GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2016 – 2019

Governador do Estado
José Ivo Sartori

Secretário de Estado da Saúde
João Gabbardo dos Reis

Secretário de Estado da Saúde Adjunto
Francisco Antonio Zancan Paz

Diretor Geral
Francisco Bernd

Presidente do Conselho Estadual da Saúde
Célia Machado Gervasio Chaves

Assessoria Técnica e de Planejamento
Aglaé Regina Silva

Assessoria de Comunicação Social
Andréa Pinto de Menezes

Assessoria Jurídica
Bruno Naundorf

Coordenação da Auditoria Médica
João Luiz Couto Anzanello

Ouvidoria do SUS/RS
Luana Gonçalves Gehres

Departamento Administrativo
Gilberto Faturi Gindri

Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação

Cristian Fabiano Guimarães

Fundo Estadual de Saúde
Meriana Farid El Kek

Departamento de Ações em Saúde
Elson Romeu Farias

Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Francisco Zancan Paz

Coordenação dos Hospitais Estaduais
Luiz Carlos Pinto Sobrinho

Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica
Alexandre Silveira Nique

Centro Estadual de Vigilância em Saúde
Marilina Bercini

Escola de Saúde Pública
Teresinha Valduga Cardoso

Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde
Neusa Kempfer

Departamento de Regulação Estadual
Mayra Marcela Souza Rodriques

Sumário

Apresentação **9**
Mapa Estratégico da Secretaria Estadual da Saúde **1**
Organização da Saúde no Território Gaúcho **13**
I. Análise Situacional **18**
1. Necessidades de Saúde da População 18
1.1. Panorama demográfico 18
1.2. Determinantes e Condicionantes do processo saúde-doença 20
1.3. Perfil Epidemiológico 28
1.4. Situação de saúde de grupos populacionais específicos e vulneráveis 54
2. Organização e Estrutura da Rede de Atenção à Saúde 67
2.1. Atenção Primária à Saúde 68
2.2. Atenção Secundária e Terciária à Saúde 74
2.3. Redes Temáticas 92
2.4. Transversalidade da Vigilância em Saúde 109
2.5. Assistência Farmacêutica 116
2.6. Apoio diagnóstico e terapêutico 120
2.7. Governança da Rede de Atenção à Saúde 122
2.8. Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde 145
3. Caracterização das Regiões de Saúde 148
II. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores **169**
III. Monitoramento e Avaliação **186**
Glossário de Siglas **194**
Anexo **201**

Lista de Figuras

Figura 1. Mapa Estratégico da Secretaria Estadual da Saúde 1
Figura 2. Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul. 13
Figura 3. Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Municípios, RS. 14
Figura 4. Distribuição da população por faixa etária e gênero, Rio Grande do Sul, anos 1970, 2010 e 2030. 18
Figura 5. Coeficiente Geral de Natalidade, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2014. 19
Figura 6. Proporção de idosos na população, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2012. . 20
Figura 7. Média de volume de agrotóxicos L/km²/ano, por Regiões de Saúde, Rio Grande do Sul, 2010. 21
Figura 8. Taxa de analfabetismo, Rio Grande do Sul, Censos 1991, 2000, 2010. 22
Figura 9. Taxa de analfabetismo, por Região de Saúde, Rio Grande so Sul, 2010 22
Figura 10. Proporção de pessoas com baixa renda, <1/2 salário mínimo, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2010 23
Figura 11. Taxa de trabalho infantil, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2010. 24
Figura 12. Percentual de moradias sem coleta de resíduos sólidos, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2015. 25
Figura 13. Proporção de moradores por domicílio permanente, Rio Grande do Sul, 2010. 26
Figura 15. Percentual de 7 ou mais consultas de pré-natal, por Região de Saúde, 2014. 29
Figura 14. Taxa de Prematuridade e Proporção de Baixo Peso ao Nascer por Região de Saúde, RS, 2014. 1
Figura 16. Percentual de parto normal, por Região de Saúde, 2014. 30
Figura 17. Número de casos de Dengue Notificados, Confirmados e Autóctones, Rio Grande do Sul, 2010 a 2015. 32
Figura 18. Coeficiente de Incidência por 100.000 habitantes dos casos autóctones de Dengue, por Região de Saúde, nos anos de 2014 e 2015. 32
Figura 19. Distribuição de Casos Notificados de Febre Chikungunya, por Região de Saúde, RS, 2014 e 2015. 33
Figura 20. Tendência dos Coeficientes de Incidência das Hepatites A, B e C por 100.000 habitantes, RS, 2010 a 2014. 35
Figura 21. Coeficientes de Incidência das Hepatites Virais A, B e C, por Região de Saúde, RS, 2014. 36
Figura 22. Coeficiente de detecção da Hanseníase, por Regiões de Saúde, RS, 2014. 36
Figura 23. Coeficiente de Incidência por Tuberculose de todas as formas, por Região de Saúde, RS, 2014. 1
Figura 24. Coeficiente de Incidência de Sífilis Congênita em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos, conforme Região de Saúde de residência, 2014. 39
Figura 25. Taxa de internações da população residente por Capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID), Rio Grande do Sul, 2014. 41
Figura 26. Índice de internações devido ao Risco de Suicídio, por 100 mil habitantes, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2014. 45
Figura 27. Casos registrados de intoxicação humana por medicamentos e circunstância no Rio Grande do Sul, 2010 a 2014. 45

Figura 28. Taxa de mortalidade geral padronizada por idade, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2014. 47
Figura 29. Coeficiente de Mortalidade Perinatal e Infantil, por Região de Saúde, Rio Grande, 2014. 50
Figura 30. Percentual de óbitos por grupos, do capítulo causas externas (CID 10), 10-19 anos, RS, 2014. 51
Figura 31. Índice de Suicídio/100 mil habitantes, por Região de Saúde, RS, 2014. 52
Figura 32. Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde. 67
Figura 33. Cobertura de Equipes de Atenção Básica, Regiões de Saúde, RS, 2015. 68
Figura 34. Proporção de cobertura populacional estimada de Equipes de Saúde da Família por Região de Saúde, RS, 2015. 69
Figura 35. Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), RS, Região Sul e Brasil, 2010 a 2014. 70
Figura 36. Percentual de leitos localizados em hospitais com até 50 leitos, por Região de Saúde, RS, 2016. 83
Figura 37. Consultas Especializadas Reguladas sob Gestão da SES/RS, 2012 a 2015. 87
Figura 38. Lista de Espera para Consulta Médica Especializada, Ofertada em Porto Alegre para não Residentes, dezembro/2011 a dezembro/2015. 88
Figura 39. Número de exames com acesso regulado, 2013-2015, RS. 88
Figura 40. Estrutura da Assistência Farmacêutica na Atenção Secundária e Terciária. 90
Figura 41. Serviços de Atenção ao Alto Risco e Casas da Gestante. 93
Figura 42. Unidades de Cardiologia, Neurologia, Traumatologia, Oncologia e Neurologia por Macrorregião de Saúde, Rio Grande do Sul, 2016. 98
Figura 43. Fluxo de acesso aos medicamentos Especializados e Especiais no RS. 117
Figura 44. Modelo Institucional do SUS. 122
Figura 45. Processo de tomada de decisão nas CIR, 2016. 126
Figura 46. Frequência dos temas discutidos em reuniões de CIR, RS, 2016. 127
Figura 47. Secretarias Municipais de Saúde com Ouvidoria Implantada, RS, 2016. 129
Figura 48. Série Histórica do Quadro de Recursos Humanos SES/RS, 2011-2015 133
Figura 49. Quantitativo de servidores afastados em licença para tratamento de saúde, com respectivo CID, RS, 2014. 134
Figura 50. Distribuição de recursos da Participação Popular e Cidadã, por Região de Saúde, 2011 a 2014. 141
Figura 51. Ciclo Anual de Monitoramento do PES 2016-2019. 187

Lista de Tabelas

Tabela 1. Total das notificações de agravos à saúde do trabalhador, Rio Grande do Sul, 2010 a 2014. 46
Tabela 2. Óbitos por capítulo (CID-10), Rio Grande do Sul, 2010-2014. 48
Tabela 3. Mortalidade proporcional por faixa etária e capítulo da CID-10, Rio Grande do Sul, 2014. 48

Lista de Quadros

Quadro 1. Número de nascidos vivos, Proporção de Baixo Peso ao Nascer e Taxa de Prematuridade, Rio Grande do Sul, 2010 a 2014. 28
Quadro 2. Taxa de Internações População Residente no RS por Capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID), 2010 a 2014. 41
Quadro 3. Taxa de internações da população residente por Capítulo da CID e Faixa Etária, Rio Grande do Sul, 2014. 42
Quadro 4. Taxa de internações (10.000 habitantes) por causas selecionadas de doenças do aparelho respiratório, Rio Grande do Sul, 2010 a 2014. 42
Quadro 5. Taxas de internações (10.000 habitantes) por causas selecionadas de Doenças do Aparelho Digestivo, Rio Grande do Sul, 2010 a 2014. 43
Quadro 6. Indicadores de mortalidade infantil, Rio Grande do Sul, 2010-2014. 50
Quadro 7. Razão de Mortalidade Materna, Rio Grande do Sul, 2010 a 2014. 51
Quadro 8. Capacidade instalada dos dispositivos da Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul. Ano base de 2015. 70
Quadro 9. Oferta de consultas médicas na Atenção Especializada nas Regiões e Macrorregiões de Saúde, 2015. 75
Quadro 10. Serviços habilitados em Traumatologia-Ortopedia em Alta Complexidade, RS, 2015. 76
Quadro 11. Capacidade instalada de leitos pediátricos clínicos e cirúrgicos (total de leitos pediátricos SUS), por Região de Saúde, RS, 2016. 79
Quadro 12. Capacidade instalada de leitos clínicos adultos (total de leitos clínicos adultos SUS), por Região de Saúde, RS, 2016. 80
Quadro 13. Capacidade instalada de leitos cirúrgicos adultos (total de leitos cirúrgicos adultos SUS), por Região de Saúde, RS, 2016. 81
Quadro 14. Capacidade Instalada de leitos obstétricos (total de leitos obstétricos SUS), por Região de Saúde, RS, 2016. 82
Quadro 15. Capacidade Instalada de leitos de UTI adulto (total de leitos de UTI adulto SUS habilitados), por Macrorregião de Saúde, RS, 2016. 84
Quadro 16. Capacidade Instalada de leitos de UTI neonatal (total de leitos de UTI neonatal SUS habilitados), por Macrorregião de Saúde, RS, 2016. 84
Quadro 17. Capacidade Instalada de Leitos de UCINCO (total de leitos de UCINCO SUS habilitados), por Macrorregião de Saúde, RS, 2016. 84
Quadro 18. Capacidade Instalada de leitos de UTI pediátrica (total de leitos de UTI pediátrica SUS habilitados), por Macrorregião de Saúde, RS, 2016 85
Quadro 19. Fila de espera para consulta especializada em Porto Alegre para não residentes em especialidades que são reguladas em conjunto com TelessaúdeRS, RS, 2014- 2016. 88
Quadro 20. Série Histórica de tipo de transplantes realizados no RS, 1996-2015. 90
Quadro 21. Centrais de Regulação do estado do Rio Grande do Sul, percentual de cobertura da população atendida e número de bases SAMU, julho 2016. 95
Quadro 22. Serviços de Oncologia por Macrorregião de Saúde no RS, 2016. 99
Quadro 23. Estado nutricional dos usuários atendidos na APS, por faixa etária, Rio Grande do Sul, 2014. 99

Quadro 24. Distribuição das Unidades e seus respectivos Serviços da Rede de Assistência ao Paciente Cardiológico nas Macrorregiões, Regiões de Saúde e Municípios do RS. 101
Quadro 25. Distribuição dos Serviços Hospitalares habilitados em Neurologia na Alta Complexidade nas Macrorregiões de Saúde, Regiões de Saúde e municípios do RS. 102
Quadro 26. Percentual de Cobertura Vacinal, segundo imunobiológico, Rio Grande do Sul, 2010 a 2014. 111
Quadro 27. Número de unidades notificadoras de Violência Interpessoal e Autoprovocada e número de notificações realizadas, por nível de atenção à saúde, RS, 2015. 112
Quadro 28. Número de notificações de agravos (acidentes e trabalhos) relacionados ao trabalho, regis 114
Quadro 29. Organização da AF no SUS, por blocos de financiamento. 116
Quadro 30. Oferta de serviços de apoio diagnóstico, RS, 2015. 121
Quadro 31. Recursos Humanos da SES/RS por vínculo empregatício, 2015..... 132
Quadro 32. Recursos Humanos da FEPPS/RS em 2015..... 132
Quadro 33. Percentual de Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) no RS, 2012 a 2015. 135
Quadro 34. Recursos estaduais repassados aos hospitais e aos municípios, custeio e capital, 2012 a 2015. 135
Quadro 35. Gasto por via judicial no RS, 2012 a 2015. 136
Quadro 36. Gastos com medicamentos e outras demandas assistenciais inseridos nos sequestros e depósitos judiciais, RS, 2012 a 2015. 136
Quadro 37. Metodologia de alocação de recursos financeiros, por bloco de financiamento, RS, 2015. 137
Quadro 38. Eixos e Diretrizes da 7ª Conferência Estadual de Saúde. 169

Região 10– Capital e Vale do Gravataí

Região 11 – Sete Povos das Missões

Apresentação

A Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul apresenta o Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019. Este documento é o principal **instrumento de planejamento** da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como objetivo orientar as políticas públicas no período, com base nas necessidades de saúde da população gaúcha e nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. A partir da análise situacional do território, de forma regionalizada, foram definidas diretrizes, objetivos e metas a serem alcançados no referido período e identificada a estratégia para o monitoramento e a avaliação das metas previstas no âmbito estadual.

O presente documento é mais um passo para avançar na construção de um Sistema Único de Saúde de qualidade no Rio Grande do Sul. Os pressupostos que embasaram sua elaboração levaram em conta as mudanças na legislação ocorridas nos últimos anos, o fortalecimento do **Planejamento Regional** através do trabalho das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e a indução da **Atenção Primária à Saúde (APS)** como coordenadora do cuidado e ordenadora das **Redes de Atenção à Saúde (RAS).**

Sua elaboração foi coordenada pelo **Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação** (GT PMA), envolvendo os departamentos e órgãos vinculados da SES/RS. O **Conselho Estadual de Saúde** (CES/RS) participou dos debates e suas contribuições foram incorporadas ao documento.

Destaca-se na construção deste documento e no planejamento da gestão estadual a centralidade da base territorial das Regiões de Saúde como forma de garantir a integralidade das ações e serviços para a população. O **Decreto n° 7.508 de 2011** estabeleceu critérios para a definição desses espaços geográficos, como referência para a análise socioeconômica, da situação de saúde e para o dimensionamento da capacidade instalada, produção de serviços e fluxo de acesso, além do princípio de planejamento ascendente e integrado. No Rio Grande do Sul, o processo de regionalização resultou no estabelecimento de **30 Regiões de Saúde** (Resolução nº 555/2012 - CIB/RS, alterada pela Resolução n° 459/2014 - CIB/RS). Essa forma de organização do território foi base para as análises da situação de saúde, refletindo os avanços do processo de trabalho da SES/RS nos últimos anos. Portanto, as análises partem das Regiões de Saúde, tendo em vista explicitar as diferenças regionais encontradas no estado, visando a construção de políticas de saúde com equidade.

O Plano Estadual de Saúde 2016-2019 está organizado de acordo com **Portaria GM/MS nº 2.135 de 2013**, que orienta o processo de planejamento no SUS. Assim, o documento se divide em três capítulos: o primeiro trata da análise situacional da saúde do estado; o segundo contém as diretrizes, objetivos e metas para o período e, por fim, o terceiro capítulo dispõe sobre o método de monitoramento e avaliação das ações propostas.

Na **análise situacional** buscou-se desenhar o retrato da saúde no estado. Na primeira e segunda parte, são analisados dados que permitem identificar e priorizar os problemas de saúde no estado, orientando a definição das medidas a serem implementadas. Na terceira parte, apresenta-se a caracterização e as especificidades de cada região de saúde, material que foi produzido pelos Grupos de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação Regionais, reforçando a noção de planejamento regional adotada pela gestão.

No que se refere às **necessidades de saúde da população**, como parte da análise situacional, apresenta-se um conjunto de indicadores demográficos, socioeconômicos, de educação e epidemiológicos/sanitários. Com vistas a analisar os determinantes e

condicionantes da saúde da população, foi utilizado o Modelo de Dahlgren e Whitehead. Após, é apresentado o perfil de morbimortalidade da população do estado e a situação de saúde de grupos populacionais de maior vulnerabilidade social.

O primeiro capítulo traz também uma parte relativa à **estrutura e organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)**. A proposta das redes visa superar a fragmentação do sistema, através de arranjos organizativos das ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio, logísticos e de governança, tendo a Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação da rede e ordenadora do cuidado. Assim, dados sobre a estrutura do sistema, cobertura das ações e serviços e lacunas assistenciais serão analisadas a partir dos componentes das RAS. Além disso, destacam-se os pontos especializados das redes temáticas Materno-Infantil, Urgência e Emergência, Cuidados à Pessoa com Deficiências, Psicossocial e Condições Crônicas.

O segundo capítulo dispõe sobre as **Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores** definidos para o período. Além de priorizar os problemas identificados na análise situacional, as medidas estabelecidas foram compatibilizadas com o Plano Plurianual (PPA) 2016-2019 e com o Mapa Estratégico da Secretaria Estadual de Saúde (que será apresentado na página a seguir), visando harmonizar o planejamento setorial da saúde com o planejamento geral do governo. Neste capítulo, também foram incorporadas as propostas da 7ª Conferência Estadual de Saúde, realizada em setembro de 2015. Estas metas foram discutidas com as Coordenadorias Regionais de Saúde, visando considerar as metas regionais e promover a equidade inter-regional no estado do Rio Grande do Sul.

O terceiro e último capítulo versa sobre o **Monitoramento e Avaliação** das ações propostas neste documento, visando à institucionalização e transparência do processo de prestação de contas perante os gestores, trabalhadores e usuários do SUS. São explicitados os critérios para seu acompanhamento pela gestão, controle social e população em geral, apontando os instrumentos que serão utilizados. Dado o esforço em caracterizar a situação de saúde em cada região de saúde, é importante que os resultados sejam monitorados e avaliados também no âmbito das Comissões Intergestores Regionais (CIR), a fim de construir efetivamente a cultura da região de saúde no estado.

Figura 1. Mapa Estratégico da Secretaria Estadual da Saúde

Missão

Coordenar a política de saúde contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população, segundo os princípios do SUS

Visão

Ser uma instituição inovadora, com gestão de excelência, que atenda às necessidades de saúde da população até 2030

Valores

Ética Transparência Competência Responsabilidade Compromisso

Resultados para a Sociedade

- Reduzir a morbimortalidade de causas evitáveis materna e infantil
- Reduzir a morbimortalidade por causas externas
- Reduzir a mortalidade prematura por complicações de doenças respiratórias, cardiocirculatórias e diabetes
- Propiciar maior longevidade saudável
- Melhorar a satisfação dos usuários em relação ao SUS

Processo

- Implementar Redes de Atenção a Saúde
- Fortalecer a APS como ordenadora do Cuidado
- Fortalecer o processo de regionalização da saúde
- Instituir a Política para Atenção Ambulatorial Especializada sob a lógica das RAS
- Implementar a Política de Atenção Hospitalar, sob a lógica das RAS, definindo o papel dos hospitais no território locorregional
- Qualificar a Política de Assistência Farmacêutica
- Garantir a transversalidade das ações de Vigilância em Saúde na RAS
- Implementar a Política Estadual de Regulação

Perspectiva de Gestão

- Organizar os sistemas de apoio às Redes de Atenção à Saúde
  - ✓ Qualificar os Sistemas de Informação para análise, disseminação e compartilhamento de dados
  - ✓ Implementar tecnologias e ferramentas para a gestão da clínica
  - ✓ Investir na infraestrutura da SES para fazer frente às suas competências
  - ✓ Estruturar o sistema de diagnóstico, fortalecer a hemorrede e laboratórios de saúde pública
- Promover a mudança de cultura organizacional visando a implantação das Redes de Atenção à Saúde
  - ✓ Modernizar o organograma e aperfeiçoar os fluxos e processos de trabalho da SES
  - ✓ Fortalecer a transversalidade, a comunicação e o trabalho coletivo na SES
  - ✓ Implementar a Política de Gestão do Trabalho
  - ✓ Incentivar a intersetorialidade com instituições governamentais e não governamentais
  - ✓ Fortalecer o papel regulador do Estado
- Fortalecer a Política Estadual de Formação e Educação Permanente de acordo com as RAS, com ênfase na gestão
- Qualificar as atividades de regulação, contratualização, monitoramento e avaliação
  - ✓ Incentivar e fortalecer as instâncias de controle e participação social
  - ✓ Fortalecer a CIR e o planejamento regional e macrorregional
  - ✓ Fortalecer a ouvidoria do SUS como instrumento de gestão e de avaliação da satisfação do usuário
  - ✓ Instituir a prática de auditoria com ênfase na gestão

Perspectiva Financeira

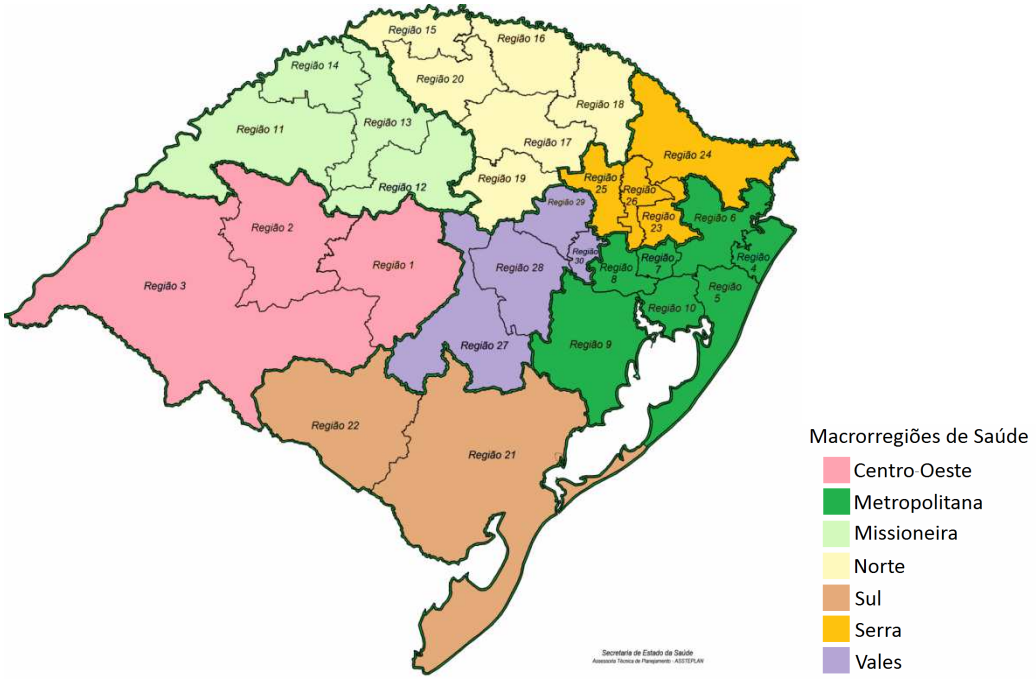
- Cumprir os 12% orçamentários, conforme LC 141/2012
- Aprimorar os mecanismos de monitoramento e execução do gasto público
- Alocar os recursos financeiros de acordo com as necessidades de saúde visando reduzir as desigualdades regionais
- Implementar estratégias de captação de recursos nacionais e internacionais

Região 18 – Região das Araucárias

Organização da Saúde no Território Gaúcho

A **Região de Saúde** é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento 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 nº 7508/2011). A organização da Rede de Atenção à Saúde exige a definição da Região de Saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços ofertados neste território. O Rio Grande do Sul possui 30 Regiões de Saúde e elas são a base para o planejamento em saúde. As **Coordenadorias Regionais de Saúde** (CRS) são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em determinado território, tendo por objetivo apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais de saúde. O RS está dividido político-administrativamente em 19 CRS. Estas, quando agrupadas, formam sete **Macrorregiões de Saúde**, as quais visam garantir uma organização para ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Nessas Macrorregiões estão inseridos hospitais de referência macrorregional, com capacidade de atender os casos mais complexos.

Figura 2. Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS.

Figura 3. Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Municípios, RS.

Macrorregião de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde	Região de Saúde	Município	População 2014
Centro-Oeste	4º CRS	R1 - Verdes Campos	Agudo, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Ivorá, Júlio de Castilhos, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São João do Polêsine, São Sepé, Silveira Martins, Toropi e Vila Nova do Sul	435.021
		R2 - Entre-Rios	Cacequi, Capão do Cipó, Itacurubi, Jaguari, Jari, Mata, Nova Esperança do Sul, Santiago, São Francisco de Assis, São Vicente do Sul e Unistalda	127.574
	10ª CRS	R3 - Fronteira Oeste	Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Sant'Ana do Livramento, São Gabriel e Uruguaiana	476.748
Metropolitana	1ª CRS	R6 - Vale do Paranhana Costa da Serra	Cambará do Sul, Igrejinha, Parobé, Riozinho, Rolante, São Francisco de Paula, Taquara e Três Coroas	225.321
		R7 - Vale dos Sinos	Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São José do Hortêncio, São Leopoldo e Sapiranga	799.530
		R8 - Vale do Caí Metropolitana	Barão, Brochier, Canoas, Capela de Santana, Esteio, Harmonia, Maratá, Montenegro, Nova Santa Rita, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul, Tabaí, Triunfo e Tupandi	756.735
	2ª CRS	R9 - Carbonífera/Costa Doce	Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Mariana Pimentel, Minas do Leão, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes	403.907
		R10 - CapitalVale do Gravataí	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão	2.332.576
	18ª CRS	R4 - Belas Praias	Arroio do Sal, Capão da Canoa, Dom Pedro de Alcântara, Itati, Mampituba, Maquiné, Morrinhos do Sul, Terra de Areia, Torres, Três Cachoeiras, Três Forquilhas e Xangri-lá	148.751
		R5 - Bons Ventos	Balneário Pinhal, Capivari do Sul, Caraá, Cidreira, Imbé, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares e Tramandaí	218.625
	9ª CRS	R12 - Portal das Missões	Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach e Tupanciretã, sendo Cruz Alta	156.494
	12ª CRS	R11 - Sete Povos das Missões	Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Dezesseis de Novembro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama, Vitória das Missões	292.789

	14ª CRS	R14 - Fronteira Noroeste	Alecrim, Alegria, Boa vista do Buricá, Campinas das Missões, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva e Tuparendi	232.754
	17ª CRS	R13 - Região da Diversidade	Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuípe, Coronel Barros, Chiapetta, Condor, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Jóia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul e Sede Nova	231.229
Norte	6ª CRS	R17 - Região do Planalto	Almirante Tamandaré do Sul, Camargo, Carazinho, Casca, Ciríaco, Coqueiros do Sul, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Gentil, Lagoa dos Três Cantos, Marau, Mato Castelhano, Montauri, Muliterno, Não-Me-Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Passo Fundo, Pontão, Santo Antônio do Palma, Santo Antônio do Planalto, São Domingos do Sul, Serafina Corrêa, Sertão, Vanini, Victor Graeff, Vila Maria	403.557
		R18 - Região das Araucárias	Água Santa, André da Rocha, Barracão, Cacique Doble, Capão Bonito do Sul, Caseiros, Ibiaçá, Ibiraiaras, Lagoa Vermelha, Maximiliano de Almeida, Paim Filho, Machadinho, Sananduva, Santa Cecília do Sul, Santo Expedito do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro, Tapejara, Tupanci do Sul e Vila Lângaro	133.367
		R19 - Região do Botucaraí	Alto Alegre, Arvorezinha, Barros Cassal, Campos Borges, Espumoso, Fontoura Xavier, Ibirapuitã, Itapuca, Lagoão, Mormaço, Soledade, Tapera, Tio Hugo e Tunas	119.545
	11ª CRS	R16 - Alto Uruguai Gaúcho	Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Azul, Benjamin Constant do Sul, Campinas do Sul, Carlos Gomes, Centenário, Charrua, Cruzaltense, Entre Rios do Sul, Erebango, Erechim, Erval Grande, Estação, Faxinalzinho, Floriano Peixoto, Gaurama, Getúlio Vargas, Ipiranga do Sul, Itatiba do Sul, Jacutinga, Marcelino Ramos, Mariano Moro, Nonoai, Paulo Bento, Ponte Preta, Quatro Irmãos, Rio dos Índios, São Valentim, Severiano de Almeida, Três Arroios e Viadutos	238.237
	15ª CRS	R20 - Rota da Produção	Barra Funda, Boa Vista das Missões, Braga, Cerro Grande, Chapada, Constantina, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Miraguaí, Nova Boa Vista, Novo Barreiro, Novo Xingu, Palmeira das Missões, Redentora, Ronda Alta, Rondinha, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Sarandi, Três Palmeiras e Trindade do Sul	166.764
	19ª CRS	R15 - Caminho das Águas	Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rodeio Bonito, Seberi, Taquaruçu Do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre e Vista Gaúcha	191.333

Serra	5ª CRS	R23 - Caxias e Hortências	Canela, Caxias do Sul, Gramado, Linha Nova, Nova Petrópolis e Picada Café	574.115
		R24 - Campos de Cima da Serra	Bom Jesus, Campestre da Serra, Esmeralda, Jaquirana, Monte Alegre dos Campos, Muitos Capões, Pinhal da Serra, São José dos Ausentes e Vacaria	99.168
		R25 - Vinhedos e Basalto	Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Carlos Barbosa, Coronel Pilar, Cotiporã, Fagundes Varela, Garibaldi, Guabiju, Guaporé, Monte Belo do Sul, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Prata, Parai, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, União da Serra, Veranópolis, Vila Flores, Vista Alegre do Prata	298.581
		R26 - Uva e Vale	Alto Feliz, Antônio Prado, Bom Princípio, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Ipê, Nova Pádua, Nova Roma do Sul, São Marcos, São Vendelino e Vale Real	180.346
Sul	3ª CRS	R21 - Região Sul	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu	879.864
	7ª CRS	R22 - Pampa	Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra e Lavras do Sul	189.638
Vales	8ª CRS	R27 - Jacuí Centro	Arroio do Tigre, Caçapava do Sul, Cachoeira do Sul, Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Novo Cabrais, Passa Sete, Segredo e Sobradinho	206.937
	13ª CRS	R28 - Vinte e Oito	Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale Verde, Vale do Sol, Venâncio Aires e Vera Cruz	343.858
	16ª CRS	R29 - Vales e Montanhas	Anta Gorda, Arroio do Meio, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Forquetinha, Ilópolis, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Bréscia, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Travesseiro, Vespasiano Correa	219.296
		R30 - Vale da Luz	Bom Retiro do Sul, Colinas, Estrela, Fazenda Vilanova, Imigrante, Paverama, Poço das Antas, Taquari, Teutônia, Westfália	124.614
RS				**11.207.274**

Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS.

Região 9– Carbonífera / Costa Doce

Região 7 – Vale dos Sinos

I. Análise Situacional

1. Necessidades de Saúde da População

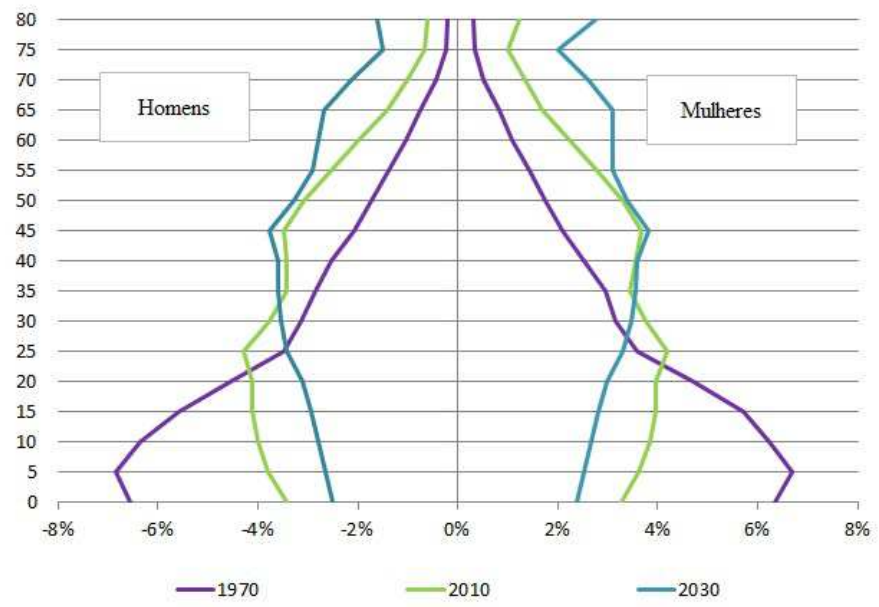
1.1. Panorama demográfico

A população do Rio Grande do Sul estimada pelo IBGE para o ano de 2015 é de 11.247.972, e projeta-se um aumento populacional de 554.043 habitantes, o que representa 4,9% de aumento em relação ao Censo de 2010. As cinco regiões de saúde com a maior população são: R10 (2.332.754 habitantes), R21 (879.864), R7 (799.530), R8 (756.735) e R23 (574.115), as quais perfazem 47,67% do total populacional.

A população urbana é de 85,1% e a população rural é de 14,9% (IBGE, 2010), com densidade demográfica de 42 habitantes/km^2. As regiões de saúde com maior densidade demográfica (habitantes/km^2) são R10 (812), R7 (594), R8 (281), R23 (225) e R30 (95) e as com menor densidade demográfica são R2 (9) R24 (10) e R3 e R22 (12) (FEE/RS, 2014).

Treze regiões de saúde têm mais de 80% da população vivendo no perímetro urbano, sendo que a R15 apresenta o menor grau de urbanização (55,3%) e a R10 o maior grau (98,6%).

Figura 4. Distribuição da população por faixa etária e gênero, Rio Grande do Sul, anos 1970, 2010 e 2030.



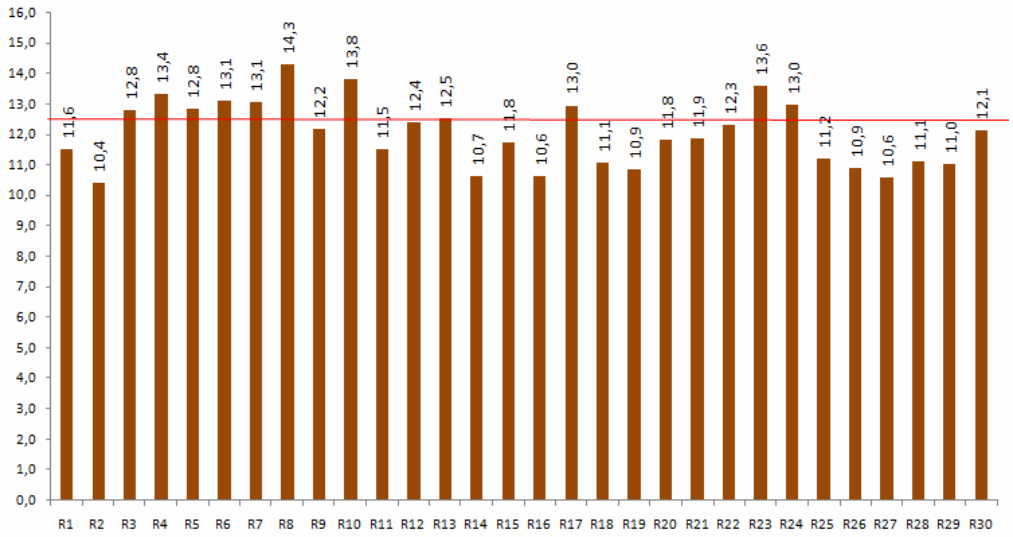
Fonte dos dados brutos: IBGE (Censo Demográfico 1970 e Projeções Populacionais para 2010 e 2030)
Elaboração: NDP/FEE

De 1970 a 2010 houve decréscimo do número de nascimentos e aumento da população acima de 60 anos. Projeções para 2030 apontam um processo de envelhecimento da população e a pirâmide etária se aproximará da estrutura de países desenvolvidos (Figura 4).

Quanto à cor/raça a população se autodeclarou: branca (83,23%), parda (10,57%), preta (5,57%), amarela (0,33% e indígena (0,31%) (IBGE, 2010).

O Coeficiente Geral de Natalidade (CGN) se mantém estável, oscilando entre 12,45 (2010) e 12,89 (2014). Em 2014, 21 regiões de saúde apresentaram valor menor que o CGN do Estado, 12,79 nascidos vivos por mil habitantes (Figura 5).

Figura 5. Coeficiente Geral de Natalidade, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2014.



Fonte: NIS/DGTI/SES/RS.

Em 2010, o Brasil apresentava taxa de fecundidade de 1,90 filhos por mulher, enquanto o RS tinha taxa de 1,75. Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional (IBGE, 2010). Tendo em vista que o baixo crescimento populacional deve-se, principalmente, à baixa taxa de fecundidade das mulheres, ressalta-se que o bônus demográfico[1] terminará mais cedo no Rio Grande do Sul, antes da média brasileira, com impacto em áreas como saúde, previdência, assistência social e infraestrutura (FEE, 2015).

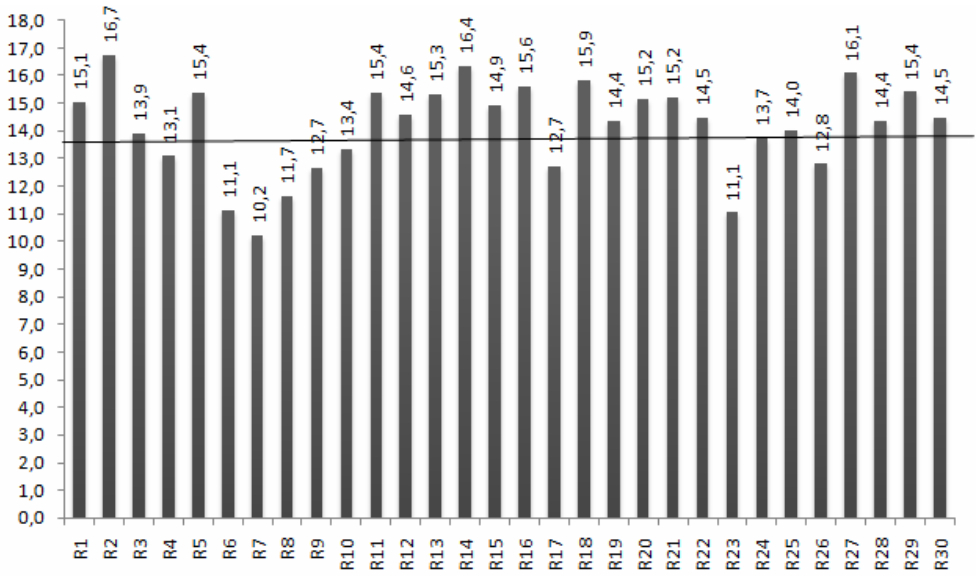
No período de 1970 a 2010 houve um acréscimo de oito anos na expectativa média de vida da população, passando de 67,8 para 75,1 anos (78,9 para mulheres e 71,2 para homens). As mulheres representam 57% da população idosa e 66,5% do contingente de maiores de 80 anos.

O grupo populacional com maiores de 80 anos é o que mais cresce proporcionalmente, alterando a composição etária dentro do próprio grupo de idosos, ou seja, a população idosa também está envelhecendo. Esse fenômeno merece destaque, pois hoje temos residindo no Rio Grande do Sul mais de 1.200 centenários.

A maior concentração de idosos em termos percentuais se encontra nos municípios do interior com menos de 10 mil habitantes. Um contingente crescente desses municípios apresenta 1/5 da sua população com mais de 60 anos. Das 30 regiões de saúde, 21 têm a proporção de idosos na população maior que o valor do Estado, 13,6% (Figura 6).

[1] Momento em que a estrutura etária da população facilita o crescimento econômico, devido ao grande contingente da população em idade produtiva e ao menor número de idosos e crianças.

Figura 6. Proporção de idosos na população, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2012.



Fonte: IBGE.

Em 91 municípios, na maioria de pequeno porte, o número de óbitos já é superior ao de nascimentos. Isso demonstra que há uma taxa de crescimento vegetativo negativo em praticamente 20% dos municípios e a população gaúcha é a que menos cresceu no Brasil nos últimos anos (IBGE, 2015).

1.2. Determinantes e Condicionantes do processo saúde-doença

Os determinantes e condicionantes referem-se às condições de vida e trabalho e como essas relações influenciam no estado de saúde da população. O modelo de determinantes e condicionantes do processo saúde-doença escolhido para a análise situacional foi o de Dahlgren e Whitehead[2], que descreve as relações entre os fatores sociais e a saúde, considerando as perspectivas individuais e coletivas. A camada de condições de vida e trabalho, utilizada para a análise do presente Plano, envolve a produção agrícola e de alimentos, educação, ambiente de trabalho, desemprego, água e esgoto, serviços sociais de saúde e habitação.

Produção Agrícola

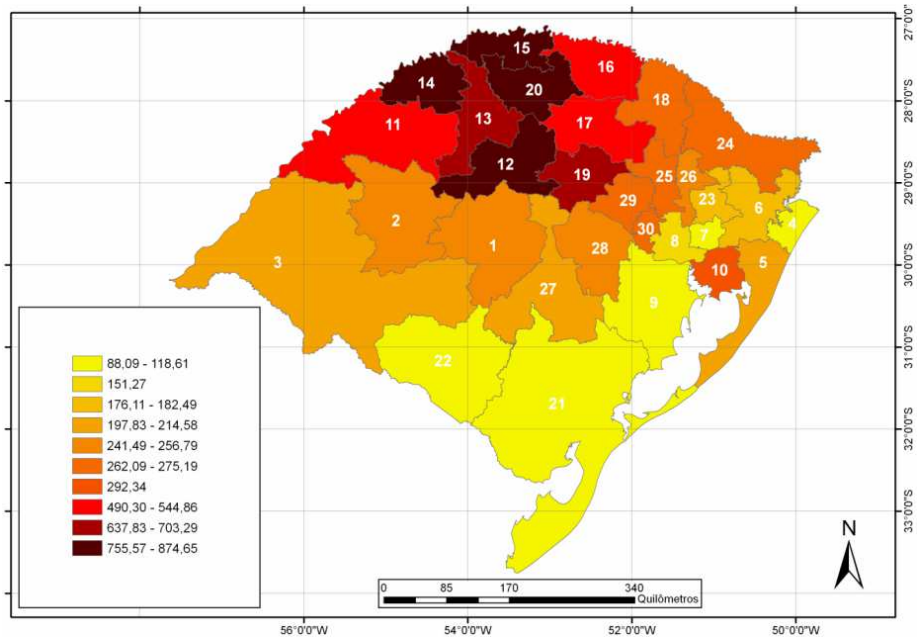
O Brasil é um dos maiores produtores de gêneros agrícolas e *commodities* e o maior consumidor de agrotóxicos a nível mundial, respondendo por 86% do produto utilizado na América Latina. No período de 2009 a 2010, foram consumidos 85 milhões de litros, o que representa 8,3 L/hab, enquanto a média brasileira foi de 4,5 (SES/RS, 2012).

O uso excessivo de agrotóxicos interfere na qualidade dos alimentos e nas condições de saúde da população, comprometendo também a qualidade da água, pois a maior parte da captação é superficial no Estado.

---

[2] BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis,** v. 17, n. 1, pp. 77-93, 2007.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>.

Figura 7. Média de volume de agrotóxicos L/km²/ano, por Regiões de Saúde, Rio Grande do Sul, 2010.



Fonte: CEVS/SES/RS.

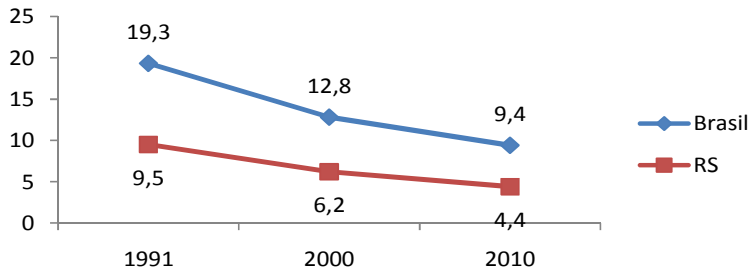
A Figura 7 demonstra que esse quantitativo é alarmante em algumas regiões e constitui-se em uma preocupante informação que se relaciona com toda a cadeia de produção agropecuária: com seus operadores (os trabalhadores), com o alimento produzido para a população e com os resíduos dos processos produtivos que contaminam os mananciais, os recursos hídricos e os alimentos, convertendo-se em importante problema de saúde.

De maneira sazonal, nestas regiões ocorrem também acidentes de trabalho com agrotóxicos. É importante salientar que é no processo de produção, comercialização e, principalmente, da utilização do agrotóxico, quando o trabalhador se submete ao um tempo maior de exposição, que se concentram os maiores impactos à saúde.

Educação

Em 2010, 55,1% da população tinha o 2º ciclo fundamental completo ou mais, enquanto 17,7% afirmaram possuir sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto e 15,6% 1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto. Na macrorregião de saúde Norte se encontram as três regiões de saúde com menores resultados no parâmetro sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto: R19 (27,3%), R20 (25,5%) e R15 (24,9%). A taxa de analfabetismo está em declínio, partindo de um percentual de 9,5% em 1991 para 4,4%, em 2010 (Figura 8) (IBGE, 2010).

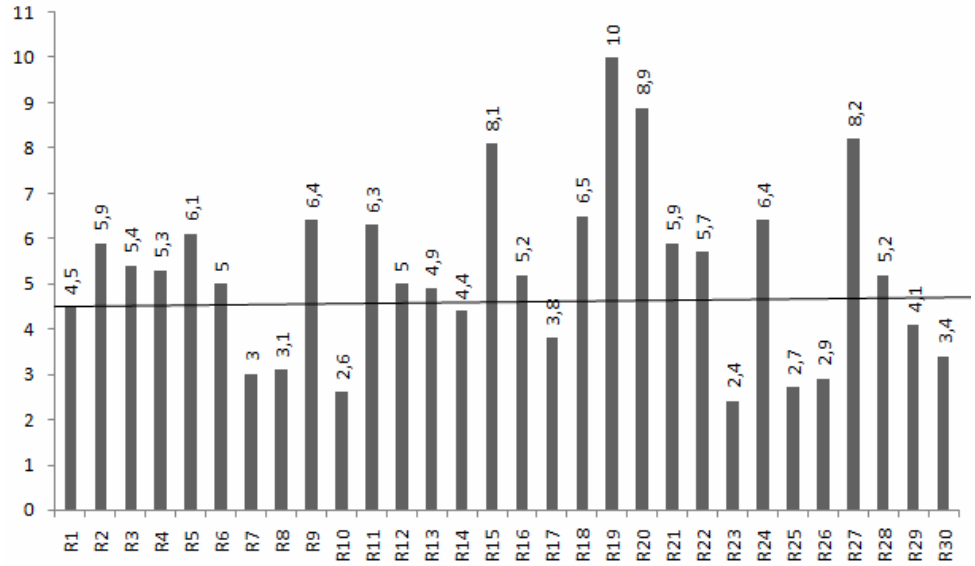
Figura 8. Taxa de analfabetismo, Rio Grande do Sul, Censos 1991, 2000, 2010.



Fonte: IBGE.

Vinte regiões de saúde estão com valores maiores que a média do Estado (4,4%). Na macrorregião de saúde Norte, duas regiões de saúde – R19 (10%) e R20 (8,9%) – apresentaram maiores taxas de analfabetismo (Figura 9).

Figura 9. Taxa de analfabetismo, por Região de Saúde, Rio Grande so Sul, 2010



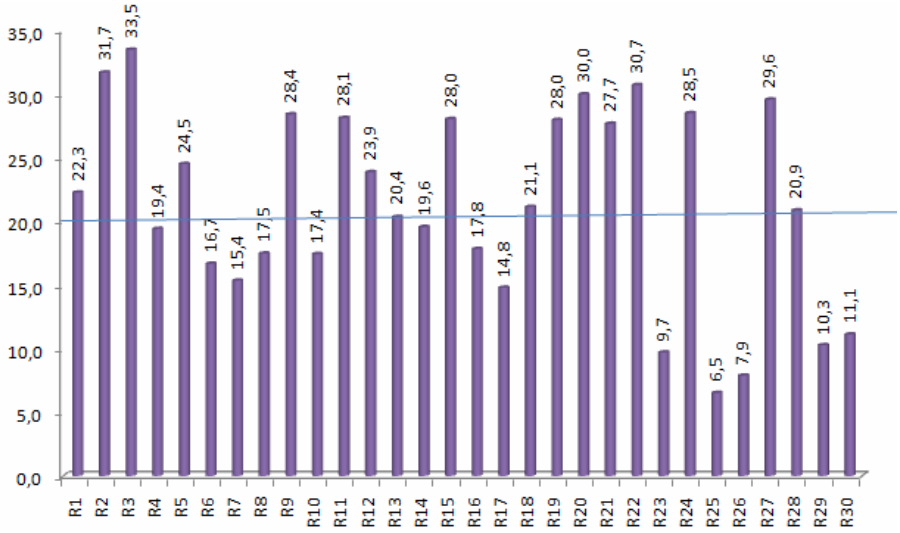
Fonte: IBGE.

Em relação ao quesito raça/cor, a taxa de analfabetismo apresenta-se da seguinte forma: indígenas (16,4%), amarela (9,5%), parda (8,2%), preta (7,7%) e branca (3,7%).

Trabalho e Renda

A proporção da população com renda menor que 1/2 salário mínimo caiu de 59,4% em 1991 para 20,2% em 2010, havendo redução de 66% em 20 anos. Dezessete regiões de saúde encontravam-se com mais de 20% de proporção de pessoas com baixa renda, ou seja, menos que 1/2 salário mínimo. A macrorregião de saúde Centro-Oeste apresenta duas de suas regiões (R2 e R3) com valores acima de 30%, enquanto na macrorregião de saúde Serra encontram-se as regiões com menor proporção de pessoas que recebem menos de 1/2 salário mínimo: R25 (6,5%) e R26 (7,9%) (Figura 10).

Figura 10. Proporção de pessoas com baixa renda, <1/2 salário mínimo, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2010



Fonte: IBGE.

Observando esses dados quanto à cor/raça, tem-se o seguinte cenário: das pessoas que se declararam brancas, 17,6% referem receber menos de 1/2 salário mínimo, das amarelas 29%, das pretas 32,3%, das pardas 32,9% e indígenas 63,9%.

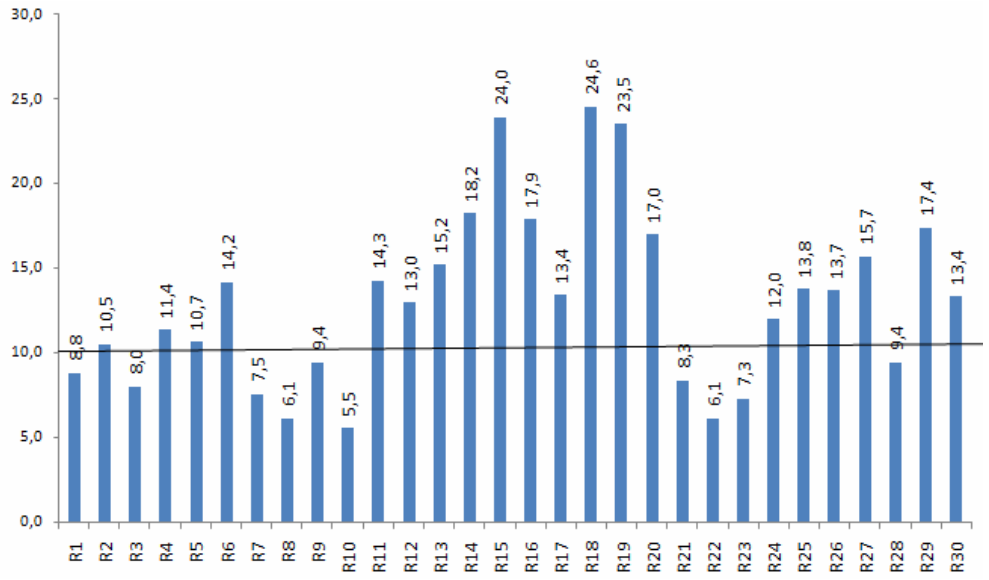
A proporção da população com renda menor que 1/4 de salário mínimo (extremamente pobre) caiu de 33% em 1991 para 7,3% em 2010, havendo redução de 78% em 20 anos.

A renda média domiciliar *per capita* teve um aumento de 2,4 vezes no período de 1991 a 2010, saindo de R$ 391,51 para R$ 940,28. Apenas seis regiões de saúde (R1, R10, R17, R23, R25 e R26) apresentam valor maior que o Estado. Quanto ao Produto Interno Bruto (PIB) *per capita,* a média do RS em 2012 foi R$ 25.737. O menos valor foi apresentado pela R8 (R$ 41.727), enquanto o menos encontra-se na R2 (R$ 15.252).

Quanto à taxa de trabalho infantil[3], é possível perceber que houve decréscimo, saindo de 14,6% (1991) para 10,2% (2010). No Brasil, a taxa de trabalho infantil foi de 9,4% (2010). As taxas mais elevadas encontram-se nas regiões R15, R18 e R19, localizadas no Norte do RS (Figura 11).

[3] A Taxa de trabalho infantil é o cálculo da proporção (%) da população residente com 10 a 15 anos de idade que se encontra trabalhando ou procurando trabalho na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Figura 11. Taxa de trabalho infantil, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2010.



Fonte: IBGE.

Os dados de trabalho infantil por cor/raça apresentam-se da seguinte forma: 16,5% indígenas, 13% amarelos, 10,4% brancos, 10,1% pardos e 7,4% pretos (IBGE, 2010).

Desemprego

A taxa de desemprego (16 anos e mais) atingiu o patamar de 4,8% (IBGE, 2010). O maior valor atingido (7,5%) foi na macrorregião de saúde Centro-Oeste, na R3, seguido da macrorregião de saúde Sul, com valores de 6,84% e 7,3% nas regiões de saúde R21 e R22 respectivamente. Onze regiões tiveram valores maiores que o Estado: R1, R2, R3, R4, R5, R8, R9 e R10, R21, R22 e R27.

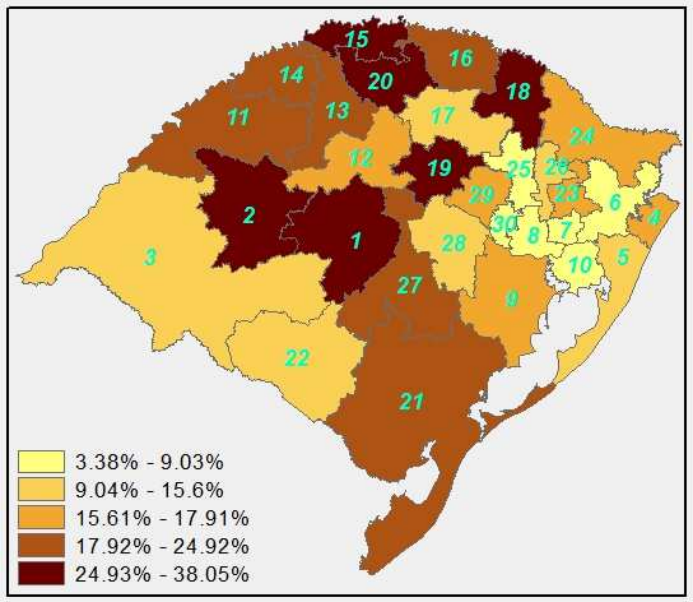
A taxa de desemprego na Região Metropolitana de Porto Alegre para o ano de 2014 foi de 5,9%, com aumento para 8,7% em 2015 (FEE, 2015). Diferentemente do Censo/IBGE, a taxa de desemprego utilizada pela FEE/RS refere-se à relação desempregados/População Economicamente Ativa (PEA) e indica a proporção da PEA que se encontra na situação de desemprego aberto ou oculto, considerando a população com 10 anos e mais que está ocupada ou desempregada. A pesquisa é realizada em 2.500 domicílios por mês na Região Metropolitana de Porto Alegre.

Saneamento (água, esgoto e resíduos)

O Saneamento Básico ausente ou inadequado é um dos mais importantes fatores sociais determinantes de saúde, afetando a população e aumentando a demanda por serviços de saúde, estando relacionado a doenças como diarréias, hepatite A, dengue, zika vírus, conjuntivites, esquistossomose, leptospirose, dentre outras. Em média 65% da população do RS não dispõe de rede coletora de esgoto, destacando-se as Regiões R13, R14, R15, R20, R29 e R30, onde encontram-se mais de 80% das moradias sem coleta e/ou afastamento de esgoto cloacal. Há um *deficit* de 63% no abastecimento de água potável nos domicílios rurais no RS (IBGE, 2010). O esgotamento sanitário considerado ideal (rede geral de coleta de esgoto e fossa séptica) está presente em apenas 34,4% dos domicílios rurais do Estado.

Os resíduos sólidos não recolhidos e/ou mal dispostos contribuem para a proliferação de vetores e transmissão de doenças. No RS, 16% da população não possui coleta regular de resíduos sólidos, destacando-se as regiões R1, R2, R15, R18, R19 e R20, que apresentam os maiores percentuais (Figura 12).

Figura 12. Percentual de moradias sem coleta de resíduos sólidos, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2015.



Fonte: IBGE, 2010. Elaboração: DVAS/CEVS/SES/RS.

Comunidades abastecidas por Soluções Alternativas Coletivas (SACs) ou pelas Soluções Individuais de Abastecimento de Água (SAIs) representam no estado aproximadamente 6,3% da população (SISAGUA, 2015). As regiões de saúde que apresentam maior percentual abastecidas por SACs e SAIs são: R14, R15, R16, R18, R19 e R20, localizadas nas áreas Central e Noroeste. Essa forma de abastecimento corresponde aos maiores índice de contaminação fecal, sobretudo por *Escherichia coli,* enquanto os Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) - CORSAN, DMAE e outros - oferecem menor risco potencial de contaminação, por possuírem tratamento completo e monitoramento continuado.

Serviços de Atenção à Saúde

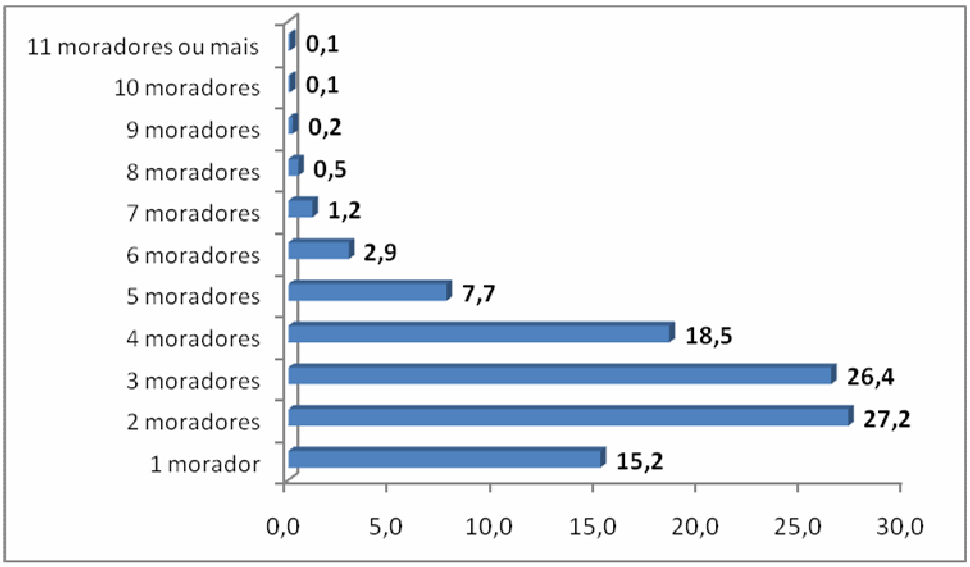
Embora o SUS tenha apresentado avanços significativos desde sua constituição, ainda não se efetivaram plenamente os princípios de universalização do acesso, integralidade da atenção e equidade. Existe grande desigualdade no acesso, uma vez que há concentração de profissionais e serviços em determinadas regiões, enquanto há carência ou inexistência em outras. Tais questões relacionam-se diretamente com os demais determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, influenciando as condições de vida das populações. Mesmo sendo uma categoria do Modelo de Determinantes e Condicionantes, a Organização e Estrutura da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no RS será apresentada no item 2 do presente Plano.

Ambiente e Habitação

As condições de moradia reúnem diversos fatores que podem representar riscos à saúde. Alguns são de difícil manejo, por estarem diretamente associados à condição de renda, enquanto outros, mesmo que influenciados pelas condições de renda e de escolaridade, podem ser minimizados com ações de promoção à saúde. São de interesse os aspectos de salubridade ambiental da moradia e do seu entorno, por conterem situações adversas à saúde.

No Rio Grande do Sul existem 3.599.604 domicílios permanentes, sendo 84,3% casas, 14,6% apartamentos e 1% casas de vila ou em condomínios. O material das paredes externas é: alvenaria com revestimento (66,8%), madeira aparelhada (21,5%), alvenaria sem revestimento (9,7%) e madeira aproveitada (1,7%). Quanto à condição de ocupação, temos domicílios: próprios já quitados (70,9%), próprios em aquisição (7,1%), alugados (14,6%), cedidos por empregador (1,9%), cedidos de outra forma (4,7%) e outras condições (0,8%). Em relação ao número de moradores, a proporção dos domicílios permanentes com até quatro moradores somou 87,3%. Destacam-se os domicílios com dois moradores, que atingiram 27,2% do total (IBGE, 2010) (Figura 13).

Figura 13. Proporção de moradores por domicílio permanente, Rio Grande do Sul, 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

A proporção de dormitórios nos domicílios permanentes teve a seguinte distribuição: um dormitório (30%), dois dormitórios (44,1%), três dormitórios (22,3%) e quatro dormitórios ou mais (3,6%). Quanto ao número de cômodos nos domicílios permanentes, 97,6% dos domicílios gaúchos tinha três ou mais cômodos (IBGE, 2010).

As condições de ventilação e iluminação inadequadas de ambientes, que podem ser agravadas pela aglomeração excessiva de pessoas, são fonte de problemas respiratórios, alergias e favorecem a disseminação de doenças de transmissão aérea. Somam-se os riscos à saúde associados à localização da moradia, a disponibilidade de água para consumo humano, afastamento de esgotos sanitários, coleta de resíduos sólidos, regularidade no fornecimento de energia elétrica e acesso aos serviços essenciais, além da vulnerabilidade diante da ocorrência de eventos climáticos extremos, como chuvas intensas, vendaval, queda de granizo, estiagem e deslizamento de terra. Esses eventos fazem parte do cotidiano de diversas regiões

do Estado, afetando contingentes expressivos da população, impactando intensamente a saúde humana e a própria rede assistencial, resultando na condição de desastre.

A vigilância e o controle do *Aedes aegypti* é considerada essencial para a prevenção da **dengue**, **chikungunya** e **zika vírus**. Com tais ações, busca-se evitar surtos e epidemias. Alcançar esse objetivo, entretanto, tem-se constituído um grande desafio, devido à complexidade do problema, cuja solução requer medidas que extrapolam a área da saúde, exigindo mobilização das diferentes esferas de governo, especialmente do saneamento e educação, bem como de toda sociedade.

De 2012 a 2015, o número de Regiões de Saúde com municípios infestados por *A. aegypti* passou de 18 para 26, havendo incremento significativo no número de municípios infestados (de 79 para 174 municípios). O Rio Grande do Sul continua sob risco de epidemia, pois as mudanças climáticas são favoráveis ao desenvolvimento do vetor e os municípios encontram dificuldades em manter equipes de campo em quantidade suficiente. A área de infestação está em permanente mudança, pois focos podem ser controlados e eliminados, mas as áreas até então livres podem ser infestadas. O maior risco localiza-se no Noroeste, 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.

Insetos da família ***Simuliidae*** (os borrachudos) são causa de agravos a saúde e sua picada muitas vezes ocasiona reações alérgicas que necessitam de atendimento médico. A proliferação deste inseto está relacionada ao desmatamento e poluição de cursos de água (riachos, córregos) com matéria orgânica e produtos químicos utilizados na agricultura. As regiões de saúde R16, R17, R25, R29 apresentam o maior índice de municípios infestados.

Os **triatomíneos** são insetos que podem estar infectados e transmitir a doença de Chagas. Estes insetos são monitorados pela vigilância passiva. Dados de 2009 a 2014 apontam médias de 15 exemplares de triatomíneos capturados por Região de Saúde. No Estado são identificados em média 436 triatomíneos por ano; 126 são examinados e apenas seis são positivos (infectados pelo *Trypanosoma cruzi*). O vetor de maior importância na transmissão da doença no passado, *Triatoma infestans*, está em vias de eliminação e o último foco foi encontrado no município de Santa Rosa em 2014.

A **leishmaniose visceral** é uma antropozoonose causada pelo protozoário *Leishmania chagasi,* tendo como reservatórios os cães domésticos e os canídeos silvestres. Até o ano de 2015, temos confirmada a transmissão da doença em São Borja, Uruguaiana e Itaqui (casos humanos da doença). Santa Cruz do Sul, Porto Alegre e Viamão somente tiveram casos caninos.

