para oferta de Porto Alegre (Figura 212) e 8.570 consultas para serviços de reabilitação. Este número depende da oferta mensal disponibilizada, e as consultas referem-se ao primeiro acesso dos usuários ao serviço de saúde (primeiras consultas), para o qual é reservado aproximadamente 15% do total da capacidade instalada em cada especialidade. As demais (reconsultas) são agendadas diretamente pelo prestador de serviço, e ainda não são registradas no sistema informatizado de regulação para monitoramento pelos gestores.

Além disso, há a regulação do acesso a consultas e a exames, que é realizada pelas Coordenadorias Regionais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, com sistemas não integrados ao sistema estadual, inviabilizando a unificação de listas de espera e o monitoramento dos resultados destas ações.

Figura 212 - Consultas Médicas Especializadas Reguladas, RS, 2012

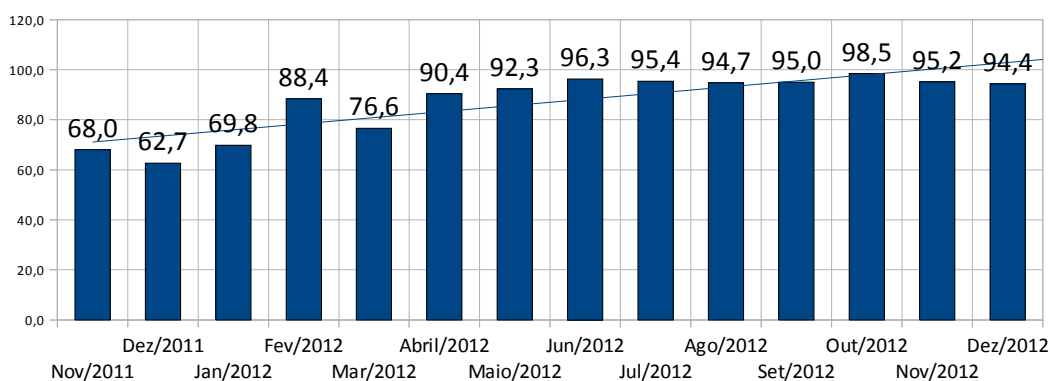


Fonte: CRA/DAHA/SES/RS

A qualidade do processo e a suficiência de oferta são monitoradas por meio de indicadores, tais como: proporção de ocupação da cota de consultas (Figura 213) e déficit oferta/demanda mensal (Figura 214). O primeiro indicador revela a qualificação do processo, indicando significativo aumento do percentual de ocupação das cotas de consultas ao longo de 2012, resultado obtido com a adoção de várias medidas pactuadas na CIB/RS. O segundo indicador revela uma desproporção da demanda em relação à oferta, e, embora com tendência descendente, gera aumento contínuo da lista de espera por consultas médicas especializadas.

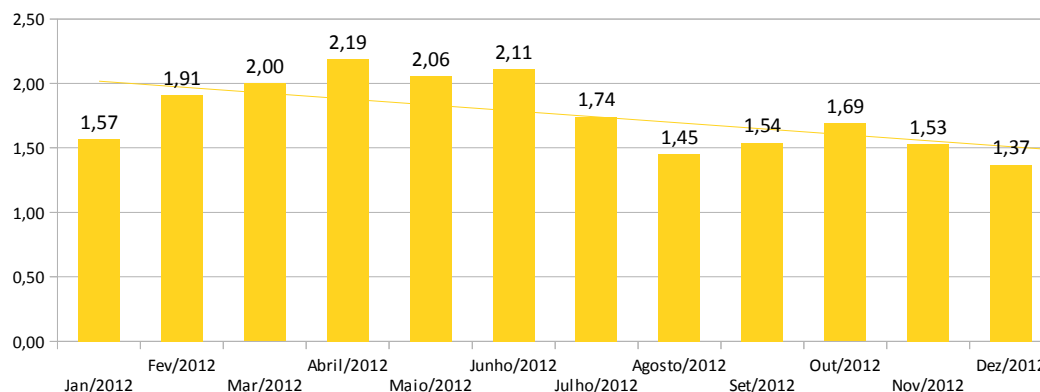
Entre as especialidades reguladas, as que apresentam déficit mais crítico (mais de 20 solicitações registradas na demanda reprimida para cada consulta da cota mensal) estão: proctologia, genética médica, otorrinolaringologia, ortopedia, cirurgia reparadora e urologia. Várias providências foram tomadas e continuam sendo adotadas em relação à qualificação da demanda e ampliação da oferta, as quais já começam a impactar no resultado deste dado, embora a oferta analisada refira-se somente àquela sediada em Porto Alegre, que representa um terço da oferta total do Estado. É necessário ampliar o percentual regulado no Estado, otimizando e qualificando assim a ocupação total da oferta contratada, tendo em vista a ampliação e a contratação de oferta para as especialidades com maior déficit.

Figura 213 - Proporção de ocupação da Cota de Consultas Médicas Especializadas sob Gestão, RS, Novembro/2011 a Dezembro/2012



Fonte: CRA/DAHA/SES/RS

Figura 214 - Déficit Oferta/Demanda Mensal para Consultas Médicas Especializadas com Regulação sob Gestão da CRA, RS, 2012



Fonte: CRA/DAHA/SES/RS

Instâncias de Participação Social

O gestor estadual incentiva a participação da comunidade no processo de formulação, acompanhamento e de fiscalização das políticas de saúde no Rio Grande do Sul, com o intuito de qualificar a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, trata-se de estimular o controle social, os processos de monitoramento e de avaliação, a educação popular em saúde e as ações de ouvidoria e auditoria. Com a publicação do Decreto Presidencial 7.508/2011, cada vez se torna mais evidente a importância de ampliar os espaços de participação social, tendo em vista contribuir para a promoção da equidade e do desenvolvimento de práticas de gestão coletivas no território gaúcho, em especial nas Regiões de Saúde para estimular a construção da governança regional. As ações do gestor estadual, buscando ampliar a participação da comunidade na gestão das políticas de saúde, deverão ter foco na participação envolvendo o processo de planejamento regional, bem como o fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), as Comissões Intergestores Regionais (CIR) e as ações de Ouvidoria, Auditoria e de Gestão Participativa.

Considerando que a redução das desigualdades sociais é uma das mais importantes diretrizes que orientam as políticas da Gestão Estadual do SUS na atualidade, fomentar a participação dos usuários no processo de tomada de decisão sobre as políticas de saúde, estimulando e apoiando a invenção/proposição de espaços de discussão coletiva e intersetoriais, com a finalidade de potencializar a participação dos movimentos sociais na gestão do SUS, pode significar um importante avanço na construção do sistema de saúde no Rio Grande do Sul.

Ouvidoria em Saúde

A Ouvidoria do SUS constitui um canal de comunicação entre o cidadão e os gestores do SUS, um espaço democrático para o acolhimento das manifestações dos cidadãos e para a disseminação de informações. Busca garantir o exercício da cidadania e contribui para a construção de uma sociedade mais informada e participativa. A Criação da Ouvidoria do SUS na SES/RS representa um importante avanço para o processo de gestão participativa do SUS envolvendo o atendimento às demandas de saúde da população.

Até o final de 2011, a SES atuou como Rede da Ouvidoria do SUS fornecendo respostas às manifestações dos cidadãos, as quais foram recebidas pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES/MS), mediante o acompanhamento do Sistema Ouvidor SUS realizado pela Auditoria Médica Estadual.

A escuta das manifestações dos cidadãos na SES tem ocorrido através de canais com iniciativas direcionadas a temáticas específicas, como a implantação do Disque Vigilância e do Disque AIDS. Também mediante acesso pelo *link* “Fale Conosco”, o qual era disponibilizado no site da SES e acompanhado pela Assessoria de Comunicação Social, essa possibilidade alcança apenas população com acesso à internet.

Com a implantação da Ouvidoria do SUS na SES, em 2012, cumpre-se o propósito de ampliar a participação do cidadão garantindo a escuta, análise e o retorno das demandas relacionadas. Isso vem ocorrendo com o desenvolvimento de ações de uma Ouvidoria Ativa, por intermédio da busca de novos meios para ouvir o cidadão, como ocorre, por exemplo, com a realização de Pesquisas de Satisfação e com a Ouvidoria Itinerante. Dessa forma, a Ouvidoria vem contribuindo para a avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde.

Em 2011 havia 17 municípios com Ouvidoria do SUS implantada, segundo a Pesquisa do Sistema Nacional de Ouvidoria (2011), o equivalente a 3,42% de municípios do Estado. Nesta Pesquisa apenas 203 municípios responderam, sendo que 186 afirmaram não possuir Ouvidoria do SUS implantada. Desses, 184 possuem Outro Serviço Vinculado à SMS e 82 possuem “Caixa de Sugestão”.

A fim de promover a descentralização e a articulação da Rede de Ouvidorias do SUS no RS, bem como qualificar o trabalho das Ouvidorias, tornando-as mais resolutivas e assim fortalecendo o SUS, busca-se estimular a implantação de Ouvidorias do SUS nos municípios.

Infraestrutura e Logística

A análise situacional da infraestrutura e da logística abrange tanto as questões relacionadas ao universo do SUS, no território estadual, quanto os elementos importantes para qualificar a Secretaria da Saúde do Estado.

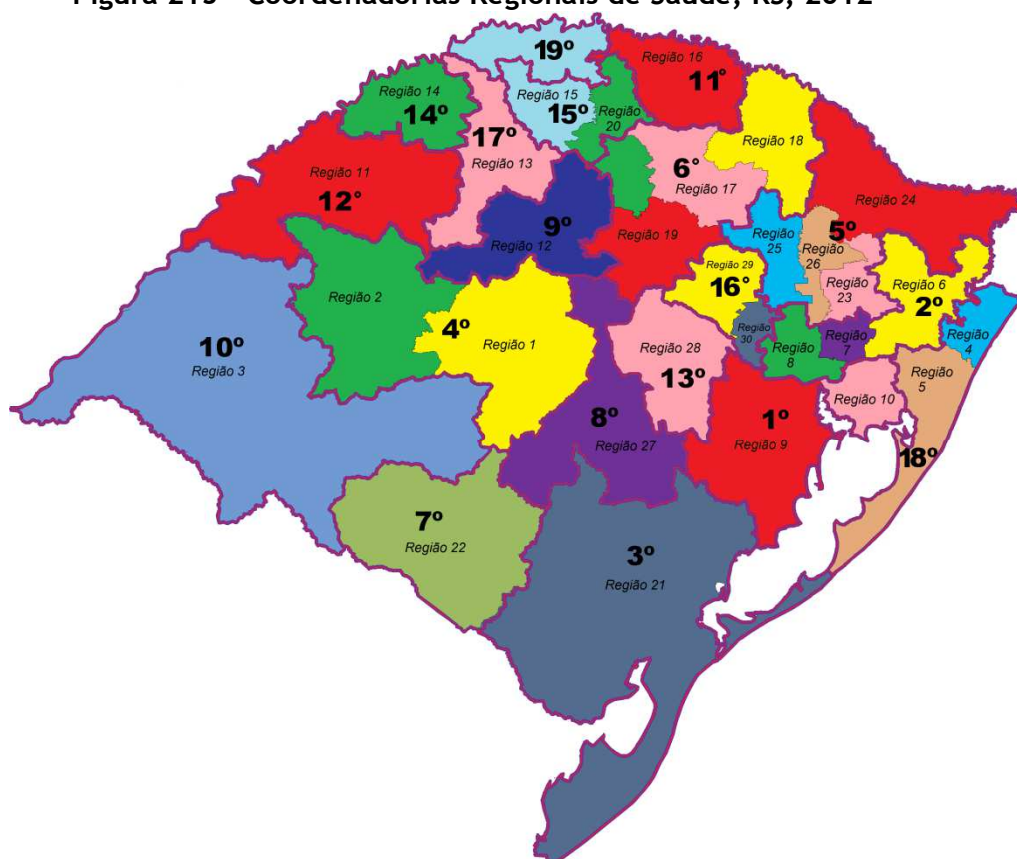
Coordenadorias Regionais de Saúde

O Rio Grande do Sul possui dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde que desempenham a função de coordenação político-administrativa da saúde no Estado, as quais foram instituídas pelos Decretos nº 50.125 de 05 de março de 2013 e nº 50.217 de 08 de abril de 2013 (Figura 215). São responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e pelo gerenciamento de ações e de serviços de saúde mediante a cooperação técnica e operacional realizada com os gestores municipais e prestadores de serviços.

As Coordenadorias Regionais estão se reestruturando para assumir funções decorrentes do novo desenho das Regiões de Saúde, tais como: a participação em diferentes Comissões Intergestores Regionais (CIR); a realização de trabalho conjunto com outras coordenadorias para a organização das redes temáticas de atenção à saúde; e a oferta de apoio institucional aos municípios, tendo em vista a articulação e a proposição de ações que tenham como foco o planejamento regional realizado de forma ascendente.

Portanto, as principais demandas com relação às Coordenadorias Regionais de Saúde envolvem: 1) a reflexão sobre o papel das CRS no contexto atual; 2) a consolidação dos grupos de trabalho, tendo em vista a discussão dos processos de planejamento, monitoramento e de avaliação; 3) a construção de novos dispositivos de gestão adequados à realidade de cada Região de Saúde.

Figura 215 - Coordenadorias Regionais de Saúde, RS, 2012



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS)

A Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS) é uma entidade de Direito Público, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio Grande do Sul. Foi criada pela Lei Estadual 10.349/94, posteriormente alterada pelas Leis Estaduais 10.412/95 e 11.793/02. Tem como objetivo apoiar as políticas de Saúde Pública, mediante a realização de pesquisa e desenvolvimento, assim como de assessoramento a projetos em saúde, servindo de referência ao Sistema Único de Saúde (SUS). É composta pelo Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CDCT), pelo Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul (LAFERGS), Instituto de Pesquisas Biológicas/Laboratório Central de Saúde Pública (IPB/LACEN), Centro de Informação Toxicológica (CIT) e pelo Hemocentro do Rio Grande do Sul - Hemorrede Pública (HEMORGS).

Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CDCT/FEPPS)

O CDCT/FEPPS é uma unidade pública de pesquisa em doenças de alto impacto em saúde, que atua no desenvolvimento de pesquisas e de produtos na área de biotecnologia em saúde. Atento ao perfil epidemiológico do Estado, o CDCT vem mantendo grupos de excelência para uma constante avaliação, juntamente com estudos e pesquisas da epidemiologia desses agravos. Além disso, em parceria com o Tribunal de Justiça do Estado, realiza testes de paternidade, contribuindo para a diminuição do número de processos junto à justiça estadual.

Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul (LAFERGS/FEPPS)

O LAFERGS/FEPPS tem muito a contribuir para diminuir as fragilidades do sistema público de saúde, no que tange à absorção e incorporação de tecnologias, à formação de recursos humanos, à produção de medicamentos para o SUS e ao atendimento a grupos estratégicos. Sua finalidade é produzir e distribuir medicamentos para atender à Política de Assistência Farmacêutica, consoante as necessidades do SUS.

A desativação do LAFERGS/FEPPS é resultado de uma combinação de fatores dentre os quais: enquadramento legal inadequado; falta de autonomia em processos críticos, como na aquisição de insumos; baixo grau de modernização das atividades; elenco de baixo valor agregado; baixa qualificação de pessoal; desorganização da demanda por medicamentos com a inexistência de uma efetiva rede produtora; elevado grau de competitividade do setor; elevada complexidade técnica e regulatória na produção de medicamentos e inexistência de uma cultura voltada à inovação e ao afastamento com relação a políticas e ações no âmbito nacional e estadual.

O LAFERGS/FEPPS está equipado para a produção de líquidos, sólidos e semissólidos. A linha de sólidos (cápsulas e comprimidos) possui equipamentos novos (compressoras e blistadeira), enquanto a de semissólidos possui tecnologia defasada, embora não impeça a produção. Já a linha de líquidos de pequeno volume (gotas) foi renovada e possui equipamentos novos. A de médio volume necessita ser reformada.

Nesse sentido, o LAFERGS/FEPPS vem avançando, em diversas frentes, o objetivo de retomar sua carteira de registros, tanto na área de medicamentos, com enfoque em medicamentos de alto valor agregado, como de forma inovadora na área de produtos médicos de base biotecnológica, exemplificando, por meio de kits diagnósticos e ainda de filtros para hemodiálise. Também o LAFERGS vem buscando uma aproximação com o CPAF, uma vez que a participação na política de assistência farmacêutica é um fator de sucesso para os laboratórios oficiais.

Dessa forma, pretende-se avançar no sentido de retomar a carteira de registros, tanto na área de medicamentos, com enfoque em medicamentos de alto valor agregado, como na área de produtos médicos de base biotecnológica, de forma inovadora, em relação a kits diagnósticos e a filtros para hemodiálise.

Instituto de Pesquisas Biológicas / Laboratório Central (IPB/LACEN/FEPPS)

O IPB-LACEN/FEPPS, tendo como missão ser referência à vigilância em saúde, realiza análises laboratoriais desenvolvendo ações de diagnósticos, pesquisas e controle de qualidade de produtos e serviços para todos os níveis de atenção, conforme preconiza o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB). O Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/FEPPS) exerce função estratégica dentro do SISLAB e assume no Estado o papel de Laboratório de Referência Estadual (LRE), que possui dentre suas funções a Coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública de sua área de abrangência. Fazem parte das atribuições do IPB-LACEN/FEPPS o monitoramento de leite e derivados, da água, dos hortifrutigranjeiros comercializados no Estado; o diagnóstico laboratorial de

dengue, hantavírus, febre amarela, AIDS, hepatites virais, influenza, leishmaniose, tuberculose e de meningites, dentre outras análises/determinações, contribuindo assim com as ações de vigilância em saúde no Estado.

Centro de Informações Toxicológicas (CIT/FEPPS)

O CIT/FEPPS é uma unidade de atendimento aos agravos tóxicos ocorridos preferencialmente no Estado. Mantém em funcionamento um plantão de urgência para apoiar as unidades de atendimento de emergência no manejo dos envenenamentos intencionais ou acidentais que atingem principalmente crianças menores de cinco anos, trabalhadores (rurais/urbanos) e suicidas. O trabalho é realizado por meio da ferramenta da telemedicina.

Além da unidade de atendimento de urgência, mantém um laboratório de análise toxicológica voltado ao apoio e atendimento dos agravos tóxicos, assim como à realização do monitoramento de drogas de abuso. Considerando o elevado número de acidentes tóxicos com animais peçonhentos (serpentes, escorpiões, aranhas, lagartas, etc.), principalmente em trabalhadores rurais, o CIT/FEPPS mantém um Núcleo de Toxinas Naturais para o estudo desses animais e da epidemiologia dos agravos. Programas de prevenção de acidentes tóxicos e cursos de educação na modalidade de ensino à distância, na área de toxicologia básica, estão disponíveis com o objetivo de reduzir os históricos índices de acidentes tóxicos ocorridos no Estado.

Hemocentro do Rio Grande do Sul (HEMORGS/FEPPS)

O HEMORGS/FEPPS capta e distribui sangue e hemoderivados/hemocomponentes para toda rede SUS e para cerca de 40 hospitais conveniados no Estado. Atende aproximadamente 50% da demanda SUS por meio da Hemorrede Pública. A Clínica de Hematologia propicia o atendimento multidisciplinar aos pacientes portadores de coagulopatias de sua área de abrangência. Além disso, coordena o atendimento realizado nos Hemocentros Regionais distribuídos no interior do Estado nos municípios de Caxias do Sul, Passo Fundo, Santa Rosa, Pelotas, Alegrete, Santa Maria, Cruz Alta e Palmeira das Missões.

O HEMORGS/FEPPS qualifica os hemocomponentes que integram a cadeia produtiva do sangue. No ano de 2012 foram coletadas 23.655 bolsas de sangue no HEMORGS/FEPPS de Porto Alegre, 8.814 no Hemocentro Regional de Pelotas (HEMOPEL), e 6.708 no Hemocentro Regional de Santa Maria (HEMOSANTA). Da mesma forma, foram coletadas 3.107 amostras para cadastro de medula em Porto Alegre no mesmo ano. O Estado conta com a Câmara Técnica de Sangue, Outros Tecidos e Órgãos do Estado do Rio Grande do Sul (CATESTO/RS), que tem dentre a suas atribuições a competência de elaborar e de gerenciar a Política Estadual de Sangue e de Hemoderivados e o Plano Diretor do Sangue do Rio Grande do Sul.

Educação em Saúde Coletiva

O desafio da construção de um sistema público de saúde com qualidade e resolutividade, que atenda às necessidades do povo gaúcho, passa pela qualificação da gestão, da atenção, do controle social e da educação em saúde. Dessa forma, é preciso desenvolver, planejar e executar ações de educação em saúde coletiva que levem em conta as necessidades locais, partindo da integração necessária à construção de uma política de saúde efetiva. Tal integração deve ser produzida a partir de um trabalho em conjunto com os outros órgãos desta Secretaria e por meio da intersetorialidade com órgãos de outras Secretarias de Governo. A educação em saúde coletiva compreende ações que partem dos princípios e diretrizes do SUS, as quais materializam-se na formação e na pesquisa no âmbito da saúde.

Para a efetiva implementação das ações e serviços de saúde nas áreas de urgência e emergência, saúde mental, atenção básica e de vigilância, busca-se qualificar a Rede Cegonha e as ações de promoção e educação em saúde para doenças não transmissíveis (hipertensão e diabetes), sendo necessária a formação e a qualificação dos profissionais de saúde e dos demais atores comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS).

As atividades de formação, qualificação e de educação permanente são de responsabilidade do gestor estadual, sendo desenvolvidas por meio da Escola de Saúde Pública (ESP), em parceria com os municípios e com outras instituições de ensino superior, técnico e tecnológico. A implementação dos projetos ocorre de forma descentralizada pela ESP, contando com uma rede de suporte educacional existente nas regiões, macrorregiões e nos municípios.

A educação profissional em saúde no Estado é responsabilidade da SES, sendo desenvolvida pela Escola de Saúde Pública, a qual integra uma Rede Nacional de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e recebe recursos do Programa de Profissionalização de Técnicos do nível médio (PROFAPS) para ações de aperfeiçoamento, as quais devem ser realizadas o mais próximo possível dos locais onde estão inseridos esse trabalhadores.

Ciência, Tecnologia e Inovação

A Política Estadual de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (PECTIS) está sendo planejada em harmonia com a Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), já que em ambas a pesquisa científica e tecnológica é considerada como importante instrumento para garantir, de forma ampliada, a adequada promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos. Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde é a denominação conferida à área de produção de conhecimentos e de desenvolvimento tecnológico em saúde. Essa foi incorporada à agenda da política de saúde nos últimos anos, como parte do processo de regulação da atividade acadêmica, em termos do fomento a pesquisas que contribuam para o processo de aperfeiçoamento da gestão, da organização e da operacionalização das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

O CDCT/FEPPS é a principal unidade pública de pesquisa em doenças de alto impacto em saúde do Sul do país. Dessa forma, atua em linhas de pesquisa voltadas ao desenvolvimento de produtos ligados à área de biotecnologia em saúde, tais como, diagnóstico molecular de doenças, biomedicamentos, síntese de fármacos, criação de animais para a produção de imunobiológicos e para a realização de pesquisas com células-tronco, assim como para a criação e implantação de critérios e padrões de certificação de tecnologias sanitárias.

Para realizar estas ações são mantidos em funcionamento laboratórios de pesquisa e de rotina que, por meio de ferramentas biotecnológicas, têm gerado informações científicas novas divulgadas em meios nacionais e internacionais. Além disso, mantém laboratório de experimentação e produção animal que tem fornecido animais com qualidade sanitária apropriada para atender a demanda de pesquisa científica no Estado.

O CDCT/FEPPS, em parceria com Universidades do Estado e do Brasil, já formou 50 graduados, 26 mestres e 12 doutores. Desde sua criação, teve a concessão de 49 financiamentos do PADCT, dez da FAPERGS, dez do CNPq, dois da FINEP e cinco do Ministério da Saúde. Nos últimos cinco anos, os projetos de pesquisa desenvolvidos no CDCT foram contemplados com recursos no valor de aproximadamente R\$ 5.200.000,00 provenientes de órgãos de fomento.

Nos últimos quatro anos foram realizadas 75 pesquisas, nas linhas de biologia de organismos, biotecnologia, diagnóstico epidemiológico e doenças infecciosas e parasitárias, ciência em animais de laboratório e de toxicologia e genética humana. A FEPPS participa ativamente do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), promovido pelo Ministério de Ciência e Tecnologia, por intermédio da participação em editais da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

O SUS, por intermédio do implemento de recursos nas áreas de pesquisa em saúde, está possibilitando a realização de projetos que financiam inúmeras novas prospecções. Isto resulta na ampliação dos temas de pesquisa, como por exemplo na área de tecnologias leves (pesquisa social e gestão) e duras (áreas técnicas e equipamentos). Os investimentos em pesquisas têm demonstrado impacto sobre saúde da população, bem como sobre a mudança dos modelos tecnoassistenciais e de gestão. Para avançar nessa área é necessário ampliar parcerias, tendo em vista o desenvolvimento de cooperação técnica entre as instituições de ensino e pesquisa públicas e privadas.

Inovação e Incorporação Tecnológica

O CDCT/FEPPS tem contribuído com o processo de inovação e incorporação tecnológica desenvolvendo kits diagnósticos de doenças por meio do conjunto de pesquisas biotecnológicas. O Estado possui três patentes de novos produtos, registrados junto ao Instituto Nacional de Pesquisas e Inovação (INPI) pelo escritório de Propriedade Intelectual e de Patentes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Uma delas é a que se refere ao desenvolvimento de kit para o diagnóstico de tuberculose, que já está em fase de industrialização, tornado o Estado pioneiro na sua produção.

