GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

# PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

# 2020-2023

Porto Alegre

2020

**Governador do Estado**
Eduardo Figueiredo Cavalheiro Leite

**Secretária de Estado da Saúde**
Arita Bergmann

**Secretária Adjunta de Estado da Saúde/Diretora-Geral**
Aglaé Regina da Silva

**Presidente do Conselho Estadual da Saúde**
Claudio Augustin

**Assessoria Técnica e de Planejamento**
Cristian Fabiano Guimarães

**Assessoria de Comunicação Social**
Marcelo Ermel da Silva

**Assessoria Jurídica**
Maria Claudia Mulinari

**Fundo Estadual de Saúde**
Meriana Farid El Kek

**Coordenação da Auditoria Médica**
Bruno Leonardo Naundorf Santos

**Ouvidoria do SUS/RS**
Beatriz de Arruda Pereira Galvão

**Departamento Administrativo**
Vera Lucia da Silva Oliveira

**Escola de Saúde Pública**
Terezinha Valduga Cardoso

**Departamento de Ações em Saúde**
Ana Lucia Pires Afonso da Costa

**Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial**
Lisiane Wasem Fagundes

**Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação**
Giovanni Santos

**Departamento de Regulação Estadual**
Eduardo de Albuquerque Nunes Elsade

**Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais**
Suelen da Silva Arduin

**Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica**
Roberto Eduardo Schneiders

**Centro Estadual de Vigilância em Saúde**
Cynthia Goulart Molina Bastos

## Organização / Coordenação Técnica

**Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão**
**(GT PM&A- SES/RS)**

Amanda Ciarlo Ramos - Ouvidoria do SUS/RS
Ana Paula de Carvalho - Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
André Luis Alves de Quevedo - Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
Anelise Hahn Bueno de Oliveira - Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)
Barbara Rejane Machado da Cruz – Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (DGTI)
Beatriz de Arruda Pereira Galvão - Ouvidoria do SUS
Bernardo Paulino Sotero - Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais (DCHE)
Camila Guaranha - Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
Cândida Kirst Bergmann - Departamento de Ações em Saúde (DAS)
Carla Cristina Santos dos Santos - Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
Clarisse da Cunha Lay - Assessoria Jurídica (AJ)
Constantino Marramarco - Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais (DCHE)
Cristiane Fischer Achutti - Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
Denis Oliveira de Bitencorte - Fundo Estadual de Saúde (FES)
Diva Veronica Bartz de Ávila - Fundo Estadual de Saúde (FES)
Elizabeth Frederica Manteufel - Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
Eluisa Benetti Menosso - Departamento de Auditoria do SUS (DEASUS)
Fernanda Duarte Mergel - Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
Flávia Cristina Schuck - Departamento de Regulação Estadual (DRE)
Gabriela Fraga Lima - Assessoria Jurídica (AJ)
Gabriela Soares Custodio de Souza - Departamento de Regulação Estadual (DRE)
Greice Keli Magrin - Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)
Gustavo Cascardi - Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
Guilherme Silva de Farias - Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
Guilherme Barbosa Shimocomaqui - Departamento de Ações em Saúde (DAS)
José Henrique Schwanck Hinkel- Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (DGTI)
Karen Chisini Coutinho - Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
Leandro Oliveira - Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)
Lidia Nicole Ten Cate - Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
Luciana Rocha da Silveira - Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA)
Madalena Peixoto Paulino - Departamento Administrativo (DA)
Maria Elci Fonseca - Assessoria de Comunicação Social (ACS)
Marina do Amaral Schenkel - Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
Marina Meneses Aziz - Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica (CPAF)
Marília Canterle Gonçalves- Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
Patrícia Gross Jacoby - Assessoria de Comunicação Social (ACS)
Paulo Ricardo Bobek - Departamento de Auditoria do SUS (DEASUS)
Rarianne Carvalho Peruhype - Departamento de Ações em Saúde (DAS)
Renata Varela - Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
Richer Rodrigues Ribeiro - Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN)
Rita Mara Chagas Ribeiro - Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA)

Rodrigo Prado da Costa - Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica (CPAF)
Silvana Matos Amaro - Escola de Saúde Pública (ESP)
Tatiane de Cassia Xavier de Oliveira - Departamento Administrativo (DA)

## Colaboradores PES 2020-2023

Aline Campos
Aline Von der Goltz
Alpheu Ferreira do Amaral Junior
Ana Luiza Tonietto Lovato
Andrea Leusin de Carvalho
Andreia Simôni Gnoatto
Anelise Praetzel Schaurich
Annicele da Silva Andrade Gameiro
Camilo de Oliveira Lírio
Carlos Antônio da Silva
Carlos Roberto Goes
Carolina Brandt Gualdi
Carine Teresa Zambonato Ecco
Carla Daiane Silva Rodrigues
Cibele Almeida Gabineski
Clarice Solange Teixeira Batista
Claudete Ivani Panizzi Nunes
Cleonara Bedin
Cristiane Schuller
Daniel Svartman Camiansky
Deise Valerio Vetromilla,
Deyse Borges
Edyane Cardoso Lopes
Fernanda Barreto Mielke
Fernanda Torres de Carvalho
Gisele Mariuse da Silva
Gisleine Lima da Silva
Guilherme de Souza Müller
Iuday Gonçalves Motta
Janilce Dorneles de Quadros
Jaqueline Oliveira Soares,
Jéssica Camila de Sousa Rosa Paranhos
Joana Finkelstein Veras
Juliana Feliciati Hoffmann
Karina Leal Ribeiro
Katia Rosana Lima de Moura
Lieli Dapieve Ceolin
Lisiane Nunes da Fontoura
Loeci Natalina Timm
Luciana Bocaccio Sperb de Freitas
Maísa Beltrame Pedroso
Marcelo de Andrade Batista
Márcia Rosane Moreira Santana
Maria Alice Vieira Lantmann
Marcos Rodrigo de Oliveira Sokoloski
Marilise Fraga de Souza
Marina Gabriela Prado Silvestre
Maurício Reckziegel
Maura Belome da Silva
Miriam Beatriz Bellinaso
Nathaniel Pires Raymundo
Pericles Stehmann Nunes
Priscila Farfan Barroso
Priscilla da Silva Lunardelli
Raíssa Barbieri Ballejo Canto
Renata Maria Dotta
Regina Bones Barcellos
Rogério Fernandes
Rosane Campanher Ramos
Rosangela Sobieszczanski
Sheila Schuch Ferreira
Tainá Nicola
Tani Maria Schilling Ranieri
Tatiana Damiani Lafin
Viviane Cristina Sebben
Volnei da Silva Moreira

**Referências das Coordenadorias Regionais de Saúde no processo de construção dos Diagnósticos Regionais de Saúde do Planejamento Regional Integrado (PRI)**

| CRS | Nome |
|---|---|
| 1ª | Susana Cristina Nunes |
| | Clarita Silva de Souza |
| | Ramsés Araújo |
| 2ª | Eloisa Oliveira dos Santos |
| | Sérgio Luiz Silva Bratkowski |
| | Maicon Cristiano da Cunha |
| 3ª | Maria Carolina Meireles |
| | Elis Regina Medeiros |
| 4ª | Andreia Moro |
| | Bernadete dos Santos Pereira |
| 5ª | Deise Karine Muller |
| | Vanessa Trintinaglia |
| 6ª | Aline Perin |
| | Cândida Luisa Farina Escosteguy |
| 7ª | Mauro Kloppenburg Martin |
| | Lívia Faria Barbiero Rolim |
| 8ª | Carine Comassetto da Rosa |
| | Monica Porto da Silva |
| 9ª | Leticia Nicolodi |
| | Carmen Regina Teixeira |
| | Ivanir Regina da Silva |
| | Solange Teixeira Schuur |
| 10ª | Leonel Paz Bombach |
| | Catia Mirele Flores Leal |

| CRS | Nome |
|---|---|
| 11ª | Renato Luis Zis |
| | Vera Lucia Gritti Zis |
| 12ª | Lori Buske |
| | Camila Manzotti |
| | Silvana Maria Nascimento |
| 13ª | Silvio Carvalho Schuck |
| | Marizane Soares Barbosa |
| 14ª | Débora Bordignon Friedrich |
| | Karina Wahhab Kucharski |
| | Edenilson Freitas Rodrigues |
| 15ª | Guilherme Fortes Machado |
| | Alan Rafael Martins Savariz |
| 16ª | Glademir Schwingel |
| | Alvaro Gustavo Wagner Junqueira |
| | Ariane Jacques Arenhart |
| | Cássia Regina Gotler Medeiros |
| | Fabrícia Rohsig |
| 17ª | Rozeli Rita Rodrigues |
| | Alexandre Wachter Atkinson |
| | Dulcinéia Adriana Hermann Dambros |
| 18ª | Maria Aparecida Famer |
| | Camila Sebastião Model |
| | Maristela Correa Rodrigues de Lima |
| | Ana Cardinale Pereira Souza |
| | Anne Andrea Dockhorn Marth |
| 19ª | Taís Trombetta Dalla Nora |
| | Nair Schuch |
| | Rafaela de Carli Ghedini |
| | Max Vinícius Aparecido de Carvalho |
| | Jeanine Cristina Antoniollo Vargas |

## Sumário

**INTRODUÇÃO** ..... **8**
**ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO GAÚCHO** ..... **16**
**CAPÍTULO I - Análise Situacional** ..... **21**
1. **PANORAMA DEMOGRÁFICO E CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO** ..... 21
**2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA** ..... 33
**2.1 Condições econômicas, sociais, ambientais, de habitação e de trabalho** ..... 33
**2.2 Comportamento e Estilos de Vida** ..... 64
**2.3 Violências** ..... 67
**3. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS** ..... 72
**4. REDES DE ATENÇÃO E PROCESSOS DE GOVERNANÇA** ..... 95
**4.1 Atenção Primária à Saúde (APS)** ..... 95
**4.2 Saúde Bucal** ..... 111
**4.3 Atenção Psicossocial** ..... 112
**4.4 Atenção Materno-Paterno-Infantil** ..... 116
**4.5 Atenção à Pessoa com Deficiência** ..... 121
**4.6 Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis** ..... 126
4.6.1 Atenção ao Paciente com Sobrepeso e Obesidade ..... 128
4.6.2 Rede de Atenção à Pessoa com Doença Renal Crônica ..... 130
4.6.3 Atenção às Doenças Cardiovasculares ..... 131
4.6.4 Atenção ao Paciente Oncológico ..... 133
4.6.5 Atenção ao Paciente Neurológico ..... 141
4.6.6 Atenção à Traumatologia-Ortopedia ..... 146
4.6.7 Atenção às Pessoas com Doenças Raras ..... 148
4.7 Atenção Especializada no Processo Transexualizador ..... 150
4.8 Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ..... 151
4.9 Atenção às Urgências ..... 154
4.9.1 Transplantes de Órgãos/Tecidos ..... 158
**4.10 Estabelecimentos Estaduais Próprios** ..... 159
**4.11 Assistência Farmacêutica** ..... 163
**4.12 Vigilância em Saúde** ..... 176
**4.13 Regulação do Acesso** ..... 182
**4.14 Leitos de internação clínico, cirúrgico e UTI** ..... 185
**4.15 Hemorrede Estadual** ..... 191
**5. MACROPROCESSOS DE GOVERNANÇA DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS** ..... 193
**5.1. Instâncias de Pactuação Intergestores** ..... 193

**5.2. Planejamento Regional Integrado (PRI)** ..... 194
**5.3. Participação Social** ..... 195
5.3.1 Controle Social ..... 195
5.3.2 Ouvidoria do SUS - SES/RS ..... 196
**5.4 Implantação de Sistemas de Informação e Utilização de Informação para Tomada de Decisão** 198
**5.5 Auditoria** ..... 199
**5.6 Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde** ..... 200
**5.7 Gestão do Trabalho** ..... 203
**5.8 Financiamento** ..... 210
**5.9 Judicialização em Saúde** ..... 213
**6 NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) E A COVID-19 ..... 215**
6.1 **Ações da SES/RS no enfrentamento à pandemia da COVID-19** ..... 223
**CAPÍTULO II - Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores ..... 241**
**DIRETRIZ** ..... 245
**CAPÍTULO III - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO ..... 252**
**1. Análise das Metas do PES 2016-2019** ..... 253
**2. Metodologia de Monitoramento das Metas do PES 2020-2023** ..... 256
**3. Transparência** ..... 256
**Referências ..... 257**
**Lista de Siglas ..... 272**

## Lista de Figuras, Quadros e Tabelas

**Figura 1.** Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde, RS, 2019. 16
**Figura 2.** Distribuição da população por sexo e faixa etária, RS, 2010 e 2019. 21
**Figura 3.** Distribuição populacional estimada, por Região de Saúde, RS, 2019. 23
**Figura 4.** Coeficiente Geral de Natalidade, por Região de Saúde, RS, 2018. 24
**Figura 5.** Taxa de prematuridade (%) e proporção de baixo peso ao nascer, RS, 2015-2019. 25
**Figura 6.** Proporção (%) de parto normal, RS, 2014-2019. 26
**Figura 7.** Proporção de parto normal, por Região de Saúde, RS, 2019. 26
**Figura 8.** Distribuição da população idosa, por Região de Saúde, RS, 2018. 27
**Figura 9.** Distribuição da população indígena, por Região de Saúde, RS, 2019. 28
**Figura 10**. Percentual da população por raça/cor, RS, 2010. 29
**Figura 11.** Distribuição de comunidades remanescentes de quilombo certificadas, por Região de Saúde, RS, 2019. 30
**Figura 12.** Municípios com maior número de pessoas em situação de rua registradas no CADÚNICO, RS, 2019. 33
**Figura 13.** Composição do Valor Adicionado Bruto, RS, 2017. 34
**Figura 14.** Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* (em R$), por Região de Saúde, RS, 2017. 35
**Figura 15.** Cobertura de planos de saúde privados*, por Região de Saúde, RS, 2018. 36
**Figura 16.** Percentual de pessoas de 14 anos ou mais de idade, por nível de instrução, RS, 2016-2019. 37
**Figura 17.** Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese) Bloco Educação, por Região de Saúde, RS, 2016. 39
**Figura 18.** Rendimento médio real do trabalho principal, habitualmente recebido por mês, pelas pessoas de 14 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, com rendimento de trabalho (Reais), RS, 2019-2020. 40
**Figura 19.** Pessoas de 14 anos ou mais de idade, total, na força de trabalho, por nível de instrução, RS, 2019-2020. 41
**Figura 20.** Quantidade de requerentes de seguro-desemprego trabalhador formal, RS, 2019-2020. 42
**Figura 21.** Vagas oferecidas no Sistema Nacional de Emprego (SINE), RS, 2019-2020. 42
**Figura 22.** Saldo de admissões menos desligamentos no mês de referência, RS, 2019-2020. 43
**Figura 23.** Notificações de agravos à saúde do trabalhador, RS, 2016-2019. 44
**Figura 24.** Percentual de casos registrados no SINAN, cuja exposição/ contaminação foi decorrente do trabalho ou ocupação, RS, 2011-2019. 45
**Figura 25.** Mapa de identificação de municípios silenciosos para registro de intoxicações agudas por agrotóxicos, RS, 2011-2019. 46
**Figura 26.** Taxa de notificação de casos de intoxicação aguda por agrotóxicos (100.000 habitantes), RS, 2011-2019. 47
**Figura 27**. Quantificações de agrotóxicos na água para consumo humano por Região de Saúde, RS, 2016-2019. 50
**Figura 28.** Proporção de municípios em risco crítico na Classificação do IIMR, para risco atmosférico, por Região de Saúde, RS, 2017. 52

**Figura 29.** Situações de emergência decretadas nos municípios devido a eventos climáticos extremos e percentual médio da população atingida por estas ocorrências, RS, 2003-2018. 53

**Figura 30.** Porcentagem de domicílios por tipo de serviço de saneamento, RS, 2019. 54

**Figura 31.** Proporção de Amostras de Água com Presença de *Escherichia coli* em SAC, por Região de Saúde, RS, 2019. 56

**Figura 32.** Municípios com detecção e/ou quantificação de *Giardia* e/ou *Cryptoporidium*, RS, 2012-2018. 57

**Figura 33.** Regiões de Saúde que apresentaram amostras com flúor acima do valor máximo permitido (1,5 mg/L), em Solução Alternativa Coletiva (SAC), RS, 2019. 58

**Figura 34.** Mapeamento de municípios com índices de infestação predial maior que 1 (um) distribuídos nos municípios infestados por *Aedes aegypti,* RS, 2019. 60

**Figura 35.** Municípios com presença e ataque de espécies de Simulídeo (coletas entomológicas de 2006 a 2018) e localização dos medidores fixos de vazão, RS, 2018. 61

**Figura 36.** Municípios com identificação de Escorpião Amarelo, RS, 2001-2019. 62

**Figura 37.** Áreas de risco por adequabilidade ambiental para circulação de Febre Amarela entre primatas não humanos e vetores, RS, 2019. 63

**Figura 38.** Amostras de mamíferos enviadas ao Instituto de Pesquisas Veterinárias Desidério Finamor para detecção de vírus rábico, por município, RS, 2019. 64

**Figura 39.** *Ranking* dos 17 principais fatores de risco, do nível 2, para todas as causas de *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) padronizados por idade, para ambos os sexos, em 2015, por Unidade Federativa do Brasil, GBD Brasil, 2015. 66

**Figura 40.** Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), RS, 2019. 67

**Figura 41.** Notificações de Violência Sexual contra crianças e adolescentes, RS, 2017-2019*. 68

**Figura 42.** Série histórica do número de feminicídios, RS, 2014-2019. 69

**Figura 43.** Notificação de violência segundo orientação sexual (exceto heterossexual), RS, 2014-2017. 69

**Figura 44.** Notificação de violência, segundo identidade de gênero (travesti, mulheres e homens transexuais), por sexo, RS, 2014-2017. 70

**Figura 45.** *Ranking* do percentual total de DALYs, ambos os sexos, todas as idades, RS, 1990-2017. 73

**Figura 46.** Taxa de Internações pelo SUS da população residente pelos cinco principais capítulos do CID-10 (10.000 habitantes), RS, 2014-2018. 76

**Figura 47.** Cinco principais causas de internações pelo SUS da população residente, por grupo etário e capítulos do CID-10 (%), RS, 2018. 78

**Figura 48.** Casos confirmados de Hepatites Virais A, B, C. RS, 2015-2019*. 79

**Figura 49.** Número de casos novos de Hanseníase, RS, 2015-2019. 80

**Figura 50**. Número de casos novos de HIV notificados, por ano de diagnóstico, RS, 2015-2019. 80

**Figura 51.** Casos de HIV (número e percentual) notificados no SINAN, segundo categoria de exposição hierarquizada, por sexo e ano de diagnóstico, RS, 2013-2017. 81

**Figura 52**. Taxa bruta de óbitos por Aids (100.000 habitantes), RS, 2015-2019. 82

**Figura 53.** Taxa de casos novos de Tuberculose (100.000 habitantes), RS, 2013-2019. 83

**Figura 54.** Série histórica dos percentuais de testagem, diagnóstico de casos novos de Tuberculose, coinfecção HIV-TB e abandono de tratamento entre os coinfectados, RS, 2014-2018. 83

**Figura 55**. Taxa de incidência de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos), RS, 2015-2019. 84

**Figura 56**. Taxa de Incidência de Sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos), RS, 2015-2019. 85

**Figura 57.** Proporção (%) de Internações SUS por Transtornos Mentais Comportamentais (TMC), RS, 2015-2019. 86

**Figura 58.** Taxa de internações SUS por risco de suicídio (100.000 habitantes), por Macrorregião de Saúde, RS, 2015-2019. 89

**Figura 59.** Taxa de mortalidade da população residente pelos cinco principais capítulos da CID-10 (1.000 habitantes), RS, 2014-2018. 90

**Figura 60.** Cinco principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID-10 (%), RS, 2018. 92

**Figura 61.** Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), RS, 2014-2018. 93

**Figura 62**. Razão de mortalidade materna por Região de Saúde, RS, 2018. 95

**Figura 63.** Cobertura de Estratégia Saúde da Família, por Região de Saúde, RS, 2019. 96

**Figura 64.** Cobertura de Atenção Básica, por Região de Saúde, RS, 2019. 97

**Figura 65**. Percentual de atendimentos das equipes de Consultório na Rua, por condição avaliada, RS, 2015-2019. 108

**Figura 66.** Dispositivos da RAPS na Atenção Primária à Saúde, RS, 2020. 115

**Figura 67.** Dispositivos da RAPS na Atenção Secundária e Terciária, RS, 2020. 116

**Figura 68.** Distribuição dos Ambulatórios de Gestação de Alto Risco no RS, 2019. 120

**Figura 69.** Distribuição das referências nas Reabilitações Física, Auditiva e Visual, por Região de Saúde, RS, 2019. 123

**Figura 70.** Distribuição das referências na Reabilitação Intelectual, por Região de Saúde, RS, 2019. 124

**Figura 71.** Unidades Hospitalares componentes da Rede de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade e suas referências, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2019. 129

**Figura 72.** Distribuição dos serviços para Tratamento de Substituição da Função Renal (TRS), por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2019. 131

**Figura 73.** Distribuição dos Serviços de Atenção Oncológica - CACON, UNACON, Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica, por Região de Saúde, RS, 2020. 134

**Figura 74.** Série histórica de exame citopatológico de colo do útero e de mamografia de rastreamento realizados, RS, 2017-2019. 136

**Figura 75.** Série histórica de endoscopias digestivas altas, colonoscopias e retossigmoidoscopias realizadas, RS, 2017-2019. 139

**Figura 76.** Série histórica de cirurgias oncológicas e cirurgias sequenciais em oncologia, RS, 2017-2019. 140

**Figura 77.** Série histórica de procedimentos quimioterápicos, RS, 2017-2019. 140

**Figura 78**. Série histórica do percentual de quimioterapias paliativas, RS, 2017-2019. 141

**Figura 79.** Distribuição das Unidades de Assistência/Atendimento de Alta Complexidade em Neurologia e Neurocirurgia, por Região de Saúde, RS, 2019. 143

**Figura 80.** Distribuição dos hospitais habilitados na Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC), por Região de Saúde e área de abrangência, RS, 2019. 144
**Figura 81.** Rede de Média e Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2019. 147
**Figura 82.** Fila de espera ativa de solicitações cadastradas no sistema GERCON na especialidade Saúde Mental -Transexualidade, RS, 2016-2019. 150
**Figura 83.** Serviços para atendimento ao usuário HIV/Aids, RS, 2020. 151
**Figura 84**. Total de tratamentos deferidos ou em reavaliação do Programa de Medicamentos Especiais da SES/RS, no mês de dezembro, RS, 2016-2019. 168
**Figura 85.** Total de tratamentos deferidos ou em reavaliação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, no mês de dezembro, RS, 2016-2019. 169
**Figura 86.** Total de usuários residentes em Porto Alegre contemplados no Programa Dieta em Casa, no período de janeiro a dezembro, RS, 2019. 169
**Figura 87.** Percentual (%) de cobertura vacinal por imunobiológico selecionado, RS, 2014-2018. 178
**Figura 88.** Percentual (%) de cobertura vacinal na Campanha Nacional contra a Influenza, RS, 2015-2019. 179
**Figura 89.** Série histórica dos quantitativos de consultas e exames regulados, RS, 2014-2019. 183
**Figura 90.** Mapa de implantação do sistema GERINT nos hospitais, RS, 2020. 184
**Figura 91.** Leitos de Internação Clínica Adulto SUS e Não SUS por Região de Saúde, RS, 2019. 186
**Figura 92.** Leitos de Internação Clínica Adulto SUS por Região de Saúde, RS, 2019. 186
**Figura 93.** Leitos de Internação Cirúrgica Adulto SUS e Não SUS por Região de Saúde, RS, 2019. 187
**Figura 94.** Leitos de Internação Clínica Adulto SUS por Região de Saúde, RS, 2019. 188
**Figura 95.** Leitos de internação pediátrica (clínicos e cirúrgicos) SUS e Não SUS por Região de Saúde, RS, 2019. 188
**Figura 96.** Leitos de Internação Pediátrica (Clínica e Cirúrgica) SUS por Região de Saúde, RS, 2019. 189
**Figura 97.** Leitos de UTI Adulto SUS e Não SUS por Macrorregião de Saúde, RS, 2019. 190
**Figura 98.** Leitos de UTI Pediátrica SUS e Não SUS por Macrorregião de Saúde, RS, 2019. 190
**Figura 99.** Rede de Ouvidorias municipais e pontos de resposta, RS, 2019. 197
**Figura 100.** Manifestações e percentual de respostas dentro do prazo (30 dias), Ouvidoria do SUS-SES/RS, 2015-2019. 198
**Figura 101.** Recursos Humanos, por vínculo empregatício, SES/RS, 2019. 203
**Figura 102.** Composição da Força de Trabalho, segundo Regime Previdenciário, SES/RS, 2019. 204
**Figura 103**. Composição da Força de Trabalho, por faixa etária, SES/RS, 2019. 204
**Figura 104.** Composição da Força de Trabalho, por tempo de serviço, SES/RS, 2019. 205
**Figura 105.** Nível de Escolaridade dos servidores do Quadro da SES/RS, 2019. 205
**Figura 106.** Distribuição da Força de Trabalho, segundo lotação por unidade de trabalho, SES/RS, 2020. 206
**Figura 107.** Quantitativo de servidores, conforme área de atuação (interna ou externa), SES/RS, 2020. 207
**Figura 108.** Quantitativo de profissionais, por categoria, SES/RS, 2019. 207

**Figura 109.** Série histórica do ingresso de servidores, SES/RS, 2015-2019. 208
**Figura 110.** Série histórica das vacâncias de servidores, SES/RS, 2015-2019. 208
**Figura 111.** Servidores estaduais afastados em Licença para Tratamento de Saúde, RS, 2008-2019. 209
**Figura 112.** Mapa da Despesa total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (recursos municipais, estaduais e federais) *per capita* por Região de Saúde, RS, 2017. 211
**Figura 113**. Transferências de recursos estaduais do RS aos Fundos Municipais de Saúde por subfunção orçamentária per capita, RS, 2017. 212
**Figura 114.** Demandas judiciais na SES/RS, por tipo, RS, 2017-2019. 214
**Figura 115.** Incidência cumulativa por 100.000 habitantes de hospitalizações, internações em UTI e óbitos por SRAG confirmados para COVID-19, segundo faixa etária, até setembro de 2020, RS. 217
**Figura 116**. Número de casos de SRAG hospitalizados, confirmados para COVID-19, segundo raça/cor, RS, 2020. 217
**Figura 117**. Número de óbitos de SRAG, confirmados para COVID-19, segundo raça/cor, RS, 2020. 218
**Figura 118**. Percentual de letalidade hospitalar de casos de SRAG confirmados para COVID-19, segundo grau de escolaridade, RS, 2020. 218
**Figura 119**. Hospitalizações por SRAG, até a SE 39, segundo confirmação para COVID-19, RS, 2020. 219
**Figura 120**. Óbitos por COVID-19 por semana epidemiológica, RS, 2020. 219
**Figura 121**. Evolução do número de casos confirmados de COVID-19, por semana epidemiológica de início dos sintomas, RS, 2020. 220
**Figura 122**. Incidência cumulativa de hospitalizações e taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, por Região COVID-19, RS, 2020. 221
**Figura 123**. Número de trabalhadores da saúde confirmados para COVID-19, segundo ocupação, RS, 2020. 222
**Figura 124.** Monitoramento de ocupação de leitos, uso de respiradores e internações hospitalares por COVID-19, RS, 2020. 232
**Figura 125.** Instrumentos utilizados na construção do Plano Estadual de Saúde 2020-2023. 241
**Figura 126.** Mapa estratégico da Secretaria Estadual de Saúde, RS, 2019. 242
**Figura 127.** Esquema das relações entre os destinatários da gestão estadual do SUS abordadas nos objetivos do PES 2020-2023, RS. 244
**Figura 128.** Percentual de atingimento das 140 metas do PES 2016-2019, RS, 2020. 253
**Quadro 1.** Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Municípios, RS, 2019. 17
**Quadro 2.** Resultados do Telessaúde, RS, 2013-2019. 102
**Quadro 3.** Cobertura e investimentos em Saúde Prisional, RS, 2019. 103
**Quadro 4.** Novos Casos de Tuberculose na População Privada de Liberdade, RS, 2018. 104
**Quadro 5.** Serviços de Atenção Primária à Saúde disponibilizados, RS, competência dezembro de 2019. 110
**Quadro 6.** Áreas de atendimento, público-alvo e atendimento disponibilizado pela RCPcD, RS, 2020. 125
**Quadro 7.** Distribuição da Rede Estadual de Alta Complexidade Cardiovascular, por Macrorregião e Região de Saúde, RS, 2019. 132

**Quadro 8.** Distribuição das referências hospitalares para tratamento dos cânceres de cabeça e pescoço (câncer bucal) e do SNC, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2019. 135

**Quadro 9.** Organização do acesso a medicamentos Essenciais no SUS, conforme orientação da RENAME 2020, por: elenco, medicamentos/necessidades de saúde, financiamento, logística e local de dispensação. 164

**Quadro 10 -** Valor total de repasse para a Assistência Farmacêutica Básica dos municípios e o total referente ao ano em exercício, 2015-2019. 165

**Quadro 11.** Número de municípios habilitados no eixo Estrutura do programa Qualifar-SUS, RS, 2012 -2019. 172

**Quadro 12**. Total de unidades de protetores solares dispensados aos usuários, RS, 2014-2019. 172

**Quadro 13.** Relação dos hemocentros do estado, RS, 2020. 191

**Quadro 14.** Percentual da folha de pagamento por categoria de valores salariais, SES/RS, 2020. 210

**Quadro 15** – Distribuição das habilitações de leitos COVID-19, por macrorregião de saúde, CRS, município e estabelecimento hospitalar, RS, 2020. 227

**Quadro 16** – Distribuição do número de leitos de cuidados prolongados em HPPs utilizados para atendimento de pacientes oriundos de leitos clínicos e de UTI COVID-19, RS, 2020. 229

**Quadro 17** – Repasses financeiros ingressos do Fundo Nacional de Saúde para enfrentamento à pandemia da COVID-19, RS, 2020. 237

**Quadro 18** – Repasse de recursos de emendas parlamentares estaduais para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, RS, 2020. 239

**Quadro 19.** Resultado dos Indicadores de Resultado do PES 2016-2019, RS, 2020. 254

**Tabela 1.** Projeção da distribuição da população, por sexo e faixa etária, RS, 2019. 22

**Tabela 2.** Número de quantificações por resíduo de agrotóxico no tratamento da água, RS, 2016-2019. 48

**Tabela 3.** Quantificações de agrotóxicos acima do Valor Máximo Permitido, municípios selecionados, RS, 2016-2019. 51

**Tabela 4.** Notificação de violência segundo raça/cor negra, sexo e motivação da violência, RS, 2014-2017. 71

**Tabela 5.** Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) por Região de Saúde de origem do usuário e dispositivos de Saúde Mental (SM) instalados, RS, 2019. 87

**Tabela 6.** Número de óbitos maternos, nascimentos e razão de mortalidade materna, RS, 2014-2019*. 94

**Tabela 7** – Comparação entre os parâmetros de procedimentos da Portaria MS Nº 1.399/2019, a produção mínima para o RS e os valores de produção do RS, 2019. 137

**Tabela 8.** Internações hospitalares por procedimentos neurocirúrgicos, RS, 2015-2019. 145

**Tabela 9** – Produtividade no atendimento ambulatorial na Atenção às Doenças Raras, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, 2017-2020. 149

**Tabela 10.** Cobertura por Tipo de Unidade da frota SAMU, RS, 2020. 155

**Tabela 11.** Quantitativo de notificações de morte encefálica e doadores efetivos, RS, 2016-2019. 158

**Tabela 12.** Número de órgãos sólidos transplantados, RS, 2016-2019. 158

# INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde (PES) 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. A partir da análise situacional do território e dos demais instrumentos de planejamento, foi definida a diretriz, os objetivos e as metas a serem alcançados no período de 2020 a 2023 e identificada a estratégia para o monitoramento e a avaliação das metas previstas no âmbito estadual.

A elaboração do PES foi coordenada pelo **Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação** (GT PMA), com a participação do **Conselho Estadual de Saúde** (CES/RS).

O PES 2020-2023 está organizado de acordo com a Portaria de Consolidação MS Nº 1/2017, 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 a diretriz, os objetivos e as 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, considerando os seguintes tópicos: Panorama Demográfico e Características da População, Determinantes e Condicionantes do Processo Saúde-Doença, Características Epidemiológicas, Redes de Atenção e Processos de Governança e Macroprocessos de Governança da Gestão Estadual do SUS. Para tanto, foi analisado um conjunto de indicadores demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, de capacidade instalada e de cobertura da Rede de Atenção de Saúde nos recortes regionais e macrorregionais de saúde.

O segundo capítulo dispõe sobre **a Diretriz, os Objetivos, as Metas e os Indicadores (DOMI)** definidos para o período de quatro anos. Além de priorizar os problemas identificados na análise situacional, as ações estabelecidas foram compatibilizadas com o Plano Plurianual (PPA) 2020-2023, Projetos Agregadores e Estratégicos do governo e Mapa Estratégico da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) visando harmonizar o planejamento setorial da saúde com o planejamento geral do governo. Neste capítulo, também foram incorporadas as propostas da 8ª Conferência Estadual de Saúde, realizada em maio de 2019, e as necessidades de saúde identificadas nos 30 Diagnósticos Regionais elencadas no Planejamento Regional Integrado (PRI), que tiveram base nos planos municipais de saúde e nas pactuações regionais, processo que envolveu técnicos e gestores municipais e estaduais.

O terceiro e último capítulo versa sobre o **Monitoramento e Avaliação** das metas propostas neste documento, visando à institucionalização e transparência do processo de prestação de contas perante os gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Neste capítulo, é apresentada a análise do alcance das metas do PES 2016-2019 e discutido de que forma o monitoramento auxilia no redirecionamento das estratégias propostas. Por fim, são explicitados os critérios para acompanhamento do PES 2020-2023 pela gestão, controle social e população em geral, apontando os instrumentos que serão utilizados.

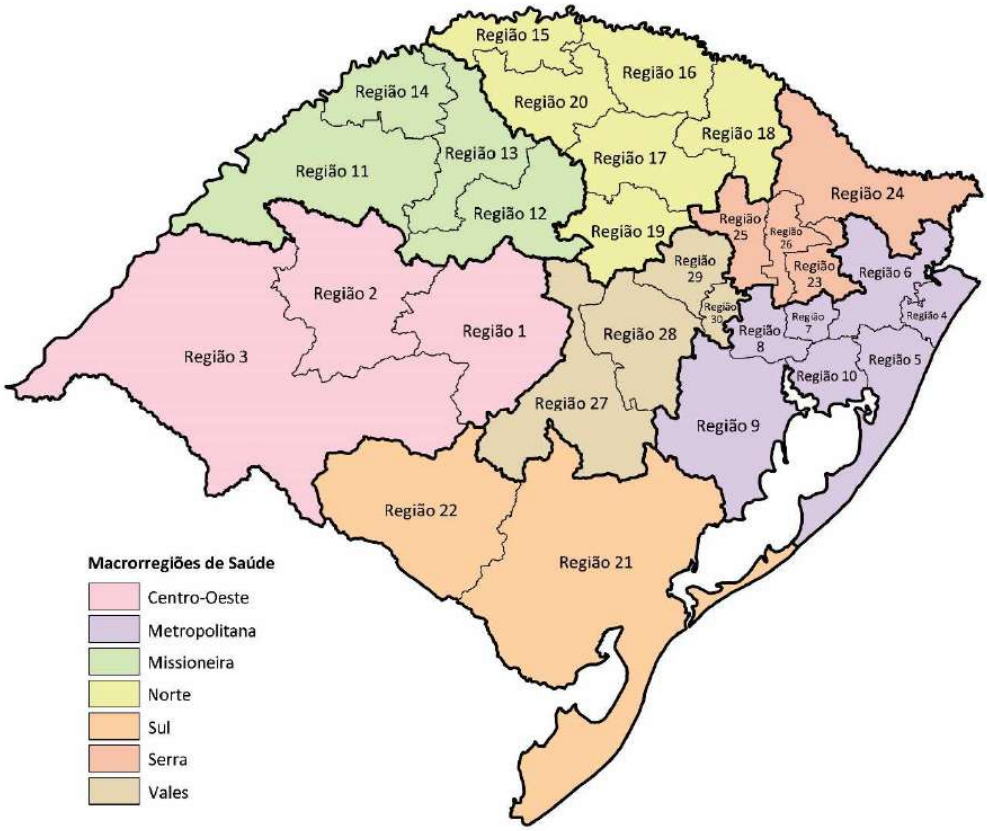
A construção e a finalização deste Plano se deu em meio à resposta para a pandemia do novo Coronavírus (COVID-19), agravo de saúde mundial que trouxe desafios para a gestão da saúde no RS, no sentido de produzir ações rápidas e necessárias, bem como orientações para as ações em saúde e a pactuação entre os gestores. Além de fazer a gestão da crise junto aos profissionais que realizam a atenção à saúde aos usuários, também foi necessário atuar diretamente nos serviços de saúde sob a

gestão do estado do RS. Assim, no Capítulo 1, item 6 - Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) e a COVID-19 são apresentados o perfil dos casos da doença no RS, bem como as ações desenvolvidas pela SES/RS para o enfrentamento da pandemia e no Capítulo 3 – Monitoramento e Avaliação, estão as metas pactuadas pela SES/RS relacionadas à COVID-19.

## ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO GAÚCHO

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) exige a definição de Regiões e Macrorregiões de Saúde, o que implica a definição de limites geográficos e populacionais, bem como o estabelecimento do rol das ações e serviços de saúde ofertados nestes territórios. O Rio Grande do Sul (RS) possui 30 Regiões de Saúde e sete (7) Macrorregiões de Saúde, que são a base para o planejamento em saúde (Figura 1).

**Figura 1.** Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

As 30 **Regiões de Saúde** são espaços geográficos contínuos constituídos por um agrupamento de municípios limítrofes, delimitados 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. As Regiões de Saúde foram instituídas através das Resoluções CIB/RS Nº 555/2012, Nº 26/2013 e Nº 499/2014.

As sete **Macrorregiões de Saúde** do RS (Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Sul, Serra e Vales) foram definidas através da Resolução CIB/RS Nº 192/2002, na construção do Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde do estado do RS, e foram revalidadas na Resolução CIB/RS Nº 188/2018. As Macrorregiões de Saúde visam garantir organização para ações de proteção, apoio diagnóstico e atendimento ambulatorial e hospitalar. Nas Macrorregiões, estão inseridos hospitais de

referência macrorregional, com capacidade de atender os casos mais complexos, dispondo de referências para as Regiões de Saúde que a compõem ou que devem ser objeto de investimento para suprir essa necessidade.

As **Coordenadorias Regionais de Saúde** (CRS) são instâncias administrativas da SES/RS 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.

A organização dos municípios nas Regiões, Coordenadorias Regionais e Macrorregiões de Saúde pode ser visualizada no Quadro 1.

**Quadro 1.** Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Municípios, RS, 2019.

| Macrorregião de Saúde | Coordenadoria Regional de Saúde | Região de Saúde | Município |
|---|---|---|---|
| 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 |
| | | 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 |
| | 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 |
| 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 |
| | | 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 |
| | | 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 |
| | 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 |
| | | R10 - Capital/Vale do Gravataí | Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, **Porto Alegre** e Viamão |

| Macrorregião de Saúde | Coordenadoria Regional de Saúde | Região de Saúde | Município |
|---|---|---|---|
| Metropolitana | 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 |
| | | R5 - Bons Ventos | Balneário Pinhal, Capivari do Sul, Caraá, Cidreira, Imbé, Mostardas, **Osório**, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares e Tramandaí |
| Missioneira | 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 |
| | 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 |
| | 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 |
| | 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 |
| 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 |
| | | 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 |

| Macrorregião de Saúde | Coordenadoria Regional de Saúde | Região de Saúde | Município |
|---|---|---|---|
| Norte | 6ª CRS | R19 - Região do Botucaraí | Alto Alegre, Arvorezinha, Barros Cassal, Campos Borges, Espumoso, Fontoura Xavier, Ibirapuitã, Itapuca, Lagoão, Mormaço, Soledade, Tapera, Tio Hugo e Tunas |
| | 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 |
| | 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 |
| | 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 |
| Serra | 5ª CRS | R23 - Caxias e Hortências | Canela, **Caxias do Sul**, Gramado, Linha Nova, Nova Petrópolis e Picada Café |
| | | 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 |
| | | 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 |
| | | 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 |

| Macrorregião de Saúde | Coordenadoria Regional de Saúde | Região de Saúde | Município |
|---|---|---|---|
| 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 |
| | 7ª CRS | R22 - Pampa | Aceguá, **Bagé**, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra e Lavras do Sul |
| 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 |
| | 13ª CRS | R28 - Vale do Rio Pardo | 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 |
| | 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 |
| | | R30 - Vale da Luz | Bom Retiro do Sul, Colinas, Estrela, Fazenda Vilanova, Imigrante, Paverama, Poço das Antas, Taquari, Teutônia, Westfália |

*Os municípios em negrito no Quadro 1 correspondem à sede da CRS, sendo que o município sede da 1ª e da 2ª CRS é Porto Alegre. Fonte: SES/RS.

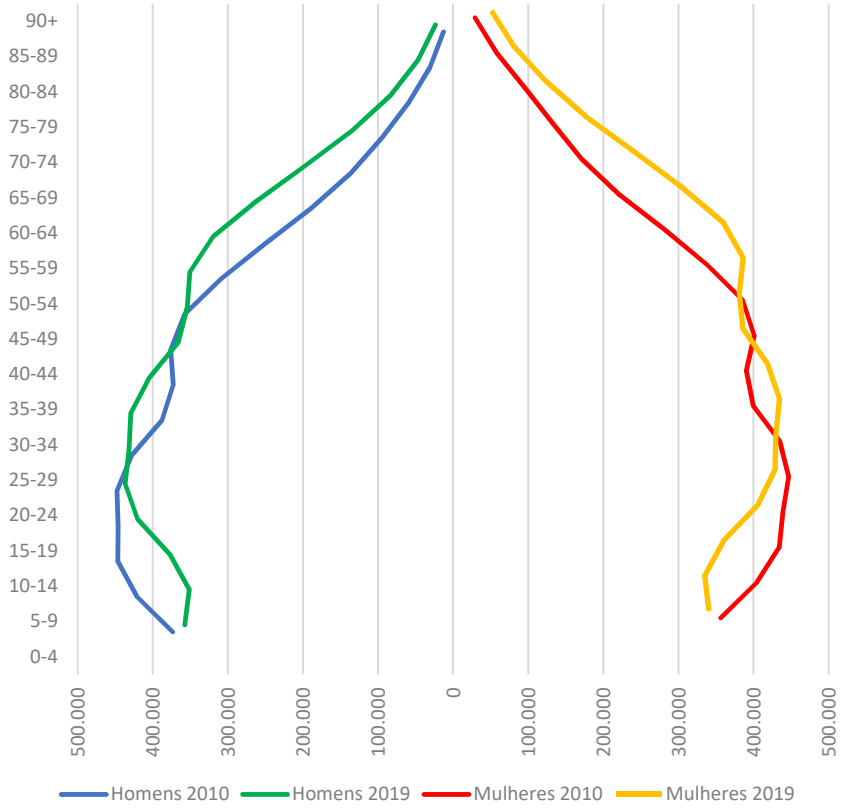
# CAPÍTULO I - Análise Situacional

## 1. Panorama Demográfico e Características da População

A estimativa populacional do estado do Rio Grande do Sul (RS) para o ano de 2019, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 11.377.239 pessoas, representando 5,4% da população brasileira. Desde o último Censo Demográfico, houve um aumento de 6% da população gaúcha, que era de 10.693.929 habitantes em 2010.

Comparando-se o ano de 2010 com as projeções do IBGE para 2019, percebe-se diminuição da população na faixa etária dos 5 aos 29 anos e de 40 a 49 anos, conforme a Figura 2. A partir da faixa etária de 50 a 54 anos ocorre uma inversão, sendo que a população passa a crescer proporcionalmente. Observa-se o estreitamento da pirâmide em 2019 nas faixas etárias de 0 a 24 anos em comparação a 2010, enquanto a partir dos 55 anos há aumento de população em ambos os sexos. Destaque para as faixas etárias a partir dos 80 anos de idade, que apresentaram importante crescimento ao longo dos anos.

**Figura 2.** Distribuição da população por sexo e faixa etária, RS, 2010 e 2019.




Fonte: IBGE.

Ainda referente às projeções de 2019, a inversão na proporção do grupo de mulheres em relação ao de homens ocorre mais tardiamente (na faixa etária de 30-34 anos), sendo que em 2010 essa inversão ocorria na faixa etária de 25-29 anos, ou seja, cinco anos mais tarde, apontando que a mortalidade entre os homens gaúchos nas faixas etárias de 25-29 anos pode ter diminuído no período analisado. A Tabela 1 mostra a projeção da população gaúcha, por sexo e faixa etária, em 2019.

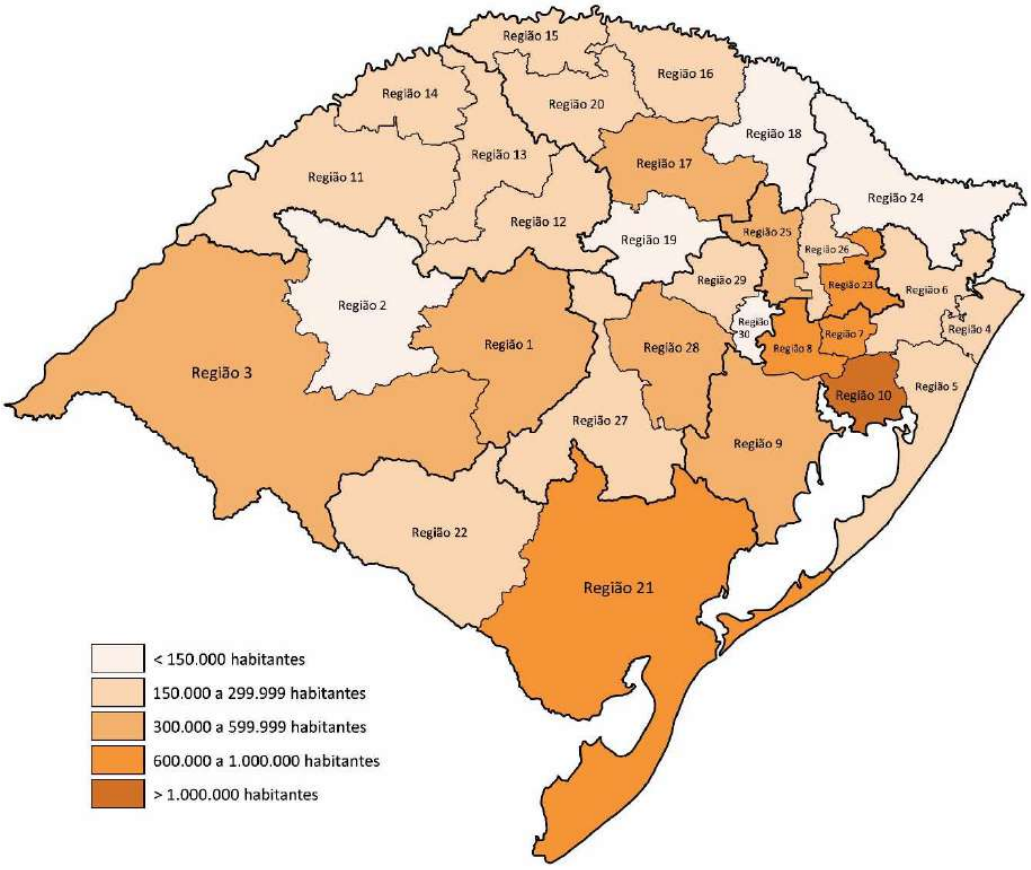
**Tabela 1.** Projeção da distribuição da população, por sexo e faixa etária, RS, 2019.

| Faixa etária (anos) | Masculino | | Feminino | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % |
| 0 a 4 | 365.227 | 6,6 | 348.273 | 6,0 | 713.500 | 6,3 |
| 5 a 9 | 349.212 | 6,3 | 333.116 | 5,7 | 682.328 | 6,0 |
| 10 a 14 | 353.453 | 6,4 | 337.222 | 5,8 | 690.675 | 6,1 |
| 15 a 19 | 401.011 | 7,2 | 383.527 | 6,6 | 784.538 | 6,9 |
| 20 a 24 | 439.741 | 7,9 | 427.864 | 7,3 | 867.605 | 7,6 |
| 25 a 29 | 433.799 | 7,8 | 429.768 | 7,4 | 863.567 | 7,6 |
| 30 a 34 | 429.164 | 7,8 | 429.868 | 7,4 | 859.032 | 7,6 |
| 35 a 39 | 429.006 | 7,7 | 439.625 | 7,5 | 868.631 | 7,6 |
| 40 a 44 | 379.716 | 6,9 | 397.617 | 6,8 | 777.333 | 6,8 |
| 45 a 49 | 352.646 | 6,4 | 374.416 | 6,4 | 727.062 | 6,4 |
| 50 a 54 | 355.324 | 6,4 | 387.754 | 6,6 | 743.078 | 6,5 |
| 55 a 59 | 345.793 | 6,2 | 384.528 | 6,6 | 730.321 | 6,4 |
| 60 a 64 | 293.395 | 5,3 | 334.980 | 5,7 | 628.375 | 5,5 |
| 65 a 69 | 230.766 | 4,2 | 274.630 | 4,7 | 505.396 | 4,4 |
| 70 a 74 | 164.665 | 3,0 | 208.390 | 3,6 | 373.055 | 3,3 |
| 75 a 79 | 104.217 | 1,9 | 145.712 | 2,5 | 249.929 | 2,2 |
| 80 a 84 | 62.776 | 1,1 | 101.139 | 1,7 | 163.915 | 1,4 |
| 85 a 89 | 30.931 | 0,6 | 59.861 | 1,0 | 90.792 | 0,8 |
| 90 e mais | 15.896 | 0,3 | 42.211 | 0,7 | 58.107 | 0,5 |
| **Total** | **5.536.738** | **100** | **5.840.501** | **100** | **11.377.239** | **100** |

Fonte: IBGE.

Das 30 Regiões de Saúde do estado, as cinco mais populosas, de acordo com as estimativas para 2019, são: R10, com 2.369.210 habitantes (20,8%), R21, com 878.951 (7,7%), R7, com 829.904 (7,3%), R8, com 778.841 (6,8%) e R23, com 620.945 (5,5%), totalizando 48,1% da população total (Figura 3). Dos 497 municípios do RS, 388 (78%) possuem menos de 20.000 habitantes e o município mais populoso é a capital Porto Alegre, com mais de 1.400.000 habitantes.

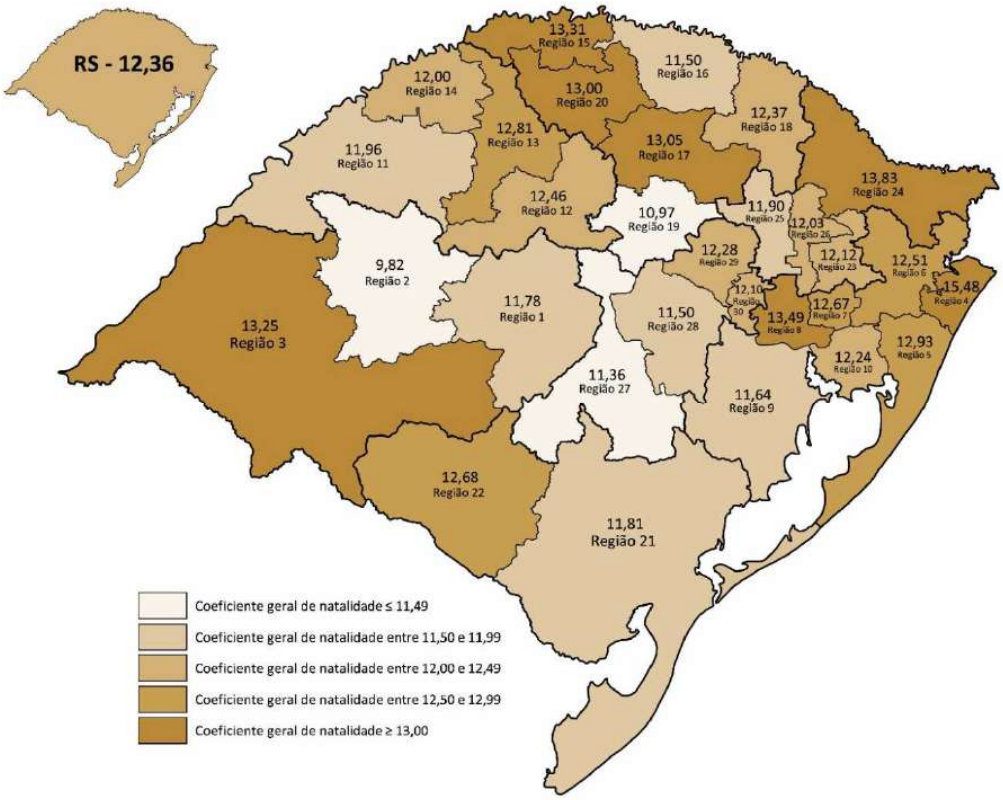
**Figura 3.** Distribuição populacional estimada, por Região de Saúde, RS, 2019.




Fonte: IBGE.

A mudança na demografia do RS nos últimos anos deve-se, basicamente, a dois fatores: à redução da taxa de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida ao nascer. O **Coeficiente Geral de Natalidade** (CGN), que é o número de nascidos vivos dividido pela população residente em determinado ano, tem decrescido no RS se observada a série histórica de 2014 a 2018, caindo de 12,78 para 12,36 por mil habitantes. Em 2018, 16 Regiões de Saúde apresentaram valores menores que o CGN do estado (Figura 4).

**Figura 4.** Coeficiente Geral de Natalidade, por Região de Saúde, RS, 2018.




Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Em 2019 a **taxa de fecundidade** do estado era de 1,68 filho/mulher, inferior à taxa nacional de 1,77, e ambas já eram inferiores à chamada taxa de reposição, que é de 2,1 filho/mulher. A **expectativa de vida ao nascer** no RS, em 2019, era de 78,5 anos (75,2 para homens e 81,8 para mulheres), enquanto a média nacional era de 76,5 anos de idade (73 para homens e 80 para mulheres), de acordo com o IBGE.

No que se refere à distribuição por **raça/cor**, de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua anual (2019), 79% da população do RS se autodeclara branca, 14,4% parda, 6,2% preta e 0,4% indígena ou amarela. Em comparação com dados da pesquisa de anos anteriores, observa-se que os autodeclarados pretos e pardos apresentaram tendência de crescimento, já que em 2015 representavam 4,8% e 11,5% da população gaúcha, respectivamente, enquanto os brancos tiveram redução de 83,5% para 79% nos mesmos anos.

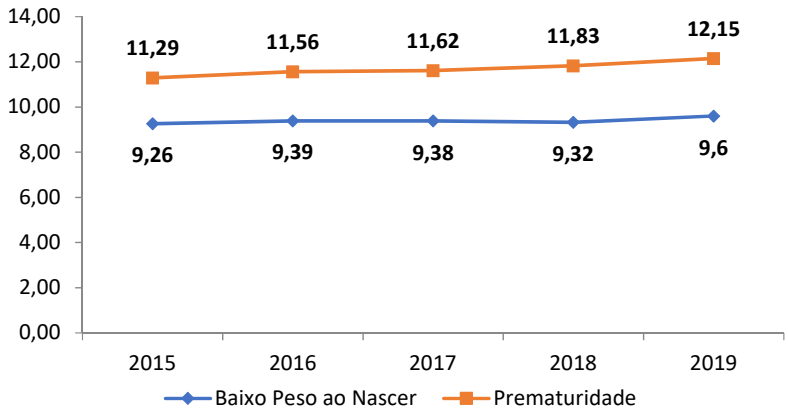
O número de **nascimentos** no estado apresenta decréscimo ao longo da série histórica, passando de 143.178 em 2014 para 134.292 em 2019. As Regiões de Saúde R7, R8, R10, R21 e R23 apresentaram maior número de nascimentos por local de residência em 2019 e, somadas, concentraram 63.882 nascimentos (47,6%) do estado. A R10 é a região com maior quantitativo de nascimentos no referido ano (27.091), o que representa 20,2% do estado.

A proporção de **gravidez na adolescência** no RS vem apresentando queda ao longo dos anos, de 16,40% em 2010 para 11,18% em 2019. Entre 2017 e 2019, quase metade das 30 Regiões de Saúde ficaram acima da proporção estadual, considerando os valores respectivos de cada ano (R3, R5, R6, R9,

R11, R12, R15, R19, R20, R21, R22, R24 e R27). Estes resultados podem ser analisados junto a outros indicadores sociais e de saúde - como a baixa escolaridade (decorrente da evasão escolar), renda, riscos pré/pós-gestacional - que podem acarretar a perpetuação do ciclo de pobreza e vulnerabilidade social.

Considerado o fator isolado mais influente na sobrevivência nos primeiros anos de vida, o **baixo peso ao nascer** é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, o que alerta os profissionais de saúde sobre o risco de morbimortalidade do recém-nascido. Valores abaixo de 10% são aceitáveis internacionalmente, embora a proporção encontrada em países desenvolvidos varie em torno de 6%. É um indicador de saúde geral e nutricional que evidencia a influência de variáveis ambientais sobre os fatores genéticos individuais, como as de caráter social, cultural, econômico, que variam de uma pessoa para outra. Já a **prematuridade** é definida pela OMS como toda gestação com duração inferior a 37 semanas. Na Figura 5 apresentam-se a taxa de prematuridade e a proporção de baixo peso ao nascer (< 2.500g) no RS, entre os anos 2015 e 2019.

**Figura 5.** Taxa de prematuridade (%) e proporção de baixo peso ao nascer, RS, 2015-2019.

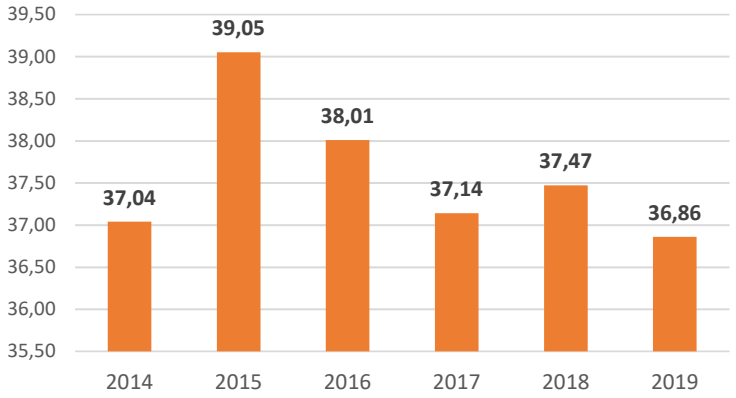



Fonte: SES/RS.

Observa-se tendência de aumento da taxa de prematuridade na série histórica (2015-2019), embora os dados de 2019 sejam preliminares. Em relação à proporção de baixo peso ao nascer, essa tem aumentado, com pequenas variações nos percentuais, sendo que, em 2019, 15 Regiões de Saúde apresentaram valores acima da proporção estadual (9,6%). Referente à taxa de prematuridade, no ano de 2019, 15 Regiões de Saúde apresentaram valores acima da proporção estadual (12,15%). Salienta-se que 11 Regiões de Saúde (R1, R12, R13, R17, R18, R19, R22, R23, R25, R26 e R27) apresentaram, tanto para a taxa de prematuridade quanto para a proporção de baixo peso ao nascer, valores acima das proporções estaduais para estes indicadores.

A série histórica da **proporção de parto normal** do estado mostra que houve pequena diminuição no valor deste indicador nos últimos 5 anos, passando de 37,04% em 2014 para 36,86% em 2019, tendo o ano de 2015 o maior percentual do período (39,05%), conforme a Figura 6. A ocorrência de partos vaginais predomina entre mulheres indígenas e negras de até 24 anos com menos de 7 anos de estudo, conforme dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) (DATASUS, 2017).

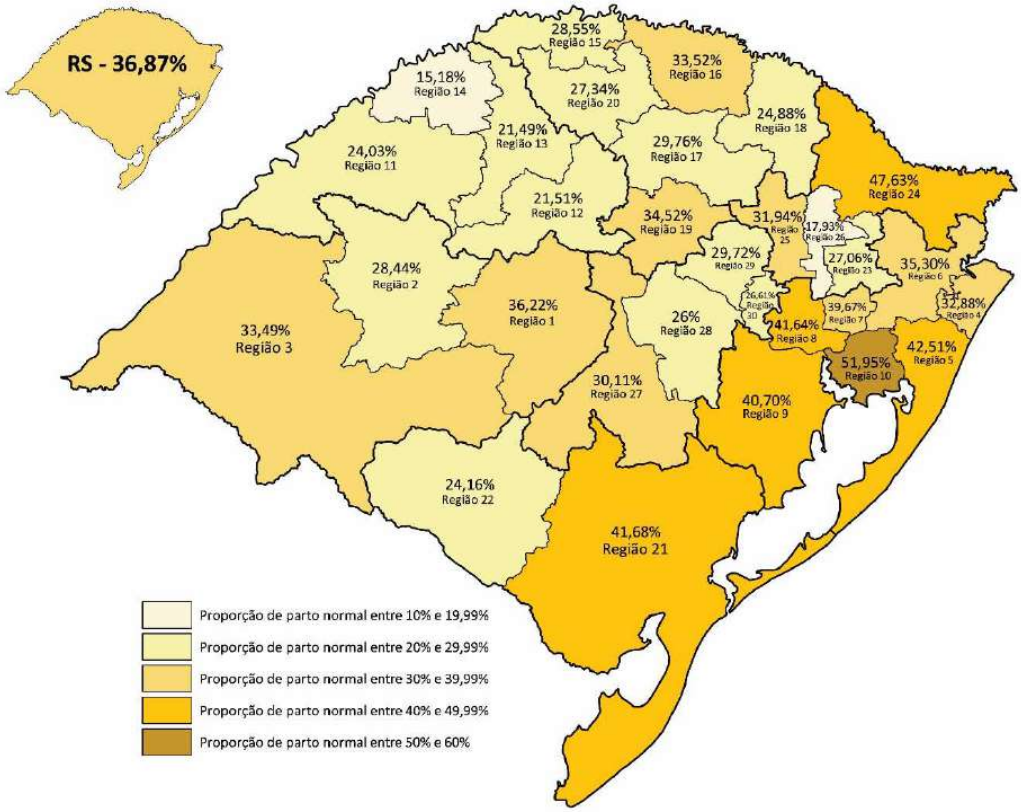
**Figura 6.** Proporção (%) de parto normal, RS, 2014-2019.