A **hidatidose** e a **cisticercose** animal estão presentes em todo o território gaúcho, representando risco às comunidades humanas pelo consumo de alimentos. A incidência de hidatidose, de 2011 a 2015, apresentou-se elevada na R21, R3 e R22 (SEAPA).

O **vírus rábico** mantém o ciclo de transmissão em reservatórios em animais silvestres e domésticos. Entre os anos de 2012 a outubro/2015, o Instituto de Pesquisas Veterinárias Desidério Finamor (IPVDF/FEPAGRO) examinou 608 amostras positivas de raiva animal com 80% dos casos em bovinos, o que indica a presença do risco pela circulação viral onde ocorre o óbito animal. Entretanto, o número de animais de produção mortos pela doença ainda é subestimado, visto que apenas uma pequena parte dos animais suspeitos é amostrada pela

Secretaria de Agricultura. As regiões R9, R10, R21, R8, R28 e R27 foram as que mais encaminharam amostras positivas para exames.

Em relação à proteção da saúde das populações expostas aos poluentes atmosféricos, são priorizadas regiões onde existam atividades de natureza econômica ou social que gerem poluição atmosférica de modo a caracterizar um fator de risco para estas populações. O Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR), proposto pelo Ministério da Saúde, possibilita a identificação das Regiões de Saúde que apresentam maior risco. Esta avaliação indica os territórios onde a população tem maior risco de adoecimento, principalmente por doenças cardiorrespiratórias, e também outras decorrentes da contaminação do ar. As regiões com maior percentual de municípios nessa situação são R10, R6 e R26.

1.3. Perfil Epidemiológico

1.3.1. Nascimento

O número de nascimentos no estado apresenta discreta progressão ao longo da série histórica, saindo de 133.143 em 2010 para 143.319 em 2014. O coeficiente geral de natalidade (CGN) tem se mantido estável no período de 2010 a 2014, variando de 12,45 a 12,89. As regiões R7, R8, R10, e R23 apresentaram o maior número de nascimentos, de acordo com o local de residência, concentrando 50,4% dos nascimentos do estado. Do total de partos, 99,7% ocorreram em hospitais.

O baixo peso ao nascer, é o peso inferior a 2.500 gramas e é considerado um preditor da sobrevivência infantil, pois quanto menor o peso, maior a possibilidade de morte prococe. Já a prematuridade é definida como toda a gestação com duração inferior a 37 semanas.

A série histórica da Proporção de Baixo peso ao Nascer (<2.500g) e da Taxa de Prematuridade (nascimentos ocorridos entre 22 e 36 semanas e seis dias de gestação) são apresentadas no Quadro 1.

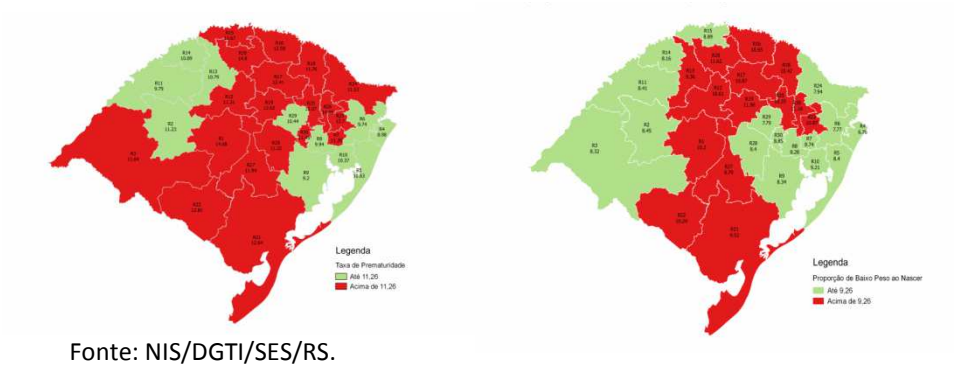
Quadro 1. Número de nascidos vivos, Proporção de Baixo Peso ao Nascer e Taxa de Prematuridade, Rio Grande do Sul, 2010 a 2014.

Ano	N° de nascidos vivos	N° absoluto/Proporção Baixo Peso ao Nascer	N° absoluto/Taxa de Prematuridade
2010	133.143	12.557 (9,4%)	12.613 (9,4%)
2011	137.605	13.031 (9,5%)	16.114 (11,6%)
2012	138.786	13.026 (9,3%)	16.683 (11,9%)
2013	141.218	13.049 (9,2%)	16.354 (11,5%)
2014	143.319	13.281 (9,3%)	16.476 (11,4%)

Fonte: NIS/DGTI/SES/RS.

A Proporção de Baixo Peso ao Nascer e a Taxa de Prematuridade têm se mantido estáveis, com pequenas variações no período de 2010 e 2014. Valores abaixo de 10% são aceitáveis internacionalmente, embora a proporção encontrada em países desenvolvidos varie em torno de 6%. No Brasil, a taxa de prematuridade vem apresentando discreto crescimento, atingindo o valor de 11,8% em 2011. Esta é uma taxa alta, se comparada com outros países similares, sendo a prematuridade atualmente a maior causa de mortes de crianças em nosso país.

Figura 14. Taxa de Prematuridade e Proporção de Baixo Peso ao Nascer por Região de Saúde, RS, 2014.



Fonte: NIS/DGTI/SES/RS.

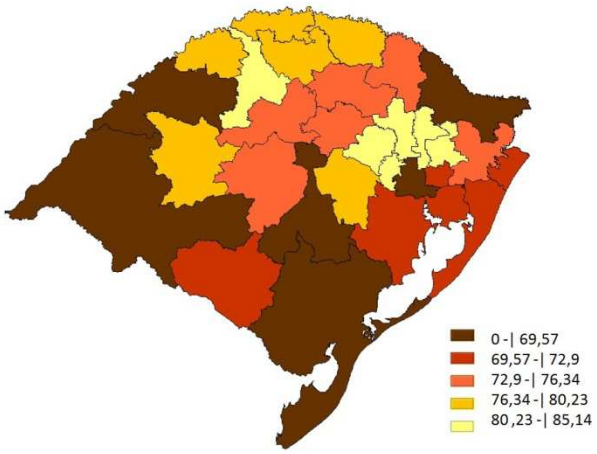
Comparando os dois mapas (Figura 14), 13 regiões apresentam ambas as taxas de prematuridade e baixo peso ao nascer acima dos valores estaduais (R1, R12, R21, R22, R27, R16, R17, R18, R19, R20, R23, R25 e R26).

Nos grupos de recém-nascidos com baixo peso e muito baixo peso, a mortalidade infantil apresenta indicadores mais elevados. Nestes grupos, a redução da mortalidade se dá mais lentamente, quando comparada com recém-nascidos com peso superior a 2.500g. Isto indica a necessidade qualificar o pré-natal para diminuir os nascimentos com baixo peso e muito baixo peso e, consequentemente, impactar na redução da mortalidade infantil.

O **percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal** é o indicador pactuado nacionalmente para avaliar o acesso das gestantes à assistência pré-natal. O estado vem se mantendo acima de 70% nos últimos 5 anos (Figura 15) e o seu valor foi igual a 72,8% em 2014.

Percebe-se que as regiões com os maiores valores localizam-se na Serra e no Norte; já aquelas que apresentam os menores percentuais estão nas macrorregiões Sul e Centro-Oeste (Figura 15). Ressalta-se que o valor nacional desse indicador foi de 64,6% em 2014, sendo que o parâmetro é de 90%.

Figura 15. Percentual de 7 ou mais consultas de pré-natal, por Região de Saúde, 2014.



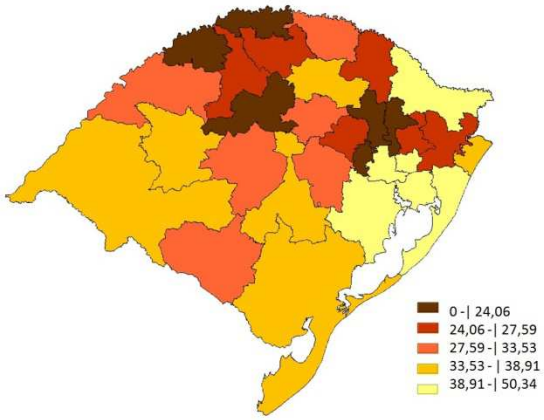
Fonte: NIS/DGTI/SES/RS; DATASUS.

A série histórica da **proporção de parto vaginal** do estado mostra que este indicador vem decrescendo nos últimos 5 anos, o que demonstra um aumento no percentual de cesarianas. Assim, desde 2012 tem se mantido um valor próximo a 37% de partos vaginais. A ocorrência de partos normais predomina entre as mulheres indígenas e negras de até 24 anos e com escolaridade inferior a sete anos de estudo (SINASC/DATASUS, 2014).

O percentual de apenas 37% de partos vaginais é visto com atenção pelo setor público, uma vez que o RS encontra-se cerca de seis pontos percentuais abaixo da média nacional (42,8%). O parâmetro, segundo a pactuação nacional para o período 2012-2015, é de é 70%, e de acordo com parâmetros internacionais a necessidade de cesarianas é de 15 a 25%.

Podemos observar que os percentuais mais elevados de partos vaginais concentram-se nas regiões do leste do estado, onde se localiza a região metropolitana (Figura 16).

Figura 16. Percentual de parto normal, por Região de Saúde, 2014.



Fonte: NIS/DGTI/SES/RS;DATASUS.

A adolescência quando associada ao ciclo gestacional, ao parto e aos cuidados com a criança, pode gerar maior vulnerabilidade a riscos e complicações clínicas e psicossociais às mães e aos seus filhos. Com relação à **proporção de partos em mulheres menores de 20 anos,** em 2014, houve 22.436 nascidos vivos de mães com idade entre 10-19 anos, o que representa 15,7% dos nascimentos. Desses, 938 (4,2%) foram de mães de 10 a 14 anos e 21.498 (95,8%) de mães na faixa etária de 15 a 19 anos. Apesar da tendência gradativa de queda dos nascimentos nos últimos dois anos, a série histórica demonstra que a ocorrência do número de partos vem se mantendo estável. No entanto, tomando-se a faixa etária de 10 a 14 anos, onde essa estabilidade também se mantém, é preciso um olhar mais cuidadoso quanto às circunstâncias que levam adolescentes dessa idade a engravidarem, por sua possível vinculação com a violência sexual.

A escolarização predominante das mães concentrou-se na faixa de 8 a 11 anos de instrução (53,3%), o que corresponde à transição entre o ensino fundamental e médio. Entretanto, o percentual de 40,6% de 4 a 7 anos de instrução das mães é significativo, se considerarmos que, em 2014, 95,8% das mães adolescentes estavam na faixa etária de 15 a 19 anos, o que corresponde a uma defasagem entre a idade e o nível de escolarização.

Em relação ao número de consultas de pré-natal, do total de 22.436 mães com idade entre 10 e 19 anos, 13.615 (60,7%) realizaram sete ou mais consultas. Essa proporção é inferior à média geral histórica do Estado que, em 2014, foi de 72,9%.

Região 14 – Fronteira Noroeste

Região 20 Rota da Produção -

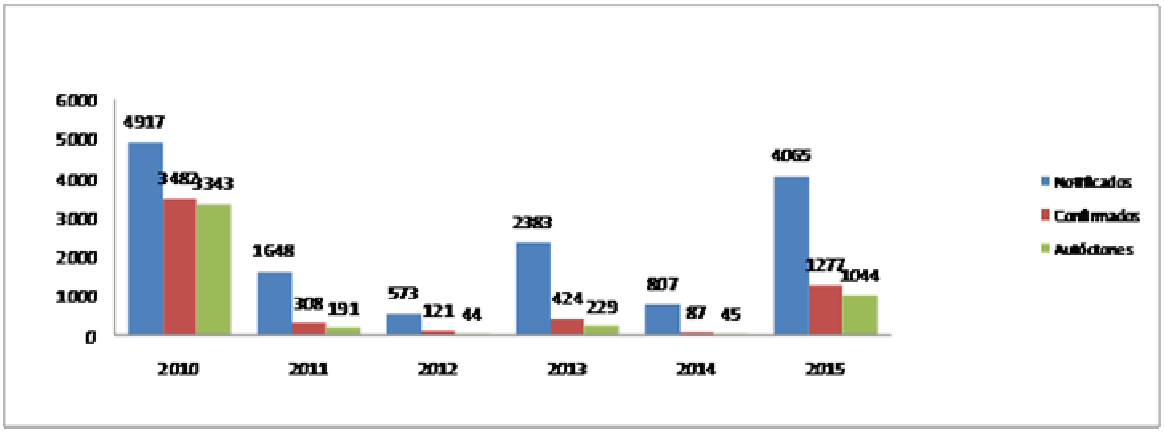
1.3.2. **Morbidade**

1.3.2.1. Doenças transmissíveis

A **Doença aguda pelo Vírus Zika** é transmitida pelo mosquito *Aedes Aegypti*, de forma semelhante ao Vírus da Dengue e da Febre Chikungunya. Em 2015, foram notificados 31 casos no RS, tendo sido confirmado apenas um, cuja contaminação ocorreu em outro estado. No primeiro semestre de 2016 foram notificados 632 casos e, destes, 68 foram confirmados, sendo quatro em gestantes. A autoctonia no Rio Grande do Sul foi verificada em março de 2016. No Estado foram diagnosticados dois casos de infecção congênita pelo Zika Vírus, ambos importados.

A **Dengue** apresenta autoctonia desde o ano de 2007. As epidemias ocorrem geralmente no verão, durante ou após períodos chuvosos. Na série histórica de 2010 a 2015 (Figura 17), observa-se maior número de casos notificados e confirmados no ano de 2010 (Coeficiente de Incidência 32,47/100 mil hab.), quando ocorreu uma epidemia da doença no município de Ijuí.

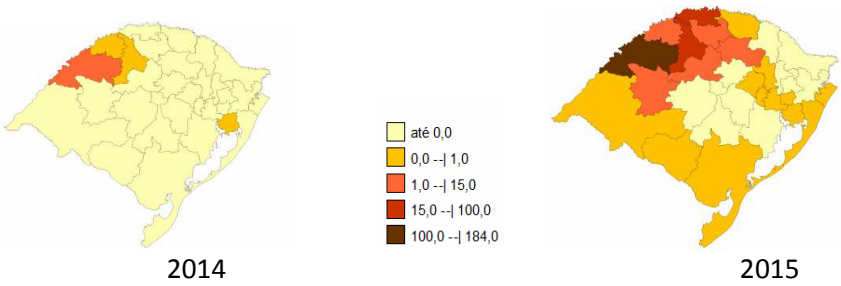
Figura 17. Número de casos de Dengue Notificados, Confirmados e Autóctones, Rio Grande do Sul, 2010 a 2015.



Fonte: Sinan/DATASUS.

Em 2015, o Coeficiente de Incidência foi de 11,35/100mil habitantes, sendo a faixa etária mais acometida de 40 a 49 anos (35%). No mesmo ano foram registrados dois óbitos, em Santo Ângelo e Panambi. Observa-se que de 2014 para 2015 houve modificação no coeficiente de incidência nas Regiões de Saúde (Figura 18).

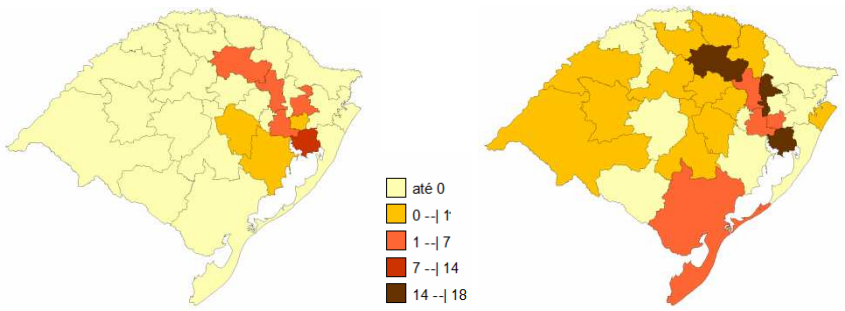
Figura 18. Coeficiente de Incidência por 100.000 habitantes dos casos autóctones de Dengue, por Região de Saúde, nos anos de 2014 e 2015.



Fonte: Sinan/DATASUS. Acesso em 01/03/2016.

Em 2014 foram confirmados os primeiros casos autóctones de **Febre Chikungunya** no Brasil. No RS, em 2015, foram notificados 82 casos suspeitos (Figura 19), sendo seis casos confirmados por critério clínico-laboratorial, todos com histórico recente de viagem para a Região Nordeste do país. Até julho de 2016, foram notificados 452 casos; destes, confirmados 68, sendo seis autóctones.

Figura 19. Distribuição de Casos Notificados de Febre Chikungunya, por Região de Saúde, RS, 2014 e 2015.



2014 2015

Fonte: Sinan/DATASUS. Acesso em 01/03/2016.

A região amazônica é considerada área endêmica do país para **malária**. O Rio Grande do Sul, considerado área não endêmica, registrou 92 casos confirmados no período de 2010 a 2014, com quatro óbitos, sendo todos os casos importados.

Os primeiros casos autóctones de **leishmaniose visceral** no RS ocorreram em cães em 2008 e em humanos em 2009. Esta é uma enfermidade nova no estado, com alta letalidade em indivíduos não tratados, sem possibilidade de erradicação do vetor e com tendência de expansão. No período de 2010 a 2014 foram confirmados dez casos, sendo nove autóctones e um importado. Dos dez casos confirmados, todos receberam tratamento e evoluíram para cura. Entre os nove casos autóctones, prevalece o sexo masculino (oito casos) e há maior incidência em adultos e idosos. A R11 apresentou seis casos e a R23 três casos.

A **leptospirose** apresenta comportamento endêmico ligado a territórios com condições de saneamento inadequadas, alta infestação de roedores infectados, grande volume de chuva e situações relacionadas ao trabalho agropecuário. São atingidas tanto áreas urbanas quanto rurais. O Coeficiente de Incidência foi de 3,98 casos por 100.000 habitante em 2014 e a faixa etária mais atingida foi a de 20 a 59 anos, com 74,6% dos casos. As Regiões de Saúde R28 e R30 apresentam maior incidência em 2014.

A partir de 2016, a **toxoplasmose** aguda passou a compor a lista de Doenças de Notificação Compulsória. São inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no Rio Grande do Sul, em torno de 300 casos esporádicos, dispersos em vários municípios, a cada ano. No ano de 2015 foram detectados dois surtos de toxoplasmose aguda nos municípios de São Marcos e Lavras do Sul, correspondendo respectivamente às Regiões de Saúde R26 e R22.

A **raiva humana** é uma zoonose viral que se caracteriza por uma encefalite aguda e letal. O último caso humano de raiva ocorreu em 1981 no município de Três Passos (R15). O acidente por animal potencialmente transmissor da raiva é o agravo mais notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) desde a sua implantação, evidenciando a preocupação com uma doença letal em praticamente 100% dos casos. Verifica-se aumento no número total de notificações em todas as Regiões de Saúde. As crianças e os adultos do sexo masculino representam a maior proporção dos casos, refletindo, provavelmente, uma maior exposição aos animais agressores. As Regiões de Saúde com maior notificação são R10, R23 e R27.

O RS não apresenta grande variação no Coeficiente de Incidência de **tétano acidental** nos últimos anos e a letalidade mantém-se alta, chegando em 2013 a 45% de óbitos em casos confirmados, com redução para 22,7% em 2014. Cerca de 96% dos óbitos, neste período, ocorreram na faixa etária acima de 50 anos, com predomínio no sexo masculino. A incidência e a letalidade da doença remetem à necessidade de melhorar a cobertura vacinal antitetânica na população adulta, principalmente as doses de reforço a cada dez anos.

O RS tem mantido uma média de 10 casos de **difteria** notificados por ano, apresentando três casos confirmados clinicamente, mas sem diagnóstico laboratorial, nos anos de 2010 (R17), 2013 (R19) e 2014 (R15).

No início da década de 1980, o Coeficiente de Incidência de **coqueluche** no RS era superior a 30 casos por 100.000 habitantes, com registro de 1.000 a 4.000 casos por ano. A partir da introdução da vacina conjugada difteria, tétano e coqueluche (DPT) no calendário básico de vacinação em 1977, houve tendência de declínio na sua incidência. Observa-se aumento de incidência da doença na última década, embora esses índices sejam muito inferiores aos apresentados antes da introdução da vacina.

O coeficiente de incidência de **influenza** entre os casos hospitalizados nos dois anos posteriores a pandemia ocorrida em 2009 (29,1 casos/100.000 habitantes) mantiveram-se baixos (0-1 caso/100.000 habitantes), o que pode ser atribuído à vacinação de 45% da população ocorrida em 2010 e ao esgotamento dos suscetíveis, isto é, à redução de pessoas capazes de se infectar com o vírus por já terem adquirido anteriormente. Em 2012 e 2013 ocorreu um aumento da circulação viral, com predominância do vírus Influenza A H1N1; no entanto, a incidência manteve-se bastante inferior ao ano pandêmico. A taxa de letalidade se mantém em torno de 13%.

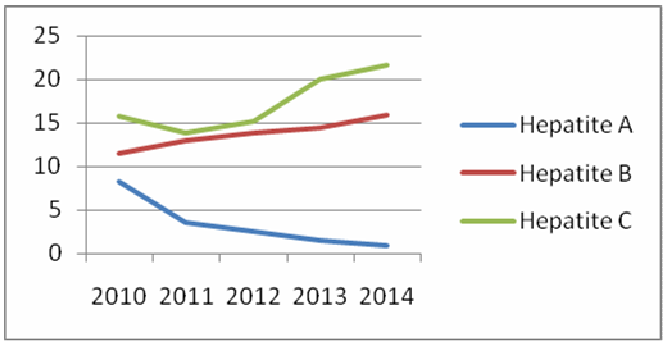
A incidência da **doença meningocócica** tem se mantido constante nos últimos cinco anos e a letalidade de 20% encontra-se dentro do esperado para a doença (exceto no ano de 2013 que atingiu 25,3%). As Regiões de Saúde que apresentaram maior aumento na incidência da doença, de 2010 a 2014, foram R8 e R10. No ano de 2014 a região metropolitana apresentou as maiores incidências da doença. Em 2015 alguns fatos apontaram para alerta de previsibilidade de surtos de Doença Meningocócica do sorogrupo C, tais como: ocorrência de surto comunitário, deslocamento de faixa etária com maior incidência de casos em >5 anos (90%), mudança no padrão da forma clínica e circulação recente de uma nova cepa (C23P1;14-6), considerada hipervirulenta.

Em relação às **Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA),** a bactéria Salmonela é o principal agente etiológico, identificado em 30% dos surtos, seguida pelo *Staphylococcus aureus* (24,9%), *Clostridio perfringens* (24,4%) e *Bacillus cereus* (13,5%). A Região de Saúde R10 apresentou o maior número de surtos (29,5%) de DTHA de 2010 a 2014,

por incluir o município de Porto Alegre, seguida pelas Regiões R7 e R8 (região metropolitana), com 7,2% das notificações em ambas as Regiões. As Regiões R23 (6,4%) e R25 (5,6%) também se destacam pelo número elevado de surtos. As Regiões R2, R6, R19, R20 e R24 apresentam baixo número de notificações, provavelmente devido à subnotificação.

As **hepatites virais** são doenças importantes para o cenário epidemiológico, especialmente as transmitidas por contato com sangue e relações sexuais, como as Hepatites B e C. O RS possui 55 municípios prioritários para as hepatites B e C[4], nos quais o somatório de carga das doenças hepatite B, hepatite C, Aids e sífilis é considerado muito relevante pelo Ministério da Saúde.

Figura 20. Tendência dos Coeficientes de Incidência das Hepatites A, B e C por 100.000 habitantes, RS, 2010 a 2014.



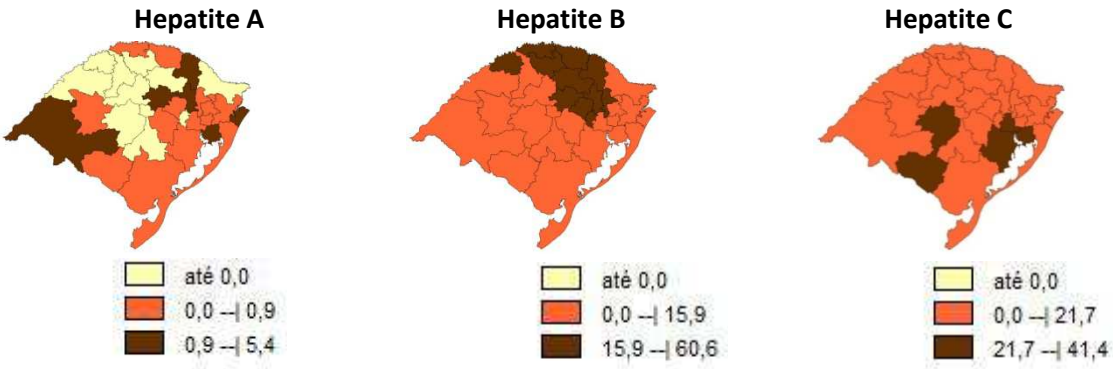
Fonte: Sinan/DATASUS/IBGE/Censo e Estimativas do TCU 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014.

A hepatite A tem relação direta com as más condições de saneamento básico e os maus hábitos de higiene. Na série histórica (Figura 20), observa-se importante decréscimo no número de casos de hepatite A, passando de um coeficiente de 8,2 para 0,9 casos por 100.000 habitantes. Em 2014 houve a incorporação da vacina para Hepatite A no calendário vacinal infantil.

As hepatites B e C são doenças que podem se cronificar, na maioria das vezes sem sintomas, e que acabam sendo diagnosticadas anos após a infecção, sendo a faixa etária mais atingida a de 20 a 59 anos, com predominância do sexo masculino. Com relação à hepatite B observa-se aumento da incidência gradual, passando de 11,5 para 15,9 casos por 100.000 habitantes. Na hepatite C observa-se expressivo aumento da incidência, passando de 15,8 para 21,7 casos por 100.000 habitantes. Essa tendência de aumento demonstra um maior acesso dos pacientes ao diagnóstico e uma maior sensibilidade da vigilância epidemiológica, pois, especialmente nos casos de hepatite C, há casos de infecções antigas (ocasionadas por cirurgias e transfusões realizadas antes de 1993) sendo detectados agora.

[4] Resolução CIB/RS n° 143/2014.

Figura 21. Coeficientes de Incidência das Hepatites Virais A, B e C, por Região de Saúde, RS, 2014.

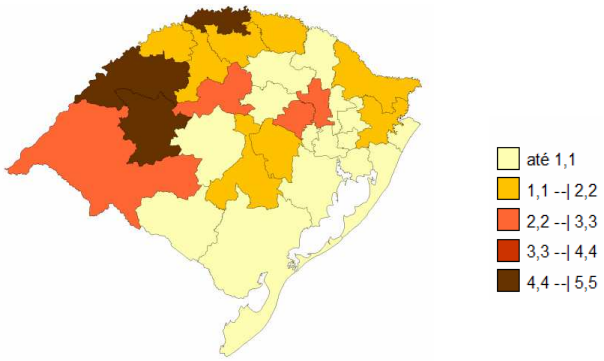


Fonte: Sinan Net/DATASUS/IBGE/Censo e Estimativa do TCU 2014.

Sete Regiões de Saúde possuem maior incidência de hepatite A quando comparadas às médias do estado, assim como 11 Regiões de Saúde para hepatite B e cinco Regiões de Saúde para hepatite C (Figura 21). O mapa das incidências de hepatites virais no RS tem se modificado com o passar dos anos: a hepatite A tem diminuído sua expressão, sendo relatados mais surtos esporádicos; a hepatite B tem mantido sua incidência na região norte, enquanto na macrorregião metropolitana tem ocorrido aumento no número de casos; e a hepatite C está aumentando sua incidência e área de abrangência. A coinfecção com HIV/Aids tem importante relevância nessa progressão.

No Brasil, o coeficiente de detecção geral de casos novos de **hanseníase** é de 15,32 por 100.000 habitantes. O RS apresenta o menor coeficiente do Brasil (1,25 casos por 100.000 habitantes). Entretanto, tem o maior percentual de grau de incapacidades avaliados no momento do diagnóstico, o que indica que os pacientes são diagnosticados tardiamente. Os maiores coeficientes de detecção concentram-se nas regiões R2, R11 e R15 (Figura 22).

Figura 22. Coeficiente de detecção da Hanseníase, por Regiões de Saúde, RS, 2014.



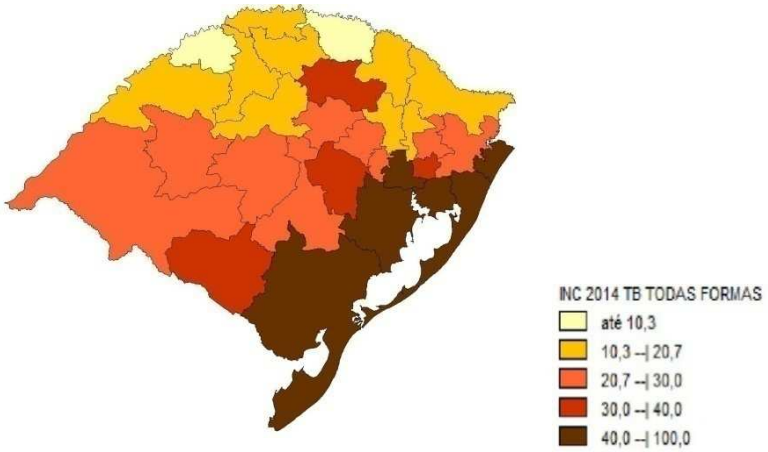
Fonte: SinanNet/DATASUS/IBGE/Censo e Estimativa TCU 2014.

De 2010 a 2014, o percentual de cura dos pacientes tratados ficou entre 75 e 89,9%, desempenho regular segundo o Ministério da Saúde. No RS, a proporção de examinados entre os contatos intra-domiciliares dos casos novos de hanseníase atingiu a meta de 75% no período. A hanseníase não apresenta diferença por sexo, sendo a faixa etária mais atingida foi a de 20 a 59 anos, com poucos casos em menores de 15 anos.

O coeficiente de incidência de todas as formas de **tuberculose** (TB) se mantém no patamar de 40 a 46 casos por 100 mil habitantes nos últimos cinco anos. O Rio Grande do Sul é o 7º estado brasileiro em coeficiente de incidência, com 43,6 casos/100mil habitantes .

A taxa de cura para controle da doença deve se aproximar de 85% e a taxa de abandono não deve ser maior que 5%. A taxa de cura de tuberculose pulmonar bacilífera (63,7%) em 2014 estava entre as menores do Brasil. Além disso, a taxa de abandono de tratamento destes pacientes estava entre as maiores do Brasil, sendo de 15,1% em 2014, alcançando níveis críticos na R4 (27,3%), R10 (22,4%) e R30 (22,2%). Porto Alegre possui a maior taxa de abandono entre as capitais do Brasil, com 25,4% em 2013 e 25,9% em 2014.

Figura 23. Coeficiente de Incidência por Tuberculose de todas as formas, por Região de Saúde, RS, 2014.



Fonte: Sinan Net/DATASUS;IBGE/Censo e Estimativas do TCU 2014.

A incidência de todas as formas de TB nas regiões do Centro, Litoral e na Região da Produção é elevada (Figura 23). O aumento de incidência pode ser interpretado, entre outros fatores, por uma dificuldade de organização dos serviços de saúde, principalmente em relação a fazer o seguimento desses casos. Uma parte desta dificuldade se expressa através das tentativas de implantar o método do Tratamento Diretamente Observado (TDO) nos municípios (que consiste, de maneira geral, em um profissional da saúde observar, pelo menos 3 vezes por semana, a ingestão da medicação de tuberculose pelo usuário). Poucos municípios do RS conseguem seguir esta recomendação (21,1%), variando de 4,8% (R6) a 58,8% (R24).

No RS, as **taxas de coinfecção tuberculose/HIV-Aids** estão em cerca de 20%, mantendo-se o dobro da média nacional. Por essa razão, é importante a testagem de HIV para casos novos de tuberculose, a fim de identificar precocemente a coinfecção (a taxa de testagem de 2014 é de 83,3%, sendo a meta 85%). As baixas taxas de cura levam à permanência da doença em níveis elevados de incidência, bem como, as altas taxas de abandono, pois estes usuários voltam a necessitar de tratamento. Usuários que abandonam o tratamento ou que não possuem comprovação de cura transmitem a doença para pessoas próximas, como se tem

observado nos últimos cinco anos. O RS possui 15 municípios prioritários para tuberculose, nos quais a carga da doença em incidência é maior[5].

O RS é o 2º estado com maior taxa de detecção de **Aids** no Brasil (38,3/100.000 habitantes), se mantém superior ao da região sul do país (28,7/100.000 hab.) e apresenta quase o dobro do coeficiente nacional (19,7/100.000 hab.). A taxa de detecção no período de 2010 a 2014 teve leve queda (de 41,4 para 38,3 por 100.000 hab.), porém este agravo continua apresentando patamares elevados (BRASIL, 2015). Em 2014, a detecção foi maior nas regiões R10 (69,7), R12 (51,1), R8 (46,3) e R7 (38,8). As Regiões R7, R8 e R10 correspondem, juntas, a 47.149 (61,8%) do número de casos acumulados de Aids no estado.

De 2010 a 2014, a razão do número de casos chegou a 1,3 homens para cada mulher diagnosticada. Ao fazer esta estratificação por região de saúde, os coeficientes de incidência do sexo feminino se apresentaram iguais ou superiores ao masculino para os últimos três anos nas regiões de saúde R6, R20 e R27. A faixa etária com maior concentração de número de casos de Aids é dos 20 aos 49 anos com escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta para ambos os sexos. A principal via de transmissão continua sendo a via sexual em ambos os sexos: 5.365 (86,6%) para homens e 5.502 (94%) para mulheres.

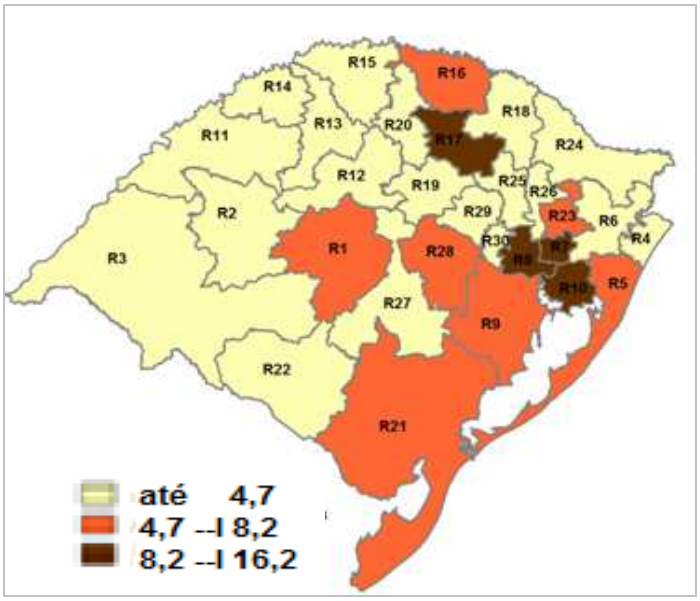
A **sífilis** é uma doença infecto-contagiosa de transmissão predominantemente sexual. Entre 2010 e 2014 o RS notificou 12.629 casos de sífilis adquirida. Entre os anos de 2012 e 2014 ocorreu elevação no número de casos notificados, passando de 2.551 para 5.778 casos, possivelmente pela implantação de estratégias para aumentar e melhorar a coleta de informações. As regiões de saúde com maior número de casos são R10, R23 e R8.

O grande número de casos de **sífilis em gestantes** representa um desafio para a saúde pública do RS. O coeficiente de incidência de sífilis em gestante, que em 2010 era de 3,7/1000 nascidos vivos, passou para 12,8/1000 em 2014. Entre 2010 e 2014, 74,5% das mães das crianças notificadas com sífilis congênita acessou o sistema de saúde para a realização do pré-natal, tendo a maioria o diagnóstico de sífilis durante o 3º trimestre de gestação. A transmissão vertical do HIV e Sífilis tem relação direta com a qualidade da assistência do pré-natal, parto e puerpério, podendo estar relacionada a falhas no diagnóstico e tratamento tanto da gestante, quanto de seu parceiro. As regiões de saúde R22, R8, R17, R23, R1, R3, R21, R4, R5, apresentaram, em 2014 coeficientes de incidência superiores ao do estado.

Com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão, estão sendo realizadas estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida em homens e mulheres não gestantes, pois a sífilis adquirida está diretamente relacionada à incidência de sífilis congênita.

[5] Lista dos municípios disponível em: Panorama da Tuberculose no Brasil – Indicadores Epidemiológicos e Operacionais, Ministério da Saúde, 2014.

Figura 24. Coeficiente de Incidência de Sífilis Congênita em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos, conforme Região de Saúde de residência, 2014.



Fonte: DATASUS.

As regiões de saúde R8 (15,1), R10 (16,2), R7(8,4) e R17 (11,6) apresentam em 2014 coeficientes de incidência superiores ao do estado (Figura 24). O número de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano está relacionado com a qualidade do pré-natal, visto que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em pelo menos duas oportunidades, durante a gestação e o parto.

Doenças transmissíveis em eliminação

O Rio Grande do Sul atingiu a eliminação do sarampo, rubéola, Síndrome da Rubéola Congênita, poliomielite e tétano neonatal. Mesmo assim, têm sido mantidas estratégias como a vigilância robusta e oportuna, buscando-se altas coberturas vacinais na rotina e em campanhas, além de se dispor de uma rede de laboratórios que permita o diagnóstico e a identificação de genótipos circulantes no país.

O Brasil e o continente americano haviam alcançado a meta de eliminação do **sarampo** no ano 2000. No entanto, devido à confirmação de 220 casos em 2013, 876 em 2014 e 214 em 2015, o vírus do sarampo voltou a circular de forma autóctone no país. O RS não apresenta casos autóctones da doença desde 1999, contudo, sete casos em 2010 e oito casos em 2011, todos importados, foram detectados no Estado desde a eliminação da doença.

Em 2015 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) declarou que a região das Américas se tornou a primeira no mundo a estar livre da transmissão endêmica da **rubéola** e da **Síndrome da Rubéola Congênita**. No RS, o último caso autóctone de rubéola foi registrado em 2008 e de SRC em 2009.

Nas Américas o último caso de **poliomielite** registrado foi em 1991. No Brasil o último registro é de 1989, no município de Souza, na Paraíba. No RS o último caso autóctone ocorreu em 1983, em Santa Maria (R1). Apesar deste cenário, é fundamental a manutenção de ações estratégicas da vigilância epidemiológica, laboratorial, ambiental e de imunizações, somadas

às ações de comunicação social, para evitarmos a reintrodução do vírus, visto que ainda há circulação em outros continentes.

O número de casos de **tétano** no RS foi decrescendo desde a década de 1970. Esta diminuição se deve provavelmente à vacinação, melhoria da qualidade de vida e ampliação da atenção à saúde. Em 2003, ocorreu o último caso confirmado da doença no RS, no município de Sinimbu (R28).

1.3.2.2. Doenças e Agravos Não Transmissíveis

A **violência sexual,** considerada uma violência interpessoal, é um agravo de notificação compulsória imediata, conforme Portaria GM/MS nº 1.271/2014. A notificação imediata serve para que pessoas em situação de violência sexual não recebam alta ambulatorial/hospitalar sem que haja encaminhamento/seguimento para realização de profilaxias para as DSTs e anticoncepção de emergência em tempo hábil.

A taxa de notificação de violência sexual é maior na R10 (41,5) devido às notificações do município de Porto Alegre pelos hospitais de referência para atendimento às pessoas vítimas de violência sexual. A menor taxa de notificação é da R20 (1,2). Para todo o Estado a taxa de notificação é de 17,2.

Analisando a notificação de violência sexual no RS durante a série histórica 2010 a 2014, percebe-se que os dois ciclos de vida mais acometidos são os dos adolescentes de 10 a 19 anos (43%), seguido de crianças de 0 a 9 anos (40%). A violência sexual ocorre mais em pessoas do sexo feminino (82,7% em 2014). Esse padrão é repetido em todas as regiões de saúde.

Morbidade Hospitalar

A série histórica de 2010 a 2014 (Quadro 2) demonstra uma média de 735.636 internações, com taxas anuais de internação por 10.000 habitantes praticamente iguais. A maioria das internações (Figura 25) decorre de doenças do aparelho respiratório, circulatório, digestivo, neoplasias (tumores) e lesões/envenenamento/outras consequências de causas externas, conforme capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID). O capítulo XV, Gravidez, Parto e Puerpério, também provoca impacto no total de internações, porém grande parte desse capítulo não se refere à morbidade.

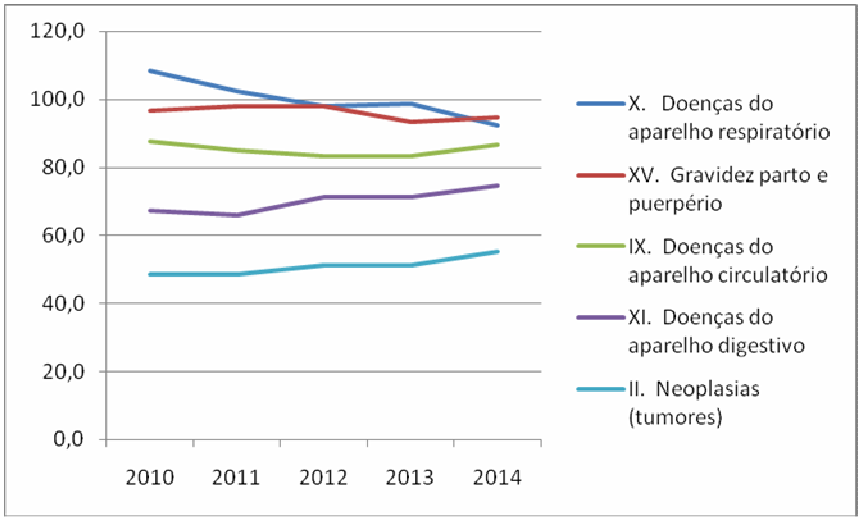
As causas predominantes de internação se repetem no período analisado. No entanto, o aumento da taxa anual de internações com diagnósticos do Capítulo XIX - Lesões/envenenamentos/outras consequências de causas externas, indica necessidade de análise mais detalhada.

Quadro 2. Taxa de Internações População Residente no RS por Capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID), 2010 a 2014.

Diag CID10 (capit)	2010		2011		2012		2013		2014		Total
	Internações	Taxa 10.000 hab	Internações	Taxa 10.000 hab	Internações	Taxa 10.000 hab	Internações	Taxa 10.000 hab	Internações	Taxa 10.000 hab	Internações
Total	**726.608**	**679,5**	**714.809**	**666,0**	**727.707**	**675,6**	**741.753**	**664,4**	**767.301**	**684,6**	**3.678.178**
X. Doenças do aparelho respiratório	115.788	108,3	109.751	102,3	105.513	98,0	109.998	98,5	103.533	92,4	544.583
XV. Gravidez parto e puerpério	103.346	96,6	105.126	97,9	105.494	97,9	104.248	93,4	106.264	94,8	524.478
IX. Doenças do aparelho circulatório	93.709	87,6	91.175	84,9	89.549	83,1	92.900	83,2	96.896	86,5	464.229
XI. Doenças do aparelho digestivo	71.983	67,3	70.926	66,1	76.711	71,2	79.567	71,3	83.642	74,6	382.829
II. Neoplasias (tumores)	51.866	48,5	52.057	48,5	55.187	51,2	57.084	51,1	61.741	55,1	277.935
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	49.681	46,5	50.977	47,5	54.459	50,6	57.247	51,3	62.085	55,4	274.449
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	46.860	43,8	46.312	43,1	48.860	45,4	48.060	43,0	52.725	47,0	242.817
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	48.281	45,1	43.852	40,9	45.270	42,0	43.445	38,9	43.535	38,8	224.383
V. Transtornos mentais e comportamentais	38.027	35,6	40.143	37,4	39.442	36,6	41.520	37,2	42.482	37,9	201.614
VI. Doenças do sistema nervoso	16.441	15,4	16.873	15,7	16.976	15,8	17.613	15,8	18.013	16,1	85.916
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	18.537	17,3	17.342	16,2	16.806	15,6	15.550	13,9	16.456	14,7	84.691
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	15.512	14,5	15.093	14,1	15.713	14,6	17.411	15,6	19.094	17,0	82.823
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	11.766	11,0	12.181	11,3	12.038	11,2	11.844	10,6	12.268	10,9	60.097
XXI. Contatos com serviços de saúde	13.286	12,4	11.351	10,6	12.001	11,1	10.738	9,6	10.236	9,1	57.612
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	9.661	9,0	9.979	9,3	10.383	9,6	10.960	9,8	12.769	11,4	53.752
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	6.171	5,8	6.604	6,2	7.767	7,2	7.270	6,5	7.748	6,9	35.560
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5.968	5,6	5.869	5,5	6.208	5,8	6.312	5,7	6.395	5,7	30.752
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4.877	4,6	4.471	4,2	4.596	4,3	4.829	4,3	5.190	4,6	23.963
VII. Doenças do olho e anexos	3.277	3,1	3.187	3,0	3.218	3,0	3.618	3,2	4.409	3,9	17.709
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1.429	1,3	1.371	1,3	1.350	1,3	1.365	1,2	1.606	1,4	7.121
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	142	0,1	169	0,2	166	0,2	174	0,2	214	0,2	865
POPULAÇÃO	10.693.929		10.733.030		10.770.603		11.164.043		11.207.274		

Fonte: Tabwin/DATASUS.

Figura 25. Taxa de internações da população residente por Capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID), RS, 2014.



Fonte: Tabwin/DATASUS.

A maior taxa de internações (1.631,5) refere-se à população a partir dos 60 anos, devido a causas do aparelho circulatório, respiratório, neoplasias, aparelho digestivo e geniturinário. As internações da população de 20 a 59 anos apresentam a segunda maior taxa (627,1), com distribuição mais homogênea de causas de internação. A população de 0 a 9 anos apresentou a terceira maior taxa (584,3), concentrada nas internações por Doenças do Aparelho Respiratório, Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal e Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias. A menor taxa, por grupo etário, (343,3) corresponde às internações da população de 10 a 19 anos, decorrentes de lesões consequentes de causas externas, doenças do aparelho digestivo, respiratório geniturinário, entre outras causas (Quadro 3).

Quadro 3. Taxa de internações da população residente por Capítulo da CID e Faixa Etária, RS, 2014.

Diag CID10 (capit)	0-9a		10-19a		20-59a		60a e +		Total	
	Internações	Taxa 10.000 hab	Internações	Taxa 10.000 hab	Internações	Taxa 10.000 hab	Internações	Taxa 10.000 hab	Internações	Taxa 10.000 hab
XV. Gravidez parto e puerpério	7	0,1	22.965	131,2	83.283	134,9	9	0,1	106.530	98,9
X. Doenças do aparelho respiratório	31.807	230,8	4.399	25,1	22.966	37,2	44.361	302,2	103.826	96,4
IX. Doenças do aparelho circulatório	495	3,6	767	4,4	37.685	61,0	57.949	394,8	96.965	90,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	6.186	44,9	6.158	35,2	46.328	75,0	24.970	170,1	83.797	77,8
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	4.288	31,1	6.672	38,1	36.010	58,3	15.115	103,0	62.213	57,8
II. Neoplasias (tumores)	1.585	11,5	1.969	11,3	30.441	49,3	27.746	189,0	61.813	57,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2.533	18,4	4.239	24,2	28.499	46,2	17.454	118,9	52.814	49,0
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10.047	72,9	2.469	14,1	17.311	28,0	13.708	93,4	43.650	40,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	96	0,7	3.561	20,4	35.502	57,5	3.323	22,6	42.561	39,5
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	448	3,3	1.038	5,9	11.677	18,9	5.931	40,4	19.122	17,8
VI. Doenças do sistema nervoso	2.348	17,0	957	5,5	8.486	13,7	6.222	42,4	18.049	16,8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.216	8,8	602	3,4	6.159	10,0	8.479	57,8	16.478	15,3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.611	11,7	1.297	7,4	6.615	10,7	3.246	22,1	12.799	11,9
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	11.998	87,1	51	0,3	197	0,3	22	0,1	12.356	11,5
XXI. Contatos com serviços de saúde	814	5,9	605	3,5	7.247	11,7	1.570	10,7	10.257	9,5
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	481	3,5	643	3,7	3.843	6,2	2.781	18,9	7.761	7,2
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	792	5,7	421	2,4	2.045	3,3	3.137	21,4	6.406	5,9
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2.936	21,3	861	4,9	1.030	1,7	363	2,5	5.218	4,8
VII. Doenças do olho e anexos	125	0,9	108	0,6	1.225	2,0	2.951	20,1	4.413	4,1
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	686	5,0	254	1,5	545	0,9	121	0,8	1.613	1,5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	14	0,1	33	0,2	131	0,2	36	0,2	215	0,2
Total	**80.513**	**584,3**	**60.069**	**343,3**	**387.225**	**627,1**	**239.494**	**1.631,5**	**768.856**	**713,8**
POPULAÇÃO 2012	1.377.933		1.749.841		6.174.872		1.467.957		10.770.603	

Fonte: Tabwin/DATASUS.

Os menores de nove anos e a população idosa (≥60 anos) internam mais frequentemente por doenças do aparelho respiratório. As internações hospitalares por agravos do sistema circulatório acentuam-se entre a população acima de 50 anos, assim como as internações por neoplasias.

A análise dos dados referentes a internações por **doenças do aparelho respiratório** no período 2010-2014 (Quadro 4) revelam a predominância de pneumonias em todos os ciclos de vida, destacando-se as maiores taxas em crianças e idosos, em todas as Regiões de Saúde.

Quando verificadas as taxas por grupos de diagnósticos da CID10, identifica-se que o grupo das pneumonias e influenza corresponde a 44,4% do total de internações por doenças do aparelho respiratório. Em segundo lugar, prevalecem as Doenças Broncopulmonares Obstrutivas Crônicas (DBOC) para adultos a partir dos 40 anos. Para crianças, surgem a asma e bronquiolite aguda como segunda causa de internação. Para os adolescentes/jovens a segunda causa corresponde às internações por doenças crônicas das amígdalas e adenóides.

Quadro 4. Taxa de internações (10.000 habitantes) por causas selecionadas de doenças do aparelho respiratório, RS, 2010 a 2014.

Morbidade	2010	2011	2012	2013	2014
Pneumonia	50,9	48,4	46,1	46,6	41,3
Bronquite enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	19,8	18,9	16,8	17,9	15,0
Outras doenças do aparelho respiratório	13,2	11,9	11,6	11,4	9,9
Asma	9,5	7,9	7,3	6,6	5,9
Bronquite aguda e bronquiolite aguda	5,1	5,5	5,7	5,5	5,0
Doenças crônicas das amígdalas e das adenóides	2,5	2,9	3,3	3,3	3,5
Influenza [gripe]	2,6	2,3	2,6	2,5	1,8
Outras infecções agudas das vias aéreas superiores	1,5	1,4	1,5	1,6	1,4
Outras causas	3,3	3,0	3,2	3,2	3,5

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS.

Em relação às **doenças cardiovasculares**, a análise das séries históricas de 2010 a 2014 dos Coeficientes de Internação Hospitalar por Doença Isquêmica do Coração (DIC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) no RS, com base na população estimada para 2012, evidenciam que na população de 30 a 59 anos, houve redução de 2,8% no coeficiente de internação por DIC e aumento de 14% e 3,8% nos coeficientes de internação por IAM e AVC, respectivamente, enquanto na população de 60 anos e mais, houve incremento dos coeficientes de internação: 14,8% para DIC, 23,7% para IAM e 11,5% para AVC.

As principais causas de internações das **doenças do aparelho digestivo** são por colelitíase e colecistite, outras doenças do aparelho digestivo, hérnia inguinal e doenças do apêndice (Quadro 5). Na análise por ciclos de vida, há crescimento do número de internações por essas doenças à medida que a população envelhece, sendo que as maiores taxas de ocorrência são encontradas na população acima de 60 anos, em especial nas regiões R8, R15 e R19.

Quadro 5. Taxas de internações (10.000 habitantes) por causas selecionadas de Doenças do Aparelho Digestivo, RS, 2010 a 2014.

Morbidade	2010	2011	2012	2013	2014
Colelitíase e colecistite	17,7	17,4	19,0	19,4	19,2
Outras doenças do aparelho digestivo	7,5	8,2	9,1	9,4	9,4
Hérnia inguinal	8,7	8,3	8,8	8,9	8,2
Doenças do apêndice	7,3	7,2	8,0	8,2	8,3
Outras doenças dos intestinos e peritônio	4,9	5,0	5,9	5,7	5,7
Outras hérnias	5,1	4,9	5,4	5,5	5,4
Outras doenças do fígado	3,3	3,4	3,4	3,1	2,9
Ileo paralítico e obstrução intestinal s/hérnia	2,7	2,4	2,3	2,2	2,0
Outras causas	10,1	9,3	9,5	9,0	46,0

Fonte: SIH/DATASUS.

No período de 2010 a 2012, as **neoplasias** foram a quinta causa de internação de usuários no SUS, havendo decréscimo nos anos de 2013 e 2014. A taxa de internação por neoplasias malignas foi de 38,7/10.000 habitantes no ano de 2014 e, em ambos os sexos, a taxa de internação por neoplasia do aparelho digestivo a mais elevada (masculino 15/10.000 habitantes e feminino 9,8/10.000 habitantes). No sexo masculino, a segunda causa de internação está relacionada a neoplasias malignas do aparelho respiratório (taxa de 5,9/10.000 habitantes), enquanto as neoplasias malignas de mama são a segunda causa de internações no sexo feminino (taxa de 8/10.000 habitantes).

Em 2014, a **Diabetes Mellitus tipo 2** (DM 2) foi responsável por 4,3% das mortes e respondeu por 1,3% de todas as internações hospitalares no RS. De 2010 a 2014, o Coeficiente de Internação Hospitalar por DM 2 apresentou redução de 16,4% na população de 30 a 59 anos e de 9% na população com 60 anos ou mais.

Para a análise das **causas externas**, foram considerados os grupos referentes às quedas, acidentes de trânsito, agressões, intoxicações e a lesões auto-provocadas. Os dados refletem a demanda hospitalar, a qual é condicionada pela oferta de serviços no SUS. O principal motivo de internações hospitalares nos grupos analisados são as quedas (76,3%), seguido dos acidentes de transporte (15,8%) e agressões (6%).

De 2010 a 2014, as taxas de internação por causas externas se mantêm estáveis, sendo que as quedas correspondem à taxa mais elevada quando analisados todos os grupos etários

conjuntamente (23,2/10.000 habitantes em 2014). O coeficiente de internação por queda, por Região de Saúde, apresenta importantes variações: a maior taxa está na R16 (112,5), seguida pela R24 (55,1) e pela R15 (53,2). As regiões R27 (0,2) e R5 (0,6) apresentam as menores taxas.

Em relação às internações por agressões verifica-se maiores taxas na R10 (5,8), R7 (2,7) e R1 (2,1), sendo a taxa média do estado de 1,8. As regiões de saúde R2 e R22 não registraram internações por agressões no ano de 2014.

As maiores taxas de internação por acidente de transporte estão na R27 (27,5), R3 (13,8), R17 (11) e R14 (10), sendo a taxa média do estado de 4,8. As regiões R24 e R30 não apresentam registro de internação por acidente de trânsito no ano de 2014.

Em relação aos **acidentes por animais peçonhentos,** foram notificados no SINAN, de 2010 a 2014, 22.160 acidentes, o que representa aproximadamente 4.500 acidentes por ano. A distribuição dos acidentes, segundo o grupo de animal envolvido, é: aranha (55,4%), serpente (20,3%), abelha (12,8%), lagarta (7,4%) e escorpião (4%). Observa-se maior incidência para o somatório dos acidentes por todos os animais peçonhentos no período nas Regiões de Saúde R18, R25 e R30.

Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais

Em 2014, as internações referentes aos **Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de álcool e outras drogas** (16.076 internações) representaram 38,5% do total de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais, sendo 6.851 (16,4%) devido ao uso de álcool e 9.225 (22,1%) devido ao uso de outras substâncias psicoativas. As taxas de internações para tratamento destas morbidades, considerando o número de internações por 100 mil habitantes, foram consideravelmente maiores nos anos de 2013 (140,3/100 mil habitantes) e 2014 (143,4/100 mil habitantes), quando comparado aos anos anteriores (de 46,9 a 63,2/100 mil habitantes). Este aumento foi acompanhado por uma diminuição nas internações por outros transtornos mentais e comportamentais.

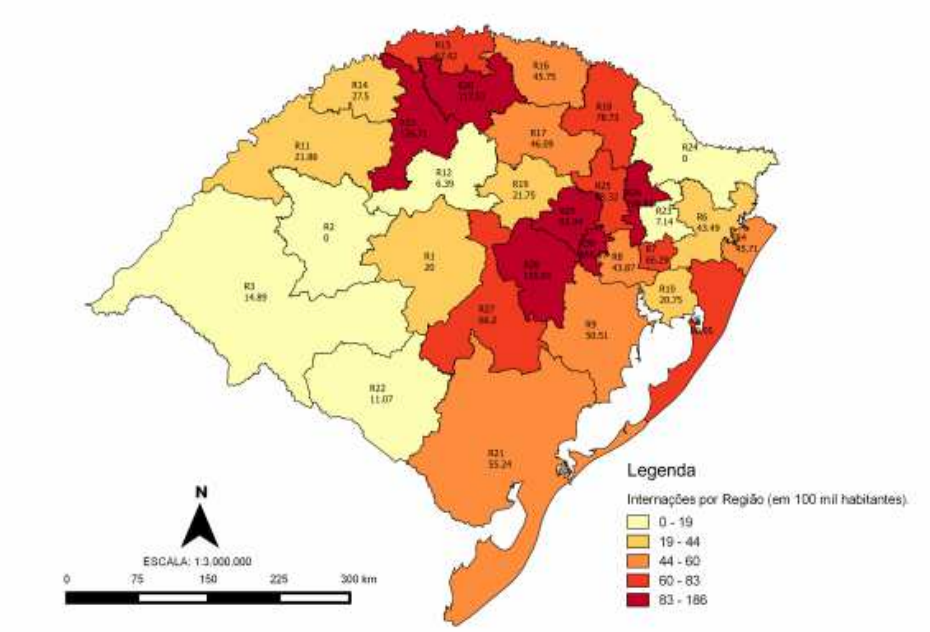
Os maiores índices deste tipo de internação, em 2014, foram verificados nas Regiões de Saúde R15 (330,3/100 mil habitantes) e R20 (309,4/100 mil habitantes), ambas localizadas na macrorregião Norte do Estado. Os menores índices foram na R9 (31,9/100 mil habitantes) e R5 (45,3/100 mil habitantes), na macrorregião de saúde Metropolitana.

As **internações por Transtornos Mentais e Comportamentais** (38.154) representaram 5% do total de internações no Estado (759.693) em 2014. Dentre estas, destacam-se as **internações por risco elevado de suicídio** (5.273), que representaram 13,8% do total de internações por transtornos mentais.

Em 2010 e 2011, não houve registro de internação por risco elevado de suicídio e em 2012 apenas 521 internações foram detectadas (4,84/100 mil habitantes), provavelmente por não existir esse tipo de registro. A partir de 2013, observa-se aumento no número de registros deste tipo de internação (4.869 internações - 43,61/100 mil habitantes), havendo crescimento de cerca de 7% no índice de internações no ano de 2014 (5.273 internações - 47,05/ 100 mil habitantes).

As regiões de saúde R30, R28 e R13 foram as que apresentaram maior índice de internações (186,2; 155 e 126,7 internações/100 mil habitantes, respectivamente). As regiões R2 e R24 não apresentaram nenhuma internação por este motivo, no ano de 2014 (Figura 26).

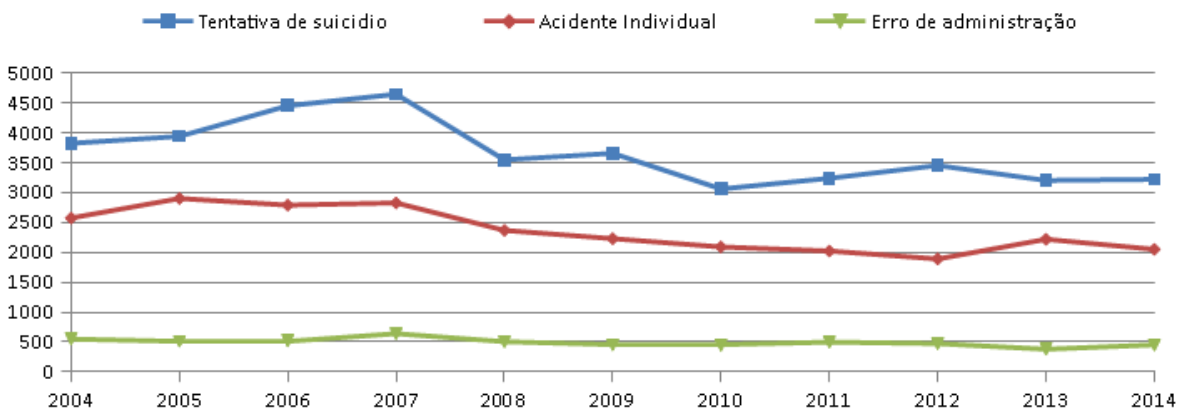
Figura 26. Índice de internações devido ao Risco de Suicídio, por 100 mil habitantes, por Região de Saúde, RS, 2014.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS.

Medicamentos são o principal agente que causa intoxicação em seres humanos no Brasil e os índices de intoxicação têm se mantido constantes ao longo dos anos (2009 a 2014). As classes de medicamentos que mais causam intoxicações no país são os benzodiazepínicos, antigripais, antidepressivos e antiinflamatórios. O uso terapêutico e a automedicação são as principais circunstâncias de intoxicação por medicamentos, estando associadas a tentativas de suicídio, acidentes individuais e erros de administração (Figura 27).

Figura 27. Casos registrados de intoxicação humana por medicamentos e circunstância no RS, 2010 a 2014.



Fonte: Centro de Informações Toxicológicas/FEPPS/RS.

Em 2014 a Portaria GM/MS n° 1271 tornou a **Lesão Autoprovocada (tentativa de suicídio)** um agravo de notificação compulsória imediata (até 24h) por todos os profissionais

da saúde. A notificação imediata serve para que pessoas em situação de tentativa de suicídio não recebam alta ambulatorial/hospitalar sem que haja acompanhamento em saúde mental.

No ano de 2014, a Taxa de Notificação de Lesão Autoprovocada foi maior na R29 (94,1), principalmente pelas notificações realizadas pela rede do município de Lajeado. A menor taxa é a da R6 (3,6). Para todo o Estado a Taxa de Notificação é de 24,6. Analisando-se as Lesões Autoprovocadas por ciclo de vida durante a série histórica 2010 a 2014, percebe-se que adolescentes e adultos jovens foram os ciclos de vida mais acometidos. O sexo feminino foi o que mais realizou tentativas de suicídio (64%) em 2014.

1.3.3. Agravos à saúde do trabalhador

Segundo o Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de 2010 a 2014 as notificações de agravos à saúde do trabalhador têm aumentado gradualmente, com pequeno decréscimo em 2014 (Tabela 1).

Tabela 1. Total das notificações de agravos à saúde do trabalhador, RS, 2010 a 2014.

Sistema Notificação	2010	2011	2012	2013	2014
Total SIST	29.827	35.554	40.181	45.967	44.223
Total SINAN	1.285	2.214	2.879	5.055	5.218
Total Geral	**31.112**	**37.768**	**43.060**	**51.022**	**49.441**

Fonte: SINAN. SIST.

Em 2013 foram notificados 51.022 agravos, sendo que 93,7% foram acidentes de trabalho (AT) e 6,3%, doenças. Dentre os acidentes de trabalho, 87,9% ocorreram no local de trabalho e 9,4% no trajeto. Quanto ao sexo, 67,3% acometeram trabalhadores do sexo masculino (entre os ATs, 68,7% atingiram o sexo masculino e entre as doenças, 58,8% atingiram o sexo feminino). Na faixa etária de 18 a 29 anos houve maior número de ocorrências, tanto no total de agravos (36,1%), quanto nos acidentes (37,8%). Já entre as doenças, a faixa etária mais acometida foi a de 40 a 49 anos (26%).

Mais da metade dos agravos atingiram celetistas (64,3%), seguidos de autônomos (12,2%) e servidores públicos (5,9%). Na zona urbana, ocorreram 76,1% dos agravos e na rural 13,9%, sendo os restantes ignorados. Dentre os acidentes de trabalho, os principais agravos foram os traumas (75,2%), seguido de corpo estranho no olho (4,3%), queimaduras (3,7%), acidentes com exposição à doença transmissível (3,3%) e intoxicações (0,9%), sendo 12,5% classificados como outros diagnósticos.

Entre os traumas, 44,5% acometeram a região do punho e da mão, sendo que 2,7% resultaram em esmagamentos e amputações. Já entre as doenças relacionadas ao trabalho, 40,7% foram Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomuscular Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), 7,1% transtornos mentais, 1,6% doenças do aparelho respiratório e 0,9% Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR). Referente à atividade econômica, os setores mais atingidos foram: indústria de transformação (18,4%), agricultura (11,6%), construção civil (10,6%), saúde (10,1%) e comércio (8,5%).