Cartão Nacional de Saúde

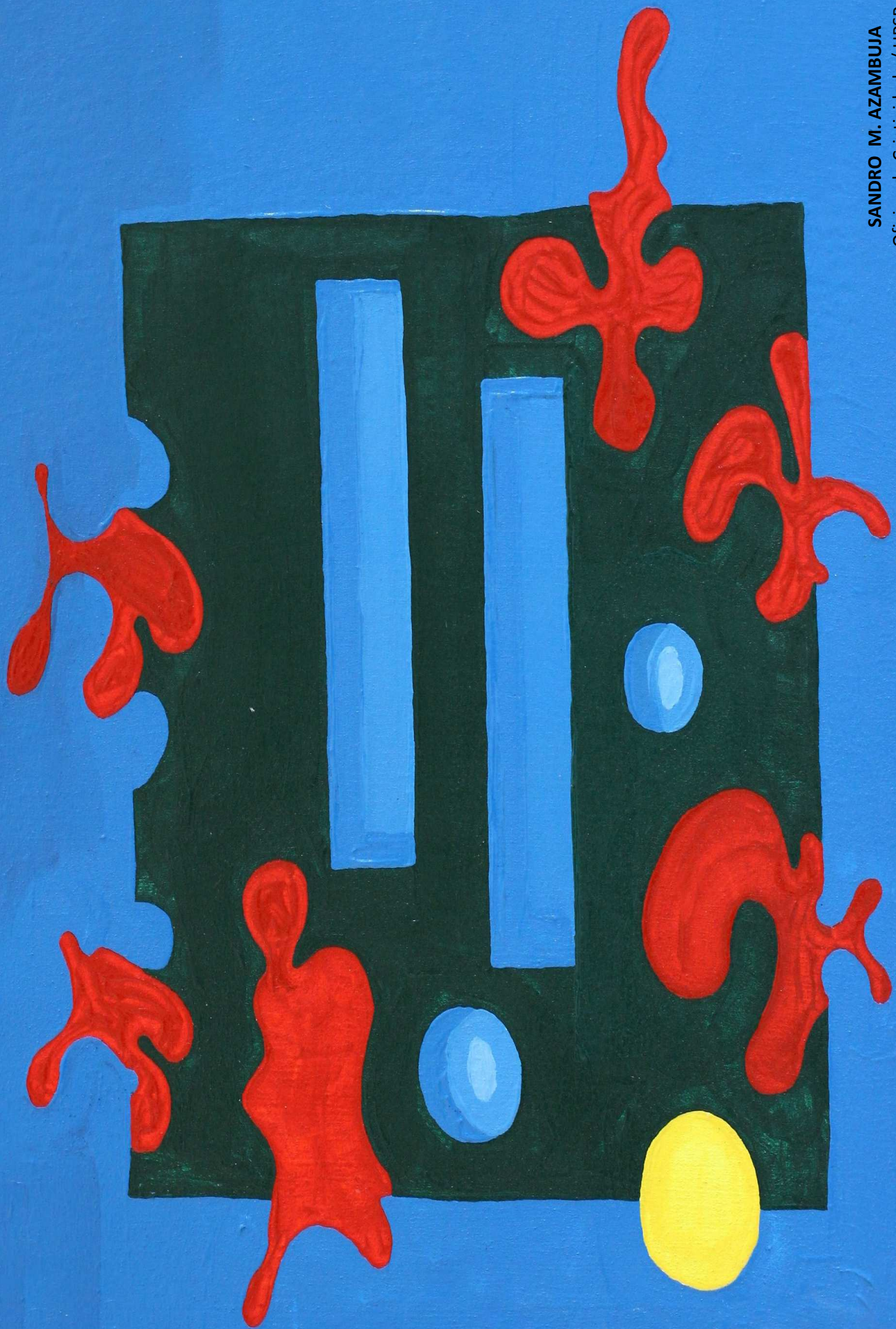
O Ministério da Saúde, por meio da portaria GM/MS 17 de 4 de janeiro de 2001, institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde, regulamentando sua implantação. A partir daí se inicia a fase de cadastramento, cadastro com base domiciliar, ou seja, cada município utiliza o sistema informatizado chamado CadSUS Municipal, que é uma ferramenta para cadastro de usuários, correções e para manutenção de cadastros. Esse sistema permite realizar pesquisas por usuários na base local e federal, visualizar ou baixar informações, e, ainda, solicitar faixas de números provisórios.

A publicação da portaria SAS nº 174 de 14 de maio de 2004, torna obrigatório o número do cartão nacional de saúde nos formulários de APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade) e AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Esta ação contribuiu para o aperfeiçoamento dos sistemas de informação de base nacional além de incrementar dados gerenciais e de regulação. Em 2011 o

Ministério da Saúde iniciou o Projeto de Expansão do Cartão Nacional de Saúde, com o objetivo de identificar o município com 100% da população cadastrada. O Rio Grande do Sul possui 497 municípios; destes foram identificados 138 que estão com a base limpa, ou seja, em que o sistema não contém usuários em duplicidade de cadastro, encontrando-se esses de acordo com o número da população.

Para tais municípios, em março de 2013 a previsão é entregar impressoras para confecção/impressão dos cartões, conforme modelo previsto na Portaria MS/GM 940 de 28 de abril de 2011. É possível prever assim que a ação será finalizada no decorrer do período de 2013. Entre os primeiros municípios a receberem as impressoras estão: Alvorada, Canoas, Gravataí, Ijuí, Marau, Montenegro, Porto Alegre, São Leopoldo e Viamão.

Hoje o Estado possui 12.722.797 cadastros de usuários do SUS, 6.537.277 definitivos (51,3%) e 6.185.570 provisórios (48,7%). Como se pode constatar, o número de usuários cadastrados ultrapassa o número da população do Estado, sendo necessário realizar a revisão dos cadastros visando à exclusão de usuários cadastrados em duplicidade. Para alcançar o objetivo que trata da implantação completa do cartão Nacional de Saúde faz-se necessário o apoio do DATASUS/RS para a capacitação, bem como para o suporte técnico aos municípios.



DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

ATENÇÃO À SAÚDE

DIRETRIZ - Fortalecimento, ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde no Rio Grande do Sul, articulando os diferentes níveis de assistência a partir da atenção básica, promovendo a integração das ações e dos serviços de saúde, por meio de linhas de cuidado com o seu aprimoramento, aprimorando assim o acesso aos serviços de saúde no Estado, consolidando a regionalização da saúde.

OBJETIVO 1: Fortalecer a Atenção Básica

A Política Estadual da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família atua como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Assume o papel de coordenadora do cuidado e de ordenadora da rede, por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão. As equipes que atuam na Atenção Básica, com o desenvolvimento da atenção integral, pretendem impactar a situação de saúde da população em face dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Para isso, busca ampliar o acesso, a equidade, a coordenação do cuidado, o vínculo e a continuidade da atenção, assim como a integralidade, a corresponsabilização e a humanização.

A fim de atender a esses princípios, desenvolve práticas de cuidado e de gestão democrática, participativas e intersetoriais, dirigidas às populações de territórios definidos pelo trabalho em equipe, respeitando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários e contemplando também questões étnico-raciais dos ciclos vitais e de gênero. Essa deve integrar ações de vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental, trabalhador) e de promoção da saúde, inclusive com a participação de Agentes de Vigilância em Saúde às equipes de ESF, buscando na uniformidade dos territórios de ação um cuidado mais efetivo e atento às necessidades dos indivíduos e comunidades.

Pesquisas têm demonstrado que a Atenção Básica pode resolver 80% dos problemas de saúde da população e que os usuários atendidos pelas equipes da saúde da família registram maior satisfação com o SUS, e, em razão disso, que os indicadores de saúde são melhores nos territórios onde essa estratégia está implantada.

Dessa forma, o projeto AQUI TEM SAÚDE - AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ATENÇÃO BÁSICA visa à expansão, qualificação e ao cofinanciamento das ações em saúde nesse nível de atenção. A ampliação da Estratégia Saúde da Família se dará por meio do apoio institucional presencial, a partir do trabalho realizado pela Coordenação Estadual da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família e pelas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado.

Metas 2012-2015:

- Implantar 1.006 Equipes de Saúde da Família nos Municípios, totalizando 2.364 equipes, com 70% de cobertura populacional.
- Ampliar o número de municípios que utilizam o Telessaúde de 127 para 427.
- Implantar 234 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), totalizando 260 equipes.
- Implantar em 242 municípios os 333 polos de Academia de Saúde de forma integrada com a Vigilância em Saúde.
- Implantar a ESF em 100% dos municípios gaúchos.
- Implantar 12 consultórios na rua.

RS na PAZ - SAÚDE

O Programa RS NA PAZ tem como objetivo reduzir a violência no Estado. É uma iniciativa transversal do Governo do Estado, composta por órgãos públicos e por treze secretarias de Estado, coordenada pela Secretaria de Segurança Pública, tendo em vista a redução da criminalidade mediante a articulação de ações policiais e de ações sociais nos territórios de maior vulnerabilidade.

A política de saúde contribui para a efetivação deste programa com o fortalecimento da Atenção Básica e da vigilância e monitoramento da violência doméstica, com a ampliação das Equipes de Saúde da Família, implantação das Linhas de Cuidado do ciclo vital (Rede Cegonha - Primeira Infância Melhor; usuários de drogas / Atenção Integral aos usuários de Álcool, Crack e de outras drogas - O Cuidado que eu Preciso); cooperação entre ações, planos e programas (Atenção Integral à Saúde na Escola (SPE); Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (PSE); Plano Operativo de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a Lei - privados de liberdade (POE) e Programa de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil/PAIR - MERCOSUL).

O RS na Paz com Saúde realiza ações nos Territórios de Paz dos municípios com maiores índices de violência, com o intuito de implementar ações em todo o Estado, com possibilidade de incentivar com recursos financeiros a adesão dos municípios gaúchos. Para a garantia das ações de Promoção da Cultura de Paz no primeiro nível de atenção à saúde, o Estado realizará capacitações e formação de apoiadores das equipes de saúde com relação aos temas referentes à resolução pacífica de conflitos nos serviços de saúde, conforme sugestão do Conselho Estadual de Saúde.

Metas 2012-2015:

- Construir a Política Estadual de Promoção à Saúde com Cultura de Paz e com Prevenção das Violências, integrando a Vigilância em Saúde e a participação de outras instâncias públicas e da sociedade civil organizada.
- Aprovar a Política Estadual de Promoção à Saúde e à Cultura de Paz com a Prevenção das Violências na Comissão Intergestores Bipartite extenso e no Conselho Estadual de Saúde (CES).
- Construir Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.
- Aprovar a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.
- Realizar, na sequência, o início da sensibilização e o apoio institucional aos Municípios para adesão e para a implementação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e de suas Famílias em Situação de Violência(s).
- Realizar Educação Permanente para as equipes e para os profissionais de saúde da Atenção Básica das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios que aderirem à Linha de Cuidado.

Indicadores de Monitoramento

- Cobertura Populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.
- Proporção de internações por causas sensíveis à Atenção Básica.
- Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.

OBJETIVO 2: Ampliar e Qualificar a Atenção Secundária e Terciária

A Organização da Atenção à Saúde deve ocorrer segundo as necessidades dos indivíduos e da coletividade - no âmbito da promoção, proteção e da recuperação - considerada a interação entre estes e o seu planejamento conforme dois grandes grupos de agravos ou problemas de saúde: os crônicos e os agudos. A atenção deve ser entendida como a interação entre a clínica, a vigilância e o processo de vínculo e acolhimento. Visando à garantia da integralidade, à equidade e o acesso universal, a atenção deve ser organizada em Redes de Atenção à Saúde compostas por ações e serviços, as quais estejam inseridas em territórios de saúde.

Os processos de atenção devem ser organizados em linhas de cuidado e devem garantir resolutividade, tendo como principais ferramentas o acolhimento, o vínculo, a continuidade de cuidado, intra e interníveis de atenção, assim como o uso da tecnologia adequada para cada necessidade com a melhor evidência científica disponível. Os níveis de atenção devem ser definidos conforme as características de acesso e processo de cuidado, ressaltando-se aspectos das portas de entrada na rede e o caminho que percorrem as pessoas entre os serviços de saúde.

A Atenção Secundária e Terciária deve complementar a Atenção Básica, disponibilizando serviços ambulatoriais e hospitalares especializados, para o apoio diagnóstico e para o tratamento em tempo oportuno e resolutivo. A sua adequada organização deve eliminar ou reduzir as filas de espera para o atendimento e a superlotação das emergências hospitalares.

A organização da assistência secundária e terciária, ambulatorial e hospitalar, deve considerar as regiões e macrorregiões de saúde e os vazios assistenciais, visando ao menor deslocamento entre os municípios de residência dos usuários e os municípios de localização dos prestadores de serviço. Deve também considerar parâmetros de assistências de cobertura e de produtividade, indicadores demográficos e sociais, perfil epidemiológico, capacidade instalada e densidade tecnológica dos serviços. Os prestadores públicos e os hospitais com 100% dos leitos dedicados ao SUS devem ser priorizados. Os prestadores de natureza privada serão contratualizados pelo gestor estadual ou pelos municipais, com metas físicas e qualitativas definidas no respectivo contrato.

Metas 2012-2015:

- Ampliar em 575 o número de leitos hospitalares SUS em hospitais de porte médio e grande.
- Ampliar em 250 o número de leitos de UTI adulto SUS.
- Ampliar em 38 o número de leitos de UTI pediátrica SUS.
- Ampliar em 64 o número de leitos de UCI neonatal convencional SUS.
- Ampliar em 60 o número de leitos de UCI neonatal canguru SUS.
- Ampliar de 30 para 150 o número de municípios com serviço de telecardiologia.
- Realizar 03 cursos de capacitação para profissionais especializados em atividades nos UNACON's, CACON's.
- Realizar censo estadual dos leitos de UTI.
- Instituir 01 serviço de retaguarda de cuidados críticos à distância (tele UTI) para pacientes críticos fora de UTI ou com problemas de estrutura.
- Implementar o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) em 17 hospitais.
- Concluir a obra do hospital público regional de Santa Maria e implementar o seu funcionamento.
- Apoiar a construção do hospital público regional em Palmeira das Missões.
- Apoiar a construção do hospital público regional no Vale do Gravataí.

- Apoiar a ampliação do Hospital São Vicente de Paulo no município de Osório.
- Elaborar projeto assistencial para captação de recurso financeiro junto ao Ministério da Saúde para construção de um hospital público regional na Região Fronteira Oeste.
- Implementar serviços ambulatoriais de atenção secundária e terciária para diagnóstico e tratamento nas regiões e/ou macrorregiões de saúde, para ampliação ou qualificação de acesso, conforme pactuação.
- Reavaliar as referências nas especialidades de Alta Complexidade em Oncologia, Cardiologia, Traumatologia/Ortopedia e Neurologia com as respectivas pactuações em CIB.
- Proceder à avaliação e liberação dos medicamentos Trastuzumab e Imatinib para as 26 unidades de oncologia.
- Definir indicadores de qualidade a serem utilizados no controle de resultados para os leitos de UTI (Instrução Normativa Anvisa/DC Nº 4/2010 e Escore Fisiológico Agudo Simplificado - SAPS 3).
- Estruturar, fortalecer e qualificar 100% da Hemorrede Pública.
- Implementar o atendimento ambulatorial multidisciplinar para 100% dos Pacientes Portadores de Hemoglobinopatias e Coagulopatias em parceria com a Rede Hospitalar.
- Disponibilizar plasma de qualidade para encaminhar para a Indústria Brasileira de Hemoderivados (HEMOBRÁS).