Fonte: SINASC/DATASUS.

Considerando o parâmetro nacional (44%), o estado possui o terceiro menor percentual de partos vaginais do Brasil, conforme dados do SINASC, de 2018. As Regiões de Saúde com menor percentual de partos vaginais são: R14 (15,2%), R26 (17,9%), R13 (21,5%) e R12 (21,5%). Já os maiores percentuais encontram-se em R10 (52%), R24 (47,6%), R5 (42,5%), R21 (41,7%) e R8 (41,6%), conforme a Figura 7.

**Figura 7.** Proporção de parto normal, por Região de Saúde, RS, 2019.

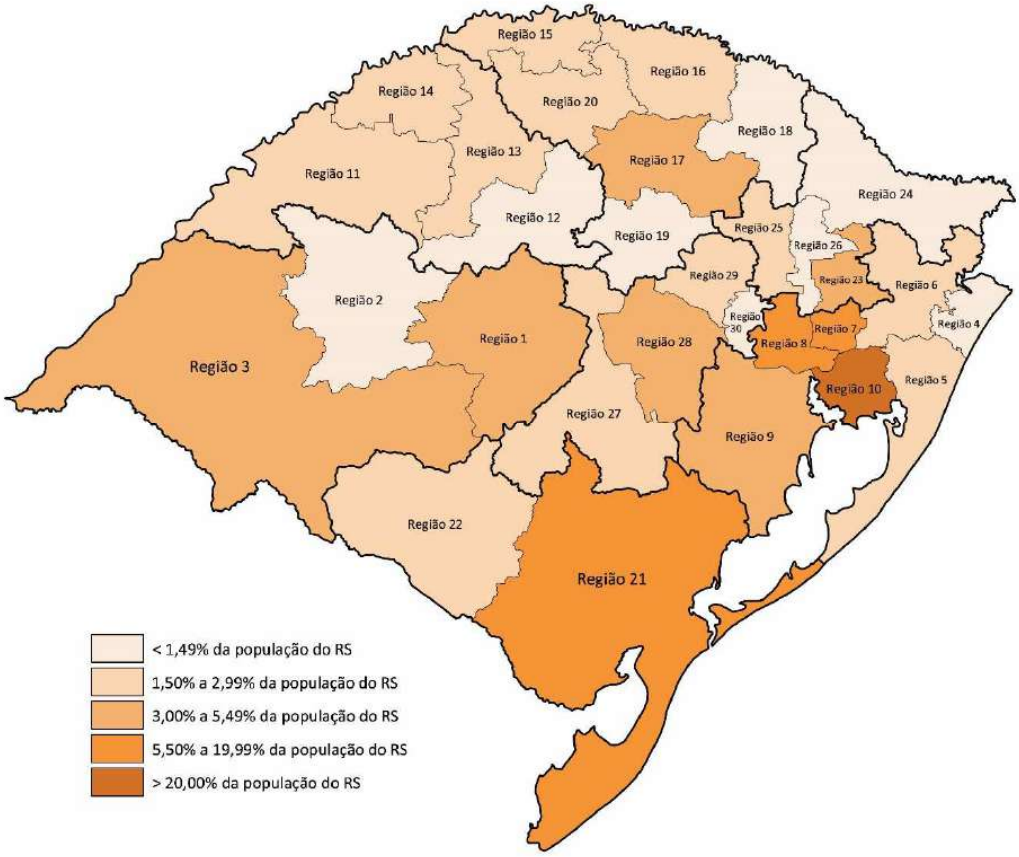



Fonte: SINASC/DATASUS.

Em relação ao **envelhecimento** populacional, observa-se aumento expressivo da população com 60 anos ou mais de idade, que representa 18,2% dos gaúchos, tornando o RS o **estado o mais envelhecido do Brasil**. Destaca-se a feminização da população idosa, já que em 2019 as mulheres representavam 56,2% do total de idosos gaúchos, com proporção de 77 homens/100 mulheres com mais de 60 anos. De acordo com a projeção do IBGE, em 2030 o percentual da população idosa chegará a 24,3%, estimando-se que, neste segmento populacional, a razão entre os sexos deverá ser de 79 homens/100 mulheres.

Conforme a Figura 8, em 2018 o RS possuía um total de 1.996.853 pessoas idosas, sendo a maior concentração localizada na R10, com 20,3% (404.370 pessoas). A R21 aparecia em segundo lugar, com 8,4% (166.858) dos idosos gaúchos.

**Figura 8.** Distribuição da população idosa, por Região de Saúde, RS, 2018.




Fonte: Estimativas Populacionais DEE/RS - Revisão 2018.

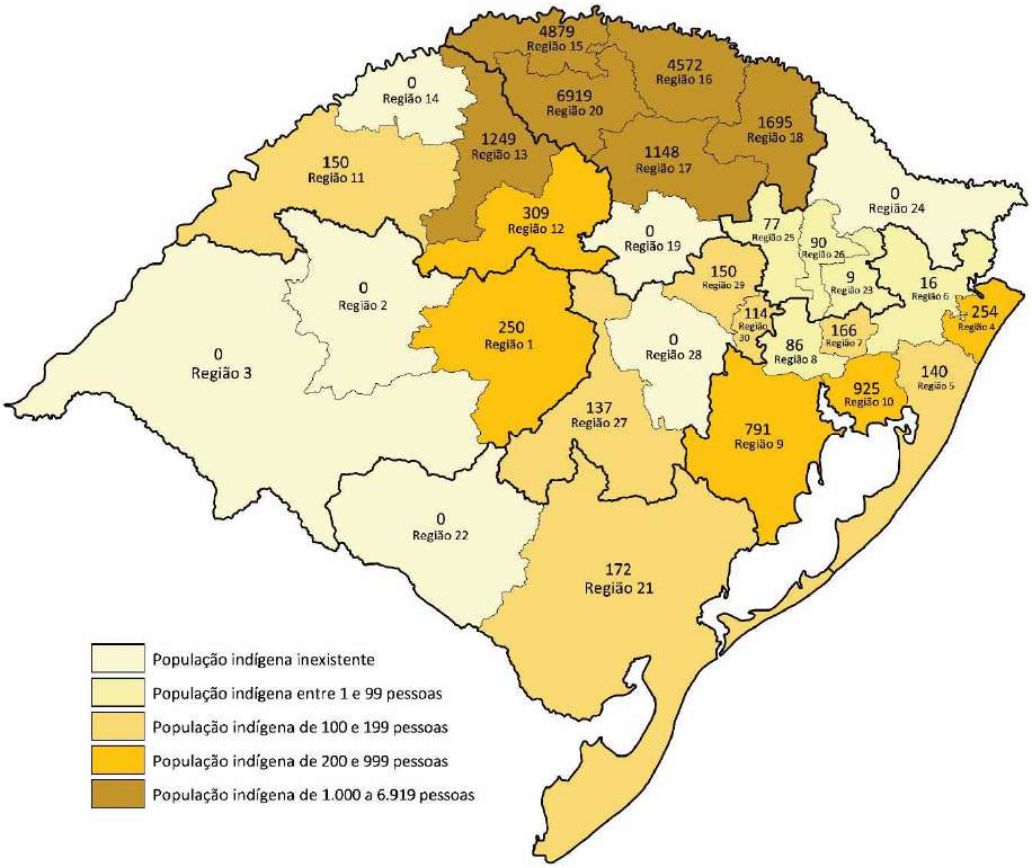
A diminuição substantiva da mortalidade nas idades mais elevadas está fazendo com que, cada vez mais, um maior contingente populacional chegue às idades mais avançadas. Em 2010, os idosos com 80 anos ou mais de idade (longevos) representavam 1,9% (204.691) da população do RS; em 2019 esse grupo etário atingiu 2,7% (312.814) da população total. A expectativa é que esse percentual dobre na próxima década. A longevidade saudável é um resultado almejado do trabalho realizado pelo conjunto das políticas de saúde no RS, e considera não apenas a ausência ou o controle de doenças e de agravos, mas, principalmente, a manutenção da autonomia e da independência funcional

pelo máximo de tempo possível, evitando ou retardando o declínio da capacidade funcional e promovendo a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento.

A SES/RS trabalha na perspectiva da promoção da equidade em saúde a partir da implementação de políticas públicas direcionadas a alguns grupos populacionais específicos, a saber: povos indígenas, população negra, pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua, população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), população do campo, florestas e águas, povos ciganos e imigrantes e refugiados. Por promoção da equidade entende-se que é a promoção do direito à igualdade como princípio da justiça social e implica reconhecer necessidades específicas e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo.

Com relação aos **povos indígenas**, o RS possui três etnias em seu território: Kaingangs, Guaranis e Charruas. Cerca de 24.000 indígenas vivem em aldeias e/ou acampamentos e estão distribuídos em 67 municípios gaúchos. É importante salientar que o número de municípios é variável, uma vez que a mobilidade territorial das comunidades é frequente. Na Figura 9, verifica-se a distribuição territorial das comunidades no RS.

**Figura 9.** Distribuição da população indígena, por Região de Saúde, RS, 2019.

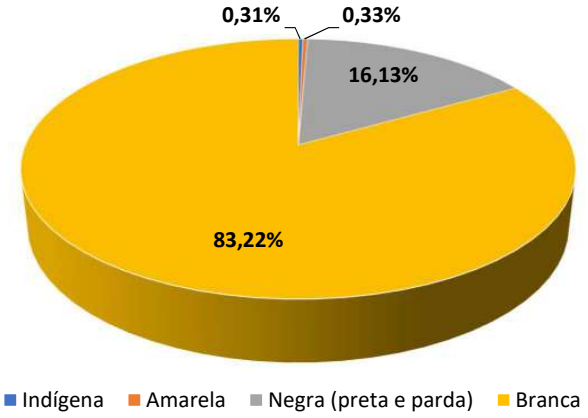



Fonte: SES/RS.

A maior concentração populacional de indígenas está no norte do estado, onde se encontram aldeias da etnia Kaingang. Também há vasto número de comunidades na zona litorânea, onde predomina a etnia Guarani. Nas Macrorregiões de Saúde Metropolitana e Sul, além da região central do RS, há as duas etnias anteriormente comentadas, além da etnia Charrua, que se concentra na capital.

No RS, a **população negra** (pretos e pardos) totaliza 1.725.166 habitantes (IBGE, 2010), o que representa 16,3% dos habitantes do estado, como demonstra a Figura 10. A população negra está distribuída por todas as Regiões de Saúde, apresentando os maiores percentuais, acima de 20%, nas Regiões de Saúde R24, R22, R3 e R10. Como os dados analisados são de 2010, não está se considerando a crescente presença da população negra imigrante no RS, composta principalmente por africanos e caribenhos, aumentando o contingente da população negra no estado e tornando mais complexas as demandas de saúde, haja vista a diversidade do idioma e da cultura.

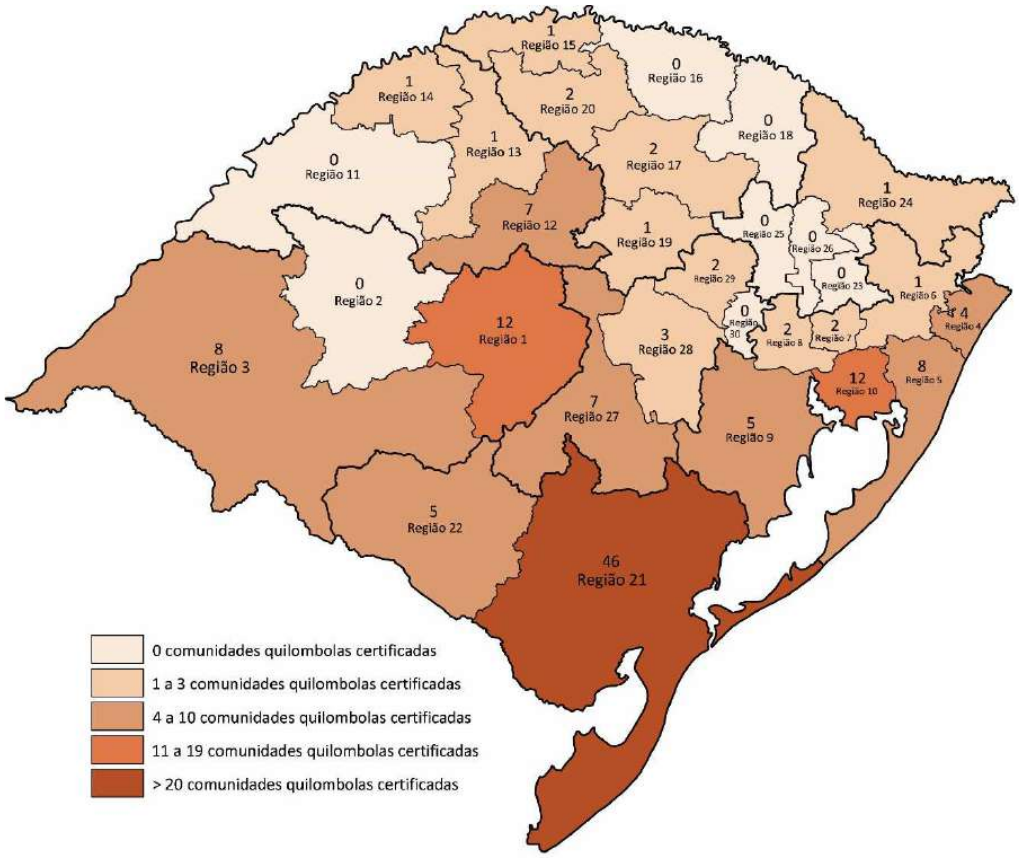
**Figura 10**. Percentual da população por raça/cor, RS, 2010.




Fonte: IBGE - Censo 2010.

Cabe destacar que parte da população autodeclarada negra do RS vive em comunidades remanescentes de quilombos e, segundo a Fundação Cultural Palmares, o número total de comunidades certificadas é de 133. Tais comunidades estão distribuídas pelas Regiões de Saúde do estado, conforme a Figura 11. A R21 é a que reúne maior número de comunidades certificadas. Existem outras comunidades quilombolas que foram identificadas, porém ainda não estão certificadas. Segundo o Ministério da Cidadania, em 2019, havia 3.076 famílias no Cadastro Único (CADÚNICO) e 1.557 famílias quilombolas cadastradas no Programa Bolsa Família no RS.

**Figura 11.** Distribuição de comunidades remanescentes de quilombo certificadas, por Região de Saúde, RS, 2019.




Fonte: Fundação Cultural Palmares.

O número de **Pessoas Privadas de Liberdade (PPL)** vem aumentando de forma continuada no Brasil e no RS. De acordo com a *World Prision Brief* (WPB), a população prisional do Brasil atingiu a terceira posição mundial em número de presos, com crescimento aproximado de 7% ao ano, chegando a 714.889 PPL em 2019, com taxa de aprisionamento de 334 presos/100 mil habitantes (WPB, 2019). O RS segue o mesmo padrão, ocupando a 7ª posição nacional em número absoluto de presos, com taxa de aprisionamento de 300,1 presos/100.000 habitantes (BRASIL, 2016).

No início de 2020, o RS apresentou 42.517 PPL, sendo 40.320 (94,83%) homens. O perfil de homens e mulheres presas é semelhante, com predominância da raça branca (65%), jovens (42% têm menos de 30 anos), baixa escolaridade (65% não completou o ensino fundamental) e solteiros (60%). Uma diferença de gênero a ser considerada é que quase 80% das mulheres têm filhos, enquanto nos homens esse percentual é de 50% (SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS - SUSEPE, 2020). O sistema penal brasileiro encontra-se em grave crise, tendo como agravantes a superlotação, os elevados índices de reincidência e a rivalidade entre facções criminosas. A superlotação configura-se como problema histórico. Somam-se a esse contingente populacional os presos provisórios, que representam 34,4% da PPL brasileira e dividem o mesmo espaço com presos condenados (WPB, 2019).

Com relação à população de **lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT)**, atualmente têm-se dificuldade de dimensionamento, devido à falta de informações nos levantamentos

censitários e populacionais disponíveis. Nesse contexto, com a compreensão de que a diversidade sexual e de gênero são questões relevantes para os determinantes sociais da saúde, alguns instrumentos utilizados no SUS já possibilitam o registro do nome social e a autodeclaração de informações sobre orientação sexual e identidade de gênero, contribuindo para a visibilidade e a promoção à saúde da população LGBT.

Estudos apontam que o respeito ao nome social de travestis e transexuais diminui em 71% os sintomas de depressão e em 65% o risco de suicídio, além de promover dignidade e favorecer o estabelecimento de vínculo entre usuárias e usuários com os serviços de saúde (RUSSEL, S. T. et al, 2018). A partir das fichas de cadastro individual do e-SUS Atenção Básica, percebe-se que o percentual de municípios com ao menos um cadastro de pessoa LGBT aumentou entre os anos de 2013 e 2015, diminuindo no ano de 2016. Os dados se apresentam da seguinte forma: 2013 (2,4%), 2014 (20,9%), 2015 (24,5%) e 2016 (15,1%).

As **populações do campo, da floresta e das águas** são povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra e a água. Nesse contexto, estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Estão, também, as comunidades tradicionais e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas, comunidades de pescadores, aquicultores, populações atingidas por barragens, dentre outras. Conforme classificação do IBGE (2017), o RS caracteriza-se predominantemente por municípios rurais, sendo 342 classificados como rurais adjacentes (68,8%) e dois rurais remotos (0,4%).

Sobre os **povos ciganos**, tanto no Brasil quanto no RS há falta de informações. Entende-se por população cigana aqueles grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social e que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos e práticas gerados e transmitidos pela tradição (IBGE, 2019). Ainda que denominados e identificados como ciganos, suas comunidades são formadas por diferentes grupos étnicos e culturais. O modo de vida destes povos inclui deslocamentos por diferentes territórios, sendo essencialmente nômades, ainda que alguns grupos sejam seminômades, com tendência crescente de adoção do sedentarismo.

No que se refere à **população de imigrantes, refugiados, dentre outras classificações de migrantes internacionais,** foram registrados no Brasil um total de 774,2 mil pessoas pertencentes a essas populações, considerando o período de 2011 a 2018. As principais características referem-se ao fato de pertencerem, em sua maioria, ao sexo masculino, serem jovens e possuírem nível de escolaridade médio e superior (CAVALCANTI, 2019). As nacionalidades com maior expressividade numérica no território brasileiro são os haitianos, bolivianos, venezuelanos, colombianos e argentinos, respectivamente. Em relação ao número de cadastros no SUS, em dezembro de 2019 havia 50.156 usuários com Cartão Nacional de Saúde (CNS) cuja nacionalidade é diversa da brasileira com residência no RS. Destes, a maioria são haitianos (12.227), uruguaios (12.080), argentinos (4.997), senegaleses (3.237), venezuelanos (2.227), dentre outros (15.388), seguindo em parte a tendência nacional do ranking observado no que se refere às principais nacionalidades de imigrantes e refugiados que residem no país.

Com relação ao gênero dos usuários com CNS no RS, 56,45% pertencem ao sexo masculino e 43,55% ao feminino. Já no quesito raça/cor, observou-se predominância da raça branca com 48,51%, seguida da preta com 29,5%, parda com 6,38%, amarela com 1,40% e indígena com 0,17%. Em 7.046 registros (14,04%) não se obteve o registro dessa informação. Em relação ao município de residência,

Porto Alegre é o que possui maior concentração de migrantes internacionais com 10.697 CNS (21,32%), seguido de Caxias do Sul com 2.631 (5,24%) e Chuí com 2.355 (4,69%).

Dada a parcela considerável dessa população que habita no RS e considerando o caráter contínuo do processo migratório, torna-se importante não apenas identificar e mapear sua abrangência territorial no estado, mas igualmente identificar suas necessidades de saúde, qualificando o acesso, a oferta de ações e de serviços públicos, inclusive os que dizem respeito à saúde.

Até o momento não existe censo oficial de âmbito nacional que contemple a contagem do número de **pessoas em situação de rua** no RS**.** Informações significativas para compreender e caracterizar a situação sociodemográfica dessa população em nosso estado foram apresentadas a partir de duas pesquisas: uma realizada na capital (GEHLEN; SCHUCH, 2016) e outra na região metropolitana (CAMP, 2017). As pesquisas apontam que essa população era predominantemente do sexo masculino (83,8%) em 2016. No quesito raça/cor, os entrevistados se autodeclararam negros (37%), brancos (34,4%), indígenas (2,8%), amarelos (0,8%) e outras denominações (24,5%). Destaca-se ainda que mais de 60% tem mais de 35 anos, sendo que a faixa entre 18 e 24 anos reduziu-se pela metade desde os dados colhidos entre 2007 e 2008, revelando o envelhecimento desta população (PIMENTA, 2019).

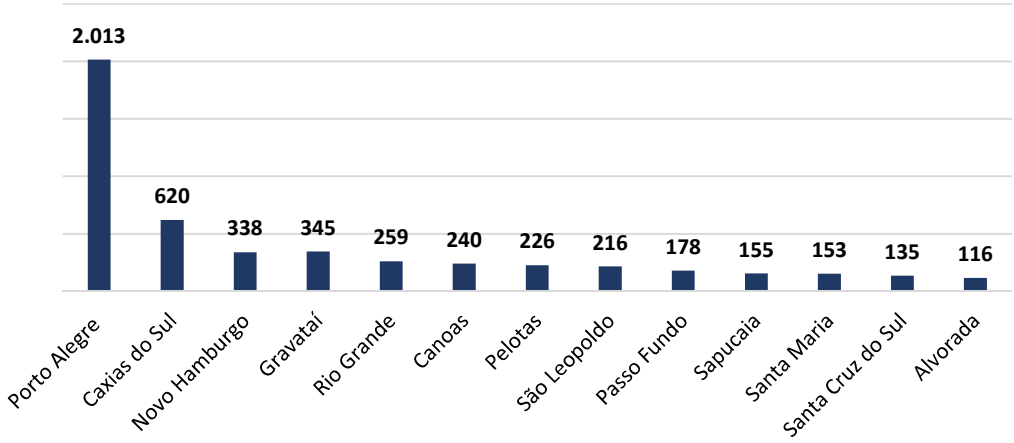
O percentual de analfabetos na população em situação de rua (PSR) foi de 6%. A maioria (57,4%) declarou não ter finalizado o ensino fundamental e 70% dos adultos não completaram a escolaridade básica obrigatória (GEHLEN; SCHUCH, 2016). A maioria da população de rua de Porto Alegre tem alguma atividade que lhe proporciona renda, em geral atividades autônomas e de pouca estabilidade, sendo que 17,8% afirmaram passar o dia trabalhando. A reciclagem foi apontada como atividade realizada por 23,9%, a maioria dos entrevistados, e 69,8% recebem até um salário mínimo mensal (GEHLEN; SCHUCH, 2016). No estudo de Camp (2017), que considera a região metropolitana, a construção civil (trabalho nas funções de pedreiro, pintor, servente e marceneiro) foi citada por 14,7%.

Os motivos pelos quais as pessoas passaram a morar na rua estão relacionados a condições de saúde, fragilização de vínculos familiares, vulnerabilidade social e segurança pública. As motivações apontadas por Gehlen e Schuch (2016) foram de 24,9% para o “uso de drogas e alcoolismo”, 12,5% para “conflitos e/ou maus tratos na família”, 10% por “separação/decepção amorosa”, 8,9% para “desemprego”, 7,4% relacionado à morte de familiar e 5,8% por “não se sentir bem com a família ou não ter família”.

Na região metropolitana, a maioria desta população (64,8%) está em situação de rua pela primeira vez, seja por que perdeu a residência recentemente ou por não desejar alterar a situação desde essa perda. Os entrevistados encontram-se, em média, há 4,6 anos nas ruas. A maioria dos entrevistados da Região Metropolitana (64,8%) consegue com frequência pernoitar em albergues, porém 39,1% passam a noite nas ruas e viadutos, enquanto 18,8% repousam em praças e parques. Na capital, o uso de espaços institucionalizados como primeira opção para pernoitar foi declarado por 37,4% dos entrevistados, cuja maior procura é pelos albergues. Porém, 51% afirmou não utilizar albergues e 71,2% não utiliza abrigos.

No RS há 7.050 pessoas em situação de rua registradas no CADÚNICO para Programas Sociais (BRASIL, 2020). A Figura 12 ilustra a distribuição dessa população, apresentando os municípios com maior número de pessoas em situação de rua cadastradas no CADÚNICO, em fevereiro de 2020.

**Figura 12.** Municípios com maior número de pessoas em situação de rua registradas no CADÚNICO, RS, 2019.




Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social.

A partir do panorama demográfico do RS, que evidencia o envelhecimento da população gaúcha e a queda da taxa de fecundidade, da realidade de cada Região de Saúde do estado observada nos dados apresentados e das características populacionais específicas dos segmentos abordados, são definidas as ações e políticas de saúde da SES/RS apresentadas nos próximos tópicos deste documento. Essas informações também servem de subsídio para a definição das metas do PES 2020-2023 e das projeções de seus objetivos em longo prazo no RS.

## 2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Os **determinantes e condicionantes do processo saúde-doença** referem-se às condições sociais, econômicas, ambientais, de habitação e de trabalho que influenciam no estado de saúde da população. Para analisar esses fatores, foi adaptado, nesta análise situacional, o modelo de determinantes e condicionantes de Dahlgren e Whitehead (BUSS; PELLEGRINI, 2007), que descreve as relações entre os fatores sociais e a saúde, considerando as perspectivas individuais e coletivas dispostas em camadas conforme nível de abrangência, desde mais próximas aos indivíduos até camadas mais distantes, denominadas de macrodeterminantes.

### 2.1 Condições econômicas, sociais, ambientais, de habitação e de trabalho

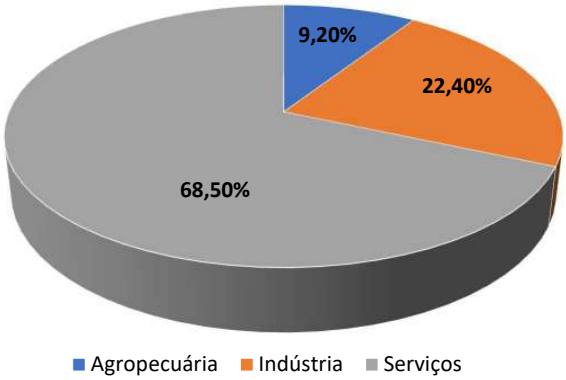
Sabe-se que a condição social e econômica em que se encontram os indivíduos têm efeitos sobre sua condição de saúde. O **Produto Interno Bruto (PIB)** é um indicador econômico bastante utilizado que apresenta a soma de todos os bens e serviços (agropecuária, indústria e serviços) produzidos em uma área geográfica em um determinado período.

Segundo os últimos dados disponibilizados pelo IBGE, em novembro de 2019, referentes ao ano de 2017, o RS é a quarta economia do Brasil pelo tamanho do PIB, chegando a R$ 423 bilhões. O

estado participa com 6,4% do PIB nacional, sendo superado pelos estados de São Paulo (32,2%), Rio de Janeiro (10,2%) e Minas Gerais (8,8%).

De acordo com o Valor Adicionado Bruto Total (VAB), o RS tem forte participação do setor de serviços (68,5%), que apresentou grande crescimento durante as duas últimas décadas, seguido por dois setores hegemônicos: a indústria (22,4%) e a agropecuária (9,2%). Neste ano, o setor agropecuário teve uma participação de 9,2% na estrutura do VAB bruto do estado, no entanto, sabe-se que esta participação é maior se considerada a repercussão na cadeia produtiva que o setor movimenta e sua forte associação com o setor agroindustrial. O setor agropecuário também é de grande importância para os pequenos municípios, visto que municípios com menos de 10 mil habitantes contribuem com 45% do VAB agropecuário do estado.

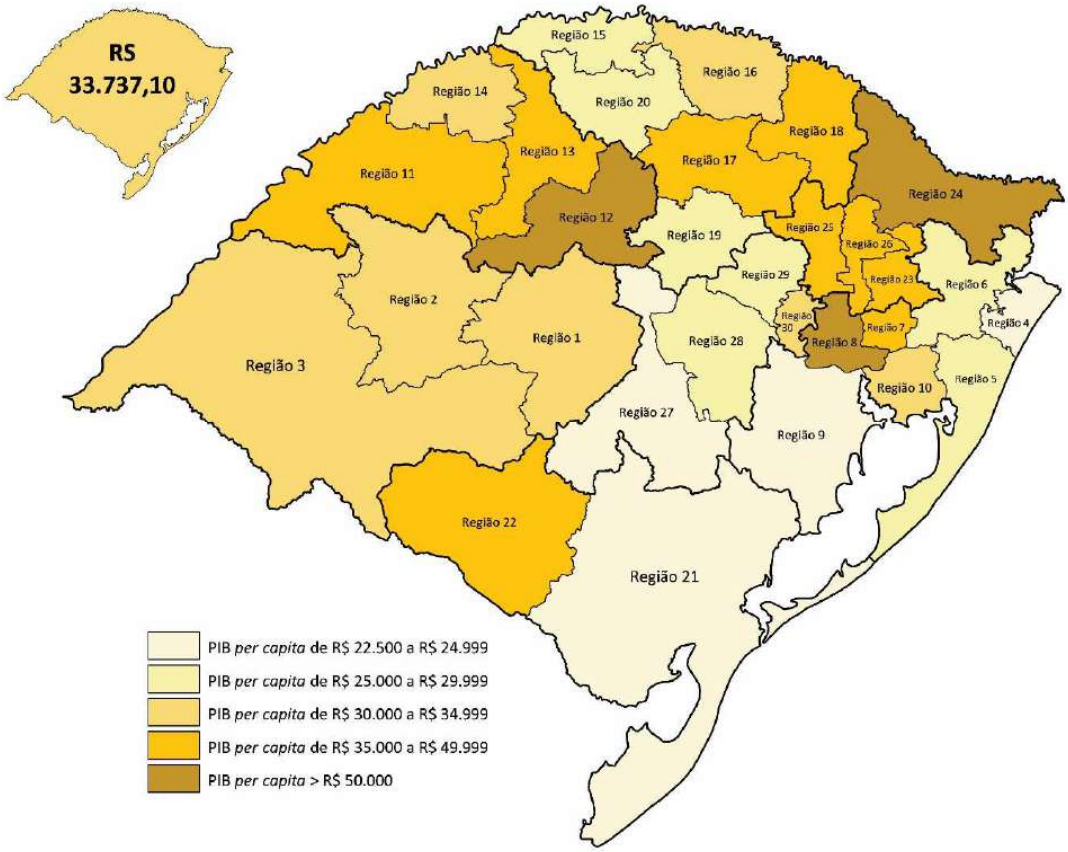
**Figura 13.** Composição do Valor Adicionado Bruto, RS, 2017.




Fonte: IBGE.

O **PIB *per capita* do RS**, em 2017, atingiu o valor de R$ 33.737,10. Observando esse valor pelas 30 Regiões de Saúde, constata-se que existe uma concentração de produção de bens e serviços em algumas partes do território gaúcho. As Regiões de Saúde que atingiram os maiores valores foram respectivamente: R24 (54.986,70), R12 (51.476,23), R08 (50.150,74), R17 (43.254,54) e R13 (39.294,20). Já as Regiões de Saúde com os menores valores foram, respectivamente: R27 (22.505,96), R04 (23.292,06), R09 (24.370,21), R21 (24.659,60) e R15 (25.342,37), conforme a Figura 14.

**Figura 14.** Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* (em R$), por Região de Saúde, RS, 2017.

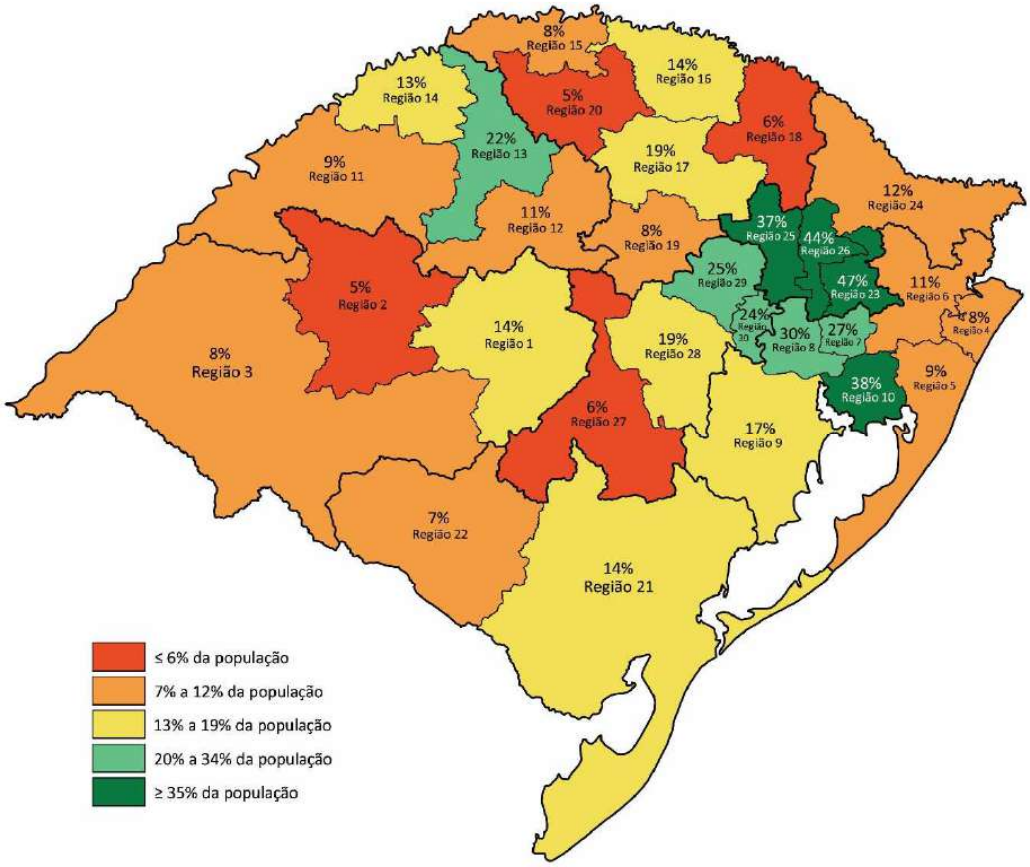



Fonte: SEPLAG/RS.

O **PIB *per capita*** evidencia que existem significativas diferenças econômicas entre as Regiões de Saúde, o que reflete de forma direta na saúde da população, pois entende-se que quanto maior a pobreza dos indivíduos, menor é seu poder de compra de ações e serviços de saúde e, consequentemente, maior será sua dependência dos sistemas públicos de saúde para acesso e manutenção de sua sobrevivência. Estudos demonstram que há uma associação entre **cobertura de planos de saúde** e renda da população, constatando-se que o percentual de população com plano de saúde cresce progressivamente conforme décimo de renda. Além disso, sugere-se que há maior cobertura de planos dentre aqueles que possuem emprego formal (ALBUQUERQUE et al, 2008).

Em 2018, foi realizado levantamento que identificou a cobertura de planos de saúde privados no estado tendo sido verificada a cobertura de planos privados (ambulatorial e ambulatorial com hospitalar) por município e por Região de Saúde. A cobertura de planos de saúde privados no estado, em junho de 2018, era de 17%, quando considerada a cobertura hospitalar e ambulatorial, conforme pode ser observado na Figura 15. As Regiões de Saúde que apresentaram maior cobertura de planos de saúde privados foram: R23 (47%), R26 (44%), R10 (38%) e R25 (37%). Três dessas Regiões de Saúde localizam-se na Macrorregião Serra (R23, R25 e R26) e uma na Macrorregião Metropolitana (R10). Já as regiões que tiveram menores coberturas de planos de saúde privados foram: R2 (5%), R20 (5%), R18 (6%) e R27 (6%).

**Figura 15.** Cobertura de planos de saúde privados*, por Região de Saúde, RS, 2018.




*Inclui qualquer tipo de modalidade, inclusive planos exclusivamente ambulatoriais ou exclusivamente hospitalares ou não informado.
Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)/Agência Nacional de Saúde (ANS)/Ministério da Saúde e População - IBGE/DATASUS.

A compreensão da determinação social do processo saúde-doença direciona o olhar para as iniquidades em saúde como produto das desigualdades sociais, econômicas, ambientais, de habitação e de trabalho. O **Programa Bolsa Família (PBF)** tem como foco as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, assim definidas de acordo com determinado corte de renda familiar per capita. O Programa busca reforçar o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de saúde, educação e assistência social e tem sido apontado como alternativa para melhoria das condições nutricionais de grupos vulneráveis e garantia da segurança alimentar e nutricional, com impacto no estado nutricional da população.

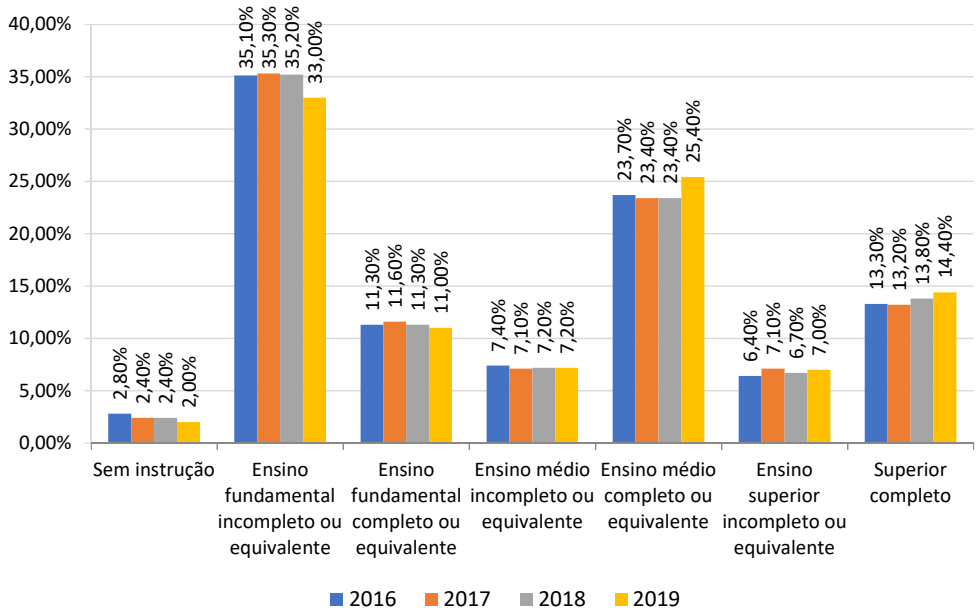
Na área da saúde, as **condicionalidades do PBF** dizem respeito às famílias beneficiárias que tenham em sua composição crianças menores de sete anos e/ou gestantes, sendo acompanhadas semestralmente quanto à vacinação e a vigilância alimentar e nutricional e à assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério, dentre outras ações disponíveis na Atenção Primária a Saúde (APS). Observa-se a complexidade existente na gestão das condicionalidades no PBF dado o seu desenho, pois o processo envolve diferentes setores (saúde, educação e assistência), além de incluir diversos atores na sua operacionalização.

Nesse sentido, a SES/RS atua junto ao Comitê Estadual Intersetorial do Cadastro Único e Programa Bolsa Família buscando capacitar, apoiar, monitorar e mobilizar os municípios no acompanhamento das condicionalidades, promovendo a articulação da gestão municipal. Entretanto, a localização das famílias para o acompanhamento das condicionalidades da saúde depende da superação de alguns desafios, destacando-se a realização de um cadastro qualificado pelo setor da assistência social do município, incluindo a atualização cadastral periódica, a promoção de ações intrasetoriais na saúde, e a busca ativa das famílias beneficiárias.

No RS, o percentual de acompanhamento tem mostrado tendência de aumento em anos recentes. Em 2018, o total de indivíduos para acompanhamento no estado foi de 626.108, dos quais a saúde acompanhou 460.132 (73,49%), passando, em 2019, para 634.154, dos quais a saúde acompanhou 472.637, que correspondem a 74,53%. Os avanços alcançados na captação das famílias beneficiárias e o acompanhamento das condicionalidades demonstram um esforço no processo de articulação intersetorial envolvendo as áreas de saúde, educação e assistência social.

Em relação ao nível de **escolaridade da população gaúcha**, dados da PNAD contínua anual (2019) do IBGE demonstram que o nível de instrução das pessoas com 14 anos ou mais de idade com maior contingente populacional é o ensino fundamental incompleto ou equivalente (33,00%), seguido do nível médio completo ou equivalente (25,40%) e do superior completo (14,40%). Em relação à população sem instrução o índice foi de 2%. Percebe-se que de 2016 a 2019, houve diminuição do número de pessoas sem instrução (0,80%) e com ensino fundamental incompleto ou equivalente (2,10%).

**Figura 16.** Percentual de pessoas de 14 anos ou mais de idade, por nível de instrução, RS, 2016-2019.




Fonte: IBGE

Neste período, o aumento mais expressivo ocorreu na população que possui ensino médio completo ou equivalente (1,70%) seguida da população com ensino superior completo (1,10%). Percebe-se que o percentual de população que possui menor nível de instrução está reduzindo enquanto aumenta o percentual de população com maior nível de escolaridade.

Quanto ao nível de instrução, se comparado por sexo, existem mais mulheres no nível sem instrução (2,14%) do que homens (1,79%). As maiores diferenças aparecem no nível fundamental incompleto ou equivalente, onde prevalecem os homens (34,34%) em relação às mulheres (31,78%), e no nível superior completo, onde o percentual de mulheres (16,33%) se sobressai sobre o de homens (12,28%).

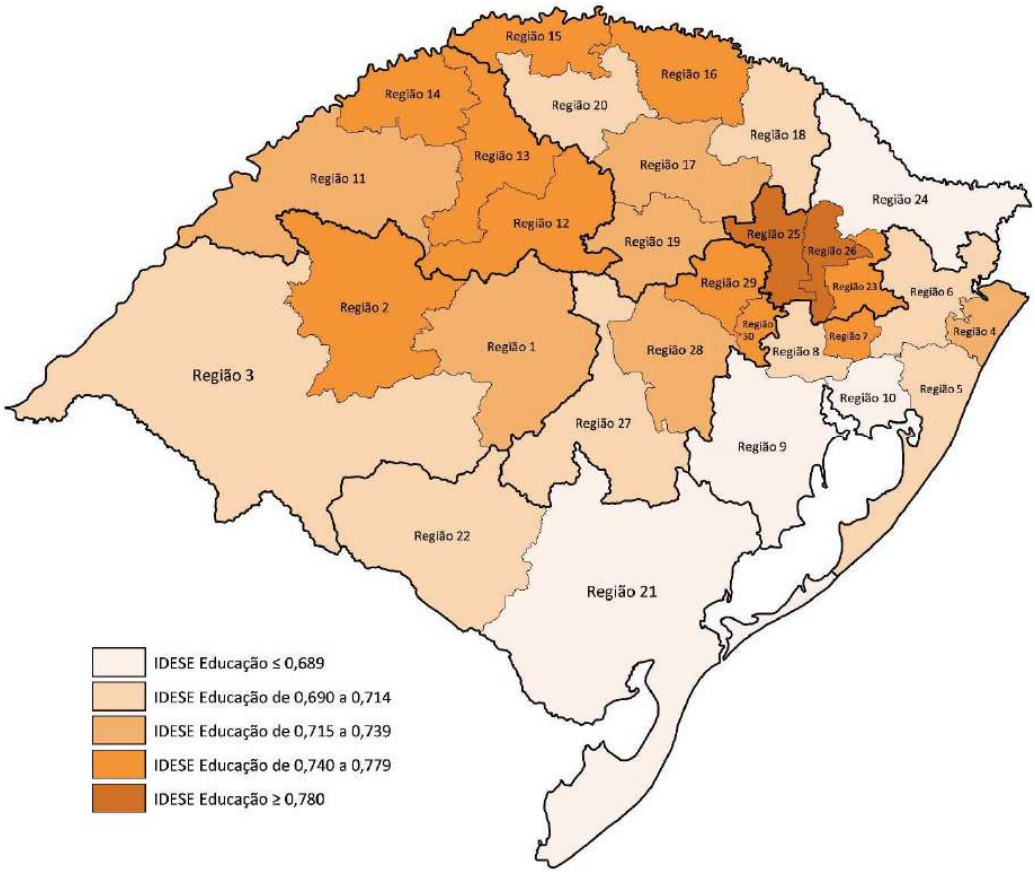
Se analisarmos o nível de instrução por cor ou raça a população preta ou parda predomina sobre a branca nos menores níveis de escolaridade, desde a população sem instrução até a população que possui ensino médio incompleto ou equivalente, e somando-se todos estes níveis de instrução a população preta ou parda soma 64,36% enquanto a branca soma 50,30%. Nos níveis de maior instrução, ensino médio completo ou equivalente até ensino superior completo, a população branca predomina, mas a maior diferença está no nível superior completo, onde o percentual de população branca é de 16,42% e o de preta ou parda é de 6,32%.

O **Índice de Desenvolvimento Socioeconômico** (Idese) é um indicador composto por três blocos (Educação, Renda e Saúde) e é utilizado para mensurar o nível de desenvolvimento dos municípios do RS. É dividido em três categorias, com os seguintes valores: alto (maior ou igual a 0,800), médio (entre 0,500 e 0,799) e baixo (abaixo de 0,499). Como os blocos de Renda e de Saúde são abordados de outras formas no presente Plano, nesse item iremos tratar especificamente sobre o bloco Educação.

O Bloco **Educação** utiliza cinco indicadores: taxa de matrícula na pré-escola (população entre quatro e cinco anos); nota da Prova Brasil do 5º ano e nota da Prova Brasil do nono ano do ensino fundamental (população entre seis e 14 anos); taxa de matrícula no ensino médio (população entre 15 e 17 anos); e percentual da população adulta com, pelo menos, o ensino fundamental completo (população com 18 anos ou mais). Referente ao Bloco Educação, para o ano de 2016, nenhuma das 30 Regiões de Saúde do estado do RS situou-se na categoria com valores altos ou baixos, permanecendo todas com valores médios. As cinco Regiões de Saúde que atingiram os maiores valores foram, respectivamente: R25 (0,785), R26 (0,780), R14 (0,764), R29 (0,759) e R16 (0,752). Já as Regiões de Saúde com os menores valores foram, respectivamente: R24 (0,632), R10 (0,672), R9 (0,689), R21 (0,689) e R8 (0,692), conforme a Figura 17.

Para Cutler e Muney (2006), o valor monetário do retorno da educação em termos de saúde é a metade do retorno da educação no salário, assim, políticas que afetam o nível de escolaridade podem ter um grande efeito sobre a saúde da população.

**Figura 17.** Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese) Bloco Educação, por Região de Saúde, RS, 2016.




Fonte: FEE/RS.

De acordo com o IBGE, a População Economicamente Ativa (PEA) compreende o potencial de mão-de-obra com que pode contar o setor produtivo; a oferta efetiva de trabalho numa economia. No Brasil, o cálculo é feito para pessoas entre 14 anos ou mais, configurando a idade laboral. No RS, o número total da PEA no mês de março/2020 foi 9.570 pessoas, e a distribuição da força de trabalho, quando configurada por sexo, apontava que 51,93% da PEA era do sexo feminino. Entre março/2019 e março/2020 houve uma redução de 0,82% da participação deste contingente, e a participação masculina passou de 47,25% para 48,07% no mesmo período.

Para o cálculo da PEA são consideradas as seguintes categorias: *População ocupada* - aquelas pessoas que, num determinado período trabalharam; *População desocupada* - aquelas pessoas que não tinham trabalho, mas estavam dispostas a trabalhar; e *População fora da força de trabalho* – universitários dedicados somente a estudo e donas de casa. Cabe apontar que, o trabalho doméstico, quando não exercido fora de casa representa sim, uma ocupação**.**

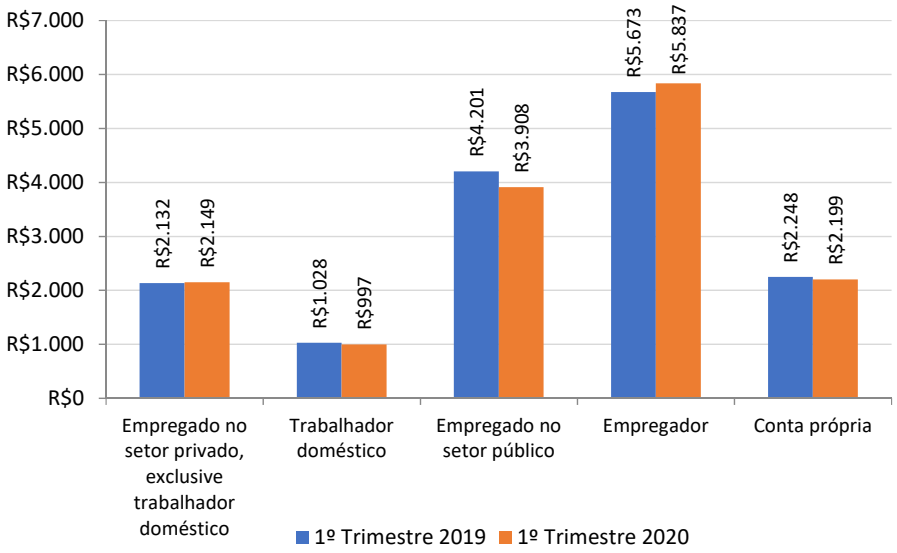
Para o IBGE, o trabalho doméstico não configura uma situação de desemprego tampouco é considerado uma atividade produtiva. No entanto, existe um contingente expressivo de pessoas exercendo esta função. Ao não ser considerada uma atividade laboral o estado desconsidera a função deste trabalho no sistema capitalista de produção. O trabalho doméstico envolve a criação dos filhos, a manutenção das condições de habitação, o uso do tempo para prover as condições para que outros

executem o trabalho fora do domicílio, dentre outros. Além disso, este trabalhador está fora do sistema de previdência, fora da proteção trabalhista e, principalmente, está dependente financeiramente. Estas questões infelizmente não são essenciais na análise econômica do mercado de trabalho, mas, na perspectiva sanitária e social não se pode negligenciá-las, pois os agravos decorrentes desta atividade compõem a demanda em saúde dos territórios e deve ser vista na sua complexidade.

Dados do IBGE demonstram que a população ocupada diminuiu 0,17% no primeiro trimestre de 2020 (58,30%), se comparado ao ano anterior (58,47%), enquanto o percentual de população desocupada aumentou em 0,19%. Manteve-se estável o número de pessoas fora do mercado de trabalho, contudo, este contingente representa 36,4% da PEA, ou seja, mais de 1/3 da população em idade laboral está fora do mercado de trabalho. Este número expressivo tem um custo social preocupante, pois é possível inferir que a renda destas pessoas decorre de outras fontes que não o salário.

Em relação ao rendimento médio real do trabalho principal, habitualmente recebido por mês, pelas pessoas de 14 anos ou mais de idade, a Figura 18 demonstra, em comparação ao primeiro trimestre de 2019, que houve aumento no rendimento médio recebido pelos empregados do setor privado, exclusive trabalhador doméstico, e pelos empregadores, enquanto as demais categorias tiveram redução de rendimentos. O trabalhador doméstico possui a menor média de rendimentos enquanto o empregador recebe as maiores remunerações.

**Figura 18.** Rendimento médio real do trabalho principal, habitualmente recebido por mês, pelas pessoas de 14 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, com rendimento de trabalho (Reais), RS, 2019-2020.

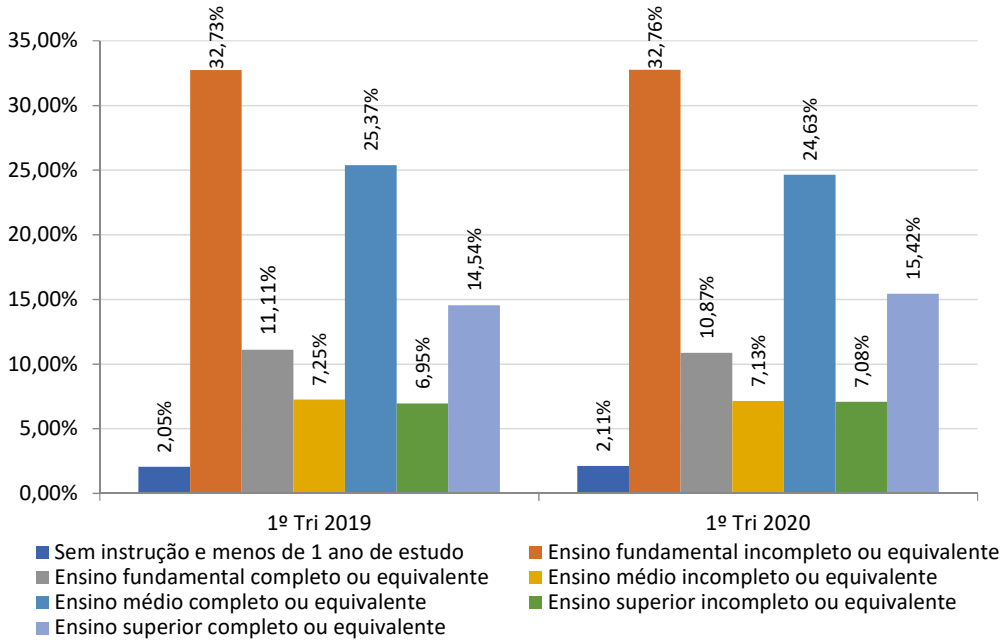



Fonte: IBGE.

Com relação ao nível de escolaridade da PEA, o gráfico abaixo aponta que o maior contingente tem o nível fundamental incompleto (32,7%) e que este percentual não sofreu variação no último ano. Contudo, houve redução 0,74% na faixa de ensino médio completo e aumento de 0,88% na

participação do ensino superior completo. O nível de escolaridade reflete diretamente no tipo de ocupação e na faixa salarial.

**Figura 19.** Pessoas de 14 anos ou mais de idade, total, na força de trabalho, por nível de instrução, RS, 2019-2020.

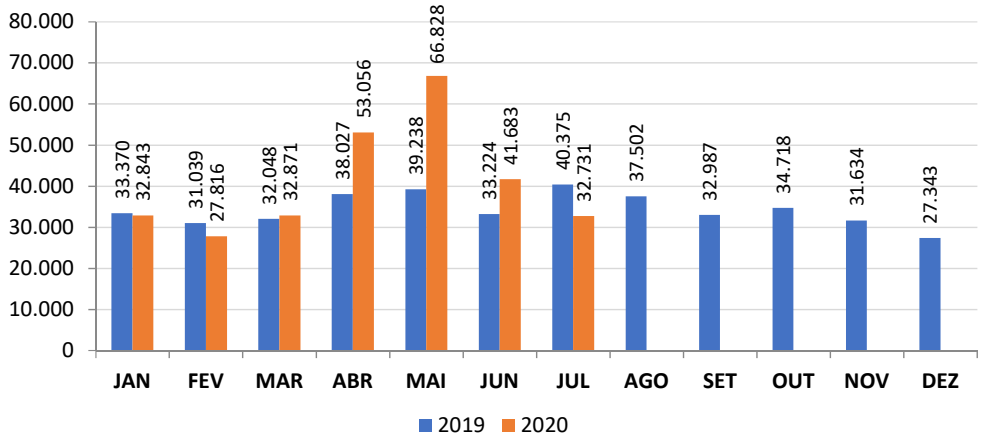



Fonte: IBGE.

O número de requisições de seguro-desemprego no período de janeiro/2019 a julho/2020 aumentou. Se compararmos o mês de maio/2020 com o mesmo mês no ano anterior, percebe-se um aumento de 70,31%. Este aumento está relacionado diretamente à situação de isolamento social adotada em função da pandemia de COVID-19 que atingiu o RS neste período.

Quando analisamos os dados do segundo trimestre (abril, maio e junho) de 2020 separadamente, encontramos uma situação preocupante, pois 161.567 trabalhadores (as) foram demitidos (as) neste período, ou seja, perderam seus empregos no decorrer de uma crise sanitária. Ainda, excetuando-se o segundo trimestre de 2020, vemos que os números não variam de um ano a outro comparativamente. Se tomarmos como base apenas o ano de 2019 veremos uma ascensão significativa do número de requisições no primeiro semestre.

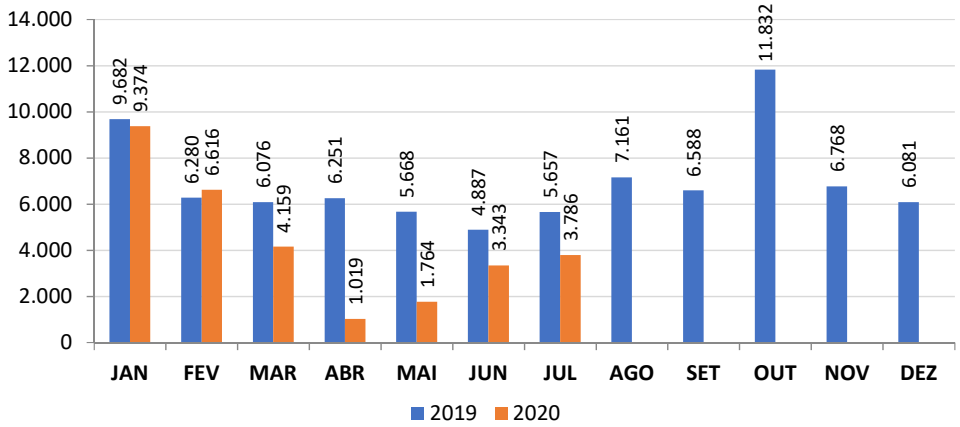
**Figura 20.** Quantidade de requerentes de seguro-desemprego trabalhador formal, RS, 2019-2020.




Fonte: Base de Gestão do Seguro-Desemprego (BGSD)

Além disso, os dados relativos à oferta de vagas de emprego no Sistema Nacional de Emprego (SINE) para o RS (Figura 21) demonstra que houve uma redução nos meses de março a julho/2020 se comparados ao mesmo período do ano anterior, chegando a 68,88% no mês de maio/2020. O gráfico mostra que embora a oferta de vagas de emprego esteja aumentando gradativamente, ela permanece menor que no ano anterior, tendo reduzido em 33,08% no mês de julho/2020 em relação a 2019.

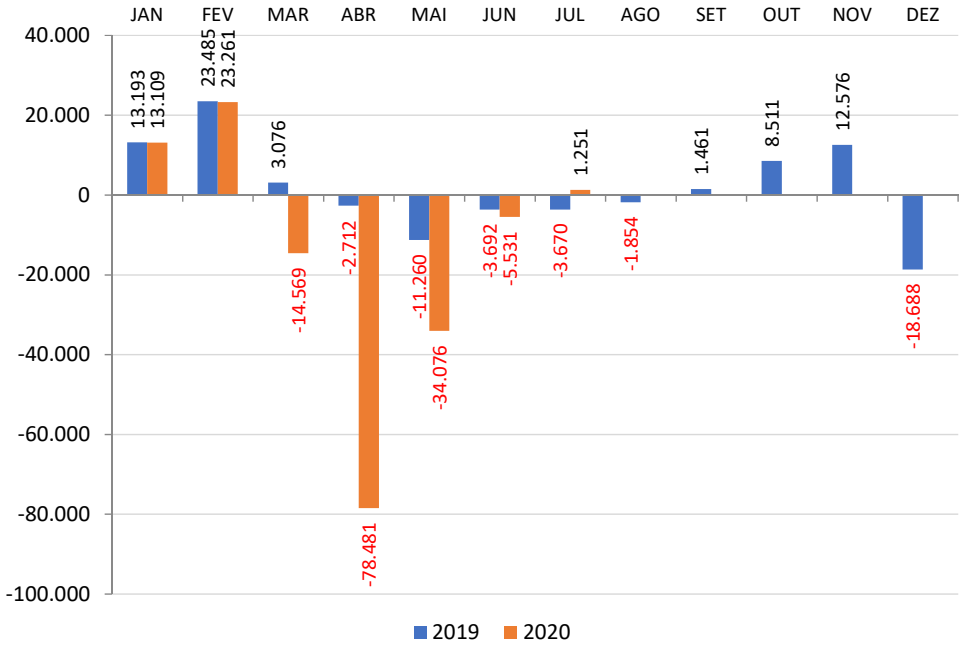
**Figura 21.** Vagas oferecidas no Sistema Nacional de Emprego (SINE), RS, 2019-2020.




Fonte: SINE.