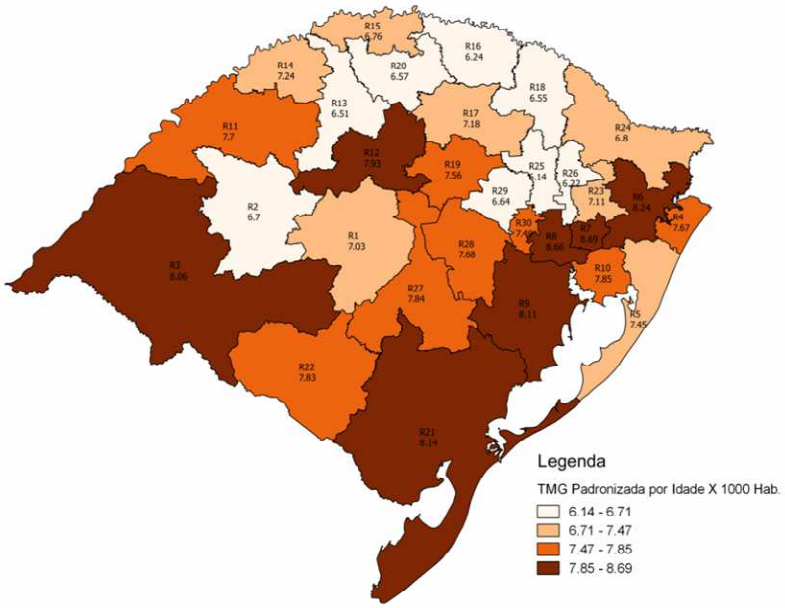
Quanto ao indicador estadual de Notificações de Agravos, as cinco regiões com maiores taxas são R25, R23, R17, R20 e R30 e as mais baixas taxas estão nas regiões R8, R9, R11, R2 e R7.

Analisando os agravos relacionados ao trabalho infantil, foram notificados no SIST 1.130 (2,4%) agravos. Destes, 974 foram acidentes (86,2%) e 156 doenças (13,8%). A maioria dos acidentes teve como consequência traumas de punho e mão (44%) e há registros de 11 amputações e 16 esmagamentos. No SINAN, foram notificados 146 casos relacionados ao trabalho em menores de 18 anos, sendo 108 acidentes graves, 23 acidentes biológicos, um caso de lesão por esforço repetitivo e 14 casos de intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho. Os dados obtidos comprovam a presença de crianças e adolescentes inseridos em diversas atividades produtivas que envolvem situações de risco para a vida e a saúde.

1.3.4. **Mortalidade**

A Taxa de Mortalidade Geral (taxa bruta) preliminar do Rio Grande do Sul em 2014 foi de 7,61 óbitos por 1.000 habitantes (Figura 28).

Figura 28. Taxa de mortalidade geral padronizada por idade, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2014*.



*Cálculos realizados com a população residente no RS ano 2012 (IBGE) - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo Datasus. Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade/DATASUS.

Em 2014, as principais causas de óbitos por capítulo (CID 10) no RS foram: doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores), doenças do aparelho respiratório, causas externas de morbidade e mortalidade e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (Tabela 2), correspondendo a 77,2% dos registros.

Tabela 2. Óbitos por capítulo (CID-10), RS, 2010-2014.

Capítulo CID-10	2010	2011	2012	2013	2014*
IX. Doenças do aparelho circulatório	23.385	23.811	22.687	23.313	22.947
II. Neoplasias (tumores)	16.551	16.751	17.192	17.869	17.760
X. Doenças do aparelho respiratório	9.157	10.039	9.608	10.912	10.112
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	7.257	7.167	7.575	7.766	7.944
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4.278	4.426	4.441	4.636	4.490
Demais capítulos	17.357	17.954	17.953	18.520	18.728
Rio Grande do Sul	**77.985**	**80.148**	**79.456**	**83.016**	**81.981**

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade/DATASUS.

Tabela 3. Mortalidade proporcional por faixa etária e capítulo da CID-10, Rio Grande do Sul, 2014.

Faixa Etária	1ª posição		2ª posição		3ª posição		4ª posição		5ª posição		Demais posições	
< 1 ano	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal		XVII.Malformações congênitas deformides e		XX. Causas externas de morbidade e mortalidade		X. Doenças do aparelho respiratório		I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias		Outros Cap da CID-10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	868	**56,9**	**402**	**26,3**	**60**	**3,9**	**55**	**3,6**	**48**	**3,1**	**93**	**6,1**
1 a 4	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade		XVII.Malformações congênitas deformides e		VI. Doenças do sistema nervoso		X. Doenças do aparelho respiratório		II. Neoplasias (tumores)		Outros Cap da CID-10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	54	**24,3**	**34**	**15,3**	**28**	**12,6**	**27**	**12,2**	**21**	**9,5**	**58**	**26,1**
5 a 9	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade		II. Neoplasias (tumores)		XVII.Malformações congênitas deformides e		VI. Doenças do sistema nervoso		X. Doenças do aparelho respiratório		Outros Cap da CID-10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	51	34,0	29	19,3	19	12,7	14	9,3	13	8,7	24	16,0
10 a 14	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade		II. Neoplasias (tumores)		VI. Doenças do sistema nervoso		X. Doenças do aparelho respiratório		XVIII.Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte		Outros Cap da CID-10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	100	41,2	38	15,6	35	14,4	17	7,0	15	6,2	38	15,6
15 a 19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade		II. Neoplasias (tumores)		VI. Doenças do sistema nervoso		I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias		IX. Doenças do aparelho circulatório		Outros Cap da CID-10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	609	72,9	45	5,4	37	4,4	27	3,2	21	2,5	96	11,5
20 a 29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade		I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias		II. Neoplasias (tumores)		IX. Doenças do aparelho circulatório		XVIII.Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte		Outros Cap da CID-10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	1790	69,6	177	6,9	150	5,8	87	3,4	79	3,1	287	11,2
30 a 39	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade		I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias		II. Neoplasias (tumores)		IX. Doenças do aparelho circulatório		XI. Doenças do aparelho digestivo		Outros Cap da CID-10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	1455	45,6	465	14,6	392	12,3	242	7,6	122	3,8	517	16,2
40 a 49	II. Neoplasias (tumores)		XX. Causas externas de morbidade e mortalidade		IX. Doenças do aparelho circulatório		I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias		XI. Doenças do aparelho digestivo		Outros Cap da CID-10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	1078	21,5	1069	21,3	908	18,1	534	10,6	355	7,1	1072	21,4
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		Outros Cap da CID-10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	3209	31,4	2352	23,0	951	9,3	819	8,0	658	6,4	2219	21,7

60 a 69	II. Neoplasias (tumores)		IX. Doenças do aparelho circulatório		X. Doenças do aparelho respiratório		IV. Doenças endócrinas nutricionais e		XI. Doenças do aparelho digestivo		Outros Cap da CID-10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	4546	30,7	4216	28,5	1581	10,7	944	6,4	807	5,4	2716	18,3
70 a 79	IX. Doenças do aparelho circulatório		II. Neoplasias (tumores)		X. Doenças do aparelho respiratório		IV. Doenças endócrinas nutricionais e		XI. Doenças do aparelho digestivo		Outros Cap da CID-10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	6121	33,1	4578	24,7	2696	14,6	1305	7,1	798	4,3	3000	16,2
80 e mais	IX. Doenças do aparelho circulatório		X. Doenças do aparelho respiratório		II. Neoplasias (tumores)		VI. Doenças do sistema nervoso		IV. Doenças endócrinas nutricionais e		Outros Cap da CID-10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	8964	36,4	4412	17,9	3668	14,9	1614	6,5	1439	5,8	4562	18,5

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/CGIAE/SVS/MS. Acesso em 21/03/2016.

Referente à mortalidade proporcional, por faixa etária e capítulo CID-10 (Tabela 3), existe predomínio de afecções originadas no período perinatal e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, que correspondem juntas a 56,9% do total dos óbitos de menores de um ano. Merecem destaque as causas externas, que são a principal causa de óbitos do 1 aos 39 anos. Na adolescência, as causas externas, as neoplasias e as doenças do sistema nervoso são as três principais causas de óbito tanto na faixa etária de 10 a 14 quanto na de 15 a 19.

As faixas etárias de 20 a 29 e a de 30 a 39 são semelhantes quanto ao perfil de mortalidade, considerando os capítulos da CID, tendo a seguinte ordem: causas externas, doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias e doenças do aparelho circulatório; com diminuição de óbitos nos capítulos de causas externas na faixa etária de 30 a 39 e aumento nos demais capítulos. Destaca-se que no capítulo de doenças infecciosas e parasitárias estão incluídas doenças importantes como HIV, hepatites virais e tuberculose.

Há uma distinção entre as faixas etárias das pessoas idosas, pois entre 60 a 69 anos ainda predomina a neoplasia como causa principal, seguida das doenças do aparelho circulatório e entre 70 e 79 ocorre uma inversão entre essas posições e surgem, ainda, as doenças do sistema nervoso como a quarta causa de óbito. Já na faixa acima dos 80 anos, a primeira causa de óbitos são as doenças do aparelho circulatório e há uma inversão entre neoplasias e doenças respiratórias, em comparação à faixa etária de 70 a 79.

Por fim, observa-se que o capítulo sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratórios, não classificado em outra parte aparece como a quinta maior ocorrência de mortes nas pessoas com idade entre 10-14 e 20-29. Isso merece destaque, pois dentro dessa classificação encontram-se os as causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade.

Sobre a **mortalidade infantil**, ocorreram 1.526 óbitos infantis em 2014, representando um Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 10,65 (Quadro 6). A maioria destes eventos concentra-se nos primeiros seis dias de vida do bebê. As malformações congênitas representaram 26,3% dos óbitos infantis em 2014 e, de acordo com a série histórica, não houve variações significativas no número de casos. As malformações congênitas são a segunda causa de mortalidade em crianças menores de um ano.

Quadro 6. Indicadores de mortalidade infantil, Rio Grande do Sul, 2010-2014.

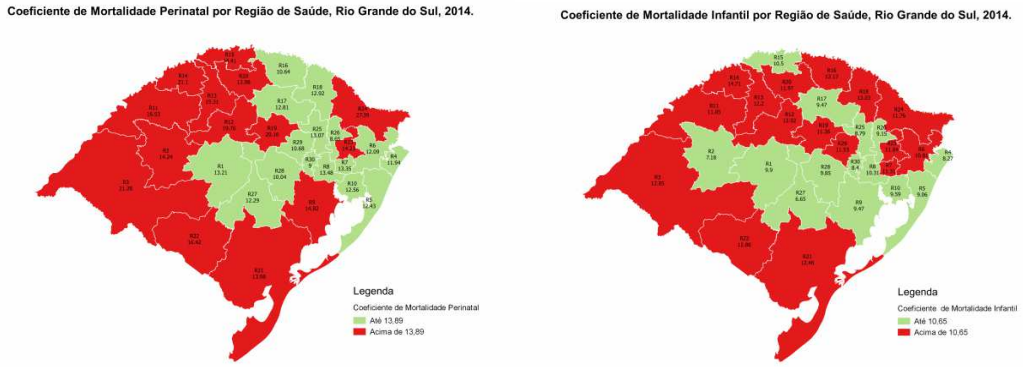
Ano	N° óbitos < 1 ano	CMP	CMNP	CMNT	CMIT	CMI	Malformações
2010	1.490	1.920 = 14,3	717 = 5,4	275 = 2,1	498 = 3,7	11,2	345 = 23,2
2011	1.574	1.977 = 14,3	764 = 5,6	309 = 2,2	501 = 3,6	11,48	352 = 22,4
2012	1.489	1.913 = 13,7	690 = 5,0	313 = 2,3	486 = 3,5	10,8	372 = 25,0
2013	1.486	1.905 = 13,4	719 = 5,1	272 = 1,9	495 = 3,5	10,57	388 = 26,1
2014	1.526	2.005 = 13,9	751 = 5,2	307 = 2,1	468 = 3,3	10,65	400 = 26,3

Legenda: CMP= coeficiente de mortalidade perinatal (de 22 semanas de gestação até 6 dias de vida completos); CMNP= coeficiente de mortalidade neonatal precoce (de 0 a 6 dias de vida completos); CMNT= coeficiente de mortalidade neonatal tardio (de 7 a 27 dias de vida completos); CMIT= coeficiente de mortalidade infantil tardio ou pós-natal (entre 29 dias de vida e um ano de idade); CMI= coeficiente de mortalidade infantil (de 0 a menor de 1 ano de idade). Fonte: NIS/DGTI/SES/RS (TABNET).

O Coeficiente de **Mortalidade Perinatal** (CMP) teve pequena variação na série histórica dos anos de 2010 a 2014, ficando em 13,89 neste último ano. Por representar a soma de óbitos de crianças nascidas vivas e óbitos fetais, este coeficiente sempre será maior que o Coeficiente de Mortalidade Infantil. No ano de 2014, de um total de 2.780 óbitos até um ano de idade, considerando a soma de óbitos infantis e fetais, 72% estão concentrados no período perinatal.

Analisando-se o indicador Coeficiente de **Mortalidade Perinatal** e a Taxa de **Mortalidade Neonatal Precoce**, nota-se que o primeiro é maior devido ao número de óbitos fetais ser superior ao número de óbitos neonatais precoces. Em relação à análise da Figura 29, observa-se que 16 regiões de saúde apresentam coeficiente de mortalidade infantil maiores que o coeficiente estadual. Em relação ao Coeficiente de Mortalidade Perinatal, observa-se que 14 regiões de saúde apresentam coeficientes maiores que o coeficiente estadual. Das 16 regiões que apresentam CMI>10,65, 11 regiões também apresentam o coeficiente de mortalidade perinatal maior que o coeficiente estadual.

Figura 29. Coeficiente de Mortalidade Perinatal e Infantil, por Região de Saúde, RS, 2014.



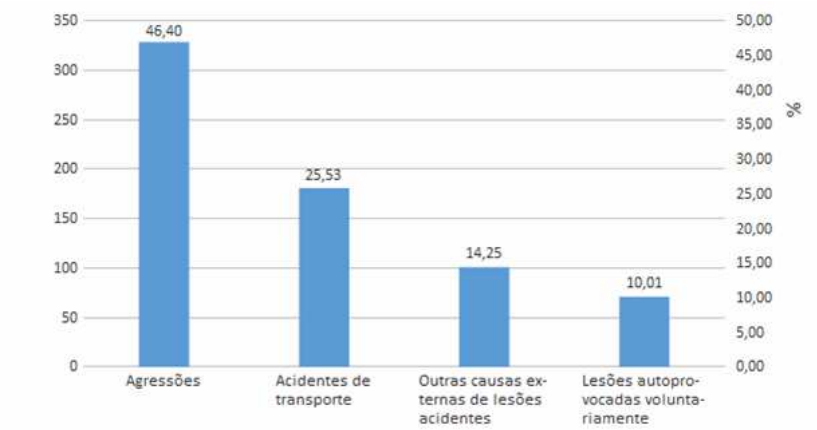
Fonte: NIS/DGTI/SES/RS.

Quanto à **mortalidade de adolescentes,** em 2014 ocorreram 1.078 óbitos na faixa etária de 10 a 19 anos, dos quais 243 (22,5%) na faixa etária de 10-14 anos e 835 (77,5%) na faixa etária de 15 a 19 anos. Adolescentes do sexo masculino são as maiores vítimas, representando

75,5% dos óbitos. A Região 10 concentrou o maior número de óbitos, correspondendo a 29,7% das ocorrências, seguida pela R7, com 8,6% das ocorrências.

As causas externas são responsáveis pela maioria das mortes na adolescência, seguidas por neoplasias, doenças do sistema nervoso. Entre as causas externas, as agressões respondem por 46,4% das ocorrências, seguidas por aquelas decorrentes de acidentes de transporte. As lesões autoprovocadas voluntariamente correspondem a 10% do total das causas externas (Figura 30).

Figura 30. Percentual de óbitos por grupos, do capítulo causas externas (CID 10), 10-19 anos, RS, 2014.



Os dados de 2014 são preliminares. Fonte: SINASC/DATASUS.

A razão de **mortalidade materna** reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher. No ano de 2014 o Rio Grande do Sul apresentou uma razão de 41,2 mulheres por 100 mil nascidos (Quadro 7). A meta estabelecida até o fim de 2015 pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU era chegar a uma razão de 35 mortes por 100 mil nascimentos.

Quadro 7. Razão de Mortalidade Materna, Rio Grande do Sul, 2010 a 2014.

Ano	Óbitos	Razão por 100.000 NV
2010	78	56,1
2011	67	48,2
2012	92	66,2
2013	44	31,7
2014	58	41,2

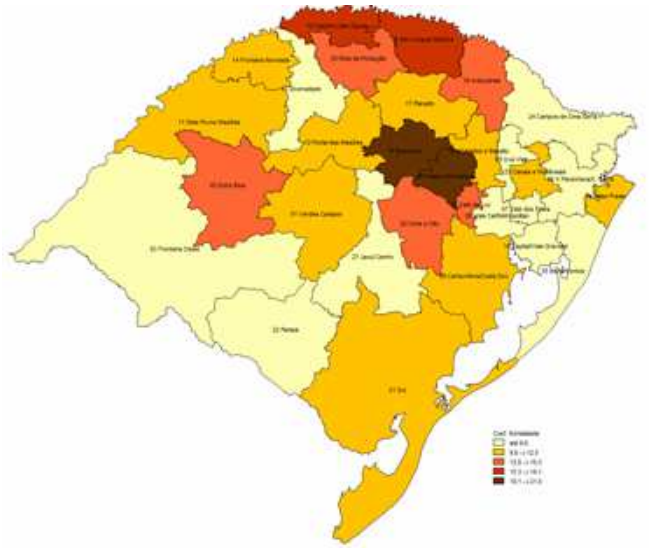
Fonte: NIS/DGTI/SES/RS; DATASUS/Ministério da Saúde.

O Rio Grande do Sul não apresenta uma linearidade ao avaliarmos a série histórica dos últimos cinco anos, mas há uma tendência de queda. As regiões de saúde que apresentaram série histórica crescente na razão de mortalidade materna no mesmo período foram: R3, R5, R11, R14, R20, R22, R25 e R28.

No ano de 2014, as mortes por **suicídio** (1.107 óbitos) ocuparam o terceiro lugar entre as mortes por causas externas no Estado, ficando atrás apenas das mortes por acidentes (3.740 óbitos) e por homicídios (2.708 óbitos). O Rio Grande do Sul é o Estado que apresenta o maior índice de suicídio no Brasil. Em 2014, apresentou 9,98 mortes por 100 mil habitantes,

quase o dobro da média nacional (5,2/100 mil habitantes). Indivíduos do sexo masculino são os que apresentam maiores taxas de óbito por suicídio (16/100 mil habitantes; sendo o índice para mulheres de 4,1/100 mil habitantes). Do total de óbitos por suicídio em 2014, 78,9% foram de indivíduos do sexo masculino, embora as notificações de tentativas de suicídio sejam maiores entre as mulheres. As regiões de saúde que apresentaram maiores índices de suicídio em 2014 foram a R29 e a R19, com taxas de 20,9 e 18,4 suicídios/100 mil habitantes, respectivamente. As regiões com os menores índices foram a R10 (6,8), e a R8 (7,1) (Figura 31).

Figura 31. Índice de Suicídio(100 mil habitantes), por Região de Saúde, RS, 2014.



Fonte: SIM/SES-RS. DATASUS/IBGE; Estimativa do TCU 2014.

É importante salientar que, embora tenha havido diminuição geral no número de óbitos por suicídio, quando se considera a faixa etária, percebe-se que houve aumento no número de suicídios nos adolescentes (10-19 anos) de 60 casos no ano de 2013 para 71 casos em 2014.

Em 2014, o número total de **óbitos relacionados ao trabalho** notificadas nos sistemas de informação Relatório Individual de Notificação de Agravos (RINA), SINAN e SIM, foi de 322. Destes, foram investigados pelos municípios 26%. As regiões que apresentaram maior número de óbitos relacionados ao trabalho foram: R23 (12), R01 (14), R17 (18), R10 (22) e R21 (33). As atividades econômicas com maior frequência de óbitos relacionados ao trabalho foram agricultura (24,7%), indústria da transformação (12,9%), comércio (12,9%), imobiliária (10,6%) e construção (7,1%).

Região 24 – Campos de Cima da Serra

Região 25 – Vinhedos e Basalto

1.4.Situação de saúde de grupos populacionais específicos e vulneráveis

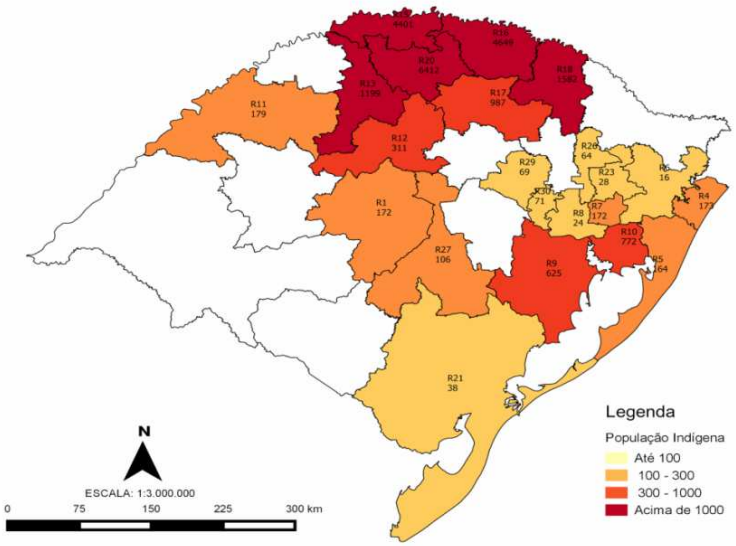
O acesso à saúde para grupos em situação de vulnerabilidade social tem sido um desafio para o SUS. A equidade se refere ao modo como os serviços devem se organizar para garantir um acesso mais justo e igualitário, contribuindo para a diminuição das iniquidades historicamente construídas.

Entendendo a importância da articulação entre questões relacionadas às condições de vida e seu impacto na saúde, e conforme preconizado como um dos temas do Mapa da Saúde no Decreto nº 7.508 de 2011 e na Portaria GM/MS nº 2.135/2013, optou-se por realizar a análise situacional dos seguintes grupos populacionais que se encontram em maior vulnerabilidade: Povos Indígenas, População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, População Negra, Populações do Campo, da Floresta e das Águas, População Cigana, População de Imigrantes, População em Situação de Rua, Pessoa com Deficiência, Pessoa privada de liberdade no sistema prisional, Adolescentes em conflito com a lei, Famílias com crianças em situação de vulnerabilidade econômica e social e População Chave em situação de vulnerabilidade a Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV/Aids. Buscou-se identificar suas necessidades de saúde, reconhecendo o impacto de determinantes e condicionantes no processo saúde-doença e as diferenças de perfil epidemiológico entre os grupos, bem como apresentar as iniciativas na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no estado que, na busca pelo cumprimento do princípio da equidade, visam responder às especificidades destas populações.

1.4.1.Povos Indígenas

Existem 32.989 indígenas no Rio Grande do Sul (IBGE, 2010). Destes, estima-se que aproximadamente 22.000 estejam aldeados, divididos entre as etnias Guarani, Kaingang e Charrua.

Figura 31. População Indígena por Região de Saúde, RS, 2015.



Fonte: SESAI, 2015.

Verifica-se maior concentração de indígenas na região Norte do RS (R15, R16, R17, R18 e R20), que possui cerca de 54% da população aldeada (Figura 31). Grande parte da população indígena encontra-se em condições de alta vulnerabilidade social e econômica. A situação de vulnerabilidade influencia diretamente as condições de acesso a serviços e ações de saúde e dificulta a garantia de direitos indígenas. Esses povos apresentam especificidades aos serviços de saúde, tais como a linguagem, os aspectos culturais e os modos de vida e de saúde, os quais não são contemplados na formação dos trabalhadores e no cotidiano dos serviços de saúde.

O número de terras indígenas regularizadas no RS é muito baixo, constam 20 registros de acordo com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), sendo a frequente a presença de indígenas em acampamentos em condições precárias, geralmente sem esgotamento sanitário, sem coleta regular de lixo e com baixa ou nenhuma infraestrutura. A vulnerabilidade contribui para que cerca de 4.272 famílias indígenas estejam como beneficiárias e acompanhadas pelo programa Bolsa Família.

As principais questões de saúde que envolvem os povos indígenas são hipertensão, diabetes, problemas cardíacos, obesidade e uso problemático de álcool. Fatores como esses chamam a atenção para a maior prevalência, comparada à população não indígena, de agravos causados pelas condições de alta vulnerabilidade. Além disso, as principais causas de mortes no RS em indígenas são doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas. No que se refere ao acompanhamento nutricional, 55,9% das crianças de 0 a 5 anos apresentaram risco de sobrepeso, sobrepeso ou obesidade e 82% dos adultos de 20 a 60 anos apresentam sobrepeso e obesidade de grau I a III (SISVAN/DAB/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Sobre políticas voltadas especificamente aos povos indígenas, destaca-se o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (1999) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), ressaltando que a existência do subsistema e dos serviços diferenciados nas áreas indígenas não diminui o direito dos indígenas de acessar os serviços, insumos e ações disponíveis no SUS. A organização dos serviços é feita a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que tem como função organizar a APS dentro das áreas indígenas de forma integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com o SUS. O RS está vinculado a dois DSEIs: o DSEI - Interior Sul (com sede no estado de Santa Catarina) e o DSEI - Litoral Sul (com sede no estado do Paraná). Há no estado um Escritório Local do DSEI - Interior Sul, que tem por objetivo otimizar a operacionalização dos serviços.

Vinculados aos DSEIs, encontram-se os Pólos-Base, que são as primeiras referências na rede de atenção à saúde. No RS existem em funcionamento 6 pólos-base: Barra do Ribeiro, Porto Alegre, Osório, Viamão, Guarita e Passo Fundo. Aos pólos-base estão vinculadas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que no estado são compostas por médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, odontólogos, agente de saúde bucal, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, agentes indígenas de saneamento, agentes indígenas de saúde, contando ainda com o apoio de engenheiros, arquitetos, geólogos e técnicos de edificações. No final do ano de 2015, o RS contava com mais de 450 profissionais de saúde indígena, prestando serviços em mais de 130 aldeias e acampamentos indígenas de três etnias e 30 EMSIs completas e as demais assumem configurações diversas que buscam se adaptar à realidade dos povos indígenas e suas especificidades étnicas e culturais.

Para abarcar as formas de organização e cultura indígena, foram criados os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (CONDISI). O controle social indígena se dá por meio dos Conselhos Locais de Saúde Indígena que acontecem dentro das próprias áreas indígenas e onde as comunidades se organizam para levar suas demandas para os CONDISIs. Há também o Fórum de Presidentes de CONDISI, espaço de articulação e controle social dos presidentes dos 34 CONDISI do país. Além dos espaços específicos de controle social, os indígenas devem compor os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e o Conselho Estadual de Saúde (CES).

1.4.2. População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)

Nos últimos anos, a saúde LGBT vem ganhando espaço no SUS. No entanto, essa população ainda se depara com o preconceito e com as dificuldades de alguns profissionais de saúde em lidar com as questões relacionadas à diversidade, o que pode levar a barreiras de acesso nos serviços de saúde. Em contraponto, algumas iniciativas, como a utilização do nome social no Cartão SUS.

A inclusão do campo orientação sexual e identidade de gênero na ficha de cadastro individual do e-SUS é importante ferramenta para se conhecer e quantificar a população LGBT que busca os serviços de saúde. No final de 2015, 452 municípios já haviam iniciado o uso do e-SUS e, destes, 90 lançaram informações referentes à orientação sexual e identidade de gênero, o que representa 19,9% do total de municípios. Em números absolutos, há o registro de 640 cadastros individuais com estas informações, sendo 171 com a orientação sexual “gay”, 212 com a orientação sexual “lésbica”, 62 com a orientação sexual “bissexual”, 30 com a identidade de gênero “travesti”, 13 com a identidade de gênero “transexual”, além de 152 com a informação “outros”.

A notificação de violência motivada por homofobia, lesbofobia e transfobia foi incluída no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no ano de 2014, em função da vulnerabilidade deste grupo às violências. Em 2014 foram registradas 51 notificações por estas motivações, enquanto que em 2015 foram 78, o que significa um aumento de 52,9% no número de notificações. Entretanto, esses números representam somente 0,3% do total de casos notificados em 2014 e 0,5% de 2015. A frequência é maior no sexo feminino, com 60,8% dos casos de 2014 e 65,4% em 2015.

A população LGBT, por vivenciar um contexto social muitas vezes marcado por estigma e discriminação apresenta maior risco para desenvolver algum tipo de sofrimento psíquico, tais como uso abusivo de álcool e outras drogas, transtornos de humor, transtornos de ansiedade e suicídio.

Ao analisar-se as taxas de prevalência de HIV do RS, observa-se maior vulnerabilidade dos jovens gays. De 2007 a 2014, do número de casos de Aids notificados no SINAN em indivíduos do sexo masculino entre 15 e 34 anos, 44,5% referiam-se a exposições em relações homo ou bissexuais.

Com relação à saúde da população de travestis e transexuais, é necessário um olhar atento para as complicações decorrentes do uso indiscriminado de hormônios, anabolizantes e silicone industrial. As complicações decorrentes de hormonoterapia incluem, entre homens transexuais, riscos de dano hepático, hipertensão, cefaleia, doenças cardiovasculares e tromboembólicas, além da diminuição da sensibilidade à insulina, propensão à insônia, entre

outros. O uso de silicone industrial, por sua vez, pode ocasionar complicações como infecções, exposição à hepatite e ao HIV, necroses, deformidades e até mesmo óbito. Além disso, deve-se considerar a maior vulnerabilidade que travestis e transexuais apresentam em relação ao HIV.

Sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, ainda nos deparamos com uma atenção à saúde voltada para as questões sexuais e reprodutivas centrada no eixo materno-infantil e pressupondo a orientação heterossexual.

A atenção integral à saúde LGBT está prevista na Portaria GM/MS nº 2.836/2011 e na Portaria Estadual nº 343/2014 que instituem, respectivamente, as Políticas Nacional e Estadual de Saúde para a população LGBT. Ambas visam, entre outras questões, a promoção da equidade no SUS, a ampliação do acesso da população LGBT aos serviços de saúde e o enfrentamento do preconceito, da discriminação e da violência.

Como mecanismo institucional para operacionalização da política, foi instituído o Comitê Técnico de Saúde da População de LGBT do Rio Grande do Sul, que tem como objetivo subsidiar o avanço da Equidade na Atenção à Saúde da População LGBT, combate à Homofobia, Lesbofobia e Transfobia, além de elaborar, estimular, apoiar, participar e promover eventos, estudos, pesquisas, debates e ações que envolvam discussões de saúde da população LGBT. Além disso, a SES/RS estabelece interface com o Conselho Estadual de Promoção dos Direitos LGBT, órgão vinculado à Secretaria de Justiça e Direitos Humanos (SJDH) que tem por objetivo propor políticas que promovam a cidadania da população LGBT, combater a discriminação, reduzir as desigualdades e ampliar o processo de participação social.

1.4.3.População Negra

A população autodeclarada negra (pretos e pardos) do RS totaliza 1.725.166 pessoas (IBGE, 2010), o que representa 16,1% da população. A população negra está distribuída em todas as regiões de saúde, apresentando os maiores percentuais (acima de 20%) as regiões R24, R22, R3 e R10 e os menores percentuais (abaixo de 10 %) nas regiões R29, R30 e R4. Parte dessa população vive nas 188 comunidades remanescentes de quilombos existentes no estado, sendo que, dessas, 108 são certificadas pela Fundação Cultural Palmares e outras 80 são identificadas e ainda não receberam a certificação. Ocorre maior concentração na R21 (36 comunidades), R8 (20 comunidades) e R1 (18 comunidades).

Grande parte da população negra, especialmente as residentes em comunidades quilombolas ou nas periferias, apresenta condições de alta vulnerabilidade social e econômica. Soma-se a isso as consequências do racismo vivenciado nos espaços de convivência social, inclusive nos espaços públicos, em que ocorrem o racismo institucional, o que dificulta o acesso a serviços de saúde de forma qualificada.

A taxa de analfabetismo atinge 9% dos negros no Rio Grande do Sul (IBGE, 2010) e mais de mil famílias residentes em comunidades quilombolas são beneficiadas pelo programa Bolsa Família. Além disso, os jovens negros gaúchos têm 1,7% mais chances de morrer do que jovens brancos no estado (BRASIL, 2015,p.21).

Ao abordar a questão de gênero, verifica-se que enquanto o número de homicídios de mulheres brancas no RS aumentou cerca de 13,2% entre 2003 e 2013, os homicídios de mulheres negras aumentaram 43,5% no mesmo período (BRASIL, 2015). Em 2014, a taxa de desemprego da mulher negra na região metropolitana de Porto Alegre era de 9,2%, enquanto

o desemprego das mulheres não-negras era de 6,2%. Além disso, o rendimento médio da mulher negra em 2014 foi equivalente a 74,2% do rendimento médio da mulher branca (PED-RMPA/FEE, 2015).

A morbidade em relação às doenças mais importantes de caráter étnico que afetam a população negra são a doença falciforme, a deficiência de 6-glicose-fosfato-desidrogenase, a hipertensão arterial, a doença hipertensiva específica da gravidez e o diabetes mellitus. Além dessas, podemos enumerar outras decorrentes das condições de vulnerabilidade a que essa população está exposta como: desnutrição, doenças do trabalho, DST/Aids, mortes violentas, mortalidade infantil, sofrimento psíquico, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e drogas), doenças infecciosas e parasitarias e problemas decorrentes de gravidez, parto e puerpério.

Referente à doença falciforme, em 2008, foi instituída a Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Para qualificar o acesso e o cuidado das pessoas com essa doença foi estabelecida através da Resolução CIB/RS nº 66/2013 a Linha de Cuidado Integral às Pessoas com Doença Falciforme, com o estabelecimento de fluxo de atendimento da APS aos serviços especializados. No RS, a saúde da população negra é regida pela Resolução CIB/RS nº 55/2010, que aprovou a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PEAISPN). Ambas reconhecem o racismo e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, uma vez que estes podem criar barreiras, dificultar ou até mesmo impedir o acesso da população negra de forma integral e qualificada aos serviços de saúde.

Visando o enfrentamento do racismo institucional, o estado criou o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica, estabelecendo incentivo financeiro para os municípios realizarem ações de qualificação e de educação em saúde no âmbito da APS. Na população negra, aqueles que apresentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde são os residentes nas comunidades remanescentes de quilombos, que em sua maioria localizam-se em áreas rurais. Com intuito de facilitar e qualificar o acesso dessas comunidades à APS foi criado o incentivo à ESF Quilombola através da Resolução CIB/RS nº 98/2013. Aderiram a esse incentivo 50 ESF que atendem 60 comunidades em 41 municípios.

O Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Rio Grande do Sul, instituído pela Portaria SES/RS n° 1.143/2014, tem como objetivo elaborar, propor e avaliar o desempenho de medidas relacionadas à população negra. Seu funcionamento precisa ser revisto, especialmente quanto a composição, para que reflita adequadamente o movimento social negro, as instituições de ensino e pesquisa e os serviços de saúde.

1.4.4.Populações do Campo, da Floresta e das Águas

As populações do campo, da floresta e das águas são constituídas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra e a água. Neste contexto, estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Estão ainda as comunidades tradicionais e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas, comunidades de pescadores, aquicultores, populações atingidas por barragens, entre outras.

No Rio Grande do Sul, 215 municípios são predominantemente rurais (com mais de 50% de sua população residente em áreas rurais), representando cerca de 14,9% da população total do estado (IBGE, 2010). No ano de 2014, existia no estado, segundo dados do Registro Geral de Atividade Pesqueira (RGP) do Ministério da Pesca e Aquicultura; 16.648 pescadores, 1.049 marisqueiros e 2.948 aquicultores registrados.

O RS apresenta a maior taxa de incidência de melanoma no Brasil. Em 2014, a média de casos foi de cerca de 7 para cada 100 mil habitantes. Tais índices podem ser relacionados à constituição étnica da população, pois 81,4% dos gaúchos declararam, no censo de 2010, sua raça/cor branca (IBGE, 2010), sendo mais suscetível à doença. Nesse sentido, a SES instituiu, através da Portaria Estadual nº 304/2014, o Programa Saúde na Pele, com medidas de prevenção e combate a essas situações de risco.

A instância de participação e articulação dessas populações é o Comitê de Saúde das Populações do Campo, das Florestas e das Águas do Rio Grande do Sul, instituído pela Portaria SES/RS n° 1.261/2014, e que tem por finalidade a mobilização e o fortalecimento da gestão participativa na saúde. No ano de 2015, as reuniões do Comitê foram escassas e com baixo quorum, o que deixou evidente a necessidade de revisão da sua composição.

1.4.5.População Cigana

O contingente e distribuição populacional dos povos ciganos no Brasil e no RS é de difícil dimensionamento devido a falta de informações nos levantamentos censitários e populacionais disponíveis. A presença de acampamentos ciganos é demonstrada no Perfil dos Municípios Brasileiros de 2011 que identifica acampamentos ciganos em 54 municípios da Região Sul do Brasil, sendo que se 17 situam no RS (IBGE, 2011).

O modo de vida destes povos inclui deslocamentos por diferentes territórios. Vivem em grupos familiares, nucleares, e em comunidades fechadas com hábitos e cultura próprios. O analfabetismo e a baixa escolaridade estão presentes por questões culturais e pela dificuldade em frequentar o ensino regular. Os principais problemas de saúde estão relacionados às condições de vida, como a falta de saneamento básico, as doenças infectocontagiosas e do aparelho respiratório, bem como as doenças crônico-degenerativas. O frequente deslocamento e a falta de comprovante de residência acarretam dificuldades de acesso a serviços e políticas públicas, entre eles os de saúde (ALMEIDA *et* al, 2012).

1.4.6.População de Imigrantes

De acordo com o Comitê Nacional para os Refugiados, o Brasil possui 7.289 refugiados reconhecidos, de 81 nacionalidades distintas (25% deles são mulheres, 4% são crianças e metade está na faixa etária de 18 a 30 anos). O número total de pedidos de refúgio aumentou mais de 930% entre 2010 e 2013 (de 566 para 5.882 pedidos). Do total de pedidos de refúgio no Brasil, 35% foi apresentado na região Sul do país (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014).

A partir de 2014, o estado passou a receber com maior intensidade fluxos migratórios de grupos caracterizados pela situação de refúgio ou visto humanitário. Destes, destacam-se o grupo de senegaleses e haitianos. Estes últimos, de acordo com dados da Polícia Federal, já são mais de 39.000, e entraram no Brasil a partir de 2010.

De acordo com a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos, em 2015 havia 13.811 imigrantes no RS. Nesse período, os municípios que mais acolheram novos imigrantes foram Caxias do Sul (2.000), Bento Gonçalves (1.300), Passo Fundo (1.100), Porto Alegre e Lajeado (1.000). No território gaúcho, os imigrantes enfrentam obstáculos como dificuldade de comunicação, moradias inadequadas nas periferias, clima rigoroso e frustração salarial.

1.4.7.População em Situação de Rua

A população em situação de rua é aquela que, por diversos motivos, reside ou passa grandes períodos na rua. É uma população flutuante e existe pouca precisão quanto ao seu número exato. As motivações para o viver na rua vão desde a perda de emprego, perda de laços familiares, conflitos com o tráfico em sua comunidade, diversos tipos de sofrimento mental sem rede de apoio ou até uma opção de modo de vida. Entre as questões de saúde que acometem essa população estão diabetes, hipertensão, tuberculose, HIV/Aids, sofrimento psíquico, doenças de pele, uso problemático de drogas, entre outras. Grande parte delas é relacionada às más condições de higiene, grande incidência de violências e a deficiência no acesso a serviços públicos, com destaque para os serviços de saúde.

Na RAS, todas as equipes da APS e demais serviços de saúde devem atender a população em situação de rua, dialogando com seus modos de vida, sem criar barreiras de acesso a essa população. Especificamente, existem seis equipes de Consultório na Rua (eCR), distribuídas nos municípios de Porto Alegre, Canoas, Pelotas e Uruguaiana .

Como forma de gestão participativa, destaca-se o Comitê Técnico Estadual para a População em Situação de Rua, instituído pela Portaria SES/RS n° 1.225/2014, que tem como atribuição formular propostas de institucionalização da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua, promover sua inclusão nas políticas de equidade racial e de gênero, e nos demais Planos e Programas de Atenção à Saúde.

1.4.8. Pessoa com Deficiência

No Rio Grande do Sul, 23,8% da população possui algum tipo de deficiência física, auditiva, intelectual ou visual (IBGE, 2010). Analisando por tipos de deficiência, prevalece a visual, seguida pela motora/física.

Considerando o princípio da equidade, as pessoas com algum tipo de deficiência severa são o principal foco da política de saúde, cuja ênfase está na reabilitação. Estima-se que existam 934.705 pessoas com algum tipo de deficiência severa no RS, sendo 17,1% pessoas com 60 anos ou mais, 15,5% entre 15 a 59 anos, 3,6% de 15 a 24 anos de 2% na faixa de 0 a 14 anos. Destas, 42% (389.179) apresentam deficiência visual severa, 28% (262.078) deficiência motora severa, 17% (157.471) deficiência intelectual severa e 13% (125.977) têm deficiência auditiva severa. Na RAS, destaca-se a existência de uma rede voltada especificamente para atender estas necessidades, que será apresentada no item das Redes Temáticas do presente Plano.

1.4.9. Pessoa privada de liberdade no sistema prisional

Nos últimos 15 anos, o Brasil apresentou crescimento de 119% no número de Pessoas Privada de Liberdade (PPL) no sistema prisional, atingindo um total de 607 PPL. De 2000 a 2014, a população feminina privada de liberdade subiu de 5.601 para 37.380, ampliando 567,4%, enquanto a média de crescimento masculino, no mesmo período, foi de 220,2%. No RS, atualmente há 31.132 (94,5%) homens e 1.812 mulheres (5,5%), totalizando 32.944 PPL no sistema prisional (SUSEPE, 2016). Delitos relacionados ao tráfico de drogas são responsáveis por 25% dos encarceramentos masculinos e 95% dos femininos. Em relação à raça/cor, 70,4% são brancos, 15,4% negros e 14,4% outras (SUSEPE, 2016). A escolaridade evidencia instrução precária, uma vez que apenas 11,9% da população possui ensino fundamental completo e 70% possui ensino fundamental incompleto ou menor grau de instrução.

No contexto prisional, são altas as prevalências de doenças infectocontagiosas, doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e uso de drogas. A prevalência de HIV e outras ISTs é de 2 a 10 vezes mais elevado do que na população em geral. Exemplo disto é o que ocorre no Presídio Central de Porto Alegre, onde em média 3% dos apenados fazem uso de antirretrovirais (SUSEPE, 2016).

A incidência de tuberculose (TB) oscilou, entre 2010 e 2014, de 1150 a 1500 casos a cada 100 mil PPL. A gravidade da doença possui variabilidade, com picos de incidência na R10 (com valores de 3.200 casos novos a cada 100 mil habitantes de estabelecimentos prisionais) e na R21 (com valores oscilando entre 2.000 a 2.500 casos por 100 mil habitantes). Em termos percentuais, esses valores equivalem a 1 até 3 casos novos de TB por 100 PPL. Estes dados podem inferir que as condições de encarceramento são tão insalubres, com celas superlotas, mal iluminadas, sem ventilação e com precariedade de higiene que, independente do estado imunológico, o risco de se ter TB é muito maior na PPL do que na população em geral.

Os percentuais de cura de tuberculose pulmonar bacilífera (aquela que contagia outras pessoas) variam de 61,7% (2010) a 62,4% (2014) nas PPL. Comparativamente, os percentuais de cura na comunidade estão em 68,1% (2010) e 63,7% (2014). Os percentuais de abandono na PPL oscilam entre 14% (2010) e 17% (2014). Os percentuais de abandono na comunidade são semelhantes: em 2014, 15,1% dos pacientes abandonaram o tratamento. A taxa de coinfecção de tuberculose/HIV na PPL esteve entre 16 e 18% de 2010 a 2014, com picos principalmente na R8, sendo menor do que a população geral (nesta, oscila em 20%).

Para atender a esta população, foi instituída a Política Estadual de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional, que tem por objetivo a garantia do acesso ao atendimento integral à saúde no nível da APS às PPL e segue as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP). Esta é regida pelas regulamentações estabelecidas na Portaria Interministerial MS/MJ nº 01/2014, na Portaria GM/MS nº 482/2014 e, em nível estadual, através da Resolução nº 257/2011 - CIB/RS e nº 453/2011.

As equipes de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional (EABp) constituem parte da rede de atenção à saúde das esferas municipais do SUS e são implementadas por linha de financiamento específica: no âmbito estadual, pela Resolução CIB/RS nº 257/2011 e federal pela Portaria GM/MS nº 482/2014. As UBSs Prisionais (UBSp) são implantadas nos estabelecimentos prisionais por meio de equipes multidisciplinares vinculadas às redes de atenção à saúde, realizando ações voltadas para promoção da saúde, prevenção de doenças,

diagnóstico e tratamento dos principais agravos encontrados na PPL. Destaca-se, nesse âmbito, o Projeto TB Reach, que visa promover ações para o aumento e a detecção precoce de casos de tuberculose e coinfecções na APS, articulado a campanhas educativas, a partir da disponibilização de material informativo para pessoas presas, seus familiares e profissionais de saúde e segurança.

O RS possui, desde 2006, cofinanciamento estadual, que é complementar ao federal. O aumento do incentivo estadual, em 2011, foi um dos principais responsáveis pelo crescimento do número de EABp, que passaram de 8 em 2010 para 36 em 2016, atingindo cobertura de, aproximadamente, 60% da população prisional em regime fechado.

A PPL acessa a atenção secundária e terciária de acordo com os mesmos procedimentos e parâmetros adotados para a população em geral. Destaca-se a exitosa experiência da implantação do Laboratório de Controle da Tuberculose no Presídio Central de Porto Alegre, com a realização de exames de baciloscopia de escarro desde 2010, bem como Teste Rápido Molecular (Projeto Porta de Entrada), que iniciou em 2015. Mais recentemente o Complexo Prisional de Charqueadas, com o incentivo do MS e da SES/RS, iniciou programa de rastreamento e diagnóstico precoce da TB. No ano de 2015, o município implantou Laboratório Municipal de Controle da Tuberculose para a realização desses exames.

Em parceria com as CRS, os principais eixos de ação da Política Estadual estão voltados para: apoio institucional para implantação e cofinanciamento das UBSp; apoio para implantação do sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) e dos sistemas de notificações de agravos; fomento a propostas de apoio matricial nas EABp juntamente com as redes de saúde dos municípios, com foco para a atenção ao pré-natal, programas de saúde mental e de referência para o tratamento das doenças infectocontagiosas e apoio na implantação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP, com a descentralização do piso de assistência farmacêutica para a PPL.

1.4.10. Adolescentes em Conflito com a Lei

No ano de 2014, 1.123 adolescentes se encontravam cumprindo medidas socioeducativas no RS, tendo sido acolhidos nos 14 Centros de Atendimento Socieducativo (CASE) da Fundação de Atendimento Socioeducativo do RS (FASE). Destes, 1.035 encontram-se em regime de privação de liberdade (PL) e 91 em semiliberdade (SL), estando distribuídos da seguinte forma: Porto Alegre (PL 597/SL 21), São Leopoldo (SL 15), Novo Hamburgo (PL 129), Caxias do Sul (PL 63, SL 14), Passo Fundo (PL 68, SL 10), Santo Ângelo (PL 36 e SL 7), Santa Maria (PL 38, SL 7), Pelotas (PL 51 e SL 7) e Uruguaiana (PL 53, SL 10).

A faixa etária predominante é a de 15 a 18 anos, totalizando 898 (87,1%) adolescentes, sendo que a idade prevalente é 17 anos, correspondendo a 342 (33,2%). Quanto à escolaridade, 832 (74,1%) apresentam escolaridade entre a 4ª e a 8ª série do ensino fundamental, sendo que 232 desses (22,6%) atingiram a 6ª série, o nível de escolaridade prevalente.

1.4.11. Famílias com crianças em situação de vulnerabilidade econômica e social

Em 2015, a SES/RS, através do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) e em parceria com a Fundação de Economia e Estatística do Estado (FEE), realizou um estudo que buscou identificar o número de crianças em situação de vulnerabilidade no RS.

O critério para definir a vulnerabilidade de uma determinada criança que vive em âmbito familiar é a presença de um atributo. As dimensões contempladas, com seus respectivos atributos, foram:

- Vulnerabilidade Social: existe criança no domicílio cuja mãe já tenha morrido; existe criança no domicílio que não viva com a mãe;
- Acesso ao conhecimento: presença de mãe com menos de 4 anos de estudo;
- Escassez de recursos: renda familiar per capita inferior à linha da pobreza;
- Desenvolvimento infanto-juvenil: presença de ao menos uma criança com menos de 16 anos trabalhando; presença de ao menos uma criança de 4-17 anos fora da escola; presença de ao menos uma criança de até 14 anos com menos de 2 anos de atraso; presença de ao menos um adolescente de 10 a 17 anos analfabeto; presença de ao menos uma mãe que tenha algum filho que já tenha morrido; presença de mãe que já teve algum filho nascido morto;
- Condições habitacionais: material de construção não é permanente; acesso inadequado à água; esgotamento sanitário inadequado; sem acesso à eletricidade; ausência de geladeira.

De acordo com essas dimensões, o resultado do percentual de famílias vulneráveis do estado é de 65,6%. Este estudo embasou a proposição do indicador de vulnerabilidade de crianças que vivem em âmbito familiar no RS e mensura o público-alvo do programa PIM, apresentado no item da APS e na Rede Materno-Infantil (item Redes Temáticas).

1.4.12. População Chave em situação de vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV/Aids

Populações-chave "são grupos definidos que, devido a comportamentos de maior risco específicos, estão em maior risco de infecção pelo HIV, independentemente do tipo da epidemia ou do contexto local" (OMS, 2014). A vulnerabilidade acrescida desses grupos também se explica pelo fato de serem alvos comuns de discriminação e exclusão social, situação que interfere negativamente no acesso aos serviços de saúde e na adesão ao tratamento em caso de soropositividade. Compõem o grupo de populações-chave os homens que fazem sexo com outros homens (HSH), as travestis e transexuais, os profissionais do sexo, os usuários de drogas e as pessoas privadas de liberdade e pessoas em outras instituições fechadas.

Estima-se que, ao fim de 2014, aproximadamente 781 mil indivíduos viviam com HIV/Aids no Brasil, representando uma taxa de prevalência de HIV de 0,39% (BRASIL, 2015, p 51). Nos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, as taxas de prevalência de HIV foram de 5,9% entre usuários de drogas (PUD), 10,5% entre HSH e 4,9% entre mulheres trabalhadoras do sexo (TS) (BRASIL, 2014 , p 11).

Além do aspecto epidemiológico, há outra questão importante para o debate das equidades na saúde pública. A questão da diferença entre identidade e comportamento sexual produz categorias como os Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), mas que não se identificam com a identidade homossexual e, portanto, não estão incluídos na categoria gay. Observa-se, entre os homens, tendência de aumento na proporção de casos em HSH nos últimos dez anos, passando de 34,6% em 2004 para 43,2% em 2013. Entre os HSH, a proporção de casos é superior entre aqueles com até 29 anos. Ao analisar esses dados por região de

residência, observa-se que há tendência de aumento da proporção de casos nessa categoria para a Região Sul, assim como para a Sudeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2014).

A população de travestis e mulheres transexuais registra as piores taxas de incidência de HIV e de mortalidade. No RS, assim como no Brasil, um limitante é a inadequação dos sistemas de informação em saúde à realidade dessas pessoas. Essa população pode estar contabilizada na categoria HSHs mas, no momento, inexistem dados sobre elas. No entanto, estudo realizado em Porto Alegre aponta maior exposição à epidemia por vulnerabilidade acrescida da população de travesti devido à exclusão social, aliada à desinformação quanto à importância da prevenção e, em caso de soropositividade, à adesão ao tratamento do HIV e as conseqüências da sua interrupção (MULLER, 2007).

Estudo realizado com 284 mulheres transexuais do RS que acessaram o Programa de Identidade de Gênero (PROTIG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre detectou soroprevalência de 25%. Os fatores associados à alta prevalência encontrados são pessoas maiores de 18 anos, residência na região metropolitana, histórico de outras DST e de prostituição (COSTA *et a*., 2015). Já a proporção de casos em usuários de drogas injetáveis registrou tendência de decréscimo, passando de 19,2% em 2004 para 4,5% e 2014, excluídos casos ignorados, no RS.

Visando atender as necessidades de saúde desta população, foi instituída a Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras Infecções Sexualmente, através da Resolução CIB/RS nº 235/14. Tem como objetivo fomentar um modelo de atenção à saúde onde o nível primário tenha a capacidade de integrar e coordenar a atenção à saúde, facilitando o acesso às estratégias de prevenção, diagnóstico e cuidado integral às PVHA. Essa estratégia visa o melhor enfrentamento da epidemia no Estado, visto que, historicamente, as ações relacionadas à prevenção, diagnóstico e cuidado às PVHA vêm sendo realizadas em serviços especializados ou serviços hospitalares, seguindo um modelo de saúde fragmentado, o que contribui para que o coeficiente de incidência de Aids continue em patamares elevados.

O estado vem potencializando novas tecnologias de prevenção tais como: tratamento como prevenção (TASP), que consiste no uso constante de medicamentos antirretrovirais para que as pessoas vivendo com HIV/AIDS alcancem a chamada “carga viral indetectável”; expansão da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP), a fim de reduzir o risco de transmissão do HIV após exposição sexual ocasional, ocupacional ou em virtude de violência sexual. A rede para atendimento da PEP envolve a APS, Serviço de Atendimento Especializado, Serviço de Atendimento 24 horas e demais portas de entrada. Compete a APS realizar acolhimento, aconselhamento, diagnóstico e avaliação, encaminhando o usuário para o serviço de atendimento especializado ou emergência, nos casos necessários.

O RS ampliou, nos últimos anos, o acesso ao diagnóstico do HIV e da Sífilis, através da implantação dos Testes Rápidos (TR) em serviços de APS, estratégia fundamental para o enfrentamento da epidemia. Atualmente, 442 municípios do Estado têm o TR implantado de HIV e Sífilis em sua rede de APS, representando cobertura de 90% dos municípios do Estado.

No que se refere à sífilis, assim como às demais Infecções Sexualmente Transmissíveis, preconiza-se que o diagnóstico, tratamento e seguimento do caso ocorra prioritariamente na APS, tendo em vista que a maioria dos casos não requer tratamento especializado. É necessário que a APS esteja preparada para acolher, diagnosticar precocemente e assistir os usuários, pois as complicações das IST não tratadas ou tratadas inadequadamente podem

resultar em infertilidade, risco aumentado para neoplasias, abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal.

O processo de implantação da LC para PVHA e outras IST ainda é incipiente no estado. O RS tem como foco 64 municípios prioritários, elencados por meio da Resolução CIB/RS nº 235/14, para serem pioneiros na implantação e implementação da Linha de Cuidado.

Região 5 – Bons Ventos

Região 6– Vale do Paranhana e Costa Serra

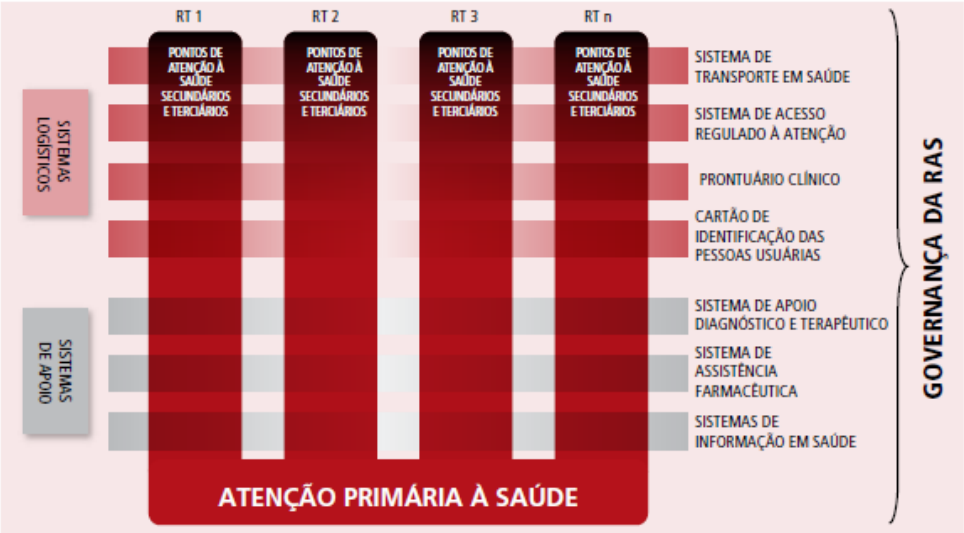
2. Organização e Estrutura da Rede de Atenção à Saúde

Os instrumentos normativos do SUS vêm apontando, nos últimos anos, a necessidade de reorganização dos serviços e práticas visando à integralidade da atenção. Neste sentido, se destaca a importância da superação da fragmentação entre as ações e serviços através da implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são 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 a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). As RAS são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (PORTER e TEISBERG, 2007), que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária, Secundária e Terciária (MENDES, 2011).

As RAS fazem uso intensivo da tecnologia da informação, promovem a educação permanente, coordenam a atenção ao longo da rede, incentivam o trabalho multidisciplinar e monitoram os processos e os resultados do sistema. Nesse contexto, a APS tem papel de coordenadora do cuidado à saúde da população adstrita e ordenadora da RAS, sendo o centro de comunicação com toda a Rede, sendo o modelo adotado pela SES/RS para a gestão do SUS no Estado do Rio Grande do Sul.

Figura 32. Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde.

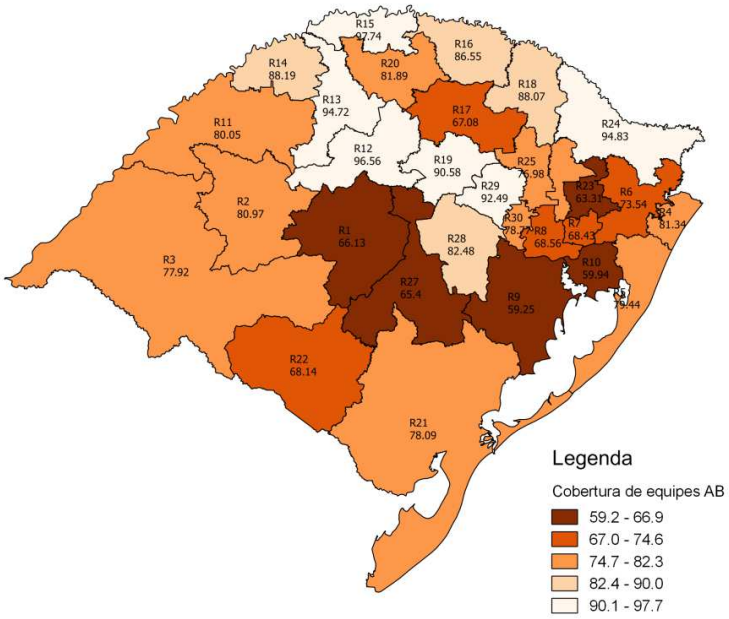


Fonte: Mendes, 2011.

2.1. Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é componente estratégico do SUS, em especial, por ser desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, próxima à vida das pessoas.[6] Cabe às equipes de Atenção Básica (EAB), às equipes de Saúde da Família (ESF) e às outras modalidades de equipes de Atenção Primária (equipes Multiprofissionais de Saúde Prisional, equipes de Saúde da Família Quilombola, por exemplo) o exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. A distribuição das EABs e das ESFs é apresentada nas Figuras 33 e 34.

Figura 33. Cobertura de Equipes de Atenção Básica, Regiões de Saúde, RS, 2015.

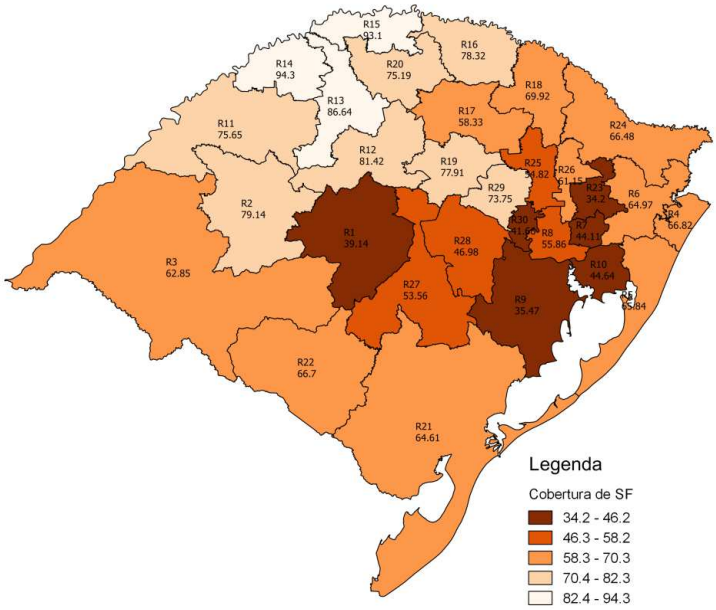


Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde.

Quanto à cobertura de Equipes de Atenção Básica (Figura 34), nove Regiões de Saúde (R9, R10, R23, R27, R1, R17, R22, R7 e R4) apresentaram cobertura inferior à média estadual (72,59%), sendo que a menor cobertura foi na R9 (59,25%). As demais 21 regiões apresentaram cobertura superior a do RS, sendo a R15 a que apresentou maior (97,74%).

[6] Os termos "Atenção Básica" e "Atenção Primária à Saúde" são considerados equivalentes nas atuais concepções estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo utilizados como semelhantes. Dessa forma, associam-se a ambos os princípios e as diretrizes definidas na Portaria nº 2.488/2011.

Figura 34. Proporção de cobertura populacional estimada de Equipes de Saúde da Família por Região de Saúde, RS, 2015.



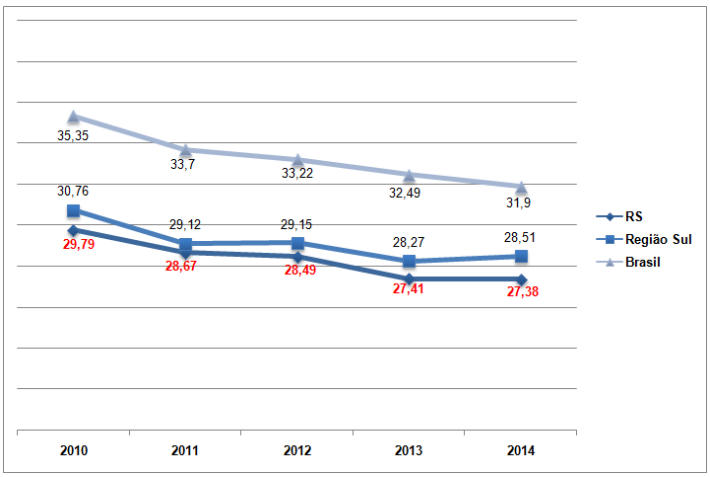
Fonte: Histórico de Cobertura de Saúde da Família. Portal Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde.

Mesmo que as ESF estejam presentes em 95% dos municípios gaúchos, a cobertura de ESF atinge somente metade da população do RS. Vinte regiões de saúde apresentam proporção de cobertura acima da média estadual (56,4%) e a maioria está situada na macrorregião Norte, localizadas em municípios de pequeno porte. A R14 apresenta a maior cobertura (94,3%). Dentre as regiões que se encontram abaixo da média do RS, a maioria concentra-se nas macrorregiões Metropolitana e Serra/Vales, que possuem municípios de grande porte e elevada densidade populacional. A R23 apresenta a menor cobertura (34,2%) (Figura 34).

Em relação ao indicador de condições sensíveis à atenção básica, pode-se observar tendência de decréscimo nas proporções do ICSAB[7] no RS abaixo da média do Brasil e da Região Sul do país em todo o período (Figura 35). Desde 2011, o estado possui proporção de ICSAB igual ou menor que 28,6%, parâmetro considerado adequado pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) para este indicador. Cabe salientar que o RS apresenta a menor proporção de ICSAB entre os estados da Região Sul do Brasil, mesmo possuindo uma menor cobertura de APS quando comparado a essa região.

[7] O indicador ICSAB pressupõe que dentre as internações necessárias para o tratamento clínico de uma gama de afecções, há um subconjunto de causas mais sensíveis à efetividade da APS e que, portanto, proporções dessas internações podem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas no nível primário da atenção à saúde. A interpretação deste indicador também pode ser usada para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a APS.

Figura 35. Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), RS, Região Sul e Brasil, 2010 a 2014.



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/DATASUS.

Desde o ano de 2013, como estratégia para melhoria do acesso dos cidadãos à APS nas regiões onde havia escassez, ausência ou dificuldade de contratação de médicos, foram inseridos nas Equipes de Saúde da Família do Estado 1.200 médicos vinculados ao Programa Mais Médicos para o Brasil. Estes profissionais foram distribuídos em 348 municípios gaúchos com o objetivo de fomentar a fixação e provimento de médicos. Outros dispositivos que compõem a capacidade instalada da APS, bem como a sua distribuição nos municípios e a respectiva cobertura populacional podem ser visualizados no Quadro 8.