Indicadores de Monitoramento

- Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.
- Razão de internações clínico-cirúrgicos de média complexidade na população residente.

OBJETIVO 3: Ampliar e Qualificar a Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde deve ser concebida como integrante de um novo modelo de atenção, estruturado em redes, atuando de acordo com as atribuições e competências da gestão estadual, nas vulnerabilidades, riscos e agravos, conforme identificados na análise situacional que compõe este documento, ou mediante o monitoramento da situação de saúde. Visa a atender os compromissos assumidos pelo Estado na área, definidos nas instâncias de pactuação das três esferas de gestão, encontrando-se aí incluídos, dentre outros, os Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP) e a Programação de Ações de Vigilância em Saúde (PAVS). Além disso, é importante implementar e consolidar a rede de laboratórios públicos ou privados que realizam análises de interesse em saúde pública, promover e assessorar atendimento emergencial a acidentes tóxicos, análises laboratoriais toxicológicas, bem como implementar a Hemovigilância no Estado.

Metas 2012-2015:

- Implementar a Rede de Unidades Sentinela de Vigilância Hospitalar, totalizando 15 unidades.
- Elaborar protocolo de regulação/contratualização da rede com participação da Vigilância em Saúde.
- Integrar 50% dos agentes de controle de endemias às Equipes de ESF.
- Integrar 96 territórios de controle de endemia aos territórios da ESF (município).
- Implantar e implementar serviço de verificação de óbito.

- Identificar e digitalizar em mapa riscos de agravos ambientais.
- Elaborar Política de Educação Permanente em Vigilância em Saúde de forma integrada com a Escola de Saúde Pública (ESP) e com outras áreas da SES.
- Ampliar de 11 para 30 os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).
- Qualificar a informação sobre morbidade, mortalidade e sobre acidentalidade no trânsito, com a produção anual de relatórios com base no SIM e SIH.
- Produzir bianualmente Inquérito sobre Acidentes e Violências.
- Constituir grupo de estudo, planejamento e de intervenção reunindo o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) e o Departamento de Ações em Saúde (DAS), integrando-os ao Comitê Estadual de Mobilização pela Segurança no Trânsito.
- Promover e garantir o cuidado e a atenção integral às vítimas de trânsito, visando ao seu atendimento desde o nível pré-hospitalar móvel e fixo até a reabilitação hospitalar e ambulatorial.
- Criar Política de Toxicovigilância como forma de fortalecer e estruturar as unidades de atendimento e informações toxicológicas, ampliando a sua capacidade de atendimento à população.
- Estruturar, fortalecer e qualificar 100% da Rede de Laboratórios de Saúde Pública, com foco nas ações de descentralização dos serviços, estabelecendo uma matriz de competências nos Laboratórios de Fronteira.
- Ampliar, expandir e qualificar as ações do Sistema de Gestão da Qualidade laboratorial para 100% da Rede de Laboratórios de Saúde Pública.

Indicadores de Monitoramento

- Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violências domésticas, violência sexual e outras violências implantado.
- Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.
- Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
- Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.
- Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
- Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNI) encerradas em até 60 dias após notificação.
- Percentual de municípios que executam ações de vigilância sanitária consideradas necessárias para todos os municípios.
- Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros: coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.

OBJETIVO 4: Ampliar e Qualificar a Assistência Farmacêutica

A promoção do acesso a medicamentos seguros e eficazes e seu uso racional deve envolver ações que vão além do financiamento. O estímulo à aplicação da totalidade dos recursos disponíveis e à otimização dos gastos devem ser acompanhados de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo de medicamentos, garantindo o acesso, o uso racional e a integralidade da atenção.

Metas 2012-2015:

- Realizar diagnóstico sobre necessidade de implantação de centros de referência na aplicação de medicamentos injetáveis e no acompanhamento farmacoterapêutico.
- Promover a revisão da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REME/RS).
- Realizar diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica Básica.
- Realizar eventos de capacitação para profissionais da área da saúde sobre a Assistência Farmacêutica e medicamentos fitoterápicos no SUS.
- Monitorar a aplicação dos recursos Federais e Estaduais do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelos municípios.
- Avaliar 100% dos expedientes administrativos em até 30 dias a partir da data de abertura.
- Obter deferimento em 11 processos de Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) para a produção de produtos médicos inovadores, kits diagnósticos para hemodiálise (dialisadores) e de medicamentos para doenças negligenciadas.
- Iniciar ciclo de transferência tecnológica gerado pela PDP.
- Efetuar cooperação técnico-científica com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) objetivando o intercâmbio tecnológico e o desenvolvimento de medicamentos com sete produtos de interesse social e de saúde pública.
- Peticionar 12 registros de medicamentos de alto valor agregado e de importância no contexto SUS, por meio de acordos de cooperação técnica.

OBJETIVO 5: Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

A estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como forma de superar a fragmentação da atenção nas Regiões de Saúde requer a qualificação do sistema a partir da Atenção Básica. A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada. Assim deve coordenar as Redes e assumir importante papel de articuladora das Redes Prioritárias, quais sejam: Rede Cegonha-PIM, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Rede da Pessoa Portadora de Deficiência e, futuramente, a Rede de Atenção às Doenças Crônico-Degenerativas.

Rede Cegonha / Primeira Infância Melhor (PIM)

É a política pública de promoção do desenvolvimento na primeira infância (Lei 12.544/06) com o objetivo de fortalecer as competências familiares e comunitárias em cuidar e educar as suas crianças, desde a gestação até os 06 anos de idade. Está articulada à Rede Cegonha como um dos Projetos Estratégicos de Governo, por meio do desenvolvimento de ações prioritárias para todas as regiões de saúde, em sintonia com o fortalecimento da Atenção Básica.

As ações do PIM, articuladas à Estratégia Rede Cegonha, tem, entre seus objetivos, o papel de orientar as gestantes e suas famílias a respeito dos cuidados necessários para promover a saúde integral da gestante e seu bebê, fortalecendo a atuação da atenção básica e favorecendo o seu vínculo com a rede de serviços, especialmente no acesso ao pré-natal - condição essencial para garantir uma gestação saudável, um parto seguro e os cuidados adequados no puerpério, com impactos nos indicadores citados.

O PIM realiza visitas domiciliares e atividades comunitárias para famílias em situação de risco e vulnerabilidade biopsicossocial. Além disso, promove a construção de ações que qualificam as relações familiares e comunitárias, elaborando projetos terapêuticos singulares em parceria com as equipes municipais de Atenção Básica, de proteção social e de educação. Apóia a busca ativa de gestantes, e identifica situações de risco e vulnerabilidades, incentivando o aleitamento materno e a nutrição saudável a gestantes e crianças, os direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da cidadania e da convivência familiar e comunitária.

A ampliação do PIM prioriza as regiões com maiores coeficientes de mortalidade materna e infantil, a fim de possibilitar a inclusão efetiva das crianças e das gestantes nos serviços de saúde, além de oferecer, mediante a atuação do visitador, uma atenção contínua, intensa e centrada em suas necessidades, desejos e direitos.

Metas 2012-2015:

- Habilitar 44 Ambulatórios de Alto Risco na Rede Cegonha.
- Atender 70.224 Crianças de 0 a 06 anos pelo PIM.
- Atender 63.840 Famílias pelo PIM.
- Atender 15.000 Gestantes Atendidas no Pré-natal de Alto Risco por ano.
- Atender 100.000 Gestantes Atendidas no Pré-natal de Risco Habitual.
- Habilitar 180 Leitos Neonatais na Rede Cegonha.
- Habilitar 830 Leitos Obstétricos na macrorregião Metropolitana.
- Implantar em 100% dos municípios na Rede Cegonha.
- Implantar em 360 municípios o PIM.
- Ampliar para 3.192 o número de visitadores nos municípios.

Indicadores de Monitoramento

- Proporção de parto normal.
- Proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas pré-natal.
- Proporção de gestantes usuárias do SUS que realizaram teste rápido para sífilis.

- Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
- Proporção de óbitos maternos investigados.
- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.

Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial é induzida a partir do projeto estratégico do Governo do Estado “Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - O cuidado que eu preciso”, em torno dos seguintes focos de trabalho: linha de Cuidado como estruturante do redirecionamento do modelo de atenção, fortalecimento da Atenção Básica, expansão e qualificação da atenção psicossocial estratégica, qualificação do componente Atenção Hospitalar e estratégias de desinstitucionalização.

A escolha destes focos está em consonância com a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e toma a Atenção Básica como um componente estratégico na qualificação da atenção prestada. A estruturação deste projeto implica a criação de novos serviços de saúde e a qualificação dos serviços já existentes, e, principalmente, a pactuação de fluxos nos níveis municipal e regional, incluindo a articulação com as redes intersetoriais.

O Projeto Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - O Cuidado que eu Preciso destina recursos específicos do tesouro do Estado para a ampliação e para a qualificação da atenção e do acesso dos usuários aos serviços investidos nas redes de atenção em saúde de municípios dos mais variados portes populacionais, considerando suas especificidades. Os aportes de recursos também priorizam a educação permanente dos trabalhadores da rede, com o assessoramento aos processos de trabalho, visando ao redirecionamento do modelo da atenção.

No que se refere à urgência e à emergência em saúde mental, segundo a Portaria GM/ MS 3088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, o artigo 6º, inciso III especifica que os pontos de atenção da rede de atenção às urgências - SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro, unidades básicas de saúde, dentre outros, são responsáveis em seu âmbito de atenção pelo acolhimento, classificação de risco e pelo cuidado nas situações de urgência e de emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. No Estado todos os hospitais contratualizados têm a atribuição de atender no seu serviço de urgência e de emergência a demanda aguda de saúde mental, incluindo o turno da noite, feriados e finais de semana, conforme o artigo 11º, alínea j da Resolução CIB 562/12.

Metas 2012-2015:

- Manter e implantar Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), totalizando 200.
- Ampliar o número de leitos psiquiátricos em hospital geral, totalizando 2015.
- Implantar leitos de álcool e de drogas em hospital geral, totalizando 842.
- Implantar 01 unidade de Telessaudemental 24 horas.
- Implantar em 120 municípios equipe de Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB).
- Implantar linha de cuidado de saúde mental em 348 municípios.
- Implantar 230 oficinas terapêuticas.
- Capacitar 2.160 trabalhadores, gestores, usuários em controle social na linha de cuidado de usuários de álcool, crack e de outras drogas.
- Implantar 60 projetos de Redução de Danos.
- Implantar 08 Unidades de Acolhimento (UA) para pessoas em uso prejudicial ou abusivo de álcool e outras drogas e em situação de vulnerabilidade social.

- Monitorar 60 vagas ano em comunidades terapêuticas.
- Implantar de 30 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Rede de Atenção às Urgências

O Objetivo desta rede é integrar a atenção às urgências, organizando e operacionalizando ações que ampliem a cobertura do serviço (SAMU-UPA), promovendo o atendimento oportuno e adequado às necessidades dos cidadãos nas 30 regiões do Estado.

Metas 2012-2015:

- Implantar 34 unidades de Pronto Atendimento (UPA).
- Implantar 87 Bases do SAMU.
- Equipar 25 UPAs.
- Implantar 19 Planos de Ação Regional.
- Implantar Linhas de Cuidado AVC/UCO em 25 regiões de saúde.
- Implantar 15 de Salas de Estabilização.

Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

As diretrizes na área da Atenção à Pessoa com Deficiência são: ampliação e qualificação da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência; recomposição do teto financeiro para as unidades já habilitadas, para fins de ampliação da oferta de consultas de reabilitação; realização da análise diagnóstica para fins de configuração do Plano Regional e Estadual; avaliação da habilitação, os projetos de reforma e/ou a construção de Centros Especializados em Reabilitação (CER's) para expansão da referida rede nas regiões que apresentam vazios assistenciais, a partir do Grupo Condutor Estadual legitimado para tal; estabelecimento de linhas de cuidado, por meio de fluxos de integração da rede de atenção básica, atenção especializada hospitalar e ambulatorial e da rede de urgência e emergência; qualificação da gestão das ações administrativas na reabilitação da pessoa ostomizada; qualificação da assistência, através da regulação de acesso para fins de obtenção de materiais descartáveis dispositivos previstos na tabela SUS para usuários com deficiências múltiplas e graves; monitoramento e avaliação contínuos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência envolvendo inclusive o Tratamento Fora de Domicílio Interestadual (TFD); qualificação das ações de gestão do TFD interestadual, identificando nas áreas de especialidades as reais necessidades de atendimentos fora do Estado.

Metas 2012-2015:

- Habilitar 10 Centros Especializados de Reabilitação (CER).
- Aprovar 06 projetos de reforma e/ou construção de Centro Especializado de Reabilitação (CER).
- Instituir um incentivo financeiro para rede de reabilitação hospitalar à pessoa com deficiência.
- Recompôr o teto financeiro das 81 unidades já habilitadas.
- Implantar linhas de cuidado em reabilitação hospitalar em 100% das unidades hospitalares que compõem a rede de atenção terciária.

- Realizar Triagem Auditiva Neonatal (TAN) em 95% dos nascidos vivos SUS.
- Implantar fluxo de acesso das pessoas com deficiências múltiplas e/ou graves às OPM dispensadas
- Criar protocolo de regulação em Tratamento Fora do Domicílio (TFD) por área de especialidade.