A pandemia de COVID-19 mudou drasticamente as relações de trabalho e os efeitos econômicos e sociais já aparecem, pois novas formas e processos de trabalho foram criados, demandando uma reorganização do mercado de trabalho. A análise do número de admissões e de desligamentos realizados no estado do RS nos anos de 2019 e 2020 demonstra que a pandemia de COVID-19 teve efeito devastador sobre o trabalhador formal. No mês de abril/2020 o saldo negativo aumentou 2.893,84%, passou de - 2.712 para - 78.481, devido ao número expressivo de demissões. Nos meses subsequentes a variação foi menor, chegando a saldo positivo de 134,08% no mês de julho/2020, se comparado ao mesmo mês do ano anterior.

**Figura 22.** Saldo de admissões menos desligamentos no mês de referência, RS, 2019-2020.




Fonte: Caged – SEPRT/ME.

É possível identificar um cenário em crise a partir das informações acima. O saldo negativo citado anteriormente reflete o que os números do seguro-desemprego e da oferta de vagas apresentam. As restrições efetuadas às atividades econômicas em função da pandemia de COVID-19 representaram um ônus sem precedentes aos trabalhadores. Um contingente significativo de trabalhadores (as) está enfrentando uma crise sanitária sem fonte de renda. O trabalho, ou a ausência dele, é um determinante essencial das condições de vida e da situação de saúde dos (as) trabalhadores (as) e de suas famílias. Além de produzir as condições materiais de vida, define socialmente uma identidade, um sujeito social que produz subjetividade e se reconhece no mundo por meio do seu fazer. Assim, é um elemento importante para a saúde - capaz de constituir-se como componente protetor e promotor de saúde (BRASIL, 2018).

Os dados apresentados para o RS não estão dissociados de uma reestruturação global das relações laborais e suas formas. O cenário do emprego no Brasil está mudando sua característica estrutural. Sob um discurso de modernização e ajustamento do mercado brasileiro ao padrão internacional, a onda de flexibilização das relações de trabalho tem construído um cenário de desestabilização das relações laborais e crise do emprego formal. Em sintonia com esta nova perspectiva, o efeito direto é o crescimento do número de trabalhadores autônomos, terceirizados e informais. A Reforma Trabalhista, aprovada em 2017, representou o fim de um ciclo de regulamentações e movimentos conquistados pelos trabalhadores (as).

Um estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT) afirma que mais de 61% da população empregada no mundo, aproximadamente 2 bilhões de pessoas, estão na economia informal, evidenciando que a transição para a economia formal é essencial para garantir proteção social e condições de trabalho dignas[1]. No RS, segundo a PNAD contínua trimestral do IBGE, os dados

[1] https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_627643/lang--pt/index.htm

indicam que entre o primeiro trimestre de 2019 (34,15%) e o primeiro trimestre de 2020 (33%) houve pouca variação, com leve queda. Ainda assim, este contingente de trabalho informal representa 1/3 da força de trabalho ocupada, equivalente a quase 2 milhões de pessoas.

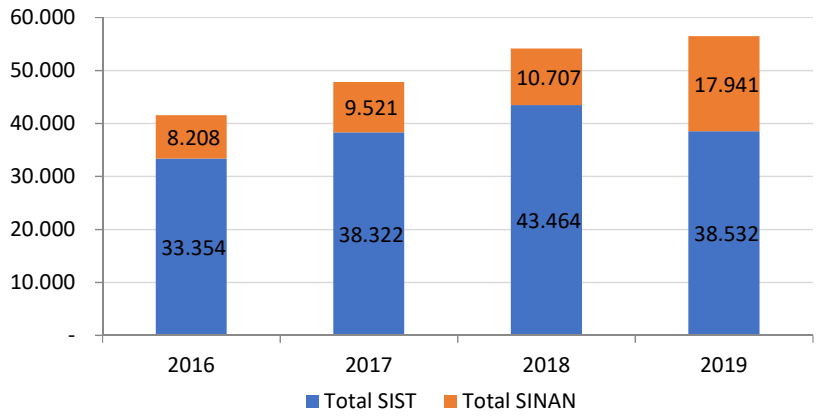
A constituição de um mercado formal de trabalho no Brasil conviveu desde sempre com a expansão de todo um complexo de formas de trabalho informal em pequenas empresas urbanas de fundo de quintal, relações de trabalho no campo, nas inúmeras formas de trabalho autônomo e doméstico, quase sempre em condições precárias, cujos padrões de contratação e assalariamento passavam ao largo da legislação trabalhista e social e de qualquer possibilidade de representação coletiva.

Historicamente, as atividades que concentram a mão-de-obra informal são as de caráter sazonal, como agricultura e construção civil. Além disso, o setor de comércio, transportes e agora os recentes aplicativos e serviços, também possuem expressivo número de informais.

Da mesma forma que as políticas de saúde, os direitos e benefícios sociais e trabalhistas também estão atrelados ao modo de inserção do indivíduo sobre o mercado de trabalho – até hoje. A proteção à saúde, o amparo na doença e no desemprego, reconhecimento e proteção para periculosidade, insalubridade, assistência em caso de acidente de trabalho, qualificação do ambiente de trabalho, são exemplos de benefícios que estão atrelados ao trabalho formalizado, regulado. O sistema previdenciário também é ligado à consolidação e estruturação do mercado de trabalho, cujos recursos recolhidos sobre a folha de pagamento fazem parte de sua principal base de financiamento. Assim, a ruptura do vínculo empregatício formal representa, na prática, a perda do "direito ao direito", entre elas toda a proteção da saúde e segurança no trabalho.

Sobre **os agravos à Saúde do Trabalhador,** de acordo com dados do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de 2016 a 2019 as notificações de agravos vêm aumentando gradualmente, conforme a Figura 23. Em 2019 foram notificados 56.473 agravos, sendo 92,7% por acidentes de trabalho e 7,3% por doenças. Dentre os acidentes de trabalho, 91,3% ocorreram no local de trabalho e 8,7% no trajeto. Quanto ao sexo, 68,2% acometeram trabalhadores do sexo masculino e 31,8% atingiram o sexo feminino. Cabe ressaltar que em relação aos acidentes e adoecimentos envolvendo crianças e adolescentes no trabalho, o número de casos notificados em 2019 foi de 449 (0,8%). A faixa etária de 18 a 29 anos apresentou o maior número de ocorrências.

**Figura 23.** Notificações de agravos à saúde do trabalhador, RS, 2016-2019.



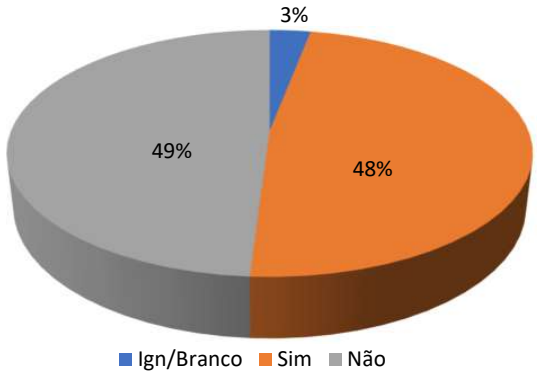

Fonte: SINAN/DATASUS; SES/RS.

Mais da metade dos agravos atingiram celetistas (68,9%), seguidos de autônomos (12,3%). Na zona urbana, ocorreram 77,22% dos agravos e na rural 18,15%, sendo os restantes ignorados. Dentre os acidentes de trabalho, os principais agravos (em quantitativos) foram os ferimentos (34,41%) e traumatismos (13,8%). Entre os ferimentos, a maior parte ocorreu na região do punho e da mão. Referente à atividade econômica, os setores com trabalhadores mais atingidos foram: indústria de transformação (35,1%), saúde e serviços sociais (14,8%), agricultura (13,1%), comércio (10,6%) e construção civil (8%).

Quanto às notificações de agravos, as cinco Regiões de Saúde com maiores taxas são R5, R14, R16, R23 e R1, enquanto as menores taxas estão nas Regiões R2, R6, R7, R8 e R19. Em relação aos **óbitos relacionados ao trabalho no RS**, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de 2016 a 2019 ocorreram 1.043 óbitos, sendo 279 em 2016, 269 em 2017, 236 em 2018 e 259 em 2019. As investigações de óbitos relacionadas ao trabalho têm apresentado evolução crescente: 39,78% (2016), 54,44% (2017), 54,85% (2018) e 71,15% (2019).

Do total de casos suspeitos de intoxicação por agrotóxicos (agrotóxico de uso agrícola, agrotóxico de uso doméstico, saúde pública, produto veterinário, raticida) nos municípios do RS, registrados no SINAN, no período de 2011-2019, a exposição e ou contaminação foi decorrente do trabalho ou ocupação em 48% dos casos, conforme se verifica na Figura 24.

**Figura 24.** Percentual de casos registrados no SINAN, cuja exposição/ contaminação foi decorrente do trabalho ou ocupação, RS, 2011-2019.



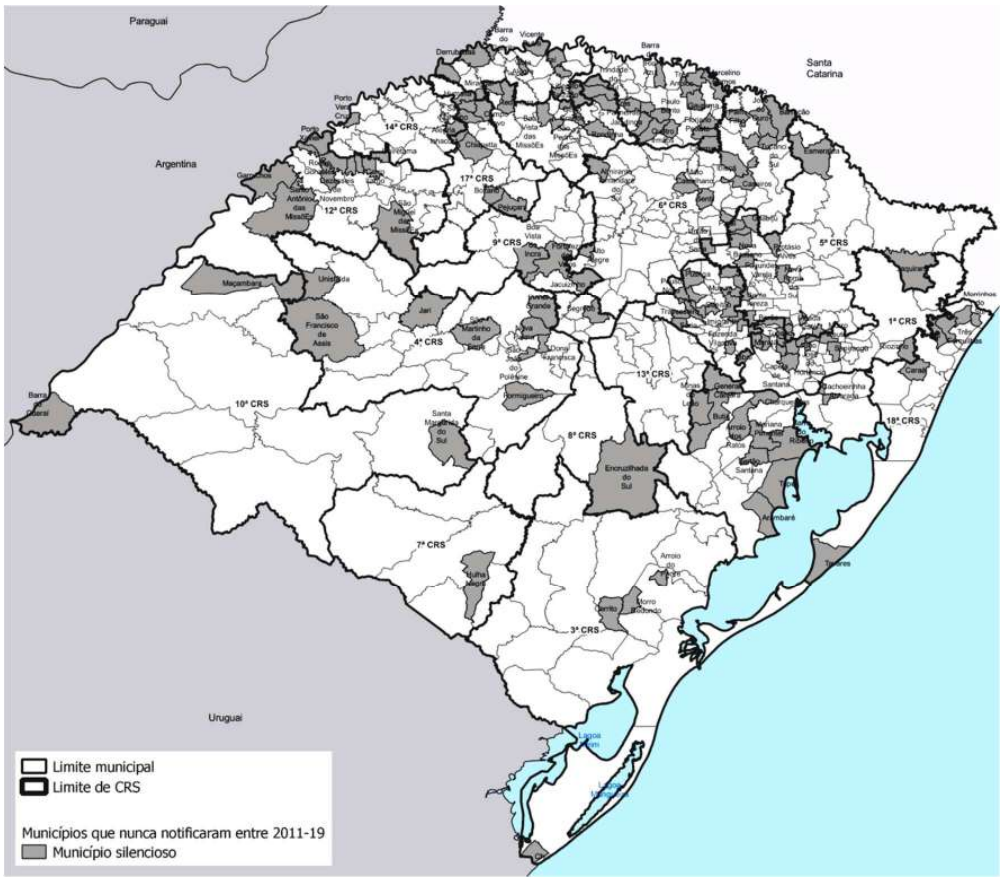

Fonte: SINAN.

Conforme apresentado, o RS tem nas **atividades agropecuárias** uma das suas principais atividades econômicas, sendo que o modelo produtivo da agropecuária convencional utiliza um grande **volume de agrotóxicos.** Estes produtos também são amplamente utilizados no controle de vetores e pragas urbanas, em uso doméstico, em uso veterinário, em saúde pública, em jardinagem amadora, entre outros.

Esta realidade representa riscos à saúde para a população, que é exposta direta ou indiretamente aos agrotóxicos, seja por contato dérmico, inalação, ingestão de alimentos e água com resíduos de agrotóxicos, via placentária ou pelo leite materno, além das populações expostas à deriva das pulverizações nas zonas urbanas de municípios produtores agrícolas. Um dos indicadores da vigilância e atenção em saúde das populações expostas aos agrotóxicos é o registro no sistema de informação SINAN dos casos de intoxicação exógena por agrotóxicos, que faz parte da lista de agravos

de notificação compulsória desde 2011. Na série histórica de 2011 a 2019, muitos municípios nunca realizaram a notificação destas ocorrências, sendo considerados silenciosos, conforme é verificado na Figura 25.

**Figura 25.** Mapa de identificação de municípios silenciosos para registro de intoxicações agudas por agrotóxicos, RS, 2011-2019.

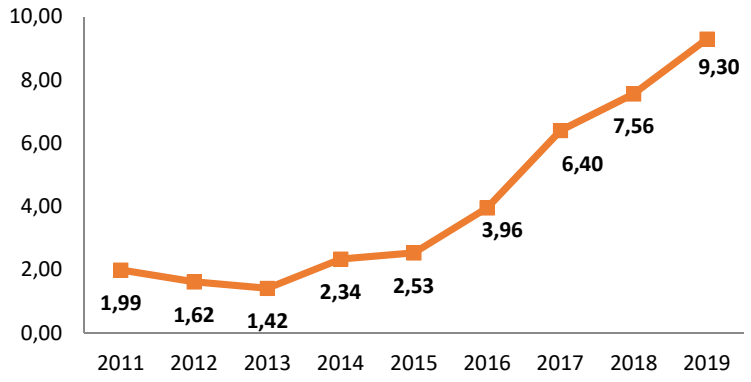



Fonte: SES/RS.

No período em questão, observa-se 152 municípios sem registro, fato que pode ser explicado pela ausência de casos de intoxicação ou pela subnotificação dos casos e insensibilidade do setor saúde para o agravo. Cabe ressaltar que alguns destes fazem parte da lista dos 50 municípios com as maiores áreas plantadas em 2018, considerando culturas temporárias e/ou permanentes, conforme informações da pesquisa de Produção Agrícola Municipal do IBGE (2018), inferindo-se, portanto, que haja grande volume de uso de agrotóxicos em seus territórios.

Mesmo frente à subnotificação, na Figura 26 se percebe um aumento da vigilância da população exposta como um todo no RS, com a taxa de registro dos casos mais do que triplicando nos últimos cinco anos.

**Figura 26.** Taxa de notificação de casos de intoxicação aguda por agrotóxicos (100.000 habitantes), RS, 2011-2019.




Fonte: SINAN; IBGE.

Além de avaliar a sensibilidade da rede de saúde e da vigilância para o agravo, o registro dos casos permite conhecer o perfil de morbimortalidade das populações e a magnitude das intoxicações, mapear áreas e grupos de risco, identificar os produtos agrotóxicos mais frequentemente relacionados às intoxicações e analisar a incidência e seus fatores determinantes.

A exposição humana crônica aos agrotóxicos, que ocorre após exposição a baixas doses e por longo tempo, está associada a uma série de riscos à saúde. Para avaliação da exposição humana aos **resíduos de agrotóxicos** que podem estar presentes nos alimentos e na água de consumo humano é fundamental uma vigilância com amostragem e análise laboratorial representativa do volume de água e alimento consumidos. Em nível nacional, o Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos (PARA) da Agência Nacional de Vigilância (ANVISA) trabalha nesta perspectiva, com o envolvimento dos estados. Como resultados deste programa, em 2016-2017 não houve coletas de amostras de alimentos, sobre 2017-2018 está disponível somente o relatório nacional e não por unidade da federação, devido a problemas com os laudos do laboratório particular, e os resultados de 2018-2019 ainda não foram consolidados. Alguns problemas podem ser apontados, como as diferenças nos tipos de alimentos e ingredientes ativos testados a cada ano, bem como diferenças no tamanho da amostragem a cada ano. Existe um monitoramento realizado na Central de Abastecimento (CEASA) de Porto Alegre, em atendimento a um Termo de Ajuste da Conduta (TAC), sendo que no último ano não foram analisados os ingredientes ativos mais utilizados no estado, tampouco os tipos de alimentos mais consumidos pela população. Desta maneira, não existem dados disponíveis ou confiáveis para avaliação de risco com relação aos resíduos de agrotóxicos em alimentos no RS.

O monitoramento de resíduos em alimentos no RS exige análises de vigilância e análises fiscais, a serem coordenadas pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (LACEN/RS), de forma contínua, padronizada, com amostragem representativa e passível de construção de série histórica, considerando os volumes de agrotóxicos produzidos e consumidos no território gaúcho de forma significativa. Este plano é fortemente indicado para ser construído pelo setor saúde, com participação do setor controlado e das cadeias produtivas de alimentos do RS, buscando segurança alimentar, evitando agravos crônicos por via hídrico alimentar e atendendo aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

O Anexo XX da Portaria de Consolidação MS/GM N° 5/2017 determina o monitoramento de 27 agrotóxicos. Compete aos responsáveis pelos sistemas de abastecimento de água, supridos por manancial superficial e subterrâneo, realizar o controle com periodicidade semestral. Os responsáveis devem elaborar um plano de amostragem para agrotóxicos que considere a avaliação dos seus usos na bacia hidrográfica do manancial de contribuição, bem como a sazonalidade das culturas. As coletas de amostras da água na bruta (no ponto de captação), na saída do tratamento e na rede de distribuição, visam à avaliação de risco à saúde humana. No RS, a Portaria Estadual N° 320/2014 estabeleceu 46 parâmetros de agrotóxicos adicionais a serem avaliados no controle da qualidade da água para consumo humano. Assim, no estado os responsáveis pelo abastecimento de água devem realizar o controle de 73 ingredientes ativos de agrotóxicos na água fornecida aos consumidores.

Dos 497 municípios gaúchos, aproximadamente 316 tem como responsável pelo abastecimento de água para consumo humano a Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN), outros 68 municípios têm estes serviços oferecidos pelas suas respectivas Prefeituras Municipais; 8 municípios possuem autarquias designadas e apenas 2 cidades têm empresas privadas como responsável pelo tratamento da água.

Na análise quantitativa da concentração de resíduos agrotóxicos, o limite de quantificação (LQ) é a menor concentração que pode ser determinada com um nível aceitável de exatidão, e o valor máximo permitido (VMP) é a concentração máxima que deve servir de referência para enquadrar a água como potável. No período de 2016 a 2019, houve 117 quantificações de 11 diferentes agrotóxicos, sendo 110 quantificações no ponto de captação e 7 na saída do tratamento, como se verifica na Tabela 2 que apresenta o número de quantificações por respectivo agrotóxico no tratamento da água no período analisado, e a Figura 27 que apresenta o mapa dos municípios com quantificação de agrotóxicos na água bruta, previstos na portaria nacional.

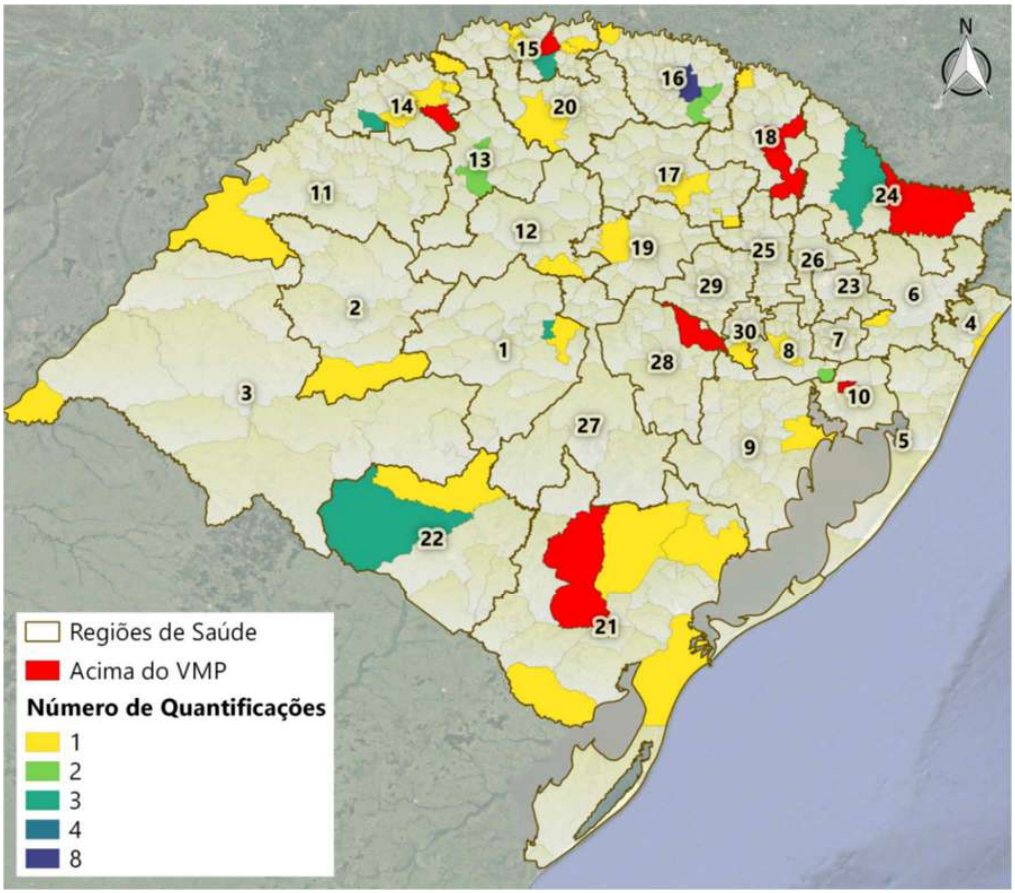
**Tabela 2.** Número de quantificações por resíduo de agrotóxico no tratamento da água, RS, 2016-2019.

| Ano | Parâmetro Anexo XX PRC n° 5/2017 | N° de análises com quantificação no ponto de captação | N° de análises com quantificação na saída do tratamento |
|---|---|---|---|
| **2016** | Atrazina | 9 | - |
| | Metalocloro | 1 | - |
| | Simazina | 2 | - |
| | **TOTAL** | **12** | **-** |
| **2017** | Atrazina | 16 | - |
| | Metalocloro | 1 | - |
| | Molinato | 1 | - |
| | Simazina | 1 | - |
| | **TOTAL** | **19** | **-** |
| **2018** | 2,4 D + 2,4,5 T | 4 | 1 |
| | Aldrin/Dieldrin | 1 | - |
| | Atrazina | 28 | - |

| Ano | Parâmetro Anexo XX PRC n° 5/2017 | N° de análises com quantificação no ponto de captação | N° de análises com quantificação na saída do tratamento |
|---|---|---|---|
| 2018 | Metalocloro | 4 | - |
| | Molinato | 10 | - |
| | Permetrina | 1 | - |
| | **TOTAL** | **48** | **1** |
| 2019 | 2,4 D + 2,4,5 T | 8 | 1 |
| | Atrazina | 17 | - |
| | DDT+DDD+DDE | 2 | - |
| | Metalocloro | 1 | - |
| | Parationa Metílica | 0 | 2 |
| | Permetrina (cis e | 1 | - |
| | Simazina | 2 | 2 |
| | Terbufós | 0 | 1 |
| | **TOTAL** | **31** | **6** |
| **TOTAL RS 2016-2019** | | **117** | |

Fonte: SES/RS.

**Figura 27**. Quantificações de agrotóxicos na água para consumo humano por Região de Saúde, RS, 2016-2019.




Fonte: SES/RS.

Das 117 quantificações de agrotóxicos realizadas, destaca-se que sete apresentaram parâmetros acima do VMP na água bruta durante os anos em análise em diferentes municípios, conforme é detalhado na Tabela 3.

**Tabela 3.** Quantificações de agrotóxicos acima do Valor Máximo Permitido, municípios selecionados, RS, 2016-2019.

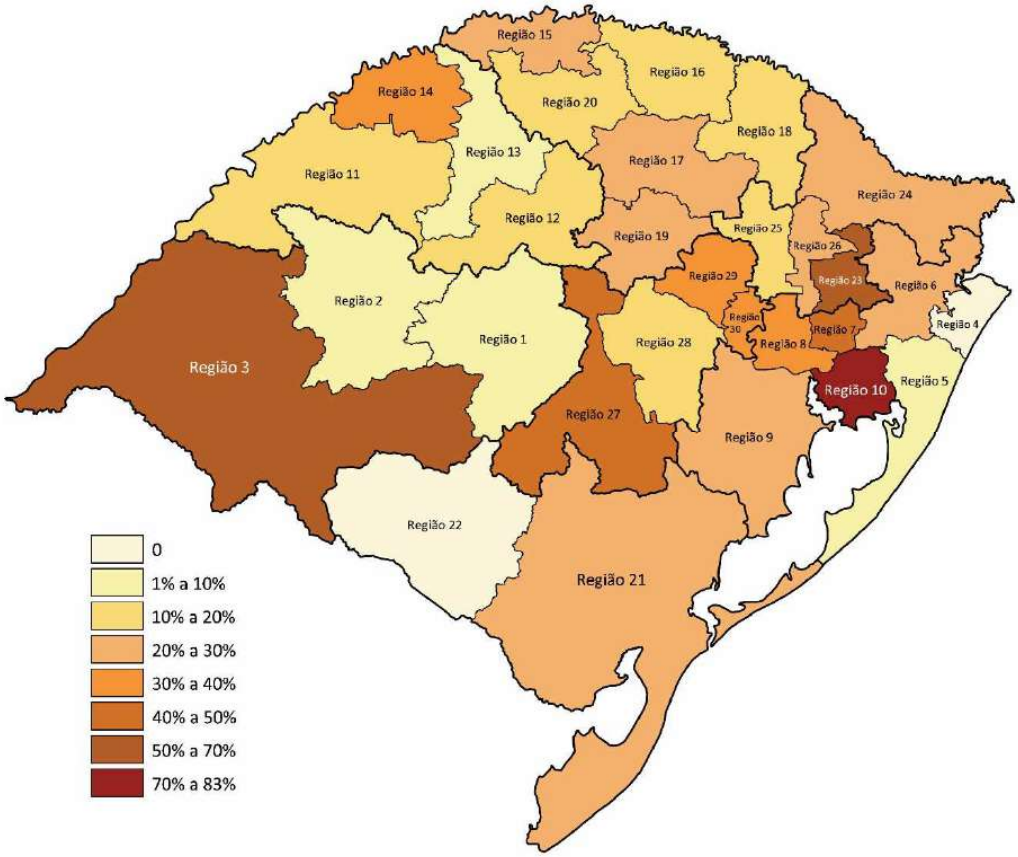
| Ano | Município | Parâmetro | Resultado | VMP (µg/L) |
|---|---|---|---|---|
| 2016 | Lagoa Vermelha | Simazina | 2,19 | 2,00 |
| | Frederico Westphalen | Atrazina | 3,10 | 2,00 |
| | Venâncio Aires | Atrazina | 4,95 | 2,00 |
| 2017 | Bom Jesus | Atrazina | 2,00 | 2,00 |
| 2018 | Alvorada | Aldrin/Dieldrin | 0,08 | 0,03 |
| 2019 | Independência | Simazina | 3,65 | 2,00 |
| | Piratini | Simazina | 3,85 | 2,00 |

Fonte: SES/RS.

O Plano de Monitoramento de Resíduos de Agrotóxicos na Água Para Consumo Humano realizado pela Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) está contido no PPA 2016-2019, com o quantitativo de amostras realizadas ao ano, como mostra a Tabela 3. O monitoramento considera a avaliação do uso do agrotóxico na bacia hidrográfica, no manancial de contribuição, bem como a sazonalidade das culturas de produção agrícola do estado. No LACEN/RS é realizada a análise de 1 parâmetro (Glifosato+AMPA), os demais 12 parâmetros são analisados pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no Rio de Janeiro. Os resultados das campanhas de amostragem de 2016 a 2019 não indicaram resultados acima do VMP.

A **geração de poluentes atmosféricos** é fator de risco à saúde humana e são necessárias medidas de prevenção, de promoção da saúde e de atenção integral, priorizando as regiões onde existam diferentes atividades de natureza econômica ou social que gerem poluição atmosférica, de modo a caracterizar o risco das populações expostas. O Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR) é um instrumento proposto pelo Ministério da Saúde (MS) que possibilita, através de modelo matemático, a identificação do risco atmosférico em cada município, sendo composto por indicadores ambientais e de saúde. As informações de saúde referem-se às taxas de mortalidade e internações por agravos respiratórios, de acordo com o Capítulo X do Código Internacional de Doenças (CID-10), da população residente, nas faixas etárias de 0 a 5 anos e 60 anos e mais. As informações ambientais incluem as fontes fixas, móveis e queima de biomassa e mineração. O risco é apresentado em quatro classes: risco baixo, risco médio, risco alto e risco crítico. Com base nos resultados municipais, é possível estratificar as Regiões de Saúde do RS conforme o número de municípios em risco crítico, que pode ser conferido na Figura 28.

**Figura 28.** Proporção de municípios em risco crítico na Classificação do IIMR, para risco atmosférico, por Região de Saúde, RS, 2017.

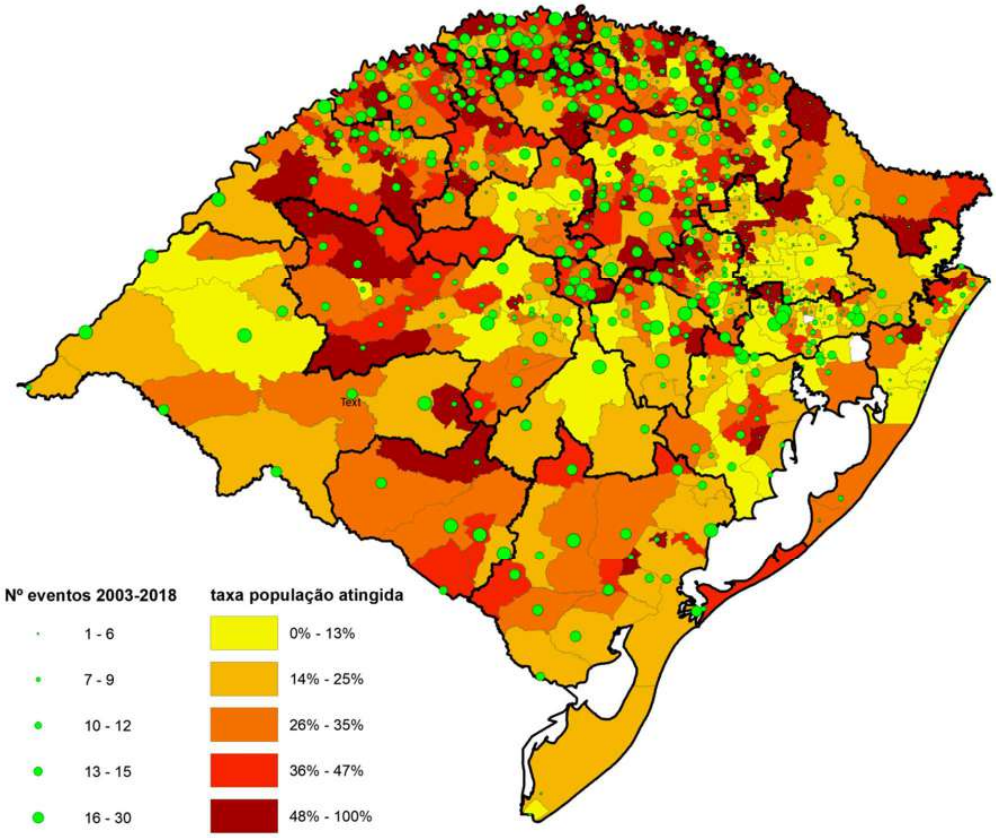



Fonte: SES/RS.

O RS é frequentemente atingido por **eventos climáticos extremos**, como chuvas intensas, vendavais, queda de granizo e estiagens, havendo previsão do aumento da frequência e da intensidade destas ocorrências, segundo o Instituto de Pesquisas Espaciais (INPE). Desta maneira, espera-se um consequente aumento dos impactos ambientais adversos sobre as populações e, portanto, dos riscos à saúde.

A Figura 29 evidencia a recorrência das situações de emergência decretadas pelos municípios por estes tipos de eventos. No período de 15 anos, 40% dos municípios decretaram situação de emergência entre 13 a 30 vezes, e em 40% dos municípios mais de 35% da população foi atingida. A condição de exposição a estes eventos adversos, que no estado atinge em média 1.712.000 de pessoas, aponta para a necessidade de ações de prevenção e de preparação das populações e suas equipes de saúde, principalmente para as doenças e agravos evitáveis, como doenças infecciosas transmitidas pela água e alimentos, ataques por animais peçonhentos, lesões, tétano acidental, agravamento de doenças respiratórias e doenças crônicas, sofrimento psíquico e prejuízos nos serviços de atenção à saúde.

**Figura 29.** Situações de emergência decretadas nos municípios devido a eventos climáticos extremos e percentual médio da população atingida por estas ocorrências, RS, 2003-2018.




Fonte: Defesa Civil/RS.

As **condições de habitação** têm relação direta com a saúde biológica e o bem-estar psicológico e social de seus habitantes. A qualidade do ar interior, a ventilação, a luminosidade, a temperatura interior, o ruído, a acessibilidade, a dimensão da casa e uma eventual superlotação são fatores que concorrem para o nível de saúde de seus residentes.

Para a prevenção de problemas de saúde com possível origem na habitação, como doenças respiratórias, acidentes domésticos, tuberculose, faz-se necessário atentar para a população que habita moradias cujas vedações não impedem a entrada de insetos e roedores, nas produzidas com materiais inadequados, que possam ser tóxicos, e nas que possuem pouca ou nenhuma ventilação e iluminação naturais, que aliadas a presença de umidade, contribuem para o desenvolvimento de agentes patogênicos que podem originar riscos à saúde dos moradores.

Dados da PNAD contínua anual (2019) retratam que no RS a maioria dos domicílios é da tipologia casa (82,82%). Em relação à condição de ocupação do domicílio, 77,60% dos gaúchos habitam imóveis próprios e 14,97% imóveis alugados. E termos de adensamento, os domicílios tinham, em média, 2,6 moradores, sendo que 7,34% das moradias eram ocupadas por cinco ou mais moradores.

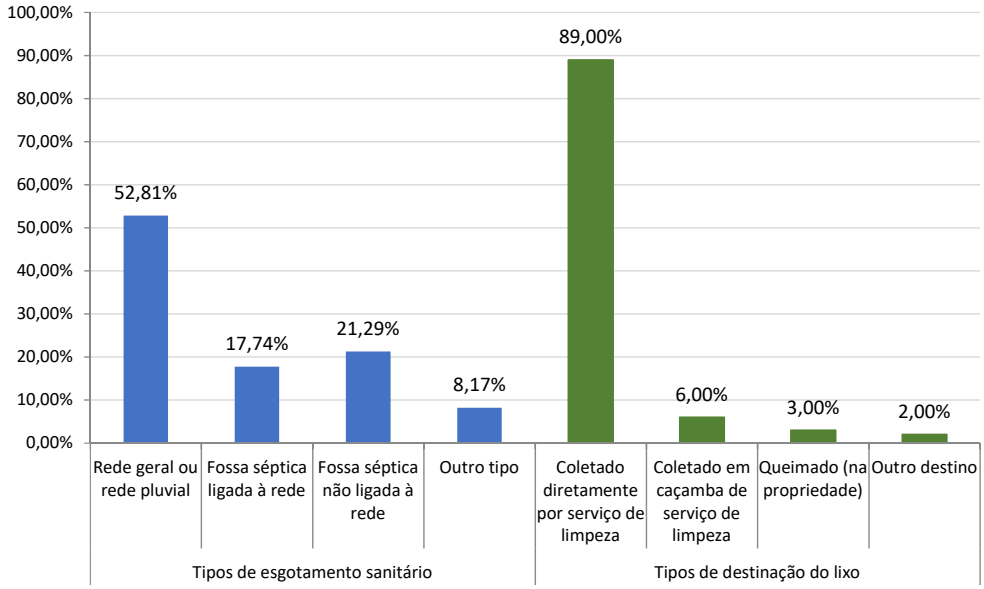
Analisando as condições de construção das habitações gaúchas, os dados demonstram que no material do piso predomina a cerâmica, lajota ou pedra (68,46%), seguida da madeira apropriada para construção (28,02%), do cimento (2,88%) e de outros materiais (0,64%). As condições do piso da moradia influenciam na segurança dos moradores, em especial de crianças e idosos, pois um piso

estável permite deslocamentos mais seguros, prevenindo acidentes domésticos, e possibilita que as crianças explorem o ambiente sem receio, desenvolvendo suas capacidades motoras.

Quanto ao acabamento das paredes, 77,96% das moradias são de alvenaria/taipa com revestimento, 15,59% de madeira apropriada para construção (aparelhada), 5,55% de alvenaria/taipa sem revestimento e 0,90% de outro material. Na cobertura (telhado), predomina a telha sem laje de concreto (59,87%), seguida da telha com laje de concreto (21,71%), da laje de concreto (10,64%) e de outro material (7,78%).

Segundo dados da PNAD contínua anual (2019), o percentual de residências que possuem sistemas de esgotamento sanitário conectado à rede é de 70,54%. Ainda é grande a exclusão sanitária de parte significativa da população gaúcha, pois 29,46% das ligações de esgoto não são acompanhadas pelo respectivo tratamento, sendo parte dele lançado no ambiente. Quanto ao tipo de destinação do lixo, em 89% das residências os resíduos são coletados diretamente, em 6% são coletados em caçamba de serviço de limpeza, e em 5% dos casos os resíduos são queimados ou tem outro destino (Figura 30).

**Figura 30.** Porcentagem de domicílios por tipo de serviço de saneamento, RS, 2019.




Fonte: IBGE.

Os indicadores de cobertura não mensuram a qualidade e a disponibilidade do serviço e, atualmente, ainda se verifica muita dificuldade para a universalização do acesso, o que impacta na saúde pública, uma vez que o acesso aos serviços de infraestrutura previne a contaminação do ambiente e o aparecimento de doenças, fator fundamental para a melhoria das condições de vida e da situação de saúde das populações na perspectiva da prevenção de doenças.

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 diarreias, hepatite A, dengue, zika vírus, conjuntivites, esquistossomose, leptospirose, dentre outras. Incentivar a construção de habitações mais saudáveis, seguras e sustentáveis é uma estratégia de promoção da saúde e bem-estar de indivíduos e populações.

Conforme os dados do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), em 2019, 83,97% da população do estado consumia água fornecida por Sistema de Abastecimento (SAA); 7,45% por **Solução Alternativa Coletiva (SAC)**; 2,88% por Solução Alternativa Individual (SAI) e 5,7% da população não possuía informação no sistema sobre a modalidade de abastecimento. Em termos de população absoluta, 9.513.768 pessoas contam com sistema de abastecimento de água com rede de distribuição, onde 7.004.088 habitantes são abastecidos por água oriunda de sistemas de captação superficial; 1.158.442 por captação subterrânea e 1.351.238 por captação mista.

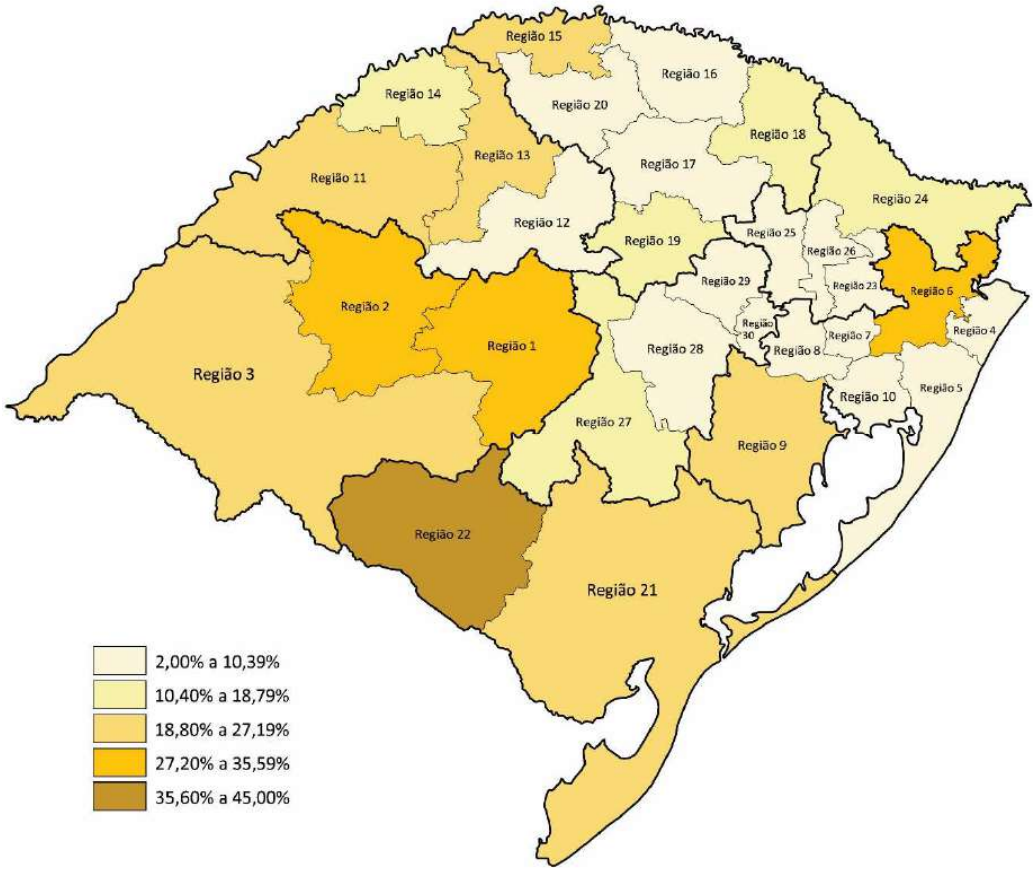
Os mananciais superficiais ficam mais expostos a fontes de contaminação e exigem um tratamento mais completo, incluindo a filtração para remover partículas em suspensão, bem como remover protozoários patogênicos que não são removidos pela desinfecção com cloro. O RS possui 198 Estações de Tratamento de Água que utilizam mananciais superficiais ou mistos, sendo que 173 delas foram inspecionadas no ano de 2019, correspondendo a 87% da meta.

Ainda em 2019, observou-se que 10,33% da população consumia **água oriunda de soluções alternativas**, ou seja, pelo menos 1.170.408 pessoas não estavam conectadas à rede de abastecimento de água, fazendo uso, muitas vezes, de uma fonte de água não segura, pela ausência de tratamento adequado. Foram realizadas 3.006 inspeções sanitárias em sistemas e soluções alternativas coletivas que utilizam manancial subterrâneo no ano de 2019, próximo à meta de 3.187 inspeções definida no PES 2016-2019. Reconhecida como um importante risco à saúde, a presença de *Escherichia coli* em SACs, foi contemplada em uma meta proposta para o PES 2016-2019, e como um indicador de resultados em nível estadual, objetivando reduzir esta inconformidade de 15% em 2016 até o percentual de 2% em 2019.

A Figura 31 apresenta o resultado, avaliado por Região de Saúde, referente ao ano de 2019. As regiões que apresentaram os maiores índices também foram aquelas que apresentaram o percentual elevado de SACs cadastradas com ausência da etapa de desinfecção, principalmente aquelas ainda administradas por associações comunitárias. Nessas localidades, observou-se que a população consumidora dessa modalidade de abastecimento, em sua maioria, oferece resistência à implantação da cloração, por acreditar que o tratamento da água trará mais malefícios que benefícios. Nesse sentido, outro importante desdobramento dos resultados do indicador é o trabalho educativo e informativo da vigilância ambiental em saúde junto às comunidades, estratégia que deverá ser fortalecida nas ações para redução da presença de *Escherichia coli* em SACs, juntamente com a instrumentalização legal para qualificar as contratações geridas pela autoridade municipal no que se refere ao tratamento da água para consumo humano nessa modalidade de abastecimento de água.

Em 2019, do total de amostras de água analisadas, 43% das amostras SAIs e 13% das amostras de SACs apresentaram presença de *Escherichia coli*, o que demonstra o risco bacteriológico na água de consumo humano para uma população de 619.846 indivíduos. Ações na área de saneamento buscam melhorar os resultados do indicador, sendo promovida assessoria técnica aos municípios que apresentam maior risco bacteriológico, por meio de visitas técnicas pelo Programa Estadual de Melhoria da Qualidade da Água Para Consumo Humano (PEmQA).

**Figura 31.** Proporção de Amostras de Água com Presença de *Escherichia coli* em SAC, por Região de Saúde, RS, 2019.



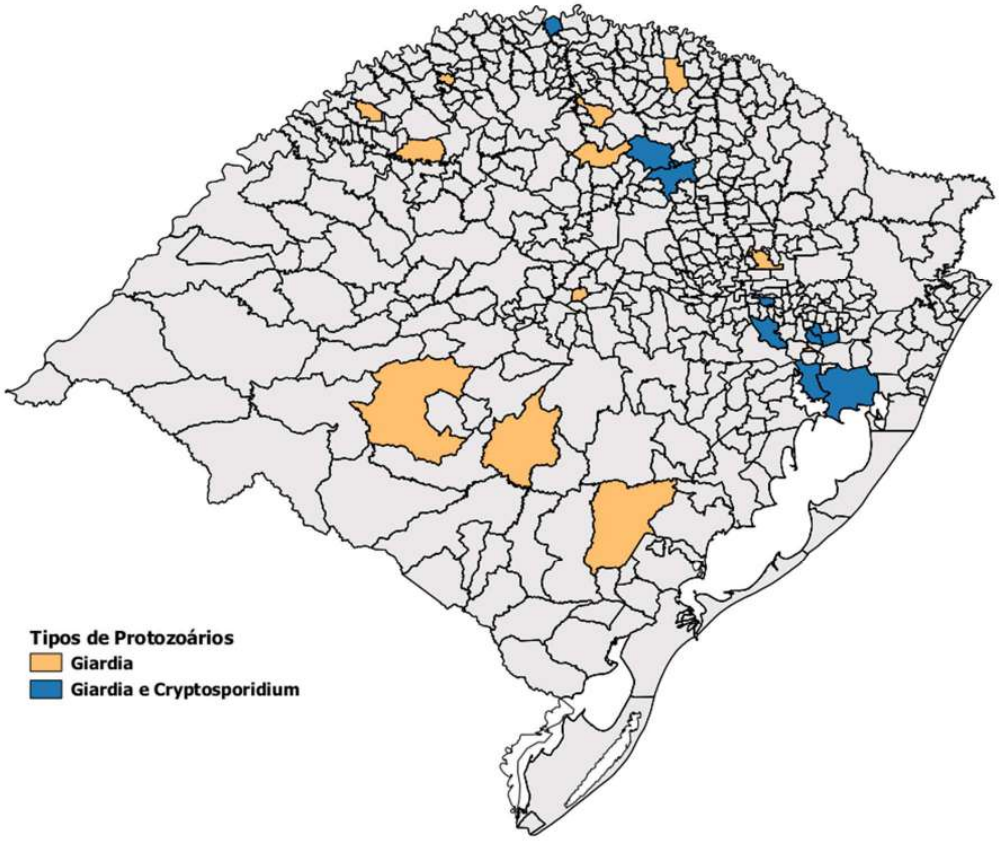

Fonte: SES/RS.

De 2012 a 2018, nos 211 pontos de captação superficial de água no RS, 53 tiveram a média geométrica para a bactéria *Escherichia coli* superior a 1.000 células/100 ml, evidenciando o quanto os mananciais estão impactados pela falta de tratamento de esgoto e pelo lançamento inadequado de resíduos oriundos da atividade pecuária. Destes 53 Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) com critério para exigência do monitoramento de protozoários, conforme o art. 31 do Anexo XX da Portaria de Consolidação do MS/GM nº 5/2017, 21 SAAs, em distintos municípios, tiveram detecção de *Giardia* spp e/ou *Cryptosporidium* spp, conforme a Figura 32.

A principal barreira para retenção de protozoários em SAAs é a etapa de filtração, e dos 21 sistemas avaliados com detecção dos protozoários *Giardia* spp e/ou *Cryptosporidium* spp, apenas um deles, do município de Caçapava do Sul, atingiu o padrão de turbidez pós-filtração conforme previsão legal.

Considerando a probabilidade e o perigo de contaminação da água por esses protozoários, e levando-se em consideração que 20 sistemas restantes com comprovada detecção de *Giardia* spp e/ou *Cryptosporidium* spp e inconformidades no parâmetro turbidez pós-filtração, tem-se que uma população de 1.539.709 indivíduos, referentes aos consumidores desses sistemas, foram expostos ao risco de contaminação por esses patógenos.

**Figura 32.** Municípios com detecção e/ou quantificação de *Giardia* e/ou *Cryptoporidium*, RS, 2012-2018.




Fonte: SES/RS.

As análises de vigilância do íon fluoreto são realizadas de acordo com as orientações da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem, nas três formas de abastecimento (Sistemas de Abastecimento e Soluções Alternativas, Coletivas e Individual).

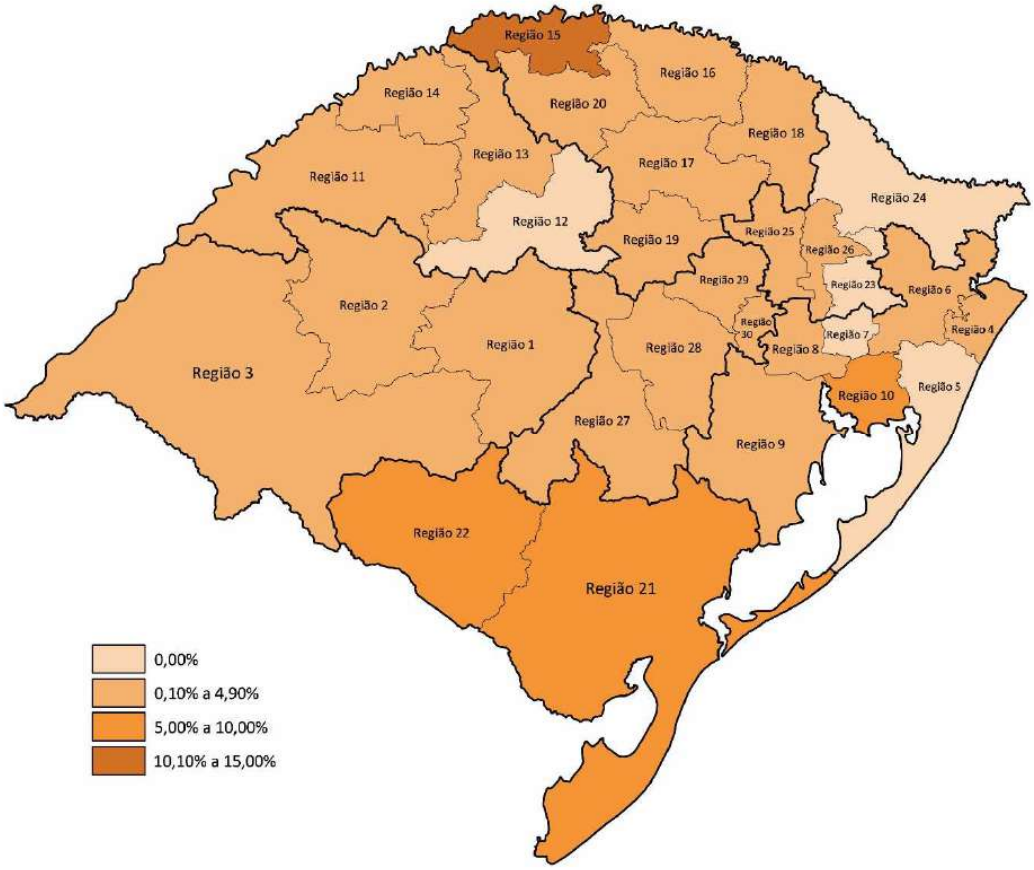
Para Sistemas de Abastecimento, a Portaria Estadual N° 10/99 definiu os teores de concentração do íon fluoreto dentro do padrão de potabilidade, entre 0,6 e 0,9 mg/L. Nessa faixa não há prejuízo à saúde, no caso de risco de fluorose dental. A fluorose dentária é o resultado da ingestão crônica de flúor durante o desenvolvimento dental (até a idade de 10-12 anos) e que se manifesta como mudanças visíveis da opacidade do esmalte devido a alterações no seu processo de mineralização com teores acima desses valores. O grau dessas alterações é função direta da dose à que a criança está sujeita (mgF/kg/dia) e do tempo de duração da dose, do peso e do estado nutricional do indivíduo.

No ano de 2019, foram realizadas 20.820 análises de vigilância para o parâmetro flúor em Sistemas de Abastecimento de Água do estado, com 147 amostras com resultados de flúor acima do VMP (1,5 mg/L). Dessas 147 amostras, 136 dizem respeito a coletas em sistemas com fluoretação, sendo as demais amostras oriundas de sistemas de abastecimento com flúor natural (sistemas que utilizam manancial subterrâneo).

Em relação às SACs, 97% destas são abastecidas por manancial subterrâneo, onde é possível ocorrer a presença de flúor natural acima do valor máximo permitido (1,5 mg /L). Nesses cenários, as ações de vigilância ambiental são direcionadas para a busca de outras alternativas de abastecimento, bem como a comunicação à população sobre os riscos de se consumir água com alto teor de flúor.

Não existe previsão legal para fluoretação de águas fornecidas por SACs, algumas pastilhas usualmente utilizadas para desinfecção possuem cloro e flúor em sua composição. Após esse diagnóstico, com adição de flúor em alguns tratamentos de SACs, o programa VIGIAGUA do estado incluiu, em 2018, por meio da Nota Técnica N° 02, a obrigatoriedade da análise de controle do parâmetro flúor na saída do tratamento pela prestadora de serviço de abastecimento de água, já que não havia essa previsão na legislação nacional de potabilidade.

**Figura 33.** Regiões de Saúde que apresentaram amostras com flúor acima do valor máximo permitido (1,5 mg/L), em Solução Alternativa Coletiva (SAC), RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

Em 2019, foram analisadas 18.848 amostras em SACs, com 392 amostras apresentando resultados acima do valor máximo permitido, sendo 30 amostras de água fluoretada (adição de flúor em água por meio de pastilha combinada) e 362 amostras restantes de fontes naturais com altos valores de concentração do íon fluoreto. As Regiões de Saúde que apresentaram os maiores índices de flúor na água podem ser verificadas na Figura 33.

O número de municípios infestados pelo mosquito ***Aedes aegypti*** no RS vem aumentando e no ano de 2019, 375 municípios registraram a presença do vetor. Um dos fatores que mais impactaram no crescimento do número de municípios infestados pode ser atribuído a uma alteração nos processos de trabalho. Ao longo dos três últimos anos (2017, 2018 e 2019), vem ocorrendo, tanto por parte da Coordenação Central como da Regional do Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes (PEVCA), uma intensificação das ações de supervisão do trabalho dos municípios e de capacitação. A intensificação das ações qualificou o trabalho dos Agentes Comunitários de Endemias (ACE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tornando mais efetiva a detecção do vetor nos municípios.

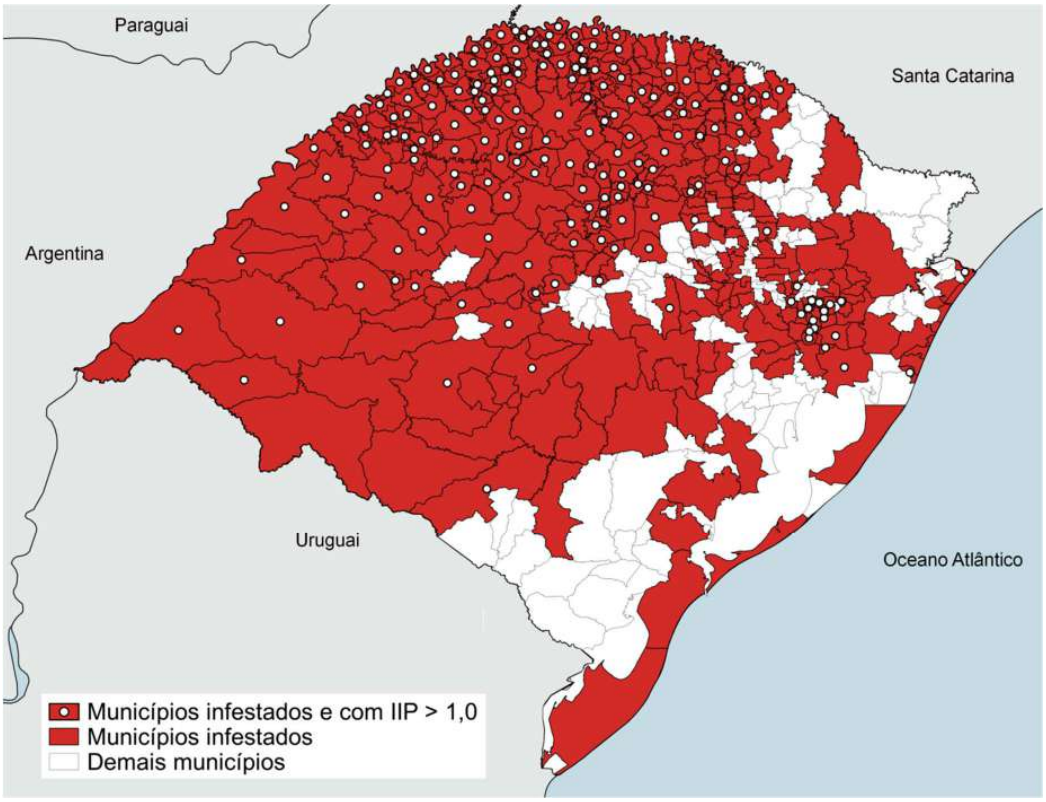
Outro aspecto a ser considerado é a realização do Levantamento de Índice Rápido pelos municípios não infestados, que fez com que vários registrassem a presença do vetor. Vale ressaltar que a falta de comprometimento da população em evitar e/ou eliminar os criadouros de seus domicílios, seja por desinformação e/ou resistência em alterar comportamentos, contribui de forma significativa para a dispersão e proliferação do vetor. A presença do *Aedes aegypti* traz significativas preocupações em termos de saúde pública, visto seu grande potencial como vetor de arboviroses (Dengue, Chikungunya e infecção por Zika vírus).

Durante o ano, foram realizados quatro Levantamentos de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAa), que informa os índices de infestação predial (IIP) dos municípios. Tal índice é de extrema importância por mensurar o nível populacional do vetor e, dessa forma, alertar locais com maiores riscos de transmissão de arboviroses. Conforme o resultado do LIRAa, os municípios são classificados como de baixo risco (IIP<1), em situação de alerta (IIP 1 < até 3,9), ou com alto risco (IIP>3,9). A partir da análise dos IIP obtidos nos quatro LIRAa, 41% dos municípios infestados do RS encontravam-se em situação de risco, conforme a Figura 34, fato que exige medidas imediatas e efetivas por parte da Coordenação Central e Regional.

É importante ressaltar que as medidas para enfrentar essa situação ficam seriamente comprometidas em função da expressiva redução do quadro de pessoal que atua na Coordenação Estadual e Regional do PEVCA, principalmente devido às aposentadorias. Tal redução prejudica as ações de supervisão, capacitação e organização das informações necessárias ao trabalho. Somando-se a isso, ocorre a atuação simultânea dos técnicos em outros programas que envolvem a vigilância. Embora 93% dos municípios possuam ACE trabalhando no PEVCA, persistem alguns problemas como: a ausência ou o número inadequado destes, a grande rotatividade e a opção das gestões municipais por contratos temporários e/ou terceirizados.

Em relação aos ACS, a integração das duas equipes de trabalho vem sendo estimulada, porém ainda não atinge a totalidade dos municípios. A integração ocorre pontualmente em atividades específicas e rápidas, como os mutirões de limpeza, realização do LIRAa/LIA ou nos bloqueios mecânicos em suas áreas de atuação, quando ocorre notificação de um caso suspeito de arboviroses vinculadas ao *Aedes aegypti.*

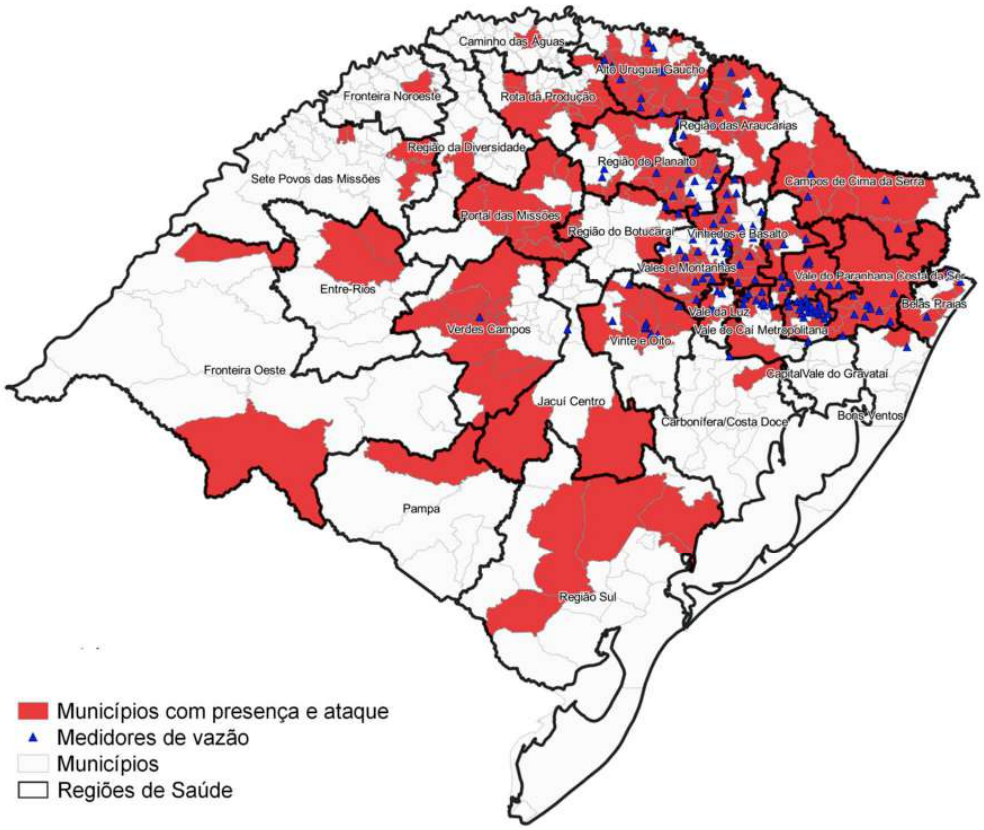
**Figura 34.** Mapeamento de municípios com índices de infestação predial maior que 1 (um) distribuídos nos municípios infestados por *Aedes aegypti,* RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

Já os insetos da família ***Simuliidae*, os borrachudos,** são causa de agravos à saúde no estado. Sua picada é estressante e muitas vezes ocasiona reações alérgicas que necessitam de atendimento médico, motivo pelo qual foram incluídos no Decreto Nº 31.211/1983 como de interesse à saúde pública no RS. A sua proliferação está relacionada ao desmatamento e poluição de cursos de água (riachos, córregos) com matéria orgânica e produtos químicos utilizados na agricultura. A maioria dos municípios em que a presença deste inseto e seu ataque à população humana passam a ser problema de saúde pública mantém o programa de controle, principalmente na área rural. Na Figura 35 observa-se municípios com presença e ataque de espécies de Simulídeo e localização dos medidores fixos de vazão.