Quadro 8. Capacidade instalada dos dispositivos da Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul. Ano base de 2015.

Serviço/Equipes	Nº absoluto	Nº de municípios
Equipes de Saúde da Família	1.905	473
Agentes Comunitários de Saúde	10.657	478
Equipes de Saúde Bucal	903	371
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	128	119
Equipes de Consultório na Rua	06	5
Famílias Atendidas pelo PIM	36.852	269
Visitadores do PIM	1.563	244
Agentes de Combate às Endemias (ACE)	1.281	168
Programa Academia da Saúde	163	96
Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB)	119	119
Oficinas Terapêuticas	300	217
Equipes de Redução de Danos	33	16
Médicos - Programa Mais Médicos	1.200	348
Pontos Telessaúde/RS	1.690	485
Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp)	34	-
Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFq)	50	41
Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI)	30	-

Fonte: Ministério da Saúde, DAB /MS; SISPIM/SES/RS; TelessaúdeRS/UFRGS.

Visando apoiar o modelo de Saúde da Família e aumentar a abrangência e o escopo das ações da APS, o estado conta em seu território com 128 NASF, 6 Consultórios na Rua (entre os tipos II e III), 1.563 visitadores ativos e 21.183 famílias ativas do Primeira Infância Melhor

(PIM), 1.281 Agentes de Combate às Endemias, acesso a medicamentos básicos, especializados e estratégicos nos 497 municípios e 163 obras de implantação do Programa Academia da Saúde em 96 municípios habilitados pelo Ministério da Saúde.

Quanto à atuação da Saúde Bucal, considera-se que a mesma é uma prática vinculada à Saúde da Família, devendo ser orientada tanto para ações de promoção e prevenção da saúde quanto para a clínica. A inserção das equipes de Saúde Bucal (eSB) nos municípios gaúchos possibilitou a ampliação do acesso da população aos profissionais e às práticas da Saúde Bucal.

No que se refere à atenção psicossocial, a SES/RS, por meio da Resolução CIB/RS nº 403/11, criou os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), que trabalham conjuntamente com as equipes de APS na ampliação e qualificação do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas através de matriciamento, discussão de casos e atendimento compartilhado. Além deste dispositivo, através da Resolução CIB/RS nº 404/2011 foram criadas as Oficinas Terapêuticas (OT), que promovem atividades criativas em grupo, com o intuito de fortalecer os espaços comunitários de convivência, de promoção de saúde mental e de produção de redes de solidariedade. A SES criou também as equipes de Composições de Redução de Danos por meio da Portaria Estadual nº 503/2014, cujas funções são as de realizar o trabalho de campo nos locais de uso de drogas e ofertar apoio matricial no âmbito do cuidado em álcool e outras drogas. Atualmente, o RS possui 119 NAAB, 300 Oficinas Terapêuticas (entre os tipos 1 e 2) e 33 equipes de Composição de Redução de Danos, sendo que todos esses dispositivos possuem incentivo financeiro estadual.

A promoção do acesso e uso racional aos medicamentos é fundamental para a resolutividade da APS, baseando-se na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). As farmácias municipais normalmente são o último contato do usuário no sistema de saúde, e devem preocupar-se não somente com a gestão do medicamento mas também agir de forma multidisciplinar e intersetorial. No estado somente 38% das equipes do NASF possuem farmacêuticos em sua composição e as farmácias municipais, em sua maioria, não possuem registro no CNES, ficando sem produção registrada no SIA-SUS.

Com relação ao suporte técnico destinado aos profissionais da APS, destacam-se as ações do TelessaúdeRS, que compõe o Telessaúde Brasil. A Teleconsultoria, segunda opinião formativa (resposta sistematizada das perguntas realizadas pelas teleconsultorias), telediagnóstico e tele-educação são alguns exemplos de ações desenvolvidas e que possibilitam uma maior qualificação e resolubilidade da prática clínica. As teleconsultorias podem ser realizadas por médicos e enfermeiros da APS e do Programa Melhor em Casa através da Plataforma do Telessaúde ou chamada telefônica gratuita através do número 0800 644 6543. Esta estratégia se consolida como uma potente ferramenta de educação permanente para os profissionais e amplia a resolutividade da APS. O estado se destaca no país como sendo o que mais utiliza o serviço.

Pensando em aprimorar ainda mais a Atenção Primária, em 2015 a SES/RS propôs como ação prioritária o desenvolvimento de Oficinas de Planificação da APS, tendo como piloto do projeto as Regiões de Saúde R1 e R2. A Planificação é uma parceria do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) com a SES/RS, na qual o CONASS capacita a equipe gestora estadual para a realização das oficinas no âmbito das regiões de saúde. O objetivo é o de qualificar o processo de trabalho das equipes e da gestão municipal, problematizando o papel da APS como ordenadora da RAS.

Nos três níveis federativos são construídas políticas, ações e programas com o objetivo de normatizar as atividades dirigidas a determinados grupos populacionais, devendo contemplar aspectos globais, desde prevenção e promoção à recuperação da saúde, em busca da universalização do acesso e equidade do serviço oferecido. A seguir são descritas políticas e programas estaduais e sua articulação junto às práticas desempenhadas nos municípios pelas equipes de APS.

A Política Estadual de **Atenção Integral à Saúde da Criança** prevê o acompanhamento da criança de acordo com o calendário mínimo de consultas de puericultura preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, consulta na 1º semana de vida, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 1º ano, 18 meses e anual a partir do 2º ano. Ao completar 10 anos, a Caderneta de Saúde da Criança deve ser substituída pela Caderneta do Adolescente.

O Teste do Pezinho (Triagem Metabólica Neonatal Universal), o Teste da Orelhinha (Triagem Auditiva Neonatal Universal), o Teste do Olhinho (Triagem Ocular Neonatal Universal) e o Teste do Coraçãozinho (Triagem Cardiológica Neonatal Universal) são algumas ações realizadas na APS que englobam a saúde da criança. No que se refere ao Teste da Orelhinha, a partir da parceria com as equipes técnicas estaduais do PIM e da Saúde da Pessoa com Deficiência, tem sido realizada a busca ativa de crianças faltosas nas triagens auditivas neonatais ou que apresentam Indicadores de Risco para Perda Auditiva (IRDA).

Em parceria com a Política de Alimentação e Nutrição (PAN), o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e continuado até os dois anos ou mais tem sido promovido através de ações como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, dentre outras, que estão sendo realizadas junto aos profissionais das UBS e ESF. A Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância/AIDPI Neonatal vem sendo promovida por meio de oficinas para profissionais da APS com o objetivo de identificar sinais de risco em gestantes e em crianças até 2 meses de vida.

Outra ação importante, realizada tanto na APS quanto no nível hospitalar, é a Vigilância do Óbito Infantil, visando desencadear estratégias para a redução do coeficiente de mortalidade infantil no estado. O objetivo é que, a partir da análise dos óbitos, sejam desenvolvidas ações de prevenção desde o pré-natal, passando pelo parto, puerpério e acompanhamento da criança e sua família.

O **Primeira Infância Melhor (PIM)** contempla ações socioeducativas transversais que visam a promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, considerando as dimensões física, intelectual, social, emocional e de linguagem. Desenvolve-se através de visitas domiciliares e atividades grupais realizadas semanalmente junto às famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, para o cuidado, proteção e educação de suas crianças menores de 6 anos. No âmbito da APS, o PIM constitui-se como mais um dispositivo da RAS, somando-se a outros serviços como uma estratégia de fortalecimento desse nível de atenção. Em consonância com a Rede Materno-Infantil, que visa organizar e implementar os cuidados à gestante e ao bebê em seus primeiros meses de vida, busca-se orientar gestores e equipes municipais a potencializar a relação de troca e trabalho conjunto entre os visitadores do PIM e os ACS. A articulação entre os visitadores do PIM, os ACS e a equipe de ESF materializa-se através da Portaria Estadual n° 578/2013, que estabelece a reorganização dos processos de trabalho das equipes municipais do PIM, privilegiando o atendimento a gestantes e crianças de 0 a 3 anos e a articulação com a APS.

Em relação à atenção às crianças com deficiência, o PIM é, em potencial, uma importante via de identificação precoce de alterações do desenvolvimento, já que o visitador domiciliar ocupa lugar "privilegiado" no que se refere à observação e acompanhamento das crianças que visita.

A Política Estadual de **Atenção Integral à Saúde de Adolescentes** (PEAISA), que compreende o cuidado a saúde da população entre 10 a 19 anos, estrutura-se em três eixos centrais: crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e reprodutiva e redução da morbimortalidade por causas externas. O trabalho da PEAISA junto a APS envolve a identificação da população de adolescentes no território para desenvolvimento de ações como a promoção de saúde e a articulação com os diversos equipamentos comunitários, especialmente a escola. Atualmente existem 264 municípios com Programa Saúde na Escola (PSE) no RS, sendo importante ampliar o número de municípios e de escolas municipais e estaduais vinculadas ao Programa, bem como articular e vincular as escolas às equipes de APS no território. A implantação da Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes na APS é uma estratégia permanente de promoção à saúde e prevenção de agravos, superando o modelo vigente de descontinuidade do atendimento nesse ciclo vital. Deve-se estimular o acompanhamento de adolescentes ofertando pelo menos 1 consulta médica e 2 consultas de enfermagem ao ano a partir dos 10 anos de idade, propiciando privacidade e confidencialidade no atendimento. Além disso, nos atendimentos aos mesmos, deve ser disponibilizada a Caderneta de Saúde de Adolescentes, que se constitui como instrumento de apoio tanto para os profissionais, quanto para os próprios adolescentes.

A Política Estadual de **Atenção Integral da Saúde do Homem** (PEAISH) tem cinco eixos estruturantes: acesso e acolhimento; prevenção de violência e acidentes; paternidade e cuidado; saúde sexual e reprodutiva e doenças prevalentes na população masculina. No RS, conforme Resolução CIB/RS nº 236/2014, 109 municípios aderiram a PEAISH. A partir da PEAISH, pretende-se desenvolver ações que propiciem o acesso da população masculina à APS, promovendo modos de vida saudáveis, autocuidado, pré-natal masculino, redução de danos, entre outras.

A Política Estadual de **Atenção Integral à Saúde da Mulher** tem quatro áreas prioritárias de cuidado vinculadas a APS: enfrentamento ao câncer de colo do útero e mama, enfrentamento à violência, planejamento sexual e reprodutivo e atenção ao pré-natal. Considerando a alta incidência e mortalidade relacionada ao câncer de colo e, principalmente, ao câncer de mama no RS, se fazem primordiais ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce que garantam o controle da doença e o acesso à rede de serviços.

Já o enfrentamento à violência se constitui em uma ação complexa que envolve todos os segmentos da sociedade. No âmbito estadual, vêm sendo realizadas ações que visam desenvolver competências e habilidades nos profissionais para o enfrentamento dessa temática. É fundamental o conhecimento dos órgãos de referência para suporte à vítima de violência pelos profissionais da APS, a fim de trabalhar de maneira integrada a eles, constituindo uma rede de atenção às vítimas de violência doméstica e sexual. Quanto ao planejamento sexual e reprodutivo, os serviços de saúde devem oferecer ações de acesso às informações, aos meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade garantindo direitos iguais para a mulher, para o homem ou para o casal, num contexto de escolha livre e informada. No estado do RS, a implantação da Rede Materno-Infantil tem possibilitado grandes avanços, como o aumento da cobertura do acompanhamento de pré-

natal, que abrange 75% de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. No entanto, ainda apresentam-se grandes desafios para a efetivação do cuidado nesse âmbito, uma vez que a incidência de marcadores básicos como a sífilis congênita vem se mantendo elevada nos últimos anos.

A Política de **Atenção Integral à Saúde do Idoso** tem por objetivo o envelhecimento ativo e saudável. O SUS é responsável pelo cuidado de aproximadamente 87% da população idosa gaúcha. O envelhecimento rápido da população traz profundos desafios para a estruturação das RAS, uma vez que medidas de intervenção sanitária tradicionais se detêm apenas no tratamento das doenças, não oferecendo parâmetros adequados de avaliação da situação de saúde da pessoa idosa em relação a manutenção de sua autonomia e independência. Para a operacionalização de um modelo de atenção a saúde do idoso que tem na APS sua principal porta de entrada, o conceito de funcionalidade global "não patologizador da velhice" e não reprodutor de um cuidado a saúde do idoso como um cuidado de "adultos velhos", é extremamente necessário. Nesse sentido, são ações prioritárias para o fortalecimento da APS como centro de atenção a Saúde da Pessoa Idosa: a realização anual da campanha de vacinação para a Influenza; a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (em 2015, 214 municípios aderiram à proposta, destes 139 receberam de fato a caderneta); a realização da Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa e/ou Classificação de Fragilidade, de modo a garantir a continuidade do cuidado especializado quando necessário; a atenção domiciliar longitudinal das pessoas idosas com indicação e a responsabilidade sanitária sobre as Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) no território de abrangência das equipes de APS (em 2015, de acordo com dados do CEVS, o RS contava com 757 ILPI com licenciamento sanitário).

2.2. Atenção Secundária e Terciária à Saúde

A atenção secundária e terciária é caracterizada por ações e serviços de saúde em âmbito ambulatorial e hospitalar, realizados mediante procedimentos de maior densidade tecnológica, de média e alta complexidade, sendo que os serviços de atenção terciária são mais densos tecnologicamente do que os serviços da atenção secundária, por isso tendem a ser concentrados em poucas regiões do estado.

Consultas Médicas na Atenção Especializada

A atenção ambulatorial especializada é um dos componentes necessários para a efetivação da Regionalização em Saúde. Um conjunto de procedimentos foram elencados para avaliar a oferta e vazios assistenciais de consultas e serviços de apoio diagnóstico nas regiões de saúde. Foi analisada a produção ambulatorial de consulta médica e alguns subgrupos de procedimentos diagnósticos da tabela SUS no período de 1 ano (Quadro 9).

Quadro 9. Oferta de consultas médicas na Atenção Especializada nas Regiões e Macrorregiões de Saúde, 2015.

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Dermatologia	Gastroenterologia	Hematologia	Imunologia	Infectologia	Nefrologia	Neurologia	Oftalmologia	Otorrinolaringologia	Pneumologia	Proctologia	Reumatologia	Urologia
Centro Oeste	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2													X
	3	X	X		X		X	X	X	X	X	X		X
Metropolitana	4	X	X			X	X	X	X	X	X			X
	5	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X
	6	X					X	X	X	X	X			X
	7	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X
	8	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	9	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X
	10	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Missioneira	11	X	X	X		X	X	X	X	X	X			X
	12		X				X	X		X	X			X
	13	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X
	14	X	X	X		X	X	X	X	X	X			X
Norte	15		X				X	X	X	X	X			X
	16		X	X		X	X	X	X	X	X	X		X
	17	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	18									X				
	19						X		X					X
	20	X	X					X	X			X		X
Sul	21	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	22		X				X		X	X	X			X
Serra	23	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	24	X					X	X	X	X				X
	25	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X
	26	X	X			X		X	X	X		X		X
Vales	27						X	X	X	X	X	X		X
	28	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X
	29	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X
	30					X	X	X	X	X	X	X		X
Total		**21**	**23**	**14**	**5**	**18**	**26**	**26**	**27**	**27**	**24**	**18**	**10**	**29**

Fonte: SIA/DATASUS; DAHA/SES/RS.

Os serviços em **Traumatologia-Ortopedia** de média complexidade são encontrados em todas as macrorregiões de saúde com vazios assistenciais na R19 e R29. Na alta complexidade, é constituída por 25 Serviços, conforme o Quadro 10.

Quadro 10. Serviços habilitados em Traumatologia-Ortopedia em Alta Complexidade, RS, 2015.

MACRORREGIÃO	REGIÃO	MUNICIPIOS	UNIDADES	STO	STOP	STOU
METROPOLITANA	10	Porto Alegre	Hospital de Clínicas	x	x	
			Hospital São Lucas da PUC	x	x	x
			Hospital Parque Belém	x	x	x
			Hospital Pronto Socorro			x
			Hospital Beneficência Portuguesa	x		
			Hospital Independência	x		
			Santa Casa de Misericórdia	x	x	
			Hospital Cristo Redentor	x	x	x
	8	Canoas	Hospital Nossa Senhora das Graças	x		
			Pronto Socorro Nelson Marchezan			x
			Hospital Universitário de Canoas	x	x	x
SUL	21	Rio Grande	Associação de Caridade Santa Casa	x		x
			Hospital Universitário Miguel Riet	x	x	x
		Pelotas	Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	x		x
CENTRO OESTE	2	Santa Maria	Hospital Universitário de Santa Maria	x	x	x
	3	São Gabriel	Irmandade Santa Casa de Caridade	x		x
MISSIONEIRA	12	Cruz Alta	Hospital de Caridade S. Vicente de Paulo	x		x
	14	Santa Rosa	Hospital Vida e Saúde	x		x
	11	Santo Ângelo	Associação Hospital de Caridade	x	x	x
NORTE	17	Passo Fundo	Hospital São Vicente de Paulo	x	x	x
			Hospital da Cidade	x	x	x
	15	Três Passos	Associação Hospital de Caridade	x		x
	16	Erechim	Fundação Hospitalar Stª Terezinha	x		x
VALES	28	Santa Cruz	Hospital Santa Cruz	x		
SERRA	23	Caxias do Sul	Hospital Pompéia	x		x

Legenda: STO = Serviço de Traumatologia e Ortopedia, STOP= Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica, STOU= Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência. Fonte: DAHA/SES/RS.

Ações Específicas nas Atenções Secundária e Terciária

Os **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)** são estabelecimentos que prestam serviços de média complexidade em saúde bucal e têm por objetivo garantir a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS. O RS apresenta baixa cobertura populacional de CEO, contando com 32 serviços habilitados, sendo 22 CEO tipo 1, 9 CEO tipo 2 e 1 CEO tipo 3. Verifica-se uma distribuição não homogênea entre as Regiões de Saúde, inclusive com ausência de CEO em algumas delas. Visando a melhoria do acesso e da qualidade dos CEO, o MS propôs o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQCEO), através da Portaria nº 261/2013. No 1º Ciclo de Avaliação do PMAQ-CEO, o RS teve adesão de 97%. Em 2016, a adesão para o 2º ciclo (2015-2016) manteve este percentual.

O **Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)** é um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas. O RS possui 121 LRPD habilitados, sendo 31 de gestão municipal e 90 de gestão estadual, totalizando cobertura de 25% da população.

O estado possui 74 **Serviços de referência no atendimento a pessoas vivendo com HIV/Aids**, distribuídos em 64 municípios. Normalmente, estes estão cadastrados como Serviços de Atendimento Especializado (SAE), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Ambulatórios Especializados ou Centros de Especialidades. A Resolução CIB/RS nº 143/2014 prevê o repasse de incentivo federal a 55 municípios, destinado ao desenvolvimento de ações de vigilância, promoção e prevenção de DST/HIV e Aids e Hepatites Virais. Os serviços especializados localizados em tais municípios sejam referência aos demais municípios de sua Região de Saúde. A distribuição dos serviços especializados contempla as 30 Regiões de Saúde.

Existem também as **Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/Aids,** que têm como objetivo oferecer assistência multidisciplinar às PVHA sem recursos financeiros ou apoio familiar, promovendo sua reintegração à família e à sociedade. O RS possui seis casas de apoio: três em Porto Alegre, duas em Pelotas e uma em São Sepé. Além disso, como estratégia de prevenção combinada a ser implantada nos serviços de assistência especializada e serviços de urgência e emergência do RS existe a **Profilaxia Pós-Exposição (PEP),** que consiste no uso de medicamentos antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de transmissão do HIV. Atualmente, a PEP está implantada em pelo menos 44 serviços distribuídos em 32 municípios, tendo fluxo estabelecido entre a atenção básica, serviço de assistência especializada, unidade de pronto atendimento e emergências hospitalares.

As pessoas que vivem com HIV/Aids podem ter impacto importante na qualidade de vida devido às desordens do tecido adiposo lipodistrofias e lipoatrofias, causando-lhes problemas físicos, psicológicos e sociais. As **lipodistrofias** são desordens caracterizadas pela alteração de gordura de várias partes do corpo, enquanto as **lipoatrofias** compreendem a redução da gordura em regiões periféricas, como braços, pernas, face e nádegas, podendo acarretar proeminência muscular e venosa relativa. O estado conta com uma rede de serviços habilitados em lipoatrofias e lipodistrofias. A pactuação das referências para os diferentes municípios do estado ocorreu por meio de Resolução CIB/RS nº 516/2014. Existe uma subutilização dos serviços existentes, ou seja, a oferta tem sido maior que a procura. É necessária maior apropriação por parte de profissionais de saúde e usuários sobre a importância e o impacto da realização destes procedimentos na qualidade de vida das PVHA e em uso de TARV.

No RS, há 16 **serviços referência para atenção às pessoas em situação de violência sexual**. Desses, apenas cinco realizam a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei. Quanto à distribuição territorial, percebe-se que 11 regiões de saúde possuem serviços para atenção às pessoas em situação de violência sexual e apenas duas para a interrupção da gravidez.

A **atenção especializada no Processo Transexualizador** no país é realizada em cinco serviços hospitalares. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é uma das referências nacionais na modalidade hospitalar, que consiste na realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório. De acordo com relatório do sistema AGHOS, em dezembro de 2015 havia 162 solicitações em regulação, sendo a mais antiga datada de março de 2014. São disponibilizadas ao mês oito novas consultas neste serviço, das quais quatro (50%) são para residentes de Porto Alegre (regulação própria) e quatro para residentes de outros municípios e estados do país (Regulação Estadual e Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC). Quanto à realização dos procedimentos cirúrgicos de transexualização, são necessários dois anos de acompanhamento prévio. Somando-se os tempos de espera, fica nítido o longo caminho percorrido por aqueles e aquelas que necessitam deste serviço. É importante ressaltar que muitas pessoas que buscam acesso à hormonoterapia são encaminhadas para o serviço hospitalar especializado de alta complexidade. Entretanto, muitos desses casos poderiam ser atendidos em outros pontos de atenção da rede, caso ela estivesse estruturada.

Os **Serviços Integrados na Atenção Especializada Ambulatorial (SIAEA)** são serviços eletivos, implantados em unidades intra ou extra hospitalares, e objetivam ampliar e aperfeiçoar o acesso da população aos cuidados e procedimentos especializados. Podem ser de dois tipos: clínico (dermatologia, endocrinologia, oftalmologia, entre outros) e clinico/cirúrgico (cirurgia geral, otorrinolaringologia, traumato-ortopedia, dentre outros), sendo esse último somente em ambiente hospitalar. Há no estado 86 serviços credenciados nas mais diversas especialidades. A maior concentração desses ambulatórios está na R3. Em sentido oposto, a R2, a R10, a R11, a R12, a R14, a R23 e a R24 não possuem serviço algum.

A análise da produção de procedimentos ambulatoriais avalia o acesso e a situação das desigualdades no território e tendências que demandem ações e estudos específicos, como se pode demonstrar através dos indicadores a seguir.

- Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade: este indicador avalia o acesso a alguns procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade (exames de detecção de vírus das hepatites, marcadores oncológicos, citopatologia de mama, ecocardiografia transtorácica, alguns procedimentos de biópsias, cirurgias de catarata, vasectomia, postectomia e acompanhamento de doador e transplantado) e **população residente.** O valor apurado do indicador no estado no ano de 2015 foi de 1,35 procedimentos ambulatoriais para cada grupo de 100 habitantes. Oito Regiões de Saúde apresentaram valores acima do estado (R1, R4, R8, R9, R10, R14, R22 e R29).

- Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade este indicador avalia o acesso a alguns procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade (rol de procedimentos como biópsia orientada, tomografia, ressonância magnética, cintilografia, cardiologia intervencionista, quimioterapia, hormonoterapia e litotripsia) **e população residente.** O valor apurado do indicador no estado no ano de 2015 foi de 8,66 procedimentos ambulatoriais para cada grupo de 100 habitantes. Sete Regiões de Saúde apresentaram valores acima do estado (R4, R8, R10, R13, R14, R15 e R20).

Capacidade Instalada de Leitos Hospitalares SUS no RS

A suficiência para os leitos hospitalares deve ser analisada de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.631/2015, que substituiu a Portaria GM/MS nº 1.101/2002, e que estabeleceu os parâmetros para as áreas de Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria Clínica, Pediatria Cirúrgica, Adulto Clínica 15-59 anos, Adulto Clínica 60 anos e mais, Adulto Cirúrgica 15-59 anos e Adulto Cirúrgica 60 anos e mais. A portaria atual recomenda que a necessidade de leitos seja calculada em quatro cenários com valores progressivos, de forma a situar a realidade em relação aos leitos no estado. Para a estratificação dos cenários de um a quatro, a portaria em questão adota por base variáveis como taxas de internação, tempo médio de permanência e taxa de ocupação hospitalar para filas de 1 e 5%.

A análise dos leitos de internação, que está em desenvolvimento pela SES, leva em conta os limites das Regiões de Saúde; já a análise dos leitos complementares (UTI e Unidades Intermediárias) contempla as Macrorregiões de Saúde, em função da alta especificidade destes leitos, a qual inviabiliza a sua habilitação em todas as Regiões de Saúde.

Os **Leitos de Internação** são as camas destinadas à internação de um paciente no hospital, excluindo-se os leitos complementares (UTI e Unidades Intermediárias), os leitos de observação e os leitos da categoria hospital dia.

A capacidade instalada de **leitos pediátricos** considerou os leitos clínicos e cirúrgicos, conforme Quadro 11. A análise da suficiência de leitos pediátricos nas Regiões de Saúde, conforme os quatro cenários da Portaria GM/MS nº 1.631/2015, encontra-se em desenvolvimento pela SES.

Quadro 11. Capacidade instalada de leitos pediátricos clínicos e cirúrgicos (total de leitos pediátricos SUS), por Região de Saúde, RS, 2016.

Região de Saúde	Capacidade instalada de leitos pediátricos
Região 01 - Verdes Campos	139
Região 02 - Entre Rios	36
Região 03 - Fronteira Oeste	114
Região 04 - Belas Praias	4
Região 05 - Bons Ventos	42
Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	67
Região 07 - Vale dos Sinos	114
Região 08 - Vale do Caí e Metropolitana	102
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	25
Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	449
Região 11 - Sete Povos das Missões	73
Região 12 - Portal das Missões	56
Região 13 - Diversidade	61
Região 14 - Fronteira Noroeste	97
Região 15 - Caminho das Águas	126
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	98
Região 17 - Planalto	105
Região 18 - Araucárias	67
Região 19 - Botucaraí	59

Região 20 - Rota da Produção	62
Região 21 - Sul	193
Região 22 - Pampa	75
Região 23 - Caxias e Hortênsias	51
Região 24 - Campos de Cima da Serra	32
Região 25 - Vinhedos e Basalto	39
Região 26 - Uva Vale	32
Região 27 - Jacuí Centro	57
Região 28 - Vinte e Oito	63
Região 29 - Vales e Montanhas	80
Região 30 - Vale da Luz	26
Total	**2.544**

Fonte: CNES/DATASUS, abril 2016.

A capacidade instalada de **leitos clínicos adultos** considerou os leitos clínicos e de outras especialidades (excluídos leitos de cirurgia, obstetrícia, pediatria e hospital dia), conforme Quadro 12. A análise da suficiência de leitos clínicos adultos, nas Regiões de Saúde, conforme os quatro cenários da Portaria GM/MS nº 1.631/2015, encontra-se em desenvolvimento pela SES.

Quadro 12. Capacidade instalada de leitos clínicos adultos (total de leitos clínicos adultos SUS), por Região de Saúde, RS, 2016.

Região de Saúde	Capacidade instalada de leitos clínicos adultos
Região 01 - Verdes Campos	556
Região 02 - Entre Rios	145
Região 03 - Fronteira Oeste	321
Região 04 - Belas Praias	69
Região 05 - Bons Ventos	174
Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	250
Região 07 - Vale dos Sinos	486
Região 08 - Vale do Caí e Metropolitana	660
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	363
Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	2.476
Região 11 - Sete Povos das Missões	260
Região 12 - Portal das Missões	174
Região 13 - Diversidade	277
Região 14 - Fronteira Noroeste	360
Região 15 - Caminho das Águas	483
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	323
Região 17 - Planalto	448
Região 18 - Araucárias	204
Região 19 - Botucaraí	145
Região 20 - Rota da Produção	259
Região 21 - Sul	1.262

Região 22 - Pampa	175
Região 23 - Caxias e Hortênsias	433
Região 24 - Campos de Cima da Serra	76
Região 25 - Vinhedos e Basalto	240
Região 26 - Uva Vale	132
Região 27 - Jacuí Centro	227
Região 28 - Vinte e Oito	279
Região 29 - Vales e Montanhas	349
Região 30 - Vale da Luz	125
Total	**11.731**

Fonte: CNES/DATASUS, abril 2016.

A capacidade instalada de **leitos cirúrgicos adultos** considerou os leitos cirúrgicos, conforme Quadro 13. A análise da suficiência de leitos cirúrgicos adultos, nas Regiões de Saúde, conforme os quatro cenários da Portaria GM/MS nº 1.631/2015, encontra-se em desenvolvimento pela SES.

Quadro 13. Capacidade instalada de leitos cirúrgicos adultos (total de leitos cirúrgicos adultos SUS), por Região de Saúde, RS, 2016.

Região de Saúde	Capacidade instalada de leitos cirúrgicos adultos
Região 01 - Verdes Campos	222
Região 02 - Entre Rios	41
Região 03 - Fronteira Oeste	152
Região 04 - Belas Praias	38
Região 05 - Bons Ventos	33
Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	78
Região 07 - Vale dos Sinos	188
Região 08 - Vale do Caí e Metropolitana	284
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	58
Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	1.503
Região 11 - Sete Povos das Missões	107
Região 12 - Portal das Missões	84
Região 13 - Diversidade	92
Região 14 - Fronteira Noroeste	110
Região 15 - Caminho das Águas	158
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	114
Região 17 - Planalto	281
Região 18 - Araucárias	45
Região 19 - Botucaraí	23
Região 20 - Rota da Produção	64
Região 21 - Sul	408
Região 22 - Pampa	50
Região 23 - Caxias e Hortênsias	138
Região 24 - Campos de Cima da Serra	31

Região 25 - Vinhedos e Basalto	93
Região 26 - Uva Vale	42
Região 27 - Jacuí Centro	54
Região 28 - Vinte e Oito	100
Região 29 - Vales e Montanhas	91
Região 30 - Vale da Luz	60
Total	**4.742**

Fonte: CNES/DATASUS, abril 2016.

A capacidade instalada de **leitos obstétricos** considerou os leitos de obstetrícia clínica e cirúrgica (Quadro 14). A análise da suficiência de leitos obstétricos, nas Regiões de Saúde, conforme os quatro cenários da Portaria GM/MS nº 1.631/2015, encontra-se em desenvolvimento pela SES.

Quadro 14. Capacidade Instalada de leitos obstétricos (total de leitos obstétricos SUS), por Região de Saúde, RS, 2016.

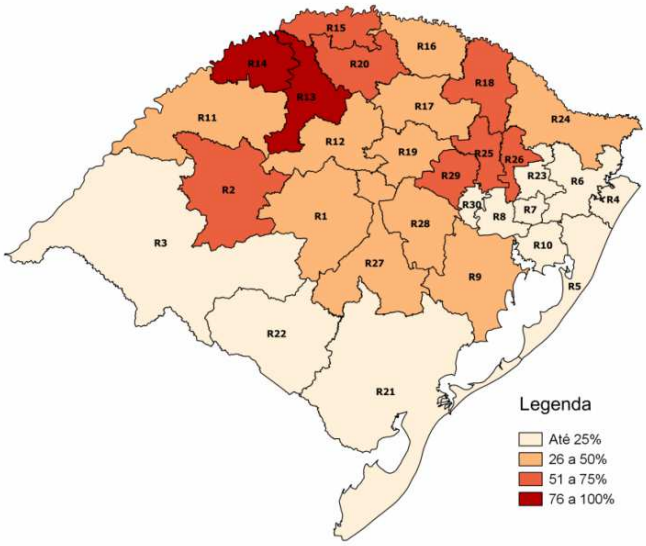
Região de Saúde	Capacidade instalada de leitos obstétricos
Região 01 - Verdes Campos	126
Região 02 - Entre Rios	30
Região 03 - Fronteira Oeste	105
Região 04 - Belas Praias	16
Região 05 - Bons Ventos	33
Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	47
Região 07 - Vale dos Sinos	89
Região 08 - Vale do Caí e Metropolitana	121
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	25
Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	370
Região 11 - Sete Povos das Missões	63
Região 12 - Portal das Missões	34
Região 13 - Diversidade	62
Região 14 - Fronteira Noroeste	71
Região 15 - Caminho das Águas	97
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	53
Região 17 - Planalto	74
Região 18 - Araucárias	59
Região 19 - Botucaraí	38
Região 20 - Rota da Produção	52
Região 21 - Sul	191
Região 22 - Pampa	36
Região 23 - Caxias e Hortênsias	66
Região 24 - Campos de Cima da Serra	21
Região 25 - Vinhedos e Basalto	43
Região 26 - Uva Vale	28
Região 27 - Jacuí Centro	51

Região 28 - Vinte e Oito	71
Região 29 - Vales e Montanhas	61
Região 30 - Vale da Luz	36
Total	**2.169**

Fonte: CNES/DATASUS, abril 2016.

A análise da capacidade instalada de leitos por regiões de saúde deve também considerar o percentual de leitos da região localizados em hospitais com até 50 leitos. Tal avaliação é necessária tendo em vista que os hospitais de pequeno porte podem apresentar baixa resolutividade nas internações. Na Figura 36 observa-se o percentual de leitos de cada região de saúde localizados em hospitais com até 50 leitos.

Figura 36. Percentual de leitos localizados em hospitais com até 50 leitos, por Região de Saúde, RS, 2016.



Fonte: CNES/DATASUS, abril 2016.

Leitos Complementares (UTI e Unidades Intermediárias)

Os tipos de UTI foram definidos conforme os grupos de suas respectivas abrangências, sendo: UTI neonatal para pacientes com idade entre zero a 27 dias, UTI pediátrica para pacientes clínicos e cirúrgicos de 28 dias a menores de 15 anos e UTI adulto englobando leitos obstétricos, clínicos e cirúrgicos a partir de 15 anos de idade.

A análise da suficiência de **leitos de UTI adulto**, nas Macrorregiões de Saúde, conforme os quatro cenários da Portaria GM/MS nº 1.631/2015, que encontra-se em desenvolvimento pela SES, deverá considerar o aumento no número de solicitações de leitos de UTI adulto nos meses de inverno, segundo os dados das internações reguladas pela Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS), tendo em vista as características climáticas e sazonais do estado. No Quadro 15 apresenta-se a capacidade instalada de leitos de UTI adulto, por Macrorregião de Saúde.

Quadro 15. Capacidade Instalada de leitos de UTI adulto (total de leitos de UTI adulto SUS habilitados), por Macrorregião de Saúde, RS, 2016.

Macrorregião de Saúde	Capacidade instalada de leitos UTI adulto
Metropolitana	555
Sul	118
Norte	73
Centro Oeste	78
Vales	52
Serra	67
Missioneira	60
Total	**1.003**

Fonte: CNES/DATASUS, abril 2016.

A análise da suficiência de **leitos de UTI neonatal**, nas Macrorregiões de Saúde, conforme os quatro cenários da Portaria GM/MS nº 1.631/2015, encontra-se em desenvolvimento pela SES. A capacidade instalada de leitos de UTI neonatal, por Macrorregião de Saúde, encontra-se no Quadro 16.

Quadro 16. Capacidade Instalada de leitos de UTI neonatal (total de leitos de UTI neonatal SUS habilitados), por Macrorregião de Saúde, RS, 2016.

Macrorregião de Saúde	Capacidade instalada de leitos UTI neonatal
Metropolitana	172
Sul	35
Norte	31
Centro Oeste	26
Vales	28
Serra	25
Missioneira	24
Total	**341**

Fonte: CNES/DATASUS, abril 2016.

Em função do significativo déficit de leitos de cuidados intermediários para o total do estado, os leitos de UTI Neonatal são utilizados para internação de crianças que não necessitariam de cuidados intensivos, demonstrando insuficiência da rede de cuidados especiais ao recém-nascido grave de forma geral.

No Quadro 17 apresenta-se a capacidade instalada de leitos de Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCO) e a necessidade desses leitos segundo a Portaria GM/MS nº 930/2012.

Quadro 17. Capacidade Instalada de Leitos de UCINCO (total de leitos de UCINCO SUS habilitados), por Macrorregião de Saúde, RS, 2016.

Macrorregião de Saúde	N° de leitos	Necessidade de leitos de cuidados intermediários em neonatologia - UCINCO
Metropolitana	132	137

Sul	15	27
Norte	13	32
Centro Oeste	20	26
Vales	10	22
Serra	10	31
Missioneira	0	22
Total	**200**	**297**

Fonte: CNES/DATASUS; Portaria GM/MS nº 930/2012.

A análise da suficiência de **leitos de UTI pediátrica**, nas Macrorregiões de Saúde, conforme os quatro cenários da Portaria GM/MS nº 1.631/2015, encontra-se em desenvolvimento pela SES. A capacidade instalada de leitos de UTI pediátrica, por Macrorregião de Saúde, pode ser observada no Quadro 18. A maior oferta desse tipo de leito na Macrorregião Metropolitana decorre da concentração de serviços de maior complexidade na capital, servindo de referência para todo o estado.

A exemplo do que foi referido para UTI adulto, as solicitações para internação em UTI pediátrica também apresentam aumento importante nos meses de inverno.

Quadro 18. Capacidade Instalada de leitos de UTI pediátrica (total de leitos de UTI pediátrica SUS habilitados), por Macrorregião de Saúde, RS, 2016

Macrorregião de Saúde	Capacidade instalada de leitos UTI pediátrica
Metropolitana	111
Sul	10
Norte	19
Centro Oeste	6
Vales	7
Serra	12
Missioneira	10
Total	**175**

Fonte: CNES, abril 2016.

A análise da produção de internações, avalia o acesso e a situação das desigualdades no território e tendências que demandem ações e estudos específicos, como se pode demonstrar através dos indicadores a seguir.

- Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade: esse indicador avalia o acesso a internações clínico-cirúrgicas de média complexidade **e população residente.** O valor apurado do indicador no estado no ano de 2015 foi de 4,43 internações clínicas cirúrgicas selecionadas para cada grupo de 100 habitantes. Dezenove Regiões de Saúde apresentaram valores acima do estado (R2, R3, R6, R8, R11, R13, R14, R15, R16, R17, R18, R19, R20, R22, R24, R27, R28, R29 e R30).

- Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade esse indicador avalia o acesso a internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade (rol de procedimentos de diagnose, internações clínicas e cirúrgicas de alta complexidade) **e população residente.** O valor apurado do indicador no estado no ano de 2015 foi de 5,42 internações clínicas cirúrgicas de alta complexidade, para cada grupo de 1.000 habitantes. Doze Regiões de Saúde

apresentaram valores acima do estado (R6, R10, R12, R13, R15, R16, R17, R18, R19, R20, R29 e R30).

Acesso a Ações Especializadas

A **Central de Regulação Ambulatorial (CRA/RS)** está totalmente informatizada para regulação do acesso às consultas médicas especializadas ofertadas em Porto Alegre para não residentes na capital, em processo compartilhado com a SMS. A regulação do acesso às consultas especializadas e exames segue um modelo heterogêneo, definido pelas normas legais e pactuações e é realizada pelas centrais de regulação sob gestão da SES, centrais municipais ou em ação compartilhada entre ambas. Para a oferta de Porto Alegre, a regulação do acesso é compartilhada entre Central de Marcação de Consultas e Exames de Porto Alegre (CMCE) (para residentes) e Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA/RS) (para não residentes). Para a oferta de Canoas, a regulação do acesso é compartilhada com a CRA/RS para procedimentos realizados no Hospital Universitário e regulação do acesso pela central municipal para a os demais procedimentos. Para oferta de Caxias do Sul e Pelotas, a regulação do acesso é realizada, exclusivamente, pela central municipal.

A oferta de outros serviços em gestão plena municipal normalmente está sob regulação das 18 dezoito Centrais Regionais (Coordenadorias Regionais de Saúde), com apoio do DRE/RS, porém, alguns municípios plenos, não citados acima, estão implantando sua própria central ambulatorial ou pretendem fazê-lo em breve. Essas centrais, a exemplo das centrais sob gestão do estado, não têm cobertura total da oferta contratada e de processo informatizado. A oferta de serviços sob gestão estadual está sob regulação da Central Regional, com apoio do DRE/RS.

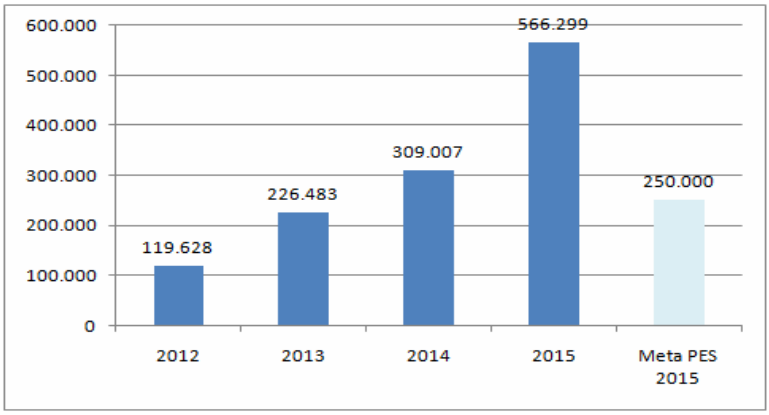
A área de abrangência de cada central de regulação corresponde à região de referência pactuada para cada serviço e área de atenção. Em função disto, a abrangência da central de regulação (municipal, regional ou estadual) pode variar, para cada procedimento regulado, entre os limites de uma Região de Saúde, região administrativa (Coordenadoria Regional de Saúde), Macrorregião de Saúde ou até para todo o estado, a exemplo de procedimentos ofertados em Porto Alegre.

Na CRA são reguladas 162 subespecialidades para consultas eletivas em Porto Alegre, e possui em média 10.000 cotas de atendimento/mês para não residentes em Porto Alegre. No Sistema de Regulação (SISREG) são realizados em média 44.000 agendamentos de consultas e exames para não residentes de Porto Alegre. No sistema AGHOS, a média de casos registrados é de 140.000 e, das 162 subespecialidades, 120 não possuem fila de espera. A lista de espera é ordenada, em primeiro lugar, pela classificação de risco e gravidade e, em segundo lugar, pelo critério cronológico da data de solicitação. Essa metodologia provoca oscilações na posição de uma determinada solicitação - para frente (pela classificação da própria solicitação como prioritária) ou para trás (pela classificação de outras solicitações como mais graves). Os agendamentos mensais dependem da oferta cadastrada no período pela SMS de Porto Alegre e dividida com a SES/RS (45%) para acesso de não residentes na capital, sendo que esse quantitativo pode variar. Atualmente não é possível realizar o levantamento em tempo real das desistências ou não comparecimentos de usuários às consultas agendadas pela CRA. Com o novo sistema GERCON, que está sendo implantado, esta dificuldade de monitoramento será solucionada.

No ano de 2015, a SES/RS realizou a regulação de 566.299 consultas especializadas, através da CRA/RS e CRS, o que representa aumento de 83% em relação a 2014 (Figura 37). O

total de consultas está dividido da seguinte forma: 110.259 referentes à oferta de Porto Alegre destinadas a não residentes na capital, 27.061 referentes aos serviços de reabilitação em todo o estado, 716.877 referentes às ofertas regionais reguladas pelas CRS, 12.080 da oferta especial de Canoas, sob regulação da CRA/RS e 22 para a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC).

Figura 37. Consultas Especializadas Reguladas sob Gestão da SES/RS, 2012 a 2015.

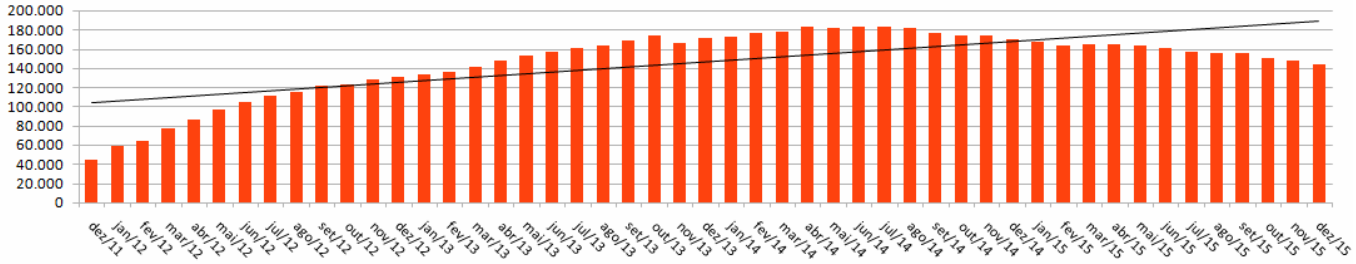


Fonte: DRE/SES/RS.

O déficit médio mensal (número de novas solicitações de consultas dividido pelo número de cotas) é avaliado, mensalmente, para a oferta de consultas em Porto Alegre e vem apresentando redução. Esse avanço é resultado de ações de gestão da lista de espera pactuadas no Grupo de Trabalho de Regulação e a aprovação de protocolos de regulação ambulatorial, em parceria com o TelessaúdeRS, com a finalidade de qualificar os cadastros de solicitação de consulta especializada (14 protocolos de subespecialidades já vêm sendo utilizados pelos profissionais reguladores). A participação do TelessaúdeRS no processo regulatório (RegulaSus) contempla o contato, via telefone, com o médico solicitante da consulta especializada, proporcionando a capacitação do mesmo para utilização do protocolo aprovado e orientação para manejo do caso, o que tem provocado impacto positivo na redução da lista de espera por consultas especializadas em Porto Alegre. A redução do número de usuários em fila de espera em algumas especialidades com protocolos implantados foi de 26%, sendo 59% em Pneumologia e apena 1% em Urologia (Quadro 19).

A ocupação da oferta de consultas especializadas de Porto Alegre tem se mantido acima de 95%, sendo que, para as subespecialidades com déficit de oferta, a ocupação é plena. A utilização plena das consultas ofertadas, bem como as ações de gestão da lista de espera, têm contribuído na diminuição da demanda reprimida por consultas especializadas na capital, conforme demonstrado na Figura 38.

Figura 38. Lista de Espera para Consulta Médica Especializada, Ofertada em Porto Alegre para não Residentes, dezembro/2011 a dezembro/2015.



*Total de solicitações em lista de espera no início do mês seguinte ao mês de referência.
Fonte: Sistema Informatizado de Regulação - CRA/RS - dados consolidados pelo Núcleo de Monitoramento e Avaliação do CRE/RS

Quadro 19. Fila de espera para consulta especializada em Porto Alegre para não residentes em especialidades que são reguladas em conjunto com TelessaúdeRS, RS, 2014-2016.

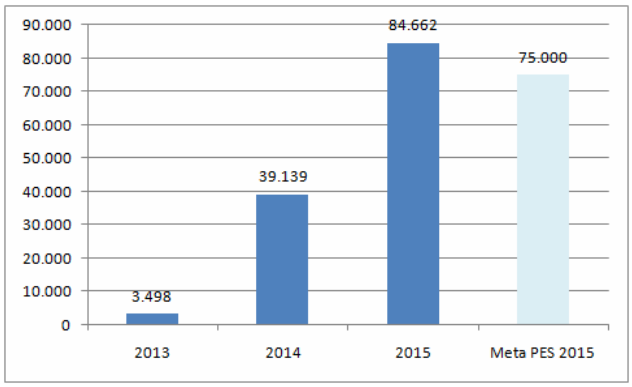
ESPECIALIDADES	01/02/14	02/02/15	Variação	02/02/16	Variação
ENDOCRINOLOGIA	7372	7269	-1,00%	3508	-52,00%
NEFROLOGIA	586	551	-6,00%	342	-38,00%
PNEUMOLOGIA	3650	3443	-6,00%	1421	-59,00%
UROLOGIA	8460	8252	-2,00%	8184	-1,00%
NEUROLOGIA	5422	5087	-6,00%	3818	-25,00%
NEUROCIRURGIA	2337	3488	49,00%	3259	-7,00%
REUMATOLOGIA	8006	8342	4,00%	6471	-22,00%
ESTOMATOLOGIA	346	329	-5,00%	94	-71,00%
TOTAL	36179	36761	2,00%	27097	-26,00%

Fonte: DRE/SES/RS.

Esse conjunto de ações, aliado a outros, como o aumento da oferta de consultas especializadas em outras regiões - Centros de Especialidades, provocaram também a redução do número de solicitações de consultas especializadas em Porto Alegre, passando de 223.775 no ano de 2013 a 196.517 em 2015.

Do total de exames regulados em 2015 (84.662), o conjunto das CRS agendou, sob coordenação do Departamento de Regulação Estadual (DRE/RS), 73.685 exames. Com o crescimento significativo do quantitativo de exames regulados de 2014 para 2015 (88%), o resultado foi suficiente para o alcance da meta anual de 75.000 (Figura 39).

Figura 39. Número de exames com acesso regulado, 2013-2015, RS.



Fonte: DRE/SES/RS.

Central de Regulação Hospitalar (CRH/RS)

As ações de regulação do acesso aos leitos sob gestão estadual ou sob gestão municipal de municípios sem central de regulação são realizadas pela Central Estadual de Regulação Hospitalar. Esse processo ocorre em caráter não obrigatório, ou seja, os hospitais ainda podem internar usuários, cujo acesso foi realizado por contato direto entre solicitante e executante e com informatização parcial, pois o cadastro das solicitações e a reserva do leito ainda são realizados por telefone. Atualmente, a CRH/RS regula, sob demanda, acesso a leitos de UTI, traumatologia, psiquiatria e enfermaria para situações especiais.

Os leitos hospitalares sediados em Porto Alegre, Canoas, Caxias do Sul e Pelotas são regulados pelas respectivas centrais municipais e, embora apresentem cobertura de internações reguladas superior ao conjunto de leitos sob regulação da CRH/RS, esta ação ainda não atingiu a totalidade da oferta contratada.

O escopo regulado pelas quatro centrais municipais citadas é variável e, para a maioria dos casos, excluem as internações cuja porta de entrada é a unidade de emergência da própria unidade executante. Tendo em vista que as solicitações para as cinco centrais de regulação hospitalar são cadastradas por telefone, a avaliação de pertinência da internação nos respectivos prestadores é realizada pelos médicos reguladores, de acordo com a regionalização e pactuações prévias sobre regiões de referência para cada município/serviço e para cada área de atenção.

Os sistemas de regulação hospitalar das cinco centrais não estão integrados e, em função disto, não há disponibilidade de dados sobre os quantitativos e áreas de atenção reguladas pelas centrais municipais.

No ano de 2015 foram realizadas 17.285 solicitações de internações/transferências hospitalares. Do total das solicitações cadastradas 70% foram pedidos de internações em UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal. Considerando este quantitativo anual, 68,5% (11.848) foram internados/transferidos, 5,7% (979) cancelados por óbito durante o processo regulatório e 25,8% (4461) foram cancelados por outros motivos (melhora do quadro clínico, opção do familiar por não transferência, e/ou reavaliação da indicação da mesma pelo médico assistente e médico regulador). O percentual da distância percorrida de até 150 km por ocasião das transferências foi de: UTI Adulto = 82,9%, UTI Pediátrica = 69,6%, UTI Neonatal = 68%. Já o percentual do tempo decorrido em até 2h na conclusão da regulação médica foi de: UTI Adulto = 26,6%, UTI Pediátrica = 30,7%, UTI Neonatal = 20,1%.

Em caráter excepcional, de forma administrativa, a CRH compra leito em hospitais privados conveniados ou não ao SUS e na transferência do paciente de UTI, quando o município não dispõe de transporte medicalizado, a CRH realiza a compra de transporte medicalizado aéreo ou terrestre, conforme processo licitatório e não incluídos no escopo de autorização das centrais de urgências (SAMU) e transplante.

A fim de oferecer retaguarda para a assistência ambulatorial e hospitalar da população privada de liberdade, desde 2010, a SES criou incentivo estadual específico para habilitação de leitos (Resolução CIB nº 54/2010). A regulação de acesso aos 54 leitos contratualizados pela SES e aos 3 leitos do Hospital Nossa Senhora da Conceição são realizadas pelo Departamento de Tratamento Penal da SUSEPE.

A **Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/Central de Transplantes (CNCDO)** realiza todas as modalidades de transplantes no estado, sendo líder nacional no número de transplantes renais e de pulmão. O RS conta com quatro centros transplantadores

em Porto Alegre e doze no interior (Bento Gonçalves, Caxias do Sul, Cruz Alta, Erechim, Ijuí, Lajeado, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Santa Cruz do Sul, Santa Maria e Viamão).

Quando a série histórica (1996-2015) é analisada por tipo de transplante, observa-se que, dos 23.910 transplantes, 45,8% foram de córnea e 29,6% de rim, totalizando, juntos, 75,4% dos transplantes realizados no período (Quadro 20).

Quadro 20. Série Histórica de tipo de transplantes realizados no RS, 1996-2015.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Rim	138	129	118	212	264	294	321	349	404	336	302	376	331	332	413	485	576	556	576	557	**7.079**
Fígado	30	48	53	61	75	93	110	128	106	123	104	121	102	107	104	125	111	137	141	148	**2.027**
Pulmão	5	5	7	15	19	19	19	26	21	22	24	28	32	57	40	42	39	40	35	53	**548**
Coração	15	14	13	15	11	15	20	8	6	14	13	10	14	8	5	11	11	12	9	17	**241**
Pâncreas	1	0	1	0	1	2	22	42	37	34	22	21	17	8	4	1	0	0	0	8	**221**
Córnea	72	80	112	186	252	514	584	465	527	631	802	684	595	607	757	918	884	782	710	784	**10.946**
Medula Óssea	14	6	2	14	42	66	76	81	87	88	103	101	129	139	115	155	153	166	157	187	**1.881**
Osso*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	419	500	**919**
Pele*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	28	20	**48**
Transplantes Órgãos e Tecidos no RS	**275**	**282**	**306**	**503**	**664**	**1.003**	**1.152**	**1.099**	**1.188**	**1.248**	**1.370**	**1.341**	**1.220**	**1.258**	**1.438**	**1.737**	**1.784**	**1.693**	**2.075**	**2.274**	**23.910**

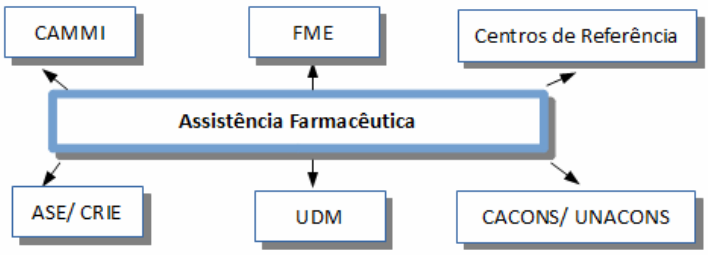
Dados Preliminares. Fonte: SIG do SNT/MS e arquivo da Central Estadual de Transplante
* Dados não disponíveis

No período de 1996 a 2015 o número de notificações de potenciais doadores passou de 140 para 649, enquanto o número de doadores efetivos aumento de 74 para 245. Sobre os motivos apontados na entrevista familiar para não autorização para doação de órgãos, destaca-se o fato do potencial doador não ter manifestado seu desejo de doar os órgãos e tecidos em vida, seguido pelo desejo do familiar entrevistado/detentor da decisão de não realizar a doação.

Assistência Farmacêutica nos pontos de atenção secundários e terciários

A integração dos pontos de atenção secundária ou terciária da assistência farmacêutica (Figura 40) com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde promove o acesso, garante o uso racional do medicamento, o acompanhamento farmacoterapêutico e o cuidado integral do usuário.

Figura 40. Estrutura da Assistência Farmacêutica na Atenção Secundária e Terciária.



Fonte: CPAF/SES/RS.

O acesso aos tratamentos farmacológicos e o acompanhamento do uso dos medicamentos nas linhas de cuidado, estabelecidas pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PDCT) do Ministério da Saúde, é viabilizado pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Para atender as especificidades epidemiológicas regionais, a SES disponibiliza aos usuários medicamentos do Elenco Especial, cujas rotinas e financiamento são estabelecidos pela SES/RS. A dispensação destes medicamentos se dá de forma descentralizada nos municípios onde os usuários residem (CIB RS n° 143/2003).

O estado conta com 495 farmácias sob gestão dos municípios e duas sob gestão da CPAF/SES (Porto Alegre e Santa Maria), sendo que todas estão interligadas através do sistema AME. Através de cooperação técnica com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Portaria SES/RS Nº671/2010), esta estrutura conta ainda com Centros de Referência para avaliação, diagnóstico e tratamento de algumas doenças (Mieloma Múltiplo, Doença de Crohn, Doença de Gaucher, Doença Falciforme, Artrite Reumatóide, Distonias, Espasticidade, dentre outros) com o objetivo de racionalizar o uso de medicamentos de alto custo através do compartilhamento de doses e acompanhamento dos usuários.

Nos Centros de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis (CAMMI), os usuários portadores de Hepatite C são acompanhados a fim de garantir a adesão ao tratamento farmacológico e a detecção e manejo de reações adversas ao medicamentos em uso. Contamos com 11 CAMMI, sendo quatro na Capital e demais no interior (Santa Maria, Caxias do Sul, Passo Fundo, Pelotas, Uruguaiana, Santo Ângelo e Rio Grande).

Os medicamentos oncológicos de compra centralizada pelo MS estão sob gestão da CPAF, que garante os tratamentos nos Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) de 27 hospitais do estado, os quais, além do atendimento farmacológico, também prestam assistência integral aos usuários. Os centros estão distribuídos em 15 CRS, com concentração na região metropolitana. A partir de 2016 se iniciou a implantação do sistema AME PROGRAMAS para acompanhamento da distribuição do medicamento e dos usuários em tratamento oncológico.

O acesso a medicamentos para enfermidades/doenças endêmicas, cujas diretrizes são estabelecidas pelo Ministério da Saúde, é viabilizado através do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF). A atenção secundária se ocupa da prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório, através de ações articuladas com a saúde da criança para o fornecimento e acompanhamento do uso de medicamento palivizumabe nos dois CRIE e nove ASE, que atendem em todas as regiões do estado as crianças menores de um ano nascidas pré-termo (28 semanas ou menos) ou menores de dois anos de idade e que apresentam doença pulmonar crônica ou cardiopatia congênita.

O CESAF também se ocupa da gestão dos medicamentos antirretrovirais, medicamentos para Infecções Oportunistas e Efeitos Colaterais dos antirretrovirais (IOs e ECs) e insumos para diagnóstico do HIV e Sífilis (teste rápido). Realizando a distribuição destes medicamentos, monitora eventual uso inadequado ou não uso do medicamento. Estas situações são reportadas para que as intervenções necessária ssejam realizadas. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção de HIV em adultos e crianças prevê a utilização de 44 medicamentos para a Terapia Antirretroviral (TARV), em 59 Unidades de Dispensadoras de Medicamento (UDM), distribuídas em 55 municípios, sendo três ainda em fase de implantação (Santo Antônio da Patrulha, Farroupilha e Xangri-lá). Avalia-se este

quantitativo como insatisfatório, sendo desejável que cada um dos 64 municípios que têm serviço de referência, possua também uma UDM. No ano de 2015 foram atendidos 436.922 usuários, entre parturientes, adultos, crianças e RN de mães vivendo com HIV.

2.3.Redes Temáticas

Há cinco redes temáticas sendo desenvolvidas no RS: Rede Materno-Infantil, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Urgências e Rede de Atenção Psicossocial.

2.3.1.Rede Materno-Infantil

A Rede Materno-Infantil do RS visa garantir o fluxo adequado para o atendimento ao planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e primeira infância com o objetivo de qualificar a assistência e enfrentar a mortalidade materna, infantil e fetal. Está vinculada ao programa federal denominado Rede Cegonha, ao programa estadual Primeira Infância Melhor (PIM) e a outros financiamentos estaduais como: Ambulatório de Gestante de Alto Risco (AGAR), Ambulatório de Egressos de UTI neonatal, incentivo estadual para atendimento de alto risco e casa da gestante, entre outros.

Instituída pela Portaria GM/MS Nº 1.459 de 2011, **a Rede Cegonha** está estruturada a partir de quatro componentes: 1) pré-natal, 2) parto e nascimento, 3) puerpério e atenção integral à saúde da criança e 4) sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação. Possui como espaço deliberativo o Grupo Condutor da Rede Cegonha e um espaço de acompanhamento social denominado Fórum Perinatal, que estão implantados com efetividade no RS.

Através da Rede Cegonha há o financiamento para a ampliação dos exames de pré-natal, de teste rápido de gravidez e de detecção da Sífilis e HIV, para a ampliação e qualificação de leitos de UTI adulto, UCI e UTI neonatal, leitos de gestação de alto risco, assim como para a adequação da ambiência das maternidades e a construção e custeio de Centros de Parto Normal e Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas.

No estado, o plano inicial da Rede Cegonha, para os quatro componentes com incentivos federais, está contemplado para a macrorregião Metropolitana (R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) com plano aprovado e recurso em pagamento pelo Ministério da Saúde. Atualmente, há a habilitação federal de 49 leitos para o atendimento às gestantes de alto risco distribuídos em cinco serviços de Porto Alegre. O Plano da Macrorregião Metropolitana está sendo dividido e revisado por Regiões de Saúde, já estando aprovados os planos da R4 e R5. Nas demais macrorregiões de Saúde, há adesão de 98% dos municípios ao componente do pré-natal e ao recurso destinado para o mesmo.

O estado preconiza o diagnóstico de HIV e Sífilis para as gestantes e seus parceiros prioritariamente através da testagem rápida (TR) no pré-natal (1ª consulta, no 3º trimestre e no momento do parto), bem como nas situações de abortamento. Quanto à hepatite B, recomenda-se que seja realizada preferencialmente duas testagens no pré-natal, no 1º e 3º trimestres. A testagem para Hepatite C na gestação não é rotina no pré-natal, exceto em gestantes de alto risco (em uso de drogas injetáveis, coinfectadas com HIV/Aids, expostas a transfusões de sangue ou com história de múltiplos parceiros). Entretanto, é importante

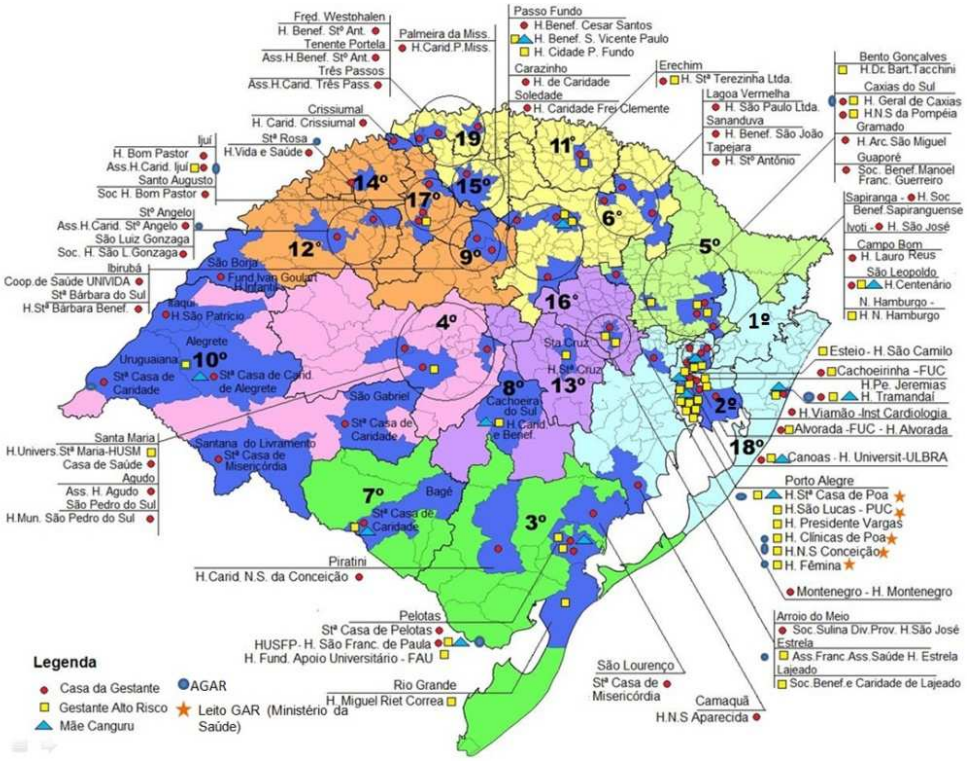
diagnosticar a gestante para que esta possa iniciar o acompanhamento com profissional especializado, bem como o acompanhamento do bebê em tempo oportuno.

Para melhorar o atendimento multiprofissional em regime ambulatorial às gestantes de alto risco, o estado proporcionou incentivo financeiro para a implantação de **Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR).** Atualmente, existem 12 desses serviços, que devem realizar matriciamento à rede, auxiliando na condução do pré-natal de risco habitual e de alto risco nos demais níveis de atenção, em particular na atenção primária. Já para o atendimento hospitalar, há incentivo estadual para a realização do parto de alto risco em 31 hospitais. Quanto à **Casa da Gestante**, temos 47 serviços no Rio Grande do Sul, distribuídos em todas as Regiões de Saúde.