LINHAS DE CUIDADO

Implantar Linhas de Cuidado com fluxos de assistências que se organizam prioritariamente a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede, com garantia de acesso, identificação das portas de entrada da rede de serviços, classificação de risco e de acompanhamento do paciente por todos os pontos de atenção, mediante uma hierarquia de complexidade de serviços e organização das referências e contrarreferências regionais. A linha de cuidado oportuniza iniciativas inovadoras, atenta para a humanização do cuidado e da gestão, promovendo ações transversais e intersetoriais que envolvem, inclusive, as populações vulneráveis (prisional, em áreas de risco de violência, LGBT, negros, indígenas e em situação de pobreza extrema, seja no meio rural e urbano).

Uma linha de cuidado é fruto de pactuações realizadas entre trabalhadores, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde, de modo a garantir o bom andamento dos fluxos do cuidado em rede, tendo a Atenção Básica como a ordenadora destes fluxos. Considera a demanda de cuidado do usuário, com base em uma classificação de risco, reorganizando o processo de trabalho entre os pontos de atenção com o objetivo de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita, conforme os teóricos da área.

Parte do princípio das necessidades e da visão integral do sujeito. Isso significa acompanhar o caminho que o usuário faz, tendo o Projeto Terapêutico Singular como fio condutor e o usuário como o elemento estruturante da rede e da gestão do cuidado. Para isso, é imprescindível aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las, compreender as suas condições de vida e de trabalho, as suas concepções sobre saúde e doença e os fatores que prejudicam ou beneficiam a sua saúde, sem perder de vista que esses processos são singulares. Quem deve ser acompanhado nesta linha não é a patologia, mas sim uma pessoa, cuja saúde diz respeito, principalmente, a ela mesma. Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde.

Operador importante para o trabalho em Linha de Cuidado é o conceito-ferramenta de território. O território pode ser entendido não só como o local geográfico de nascimento e de história de vida do usuário, mas as suas referências afetivas, familiares e de trabalho, produtoras de sentido e dos modos de produção de vida de cada um. São as formas singulares de andar a vida e de estar na vida que constituem o território como espaço móvel, não dado, e que não se reduz ao mero esquadramento do espaço geográfico. A tomada de responsabilidade pelo território pelos serviços de abrangência de uma determinada área geográfica é condição para a estruturação de uma linha de cuidado. Os pontos de atenção de determinado território devem se ocupar dos seus usuários, tanto individualmente como coletivamente, compartilhando o cuidado com outros serviços.

Saúde da Criança / Linha de Cuidado da Criança

O objetivo principal da atenção integral à saúde de crianças, de zero a menores de 10 anos, é proporcionar atenção humanizada e qualificada em todos os níveis de atenção, em tempo oportuno, com resolutividade e em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. As ações organizam-se a partir do nascimento e do primeiro ano de vida saudáveis; do crescimento e desenvolvimento saudáveis e da proteção e promoção da saúde física e emocional.

Em conformidade com a Rede Cegonha, contribui para a melhor organização e operacionalização das ações desenvolvidas, a qual visa o *continuum do cuidado*, consistindo em uma rede com múltiplas dimensões de integração de ações, fluxos e serviços em diferentes níveis de complexidade, relacionando a coordenação das práticas clínicas multidisciplinares e assegurando a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações.

Metas 2012-2015:

- Implantar a linha de cuidado da Criança em 497 municípios.
- Realizar investigação e análise de óbito de menores de 05 anos de idade nos 497 municípios.
- Implementar seguimento de egresso de UTI em 07 macrorregiões.
- Ampliar 30 leitos em UTI adulto, pediátrica e neonatal em maternidade regional que realiza 1.000 e mais partos/ano.
- Implantar 60 Leitos Canguru para otimizar o leito de UTI neonatal de maternidade regional que realiza 1.000 e mais partos/ano.

Indicadores de Monitoramento

- Taxa de Mortalidade Infantil.
- Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.

Saúde do Adolescente / Linha de Cuidado do Adolescente

A Atenção Integral à Saúde de Adolescentes atende a faixa etária de 10 a 19 anos e visa à promoção à saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade. Possui três eixos centrais: crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e saúde reprodutiva, considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, meio familiar, condições de vida, escolaridade e trabalho. Cria estratégias para modificar o quadro de vulnerabilidade, doenças e de agravos, tendo em vista o desenvolvimento saudável. Estimula o desenvolvimento de ações de atenção básica e de organização da rede de saúde por meio de linhas de cuidados, articulações intra e intersectoriais, estabelece parcerias e corresponsabilidades para a elaboração, condução e avaliação das ações, facilitando o vínculo com a equipe e ampliando o acesso aos serviços.

Preconiza que os serviços disponibilizem acomodações com privacidade e ambiente em que o adolescente se sinta à vontade, garantindo o direito de ser atendido sozinho, oferecendo dia e/ou horário exclusivos para atendimento e proporcionando a realização de grupos de adolescentes. A saúde de adolescentes é transversal às demais políticas da saúde e se consolida por intermédio da interface com o Projeto Saúde na Escola (SPE), o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (PSE), O Cuidado que Eu Preciso para a Atenção a Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas, o Plano Operativo de Atenção

Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei Privados de Liberdade (POE), o Programa RS na Paz e o Programa de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil/PAIR-Mercosul.

Metas 2012-2015:

- Sensibilizar e qualificar profissionais de saúde de 200 municípios.
- Implantar a Linha de Cuidado de Adolescentes em 08 municípios.

Saúde da Mulher / Linha de Cuidado da Mulher

A proposta de qualificação da atenção à saúde da mulher envolve a garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, a garantia dos serviços de abortamento legal, a garantia do acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e de recuperação da saúde nas regiões de saúde, com a qualificação da rede de Atenção Básica na saúde da mulher, com a redução da morbidade e mortalidade de mulheres e materna, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais com práticas de cuidado integral e humanizado.

Muitas ações de saúde da mulher compõem a Rede Cegonha, com construção da linha de cuidado do ciclo gravídico – puerperal e da criança; implantação de Ambulatórios de Gestantes de Alto Risco; pactuação e incentivo para o aumento de consultas médicas à gestante; manutenção do Comitê Estadual de Mortalidade Materna (CEMM) e incentivo ao plantão presencial da equipe médica em maternidade –. Agregam-se, ainda, ações educativas e humanizadas para diminuir doenças e violência física e psicossocial às mulheres, bem como garantir acesso a serviços de atenção e de assistência a mulheres vítimas de violência sexual. A proposta de qualificação para o combate ao câncer de mama deve focar nas ações de promoção, prevenção e tratamento continuado, com rastreamento a partir de 40 anos de idade, incentivos para mamografia, ecografia mamária / punção biópsia, investindo, qualificando e ampliando o acesso aos serviços de diagnósticos.

Metas 2012-2015:

- Implantar em 68% dos municípios pré-natal em rede.
- Implantar ação de rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama em 68% dos municípios.
- Implantar ação de rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de colo do útero em 68% dos municípios.

Indicadores de Monitoramento

- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e da população da mesma faixa etária.
- Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e da população da mesma faixa etária.

Saúde do Homem / Linha de Cuidado do Homem

A Atenção Integral à Saúde do Homem tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, contribuindo para redução das causas de 208 - morbidade e mortalidade nessa população. A implantação e implementação desta linha de cuidado deve romper as barreiras do acesso dos homens aos serviços de Atenção Básica, bem como induzir a construção de políticas intersetoriais. O desafio está em ofertar serviços de qualidade a partir dos municípios, de acordo com as necessidades e as demandas próprias do gênero masculino, em consonância com as especificidades de raça, situação de privação de liberdade, situação de encarceramento, vulnerabilidades sociais e condições de trabalho.

Metas 2012-2015:

- Implementar a Linha de Cuidado da Saúde do Homem em 158 municípios.

Saúde do Idoso / Linha de Cuidado do Idoso

Esta linha tem por objetivo garantir a atenção integral à saúde das pessoas com 60 anos ou mais, visando à promoção da saúde e um envelhecimento ativo com qualidade de vida, mantendo e recuperando a dignidade, o respeito, a proteção e defesa dos direitos humanos, da autonomia, da independência, da capacidade funcional (habilidades físicas e mentais) e sua inserção junto à família e à comunidade.

A prioridade das ações está voltada à promoção do acesso do idoso aos serviços de base territorial, fortalecendo vínculos entre o usuário e o trabalhador. A perspectiva do trabalho é a do fortalecimento da Atenção Básica, integrando saúde bucal, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, DST/AIDS e ações com a Vigilância em Saúde, e, sempre que necessário, a atenção secundária e terciária de acordo com a demanda de cada sujeito/família. Além disso, é fundamental manter na agenda a discussão das temáticas do envelhecimento ativo e da intergeracionalidade, da prevenção de quedas e de doenças crônicas, da notificação e prevenção da violência contra a pessoa idosa, das necessidades e demandas em saúde da pessoa idosa com deficiência, da prevenção de hepatites e doenças sexualmente transmissíveis entre os idosos.

Metas 2012-2015:

- Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em 50% dos municípios.
- Implantar a Linha de Cuidado da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa em 50% dos municípios.
- Realizar ações de educação permanente em saúde do idoso para 50% dos municípios.

Indicadores de Monitoramento

- Taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das 04 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

AÇÕES TRANSVERSAIS

As ações transversais buscam romper com as fronteiras entre os saberes e práticas das políticas constituídas. Tem como desafio a dialógica entre conhecimentos para a criação de práticas comuns intra e intergrupos no campo da saúde coletiva. Compõem este eixo: a saúde bucal, Alimentação e Nutrição, DST/AIDS, a saúde da população negra, a saúde indígena, saúde do sistema prisional.

Saúde Bucal

A saúde bucal visa ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, recuperação e de manutenção da saúde, objetivando reduzir os índices de cárie, doença periodontal, câncer bucal e fluorose em todas as faixas etárias. Componente do eixo das transversalidades, atua de forma integrada às demais políticas da saúde, consolidando-se por meio da interface com ações e programas intra e intersetoriais. A análise situacional aponta para a necessidade de ampliação e de organização do acesso aos serviços básicos e especializados, procedimentos educativo-preventivos e para a superação da prática odontológica mais conservadora.

Metas 2012-2015:

- Implantar 998 Equipes de Saúde Bucal nos Municípios, entre janeiro de 2012 e dezembro de 2015, totalizando 1.772 equipes.
- Implantar 72 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).
- Implantar 90 Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD).

Indicadores de Monitoramento

- Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.
- Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Alimentação e Nutrição

Considerando o Direito Humano, a Alimentação e a Nutrição adequada, a área de Alimentação e nutrição desenvolve suas atividades em conjunto com as ações que estão sendo implementadas para o fortalecimento da Atenção Básica, tendo em vista a melhoria das condições nutricionais da população gaúcha. Aborda a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição como temas transversais que devem fazer parte do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, inserindo e fortalecendo as ações de alimentação e nutrição no Projeto Terapêutico, em todos os níveis de

atenção à saúde. O acesso regular a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente é um direito de todos os indivíduos. Desta forma, sabendo-se que a insuficiência da alimentação adequada, associada ao baixo poder aquisitivo de grande parte da população se manifesta em indicadores antropométricos, vem incentivando-se a abrangência e o escopo das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), e ampliando-se o acompanhamento do estado nutricional em todas as fases da vida e em todos os grupos populacionais. A Secretaria Estadual da Saúde integra o Grupo Gestor do Programa RS Mais Igual, coordenado pela Casa Civil, que tem como objetivo reduzir os índices de vulnerabilidade econômica e social no Estado. A Saúde desenvolve ações para garantir às populações em situação de vulnerabilidade social bens e serviços, assegurando o princípio da equidade e qualidade no atendimento das necessidades de saúde, como a ampliação do Programa Bolsa Família (PBF), com a busca ativa das famílias beneficiárias e das famílias em situação de pobreza não acompanhadas pelo programa.

Metas 2012-2015:

- Ampliar o número de usuários acompanhados com avaliação de estado nutricional pela Atenção Básica à Saúde, totalizando 756.919.
- Aumentar, de 61 para 69%, o acompanhamento de famílias do Programa Bolsa Família (PBF) com perfil saúde na Atenção Básica.

DST/AIDS

É pautada pela diretriz da atenção integral para as pessoas que vivem com HIV/AIDS. O objetivo principal é a qualificação das ações de promoção, prevenção e assistência da rede de serviços em HIV/AIDS, de forma articulada e integrada com as Redes de Atenção em Saúde, parcerias intersetoriais e com organizações da sociedade civil. Em 2007, foi lançado o Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, tendo em vista reduzir a transmissão vertical do HIV e da sífilis visando (com vista) à eliminação da sífilis congênita em todo o território nacional, bem como aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal, mediante tratamento adequado das gestantes com sífilis e seus parceiros, incentivando ações de profilaxia para gestantes, parturientes e em crianças expostas.

Metas 2012-2015:

- Implantar e implementar o Plano Estadual de Enfrentamento da DST/AIDS, de janeiro de 2012 até dezembro de 2015.
- Implantar investigação de sífilis congênita em 497 municípios.
- Realizar o teste rápido anti-HIV, triagem e diagnóstico em 467.812 usuários do SUS.
- Distribuir 92.820.000 preservativos masculinos.

Indicadores de Monitoramento

- Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade
- Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.

Saúde da População Negra

Atua sob a perspectiva da implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra, cujo objetivo é promover a saúde integral dessa população priorizando a redução das desigualdades etnicorraciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços de saúde; atua igualmente sob a perspectiva da Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Esta tem como objetivo reduzir a morbimortalidade promovendo a longevidade com qualidade de vida para as pessoas com traço ou doença falciforme e com outras hemoglobinopatias. Tais políticas encontram-se em consonância com princípios das Políticas de Ação Afirmativa e de Reparação. Abrangem estratégias de gestão compartilhada e participativa entre secretarias do Estado e dos Municípios, órgãos vinculados ao Ministério da Saúde (MS) e à Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), bem como o controle social.