**Figura 35.** Municípios com presença e ataque de espécies de Simulídeo (coletas entomológicas de 2006 a 2018) e localização dos medidores fixos de vazão, RS, 2018.




Fonte: SES/RS.

A vigilância dos artrópodes está descentralizada para todos os municípios do RS. No período de 2016-2019 foram identificados 7.241 artrópodes, sendo 851 triatomíneos, 2.282 escorpiões e 4.108 outros insetos sem interesse em saúde pública. As vigilâncias em saúde das secretarias municipais recebem os insetos que a população entrega, registram e encaminham para o LACEN e o Centro de Informação Toxicológica (CIT) e a vigilância ambiental orienta e implementa as medidas de controle, quando indicado.

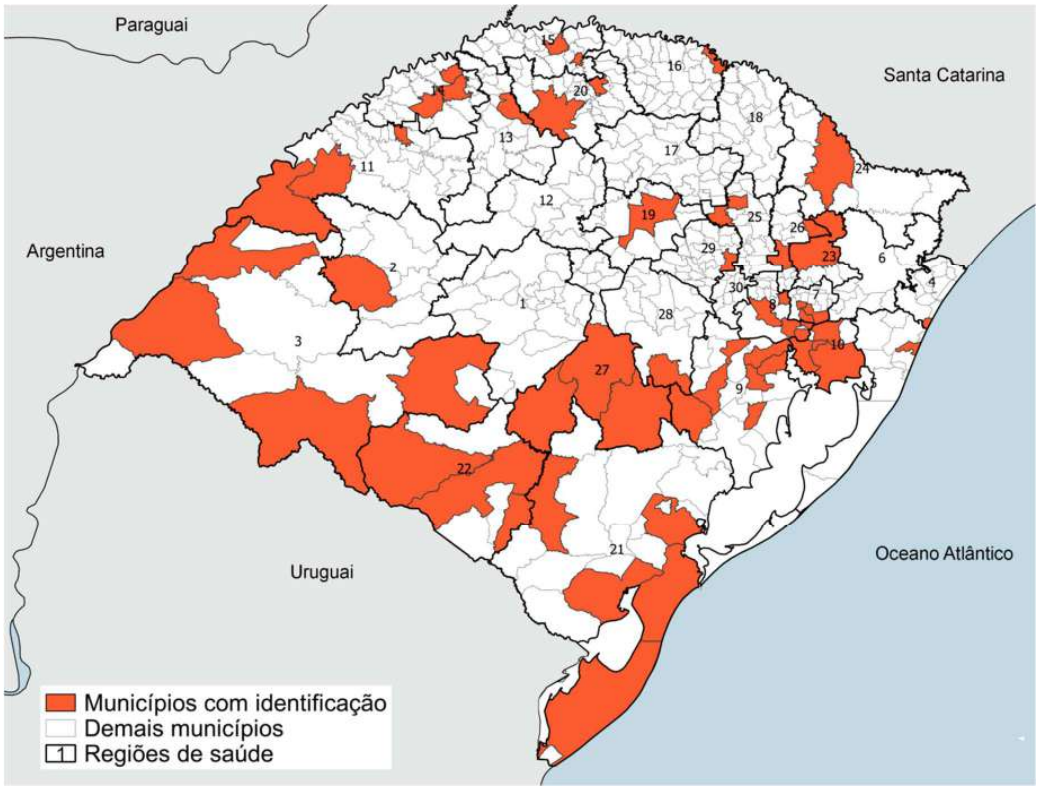
Para evitar óbitos, atender e prevenir os acidentes por peçonhentos são promovidas capacitações com as CRS e os municípios para o manejo do ambiente, controle da infestação e conduta de cuidados com o acidentado. Assim, na medida em que é identificado o artrópode no município, este recebe as orientações e a disponibilização do soro nos hospitais de referência. Os hospitais de referência para aplicação de soros, nos seus municípios sede, mantém estoque de soros: **antibotrópico** (jararaca, cruzeira, jararaca-pintada), **anticrotálico** (cascavel), **antielapídico** (coral-verdadeira), **antilonômico** (lagarta do gênero Lonomia), **antiescorpiônico** (escorpião-amarelo) e **antiaracnídico** (aranha-marrom, aranha-armadeira e escorpião-amarelo).

O soro antiescorpiônico é dispensado em quantidade suficiente para atender os pacientes, sendo que os casos que necessitam a aplicação de soro são raros, assim como também são atendidas as demandas dos soros anticrotálico, antielapídico e antilonômico para acidentes com C*rotalus sp., Micrurus sp*. e *Lonomia obliqua,* respectivamente.

O soro antibotrópico é muito utilizado e a quantidade que o estado recebe também é suficiente para atender os casos de acidente com *Bothrops sp.* O que tem suscitado maior atenção e remanejo de ampolas entre as regionais é a alta demanda por soro antiaracnídico, principalmente na Macrorregião de Saúde Serra, nos períodos mais quentes do ano.

O escorpião amarelo (*Tityus serrulatus*) já foi identificado em 59 municípios do RS, conforme é possível observar na Figura 36, sendo que o primeiro registro ocorreu em Porto Alegre em 2001. A espécie é peçonhenta e de interesse médico e pode causar acidentes graves e até óbitos através da picada, principalmente em crianças. Segundo dados do CIT, foram notificados 18 acidentes em 2016, 17 acidentes em 2017, 10 acidentes em 2018 e 14 acidentes em 2019, não havendo óbitos por escorpião amarelo no estado nesse período.

**Figura 36.** Municípios com identificação de Escorpião Amarelo, RS, 2001-2019.

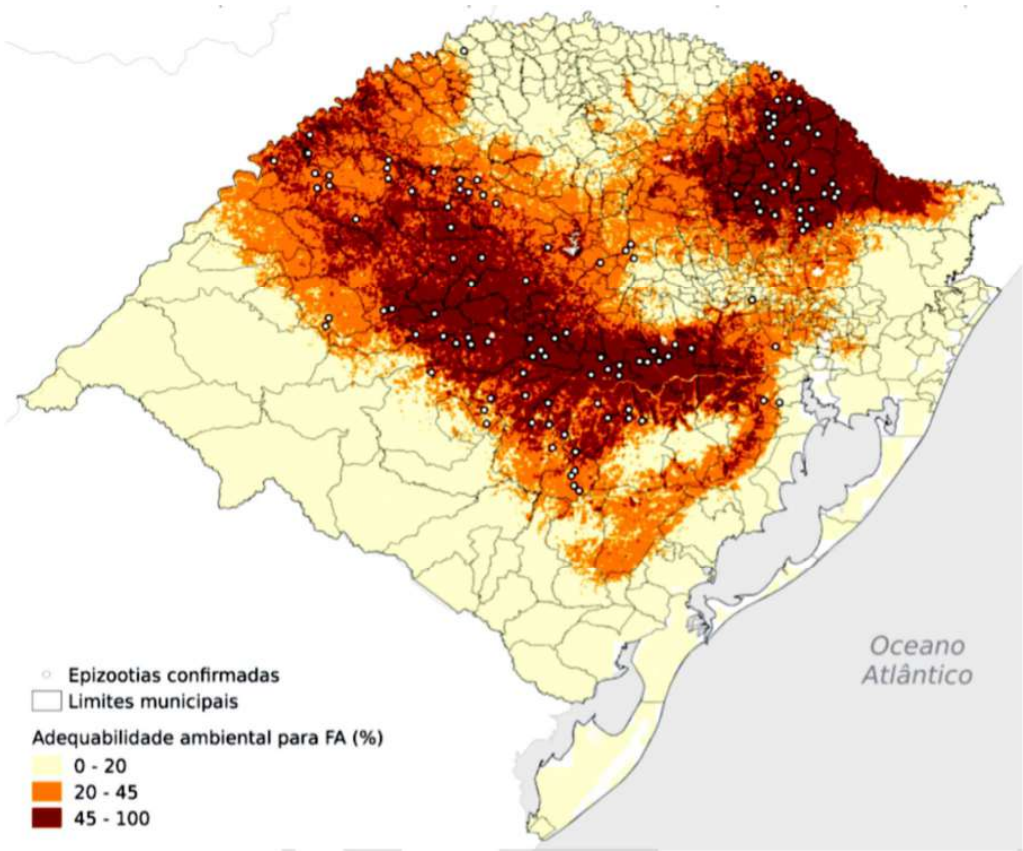



Fonte: SES/RS.

A **Febre Amarela (FA)** é uma doença febril aguda causada pelo vírus da Febre Amarela (VFA), transmitido ao homem e aos primatas por meio da picada de mosquitos silvestres dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*. Geralmente restrita a área endêmica (região amazônica), no RS a FA manifesta-se de forma esporádica, sobretudo nas áreas de risco representadas na Figura 37. Na história recente, houve detecção de circulação do VFA no município de Santo Antônio das Missões, no ano de 2001, sem registros de casos em humanos. No ano de 2002 foi confirmada a circulação do VFA no município de Jaguari, demandando ampliação da área de vacinação. Em outubro de 2008, novamente o VFA foi detectado no território do RS, a partir da entrada da doença pela fronteira oeste. Após nove meses de expansão do vírus, já era possível detectar evidências de circulação nas

proximidades da capital. Entre 2008 e 2009, a FA foi identificada em 67 municípios do estado e houve registro de morte de cerca de 2.000 primatas não humanos (PNH) e casos humanos (21 casos e 9 óbitos).

**Figura 37.** Áreas de risco por adequabilidade ambiental para circulação de Febre Amarela entre primatas não humanos e vetores, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

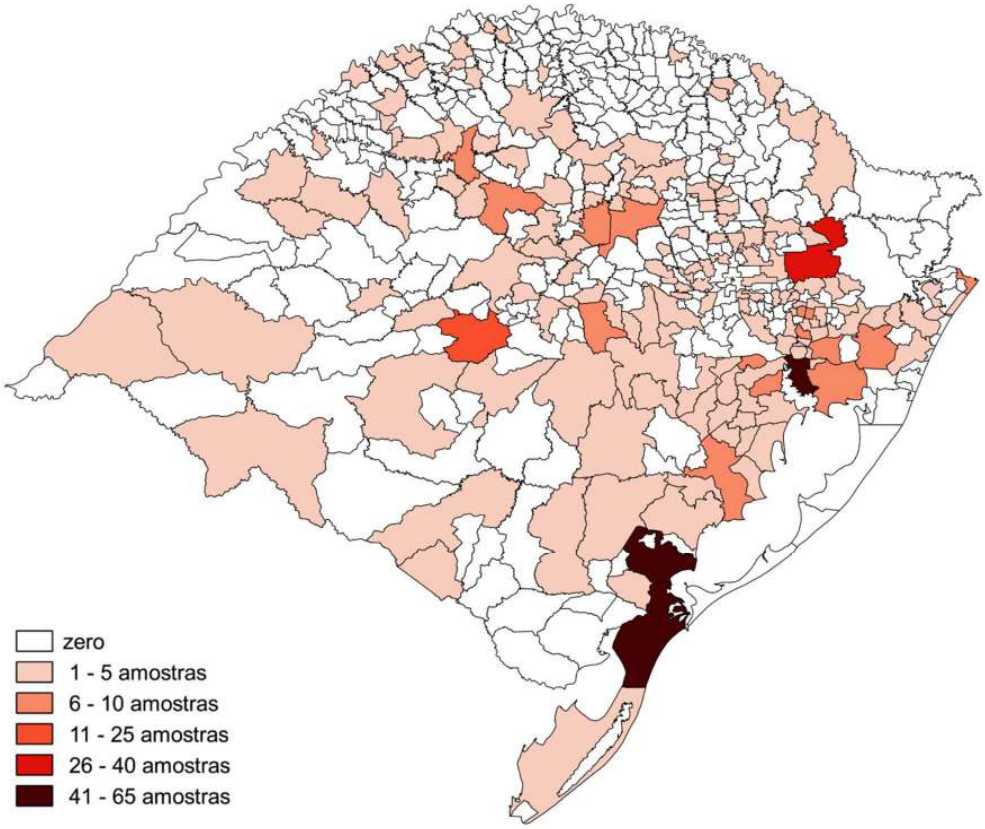
O Brasil vem enfrentando uma onda de circulação do VFA desde 2014. A circulação atual caracterizou-se por uma força de transmissão que foi capaz de produzir centenas de óbitos humanos e milhares de mortes de PNH, resultando no mais grave surto de FA Silvestre registrado. Em propagação constante, o vírus atingiu a região sul do país e o estado de Santa Catarina registrou a transmissão do vírus (com a produção de casos humanos e morte de PNH) já no verão de 2019. Se a tendência de dispersão no sentido sul for mantida, o próximo estado a registrar a circulação do VFA será o RS.

A **raiva** é uma zoonose infecciosa viral aguda que acomete mamíferos e que se caracteriza como uma encefalite progressiva, aguda e fatal. O RS apresenta uma situação epidemiológica favorável quanto à raiva urbana mediada por cães (variantes 1 e 2), tendo sido o último caso registrado nesta espécie animal em 1988. Em humanos, a doença não é diagnosticada desde 1981. Ainda assim, anualmente são realizados por volta de 30.000 atendimentos antirrábicos humanos na rede pública

do estado, referentes a agressões por animais potencialmente transmissores do vírus da raiva, sendo o cão a espécie agressora envolvida em mais de 80% desses acidentes.

No RS, em 2019, foram registradas 617 coletas em animais potencialmente transmissores do vírus da raiva, onde foram examinadas amostras de 54 caninos, 55 felinos, 132 bovinos, 22 equinos, 1 suíno, 2 bubalinos, 18 primatas, 328 quirópteros (morcegos) e 5 outros silvestres (3 gambás e 2 ratos do banhado), conforme a Figura 38. Destes, 59 tiveram diagnóstico positivo para a raiva, distribuídos em 54 bovinos, 1 equino e 4 morcegos. O estado é considerado como área endêmica para raiva em morcegos e animais de produção. Assim, os acidentes com animais potencialmente transmissores do vírus da raiva constituem risco real de infecção às pessoas.

**Figura 38.** Amostras de mamíferos enviadas ao Instituto de Pesquisas Veterinárias Desidério Finamor para detecção de vírus rábico, por município, RS, 2019.




Fonte: Instituto de Pesquisas Veterinárias Desidério Finamor (IPVDF)/DDA/SEAPDR/RS.

## 2.2 Comportamento e Estilos de Vida

Em relação aos dados referentes a fatores de risco e proteção para morbimortalidade na população gaúcha, foram utilizadas informações da Pesquisa Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico). Essa pesquisa considera somente a população de adultos (com 18 ou mais anos de idade), residentes em capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa. No RS, em 2018,

foram realizadas 2.040 entrevistas telefônicas respondidas por um adulto do domicílio (sendo 668 homens e 1.372 mulheres) no município de Porto Alegre.

Sobre o **tabagismo**, a frequência de adultos que fumavam em Porto Alegre foi de 14,4% (17,3% para homens e 11,9% para mulheres). A frequência dos que fumavam mais de 20 ou mais cigarros por dia foi de 5,3% (8,5% para homens e 2,7% para mulheres). As maiores frequências de fumantes entre as 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal foram encontradas, entre homens e mulheres, na capital Porto Alegre.

Sobre **alimentação saudável**, na Pesquisa Vigitel (2018), o percentual de adultos (≥ 18 anos) que informaram consumir **frutas e hortaliças** em cinco ou mais dias da semana foi de 41,1% (32,5% para homens e 48,2% para mulheres). Já para a **alimentação não-saudável**, o percentual de adultos que informaram consumir **refrigerantes** em cinco ou mais dias da semana foi de 23% (29% para homens e 18,1% para mulheres). Entre as capitais do país, Porto Alegre teve o maior percentual de consumo de refrigerante informado.

Já o percentual de adultos que praticaram **atividades físicas** no tempo livre equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana, o percentual foi de 35,6% (43,6% para homens e 29% para mulheres). Porto Alegre ficou na terceira pior posição geral, abaixo de São Paulo e Rio de Janeiro, sendo a segunda pior posição entre os homens e na terceira pior posição entre as mulheres.

Quanto ao **consumo de bebidas alcoólicas**, o percentual de adultos que, nos últimos 30 dias, informaram que haviam consumido quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião em Porto Alegre foi de 15,2% (18,3% para homens e 12,6% para mulheres). Porto Alegre teve o menor consumo de bebidas alcoólicas entre os homens, enquanto as mulheres ficaram na oitava posição no *ranking*.

Em relação ao percentual de adultos que referiram **diagnóstico médico de hipertensão arterial**, o valor atingido foi de 25,1% (23,7% para homens e 26,2% para mulheres). Considerando as 27 cidades, os homens de Porto Alegre ficaram na quinta posição e as mulheres na 11ª posição entre os maiores percentuais. Com relação ao percentual de adultos que referiram **diagnóstico médico de diabetes**, o percentual foi de 7,9% (7,8% para homens e 7,9% para mulheres). Considerando as 27 cidades, em 2018, os homens de Porto Alegre ficaram na quarta posição e as mulheres na oitava posição entre os maiores percentuais.

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) objetiva à identificação do diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população, contribuindo para que se conheça a natureza e a magnitude dos problemas nutricionais do estado. Inclui a avaliação antropométrica (medição de peso e altura) e do consumo alimentar, cujo dados são consolidados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Em relação à prevalência de **excesso de peso na população adulta**, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) estimou que mais da metade da população brasileira apresenta excesso de peso (56,9%), com IMC igual ou maior do que 25 kg/m2, indicando uma prevalência maior de excesso de peso no sexo feminino (58,2%), sendo que valores semelhantes são encontrados no RS. O SISVAN (e-Gestor/MS/SISVANWEB, 2019)[1] registrou a avaliação do estado nutricional de 946.909 usuários acompanhados pelas equipes da APS, sinalizando a elevada taxa de excesso de peso (72,15%) dos adultos, sendo que 33,06% apresentam sobrepeso e aproximadamente 39,09% apresentam obesidade. Nos idosos, o percentual de sobrepeso foi de 59,05%.

Corroboram com estes dados os resultados encontrados na Pesquisa Vigitel. Em relação ao excesso de peso (peso e altura informados na pesquisa pelos entrevistados, transformado em IMC ≥

25 kg/m2), o percentual foi de 59,4% (66,7% para homens e 53,4% para mulheres). Dentre as capitais e o Distrito Federal, as maiores frequências de excesso de peso foram observadas, entre homens, em Porto Alegre; as mulheres porto-alegrenses ficaram na 10ª posição. Já em relação à obesidade (IMC ≥ 30 kg/m2), o percentual foi de 20,6% (22,4% para homens e 19% para mulheres). Igualmente, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008–2009 (IBGE, 2010) permitem identificar a amplitude do problema, referindo que 63% da população gaúcha está com sobrepeso/obesidade. Na Região Sul, nas crianças de sete a nove anos, 36,3% apresentam excesso de peso e 16,7%, obesidade e, entre os adolescentes (10 a 19 anos), 26,9% apresentam excesso de peso e 7,6%, obesidade. Nos adultos, 56,8% apresentam excesso de peso e 15,9%, obesidade.

A Figura 39 apresenta, a partir da **Carga Global de Doenças (*Global Burden of Disease* - GBD)**, a ordem dos 17 principais fatores de risco das unidades federativas brasileiras, considerando todas as causas de **"Anos de Vida Ajustados por Incapacidade" (*Disability Adjusted Life of Years* - DALYs)**. Essa é uma medida da carga global de doenças, expressa como o número de anos perdidos devido a problemas de saúde, incapacidade ou morte precoce. Esse indicador foi desenvolvido na década de 1990 como uma forma de comparar a saúde geral e a expectativa de vida de diferentes países. Usando DALYs, a carga de doenças que causam morte prematura, mas com pouca incapacidade (como afogamento ou sarampo), pode ser comparada à carga de doenças que não causam morte, mas causam incapacidade (como catarata e cegueira).

**Figura 39.** *Ranking* dos 17 principais fatores de risco, do nível 2, para todas as causas de *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) padronizados por idade, para ambos os sexos, em 2015, por Unidade Federativa do Brasil, GBD Brasil, 2015.

| | Acre | Alagoas | Amapá | Amazonas | Bahia | Ceará | Distrito Federal | Espírito Santo | Goiás | Maranhão | Mato Grosso | Mato Grosso do Sul | Minas Gerais | Pará | Paraíba | Paraná | Pernambuco | Piauí | Rio de Janeiro | Rio Grande do Norte | Rio Grande do Sul | Rondônia | Roraima | Santa Catarina | São Paulo | Sergipe | Tocantins |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dieta inadequada | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Pressão sistólica elevada | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Índice de massa corporal elevado | 3 | 7 | 5 | 6 | 8 | 8 | 8 | 10 | 9 | 6 | 9 | 9 | 10 | 6 | 8 | 11 | 8 | 7 | 13 | 8 | 13 | 8 | 4 | 12 | 12 | 7 | 8 |
| Glicemia de jejum elevada | 4 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 6 | 5 | 5 | 6 | 5 | 6 | 4 | 2 | 6 | 5 | 3 | 4 |
| Tabagismo | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 |
| Uso de álcool e drogas | 6 | 4 | 6 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 6 | 5 | 6 | 5 | 5 |
| Colesterol total elevado | 7 | 6 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 6 | 6 | 6 | 7 | 6 | 4 | 6 | 6 | 5 | 6 | 3 | 6 | 7 | 3 | 4 | 6 | 6 |
| Desnutrição materno-infantil | 8 | 10 | 8 | 9 | 9 | 9 | 7 | 8 | 8 | 11 | 8 | 8 | 8 | 8 | 11 | 8 | 9 | 10 | 9 | 9 | 9 | 7 | 8 | 8 | 8 | 9 | 9 |
| Taxa de filtração glomerular baixa | 9 | 12 | 12 | 12 | 12 | 11 | 13 | 13 | 11 | 9 | 10 | 11 | 11 | 10 | 12 | 10 | 12 | 9 | 12 | 12 | 11 | 10 | 14 | 11 | 10 | 12 | 10 |
| Riscos ocupacionais | 10 | 9 | 9 | 10 | 10 | 10 | 10 | 9 | 10 | 10 | 11 | 10 | 9 | 11 | 9 | 9 | 10 | 11 | 8 | 10 | 10 | 11 | 10 | 10 | 9 | 10 | 11 |
| Poluição do ar | 11 | 8 | 11 | 11 | 7 | 7 | 9 | 7 | 7 | 8 | 7 | 7 | 7 | 9 | 7 | 7 | 7 | 8 | 7 | 7 | 7 | 9 | 11 | 7 | 7 | 8 | 7 |
| Atividade física insuficiente | 12 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 15 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 13 | 14 | 14 | 14 | 14 | 12 | 15 | 14 | 14 | 14 |
| Sexo inseguro | 13 | 13 | 10 | 8 | 13 | 13 | 11 | 12 | 13 | 12 | 13 | 13 | 13 | 12 | 13 | 13 | 13 | 14 | 10 | 13 | 8 | 13 | 9 | 9 | 11 | 13 | 13 |
| Água, esgoto e lavagem de mãos inseguros | 14 | 11 | 13 | 13 | 11 | 12 | 12 | 11 | 12 | 13 | 12 | 12 | 12 | 13 | 10 | 12 | 11 | 12 | 11 | 11 | 12 | 12 | 13 | 13 | 13 | 11 | 12 |
| Densidade mineral óssea baixa | 15 | 17 | 15 | 15 | 17 | 15 | 14 | 17 | 17 | 15 | 15 | 15 | 16 | 15 | 15 | 17 | 15 | 17 | 17 | 15 | 17 | 15 | 15 | 14 | 16 | 17 | 15 |
| Abuso e violência sexual | 16 | 16 | 17 | 17 | 16 | 16 | 16 | 15 | 15 | 17 | 16 | 16 | 15 | 17 | 17 | 15 | 17 | 16 | 16 | 17 | 16 | 16 | 16 | 16 | 15 | 15 | 16 |
| Outros riscos ambientais | 17 | 15 | 16 | 16 | 15 | 17 | 17 | 16 | 16 | 16 | 17 | 17 | 17 | 16 | 16 | 16 | 16 | 15 | 15 | 16 | 15 | 17 | 17 | 17 | 17 | 16 | 17 |

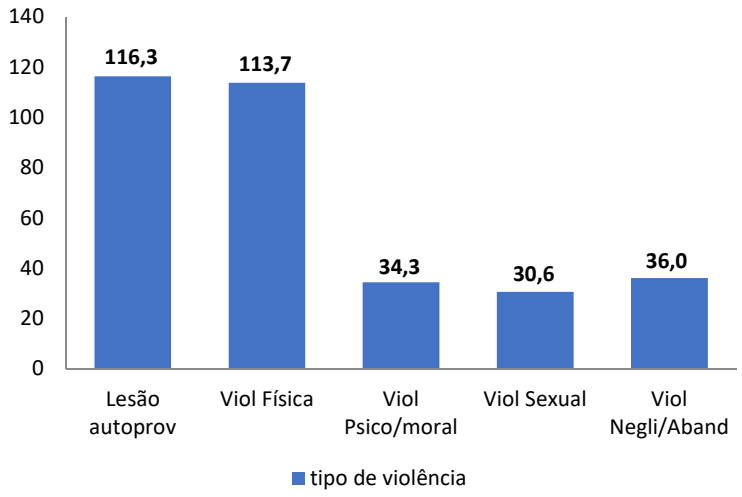
Fonte: Malta et al (2017a, p. 226).

Em 2015, dos 17 fatores de riscos selecionados, os cinco que se destacaram no RS foram: dieta inadequada, pressão sistólica elevada, colesterol total elevado, tabagismo e uso de álcool e drogas.

## 2.3 Violências

A OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias). No RS, em 2017, a **violência física** foi a mais notificada pelos trabalhadores da saúde e da rede intersetorial, seguida pelas violências psicológica e lesão autoprovocada, conforme as taxas de notificação apresentadas na Figura 40. A negligência, em quarto lugar, está mais restrita a alguns ciclos de vida, como infância e velhice, enquanto a violência sexual foi o quinto tipo de violência mais notificado. Taxas menores de violência sexual podem estar relacionadas às características desse tipo de violência, que ocorre mais comumente no âmbito intrafamiliar e é cercado por estigma social, necessitando mais atenção dos profissionais para sua identificação.

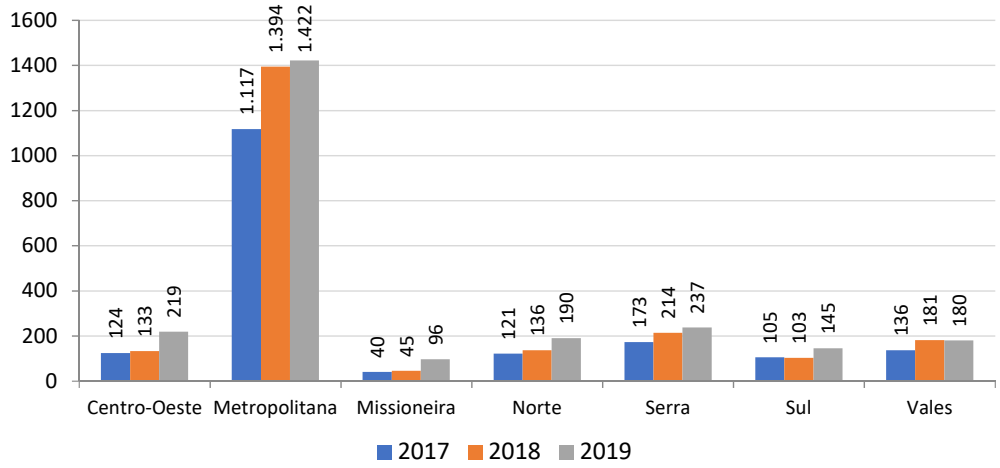
**Figura 40.** Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), RS, 2019.




Fonte: SINAN/DATASUS.

Na Figura 41 observa-se que um total de 6.423 crianças e adolescentes foram vítimas de violência sexual, considerando o período de 2017 a 2019. A R10 foi a que mais teve notificações, com 3.136 dos casos (aproximadamente 49% das ocorrências).

**Figura 41.** Notificações de Violência Sexual contra crianças e adolescentes, RS, 2017-2019*.



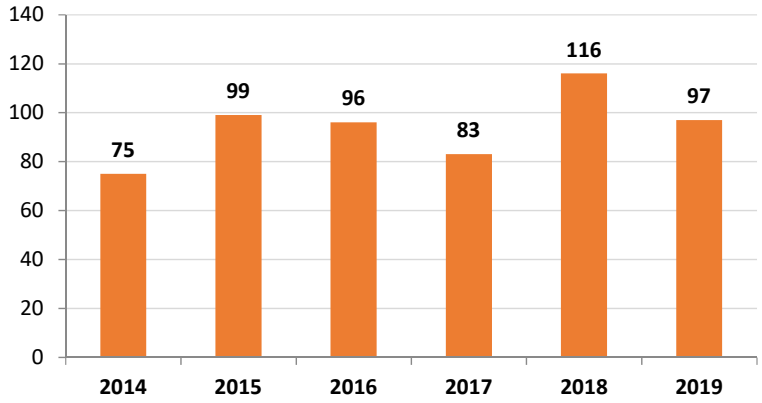

Fonte: SINAN. *Informações a partir de janeiro/2018 são preliminares.

A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência é uma prioridade da gestão estadual. Está sendo incentivada a implantação de **Centros de Atendimento Integrado (CRAI)** para crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência em oito municípios do RS. Os critérios utilizados para definir os municípios foram os mesmos do RS Seguro, programa do Governo do Estado ao qual se agregou este projeto de ampliação da rede de atenção às situações de violência. A distribuição geográfica dos CRAI atende aos indicadores populacionais, de vulnerabilidade social e de violência, dentre outros. Também foram levados em conta hospitais ou serviços já existentes, pré-requisito para a integração das equipes de saúde, Instituto Médico Legal (IML) e Delegacia Especializada da Criança e do Adolescente (DECA) em um único espaço físico, facilitando o trabalho integrado.

Uma vez implantados, passarão a oferecer atendimento diferencial para essa população, de forma que as pessoas vítimas de violência possam voltar aos serviços da rede básica, onde se dará a continuidade da atenção. Considerando a proposta de prevenir a violência, através de estratégias de inclusão social e fortalecimento de vínculos e competências familiares, a implantação dos CRAIs será acompanhada da sensibilização para adesão ou ampliação do programa Primeira Infância Melhor (PIM).

Outra questão importante a ser destacada é a **violência contra a mulher**. Segundo os dados da Secretaria de Segurança Pública, no estado do RS, foram registrados 83 feminicídios em 2017, com aumento para 116 casos em 2018 e total de 97 em 2019 (mais anos da série histórica de casos é possível observar na Figura 42). Quanto à lesão corporal dolosa classificada em violência doméstica contra a mulher, foram identificados 22.960 casos em 2017 e 21.815 em 2018. Em relação à violência sexual, houve 1.661 registros de estupros em 2017 e 1.712 em 2018. No entanto, é importante salientar que, conforme aponta a última pesquisa nacional de vitimização de estupros, apenas, 7,5% das vítimas de violência sexual notificam os casos à polícia no país (BRASIL, 2013). Diante desses dados, percebe-se que entender a perspectiva de gênero que envolve a violência é parte estruturante para a organização de ações da gestão pública que venham a qualificar e ampliar a rede de saúde para atender de forma integral e humanizada as mulheres.

**Figura 42.** Série histórica do número de feminicídios, RS, 2014-2019.

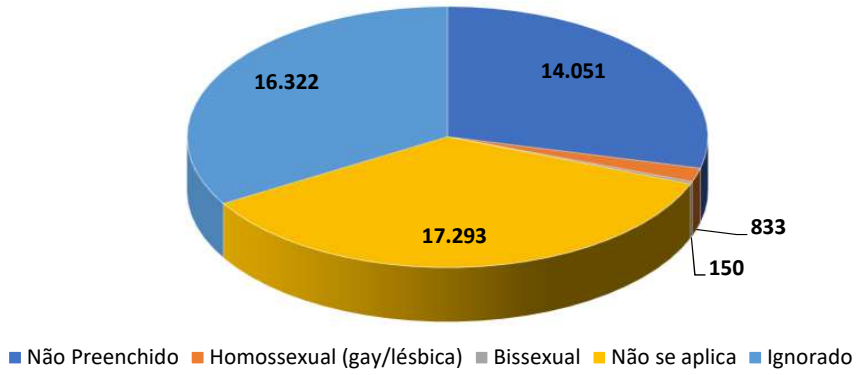



Fonte: Secretaria de Segurança Pública/RS.

A notificação de **violência motivada por homofobia, lesbofobia e transfobia** foi incluída no SINAN no ano de 2014, em função da vulnerabilidade deste grupo às violências. Levantamentos realizados por organizações da sociedade civil e ativistas apontam que no Brasil uma pessoa LGBT é assassinada a cada 16 horas. No ano de 2019, o Supremo Tribunal Federal (STF) entendeu que as condutas homofóbicas e transfóbicas, reais ou supostas, se enquadram nos crimes previstos na Lei Nº 7.716/1989, que define crimes resultantes de preconceito de raça e cor, até que o Congresso Nacional edite lei específica para incriminar atos atentatórios a direitos fundamentais das pessoas da comunidade LGBT. Em relação às notificações de violência registradas no SINAN, as tipologias de violência mais recorrentes contra a população LGBT são: violência física, psicológica, autoprovocada e sexual.

A Figura 43 mostra que a soma das categorias "Não preenchido" (28,88%), "Não se aplica" (35,55%) e "Ignorado" (33,55%) responderam por 97,98% das notificações de violência segundo orientação sexual, entre os anos 2014 a 2017, demonstrando o não preenchimento adequado dessa informação. Salienta-se, ainda, que categoria homossexual (gay/lésbica) respondeu por somente 1,71% e a bissexual 0,31%.

**Figura 43.** Notificação de violência segundo orientação sexual (exceto heterossexual), RS, 2014-2017.

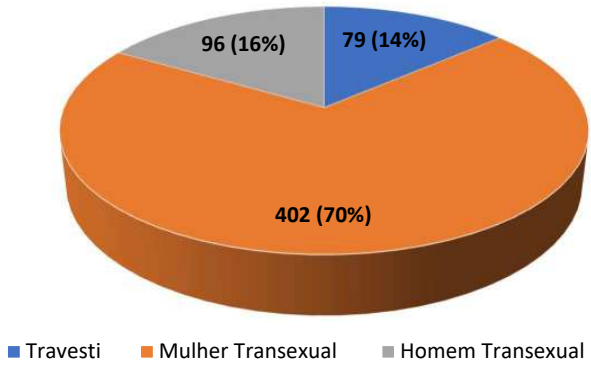



Fonte: SINAN/DATASUS; SES/RS.

No período de 2014 a 2017 no RS, há registro de 76.478 fichas de notificação da violência no SINAN; destas, 983 fichas (1,3%) foram de vítimas identificadas como “homossexual” e “bissexual”, enquanto 577 registros (0,8%) foram de vítimas identificadas como “travesti”, “mulher transexual” e “homem transexual”. A incidência maior foi de vítimas identificadas como do sexo feminino e as tipologias de violência mais recorrentes contra a população LGBT são: violência física, psicológica, autoprovocada e sexual. Em relação às lesões autoprovocadas, 35% foram de vítimas identificadas como homossexuais (gays e lésbicas), 45% bissexuais, 23% travestis, 25% mulheres transexuais e 31% homens transexuais. Ressalta-se que há um expressivo número de fichas cujo campo não foi preenchido, ignorado ou não se aplica, afetando a completude e a análise destes dados.

Quanto à notificação de violência segundo identidade de gênero (travesti, mulheres e homens transexuais), por sexo, no RS, de 2014 a 2017 (Figura 44), percebe-se que 402 (70%) foram cometidas contra mulheres transexuais, 96 (16%) contra homens transexuais e 79 (14%) contra travestis.

**Figura 44.** Notificação de violência, segundo identidade de gênero (travesti, mulheres e homens transexuais), por sexo, RS, 2014-2017.




Fonte: SINAN/DATASUS; SES/RS.

No que tange aos dados epidemiológicos da **população em situação de rua**, algumas caracterizações merecem distinção. A análise e avaliação das situações de violência no RS entre 2014 e 2017 (CANAVESE et al., 2018) demonstrou que apenas 1,17% das fichas de notificação de agravos por violência interpessoal e autoprovocada tiveram a opção “Situação de rua” assinalada, o que corresponde em números absolutos a 899 de 76.478 fichas de notificação, índice que pode ser interpretado como baixo. A dificuldade de entendimento para o preenchimento das fichas levanta o questionamento sobre o quanto as equipes de saúde estão preparadas para identificar e abordar de maneira adequada os usuários no que se refere às situações de violência. Ainda assim, os percentuais de violência mais significativos para a população de rua foram: violência física (85,1%), violência psicológica/moral (35,3%), violência autoprovocada (7,5%), negligência/abandono (7,3%) e violência sexual (6,5%).

O estudo acima também identificou que as identidades de gênero travesti, transexual mulher e transexual homem somam, juntas, 32 casos (3,6%) assinaladas nas fichas em que a motivação da violência foi “situação de rua”. O estudo de Camp (2017) ressalta que, embora não existam dados confiáveis sobre o tamanho da população transexual no país, para que se trace uma comparação, é bastante confiável afirmar que a proporção encontrada entre as populações em situação de rua é maior, visto que a população transexual está sujeita constantemente ao preconceito e vulnerabilidade.

Em relação à **violência cometida contra a população negra no RS**, entre 2014 a 2017 ocorreram 12.749 notificações no SINAN, conforme a Tabela 4. Percebe-se um aumento gradual na série histórica analisada, sendo 23,1% (2.948) em 2014; 24,1% (3.075) em 2015; 24,2% (3.084) em 2016 e 28,6% (3.642) em 2017.

**Tabela 4.** Notificação de violência segundo raça/cor negra, sexo e motivação da violência, RS, 2014-2017.

| Violência motivada por | Sexo | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Feminino | | Masculino | | Total | |
| Sexismo | 801 | 8,97% | 33 | 0,86% | 834 | 6,54% |
| LGBTfobia | 16 | 0,18% | 18 | 0,47% | 34 | 0,27% |
| Racismo | 17 | 0,19% | 6 | 0,16% | 23 | 0,18% |
| Intolerância religiosa | 5 | 0,06% | 2 | 0,05% | 7 | 0,05% |
| Xenofobia | 2 | 0,02% | - | 0,00% | 2 | 0,02% |
| Conflito geracional | 557 | 6,24% | 176 | 4,61% | 733 | 5,75% |
| Situação de rua | 121 | 1,35% | 111 | 2,91% | 232 | 1,82% |
| Deficiência | 72 | 0,81% | 45 | 1,18% | 117 | 0,92% |
| Outros | 2.567 | 28,74% | 1.271 | 33,29% | 3.838 | 30,10% |
| Não se aplica | 950 | 10,64% | 362 | 9,48% | 1.312 | 10,29% |
| Ignorado | 2.212 | 24,77% | 1.050 | 27,50% | 3.262 | 25,59% |
| Vazio/sem preenchimento | 1.611 | 18,04% | 744 | 19,49% | 2.355 | 18,47% |
| **Total** | **8.931** | **100%** | **3.818** | **100%** | **12.749** | **100%** |

Fonte: SINAN/DATASUS.

É importante ressaltar que existe um elevado número de fichas de notificação com o campo "Outros" (30,10%), "Ignorado" (25,59%) e "Sem preenchimento" para a motivação da violência (18,47%), o que prejudica a qualidade da informação. O **racismo estrutural e institucional** afeta o registro e a qualidade da informação no país, motivo pelo qual urgem políticas públicas efetivas para reverter este cenário e garantir a implementação de práticas antirracistas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS; SES/RS, 2018).

O aumento no número de casos de violência no país e no estado, bem como das sequelas deixadas nas vítimas, trouxe desafios ao sistema de saúde: construir e consolidar outras formas de abordagem da atenção à saúde, da vigilância, da prevenção e da promoção da saúde. Além disso, o medo de denunciar e a subnotificação de casos ainda são barreiras para que se possa conhecer os reais dados da violência no país.

A OMS considera como violência no trabalho situações em que o trabalhador é agredido física, psicológica ou moralmente em circunstâncias relacionadas ao trabalho, implicando em risco para a sua segurança, bem-estar ou saúde, e reconhece que ela afeta milhões de trabalhadores no mundo todo, tornando-se cada vez mais uma questão de direitos humanos e afetando de forma relevante a eficiência e o sucesso das organizações. Na Enciclopédia da OIT, é adotado o conceito de violência como: "qualquer tipo de comportamento agressivo ou abusivo que possa causar um dano ou desconforto físico ou psicológico em suas vítimas, sejam esses alvos intencionais ou envolvidas de forma impessoal ou incidental" (WARSHAW, 1998, p. 51). De acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST, 2004), o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, é traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho; violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e envolvendo crianças; a violência ligada às relações de gênero e ao assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados.

## 3. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

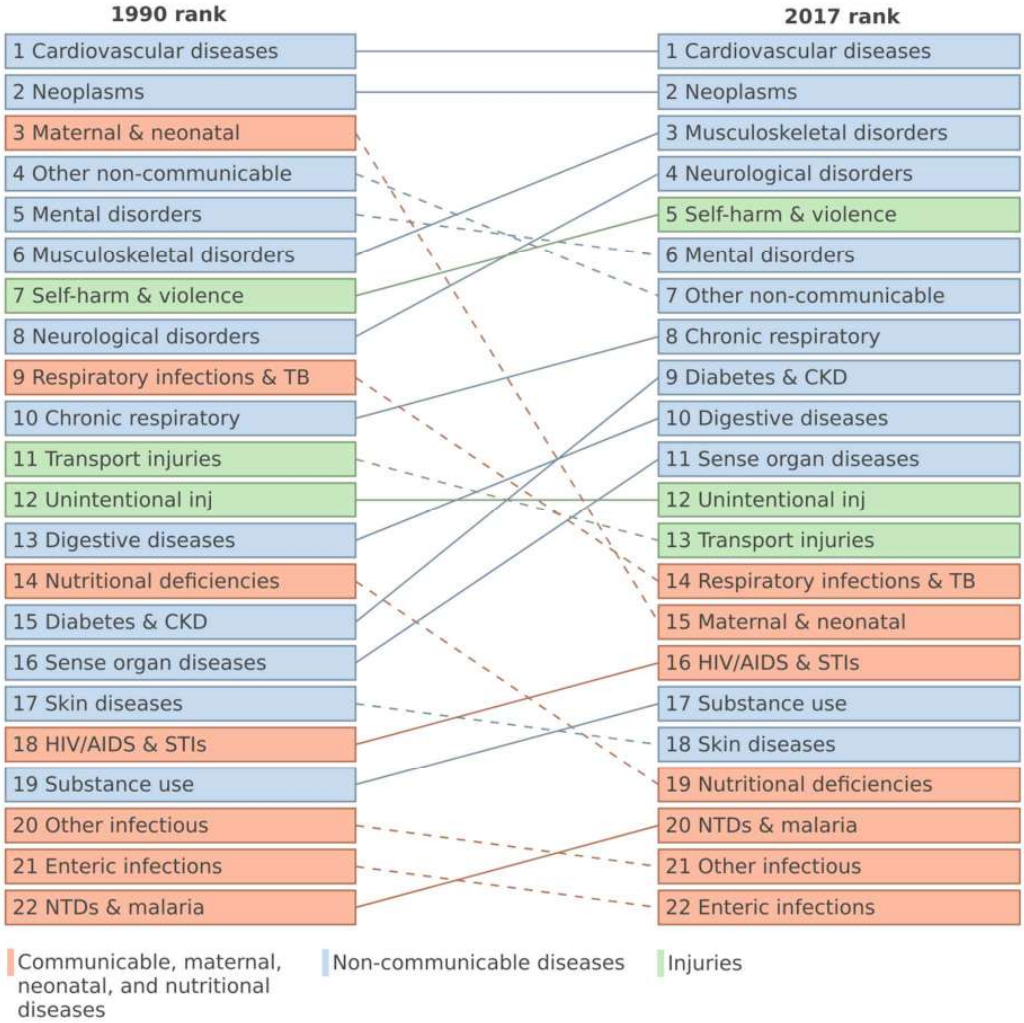
Utilizando-se os dados da **Carga Global de Doenças (*Global Burden of Disease* - GBD)**, entre os anos 1990 e 2016, percebe-se que no RS houve, em relação à **Taxa de mortalidade padronizada por idade**, redução de 1.136,5 para 724,1/100.000, ou seja, reduziu-se em 36,3% o número de mortes. Em relação aos **Anos Potenciais de Vida Perdidos** (*Years of Life Lost* - YLLs) – estimativa da média de anos que uma pessoa teria vivido se não tivesse morrido prematuramente, analisados por taxa padronizada por idade – houve redução de 25.032,5 para 16.299,3/100.000, ou seja, menos 34,9%. Já os **Anos Vividos com Incapacidade** (*Years Lived with Disability* - YLDs), analisados por uma taxa padronizada por idade, reduziram de 11.289,4 para 10.978,8/100.000, ou seja, 2,8%. Por fim, os **Anos de Vida Ajustados por Incapacidade** (*Disability Adjusted Life-Years* - DALYs) – soma de YLLs e YLDs que quantifica a carga de doenças de morbidade e mortalidade: um DALY pode ser considerado um ano perdido de vida "saudável", analisados por uma taxa padronizada por idade – tiveram redução de 36.321,9 para 27.278,1/100.000, o que representa 24,9% (MARINHO et al., 2018).

Considerando-se os dados do GBD para calcular as taxas de mortalidade padronizada por idade para **doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)**, entre 1990 a 2015, observa-se que no RS esse valor teve uma queda percentual de 30% (de 873,3 para de 611,6/100.000 hab.), ficando abaixo do Distrito Federal (32,7%), Rio de Janeiro (32,5%), São Paulo (32,3%), Santa Catarina (32,4%) e Minas Gerais (30,5%). Salienta-se que as doenças cardiovasculares tiveram redução de 45,2% (de 435,7 para 238,9/100.000 hab.), as doenças crônicas respiratórias de 34,8% (de 93,5 para 61,0/100.000 hab.) e as neoplasias de 14,6% (de 187,3 para 160/100.000 hab.). Já o diabetes melittus teve aumento de 8,6% (de 26,3 para 28,6/100.000 hab.) (MALTA et al., 2017b).

Analisando a **GBD do estado do RS**, por Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (*Disability Adjusted Life of Years*- DALYs) - morbidade e mortalidade, considerando o período de 1990 e 2017 (Figura 45), destaca-se que as doenças cardiovasculares permaneceram na 1ª posição (com redução de 10,69%), seguidas das neoplasias (com aumento de 37,35%). As doenças musculoesqueléticas, que estavam na sexta posição de 1990, passaram para a terceira posição em 2017, com aumento de 34,67%. Na quarta posição em 2017 apareceram os distúrbios neurológicos (com aumento de 30,89%), que em 1990 estavam na oitava posição. Também em 2017, na quinta posição aparecem as tentativas de suicídio e violência interpessoal (com aumento de 27,41%), que em 1990 estavam na sétima posição.

Destaque ainda para diabetes e doenças renais que ocupavam a 15ª posição em 1990 e passaram à nona posição (com aumento de 63,11%) em 2017. Já as doenças maternas e neonatais, que em 1990 ocupavam a terceira posição, passaram para a 15ª posição em 2017 (com redução de 59,94%); as infecções respiratórias e tuberculose, que estavam na nona posição, passaram para a 14ª posição (com redução de 38,41%) e as deficiências nutricionais, que estavam na 14ª posição, passaram para a 19ª posição (com redução de 57,56%).

**Figura 45.** *Ranking* do percentual total de DALYs, ambos os sexos, todas as idades, RS, 1990-2017.




Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation.

Com relação aos dados epidemiológicos dos **povos indígenas** no RS, podem-se destacar algumas questões, embora o SUS ainda careça de melhor qualidade e integração dos sistemas de informação no tocante a essa população. A mortalidade infantil indígena, indicador prioritário nas últimas décadas e principal alvo das ações estaduais, permanece em condição estável e com queda de 8% no quinquênio 2015-2019, comparando-se com o período 2010-2014. Por outro lado, observa-se aumento da violência e do racismo contra indígenas.

Esses povos apresentam especificidades advindas da língua, cultura, modos de vida e vivem em contexto de preconceito por questões étnicas e culturais. Desde 2015, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) vem publicando dados com relação à violência contra o patrimônio, contra a pessoa, contra os indígenas livres e de pouco contato e a violência por omissão do poder público. Os relatórios chamam a atenção para o aumento na disputa por terras, que acentuam casos de homicídios, de discriminação, de violência contra a mulher, dentre outros (CIMI, 2020).

A SES/RS vem empenhando esforços no sentido de fortalecer as equipes municipais nas discussões sobre o combate ao preconceito e ao racismo. Além disso, vem atuando na melhoria da qualidade dos dados sobre a violência e desenvolvendo pesquisa nesse âmbito, a fim de direcionar políticas de saúde para essa população. A saúde mental é outra questão que possui complexidade nos indígenas, devido às especificidades culturais desses povos, necessitando que sejam pensadas abordagens alternativas a fim de mitigar tal situação de vulnerabilidade. Os relatórios do CIMI apontam para o uso acentuado e problemático de álcool e drogas em aldeias de todo o país. Além disso, o número de suicídios tem se mostrado superior em indígenas, embora o RS apresente taxas de suicídio abaixo da média nacional nessa população.

O estado também tem contribuído para a melhoria da Atenção Básica nas comunidades indígenas do RS através do incentivo financeiro aos municípios preconizados na Portaria N° 946/2015. O recurso pode ser aplicado na redução das vulnerabilidades sociais das aldeias e acampamentos, no fortalecimento e qualificação de ações de educação em saúde, no fortalecimento do controle social e como complemento para qualificar a atenção à saúde prestada pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e às equipes de atenção básica municipal que atendam indígenas. Atualmente, 67 municípios recebem recurso pela portaria mencionada em 145 aldeias, beneficiando aproximadamente 24.399 indígenas. O valor mensal varia de R$ 1.000 a R$ 4.000, dependendo do número de indígenas presentes no município. O valor total do repasse fundo a fundo atualmente é de R$ 167.000. Os valores são corrigidos automaticamente a partir da realização de novos censos demográficos pelas equipes de saúde da SESAI.

As **Pessoas Privadas de Liberdade** (PPL) apresentam alta vulnerabilidade para contágio e disseminação de doenças infectocontagiosas, devido principalmente às condições precárias de vida às quais estão expostas, ao comportamento de risco presente no ambiente prisional, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a condutas ineficientes de controle de infecções. Doenças como tuberculose (TB), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e sífilis representam graves problemas de saúde pública no RS e, geralmente, as prevalências dessas doenças são maiores na PPL do que na população geral (BRASIL, 2018). Estudo recente apontou a prevalência de 3.018 casos/100.000 habitantes de TB, 4.578 casos/100.000 habitantes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e 9.759 casos/100.000 habitantes de sífilis nos custodiados atendidos por Equipes de Atenção Básica prisional (EABp) no RS (ELY, 2019).

O levantamento de dados epidemiológicos em relação à **população LGBT** esbarra na ausência dos marcadores de orientação sexual e identidade de gênero nos sistemas de informação relacionados à morbidade e à mortalidade utilizados no SUS, exceto nas notificações de violência e de HIV/Aids (esta última por meio do cruzamento de informações). Assim, sabe-se que existem outros dados de morbimortalidade que carecem de atenção como, por exemplo, as complicações pelo uso indiscriminado e/ou sem acompanhamento de hormônios, anabolizantes e silicone líquido industrial por travestis e transexuais e os agravos em saúde mental (ansiedade, depressão, ideação suicida e uso problemático de álcool e outras drogas).

Os principais problemas de saúde dos **povos ciganos** estão relacionados às condições de vida, como doenças relacionadas à falta de saneamento básico, às doenças infectocontagiosas e do aparelho respiratório, bem como às 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. Para superar esta dificuldade de acesso à saúde, é garantida a essa população o cadastro no SUS, através do Cartão para Cidadão em Situação Especial (BRASIL, 2011).

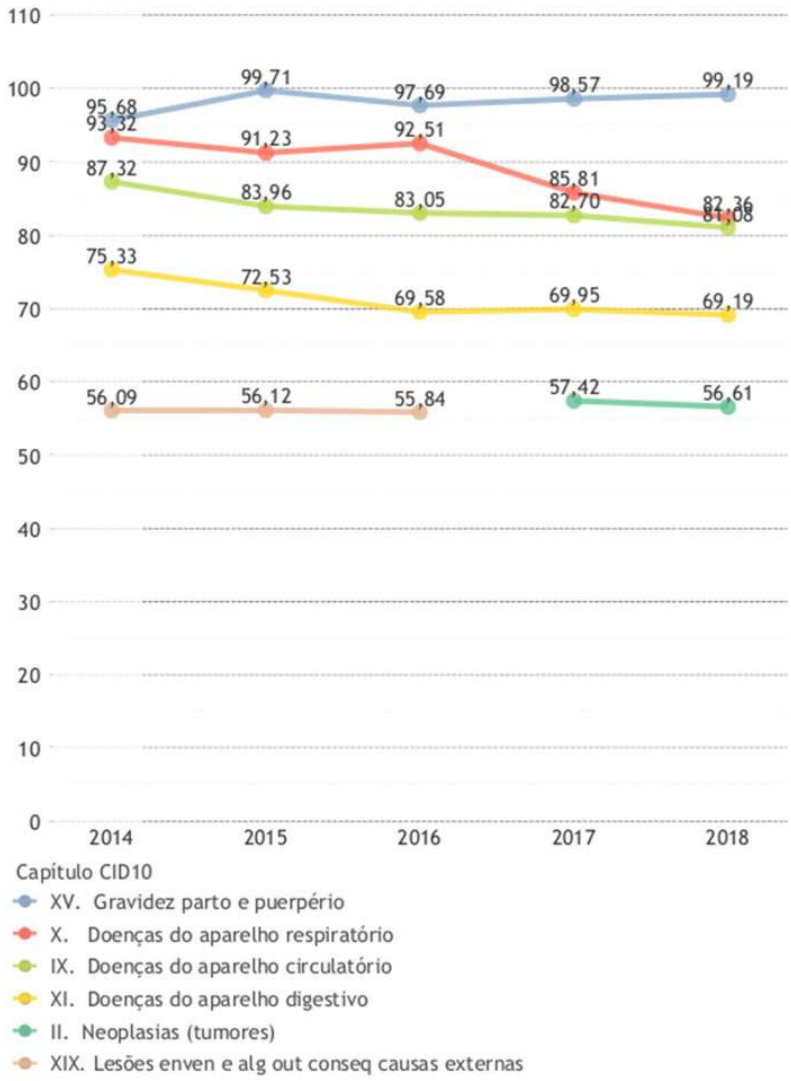
A população em **situação de rua** apresenta alta vulnerabilidade para contágio e disseminação de doenças infectocontagiosas. Segundo dados do SINAN, a proporção de cura em casos novos de tuberculose é cerca de 50% menor entre pessoas em situação de rua quando comparada com a proporção em pessoas que não se encontram nessa situação.

Em relação à **população negra**, as doenças que mais afetam esse segmento são a doença falciforme, a deficiência de 6-glicose-fosfato-desidrogenase, a hipertensão arterial, a doença hipertensiva específica da gravidez e a diabetes mellitus (BRASIL, 2001). Além destas, existem outros fatores que interferem no processo saúde-doença, como a influência dos determinantes sociais que envolvem, dentre outros fatores, as condições de habitação, de trabalho, bem como aspectos socioambientais e culturais, preconceito e discriminação, que interferem significativamente na qualidade de vida e no exercício da cidadania das pessoas negras, afetando a oferta de recursos e o acesso aos direitos fundamentais como a saúde, em função do racismo estrutural e institucional que permeia o cotidiano dos serviços. A população negra está mais exposta a doenças que poderiam ser evitáveis (em função também da vulnerabilidade social), como desnutrição, doenças relacionadas ao trabalho, IST/HIV, mortes violentas, mortalidade infantil, transtornos mentais (incluindo os derivados do uso abusivo de álcool e drogas), doenças infecciosas e parasitárias e problemas decorrentes de gravidez, parto e puerpério (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, 2018).

Para atender às necessidades de saúde da população gaúcha, torna-se fundamental conhecer as doenças que causam as maiores **taxas de internação hospitalar** no estado. Considerando a série histórica da taxa de internações pelo SUS e os Capítulos do CID-10, por 10.000 habitantes, verifica-se que nos anos de 2014 a 2018 as maiores taxas ocorreram por Gravidez, parto e puerpério, Doenças do aparelho respiratório, Doenças do aparelho circulatório e Doenças do aparelho digestivo.

Destaca-se que, de 2014 a 2016, o Capítulo das Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas ocupavam a quinta causa de internação. A partir de 2017, as neoplasias passam a ocupar essa posição (Figura 46). Importante salientar que, conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o RS apresenta a maior incidência de câncer no país, com 5 casos novos/1.000 habitantes, sendo que a média nacional é de 3 casos. Para enfrentar esta realidade, a necessidade de aporte financeiro para custeio de serviços existentes e dos novos que serão habilitados está sendo calculada para fins de apresentação junto ao MS.

**Figura 46.** Taxa de Internações pelo SUS da população residente pelos cinco principais capítulos do CID-10 (10.000 habitantes), RS, 2014-2018.




Fonte: SIH/DATASUS.

Na Figura 47 apresentam-se as **cinco principais causas de internações pelo SUS** da população residente, por grupo etário e capítulos do CID-10. Considerando as faixas etárias da população residente no RS e os percentuais de causas de internações conforme capítulos da CID-10, verificou-se no ano de 2018 que, no grupo etário de menores de um ano, 68,6% das internações originaram-se de Algumas afecções originadas no período perinatal (36%), seguidas de Doenças do aparelho respiratório (32,6%).

No grupo etário de um a nove anos, 39,8% das internações ocorreram por Doenças do aparelho respiratório, 10,8% por Doenças do aparelho digestivo e 10,6% por Doenças infecciosas e parasitárias. No grupo de 10 a 19 anos, 57,2% das internações tiveram como causas Gravidez, parto e

puerpério, lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas e Doenças do aparelho digestivo (36,2%, 10,7% e 10,3% respectivamente).

No grupo de 20 a 29 anos, 53,9% das internações tiveram como causa Gravidez, parto e puerpério. Na sequência, Lesões envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas e Transtornos mentais e comportamentais representaram 8,9% e 8,1%, respectivamente. No grupo de 30 a 49 anos, Gravidez, parto e puerpério representaram 22,4% das internações. Outras causas foram: Doenças do aparelho digestivo (12,2%), Transtornos mentais e comportamentais (10,8%) e Lesões envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (9,7%).

No grupo de 50 a 59 anos, as Doenças do aparelho circulatório representaram 17,8%. Outras causas foram: Doenças do aparelho digestivo (14,4%) e Neoplasias (14,2%). No grupo de 60 a 79 anos, as Doenças do aparelho circulatório também foram a primeira causa de internação (23,6%), a segunda Doenças do aparelho respiratório (14,5%) e a terceira as Neoplasias (14,1%). No grupo de 80 anos e +, a primeira causa de internações foi Doenças do aparelho respiratório (25,5%), seguida de Doenças do aparelho circulatório (22,9%) e de Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,9%).

**Figura 47.** Cinco principais causas de internações pelo SUS da população residente, por grupo etário e capítulos do CID-10 (%), RS, 2018.