Os **ambulatórios de seguimento de egressos,** instituídos a partir da Resolução CIB/RS nº 324/2010, têm como finalidade garantir e oportunizar por dois anos acompanhamento diferenciado aos recém-nascidos que recebem alta hospitalar nas unidades de tratamento intensivo neonatal, em especial para os menores de 1.500 gramas. Os 14 serviços existentes no RS estão estruturados e organizados na lógica das macrorregiões de saúde e a cobertura dos ambulatórios está próxima de 80 a 90%.

Para o atendimento do parto de risco habitual há, atualmente, 2.156 leitos pelo SUS. Quanto ao atendimento de alto risco ao neonato, temos habilitados um total de 341 leitos de UTI neonatal e 245 de UCI neonatal (CNES, 2015). Os quantitativos de leitos de UTI neonatal e de leitos para parto de risco habitual estão em suficiência para a assistência à população SUS no RS, conforme a portaria GM/MS nº 1.631/2015.

Figura 41. Serviços de Atenção ao Alto Risco e Casas da Gestante.



Fonte: Saúde da Mulher/DAS, 2015.

Destaca-se a função da APS não só como responsável pelo pré-natal de risco habitual, mas também compartilha o cuidado e coordena a rede nos casos de alto risco.

Sobre a assistência de pré-natal à **população privada de liberdade**, destaca-se a implantação da Linha de Cuidado da Mulher Privada de Liberdade, seu bebê e família, (Resolução CIB/RS nº 757/2014) na Penitenciária Feminina Madre Pelletier e no Presídio Feminino de Guaíba (que acomodam crianças de até um ano de idade).

O **PIM** é uma ação transversal de promoção do desenvolvimento integral da primeira infância. No ano de 2015 estavam habilitados 269 municípios com 2.413 visitadores, atendendo 36.852 famílias e beneficiando 38.057 crianças e 6.003 gestantes. A inserção do PIM na Rede Materno Infantil se concretiza por permear três dos quatro componentes da Rede Cegonha. No que se refere ao pré-natal, o trabalho dos visitadores em território contribui para a captação precoce das gestantes e sua vinculação à rede de serviços, no reconhecimento de situações que afetam a evolução da gestação e na qualificação da atenção, em complementaridade as ações da APS. Destaca-se a atenção às gestantes adolescentes, a atuação itinerante de visitadores para a atenção às gestantes prioritárias e, mais recentemente, a atenção às mulheres gestantes privadas de liberdade.

No componente parto e nascimento, o foco do PIM está direcionado, especialmente, para o empoderamento das gestantes e famílias com relação aos seus direitos e ao conhecimento de todos os procedimentos desta etapa, para realizar uma escolha consciente. A identificação do PIM no componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança está para além da faixa etária prevista na Rede Cegonha (até dois anos), pois no PIM a criança é acompanhada até completar seis anos de idade, de acordo com suas necessidades e o interesses de cada família.

2.3.2.Rede de Atenção às Urgências

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna. A Rede está organizada em dois componentes: o pré-hospitalar (móvel e fixo) e o hospitalar. As diretrizes da RUE estão definidas na Portaria GM/MS nº 1.600/2011. O Plano de Ação Regional (PAR) da RUE tem como objetivo estruturar essa Rede de Atenção, integrando as ações e os serviços nos municípios e regiões para superar a fragmentação existente e proporcionar atendimento resolutivo. Os Planos são elaborados macrorregionalmente e, atualmente, estão aprovados pelo Ministério da Saúde os Planos das Macrorregiões de Saúde Metropolitana e Sul. As demais macrorregiões só possuem Planos aprovados pela CIB/RS, os quais se encontram em processo de revisão para encaminhamento ao MS.

Componente pré-hospitalar móvel

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, entre outras) que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam com a maior brevidade possível.

A Unidade de Suporte Básico (SAMU-USB) é um veículo destinado ao atendimento de socorro de pacientes com risco de vida conhecido ou desconhecido não classificado com potencial para intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

As 30 Regiões de Saúde do Estado possuem SAMU-USB em atividade. A Unidade de Suporte Avançado (SAMU-USA) é um veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar daqueles que necessitam de cuidados médicos intensivos. A Motolância (SAMU-MT) é conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução. Já o Veículo de Intervenção Rápida (SAMU-VTR) é tripulado por, no mínimo, um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro. Ambos componentes servem para apoio às Unidades de Suporte Básico e/ou Avançada. O Serviço Aeromédico é realizado de forma conjunta entre a SES e a Secretaria de Segurança Pública, com equipe de médico e enfermeiro do SAMU e piloto do Batalhão de Aviação Aérea/BAV/BM.

O estado conta com 161 Bases do SAMU 192. Essas Bases atendem 276 municípios, nas 30 Regiões de Saúde (Quadro 21).

A frota SAMU possui, em funcionamento, 38 Ambulâncias de Suporte Avançado (USA) e 187 Ambulâncias de Suporte Básico (USB), além de 18 Motolâncias, 10 Veículos de Intervenção Rápida e uma Aeronave.

Quadro 21. Centrais de Regulação do estado do Rio Grande do Sul, percentual de cobertura da população atendida e número de bases SAMU, julho 2016.

Central de Regulação	População Coberta	%	Municípios	Bases
Estadual	7.330.345	72,32	257	142
Bagé	183.204	1,80	5	5
Caxias	534.787	5,27	2	2
Pelotas	615.384	6,07	11	11
Porto Alegre	1.472.482	14,52	1	1
Total Pop.Coberta	**10.136.202**		**276**	**161**

Fonte: Coordenação Estadual do SAMU/RS.

No estado, estão implantadas cinco Centrais de Regulação das Urgências: uma Municipal (Porto Alegre), três Regionais (Bagé, Caxias do Sul e Pelotas) e uma Estadual.

O SAMU 192 é um serviço gratuito, que funciona 24 horas por dia, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado através do link "192" e acionado por uma **Central de Regulação** das Urgências. O SAMU realiza os atendimentos em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas.

Com base em dados gerais, arquivados e classificados a partir do Sistema True, pelo período de três anos, nota-se pequeno aumento no número de ligações em 2015 (1.598.300), em comparação ao ano de 2014 (1.593.216). Entretanto, quando comparado ao ano de 2013 (1.644.146), vemos um decréscimo na quantidade absoluta de ligações. Dessas, a média efetiva de ligações reguladas por médicos reguladores mantém-se, permanecendo em torno de 280 mil ao ano. Ressalta-se a queda do número de chamadas classificadas como “trote”, que se deve à realização, pelas Bases Municipais do SAMU, de campanhas de conscientização e publicitárias sobre o atendimento pré-hospitalar, bem como orientações sobre situações em que o SAMU deve ser chamado.

O **Núcleo de Educação em Urgências** está organizado para a formação, capacitação, habilitação e educação permanente de recursos humanos para as urgências. O Núcleo de

Educação também é responsável pela organização e controle das equipes das 161 Bases implantadas no RS junto ao sistema de regulação SAPH/TRU e conta com Núcleos de Educação Municipais que promovem capacitação para as suas equipes, nas próprias Bases e nas suas regiões.

Componente pré-hospitalar fixo

A **Unidade de Pronto Atendimento 24 horas** (UPA 24h) é um estabelecimento de complexidade intermediária entre a APS e a atenção hospitalar e deve articular-se com os demais serviços de saúde, possibilitando a circulação do usuário pelos três níveis de complexidade. Atualmente, 13 Regiões de Saúde contam 15 com UPA 24h em atividade (R1, R3, R7, R8, R10, R12, R14, R22, R24, R25, R26, R28 e R29).

Das 56 UPA 24h previstas para o estado: 15 foram inauguradas (14 estão habilitadas e/ou qualificadas pelo MS, recebendo recursos conforme Portaria GM/MS nº 342/2013 e uma aguarda habilitação ministerial), 16 estão com as obras concluídas e sem funcionamento e 25 encontram-se em diferentes fases de construção.

Componente Hospitalar

As **portas de entrada** são serviços de atendimento ininterrupto para acolher o conjunto de demandas espontâneas ou referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, conforme Portaria GM/MS nº 2.395/2011. No RS, em 2013, o cofinanciamento para as Portas de Entrada da Urgência e Emergência se deu através da Resolução CIB/RS n° 373/2013. A partir da Resolução CIB/RS nº 111/2015, a SES intensificou a fiscalização do cumprimento dos critérios previstos nessas normatizações, por meio de vistoria *in loco*. Atualmente, as 30 regiões de saúde estão contempladas com esse componente hospitalar.

A Resolução CIB/RS nº 539/2011 aprova o incentivo estadual para hospitais que disponibilizam **plantão médico** 24 horas nas especialidades de traumato-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia buco-maxilo-facial, otorrinolaringologia e oftalmologia. Nove regiões de saúde possuem este dispositivo: R1, R4, R7, R8, R10, R12, R17, R20 e R21, sendo as especialidades distribuídas em 15 municípios.

Conforme as Portarias GM/MS nº 2.395/2011 e nº 2.809/2012, os **leitos de retaguarda** podem ser criados ou qualificados em hospitais estratégicos ou com menor adensamento tecnológico, que disponibilizem suporte à região. Estes leitos devem ser exclusivos para a retaguarda às urgências e emergências e regulados pelas centrais de regulação. Dividem-se em: Leitos Clínicos, Leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Leitos de Cuidados Prolongados (CP).

Os leitos clínicos já existentes, especificamente para **retaguarda** à RUE, podem ser qualificados para receber o mesmo custeio diferenciado que os leitos novos habilitados para a mesma finalidade. Esta qualificação é de acordo com a seguinte proporção: um leito para cada dois leitos novos em hospitais públicos e um leito para cada leito novo em hospitais privados, conveniados ou contratados pelo SUS. No estado existem 790 leitos clínicos de retaguarda à RUE, distribuídos em quatro Regiões de Saúde: R8, R10, R21 e R22.

As instituições hospitalares que disponibilizarem novos **leitos de UTI** específicos para retaguarda à RUE, ou que qualificarem os leitos já existentes, farão jus a custeio diferenciado, conforme Portaria GM/MS nº 2.395/2011. O RS apresenta 173 Leitos de UTI habilitados ou

qualificados pelo MS como Retaguarda da RUE, sendo 155 adultos e 18 pediátricos, distribuídos nas Regiões de Saúde R7, R8, R10, R21 e R22.

Conforme a Portaria GM/MS n° 2.809/2012, **leitos de Cuidados Prolongados** destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a seqüelas. No estado ainda não existem leitos de Cuidados Prolongados habilitados. Porém, os Planos de Ação da RUE das Macrorregiões de Saúde já aprovados pelo MS indicam instituições que podem apresentar projeto propondo habilitação.

Linhas de Cuidados

As Linhas de Cuidado que compõem a RUE contemplam a assistência às vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Trauma, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Síndrome Coronariana Aguda, as quais são financiadas pelo Ministério da Saúde.

A **Linha de Cuidado Cerebrovascular** foi instituída pela Portaria GM/MS nº 665/2012 e alterada pela Portaria GM/MS nº 800/2015, as quais dispõem sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como centros de atendimento de urgência a esses pacientes. No estado seis Regiões de Saúde (R4, R5, R7, R8, R10 e R11), 11 municípios e 16 instituições hospitalares de referência disponibilizam 155 leitos para essa linha de cuidado.

A Linha de Cuidado Cardiovascular foi instituída pela Portaria GM/MS nº 2.994/2011, que aprova a Linha de Cuidado do IAM e o protocolo de síndromes coronarianas agudas, considerando a necessidade de habilitar as Unidades Coronarianas (UCO).

A **Linha de Cuidado do Trauma** foi instituída pelas Portarias GM/MS nº 1.365/2013 e nº 1.366/2013, as quais dispõem sobre a organização dos Centros de Trauma integrantes desta Linha de Cuidado Prioritária da RUE.

No estado não existem linhas de cuidado cardiovascular e do trauma. Porém, o Plano de Ação da RUE das Macrorregiões de Saúde Sul e Metropolitana, os quais estão aprovados no MS, indicam instituições que podem apresentar projeto propondo habilitação, conforme a complexidade.

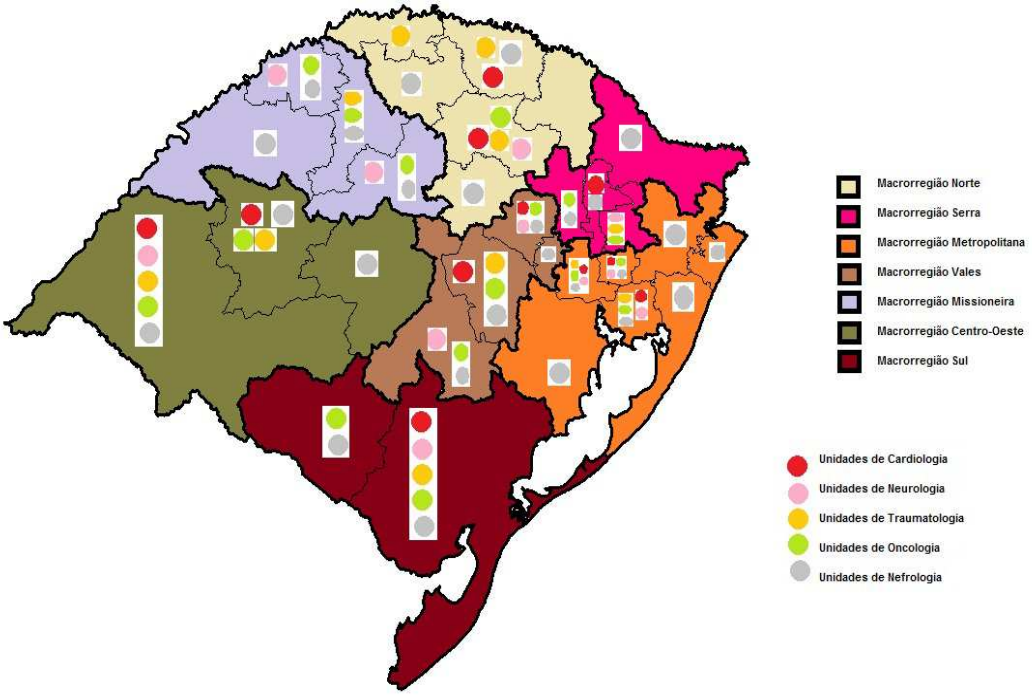
2.3.3.Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas

Nas últimas décadas, no estado, ocorreram diversas mudanças demográficas, e concomitantemente, mudanças dos padrões de saúde e doença e nas interações entre seus determinantes. Nesse processo de transição, destacam-se o aumento da prevalência das condições crônicas não transmissíveis (DCNT) e suas complicações, muitas delas tendo como fatores de risco aqueles associados às condições de vida, como sedentarismo e a alimentação inadequada, alcoolismo e tabagismo.

No estado, a Rede de Atenção às Pessoas com Condições Crônicas vem sendo pensada a partir de diferentes tecnologias, estruturadas em serviços territorializados, construídos da seguinte forma: Serviços Assistenciais em Oncologia, Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade, Serviços Assistenciais em Cardiologia, Serviços Assistenciais em Neurologia e Serviços assistenciais de Alta Complexidade em Nefrologia. Foi instituído o Grupo Condutor da Atenção às Pessoas com Condições Crônicas, formado por representantes das diferentes áreas técnicas da SES/RS para dar continuidade à implantação e implementação da rede.

A Figura 42 apresenta a distribuição das unidades de Cardiologia, Neurologia, Traumatologia, Oncologia e Neurologia por Região de Saúde e Macrorregião de Saúde.

Figura 42. Unidades de Cardiologia, Neurologia, Traumatologia, Oncologia e Neurologia por Macrorregião de Saúde, Rio Grande do Sul, 2016.



Fonte: DAHA/SES

Serviços Assistenciais em Oncologia

O Plano de Ação em Oncologia foi aprovado pela Resolução CIB/RS nº 39/2016, e elaborado de acordo com a Portaria SAS/MS nº 140/2014. O Plano encontra-se adequado à nova legislação, apresentando 27 unidades hospitalares habilitadas, sendo que três são classificadas como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e as demais, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Estes pontos de atenção estão organizados para atender a população gaúcha. A distribuição dos serviços de oncologia pode ser observada no Quadro 22.

Quadro 22. Serviços de Oncologia por Macrorregião de Saúde no RS, 2016.

MACRO	REGIÃO	UNIDADES	MUNICIPIOS	UNACON	CACON	BRAQUITERAPIA	ONCOLOGIA CIRÚRGICA	QUIMIOTERAPIA	RADIOTERAPIA	HEMATOLOGIA	ONC.PEDIÁTRICA
METROPOLITANA	10 CAPITAL/VALE DO GRAVATAÍ	HOSPITAL DE CLÍNICAS	Porto Alegre		X	X	Porte A	X	X	X	X
		HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC		X			Porte A	X	X	X	X
		HOSPITAL FÊMINA		X			Porte B	X			
		SANTA CASA DE PORTO ALEGRE			X	X	Porte A	X	X	X	X
		H. N.SRª CONCEIÇÃO		X			Porte A	X		X	X
	7 VALE DOS SINOS	HOSPITAL CENTENÁRIO		X			Porte B	X	X		
		HOSPITAL REGINA		X			Porte C	X			
	8 VALE DO CAÍ	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	Novo Hamburgo	X			Porte C	X		X	
SUL	21 SUL	SANTA CASA DE RIO GRANDE	Rio Grande	X			Porte C	X	X	X	
		SANTA CASA	Pelotas	X			Porte C	X	X	X	
		FUNDAÇÃO DE APOIO UNIVERSITÁRIO	Pelotas	X			Porte C	X	X	X	
	22 PAMPA	SANTA CASA	Bagé	X			Porte C	X			
CENTRO OESTE	2 ENTRE RIOS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	Santa Maria	X			Porte C	X	X	X	X
	3FRONTEIRA OESTE	SANTA CASA	Uruguaiana	X			Porte C	X	X		
MISSIONEIRA	12 PORTAL DAS MISSÕES	H.S.VICENTE DE PAULO	Cruz Alta				Porte C	X		X	
	14 FRONTEIRA NOROESTE	HOSPITAL VIDA E SAÚDE	Santa Rosa	X			Porte C	X	X	X	
	13 DIVERSIDADE	HOSPITAL DE CARIDADE	IJUÍ		X	X	Porte B	X	X	X	
NORTE	17 PLANALTO	H.S.VICENTE DE PAULO	Passo Fundo	X			Porte A	X	X	X	X
		HOSPITAL CIDADE	Passo Fundo	X			Porte C	X			
		HOSPITAL DE CARIDADE DE CARAZINHO	Carazinho	X			Porte C	X			
		H.STª TEREZINHA	Erechim	X			Porte B	X	X	X	
VALES	29 VALES E MONTANHAS	HOSPITAL BRUNO BORN DE LAJEADO	Lajeado	X			Porte B	X	X	X	
	27 JACUI CENTRO	HOSPITAL DE CARIDADE	Cachoeira do Sul	X			Porte C	X			
	28 VINTE E OITO	H. ANA NERY, Stª CRUZ DO SUL	Santa Cruz do Sul	X			Porte B	X	X		
SERRA	23 HORTÊNCIAS	HOSPITAL GERAL	Caxias do Sul	X			Porte B	X		X	X
		HOSPITAL POMPÉIA	Caxias do Sul	X			Porte C	X			
	25 VINHETOS E BASALTOS	HOSPITAL TACCHINI	Bento Gonçalves	X			Porte B	X	X		

Fonte: DAHA/SES.

Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade

Levantamento realizado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no estado avaliou 645.765 usuários nas Unidades Básicas de Saúde em 2014, através de amostra de conveniência. No quadro abaixo (23), observa-se a classificação do estado nutricional destes usuários, por faixa etária, sendo o Índice de Massa Muscular (IMC).

Quadro 23. Estado nutricional dos usuários atendidos na APS, por faixa etária, RS, 2014.

Criança (0-5 anos)						
Magreza acentuada (%)	Magreza (%)	Adequado (%)	Risco de sobrepeso (%)	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)	**Total**
2,02	1,83	54,86	22,68	10,44	8,18	145.982
Criança (5-10 anos)						
Magreza acentuada (%)	Magreza (%)	Adequado (%)	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)	Obesidade Grave (%)	**Total**
1,36	1,38	60,27	19,78	10,23	6,98	104.181
Adolescente (10-19 anos)						
Magreza acentuada (%)	Magreza (%)	Adequado (%)	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)	Obesidade Grave (%)	**Total**
0,86	1,38	63,45	21,95	10,06	2,3	113.814
Adulto (20-60 anos)						
Baixo peso (%)	Adequado (%)	Sobrepeso (%)	Obesidade Grau I (%)	Obesidade Grau II (%)	Obesidade Grau III (%)	**Total**
2,27	31,21	31,84	20,43	9,14	5,1	268.094
Idoso						
Baixo peso (%)	Adequado (%)	Sobrepeso (%)	**Total**			
10,38	30,44	59,18	13.694			

Fonte: Sisvanweb/DAB/MS.

Em relação às Regiões de Saúde no ano de 2014, na faixa etária de crianças menores de cinco anos de idade, a R11 apresentou o maior percentual de magreza acentuada e magreza (5,2% e 3,11%, respectivamente), a R4 o maior risco de sobrepeso (25,77%), a R22 maior sobrepeso (12,89%) e a R9 maior obesidade (11,69%). Na faixa etária de 5 a 10 anos, os maiores percentuais estão nas regiões R16 (2,66 % de magreza acentuada), R11 (2,33% de magreza), R22 (22,66% de sobrepeso), R2 (13,24% de obesidade) e R9 (9,56% obesidade

grave). Nos adolescentes (10 a 19 anos), o sobrepeso, a obesidade e a obesidade grave foram maiores na R23, sendo 26,34%, 15,56% e 3,77% respectivamente. Na faixa etária de 20 a 60 anos, a R23 alcançou o maior percentual tanto em relação à obesidade grau II (10,98%), quanto à obesidade grau III (6,48%). Já a obesidade grau I e o sobrepeso foram maiores nas regiões R3 (23,2%) e R22 (34,45%). Quando se observam os dados da população idosa, a R6 é aquela que se destaca com maior percentual de sobrepeso (73,25%).

Pela necessidade de organização assistencial ao usuário com sobrepeso e obesidade e em cumprimento aos requisitos das Portarias Ministeriais n° 424 e 425/2013, a SES/RS organizou a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Condições Crônicas no RS, pactuada através da Resolução CIB/RS nº 589/2014. São serviços de referência para a atenção especializada hospitalar os municípios de Porto Alegre, Santo Ângelo, Caxias do Sul e Canoas.

Serviços Assistenciais em Cardiologia

Estes serviços estão organizados conforme a Portaria SAS/MS nº 210/2004, que define as Unidades em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Vascular e a Portaria SAS/MS nº 123/2005, que altera a redação do art. 7º da Portaria SAS/MS nº 210/2004, pactuada conforme Resolução CIB/RS nº 02/2007. Atualmente, há 22 Unidades Hospitalares habilitadas, distribuídas em todas as Macrorregiões de Saúde do Estado, conforme Quadro 24.

Quadro 24. Distribuição das Unidades e seus respectivos Serviços da Rede de Assistência ao Paciente Cardiológico nas Macrorregiões, Regiões de Saúde e Municípios do RS.

MACRORREGIÃO	REGIÃO	MUNICIPIOS	UNIDADES	C. CARDIOVAS	C. VASCULAR	C. CARD. PEDIAT.	C. INTERVENC.	ELETROFISIOLOGIA	PROC. ENDOV.
METROPOLITANA	10	Porto Alegre	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	X	X		X	X	X
			Hospital São Lucas da PUC	X	X	X	X	X	X
			Hospital Nossa Senhora da Conceição	X	X		X		X
			FUC/ Instituto de Cardiologia	X	X	X	X	X	X
			Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	X	X	X	X	X	X
			Hospital Cristo Redentor		X				
	7	Novo Hamburgo	Hospital Municipal	X			X		
	8	Canoas	Hospital Universitário de Canoas	X	X		X	X	X
SUL	21	Rio Grande	Santa Casa de Rio Grande	X			X		
		Pelotas	Soc. Portuguesa de Beneficência	X	X		X		
			Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	X	X		X		
			Hospital São Francisco de Paula		X				
CENTRO OESTE	2	Santa Maria	Hospital Universitário de Santa Maria	X	X		X		X
	3	Uruguaiana	Santa Casa de Uruguaiana	X	X		X		
MISSIONEIRA	13	IJUÍ	Assoc. Hosp. Caridade de Ijuí	X	X		X	X	X
NORTE	17	Passo Fundo	Hospital São Vicente de Paula	X	X		X	X	X
			Hospital da Cidade	X	X		X		
	16	Erechim	Fundação Hospitalar Stª Terezinha		X				
VALES	29	Lajeado	Hospital Bruno Born	X	X		X	X	X
	28	Santa Cruz	Hospital Santa Cruz	X	X		X	X	X
SERRA	26	Caxias do Sul	Hospital Pompéia	X			X	X	
			Hospital Geral	X	X	X	X		X

Fonte: DAHA/SES/RS.

Serviços Assistenciais em Neurologia

Os Serviços Assistenciais em Neurologia na Alta Complexidade estão compostos por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia, organizadas conforme normativas da Portaria/SAS/MS nº 756/2005 e Resolução CIB/RS nº 144/2007. Os Serviços Hospitalares habilitados são 20, e estão distribuídos em 15 Unidades e cinco Centros de Referência, conforme Quadro 25.

Quadro 25. Distribuição dos Serviços Hospitalares habilitados em Neurologia na Alta Complexidade nas Macrorregiões de Saúde, Regiões de Saúde e municípios do RS.

MACRORREGIÃO	REGIÃO	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	UNIDADES					CENTROS		
				TRAUMA E ANOMALIA DO DESENVOLVIMENTO	COLUNA E NERVOS PERIFÉRICOS	TUMORES DO SISTEMA NERVOSO	NEUROCIRURGIA VASCULAR	NEUROCIRURGIA DOR E FUNCIONAL	EPILEPSIA	ENDOVASCULAR	ESTEREOTÁXICA
METROPOLITANA	10	Porto Alegre	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	X	X	X	X	X	X	X	X
			Hospital São Lucas da PUC	X	X	X	X	X	X	X	X
			Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	X	X	X	X	X	X	X	X
			Hospital Cristo Redentor S.A	X	X	X	X	X	X	X	
			Hospital Beneficência Portuguêsa	X	X	X	X	X			
			Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A	X	X	X	X	X			
	8	Canoas	Hospital Universitário	X	X	X	X	X			
			Hospital Nossa Senhora das Graças de Canoas	X	X	X	X	X			
	7	São Leopoldo	Hospital Centenário – Fundação Hospital Centenário	X	X	X	X	X			
SUL	21	Pelotas	Hospital Universitário São Francisco de Paula	X	X	X	X	X			
			Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	X	X	X	X	X			
		Rio Grande	Santa Casa de Rio Grande – Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande	X	X	X	X	X			
SERRA	23	Caxias do Sul	Hospital Pompéia – Pio Sodalício Damas de Caridade de Caxias do Sul	X	X	X	X	X			
CENTRO OESTE	3	Uruguaiana	Hospital Geral Santa Casa de Uruguaiana	X	X	X	X	X			
MISSIONEIRA	12	Cruz Alta	Hospital de Caridade São Vicente de Paulo	X	X	X	X	X			
	14	Santa Rosa	Hospital Vida Saúde – Associação Hospital de Caridade de Santa Rosa	X	X	X	X	X			
NORTE	17	Passo Fundo	Hospital São Vicente de Paulo	X	X	X	X	X		X	
			Hospital da Cidade de Passo Fundo	X	X	X	X	X			
VALES	27	Cachoeira do Sul	H.Caridade e Beneficência	X	X	X	X	X			
	29	Lajeado	Hospital Bruno Born - Sociedade Beneficência e Caridade de Lajeado	X	X	X	X	X			

Fonte: DAHA/SES/RS.

Serviços Assistenciais de Alta Complexidade em Nefrologia

A Portaria nº 389/2014 define os critérios para a organização da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC). Atualmente são 65 serviços habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, distribuídos em 26 Regiões de Saúde (exceto R15, R17, R18 e R23), em todas as macrorregiões do estado.

2.3.4.Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, tem o objetivo de acolher e acompanhar as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. No RS, a Resolução CIB/RS nº 655/2014, instituiu o Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul, que foi norteado pelos princípios e diretrizes da Política

Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, e tendo como marco legal a Lei Estadual n° 9.716/1992.

O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)/Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas foi criado em 2013 através da Resolução CIB/RS nº 592/2013. Este grupo tem como atribuições elaborar o diagnóstico da RAPS do estado, avaliar a proposta de ampliação desta, orientar e acompanhar os processos de elaboração e pactuação dos Planos de Ação Regionais (PAR), acompanhando a implementação destes no território estadual.

A Linha de Cuidado (LC) em Saúde Mental conta com todos os dispositivos previstos na legislação federal, dentre eles 189 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), duas Unidades de Acolhimento Adulto (UAa), duas Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil (UAi), 44 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 22 Comunidades Terapêuticas (CT) e 1.256 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, sendo que todos estes serviços recebem também cofinanciamento estadual. Além destes, a LC conta com dispositivos exclusivos da RAPS no RS: no **componente da APS**, tem-se 119 Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), 300 Oficinas Terapêuticas (OT) e 33 Composições de Redução de Danos (RD); e no **componente Desinstitucionalização** e 6 Acompanhantes Terapêuticos (AT).

Para a integração da rede, os dispositivos de atenção secundária devem estar articulados com a APS e com os leitos em hospital geral, a fim de garantir a continuidade e a territorialização do cuidado ao usuário, a partir da implementação de um Plano Terapêutico Singular (PTS) compartilhado pelos diferentes níveis de atenção. Além disso, a RAPS necessita se articular com outras redes e programas, como a Rede Materno-Infantil, o Programa Primeira Infância Melhor, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, o Programa Saúde na Escola e a Vigilância em Saúde do Trabalhador, além da rede de assistência social, a rede de educação e o poder judiciário.

Os **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** possuem diferentes modalidades (CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSi, CAPSad e CAPSad III) e podem ser implantados nos municípios com população superior a 15 mil habitantes. A cobertura de CAPS no RS é de 1,40 unidades por 100 mil habitantes, quase o dobro da meta do Ministério da Saúde para a pactuação no período de 2013 a 2015, que era de 0,77 CAPS por 100 mil habitantes. As regiões R18, R19 e R20, todas localizadas na macrorregião Norte, possuem cobertura de regular à crítica, portanto deverão ter prioridade na implantação destes serviços. As regiões R4, R15, R16 e R24, embora apresentem índices baixos, são regiões caracterizadas por terem, em sua maioria, municípios com população abaixo de 15 mil habitantes, onde todos os municípios maiores possuem CAPS implantados.

Os **Serviços Residenciais Terapêuticos** (SRT), assim como os **Acompanhantes Terapêuticos** (AT), possuem importante papel no processo de desinstitucionalização de usuários de saúde mental que possuem histórico de hospitalização de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou de custódia. O estado possui 44 SRT, sendo a maioria localizados na R10, nos municípios de Porto Alegre e Viamão. A concentração deste tipo de serviço na Região Metropolitana é resultado de um importante movimento da SES/RS, que vem buscando desinstitucionalizar os moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Uma importante necessidade no âmbito da saúde mental, identificada a partir de ações realizadas em parceria com o Ministério Público e demais órgãos competentes, é a situação do asilamento de pessoas com transtornos mentais em Instituições Privadas distribuídas por todo

o estado, com maior concentração no município de Cachoeira do Sul. Esta situação demanda a realocação dos usuários das instituições privadas para SRTs em seus municípios de origem, além da necessidade de articulação com dispositivos de outras políticas e setores, como a saúde do idoso e o desenvolvimento social.

O estado possui 1.256 **leitos de saúde mental incentivados em hospital geral**, o que representa um índice de 1 leito para 9.706 habitantes, enquanto o preconizado pelo MS é de 1 leito para 23 mil habitantes. No entanto, as regiões de saúde R10 e R23, onde estão localizados os municípios mais populosos do estado (Porto Alegre e Caxias do Sul) possuem deficiência no número de leitos em hospitais gerais. Já os leitos em hospitais especializados totalizam 741 leitos, distribuídos em seis hospitais.

De acordo com a análise situacional descrita no tópico da morbimortalidade, o Rio Grande do Sul é o estado brasileiro com maior **índice de suicídio**, apresentando praticamente o dobro da média nacional. Embora todas as regiões de saúde do estado apresentem índices maiores do que o restante do país, algumas regiões de saúde, principalmente aquelas localizadas na Macrorregião Vales, apresentam índices alarmantes, tanto de notificações (R29 e R30) e/ou internações (R28 e R30) por risco elevado de suicídio, quanto de óbitos (R29 e R19).

Em relação aos dispositivos de rede instalados nestas regiões, a R19 não possui nenhum CAPS implantado, podendo ter dois destes dispositivos na região. Dos 13 municípios com critério populacional para implantação de NAAB, apenas 2 os possuem. As demais regiões (R28, R29 e R30) possuem índices de CAPS acima do estabelecido pelo MS, porém todas elas possuem baixa cobertura de NAAB nos municípios elegíveis: a R28 possui apenas 3 (poderia ter 7), a R29 não possui nenhum NAAB (poderia ter 3) e a R30 possui apenas 2 (poderia ter 7 municípios com NAAB).

As internações referentes ao uso de álcool e outras drogas representam metade de todas as internações por transtorno mentais e comportamentais do estado. Algumas regiões de saúde apresentam maiores taxas de internação por esta causa, especialmente aquelas localizadas na macrorregião Norte (R15 e R20), por serem regiões fronteiriças do estado, conhecidamente mais vulneráveis ao tráfico de entorpecentes. Embora a região R15 possua um baixo índice de CAPS implantados (0,73 CAPS/100 mil habitantes), todos os municípios com população acima de 15 mil habitantes possuem este dispositivo. A região também conta com 16 equipes de NAAB; por outro lado, outros oito municípios poderiam implantá-los. Da mesma forma, não possui nenhuma composição de RD, podendo ter duas equipes. A R20 apresenta um dos piores índices de CAPS implantados do estado, porém apenas dois municípios podem ter este dispositivo, uma vez que a maioria não possui população para tal, sendo necessária, portanto, a implantação de um CAPS nesta região. Dos 24 municípios com menos de 16 mil habitantes, apenas 11 possuem NAAB. Em relação às composições de RD, a região que não possui nenhuma equipe pode contar com duas destas em sua Rede.

A **educação permanente em saúde mental** direcionada aos profissionais que atuam na APS tem sido uma das prioridades do estado. No ano de 2015, foi iniciada uma série de capacitações em saúde mental para médicos da APS, através do TelessaúdeRS, onde 200 médicos foram capacitados no tema. Outros profissionais da saúde, educação, segurança e gestores também têm sido foco de educação permanente, através da realização de seminários e palestras que abordam diferentes temas relacionados à saúde mental, dentre eles, o suicídio e a violência interpessoal.

Nas CRS, têm sido realizadas diversas atividades de educação permanente, como Fóruns Regionais de Saúde Mental e palestras sobre temas como prevenção do suicídio, desinstitucionalização, saúde mental na infância e adolescência, condução e manejo dos momentos de crise, classificação de risco, organização da rede de saúde mental e intersetorial, processo de trabalho, etc. Eventos que prevêem metodologia participativa e de treinamento em serviço também foram elencados como de grande importância para educação permanente. Cada município mantém ainda uma agenda própria de capacitações e espaços de educação permanente a partir das suas especificidades.

2.3.5.Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Saúde da Pessoa com Deficiência (SPD) no SUS busca proporcionar atenção integral à saúde dessa população, desde a APS até a reabilitação, incluindo o fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando necessário. O objetivo é proteger a saúde e reabilitar as pessoas com deficiência em relação a suas capacidades funcionais (física, auditiva, intelectual e visual).

A criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/SAS nº 1.060/2002) oportunizou a implantação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência, em especial as ações de reabilitação, através de legislações específicas para habilitação de Serviços de Modalidade Única, ou seja, habilitados para atender apenas uma área de deficiência: auditiva, física, intelectual ou visual.

O RS conta com 83 serviços de reabilitação nas áreas supracitadas. Destes, 78 são **Serviços em Modalidade Única**, cinco são **Centros Especializados em Reabilitação** (CER) e três são **Oficinas Ortopédicas Fixas**. Os serviços estão distribuídos por todo o estado e, em sua maioria, atuam como referências macrorregionais. Também integram as ações de saúde à pessoa com deficiência no SUS/RS a assistência às pessoas ostomizadas e/ou com incontinência urinária e/ou fecal, com a concessão de fraldas descartáveis e com a oportunização do **Tratamento Fora de Domicílio** (TFD).

O **Grupo Condutor** Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem por objetivo acompanhar a implantação e fomentar as ações de atenção à saúde definidas para cada componente desta Rede no SUS/RS e foi criado a partir da Resolução CIB nº 510/2012.

Os serviços especializados de reabilitação estão distribuídos pelas sete Macrorregiões de Saúde do estado. A **Reabilitação Auditiva** destina-se ao diagnóstico e tratamento dos pacientes com surdez. No RS, contamos com 11 serviços de referência para esta modalidade de reabilitação, sendo nove habilitados em Modalidade Única e dois habilitados como CER. Também integram as ações da saúde auditiva a **Triagem Auditiva Neonatal (TAN, ou teste da orelhinha)** realizada em recém-nascidos para diagnóstico precoce da surdez, evitando prejuízos no desenvolvimento global das crianças com este déficit sensorial. Atualmente 99 locais no estado realizam a TAN. A cobertura de TAN no RS passou de 19,3% (2009) para 78,8% (2015), sendo importante considerar a publicação da Lei Federal nº 12.303 em 2010 tornou o teste obrigatório nos hospitais e maternidades do país.

Conforme panorama demográfico apontado na análise situacional, observa-se na reabilitação auditiva uma crescente demanda de idosos, visto que a presbiacusia (perda da audição decorrente do envelhecimento do organismo) tem alta incidência na população com mais de 60 anos. Atualmente, a fila de espera para Reabilitação Auditiva possui mais de 7 mil

pessoas (dados de maio/2016), sendo em torno de 60% de pessoas idosas. O atual desafio nesta área é aumentar a oferta de serviços para absorver esta demanda, cuja situação mais crítica ocorre nas macrorregiões Centro-Oeste e Vales.

O Plano Estadual da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência identificou a necessidade de 15 novos pontos de atenção na Reabilitação Auditiva. Destes, foram habilitados dois CER. Estão em construção cinco CER e o município de Encantado recebeu recursos do Ministério da Saúde para aquisição de equipamentos, uma vez que já possui espaço físico para a implantação de um CER.

A **Reabilitação Física** é voltada para as pessoas com comprometimento do aparelho locomotor, como amputações, traumatismos raqui-medulares, lesões encefálicas (AVC, paralisia cerebral, trauma crânio-encefálico) e que necessitem de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM). A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do RS conta com 11 serviços para o atendimento de reabilitação física. Destes, sete foram habilitados em Modalidade Única, quatro como CER e três como Oficinas Ortopédicas.

A macrorregião de saúde Metropolitana é a que possui maior capacidade instalada na área da reabilitação física, contando com três Serviços de Modalidade Única e duas Oficinas Ortopédicas Fixas. Estes serviços são referência para as Regiões de Saúde R4, R5, R6, R7, R8, R9 e R10. No entanto, esta macrorregião, junto com a macrorregião Sul, apresenta a maior demanda reprimida, sendo que aproximadamente 1.700 pessoas aguardam em fila de espera a primeira consulta, podendo levar até 1 ano para que ocorra o primeiro atendimento.

As Regiões de Saúde da macrorregião de saúde Norte são referenciadas para o CER II da ACD - Passo Fundo e CER III do Hospital Santo Antônio de Tenente Portela. Ressalta-se que tais serviços precisam atuar de forma mais integrada aos demais componentes da rede, estabelecendo-se fluxos de acesso aos serviços especializados em reabilitação, uma vez que sobram muitas vagas para esta subespecialidade nesse território.

A **Reabilitação Intelectual** é destinada às pessoas com deficiência intelectual e transtorno do espectro do autismo (TEA), bem como ao atendimento de estimulação precoce, direcionado às crianças de zero a até três anos e onze meses de idade que apresentem transtornos no seu desenvolvimento. Em 2015 foi iniciado um movimento de incentivo ao trabalho em rede, com vistas à integralidade e à co-responsabilidade do cuidado.

Até o ano de 2014 os serviços habilitados não estavam submetidos à regulação do estado. No decorrer de 2015, foram incluídos no Sistema de Regulação do estado 34 serviços, de um total de 62 (sendo 60 serviços de modalidade única e dois CER) o que possibilitou a reorganização da fila, otimizando o acesso e qualificando o cuidado dos usuários.

Os serviços de Reabilitação Intelectual estão presentes em todas as CRS, embora o apropriado seja a existência de pelo menos um serviço por Região de Saúde, tendo em vista a demanda reprimida existente e a crescente necessidade para atendimento nas áreas dos transtornos do espectro do autismo e do atendimento à primeira infância (Estimulação Precoce). Nesta área, a rede está mais estruturada nas regiões R1, R2, R14, R16, R29 e R30, onde todos os municípios têm cobertura estadual para esta ação. Nas demais regiões identifica-se uma cobertura insatisfatória para atendimento, onde os maiores vazios assistenciais estão identificados na Macrorregião Metropolitana, bem como nas regiões R3, R12 e R27. O principal dificultador para a ampliação do acesso é a limitação de recursos financeiros para dar conta das necessidades específicas desta população. O Plano Estadual da Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência prevê a ampliação da oferta nos vazios

assistenciais identificados nas regiões R3, R8, R12, R13, R15, R16, R27 e R28. Além disso, tem-se fomentado ações de **Educação Permanente**, para que as equipes estejam qualificadas e atualizadas para atender a complexidade das demandas que chegam.

A **Reabilitação Visual** é destinada prioritariamente às pessoas que apresentam baixa visão e/ou cegueira. Pessoas com dioptrias (astigmatismo, presbiopia e miopia) e com transtornos de refração também são atendidas nestes serviços. O RS possui cinco serviços para o atendimento da Reabilitação Visual, sendo 2 em Modalidade Única e três CER.

A Reabilitação Visual encontra-se melhor estruturada nas Macrorregiões de Saúde Missioneira e Norte, onde existem três CER para atender as seguintes Regiões de Saúde: R11, R12, R13, R14, R15, R16, R17, R18, R19 e R20. No entanto, a articulação entre os pontos de atenção nas regiões R16, R17, R18 e R19, para divulgar as ações e viabilizar o fluxo de acesso para as pessoas com perfil para esta área de reabilitação precisa ser intensificada. A Macrorregião Centro-Oeste é referenciada para o CER II de Giruá, o que prejudica a continuidade do cuidado, uma vez que, para acessar o serviço, os usuários enfrentam grandes distâncias.

A espera para a protetização ocular no Hospital Banco de Olhos, após a primeira consulta, está em cerca de dois anos, sendo um problema a ser superado. A Macrorregião Sul possui um serviço em Pelotas, o qual, apesar de ser resolutivo, não preenche 100% das vagas.

É importante salientar que em todas as modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) identificam-se dificuldades na articulação entre os demais pontos da rede, principalmente com a APS. Considerando as quatro áreas de deficiência, o total da oferta de primeiras consultas em reabilitação em 2015 é de 21.840.

Ostomia e incontinência

A SES/RS disponibiliza os materiais necessários (coletores fecais, urinários e cuidados para a pele) aos usuários ostomizados. Além disso, compõe as ações da Saúde da Pessoa com Deficiência a concessão administrativa de **fraldas descartáveis** aos usuários que apresentam incontinência (Resoluções CIB/RS nº 70/2014 e nº 309/2015).

De forma complementar, a SES/RS possibilita o acesso dos usuários a serviços assistenciais do SUS localizados em outras unidades da Federação, através do **Tratamento Fora de Domicílio** (TFD). Entre as principais causas que motivam estes atendimentos estão a deficiência física, doenças genéticas e malformações, que são encaminhados, em sua maioria, para a Rede Sarah Kubitschek.

Região 2 – Entre Rios

Região 3 – Fronteira Oeste

2.4.Transversalidade da Vigilância em Saúde

A transversalidade das ações de Vigilância na Rede de Atenção à Saúde modifica o perfil clássico da Vigilância em Saúde, tornando-a uma estratégia mais híbrida, menos estática e fragmentada no cotidiano de trabalho em todos os níveis de atenção. Nesse contexto, a vigilância assume diferentes papeis, tais como a detecção oportuna e a resposta às emergências em saúde pública, a vigilância dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde, o controle dos riscos ambientais e a promoção em saúde pela educação.

Para a realização da **detecção oportuna e a resposta às emergências de saúde pública,** diferentes instrumentos são utilizados para coleta de informações, tais como o Centro de Informações Estratégicas para a Vigilância em Saúde (CIEVS), o protocolo de recebimento de alertas meteorológicos de ocorrência de eventos climáticos extremos e o Disque Vigilância 150. O CIEVS integra-se a uma rede de informações nacional e internacional visando a detecção e resposta aos Eventos de Saúde Pública (ESP). Estes eventos são situações que podem constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico-epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes. No RS existem dois CIEVS, um municipal (CIEVS/Porto Alegre) e outro estadual (CIEVS/RS).

O **Disque Vigilância 150** é um serviço de plantão que recebe notificações e dúvidas da comunidade e dos profissionais de saúde em geral, prestando atendimento aos técnicos de serviços públicos e privados que necessitam de orientação quanto a medidas de controle, conduta ou para notificação de doenças e agravos. É uma das portas de entrada do sistema de Vigilância em Saúde.

A ocorrência de eventos de interesse à saúde, como surtos ou epidemias, também é monitorada através dos dados de vigilância epidemiológica, cuja análise de sistemas como o SINAN permite identificar alterações do padrão de comportamento dos agravos ao longo do tempo, bem como o surgimento de algum agravo ou doença inesperados para a situação epidemiológica do território.

Para evitar o adoecimento da população, a vigilância tem se preocupado em identificar os possíveis riscos decorrentes da interação das populações com o meio ambiente, lançando estratégias de detecção prevenção e controle de determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, intervindo sobre a potabilidade da água para consumo humano, qualidade do ar, contaminações do solo, contaminantes químicos, em especial os agrotóxicos, bem como os riscos advindos dos ambientes, das práticas e dos processos do trabalho.

Nas comunidades onde a água não é tratada, identificam-se riscos de surto de doenças de veiculação hídrica. A APS pode contribuir integrando-se ao Programa Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (**VIGIAGUA**) de forma que a distribuição do hipoclorito 2,5% seja mais efetiva no RS.

A freqüência e intensidade de eventos ambientais adversos à saúde, como os eventos climáticos extremos (chuvas intensas, vendavais, queda de granizo e estiagem), têm resultado

na ocorrência de desastres em municípios de todas as regiões do estado e justificam a organização do SUS para controle dos riscos à saúde decorrentes destes eventos. O Plano de Contingência Estadual de Saúde para Desastres prevê a existência de referências em todas as esferas (local, municipal, regional, estadual), protocolos para as ações de saúde e **Comitês Operativos de Emergência (COE)** estadual, regionais e municipais.

A vigilância de fatores de riscos biológicos relacionados a animais peçonhentos (serpentes, escorpiões, aranhas, himenópteros e lepidópteros) tem como finalidade desenvolver ações de prevenção e/ou de redução da morbimortalidade na ocorrência de acidentes. Desenvolve ações integradas com o Centro de Informações Toxicológicas (CIT), da FEPPS, na orientação à população e aos profissionais da saúde quanto aos procedimentos quando da ocorrência de acidentes.

Os soros antiveneno são distribuídos à rede hospitalar de referência de acordo com a análise das áreas com potencial de ocorrência das espécies, sazonalidade e incidência dos acidentes, otimizando as ações de resposta, o planejamento das ações desenvolvidas pela vigilância ambiental em saúde, bem como na disponibilização de informações para a comunidade sobre cuidados para prevenir acidentes e os primeiros socorros às vítimas. O serviço está planejado para atender todo o estado conforme necessidades.

Os riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde são o foco de atuação da **vigilância sanitária**, com suas responsabilidades pactuadas entre os três entes federados. No Rio Grande do Sul, a Resolução CIB/RS nº 250/2007 determina as competências para a realização das ações de VISA. Reconhecendo-se a vulnerabilidade dos cidadãos nas relações de consumo são realizados programas periódicos de monitoramento dos produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde.

A vigilância sanitária, reconhecida como ação típica do Estado, possui a prerrogativa de restringir o direito privado em prol do interesse coletivo, em nome da proteção à saúde da população, o que lhe confere o poder de polícia, não podendo, deste modo, ser terceirizada. O desafio consiste na descentralização das ações de VISA, mantendo recursos humanos capacitados e em número suficiente para atuação nas diferentes áreas, principalmente em pequenos municípios.

A promoção de hábitos saudáveis e de práticas culturais em relação ao ambiente ajudam na prevenção doenças. Neste sentido a SES/RS desenvolve o **Projeto Pequenos Vigilantes**, o **Projeto Planetinha Saúde**, o **Programa Academia da Saúde** (em janeiro de 2016, 388 pólos habilitados em 284 municípios) e o **Projeto Vida no Trânsito**.

Integração da Atenção Primária a Saúde com a Vigilância em Saúde

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade do cuidado sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde. É primordial para a consolidação dessa integração a compatibilização dos territórios de atuação, o que permite identificar os aspectos relacionados aos determinantes e condicionantes da saúde presentes em uma população, tais como saneamento, áreas sujeitas à inundação, escassez de água para consumo humano, entre outros.

Além da compatibilização dos territórios, destacam-se outras ações relevantes para o fortalecimento da parceria entre a vigilância e a APS. Uma delas se dá através do Programa Nacional de Imunizações (PNI) que a APS executa as ações de vacinação, englobando a

educação em saúde, a busca ativa de faltosos e o acompanhamento de possíveis eventos adversos.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) caracteriza-se como protagonista no controle de doenças como a Difteria, Coqueluche, Tétano Acidental, Hepatite B, Meningites, Febre Amarela, formas graves da Tuberculose, Sarampo e Caxumba, bem como na manutenção da eliminação da Poliomielite e Rubéola e na erradicação da Varíola. Atualmente, oferece 44 imunobiológicos entre vacinas, soros e imunoglobulinas. A série histórica de 2010 a 2014 da cobertura vacinal, segundo imunobiológico, é apresentada no Quadro 26.

Quadro 26. Percentual de Cobertura Vacinal, segundo imunobiológico, RS, 2010 a 2014.

VACINA	Meta	2010	2011	2012	2013	2014
Influenza	80%	75,59	79,91	89,24	93,24	86,42
BCG (dose única)	90%	96,44	101,20	101,24	110,93	105,13
Pentavalente/Tetravalente (3ª dose)	95%	92,07	94,66	85,59	101,01	94,82
Poliomelite (3ª dose)	95%	92,34	95,07	89,59	100,28	95,44
VOHR (2ª dose)	90%	82,18	84,06	83,97	92,09	93,47
Tríplice Viral (1ª dose)	95%	93,63	93,87	91,61	105,65	107,74
Febre Amarela (1ª dose)	100%	29,78	34,84	49,17	62,55	56,22

Fonte: TABNET/DATASUS.

Os **Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE)**, mesmo não sendo serviços da APS, se caracterizam como uma ação transversal da vigilância em saúde nas RAS. Os CRIEs são constituídos de infraestrutura e logística diferenciadas com a finalidade de ofertar imunobiológicos para indivíduos portadores de condições clínicas especiais, como imunodepressão congênita ou adquirida, agravos que apresentam alta freqüência, ou ainda após a ocorrência de eventos adversos às vacinas de rotina como as reações alérgicas a determinados componentes. Existem dois CRIE no RS, o CRIE do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas que atende à população da capital e o CRIE localizado no Hospital Sanatório Partenon presta assessoria técnica para todo o estado.

A implantação de novos imunobiológicos, a conjugação de vacinas, bem como a ampliação de grupos alvos são ações que caracterizam a melhoria do PNI, sobretudo nos últimos 10 anos. O desafio é alcançar altas e homogêneas coberturas vacinais em regiões que ainda não atingiram bons resultados. Como ações sugeridas, estão a manutenção de Campanhas de Multivacinação para atualização da vacinação de rotina e a intensificação das ações de Monitoramento Rápido de Coberturas Vacinais.

Outra ação relevante deve se dar através do Programa de Controle da Tuberculose, uma vez que o diagnóstico, o acompanhamento do tratamento e a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) são funções importantes da APS. No RS, a aproximação deste Programa com a APS ainda é inicial. Dados dos últimos cinco anos apontam para uma média de 15% de abandono de tratamento entre os casos novos, sendo que a meta estabelecida pelo MS é de 5%, sendo necessário qualificar as ações de controle da tuberculose no âmbito da APS a fim de superar os desafios existentes.

O Programa de Hepatites, que também atua de forma integrada com a APS, vem buscando ampliar o acesso da população ao diagnóstico dessa doença, trabalhando no sentido de implantar em pelo menos uma unidade de saúde de cada município as testagens rápidas das Hepatites B e C. Até o momento, 379 municípios realizam as testagens rápidas para as Hepatites B e C. A sensibilização dos profissionais da APS é crucial para a ampliação do acesso e do diagnóstico desse agravo.

Outra interlocução importante entre APS e vigilância diz respeito ao Programa Estadual de Vigilância da Violência Interpessoal e Autoprovocada. A maioria das notificações provém da atenção secundária e terciária, fato que evidencia as dificuldades dos profissionais da APS em identificar as situações de violência no cotidiano de trabalho. É possível perceber que, mesmo que a APS possua maior número de unidades de saúde do que a atenção secundária e terciária, o quantitativo de notificações de violência é menos expressivo no nível primário da atenção (Quadro 27).

Quadro 27. Número de unidades notificadoras de Violência Interpessoal e Autoprovocada e número de notificações realizadas, por nível de atenção à saúde, RS, 2015.

Níveis de Atenção	Nº de unidades notificadoras	Nº de notificações
Primária	758	4.147
Secundária	192	4.151
Terciária	179	9.856
Total	**1129**	**18.154**

Fonte: SINAN/DATASUS, acesso em maio/2016.

Considerando que os casos de violência atendidos na atenção secundária e terciária não são eventos pontuais, mas situações que possuem um histórico de ocorrências, estes deveriam ser detectados na atenção primária. Espera-se que os casos sejam acolhidos, acompanhados e, se necessário, encaminhados pela APS para serviços especializados da rede de atenção, de modo que não evoluam para formas mais graves.

Uma interface importante diz respeito aos registros de dados epidemiológicos no SINAN. A APS é responsável por grande parte destes registros, realizados por meio das Fichas de Notificação e de Investigação das Doenças de Notificação Compulsória (DNC).

O SINAN está descentralizado para todos os municípios do estado, competindo à SES capacitar os trabalhadores da rede municipal para o uso dos diferentes sistemas que o compõem: SINAN-net, SINAN online e SINAN Influenza web. A fim de sensibilizar os profissionais em relação à importância do registro de casos no SINAN, destaca-se o papel dos Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde (NUREVS), localizados nas CRS, os quais possuem interface direta com os municípios e com as equipes da APS.

A Vigilância e a APS fazem o monitoramento e controle de *Aedes aegypti,* instituído como Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) e, atualmente, ampliado também para o controle do Zika Vírus e Chikungunya. O monitoramento e as atividades educativas de prevenção e promoção, bem como o tratamento dos agravos relacionados à presença do vetor estão nas atribuições da APS. A integração entre as equipes de saúde da família e as equipes de vigilância ambiental refletirá na melhoria dos indicadores que avaliam e monitoram o vetor.

Além dos programas citados, existem outras ações realizadas pela Vigilância em Saúde que têm relação com a APS, como o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, cujo

objetivo é o de reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco; para tanto os profissionais da APS realizam ações educativas, de comunicação e de atenção à saúde.

Integração com a vigilância em saúde nas ações especializadas

O Programa Nacional de **Segurança do Paciente** foi instituído pela Portaria MS nº 529/2013 e regulamentado pela RDC nº 36/2013. O Núcleo de Saúde do Paciente/DVS/CEVS/SES/RS realiza o monitoramento dos indicadores, eventos graves e óbitos e adota medidas para enfretamento dos principais problemas identificados no âmbito de sua competência. Os indicadores monitorados são: eventos graves (procedimentos cirúrgicos em local errado, procedimentos cirúrgico do lado errado do corpo do paciente, procedimento cirúrgico no paciente errado, retenção de corpo estranho dentro de pacientes após cirurgia, administração errada de gases ao paciente e outros) e óbitos. No sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) estão cadastrados 76 serviços de saúde do RS. Destes, 23 serviços, localizados nas Regiões de Saúde R1, R8, R10, R20, R23, R24, R25 e R26, notificam regularmente incidentes e eventos adversos.

A **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH),** que deveria existir em todos os hospitais, elabora o Programa de Controle de Infecções Hospitalar para o desenvolvimento de ações mínimas a serem executadas, com vistas à redução máxima da incidência e a gravidade das infecções hospitalares. A Coordenação Estadual de Controle de Infecção/DVS/CEVS/SES/RS monitora as infecções hospitalares em UTI, infecções primárias de corrente sanguínea, infecções em partos cirúrgicos, infecções relacionadas à assistência à saúde e as notificações de resistência aos antibióticos. Salienta-se a importância dos estabelecimentos de saúde notificarem os casos de infecções e resistência antimicrobiana.

Os **Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE)** são unidades operacionais responsáveis pelo desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica no ambiente hospitalar, criados pela Portaria GM/MS nº 2529/2004 e têm como objetivo a detecção, a notificação e a investigação dos agravos constantes na Portaria SVS/MS nº 204/2016. O estado possui 11 NHE: Hospital São Lucas da PUC e Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre), Hospital Nossa Senhora das Graças (Canoas), Santa casa de Misericórdia de Pelotas (Pelotas), Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande (Rio Grande), Hospital Universitário de Santa Maria (Santa Maria), Hospital Nossa Senhora da Pompéia (Caxias do Sul), Hospital São Vicente de Paulo (Passo Fundo), Santa Casa de Misericórdia de Uruguaiana (Uruguaiana), Hospital Santa Cruz (Santa Cruz do Sul) e Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa). Constata-se aumento significativo do número de notificações realizadas pelos NHE ao longo dos anos (3.504 notificações em 2007 e 11.140 notificações em 2015).

A Divisão de Vigilância de Saúde do Trabalhador/CEVS/SES/RS coordena a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, que visa garantir a atenção integral à saúde do trabalhador, através da implantação de um serviço especializado na atenção secundária em cada Região de Saúde. Este papel é realizado pelos **Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST**), que compõem a Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST) e pelas **Unidades Especializadas Regionais em Saúde do Trabalhador (UREST)**. Os CEREST realizam ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância nos ambientes de trabalho, independente do vínculo empregatício e do tipo de

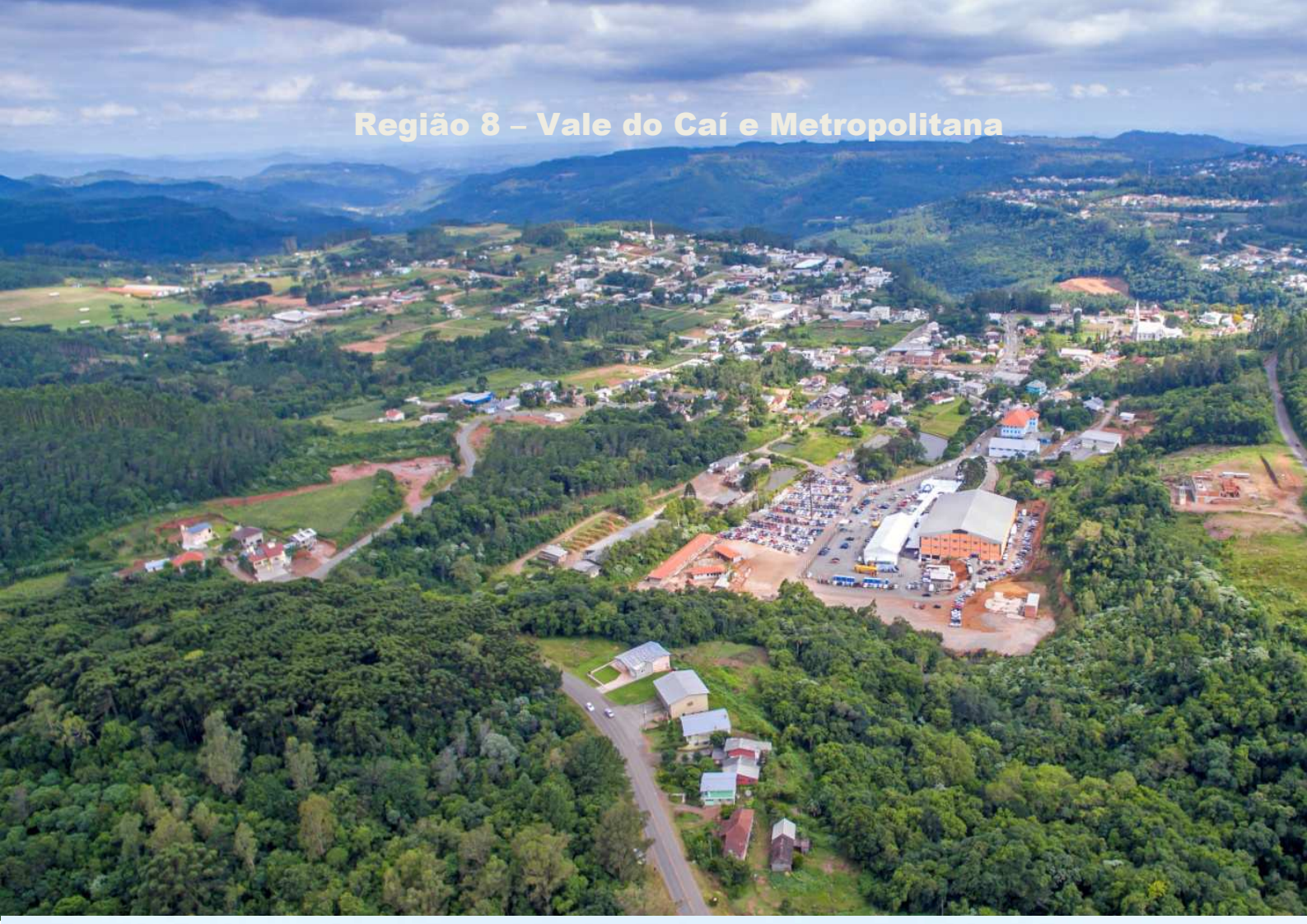
inserção no mercado de trabalho. Atualmente, a rede de referência em Saúde do Trabalhador possui 14 serviços regionais (CEREST Porto Alegre, CEREST Macro Norte/Palmeira das Missões, CEREST Fronteira/Santa Rosa, CEREST Macro Missioneira/Ijuí, CEREST Fronteira Oeste/Alegrete, CEREST Centro/Santa Maria, CEREST Macro Sul/Pelotas, CEREST Vales/ Santa Cruz do Sul, CEREST Noroeste/Passo Fundo, CEREST Serra/Caxias do Sul, CEREST Alto Uruguai/Erechim, CEREST Vale dos Sinos/Canoas, UREST Gravataí, UREST Ametista do Sul) e um estadual. A menor UREST é a de Ametista do Sul, que foi implantada devido principalmente ao processo de garimpo, onde há mais de 200 casos de pneumoconiose. Um dos indicadores acompanhados pela saúde do trabalhador é o número de notificações de agravos relacionados ao trabalho, registrados nos sistemas SINAN e SIST/RINA (Quadro 28).

Quadro 28. Número de notificações de agravos (acidentes e trabalhos) relacionados ao trabalho, registrados no SINAN e no SIST/RINA, por sexo, RS, 2010-2015.

	Sexo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
ACIDENTES	Feminino	7.702	9.305	11.295	13.649	14.279	13.302	69.532
	Masculino	21.558	26.147	29.445	32.748	31.003	29.147	170.048
DOENÇAS	Feminino	1.075	1.247	1.219	2.319	2.241	1.383	9.484
	Masculino	764	1.018	1.025	2.021	1.695	1.013	7.536

Fonte: Política Estadual da Saúde do Trabalhador/CEVS/SES/RS.

No Brasil foram definidos, em cada unidade federada, sítios sentinelas de atuação da vigilância epidemiológica de influenza, para identificação e notificação de Síndromes Gripais (SG) nos pronto-atendimentos e de Síndromes Respiratória Aguda Grave (SRAG) em Unidades de Terapia Intensiva. No RS temos 11 **Unidades Sentinelas de Síndromes Gripais**, que fazem vigilância tanto de SG como de SRAG, distribuídas da seguinte forma: quatro em Porto Alegre, três em Pelotas, três em Caxias do Sul e uma em Uruguaiana e cujo principal objetivo é a identificação dos vírus respiratórios em circulação no estado, além de permitir o monitoramento da demanda de atendimentos por SG. Este sistema de vigilância foi normatizado pela Portaria GM/MS nº 183/2014. A vigilância oportuna possibilita rápida identificação das cepas de influenza emergentes, que têm potencial de causar epidemias ou pandemias. Por auxiliarem na identificação das cepas de influenza mais prevalentes no ano, também contribuem para a definição da composição da vacina para o hemisfério sul.