Metas 2012-2015:

- Implementar a linha de cuidado da pessoa com traço ou doença falciforme em 70% dos municípios.
- Aumentar a cobertura de atendimento à pessoa com doença falciforme, de 30% para 70%.
- Habilitar a Hemorrede Pública em 60% dos Hemocentros para o diagnóstico, tratamento e aconselhamento genético das pessoas com traço ou doença falciforme.
- Habilitar 03 (três) hospitais, fora da região metropolitana, como Centros de Referência em Doença Falciforme.
- Habilitar o Laboratório Central Estadual (LACEN) para a realização de eletroforese de hemoglobina.
- Realizar reforma/ampliação/reequipamento em 60% dos Hemocentros para o diagnóstico, tratamento e aconselhamento genético das pessoas com traço ou doença falciforme.
- Dispensação direta de medicamentos pelos Serviços de Referência em Doença Falciforme aos usuários.
- Aumentar a cobertura de Equipes de Saúde da Família que assistam comunidades remanescentes de quilombos certificadas, de 25% para 70%.
- Implantar a Rede Cegonha/PIM “Mãe Criadeira” em 20% dos municípios com comunidades remanescentes de quilombos (certificadas e identificadas).
- Implantar um Programa de Educação Permanente que vise qualificar o acesso e a atenção à saúde da população negra gaúcha.

Saúde Indígena

Visa garantir aos povos indígenas o acesso ao cuidado em saúde com qualidade, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando e reconhecendo os seus saberes tradicionais e suas especificidades culturais. Desde 2010 com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/ MS), que tem a função de coordenar e executar a gestão das ações de atenção à saúde do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI/SUS) em todo território nacional, tem sido estabelecida parceria interinstitucional e compartilhamento de responsabilidades, principalmente no

que tange ao cofinanciamento. O Estado disponibiliza incentivo financeiro aos municípios tendo em vista a perspectiva de incluir nos próximos anos acampamentos e territórios com vulnerabilidade social nesse financiamento.

Metas 2012-2015:

- Implantar 16 Equipes completas de Saúde da Família e Saúde Bucal Indígena.

Saúde Prisional

A política de saúde prisional objetiva garantir o acesso ao atendimento integral à saúde da população privada de liberdade, tendo como uma de suas diretrizes o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), Portaria Interministerial nº 1777 (BRASIL, 2003). Por meio desta política, realizam-se ações integrais de saúde, unificando serviços preventivos, curativos e de reabilitação aos usuários privados de liberdade. A estratégia primordial se constituiu pela implementação de equipes municipais de Atenção Básica dentro dos estabelecimentos prisionais, como parte da rede de assistência à saúde dos municípios. Este processo de condução abrange estratégias de gestão compartilhada e participativa entre as secretarias do Estado e dos Municípios, Ministério da Saúde e da Justiça.

As equipes de Saúde Prisional são compostas de, no mínimo, sete profissionais de saúde (psicólogo, assistente social, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo e auxiliar de consultório dentário) com carga horária de 20 horas semanais. Os profissionais da área da psicologia e do serviço social são contrapartida da SUSEPE, conforme pactuado no Plano Operativo Estadual de 2005. As Secretarias Municipais de Saúde assumem a contratação das equipes, insumos e manutenção da unidade, que são financiadas integralmente com incentivos da Secretaria Estadual da Saúde (Resolução CIB nº 257/11) e, parcialmente, pelo Ministério da Saúde.

Com esta ação o Rio Grande do Sul é pioneiro no Brasil no processo de municipalização e de financiamento de Equipes de Atenção Básica Prisional. Outro avanço importante, em nível de rede assistencial, foi a criação de incentivo específico para habilitação de leitos prisionais em Hospitais Gerais, tendo em vista a regionalização dos leitos, o que se deu com a criação de referências dentro das regiões de saúde e para cada estabelecimento prisional.

Metas 2012-2015:

- Ampliar para 32 o número de equipes de saúde prisional.
- Ampliar 60 leitos para a saúde prisional.
- Ampliar para 26 o número de Unidades Básicas de Saúde Prisional equipadas.
- Implementar a linha de cuidado da pessoa privada de liberdade.
- Implantar o PIM Prisional.

Saúde do Trabalhador

Esta linha tem por objetivo garantir a atenção integral à saúde do Trabalhador, visando à promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde do trabalhador para a conquista

de um ambiente saudável no trabalho. A prioridade das ações está voltada para promoção do acesso aos serviços de base territorial, fortalecendo vínculos entre o usuário trabalhador e o trabalhador da saúde. Tem como perspectiva o fortalecimento da Atenção Básica, integrando saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental e ações com a Vigilância em Saúde (RENAST-RS) e, sempre que necessário, a atenção secundária e terciária. Desta forma a construção do Mapa de Saúde do Trabalhador irá também permitir conhecer a real necessidade da população trabalhadora para construir uma Linha de Cuidado adequado à demanda, conforme proposto pelo Decreto nº 7508/2011. Estas informações serão essenciais para a construção apropriada do COAP. Além disso, é fundamental manter a participação de sindicatos e de associações nas ações desenvolvidas para formação e apoio.

Metas 2012-2015:

- Implementar a Linha de Cuidado da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador em 30 municípios sede de CEREST/UREST.
- Realizar ações de educação permanente em saúde do trabalhador em 30 municípios sede de CEREST/UREST.
- Realizar 100% das investigações dos óbitos relacionados ao trabalho, fortalecendo a vigilância dos ambientes e processos de trabalho.

Indicadores de Monitoramento

- Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.

Práticas Integrativas e Complementares

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também citados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), e incluem a Homeopatia, a Fitoterapia, a Acupuntura e outras práticas não convencionais como massoterapia, cromoterapia, terapia floral, práticas corporais etc. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

Metas 2012-2015:

- Formular a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares.
- Atingir 20% da população do Estado com acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PIC).

GESTÃO EM SAÚDE

DIRETRIZ - Estímulo a processos de gestão de qualidade e ao uso eficiente dos recursos públicos, com acompanhamento sistemático das políticas e dos processos de trabalho, assegurando as práticas legais de financiamento no SUS/RS, bem como fortalecendo e expandindo a infraestrutura do SUS no Rio Grande do Sul.

OBJETIVO 6: Institucionalizar o Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS

O processo de planejamento no âmbito da Gestão Estadual do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará induzir o processo de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, e promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento no nível estadual, será levado em conta o processo de planejamento regional e as diversidades existentes nas Regiões de Saúde do Estado, de modo a contribuir para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde e a melhoria do acesso, para a resolubilidade e para o aumento da qualidade, tanto da gestão, quanto das ações e serviços prestados à população gaúcha. Assim, o sistema de planejamento buscará implementar e difundir a cultura de planejamento, formulando metodologias e modelos para os instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação. Além disso, deverá estimular a governança regional, por meio da implementação de estratégias de cooperação entre o Estado e os municípios.

Metas 2012-2015:

- Manter 20 Grupos de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação em atividade.
- Publicar 11 Instrumentos de Gestão do SUS.
- Publicar Código Estadual de Vigilância em Saúde.
- Plano Diretor de Vigilância em Saúde.
- Plano de integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica.
- Implantar metodologia de assessoria técnica para as Coordenadorias Regionais de Saúde e para Municípios na área de vigilância em saúde integrada às outras áreas da gestão estadual.
- Implantar estrutura matricial visando ao desenvolvimento de planejamento, monitoramento e avaliação em Vigilância em Saúde.

Indicador de Monitoramento

- Proporção de Planos de Saúde municipais enviados ao Conselho Municipal de Saúde.

OBJETIVO 7: Aumentar o Financiamento e os Investimento em Saúde

Realizar cooperação financeira com os municípios e instituições para a qualificação da Atenção Básica, Secundária e Terciária, incluindo a urgência pré-hospitalar, assistência farmacêutica e vigilância em saúde. A temática do financiamento em saúde deve levar em conta a Lei Complementar 141/2012 e as transferências deverão ocorrer fundo a fundo, visando o desenvolvimento de serviços e ações estratégicas da saúde, conformando as Redes de Atenção à Saúde para a melhoria do acesso.

Metas 2012-2015:

- Atingir o percentual de 12% de aplicação em ações e serviços de saúde até o final de 2014.
- Beneficiar com recursos financeiros 497 municípios por ano para qualificar a atenção básica, secundária e terciária, incluindo a urgência pré-hospitalar, assistência farmacêutica e vigilância em saúde.
- Realizar 40 campanhas educativas de prevenção, de janeiro de 2012 a dezembro de 2015.
- Financiar pesquisas aplicadas em serviços e projetos específicos de interesse do SUS em consonância com a Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde do Rio Grande do Sul.
- Captar recursos, por meio de convênios Federais junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Ciência e Tecnologia (FINEP) para potencializar os investimentos em Saúde Pública.

OBJETIVO 8: Fortalecer as Instâncias de Participação Social do SUS

Busca apoiar o funcionamento das instâncias de pactuação, tais como a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Regional (CIR), tendo em vista o fortalecimento e a ampliação da construção coletiva e participativa da gestão do SUS. Apoiar os Conselhos de Saúde, Conferências e Movimentos Sociais que atuam no campo da saúde, potencializando seu papel na gestão do SUS. Garantindo infraestrutura e recursos para o pleno funcionamento do controle social.

Metas 2012-2015:

- Realizar Conferência Estadual de Saúde em 2015.
- Pactuar e aprovar no CES e na CIB o Plano de Ação para a execução dos recursos para o financiamento das ações de participação social.
- Implementar 30 Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Controle Social do SUS (Conselho Estadual de Saúde)

Metas 2012-2015 - Sob responsabilidade do Conselho Estadual da Saúde:

- Elaborar/produzir documento com a memória histórica do Controle Social no SUS no Rio Grande do Sul.
- Editar 06 jornais a cada ano.
- Elaborar folder sobre as 35 propostas da Conferência Estadual que foram encaminhadas para a Conferência Nacional de Saúde.
- Reeditar texto da legislação do SUS.
- Apresentar e aprovar cronograma de plenárias do CES.
- Realizar seminário nas sete macrorregiões de saúde.
- Levantar em hospitais públicos e conveniados o que se refere à execução do funcionamento dos conselhos gestores e das comissões técnicas.
- Constituir força-tarefa para assessorar os Conselhos Municipais de Saúde.
- Implantar a política de educação permanente para o Controle Social do SUS.
- Monitorar e ampliar o Programa de Inclusão Digital (PID).
- Qualificar os Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde e dos Conselhos Municipais de Saúde.
- Informar e comunicar os temas no campo do controle;
- Melhorar a estrutura do CES.

Indicador de Monitoramento

- Proporção de Conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS.

Ouvidoria do SUS no RS

O objetivo da implantação da Ouvidoria do SUS na SES é a qualificação da atuação da Ouvidoria, com ênfase na ampliação e capacitação da equipe técnica da rede e no desenvolvimento de ações em Ouvidoria Ativa. Além disso, busca incentivar e apoiar a descentralização das estruturas de Ouvidorias pela implantação de Ouvidoria do SUS nos municípios.

Metas 2012-2015:

- Elaborar 01 (um) Projeto para o desenvolvimento de ações em Ouvidoria Ativa no RS com a participação das áreas técnicas da SES e as CRS.
- Qualificar a rede da Ouvidoria do SUS no RS, realizando no mínimo 02 eventos a cada ano.
- Apoiar a implantação de ouvidoria em 77 municípios.

OBJETIVO 9: Ampliar e Qualificar a Regulação em Saúde

Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária. Os complexos reguladores são uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização.

Complexo Regulador Estadual CRE/RS

Os objetivos da regulação do acesso no Estado são: prover o Complexo Regulador Estadual de condições legais, técnicas e administrativas que viabilizem a execução das funções de regulação da atenção em saúde, em especial a regulação do acesso; expansão dos procedimentos regulados sob gestão estadual/municipal; informatização e integração dos processos de regulação; qualificação dos processos de regulação do acesso; Monitoramento e avaliação contínuos dos processos regulatórios.

Metas 2012-2015

- Elaborar planejamento da nova área física do CRE/RS.
- Publicar Decreto de formalização da estrutura do CRE/RS.

Central de Transplantes do Rio Grande do Sul (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/RS)

Considerando que há uma importante demanda reprimida de pacientes carentes de órgãos para transplante, e que as indicações para esta modalidade terapêutica aumentam em dimensão geométrica, graças à melhor expertise e ao envelhecimento da população, os objetivos da Central devem ser de aumentados no limite de suas possibilidades o número de doadores estimulando o aproveitamento multiorgânico ao máximo.

Metas 2012-2015:

- Identificar os potenciais doadores em 60 notificações de Morte Encefálica por milhão de população.
- Aumentar para 27 o número de doadores efetivos de órgãos por milhão de população.
- Ampliar para 80% o aproveitamento de mais de um órgão dos doadores efetivos em morte encefálica.
- Aumentar para 09 o número de transplantes de medula (TCTH) alogeneicos não aparentados por milhão de população.
- Diminuir para menos de 01 mês o tempo de espera para transplante de córnea.

Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU (CRUE/RS)

A Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU deverá ampliar a capacidade operacional e modernizar os equipamentos, atendendo aos requisitos da Portaria GM/MS 1010/2012. Além disso, deverá implementar Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), que irão organizar e uniformizar condutas, evitando que profissionais que trabalham em turnos distintos executem tarefas iguais de modo diferente, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção ao usuário.

É necessário rediscutir, nas respectivas CIRs e na CIB/RS, a abrangência das Centrais Regionais de Regulação das Urgências implantadas que ainda não assumiram a regulação do total dos municípios e que possuem Base do SAMU 192 pactuados na sua área, considerando que a capacidade operacional instalada necessária na Central Estadual, tanto de equipamentos, quanto de recursos humanos deverá estar adequada ao número de habitantes que a Central regula, conforme estabelecido na legislação vigente.