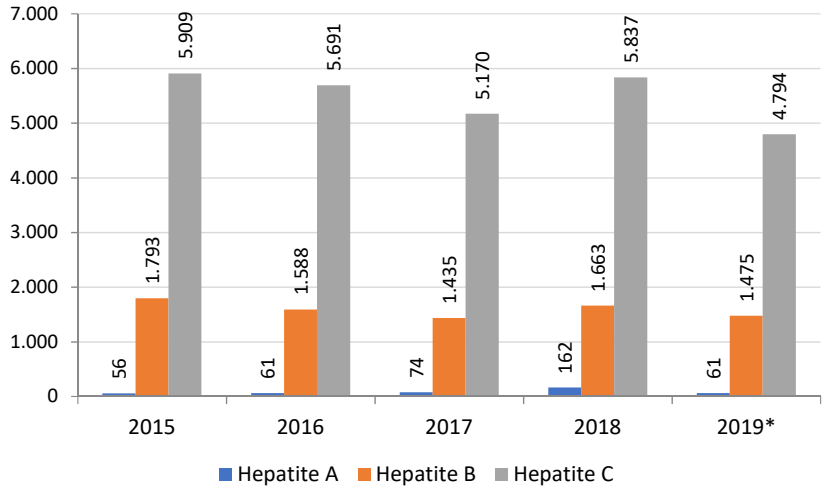
| | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° |
|---|---|---|---|---|---|
| Menor de 1 ano | XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (36,0%) | X. Doenças do aparelho respiratório (32,6%) | I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (13,7%) | XI. Doenças do aparelho digestivo (3,8%) | XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (3,7%) |
| 01-09 | X. Doenças do aparelho respiratório (39,8%) | XI. Doenças do aparelho digestivo (10,8%) | I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,6%) | XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (9,0%) | XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (4,7%) |
| 10-19 | XV. Gravidez parto e puerpério (36,2%) | XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (10,7%) | XI. Doenças do aparelho digestivo (10,3%) | V. Transtornos mentais e comportamentais (8,5%) | X. Doenças do aparelho respiratório (7,5%) |
| 20-29 | XV. Gravidez parto e puerpério (53,9%) | XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (8,9%) | V. Transtornos mentais e comportamentais (8,1%) | XI. Doenças do aparelho digestivo (7,4%) | XIV. Doenças do aparelho geniturinário (5,1%) |
| 30-49 | XV. Gravidez parto e puerpério (22,4%) | XI. Doenças do aparelho digestivo (12,2%) | V. Transtornos mentais e comportamentais (10,8%) | XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (9,7%) | II. Neoplasias (tumores) (7,8%) |
| 50-59 | IX. Doenças do aparelho circulatório (17,8%) | XI. Doenças do aparelho digestivo (14,4%) | II. Neoplasias (tumores) (14,2%) | XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (8,8%) | X. Doenças do aparelho respiratório (8,5%) |
| 60-79 | IX. Doenças do aparelho circulatório (23,6%) | X. Doenças do aparelho respiratório (14,5%) | II. Neoplasias (tumores) (14,1%) | XI. Doenças do aparelho digestivo (10,8%) | XIV. Doenças do aparelho geniturinário (7,1%) |
| 80+ | X. Doenças do aparelho respiratório (25,5%) | IX. Doenças do aparelho circulatório (22,9%) | I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,9%) | XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (8,3%) | XIV. Doenças do aparelho geniturinário (7,1%) |

Fonte: SIH/DATASUS.

As **Hepatites Virais** caracterizam-se como agravos de extrema importância para o cenário epidemiológico gaúcho, especialmente a transmitida pelo vírus C. Em 2018 no RS, as Hepatites Virais foram responsáveis por mais de 7.500 notificações no SINAN. A Hepatite A, transmitida via fecal-oral, por condições precárias de saneamento básico e água, de higiene pessoal e dos alimentos, apresentou redução em sua taxa de incidência, principalmente entre as crianças, a partir de 2014, quando houve a introdução da vacina contra a doença no Calendário Básico Infantil. Desde então, é esperada uma taxa de incidência em torno de 0,5 casos/100.000 habitantes no RS.

Na Figura 48, avaliando-se a série histórica de 2015 a 2019, é possível inferir que a taxa de incidência de Hepatite B, no RS, manteve-se relativamente estável. Em 2018, foram observados 14,78 casos/100.000 habitantes, número elevado quando comparado a taxa nacional, que é de 6,7/100.000 habitantes. O cenário epidemiológico da Hepatite C no estado demanda especial atenção, uma vez que a taxa de incidência em 2018 foi de 51,89/100.000 habitantes, quatro vezes maior que a taxa Brasil, de 12,6/100.000 habitantes.

**Figura 48.** Casos confirmados de Hepatites Virais A, B, C. RS, 2015-2019*.



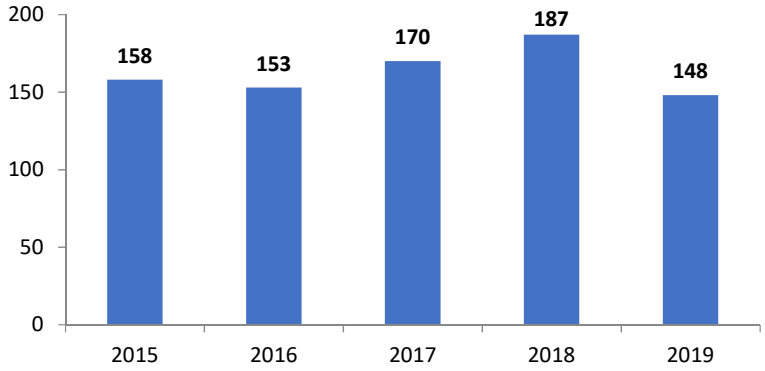

Fonte: SINAN, dados coletados em 08/01/2020. *2019: dados parciais

Já o número de casos de **Hanseníase**, doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, vem diminuindo no estado. Porém, ainda se tem grandes dificuldades em manter as rotinas e ações em hanseníase, o que acarreta o diagnóstico tardio, claramente mostrado pelo percentual de doentes multibacilares encontrados, ou seja, pacientes que ficaram muito tempo em contato com o bacilo sem diagnóstico nem tratamento.

A busca ativa através da Avaliação de Contatos Intradomiciliares é primordial para a quebra de contágio, uma vez que a infecção acontece, geralmente, no núcleo de convívio familiar. A avaliação do Grau de Incapacidade no momento do diagnóstico e na cura é essencial para mensurar a evolução do caso. A demora na atualização dos dados sobre a doença nos sistemas de informação nacionais também dificulta a mensuração dos casos no país e no estado. Por se tratar de uma doença crônica e de baixa endemia, a cura do bacilo não é suficiente, pois a maioria dos pacientes precisa de acompanhamento em função das intercorrências pós-alta por cura, que vão desde curativos a reações

neurais graves que exigem cirurgia e tratamentos medicamentosos. Conforme a Figura 49, em 2019, foram notificados 148 casos novos de hanseníase no estado e, apesar do aumento em 2018, em comparação aos anos de 2015, 2016 e 2017, nota-se queda da incidência da doença no RS.

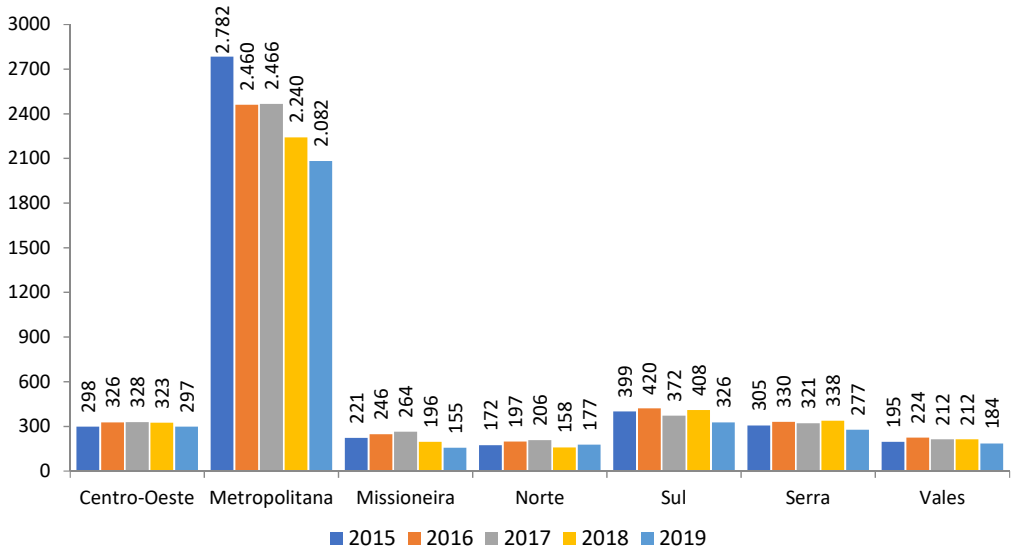
**Figura 49.** Número de casos novos de Hanseníase, RS, 2015-2019.




Fonte: SINAN

Em relação ao **HIV** (Vírus da Imunodeficiência Humana), entre os anos de 2015 e 2019 foram notificados 20.117 casos novos no RS, na população geral. Conforme a Figura 50, a Macrorregião de Saúde Metropolitana teve em média 2.406 casos novos/ano, ficando com a maior concentração do número de casos novos de HIV, com 12.030, correspondendo a 59,8% do total, seguida pela Macrorregião Sul com 1.925 (9,6%), Centro-Oeste com 1.572 e Serra com 1.571, ambas com 7,8%, Missioneira com 1.082 (5,4%), Vales com 1.027 (5,1%) e Norte com 910 (4,5%), conforme a Figura 50.

**Figura 50**. Número de casos novos de HIV notificados, por ano de diagnóstico, RS, 2015-2019.



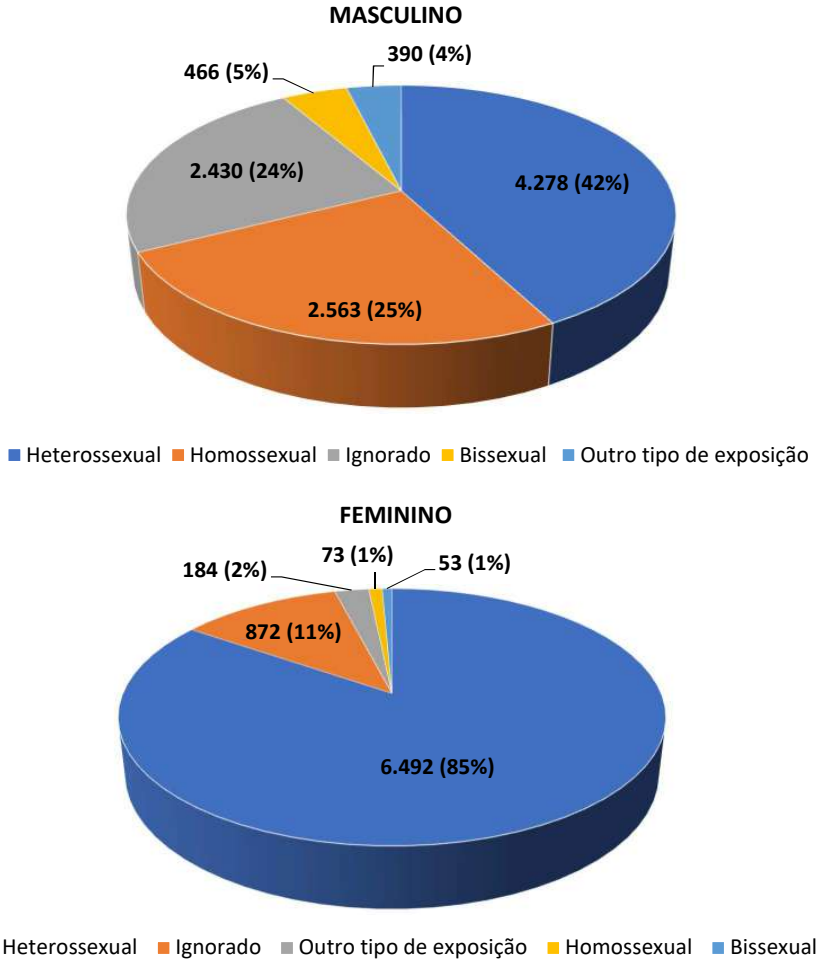

Fonte: SES/RS.

A partir da década de 1980, o MS adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids na população LGBT, em parceria com os movimentos sociais, dando maior visibilidade às questões de saúde deste público. Atualmente, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

(UNAIDS) tem trabalhado com o conceito de populações-chave, aquelas que apresentam prevalências desproporcionalmente altas de infecção pelo HIV (e também pela sífilis), quando comparadas à população geral, e que têm suas vulnerabilidades aumentadas por fatores estruturantes da sociedade, a qual abrange parte do segmento LGBT.

Ao analisar dados de notificação de HIV (número e percentual) notificados no SINAN, segundo categoria de exposição hierarquizada, por sexo e ano de diagnóstico, entre os anos de 2013 a 2017 (Figura 51), observa-se que entre os homens houve 10.127 notificações, sendo 4.278 (42%) na categoria heterossexual, 2.563 (25%) na categoria homossexual e na categoria 2.430 (24%) ignorado. Já entre as mulheres, o número de notificações foi de 7.674, sendo 6.492 (85%) na categoria heterossexual e 872 (11%) na categoria ignorado.

**Figura 51.** Casos de HIV (número e percentual) notificados no SINAN, segundo categoria de exposição hierarquizada, por sexo e ano de diagnóstico, RS, 2013-2017.



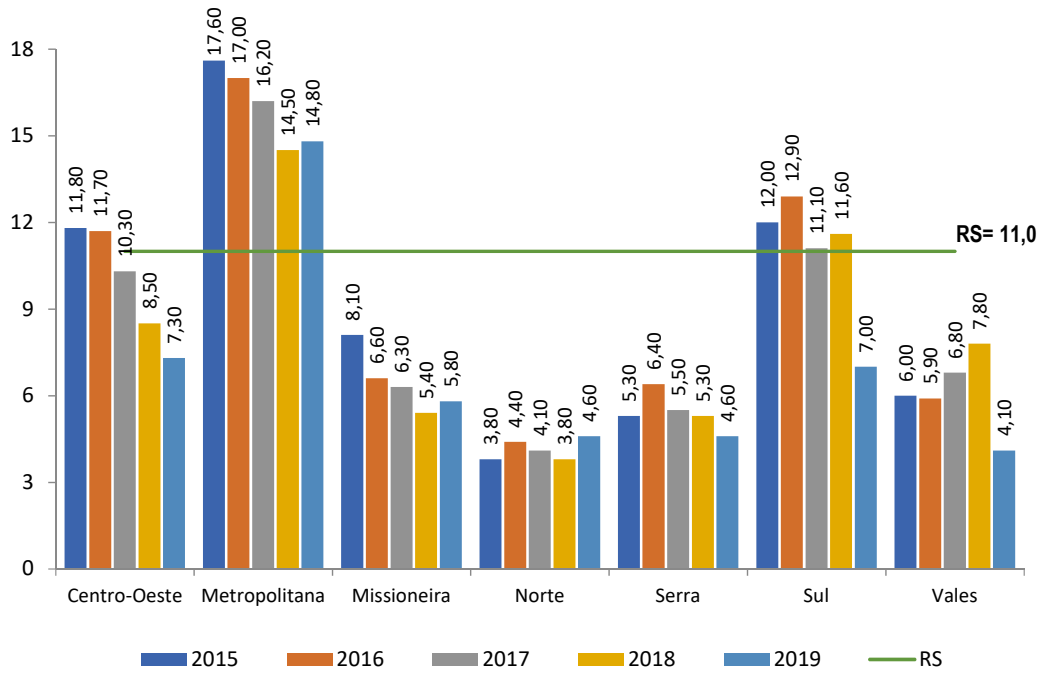

Fonte: SES/RS.

Além disso, deve-se considerar a maior vulnerabilidade que travestis e mulheres transexuais apresentam em relação à exposição ao HIV, estimando-se que essas mulheres tenham 49 vezes mais

risco de infectarem-se quando comparadas com a população geral (UNAIDS, 2019). Levantamento realizado em capitais brasileiras identificou que a prevalência de infecção em travestis e transexuais no município de Porto Alegre era de 65,3%, enquanto a prevalência nacional era de 31,2%. Estudo recente apontou a prevalência de 3.018 casos/100.000 habitantes de tuberculose, 4.578 casos/100.000 habitantes infectados pelo HIV e 9.759 casos/100.000 habitantes de sífilis nos custodiados atendidos por EABp no RS (ELY, 2019).

Em relação à **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida** (AIDS), em 2019 o RS apresentou taxa bruta de 9,6 óbitos por Aids/100.000 habitantes, com média de 11 óbitos entre 2015 a 2019. As Macrorregiões de Saúde Metropolitana, Centro-Oeste e Sul apresentaram taxas acima da média estadual em alguns anos do período de análise. Numa comparação entre 2015 e 2019, percebe-se que na Macrorregião Norte houve aumento de 21% nas taxas. Nas demais Macrorregiões, o percentual de redução ficou em 41,66% na Sul, 38,1% na Centro-Oeste, 31,6% na Vales, 28,3% na Missioneira, 15,9% na Metropolitana e 13,2% na Serra (Figura 52).

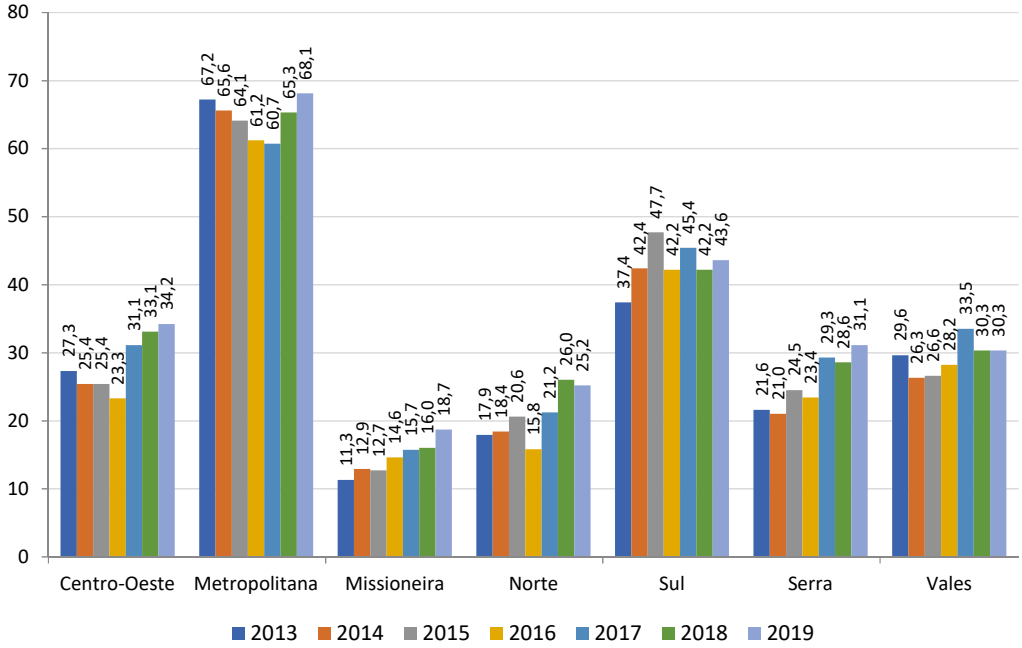
**Figura 52**. Taxa bruta de óbitos por Aids (100.000 habitantes), RS, 2015-2019.




Fonte: SES/RS.

A incidência da **Tuberculose,** em 2018, no Brasil foi de 34,8 casos/100.000 habitantes e o RS estava em sétimo lugar na incidência nacional, com 40 casos/100.000 habitantes. Em 2019, no RS, a Macrorregião de Saúde com maior incidência foi a Metropolitana, com média de 68,1 casos/100.000 habitantes, seguida pela Sul com 43,6 casos/100.000 habitantes (Figura 53). As referidas Macrorregiões de Saúde abrigam o maior número de municípios com alta carga da doença e, para fazer frente a esse problema, tem-se buscado descentralizar para os municípios a busca de sintomáticos respiratórios e de faltosos, a avaliação dos contatos da pessoa infectada, além de intensificar a ação de Tratamento Diretamente Observado (TDO).

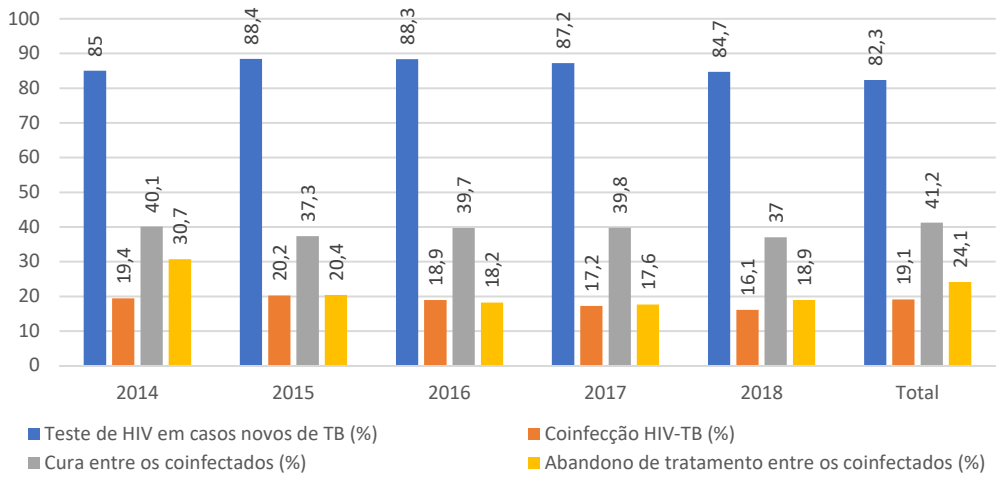
**Figura 53.** Taxa de casos novos de Tuberculose (100.000 habitantes), RS, 2013-2019.




Fonte: SINAN/DATASUS.

Além do enfrentamento do HIV/Aids e da Tuberculose isoladamente, é importante o olhar para a parcela de pessoas coinfectadas com os dois agravos. Vale salientar que a coinfecção com a tuberculose é a principal causa de morte entre as pessoas vivendo com HIV/Aids. Além disso, o pior desempenho dos indicadores de avaliação de tuberculose ocorre entre os coinfectados, como mostra a Figura 54, com baixas taxas de cura e maior abandono.

**Figura 54.** Série histórica dos percentuais de testagem, diagnóstico de casos novos de Tuberculose, coinfecção HIV-TB e abandono de tratamento entre os coinfectados, RS, 2014-2018.

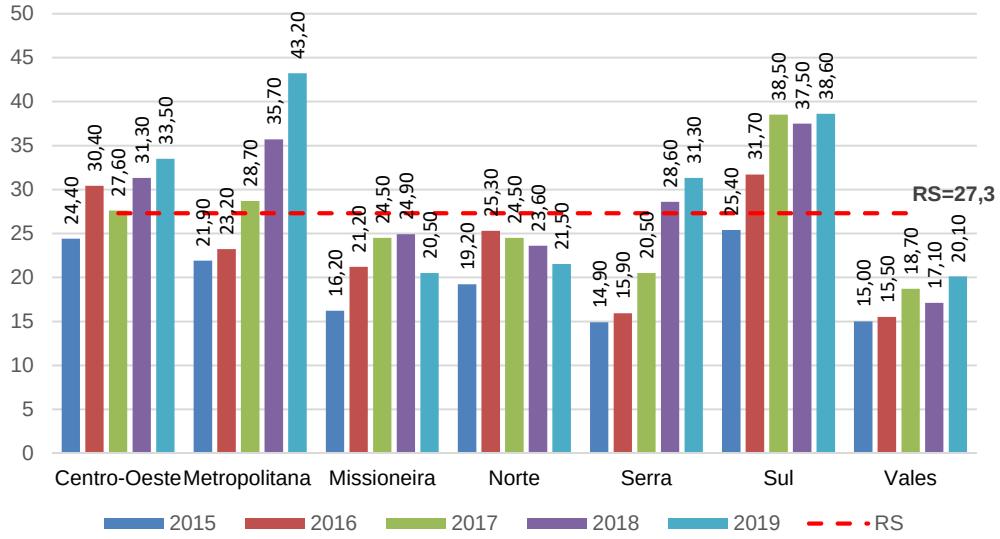



Fonte: SINAN/DATASUS.

Entre as ações que visam reduzir o adoecimento e mortalidade por Tuberculose entre as Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), destaca-se o tratamento da Infecção Latente por Tuberculose (ILTB) normatizado de forma específica para as PVHA através da Nota Informativa Nº 17/2018 do MS, o TDO e atividades de adesão ao tratamento realizadas a partir de projetos terapêuticos compartilhados entre os serviços de HIV e Tuberculose ocorrendo, quando possível, tratamento de ambos agravos pela mesma equipe.

A taxa de incidência de **sífilis em gestantes** no RS foi de 34,6/1.000 nascidos vivos (NV) em 2019, sendo a maior taxa para os últimos cinco anos. Na média entre os anos de 2015 a 2019, a taxa ficou em 27,3 no estado, e as Macrorregiões de Saúde Centro-Oeste, Metropolitana, Serra e Sul se mantiveram acima da taxa média, com elevação entre 2018 e 2019. As Macrorregiões de Saúde Norte, Missioneira e Vales, embora abaixo da média, tiveram aumento de 11,9%, de 26,5% e de 34%, respectivamente, no período. Verifica-se que a Macrorregião Metropolitana teve a maior taxa em 2019 (43,2/1.000 NV), seguida pela Sul (38,6/1.000 NV), Centro-Oeste (33,5/1000 NV) e Serra (31,3/1.000 NV) (Figura 55).

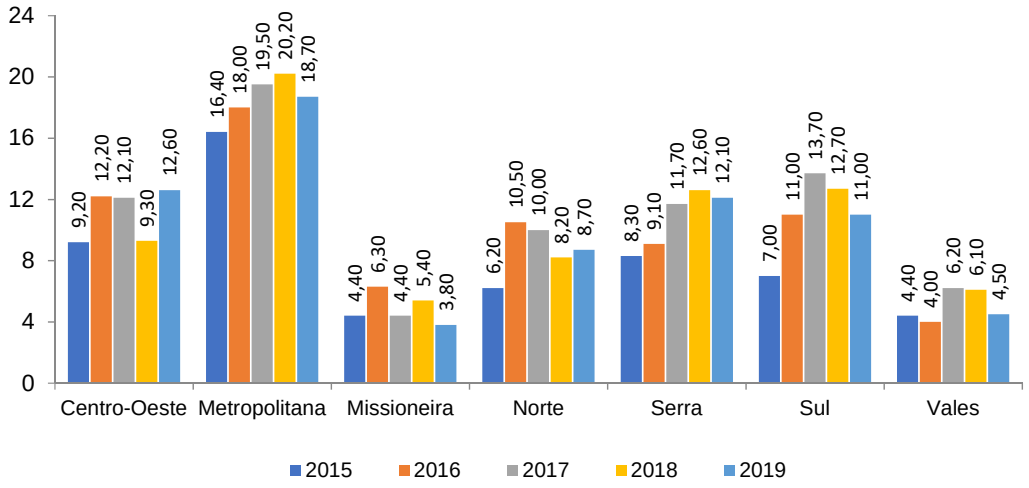
**Figura 55**. Taxa de incidência de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos), RS, 2015-2019.




Fonte: SES/RS.

Entre 2015 e 2019, o RS apresentou taxa média de 13,3 casos novos de **sífilis em menores de 1 ano de idade** a cada 1.000 NV. A maior incidência foi observada na Macrorregião de Saúde Metropolitana, com 20,2 casos novos/1.000 NV em 2018, acima da média estadual. Com exceção da Macrorregião Metropolitana (19,5) e Sul (13,7) em 2017, as outras Macrorregiões de Saúde permaneceram abaixo da média estadual entre 2015 e 2019, sendo a menor taxa observada nas Macrorregiões de Saúde Vales e Missioneira, que mantiveram taxa média de 5,4 e 4,8, respectivamente, conforme a Figura 56.

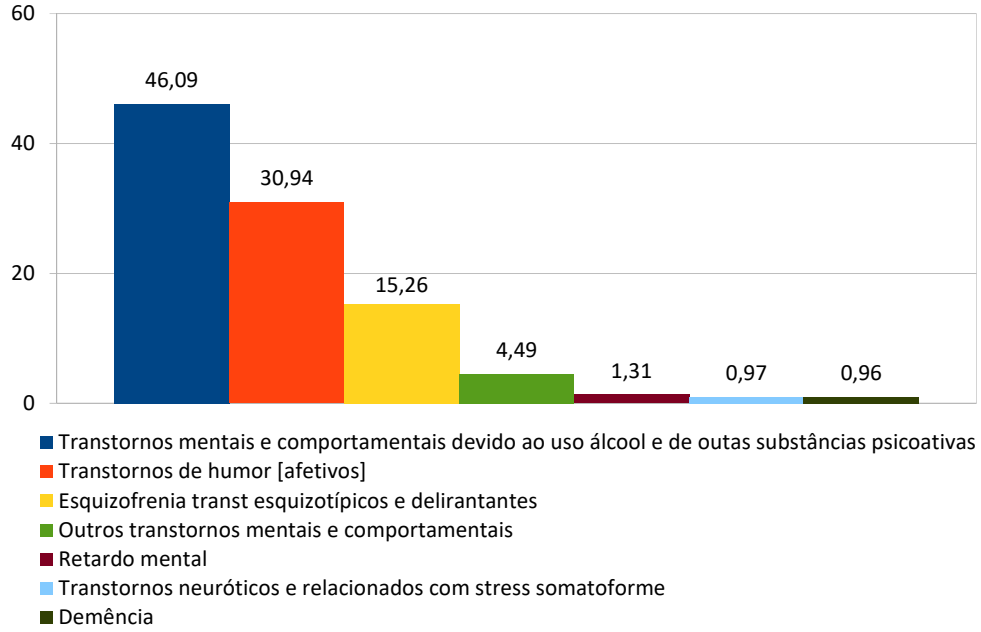
**Figura 56**. Taxa de Incidência de Sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos), RS, 2015-2019.




Fonte: SES/RS.

As internações SUS por **transtornos mentais e comportamentais** (TMC), incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras drogas, no período de 2015 a 2019, foram 187.556, o que representa 5% do total de internações SUS registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) no período. As internações associadas a TMC devido ao uso de álcool e de outras substâncias psicoativas respondem por cerca de 46,09% dessas internações, seguidas pelos transtornos afetivos de humor, com 30,94% dos registros. Episódios de crise associados aos diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes representam o terceiro índice significativo: 15,26%. Os demais transtornos juntos somam cerca de 7,71% dos registros, conforme demonstra a Figura 57.

**Figura 57.** Proporção (%) de Internações SUS por Transtornos Mentais Comportamentais (TMC), RS, 2015-2019.




Fonte: SIH/DATASUS.

No ano de 2019, a taxa média de internação por TMC por município de origem do usuário, no RS, foi de 357,98/100.000 habitantes, o que corresponde a um total de 40.728 internações. Analisando as internações por TMC, por Região de Saúde de origem do usuário, constata-se que as regiões R09 e R16 apresentaram as menores taxas de internações por TMC no ano de 2019, conforme dados da Tabela 5. Essas regiões possuem percentual de municípios com dispositivos especializados em saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT), Unidade de Acolhimento (UA) e/ou Serviço Residencial Terapêutico (SRT)) acima da média do estado, que foi de 28,89%. Por outro lado, a porcentagem de municípios com dispositivos de saúde mental na Atenção Básica (Oficinas Terapêuticas (OT), Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), Composições de Redução de Danos (RD) e Acompanhantes Terapêuticos (AT)) encontra-se abaixo da média estadual, que foi de 43,36%. Essas regiões também apresentam o número de leitos de saúde mental integral por mil habitantes abaixo da média do estado, que foi de 0,18 leitos/1.000 habitantes. As regiões de saúde que apresentaram as maiores taxas de internações por TMC, no ano de 2019, foram R13 e R21, embora ambas regiões possuam porcentagem de municípios com dispositivos especializados e taxa de leitos de saúde mental integral acima da média estadual.

**Tabela 5.** Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) por Região de Saúde de origem do usuário e dispositivos de Saúde Mental (SM) instalados, RS, 2019.

| Região de Saúde de origem do usuário | Internações 2019 | Internações TMC/100mil hab. | % Municípios com SM na Atenção Básica | % Municípios com Atenção em SM Especializada | Nº leitos SM/1.000 hab. |
|---|---|---|---|---|---|
| 09 - Carbonífera/Costa Doce | 904 | 218,79 | 31,58 | 31,58 | 0,06 |
| 16 - Alto Uruguai Gaúcho | 517 | 221,94 | 15,15 | 3,03 | 0,15 |
| 04 - Belas Praias | 380 | 236,31 | 50,00 | 16,67 | 0,06 |
| 08 - Vale do Caí e Metropolitana | 1.927 | 247,42 | 38,89 | 38,89 | 0,15 |
| 12 - Portal das Missões | 403 | 265,40 | 71,43 | 28,57 | 0,15 |
| 07 - Vale dos Sinos | 2.204 | 265,57 | 40,00 | 60,00 | 0,06 |
| 10 - Capital e Vale do Gravataí | 6.514 | 274,94 | 33,33 | 83,33 | 0,16 |
| 24 - Campos de Cima da Serra | 276 | 276,53 | 55,56 | 22,22 | 0,06 |
| 05 - Bons Ventos | 655 | 277,24 | 27,27 | 27,27 | 0,11 |
| 02 - Entre Rios | 344 | 279,62 | 18,18 | 18,18 | 0,28 |
| 22 - Pampa | 572 | 303,70 | 0,00 | 33,33 | 0,12 |
| 01 - Verdes Campos | 1.338 | 306,31 | 42,86 | 23,81 | 0,08 |
| 14 - Fronteira Noroeste | 768 | 342,99 | 50,00 | 18,18 | 0,19 |
| 26 - Uva Vale | 664 | 350,67 | 33,33 | 16,67 | 0,11 |
| 28 – Vale do Rio Pardo | 1.244 | 353,92 | 100,00 | 38,46 | 0,18 |
| 03 - Fronteira Oeste | 1.647 | 359,54 | 63,64 | 63,64 | 0,18 |
| 25 - Vinhedos e Basalto | 1.149 | 361,82 | 27,27 | 18,18 | 0,09 |
| 23 - Caxias e Hortênsias | 2.369 | 381,52 | 33,33 | 66,67 | 0,28 |
| 18 - Araucárias | 520 | 390,38 | 35,00 | 10,00 | 0,15 |
| 19 - Botucaraí | 463 | 394,71 | 28,57 | 7,14 | 0,15 |
| 27 - Jacuí Centro | 802 | 395,04 | 66,67 | 25,00 | 0,15 |
| 17 - Planalto | 1.660 | 398,61 | 28,57 | 10,71 | 0,19 |
| 29 - Vales e Montanhas | 1.028 | 455,02 | 70,37 | 7,41 | 0,20 |
| 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra | 1.095 | 465,96 | 75,00 | 75,00 | 0,24 |
| 11 - Sete Povos das Missões | 1.341 | 479,55 | 43,48 | 17,39 | 0,26 |
| 30 - Vale da Luz | 634 | 486,84 | 50,00 | 20,00 | 0,22 |
| 20 - Rota da Produção | 842 | 515,92 | 53,85 | 3,85 | 0,28 |
| 15 - Caminho das Águas | 1.141 | 624,45 | 15,38 | 11,54 | 0,36 |
| 21 - Sul | 5.637 | 641,33 | 50,00 | 50,00 | 0,39 |
| 13 - Diversidade | 1.690 | 737,05 | 55,00 | 20,00 | 0,22 |
| **Total RS** | **40.728** | **357,98** | **43,46** | **28,89** | **0,18** |

Fonte: SIH/DATASUS.

Os dados apresentados indicam que um número elevado de internações por TMC parece estar relacionado à disponibilidade de leitos no território, independente da presença de outro dispositivo na rede do município, uma vez que a taxa de internações parece se apresentar diretamente

proporcional a cobertura de leitos. As formas de financiamento deste recurso de tratamento podem explicar, em parte, uma maior taxa de internação nos municípios que possuem leitos incentivados, uma vez que o pagamento do incentivo pela taxa de ocupação dos leitos pode acarretar em internações desnecessárias.

Importante ressaltar que a internação deve ser o último recurso e somente deve ser usada depois que todos os demais mecanismos falharem, sendo que o critério para definir por uma internação deve ser o risco que o usuário apresenta para sua própria vida ou à de outras pessoas. Estratégias para reduzir internações desnecessárias estão sendo propostas, como a implantação de um sistema único de regulação de acesso, revisão da forma de financiamento dos leitos, garantindo que o repasse não seja baseado apenas na ocupação, e educação permanente das equipes da Atenção Básica e da Atenção Especializada para melhor condução dos casos no território. Importante salientar que os atuais sistemas de informações não permitem avaliar a existência ou não de intervenções anteriores ao recurso de internação, uma vez que a criptografia dos dados não permite acompanhar o usuário na rede de saúde.

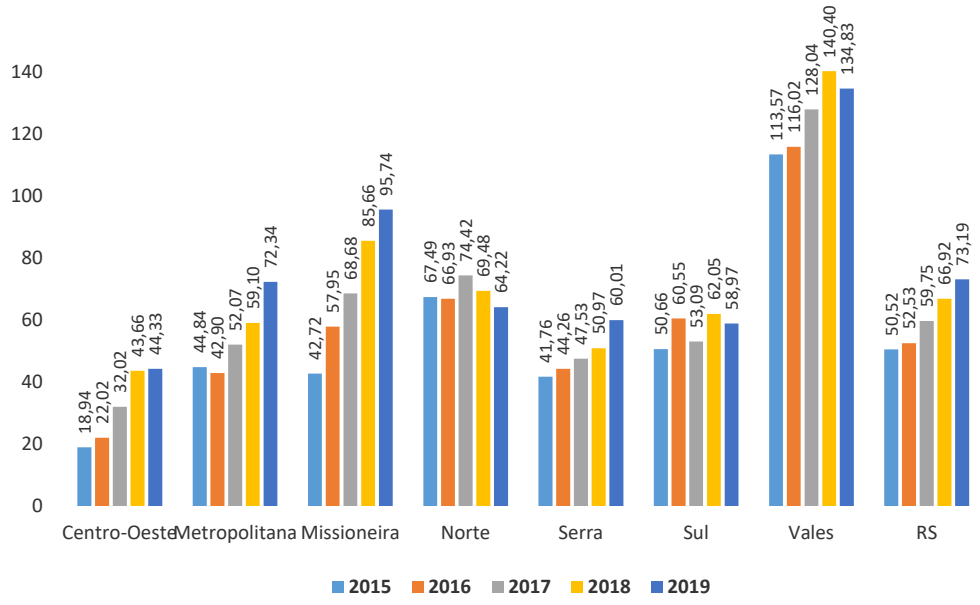
Analisando as principais causas de internações por TMC, as internações SUS devido ao **Risco de Suicídio** têm apresentado crescimento ao longo dos anos no RS, com exceção das Macrorregiões de Saúde Vales, Norte e Sul, que reduziram as taxas no ano de 2019 (Figura 58). Historicamente, as maiores taxas de internações por esta causa são encontradas na Macrorregião Vales, que também apresenta os maiores índices de mortalidade por risco de suicídio, seguida da Macrorregião Norte.

Diferentemente da Macrorregião Vales, que possui satisfatória cobertura de serviços especializados em saúde mental, como os CAPS, a Macrorregião Norte, devido à grande quantidade de municípios de pequeno porte, possui número reduzido destes serviços. Por outro lado, ambas as Macrorregiões de Saúde possuem cobertura semelhante de leitos de saúde mental/psiquiatria SUS, com 0,19/1.000 habitantes na Vales e 0,21/1.000 habitantes na Norte.

As menores taxas de internações SUS devido ao Risco de Suicídio, entre 2015 e 2019, foram observadas na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste. Por outro lado, esta Macrorregião apresentou o 4º maior índice de mortalidade por suicídio em 2017. A baixa taxa de internações pode ser devido à cobertura de leitos de saúde mental/psiquiatria SUS na Macrorregião, a menor do estado, juntamente com a Metropolitana, com 0,14 leitos/1.000 habitantes. Portanto, constata-se a necessidade de fortalecimento de uma rede que oferte cuidado às pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais no território, oferecendo suporte e acolhimento para casos de crise grave e persistente com risco de suicídio.

Para tanto, desde 2018, a SES/RS vem desenvolvendo, em parceria com o MS, o **Projeto de Prevenção do Suicídio** nas Macrorregiões com os maiores índices de suicídio do estado, cujas ações buscam contribuir para diminuição das internações e da mortalidade por esta causa. Além disso, através de ações intersetoriais do **Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio**, coordenado pela SES, busca-se fortalecer iniciativas de prevenção e construção de políticas públicas que ampliem a corresponsabilidade para além da saúde, incluindo políticas transversais compostas pelas redes intersetoriais. Estas iniciativas, alicerçadas na **Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio**, aprovada em 2019, buscam promover ações de prevenção do suicídio nas populações mais vulneráveis (negros, indígenas, adolescentes e jovens, idosos, dentre outras), atendendo ao dever de construir uma sociedade livre, justa e solidária, com a promoção da redução de desigualdades e proibição de quaisquer formas de preconceito e discriminação.

**Figura 58.** Taxa de internações SUS por risco de suicídio (100.000 habitantes), por Macrorregião de Saúde, RS, 2015-2019.

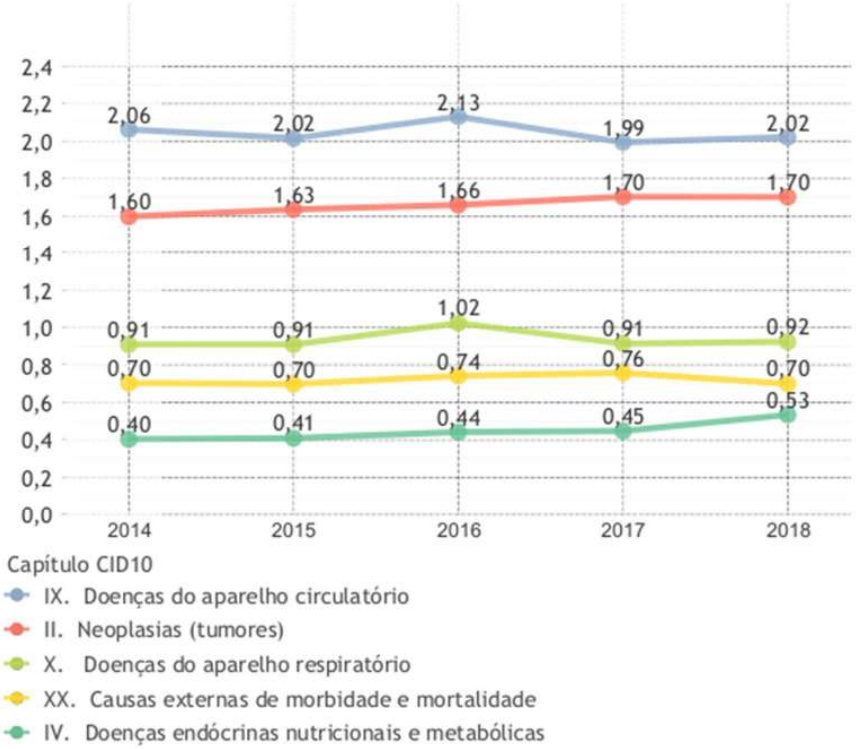



Fonte: SIH/DATASUS.

---

Além de avaliar as principais causas de adoecimento no RS, é necessário identificar o cenário que diz respeito às **principais causas de mortalidades no estado**. Considerando a série histórica da taxa de mortalidade (1.000 habitantes) pelos Capítulos da CID-10 (Figura 59), verifica-se que nos anos de 2014 a 2018 as cinco maiores taxas ocorreram por Doenças do aparelho circulatório, Neoplasias (tumores), Doenças do aparelho respiratório, Causas externas de morbidade e de mortalidade e Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Destaca-se a taxa de mortalidade do Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, que aumentou de 0,40 para 0,53/1.000 habitantes (32,5%), entre os anos 2014-2018.

**Figura 59.** Taxa de mortalidade da população residente pelos cinco principais capítulos da CID-10 (1.000 habitantes), RS, 2014-2018.




Fonte: SIM/DATASUS.

Na Figura 60 apresentam-se as cinco principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID-10 (%) no RS em 2018. Destaca-se na primeira posição entre as faixas etárias de 01-09 a 30-49 anos o Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade da CID-10, sendo que nas faixas etárias de 10-19 anos e 20-29 anos os valores atingidos foram 68,2% e 68,1%, respectivamente. Ainda na faixa etária de menores de 1 ano, este Capítulo figurava na 3ª posição (3,5%).

Para os menores de 1 ano, a mortalidade proporcional se concentrou no Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal (58%) e Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (28,2%), que juntas somaram 86,2% da mortalidade proporcional na faixa etária. Na faixa etária de 01-09 anos, posterior ao Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade (27%), destacou-se o Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, com 16,9% da mortalidade proporcional nesse grupo etário.

Referente às Neoplasias/Tumores (Capítulo II da CID-10), estas ocuparam a terceira posição de mortalidade proporcional na faixa etária de 01-09 anos (14,5%); passando para a segunda posição entre as faixas etárias de 10-19 anos (7,4%), 20-29 anos (6,9%) e 30-49 (19,1%). Na faixa etária de 50-59 passaram a ocupar a primeira posição (31,4%), caindo para segunda posição entre o grupo etário

dos 60-79 anos (27,7%) e a terceira posição na mortalidade proporcional dos residentes gaúchos com 80 anos ou mais (14,6%).

Já as Doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX da CID-10), apareceram como a quarta causa de mortalidade proporcional na faixa etária de 20-29 anos (3,4%), passando para a terceira posição na faixa etária de 30-49 anos (13,2%), segunda posição na faixa etária de 50-59 anos (21,6%) e permanecendo na primeira posição nas faixas etárias de 60-79 anos (27,9%) e 80 anos e mais (32,3%).

Referente à mortalidade proporcional pelas Doenças do aparelho respiratório (Capítulo X da CID-10), no ano de 2018, essa ocupou a quarta posição no grupo dos menores de 1 ano de idade (2,6%), caindo para a quinta posição na faixa etária de 1-9 anos (8,3%), subindo para a quarta posição no grupo etário de 10-19 anos (3,2%), caindo novamente para a quinta posição na faixa etária de 20-29 anos (3,4%), voltando a aparecer na quarta posição entre a faixa etária de 50-59 anos (7,1%), subindo para a terceira posição entre os 60-79 anos (12,3%) e chegando à segunda posição no grupo etário de 80 anos e mais (16,4%).

Destaca-se o Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso, que ocupou a quarta posição da mortalidade proporcional na faixa etária de 01-09 anos (12,5%), subindo para a terceira posição na faixa etária de 10-19 anos (5,2%) e reaparecendo na quarta posição na faixa etária de 80 anos e mais (9,4%). Ademais, o Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias, ocupou a terceira posição na faixa etária de 20-29 anos (5,5%) e a quarta posição na faixa etária de 30-49, com 11,2% da mortalidade proporcional nessa faixa etária. No Capítulo I estão dispostas doenças como a Doença pelo vírus da imunodeficiência humana, Hepatites, Hanseníase, Sífilis e Tuberculose, que apresentam altas taxas de morbidade no RS.

Por fim, aparece ainda o Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas na quinta posição na faixa etária de 50-59 anos (6,5%), subindo para a quarta posição na faixa etária de 60-79 anos (8,1%) e retornando para a quinta posição na faixa etária de 80 anos ou mais (7%).

**Figura 60.** Cinco principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID-10 (%), RS, 2018.

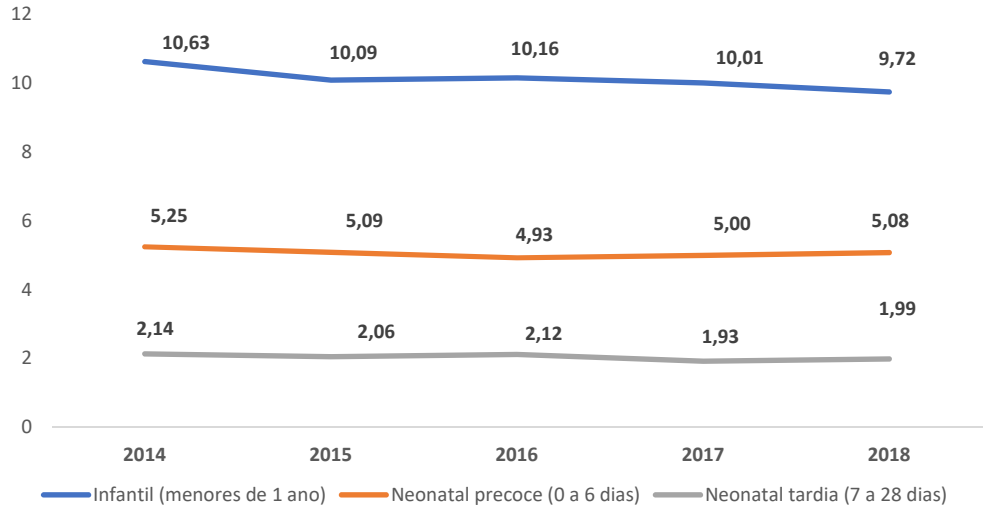
| | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° |
|---|---|---|---|---|---|
| 01-09 | XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (58,0%) | XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (28,2%) | XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (3,5%) | X. Doenças do aparelho respiratório (2,6%) | I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (2,2%) |
| 01-09 | XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (27,0%) | XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (16,9%) | II. Neoplasias (tumores) (14,5%) | VI. Doenças do sistema nervoso (12,5%) | X. Doenças do aparelho respiratório (8,3%) |
| 10-19 | XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (68,2%) | II. Neoplasias (tumores) (7,4%) | VI. Doenças do sistema nervoso (5,2%) | X. Doenças do aparelho respiratório (3,2%) | I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (2,9%) |
| 20-29 | XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (68,1%) | II. Neoplasias (tumores) (6,9%) | I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (5,5%) | IX. Doenças do aparelho circulatório (3,4%) | X. Doenças do aparelho respiratório (3,4%) |
| 30-49 | XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (29,4%) | II. Neoplasias (tumores) (19,1%) | IX. Doenças do aparelho circulatório (13,2%) | I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,2%) | XI. Doenças do aparelho digestivo (5,4%) |
| 50-59 | II. Neoplasias (tumores) (31,4%) | IX. Doenças do aparelho circulatório (21,6%) | XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (9,6%) | X. Doenças do aparelho respiratório (7,1%) | IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (6,5%) |
| 60-79 | IX. Doenças do aparelho circulatório (27,9%) | II. Neoplasias (tumores) (27,7%) | X. Doenças do aparelho respiratório (12,3%) | IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (8,1%) | XI. Doenças do aparelho digestivo (5,0%) |
| 80+ | IX. Doenças do aparelho circulatório (32,3%) | X. Doenças do aparelho respiratório (16,4%) | II. Neoplasias (tumores) (14,6%) | VI. Doenças do sistema nervoso (9,4%) | IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (7,0%) |

Fonte: SIM/DATASUS.

A **Taxa de Mortalidade infantil (TMI)** reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico e da infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e infantil. Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade (neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal). A Taxa de Mortalidade Neonatal, em especial a neonatal precoce, reflete as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Já a Taxa de Mortalidade Pós-neonatal (28 a 364 dias de vida) reflete o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são fatores determinantes da mortalidade nesse grupo etário, entre outros (BRASIL, 2009).

Em 2018, observou-se no RS taxa de 9,72 óbitos em menores de 1 ano por 1.000 NV, com o componente neonatal de 7,06 (neonatal precoce 5,08 e neonatal tardia 1,99), alcançando-se, portanto, a meta dos ODS (<12 por 1.000 NV). A maioria dos óbitos infantis ocorre no período neonatal (0-27 dias), concentrando-se no período neonatal precoce (0-6 dias), conforme demonstra a Figura 61. Ainda com dados preliminares, em 2019 a TMI foi de 10,55, sendo o componente neonatal 7,54 (neonatal precoce 5,32 e neonatal tardia 2,22). Entre as Macrorregiões de Saúde a maior TMI, por 1.000 NV, em 2018, foi na Sul (12,63), seguida da Centro-Oeste (11,67); já a menor TMI foi na Norte (8,90).

**Figura 61.** Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), RS, 2014-2018.




Fonte: SIM/DATASUS.

A redução da mortalidade infantil requer ações de qualificação do pré-natal e estratégias que garantam o parto e nascimento em serviços com infraestrutura adequada e recursos humanos qualificados. Assim, a Política Estadual de Saúde da Criança no RS segue as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que preconiza o monitoramento da mortalidade infantil e orienta ações de prevenção (BRASIL, 2018).

A vigilância do óbito infantil, fetal e materno é de responsabilidade do gestor municipal e deve ser realizada por profissionais envolvidos nos três níveis de atenção à saúde: Atenção Primária,

Secundária e Terciária, possibilitando a avaliação de medidas para a prevenção dos óbitos evitáveis e, consequentemente, redução da morbimortalidade, por meio dos comitês de mortalidade Infantil, fetal e materna (BITTENCOURT, 2013). Dentre as atribuições do estado, cabe o monitoramento e avaliação de indicadores e metas, bem como o alinhamento das ações e organização dos serviços de atenção à saúde da criança (BRASIL, 2018).

A razão de **mortalidade materna** é o principal indicador para avaliar a qualidade da assistência às mulheres durante o parto e nascimento. Em 2018, o RS apresentou razão de 36,5 óbitos maternos/100.000 nascimentos. No mesmo ano, o Brasil apresentou razão de mortalidade materna de 56,3. Comparado a outros estados, o RS apresentou a quarta menor razão de mortalidade materna nacional (36,4), ficando atrás de Tocantins (31,4), Santa Catarina (35,1) e Rondônia (35,6).

A série histórica da mortalidade materna (100.000 NV) no estado não apresenta linearidade contínua. Contudo, é possível observar redução do indicador ao longo dos últimos 5 anos (Tabela 6).

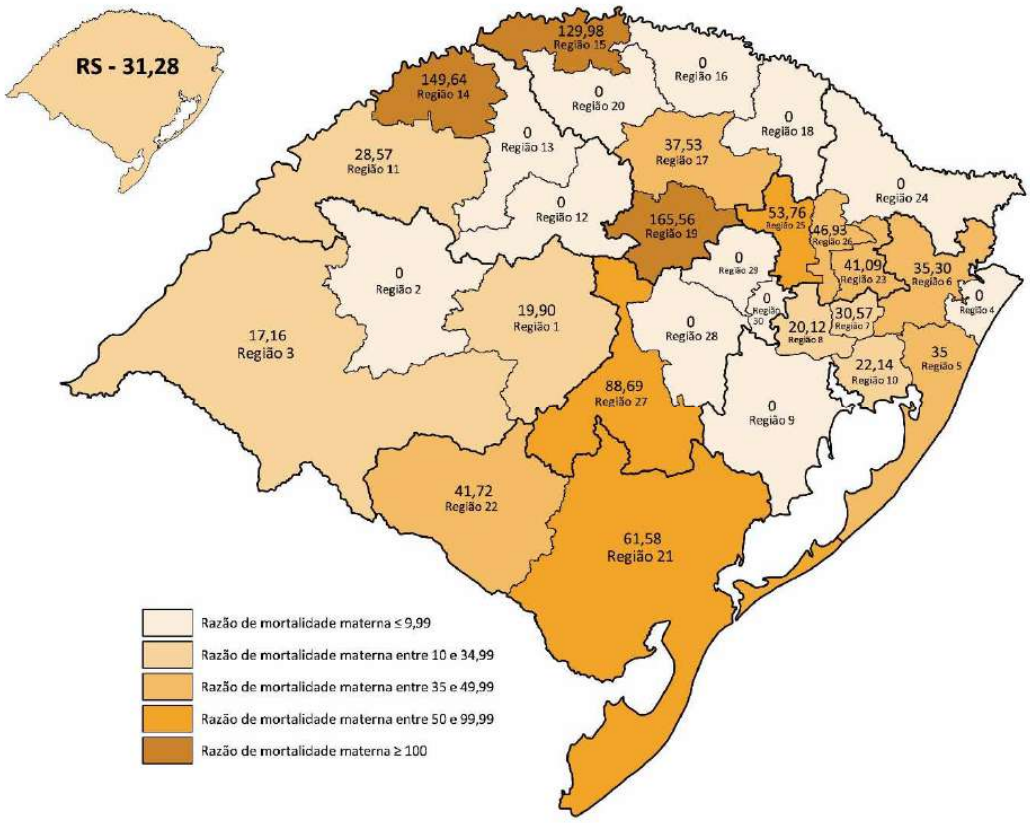
**Tabela 6.** Número de óbitos maternos, nascimentos e razão de mortalidade materna, RS, 2014-2019*.

| Ano | Óbitos Maternos | Nascimentos | Razão por 100.000 |
|---|---|---|---|
| **2014** | 59 | 143.178 | 41,2 |
| **2015** | 53 | 148.189 | 35,8 |
| **2016** | 55 | 141.253 | 38,9 |
| **2017** | 54 | 141.396 | 38,2 |
| **2018** | 51 | 139.849 | 36,5 |
| **2019*** | 42 | 134.292 | 31,3 |

Fonte: SIM; SINASC/DATASUS. *Dados de 2019 preliminares.

As maiores razões de mortalidade encontram-se nas mulheres com 35 anos ou mais, negras ou indígenas, e com menos de 7 anos de escolaridade (SIM, 2017). Já as principais causas de morte são: hemorragias (26,9%), problemas circulatórios (23,1%), pré-eclâmpsia (9,6%), doenças metabólicas (7,7%), causas não especificadas (7,7%), embolias obstétricas (5,8%), aborto (5,8%), HIV (5,8%) e outros (7,6%). As Regiões de Saúde que apresentaram as maiores razões de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos) em 2018 são: R19 (165,55), R14 (149,64), R15 (129,98), R27 (88,69) e R21 (61,58), conforme a Figura 62.

**Figura 62**. Razão de mortalidade materna por Região de Saúde, RS, 2018.




Fonte: SIM/DATASUS.

## 4. REDES DE ATENÇÃO E PROCESSOS DE GOVERNANÇA

Neste tópico serão abordadas informações de como as RAS estão distribuídas no estado do RS, qual a estrutura atual por Regiões e Macrorregiões de Saúde e como se dão os processos estaduais de Governança.

### 4.1 **Atenção Primária à Saúde (APS)**

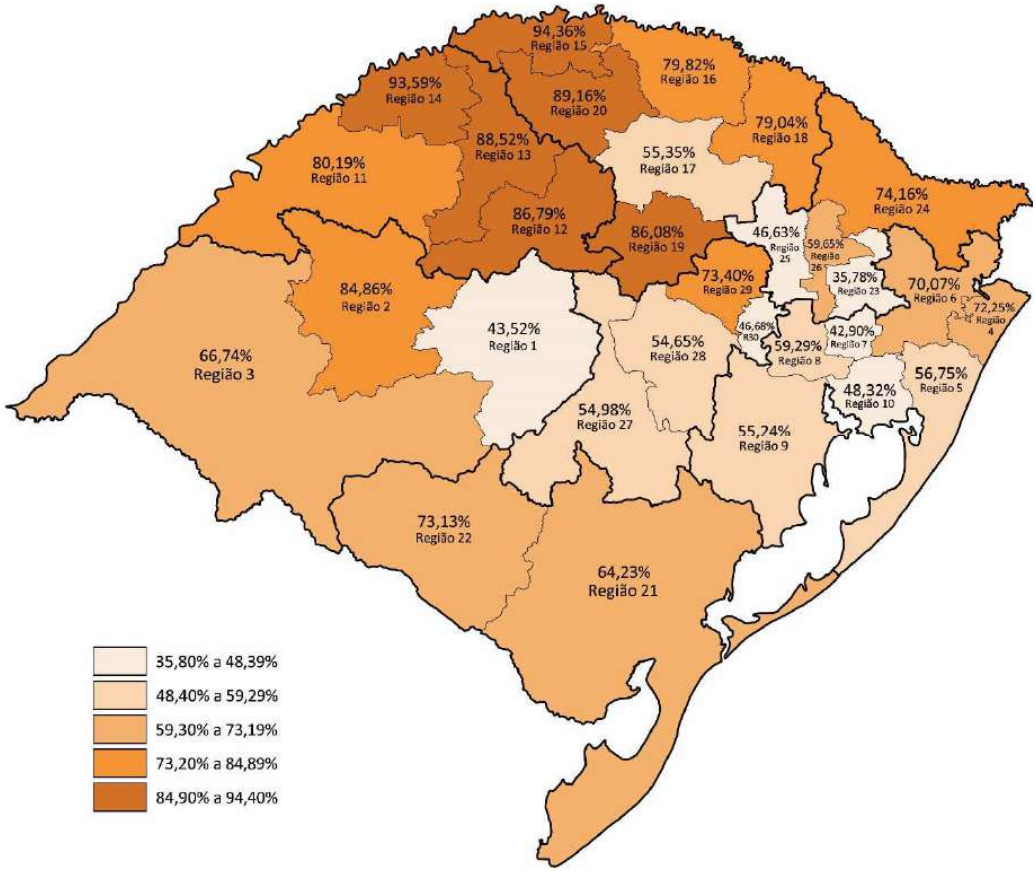
As ações e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) são ofertados nos 497 municípios do estado, em 2.630 Unidades de Saúde e 228 Academias da Saúde[2]. A SES/RS elencou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso da população ao SUS. A ESF hoje está presente em 478 municípios do RS[3], com 2.124 equipes

[2] DATASUS/TABNET - consultado em 13/02/2020, referente a dezembro/2019.
[3]Fonte: eGestor, consultado em 26/03/2020, referente à competência dezembro/2019.

trabalhando nos territórios junto às famílias e comunidades, cobrindo 59% da população. No total, os municípios do RS possuem 2.721 equipes de APS em suas diferentes modalidades[4].