Região 8 – Vale do Caí e Metropolitana

Região 4 – Belas Praias

Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF) é uma política transversal nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), atuando de forma articulada e integrada com os demais programas e serviços de saúde na promoção, proteção e recuperação da saúde, como estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS n° 338/2004).

O elenco de medicamentos SUS é estabelecido pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), documento orientador para a gestão dos medicamentos em todos os níveis de atenção e que deve ser revisto a cada dois anos para atender as linhas de cuidado na sua integralidade. Cabe à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) definir critérios técnicos para incorporação ou exclusão de itens.

A organização do acesso, estabelecimento de responsabilidades e o financiamento da AF se dão a partir do estabelecimento de três componentes: básico, estratégico e especializado. O financiamento da AF é tripartite, respeitando-se o equilíbrio financeiro ente os entes, as pactuações em CIT e CIB e o nível de atenção a ser atendido (Portaria GM/MS n° 204/2007) (Quadro 29).

Quadro 29. Organização da Assistência Farmacêutica no SUS, por blocos de financiamento.

Componente da AF	Medicamentos / Necessidades de Saúde	Financiamento: R$ habitante/ano	Logística	Dispensação
BÁSICO Portaria 1555/2013 CIB 645/2013	Medicamentos Básicos e Essenciais, fitoterápicos, matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farm. Homeop. 3ª ed.	MS: R$ 5,10 SES: R$ 2,36 SMS: R$ 2,36 (mínimo)	Municípios -seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação	Farmácias Municipais / UBS *
	Insulinas	MS – compra centralizada	MS – aquisição SES – programação e distribuição	
	Contraceptivos	MS – compra centralizada		
ESTRATÉGICO	Tratamentos de doenças de perfil endêmico, de abrangência nacional: DST/AIDS, Hanseníase, Tuberculose, Meningite, Cólera, Leishmaniose, Teníase/ Cisticercose, Coqueluche e Difteria.	MS – não eliminando o cofinanciamento estadual e/ou municipal, conforme pactuação em CIT/CIB.	MS – aquisição parcial SES – aquisição parcial, programação e distribuição	UDM ** SAE *** Farmácias Municipais / UBS
ESPECIALIZADO Portaria 1554/2013	Tratamento de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)	MS - cofinanciamento e aquisição parcial SES - cofinanciamento e aquisição parcial	MS – aquisição parcial SES - aquisição parcial, programação e distribuição	Farmácias Municipais / UBS

* Unidade Básica de Saúde ** Unidades Dispensadoras de Medicamentos *** Serviços de Atendimento Especializado

Fonte: CPAF/SES/RS.

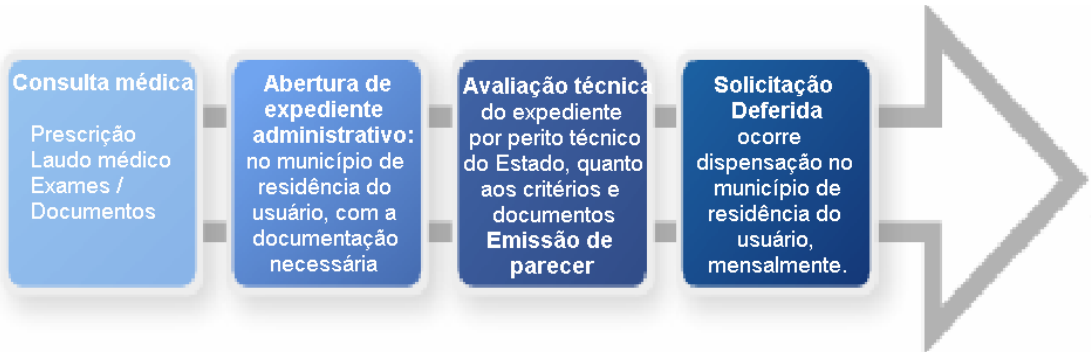
No RS, o recurso tripartite do Componente Básico da AF (CBAF) é descentralizado, ficando os 497 municípios responsáveis pela aquisição e dispensação dos medicamentos (Anexo I da RENAME). Até 15% da contrapartida estadual e municipal pode ser utilizado para ações de estruturação das farmácias e qualificação dos serviços farmacêuticos, respeitadas as normas estabelecidas na Portaria MS n° 1.555/2013. No âmbito da **Saúde Prisional** foi estabelecido um incentivo financeiro a municípios com unidades prisionais (Portaria nº 2.765/2014). No caso de **Calamidades Públicas** (Portaria nº 2.365/2012) são disponibilizados medicamentos e insumos estratégicos às populações atingidas por desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo, pelo Ministério da Saúde.

Para atendimento às doenças de perfil endêmico e outras de caráter estratégico, o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) no RS distribui medicamentos de compra centralizada pelo MS para atender a todas as regiões de saúde de forma articulada com os programas de acompanhamento dos usuários.

O acesso aos medicamentos do Componente Especializado da AF (Anexo III - RENAME) ocorre de forma descentralizada e atende usuários oriundos de serviços públicos e privados de forma integral, no âmbito das linhas de cuidado estabelecidas pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. A gestão se dá por meio do Sistema de Administração de Medicamentos Especiais (AME), que interliga os 509 órgãos dispensadores (farmácias e centros de referência) com a gestão estadual. O AME possui interface com o Sistema de Informações Ambulatorial (SIA/SUS) para faturamento das APACs e com o Sistema Nacional de Informação de Mortalidade (SIM) para encerrar os tratamentos em casos de óbitos.

A aquisição e distribuição aos municípios é de responsabilidade da SES/RS, a solicitação e a dispensação ocorrem no município de residência do usuário, facilitando o acesso geográfico. Esse processo requer um sistema logístico complexo que necessita de avaliação e qualificação permanente , envolvendo múltiplos atores (Figura 43).

Figura 43. Fluxo de acesso aos medicamentos Especializados e Especiais no RS.



Fonte: CPAF/SES/RS.

De forma complementar, a SES/RS disponibiliza medicamentos e fórmulas nutricionais, organizados na **Relação Estadual de Medicamentos Especiais**, para o tratamento de doenças prevalentes regionalmente não contempladas nos PDCT.

As solicitações administrativas de medicamentos, passaram de 139.000 usuários cadastrados em 2014 para 200.771 em 2015, representando um aumento de 44%. As solicitações por via judicial aumentaram de 66.496 (2014) para 67.026 (2015), menor percentual (1%) registrado nos últimos anos. Destas solicitações, 72% dos medicamentos judicializados não pertencem a RENAME, e muitos nem possuem registro na ANVISA, conforme é discutido no item Governança da Rede de Atenção à Saúde.

Como estratégia para promover a estruturação, qualificação e integração da AF às demais ações e serviços de saúde na RAS, foi estabelecido o Programa Nacional de Qualificação da AF (Qualifar-SUS), para municípios do plano Brasil sem miséria. No estado, 54 dos 99 municípios elegíveis para o Programa Brasil sem Miséria foram contemplados.

O eixo estrutura traz recursos de capital e custeio, conforme a portaria GM/MS nº 1.214/2012. Já o **QualiSUS-Rede** do MS, envolve o diagnóstico situacional da AF nos municípios; capacitação dos profissionais envolvidos, cursos EAD com foco na gestão e em sistemas de informação e apoio à organização dos serviços de cuidados farmacêuticos no

âmbito das RAS. O alvo inicial do programa no RS foi a macrorregião metropolitana, contemplando 24 municípios, inclusive com doação de computadores.

Uma boa estruturação dos serviços, considerando tanto as instalações quanto os processos de abastecimento, viabilizam a articulação de um conjunto de ações com a finalidade de disponibilizar o medicamento. Permitindo também o desenvolvimento de serviços para propiciar o **uso racional dos medicamentos** de forma integrada, contínua, segura e efetiva para o indivíduo, a família e a comunidade.

A orientação correta sobre os fluxos de acesso aos medicamentos no SUS ocorre em geral na Farmácia Básica Municipal. Este local geralmente ocupa pequenos espaços, com problemas de infra-estrutura e carência de recursos humanos qualificados. Além disso, faltas no estoque, longas filas de espera para atendimento e controle de dispensação/estoque de forma manual, ou inexistente, atendimentos individuais apressados, prescrições ilegíveis e problemas de compreensão por parte dos usuários, levam ao uso não racional de medicamentos. Propostas de educação em saúde voltadas para a comunidade, visitas domiciliares com um olhar para os medicamentos e a regularidade no abastecimento podem contribuir com o uso correto, bem como o descarte adequado pela população.

Em relação a custos e investimentos, há necessidade de aperfeiçoamento dos instrumentos de controle e avaliação para mensuração dos resultados, desenvolvendo indicadores de estrutura, processo e resultado. Neste sentido, a AF está estruturando as comissões de pesquisa e de planejamento. No entanto, já se identifica a necessidade de desenvolvimento de ações de estímulo a práticas desmedicalizadoras; revisão da Relação Estadual de Medicamentos; melhoria da comunicação com gestores, prescritores e a sociedade em geral; educação continuada/permanente, com vistas a garantia da integralidade do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde e apoio efetivo aos municípios para qualificação da Assistência Farmacêutica.

O desafio da articulação da AF com o arranjo de ações e serviços de saúde requer que os componentes da RAS reconheçam sua interdependência e optem por adequar seu papel aos objetivos da rede. É comum que diferentes medicamentos sejam prescritos ao usuário, em vários pontos da rede, sem haver conciliação dos tratamentos de forma segura e eficaz. A consolidação da informação e da articulação poderão potencializar a convergência dos processos de trabalho no cuidado integral.

Região 15 – Caminho das Águas

Região 29 – Vales e Montanhas

2.6.Apoio diagnóstico e terapêutico

2.6.1.Hemorrede Estadual

A Política Estadual do Sangue busca a estruturação da Hemorrede do RS, promovendo a doação de sangue com foco na fidelização, qualificando o processo produtivo e o gerenciamento dos estoques dos componentes e buscando a segurança transfusional. A produção e a distribuição dos componentes sanguíneos para a realização de transfusões sanguíneas nos serviços de saúde é realizada em 34 serviços hemoterápicos.

Em 2015, a taxa de doação, considerando a coleta de sangue realizada pelo SUS, foi de 21,2 bolsas/1.000 habitantes, mantendo-se estável nos últimos cinco anos. Segundo o parâmetro estabelecido na Portaria MS nº 1.631/2015, a taxa de doação esperada fica entre 10 e 40 bolsas/1.000 habitantes.

É necessário o redimensionamento da Hemorrede Estadual, otimizando os recursos existentes para implantação e/ou adequação dos serviços hemoterápicos, estabelecendo uma produção mínima que justifique o investimento necessário, e ganho em escala.

A assistência hematológica para os pacientes portadores de coagulopatias hereditárias é realizada em quatro hemocentros (Caxias do Sul, Pelotas, Passo Fundo e Porto Alegre) e está estruturada para ofertar atendimento multiprofissional para 1.914 usuários, sendo 74% destes atendidos na capital.

2.6.2.Exames de Apoio Diagnóstico

Em geral, existe suficiência de oferta de exames em todas as Regiões de Saúde. Nos locais em que não há suficiência, os exames são ofertados na macrorregião de saúde (as maiores carências estão localizadas nas regiões R2 e R18) (Quadro 30).

Quadro 30. Oferta de serviços de apoio diagnóstico, RS, 2015.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE	Patologia Clínica	Ultrasonografia	Radiologia	Anatomocitopatologia	Mamografia	Ressonância Magnética	Biópsia	Colonoscopia	Tomografia	Colangiopancreato	Polissonografia	Fibrobroncoscopia = BRONCOSCOPIA
Centro Oeste	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	2	X	X	X		X	X			X			
	3	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Metropolitana	4	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	5	X	X	X	X	X		X		X			
	6	X	X	X	X	X		X	X	X			
	7	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
	8	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	9	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	10	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Missioneira	11	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	13	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
	14	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Norte	15	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	16	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	17	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	18	X	X	X		X		X		X			
	19	X	X	X	X	X			X	X			
	20	X	X	X		X	X	X	X	X			
Serra	23	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
	24	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	25	X	X	X	X	X	X	X		X			X
	26	X	X	X	X	X	X	X		X			
Sul	21	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
	22	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Vales	27	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	28	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
	29	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	30	X	X	X	X	X			X	X			
Total		**30**	**30**	**30**	**27**	**30**	**25**	**27**	**25**	**30**	**2**	**0**	**9**

Fonte: SIA/DATASUS; DAHA/SES/RS.

2.6.3.Laboratórios Estaduais

O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) (Portaria GM/MS nº 2.031/2004) está organizado por agravos ou programas, de forma hierarquizada, por grau de complexidade das atividades relacionadas à Vigilância em Saúde.

O Instituto de Pesquisas Biológicas - Laboratório Central de Saúde Pública (IPB-LACEN) coordena a Rede de Laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em Saúde Pública, possuindo 16 Laboratórios Regionais de Saúde Pública e um Laboratório Central.

A Rede Estadual possui 46 Laboratórios Municipais de Saúde Pública, incluindo três Laboratórios de Fronteira (Santana do Livramento, São Borja e Uruguaiana) e centros colaboradores. O estado dispõe de nove laboratórios aptos para realização de exames de CD4 e Carga Viral (Porto Alegre, Santa Maria, Caxias do Sul, Rio Grande e São Leopoldo). A produção destes laboratórios é de 1,5 exames por pessoa vivendo com HIV/Aids por ano (abaixo dos 2 exames mínimos necessários). A detecção da resistência ao uso do tratamento antirretroviral (TARV) é realizada através de genotipagem. A realização deste exame é indicada

quando há comprovada falha terapêutica em crianças, gestantes e parceiros sorodiscordantes, além de pessoas em uso regular de TARV por pelo menos seis meses.

2.6.4.Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul (CIT)

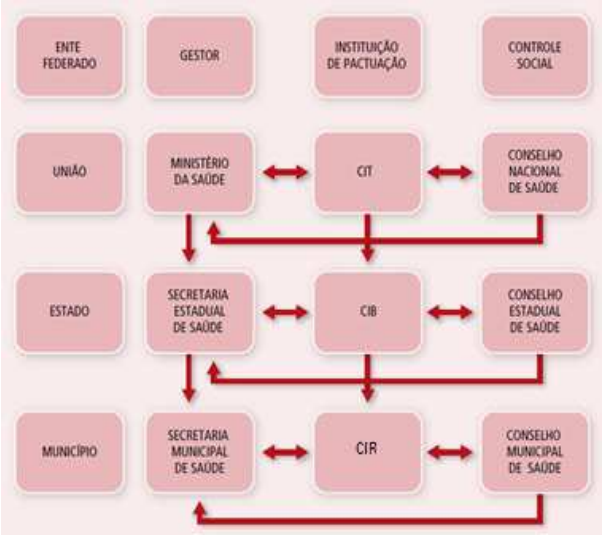
O **CIT** é uma unidade pública de telemedicina especializada em prover informações de urgência para auxiliar profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento das exposições tóxicas, além de orientar a população em geral na prevenção desses acidentes. Para tanto mantém um plantão permanente (24 horas/sete dias por semana) que pode ser utilizado gratuitamente através do telefone 0800.721.3000.

Além do atendimento de urgência, mantém um Laboratório de Análise Toxicológica que atua no apoio diagnóstico ao plantão do CIT e em monitoramento do uso de drogas de abuso (maconha, cocaína, crack, anfetaminas, etc.) para unidades médicas voltadas ao atendimento de usuários de drogas e aos Centros de Atendimento Psicossocial, Álcool e Outras Drogas (CAPS AD). Como unidade de teleatendimento realiza diagnóstico à distância por transferência de imagem voltada aos acidentes com animais peçonhentos (serpentes, aranhas, escorpiões, lagartas, outros) e plantas tóxicas.

2.7.Governança da Rede de Atenção à Saúde

A governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS) pode ser entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da rede. É um sistema transversal a todas as redes temáticas e se diferencia da gerência dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio e logísticos, à medida que tem por objetivo governar as relações entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os demais componentes da RAS, buscando articulá-los em função da missão, visão e objetivos comuns das redes (Portaria GM/MS nº 4.279/2010; MENDES, 2011).

Figura 44. Modelo Institucional do SUS.



Fonte: Adaptado de Mendes, 2011, p. 164.

A Governança da RAS no SUS se insere no quadro institucional mais amplo de federalismo brasileiro, que consiste numa inter-relação cooperativa entre as três esferas de governo. As instituições nesse quadro de gestão compartilhada e participação social interagem de forma complexa com a presença de mecanismos de controle social e de pactuação entre os gestores, determinando a configuração da tomada de decisão das políticas públicas no país. Esse cenário pode ser ilustrado conforme a Figura 44.

As instâncias e mecanismos oficiais de compartilhamento do poder garantem a participação dos três entes federados na formulação das políticas de saúde e na definição sobre a alocação dos recursos financeiros no SUS.

2.7.1.Planejamento Estratégico da SES/RS

O Planejamento Estratégico da gestão estadual do SUS se insere no contexto da governança da RAS ao direcionar os diferentes atores do sistema para objetivos comuns, envolvendo a construção de estratégias, percepções e valores compartilhados (Portaria nº 4.279/210; MENDES, 2011). Em 2015, através de processo conduzido pela Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN), com assessoria do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e envolvendo a direção da SES, foi realizada oficina com o objetivo de elaborar o planejamento estratégico da SES/RS, resultando no **Mapa Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde**.

2.7.2.Acordo de Resultados

O Acordo de Resultados é uma ação do governo do estado iniciada em 2015 que tem como objetivo a formalização dos principais compromissos dos órgãos do governo estadual com a sociedade. O Acordo busca promover a efetividade das políticas públicas, identificando ações, indicadores e metas a serem priorizadas. O Acordo de Resultados para a Saúde está inserido no Eixo Social do Mapa Estratégico do governo (reforçar e ampliar as garantias dos direitos sociais), visando o acesso e a qualidade na prevenção e promoção da saúde. Para 2016, a SES/RS tem como projetos prioritários: Todos pela Saúde/Atenção Básica, através do qual busca ampliar o atendimento do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) e o uso da ferramenta 0800 do TelessaúdeRS, e Prevenção e Controle do *Aedes aegypti*, para diminuir e/ou eliminar as doenças relacionadas (dengue, chikungunya e zika vírus) e a microcefalia. O Acordo de Resultados da SES está disponível no link: <http://www.rs.gov.br/acordo-de-resultados>.

2.7.3.Planejamento Regional Integrado

A governança tem sido entendida, no âmbito do SUS, como um mecanismo de tomar decisões a partir da discussão e pactuação de objetivos e procedimentos comuns entre as três esferas federativas de gestão. Consiste em um processo de planejamento em que cada esfera possui suas responsabilidades quanto aos instrumentos de gestão, articulando-se de forma integrada e cooperativa, contemplando necessidades e realidades locorregionais (MENDES, 2011). O planejamento na saúde deve ser ascendente e integrado, como mecanismo que visa assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS, garantindo a relação das três

esferas de governo em torno da Região de Saúde, território preconizado para a integração do planejamento e organização da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2016).

No âmbito do Planejamento Regional Integrado, as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) exercem papel fundamental, sendo responsáveis pela condução desse processo, exercendo a governança regional do SUS a partir das Comissões Intergestores Regionais (CIR). A proximidade das CRS com o território permite conduzir esse processo junto aos municípios, tornando o estado mais presente e facilitando a interação e o vínculo da gestão estadual com a gestão municipal e com o controle social na tomada de decisões locais e regionais. O papel das CRS é o de efetuar a representação do estado nas instâncias de pactuação regional com os municípios e também de apoio, qualificação, supervisão e monitoramento dos serviços.

Os Grupos de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GT PM&A) foram criados inicialmente pela Portaria SES/RS nº 64/2003 com a finalidade de implantar o Sistema de Monitoramento da Gestão em Saúde. A Portaria SES/RS nº 374/2008 atribui a estes grupos a responsabilidade pela elaboração e implementação da Política Estadual de Monitoramento e Gestão da Saúde, ação a ser coordenada pela ASSTEPLAN. Em 2012, com a Portaria SES/RS nº 27, tornou-se competência desses grupos a responsabilidade de difundir a cultura de Planejamento, Monitoramento e Avaliação no âmbito estadual e municipal. Atualmente, o estado conta com um GT PMA no nível central da SES e outros dezenove nas CRS. Estes grupos são compostos por integrantes dos diversos departamentos/setores da secretaria. Além destes, existem outros Grupos de Trabalho de PM&A nos demais departamentos da SES/RS. A gestão estadual do SUS entende que práticas de grupo compartilhadas são fundamentais para a condução dos processos de gestão e visam superar a lógica fragmentada e verticalizada da produção do trabalho em saúde, com vistas à construção de inovadoras práticas de gestão.

O Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento da política pública de saúde em um período de quatro anos. Além de considerar as diretrizes definidas pelos respectivos Conselhos e Conferências de Saúde, os planos de saúde devem ser submetidos à apreciação e aprovação do Conselho e disponibilizados através do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS) (Portaria GM/MS nº 2.135/2013). No RS, 453 municípios possuem Planos Municipais de Saúde (PMS) vigentes. Em 19 Regiões de Saúde, todos os PMS estão atualizados, representando uma homogeneidade na área do planejamento nos municípios em grande parte do estado. Por outro lado, 27 municípios informam não possuir plano vigente, distribuídos em 11 regiões (R1, R2, R7, R8, R9, R10, R13, R16, R21, R22, R24) e 17 municípios não informaram sobre a existência de Plano (R9, R10, R21). Estes dados foram obtidos a partir da informação prestada pelos municípios no Relatório Anual de Gestão 2014 (através do SargSUS) e revisados pelas CRS. É papel a ser desenvolvido pelas CRS o apoio na cooperação técnica para construção desse instrumento.

Os Planos Regionais de Saúde têm como objetivo materializar o planejamento regional, fortalecendo a lógica da Região de Saúde. Para a elaboração do Plano Regional é necessário observar e privilegiar os Planos Municipais, descrevendo as necessidades de saúde da população daquele território, apontando a resolutividade e/ou as deficiências da Rede de Atenção à Saúde naquele local. Os Planos Regionais devem ser pactuados, monitorados e avaliados pelo gestor estadual e gestores municipais nas CIR. Atualmente a SES está trabalhando na elaboração dos planos das 30 regiões de saúde, buscando ampliar a participação dos gestores no processo de planejamento e consolidar o princípio de

planejamento ascendente e integrado, fortalecendo o diálogo entre as diferentes esferas de governança do SUS.

2.7.4.Instâncias de Pactuação Intergestores

A governança entre as três esferas acontece por meio das Instâncias de Pactuação Intergestores (Comissões Intergestores), que são espaços de representação federativa com poder de deliberação e pactuação. Estas buscam efetivar a redistribuição do poder, redefinindo papeis e relações entre os gestores através do consenso, diálogo e cooperação, induzindo a reformulação de práticas e processos de trabalho, aliando negociações técnicas e políticas (BRASIL, 2016).

As Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite foram instituídas no início dos anos 90 e reconhecidas através da lei nº 12.466/2011, como foros de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais do SUS. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é a instância de negociação e pactuação entre os gestores da saúde dos entes federativos para a operacionalização das políticas de saúde no âmbito do SUS, vinculando-se ao Ministério da Saúde para efeito de apoio administrativo e operacional. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS) foi instituída pela Portaria SES/RS nº 09 de 1993, e constitui-se em instância colegiada de pactuação consensual, com caráter deliberativo para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. A Resolução CIB nº 174/2016 reformulou o Regimento Interno da CIB/RS, adaptando-o à legislação vigente.

As Comissões Intergestores Regionais (CIR) representam um espaço onde estado e municípios debatem e definem o planejamento regional e a organização da rede de atenção à saúde. Em março de 2016, foi realizada a primeira oficina com os secretários executivos das CIR. Após, a Assessoria de Técnica e de Planejamento da SES/RS elaborou um instrumento que buscou avaliar o funcionamento das CIR no RS. O diagnóstico teve como base 28 respostas do questionário, pois duas CIRs acontecem em conjunto com outra região (R1 com a R2 e R29 com a R30).

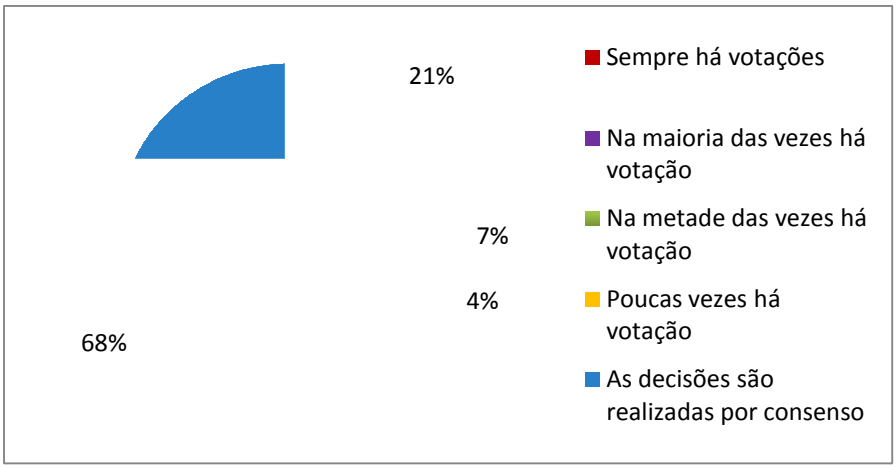
Sobre o funcionamento das reuniões de CIR, destaca-se que as 28 acontecem mensalmente, a maioria dos locais (64%) é na sede das CRS e duram mais de 2 horas (89%). Houve apenas uma resposta negativa quanto à existência de regimento interno aprovado em reunião de CIR.

Quanto à participação das áreas técnicas da CRS nas reuniões, a maioria afirma que o setor Planejamento participa regularmente e outros setores de acordo com a pauta. No entanto, algumas respostas destacaram que apenas o gabinete da CRS participa ou que algumas áreas deveriam estar mais presentes. Ressalta-se que para o fortalecimento da CIR, é importante a participação de todas as áreas da CRS. No questionário foi abordada também a participação dos municípios de referência da região, sendo apontada a importância da presença destes nos momentos de pactuações intermunicipais. Em 57% das CIRs no estado, o município de referência participa sempre das reuniões e 36% responderam que este município participa na maioria das vezes.

Em relação ao processo de tomada de decisão nesta instância, foi questionado se existem votações ou se as pactuações são realizadas por consenso, entendendo a importância desse momento de negociação e diálogo. Conforme mostra a Figura 45, as decisões são realizadas por consenso na maioria das CIRs (68%). Entretanto, é de suma importância

destacar que 32% das CIR assinalaram que “sempre”, “na maioria das vezes” e “poucas vezes” ocorreu processos de votação nas reuniões de CIR, o que pode ter considerado um percentual elevado, uma vez que não deveriam ocorrer votações nesta instância.

Figura 45. Processo de tomada de decisão nas CIR, 2016.

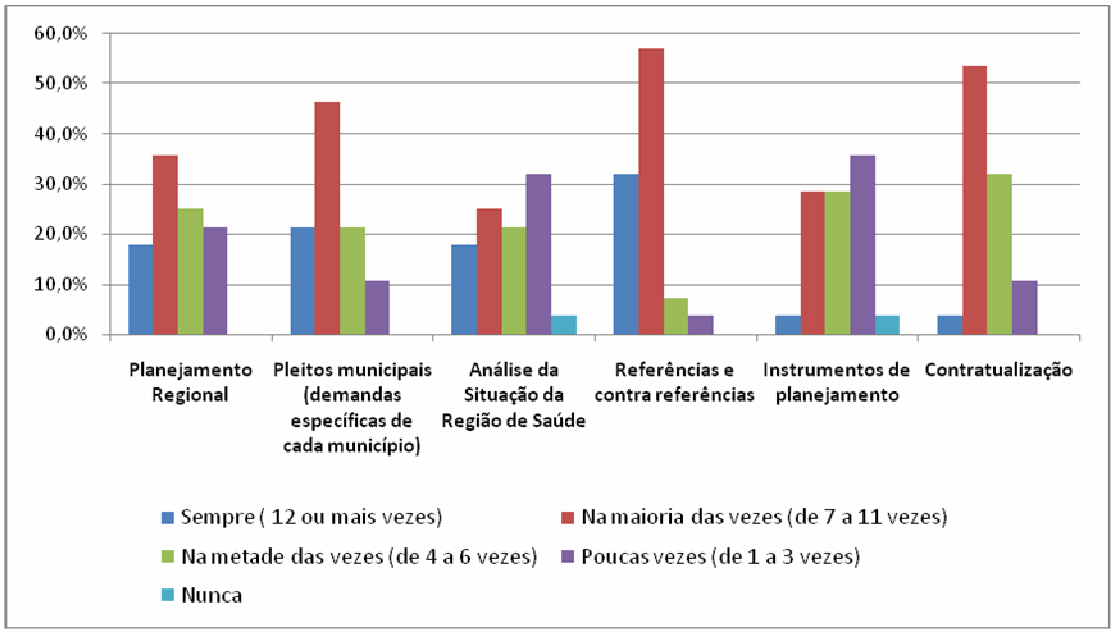


Fonte: Assteplan, SES/RS.

O diagnóstico também buscou identificar quais assuntos são discutidos entre os gestores nas instâncias regionais, bem como a freqüência dos mesmos, conforme evidencia a Figura 46. Podemos observar que os temas relacionados ao planejamento regional, à análise situacional da Região de Saúde e aos instrumentos de gestão foram discutidas até em metade das reuniões neste período, enquanto assuntos como pleitos municipais (demandas específicas de cada município), Referências e Contrarreferências e Contratualização foram discutidas com maior freqüência (60% correspondem a “sempre” e na “maioria das vezes”).

Os tópicos que envolvem planejamento regional deveriam ser mais explorados neste espaço de pactuação, no sentido de possibilitar a resolutividade dos problemas específicas daquele território. Como os temas relacionados à assistência prevalecem nas discussões das reuniões, verifica-se a necessidade de incorporar mais a discussão da gestão compartilhada no espaço das CIRs. Dessa forma, ao analisar a totalidade/diagnóstico, percebe-se que há necessidade de auxiliar essa instância para qualificar as discussões e pactuações entre os gestores.

Figura 46. Frequência dos temas discutidos em reuniões de CIR, RS, 2016.



Fonte: Assteplan/SES/RS.

2.7.5.Participação Social

O **Conselho Estadual de Saúde (CES)** é a instância estadual de controle social do SUS, criado pela Lei Estadual nº 10.097/1994, órgão permanente, colegiado e deliberativo com atribuição de controle e fiscalização de políticas públicas de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. O CES/RS é composto por 52 conselheiros de saúde titulares e seus respectivos suplentes, representantes de entidades da sociedade civil organizada e órgãos públicos distribuídos em três segmentos: usuários, trabalhadores de saúde e gestores/prestadores, com paridade do segmento usuário ante os demais segmentos. O fato da Lei Estadual nº 10.097/1994 ter nominado entidades, impedindo a sua substituição em caso de desinteresse ou extinção, tem dificultado a regular composição do CES/RS. Para sanar este e outros problemas foi proposto Projeto de Lei que não foi deliberado pela Assembléia Legislativa, tendo sido arquivado ao final do período legislativo, em 2014.

A abrangência de atuação do CES/RS é estadual, sem prejuízo da independência e autonomia que possuem os 497 conselhos municipais de saúde quanto a sua esfera de atuação. O CES/RS é formado por: Plenária, que se constitui no órgão máximo de deliberação e compreende reuniões ordinárias quinzenais e reuniões extraordinárias sempre que necessário; Mesa Diretora, órgão diretivo formado por oito conselheiros, de forma paritária; Comissão Permanente de Fiscalização; Comissões Temáticas, hoje em número de seis e Secretaria Executiva e Assessoria Técnica.

O quadro de pessoal do CES é insuficiente tanto em servidores de nível médio quanto de nível superior, o que dificulta a manutenção do pleno, o regular funcionamento do Colegiado e a análise das políticas de saúde.

Em 2014, foi criado o portal na internet desvinculado do órgão de gestão, o que facilita o processo de comunicação do CES/RS com os conselhos municipais e a população em geral.

A cada quatro anos, o CES/RS realiza a Conferência Estadual de Saúde, momento em que avalia a situação da saúde no Estado e propõe diretrizes para aperfeiçoamento das políticas, sendo esta uma etapa da Conferência Nacional. Em 2015, dos 420 municípios que realizaram conferências, 389 tiveram suas delegações validadas para a conferência nacional, e a delegação gaúcha foi composta por 144 delegados eleitos na etapa estadual. O CES/RS realiza também conferências temáticas, como a de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, além da Plenária Estadual de Conselhos, a cada 3 anos, elegendo os Coordenadores de Plenária. Para ampliar as ações de Controle Social o CES/RS propõe e efetua ações de Educação permanente para este fim.

A **Ouvidoria do SUS-SES/RS** foi implantada em janeiro de 2012 e é um canal de comunicação entre o cidadão e os gestores, contribuindo para a avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde, acolhendo as manifestações dos cidadãos e disseminando informações.

Os canais de recebimento das manifestações são: telefone (0800 6450-644); formulário web <www.saude.rs.gov.br/contato>; e-mail <ouvidoria-sus@saude.rs.gov.br>; presencialmente e/ou por correspondência (na av. Borges de Medeiros, 1501, térreo); ou nas Ouvidorias Regionais do SUS (nas sedes das CRS).

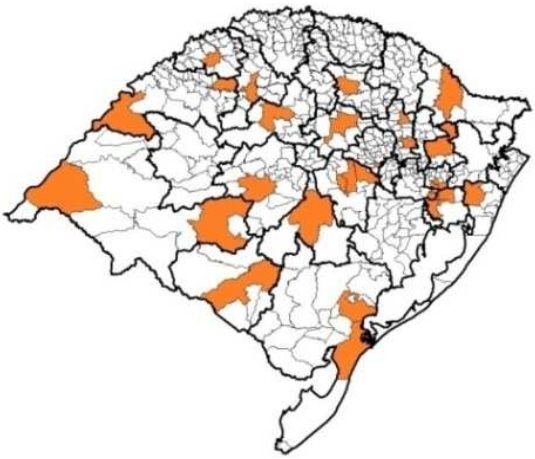
O Disque Vigilância integra a Rede de Ouvidoria do SUS como Ouvidoria Interna no Centro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS). Seus canais de acesso são o Disque 150 e o email: <disquevigilancia@saude.rs.gov.br>.

As demandas da saúde do Portal da Transparência e do Serviço de Informação ao Cidadão, disponibilizados pelo governo do estado através dos links <http://www.transparencia.rs.gov.br/webpart/system/PaginaInicial.aspx> e <http://www.centraldeinformacao.rs.gov.br>, são também acompanhadas pela Ouvidoria.

A partir da Lei Estadual nº 14.485/2014, a Ouvidoria do SUS/RS passou a integrar o Sistema Estadual de Ouvidoria do Poder Executivo Estadual (SEO/RS). Sua regulamentação foi publicada no Decreto Estadual nº 51.999/2014. Em continuidade, foram designados servidores da SES/RS para a função de Ouvidor, sendo implantadas três Ouvidorias Internas (Assistência Farmacêutica - CPAF; Ações em Saúde - DAS, e Vigilância em Saúde - CEVS) e 19 Ouvidorias nas Coordenadorias Regionais de Saúde, todas vinculadas à Ouvidoria do SUS-SES/RS.

Existem 31 Ouvidorias do SUS implantadas nas Secretarias Municipais de Saúde - SMS , (Figura 47), bem como 87 SMS com Interlocutores cadastrados, atuando em Rede com as Ouvidorias Regionais. Estas concentram-se na Macrorregião Missioneira (R11; R12; R13 e R 14), e na Região de Saúde 27 (Caçapava do Sul), como resultado da atuação das Ouvidorias Regionais da 8ª CRS, 9ª CRS, 12ª CRS, 14ª CRS e 17ª CRS.

Figura 47. Secretarias Municipais de Saúde com Ouvidoria Implantada, RS, 2016.



Fonte: Banco de Dados Ouvidoria do SUS-SES/RS em abril/2016.

O aumento de Ouvidorias do SUS implantadas nos municípios tem sido lento. Todavia observa-se que estes 31 municípios com Ouvidoria implantada cobrem cerca de 48% da população do Estado.

No período de 2012 a 2015, a Ouvidoria do SUS-SES/RS registrou 16.768 manifestações ao município do cidadão: 67,9% da Macrorregião Metropolitana; 10% da Serra, e o restante das demais regiões. A taxa de resposta da Ouvidoria em 2012 foi de 11,7%; em 2013, 69,2%; em 2014, 67,3%; e em 2015, 70,2%. A demora no prazo de resposta pela Rede da Ouvidoria mostra-se como um dos principais obstáculos enfrentados pela Ouvidoria do SUS. Mais detalhes sobre as demandas registradas pela Ouvidoria do SUS estão descritos nos Relatórios Gerenciais da Ouvidoria, disponíveis no link: <http://www.saude.rs.gov.br/contato>.

2.7.6. Parcerias e/ou Cooperação com Organismos Internacionais e Instituições Nacionais

São acordos que propiciam o fortalecimento e a qualificação da Gestão da Rede de Serviços de Atenção à Saúde, por meio de atividades de produção e divulgação de conhecimento, desenvolvimento tecnológico, formação permanente, estudos, pesquisas e integração das ações de saúde. Os acordos apoiam diversas áreas, facilitando e agilizando o desenvolvimento das atividades programadas.

Um dos acordos existentes até 2016 era com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) envolvendo a cooperação técnica na área de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST/AIDS e com o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) que se encerrou, mas com possibilidade de retomada. Já a cooperação com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) permanece e envolve as áreas técnicas do PIM e da Saúde Mental.

O Programa Nacional de Imunizações é parte integrante do Programa da Organização Mundial de Saúde (OMS), com o apoio técnico, operacional e financeiro do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e contribuições do Rotary Internacional e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Existem outras parcerias no âmbito da

educação em saúde coletiva, com a Escola de Saúde Pública (ESP) e no campo da pesquisa científica em saúde, com a Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS).

2.7.7.Governança da Informação em Saúde

A Governança da Informação em Saúde tem o propósito de colocar em prática, no âmbito da gestão estadual do SUS, estratégias que promovam o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando na composição de sistemas de informação integrados e articulados.

A Tecnologia da Informação (TI) associada à saúde tem garantido ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através do desenvolvimento de ferramentas que contribuem para o trabalho cotidiano do SUS, ampliando o acesso às Redes de Atenção à Saúde, com equidade e integralidade, melhorando a situação de saúde da população, ao fornecer ferramentas de apoio e estrutura logística para a qualificação da atenção à saúde da população. O uso sistemático das informações em saúde no processo de tomada de decisão contribui para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas e programas de saúde, subsidiando os tomadores de decisão tanto em âmbito estadual, quanto municipal.

No final de 2014 foi criado o Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (DGTI) na SES/RS, com objetivo de fortalecer as áreas de informação e informática no SUS. O Departamento trabalha na criação de ferramentas com vistas à integração dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

Ações direcionadas para o Registro Eletrônico de Saúde têm sido incentivadas, especialmente através da utilização do e-SUS. Para garantir a identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, faz-se necessário que seja progressivamente efetivado pelo gestor estadual e pelos municípios a Portaria GM/MS n° 940/2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), tendo em vista aprimorar o processo de integração dos SIS, unificando as bases de dados identificando o cidadão por meio de um registro único.

É importante qualificar os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que identifica os estabelecimentos - a fim de dar passos para a construção de um novo paradigma que permita acompanhar a trajetória do usuário no sistema de saúde, desenhar linhas de cuidado nas Redes de Atenção, avaliar a eficiência e a efetividade das ações realizadas.

É necessário fortalecer os mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde, com a finalidade de ampliar a produção e disseminação de informações de forma à atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social; intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais. Em conformidade com a Lei de Acesso à Informação (Lei Federal nº 12.527/2011), deve-se aumentar a transparência, informar e estimular a participação e o controle social, a exemplo do Portal da Transparência e do Serviço de informação ao Cidadão, é desafio do gestor estadual. Portanto, construir ferramentas para a disseminação da informação em saúde para a população utilizando diferentes linguagens, mídias e veículos de comunicação para alcançar diferentes públicos é estratégico para integrar a tecnologia da informação e a comunicação em saúde.

O gestor estadual avançou no sentido de garantir acesso livre aos servidores às bases de dados em saúde não-identificados, sujeitando a preceitos éticos o acesso a dados individuais identificados, a fim de respeitar a privacidade e confidencialidade. Com o avanço no desenvolvimento de ferramentas ou softwares que contribuem com a democratização da informação para a tomada de decisão, aspecto importante a ser destacado é a necessidade de discutir a segurança da informação. Neste quesito, trata-se de dotar a saúde de instrumentos jurídicos, normativos e organizacionais para assegurar a confidencialidade, a privacidade e a disponibilidade dos dados e das informações, garantindo a sua autenticidade e integridade.

Iniciativas de desenvolvimento de ferramentas ou sistemas têm sido estimuladas no âmbito da SES/RS, considerando a potencialidade de melhor atender de forma articulada e integrada à diversidade e a complexidade dos serviços de saúde, respeitando as características regionais do Rio Grande do Sul e fortalecendo o desenvolvimento da cultura de informação e informática em saúde. Busca-se intervir na área de produção de software em saúde, através da articulação da capacidade de produção de software do setor público de saúde ou de forma intersetorial, aproveitando as iniciativas locais do SUS, incluindo as instituições de ensino e pesquisa. A esse processo, deve-se associar a institucionalização de mecanismos que garantam a participação de usuários e profissionais de saúde no processo de desenvolvimento de sistemas de informação em saúde para o SUS, bem como investir na formação e na capacitação permanente de recursos humanos na área de informação e informática em saúde. Todos esses aspectos que vem tomando forma na gestão estadual do SUS tem contribuído para aprimorar a governança da informação no Rio Grande do Sul e para fortalecer as Redes de Atenção em Saúde.

No que diz respeito à gestão da clínica, a Tecnologia da Informação contribui para apoiar a prática profissional através de uso de telecomunicações na assistência à saúde, ensino à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada. Redes de centros colaboradores na área de informação e informática em saúde precisam ser criadas no Rio Grande do Sul, de forma a melhor aproveitar os recursos disponíveis na comunidade para a formação e capacitação de recursos humanos, análise de situação de saúde, pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico, produção e disseminação de informações, avaliação de alternativas e controle de qualidade de produtos. Há necessidade de articular à SES/RS entidades nacionais e internacionais visando a composição de redes de colaboração que fortaleçam a produção de novas ferramentas e tecnologias para a saúde na gestão estadual e nos municípios gaúchos, através da institucionalização de práticas de cooperação.

Para que a gestão da informação em saúde seja fortalecida e para que a área da informática e da informação em saúde avance, é fundamental investir em infraestrutura de TI. Atualmente a SES/RS possui mais de 3.700 computadores interligados em rede, em 34 unidades (Nível Central - CAFF, nas 19 CRS, no CEVS, nos Hospitais Estaduais e na Farmácia Central, além de aproximadamente 3.800 usuários ativos operando com os sistemas de informação disponíveis. Para que o sistema logístico existente se mantenha em funcionamento, são gerenciados 24 contratos de serviços diferentes de TI, suporte técnico para 1868 atendimentos/mês (base março/16) e implantação ferramenta de *Business Intelligence (BI*) para a tomada de decisão gerencial tanto administrativa (nível gerencial da SES/RS), quanto para análise e acompanhamento estratégico das políticas e programas de saúde no Estado.

2.7.8.Gestão do Trabalho

No âmbito da Gestão do Trabalho, considerando-se o contexto sócio-histórico das políticas públicas e a terceirização dos serviços ofertados aos usuários, bem como a precarização dos vínculos trabalhistas e dos processos de trabalho, ressalta-se a importância da vigilância da política de saúde pelos gestores e do monitoramento contínuo aos profissionais do SUS.

O número total de trabalhadores do SUS no RS é de 139.142, sendo 129.127 com vínculos protegidos (CNES, DATASUS,2016). Os servidores da SES/RS são regidos pela Lei Complementar nº 10.098/1994, que dispõe sobre o Estatuto e Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Civis do Estado. Já o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) é regulamentado pela Lei nº 13.417/2010. Tendo em vista o disposto na referida Lei, foi instituído o Decreto nº 50.980/2013, que aprova o Regulamento de Promoções do Quadro de Pessoal da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

A SES/RS tem em seu quadro de pessoal o total de 4.823 servidores efetivos, sendo 66% do sexo feminino e 34% masculino (dez/2015). Esses profissionais encontram-se lotados na estrutura administrativa da sede da Secretaria Estadual (Assessorias, Departamentos, Escola de Saúde Pública, Auditoria, Ouvidoria, Centro de Vigilância), nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, no Hospital Sanatório Partenon, no Hospital Colônia Itapuã, no Ambulatório de Dermatologia Sanitária, no Conselho Estadual de Saúde, na Fundação Estadual de Produção e Pesquisa (FEPPS) e em órgãos de apoio, entre: laboratórios, Farmácia Estadual, centrais de abastecimento e transporte. Os servidores municipalizados somam 974, estes estão incluídos nas ações da gestão do trabalho como vantagens, aposentadorias e licenças.

Quadro 31. Recursos Humanos da SES/RS por vínculo empregatício, 2015.

TIPO	Número
Cargo comissionado	145
Celetista	60
Contrato por prazo determinado	93
Estatutário	3.748
Adidos	403
Cedidos	374
Total	4.823

Fonte: Sistema Informatizado de Recursos Humanos da Saúde, abril de 2016.

Do total de 4.823 servidores (Quadro 31), 2.671 estão lotados na gestão, 1.178 na assistência (compreendendo os hospitais e ambulatório) e 974 estão municipalizados. Abaixo são apresentados os dados dos profissionais da FEPPS, órgão vinculado da SES/RS (Quadro 32).

Quadro 32. Recursos Humanos da FEPPS/RS em 2015.

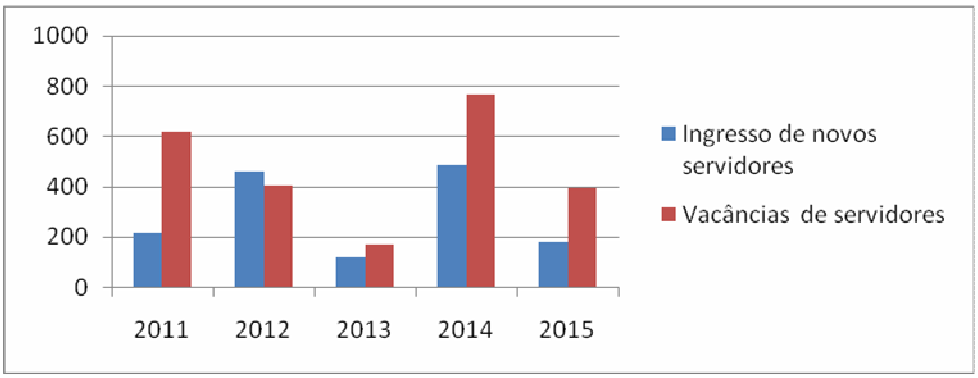
TIPO	FEPPS
Cargo comissionado	53
Contratos emergenciais	45
Efetivos SES	313

Adidos	15
Intermediados por empresa privada	42
TOTAL	468

Fonte: Sistema Informatizado de Recursos Humanos da FEPPS.

A Figura 48 mostra a série histórica, no período de 2011 a 2015, referente às vacâncias e ingressos de servidores na SES.

Figura 48. Série Histórica do Quadro de Recursos Humanos SES/RS, 2011-2015



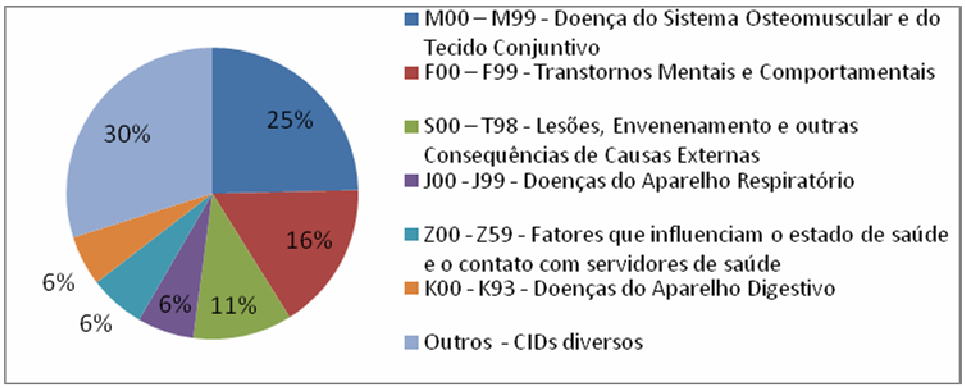
Fonte: Sistema Informatizado de Recursos Humanos da Saúde

No concurso realizado em janeiro de 2014, foram homologadas 1.500 vagas, tendo sido, até o momento, chamados 712 novos servidores, sendo que 298 para as 19 CRS e 414 para Porto Alegre e Viamão. Há necessidade de efetuar novo chamamento de concursados para compor as equipes das unidades da SES, em função de aposentadorias, dispensas, falecimentos, retorno de adidos e exonerações. Nesse dado não estão sendo considerados os cargos comissionados.

Em relação a escolaridade dos servidores, 56% dos profissionais têm formação de nível superior e, destes, 11% têm pós-graduação (especialização, mestrado e/ou doutorado); 28% dos servidores são de nível médio e 11% de nível fundamental completo. Entende-se de suma importância a disponibilização de cursos de qualificação tanto para servidores de nível médio e fundamental, quanto para servidores de nível superior, para a educação continuada e permanente dos profissionais na SES/RS. Acrescentam-se ao número de servidores da SES/RS os trabalhadores intermediados por empresa privada, no total de 436, sendo classificados como: motorista, cozinheiro, auxiliar de cozinha, limpeza, auxiliar de regulação médica, mão de obra, recepcionista e vigilância.

A Figura 49 mostra o quantitativo de servidores que estiveram em Licença para Tratamento de Saúde em 2014, com a respectiva CID. O percentual foi calculado tendo como referência o número total de 1.372 afastamentos.

Figura 49. Quantitativo de servidores afastados em licença para tratamento de saúde, com respectivo CID, RS, 2014.



Fonte: Banco de dados do Departamento de Perícia Médica e Saúde do Trabalhador (DMEST).

Analisando a Figura 49, percebe-se que as doenças do sistema osteomuscular apresentaram o maior número de afastamentos. Em segundo lugar, com 226 licenças, estão os transtornos mentais e comportamentais. Em terceiro lugar, encontram-se os afastamentos devidos a lesões relacionadas a traumatismos. Fica evidente a necessidade de implementar ações de saúde ocupacional, com vistas ao cuidado e ao monitoramento da saúde do servidor da SES.

A gestão de recursos humanos na SES, além de administrar rotinas gerais referentes a vida funcional, também deve ser um espaço de cuidado do servidor. O **Programa de Valorização e atenção à Saúde Física e Mental dos Servidores Públicos do Estado do RS** (**PROSER**) desenvolve ações de promoção à saúde física e mental e de prevenção ao adoecimento, a partir da proposta de construção de uma organização do trabalho que seja produtora de saúde. A SES possui núcleos do PROSER no Centro Administrativo Fernando Ferrari (CAFF), no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) e no Hospital Sanatório Partenon (HSP), além de apoiar e ser parceiro de serviço análogo no Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul (HEMORGS).

2.7.9.Financiamento

A Carta Magna de 1988 determina que as três esferas de governo - federal, estadual e municipal – compartilhem a gestão e o financiamento do SUS, custeando as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Os percentuais de aplicação financeira dos Municípios, Estados e União no SUS são definidos pela Lei nº 141/2012. Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados 12%. No que compete à União, os recursos aplicados em saúde correspondem ao valor aplicado no ano anterior, acrescido da variação do PIB, devendo o investimento ser igual ou superior ao percentual investido no ano anterior.

As restrições orçamentárias que o SUS constantemente enfrenta e a necessidade sempre iminente de superá-las fazem com que o financiamento esteja sempre em pauta nas discussões dos gestores do SUS, salientando que é necessário reduzir custos, rediscutir prioridades e trabalhar com o recurso já disponível em caixa, assim como cumprir os percentuais definidos na legislação.

O panorama da situação dos recursos do SUS no estado do Rio Grande do Sul nos últimos quatro anos é apresentado no Quadro 33.

Quadro 33. Percentual de Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) no RS, 2012 a 2015.

Ano	Receita de Impostos e Transferências	Despesas com recursos próprios	Percentual aplicado
2012	R$ 20.272.115.829,72	R$ 1.969.139.429,06	9,7%
2013	R$ 22.819.641.076,35	R$ 2.844.633.643,98	12,5%
2014	R$ 24.788.491.948,22	R$ 3.153.090.899,01	12,7%
2015	R$ 26.256.701.336,81	R$ 3.202.622.341,33	12,2%

Fonte: SIOPS.

Na forma que foi apresentado no SIOPS, o Tribunal de Contas do Estado (TCE/RS) aprovou até 2014 a aplicação dos recursos para a saúde. No RS a despesa total com saúde em 2015 foi de R$ 372,12 por habitante, em 2014 foi de R$ 365,82, em 2013 R$ 331,77 e em 2012 R$ 394,20. No Brasil em 2015 esse valor foi de R$ 437,72. O conceito de Despesa Total com Saúde representa o gasto médio com saúde, sob a responsabilidade do estado, (despesa total, incluindo aquelas financiadas por outras esferas de governo) por habitante.

Regularmente, a União repassa recursos ao Estado através do Ministério da Saúde. Observa-se que houve decréscimo gradual dos valores repassados para a SES/RS, saindo de R$ 929.374.716,47 (2012) para R$ 869.209.576,56 (2015).

Em relação aos recursos estaduais repassados aos municípios e hospitais, observa-se grande investimento na média e alta complexidade (75% em 2015), visto o estado possuir poucos hospitais públicos e muitos hospitais filantrópicos, dirigidos por entidades sem fins lucrativos (Quadro 34).

Quadro 34. Recursos estaduais repassados aos hospitais e aos municípios, custeio e capital, 2012 a 2015.

Pagamentos	2012	2013	2014	2015
Hospitais	R$ 391.681.634,77	R$ 641.830.821,89	R$ 1.047.199.822,78	R$ 756.982.401,04
Municípios	R$ 272.776.538,19	R$ 457.766.522,13	R$ 435.845.698,20	R$ 246.754.342,16

Fonte: Fundo Estadual de Saúde/SES/RS.

Observa-se repasse crescente, com queda importante em 2015, ano de crise nas finanças do estado.

Em 2015, 195 instituições hospitalares aderiram ao Fundo de Apoio Financeiro e de Recuperação dos Hospitais Privados, sem fins lucrativos, e Hospitais Públicos (FUNAFIR), programa instituído pela Lei nº 11.366/1999, que através de concessão pelo estado de avais, garantias e equalização de taxas de juros, viabiliza financiamentos.

O RS é o estado que apresenta, além das despesas regulares, o maior índice de **judicialização** em saúde do país, representando um desafio ao gestor público, quanto à aplicação dos recursos. Os gastos judiciais efetuados pela SES são de três tipos: sequestros judiciais, situação em que o poder judiciário determina o bloqueio das contas do Estado e efetua a retirada deste recurso para o custeio de medicamentos e outras demandas

assistenciais, tais como órteses, próteses, pequenas cirurgias, compra de leitos, entre outras; depósitos judiciais, na qual a SES não tem como disponibilizar o medicamento ou atender a demanda assistencial e deposita o valor para o usuário, através do judiciário; e aquisições de medicamentos por demandas judiciais, ou seja, a compra de medicamentos pelo gestor estadual, por ata de registro de preço, após sentença judicial.

O Quadro 35 apresenta o total de gastos por via judicial, no qual observa-se o crescimento ao longo dos anos. Já o Quadro 36 mostra a proporção correspondente aos medicamentos e às outras demandas assistenciais relacionadas aos sequestros judiciais.

Quadro 35. Gasto por via judicial no RS, 2012 a 2015.

Ano	Sequestros e Depósitos Judiciais	Aquisições de medicamentos por ata de registro de preço por demandas judiciais	Gasto Total
2012	R$ 93.285.844,19	R$ 55.413.175,52	R$ 148.699.019,71
2013	R$ 113.823.974,83	R$ 111.105.722,49	R$ 224.929.697,32
2014	R$ 123.175.750,71	R$ 125.983.667,69	R$ 249.159.418,40
2015	R$ 178.862.479,79	R$ 97.450.184,55	R$ 276.312.664,34

Fonte: Finanças Públicas do Estado (FPE/RS).

Quadro 36. Gastos com medicamentos e outras demandas assistenciais inseridos nos sequestros e depósitos judiciais, RS, 2012 a 2015.

Sequestros e Depósitos Judiciais					
Ano	**Total SES**	**Medicamentos**	**Outras demandas assistenciais**	**% Gasto em Medicamentos**	**% Gasto em outras demandas assistenciais**
2012	R$ 93.285.844,00	R$ 73.719.342,00	R$ 19.566.502,00	79%	21%
2013	R$ 113.823.975,00	R$ 89.994.520,00	R$ 23.829.455,00	79%	21%
2014	R$ 123.175.751,00	R$ 86.487.857,00	R$ 36.687.894,00	70%	30%
2015	R$ 178.862.480,00	R$ 136.608.597,00	R$ 42.253.883,00	76%	24%

Fonte: Coordenação da Política de Assistência Farmacêutica/CPAF/SES/RS.

Em relação às ações judiciais referentes a outras demandas assistenciais, a Saúde da Pessoa com Deficiência/DAHA atende aquelas relacionadas ao tratamento das quatro áreas de deficiência: Física, Auditiva, Intelectual, e Visual, que são, na maioria das vezes, ajuizadas pela Defensoria Pública do Estado e Ministério Público. Os pedidos mais frequentes são relacionados aos usuários com comprometimentos motores graves, decorrentes principalmente de AVC no adulto e Paralisia Cerebral na criança e que necessitam de atendimento multiprofissional domiciliar, como Fisioterapia, Fonoaudiologia, OPM's, fraldas e outros materiais relacionados que não constam em Tabela SUS e têm custo elevado para o usuário.

A população recorre ao Poder Judiciário com o objetivo de efetivar seu direito à saúde. Entretanto, esse recurso pode aprofundar as iniquidades de acesso no sistema público de saúde, uma vez que favorece aqueles que têm maior possibilidade de veicular sua demanda judicialmente, em detrimento dos que não possuem acesso à justiça. Igualmente, aponta para o possível comprometimento do princípio da integralidade, uma vez que ações de cunho individual não são estendidas aos demais portadores da mesma condição patológica que

poderiam se beneficiar do objeto da demanda. Além disso, prescrições inadequadas, em especial, de "novos" medicamentos e/ou "novas" indicações terapêuticas sem evidências científicas bem estabelecidas, muitas vezes sob forte influência da indústria farmacêutica, colocam em risco a segurança do paciente, gerando eventos adversos inesperados, sem um ganho real em eficácia terapêutica.

Nas demandas judiciais podem ocorrer situações muito discrepantes, havendo tanto a solicitação de medicamentos de custo muito elevado, quanto os vinculados à lista pertencente ao Componente Básico da AF, que deveriam estar disponíveis nas Farmácias Básicas Municipais. Verifica-se, através do sistema Administração de Medicamentos (AME), que no RS os tratamentos com medicamentos do Componente Básico representam cerca de 16% dos pacientes cadastrados judicialmente, sendo que os medicamentos mais judicializados são omeprazol 20mg, ácido acetilsalicílico 100mg e sinvastatina 20mg. Esta situação é uma consequencia das dificuldades encontradas pela população no acesso aos medicamentos básicos nos municípios. Nestes, muitas vezes há recursos financeiros parados na conta da AF municipal, que por dificuldades de informação, recursos humanos escassos e problemas de gestão dos medicamentos, levam ao consequente desabastecimento das farmácias.

Também incluem-se nas demandas judiciais os medicamentos financiados pelo SUS pertencentes ao Componente Especializado, mas que não se enquadram nos critérios de fornecimento de acordo com os PCDT. A efetivação do direito à AF é confundida com a oferta de qualquer um dos milhares de medicamentos disponíveis no mercado. Diante disso, não parece haver outro caminho senão o da aproximação do setor saúde e do judiciário, tendo em vista a proposição de estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas relacionados ao SUS.

Metodologia de Alocação dos recursos da SES/RS

O financiamento da saúde é efetivado através de um conjunto de pactuações entre gestores e da publicação de normas que explicitam os critérios, parâmetros e valores a serem pagos pelas ações e serviços. No Quadro 37, apresentam-se os recursos disponíveis, a respectiva norma e a origem (federal ou estadual) do recurso. Com a finalidade de qualificar o financiamento, o gestor estadual instituiu grupo de trabalho para revisar os incentivos estaduais, distribuir mais equitativamente os recursos da saúde, diminuir desigualdades regionais e qualificar os serviços no estado (Portaria SES/RS nº 81/2016).

Quadro 37. Metodologia de alocação de recursos financeiros, por bloco de financiamento, RS, 2015.