Também se faz necessário, à medida que os SAMUs Municipais vão sendo implantados, pactuar junto às CIRs respectivas e junto à CIB o que diz respeito ao direcionamento do link 192, tendo em vista a regulação dos atendimentos em uma das 03 Centrais Regionais ou na Central Estadual, considerando-se como principal critério a localização geográfica do município. Buscando a integralidade dos atendimentos, a agilização e a potencialização de meios, bem como a racionalização de recursos humanos e físicos, em médio prazo deverá ser implantado Sistema Estadual Integrado, Interface Simultânea de Regulação Única, reunindo todos os Serviços de Urgência do Estado do Rio Grande do Sul: Regulação/SAMU-RS, VISA Estadual, Defesa Civil e Segurança Pública (Brigada Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Civil).

Metas 2012-2015:

- Reorganizar a abrangência populacional de regulação da Central Estadual, redirecionando a regulação de 17 municípios para 02 Centrais Regionais, limitando a abrangência da Central Estadual a 668.625 habitantes.
- Qualificar/adequar a Central Estadual à legislação, com melhoria da infraestrutura, modernização dos equipamentos tecnológicos e adequação de Recursos Humanos.
- Atingir 100% dos municípios com regulação de atendimento SAMU 192.
- Implantar novo Sistema de Comunicação em 100% das Unidades Móveis do SAMU 192.
- Implantar Sistema Estadual Integrado, Interface Simultânea de Regulação Única, reunindo todos os Serviços de Urgência em 100% dos municípios.
- Implantar 04 bases de atendimento pré-hospitalar SAMU - Resgate e Transporte Aeromédico.

Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS)

A SES/RS é responsável pela regulação das internações hospitalares de serviços sob sua gestão e por aqueles sob gestão municipal, quando o município não tem condições de manter central de regulação hospitalar própria. Além disso, deve monitorar e avaliar o acesso a todas as internações hospitalares, inclusive as reguladas por central municipal, com o objetivo de avaliar a equidade no acesso, o respeito às normas pactuadas e a suficiência da capacidade instalada.

Metas 2012-2015:

- Informatizar a totalidade do processo regulatório em 670 leitos de UTI regulados.
- Regular 470.000 internações hospitalares gerais.
- Concluir 30% dos casos regulados para UTI em até 2 horas.
- Garantir a proporção de 90% de transferências hospitalares para UTI reguladas com destino inferior a 300 km.

Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA/RS)

A regulação do acesso a procedimentos ambulatoriais sob a gestão da SES/RS se refere ao acesso de não residentes no município executante do serviço, ou seja, se refere às transferências intermunicipais para realização de consultas e exames. O acesso para a população própria do município executante continuará sob a gestão da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, salvo se a mesma não dispuser de condições técnicas para fazê-lo. A organização do processo regulatório nesta área foi normatizada pela Resolução CIB 237/2011, portanto, a expansão das ações deverá seguir as exigências pactuadas através deste documento.

Metas 2012-2015:

- Ampliar para 1.000.000 o número de consultas com acesso regulado.
- Ampliar para 300.000 o número de exames com acesso regulado.
- Reduzir o déficit oferta/demanda mensal médio para consultas médicas especializadas.
- Regular 95% das consultas médicas especializadas ofertadas no sistema informatizado de regulação.
- Elaborar e configurar no sistema informatizado de regulação 10 protocolos de regulação.

OBJETIVO 10: Fortalecer a Auditoria do SUS

Ampliar e qualificar a Auditoria Assistencial e de Gestão, auxiliando os municípios na formulação da Política de Auditoria no Estado. Fortalecimento da Auditoria Médica Estadual, entendendo a Auditoria como Ferramenta de Gestão, estimulando a qualificação dos profissionais que trabalham com a Auditoria.

Metas 2012-2015

- Implementar a Auditoria Estadual do SUS.
- Realizar concurso público para os cargos de Auditor Médico, Auditor Enfermeiro e Auditor Contábil.

OBJETIVO 11: Fortalecer a Infraestrutura e Logística

Busca criar as condições para fortalecer a infraestrutura do SUS no Rio Grande do Sul nos diferentes níveis de atenção à saúde, contemplando o apoio financeiro para a construção, reforma, ampliação, aquisição de equipamentos e para os automóveis, etc., conforme a estruturação das Unidades de Saúde no Estado. Além disso, contempla as ações para criar as condições organizacionais e de trabalho para a Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul, tanto em nível central quanto regional.

Metas 2012-2015:

- Construir 75 unidades de Saúde da Família (USF).
- Equipar 75 unidades de saúde da família.
- Equipar 75 maternidades que realizam de 500 a 1.000 partos/ano com equipamentos de suporte de vida.
- Equipar 26 unidades básicas de saúde prisional.
- Adquirir 07 unidades de SAMU Neonatal/Pediátrica de janeiro de 2012 a dezembro de 2015.
- Construir 06 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), até dezembro de 2012.
- Implantar Hospital Regional em Santa Maria, Palmeira das Missões e Vale do Gravataí.
- Ampliar o Hospital de Osório.

Fortalecimento da infraestrutura do nível central e regional da SES

Fortalecer o nível central e regional da Secretaria da Saúde, possibilitando a melhoria na organização do processo de trabalho, a agilidade e a eficiência dos processos administrativos e gerenciais.

Metas 2012-2015:

- Padronizar a estrutura física de 07 sedes de Coordenadorias Regionais de Saúde.
- Reestruturar e ampliar a rede lógica da SES/RS.
- Central de UBV (armazenamento de inseticidas e larvicidas) - Dengue e demais endemias construída.
- Reestruturar a área física da Assistência Farmacêutica das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde.
- Implementar a nova Central Estadual de Abastecimento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI).
- Reestruturar a Rede de Frio das Imunizações nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde.
- Construir novo prédio para o Centro Estadual de Vigilância em Saúde.
- Implantar novo organograma da SES.

Fortalecimento da infraestrutura da Escola de Saúde Pública (ESP)

Visa reestruturar e fortalecer a Escola de Saúde Pública (ESP) como polo de formação de trabalhadores, gestores e de conselheiros do e para o SUS. No cumprimento de sua missão “promover educação, capacitação, qualificação e a produção de conhecimentos para o Sistema Único de Saúde (SUS)”, a Escola conjuga educação permanente e educação continuada e desenvolve pesquisas na área de saúde coletiva como, por exemplo, sobre epidemiologia da violência, recursos humanos em saúde no RS e sobre desigualdades em saúde. A ampliação e qualificação da formação dos trabalhadores do SUS envolve o fortalecimento político, pedagógico, físico e administrativos da Escola de Saúde Pública. Para reestruturar e fortalecer a ESP como polo de formação de trabalhadores, gestores e de conselheiros do Estado para o SUS, estão previstas ações de gestão, melhoria e de manutenção da infraestrutura das condições de trabalho e de qualificação de pessoal.

Metas 2012-2015:

- Implementar 01 programa de educação permanente dos servidores da ESP, incluindo a qualificação pedagógica.
- Elaborar e aprovar 01 projeto que prevê a reorganização administrativa da ESP.
- Atualizar o Projeto Político Pedagógico (PPP) e o Regimento Escolar da ESP.
- Recuperar a autorização da ESP junto ao Conselho Estadual de Educação para realização e certificação do Curso Técnico de Enfermagem, e buscar a autorização para realização e certificação de outros cursos técnicos.
- Buscar o credenciamento especial junto ao Ministério da Educação para certificação de cursos de especialização.
- Reestruturar a área física e promover a qualificação da infraestrutura da ESP.
- Fortalecer os NURESC nas 19 CRS.
- Qualificação da infraestrutura dos NURESC.
- Qualificar os NIDS por meio da atualização do acervo e dos equipamentos disponíveis para consulta e pesquisa.
- Realizar a qualificação e a disponibilização dos Laboratórios de Ensino nas 07 macrorregiões.
- Desenvolver e implementar ferramentas educacionais para a educação à distância.
- Implantação dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva - NUMESC em 80% dos municípios.

Fortalecimento da infraestrutura da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS)

Desde a sua criação em 1994, a Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde - FEPPS tem como princípio prestar serviços de qualidade em saúde pública no Rio Grande do Sul, impactando positivamente na vida e no processo de cidadania da população gaúcha. Vinculada à Secretaria Estadual da Saúde - SES, a FEPPS executa as políticas públicas de saúde definidas pelo Governo do Estado. A instituição trabalha para melhorar a vida das pessoas, pois serviços de saúde pública de qualidade são essenciais o pleno exercício da cidadania.

Metas 2012-2015:

- Implementar o Sistema de Gestão da Qualidade na FEPPS com foco na melhoria e modernização das ferramentas de Tecnologia de Informação (TI).
- Reestruturar o parque de informática da FEPPS.

OBJETIVO 12: Promover a gestão da informação, inovação e da incorporação tecnológica no SUS

O objetivo é modernizar, qualificar e racionalizar a rede de saúde do SUS RS, tendo por base o Sistema Integrado de Gestão de Saúde - SIGS, Saúde Inteligente. Este projeto irá padronizar os processos de atendimento junto às unidades da Estratégia da Saúde da Família e promover a melhoria da prestação de serviços aos usuários do SUS RS. O projeto prevê a implantação do sistema de prontuário médico eletrônico na microrregião de Passo Fundo, e a estruturação da rede de atendimento do SUS em gestão de TI, com o acesso das demais regiões ao prontuário médico eletrônico informatizado. O Grupo Técnico composto pela SES e PROCERGS analisa o módulo regulação (vagas/leitos) que deverá integrar o Sistema, bem como a conclusão do Termo de Referência para a aquisição de 7 mil licenças de utilização do *software* que possibilitará a implantação do prontuário em todo o Estado. Após a implantação em Passo Fundo, a Região Metropolitana de Porto Alegre será a próxima região a ser contemplada com a implantação.

Metas 2012-2015:

- Atingir 497 com base limpa do cartão Nacional de Saúde.
- Implantar em 100% das regiões de saúde o Sistema de Prontuário Médico Eletrônico.
- Estruturar 01 rede de atendimento SUS/RS em Gestão de TI.
- Implantar 01 software de Gestão de Projetos na SES.
- Implementar a informatização plena da regulação estadual.
- Estruturar o núcleo de sistema de informação de interesse para a Vigilância em Saúde.
- Integrar a base territorial de atuação da Atenção Básica e Vigilância em Saúde.
- Desenvolver sistema informatizado para migração de dados de vigilância ambiental e saúde da família.
- Financiar 40 projetos de pesquisa em saúde, em 2013 com o Programa de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PADCT) da FEPPS.

OBJETIVO 13: Promover e qualificar a Gestão do Trabalho em saúde

A participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, entender o trabalhador da saúde não apenas como um mero recurso humano realizador de tarefas, mas como um sujeito e agente transformador de seu ambiente, é um desafio a ser vencido na gestão da Política Pública de Saúde. Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, coparticipação e de corresponsabilização, de enriquecimento e de comprometimento mútuos.

Metas 2012-2015:

- Realizar Concurso Público para a SES.
- Realizar Concurso Público específico para a FEPPS.
- Construir 01 projeto de Gestão do Trabalho para a SES.

Indicadores de Monitoramento

- Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.

EDUCAÇÃO E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

DIRETRIZ - Incentivo às ações de educação e pesquisa em saúde, tendo em vista contribuir para o desenvolvimento tecnológico e a qualificação do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul, fortalecendo a Escola de Saúde Pública como polo de formação de trabalhadores, gestores e de conselheiros de saúde.

OBJETIVO 14: Desenvolver Estratégias de Educação Permanente em Saúde

As estratégias de educação permanente em saúde tem como foco qualificar a atenção à saúde, mediante a organização de redes, o fortalecimento da Atenção Básica e a implementação das linhas de cuidado. Da mesma forma, visa desenvolver cursos de pós-graduação, aperfeiçoamento, graduação tecnológica, educação profissional e de educação popular em saúde, bem como ações de matriciamento, capacitação, seminários, projetos de extensão e de vivências/estágios para as áreas de vigilância, para a atenção secundária e terciária, urgência e emergência, planejamento e gestão, controle social e para movimentos sociais. As ações deverão ser elaboradas, planejadas e executadas em parceria com outros departamentos e órgãos da Secretaria da Saúde e com os governos federal e municipal, instituições de ensino e, quando necessário, com outras Secretarias de Governo, tendo em vista atender as demandas locais regionais.

Metas 2012-2015:

- Qualificar 7690 trabalhadores/alunos na temática das redes de atenção a saúde e atenção básica.
- Instituir redes de apoio intersetorial em 80% das regiões de saúde.
- Qualificar 140 trabalhadores/alunos na área de Vigilância em Saúde.
- Qualificar 810 trabalhadores/alunos na área de Planejamento e Gestão.
- Qualificar 2040 trabalhadores/alunos na área do Controle Social, participação e movimentos sociais.
- Qualificar 800 trabalhadores/alunos da SES.
- Elaborar e implantar Cursos Básicos de Vigilância em Saúde para capacitar 50% dos Agentes Comunitários de Saúde.
- Realizar 08 cursos de capacitação para Agentes de Vigilância em Saúde.
- Implantar o Mestrado Profissional em Desenvolvimento Tecnológico e cursos na área de Hematologia e Hemoterapia pela FEPPS com parceria com a Faculdade de Farmácia da UFRGS e a ESP.
- Reintroduzir no Estado o Curso de Especialização em Hemoterapia organizado pelo Hemorgs/FEPPS e em parcerias com o Ministério da Saúde, ESP, HCPA e UFRGS.