Em relação à cobertura de ESF, 19 Regiões de Saúde apresentam proporção acima da média estadual (59%), a maioria delas na Macrorregião de Saúde Norte e em municípios de pequeno porte, sendo a R15 a que apresentou maior cobertura (94,36%). Por outro lado, 11 Regiões de Saúde apresentam cobertura de ESF menor que a média estadual (R1, R5, R7, R9, R10, R17, R23, R25, R27, R28, R30), a maioria concentrada nas Macrorregiões de Saúde Metropolitana, Serra e Vales, que possuem municípios de grande porte e elevada densidade populacional. A R23 apresentou a menor cobertura (35,78%).

**Figura 63.** Cobertura de Estratégia Saúde da Família, por Região de Saúde, RS, 2019.




Fonte: eGestor.

Mesmo que a ESF esteja presente em 96% dos municípios, e que seja o modelo prioritário para a organização e qualificação da APS, a cobertura estadual de ESF alcança somente 59% da população do RS. Além disso, são muitos os desafios para instituir diretrizes de acesso, de qualificação dos processos de trabalho e de cuidado e resolutividade nesse nível de atenção. Sabe-se que existem equipes que ainda restringem o acesso dos usuários, utilizando como metodologia de acesso a

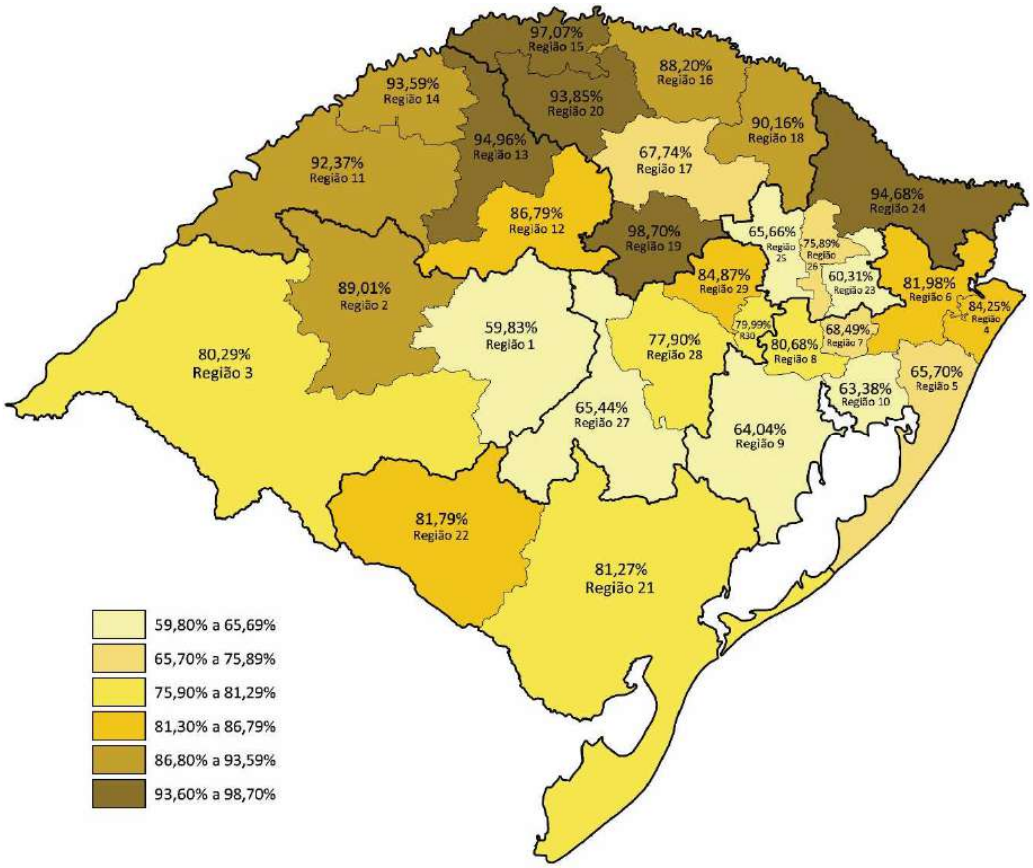
[4]DATASUS/TABNET - consultado em 13/02/2020, referente a dezembro/2019.

distribuição de fichas, criando barreiras e filas desnecessárias e não utilizando critérios de classificação de risco ou de equidade para acesso ao serviço.

Além disso, há diferenças expressivas entre os municípios em relação à cobertura de ESF, o que exige apoio para execução dos Planos Municipais de Saúde e qualificação da APS. Dentre os 497 municípios, 415 (83,50%) possuem cobertura de ESF maior do que a média do estado e, dentre esses, a média de cobertura é de 94,22%. Já em relação aos municípios com cobertura de ESF menor do que a do estado, 82 (16,50%) possuem, em média, cobertura de 32,02%. Em relação à população cadastrada nessas equipes, o estado totalizou 5.558.759 cadastros no terceiro quadrimestre de 2019[5].

Em relação à cobertura de Atenção Básica (AB), por Região de Saúde, verifica-se, conforme destaca a Figura 64, que nove Regiões de Saúde (R1, R5, R7, R9, R10, R17, R23, R25 e R27) apresentam cobertura inferior à média estadual (74,29%), sendo que a menor cobertura é a da R1 (59,83%). As demais 21 Regiões possuem cobertura superior à do RS e a R19 apresenta a maior cobertura (98,70%) do período.

**Figura 64.** Cobertura de Atenção Básica, por Região de Saúde, RS, 2019.




Fonte: eGestor.

Em 2019, o MS publicou o novo modelo de financiamento da AB, por meio da Portaria Nº 2.979/2019, que busca estimular o acesso dos usuários e o alcance de resultados das equipes e não

[5] Fonte: SISAB, consultado em 14/02/2020.

apenas a ampliação da cobertura. O novo financiamento é composto por: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégias (BRASIL, 2019). A capitação ponderada é uma modalidade de repasse calculada com base no número de pessoas cadastradas e sob responsabilidade das equipes da AB credenciadas, considerando ainda fatores de ajuste como vulnerabilidade socioeconômica, perfil de idade e classificação rural-urbana do município.

Desta forma, o cadastramento dos usuários residentes, especialmente em áreas rurais, configura-se como estratégia para ampliação e qualificação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. O MS vislumbra ampliar o acesso com o cadastramento dos usuários pelas equipes da AB uma vez que possibilita que o usuário escolha a equipe a qual ficará vinculado (perto de casa, do trabalho ou da escola, por exemplo), além de atrelar o repasse do recurso à efetivação do cadastro e do atendimento, o que possibilitou a vinculação de mais 1.219.728 usuários, comparando o primeiro quadrimestre de 2018 ao de 2019, totalizando 5.278.029 e tendo como objetivo atingir 7.727.179 vinculados a equipes de AB.

Com relação ao **pagamento por desempenho** das equipes da AB, a Portaria Nº 3.222/2019 definiu os seguintes indicadores para pagamento por desempenho em 2020: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

A referida Portaria também explicita que os indicadores do pagamento por desempenho para os anos de 2021 e 2022 serão definidos após monitoramento, avaliação e pactuação tripartite durante o ano de 2020 e contemplarão um conjunto de ações estratégicas elencadas no documento mencionado. Será decisiva a implementação de estratégias de monitoramento pelas equipes, bem como a criação de soluções para atingimento das metas, garantindo a continuidade das ações de cuidado previstas e necessárias dentro de cada território e realidade.

O terceiro componente do financiamento do MS é o incentivo para ações estratégicas, que contempla a manutenção do custeio das seguintes ações, programas e estratégias: Equipe de Saúde Bucal (eSB), Unidade Odontológica Móvel (UOM), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), Equipe de Consultório na Rua (eCR), Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Microscopista, Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP), Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade, Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Academia da Saúde, Programas de apoio à informatização da APS, Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Em 2019, o MS também lançou o Programa Saúde na Hora (BRASIL, 2019) através da Portaria Nº 930/2019, buscando ampliar o acesso da população por meio da expansão do horário de funcionamento das Unidades de Saúde. Ainda que seja uma alternativa importante no que diz respeito à ampliação de horário, o Programa destina-se a municípios de maior porte. Como a maioria dos municípios gaúchos é de pequeno porte e/ou possui características rurais, não atinge os critérios para adesão ao Programa Saúde na Hora.

Conforme informação disponível na Sala de Apoio à Gestão Estratégica/MS[6], até 20 de agosto de 2020 o RS teve adesão ao Programa Saúde na Hora por 17 municípios, totalizando a homologação junto ao MS de 75 Unidades de Saúde da Família (USF) que, em conjunto, contabilizam 272 equipes. As modalidades de adesão são USF com 60 horas, tendo pelo menos três eSF; e USF com 75 horas devem ter ao menos seis eSF e três eSB. Em ambos os modelos, caso seja de interesse do gestor municipal, outras eSF poderão ser acrescentadas ao formato de funcionamento.

Salienta-se que o Programa Saúde na Hora tem possibilidade de adesões permanente e que o número de USF e equipes que aderem e são homologadas podem ser alteradas com frequência. Atualmente, com as equipes que aderiram ao programa, estima-se um potencial máximo[7] de cobertura populacional de 1.088.000 pessoas, considerando os critérios de cadastro de usuários estabelecidos pelo Programa Previne Brasil.

O RS conta[8] com 229 **Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica** (NASF-AB) em 201 municípios (40% do estado). Sabe-se que a multidisciplinaridade característica desses núcleos contribui para a ampliação do escopo de ação e qualifica o acesso e o cuidado na AB, ampliando a resolutividade deste nível de atenção, principalmente em casos mais complexos, desenvolvendo ações de matriciamento e de atendimento direto à população.

Apesar de não haver mais recurso financeiro federal específico para essas equipes, conforme o MS, o valor foi incorporado à capitação ponderada, aumentando a autonomia do gestor municipal para compor e manter suas equipes multiprofissionais, definindo as categorias profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe[9]. A Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB) estimula, em seu processo de trabalho junto aos gestores municipais, a manutenção das equipes multiprofissionais, para que possam atuar ampliando as ofertas de saúde na rede, assim como a resolutividade, a abrangência e a qualificação das ações da AB e destaca que há perspectiva de que as ações multiprofissionais sejam contempladas como indicadores de desempenho em 2021 e 2022[10].

Em relação aos **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**, eles são profissionais que desempenham papel de mediadores entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade, além de fortalecerem o acesso da população aos serviços de saúde. O estado conta com 10.296 ACS, presentes em 479 municípios do estado[11], o que corresponde a 49% de cobertura ACS no RS. Embora a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)[12] não estabeleça o número mínimo de ACS por equipe, recomenda que este seja definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos e que em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, a cobertura seja de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

O MS financia os ACS repassando aos municípios o valor do piso salarial desta categoria, repasse previsto no Programa Previne Brasil dentro do incentivo das ações estratégicas. A SES/RS fomenta a manutenção e ampliação da cobertura de ACS a partir da Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES - Resolução Nº 020/18 - CIB/RS), com recurso mensal cuja fórmula de cálculo privilegia o quantitativo de ACS nos municípios. As orientações do nível

6 Fonte: SAGE, consultada em 20/08/20, dados referentes a esta data:
https://sage.saude.gov.br/?link=paineis/saudenahora/painel&flt=false&param=null&ufibge=&municipioibge=&cg=&tc=&re_giao=&rm=&qs=&idPagina=237

7 Estimativa realizada considerando 4.000 pessoas cadastradas por equipe

8 Fonte: eGestor, consultado em 25/08/2020, referente à competência dezembro de 2019.

9 Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS

10 Portaria Nº 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019

11 Fonte: eGestor, consultado em 25/08/2020, referente à competência dezembro de 2019.

12 Desde a publicação desta normativa houve redução de 5,7% no número total de ACS, de 10.923 para 10.296.

estadual da AB aos gestores municipais sempre visaram a valorização e a busca pela ampliação da cobertura de ACS, enfatizando a essencialidade destes profissionais para o acompanhamento e cuidado da população, em especial os grupos mais vulneráveis e prioritários.

A CEAB busca promover, junto às CRS, o apoio aos municípios em relação às atribuições dos ACS, por meio da elaboração de cartilhas e guias, além da realização de encontros para discutir a temática. As atribuições destes profissionais são abrangentes (promoção da saúde, prevenção de doenças, vigilância do território, acompanhamento das famílias e pessoas de grupos prioritários e controle social) e precisam ser fortalecidas, reconhecendo a importância dos ACS na AB.

O **financiamento estadual** para equipes da AB do RS é composto por incentivo financeiro para as equipes de Saúde da Família com e sem Saúde Bucal (Portaria SES/RS Nº 405/16[13], com suspensão de novas habilitações pela Resolução Nº 368/19 CIB/RS[14]), para a qualificação da ESF e ESB (Resolução CIB/RS Nº 503/13[15]com suspensão de novas habilitações pela Resolução CIB/RS Nº 366/19[16]) e a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES -Resolução CIB/RS Nº 020/18[17]), que tem na sua base de cálculo o número de habitantes dos municípios e critérios epidemiológicos e de vulnerabilidade, corroborando para um SUS universal e equânime. A proposta da SES/RS é a manutenção do incentivo financeiro estadual de AB para os 497 municípios, qualificando a partir de critérios populacionais e de desempenho de equipes, a serem construídos com os gestores municipais e controle social.

Em relação ao processo de cuidado e resolutividade da AB na atenção às pessoas com doenças crônicas, pode-se dizer que o modelo vigente não vem obtendo sucesso em suas condutas por não conseguir atender a necessidade de cada indivíduo (MALTA; MERHY, 2010; SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017). Neste sentido, enfatiza-se a necessidade de avançar na transição de um modelo de atenção voltado para o cuidado à agudização da doença para implantar o modelo de atenção às condições crônicas, assim como a modificação de uma atenção prescritiva e centrada na doença para a colaborativa e com foco na pessoa. Neste ínterim, a CEAB, por meio da Planificação da Rede de Atenção à Saúde, busca promover essa mudança de modelo de atenção, além da incorporação do autocuidado apoiado, de alternativas e espaços para as ações de promoção de saúde para a população adulta e ampliação de acesso à AB.

A SES/RS coordena, desde 2015, a **Planificação da Rede de Atenção à Saúde** (RIO GRANDE DO SUL, 2017), em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e, desde 2019, com o Hospital Israelita Albert Einstein via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). A Planificação da Rede de Atenção à Saúde pretende problematizar e refletir sobre o papel da APS como ordenadora da rede, fornecendo apoio técnico às equipes gestoras municipais e trabalhadores, para qualificar a organização da rede de acordo com os princípios do SUS e do cuidado integral entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário. No RS, o projeto visa promover a organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde, definir os fluxos e induzir pactuação com vistas ao aumento da resolutividade das redes de atenção à saúde.

Além de seis oficinas teóricas sobre as principais temáticas e competências da APS, a tecnologia mais destacável do projeto são as tutorias, em que uma unidade laboratório de cada município é acompanhada, mensalmente, por um tutor que apoia a equipe no desenvolvimento das ações e serviços preconizados. Por ser um processo contínuo, Regiões de Saúde que já concluíram as

[13] https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170439/13053951-1489672012-405-das.pdf
[14] https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20191030/14163009-cibr368-19.pdf
[15] https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170256/23105630-1382539863-cibr503-13.pdf
[16] https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20191030/14163011-cibr366-19.pdf
17 https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180651/22145157-cibr020-18.pdf

oficinas continuam com tutorias nas unidades laboratório, apoiadas pelos técnicos das CRS, CONASS ou PROADI-SUS Einstein e pelos técnicos do nível central da SES/RS.

Esse processo ocorre desde 2015 na 4ª CRS (R1 e R2), contemplando os 32 municípios das duas Regiões de Saúde e 1.800 trabalhadores. Cabe ressaltar a abertura do Ambulatório de Especialidades em Hipertensão e Diabetes do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), primeiro serviço especializado do estado efetivamente regulado pela APS, orientado pelo modelo de atenção contínua e cumprindo quatro funções na rede: assistencial, matricial, de pesquisa/monitoramento e de educação em saúde.

Em 2017, o processo foi iniciado na 18ª CRS (R4 e R5), contemplando os 23 municípios do território e 1.903 trabalhadores. Foram realizadas as seis Oficinas de Planificação da APS, bem como as Tutorias da APS nos municípios. Foi desenvolvida ainda a Tutoria da Atenção Especializada, com ênfase no Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR), referência da região, localizado no município de Tramandaí.

Em 2018, foi iniciado o processo de Planificação na 17ª CRS, (R13), com adesão dos 20 municípios da Região de Saúde e 1.400 trabalhadores. Nessa Região de Saúde, foram realizadas as seis Oficinas de Planificação da APS, bem como tutorias da APS e da Atenção Especializada nos municípios. Em 2019, a partir da parceria com o PROADI-SUS, a Planificação da Atenção à Saúde foi expandida para mais duas Regiões de Saúde: R3 (10ª CRS) e R21 (3ª CRS), com 100% de adesão dos municípios das regiões.

Destaca-se que cada CRS apresenta peculiaridades no processo de Planificação. A 18ª CRS vem priorizando a rede materno-paterno-infantil, por intermédio da qualificação dos atendimentos de pré-natal e puericultura na AB, assim como os atendimentos no AGAR, por meio da utilização da estratégia de apoio matricial. Na 4ª CRS, o foco tem sido a constituição da rede de cuidados aos eventos crônicos, com a atenção aos usuários com risco cardiovascular elevado e complicações decorrentes do diabetes. Na 17ª CRS, o destaque tem sido no estreitamento da relação dos gestores municipais com as propostas de qualificação da Rede preconizadas na Planificação. Já na 3ª CRS, a Planificação possui foco na rede de saúde mental, enquanto na 10ª CRS é na rede materno-paterno-infantil.

Como resultado do processo de Planificação, são ofertadas para todo o estado, **Notas Técnicas Assistenciais**[18] elaboradas pela CEAB visando subsidiar as equipes na qualificação da assistência ao usuário, por meio da definição de critérios para a estratificação de risco e suporte para tomada de decisão clínica nas unidades de saúde. Buscam qualificar a prática clínica e diminuir o número de encaminhamentos desnecessários para outros níveis de atenção e auxiliar o gestor municipal no planejamento das demandas de exames diagnósticos e para serviços especializados, uma vez que trazem parâmetros de população acometida pela condição, de estratificação de risco e necessidade de cuidado compartilhado a partir desses critérios.

A CEAB estende seu apoio a gestores municipais e equipes de AB por meio das Coordenações Regionais de Atenção Básica, desenvolvendo apoio técnico regionalizado ofertando reuniões individuais ou coletivas com gestores, contato frequente por meios tecnológicos para dúvidas ou suporte, participação em CIR, visitas técnicas, realização de eventos regionais com temáticas elegidas pelos municípios de interesse e relevância para o território.

A diversidade de atuação da AB Estadual (nível central e regional) está composta por ações de monitoramento de produções da AB, de indicadores pactuados, de apoio às dificuldades inerentes a processos de trabalho, atribuição dos profissionais da AB, suporte para os sistemas de informação

18 https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/notas-tecnicas-assistenciais

vigentes, incentivos financeiros para qualificação da AB, tendo por objetivo apoiar os municípios no planejamento de suas ações. O estado ainda vem disponibilizando amplo apoio aos municípios em relação aos programas federais relacionados diretamente à AB, tais como financiamento da AB, CNES e Informatização.

Neste sentido, são elaborados regularmente documentos técnicos, notas informativas[19] e boletins[20], com o objetivo de subsidiar as CRS, gestores municipais e equipes na definição de prioridades para a qualificação das ações, além disso, são realizadas reuniões e encontros com as Coordenações Regionais de AB para discussão das temáticas relacionadas ao novo financiamento do MS, subsidiando a multiplicação dos conteúdos e ações nos municípios.

Outra ação que possibilita qualificação e resolubilidade da prática clínica na APS no RS é o apoio do **TelessaúdeRS** (BRASIL, 2011). O projeto compreende ações de teleconsultoria, teleducação e telediagnóstico voltadas aos profissionais que trabalham na AB (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares em saúde bucal, ACS, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e psicólogos). As teleconsultorias via canal 0800 disponibilizam apoio de diferentes especialistas aos profissionais da AB, esclarecendo dúvidas clínicas sobre diagnóstico e tratamento, baseados em evidências científicas.

O objetivo é dar suporte à resolução dos problemas de saúde dos usuários de maneira mais rápida, bem como qualificar os encaminhamentos aos demais níveis de atenção. Tal estratégia se consolida como uma ferramenta de educação permanente para os profissionais e amplia a resolutividade das equipes. No Quadro 2 é possível observar os resultados do TelessaúdeRS no período de 2013 a 2019, no RS.

**Quadro 2.** Resultados do Telessaúde, RS, 2013-2019.

| | |
|---|---|
| Nº de equipes que realizaram teleconsultorias via canal 0800, de 2013 a 2019 | 2.720 |
| Nº de teleconsultorias via canal 0800, de 2013 a 2019 | 119.998 |
| Número de telediagnósticos laudados pelo TelessaúdeRS até dez/2019 | 73.501 |
| Nº de teleconsultorias via Plataforma e do Projeto Regulação para todos os municípios do RS de 2013 a 2019 | |
| Nº teleconsultorias Plataforma Telessaúde | 22.508 |
| Nº teleconsultorias Projeto Regulação | 84.480 |

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS.

Destaca-se também o **Programa Saúde na Escola (PSE)** (BRASIL, 2007), estratégia para integração entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de Saúde da Família e da Educação Básica. O estado possui 4.584 escolas inseridas no PSE, distribuídas em 437 municípios, com 2.451 equipes, alcançando 1.102.850 alunos, além de 1.336 escolas de educação infantil, nas quais estão vinculadas 87.792 crianças.

Na Saúde Prisional, as Equipes de Atenção Básica Prisionais (EABp) têm caráter multidisciplinar e compõem a RAS, com objetivo de fortalecer e qualificar a atenção básica no sistema prisional. Estas

19 https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/notas-tecnicas-assistenciais

20 https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/lancados-boletins-informativos-de-monitoramento-do-programa-previne-brasil-no-rs

equipes estão previstas na **Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade** no Sistema Prisional (PNAISP). De acordo com o PNAISP, as pessoas presas têm direito assegurado à saúde, independente de condenação ou regime de pena. O RS, anteriormente ao PNAISP, instituiu a Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, caracterizada pelo pioneirismo na municipalização e cofinanciamento da saúde prisional (STOCK; DOTTA, 2019).

A Resolução CIB/RS Nº 257/2011 regulamenta o incentivo estadual para as EABp no estado. O número de equipes habilitadas no RS era de 37, em 2019, o que representa cobertura de 60,95% da população prisional. Atualmente, o estado conta com 84 leitos de referência para a população prisional, situados em Porto Alegre, Charqueadas e São Gabriel. No Quadro 3 identificam-se a cobertura e os investimentos em saúde prisional no RS em 2019.

**Quadro 3.** Cobertura e investimentos em Saúde Prisional, RS, 2019.

| | |
|---|---|
| População prisional do RS | 40.130 |
| Nº de EABp habilitadas | 37 |
| Nº de municípios com EABp | 25 |
| Nº de estabelecimentos prisionais com EABp | 30 |
| Cobertura da população prisional atendida pelas EABp (%) | 60,95% |
| População prisional atendida pelas EABp | 19.957 |
| Nº de leitos prisionais | 84 |
| Incentivo estadual/ano para financiamento das EABp (R$) | 4.863.038,48 |
| Incentivo federal/ano para financiamento das EABp (R$) | 11.297.285,28 |

Fonte: SES/RS.

Os dados do Quadro 4 demonstram a situação de novos casos de Tuberculose da população em geral e da população do Sistema Prisional (SINAN, 2018), que representa 13,6% do total de novos casos do estado, para uma população carcerária que representa apenas 0,35% da população do RS. A análise indica que as ações de saúde voltadas para o controle da tuberculose ofertadas pelos serviços de atenção básica implantados no sistema prisional ou pela AB dos territórios, embora produzam importantes resultados nos cuidados à saúde e atendimento desta população, por si só, não se mostram capazes de controlar o avanço deste agravo no sistema prisional.

**Quadro 4.** Novos Casos de Tuberculose na População Privada de Liberdade, RS, 2018.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total de casos novos no RS | 5.982 | Total de casos novos na população prisional | 690 |
| Taxa de incidência no RS | 45,2 casos/ 100.000 hab. | Taxa de incidência na população prisional | 1.722 casos/ 100.000 habitantes |
| Taxa de cura no RS | 61,1% | Taxa de cura na população prisional | 67% |
| Taxa de abandono no RS | 12,2% | Taxa de abandono na população prisional | 10,4% |
| Realização de HIV no RS | 84,7% | Realização de HIV na população prisional | 82,1% |

Fonte: SINAN.

Em vista da análise destes dados, um rol de medidas sanitárias está sendo elaboradas pela SES/RS para fins de orientar e recomendar gestores municipais e, especialmente, a nova Secretaria de Administração Penitenciária (SEAPEN), a fim de produzir estratégias mais adequadas de controle e de prevenção da Tuberculose nas Unidades Prisionais. Além do serviço de Porta de Entrada de investigação de tuberculose na Cadeia Pública de Porto Alegre, ações pontuais permanecem sendo fomentadas pelas Unidades Básicas de Saúde Prisional em todo o estado. Em 2019, por exemplo, foi implantado o serviço de diagnóstico Radiológico, vinculado a Unidade Básica de Saúde Prisional na Penitenciária Modulada de Osório, em parceria com o Hospital Sanatório Partenon, com capacidade para ampliar o rastreamento, diagnóstico e tratamento precoce. Além disso, um conjunto de ações de controle e rastreamento de Tuberculose vem sendo desenvolvidas pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) da FIOCRUZ por meio do projeto Prisões Livre de Tuberculose.

Em abril/2018, a SES/RS cadastrou proposta e plano de ação junto ao Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), do MS, a fim de solicitar a habilitação de duas equipes com o objetivo de implementar o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), único serviço do SUS explicitamente dedicado a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, criado em 2014 pela Portaria MS/MJ Nº 94, com incentivos previstos na Portaria MS/MJ Nº 95. Os seguintes projetos foram apresentados ao MS: desinstitucionalização dos usuários do Instituto Psiquiátrico Forense e acompanhamento de mulheres privadas de liberdade usuárias de drogas e/ou com transtornos mentais na Penitenciária Feminina Madre Pelletier. Ambas as propostas foram aprovadas pelo MS, no entanto o respectivo ente ainda não realizou a publicação da portaria específica de habilitação dos respectivos serviços.

Outra ação vinculada à APS é o Programa **Primeira Infância Melhor (PIM),** que contempla ações socioeducativas transversais que visam (I) a promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, considerando as dimensões física, intelectual, social, emocional e de linguagem; (II) o fortalecimento de vínculos e a promoção do protagonismo familiar; e (III) a melhoria do acesso à rede de serviço, prioritariamente no âmbito da proteção social básica, da APS e da educação. Em 2019, 237 municípios estavam habilitados no Programa, com 2.659 visitadores atendendo 31.128 famílias e

beneficiando 33.156 crianças e 5.312 gestantes, tendo como público-alvo famílias em situação de vulnerabilidade.

No âmbito da APS, o PIM constitui-se como mais um dispositivo da RAS, somando-se aos serviços que visam assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A experiência e expertise do PIM também serviu como referência para a construção do Programa Nacional Criança Feliz (PCF), vinculado ao Ministério da Cidadania, no âmbito da Assistência Social.

No RS, há a integração entre os dois programas, onde o PIM soma-se como interlocutor da rede de saúde e assistência social. Além disso, o projeto "PIM no Contexto Prisional" desenvolve ações voltadas a mulheres em situação de privação de liberdade e suas famílias. Destaca-se que, desde 2012, o PIM realiza ações na Penitenciária Feminina Madre Pelletier, em Porto Alegre e, a partir de 2017, tais ações foram ampliadas para todos os presídios femininos do RS. Com o objetivo de alcançar maior número de famílias, em 2019 as ações do PIM foram ampliadas também para estabelecimentos prisionais mistos e semiabertos do RS.

Salientamos que o PIM, apesar do seu reconhecimento como política pública inspiradora para tantas outras em nosso país, e recentemente referida, em setembro de 2017, através de publicação do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), do livro *"Primeira Infância Melhor, Transformando a atenção aos primeiros anos de vida na América Latina: desafios e conquistas de uma política pública no sul do Brasil"*, ainda se encontra em apenas 50% dos municípios gaúchos. Alguns motivos pelos quais a abrangência do PIM ser restrita a menos da metade do estado e quais podem ser os principais impedimentos de sua ampliação são citados a seguir:

I - O PIM é uma política de adesão voluntária - o que permite que municípios habilitem ou desabilitem em qualquer tempo, ou seja, muitos municípios, por conta da dificuldade financeira, apresentam problemas na contratação e manutenção das equipes, além disso, depende de interesse político para habilitação e, a pauta de atenção ao Desenvolvimento Infantil na Primeira Infância através de programas de promoção ainda não é prioridade. O problema pode ser enfrentado colocando nas pautas de partidos políticos ou ainda de candidatos ao executivo/legislativo, a intenção de implantar um Plano Municipal de Atenção a Primeira Infância sugerida pelo Marco Legal da Primeira Infância, ou ainda, maior motivação nas pautas por parte de Conselhos, sejam no âmbito da saúde, justiça, educação ou social.

II - O estado repassa um incentivo financeiro mensal que não cobre a totalidade do custeio da política, portanto, exige cofinanciamento de recursos, pois a responsabilidade de contratações de pessoal é do gestor municipal. O problema de falta de financiamento pode ser sanado ou minimizado, quando elegível, se o município optar em aderir ao PCF conjuntamente, validado pela Nota Técnica Nº 30/2017 do Ministério da Cidadania, que oferece financiamento, pois com recurso federal e estadual há mais sustentabilidade dos programas, dando melhores condições de receita para os gestores municipais.

III - Apesar de o Brasil ter um dos Marcos Legais sobre Primeira Infância mais abrangentes e inovadores do mundo, ainda existe desconhecimento de gestores quanto a pauta "investimentos x gasto" em políticas de primeira infância com enfoque no Desenvolvimento Integral infantil a populações vulneráveis. Políticas como o PIM são essenciais do ponto de vista do desenvolvimento humano, pois o investimento na primeira infância foi expressamente incluído entre os ODS, da ONU (ONU, 2018). Ele se reverte em ganhos no desenvolvimento cognitivo a curto prazo, melhora os níveis de aprendizado a médio prazo e a escolaridade, empregabilidade, qualidade de vida e renda a longo

prazo. Além disso, investir nessa fase inicial da vida também se provou mais eficaz e menos custoso do que tentar reverter os efeitos ou problemas ao longo da vida adolescente e adulta (NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA - NCPI, 2014). Por conta desses fatores, a primeira infância tem ganhado a atenção de pesquisadores, especialistas e gestores. Em muitos países, a visita domiciliar tem sido uma estratégia reconhecida de extrema importância para o desenvolvimento humano, com inúmeros benefícios para as crianças, as famílias e toda a sociedade. Em uma revisão de literatura sobre o impacto da visita domiciliar no desenvolvimento infantil, os resultados foram predominantemente positivos. Estudos apontam para melhora em indicadores do desenvolvimento motor, de linguagem, cognitivo, função executiva e habilidades acadêmicas. As pesquisas também indicam impacto positivo no protagonismo familiar e na parentalidade (NCPI, 2018). Portanto, há evidências científicas que demonstram a importância de estratégias e de programas de visitação domiciliar na promoção do desenvolvimento infantil, além de propiciar medidas preventivas, como a identificação precoce de fatores de risco.

IV - Insegurança na Gestão Administrativa e financeira para contratação de Recursos Humanos nos municípios - necessidade de melhorar gestão de contratos, editais, recrutamento, seleção, aplicação de testes e treinamento e capacitação.

V - Alguns municípios referem que o aumento de vagas na educação infantil faz com que não se justifique a implantação ou ampliação do PIM. Temos construído instrumentos que demonstram as possibilidades de atuação do PIM de forma complementar aos equipamentos de educação infantil, tendo em vista nosso foco no protagonismo familiar.

A SES/RS aprovou por meio da Portaria SES Nº 512/2020, a primeira **Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde[21] (POPES)** do país, construída com o apoio de atores estratégicos como sociedade civil, gestores e trabalhadores da saúde. Entre os objetivos dessa política está o de promover a equidade no acesso e na atenção à saúde de populações específicas estabelecendo os princípios e diretrizes para a organização dos serviços de saúde e para a organização e orientação na RAS. Como populações específicas esta política refere-se a: população LGBT, povos indígenas, população em situação de rua, população negra, povos ciganos, população privada de liberdade, egressos do sistema prisional, população de migrantes, refugiados e apátridas e população do campo, da floresta e das águas.

Os próximos anos serão destinados à implementação dessa política que já conta com o aporte das áreas técnicas da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, do Departamento de Ações em Saúde (DAS) da SES/RS e do trabalho que vem desenvolvendo nesta mesma linha. O processo de implementação se iniciará pela publicização e divulgação da política em todo o estado seguido de ações específicas que visam alcançar e operacionalizar os princípios e diretrizes desta normativa. Para isso faz-se necessário o engajamento e envolvimento intersetorial e interinstitucional evidenciando o papel fundamental dos municípios gaúchos e de todas as estruturas e dispositivos do SUS. Além disso, espera-se que aprovação e implementação da POPES contribua para o debate nacional assegurando e ampliando os direitos de populações específicas a saúde de forma integral e equânime.

A **Política de Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas** tem como objetivo melhorar o nível de saúde dessas populações, buscando a qualificação do acesso aos serviços de saúde, a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2013). Na atenção à saúde das populações rurais, os desafios em geral são diferenciados, tendo em vista que se apresentam áreas geográficas amplas, o que impacta diretamente na relação entre a equipe de

[21] https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/31153736-512.pdf.

saúde e as pessoas que ali vivem. Em consequência, pode-se esperar maiores barreiras geográficas de acesso, demandando da equipe criatividade, adaptação e ferramentas - como as visitas domiciliares - para endereçar suas ações às necessidades das pessoas.

As comunidades indígenas aldeadas são acompanhadas pelas **equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI**), vinculadas à SESAI, órgão responsável por gerir o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI). Essas equipes prestam a APS de forma itinerante nas aldeias e acampamentos, desenvolvendo um cuidado à saúde diferenciado. O estado, assim como os municípios, atua de forma complementar na atenção à saúde. A média e a alta complexidade são prestadas pela rede de atenção à saúde municipal, de modo que os indígenas são considerados munícipes e contabilizados na distribuição dos recursos.

Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas (PNASP), é necessário que a atenção à saúde indígena leve em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos (PNASP, 2002). A oferta de serviços de saúde, portanto, deve considerar todos os aspectos mencionados, a fim de promover cuidado integral e equânime aos indígenas.

No que se refere à concepção de saúde para o indígena, há a necessidade de articulação com os seus sistemas tradicionais de cura e espiritualidade, além de proteger sua relação com a terra, dar suporte à moradia, entre outros. Desse modo, para qualificar a saúde dos povos indígenas, é imprescindível o trabalho intersetorial, com esforços conjuntos entre secretarias como a da Educação e da Assistência Social e com órgãos como Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e a Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater/RS).

Em relação à Saúde da População Negra, a **Política Estadual de Saúde Integral da População Negra** segue as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), desenvolvendo ações de enfrentamento ao racismo, especialmente ao racismo institucional, bem como buscando a superação das barreiras de acesso aos serviços e ações em saúde no tocante a essa população. Foi um importante marco para a saúde da população negra no RS a criação de incentivo financeiro para as equipes de Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ) (Resolução CIB/RS Nº 98/2013), buscando-se qualificar a atenção à saúde da população negra prestada nos municípios com comunidade remanescentes de quilombos. Hoje o RS conta com 44 municípios e 68 comunidades atendidas através deste incentivo, o que representa 63,8% dos municípios com comunidades quilombolas no estado, e 50% das comunidades certificadas são atendidas pela ESFQ.

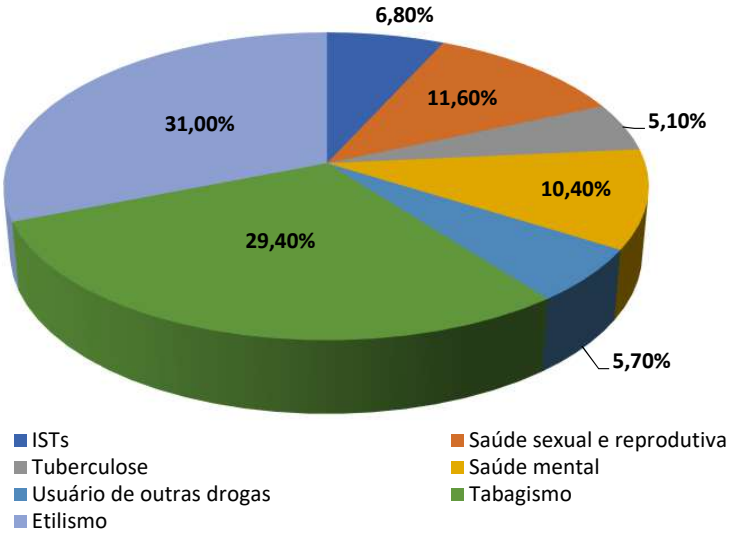
Já o incentivo da Resolução CIB/RS N° 636/2013 instituiu o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica do RS (PCRI/AB-RS) e criou o incentivo financeiro estadual para implantação do programa nos municípios com ESF, ESFQ ou que foram contemplados com o Programa Mais Médicos do Governo Federal. Dentre as prioridades, destacam-se a instituição do Comitê Técnico da Saúde da População Negra, a qualificação do quesito raça/cor nos sistemas de informação e o combate ao racismo institucional. O Comitê tem a função de elaboração, acompanhamento, apoio técnico, monitoramento e avaliação de ações pertinentes à saúde da população negra, a partir do desenvolvimento de estratégias intersetoriais e interinstitucionais e da sistematização de propostas que objetivem a promoção da equidade étnico-racial em saúde.

Em 2018 foi publicada a Portaria GM/MS Nº 4.384, instituindo, no SUS, a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani,** cujo principal objetivo é promover a saúde integral do Povo Cigano/Romani, respeitando suas práticas, saberes e medicinas tradicionais, priorizando a redução e o combate à ciganofobia ou romafobia, promovendo a ampliação e qualificação do acesso aos serviços do SUS. Além disso, visa promover o acesso às ações e serviços de saúde de AB, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS

(BRASIL, 2018). Com a publicação da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde o Povo Cigano/Romani foi incluído como uma das populações específicas abrangidas por essa legislação que visa a qualificação do acesso aos serviços de saúde.

No que tange à população em situação de rua, o RS conta com oito **Equipes de Consultório na Rua** (eCR), localizadas em Canoas, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Uruguaiana e Viamão. No RS, são 18 os municípios com população a partir de 300.000 habitantes que podem solicitar credenciamento de novas eCR para o MS. Conforme necessidades apontadas no PRI pela Macrorregião de Saúde Sul, cabe a "ampliação e manutenção das equipes de redução de danos, de consultório na rua e de saúde prisional para fortalecimento de ações de controle de doenças infectocontagiosas nas RAS com populações de risco". Sobre os atendimentos realizados pelas eCR, a Figura 65 apresenta um panorama dos tipos de intervenção mais frequentes na atenção às pessoas em situação de rua.

**Figura 65**. Percentual de atendimentos das equipes de Consultório na Rua, por condição avaliada, RS, 2015-2019.




Fonte: SISAB - E-gestor.

Os principais atendimentos realizados por eCR no RS, de 2015 a 2019, foram: etilismo (31,0%), tabagismo (29,4%), atenção à saúde sexual e reprodutiva (11,6%), saúde mental (10,4%), ISTs (6,8%), uso de outras drogas (5,7%) e tuberculose (5,1%). Ressalta-se que, desde 2016, as ações de atenção às mulheres em situação de rua têm se intensificado, de modo que são realizados acompanhamento pré-natal, puericultura e cuidado no puerpério por essas equipes.

A atenção à saúde da população LGBT contempla o princípio da equidade no SUS. No RS, está amparada pela Portaria SES/RS Nº 343/2014, que institui a **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no RS.** Nacionalmente, funda-se através da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Anexo XXI da Portaria de Consolidação Nº 2/2017 e respectivos anexos). Tais políticas objetivam romper com o histórico de desigualdade, discriminação, estigma e preconceito social, aos quais a população LGBT é submetida nos serviços de saúde.

No período de 2016 a 2019, foram realizadas ações com intuito de promover o fortalecimento da Política Estadual de Saúde LGBT no RS através do apoio técnico às CRS e municípios; estabelecimento de espaços de gestão participativa; fomento à habilitação de serviços especializados

no processo transexualizador; ações transversais, com ênfase no enfrentamento da violência; promoção de cursos e capacitações sobre saúde LGBT, assim como participação em pesquisas relacionadas ao tema. Embora os marcos legais e ações desenvolvidas contribuam para o avanço da pauta da saúde LGBT nos processos de gestão, assistência, formação, pesquisa e participação social no SUS, ainda existem lacunas e alguns pontos são incipientes, como a indisponibilidade de dados em relação à situação de saúde da população LGBT, por exemplo.

Neste mesmo período, no âmbito municipal, as ações desta política foram variáveis, pois embora a política especifique as competências municipais (Artigo 5.º da Portaria SES/RS Nº 343/2014), cada local organizou-se (ou não) conforme sua realidade local. Houve aqueles que: elaboraram política municipal; criaram área técnica específica para esta pauta, ou de equidade em saúde; incluíram a população LGBT em seus planos municipais de saúde; criaram projetos e/ou serviços de referência para atendimento da população LGBT, especialmente pessoas trans que necessitam de cuidado especializado para a transição/afirmação de gênero; desenvolveram ações de educação permanente e sensibilização; e buscaram desenvolver a temática de forma transversal em suas atividades. Todavia, é importante ressaltar que, mesmo diante de inúmeros avanços, os municípios se encontram em estágios muito distintos em relação a esta política.

Considerando a análise da situação de saúde dos municípios do estado do RS, identifica-se necessidade de incentivar a ampliação e a qualificação da ESF, apoiando tecnicamente os gestores e os trabalhadores da APS por diferentes meios. Entre as ações necessárias, pode-se destacar a instrumentalização para o monitoramento de indicadores de processo de trabalho e de resultado na AB; suporte técnico aos municípios em relação aos cofinanciamentos federal e estadual; apoio aos gestores municipais para a implantação do modelo de atenção à saúde previsto nos planos municipais; e apoio aos municípios na identificação de prioridades conforme monitoramento realizado pelos mesmos. Somam-se a essas ações a continuidade da participação da AB no processo de Planificação da Rede de Atenção à Saúde. No Quadro 5 é possível identificar um resumo dos serviços de APS disponibilizados pelo RS.

**Quadro 5.** Serviços de Atenção Primária à Saúde disponibilizados, RS, competência dezembro de 2019[22,23, 24].

| | |
|---|---|
| Cobertura eSF | 59% |
| Cobertura AB | 74,29% |
| Cobertura eSB | 31% |
| População cadastrada até o 3º quadrimestre de 2019 | 5.278.029 |
| Nº de municípios com eSF | 478 |
| Nº eSF | 2.124 |
| Nº de municípios com ACS | 479 |
| Nº ACS | 10.296 |
| Nº de municípios com eSB | 372 |
| Nº eSB | 1.030 |
| Nº de municípios com NASF | 201 |
| Nº NASFs | 211 |
| Nº de Equipes de Consultório na Rua | 8 |
| Nº de Unidades Odontológicas Móveis | 6 |
| Nº Academias da Saúde | 228 |
| Visitadores do PIM | 1.338 |
| **Programa Saúde na Hora** | |
| Nº Municípios que aderiram ao programa | 31 |
| Nº Unidades de Saúde da Família que aderiram ao programa | 39 |
| Nº equipes que aderiram ao programa | 104 |
| **Programa Saúde na Escola** | |
| Nº de escolas pactuadas | 4.377 |
| Nº de equipes | 2.451 |

Fonte: SES/RS.

[22] Fonte: eGestor, consultado em26/03/2020, referente à competência dezembro de 2019
[23] Fonte: DATASUS/TABNET - consultado em 13/02/2020, referente a dezembro de 2019.
[24] Fonte: Programa Saúde na Escola (sisaps.saude.gov.br/pse/relatório). Acesso em: 14/02/2020

A SES/RS tem atuado conforme as diretrizes, objetivos e competências da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no RS, por meio da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde do DAS e das CRS, desenvolvendo ações de sensibilização, educação permanente, apoio técnico e tantas outras junto aos municípios para a implementação desta política nas esferas estadual e municipal.

Destaca-se ainda que o RS é um dos nove estados brasileiros com a **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PEPIC/RS)** instituída com 204 municípios do estado ofertando as PICS à população, em 2019. Tais práticas têm como conceito base a visão da integralidade em todas as suas dimensões, atuando na prevenção de agravos e na promoção e recuperação da saúde, com uma concepção ampliada do processo saúde-doença. A implantação pode ocorrer em todos os níveis de atenção à saúde, com destaque para a APS, de forma a expandir a oferta de abordagens terapêuticas no SUS, contribuindo para a resolutividade do sistema (BRASIL, 2006).

Entre as PICS, estão contempladas Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Antroposofia, Termalismo, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia Floral.

A PEPIC/RS tem atuado na elaboração de Notas Técnicas que orientam profissionais de saúde e gestores municipais a respeito da implantação das práticas. Um comitê gestor garante a proximidade da Política para o apoio em relação às PICS nos municípios das CRS. Ações intersetoriais têm sido desenvolvidas, a exemplo da estratégia de implantação das PICS nos grupos de apoio à cessação do tabagismo, além de capacitações em PICS para profissionais de saúde da APS (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

## 4.2 Saúde Bucal

O RS possui 372 municípios com equipes de Saúde Bucal (eSB), totalizando 1.028 equipes[25] vinculadas às equipes de APS em suas diferentes modalidades (a maioria eSF), possibilitando a ampliação do acesso da população aos profissionais e práticas da Saúde Bucal. O estado conta ainda com seis Unidades Odontológicas Móveis[26.]

As eSB contribuem para o aumento da resolubilidade da APS, visto que são orientadas tanto para ações de promoção e prevenção da saúde, quanto para a prática clínica. Estas equipes respondem pelo cuidado em todos os ciclos de vida: criança, adolescente, adulto e idoso. Cada eSB representa a cobertura populacional de 3.450 pessoas. A cobertura estimada pelas equipes básicas de saúde bucal é de 44,62% (dados de maio de 2020).

As ações da eSB incluem estratégias de educação em saúde; articulação entre escola e unidade de saúde; atenção à gestante a ao pré-natal; atenção às doenças crônicas; atenção aos pacientes com HIV/Aids e Hepatites virais; atenção à pessoa com deficiência; e detecção de alterações em tecidos moles e/ou duros da cavidade oral a fim de estabelecer hipótese diagnóstica do câncer de boca.

A Política Estadual de Saúde Bucal tem realizado vários projetos, tais como o Projeto Maio Vermelho, que realiza campanhas e ações para orientar a população quanto à existência do câncer de

25 Fonte: eGestor, consultado em 14/02/2020, referente à competência novembro de 2019.
26Fonte: eGestor, consultado em 14/02/2020, referente à competência novembro de 2019.

boca e o Projeto SB Brasil 2020 - Pesquisa Nacional em Saúde Bucal, que tem como objetivo avaliar as condições de saúde bucal da população brasileira. Além disso, dentre as estratégias da Política Estadual de Saúde Bucal, encontra-se a Semana Estadual da Promoção da Saúde Bucal, instituída através da Lei Nº 11.717/2002.

Destaca-se ainda o EstomatoNet, serviço de telediagnóstico para doenças que se manifestam como lesões na boca e cujo objetivo é dar suporte aos profissionais de saúde no que diz respeito ao diagnóstico e manejo de lesões bucais, evitar encaminhamentos desnecessários e diminuir o tempo de espera para consulta em serviço especializado para os casos de alto risco para neoplasia. Esse projeto é realizado pelo TelessaúdeRS, com financiamento e apoio da SES/RS e MS.

A atenção secundária e terciária em Saúde Bucal no RS atende ao modelo de georreferenciamento, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). A gestão estadual realiza monitoramento de produção e qualificação de **Centros de Especialidades Odontológicas** (CEO), estabelecimentos que prestam serviços de média complexidade em saúde bucal e têm como objetivo garantir a referência e contrarreferência para as equipes de saúde bucal na APS, que estão distribuídos em 31 municípios. O RS tem baixa cobertura populacional de CEO, contando com 39 serviços habilitados[27], com uma distribuição não homogênea entre as Regiões de Saúde. Os municípios com CEOs apresentam uma cobertura de 46,8%. Ao somarmos a população dos outros municípios também assistidos por estes CEOs, temos uma cobertura de 49,7%.

Além disso, o estado possui 140 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) habilitados[28] que representam uma cobertura de 44,45%. Uma das ações prioritárias da Política Estadual de Saúde Bucal é a ampliação, monitoramento de produção e qualificação dos LRPD. Na atenção terciária, o estado realiza atendimento odontológico em nível hospitalar em pacientes portadores de deficiência no Hospital Bom Pastor em Igrejinha, que atende a região Metropolitana; e no Hospital Geral de Caxias do Sul, Hospital de Caridade de Ijuí e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas em Porto Alegre para seus munícipes. O estado também é responsável pelo atendimento hospitalar em cirurgia bucomaxilofacial em todas as regiões.

### 4.3 Atenção Psicossocial

A **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, criada pela Portaria GM/MS Nº 3.088/2011, consolidada na Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017, tem objetivo de acolher e acompanhar as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no SUS. A Resolução CIB/RS Nº 655/2014 instituiu o Plano de Ação Estadual da RAPS do RS, norteado pelos princípios e diretrizes da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, tendo como marco legal a Lei Estadual Nº 9.716/1992.

O Grupo Condutor Estadual da RAPS/Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas foi criado pela Resolução CIB/RS Nº 592/2013 e tem como atribuições elaborar o diagnóstico da RAPS do RS, orientar e acompanhar o processo de elaboração e pactuação do Plano de Ação Estadual da RAPS (a partir dos Planos de Ação Regionais), bem como acompanhar a implementação dos Planos de Ação Regionais e Estadual da RAPS.

27 SCNES/DATASUS/Ministério da Saúde; IBGE. Acesso 05/02/2020, em BI/DGTI/SES/RS.
28 SCNES/DATASUS/Ministério da Saúde; IBGE; Acesso 05/02/2020, em BI/DGTI/SES/RS.

Sobre a implantação da RAPS no RS, a linha de cuidado em saúde mental conta com todos os dispositivos previstos na legislação federal, dentre eles os CAPS, as Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil (UAa e UAij), os SRT e os Leitos de Saúde Mental Integral em Hospital Geral, que recebem cofinanciamento estadual, e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT). Além desses, conta com dispositivos exclusivos da RAPS no RS: no componente AB, possui os NAAB, as Oficinas Terapêuticas (OT), as Composições de Redução de Danos (RD) e os Acompanhantes Terapêuticos (AT).

Considerando a APS como ordenadora do cuidado, é importante que a linha de cuidado em saúde mental conte com diferentes dispositivos para potencializar o cuidado em saúde mental no território. Em 2019, de acordo com dados do sistema e-SUS, 16% dos casos atendidos na APS foram referentes a questões de saúde mental, álcool e outras drogas. Considera-se um desafio qualificar a rede básica para melhor identificação e atendimento integral das questões de saúde mental, uma vez que grande parte da população apresenta algum grau de sofrimento e acessa esse nível de atenção. Nas situações em que é identificada necessidade de atendimento especializado em saúde mental, os usuários são direcionados para o cuidado compartilhado com dispositivos de maior complexidade.

Cabe destacar que, dos 497 municípios do RS, 373 (75%) possuem menos de 15.000 habitantes e, portanto, não possuem critério populacional, segundo parâmetros do MS, para habilitação de CAPS. Diante desse cenário, já em 2011 o RS criou uma série de dispositivos para atender a saúde mental nestas localidades, como as 280 OT de Saúde Mental na AB e os 112 NAAB. No entanto, dentre os municípios com menos de 15.000 habitantes, apenas 149 (40%) possuem OT e 112 (30%) possuem NAAB. Por outro lado, 10 municípios com menos de 15 mil habitantes (2,7%) possuem CAPS habilitados ou em funcionamento (grande parte destes com atendimento regional).

Dos 124 municípios com mais de 15.000 habitantes, 18 (14,5%) sediam as 32 equipes de RD e 52 (41,9%) possuem OT. Além disso, 106 (85,5%) possuem pelo menos um dos 206 CAPS em funcionamento no estado e apenas oito possuem pelo menos um SRT (6,45%), de um total de 46 serviços em funcionamento (habilitados ou não). As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (nove habilitadas no estado), que constituem estratégia para atenção integral às pessoas com transtornos mentais e comportamentais moderados, não possuem critério populacional para habilitação.

Em relação ao acolhimento transitório dos usuários de álcool e outras drogas, dos 20 municípios com mais de 100.000 habitantes, que teriam critério populacional para habilitar Unidades de Acolhimento (UA), apenas cinco possuem esse serviço (25%). Por outro lado, Venâncio Aires, com cerca de 70.000 habitantes, possui uma UAij habilitada. O estado possui seis UAs habilitadas e nove receberam verba de implantação em 2019. A área técnica de saúde mental e as CRS têm acompanhado e monitorado as 922 vagas em Comunidades Terapêuticas (CT) contratualizadas pelo Edital Nº 01/2017, através de um Grupo de Trabalho criado com tal finalidade. Esse grupo se propõe a avaliar e monitorar a efetiva ocupação das vagas e a qualidade do serviço ofertado, buscando otimizar os recursos estaduais e minimizar as violações de direitos relacionados ao acolhimento nessas instituições.

Em relação às iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, em levantamento realizado pela área técnica de saúde mental da SES/RS, 51 gestores municipais relataram possuir essas estratégias em seus territórios. Com vistas ao fortalecimento e qualificação de projetos/programas que visem à inclusão produtiva, reinserção social, promoção de autonomia e exercício da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, além da realização de levantamento sobre as potencialidades dos municípios, busca-se proporcionar encontros

que viabilizem a troca de experiências exitosas destas iniciativas em âmbito estadual, além de fortalecer as estratégias de suporte intersetorial, especialmente com as Secretarias da Cultura e de Trabalho e Assistência Social. Da mesma forma, estas estratégias intersetoriais visam fortalecer a implementação, nos municípios, de Centros de Cultura e Convivência no RS.

Os processos de desinstitucionalização também são um desafio, uma vez que apenas 9 municípios possuem **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)** habilitados, totalizando 46 em funcionamento. Grande esforço tem sido feito para ampliar o número de SRTs nos municípios, resultando no recebimento de verba de implantação por seis municípios no segundo semestre de 2019, além da habilitação de um SRT pelo MS. Além disso, um dos Projetos Prioritários do Governo é promover a desinstitucionalização dos usuários moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro e do Hospital Colônia Itapuã, através da implantação de SRTs no território.

O estado possui 1.297 **leitos de saúde mental integral** em hospitais gerais e 741 leitos em hospitais psiquiátricos, o que representa índice de 0,18 leitos/1.000 habitantes. No entanto, a distribuição dos leitos de saúde mental integral nas diferentes regiões de saúde do estado não é uniforme (variando de 0,06 leitos/1.000 habitantes na R4, R7, R9 e R24 até 0,39 leitos/1.000 habitantes na R21). A qualificação dos leitos de saúde mental integral em hospitais gerais tem ocorrido por meio de monitoramento e avaliação periódicos (relatórios trimestrais), da implementação da equipe e estrutura mínima prevista na Resolução CIB/RS Nº 271/2019 e de estratégias de educação permanente das equipes, com vistas a qualificar o atendimento e diminuir as dificuldades de atendimento e as restrições de acesso muitas vezes impostas pelos estabelecimentos. Um dos obstáculos encontrados diz respeito a internações por TMC para alguns grupos populacionais específicos, como crianças, adolescentes ou gestantes. A criação de **unidades específicas para atendimento de crianças e adolescentes** foi uma das estratégias adotadas para superar esta dificuldade. A **RAPS-Escola** é o dispositivo de educação permanente em saúde mental, promovendo espaços de formação, qualificação e educação continuada aos profissionais da rede, com vistas ao fortalecimento da RAPS em todos os seus pontos de atenção e cuidado em saúde mental, se constituindo, também, como espaço formador de trabalhadores para o SUS na lógica da atenção psicossocial, inclusive por meio de inserção de acadêmicos, residentes, entre outros.

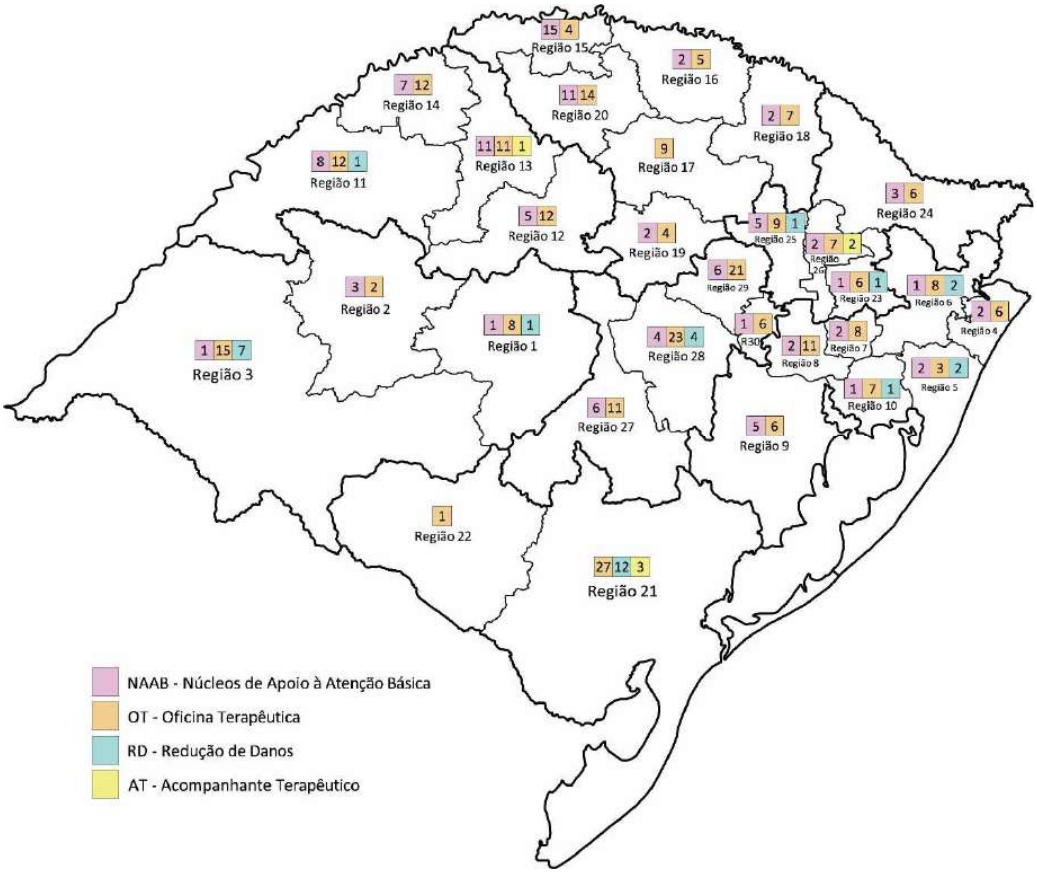
Buscando fortalecer a RAPS Estadual, a otimização da utilização dos recursos destinados à linha de cuidado de saúde mental visa ampliar em 13% os **dispositivos de saúde mental na AB** (de 430 para 488) e em 20% os dispositivos de **saúde mental na atenção especializada** (de 267 para 321) até 2023. Para tanto, propõe-se a redução de vagas contratualizadas em Comunidades Terapêuticas (de 922 para 850) até 2023, através do redimensionamento das vagas nesses estabelecimentos, mediante avaliação de ocupação das mesmas e do monitoramento realizado pelo referido Grupo de Trabalho destinado a esta pauta. Pretende-se, ainda, ampliar a disponibilidade de leitos de saúde mental integral em hospitais gerais, através da implantação de unidades macrorregionais especializadas para atendimento de crianças e adolescentes nas sete macrorregiões do estado. A ampliação da rede de serviços territoriais visa o fortalecimento dos serviços substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, conforme prevê a Lei Estadual Nº 9.716/1992.

A atenção aos usuários com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um dos projetos prioritários do governo, o qual sancionou a Lei Estadual Nº 15.322/2019. Nesse sentido, foi instituído um Grupo Técnico Intersetorial (GTI) que conta com a participação das Secretarias Estaduais de Saúde, Educação, Trabalho e Assistência Social e Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. Conta, ainda, com a participação de instituições como a FADERS (SJCDH), ESP, Telessaúde, Sociedade de Pediatria do RS,

professores universitários e de Institutos Federais e a Rede Gaúcha Pró-Autismo (representação dos familiares).