BLOCO	RECURSO	LEGISLAÇÃO	ORIGEM DE RECURSO
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente Básico/Farmácia Básica	Portaria GM/MS nº 1.555/2013 e Resolução CIB/RS nº 645/2013.	ESTADUAL
	Componente Básico/Saúde Prisional	Portaria GM/MS nº 2.765/2014 e Resolução CIB/RS nº 259/2015	FEDERAL
	Componente Especializado e Especial	Portaria GM/MS nº 1.554/2013 e Resolução CIB/RS nº 670/2010	ESTADUAL E FEDERAL
	Componente Estratégico	Portaria GM/MS nº 399/2006 e Resolução CIB/RS nº 307/2010	ESTADUAL E FEDERAL

BLOCO	RECURSO	LEGISLAÇÃO	ORIGEM DE RECURSO
ATENÇÃO BÁSICA	Acompanhante Terapêutico	Resolução CIB/RS nº 233/2014	ESTADUAL
	Articulador Jovem de Saúde	Resolução CIB/RS nº 311/2014	ESTADUAL
	Atenção Básica – Verão para Todos	Resolução CIB/RS nº 369/2015	ESTADUAL
	Combate ao Racismo Institucional	Resolução CIB/RS nº 636/2013	ESTADUAL
	ESF – Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal	Portaria SES/RS nº 539/2013 e Resolução CIB/RS nº 636/2014	ESTADUAL
	ESF – Adicional de Qualificação	Portaria SES/RS nº 563/2013	ESTADUAL
	ESF – Qualificação EACS (Equipe de Agentes Comunitários de Saúde)	Portaria SES/RS nº 892/2012	ESTADUAL
	ESFQ – Estratégia de Saúde da Família Quilombola	Resolução CIB/RS nº 098/2013	ESTADUAL
	ESF – 2º enfermeiro; Equipes de ESF com médicos de família e comunidade, Equipes de Saúde Bucal Modalidade II	Resolução CIB/RS nº 503/2013	ESTADUAL
	Fortalecer a ampliação e a descentralização das ações de promoção e prevenção à saúde, acesso ao diagnóstico, tratamento e compartilhamento do cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na rede de Atenção Básica em Saúde/Estratégia Saúde da Família.	Resolução CIB RS nº 235/2014	ESTADUAL
	NAAB – Núcleo de Apoio à Atenção Básica	Resolução CIB/RS nº 403/2011	ESTADUAL
	NASF – Núcleo de Apoio Saúde da Família	Portaria GM/MS nº 548/2013	ESTADUAL
	Oficinas Terapêuticas	Resolução CIB/RS nº 404/2011	ESTADUAL
	PIES – Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde	Resolução CIB/RS nº 151/2015	ESTADUAL
	PIM – Primeira Infância Melhor	Portaria SES/RS nº 578/2013	ESTADUAL
	Qualificação da Atenção Básica prestada aos povos indígenas no Estado do Rio Grande do Sul, com vista a corresponsabilização dos três entes federativos	Portaria SES/RS nº 946/2015	ESTADUAL
	REDE SUS	Resoluções CIB/RS nº 142/2014 e 154/2015	ESTADUAL
	Redução de Danos	Resolução CIB/RS nº 566/2014	ESTADUAL
	Saúde do Homem	Resolução CIB/RS nº 236/2014	ESTADUAL
	Saúde Prisional	Resolução CIB/RS nº 257/2011, 453/2011 e Portaria GM/MS nº 482/2014	ESTADUAL E FEDERAL

BLOCO	RECURSO	LEGISLAÇÃO	ORIGEM DE RECURSO
GESTÃO DO SUS	Fundo de Alimentação e Nutrição - FAN	Portaria GM/MS nº 1.060/2016	FEDERAL
	Nota Fiscal Gaúcha	Decreto Estadual RS nº 43.509/ 2004	ESTADUAL

BLOCO	RECURSO	LEGISLAÇÃO	ORIGEM DE RECURSO
INVESTIMENTO	Aquisição de Imóveis e Terrenos	Conforme convênio ou portaria publicada	ESTADUAL
	Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	Conforme convênio ou portaria publicada	ESTADUAL
	Aquisição de Veículos	Conforme convênio ou portaria publicada	ESTADUAL
	Construções ou Ampliações	Conforme convênio ou portaria publicada	ESTADUAL

	PROSAN (Construção de módulos sanitários, extensão de rede de água ou sistema simplificado de abastecimento)	Conforme convênio ou portaria publicada	ESTADUAL

BLOCO	RECURSO	LEGISLAÇÃO	ORIGEM DE RECURSO
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	CEREST - Centro Regional de Saúde do Trabalhador	Resolução CIB/RS nº 227/2015	ESTADUAL
	Dengue / Verão para Todos	Resolução CIB/RS nº 369/2015	FEDERAL
	Incentivo às Ações de Vigilância Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais - PVVS	Portarias GM/MS nº 1.378/2013 e1.390/2014 e Resolução CIB/RS nº 143/2014	FEDERAL
	Incentivo Tuberculose	Resolução CIB/RS nº 507/2011	ESTADUAL
	Piso Fixo de Vigilância em Saúde - PFVS	Portaria GM/MS nº 898/2016	FEDERAL
	Piso Fixo de Vigilância Sanitária – ANVISA	Portaria GM/MS nº 116/2016	FEDERAL
	Piso Fixo de Vigilância Sanitária - FNS	Portaria GM/MS nº 116/2016	FEDERAL
	Plano de contingência para desastres ambientais	Potaria SES RS nº 99/2011 - Comitê Desatres ambientais	ESTADUAL
	Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária - FINLACEN	Portaria GM/MS nº 116/2016	FEDERAL

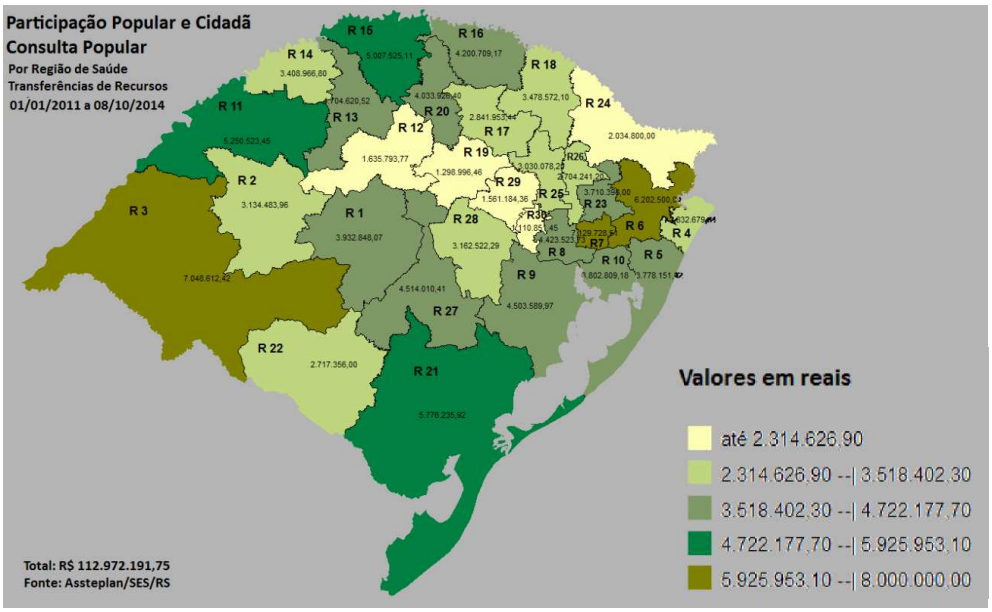
BLOCO	RECURSO	LEGISLAÇÃO	ORIGEM DE RECURSO
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	CAPS - Centro de Atenção Psicossocial	Resoluções CIB/RS nº 401/2011, 74/2012, 242/2013 e 100/2014	ESTADUAL
	CEO - Centro de Especialidades Odontológicas	Decreto RS nº 47.280/2010 Resolução CIB/RS nº 574/2012.	ESTADUAL
	Fraldas	Resolução CIB/RS nº 309/2015	ESTADUAL
	Incentivo Ambulatório de Alto Risco - AGAR	Resolução CIB/RS nº 203/2012 e Portaria SES/RS nº 660/2012	ESTADUAL
	Incentivo Complementação de Custeio (Orçamentação)	Resolução CIB/RS nº122/2013 e 369/2014	ESTADUAL
	Incentivo Casa da Gestante	Portaria SES/RS nº 396/2008	ESTADUAL
	Incentivo de Egresso de UTI NEO-NATAL	Resolução CIB/RS nº 518/2011 e Portaria SES/RS nº 686/2011	ESTADUAL
	Incentivo Diárias de UTI	Resolução CIB/RS nº 073/2013 e 358/2013	ESTADUAL
	Incentivo Gestante de Alto Risco	Portaria SES/RS nº 371/2008	ESTADUAL
	Incentivo Mãe Canguru	Portaria SES/RS nº 404/2008	ESTADUAL
	Incentivo OPOS - Transplante de Órgãos e tecidos e Central de Perfusão Hipotérmica	Resolução CIB/RS nº 537/2011 e Resolução CIB/RS nº 064/2015	ESTADUAL
	Incentivo Plantão Presencial	Portaria SES/RS nº 263/2012, Resolução CIB/RS nº 539/2011, 358/2013 e 452/2014	ESTADUAL
	Incentivo Porta de Entrada/SAMU	Resolução CIB/RS nº 373/2013 e Portaria SES/RS nº 423/2013 e 404/2008	ESTADUAL
	Incentivo Saúde Mental	Resolução CIB/RS nº 562/2012	ESTADUAL
	Incentivo Saúde Prisional	Resolução CIB/RS nº 101/2006, 054/2010 e 433/2015	ESTADUAL
	Incentivo Serviços Integrados de Atenção Especializada Ambulatorial	Resolução CIB/RS nº 412/2013 e Portaria SES/RS nº 263/2012	ESTADUAL
	Incentivo Traumato-Ortopedia	Portaria SES/RS nº 321/2009 e 084/2012	ESTADUAL
	LRPD - Laboratório Regionais de Próteses Dentárias	Decreto RS nº 47.279/2010 e Resolução CIB/RS nº 497/2012	ESTADUAL E FEDERAL
	SAMU – Centrais de Regulação	Decreto Estadual RS nº 42.368/2003. Resoluções CIB/RS nº 277/2010, 439/2010, 485/2013 e 654/2014.	ESTADUAL

	SAMU - Motolância	Decreto Estadual RS nº 42.368/2003, Resolução CIB/RS nº 75/2010, 117/2012, 231/2014 e 110/2015.	ESTADUAL
	SAMU – Unidade de Suporte Avançado/ USA	Decreto Estadual RS nº 42.368/2003. Resolução 256/2013 e Resoluções específicas de habilitação: nº 013/2008, 162/2008. 306/2008, 142/2009, 143/2010, 277/2010, 439/2010, 15/2011, 021/2011, 004/2013 e 135/2014. Portaria SES/RS nº 759/2015.	ESTADUAL
	SAMU - Unidade de Suporte Básico/USB	Decreto Estadual RS nº 42.368/2003. Resoluções CIB/RS nº398/2011, 245/2013 e Resoluções específicas de habilitação: nº 013/2008, 162/2008, 306/2008, 142/2009, 076/2010, 143/2010, 277/2010, 438/2010, 439/2010, 15/2011, 123/2011, 021/2011 e 533/2013. Portaria SES/RS nº 708/2015.	ESTADUAL
	Teto Estadual da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - RENAST	Portaria GM/MS nº 1.367/2014	FEDERAL
	UPA - Unidade de Pronto-Atendimento	Resolução CIB/RS nº 019/2014	ESTADUAL
	Urgência e Emergência/Verão para Todos	Resolução CIB/RS nº 369/2015	ESTADUAL

Participação Popular e Cidadã/Consulta Popular

Na Consulta Popular a população escolhe e vota quais as ações gostaria de ver realizadas em seu município ou região. Além dos repasses regulares fundo a fundo para os municípios, a SES/RS repassa recursos a diversos hospitais, fundações, consórcios e universidades através de instrumento convenial, contratos e outros instrumentos, em atendimento a demandas da Consulta Popular. São disponibilizados projetos de investimentos e serviços de interesse municipal e regional de acordo o Plano Plurianual (PPA). A Figura 50 demonstra a distribuição dos recursos conforme demandas protocoladas junto à SES/RS no período de 2011 a 2014.

Figura 50. Distribuição de recursos da Participação Popular e Cidadã, por Região de Saúde, 2011 a 2014.



Fonte: Assteplan/SES/RS.

2.7.10. Regulação

A Regulação é função de governança dos sistemas de saúde. Ela acontece quando o estado, no papel de mediador, ordena os serviços de saúde na distribuição da produção e dos recursos e satisfaz as demandas e necessidades da população. A gestão compartilhada do SUS entre as três esferas de governo é um grande desafio na Regulação; as formas de organização, os sistemas informatizados, a eficiência dos serviços e a transparência das informações são pactuações de difícil normatização e cumprimento.

As ações de regulação da atenção e regulação assistencial, no âmbito da SES/RS, estão organizadas de fato nos departamentos competentes, porém, a formalização desta estrutura está sendo construída, com alteração do Decreto Estadual nº 52.099/2014, que aprova o Regimento Interno da Secretaria da Saúde. Esta reestruturação contempla a criação do Departamento de Regulação Estadual (DRE/RS) com a finalidade de dar robustez às ações de regulação assistencial, em cumprimento à Portaria nº 1.559/2008, que implantou a Política Nacional de Regulação.

As ações de regulação do acesso a procedimentos ambulatoriais, sob gestão da SES/RS, são realizadas pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA/RS) e Centrais Regionais de Regulação, localizadas nas Coordenadorias Regionais de Saúde. As ações de regulação hospitalar sob gestão da SES são realizadas pela Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS).

Os processos de trabalho e os resultados da Central de Regulação Ambulatorial, da Central de Regulação Hospitalar e da Central de Transplantes são apresentados no item Atenção Secundária e Terciária à Saúde deste Plano. As ações da Central de Regulação das Urgências são apresentadas no item Redes Temáticas.

2.7.11. Auditoria

A Auditoria Estadual integra o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do Ministério da Saúde e tem por finalidade promover ações de Auditoria no âmbito do SUS no Rio Grande do Sul. Atua basicamente através de ações analíticas e operativas, isoladamente ou em cooperação com os demais componentes do SNA, exercendo atividades como: controle da execução, para verificar sua conformidade com os padrões estabelecidos; avaliação da estrutura dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade; e auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas. A Auditoria é um instrumento de gestão que dá suporte para tomadas de decisões quanto à aplicação eficiente do orçamento da saúde e mantém relações interinstitucionais com o Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, Tribunal de Contas da União, Tribunal de Contas do Estado, Procuradoria-Geral do Estado, Departamento de Polícia Federal, Departamento de Polícia Civil, Poder Judiciário, Conselho Estadual de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.

A execução da Auditoria Estadual do SUS é realizada por servidores da Secretaria com o cargo de Especialista em Saúde. Esses são designados para a função de auditor pelo Secretário de Estado da Saúde, pois não está previsto o cargo específico de auditor no plano de carreira. Atualmente é formado por um grupo multidisciplinar composto por médicos, contadores, economistas e enfermeiros no núcleo central e somente por médicos nos núcleos de Auditoria das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), sendo que 8ª CRS, 10ª CRS e 15ª CRS são atendidas pelas 13ª CRS, 7ª CRS e 9ª CRS respectivamente, pois faltam servidores designados para a função nessas CRS, se fazendo necessário novas nomeações/designações para suprir as vagas disponíveis.

Será implantado o Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS) na Auditoria Estadual. O SISAUD é uma ferramenta disponibilizada pelo Ministério da Saúde voltada para a integração das informações relativas às atividades de auditoria no SUS. A instalação do SISAUD atenderá a uma demanda antiga e fará com que a SES/RS passe a se integrar aos padrões dos relatórios do SNA. Essa implantação não foi possível anteriormente pela carência de equipamentos de informática, principalmente nas CRS, o que está sendo suprido gradualmente. Ainda em 2016, os auditores deverão passar por treinamentos para otimizar a utilização do sistema.

2.7.12. Fiscalização dos contratos, convênios, transferências financeiras e outros instrumentos afins

O Departamento Administrativo vem identificando problemas quanto ao ato de fiscalização dos contratos, convênios, transferências financeiras e outros instrumentos afins no âmbito da SES/RS, o que tem ocasionado, ao longo dos anos, um controle cada vez mais frágil destes instrumentos.

A Administração é responsável por verificar a regularidade da execução contratual em acordo com os ditames editalícios e legais; logo, a obrigação de fiscalizar a execução de contratos administrativos é seu dever, a qual é realizada por um servidor especialmente designado para tanto. A matéria é regida por extensa legislação, que vai desde a Lei nº

8.666/1993, no caso da fiscalização de contratos, até a Portaria do Ministério da Saúde nº 3410/2013, em se tratando de contratos com hospitais, passando pelas Instruções Normativas da CAGE/SEFAZ/RS (IN 01/2006; IN 01/2012) para os casos de convênios e contratos de obras, e da Lei Complementar nº 141/2012 que estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Diante deste cenário, e considerando a pluralidade de normas que regem o controle das diferentes formas de contratualização, tornou-se imperiosa a reestruturação de todo este sistema a fim de se obter maior eficácia no controle dos gastos da SES/RS que envolvam transferência de recursos para entes, órgãos e/ou instituições públicas e/ou privadas, bem como com as instituições governamentais e não governamentais. Para tanto, foi constituído através da Portaria SES nº 683/2015, um grupo de trabalho que elaborou o Regulamento da Fiscalização dos Contratos, Convênios, Transferências Financeiras e outros instrumentos afins, que será publicado através de Portaria do Senhor Secretário de Estado da Saúde. Além deste regulamento, serão realizadas capacitações pra todos os gestores e servidores da SES/RS a fim de que estejam habilitados a exercerem a nova metodologia de fiscalização dos diversos instrumentos elencados.

Região 17 – Região do Planalto

Região 16 – Alto Uruguai Gaúcho

2.8. Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

2.8.1. Educação em Saúde Coletiva

Em diferentes cenários políticos, ao longo de sua existência, a Escola de Saúde Pública (ESP) foi ampliando e diversificando sua área de atuação no cumprimento de sua missão de gestão da educação no estado. Nesse contexto, desenvolve ações de formação, educação permanente, pesquisa, extensão e produção de conhecimentos que contribuem para o fortalecimento do SUS. Para o alcance de sua missão, a ESP promove diferentes cursos de pós-graduação como os programas de residência médica e multiprofissional, especialização em área profissional, aperfeiçoamento e educação profissional, além de participar, de forma descentralizada, em assessorias técnicas e de apoio às atividades educacionais dos municípios.

No cenário atual e, em conformidade com o Mapa Estratégico da SES/RS, a ESP busca fortalecer a Política de Educação Permanente no contexto das RAS. Destaca-se os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC), nas 19 CRS, que atuam na descentralização das ações de educação em saúde e apoiam a formação dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), atualmente em 79 municípios. Outra estratégia, a Rede de Educação em Saúde Coletiva (RESC) (Resolução nº 590/2013), visa a qualificação do processo de educação permanente em saúde por meio de intercâmbios interinstitucionais envolvendo gestão, formação, conselhos, trabalhadores, e o fortalecimento dos NUMESC.

Sabendo-se que somente Instituições de Ensino Superior podem certificar cursos de Pós-Graduação (CPG) junto ao Ministério da Educação, a ESP está em processo de certificação do Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP) junto ao Conselho Estadual de Educação. Para viabilizar as turmas em andamento, foi firmada parceria com a Universidade Estadual do RS (UERGS), que participa da concepção e execução do curso, além de certificar os egressos do CESP da ESP/ENSP/FIOCRUZ.

A Residência Integrada em Saúde (RIS) é uma modalidade de educação profissional pós-graduada, custeada pela SES/RS, de caráter multiprofissional e interdisciplinar e que compreende os Programas de Residência Médica (atualmente 32 residentes) e Residência Multiprofissional (atualmente 148 residentes).

Além disso, a Escola Estadual de Educação Profissional em Saúde (ETSUS) é de responsabilidade da ESP e integra a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), criada para fortalecer a formação de pessoal de nível médio que atua na área da saúde, desenvolve atualmente cursos para qualificação de vacinadores. Utiliza recursos do Programa de Profissionalização de Técnicos do Nível Médio (PROFAPS).

2.8.2. Ciência, Tecnologia e Inovação

As atividades de pesquisa, o campo da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CTIS) a introdução de tecnologias e o suprimento dos insumos para as políticas de saúde formam um conjunto de temas importantes, com impacto em todas as políticas de saúde, as quais propõem um fluxo de soluções comuns que potencializam a tomada de decisão e a

racionalização de recursos, sendo a pesquisa um exemplo claro dessas perspectivas. Nesse sentido, a SES optou por implementar políticas transversais e intersetoriais estratégicas para as políticas de saúde.

Formulada em 2013, a **Política de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde (PECTIS/RS)** encontra-se em fase de avaliação pelo Conselho Estadual de Saúde e tem por objetivo principal definir um conjunto de diretrizes para incremento da geração, avaliação e aplicação de conhecimento em saúde no estado, voltado para as necessidades do SUS/RS, norteando-se pelos seus princípios e definindo as bases para o estímulo e o fomento à pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde.

O processo de formulação da PECTIS evidenciou a problemática da geração e difusão do conhecimento e capacitação das organizações da SES para a pesquisa aplicada nas suas áreas de atuação. A melhoria da capacidade em pesquisa na SES é diretamente proporcional à sua potência em captar recursos de agências de fomento externas, o que soma ao caráter estratégico da pesquisa. A **Política de Pesquisa da SES (PPSES)** objetiva Implantar ações estruturantes para o incremento da produção em pesquisa, visando contribuir para a gestão em saúde. Nesse sentido busca-se melhorar também a participação no **Programa Pesquisa para o SUS**, – Gestão Compartilhada, o **PPSUS**.

Formulada como política pública intersetorial, a **Política Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PIPMF)** - Lei 12.560/2006 - foi criada como uma política estratégica para a assistência farmacêutica. A sua implementação encontra-se em andamento através do projeto Arranjo Produtivo Local de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (APLPMFito/RS).

A **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC/RS)** foi baseada no princípio da integralidade em todas as dimensões, envolve conhecimentos tradicionais e contemporâneos, tendo na humanização e na naturalização das práticas de saúde sua condição e objetivo. O cenário de sua formulação foi endossado pela edição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Portaria MS Nº 971/2006).

2.8.3.Pesquisa Científica em Saúde

A importância da pesquisa em saúde se dá na geração de conhecimento para a superação de problemas das ações de saúde, na geração de elementos significativos para o processo de tomada de decisão e na promoção de maior potência para a captação de recursos, fixação de pessoal e otimização dos processos de trabalho. Vários departamentos da SES mantêm atividades de pesquisa, sendo que a FEPPS desempenha atividades de pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação como parte de suas finalidades.

A FEPPS foi criada como órgão vinculado a SES/RS conforme Lei nº 10.349/1994, para servir como instrumento de apoio a execução de atividades inerentes ao SUS no âmbito do estado. Ela tem, como uma de suas prioridades, a pesquisa e ações vinculadas ao desenvolvimento científico e tecnológico.

A FEPPS criou em 2001 o Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CDCT) (Portaria nº 044/01-FEPPS), que tem como finalidade fomentar, estimular e executar a pesquisa científica e biotecnológica em saúde visando atender as demandas de políticas públicas/SUS, além de formar recursos humanos na área de biologia molecular. O CDCT realiza estudos de análise de doenças que tenham impacto na Saúde Pública e que são prioritárias ao SUS: tuberculose, tuberculose resistente, HIV, hepatites virais, papiloma vírus humano (HPV),

além de genética de doenças raras e identificação humana. Na Investigação de Paternidade e/ou Maternidade, através da análise do DNA, o CDCT atua para o Tribunal de Justiça e Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul por meio de um convênio celebrado em 2007 entre as instituições. Já as atividades vinculadas com a Análise Genética Humana, é prestado através de um Termo de Cooperação Técnica com o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas/Prefeitura de Porto Alegre um serviço, o qual visa complementar as investigações identificadas através do "Teste do Pezinho". Além disso, o CDCT conta com o apoio de instituições nacionais e internacionais e contribui para a formação de mestres, doutores e pós-doutores em áreas prioritárias do SUS.

3. Caracterização das Regiões de Saúde

A caracterização das Regiões de Saúde foi construída pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e validadas em reunião de Comissão Intergestores Regional (CIR), a fim de propiciar uma visão sucinta de cada uma das 30 regiões de saúde do Rio Grande do Sul.

Região de Saúde 1 - Verdes Campos

A região possui preponderante ascendência espanhola, portuguesa, negra, italiana e alemã, destaque à quarta colônia - peculiar atrativo turístico. Tem como sede o município de Santa Maria, com maior contingente populacional (63,2%) em contraponto a Ivorá, o menor município da região (0,5%). A sede apresenta-se como pólo educacional e de serviços de saúde de média e alta complexidade.

A população urbana corresponde a 81,7% e rural a 18,3% (IBGE, 2010), a densidade demográfica é de 32 hab/km² (FEE, 2014) e o IDH é 0,703 (IBGE, 2010).

Dos municípios, 57% têm como principal fonte a agropecuária (IBGE, 2013) e o PIB *per capita* é de R$ 18.015,90 (IBGE, 2013). A taxa de analfabetismo é de 4,5% (IBGE, 2010) e o IDESE é de 0,73 (FEE, 2012). A proporção de pessoas com renda inferior a ½ salário-mínimo é de 22,3%.

Na região, a obesidade dos 0 aos 5 anos é de 11% e o baixo peso em idosos é de 15,3% (SISVAN, 2014). Quanto à coleta de resíduos sólidos, 27,6% da população não tem acesso a esse serviço (Defesa Civil e IBGE 2014). A região apresenta amostras de água de solução alternativa coletiva com *Escherichia coli* de 20,8% e amostras de água de solução alternativa individual com *E. coli* de 51,3%, ambos acima dos parâmetros do RS (SES, 2014). As três principais causas de internação foram: gravidez, parto e puerpério (15,3%), doenças do aparelho respiratório (14,5%) e doenças do aparelho digestivo (13%) (DATASUS, 2014). As três principais causas de óbitos foram: doenças do aparelho circulatório (28,8%), neoplasias (22,3%) e doenças do aparelho respiratório (11,5%) (SES, 2014).

Na planificação da APS, 9 municípios tiveram adesão à proposta da SES/RS. A região apresenta 89 UBS, com cobertura de equipes de Atenção Básica de 67,7% e de ESF de 39,1% (SES, 2015). O ICSAB é de 28,7% (SES, 2014).

As prioridades de saúde da região são: fortalecer a APS garantindo investimentos, autonomia na gestão dos recursos e qualificação dos processos de trabalho com base na política de educação permanente em saúde, incentivando a mudança de cultura organizacional; definir e fortalecer a função dos hospitais de modo a garantir sua efetividade e sustentabilidade no sistema, com acesso equânime dos usuários à rede regional de saúde e qualificar o sistema de regulação e monitoramento dos serviços integrando os diferentes níveis de atenção, com foco nas ações intersetoriais, interdisciplinares e interinstitucionais.

Região 28 – Vale do Rio Pardo

Região 12 – Portal das Missões

Região 27 – Jacuí Centro

Região de Saúde 2 - Entre-Rios

A região apresenta etnias diversificadas, com ascendência italiana, espanhola, portuguesa, negra, indígena, entre outras. Possui população urbana de 74,1% e rural de 25,9% (IBGE, 2010). O valor do IDH é de 0,687 e a densidade demográfica é de 9 hab/km² (FEE, 2014). Tem como sede o município de Santiago, com 39,7% da população e a maioria dos serviços de saúde da região. O menor município é Unistalda com 1,9% da população da região.

A principal fonte de renda é a agropecuária com 63,6% (IBGE, 2013), com PIB *per capita* de R$ 15.251,70 (IBGE, 2012). O analfabetismo é de 5,9% (IBGE, 2010) e o IDESE é 0,69 (FEE, 2012). A proporção de pessoas com renda inferior a ½ salário mínimo é de 31,7% (IBGE, 2010).

Da população, 75,4% encontra-se em risco em relação ao *Aedes aegypti* (SES, 2015), são frequentes os desastres, causados por chuvas intensas, vendavais, granizo e estiagem (Defesa Civil e IBGE, 2013-2014). Observa-se que, 69,8% da sua população não possui rede coletora de esgoto. A região apresenta amostras de água de solução alternativa coletiva com *Escherichia col* de 20,8% e amostras de água de solução alternativa individual com *E. coli* de 49%, ambos acima dos parâmetros do RS (SES, 2014). Em relação a acidentes com animais peçonhentos, apresenta a média 23 acidentes por 100.000 habitantes causados por serpentes (SES, 2012) e possui a 2ª melhor cobertura vacinal da influenza do estado (93,7%)(SI-PNI, 2014).

As três principais causas de internação foram: doenças do aparelho respiratório (16,8%), doenças do aparelho circulatório (14%) e doenças do aparelho digestivo (12,9%) (DATASUS, 2014). Já as três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (33,9%), neoplasias (22,9%) e doenças do aparelho respiratório (11,9%) (DATASUS, 2014). Participa com 8 municípios da planificação da APS, sendo que apresenta 49 UBS, 81% de cobertura de equipes de Atenção Básica (SES, 2015), 79,14% de ESF (SES, 2015) e o ICSAB é de 29,97% (SES, 2014).

As prioridades em saúde da região são: implementar a rede de urgência e emergência incentivando os serviços locais, articulados entre si e trabalhando sob regulação regional; fortalecer e qualificar a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede trabalhando sob uma ótica de linha de cuidado e educação permanente, dando continuidade a implementação do processo de planificação da APS; e implementar e consolidar a governança regional da gestão em saúde especialmente no que diz respeito à aplicação de recursos na média e alta complexidades conforme necessidade da região de saúde.

Região de Saúde 3 - Fronteira Oeste

A densidade demográfica da região é de 12 hab/km² (FEE, 2014), sendo 10,8% da população rural e 89,2% da população urbana (IBGE, 2010). A taxa de analfabetismo é de 5,4%. A proporção da população com renda menor de ½ salário mínimo é de 33,5% (IBGE, 2010). O PIB da região é de R$ 8.717.502,60 (IBGE, 2012), sendo a principal fonte de renda a agropecuária.

As três principais causas de internação são: doenças do aparelho respiratório (15,1%), gravidez, parto e puerpério (15%) e doenças do aparelho digestivo (12,9%) (DATASUS, 2014). Já as três principais causas de óbito são: doenças do

aparelho circulatório (26,6%), neoplasias (21,5%) e doenças do aparelho respiratório (11,2%) (SES, 2014).

A região possui cobertura de equipes de Atenção Básica de 77,6%, cobertura de ESF de 62,85% e ICSAB de 22,7 (SES, 2015).

As prioridades de saúde da região são: a qualificação das equipes de APS; a redução da mortalidade infantil e da incidência de doenças infecto contagiosas, principalmente a sífilis.

Região de Saúde 4 - Belas Praias

A região é composta por municípios da orla e da encosta da serra, de pequeno e médio porte. A densidade demográfica é maior (66 hab/km^2) do que a média do RS (42 hab/km2) (FEE, 2014), sendo 81,1% população urbana e 18,2% população rural (IBGE, 2010). A taxa de analfabetismo de 5,3% (IBGE, 2010) e a renda média domiciliar *per capita* de R$ 770,40 (IBGE, 2010) são menores do que os valores do estado. É a região com o menor PIB *per capita* (14,4) (IBGE, 2012) e apresenta um IDESE de 0,70 (FEE, 2012). A economia desta região está baseada em serviços, especialmente o turismo. A construção civil também tem expressão e nos municípios da encosta da serra o cultivo de frutas, como banana e abacaxi, também é importante para a economia. Os municípios de Torres e Capão da Canoa são os mais populosos, concentrando os serviços de saúde e servindo como referência para os demais.

As três causas mais frequentes de internação foram: gravidez, parto e puerpério (17,5%), doenças do aparelho circulatório (13,5%) e doenças do aparelho digestivo (10,7%) (DATASUS, 2014). As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (29,3%), neoplasias (17,2%) e doenças do aparelho respiratório (11,3%) (SES, 2014).

A região possui uma cobertura de ESF de 70%, e um ICSAB de 24% (SES, 2014).

As prioridades de saúde da região são: a garantia de que os recursos da fonte municipal possam ser utilizados na atenção básica; delinear os serviços de saúde secundários e terciários sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ampliar e qualificar a regulação em saúde como sistema de apoio às RAS com ênfase nas neoplasias, saúde da mulher, saúde mental, Rede de Urgência e Emergência e linha cardiovascular.

Região de Saúde 5 - Bons Ventos

A região é composta de municípios da orla e região lagunar de pequeno e médio porte. A densidade demográfica é de 34 hab/km^2 (FEE, 2014), sendo 85,1% população urbana e 14,9% população rural (IBGE, 2010). A taxa de analfabetismo é de 6,1% (IBGE, 2010) e a renda média domiciliar *per capita* é de R$ 761,60 (IBGE, 2010). Apresenta o terceiro menor PIB *per capita* (R$ 16.311,00) (IBGE, 2012) entre as regiões de saúde e seu IDESE é de 0,70 (FEE, 2012). A economia desta região está baseada em serviços, especialmente o turismo, no cultivo de arroz e indústria alimentícia e metal-mecânica. Os municípios de Osório, Santo Antônio da Patrulha e Tramandaí concentram 60% da população da região e os serviços de saúde, servindo como referência para os demais.

As três causas mais frequentes de internação foram: gravidez, parto e puerpério (17,4%), doenças do aparelho circulatório (14,2%) e doenças do aparelho digestivo (12,6%) (DATASUS, 2014). As três causas mais frequentes de óbito foram: doenças do aparelho

circulatório (28,9%), neoplasias (19,6%) e doenças do aparelho respiratório (11,7%) (SES, 2014).

A região possui uma cobertura de ESF de 64%, com 42 equipes de Saúde da Família e 29 equipes de Saúde Bucal. Quanto às internações, em 2014, 23,3% foram devido a condições sensíveis à atenção básica, embora na região há dois hospitais de pequeno porte, com baixa resolutividade, que induzem o aumento desta taxa.

Cabe ressaltar que em alguns municípios da orla a migração definitiva de aposentados e a ampliação da temporada de verão, que se estende de novembro a abril, aumentam a população de idosos demandando serviços de saúde, especialmente na APS.

As prioridades da região são: qualificar a APS, oferecendo educação permanente e continuada aos trabalhadores, gestores e controle social; organizar a rede de traumato-ortopedia e garantir o acesso às cirurgias gerais.

Região de Saúde 6 - Vale do Paranhana e Costa Serra

A região apresenta uma densidade demográfica de 37,9 hab/km^2 (FEE, 2014), com o percentual de área urbana de 84,1% e de área rural de 15,9% (IBGE, 2010). Tem PIB *per capita* de R$ 17.587,00 (IBGE, 2012) e renda média domiciliar *per capita* de R$ 734,30 (IBGE, 2010).

Destacam-se na região as indústrias couro-calçadistas, a extração vegetal (reflorestamento e beneficiamento de madeira) e a agricultura familiar. Apresenta elevada taxa de analfabetismo, 5% da população (IBGE, 2010). Registra-se uma taxa de trabalho infantil de 14,2% (IBGE, 2010) e alto uso de agrotóxicos, 182,5 L/km^2 (SES 2009-2010).

As três maiores causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (30,2%), neoplasias (19,4%) e doenças do aparelho respiratório (11,7%) (SES, 2014).

Todos os municípios possuem hospitais, oferecendo o total de 503 leitos, sendo que, destes, 452 pertencem ao SUS (CNES, 2016). Embora possuam serviços de média complexidade, ainda dependem de muitos serviços de média e alta complexidade localizados fora de seu território, principalmente na macrorregião de saúde metropolitana.

As prioridades da região são: fortalecer e qualificar a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS; implementar e consolidar as RAS; organizar a Atenção à Saúde Secundária e Terciária, sob a lógica dessas redes, fortalecendo a educação permanente e o processo de trabalho; fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde.

Região de Saúde 7 - Vale dos Sinos

A região possui densidade demográfica de 593,6 hab/km^2 (FEE, 2014), com o percentual de área urbana de 96,1% e de área rural de 3,9% (IBGE, 2010). Tem renda média domiciliar *per capita* de R$ 892,30 (IBGE, 2010).

Destaca-se na região a diversidade de atividades econômicas como: indústrias couro calçadista, frigoríficos (linha de produção), indústrias químicas (solventes, tintas e outros), indústria de transformação (metalurgia) e a agricultura familiar (horti e fruticultura). Apresenta taxa de analfabetismo de 3%, sendo que 52,8% da população possui 2º Ciclo Fundamental Completo ou mais (IBGE, 2010). Registra-se taxa de trabalho infantil de 7,5% (IBGE, 2010).

A cobertura de equipes de Atenção Básica é de 69,9% e o ICSAB é de 21,4% (SES, 2015).

As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (25,6%), neoplasias (19,9%) e doenças do aparelho respiratório (13,2%) (SES, 2014).

A região possui 9 hospitais em 8 municípios, totalizando 1.210 leitos, sendo 956 leitos SUS (CNES 2016). Em relação às clínicas especializadas, a região possui Neurologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia Geral para toda a região; e outras especialidades, como Nefrologia, Cardiologia Intervencionista, Oftalmologia Cirúrgica, Traumato/Ortopedia e Urologia como referência para municípios de outras regiões.

As prioridades da região são: fortalecer e qualificar a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS; implementar e consolidar as RAS e organizar Atenção à Saúde secundária e terciária sob a lógica dessas redes, fortalecendo a educação permanente e o processo de trabalho; fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde; o gerenciamento de riscos e agravos à saúde e ampliar e qualificar a regulação em saúde.

Região de Saúde 8 - Vale do Caí e Metropolitana

A região tem uma densidade demográfica de 281 hab/km² (FEE, 2014), com o percentual de 93,2% em área urbana e 6,8% em área rural (IBGE, 2010). O PIB *per capita* nesta região é de R$ 41.727,00 (IBGE, 2012) e a renda média domiciliar *per capita* é de R$ 856,10 (IBGE, 2010).

A região se destaca pela diversidade de atividades econômicas, entre elas: no setor primário a agricultura (produção avícola e suinocultura), a silvicultura e a agricultura familiar (horti, fruti e floricultura); no setor secundário, as indústrias couro calçadista, os frigoríficos (linha de produção), as indústrias petroquímicas e a indústria de transformação (metalurgia); no setor terciário, os serviços de logística e a construção civil. Apresenta uma taxa de analfabetismo de 3,1% e 57,7% da população possui 2º Ciclo Fundamental Completo ou mais (IBGE, 2010). Registra-se taxa de trabalho infantil em torno de 6,1% (IBGE, 2010). A região tem um valor de uso de agrotóxicos de 151,31 L/km² (SES 2009-2010).

As três principais causas de óbito são: doenças do aparelho circulatório (26,8%), doenças do aparelho respiratório (19,6%) e neoplasias (15,1%) (SES, 2014).

A região possui 11 hospitais em 8 municípios, totalizando 1.577 leitos, sendo 1.350 leitos SUS (CNES, 2016). Em relação às clínicas especializadas, a região possui Buco-Maxilo-Facial e Ginecologia para toda a região. Demais especialidades como Otorrino/Cirurgia, Traumato/Ortopedia, Urologia e Proctologia somente para alguns municípios.

As prioridades de saúde da região são: fortalecer e qualificar a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS; implementar e consolidar as RAS e organizar a Atenção Secundária e Terciária à Saúde sob a lógica dessas redes, fortalecendo a educação permanente e o processo de trabalho; fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde, o gerenciamento de riscos e agravos à saúde e ampliar e qualificar a regulação em saúde.

Região de Saúde 9 - Carbonífera / Costa Doce

A região tem densidade demográfica de 34 hab/km² (FEE, 2014), sendo 79,7% população urbana e 20,3% população rural (IBGE, 2010). Apresenta taxa de analfabetismo de 6,4%, renda

média domiciliar *per capita* de R$ 658,50, taxa de desemprego de 16 anos e mais de 6% (IBGE, 2010), taxa de trabalho infantil de 9,4% (IBGE, 2010) e IDESE de 0,69 (FEE, 2012).

A cobertura vacinal da influenza da região foi de 75,5% (SI-PNI, 2014). Além disso, 17,9% da população não têm serviço de coleta de resíduos sólidos; 51,3% não têm acesso a rede coletora de esgoto (IBGE, 2010) e o abastecimento de água de 12,3% da população se dá por meio de Solução Alternativa Coletiva ou Individual, situação preocupante na medida em que todos os indicadores da água na Região estão abaixo das médias do estado. Três municípios foram considerados infestados pelo mosquito *Aedes aegypti*: Dom Feliciano, Eldorado do Sul e Guaíba (SES, 2014).

Os acidentes com animais peçonhentos na região, em especial serpentes e aranhas, representam, respectivamente, 18,6 e 12,1/100.000 hab. (SES, 2010-2014) e ocorreram 113 casos de raiva animal entre 2012 a 2015.

As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (27,9%), neoplasias (20,1%) e doenças do aparelho respiratório (13,8%) (SES, 2014).

As prioridades de saúde da região são: estruturar a Rede de Assistência Ambulatorial e Hospitalar; qualificar a APS; fortalecer a Rede de Atenção e Vigilância da Saúde do Trabalhador devido ao Trabalhador Rural (fumo) e ao índice de Trabalho Infantil.

Região de Saúde 10 - Capital e Vale do Gravataí

A região representa 21% da população gaúcha, englobando a capital (Porto Alegre). É a região com maior densidade demográfica (812 hab/km²) (FEE, 2014), com 98,6% dos habitantes residindo em zonas urbana (IBGE, 2010). A taxa de natalidade é de 13,82 nascidos vivos/1.000 hab/ano, com uma proporção de idosos de 13,36%.

A região possui os melhores índices de escolaridade do estado em quase todos os níveis registrados, com exceção das taxas de analfabetismo e primeiro ciclo fundamental completo/segundo ciclo incompleto (2,6% e 12,4%, respectivamente) (IBGE, 2010). As profundas desigualdades sociais refletem-se no fato de que, ao mesmo tempo que a região possui a maior renda média domiciliar *per capita* do estado (R$ 1.343,50) (IBGE, 2010), com PIB *per capita* de R$ 28.453,00 (IBGE, 2012). Ainda, 17,43% de suas famílias estão abaixo da linha da pobreza, com renda média abaixo de ½ salário mínimo *per capita* (IBGE, 2010). A taxa de desemprego da região (5,9%) superou a do estado (4,8%), enquanto a taxa de trabalho infantil (5,5%) foi inferior (10,2%) (IBGE, 2010).

O IDESE é de 0,77 (FEE, 2012) e 3,4% da população vive em locais sem acesso a coleta de resíduos sólidos, 25,8% não tem rede coletora de esgoto (IBGE, 2010) e 99,6% da população é abastecida por água tratada em sistemas de abastecimento de água (SES, 2014). Todos os municípios estão infestados pelo *Aedes aegypti* (SES, 2015). Acidentes com animais peçonhentos são pouco frequentes, sendo que o maior número de casos ocorreu com aranhas, correspondendo a 1,1/100.000 habitantes (SES, 2010-2014). Dos 680 casos de raiva animal ocorridos no RS, entre os anos de 2012 e 2015, 133 casos ocorreram nesta região. A cobertura vacinal da influenza alcançou 77,8%, tendo ficado em um patamar inferior ao do

estado (86,4%) (SIS-PNI, 2014). A região também apresenta os maiores índices de ISTs no estado.

As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (26,1%), neoplasias (21%) e causas externas (11,2%). Concentra o maior numero de internações do RS por possuir o maior número de serviços de média e alta complexidades, especialmente na especialidade de oncologia.

As prioridades de saúde da região são: fortalecer as ações intersetoriais para promoção da saúde e prevenção das principais causas de morbimortalidade, considerando todos os ciclos de vida; reduzir a incidência de doenças infecto contagiosas: HIV, Sífilis, Hepatites e Tuberculose; e fortalecer o sistema de referência e contra referência instituído a partir das RAS e dos planos vigentes e à construir, a partir das Centrais Regionais, Regulação Ambulatorial e Hospitalar, média e alta Complexidades.

Região de Saúde 11 - Sete Povos das Missões

A densidade demográfica da região é 19 hab/km² (FEE,2014) , a proporção de população urbana é 75,4% e a população rural é de 24,6% (IBGE, 2010), é uma região que faz fronteira com a Argentina. As cidades de referência são Santo Ângelo, São Borja e São Luiz Gonzaga. A etnia indígena prevalente é a Guarani.

As principais fontes de renda são a agricultura, a pecuária e o comércio. A taxa de analfabetismo é de 6,3% (IBGE, 2010), o IDESE é de 0,72 (FEE, 2012) e o PIB *per capita* é de R$ 19.477,00 (IBGE, 2012). A porcentagem da população com renda menor que ½ salário mínimo é de 28,1% (IBGE, 2010).

O número de unidades de saúde é 84, a coberta de equipes de Atenção Básica é de 80% (DATASUS, 2015), a cobertura ESF é 80,8% (BI, 2015) e ICSAB é 26,1% (BI, 2014).

A taxa de infestação por *Aedes aegypti* é de 100% (SES, 2015). A média estimada de uso de agrotóxico foi de 490,3 L/Km²/ano (SES, 2009-2010).

As três principais causas de internação foram: doenças do aparelho respiratório (18,9%), doenças do aparelho digestivo (11,8%) e doenças do aparelho circulatório (10,8%) (DATASUS, 2014). As três principais de causas de óbito são: doenças do aparelho circulatório (30,2%), neoplasias (21,6%) e doenças do aparelho respiratório (13,8%) (SES, 2014).

As prioridades de saúde da região são: aumentar os procedimentos ambulatoriais de média complexidade; diminuir a taxa de mortalidade infantil e cumprir a meta de imóveis domiciliares visitados para o controle da dengue.

Região de Saúde 12 - Portal das Missões

A região tem densidade demográfica de 18 hab/km² (FEE, 2014), com 82,3% da população em área urbana e 17,7% em áreas rurais (IBGE, 2010), sendo o município de Cruz Alta a referência regional. A região possui comunidade com 503 índios, com maior concentração no município de Salto do Jacuí, além de comunidade quilombola com aproximadamente 226 pessoas nos municípios de Salto do Jacuí, Jacuizinho e Colorado. A taxa de analfabetismo é de 5% e o percentual da população com renda inferior a ½ salário mínimo é de 23,9% (IBGE, 2010). O PIB *per capita* é R$ 31.320,00 (IBGE, 2012). As atividades econômicas

abrangem a agricultura, a agropecuária, o comércio e, em poucos municípios, a indústria metal mecânica.

A análise do estado nutricional denota que crianças e adolescentes apresentam elevado percentual de risco de sobrepeso e obesidade, acima da média do RS. Na fase adulta o risco segue sendo importante e na faixa etária de 60 anos ou mais o percentual de 65,5% de sobrepeso extrapola a média do estado (59,2%) (SISVAN, 2014). A região apresenta baixo percentual de cobertura de coleta de resíduos sólidos (17,9%), com 78,6% da população sem acesso à rede coletora de esgoto (IBGE, 2010). Por apresentar grande atividade agrícola, a média estimada de uso de agrotóxicos é de 755,6 L/km²/ano, correspondendo ao dobro da média registrada no estado (348 L/km²/ano) (SES, 2009-2010).

As três principais causas de internação foram: doenças do aparelho respiratório (16,7%), doenças do aparelho circulatório (12,7%), doenças do aparelho digestivo (12,2%) (DATASUS, 2014). As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (26,3%), neoplasias (21,2%) e doenças do aparelho respiratório (13,4%) (SES, 2014).

A região conta com 68 UBS e a cobertura populacional de equipes de Atenção Básica foi de 96,6%, sendo 81,4% por cobertura de ESF e a proporção de ICSAB foi de 27,3% (SES, 2015).

As prioridades de saúde da região são: construção da linha de cuidado da prevenção da obesidade; repactuação dos prestadores de serviços especializados com busca de oferta nas demais regiões e qualificação da assistência ao parto.

Região de Saúde 13 - Região da Diversidade

A região apresenta densidade demográfica média de 32 hab/km² (FEE, 2014), sendo 74% da população encontra-se na área urbana e 26% na área rural (IBGE, 2010). O município de Ijuí concentra aproximadamente 36% dessa população e é referência para os demais municípios da região em grande parte dos serviços de saúde, bem como, com relação a alguns serviços especializados, para os municípios das Macrorregiões de Saúde Missioneira e Norte.

O PIB *per capita* é de R$ 24.258,00 (IBGE, 2012), a taxa de analfabetismo é de 4,9%, o percentual de pessoas com renda inferior a ½ salário mínimo é de 20,4% (IBGE, 2010) e o IDESE é de 0,78 (FEE, 2012). A região apresenta alto índice de infestação do mosquito *Aedes aegypti*, com 94,3% da população em risco (SES, 2015).

As três principais causas de internação foram: doenças do aparelho circulatório (29,3%), neoplasias (27,3%) e doenças do aparelho respiratório (10,8%) (SES, 2014).

A cobertura de equipes de Atenção Básica foi de 93,3%, a cobertura de ESF foi de 86,6% e a proporção de ICSAB foi de 27% (SES, 2015). A taxa de mortalidade infantil foi de 11,4/1.000 nascidos vivos (SES, 2015).

As prioridades de saúde da região são: fortalecer a APS como ordenadora do cuidado; estruturar e financiar as ações e serviços de saúde na Atenção Secundária e Terciária; promover a transversalidade da Vigilância em Saúde, construindo as linhas de cuidado; fortalecer a Política Regional de Educação Permanente em Saúde, articulando trabalhadores, gestores, comunidade de ensino e controle social.

Região de Saúde 14 - Fronteira Noroeste

A região tem densidade demográfica de 40 hab/km² (FEE, 2014), sendo que 67,3% da população reside na área urbana e 32,7% na área rural (IBGE, 2010). Vários municípios fazem fronteira com a Argentina, sendo que a maioria dos municípios possui minifúndios, destacando-se a agricultura familiar de médio porte.

A renda média domiciliar *per capita* é de R$ 790,00 (IBGE, 2010) e o PIB *per capita* é de R$24.083,00 (IBGE, 2012). O percentual de pessoas que ganham menos de ½ salário mínimo é de 19,6% e a taxa de desemprego é de apenas 3% (IBGE, 2010). Em relação à escolaridade, 49% da população possui o segundo ciclo fundamental completo e a taxa de analfabetismo é de 4,4% (IBGE, 2010).

Destaca-se que todos os municípios da região encontram-se infestados pelo *Aedes aegypti* (SES, 2015). Em relação ao saneamento básico, 26,6% da população possui acesso ao abastecimento de água por solução alternativa coletiva ou individual (SES, 2014); 88,9% da população não têm acesso à rede coletora de esgoto; e apenas 21,9% possuem acesso a coleta de resíduos sólidos (IBGE, 2010). O índice médio estimado do uso de agrotóxicos (874,7 L/km²/ano) é o maior do estado.

As três principais causas de óbito foram: doenças aparelho circulatório (33,3%), neoplasias (20,0%) e doenças do aparelho respiratório (13,4%) (SES, 2014). As três principais causas de internação foram: doenças aparelho respiratório (22,1%), doenças do aparelho digestivo (13,7%) e doenças do aparelho circulatório (12,7%) (DATASUS, 2014).

A região possui 75 UBS, 69 equipes de ESF, sendo que 41 possuem Saúde Bucal. Possui cobertura de equipes ESF de 94,3% e uma proporção de ICSAB de 26,4% (SES, 2015).

As prioridades para a região são: a saúde materno infantil, a saúde do idoso e a realização de pesquisas epidemiológicas em saúde.

Região de Saúde 15 - Caminho das Águas

A região faz fronteira com a Argentina e tem limite territorial com o estado de Santa Catarina. Possui cinco aldeias indígenas e apresenta densidade demográfica de 37 hab/km² (FEE, 2014).

As principais fontes de renda da região são a agricultura familiar, a extração de pedras preciosas (garimpo), o comércio e os serviços. O PIB *per capita* médio é de R$ 16.779,00 (IBGE, 2012), o IDESE é de 0,71 (FEE, 2012).

Atingiu uma cobertura de ESF de 93,1% (SES, 2015), 20 municípios têm o Programa Primeira Infância Melhor. A proporção de ICSAB foi de 28,2 e o coeficiente de mortalidade infantil foi de 6,5/1.000 nascidos vivos (SES, 2015).

As prioridades para a região são: qualificação da APS, organização de fluxos, discussão de protocolos com relação às diversas políticas, principalmente com relação ao pré- natal e parto; fortalecimento dos vínculos com as maternidades com vistas ao parto humanizado e aleitamento materno; maior controle com relação às doenças infecciosas e parasitárias, cumprir a meta de imóveis domiciliares visitados para o controle da dengue.

Região de Saúde 16 - Alto Uruguai Gaúcho

A região tem densidade demográfica de 33 hab/Km² (FEE, 2014), as principais fontes de renda são a agricultura e a indústria, o IDESE foi de 0,77 (FEE, 2012) e o PIB *per capita* foi de R$ 25.035,60 (IBGE, 2012). A proporção de pessoas com renda inferior a ½ salário mínimo foi de 17,8% (IBGE, 2010) e a renda média domiciliar *per capita* foi de R$ 864,90 (IBGE, 2010). A taxa de analfabetismo é de 5,2%, sendo que 20,4% da população é considerada sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto (IBGE, 2010). A taxa de trabalho infantil é de 17,9% (IBGE, 2010).

As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (27,2%), neoplasias (21,3%) e doenças do aparelho respiratório (11,7%) (SES, 2014). As três principais causas de internação foram: doenças do aparelho respiratório (13,6%), lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (13,6%) e doenças do aparelho circulatório (10,5%) (DATASUS, 2014).

A região possui 75 UBS, sendo 14 unidades de saúde no meio rural. A cobertura de equipes de Atenção Básica foi de 84,5% e a de ESF de 78,3%. Com relação às Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica o valor foi de 25,7% (SES, 2015). A região apresenta elevado índice de sobrepeso e obesidade - na faixa etária de 0 a 5 anos (33,1%), na faixa de 10 a 19 (34%) e de 20 a 60 (63,7%) (SISVAN, 2014).

Em decorrência da principal fonte de renda da região ser a agricultura, tem-se um índice elevado de uso de agrotóxicos: 544,9 L/Km²/ano (SES, 2009-2010). Destaca-se os altos índices de violência autoprovocada (suicídio) na região. Em relação às condições ambientais: 69,3% da população não tem rede coletora de esgoto (IBGE, 2010), 14% da população não tem acesso à água tratada (SES, 2016); e 5 municípios estavam infestados por *Aedes aegypti* em 2015, subindo para 10 no início de 2016 (SES, 2016).

As prioridades de saúde da região são: fortalecer as RAS prioritárias melhorando a resolutividade e garantindo apoio da rede de referência para fortalecimento do cuidado integral, implantando linhas de cuidado com base em protocolos; ampliar a disponibilidade e o acesso às consultas e procedimentos ambulatoriais de média complexidade em especialidades, articulados com as RAS e linhas de cuidado; e fortalecer as ações de vigilância em saúde com destaque para o controle do *A. aegypti* e a melhoria da qualidade da água para o consumo humano.

Região de Saúde 17 - Região do Planalto

A região possui densidade demográfica de 53 hab/km² (FEE, 2014), com 86,3% da população urbana (IBGE, 2010), e tem como município sede Passo Fundo, a maior cidade do norte gaúcho. Os indicadores sociais tais como taxa de analfabetismo (3,8% - IBGE, 2010), IDESE (0,79 - FEE, 2012) e PIB *per capita* (R$ 31.915 - IBGE, 2012) estão ligeiramente melhores que o valor do RS. A taxa de trabalho infantil (13,4%) está acima do resultado do estado (10,2%- IBGE, 2010). O percentual da população com risco de dengue (82,5%) está acima da média do estado (70%) (SES, 2015). As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (25,8%), neoplasias (22,5%) e doenças do aparelho respiratório (12,8%) (SES, 2014). O percentual de ICSAB (25,6%) está abaixo do percentual do RS (27,1%) (SES, 2015). Nos dados ambientais se destacam: o percentual de população sem rede coletora de esgoto (73,8%), que é alto em relação ao percentual do RS (65,1% - IBGE, 2010); o alto consumo de

agrotóxicos (526,8 L/km²/ano), acima da média do Estado (348 L/Km²/ano); a parcela da população abastecida por Solução Alternativa Coletiva + Solução Alternativa Individual da região é de 15,3%, acima do RS que é de 9% (SES, 2014).

As prioridades de saúde para região são: fortalecimento da gestão e do planejamento municipal, com base na qualidade do atendimento ofertado à população, na otimização dos recursos públicos e na garantia de acesso à Atenção Secundária, com vistas à organização e implantação efetiva das RAS; fortalecimento das ações da APS nos municípios e financiamento correspondente, com ênfase na promoção da saúde e prevenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, priorizando os ciclos de vida e estimulando a intersetorialidade; e fortalecimento de ações de combate ao *Aedes aegypti* estimulando a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento regional, priorizando a formação e educação profissional, possibilitando a identificação dos riscos referentes aos fatores ambientais condicionantes e determinantes das doenças transmitidas pelo vetor.

Região de Saúde 18 - Região das Araucárias

A região tem densidade demográfica de 21 hab/Km² (FEE, 2014), sendo que a população urbana compreende 66,1%, e a rural 33,9% (IBGE, 2010). Os municípios de referência são Sananduva, Tapejara, Lagoa Vermelha e São José do Ouro.

As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (24,9%), neoplasias (20,8%) e doenças do aparelho respiratório (12,1%) (SES, 2014). As três principais causas de internação foram: doenças do aparelho respiratório (16,2%), doenças do aparelho circulatório (13,25%) e doenças do aparelho digestivo (11,2%) (DATASUS, 2014). A região apresenta o maior coeficiente do estado de acidentes com aranhas 88,4/100.000 habitantes (SES, 2014). O percentual da população abastecida por Solução Alternativa ou Individual de água é de 24% (SES, 2014).

A região conta com 51 UBS. Apresenta 85,6% de cobertura de equipes de Atenção Básica, 69,9% de ESF e o ICSAB foi de 24,8% (SES, 2015).

As prioridades de saúde da região são: o fortalecimento da Atenção Básica e incremento da Educação Permanente em Saúde com ênfase na promoção da saúde e prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, estimulando a concretização da mudança do modelo de atenção à saúde; fortalecimento de ações preventivas dos acidentes com animais peçonhentos por meio de ações entre saúde, meio ambiente e educação, fortalecendo o uso de equipamentos de proteção individual e promoção de domicílios livres de acúmulos de materiais que favoreçam o *habitat* e a procriação de animais peçonhentos; e fortalecimento de ações focalizadas no tratamento e a melhoria da qualidade da água, empoderando a vigilância em saúde com apoio dos gestores para criar barreiras frente aos fatores condicionantes e determinantes de doenças de transmissão hídrica.

Região 26 – Uva e Vale

Região 30 – Vale da Luz

Região de Saúde 19 - Região do Botucaraí

A região tem densidade demográfica de 22 hab/km² (FEE, 2014), sendo 59,1% população urbana, 40,9% população rural (IBGE, 2010). Destacam-se como referência os municípios de Soledade e Espumoso.

Em relação ao perfil socioeconômico, a taxa de analfabetismo é 10%, a maior do RS (4,4% - IBGE, 2010). O IDESE é de 0,70 (FEE, 2012). Já o PIB *per capita* é de R$ 17.062,00 (IBGE, 2012), o quinto menor do estado. A renda média domiciliar *per capita* é de R$ 671,70 (IBGE, 2010), uma das quatro menores do estado. A média estimada de uso de produtos agrícolas comerciais na região é de 637,8 L/km²/ano, enquanto no RS é de 348 L/km²/ano (SES, 2009-2010).

O sobrepeso e a obesidade atingem 66,1% da população na faixa entre 20 a 60 anos (SISVAN, 2014). As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (28%), neoplasias (17,9%) e doenças do aparelho respiratório (16,6%) (SES, 2014).

A região possui 49 UBS. Apresenta 90,7% de cobertura de equipes de Atenção Básica, 77,9% de ESF e ICSAB de 30,1% (SES, 2015). Quanto à proporção do parto normal, a região apresentou um resultado de 34,1%, valor inferior ao do RS (37,40%) (DATASUS, 2013). Em 2013, a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas) foi de 365,3 e a do estado, 398,7 (DATASUS, 2013), resultado pode ser considerado bom quando é analisado sob o aspecto da vulnerabilidade econômica da região.

As prioridades de saúde da região são: fortalecer a APS por meio qualificação das equipes e oferta de dispositivos tais como: NASF, NAAB, Oficinas Terapêuticas, CAPS, PIM, Apoio Institucional, Academias de Saúde, PMAQ e PSE, priorizando a educação permanente em saúde; investir recursos financeiros estaduais e ampliar/fortalecer a oferta de assistência de média complexidade da região priorizando a efetiva regulação, a auditoria, permeados pela Educação Permanente; e fortalecer o papel da gestão regional e municipal como articuladores das RAS.

Região de Saúde 20 - Rota da Produção

A densidade demográfica da região é de 26 hab/km² (FFE, 2014); proporção da população urbana é de 66,1% e rural 38,9% (IBGE, 2010). Na região, ainda podemos destacar como referência as cidades de Palmeira das Missões e Sarandi. Destaca-se como a principal fonte de renda na região a agropecuária.

Em relação ao perfil sócio-econômico, a taxa de analfabetismo é 8,9%, sendo maior que a do estado que é de 4,4% (IBGE, 2010). O IDESE é de 0,76 (FEE, 2012) e PIB *per capita* R$ 17.940,00, significativamente inferior ao PIB *per capita* gaúcho que foi de R$ 25.737 (IBGE, 2012). O percentual da população com renda menor que ½ salário mínimo é de 30% (IBGE, 2010).

São fatores determinantes e condicionantes de riscos à saúde na região: uso de agrotóxicos (824,5 L/km^2/ano - SES, 2009-2010); analfabetismo (8,9% - IBGE, 2010), renda média familiar *per capita* (R$ 696,50 - IBGE, 2010); percentual da população abastecida por solução alternativa coletiva ou individual de água (29,9% - SES, 2014) e percentual da população sem rede coletora de esgoto (89,5% - IBGE,

2010).

As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (30,1%); neoplasias (21%) e doenças do aparelho respiratório (13,4) (SES, 2014).

A região possui 76 UBS, sendo a cobertura de equipes de Atenção Básica de 87,4% e ESF de 75,2% (SES, 2015).

As prioridades de saúde da região são: qualificar a Rede Materno-Infantil, fortalecer a Atenção Primária à Saúde, e efetivar a transversalidade das ações de vigilância em saúde, educação permanente em saúde e organização da atenção secundária e terciária.

Região de Saúde 21 - Região Sul

A região é localizada no extremo sul do estado, faz fronteira com o Uruguai e tem como sede o município de Pelotas. É um importante pólo de educação e de saúde, onde existem cinco hospitais, que são referência para a macrorregião de saúde sul em diversos serviços de média e alta complexidade e três universidades com formação na área de saúde e educação. O perfil socioeconômico tem como fonte a agropecuária, comércio e serviços. Apresenta uma população urbana de 83,5% e uma população rural de 16,5% (IBGE, 2010). O PIB *per capita* foi de R$22.785,00 (IBGE, 2012). A taxa de analfabetismo foi de 5,9% (IBGE, 2010) e o índice de desenvolvimento socioeconômico de 0,69 (FEE, 2012). A taxa de obesidade é de 10,4% em crianças de 0 a 5 anos e o sobrepeso de 62,3% nas pessoas acima de 60 anos, cujos percentuais são superiores ao do estado (8,2% e 59,2% respectivamente) (SISVAN, 2014).

As três principais causas de internação foram: gravidez, parto e puerpério (16,8%), doenças do aparelho circulatório (12,6%) e doenças do aparelho respiratório (12,1%) (DATASUS, 2014). A taxa de mortalidade infantil foi de 12,7/1.000 nascidos vivos, superiores ao estadual (10,1/1.000 nascidos vivos) (SES, 2015).

A região tem 194 UBS, com cobertura de equipes de Atenção Básica de 77,1% (SES, 2015) e cobertura de ESF 64,6% (SES, 2015), também tem 63 equipes de Saúde Bucal. Os municípios de Rio Grande e Pelotas estão entre os 15 prioritários em tuberculose do RS. O ICSAB foi de 27,2% (SES, 2015). A região apresentou uma taxa de detecção de casos notificados de sífilis congênita de 8,4/1.000 nascidos vivos (SES, 2015). A Rede de Atenção Psicossocial tem alta cobertura de serviços especializados (CAPS), contudo ainda necessita da ampliação de ações de saúde mental na APS, com implantação de NAAB e ampliação do NASF - atualmente com 8 núcleos em 4 municípios.

As prioridades da região são: fortalecimento da APS como ordenadora das RAS, enfoque na Rede Cegonha em todos os níveis de atenção; organização da atenção à saúde secundária e terciária, no atendimento a rede de traumatologia/ortopedia; e fortalecimento do Sistema de Vigilância em Saúde para desenvolvimento das ações de âmbito coletivo, com gerenciamento de riscos e de agravos à saúde.

Região de Saúde 22 – Pampa

A Região tem Bagé como sede regional. Apresenta densidade demográfica de 12 hab/km² (FEE, 2014), sendo 79,1% da população urbana e 20,9% rural (IBGE, 2010), 0,07% de

sua população é indígena (IBGE, 2010). A atividade agropecuária é a principal fonte de renda.

A taxa de analfabetismo e pessoas sem instrução é de 24,8% e taxa de desemprego é de 7,3% (IBGE, 2010), IDESE de 0,70 (FEE, 2012), PIB *per capita* de R$ 17.811,00 (IBGE, 2012) e 30,7% da população de renda inferior a ½ salário mínimo (DATASUS, 2010). As três principais causas de internação foram: doenças do aparelho circulatório (17,2%), gravidez, parto e puerpério (14,0%) e doenças do aparelho respiratório (12,7%) (DATASUS, 2014).

As três principais causas de óbito na região foram: doenças do aparelho cardiocirculatório (31,3%), neoplasias (23,8%) e doenças do aparelho respiratório (9,5%).

A APS está organizada em 34 UBS e 36 ESF, com cobertura de equipes de Atenção Básica de 68,1% (SES, 2015) e de ESF de 66,7% (SES, 2015), com percentual de ICSAB de 31,2% (SES, 2015).

As prioridades da região são: qualificar a APS, diminuir a mortalidade infantil e diminuir os óbitos prematuros pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

Região de Saúde 23 - Caxias e Hortências

A região tem Caxias do Sul como sede regional. Apresenta densidade demográfica de 225 hab/km² (FEE, 2014), população é predominantemente urbana (94,5%) (IBGE, 2010), além de apresentar a menor taxa de analfabetismo (2,4%) (IBGE, 2010) e melhor índice de conclusão do segundo ciclo fundamental completo (62,6%) na macrorregião de saúde Serra (IBGE, 2010).

As três principais causas de óbitos foram: neoplasias (25,5%), doenças do aparelho circulatório (24,5%) e doenças do aparelho respiratório (11,8%). A região possui cobertura de equipes de Atenção Básica de 62,4% e 34,2% de cobertura de ESF (SES, 2015), com discrepância entre os municípios.

As prioridades de saúde para a região são: reduzir o número de internações por causas sensíveis à Atenção Básica, ampliar a oferta de exames de diagnóstico precoce de câncer de mama e construção das redes de traumato-ortopedia, cardiovascular e oftalmologia com atendimento para casos eletivos e de urgência.

Região de Saúde 24 - Campos de Cima da Serra

A região tem densidade demográfica de 10 hab/km² (FEE, 2014), sendo 79,9% da população residindo em área urbana e 20,1% em área rural (IBGE, 2010). Apresenta os piores índices de escolaridades na macrorregião de saúde Serra: taxa de analfabetismo (6,4%) e alto índice de pessoas sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto (24,4%) (IBGE, 2010). A região apresenta um PIB *per capita* de R$ 23.220,00 (IBGE, 2012) e um percentual da população com renda inferior a ½ salário mínimo de 28,5% (IBGE, 2010).

As três principais causas de óbitos foram: doenças do aparelho circulatório (24,1%), neoplasias (20,9%) e doenças do aparelho respiratório (12,0%) (SES, 2014). Analisando-se o estado nutricional da população, observou-se o risco de sobrepeso na faixa etária (0 a 5 anos) de 21%, acentuando-se o sobrepeso e a obesidade a partir dos 20 anos, com ápice para sobrepeso na faixa etária de mais de 60 anos (67,2%) (SISVAN, 2014). A região tem 66,5% de cobertura de ESF e cobertura das equipes da Atenção Básica de 94,9% (SES, 2015).

As prioridades de saúde da região são: reduzir o número de internações por condições sensíveis à Atenção Básica, qualificar as

ações de prevenção na área da Saúde da Mulher, com previsão de recursos e construção e/ou consolidação dos serviços já existentes das Redes de traumatologia, oftalmologia e cardiologia com ênfase na média complexidade.

Região de Saúde 25 - Vinhedos e Basalto

A região tem densidade demográfica de 85 hab/km² (FEE, 2014), com predominância na área urbana (81,6% - IBGE, 2010). A taxa de analfabetismo foi de 2,7% e a proporção da população com 2º ciclo fundamental completo ou mais de 55% (IBGE, 2010). O PIB *per capita* (R$ 33.970,60 - IBGE, 2012) e renda média domiciliar *per capita* (R$ 1.163,10 - IBGE, 2010) estão acima da média do Estado. A taxa de desemprego foi de 2,3% e taxa de trabalho infantil 13,8% (IBGE, 2010).