Indicador de Monitoramento

- Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas pelos municípios nas Regiões de Saúde.

OBJETIVO 15: Construir e Implementar a Política Estadual de Incentivo à Pesquisa

Um dos principais desafios, com relação à pesquisa em saúde, é o reconhecimento de que não só as tecnologias duras (máquinas, equipamentos, medicamentos, núcleos mais duros do conhecimento), ainda que indubitavelmente necessárias, compõem a produção de conhecimentos, mas também as tecnologias leves (processos de trabalho, novas relações de cuidado, invenções para a produção da integralidade da atenção) são campos importantes para a realização de pesquisas na saúde coletiva. Portanto, é fundamental a formulação e implantação de uma política pública de fomento à pesquisa, ao desenvolvimento e à inovação do SUS, bem como de avaliação de incorporação tecnológica, ambas de caráter interdisciplinar e intersetorial, as quais fortaleçam e criem núcleos, laboratórios, centros e comissões de apoio à pesquisa, baseando-se em critérios de qualidade e relevância científica e social.

Metas 2012-2015:

- Implantar a Política Estadual de Pesquisa.
- Constituir e implementar Comissão de Pesquisa dos serviços próprios da SES.
- Constituir comitê de pesquisa intersetorial.
- Criar Comitê de avaliação de tecnologias e incorporação tecnológica do SUS.
- Realizar 05 seminários de pesquisa no âmbito da SES e/ou intersetorial.
- Desenvolver 20 pesquisas científicas.
- Publicar 20 artigos em periódicos científicos.

OBJETIVO 16: Consolidar a Política Estadual de Residência Integrada em Saúde

Trata-se de reestruturar e fortalecer o Programa de Residências Integradas em Saúde (RIS) desenvolvido pela Escola de Saúde Pública (ESP), compreendendo os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, Dermatologia Sanitária e Psiquiatria, e os Programas de Residência Multiprofissional com ênfases em Atenção Básica, Dermatologia Sanitária, Pneumologia Sanitária e Saúde Mental Coletiva. O Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) é uma modalidade de educação profissional pós-graduada, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço, mediante trabalho sob supervisão (trabalho educativo). A RIS pauta-se na integração entre ensino, serviço, controle social e gestão do SUS (quadrilátero da formação), e está organizada em quatro ênfases: Atenção Básica, Saúde Mental Coletiva, Dermatologia Sanitária e Pneumologia Sanitária. Há também um programa de R3 em Gestão e Educação em Saúde. Envolve diferentes núcleos profissionais: artes, educação física, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia medicina, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. É função de o Estado fomentar a formação qualificada de profissionais no e para o Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando o princípio da regionalização e da descentralização das ações em saúde. A partir do ano de 2011, quatro municípios do Estado passaram a receber residentes da ESP: Porto Alegre, Sapucaia do Sul, Esteio, São Lourenço do Sul, e em 2013, o município de Venâncio Aires também receberá residentes.

Metas 2012-2015:

- Ampliar o número de bolsas para a Residência Integrada em Saúde, contemplando o aumento de 10 residentes ingressantes a cada ano.
- Descentralizar o programa de Residência Multiprofissional e/ou Médica contemplando 06 municípios.
- Ampliar o Programa de residência Integrada em Saúde, criando 02 novas ênfases.
- Ampliar os campos de prática da Residência em Saúde Mental, contemplando os serviços da rede substitutiva e hospital geral.



GLOSSÁRIO DE SIGLAS

AB - Atenção Básica
 ACS - Agentes Comunitários de Saúde
 AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
 AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 AIH - Autorizações de Internação Hospitalar
 ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
 ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
 APAC- Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
 APH - Atendimento Pré-hospitalar
 APS - Atenção Primária à Saúde
 ASSTEPLAN - Assessoria Técnica de Planejamento
 AT - Acidente de Trabalho
 AVC- Acidente Vascular Cerebral
 CACON- Centros de Alta Complexidade em Oncologia
 CAGE- Contadoria e Auditoria-Geral do Estado
 CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
 CASE- Centro de Atendimento Socioeducativo
 CATESTO - Câmara Técnica de Sangue, Outros Tecidos e Órgãos
 CEAF- Componente Especializado de Assistência Farmacêutica
 CEO- Centro de Especialidades Odontológicas
 CEOD - Índice de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados
 CEPOD- Índice de dentes permanentes obturados, decíduos
 CEMM- Comitê Estadual de Mortalidade Materna
 CER- Centro Especializado de Reabilitação
 CES- Conselho Estadual de Saúde
 CEREST - Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador
 CEVS - Centro Estadual de Vigilância em Saúde
 CIB - Comissão Intergestora Bipartite
 CID - Classificação Internacional de Doenças
 CIHDOOT- Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes
 CIR- Comissão Intergestores Regionais
 CIST-Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
 CIT/RS - Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul
 CMG - Coeficiente de Mortalidade Geral
 CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil
 CMIT - Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia
 CMS- Conselho Municipal de Saúde
 CMNP - Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce
 CMNT - Coeficiente de Mortalidade Neonatal Tardia
 CNCDO - Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos
 CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
 CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
 CNS - Conselho Nacional de Saúde
 COAP-Contrato Organizativo de Ação Pública
 CODENE- Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do RS
 CDES- Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social
 COMUDE - Conselho Municipal de Desenvolvimento
 CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
 CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
 CONAMA- Conselho Nacional do Meio Ambiente

CONITEC- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia
CPOD- Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
COREDES - Conselho Regional de Desenvolvimento
CORSAN - Companhia Rio-Grandense de Saneamento
CPAF- Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica
CRA- Central Estadual de Regulação Ambulatorial
CRH- Central Estadual de Regulação Hospitalar
CRUE- Central Regional de Urgência e Emergência
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde
CSEM - Centro de Saúde Escola Murialdo
CT- Comunidade Terapêutica
DA - Departamento Administrativo
DAB/MS- Departamento da Atenção Básica
DAC - Doenças do Aparelho Circulatório
DAHA - Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial
DANT - Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DAS - Departamento de Ações em Saúde
DAT- Divisão de Apoio Técnico/ CEVS
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DBPOC- Doença broncopulmonar obstrutiva Crônica
DCHE - Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV- Doença Cardiovascular
DIC- Doença arterial Coronariana
DM - Doença Meningocócica
DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DOGES- Departamento de Ouvidoria Geral do SUS
DPT- Vacina combinada contra a difteria, a coqueluche e o tétano
DRT - Delegacia Regional do Trabalho
DST - Doença Sexualmente Transmissível
DTA - Doenças Transmitidas por Alimentos
DTV - Doenças Transmitidas por Vetores
DVAS - Doenças Veiculadas por Alimentos
DVAS- Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde
DVE - Divisão de Vigilância Epidemiológica
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
EMSI- Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
ESB- Equipes de Saúde Bucal
ESF- Estratégia de Saúde da Família
ESFQ- Estratégia de Saúde da Família Quilombola
ESP - Escola de Saúde Pública
FAPERGS - Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul
FASE- Fundação de Atendimento Socioeducativo
FEE - Fundação de Economia e Estatística
FEPAM- Fundação Estadual de Proteção Ambiental
FEPPS - Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde
FES - Fundo Estadual de Saúde
FMS- Fundo Municipal de Saúde
FNS - Fundo Nacional de Saúde
FUGAST- Fundação de Gastroenterologia
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
FN-SUS- Fundação Nacional do SUS
GM - Gabinete do Ministro
GSS- Global Salm Surveillance

GT - Grupo de Trabalho
GT PMA- Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação
GUD- Gerenciamento de Usuários com Deficiência
HCV - Vírus da Hepatite C
HCPA- Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HEMORGS - Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul
HEMOPEL- Hemocentro Regional de Pelotas
HIPERDIA- Sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV - Human Papiloma Vírus
HPSP- Hospital Psiquiátrico São Pedro
HSP - Hospital Sanatório Partenon
HUSM- Hospital Universitário de Santa Maria
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDESE - Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDB- Indicadores e Dados Básicos do Brasil
IDH- Índice de desenvolvimento Humano
IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IIMR- Instrumento de Identificação de município de risco
IMC- Índice de massa corporal
IPE- Instituto de Previdência do Estado
IPB-LACEN - Instituto de Pesquisas Biológicas - Laboratório Central do Estado do RS
IR- Índice Regional
IRA - Infecção Respiratória Aguda
ISAB- Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
ISCOMPA- Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
IVS- Índice de Vulnerabilidade Social
LAFERGS - Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul
LER - Lesão por Esforço Repetitivo
LRPD - Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
LVH- Leishmaniose visceral humana
MGS- Monitoramento da Gestão em Saúde
MM - Mortalidade Materna
MIF - Mortalidade de mulheres em idade fértil
MP - Ministério Público
MS- Ministério da Saúde
NAAB- Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NES- Núcleo de Economia da Saúde
NEU- Núcleo Estadual de Educação em Urgências
NIDS - Núcleo de Informação e Divulgação em Saúde
NIS- Núcleo de Informação em Saúde
NOTVISA- Sistema de Notificações para a Vigilância em Saúde
NUMESC- Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
NURESC - Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva
NUREVS - Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde
NV - Nascidos Vivos
OAV - Observatório de Acidentes e Violências
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan- Americana de Saúde
PAB - Piso de Atenção Básica de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários

PAIR- Perda auditiva induzida por ruídos
PAR- Plano de Ação Regional
PBF- Programa Bolsa Família
PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PECAHF - Política de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatia
PCDT- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PECD- Plano Estadual de Controle da Dengue
PEVAI- Plano Estadual de Vigilância do Aedes Aegypti
PECTIS- Política Estadual de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
PIES- Política de Incentivo Estadual à qualificação da Atenção Básica
PIM - Primeira Infância Melhor
PIT - Postos de Informações de Triatomíneos
PLANEJASUS- Sistema de Planejamento do SUS
PMA- Planejamento, Monitoramento e Avaliação
PMAC- Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica
PMCT- Plano Municipal de Controle da Tuberculose
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/IBGE
PNCD- Programa Nacional de Controle da Dengue
PNCT- Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNCTIS- Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde
PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNGC- Programa Nacional de Gestão de Custos
PNI - Programa Nacional de Imunizações
PNSN- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
PNSSP- Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POE- Plano Operativo de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes em Conflito com a Lei
PPA - Plano Plurianual
PPP- Projeto Político Pedagógico
PPV - Projeto Prevenção da Violência
PRD - Programas de Redução de Danos
PROCERGS - Companhia de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul
PROESF- Projeto de expansão e consolidação da Saúde da Família
PROFAPS- Programa de Profissionalização de Técnicos do nível médio
PSF - Programa de Saúde da Família
PSE-Programa de Saúde na Escola
PT - Portaria
RAS- Rede de Atenção à Saúde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RD- Redução de danos
RDC- Regulamentação de Diretoria Colegiada da ANVISA
REDOME- Registro de doadores voluntários de medula óssea
REME - Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
REMUME- Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME- Relação nacional de medicamentos essenciais
RENAST - Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador
RETSUS- Rede Nacional de Escolas Técnicas do SUS
RGMS - Relatório de Gestão Municipal de Saúde
RINA - Relatório Individual de Notificação de Agravos
RIS - Residência Integrada em Saúde
RN - Recém-nascido
RS- Rio Grande do Sul

SAA- Sistema de abastecimento de água
SAC- Soluções Alternativas Coletivas
SAMU - Sistema Móvel de Urgência
SAMU USB- Sistema Móvel de Urgência Unidade de Transporte Básico
SAMU USA- Sistema Móvel de Urgência Unidade de Transporte Avançado
SASI- Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SB - Saúde Bucal
SE - Sala de Estabilização
SPD - Setor da Saúde da Pessoa com deficiência
SEPLAG - Secretaria Estadual de Planejamento e Gestão
SES - Secretaria de Estado da Saúde
SESAL- Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGS- Sistema Integrado de Gestão de Saúde
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISÁGUA - Sistema de Informação de Vigilância de Qualidade da Água para Consumo Humano
SIS-FAD - Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue
SISLAB - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
SISMAMA- Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISPRENATAL - Sistema de Informação do acompanhamento do Pré-Natal
SISRAG- Síndrome respiratória aguda grave
SIST - Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador
Sistema AME - Sistema Assistência de Medicamentos do Estado
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SNT - Sistema Nacional de Transplantes
SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos
SRAG- Síndrome respiratória aguda grave
SSCA - Seção da Saúde da Criança e do Adolescente
SSMN - Setor de Saúde Mental e Neurológica
SUS - Sistema Único de Saúde
SUAS- Sistema Único de Assistência Social
SUSEPE - Superintendência de Serviços Penitenciários
TABWIN - Tabulador de Informações de Saúde para o ambiente Windows
TAN- Teste de testagem neonatal
TCE - Tribunal de Contas do Estado
TCU- Tribunal de Contas da União
TDO- Tratamento diretamente observado
TFD- Tratamento fora do domicílio
TI- Taxa de Incidência
TMM5 - Taxa de Mortalidade em Menores de 05 anos
UBS - Unidade Básica de Saúde
UCI- Unidade de Cuidados Intermediários
UCP- Unidade de Cuidados Prolongados
UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UPA - Unidades de Pronto Atendimento
UREST- Unidade Regional especializada em Saúde do Trabalhador
USA- Unidade de Suporte Avançado
USB- Unidade de Suporte Básico

USF- Unidade de Saúde da Família

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

VAN- Vigilância Alimentar e Nutricional

VE- DTA - Vigilância Epidemiológica das Doenças de Transmissão Alimentar

VIGIÁGUA - Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano

VIGIAR - Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade do Ar

VIGISOLO - Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade do Solo

VIGITEL- Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

VISA - Vigilância Sanitária

VSR- Vírus sensorial respiratório

VRQ- Valores de referência de qualidade dos solos



Secretaria da Saúde

 **PLANEJASUS RS**



GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