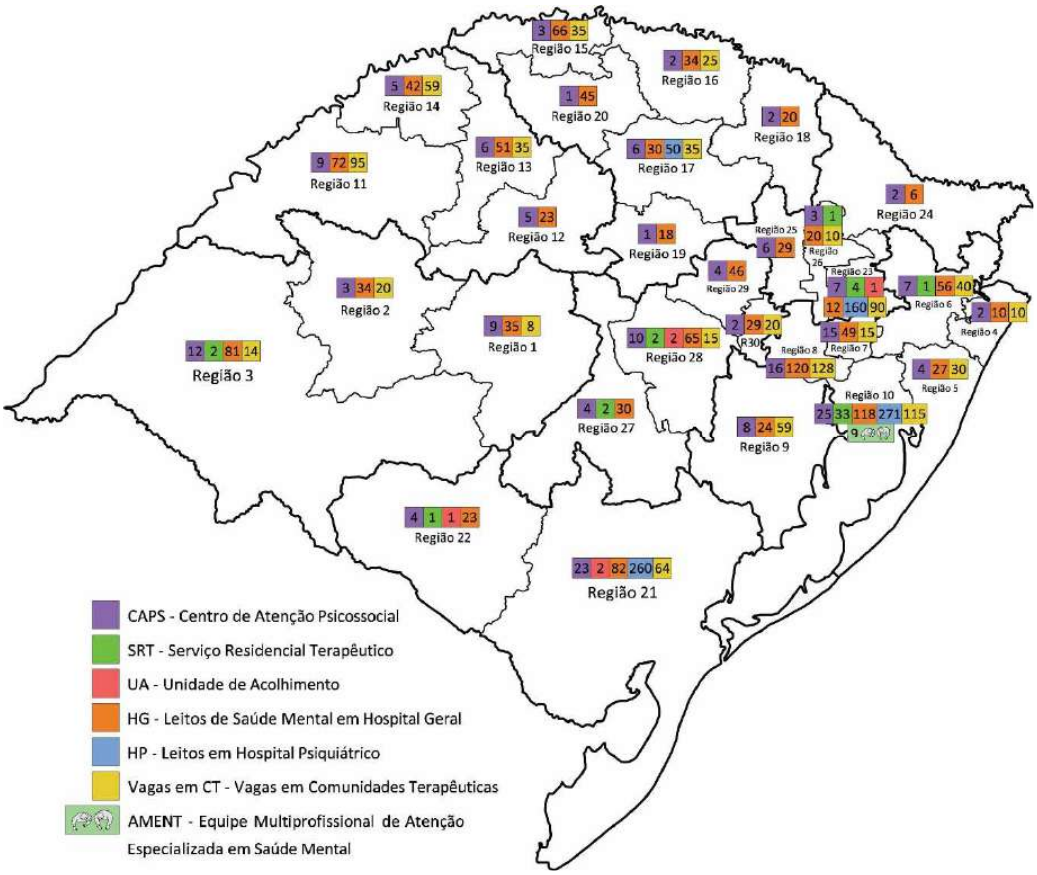
Os objetivos estabelecidos pelo GTI são: qualificação no tema do TEA para profissionais da rede intersetorial, bem como fomento de espaços de diálogo sobre o tema com a sociedade em geral, na perspectiva de reduzir o estigma e o preconceito; e criação e implementação de sete **Centros Macrorregionais de Referência em Transtorno do Espectro Autista (CRTEA)**, um por macrorregião, que contarão com financiamento estadual. A lógica de atuação do referido serviço é o matriciamento das redes locais, com o objetivo de fortalecer os diferentes espaços de atendimento, na perspectiva da inclusão, para que a pessoa com TEA seja atendida, de forma integrada e qualificada, em qualquer local por onde circular. A proposta do CRTEA está pautada no tripé saúde, educação e assistência social, com vistas à integralidade do sujeito. O CRTEA estará localizado em determinado município que ofertará apoio matricial para toda a macrorregião, de diferentes formas, auxiliando na organização das redes locais de atendimento em saúde, educação e assistência social. Nas Figuras 66 e 67 é possível observar a distribuição dos dispositivos da RAPS no RS, por Região de Saúde.

**Figura 66.** Dispositivos da RAPS na Atenção Primária à Saúde, RS, 2020.




Fonte: SES/RS.

**Figura 67.** Dispositivos da RAPS na Atenção Secundária e Terciária, RS, 2020.




Fonte: SES/RS.

## 4.4 Atenção Materno-Paterno-Infantil

A Rede Materno-Paterno-Infantil visa dispor de 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 reduzir as taxas de mortalidade materna, infantil e fetal, e proporcionar acesso do homem aos serviços de saúde. Em nível federal, está vinculada à Rede Cegonha, estratégia do MS e na qual mulheres, homens, recém-nascidos e crianças têm direito ao acesso ampliado, acolhimento e ao pré-natal de qualidade (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha prevê financiamento para ampliação dos exames de pré−natal (incluindo teste rápido de gravidez e de detecção da Sífilis e HIV), ampliação e qualificação de leitos de UTI adulto, de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) e UTI neonatal, de leitos de gestação de alto risco, assim como adequação da ambiência das maternidades, construção e custeio de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas (CGBP). Possui ainda espaços deliberativos, tanto em nível estadual quanto regional, tais como o Grupo Condutor da Rede Cegonha e os Colegiados de Maternidades e Fóruns Perinatais (BRASIL, 2011). Em âmbito estadual, articula-se ao PIM e a outros cofinanciamentos estaduais, como: Ambulatório de Gestante de Alto Risco (AGAR) (Portaria SES/RS Nº

660/2012), Incentivo ao Alto Risco Hospitalar (Portaria SES/RS Nº 371/2008) e Regionalização do Parto e Nascimento (Resolução CIB/RS Nº 206/2017 e Portaria SES/RS Nº 359/2017), bem como os Ambulatórios de Seguimento de Egressos (Resolução CIB/RS Nº 105/2011). Desde 2015, a SES/RS, em parceria com o CONASS, tem desenvolvido o processo de **Planificação da Atenção à Saúde** em que a Rede Materno-Paterno-Infantil é uma das linhas prioritárias da Planificação na 4ª, 10ª, 17ª e 18ª CRS, buscando a qualificação da RAS e o fortalecimento e resolutividade da APS.

Compõem a Rede Materno-Paterno-Infantil ações da **Política Estadual de Atenção Integral a Saúde do Homem (PEAISH)**, definida na Resolução CIB/RS N° 236/2014, que vem incentivando os municípios a implementarem a PEAISH com ações de prevenção e promoção de saúde, principalmente com medidas de APS que evitem as internações por condições sensíveis a AB. Nesse sentido, 109 municípios já aderiram à política. A SES/RS trabalha junto às 19 CRS para que até o ano de 2022 metade dos 497 municípios gaúchos implementem a PEAISH.

A PEAISH tem dado ênfase à Saúde Mental, álcool e outras drogas, com ações de promoção da vida e prevenção do suicídio, sexualidade e reprodução, estímulo à paternidade participativa e ao envelhecimento ativo, promoção, prevenção e reabilitação de doenças crônicas e neoplasias. Tanto as condições sócio sanitárias quanto o perfil epidemiológico dos homens na faixa etária dos 19 aos 59 anos tem se agravado por falta de investimento em melhorias das condições de vida por um lado, e, por outro, pela falta de conscientização da população masculina em relação aos cuidados em saúde.

Os homens vivem, em média, sete anos a menos do que as mulheres, e tendem a buscar atendimento em saúde somente quando as comorbidades os impedem de realizar atividades regulares. Nesse sentido, um desafio a ser concretizado é a aproximação da população masculina às unidades de saúde, a fim de promover o cuidado e autocuidado. Ações de inclusão dos homens, tais como o pré-natal do parceiro, podem se configurar como instrumentos de acolhimento e desenvolvimento de consciência masculina acerca do papel que a paternidade ativa tem na relação materno-paterno-infantil, tanto na promoção de saúde quanto na prevenção de doenças.

A **atenção ao pré-natal na APS** tem por objetivo acolher as gestantes precocemente, assegurando o bem-estar materno, paterno e neonatal e favorecer a interação entre profissional de saúde, gestante e sua família, contribuindo para o estabelecimento do vínculo com o serviço de saúde. O pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas, devendo ser garantido o acompanhamento por equipe multiprofissional, contemplando os exames de rotina do pré-natal do risco habitual, incluindo a testagem rápida (TR) de HIV e sífilis e o pré-natal do pai/parceiro (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Em 2019, a SES/RS publicou o Guia do Pré-natal na Atenção Básica (Resolução CIB/RS Nº 22/2019) que visa subsidiar as equipes de APS na perspectiva da qualificação da assistência pré-natal, através de critérios para a estratificação de risco de gestantes e suporte para tomada de decisão clínica para gestações de risco habitual. A busca ativa da gestante é uma estratégia fundamental e atribuição comum a todos os profissionais da APS. Nos municípios onde a política do PIM está implantada, os visitadores contribuem com a busca ativa, prioritariamente para gestantes em vulnerabilidade social, em especial, as gestantes adolescentes, de alto risco, com sífilis, HIV, privadas de liberdade, em prisão domiciliar e aquelas beneficiárias de programas sociais de transferência de renda.

No cuidado do pré-natal na APS deve-se realizar a estratificação de risco gestacional a cada consulta e, havendo indicação clínica, a gestante deve ser referenciada para o Pré-natal de Alto Risco, conforme Protocolo de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco) – TelessaúdeRS (UFRGS, 2019). Mesmo após referenciamento para o serviço especializado, a gestante deve manter o vínculo com a equipe da APS. Além disso, as gestantes devem ter conhecimento do serviço de

referência para urgências/emergências obstétricas, bem como para o parto, evitando assim a peregrinação. A visita prévia à maternidade de referência deve ser sempre oferecida (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

No relatório de monitoramento da regulação do acesso às consultas especializadas para o pré-natal de alto risco da SES/RS, referente a dezembro/2019, verificou-se que 669 gestantes aguardavam a primeira consulta no Pré-Natal de Alto Risco no RS. Destas, 135 eram residentes da Macrorregião de Saúde Norte (6ª, 15ª e 19ª CRS). Esse fato reforça a necessidade de ampliação de AGAR e da qualificação do pré-natal do RS.

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 acomoda crianças de até um ano de idade). Compõe esta linha as ações desenvolvidas pelo PIM, através do projeto "PIM no Contexto Prisional" que acompanha mulheres gestantes nas referidas penitenciárias femininas. No contexto do pré-natal do parceiro, faz-se necessário ampliar o olhar sobre a participação efetiva do pai/parceiro no período da gestação, parto e puerpério, também como forma de proteção, prevenção, cuidado, autocuidado e tratamento de agravos e Infecções Sexualmente Transmissíveis (HIV e/ou sífilis) (BRASIL, 2016).

As ações que envolvem primeira infância e a maternidade no sistema prisional promovidas pela ação direta do PIM foram uma iniciativa desenvolvida em parceria com a Saúde Prisional da SES/RS, que envolve: garantir às mulheres privadas de liberdade acesso a uma política pública materno-infantil; estimular e fortalecer o vínculo mãe-bebê quando a mulher estiver no estabelecimento prisional com seu filho; promover o desenvolvimento infantil integral saudável para os filhos de mulheres que estão presas; orientar sobre os cuidados de saúde para a gestante e bebês; apoiar a inserção da criança na família extensa; somar esforços para que, a partir do Marco Legal da Primeira Infância, as potenciais beneficiárias acessem o direito à prisão domiciliar.

Os primeiros atendimentos do PIM no Contexto Prisional iniciaram no ano 2012 na Unidade Materno Infantil (UMI), localizada no Presídio Feminino de Porto Alegre, unidade em que os bebês podem permanecer com suas mães até completar um ano de idade, quando são encaminhadas para as famílias extensas. Na UMI, o trabalho é desenvolvido através de grupos junto às gestantes, mães e crianças sobre temas afins ao bem-estar desta população específica. Já as famílias extensas são atendidas através de visitas domiciliares do PIM.

Em 2017, o Marco Legal da Primeira Infância impulsionou o reposicionamento das ações, provocando maior articulação com o poder judiciário, no sentido de contribuir para a garantia dos direitos previstos na referida lei. Também impulsionou a expansão das ações para os presídios exclusivamente femininos localizados em Porto Alegre, Lajeado, Guaíba e Torres. Nestes presídios, não há espaço para as crianças permanecerem com suas mães após o nascimento. Portanto, o trabalho centra-se no suporte à mulher gestante e no atendimento, através de visitas domiciliares, à família extensa que fica responsável pelo cuidado da criança. Em 2019 houve a expansão das ações para os presídios mistos ou semiabertos do estado e as visitas domiciliares do PIM também são ofertadas aos filhos das mulheres que estão nesses estabelecimentos.

As visitas realizadas seguem a metodologia do PIM, respeitando a singularidade de cada indivíduo e as dinâmicas familiares. Além da preocupação com o desenvolvimento de práticas de cuidados que respeitem as peculiaridades, o PIM tem o desafio de contribuir para a superação das vulnerabilidades as quais estas famílias estão expostas e a redução dos prejuízos causados pela separação da díade mãe-filho por conta do aprisionamento da mãe.

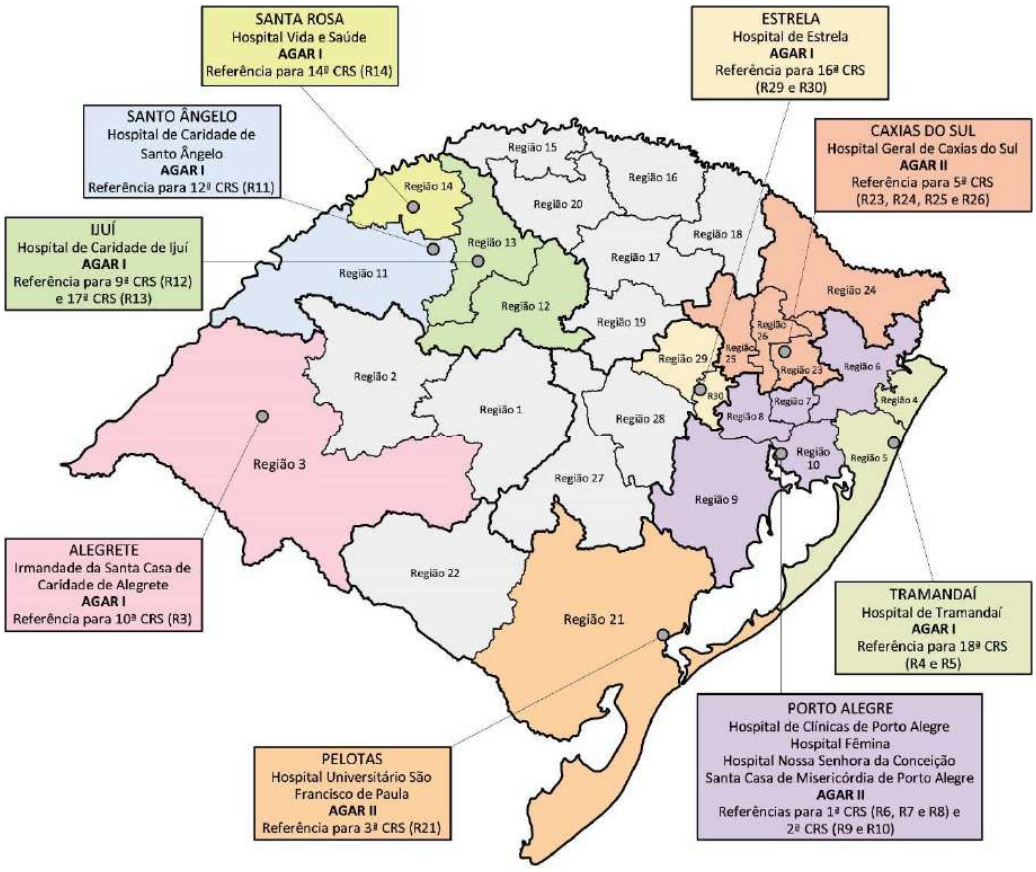
Em 2019, foram realizados 30 grupos na UMI, porém as atividades estão suspensas desde março de 2020 por conta da pandemia. Além disso, 50 famílias mapeadas pelos estabelecimentos prisionais passaram a receber visitas do PIM. Caso a família resida em um município que não tenha o PIM implantado, as informações são repassadas para a atenção básica para que realizem busca ativa e o acompanhamento da família. Foi, ainda, elaborada pela ação integrada com as políticas de Saúde da Mulher, DST/HIV/Aids e AB a Minuta de Nota Técnica do pré-natal, parto e puerpério para mulheres privadas de liberdade e parceiros (as), que aguarda ser encaminhada para avaliação de consulta pública para a publicação.

Para que a APS possa ordenar a RAS, é essencial integrar a rede de atenção perinatal, a partir da definição de responsabilidades em todos os níveis de atenção e integração do cuidado entre a APS e a Atenção Hospitalar. Com a finalidade de subsidiar as equipes de saúde, foi publicada a Nota Técnica Nº 01/2019 - Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 Anos na Atenção Básica, na perspectiva de qualificar a assistência, a partir das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Sobre a atenção especializada e hospitalar da rede materno-paterno-infantil, atualmente existem 12 **Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGAR)** habilitados no RS (Figura 68). Entretanto, conforme análise das necessidades de saúde e os parâmetros do AGAR faz-se necessária a ampliação/implantação de ambulatórios nas seguintes CRS: 1ª, 6ª, 7ª, 8ª, 11ª, 13ª, 15ª e 19ª. Na 4ª CRS, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) possui um ambulatório que atende gestantes de alto risco da região e que aguarda habilitação estadual.

Nas CRS que não possuem AGAR, as solicitações de consultas para gestação de alto risco são reguladas para os serviços de Porto Alegre. Essa situação não é a ideal, visto que estes serviços não estão dimensionados para estes atendimentos. Salientam-se, ainda, entraves adicionais em relação aos AGAR: dificuldade no monitoramento do trabalho executado pelos ambulatórios; existem poucas referências para a medicina fetal; o período de espera para o acesso ao serviço é longo; as gestantes devem percorrer longas distâncias para realização da consulta em Porto Alegre; e não há previsão orçamentária para novas habilitações.

**Figura 68.** Distribuição dos Ambulatórios de Gestação de Alto Risco no RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

O modelo proposto para o funcionamento do AGAR é o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que vem sendo implementado através da Planificação da Atenção Ambulatorial Especializada na 4ª, 10ª, 17ª e 18ª CRS. Além da função assistencial, o ambulatório deve realizar matriciamento para a rede e supervisão e educação permanente aos profissionais e às usuárias, compartilhando o cuidado das gestantes com a APS.

Quanto aos **Ambulatórios de Seguimento de Egressos** (ASE) de Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), instituídos pela Resolução CIB/RS Nº 324/2010, sua finalidade é garantir e oportunizar o acompanhamento diferenciado aos recém-nascidos, após a alta hospitalar das UTIN, pelo período de dois anos, devido ao maior risco de morbimortalidade desta população. Do total de 15 ambulatórios existentes no estado, 13 possuem habilitação estadual e são referência para todos os municípios. Os ASE de UTIN utilizam a estrutura de um hospital de referência regional ou macrorregional e devem disponibilizar consultas nas especialidades pediátricas (neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e cirurgia pediátrica) e ser compostos por equipes multidisciplinares, incluindo fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, psicologia e/ou nutrição. O acompanhamento especializado deve ser compartilhado com a APS, ordenadora do cuidado.

Para o atendimento ao parto, existem 1.927 leitos obstétricos pelo SUS no RS, conforme consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Quanto ao atendimento de alto risco ao

neonato, encontram-se habilitados no SUS 352 leitos de UTI Neonatal, 204 de UCI Neonatal Convencional e 98 leitos UCI Neonatal Canguru (CNES, 2019). Os quantitativos de leitos de UTI Neonatal e de leitos obstétricos estão em suficiência para a assistência à população no RS (Portaria GM/MS Nº 1.631, de 2015) (BRASIL, 2015).

Em 2017, iniciou-se a implementação do processo de regionalização do parto e nascimento no RS (Resolução CIB/RS Nº 206/2017, Portaria SES/RS Nº 359/2017 e Nota Técnica 001/2017, que apresenta recomendações da SES/RS para serviços que atendem parto de risco habitual e alto risco). Destacam-se alguns desafios no processo de regionalização do parto, como: a manutenção das pactuações, o monitoramento do processo, a existência de equipe completa de obstetrícia nas maternidades em tempo integral, a redução das altas taxas de cesariana e a revisão do financiamento.

Atualmente, não existem serviços com propostas de habilitação para CPN no estado. A dificuldade para ampliar esse modelo de atendimento está baseada no seguinte requisito para a constituição de uma unidade de CPN: garantir a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetriz ou enfermeiro obstétrico com produção mínima de 480 partos normais anuais.

Quanto a CGBP, existem dois serviços habilitados conforme o modelo federal: Hospital Geral do Novo Hamburgo e Hospital de Estrela. Em relação aos serviços hospitalares para gestante de alto risco, existem no RS 11 hospitais habilitados pelo MS, totalizando 95 leitos. Além disto, há 29 hospitais indicados como referência para gestante de alto risco no estado através da Portaria Nº 371/2008. Desta forma, somando essas duas coberturas para o atendimento ao parto de alto risco, apenas a R12 (Portal das Missões) não possui uma referência pactuada.

Sobre os Planos de Ação Regionais (PAR) da Rede Cegonha, 24 Regiões de Saúde tiveram seus PAR aprovados, com portaria de repasse de recurso do MS. Ainda estão em tramitação os PAR das Regiões de Saúde: R11, R12, R23, R24, R25 e R26. A aprovação dos Planos da Rede Cegonha potencializa a organização da rede e, principalmente, a referência do alto risco para gestante e recém-nascido. Ressalta-se que o Plano da Rede Cegonha é o instrumento de pactuação regional com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e as metas de cada ente. Através dele, os municípios e o estado realizam a adesão ao programa de cofinanciamento federal para rede materno-infantil denominado Rede Cegonha.

### 4.5 Atenção à Pessoa com Deficiência

Pessoa com deficiência é aquela que tem comprometimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, 2007). A atenção à pessoa com deficiência no SUS está amparada pela Portaria de Consolidação Nº 3/2017, Anexo VI.

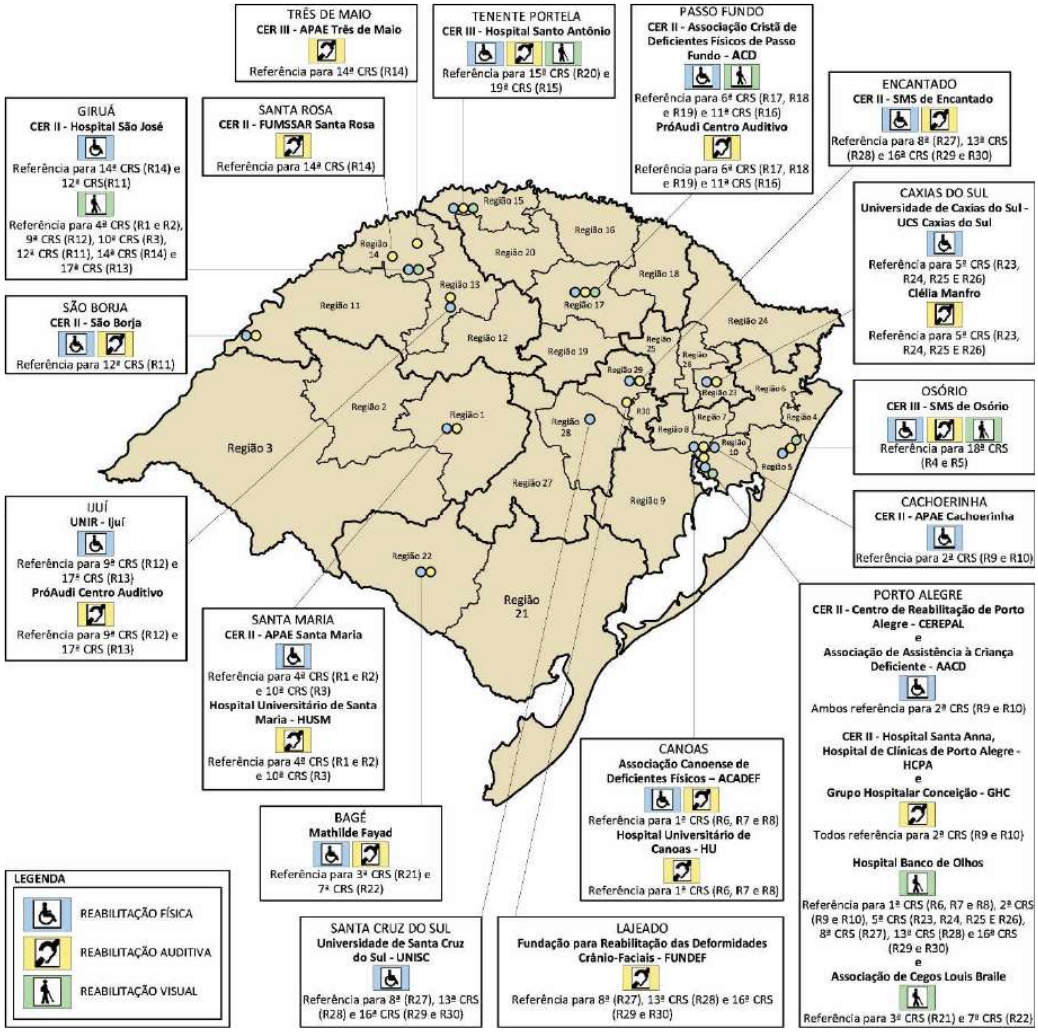
De acordo com os métodos utilizados no Censo Demográfico em 2010, o total de pessoas com deficiência residentes no Brasil representava 23,9% da população brasileira, isto é, os indivíduos ou seus representantes que responderam afirmativamente pelo menos uma das deficiências investigadas dentre as opções de resposta: *Alguma dificuldade/Muita dificuldade/ Não consegue de modo algum*. Porém, de acordo com a Nota Técnica IBGE Nº 01/2018, que trata da releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo à luz das recomendações do Grupo de Washington, identifica-se como pessoa com deficiência apenas os indivíduos que responderam ter *Muita dificuldade* ou *Não consegue*

*de modo algum* em uma ou mais questões do tema apresentadas no questionário do Censo 2010, o que corresponde a 6,7% da população total.

A atenção à saúde da pessoa com deficiência no SUS preconiza o cuidado integral, em todos os níveis de atenção, visando proporcionar autonomia, qualidade de vida e inclusão social. Contempla ações de promoção e prevenção, diagnóstico precoce, acesso aos serviços e procedimentos, qualidade e humanização da atenção, em todos os níveis de complexidade. No âmbito da APS, o PIM desenvolve ações de apoio às famílias com crianças com deficiência. Em articulação com a rede de serviços, promove ações de estímulo ao desenvolvimento e fortalecimento dos vínculos e competências familiares. Para além do atendimento às crianças com deficiência, o PIM é, em potencial, uma importante via de identificação precoce de deficiências.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) contempla os seguintes componentes: AB, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Os pontos de atenção no nível secundário e terciário da rede, Serviços de Modalidade Única em Reabilitação ou Centro Especializado em Reabilitação (CER), devem estar articulados aos demais pontos da RAS, mediante regulação do acesso, garantindo-se a integralidade da linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades de saúde das pessoas com deficiência. No âmbito da Atenção Especializada, a rede é composta por 89 serviços de reabilitação, sendo 13 CER e 3 Oficinas Ortopédicas e a meta é ampliar esse quantitativo para 97 serviços no estado. Dos serviços existentes, 17 são referência para a reabilitação auditiva, 15 para a reabilitação física e 6 para a reabilitação visual, conforme a Figura 69.

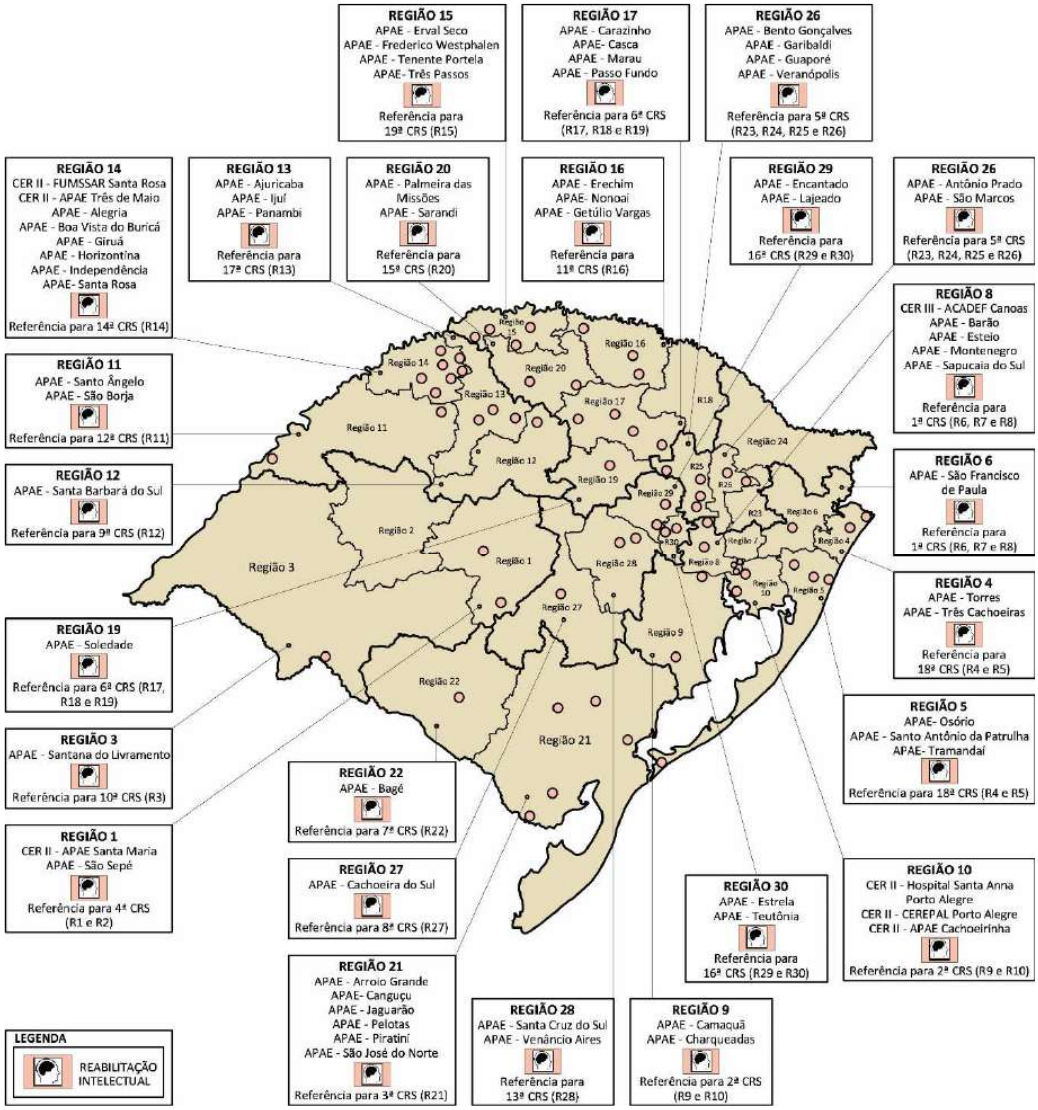
**Figura 69.** Distribuição das referências nas Reabilitações Física, Auditiva e Visual, por Região de Saúde, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

Os outros 67 serviços são referências para a reabilitação intelectual e TEA, conforme a Figura 70.

**Figura 70.** Distribuição das referências na Reabilitação Intelectual, por Região de Saúde, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

O processo de reabilitação ocorre através de atendimentos especializados com equipe multiprofissional, objetivando o alcance da melhor funcionalidade e autonomia possível para seus usuários, além da avaliação, indicação, concessão e adaptação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs), de acordo com o caso atendido. Os insumos para a assistência às pessoas estomizadas e com incontinência urinária e fecal também estão contempladas na atenção à pessoa com deficiência, sendo custeadas pelo estado, bem como o sistema para o gerenciamento desta assistência, que ocorre no nível municipal, com 100% de cobertura. O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) interestadual, que também faz parte desta política, atende casos em que a rede de saúde do estado não disponibilize o tratamento necessário.

O **Transtorno do Espectro Autista (TEA)** é um transtorno do neurodesenvolvimento, consistindo em dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de padrões de

comportamentos estereotipados e repetitivos. O TEA, devido às suas características, perpassa todas as esferas da vida da pessoa e de sua família, sendo considerado um problema de saúde pública devido às implicações trazidas nas diferentes áreas como saúde, educação, assistência social, cidadania e direitos humanos. Dados dos EUA (2014) revelam a prevalência de 1 para 59 crianças. No Brasil, ainda não existem dados epidemiológicos representativos sobre o TEA. No RS, o estudo de Beck (2017) apresenta uma prevalência estimada de 3,31/10.000 para o estado, estimando cerca de 3.300 pessoas com TEA no RS.

Diante deste cenário, o estado sancionou a Lei Nº 15.322/2019, que instituiu a Política de Atendimento Integrado à Pessoa com TEA no RS, destinada a garantir e promover o atendimento às necessidades específicas das pessoas com TEA, visando ao desenvolvimento pessoal, à inclusão social, à cidadania e ao apoio às suas famílias. Esta lei foi construída em parceria com a sociedade civil, por meio da Rede Gaúcha Pró-Autismo. Em outubro/2019, a SES/RS, por meio do DAS, iniciou a formação de um Grupo de Trabalho Intersetorial com o objetivo de construir as diretrizes estaduais para a implementação da Lei Gaúcha Pró-Autismo, como ficou conhecida a Lei Nº 15.322/2019.

Pensando na qualidade do atendimento a ser ofertado às pessoas com TEA, entende-se importante a criação de espaços macrorregionais especializados, destinados ao atendimento integral das pessoas com TEA, abrangendo todo o ciclo vital e incluindo, prioritariamente, as áreas referidas na legislação: saúde, educação e assistência social, culminando na idealização do CRTEA.

O Grupo Condutor da RCPcD, instituído pela Resolução CIB/RS Nº 513/2013, tem o papel de monitorar e acompanhar a implementação da rede. No Quadro 6 apresentam-se as áreas de atendimento da RCPcD no RS, bem como o público-alvo e o atendimento disponibilizado.

**Quadro 6.** Áreas de atendimento, público-alvo e atendimento disponibilizado pela RCPcD, RS, 2020.

| Áreas de atendimento | Público-Alvo | Atendimento Disponibilizado |
|---|---|---|
| **Reabilitação auditiva** | Destinada às pessoas com perda auditiva que necessitam de aparelhos auditivos. A Triagem Auditiva Neonatal (TAN - teste da orelhinha) é realizada em recém-nascidos para descobrir a surdez o mais cedo possível. A rede, atualmente, possui 99 pontos de atendimento da TAN no RS. | Avaliação, diagnóstico e tratamento com equipe multiprofissional, exames, aparelhos auditivos e implante coclear. |
| **Reabilitação física** | Voltada às pessoas com comprometimento do aparelho locomotor, como amputações, dificuldades de coordenação motora, equilíbrio e mobilidade, as quais necessitam de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM: Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS). | Avaliação, diagnóstico e tratamento com equipe multiprofissional, OPM ortopédicas e de locomoção. |
| **Reabilitação visual** | Destinada às pessoas que apresentam baixa visão (campo visual menor que 20° no melhor olho) e/ou cegueira. | Avaliação, diagnóstico e tratamento com equipe multiprofissional, dispositivos ópticos e não ópticos e orientação e mobilidade. |

| Áreas de atendimento | Público-Alvo | Atendimento Disponibilizado |
|---|---|---|
| **Reabilitação intelectual** | Destinada às pessoas que apresentam deficiência intelectual e/ou transtorno do espectro do autismo (TEA) e aos seus familiares. A estimulação precoce, atendimento prestado a crianças de zero (0) a 3 anos com atraso ou potencial atraso no desenvolvimento neuropsicomotor deve ser priorizada no serviço de reabilitação intelectual. | Avaliação, diagnóstico e tratamento com equipe multiprofissional e estimulação precoce. |
| **Atendimento às pessoas estomizadas e incontinentes urinários e/ou fecais** | O atendimento às pessoas estomizadas, incontinentes urinários e que necessitam de bolsas coletoras (dispositivos) é fornecido pelo estado e conta com serviços de dispensação em todos os municípios. | Atendimento ambulatorial e concessão de OPM de urologia e gastroenterologia. Podem ser fornecidas consultas de enfermagem, triagem e encaminhamento para avaliação de reversão de colostomia. Concessão de fraldas descartáveis. |
| **TFD Interestadual** | Destinado a pacientes que necessitam de tratamento em serviços assistenciais do SUS, localizados em outras unidades da federação. | Deslocamento e ajuda de custo. |

Fonte: SES/RS.

### 4.6 Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

As doenças crônicas, em geral, estão relacionadas a causas múltiplas e são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração, além de curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades (BRASIL, 2013). A RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS foi instituída pela Portaria MS Nº 252/2013 e redefinida pela Portaria MS Nº 483/2014, que também estabelece as diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

A Portaria SES Nº 64/2017 instituiu o Grupo Condutor da Atenção às Pessoas com Condições Crônicas (GC Crônicos) no âmbito estadual, composto por representantes de diversos departamentos/assessorias da SES/RS. Destacam-se como ações do grupo a elaboração de Notas Técnicas de orientação como: Nota Técnica de Atenção ao Indivíduo Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica na AB no RS (Resolução CIB/RS Nº 303/2018) e Nota Técnica de Atenção ao Indivíduo Portador de Diabetes Mellitus na AB no RS (Resolução CIB/RS Nº 302/2018).

O RS possui um serviço específico nesta área, o **Ambulatório de Especialidades em Hipertensão e Diabetes do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)**, inaugurado em junho/2018. O foco desse serviço é a estabilização das condições crônicas dos usuários do seu território de referência, devendo promover ações de maneira contínua, proativa e integrada com os demais pontos de atenção da rede. O Ambulatório atende a população dos 32 municípios de abrangência das Regiões de Saúde R1 e R2 (4ª CRS), com foco nos usuários portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão

Arterial Sistêmica considerados de alto e muito alto risco a partir de critérios de estratificação aplicados pelos serviços de AB. Conforme a Portaria MS Nº 1.631/2015, o cálculo para a população alvo do serviço especializado para a região de saúde R1 e R2 é de aproximadamente 21.000 pessoas.

O modelo de atenção à saúde preconizado pelo RS é o MACC, formulado por Mendes (2012), que tem como pressuposto o autocuidado apoiado de uma população ativa e informada, considerando os determinantes sociais da saúde e a pirâmide de riscos populacional para um cuidado mais equânime. Os usuários acessam o serviço através do referenciamento pelas unidades de saúde da AB dos municípios da região, sendo atendidos por uma equipe multiprofissional composta por cinco especialidades médicas (cardiologia, endocrinologia, angiologia, nefrologia e oftalmologia), profissionais de enfermagem, psicologia, farmácia, nutrição, serviço social, educação física e fisioterapia.

Após completar o percurso assistencial, o usuário recebe a atualização do plano de cuidado compartilhado com a AB, onde constam os registros do atendimento e os encaminhamentos de exames e indicação de retorno oportuno. O ambulatório do HRSM possui algumas funções essenciais, como assistência com metodologia diferenciada, pesquisa clínica para subsidiar o monitoramento de saúde das regiões de referência, matriciamento das equipes de AB e educação permanente.

O serviço foi implantado com o apoio de consultores do CONASS, idealizadores da metodologia da Planificação da Atenção à Saúde. Os pontos de atenção ambulatorial especializada e de atenção hospitalar no cuidado às pessoas com condições crônicas devem funcionar de forma complementar e integrada à AB, superando a atuação fragmentada e isolada que ocorre na maioria das localidades. Para tanto, é necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada a partir do ordenamento da RAS pela AB.

Na lógica da RAS, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Assim, advindos das necessidades identificadas no PRI e projeto de governo de regionalização e organização das redes, encontram-se as **especialidades de média complexidade** com um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve tecnologia, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde.

Neste contexto, priorizaram-se as especialidades de oftalmologia, cirurgia geral (parede abdominal e anexos), urologia, gastroenterologia, vascular, proctologia, ginecologia e otorrinolaringologia para a regionalização e organização da atenção de média complexidade através da pactuação em CIR e CIB das referências para as especialidades citadas.

Além de estar associado às neoplasias malignas dos órgãos respiratórios, o tabagismo é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de outras DCNT, como doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas. Devido a essa situação a SES/RS desenvolve o **Programa Estadual de Controle do Tabagismo**. De acordo com dados do SIM, em 2018, o RS foi o estado brasileiro com a maior taxa de óbitos por neoplasia maligna dos órgãos respiratórios. Enquanto no Brasil a média de óbitos é de 16,96, no RS esse número chega a 35,10.

O Programa do Tabagismo no RS segue os protocolos do INCA e do MS. De acordo com o atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo o tratamento é realizado por profissionais de nível superior previamente capacitados/habilitados e os atendimentos podem ser feitos nas modalidades em grupo ou individual. O tratamento para cessação do tabagismo consiste no aconselhamento terapêutico estruturado/abordagem intensiva e na oferta, quando necessário, do

tratamento farmacológico. É totalmente gratuito e ofertado nas Unidades Básicas de Saúde, nos CAPS e na Atenção Especializada.

A meta é expandir a rede de tratamento do tabagismo no SUS, ou seja, ampliar o número de municípios com o Programa do Tabagismo implantado e implementado. As ações para o alcance da meta estão centradas no investimento em capacitações aos profissionais da rede pública de saúde e também na sensibilização da comunidade em geral especialmente através das campanhas do dia Nacional de Combate ao Fumo e do Dia Mundial sem Tabaco.

A seguir serão apresentadas as estruturas das redes assistenciais estaduais de algumas condições crônicas com grande impacto na saúde da população gaúcha.

#### 4.6.1 Atenção ao Paciente com Sobrepeso e Obesidade

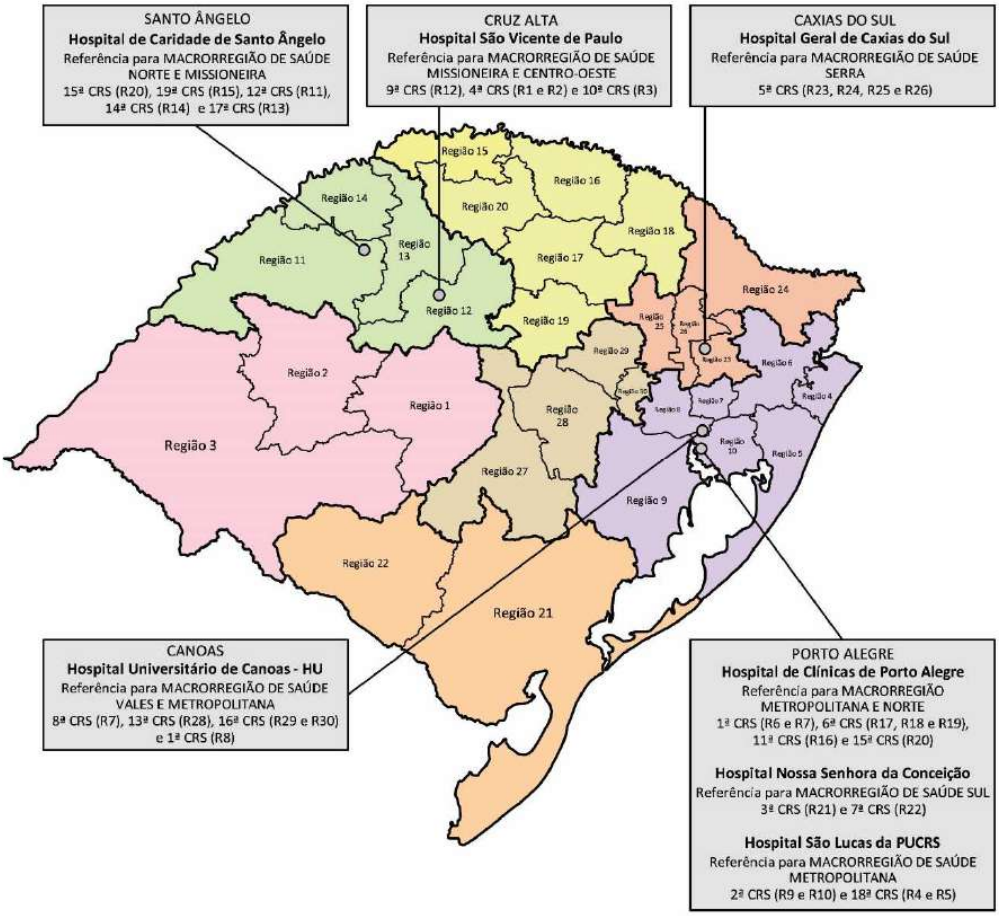
A prevenção e o diagnóstico precoce do sobrepeso e da obesidade constituem demanda desafiadora para os gestores do SUS e todos os atores envolvidos na atenção à saúde. No campo das políticas públicas, atualmente a resposta mais adequada parece ser a conjugação de esforços intersetoriais e multidisciplinares para a implementação de ações articuladas e condizentes com a necessidade do perfil de saúde da população.

A prevalência de **excesso de peso** estimada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), quanto à análise da população adulta, estimou que 56,9% da população brasileira apresentou excesso de peso, com o IMC igual ou maior do que 25 kg/m$^2$, com maior prevalência do sexo feminino (58,2%). No RS, dados do SISVAN (2019), evidenciam que 72,15% dos indivíduos adultos acompanhados pela APS apresentam excesso de peso, sendo 33,06% com sobrepeso e 39,09% já com algum grau de obesidade. Entre a população idosa, a taxa de sobrepeso é de 59,05%.

A organização das ações de prevenção e de tratamento do sobrepeso e da obesidade visa fortalecer e qualificar a atenção à população, garantindo acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno, ofertando infraestrutura para o cuidado dos indivíduos. Nesse contexto, com o propósito de organizar um modelo de assistência que atenda a necessidade da população gaúcha no enfrentamento necessário para reversão do avanço do sobrepeso e obesidade e em cumprimento aos requisitos das Portarias GM/MS Nº 424/2013 e Portaria GM/MS Nº 425/2013, a SES/RS organizou a **Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO)** em todo o território do RS, pactuada através da Resolução CIB/RS Nº 589/04; com atualização das referências pela Resolução CIB/RS Nº 564/17 e Resolução CIB/RS Nº 205/18.

Nesta construção, apontamos os componentes que integram a LCSO, bem como, as ações desenvolvidas no âmbito da APS, da Atenção Especializada e Sistemas de Apoio/Sistemas Logísticos (Assistência Farmacêutica, Transporte Sanitário). No âmbito da Atenção Especializada existem sete serviços habilitados na Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, sendo quatro na Macrorregião de Saúde Metropolitana, dois na Macrorregião de Saúde Missioneira e um na Macrorregião de Saúde Serra (Figura 71).

**Figura 71.** Unidades Hospitalares componentes da Rede de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade e suas referências, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

O tratamento integral do sobrepeso e da obesidade é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal. Nesse contexto, a APS é o espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações que enfatizem a adoção de estratégias preventivas precoces através de abordagem nutricional que garanta uma nutrição adequada durante a vida intrauterina, infância e adolescência para a prevenção de DCNT no adulto (DUNCAN et al, 2012), bem como o incentivo a práticas regulares da atividade física, viabilizando espaços públicos seguros que facilitem a incorporação desta prática no cotidiano do sujeito.

A Rede de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade no RS necessita ser ampliada, tendo em vista a importante demanda reprimida existente para o tratamento cirúrgico da obesidade. A SES/RS tem empreendido esforços na busca de novas habilitações para atender a demanda que se apresenta na assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade. Estamos em constante busca de hospitais que podem se tornar potenciais candidatos à habilitação em tela nas sete Macrorregiões de Saúde, com processo de estudo e discussões nas Macrorregiões Centro-Oeste e Norte.

Contudo, cabe ressaltar que a efetivação da habilitação não está na total governança do estado, dependendo também, do serviço manifestar e manter o interesse pela habilitação e do MS ao qual, tratando-se de habilitação federal, cabe a análise final do pleito e a decisão pela habilitação.

**4.6.2 Rede de Atenção à Pessoa com Doença Renal Crônica**

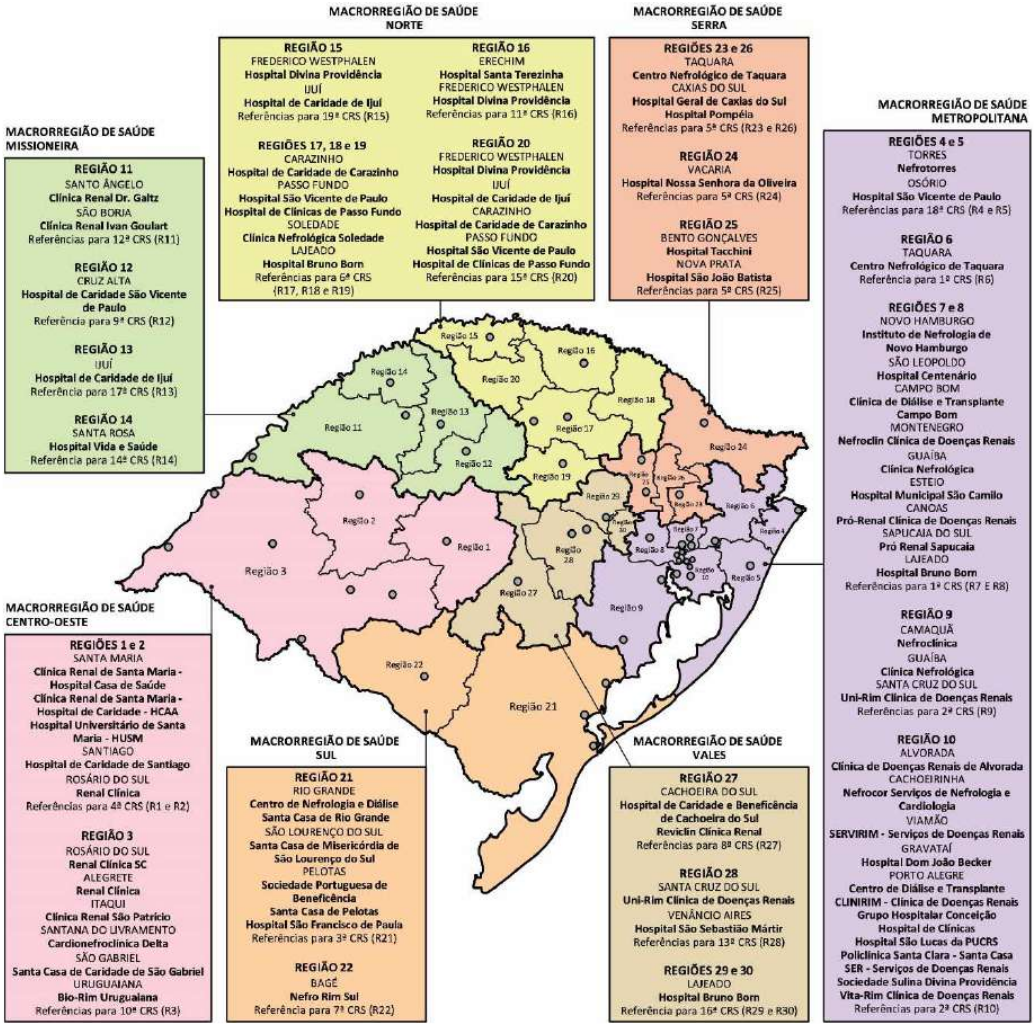
A Nefrologia é uma especialidade clínica focada nas doenças renais e uma delas é a Doença Renal Crônica (DRC), que está inserida no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT do MS. Para fins de organização do atendimento integral ao paciente com DRC, o tratamento deve ser classificado em conservador, quando nos estágios de 1 a 3, pré-diálise quando 4 e 5-ND (não dialítico) e Terapia Renal Substitutiva (TRS) quando 5-D (dialítico).

A organização, o funcionamento e o financiamento do cuidado da pessoa com DRC no âmbito do SUS são regidos pela Portaria GM/MS Nº 1.675/2018, Portaria GM/MS Nº 3.415/2018 e Portaria GM/MS Nº 3.603/2018. Os recursos financeiros para esses procedimentos são federais e advindos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), sendo repassados de acordo com a produção apresentada.

A Atenção Especializada em DRC é estruturada, para fins de habilitação pelo MS, em Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico; Atenção Especializada em DRC com hemodiálise; e Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal.

No RS existem 63 serviços habilitados para o atendimento em TRS pelo SUS, sendo 27 em estabelecimentos privados, estando distribuídos 25 na Macrorregião Metropolitana, 10 na Centro-Oeste, 7 na Sul, 6 na Norte, 5 na Vales, 5 na Serra e 5 na Missioneira.

**Figura 72.** Distribuição dos serviços para Tratamento de Substituição da Função Renal (TRS), por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

### 4.6.3 Atenção às Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares constituem a maior causa de mortalidade e morbidade no Brasil nas últimas décadas. Em 2019, 9,6% das internações hospitalares foram decorrentes de doenças cardiovasculares, sendo a causa mais frequente de óbitos, responsável por 2.283 mortes, representando 25,8% do total no Sistema de Informação sobre Mortalidade. As ações na área cardiovascular são regidas pela Portaria MS Nº 210/2004 e Portaria MS Nº 1.631/2015, onde são definidos os parâmetros populacionais, tipos de unidades de assistência, requisitos para a habilitação, produção mínima exigida e outros parâmetros.

A Rede Estadual de Alta Complexidade Cardiovascular encontra-se adequada à atual legislação, contando com 19 unidades distribuídas geograficamente, sendo sete delas Centros de Referência. A avaliação dos indicadores da qualidade da assistência é realizada através do monitoramento dos

seguintes parâmetros, conforme a Portaria Nº 1.631/2015: número de consultas com cardiologista, cardiologista pediátrico e cirurgião vascular; número de exames realizados: (Ecocardiograma transtorácico, esofágico e de esforço, Teste ergométrico, Holter, Ecodoppler de três vasos, Cintilografia miocárdica); número de cirurgias cardiovasculares adultos e pediátricas; número de cirurgias vasculares; número de procedimentos de hemodinâmica diagnósticos e terapêuticos; número de procedimentos de eletrofisiologia diagnósticos e terapêuticos; e número de procedimentos endovasculares extracardíacos.

O Quadro 7 demonstra como estão distribuídas as referências da Rede Estadual de Alta Complexidade Cardiovascular, conforme tipo de atendimento realizado, por Macrorregião de Saúde.

**Quadro 7.** Distribuição da Rede Estadual de Alta Complexidade Cardiovascular, por Macrorregião e Região de Saúde, RS, 2019.

| MACRO | REGIÃO DE SAÚDE | CIRURGIA CARDIOVASCULAR | PROCEDIMENTO INTERVENC | CIRURGIA VASCULAR | PROCEDIMENTO ENDOVASC | LAB. DE ELETROFISIOLOGIA | CENTRO DE REFERÊNCIA* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| METROPOLITANA | R6 | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA<br>HNSC | | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA<br>HNSC<br>HCR | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA<br>HNSC | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA |
| | R7 | H. M. Novo Hamburgo | | | | | |
| | R8 | HU de Canoas | | HU de Canoas | HU de Canoas | HU de Canoas | |
| | R9 | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA<br>HNSC | | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA<br>HNSC<br>HCR | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA<br>HNSC | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA | |
| | R4 | | | | | | |
| | R5 | | | | | | |
| SUL | R21 | Santa Casa de Rio Grande*<br>Santa Casa de Misericórdia de Pelotas<br>H. Sociedade Portuguesa da Beneficência de Pelotas | | | Soc. Port. De Beneficência de Pelotas | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA |
| | R22 | | | | | | |
| CENTRO-OESTE | R1 | HUSM | | | HUSM | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA |
| | R2 | | | | | | |
| | R3 | Hospital de Clínicas de Passo Fundo<br>HSVP de Passo Fundo | | | | | |
| VALES | R27 | Hospital Santa Cruz | | | | | |
| | R28 | | | | | | |
| | R29 | Hospital Bruno Born - Lajeado | | | | | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA |
| | R30 | | | | | | |
| SERRA | R23 | Hospital Geral<br>Hospital Pompéia | | Hospital Geral | | Hospital Pompéia | IC-FUC<br>HSL/PUCRS<br>ISCMPA<br>HCPA |
| | R24 | | | | | | |
| | R25 | | | | | | |
| | R26 | | | | | | |
| NORTE | R17 | Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF)<br>H. S. Vicente de Paulo de Passo Fundo (HSVP) | | | | | HSVP |
| | R18 | | | | | | |
| | R19 | | | | | | HCPF e HSVP |
| | R16 | HSVP<br>Hospital de Clínicas de Passo Fundo | | Hospital Santa Terezinha Erechim | HSVP | | |

| MACRO | REGIÃO DE SAÚDE | CIRURGIA CARDIOVASCULAR | PROCEDIMENTO INTERVENC | CIRURGIA VASCULAR | PROCEDIMENTO ENDOVASC | LAB. DE ELETROFISIOLOGIA | CENTRO DE REFERÊNCIA* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NORTE | R20 | HSVP | | | | | |
| | R15 | | | | | | |
| MISSIONEIRA | R12 | Hospital de Caridade de Ijuí | | | | | HSVP |
| | R11 | | | | | | |
| | R14 | | | | | | |
| | R13 | | | | | | |

Fonte: SES/RS.

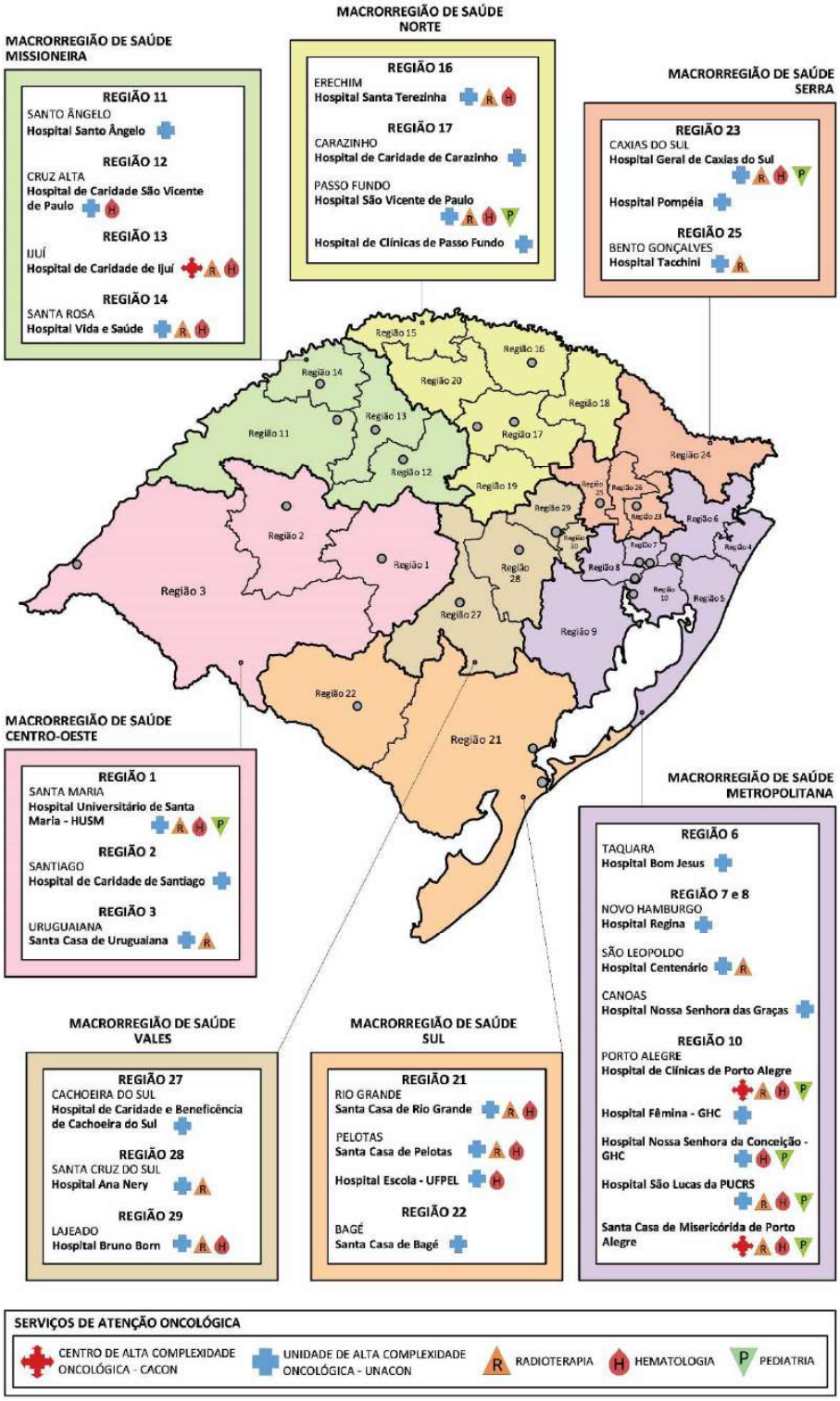
**4.6.4 Atenção ao Paciente Oncológico**

De acordo com o INCA, o número estimado de casos novos de câncer no Brasil é superior a 600 mil casos e será responsável por mais de 200.000 mortes/ano. No RS, a estimativa de casos novos, para o ano de 2020, é de 46.060, número inferior ao biênio 2018-2019 que era de 54.600 casos. Segundo os dados do Painel de Oncologia do MS, o RS teve, no ano de 2019, 39.504 casos diagnosticados de câncer, índice superior aos anos de 2017 (14.906 casos) e de 2018 (23.486 casos). Esta redução inesperada pode ser, em parte, explicada por insuficiência de registros fidedignos dos casos, tanto nos registros hospitalares de câncer quanto no registro de câncer de base populacional.

A Rede de Atenção ao Paciente Oncológico encontra-se constituída pela Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar e Sistemas de Apoio constituídos pelas Centrais de Regulação, Logística, Governança e Dispensação de Medicamentos.

A Rede Estadual de Assistência em Oncologia possui 30 Unidades Hospitalares habilitadas, sendo o Hospital de Caridade de Ijuí, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA) classificados como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON's) e as demais como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON's), conforme a Figura 73.