As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (28,1%), neoplasias (24,3%) e doenças do aparelho respiratório (11,5%) (SES, 2014). Em relação ao estado nutricional, destaca-se o índice de sobrepeso (20,4%) na faixa de 5-10 anos e maiores de 60 anos (64,6%), assim como de obesidade de 10-19 anos (10,4%) (SISVAN, 2014). A região possui 4 municípios infestados pelo *Aedes aegypti*, sendo que 67,5% da população está em risco de contrair dengue (SES, 2015). Apresenta ainda alto índice de acidentes por animais peçonhentos (média do coeficiente para cada 100.000 habitantes): aranhas (97,4), abelhas (61,4) e lagartas (25,2) (SES, 2010-2014).

O índice de cobertura de equipes de ESF na região é de 54,8% (SES, 2015), havendo diferenças entre os 22 municípios da região. Diferentemente dos municípios mais populosos da região, os 13 municípios que possuem menor população apresentam cobertura de ESF total ou aproximada a 100%. Entretanto, a cobertura da Atenção Básica na região é de 75%, e a taxa de ICSAB foi de 22,8% (SES, 2015).

As prioridades de saúde da região são**:** reduzir a taxa de ICSAB; garantir o acesso aos exames de mamografia a mulheres não contempladas na faixa etária estabelecida, com previsão de recurso; e reduzir a taxa de mortalidade prematura de indivíduos entre 30 a 69 anos por doenças crônicas não transmissíveis, priorizando-se a construção de uma rede de média e alta complexidade de neurologia, traumato-ortopedia, oftalmologia e cardiovascular.

Região de Saúde 26 - Uva e Vale

A região tem densidade demográfica de 74 hab/km² (FEE, 2014), sendo 78,6% de população urbana e 21,4% rural (IBGE, 2010). A região apresenta taxa de analfabetismo de 2,9% (IBGE, 2010). O índice de conclusão do primeiro ciclo fundamental completo/segundo ciclo incompleto é de 15,6%, se equivalendo à média estadual. O índice de renda média domiciliar *per capta* foi de R$ 977,00 (IBGE, 2010) e o PIB *per capta* foi de R$ 26.714,00 (IBGE, 2012). As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (30,2%), neoplasias (24,8%) e doenças do aparelho respiratório (9,7%) (SES, 2014).

Em relação à qualidade do ar, 81% de sua população está em risco crítico (SES, 2014). Destaca-se ainda que 63,9% de sua população não têm acesso à rede coletora de esgoto (IBGE, 2010). A região registra índice de cobertura de equipes de ESF de 61,2%, índice de cobertura de equipes da Atenção Básica de 81,5% (SES, 2015) e proporção de ICSAB de 25% (SES, 2015).

As prioridades de saúde da região são: reduzir a taxa de ICSAB, garantir o acesso aos exames de mamografia com previsão de recurso, reduzir a taxa de mortalidade prematura de indivíduos entre 30 a 69 anos por doenças crônicas não transmissíveis, priorizando-se a construção de uma rede de média e alta complexidade de neurologia, traumato-ortopedia, oftalmologia e cardiovascular.

Região de Saúde 27 – Jacuí Centro

A região tem densidade demográfica de 17 hab/km² (FEE, 2014), sendo 69,1% população urbana e 30,9% rural (IBGE, 2010).

A rede básica possui 11 municípios com gestão plena da atenção primária e um com gestão plena do sistema municipal: Cachoeira do Sul, sede da região. Na região tem 36 ESF, 3 NASF, 6 NAAB e 37 UBS.

Os serviços de referência regional de média (M) e alta complexidade (C) que se encontram dentro do território são em Cachoeira do Sul: especialidades de oncologia, neurocirurgia, hemodiálise, parto de alto risco, UTI neonatal e adulto, traumato-ortopedia (M/C), oftalmologia (M/C); em Caçapava do Sul: oftalmologia regional (M/C); em Encruzilhada do Sul: traumato-ortopedia (M/C). Há leitos de Saúde Mental nos municípios de Arroio do Tigre, Segredo, Caçapava do Sul e Cachoeira do Sul. Ainda, há 3 CAPS habilitados na região.

O NURESC e a CIES se constituem em espaços privilegiados para o fortalecimento da educação permanente na região, pois vários projetos de qualificação profissional foram construídos, aprovados pelas instâncias gestoras e colocados em prática de acordo com as necessidades dos municípios da região.

As prioridades da região são: fortalecimento da Rede Materno Infantil, adequação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica, implantação de um serviço de traumato-ortopedia de alta complexidade, habilitação da APAE de Cachoeira do Sul como Centro Especializado em Reabilitação CER II (Auditiva e Intelectual), implantação do Plano Macrorregional de Urgência e Emergência e implantação efetiva de Serviço Residencial Terapêutico priorizando Cachoeira do Sul, que passa por um processo de desinstitucionalização.

Região de Saúde 28 – Vale do Rio Pardo

A região tem densidade demográfica de 46 habitantes/km² (FEE, 2014), na qual a população urbana corresponde a 66,4% e a população rural a 33,6% (IBGE, 2010). As principais cidades de referência são Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires e Rio Pardo. Destaca-se na região a forte predominância da cultura alemã. O município sede configura-se como rota de ligação dos municípios da fronteira e região central com a capital. A fumicultura é a principal fonte econômica da região.

A renda média domiciliar *per capita* é de R$ 791,10, a população que tem renda inferior a ½ salário-mínimo é de 20,9% e os analfabetos somam 5,2% da população (IBGE, 2010).

As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (31,2%), neoplasias (22,5%) e doenças do aparelho respiratório (11,2%) (SES, 2014). As três principais causas de internação foram: doenças do aparelho respiratório (15,6%),

gravidez, parto e puerpério (13,3%) e doenças do aparelho circulatório (11%) (DATASUS, 2014).

A Região do Vale do Rio Pardo é altamente industrializada, o que reflete diretamente na qualidade do ar. De acordo com o IIMR (Instrumento de Identificação de Municípios de Risco), mais de 87,4% da população está em risco crítico para poluição ambiental (SES, 2014).

A região tem 41 equipes de ESF, alguns municípios tem 100% de cobertura. A cobertura de equipes de Atenção Básica é de 81% (SES, 2015) e a região apresenta 25,7% de internações sensíveis à Atenção Básica (SES, 2015).

As prioridades da região são: redução de exodontias, aumento da proporção de parto normal e estruturação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Região de Saúde 29 - Vales e Montanhas

A região tem sede em Lajeado e a densidade demográfica é de 61 hab/Km² (FEE, 2014), sendo a população urbana de 70,6% e rural de 29,4% (IBGE, 2010). Abrange a BR 386, rodovia de grande circulação na região. A principal fonte de renda da maioria dos municípios é a agropecuária, sendo o PIB *per capita* de R$ 29.194,00 (IBGE, 2012) e o IDESE 0,8 (FEE, 2012). A proporção de pessoas com renda inferior a ½ salário mínimo é de 10,3% e a renda média domiciliar *per capita* R$ 939,00 (IBGE, 2010).

A taxa de analfabetismo é de 4,1% e a taxa de trabalho infantil foi de 17,4%, acima da média estadual (10,2%) (IBGE, 2010). O sobrepeso e a obesidade em adultos e idosos atingem cerca de 70% da população (SISVAN, 2014). A média do coeficiente por 100.00 habitantes para os acidentes com aranhas foi de 52,4, para os acidentes com lagartas foi de 7,3 e para abelhas foi de 7,8, que são superiores à média estadual (SES, 2010-2014). Há um percentual importante de população atingida por chuvas intensas (9,8%) (Defesa Civil e IBGE, 2013-2014). A população sem rede coletora de esgoto (93,6%) é a pior do estado (65%) (IBGE, 2010). Em relação à qualidade do ar, 91,3% da população está em risco crítico e alto (SES, 2014).

As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (29%), neoplasias (21%) e as doenças do aparelho respiratório (13%) (SES, 2014).

As três principais causas de internação foram: doenças do aparelho respiratório (19,1%), doenças do aparelho circulatório (14,4%) e doenças do aparelho digestivo (11%). (DATASUS, 2014).

A cobertura de equipes de atenção básica foi de 94%, a cobertura de ESF foi de 73,8%, a cobertura populacional pelas equipes básicas de saúde bucal foi de 59,8% e a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada foi de 1,58 (SES, 2015). Não há um Centro de Especialidades Odontológicas Regional, inviabilizando o atendimento odontológico de média complexidade. A proporção de ICSAB foi 22,9%; a taxa de mortalidade infantil foi de 9,9/1.000 nascidos vivos e a proporção de parto normal foi de 29,5% (SES, 2015).

As prioridades de saúde da região são: fortalecimento da regionalização, estruturação e qualificação das ações de vigilância em saúde, ampliação e organização das RAS com fortalecimento da APS e implantação e qualificação de ações de saúde bucal.

Região de Saúde 30 - Vale da Luz

A região tem como sede o município de Estrela. A densidade demográfica é de 95 hab/km² (FEE, 2014), sendo 77,5 % de população urbana e 22,5% de população rural (IBGE,

2010). A principal fonte de renda da maioria dos municípios é a agropecuária, sendo o PIB *per capita* de R$ 27.889,00 (IBGE, 2012) e o IDESE 0,78 (FEE, 2012). A proporção de pessoas com renda inferior a ½ salário mínimo foi de 11,1%, a renda média domiciliar *per capita* foi de R$ 853,30 e a taxa de analfabetismo foi de 3,4% (IBGE, 2010).

A taxa de trabalho infantil é de 13,4%, acima da média estadual (10,2%) (IBGE, 2010). A média do coeficiente por 100.00 habitantes para os acidentes com aranhas foi de 190,6, sendo a maior do estado, para os acidentes com lagartas foi de 17,4 e com abelhas 49,2 (SES, 2010-2014). A população sem rede coletora de esgoto representa 85,1% (IBGE, 2010). O sobrepeso e a obesidade em adultos e idosos atingem cerca de 70% da população (SISVAN, 2014). Em relação a qualidade do ar, 97,5% da população está em risco crítico e alto (SES, 2014), As três principais causas de óbito foram: doenças do aparelho circulatório (30,5%), neoplasias (23,5%) e doenças do aparelho respiratório (14,6%) (SES, 2014). As três principais causas de internação foram: doenças do aparelho respiratório (15,7%), doenças do aparelho circulatório (14,9%) e doenças do aparelho digestivo (11,8%) (DATASUS, 2014).

A cobertura de equipes de Atenção Básica foi de 77,4% e da ESF foi de 41,7%. O ICSAB foi 25,8%. A taxa de mortalidade infantil foi de 9,8 e a proporção de parto normal foi de 20,9%. A taxa das DCNT foi de 292 (SES, 2015).

As prioridades de saúde da região são: fortalecimento da regionalização, qualificando os processos de gestão, planejamento, monitoramento, transparência, avaliação e educação em saúde e controle social; estruturação e qualificação das ações de vigilância em saúde; ampliação e organização das RAS: Doenças Crônicas, Atenção Psicossocial e Rede Cegonha; ampliação da cobertura de Estratégia de Saúde da Família e qualificação das equipes; priorização e qualificação da atenção à Saúde do Idoso.

Região 22 – Pampa

Região 21 – Região Sul

II. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

Visando harmonizar o planejamento setorial da saúde com o planejamento geral do governo, as Diretrizes, Objetivos e Metas definidas no presente Plano foram compatibilizadas com o Plano Plurianual (PPA) 2016-2019 e com o Mapa Estratégico da SES/RS. Além disso, buscou-se incorporar no PES 2016-2019 as recomendações da 7ª Conferência Estadual de Saúde. No Quadro 38, são apresentados os pontos em que as Diretrizes da Conferência Estadual podem ser encontradas no Plano.

Quadro 38. Eixos e Diretrizes da 7ª Conferência Estadual de Saúde.

Eixos Temáticos da 7ª Conferência Estadual de Saúde do RS	Diretrizes da 7ª Conferência Estadual de Saúde do RS	Referência no PES 2016-2019 do RS
I - Situação da Saúde e os Determinantes Econômicos, Sociais e Ambientais do Adoecimento	Construir diagnósticos das principais causas do adoecimento para o desenvolvimento de políticas de prevenção da doença e de promoção da saúde.	Análise Situacional, especificamente tópico sobre Determinantes e Condicionantes.
II - Direito à Saúde, Garantia do Acesso e Atenção de Qualidade	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.	Objetivos: 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7.
III – Participação Social	Fortalecer as instâncias do controle social através da participação popular, a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde	Objetivos: 12 e 13
IV – Valorização do Trabalho e da educação em Saúde	Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em Saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho.	Objetivos: 14 e 16
V – Financiamento do SUS e Relação Público – Privado	Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS	Objetivos: 1, 2, 3, 5, 6, 7 e 8
VI – Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde	Aprimorar a gestão por meio da formulação de políticas, com modernização administrativa e tecnológica.	Objetivos: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 14, 15, 17.

VII – Informação, Educação e Política de Comunicação com o SUS	Valorizar o SUS como Política de Estado, por meio de estratégias de comunicação e promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico	Objetivos: 10 e 18.
VIII – Ciência, Tecnologia e Inovação do SUS	Fortalecer o complexo industrial da Saúde para expandir a produção nacional de tecnologias estratégicas e a inovação em Saúde	Objetivo: 17
IX – Reformas Democráticas e Populares do Estado	Aprofundar a democracia do país com reformas políticas democráticas e populares para garantir a real representação das classes sociais brasileiras, acabando com a esmagadora representação do grande capital em detrimento dos interesses da maioria do povo.	Análise Situacional, especificamente tópicos sobre populações específicas, vulneráveis e saúde dos trabalhadores. Objetivos: 1, 12 e 14.

Fonte: Relatório da 7ª Conferência Estadual de Saúde do RS, 2015.

DIRETRIZ 1 - Qualificação da Rede de Atenção à Saúde consolidando a regionalização da saúde

Ampliar e qualificar a Rede de Atenção à Saúde, articulando os diferentes níveis de atenção, incentivando a integração das ações e dos serviços de saúde a partir da atenção primária, fortalecendo a prevenção e a promoção, aprimorando o acesso, promovendo a equidade e consolidando a regionalização da saúde.

Os objetivos e as metas abaixo visam contemplar as diretrizes dos Eixos da 7ª Conferência Estadual de Saúde do RS que versam sobre o direito à saúde, garantia do acesso, atenção de qualidade, financiamento e gestão do SUS, assim como Modelos de Atenção à Saúde.

Objetivo 1 - Fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS)
1. Ampliar a cobertura de Estratégia Saúde da Família de 56% para 68%.
2. Ampliar a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal de 47,7% para 52%.
3. Ampliar a cobertura de equipes de Atenção Básica de Saúde Prisional de 67,1% para 80%.
4. Construir a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde.
5. Ampliar o número de famílias atendidas pelo Primeira Infância Melhor de 36.000 para 40.000.
6. Estender o processo das Oficinas de Planificação da Atenção Primária em Saúde para 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde.
7. Ampliar o número de equipes de atenção primária que utilizam as teleconsultorias do Telessaúde Brasil Redes (0800 644 6543) de 1.131 para 1.583.

8. Reduzir a taxa de prevalência de excesso de peso de 67,5% para 65%.
9. Ampliar o número de usuários com avaliação do estado nutricional acompanhados pelas equipes da Atenção Primária em Saúde de 643.664 para 700.000.
10. Ampliar a proporção de crianças menores de um ano com teste do pezinho realizado de 93,2% para 100%.
11. Implementar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente nas 30 Regiões de Saúde.
12. Ampliar o percentual de municípios com cobertura da vacina Tríplice Viral (1ª Dose ≥ 95%) de 53% para 80%.
13. Ampliar a proporção de contatos intradomiciliares examinados, de casos novos de hanseníase, de 78,9% para 90%.
14. Ampliar o percentual de Tratamento Diretamente Observado em tuberculose de 25% para 50%.
15. Ampliar o número de municípios que realizam as testagens rápidas de hepatites B e C de 357 para 497.
16. Ampliar os municípios habilitados para a implantação do testes rápidos de HIV e sífilis na APS de 445 para 497.
17. Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família de 67,7% para 70%.
18. Ampliar a razão do indicador de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária de 0,47 para 0,66.
19. Ampliar a cobertura da Vacina Pentavalente em menores de 1 ano (3ª dose) de 91,28% para 95%.
20. Atingir cobertura vacinal ≥80% contra a gripe para o total dos grupos prioritários.

Objetivo 2 - Implementar e consolidar as Redes de Atenção à Saúde
1. Ampliar o número de Ambulatórios de Gestante de Alto Risco de 12 para 20.
2. Habilitar o número de leitos em hospitais de referência à gestante de alto risco de 49 para 254.
3. Ampliar o número de serviços especializados para atenção à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei de 5 para 7.
4. Ampliar o número de Unidades de Pronto Atendimento 24h de 15 para 30.
5. Ampliar a cobertura populacional do SAMU no Estado de 90,4% para 95%.
6. Implantar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências nas 5 Macrorregiões de Saúde restantes (Centro-Oeste, Norte, Missioneira, Serra e Vales).
7. Implantar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas.

8. Ampliar os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial de 851 para 3.009.
9. Manter 2.316 leitos de Saúde Mental Integral na Rede de Atenção Psicossocial.
10. Ampliar a oferta de primeiras consultas por ano nos serviços de reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de 21.840 para 26.863.
11. Ampliar a oferta de tratamento em Estimulação Precoce nos serviços de reabilitação intelectual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de 59.685 para 71.622.
12. Ampliar o percentual de cobertura da Triagem Auditiva Neonatal de 78% para 95%.
13. Ampliar o número de serviços especializados para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual de 16 para 20.
14. Implementar a Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

Objetivo 3 - Organizar Atenção à saúde secundária e terciária sob a lógica das RAS
1. Ampliar o número de Centros de Especialidades Odontológicas de 36 para 42.
2. Ampliar o número de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária de 121 para 134.
3. Ampliar os leitos clínicos em hospitais gerais para pessoas privadas de liberdade no sistema prisional de 54 para 74.
4. Ampliar o percentual de amostras coletadas nas Unidades Sentinelas de Síndrome Gripal de 56% para 66% em relação ao preconizado.
5. Ampliar o número de leitos de internação pediátrica, em hospitais com mais de 50 leitos, nas Regiões de Saúde com carência de leitos, atingindo 100% da estimativa de necessidade no cenário 3 da Portaria GM/MS nº 1.631/2015.
6. Ampliar o número de leitos de internação clínico adulto nas Região de Saúde com carência de leitos, atingindo 100% da necessidade estimada no cenário 3 da Portaria GM/MS nº 1.631/2015.
7. Ampliar o número de leitos de internação cirúrgico adulto, em hospitais com mais de 50 leitos, nas Regiões de Saúde com carência de leitos, atingindo 100% da estimativa de necessidade no cenário 2 da Portaria GM/MS nº 1.631/2015.
8. Implantar leitos de UTI Adulto, nas Macrorregiões de Saúde com carência de leitos, atingindo 100% da estimativa de necessidade no cenário 3 da Portaria GM/MS nº 1.631/2015.
9. Implantar leitos de UTI Pediátrica nas Macrorregiões de Saúde com carência de leitos, atingindo 100% da estimativa de necessidade no cenário 4 da Portaria GM/MS nº 1.631/2015.
10. Implantar leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencional nas 7 Macrorregiões de Saúde (Metropolitana, Sul, Norte, Centro Oeste, Vales, Serra e Missioneira) de 200 para 297.

11. Implementar o funcionamento do Hospital Regional de Santa Maria.
12. Implementar a Política de Desinstitucionalização.
13. Ampliar o acesso no Ambulatório de Dermatologia Sanitária ao aconselhamento e diagnóstico do HIV, sífilis, hepatites B e C (testes rápidos), favorecendo segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade de 3.630 para 4.356 ao ano.
14. Ampliar o atendimento da população, em especial as pessoas em situação de vulnerabilidade, em relação às estratégias de prevenção combinadas para HIV (teste rápido, tratamento e Profilaxia Pós Exposição) no Ambulatório de Dermatologia Sanitária de 134 para 188 atendimentos.
15. Ampliar o atendimento de usuários HIV+ no Serviço de Apoio Terapêutico do Hospital Sanatório Partenon e em uso de primeiro esquema de antirretrovirais com carga viral indetectável ou menor que 50 cópias/ml de sangue de 83% para 90%.
16. Apoiar os municípios no processo de assunção da gestão do sistema de saúde.

Objetivo 4 - Fortalecer os sistemas de apoio e logísticos da Rede de Atenção à Saúde
1. Reestruturar a Rede Estadual de Laboratórios.
2. Ampliar a cobertura hemoterápica nos estabelecimentos da rede SUS de 71% para 80%.
3. Ampliar o número de análises de monitoramento de drogas de abuso em apoio à Rede de Atenção Psicossocial de 10.000 para 11.000.
4. Ampliar o número de teleatendimentos de exposições tóxicas provenientes de Unidades de Pronto Atendimento de 2.000 para 3.000.
5. Atender 100% dos diagnósticos complementares às doenças relacionadas no teste do pezinho, encaminhados a FEPPS.
6. Implantar a Política Estadual de Laboratórios de Vigilância em Saúde.
7. Implantar o Plano Estadual do Sangue.

Objetivo 5 - Fortalecer a Assistência Farmacêutica nas RAS
1. Aprimorar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica.
2. Avaliar 90% dos expedientes administrativos de solicitação de medicamentos em até 30 dias a partir da data de abertura.
3. Instituir o Programa Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Objetivo 6 - Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde
1. Ampliar a investigação dos óbitos infantis e fetais de 94,9% para 100%.
2. Ampliar a proporção de casos de dengue encerrados oportunamente de 83,8% para 85%.
3. Encerrar 80% ou mais dos casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata registrados no Sinan, em até 60 dias a partir da data de notificação.
4. Ampliar o percentual de municípios que notificam casos de Lesão Autoprovocada de 47% para 95%.
5. Ampliar o percentual de municípios que notificam casos de Violência Sexual de 34% para 95%.
6. Ampliar a identificação dos sorogrupos dos casos de doença meningocócica de 84,4% para 92%.
7. Ampliar as conformidades das imagens mamográficas no Programa Ação Permanente de Avaliação da Imagem Mamográfica por Fantoma no Estado do Rio Grande do Sul de 56,6% para 75%.
8. Ampliar o percentual de hospitais que notificam a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico de 30% para 80%.
9. Ampliar o percentual de hospitais que notificam a ocorrência de pneumonia associada à ventilação mecânica, infecção do trato urinário e infecção primária de corrente sanguínea laboratorial de 44% para 80%.
10. Ampliar o percentual de hospitais com Núcleo de Segurança do Paciente cadastrados no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária de 38% para 95%.
11. Ampliar as Notificações de Agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho de 37 para 40 por 10.000.
12. Ampliar a Notificação das Intoxicações por Agrotóxicos de 1,33 para 6 por 100.000.
13. Ampliar as Investigações dos Óbitos por Acidentes de Trabalho de 20% para 100%.
14. Ampliar a investigação de queixas técnicas de medicamentos produzidos por indústrias farmacêuticas, farmoquímicas, importadoras de medicamentos e fracionadoras de insumos no RS por meio do Sistema de Notificações em Vigilância de Sanitária de 50% para 85%.
15. Ampliar o percentual de municípios que atinjam, pelo menos, quatro ciclos de visitas bimestrais, dentre os infestados por *Aedes aegypti,* de 22% para 40%.
16. Ampliar o percentual de visitas semanais em Pontos de Armadilhas e quinzenais em Pontos Estratégicos em municípios não infestados por *Aedes aegypti* de 71% para 90%.
17. Ampliar o número de municípios atendidos através do Sub Programa Estadual de Melhoria da Qualidade da Água do PROSAN/RS de 13 para 45.

18. Ampliar o percentual dos Postos de Informação de Triatomíneos que recebem insetos de interesse de saúde pública de 50% para 80%.
19. Ampliar o número de amostras biológicas de animais suspeitos de Raiva enviadas para diagnóstico laboratorial de 60 para 600 por ano.
20. Ampliar o percentual de municípios com coleta de insetos vetores da Leishmaniose Visceral, dentre os de fronteira com a Argentina e municípios limítrofes daqueles com identificação do vetor, de 80% para 100%.
21. Ampliar o percentual de busca ativa dos casos de abandono de tratamento do atendimento antirrábico humano de 64% para 80%.
22. Implantar o Sistema de Informação em Vigilância Sanitária para monitoramento e qualificação das ações de regulação e fiscalização sanitária de produtos e serviços de interesse à saúde em 70% dos municípios.
23. Ampliar o percentual de serviços de hemoterapia que informam sobre doações e transfusões de sangue/hemocomponentes no Sistema de Controle Geral do Sangue, Outros Tecidos, Células e Órgãos de 65% para 100%.
24. Ampliar o número de inspeções sanitárias nos Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas de 100 para 3.187 ao ano.
25. Ampliar o percentual de análises em amostras de água para consumo humano pelos municípios de 79,3% para 95% conforme a diretriz nacional.
26. Ampliar o percentual de inspeções das Estações de Tratamento de Água de 47% para 100% por ano.
27. Ampliar a investigação dos surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar notificadas de 41% para 80%.
28. Implementar a Política Estadual de Gestão de Riscos à Saúde relacionados a desastres ambientais.

Objetivo 7 - Ampliar e qualificar a regulação em saúde como sistema de apoio das RAS
1. Ampliar o número de regulações médicas dos chamados realizados através do link 192 para a Central Estadual de Regulação do SAMU de 277.000 para 312.000 por ano.
2. Ampliar o número de potenciais doadores de órgãos notificados à Central de Transplantes do Estado do Rio Grande do Sul de 650 para 681 por ano.
3. Ampliar o número de transplantes realizados no estado de 2.275 para 2.500 por ano.
4. Monitorar a totalidade dos leitos de UTI contratualizados pela SES, em tempo real, através de sistema informatizado.
5. Ampliar o número de consultas especializadas e exames com acesso regulado de 650.000 para 750.000 por ano.

6. Ampliar o número de protocolos de regulação de 73 para 126.
7. Reduzir o absenteísmo de consultas e exames registrado no sistema de regulação utilizado nas Centrais Regionais de Regulação de 29% para 25%.
8. Repactuar referências de 5 especialidades de alta complexidade (neurologia/neurocirurgia, oftalmologia, cardiologia, nefrologia e traumato-ortopedia).
9. Atualizar a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde, conforme os valores financeiros no Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade e pactuação de gestão dos prestadores, para integrar a Programa Geral de Ações e Serviços de Saúde.
10. Pactuar as referências especializadas de média complexidade nas 30 Regiões de Saúde.
11. Implementar a Política Estadual de Regulação.

DIRETRIZ 2 – Consolidação da governança da Rede de Atenção à Saúde na Gestão do SUS

Visa aprimorar a gestão de todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde como sistema transversal, consolidando o papel do gestor estadual do SUS no compartilhamento do processo de tomada de decisão entre os entes federados e, assim, fortalecendo as instâncias de participação e pactuação do SUS. Busca garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS no estado.

Os objetivos e as metas apresentados a seguir visam contemplar as diretrizes dos Eixos da 7ª Conferência Estadual de Saúde do RS que versam sobre a participação social, financiamento e gestão do SUS, relação público-privado, informação do SUS e valorização do trabalho.

Objetivo 8 - Qualificar a gestão do financiamento de acordo com as necessidades de saúde
1. Cumprir os 12% orçamentários, conforme a Lei Complementar n° 141/2012.
2. Garantir o cofinanciamento estadual para a realização das ações municipais.
3. Implantar nova política de cofinanciamento para os prestadores de serviços ao SUS no RS.
4. Otimizar o gasto decorrente das demandas judiciais.
5. Implementar nova metodologia de fiscalização dos instrumentos normativos firmados pela SES.

Objetivo 09 - Fortalecer a infraestrutura do nível central e regional da SES

1. Investir na infraestrutura física e organizacional da SES.

Objetivo 10 – Consolidar a Governança da Informação em Saúde
1. Ampliar ambientes colaborativos/ferramentas web para o SUS no estado de 1 para 3.
2. Manter a proporção dos registros de óbitos no SIM e nascidos vivos no SINASC em até 60 dias do final do mês de ocorrência em 85%.
3. Ampliar o quantitativo de usuários que utilizam o portal Business Intelligence de 207 para 750 usuários.
4. Implantar 4 sistemas informatizados.
5. Diminuir o tempo médio de respostas aos chamados de incidentes do suporte técnico de TI na SES/RS de 4 para 2 dias úteis.
6. Instituir a Política Estadual de Informática e Informação em Saúde.

Objetivo 11 - Fortalecer a auditoria do SUS
1. Implementar a Auditoria Estadual em todas as Coordenadorias Regionais de Saúde.
2. Implantar o Sistema de Auditoria do SUS.

Objetivo 12 - Fortalecer as instâncias de participação social e pactuação no SUS
1. Implementar 4 Comitês Técnicos de Saúde para Populações específicas (LGBT, em Situação de Rua, Negra e Campo, Florestas e Águas) na SES.
2. Fortalecer a participação dos gestores nas instâncias de pactuação regional e estadual.
3. Analisar e deliberar sobre 26 instrumentos de gestão e peças orçamentárias.
4. Realizar 94 eventos para o fortalecimento do controle social.
5. Deliberar sobre 1 proposta de nova lei para o Conselho Estadual de Saúde e buscar sua aprovação junto ao Legislativo.
6. Regularizar e reestruturar 7 Conselhos Regionais de Saúde como instâncias descentralizadas do Conselho Estadual de Saúde.

Objetivo 13 - Fortalecer a ouvidoria do SUS
1. Ampliar o número de Ouvidorias do SUS Municipais implantadas de 28 para 53.
2. Ampliar a Taxa de Resposta da Ouvidoria de 70% para 85%.

Objetivo 14 - Qualificar a Gestão do Trabalho em Saúde
1. Formular Política Estadual de Recursos Humanos no âmbito da SES.
2. Ampliar as ações de atenção e valorização aos servidores.

Objetivo 15 - Promover a prática do Planejamento, Monitoramento e Avaliação no SUS
1. Qualificar o monitoramento e avaliação no âmbito da SES/RS.
2. Apoiar o processo de elaboração dos planos municipais e regionais de saúde nas 30 regiões de saúde.

DIRETRIZ 3 – Fortalecimento das ações de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

Fortalecer a política estadual de formação e educação permanente em saúde de acordo com a Rede de Atenção à Saúde. Busca promover ações de ciência, tecnologia e inovação em saúde, contribuindo para o desenvolvimento tecnológico e a qualificação do SUS no estado, considerando as especificidades regionais e a integração entre a pesquisa, a atenção e a gestão em saúde.

Os objetivos e as metas abaixo visam contemplar as diretrizes dos Eixos da 7ª Conferência Estadual de Saúde do RS que versam sobre ciência, tecnologia e inovação do SUS, assim como a valorização da educação em saúde. Contempla a necessidade de formulação de políticas que visem a modernização administrativa e tecnológica no SUS, bem como a produção disseminação do conhecimento científico.

Objetivo 16 - Fortalecer a Política de Educação em Saúde
1. Ampliar o número de Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva de 79 para 100.

2. Promover 242 ações de Educação Permanente em Saúde destinadas a trabalhadores do SUS, gestores municipais e Controle Social, descentralizadas para as Regiões de Saúde.
3. Desenvolver 40 cursos de qualificação para trabalhadores da saúde nas temáticas das Redes de Atenção em Saúde, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Planejamento e Gestão coordenados pelos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva.
4. Garantir anualmente a destinação de bolsas para o Programa da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública.
5. Implementar a Rede de Educação em Saúde Coletiva: Colegiado e Escola de Apoiadores.
6. Formar trabalhadores em nível de pós-graduação Latu Sensu em Saúde Pública e Gestão do Trabalho.
7. Realizar curso Técnico em Saúde Bucal, curso Técnico em Vigilância em Saúde, curso Introdutório de Estratégia Saúde da Família e curso de Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde.
8. Certificar o Curso de Especialização em Saúde Pública e os cursos técnicos junto ao Conselho Estadual de Educação/RS.
9. Realizar 1 Curso de Educação à Distância por meio de suporte pedagógico instalado.
10. Capacitar 100% dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva sobre os fluxos e regulamentos do Comitê de Ética em Pesquisa da ESP.

Objetivo 17 - Fortalecer a Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
1. Implementar a Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.
2. Implementar a Política de Pesquisa da SES.

Objetivo 18 – Promover a integração entre a pesquisa, a atenção e a gestão em saúde
1. Disseminar as pesquisas científicas em saúde aos usuários, gestores, pesquisadores e profissionais de saúde através de 4 eventos.
2. Divulgar as produções científicas visando a potencialização da pesquisa alinhada às necessidades do SUS através de 33 publicações.

Metas de Indicadores de Resultado

Com o intuito de acompanhar as ações realizadas pelo estado na área da saúde, de acordo com as Diretrizes, Objetivos e Metas estabelecidos no PES, foram elencadas 15 metas que visam mensurar resultados para a sociedade. Estas serão monitoradas e avaliadas periodicamente, conforme descrito no capítulo de Monitoramento e Avaliação.

Metas de Indicadores de Resultado
1. Reduzir o percentual de amostras de água com presença de *Escherichia coli,* em Soluções Alternativas Coletivas, de 12,78% para 2%.
2. Ampliar o percentual de parto normal de 39,05% para 45%.
3. Reduzir a proporção de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer de 1,42% para 1,40%.
4. Reduzir a proporção de recém-nascidos com APGAR de 5º minuto de vida < 7 (método que mede a saúde do recém-nascido) de 2,35% para 2,15%.
5. Reduzir o número de novas infecções por transmissão vertical da sífilis de 1.671 para 1.096.
6. Reduzir o número de novas infecções por transmissão vertical do HIV/Aids de 15 para 9,9 por 100.000 casos.
7. Reduzir o percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica de 27,05% para 24%.
8. Reduzir a taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas idosas de 29,2 para 27,20 por 10.000 habitantes.
9. Ampliar o percentual de cura de casos novos de tuberculose de 62,5% para 75%.
10. Reduzir a taxa de mortalidade em menores de 1 ano de 10,66 para 9,5 por 1.000 nascidos vivos.
11. Reduzir a taxa de mortalidade neonatal precoce de 5,25 para 4,9 por 1.000 nascidos.
12. Reduzir a taxa de mortalidade neonatal tardia de 2,14 para 2,0 por 1.000 nascidos.
13. Reduzir a razão de mortalidade materna de 35,09 para 30,37 óbitos por 100.000 nascidos vivos.
14. Reduzir a taxa de mortalidade precoce (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes melittus e doenças respiratórias crônicas) de 382,62 para 345,86 por 100.000 habitantes.
15. Reduzir o índice de óbitos por suicídio no Estado de 9,86 para 8 por 100.000 habitantes.

INDICADORES DE RESULTADO	UNIDADE DE MEDIDA	SITUAÇÃO INICIAL	DATA DE APURAÇÃO	META	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CÁLCULO
Percentual de amostras de água com presença de Escherichia coli, em Soluções Alternativas Coletivas	percentual	12,78	10/04/2016	2	SISAGUA	Quadrimestral	Numerador: Total de Amostras com presença de Escherichia coli Denominador: Total de Amostras Analisadas Fator de multiplicação: 100
Proporção de parto normal	percentual	39,05	31/12/2015	45	SINASC	Quadrimestral	Numerador: Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano. Denominador: Número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano. Fator de multiplicação: 100
Proporção de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer	percentual	1,42	31/12/2015	1,4	SINASC	Quadrimestral	Numerador: número de nascidos vivos de mães residentes, com peso ao nascer inferior a 1.500 gramas. Denominador: número total de nascidos vivos de mães residentes. Fator de multiplicação: 100
Proporção de recém-nascidos com APGAR de 5º minuto de vida < 7 (método que mede a vitalidade do recém-nascido)	percentual	2,35	31/12/2015	2,15	SINASC	Quadrimestral	Numerador: número de recém-nascidos com APGAR de 5º minuto de vida < 7, em determinado local e período. Denominador: total de recém-nascidos, em determinado local e período. Fator de multiplicação: 100
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano	nº absoluto	1.671	31/12/2015	1.096	SINAN	Quadrimestral	Numerador: número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em determinado ano de diagnóstico e local de residência.

INDICADORES DE RESULTADO	UNIDADE DE MEDIDA	SITUAÇÃO INICIAL	DATA DE APURAÇÃO	META	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CÁLCULO
Taxa de casos de Aids em menores de 5 anos de idade	razão 1/100.000 casos	15	31/12/2015	9,9	SINAN	Quadrimestral	Numerador: número de casos de aids em menores de 5 anos em determinado ano de diagnóstico e local de residência. Denominador: população de menores de 5 anos residentes deste mesmo local no mesmo ano. Fator de multiplicação: 100.000
Proporção de internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica	percentual	27,05	31/12/2015	24	SIH	Anual	Numerador: número de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período. Denominador: total de internações clínicas, em determinado local e período. Fator de multiplicação: 100
Taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas idosas	razão 1/10.000 habitantes	29,2	31/12/2015	27,2	SIH	Quadrimestral	Numerador: número de internações hospitalares por fratura de fêmur na faixa etária de 60 anos ou mais. Denominador: total da população com 60 anos e mais. Fator de multiplicação: 10.000
Percentual de cura de casos novos de tuberculose	percentual	62,5	31/12/2015	75	SINAN	Anual	Numerador: total de casos novos de tuberculose curados. Denominador: total de casos novos de tuberculose diagnosticados. Fator de multiplicação: 100
Taxa de Mortalidade Infantil	razão 1/1.000 nascidos vivos	10,66	31/12/2015	9,5	SIM / SINASC	Quadrimestral	Numerador: número de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano. Denominador: número de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano. Fator de multiplicação: 1.000

INDICADORES DE RESULTADO	UNIDADE DE MEDIDA	SITUAÇÃO INICIAL	DATA DE APURAÇÃO	META	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CÁLCULO
Taxa de mortalidade neonatal precoce	razão 1/1.000 nascidos	5,25	31/12/2015	4,9	SIM / SINASC	Quadrimestral	Numerador: número de óbitos de residentes de zero a seis dias de vida. Denominador: número de nascidos vivos de mães residentes. Fator de multiplicação: 1.000
Taxa de mortalidade neonatal tardia	razão 1/1.000 nascidos	2,14	31/12/2015	2	SIM / SINASC	Quadrimestral	Numerador: número de óbitos de residentes de sete a 27 dias de vida Denominador: número de nascidos vivos de mães residentes Fator de multiplicação: 1.000
Razão de mortalidade materna	razão 1/100.000 nascidos vivos	35,09	31/12/2015	30,37	SIM / SINASC	Quadrimestral	Numerador: número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna. Denominador: número de nascidos vivos de mães residentes. Fator de multiplicação: 100.000.
Taxa de mortalidade precoce (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes melittus e doenças respiratórias crônicas)	razão 1/100.000 habitantes	382,62	31/12/2015	345,86	SIM	Anual	Numerador: número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14 – em determinado ano e local. Denominador: população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local. Fator de multiplicação: 100.000

INDICADORES DE RESULTADO	UNIDADE DE MEDIDA	SITUAÇÃO INICIAL	DATA DE APURAÇÃO	META	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CÁLCULO
Índice de óbitos por suicídio	razão 1/100.000 habitantes	9,86	31/12/2015	8,03	SIM	Anual	Numerador: número de óbitos por suicídio, em determinado local e período. Denominador: total da população residente no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100.000

Região 19 – Região do Botucaraí

III. Monitoramento e Avaliação

O Monitoramento e Avaliação são ferramentas para promover melhorias na gestão pública e efetividade na gestão. Configuram-se como funções estratégicas de planejamento e devem ser inerentes a todas as políticas, pois fundamentam a tomada de decisão e o controle social sobre os rumos da política de saúde, induzindo a alocação dos recursos disponíveis de forma adequada e solucionando possíveis problemas de execução das ações e programas.

O **monitoramento** consiste no acompanhamento contínuo de uma política pública, através da coleta e análise sistemática de dados sobre a sua execução, a fim de verificar se sua implementação está de acordo com as metas planejadas. Esse processo deve produzir informações em tempo eficaz, permitindo uma rápida avaliação situacional, intervenção em tempo oportuno para correção de rumos e revisão dos programas/projetos previamente estabelecidos.

A **avaliação** fundamenta-se na análise dos efeitos da política para determinar a capacidade de gerar as mudanças planejadas, ou seja, busca estabelecer uma relação de causa e efeito, inferindo um julgamento de valor sobre a intervenção. Enquanto o monitoramento verifica a realização regular e sistemática sobre o desenvolvimento das ações para o alcance das metas propostas, a avaliação se configura pela realização esporádica de pesquisas visando determinar resultados e impactos planejados. Apesar de serem atividades diferentes, são processos complementares, à medida que os dados e informações geradas pelo monitoramento subsidiam a avaliação das políticas. Portanto, a avaliação é um processo mais amplo e refere-se aos resultados finalísticos da ação avaliada.

O processo de monitoramento e avaliação no nível estadual deve privilegiar a utilização das ferramentas de apoio legalmente instituídas pelo sistema de planejamento do SUS, assim como da administração púbica estadual.

As ações e os recursos necessários para atingir as metas propostas neste Plano Estadual estão definidas na **Programação Anual de Saúde (PAS)**. A cada quatro meses, através do **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)**, o estado monitora a oferta e a produção de serviços públicos, os indicadores de saúde e financeiros, bem como as auditorias realizadas no período. Anualmente, as ações propostas são avaliadas através do **Relatório Anual de Saúde (RAG)**, momento em podem ser construídas propostas e recomendações para a próxima PAS e/ou realizados os redirecionamentos do Plano de Saúde. Tanto o RDQA quanto o RAG são elaborados através do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS), sistema nacional de acesso público.

O **Plano Plurianual (PPA)**, instrumento legal de planejamento de Governo, apresenta para cada ano as metas e prioridades da administração pública estadual através da **Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)**, prevendo investimentos anuais para desenvolver as ações necessárias que garantirão o alcance das metas na **Lei Orçamentária Anual (LOA).** O PPA do Estado do Rio Grande do Sul é elaborado através do Sistema de Informações de Planejamento e Gestão (SISPLAG), e a execuções das ações é monitorada quadrimestralmente neste mesmo sistema.

Além dos sistemas de monitoramento apresentados anteriormente, o Estado conta com o **Sistema de Monitoramento Estratégico (SME)**, que atualmente está sendo utilizado para acompanhar o Acordo de Resultados, conforme descrito no item da Governança. Pretende-se

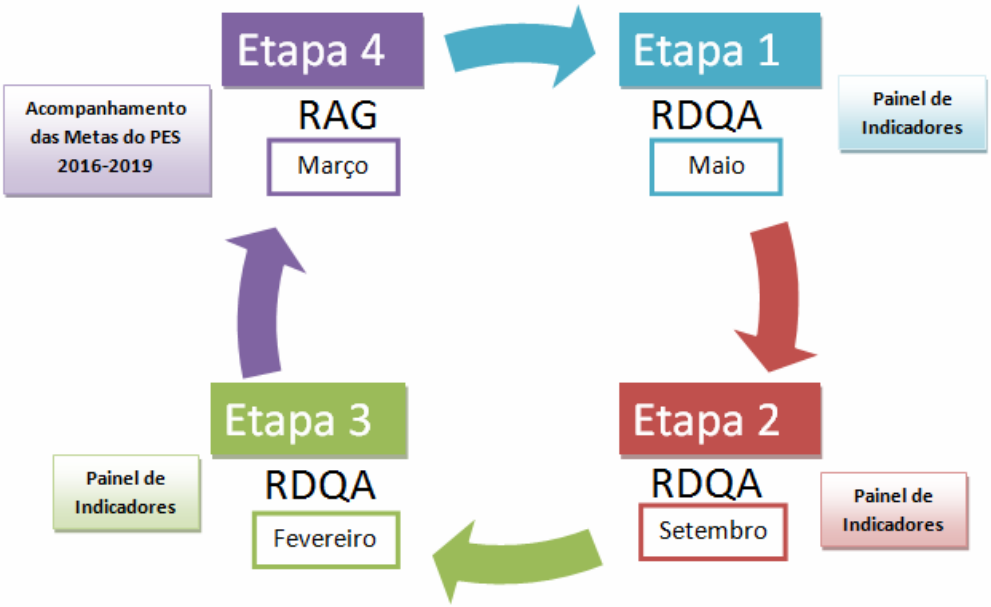
ampliar a utilização desse sistema para o acompanhamento dos objetivos propostos no Mapa Estratégico da SES.

Superar a fragmentação do planejamento, integrar o Plano Estadual de Saúde com o Plano Plurianual, planejar ações de acordo com a viabilidade financeira e orçamentária e, ainda, tornar estes instrumentos de planejamento e gestão ferramentas que efetivamente contribuam para a gestão do sistema de saúde e controle social são desafios para a gestão estadual do SUS.

Metodologia de Monitoramento

A metodologia de monitoramento aqui apresentada visa contribuir para a tomada de decisão dos técnicos e gestores, além de qualificar a prestação de contas das políticas púbicas para a sociedade. Assim, articula tanto os instrumentos e sistemas de gestão preconizados pela legislação do SUS, quanto os disponíveis na SES/RS, em um ciclo anual de monitoramento dividido em quatro etapas.

Figura 51. Ciclo Anual de Monitoramento do PES 2016-2019.



Fonte: Assessoria Técnica e de Planejamento/SES/RS.

As etapas 1, 2 e 3 do Ciclo Anual de Monitoramento visam ter como produto final o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), que permite o acompanhamento das ações desenvolvidas pelo gestor estadual no âmbito do SUS. O monitoramento terá como base o acompanhamento das metas e resultados esperados para a sociedade através de indicadores de saúde dispostos em um painel. Este é constituído por um conjunto de indicadores-chave que permitem o monitoramento de aspectos cruciais e que refletem a execução das ações e serviços de saúde.

Os indicadores, dispostos em painéis e sistemas de acompanhamento de metas, configuram-se como os principais instrumentos de monitoramento. A escolha dos indicadores de monitoramento quadrimestral leva em consideração a relevância do tema, refletindo os resultados para a sociedade, bem como a possibilidade da apuração do dado no referido

período. Nestas etapas, os indicadores serão monitorados quanto ao alcance cumulativo da meta anual pré-estabelecida. Isso permite que os gestores tenham à disposição dados atualizados, a fim de identificar possíveis problemas de execução ao longo do ano que poderiam inviabilizar o alcance da meta anual.

A etapa 4 visa concluir o Ciclo Anual de Monitoramento, avaliando todas as metas do PES 2016-2019 e as respectivas ações da Programação Anual de Saúde daquele ano. Cada meta será monitorada quanto ao proposto para aquele período, analisando-se como foi a implementação das ações, apurando possíveis problemas e redirecionando o planejamento para o próximo ano. Na avaliação, será verificado se as ações desenvolvidas pelas políticas obtiveram resultados e impactos na sociedade, por meio da análise dos indicadores presentes no painel de monitoramento e através de pesquisas de acordo com a área de intervenção.

O monitoramento e a avaliação na SES/RS são instituídos formalmente através da Portaria Estadual n° 64/2003, que criou o Grupo de Trabalho para o Monitoramento da Gestão em Saúde. Alguns departamentos da SES/RS (Regulação, Ações em Saúde e Vigilância em Saúde) têm Grupos de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação constituídos, ao passo que outros departamentos estão em processo de organização desse dispositivo. Esses grupos compõem o Ciclo de Monitoramento da SES/RS, que é coordenado pelo Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação Estadual.

Com o Ciclo de Monitoramento, pretende-se instituir práticas de análise e avaliação sistemática dos indicadores monitorados nas instâncias de tomada de decisão (CES, CIB, CIR, Colegiado de Diretores), além de efetivar as salas de situação como espaços de monitoramento e avaliação. Anualmente, há o desafio de estabelecer fluxos de monitoramento regional em parceria com as CRS e em consonância com o Planejamento Regional Integrado, consolidando os Planos das Regiões de Saúde pactuados em CIR.

Transparência

A legislação do SUS assegura a transparência e a visibilidade da gestão da saúde, através da ampla divulgação das informações sobre a situação de saúde da população e sobre os serviços disponíveis. A consulta e o acesso aos resultados esperados sobre a política de saúde por meio eletrônico de acesso público e meio físico (incluindo impressos como boletins e informativos), apresentação e discussão no Conselho de Saúde, e realização de audiências são formas de promover a transparência e divulgar os resultados à sociedade.

A SES/RS entende que transparência da gestão é um compromisso com a sociedade e deve estar atrelado aos valores éticos, à competência e à responsabilidade da instituição na implementação de suas ações. A definição clara e detalhada das metas do PES 2016-2019, bem como o monitoramento periódico dos resultados alcançados e da aplicação dos recursos públicos buscam reafirmar o compromisso da SES/RS com a transparência.

O processo de prestação de contas para a sociedade civil ocorre, legalmente, através dos RDQA e RAG, os quais são disponibilizados página <www.ses.rs.gov.br/planejamento>. Diversas informações em saúde para a construção desses relatórios são de utilização pública e estão disponibilizados pelo site do Datasus.

Referências

ALMEIDA, M. G.; SILVA, T. M. G. V.; PEDROSA, J. I. S. Saúde de povos ciganos no Brasil: uma revisão integrativa. **Convibra Saúde – Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde.** 22 a 26 de outubro de 2012. Disponível em: <http://www.convibra.org/upload/paper/2012/69/2012_69_4306.pdf>.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS. **Dados sobre refúgio no Brasil.** Disponível em: <http://www.acnur.org/t3/portugues/recursos/estatisticas/dados-sobre-refugio-no-brasil/>. Acesso em: 17 fev. 2016.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS. **Refúgio no Brasil: uma análise estatística, 2014.** Disponível em: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Estatisticas/Refugio_no_Brasil_2010_2014.pdf?view=1>. Acesso em: 17 fev. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2011. **Perfil dos Municípios Brasileiros 2011.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2011/defaulttab_pdf.shtm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n. 338, de 6 de maio de 2004.** Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.:. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 01/2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 482 de 1º de abril de 2014**. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun 2011. Seção 1, p.109-111.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Poder Executivo, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento. Coordenação-Geral de Economia da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - HIV e Aids. Ano IV nº 1 – da 27ª à 53ª semana epidemiológica - julho a dezembro de 2014 - da 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015. Brasília, dez. 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - HIV e Aids. Ano III - nº 1 - 27ª à 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2013 - Ano III - nº 1 - 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014. Brasília, dez. 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. **Índice de vulnerabilidade juvenil à violência e desigualdade racial 2014**. Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Ministério da Justiça e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 940, de 28 de abril de 2011.** Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Acesso à Informação. **Tabnet**. Indicadores Regionais, Estaduais e Nacionais do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2015 - Rio Grande do Sul. Cobertura equipes atenção básica. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201&id=30504970>. Acesso em: 27/04/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Saúde Mais Perto de Você - Atenção Básica. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#.>. Acesso em: 27/04/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura de Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.>. Acesso em: 27/04/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=sisvan>.

BRASIL. Universidade Aberta do SUS. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. **Curso Política Nacional de Saúde Integral LGBT.** UNASUS/UERJ, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília, 2011.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE/RS. relatório da 7ª Conferência Estadual de Saúde. Disponível em: <http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/1215/leia-relatorio-da-7%EF%BF%BD-conferencia-estadual-de-saude>.

COSTA, A. B.; FONTANARI, A. M.; JACINTO, M. M.; DA SILVA, D. C.; LORENCETTI, E. K.; DA ROSA FILHO, H.T.; *et al*. Population-based HIV prevalence and associated factors in male-to-female transsexuals from Southern Brazil. **Archives of Sexual Behavior**, v.44, n.2, p.521-524, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MULLER, M. I. **"Os médicos nunca me tocaram um dedo! Eu cansei daquele posto!": a percepção das travestis quanto ao atendimento em saúde**. 2007. 46 p. (Especialização em Saúde Pública). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

PORTER, M. E; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS). Disponível em: <http://www.fepps.rs.gov.br/>.

RIO GRANDE DO SUL. Portaria nº 64, de 10 de novembro de 2003. Cria o Grupo de Trabalho para o Monitoramento da Gestão em Saúde. **Diário Oficial do Estado** (RS). 10 de Nov de 2003. p. 52.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual nº 12.560, de 12 julho de 2006**. Institui a Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos no Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. Porto Alegre, 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Estrutura da Secretaria. Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS). Resoluções da CIB/RS. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/286/Resolu%C3%A7%C3%B5es_da_CIB-RS>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB/RS nº 403/2011**. Cria os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) - saúde mental, dentro da Política Estadual da Atenção Básica Porto Alegre, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Página inicial. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Boletins epidemiológicos, v.14, n.2., 2012. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/369/Boletins_epidemiol%C3%B3gicos>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria Estadual nº 503/2014**. Institui a Política de Redução de Danos para o cuidado em álcool e outras drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental e DST/Aids e redefine as Composições de Redução de Danos. Porto Alegre, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB/RS nº 404/2011**. Institui, dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental e de Atenção Básica, Incentivo Financeiro Estadual para implantação pelos municípios de atividades educativas – modalidade Oficinas Terapêuticas do tipo I e do tipo II, na Atenção Básica Porto Alegre, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB/RS nº 66/2013**. Institui nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Estado do Rio Grande do Sul a Linha de Cuidado Integral às Pessoas com Doença Falciforme. Porto Alegre, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB/RS nº 236/2014**. Institui incentivo financeiro aos municípios que implantarem ações da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem (PEAISH) no âmbito da rede SUS do Estado do Rio Grande do Sul, com ênfase no fortalecimento da atenção básica em saúde. Porto Alegre, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria Estadual nº 578/2013**. Alterar a redação da PT/SES nº 569/2012, publicada no DOE em 16 de agosto de 2012, estabelecendo que o repasse financeiro aos municípios habilitados pela CIB/RS ao Primeira Infância Melhor. Porto Alegre, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria Estadual nº 304/2014**. Dispõe sobre medidas para prevenção e combate a situações de risco às doenças associadas à exposição solar. Porto Alegre, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB/RS nº 55/2010**. Aprova a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra. Porto Alegre, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB/RS nº 98/2013**. Estabelece incentivo financeiro à Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ), para qualificar a atenção da saúde da população negra prestada nos municípios com comunidade remanescentes de quilombos, prezando pela corresponsabilização dos três entes federativos. Porto Alegre, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB/RS nº 257/2011**. Aprova a alteração do Incentivo Estadual para habilitação de Equipes Municipais de Saúde Prisional em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas. Porto Alegre, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria Estadual nº 343/2014**. Institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB/RS nº 590/13**. Institui a Rede de Educação em Saúde Coletiva (Resc) no Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Rio Grande do Sul. **Resolução nº 453/2011 - CIB/RS**. Aprova a alteração do repasse financeiro para despesas de investimentos (construção, ampliação, equipamentos e material permanente), presente no artigo 2º da Resolução nº 257/11 - CIB/RS, com teto máximo de R$ 80.000,00 (oitenta mil reais), para relação de equipe de saúde prisional implantada. Porto Alegre, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Segurança Pública. Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE). Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/capa.php>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n.854).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.** Genebra: WHO, 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/eng%20guias%20pop%20vul%20who-1.pdf?ua=1>.

Glossário de Siglas

AB – Atenção Básica
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
ACE - Agende de Combate às Endemias
ADS - Ambulatório de Dermatologia Sanitária
AF - Assistência Farmacêutica
AGAR - Ambulatório de Gestação de Alto Risco
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 de Nacional de Vigilância Sanitária
APAC- Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APH – Atendimento Pré-Hospitalar
APS – Atenção Primária à Saúde
ASSTEPLAN – Assessoria Técnica e de Planejamento
AT – Acidente de Trabalho
AT - Acompanhante Terapêutico
AVC- Acidente Vascular Cerebral
BI - Business Intelligence
CACON- Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CAFF - Centro Administrativo Fernando Ferrari
CAGE- Contadoria e Auditoria-Geral do Estado
CAMMI - Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD– Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPS i– Centros de Atenção Psicossocial Álcool Infância e Adolescência
CASE - Centro de Atendimento Socioeducativo
CATESTO – Câmara Técnica de Sangue, Outros Tecidos e Órgãos
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDCT - Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CDES - Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social
CEAF- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEO- Centro de Especialidades Odontológicas
CEOD – Índice de Dentes Decíduos Cariados, Extraídos e Obturados
CEMM- Comitê Estadual de Mortalidade Materna
CER- Centro Especializado de Reabilitação
CES- Conselho Estadual de Saúde
CESP - Curso de Especialização em Saúde Pública
CEREST – Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador
CESAF - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CGN - Coeficiente Geral de Natalidade
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIEVS - Centro de Informações Estratégicas para a Vigilância em Saúde
CIHDOTT- 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
CMCE - Central de Marcação de Consultas e Exames de Porto Alegre
CMG – Coeficiente de Mortalidade Geral
CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMIT – Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia
CMP - Coeficiente de Mortalidade Perinatal
CMNP – Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce
CMNT – Coeficiente de Mortalidade Neonatal Tardia
CMS- Conselho Municipal de Saúde
CNCDO – Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRAC - Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COAP- Contrato Organizativo de Ação Pública
CODENE- Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do RS
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
CONDISI - Conselho do Distrito Sanitário Especial Indígena
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia
CPOD - Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
COE - Comitê Operativo de Emergência
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
CRIE - Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
CRUE - Central Regional de Urgência e Emergência
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
CT - Comunidade Terapêutica
CTIS - Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde
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
DGTI - Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação
DIC- Doença Isquêmica do Coração
DM – Doença Meningocócica
DM 2 - Diabetes Mellitus 2
DNC - Doenças de Notificação Compulsória

DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DOGES - Departamento de Ouvidoria Geral do SUS
DPT - Vacina Combinada Contra a Difteria, a Coqueluche e o Tétano
DRC - Doença Renal Crônica
DRE - Departamento de Regulação Estadual
DRT – Delegacia Regional do Trabalho
DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena
DST – Doença Sexualmente Transmissível
DTHA – Doença de Transmissão Hídrica e Alimentar
DTV – Doenças Transmitidas por Vetores
DVAS – Doenças Veiculadas por Alimentos
DVAS- Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde
DVE – Divisão de Vigilância Epidemiológica
EABP - Equipe de Atenção básica de Saúde Prisional
EAD - Educação a Distância
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ECR - Equipe de Consultório na Rua
EMSI- Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
ESB- Equipes de Saúde Bucal
ESF- Estratégia de Saúde da Família
ESFQ- Estratégia de Saúde da Família Quilombola
ESP – Escola de Saúde Pública
ETSUS - Escola Técnica do SUS
FAPERGS - Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul
FASE- Fundação de Atendimento Socioeducativo
FEE – Fundação de Economia e Estatística
FEPAGRO - Fundação Estadual de Pesquisa Agropecuária
FEPAM- Fundação Estadual de Proteção Ambiental
FEPPS – Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde
FES – Fundo Estadual de Saúde
FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz
FM - Farmácia Municipal
FME - Farmácia de Medicamentos Especiais
FMS- Fundo Municipal de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FUNAFIR - Fundo de Apoio Financeiro e de Recuperação dos Hospitais Privados, sem Fins Lucrativos, e Hospitais Públicos
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
FNS- Fundação Nacional do SUS
GM – Gabinete do Ministro
GSS- Global Salm Surveilance
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
HIPERDIA- Sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV – Human Papiloma Vírus
HPSP- Hospital Psiquiátrico São Pedro

HSH - Homens que Fazem Sexo com Homens
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
IDSUS - Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde
IIMR- Instrumento de Identificação de Município de Risco
ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMC- Índice de Massa Corporal
INCA - Instituto Nacional do Câncer
IPE- Instituto de Previdência do Estado
IPB-LACEN – Instituto de Pesquisas Biológicas - Laboratório Central do Estado do RS
IPVDF - Instituto de Pesquisa Desidério Finamor
IR - Índice Regional
IRA – Infecção Respiratória Aguda
IRDA - Indicadores de Risco para Perda Auditiva
ICSAB- Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
LAFERGS – Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul
LC - Linha de Cuidado
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LER – Lesão por Esforço Repetitivo
LOA - Lei Orçamentária Anual
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
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
NHE - Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
NIDS – Núcleo de Informação e Divulgação em Saúde
NIS- Núcleo de Informação em Saúde
NOTIVISA- 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
OPM - Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
OT - Oficina Terapêutica

PAB – Piso de Atenção Básica de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários
PAIR- Perda auditiva induzida por ruídos
PAN - Política de Alimentação e Nutrição
PAR- Plano de Ação Regional
PAS - Programação Anual de Saúde
PBF- Programa Bolsa Família
PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PEA - População Economicamente Ativa
PEAISA - Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes
PEAISH - Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem
PECTIS- Política Estadual de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde
PEP - Profilaxia Pós-Exposição
PEPIC - Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares
PES - Plano Estadual de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PIES- Política de Incentivo Estadual à qualificação da Atenção Básica
PIM – Primeira Infância Melhor
PIPMF - Política Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PL - Privação de Liberdade
PMA - Planejamento, Monitoramento e Avaliação
PMAQ- Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica
PMS - Plano Municipal de Saúde
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/IBGE
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral Á Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
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
PNI – Programa Nacional de Imunizações
PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA – Plano Plurianual
PPL - Pessoa Privada de Liberdade
PPP- Projeto Político Pedagógico
PPSES - Política de Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
PROCERGS – Companhia de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul
PROFAPS - Programa de Profissionalização de Técnicos do nível médio
PROSER - Programa de Valorização e Atenção à Saúde Física e Mental dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul
PROTIG - Programa de Identidade de Gênero
PSF – Programa de Saúde da Família
PSE - Programa de Saúde na Escola
PT – Portaria
PTS - Projeto Terapêutico Singular
PVHA - Pessoa Vivendo com HIV/Aids
RAG - Relatório anual de Gestão
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RD - Redução de Danos
RDC - Regulamentação de Diretoria Colegiada da ANVISA

RDQA - Relatório Detalhado do Quadrimentre Anterior
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
RESC - Rede de Educação em Saúde Coletiva
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
RT - Rede Temática
RUE - Rede de Urgência e Emergência
SAA - Sistema de Abastecimento de Água
SAC - Soluções Alternativas Coletivas
SAI - Soluções Individuais de Abastecimento de Água
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU USB - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Unidade de Suporte Básico
SAMU USA - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Unidade de Suporte Avançado
SAMU MT - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Motolância
SAMU VTR - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Veículo de Intervenção Rápida
SARGSUS - Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão
SASI - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SB – Saúde Bucal
SE – Sala de Estabilização
SEAPA - Secretaria da Agricultura, Pecuária e Agronegócio
SPD – Saúde da Pessoa com Deficiência
SEO - Sistema Estadual de Ouvidoria
SEPLAN – Secretaria do Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIAEA - Serviços Integrados na Atenção Especializada Ambulatorial
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
SISLAB – Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
SISMAMA- Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISPIM - Sistema de Informações do PIM
SISPRENATAL – Sistema de Informação do Acompanhamento do Pré-Natal
SIST – Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador
Sistema AME – Sistema Assistência de Medicamentos do Estado
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SJDH - Secretaria de Justiça e Direitos Humanos
SL - Semiliberdade
SME - Sistema de Monitoramento Estratégico

SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNA - Sistema Nacional de Auditoria
SNT – Sistema Nacional de Transplantes
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
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- Triagem Auditiva Neonatal
TARV - Terapia antirretroviral
TASP - Tratamento como Prevenção
TB - Tuberculose
TCE – Tribunal de Contas do Estado
TCU- Tribunal de Contas da União
TDO- Tratamento Diretamente Observado
TEA - Transtorno do Espectro do Autismo
TFD- Tratamento Fora do Domicílio
TI- Taxa de Incidência
TMG - Taxa de Mortalidade Geral
TR - Teste Rápido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSp – Unidade Básica de Saúde Prisional
UCI- Unidade de Cuidados Intermediários
UCINCO - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
UCO - Unidade Coronariana
UCP- Unidade de Cuidados Prolongados
UDM - Unidade Dispensadoras de Medicamentos
UERGS - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
UNACON – Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UPA – Unidade 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 Terapia Intensiva
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 Sincial Respiratório

Anexo

Autores das imagens fotográficas apresentadas no PES 2016-2019

R1 – Ana Paula Salles Chudsini
R2 – Marcos Fracoso
R3 – Mariana Ziani de David
R4 e R5 – Maristela Correa R de Lima
R6 – Vinicio Jair Wallauer
R7 – Ari Miguel Weschefelder
R8 – Corinha Beatriz Ornes Molling
R9 e R10 - Cedida pela Secretaria do Turismo, Esporte e Lazer
R11 – Fernando Gomes
R12 – Patrícia Tatiane Fensterseifer
R13 - Carolina Padilha Vieira Reinehr
R14 – Jorge Felipetto e Gelson Jair Waier
R15 – Ezequiel Weber
R16 – Enauda Luís Kuhn
R17 – Marisa Pacheco
R18 - Marina Shehadih de Moraes
R19 – Volnei Jost
R20 - Guido Lenz
R21 – Dóris Gómez Marcos Schuch
R22 - Edílson Larronda
R23, R24, R25 e R26 – Neiva Maria Zanotto Razera
R27 – Maria Teresinha Rossetto da Silva
R28 – Karine Zewatti Ely
R29 – Jucemir Versatti
R30 – Marcos Cesar Pies