**Figura 73.** Distribuição dos Serviços de Atenção Oncológica - CACON, UNACON, Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica, por Região de Saúde, RS, 2020.




Fonte: SES/RS.

Considerando a necessidade de atualização dos parâmetros assistenciais para a organização da rede de atenção oncológica no país, em dezembro de 2019, foi publicada a Portaria SAES/MS Nº 1.399/2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. A portaria traz os novos parâmetros mínimos de produção, recursos humanos, necessidade de atualização de referenciamento de determinadas especialidades, bem como a atualização do **Plano Estadual de Oncologia**.

Segundo a Portaria, considerando a proporção de usuários dependentes da saúde suplementar no RS, o número de hospitais necessários para o atendimento do câncer seria de 36 estabelecimentos, desta forma, entende-se que no momento temos 83% do número ideal de unidades em atividade. As habilitações da Santa Casa de São Gabriel, na 10ª CRS, para ampliação de serviços da Macrorregião Centro-Oeste, e do Hospital Infantil Ivan Goulart de São Borja, que poderá atender a microrregião onde se encontra, estão em análise pelo MS.

Referente ao tratamento dos pacientes com **cânceres raros** (oftalmológicos, primários de osso e sarcomas), as referências hospitalares, para todas as sete Macrorregiões de Saúde do RS, são o HCPA, o Hospital São Lucas da PUCRS (HSL/PUCRS) e a ISCMPA. Para realização de **Iodoterapia**, que é um tipo de tratamento clínico com iodo radioativo para casos de hipertireoidismo ou câncer da tireoide, tem-se como referências para as respectivas Macrorregiões de Saúde: HCPA, ISCMPA e Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) (Metropolitana, Sul, Serra e Vales); Hospital de Caridade de Ijuí (Centro-Oeste e Missioneira); Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo (Norte - R17, R18, R19 e R20); e Hospital Santa Terezinha de Erechim (Norte - R15 e R16).

Para a realização de **Braquiterapia**, um tipo de radioterapia interna, tem-se como referências para as respectivas Macrorregiões de Saúde: Hospital de Caridade de Ijuí (Centro-Oeste, Missioneira e Norte); HCPA e ISCMPA (Metropolitana, Sul, Serra e Vales).

O Quadro 8 mostra a distribuição das unidades e referências hospitalares para tratamento de **Câncer de Cabeça e Pescoço, Bucal e de Sistema Nervoso Central (SNC)**, por Macrorregião de Saúde do RS. Algumas Regiões de Saúde possuem referências distintas para determinados municípios, que estão assinalados com asterisco no quadro.

**Quadro 8.** Distribuição das referências hospitalares para tratamento dos cânceres de cabeça e pescoço (câncer bucal) e do SNC, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2019.

<table>
<tr><th>MACRORREGIÃO</th><th>REGIÃO DE SAÚDE</th><th>CABEÇA E PESCOÇO (BUCAL)</th><th>SISTEMA NERVOSO CENTRAL</th></tr>
<tr><td rowspan="3">CENTRO-OESTE</td><td>R1</td><td rowspan="3">Hosp. Universitário de Santa Maria</td><td rowspan="2">H. São Vicente de Paulo de Cruz Alta</td></tr>
<tr><td>R2</td></tr>
<tr><td>R3</td><td>Santa Casa de Uruguaiana</td></tr>
<tr><td rowspan="8">METROPOLITANA</td><td>R4</td><td rowspan="5">HCPA<br>ISCMPA<br>HSL/PUCRS<br>HNSC</td><td rowspan="5">HCPA<br>ISCMPA<br>HSL/PUCRS<br>HNSC</td></tr>
<tr><td>R5</td></tr>
<tr><td>R7*</td></tr>
<tr><td>R9</td></tr>
<tr><td>R10</td></tr>
<tr><td>R6</td><td>Hospital Bom Jesus - Taquara</td><td rowspan="2">HCPA/ ISCMPA/ HSL-PUCRS/ HNSC</td></tr>
<tr><td>R7**</td><td>Hospital Regina</td></tr>
<tr><td rowspan="2">METROPOLITANA</td><td>R7***</td><td rowspan="2">Hospital Centenário</td><td rowspan="2">H. Nossa Senhora das Graças</td></tr>
<tr><td>R8</td></tr>
</table>

| MACRORREGIÃO | REGIÃO DE SAÚDE | CABEÇA E PESCOÇO (BUCAL) | SISTEMA NERVOSO CENTRAL |
|---|---|---|---|
| MISSIONEIRA | R11 | Hospital de Caridade de Ijuí | Hosp. São Vicente de Paulo de Cruz Alta |
| | R12 | | |
| | R13 | | |
| | R14 | | Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa |
| NORTE | R15 | Hospital de Caridade de Ijuí | H. São Vicente de Passo Fundo<br>Hospital de Clínicas de Passo Fundo |
| | R20 | | H. São Vicente de Paulo de Cruz Alta |
| | R17 | Hospital São Vicente de Passo Fundo<br>Hospital de Clínicas de Passo Fundo | H. São Vicente de Passo Fundo<br>Hospital de Clínicas de Passo Fundo |
| | R18 | | |
| | R19 | | |
| | R16 | Hospital Santa Terezinha de Erechim | |
| | R15* | | |
| | R20* | Hospital de Caridade de Carazinho | |
| SUL | R21 | Santa Casa de Pelotas<br>Fundação de Apoio Universitário (FAU)<br>Santa Casa de Rio Grande (Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, S. José do Norte) | |
| | R22 | Santa Casa de Bagé | Santa Casa de Pelotas e FAU |
| SERRA | R23 | Hosp. Geral de Caxias do Sul<br>Hospital Pompéia | Hospital Pompéia |
| | R24 | | |
| | R26 | | |
| | R25 | Hospital Tacchini – Bento Gonçalves | |
| VALES | R27 | HCPA/ ISCMPA/ HSL-PUCRS/ HNSC | H. Caridade e Beneficência de Cachoeira do Sul |
| | R28 | Hospital Ana Nery* - Santa Cruz do Sul | Hospital Bruno Born |
| | R29 R30 | Hospital Bruno Born | |

R7*: Araricá, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Pres. Lucena, Santa Maria do Herval, Sapiranga. R7**: Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, N.Hamburgo. R7***: São Leopoldo, Portão, São José do Hortêncio. R15*: Alpestre, Ametista do Sul, Caiçara, Cristal do Sul, F. Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Pinhal, Planalto, Rodeio Bonito, Seberi, Vicente Dutra, Vista Alegre. R20*: Barra Funda, Chapada, Constantina, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Nova Boa Vista, Novo Xingú, Ronda Alta, Rondinha, Sarandi, Três Palmeiras, Trindade do Sul.
Fonte: SES/RS.

Ainda de acordo com o Quadro 8 destaca-se que o Hospital Ana Nery também é referência em cânceres de cabeça e pescoço para o município de Triunfo, da R8, e para os municípios de Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão e São Jerônimo, da R9.

A nova portaria também prevê que a habilitação em Oncologia de um hospital não o exime de realizar exames para diagnóstico diferencial e definitivo, estadiamento e acompanhamento nos pacientes devidamente cadastrados sob sua responsabilidade. Além da oferta de exames deverá ofertar, por demanda (definida de acordo com o Planejamento Regional Integrado) e sob regulação do respectivo gestor, no mínimo: a) 3.000 consultas especializadas/ano; b) 1.200 exames de ultrassonografia/ano; c) 600 endoscopias digestivas, colonoscopias e retossigmoidoscopias/ano; d) 1.200 exames de anatomia patológica/ano; e) 650 cirurgias oncológicas/ano; f) 5.300 procedimentos de quimioterapia/ano; g) 600 procedimentos principais de radioterapia/ano; h) em hematologia: 450

procedimentos de quimioterapia curativa/ano; e i) em oncologia pediátrica: 270 procedimentos de quimioterapia/ano.

No Tabela 7 pode-se comparar os parâmetros da Portaria MS Nº 1.399/2019, com a produção mínima de cada procedimento e os valores de produção do RS em 2019.

**Tabela 7** – Comparação entre os parâmetros de procedimentos da Portaria MS Nº 1.399/2019, a produção mínima para o RS e os valores de produção do RS, 2019.

| Procedimento | Parâmetro Portaria MS nº 1.399/2019 | Produção mínima RS Portaria MS nº 1.399/2019 | Produção RS 2019 | % atingido |
|---|---|---|---|---|
| Consulta especializada | 3.000 | 90.000 | 2.168.215 | 2.409% |
| Anatomia Patológica | 1.200 | 36.000 | 414.884 | 1.152% |
| Ecografia | 1.200 | 36.000 | 254.795 | 708% |
| Endoscopia Digestiva Alta Colonoscopia/Retossigmoidectomia | 600 | 18.000 | 46.708 | 259,5% |
| Cirurgia Oncológica | 650 | 19.500 | 18.411 | 94,4% |
| Radioterapia | 600 | 18.000 | 645.000/7.599 | 107% |
| Quimioterapia | 5.300 | 159.000 | 343.661 | 216,1% |
| Oncologia Pediátrica | 270 | 1.890 | 2.129 | 112,6% |
| Hematologia | 450 | 7.200 | 4.914 | 68,2% |

Fonte: SES/RS.

A avaliação dos indicadores da qualidade da assistência ao paciente oncológico é realizada através do monitoramento dos seguintes parâmetros:

a) Número de exames citopatológicos de rastreamento de câncer de colo de útero:

Segundo a OMS, com cobertura da população alvo de, no mínimo 80%, e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo. Conforme a Figura 74 nota-se aumento significativo no número de exames citopatológicos de rastreamento de câncer de colo uterino, em torno de 30%, quando comparados aos índices de 2017.

O estado possui atualmente população de 2.780.149 mulheres com idade entre 25 e 64 anos, faixa etária determinada para realização do exame citopatológico, conforme as diretrizes do MS. Importante ressaltar que este exame deverá ser realizado por três anos consecutivos e se estiverem dentro da normalidade, o exame citopatológico é recomendado a ser realizado a cada dois anos. Assim, de acordo com os dados do DATASUS, somente 36% das mulheres da faixa etária do rastreamento o realizam efetivamente, sendo importante otimizar programas de prevenção.

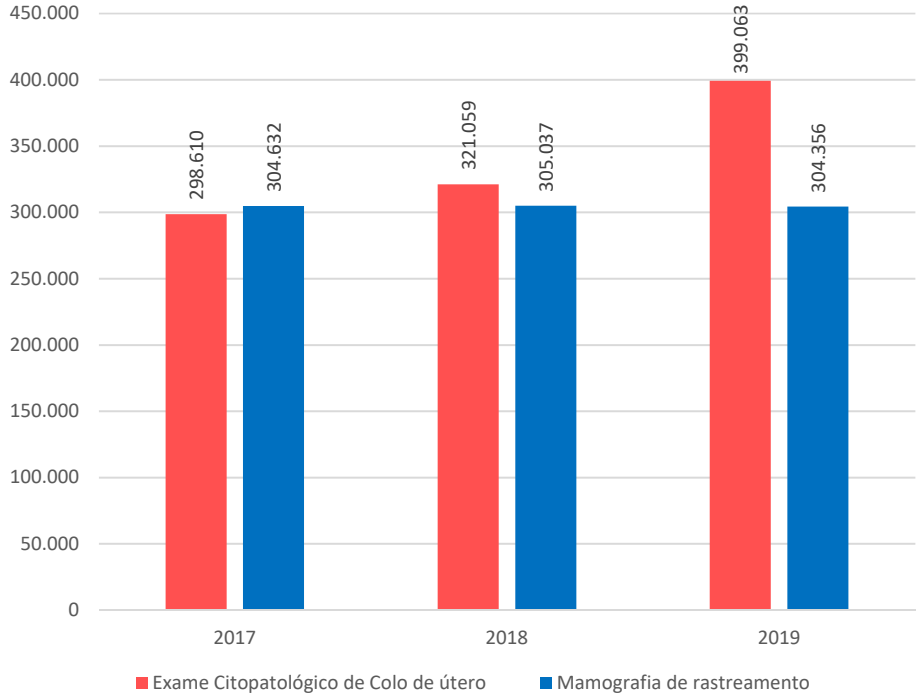
b) Número de mamografias de rastreamento:

A produção de mamografias de rastreamento tem se mantido estável ao longo dos anos. A população feminina residente com idade entre 50 e 69 anos no RS, faixa etária a que se destina o programa de rastreamento conforme diretrizes do MS, é de 1.381.538 mulheres. A periodicidade da realização da mamografia é bianual. A recomendação da OMS para realização de mamografia de rastreamento é atingir a meta de 70% da população alvo e o RS, em 2019, atingiu 31,47% da meta.

O estado possui 205 mamógrafos em uso no SUS, sendo 141 com comando simples, 34 com estereotaxia e 34 mamógrafos computadorizados. A capacidade de realização de exames, por equipamento, é de 5.069 exames/ano, considerando um desempenho de três exames por hora, em oito horas de trabalho em 22 dias por mês. Desta forma, se todos os mamógrafos operassem com sua capacidade máxima, o RS poderia produzir 1.039.145 exames/ano, ficando acima da meta preconizada

pela OMS. Frente a estes dados se conclui que se faz necessária à ampliação da oferta deste exame nos serviços de mamografias existentes.

**Figura 74.** Série histórica de exame citopatológico de colo do útero e de mamografia de rastreamento realizados, RS, 2017-2019.



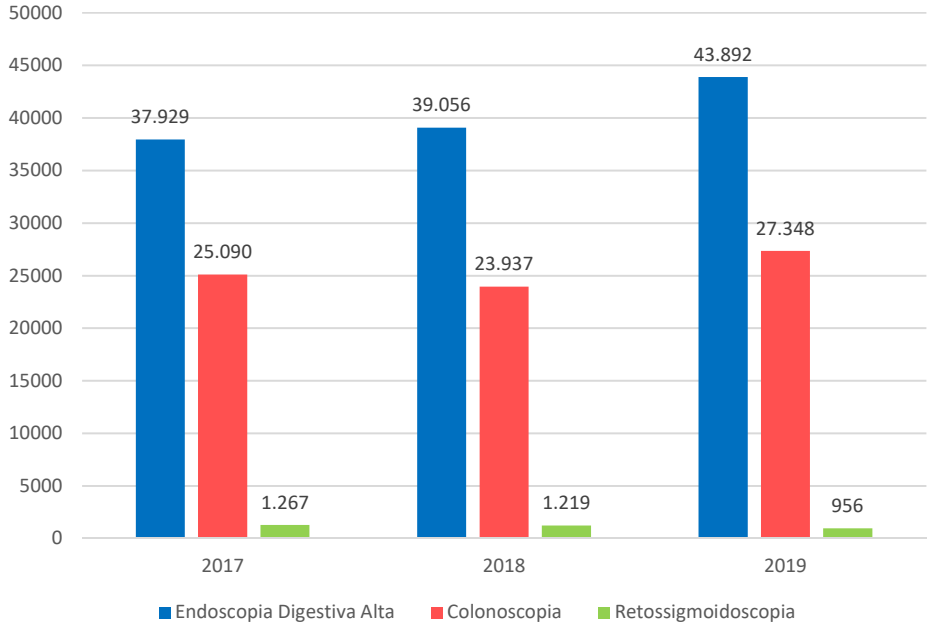

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS.

c) Número de endoscopias digestivas altas, colonoscopias e retossogmoidoscopias:

Segundo a Portaria SAS/MS Nº 140/2014 as unidades habilitadas em Oncologia deveriam realizar no intervalo de um ano: 1.920 endoscopias e 2.880 colonoscopias e retossigmoidoscopias; esta era a legislação vigente até dezembro de 2019, período a que estes dados se referem. Os dados apresentados na Figura 75 incluem todos os exames realizados no RS no período de 2017 a 2019 e não somente aqueles efetuados nas unidades habilitadas em Oncologia. Houve aumento na produção de endoscopia digestivas altas (15%) e colonoscopias (9%), e diminuição de 30% nas na realização de retossigmoidoscopias.

Desta forma, pode-se estabelecer que o RS deveria produzir anualmente (somente focando em UNACON e CACON) 57.600 endoscopias (atingiu-se 76% do esperado) e 86.400 colonoscopias e retossigmoidoscopias (atingimos em 2019 o valor de 32,75% do normatizado). Importante salientar que devido à alteração de parâmetros devido à publicação da nova Portaria supracitada, o número de exames endoscópicos digestivos exigidos pela nova legislação seria de 18.000/ano (levando em consideração endoscopias altas e baixas), sendo que a produção de 2019 no RS é de 72.196 exames.

**Figura 75.** Série histórica de endoscopias digestivas altas, colonoscopias e retossigmoidoscopias realizadas, RS, 2017-2019.




Fonte: SIA; SIH/SUS.

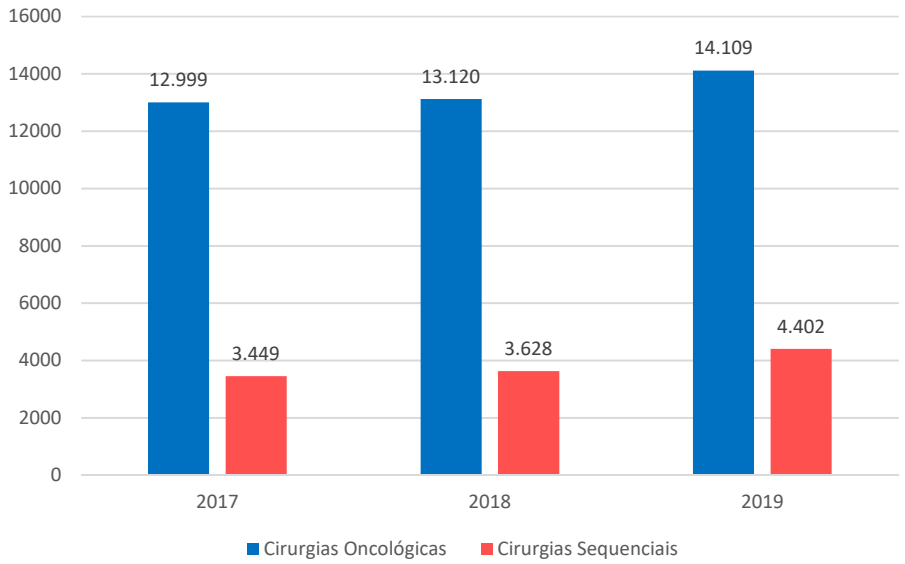
Apesar dos números serem considerados de acordo com os parâmetros mínimos exigidos, há que se otimizar a rede de acesso a diagnóstico endoscópico em virtude da alta taxa de mortalidade deste subtipo de neoplasia no RS.

d) Número de cirurgias oncológicas e cirurgias sequenciais nas unidades oncológicas:

O número absoluto de cirurgias oncológicas apresentados na Figura 76 demonstra acréscimo nos últimos anos, com redução de impacto unitário, o que representa melhoria no cuidado oncológico. Em relação aos parâmetros ministeriais, a meta do RS seria de 19.500 cirurgias/ano e em 2019 foram realizados 18.511 procedimentos (94,92% do esperado).

Outra informação relevante em relação às cirurgias oncológicas é o aumento de cirurgias sequenciais. Cirurgias sequenciais são aquelas de múltiplos procedimentos no mesmo tempo cirúrgico devido à extensão do câncer. No entanto, com o aumento deste tipo de cirurgia há um subsequente negativo impacto financeiro de modo que este dado carece de monitoramento contínuo e devidamente auditado quando necessário.

**Figura 76.** Série histórica de cirurgias oncológicas e cirurgias sequenciais em oncologia, RS, 2017-2019.

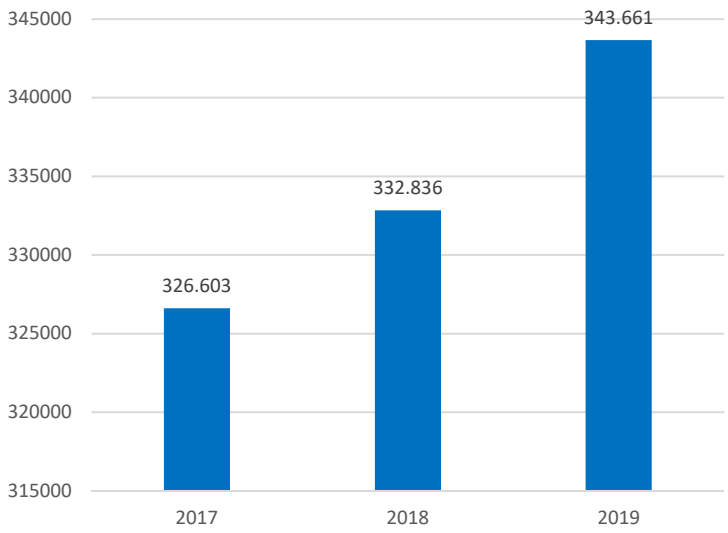



Fonte: SIH/SUS.

e) Percentual de quimioterapia paliativa realizado nas unidades oncológicas:

O RS atinge e extrapola a meta de procedimentos quimioterápicos, com total de 343.661 procedimentos realizados em 2019, sendo que o mínimo previsto era de 159.000 tratamentos quimioterápicos (Figura 77).

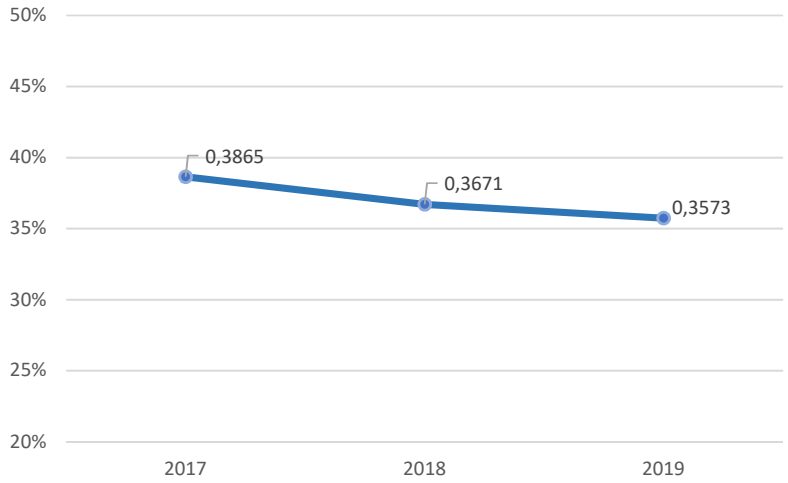
**Figura 77.** Série histórica de procedimentos quimioterápicos, RS, 2017-2019.




Fonte: SI**A**; SIH/SUS.

Entretanto, o dado mais significativo é a redução gradual de percentual de quimioterapias paliativas, que reflete a melhoria do cuidado e ao longo do tempo poderá possibilitar ganho de sobrevida (Figura 78).

**Figura 78**. Série histórica do percentual de quimioterapias paliativas, RS, 2017-2019.




Fonte: SIA; SIH/SUS.

Considerando esses dados, pode-se concluir que a linha de cuidado em Oncologia ainda carece da execução sistemática de procedimentos de rastreamento e de detecção precoce, além de exames diagnósticos especializados, estando, predominantemente, organizada nas unidades habilitadas de Oncologia, com foco nos tratamentos cirúrgicos e quimioterápicos.

O Plano de Ação Estadual em Oncologia, publicado em 2016 (Resolução CIB/RS Nº 039/2016) e atualizado em 2018 (Resolução CIB/RS Nº 163/2018), foi construído de acordo com a Portaria MS Nº 140/2014. Com a publicação da Portaria SAES/MS Nº 1.399/2019, com novos parâmetros mínimos de produção, recursos humanos, necessidade de atualização de referenciamento de determinadas especialidades, fez-se necessária a revisão e atualização do Plano Estadual de Oncologia, para adequação a nova norma ministerial. Atualmente, um grupo de trabalho composto por representações de diferentes departamentos da SES/RS trabalha na revisão dos parâmetros assistenciais e nas referências em tratamento de câncer no RS, bem como na identificação das maiores necessidades e vazios assistenciais existentes.

4.6.5 Atenção ao Paciente Neurológico

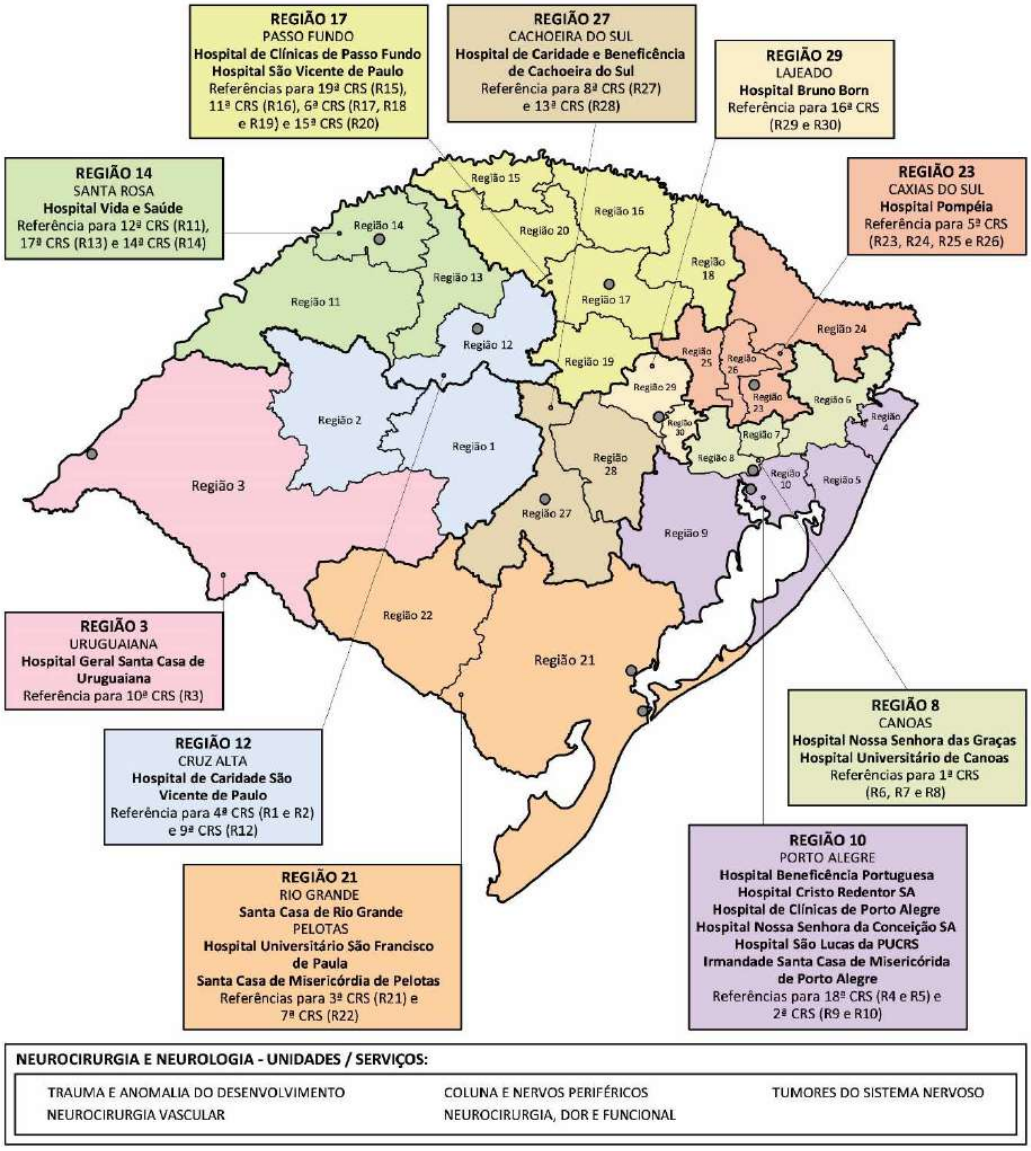
A Rede Hospitalar Estadual de Assistência ao Paciente Neurológico é composta de Serviços/Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia e Serviços de Assistência em Média Complexidade: a Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC). A Assistência de Alta Complexidade e a Linha de Cuidados em AVC tem como legislação a Portaria MS Nº 756/2005 e as Portarias de Consolidação/MS Nº 03/2017 e Nº 06/2017, respectivamente.

O RS possui 18 serviços habilitados de alta complexidade com referências territoriais nas sete macrorregiões, aprovados pela Resolução CIB/RS Nº 306/2018. Também nesta resolução, foi pactuada

a interação dos serviços de Alta Complexidade com os 21 serviços habilitados como Linha de Cuidados em AVC, presentes nas Macrorregiões Metropolitana, Serra, Norte e Missioneira.

As **Unidades/Serviços de Assistência de Alta Complexidade** em Neurologia e Neurocirurgia realizam assistência para tratamentos de casos de Trauma e Anomalias do Desenvolvimento, Coluna e Nervos Periféricos, Tumores do Sistema Nervoso, Neurocirurgia Vascular e Neurocirurgia da Dor e Funcional. Como **Centros de Referência de Alta Complexidade** em Neurologia e Neurocirurgia para o tratamento de **Epilepsia** e de **Cirurgia Endovascular** são habilitados o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o Hospital São Lucas da PUCRS (HSL/PUCRS), a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA) e o Hospital Cristo Redentor (HCR). O Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo também é habilitado como Centro de Referência em Cirurgia Endovascular, com abrangência territorial para as Macrorregiões Norte e Missioneira. A localização dos Serviços de Alta Complexidade em Neurocirurgia e Neurologia, bem como suas respectivas Regiões de Saúde de referência, estão ilustrados na Figura 79.

**Figura 79.** Distribuição das Unidades de Assistência/Atendimento de Alta Complexidade em Neurologia e Neurocirurgia, por Região de Saúde, RS, 2019.



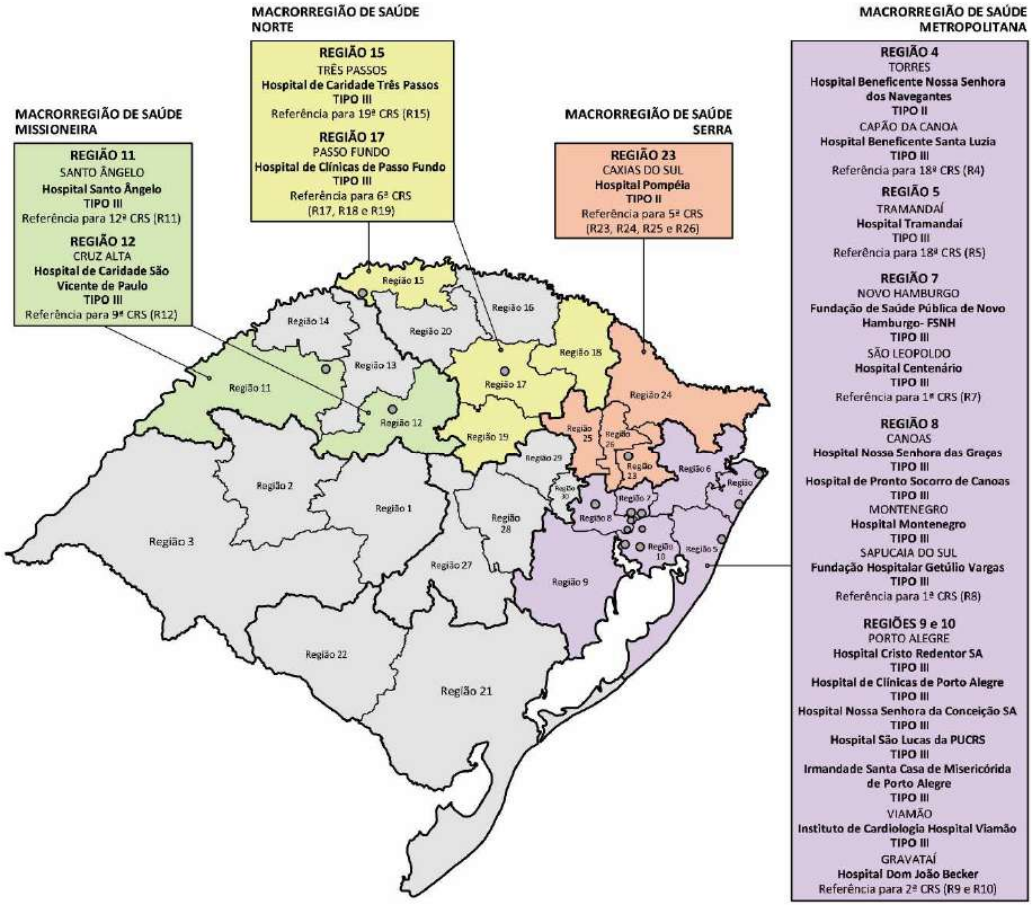

Fonte: SES/RS.

Como Centros de Referência em Neurocirurgia Estereotáxica, método minimamente invasivo de cirurgia cerebral, são habilitados o HCPA, o HSL/PUCRS e a ISCMPA para atender toda a população gaúcha. Este método pode ser usado para alcançar as áreas mais inacessíveis dentro do cérebro, sem recorrer a abertura extensa do crânio e à destruição desnecessária e indesejável de áreas de cérebro normais que estão ao redor do alvo da cirurgia como frequentemente acontece com cirurgias invasivas convencionais do cérebro.

A literatura nos traz que a maior prevalência de AVC é em indivíduos idosos, acima de 60 anos, muito embora se tenha um número relevante de AVC em adultos de 30 a 59 anos (BENSENOR et al., 2015). Quanto a **Linha de Cuidados em AVC**, o RS possui 21 hospitais habilitados, sendo 16 localizados

na Macrorregião de Saúde Metropolitana (nas R4, R5, R7, R8 e R10), um na Serra (na R23), dois na Norte (nas R15 e R17) e dois na Missioneira (nas R11 e R12), conforme Figura 80. Os serviços habilitados na Linha de Cuidado do AVC são classificados como Tipo I, Tipo II e Tipo III, sendo o diferencial os recursos humanos e equipamentos conforme especificação em legislação. São procedimentos de média complexidade, sendo que os Serviços habilitados realizam o tratamento do AVC com uso de trombolítico. Os serviços habilitados no estado são descritos nos Planos de Ação Regional (PAR) das Macrorregiões de Saúde da Rede de Urgência e Emergência (RUE), e elaborados junto das Regiões de Saúde pactuadas em CIB/RS, e apreciados pelo MS.

**Figura 80.** Distribuição dos hospitais habilitados na Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC), por Região de Saúde e área de abrangência, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

Referente a número de internações por procedimento cirúrgico do Sistema Nervoso Central (SNC), o tratamento cirúrgico de síndrome compressiva em túnel osteo-fibroso ao nível do carpo foi o mais numeroso no RS entre 2015 e 2019. Este procedimento pode ser realizado por cirurgião geral, neurocirurgião e traumatologista, não sendo exclusivo da área da neurocirurgia, sendo 80% dos casos realizado em hospitais gerais. Na Tabela 8 apresenta-se a série histórica dos quantitativos dos procedimentos neurocirúrgicos mais realizados no estado nos últimos quatro anos.

**Tabela 8.** Internações hospitalares por procedimentos neurocirúrgicos, RS, 2015-2019.

| CIRURGIAS DO SNC | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tratamento cirúrgico de síndrome compressiva em túnel osteo-fibroso ao nível do carpo | 1.442 | 1.399 | 1.922 | 1.612 | 2.012 | 8.387 |
| Derivação ventricular externar-subgaleal externa | 546 | 562 | 532 | 535 | 503 | 2.678 |
| Derivação ventricular para peritônio/átrio/pleura /raque | 456 | 450 | 458 | 462 | 512 | 2.338 |
| Neurólise não funcional de nervos periféricos | 618 | 535 | 498 | 287 | 172 | 2.110 |
| Microcirurgia para tumor intracraniano | 293 | 285 | 249 | 278 | 274 | 1.379 |
| Microneurólise de nervo periférico | 174 | 136 | 146 | 376 | 512 | 1.344 |

Fonte: SIH/SUS.

No Brasil, o número de neurocirurgias de média complexidade é de 28/1.000 habitantes, e de neurocirurgias de alta complexidade é de 16/1.000 habitantes. Já no RS, a taxa de neurocirurgias em média complexidade é de 42/1.000 habitantes e 24/1.000 habitantes para neurocirurgias de alta complexidade. A rede de assistência em neurocirurgia e neurologia é transversa na assistência ao usuário em traumato-ortopedia, linha do AVC, com procedimentos em comum na assistência. Considerando a população do RS e a Portaria SAS/MS Nº 756/2005, no que se refere ao atendimento de alta ou média complexidade, a rede existente atende os requisitos de suficiência da rede assistencial em neurologia e neurocirurgia e o quantitativo de procedimentos realizados está dentro dos parâmetros da portaria citada.

Referente a procedimentos de média complexidade em neurologia, em 2019 foram realizadas 165.221 consultas em neurologia, 33.020 consultas em neurocirurgia, 10.312 eletroneuromiografias, 19.167 eletroencefalogramas e 69.419 ultrassonografias colorida de vasos, em diversos pontos de atenção como hospital geral, centros de saúde, consórcios, hospitais habilitados em neurologia e outros serviços da rede.

A fila de espera represada nas Regiões de Saúde para consultas especializadas reflete a necessidade da população e, no Sistema Gerenciamento de Consultas (GERCON), no mês de julho/2020, constavam 445 solicitações de consultas de regiões não referenciadas ao município de Porto Alegre. Há que se considerar a existência de filas internas nas instituições hospitalares que são acessadas somente pela gestão dos serviços. Com a aprovação da Resolução CIB/RS Nº 306/2018 houve redução de 20% de solicitação de consultas no município de Porto Alegre em neurocirurgia e neurologia. As estratégias de aumento da rede dependem de outros atores como os prestadores e gestores municipais.

Com o objetivo de ampliação no rol dos procedimentos de média complexidade nesta especialidade e outras, o estado está desenvolvendo a reorganização da Rede de Média Complexidade, juntamente das CRS e suas Regiões de Saúde, através do Painel das Especialidades. Serão contemplados exames de diagnose de imagem com sedação como tomografias e ressonâncias magnéticas.

4.6.6 Atenção à Traumatologia-Ortopedia

A Portaria MS Nº 90/2009 define a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade, além de estabelecer os critérios para habilitação das Unidades junto ao MS. Entende-se por **Unidade** de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia o hospital geral ou especializado que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capazes de prestar assistência em traumatologia e ortopedia.

Entende-se por **Centro** de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade o hospital geral ou especializado em Traumatologia e Ortopedia, devidamente credenciado e habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS na Política de Atenção em Traumatologia e Ortopedia e possua também os seguintes atributos: a) Ser hospital de ensino, certificado pelo MS e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS Nº 2.400/2007; e oferecer Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia ou Educação Continuada voltada às necessidades do SUS nas diferentes áreas da assistência em traumatologia e ortopedia; b) Ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos clínicos, técnicos e operacionais estabelecidos; c) Subsidiar os Gestores Locais do SUS nas ações de regulação, controle, avaliação e auditoria na atenção em Traumatologia e Ortopedia, inclusive em estudos de qualidade e de custo-efetividade; e d) Participar do desenvolvimento e capacitação profissional em parceria com o gestor local do SUS.

As Unidades de Assistência e os Centros de Referência em Traumatologia e Ortopedia podem prestar atendimento nos serviços abaixo descritos:

- **Serviço de Traumatologia e Ortopedia (STO)**: integra a estrutura organizacional e física de um hospital, de modo a prestar assistência integral e especializada a pacientes com doenças do sistema músculo-esquelético.

- **Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica (até 21 anos de idade) (STOP)**: integra a estrutura organizacional e física de um hospital, de modo a prestar assistência integral e especializada a pacientes com até 21 anos de idade, com doenças do sistema músculo-esquelético.

- **Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência (STOU)**: integra a estrutura organizacional e física de um hospital, de modo a prestar assistência especializada de urgência a crianças, adolescentes e adultos com doenças do sistema músculo-esquelético.

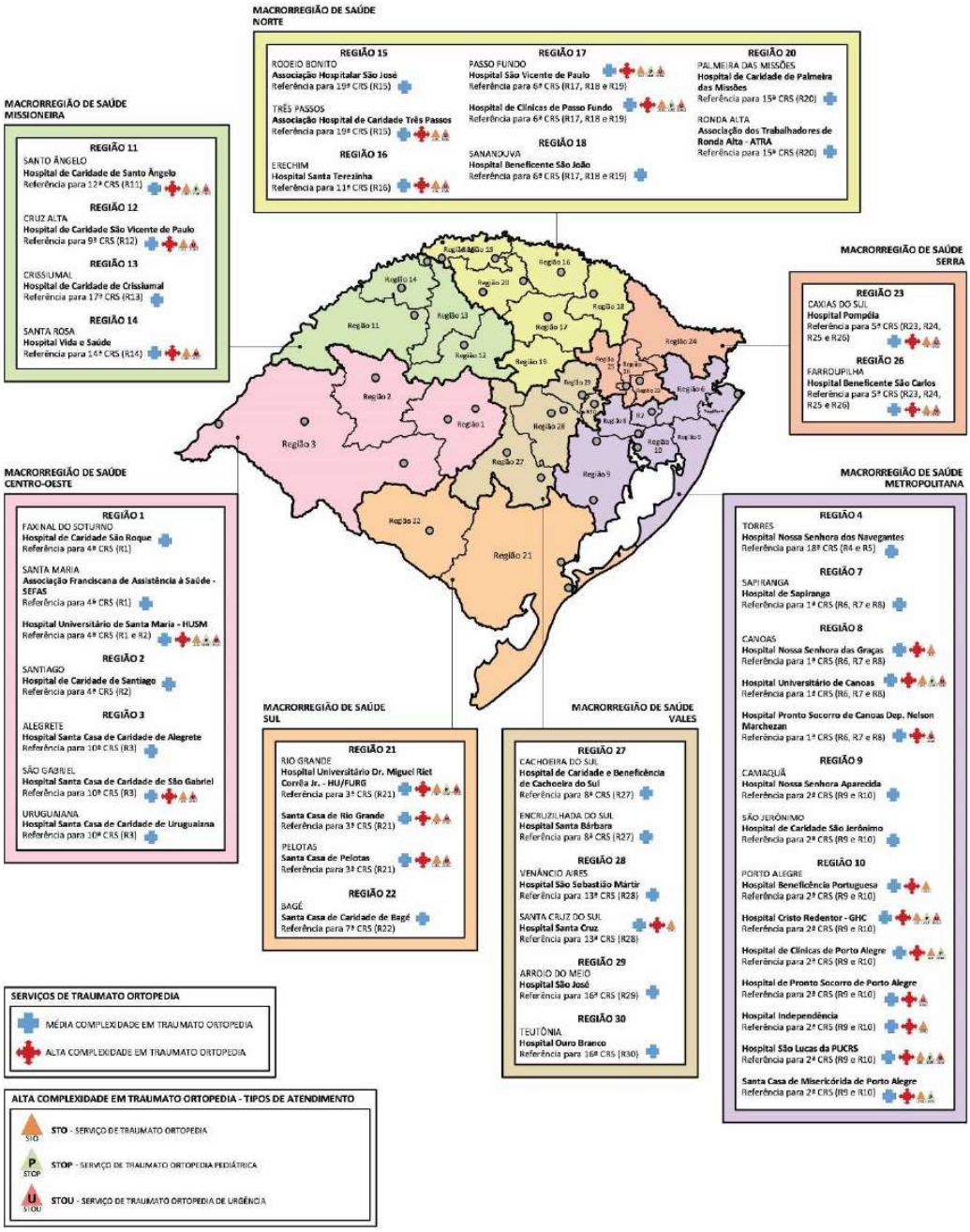
A Portaria também define que o hospital, para ser habilitado como Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade, deve ofertar todos os procedimentos de alta complexidade em Traumatologia e Ortopedia previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS/SIGTAP.

A Rede Estadual de Assistência em Alta Complexidade de Traumatologia e Ortopedia do RS é composta por 25 Unidades Hospitalares Habilitadas pela Portaria MS Nº 90/2009. Em 2010, a Resolução CIB/RS Nº 112/2010 aprovou as referências a essas Unidades, incluindo todos os municípios do estado, e em 2019, com a Resolução CIB/RS Nº 202/2019, habilitou o Hospital São Carlos de Farroupilha como unidade de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, tendo uma ampliação de acesso aos residentes da Macrorregião de Saúde Serra.

Das 25 Unidades, 22 são habilitadas como **Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia** e três como **Centro de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia,** conforme a Figura 81. Dentro desses seguimentos, temos as três

modalidades de serviços (STO, STOP E STOU) e todos os municípios do estado possuem referência em alta complexidade nas três modalidades pactuadas em CIB.

**Figura 81.** Rede de Média e Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2019.




*Centro de Referência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia.
STO: Serviço de Traumatologia e Ortopedia. STOP: Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica. STOU: Serviço de traumatologia e Ortopedia de Urgência. Fonte: SES/RS. Resolução CIB/RS Nº 112/2010.
Fonte: SES/RS.

A Rede de Média Complexidade em Traumatologia e Ortopedia não exige habilitação. Sendo assim, foi realizado estudo da rede para que o estado possa pactuar a rede de média complexidade, abrangendo todos os municípios, em todos os seguimentos da especialidade.

A Resolução CIB/RS Nº 412/13 institui os Serviços Integrados de Atenção Especializada Ambulatorial. As Unidades que recebem esse incentivo estadual possuem as referências na especialidade de Traumatologia e Ortopedia pactuadas em resoluções CIB específicas. Mas o estado não possui ambulatórios em todas as regiões de saúde, tendo assim municípios sem referência pactuada em CIB para a especialidade na média complexidade, mas muitos municípios possuem referencias estabelecidas em contratos (municípios de gestão plena) ou em CIR.

Mesmo com todos os municípios possuindo referência pactuada, as filas de espera para a Traumatologia e Ortopedia são grandes e muitos prestadores deixam de cumprir os quantitativos (metas físicas) estipulados em contrato. Situação que não tem surtido efeito para sua reversão, mesmo com empenho das comissões de acompanhamento de contratos (CACs) e da área técnica. Assim, o tempo de espera dos pacientes segue aumentado.

A área técnica realizou estudo da rede e aguarda retorno do GT de média e alta complexidade para aprovação e busca de novas referências, principalmente em média complexidade. Além do exposto, a área técnica está sempre em busca de possíveis prestadores para novas habilitações, mas devido a valores da tabela SUS muitos não possuem interesse em se habilitar na especialidade. Outra ação importante é a inclusão em contratos das subespecialidades que a Traumato-ortopedia possui, auxiliando assim o cumprimento de todos os procedimentos previstos na tabela SUS.

### 4.6.7 Atenção às Pessoas com Doenças Raras

As doenças raras são caracterizadas por uma ampla diversidade de sinais e sintomas e variam não só de doença para doença, mas também de pessoa para pessoa acometida pela mesma condição. Manifestações relativamente frequentes podem simular doenças comuns, dificultando o seu diagnóstico, causando elevado sofrimento clínico e psicossocial aos afetados, bem como para suas famílias. As doenças raras podem ser degenerativas ou proliferativas.

Considera-se doença rara aquela que afeta até 65 pessoas/100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas/2.000 indivíduos. O número exato de doenças raras não é conhecido, estimando-se que existam entre 6.000 a 8.000 tipos diferentes em todo o mundo, sendo que 80% delas decorrem de fatores genéticos e as demais advêm de causas ambientais, infecciosas, imunológicas, entre outras. Muito embora sejam individualmente raras, como um grupo elas acometem um percentual significativo da população, o que resulta em um problema de saúde relevante (BRASIL, 2019). Conforme o MS, as condições raras (como também são chamadas as doenças raras) afetam mais de 13 milhões de brasileiros, ou seja, eles possuem alguma das cerca de oito mil doenças raras já catalogadas.

Devido à especificidade de cada doença, a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, instituída pela Portaria MS Nº 199/2014, estrutura a organização do cuidado em dois eixos: as doenças raras de origem genética e de origem não genética e cada eixo organizado em grupos. O eixo I é composto pelas doenças raras de origem genética e organizado nos seguintes grupos: a) anomalias congênitas ou de manifestação tardia; b) deficiência intelectual; e c) erros inatos de metabolismo. Já o eixo II é composto por doenças raras de origem não genética e organizado nos

seguintes grupos: a) infecciosas; b) inflamatórias; c) autoimunes; e d) outras doenças raras de origem não genética.

A atenção ambulatorial especializada e hospitalar no cuidado às pessoas com Doenças Raras compreende um conjunto de diversos pontos de atenção já existentes na RAS, com diferentes densidades tecnológicas, apoiando e complementando os serviços da APS de forma resolutiva e em tempo oportuno. O Serviço de Referência de Atenção às Pessoas com Doenças Raras é responsável por ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas aos indivíduos com doenças raras ou com risco de desenvolvê-las, de acordo com eixos assistenciais disciplinados na Portaria MS Nº 199/2014.

O RS foi precursor do atendimento aos raros sendo um dos oito primeiros estabelecimentos do país a possuir um Serviço de Referência em Doenças Raras. Somente no final de 2019, novos serviços foram habilitados e, atualmente, existem 17 estabelecimentos distribuídos pelo país. O RS possui um Serviço de Referência em Doenças Raras, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), habilitado conforme a Portaria MS Nº 3.253/2016, para atendimento aos indivíduos com Doenças Raras de origem genética de todo o estado. Atualmente, o Hospital Universitário de Santa Maria pleiteia a habilitação no MS como serviço de referência em doenças raras de origem genética para atendimento a toda a Macrorregião Centro Oeste.

O HCPA é a referência estadual para atendimento de casos de Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia, de Deficiência Intelectual associada a Doenças Raras e de Erros Inatos do Metabolismo. A produtividade no atendimento ambulatorial do HCPA na Atenção às Doenças Raras é apresentada na Tabela 9.

**Tabela 9** – Produtividade no atendimento ambulatorial na Atenção às Doenças Raras, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, 2017-2020.

| Procedimento Ambulatorial Doenças Raras | 2017 | 2018 | 2019 | 2020* |
|---|---|---|---|---|
| Anomalias congênitas ou manifestações tardias | 591 | 609 | 456 | 190 |
| Deficiência intelectual | 339 | 379 | 530 | 187 |
| Erros inatos do metabolismo | 486 | 507 | 397 | 101 |
| Aconselhamento genético | 2.543 | 2.637 | 2.849 | 799 |
| **Total** | **3.959** | **4.132** | **4.232** | **1.277** |

*Dados de janeiro a julho/2020.
Fonte: DATASUS.

Outro ponto relevante foi o aumento da aprovação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) pelo MS. Os protocolos são fundamentais no atendimento multidisciplinar e uniformizam o tratamento, oferecendo segurança e qualidade na atenção aos doentes raros. Estes são elaborados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que atualmente possui 45 PCDTs destinados a tratar as pessoas com doenças raras. Neste sentido, destaca-se a Portaria MS/SAS/SCTIE Nº 15/2019, referente ao PCDT para a Atrofia Muscular Espinhal 5q tipo I, bem como a Portaria MS/SCTIE Nº 24/2019 que incorpora o medicamento Nusinersena, no âmbito do SUS, a pacientes com diagnóstico genético confirmatório que não estejam em ventilação mecânica invasiva permanente.

### 4.7 Atenção Especializada no Processo Transexualizador

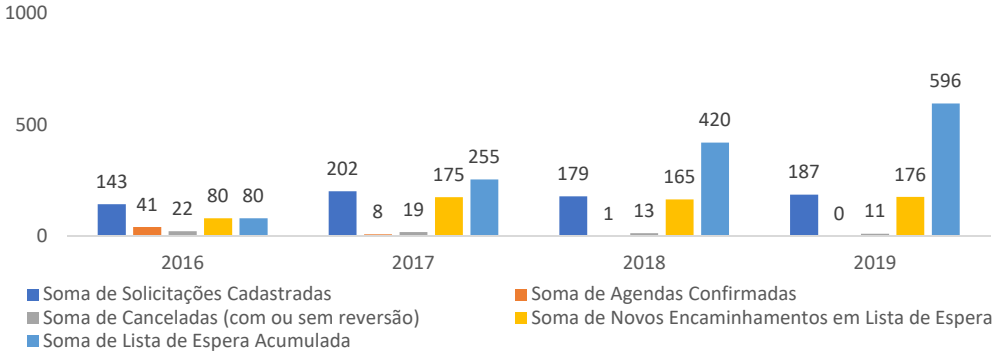
A atenção especializada a travestis e transexuais está prevista na Portaria de Consolidação Nº 2/2017, que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. O processo transexualizador garante a travestis, mulheres e homens transexuais o cuidado necessário para a transição de gênero. No RS, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é o único serviço habilitado pelo MS de atenção ao processo transexualizador.

Nos últimos anos, a SES/RS tem acompanhado a mobilização de municípios e serviços para a ampliação da oferta de cuidado especializado no processo transexualizador a partir da constituição de novos pontos de atenção, o que contribui positivamente para o acesso. Destas iniciativas, cita-se (a) o Centro de Especialidades Médicas de Canoas, em processo de habilitação na modalidade ambulatorial (Resolução CIB/RS Nº 118/2018); (b) o Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Jr. de Rio Grande, em processo de habilitação nas modalidades ambulatorial e hospitalar (Resolução CIB/RS Nº 165/2019); (c) o Centro de Referência em Saúde da Mulher e População LGBT de Passo Fundo, serviço municipal com atendimento ambulatorial; (d) o Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre, serviço municipal com atendimento ambulatorial; e (e) a Policlínica do Rosário, de Santa Maria, serviço municipal com atendimento ambulatorial.

Referente ao número de procedimentos hospitalares (cirúrgicos) realizados pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a partir da publicação da Portaria Nº 2.803/2013 (Anexo 1 do Anexo XXI da Portaria de Consolidação Nº 2/2017), entre os anos de 2014 e 2019 tem-se um total de 115 procedimentos realizados, sendo 23 cirurgias complementares de redesignação sexual, 55 redesignações sexuais no sexo masculino, 13 histerectomias comanexectomias bilaterais e colpectomias sob processo transexualizador, três mastectomias simples bilateral sob processo transexualizador e 21 plásticas mamárias reconstrutivas bilaterais incluindo próteses mamárias de silicone bilateral no processo transexualizador.

Em relação ao processo transexualizador, os encaminhamentos se dão a partir das UBS dos municípios cadastrados no sistema GERCON e gerenciados pela regulação estadual (exceto Porto Alegre, que possui regulação própria para esta especialidade). Na Figura 82 apresenta-se a fila de espera de solicitações cadastradas no GERCON na especialidade Saúde Mental - Transexualidade, entre 2016 e 2019, no estado do RS.

**Figura 82.** Fila de espera ativa de solicitações cadastradas no sistema GERCON na especialidade Saúde Mental -Transexualidade, RS, 2016-2019.

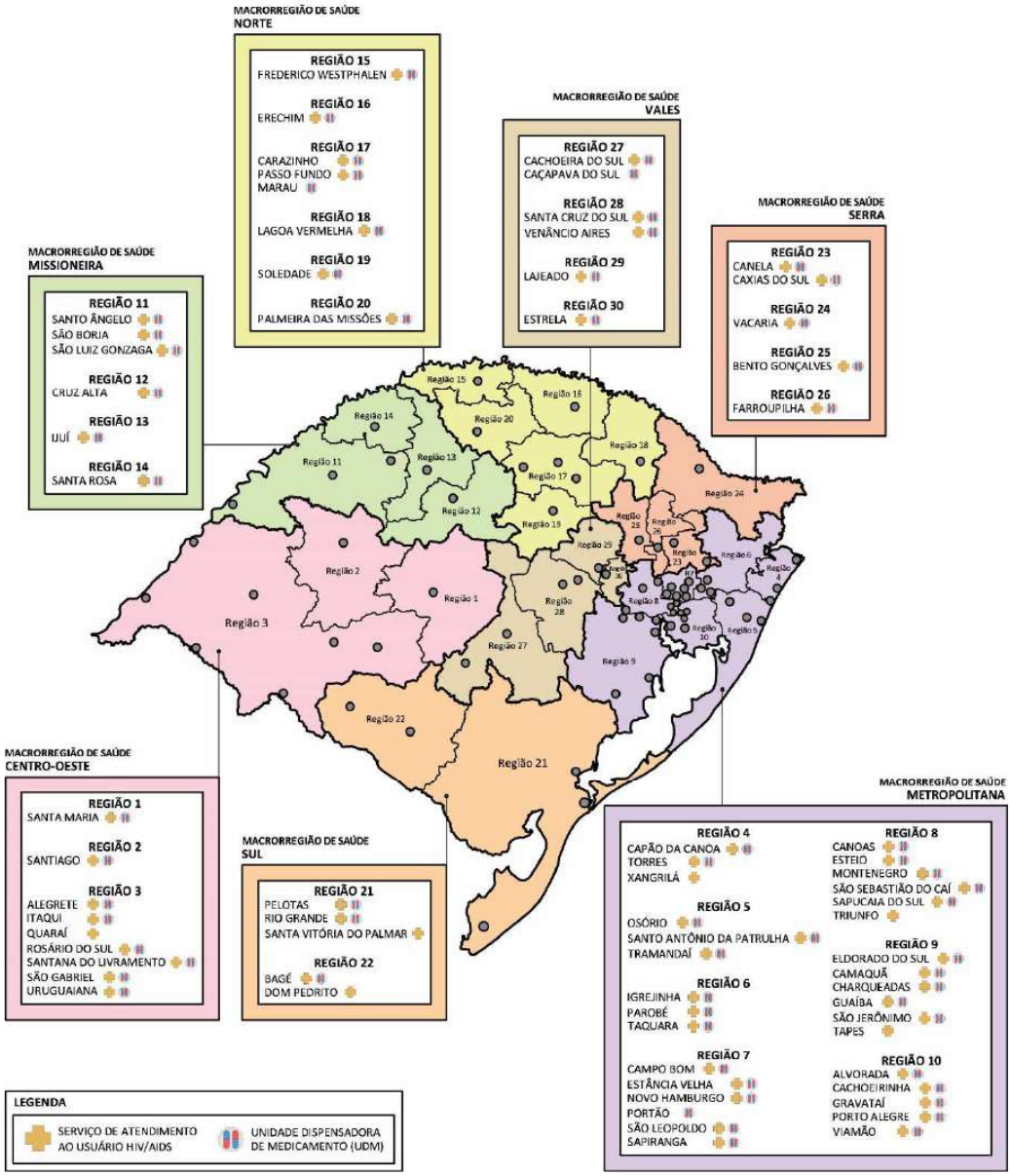



Fonte: SES/RS.

## 4.8 Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

O estado do RS possui 80 serviços para atendimento ao usuário **HIV/Aids** no que compete à Atenção Secundária em Saúde e 69 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), buscando facilitar o acesso da medicação aos usuários, nas 30 Regiões de Saúde. O estado avançou com o processo de Regionalização do Atendimento ao usuário HIV/Aids, que consiste em definir fluxos e responsabilidades no atendimento regional ao usuário HIV/Aids, alcançando sete Regiões de Saúde (R8, R9, R11, R13, R14, R26 e R28) com referências de atenção secundária (Figura 83).

**Figura 83.** Serviços para atendimento ao usuário HIV/Aids, RS, 2020.




Fonte: SES/RS.

Além disso, a Regionalização traz consigo o fomento à implantação da **Linha de Cuidado para as Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST),** prioridade da Gestão Estadual de IST/Aids. O papel do estado consiste em orientar os municípios na organização das RAS, apresentando diretrizes e recomendações gerais para subsidiar a definição das atribuições entre os níveis de atenção, com enfoque para o compartilhamento do cuidado entre APS e atenção especializada.

No âmbito da prevenção, construiu-se ao longo de 2019, em cooperação com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o projeto "Tecnologias sociais inovadoras de educação e saúde para a prevenção das IST/HIV/AIDS". O projeto faz parte do Eixo de Prevenção do Programa RS Seguro, estando voltado à população de adolescentes em idade escolar e profissionais das áreas da saúde e educação. O objetivo principal é trazer temáticas importantes não só para a prevenção das IST/HIV/Aids, mas, também, de saúde integral, como a saúde reprodutiva, uso de álcool e outras drogas, diversidade, estigma e discriminação, violência e *bullying*, através de estratégias inovadoras que provoquem o interesse e sejam eficazes na mudança de atitudes.

Serão oferecidas ações a 21 municípios prioritários, que receberão um circuito de *containers* personalizados, interativos, com intervenções conduzidas por monitores/atores, apresentação de cenas no ambiente escolar, acompanhadas de oficinas com estudantes, profissionais da educação e da saúde, *kits* para realização de intervenções em escolas, além de mídias sociais direcionadas aos jovens nas temáticas do Projeto. Estima-se atingir aproximadamente 200.000 jovens e que as ações ocorram em interface com o Programa Saúde na Escola.

Nos últimos anos, a fim de promover a ampliação da rede de diagnóstico de HIV e **Sífilis** nos três níveis de atenção, todos os municípios do estado foram capacitados para realização de Teste Rápido (TR). Os profissionais dos municípios foram qualificados para a realização de acolhimento, aconselhamento, testagem e diagnóstico para HIV e Sífilis, com ênfase nas unidades de saúde que não possuem estrutura laboratorial, tais como unidades básicas, pronto atendimento, unidades prisionais, entre outros. A ampliação da oferta de TR nos serviços de saúde tem impacto importante frente à epidemia, uma vez que oportuniza o diagnóstico e o tratamento precoce, reduzindo a morbimortalidade e a transmissibilidade do vírus.

Para o enfrentamento e eliminação da **Transmissão Vertical (TV) do HIV e da Sífilis Congênita** busca-se reforçar e qualificar estratégias no âmbito da prevenção, assistência, vigilância e tratamento no pré-natal, parto e puerpério. Para que essas ações possam ser acompanhadas em nível local, foram criados os Comitês de Investigação da Transmissão Vertical municipais e regionais, que são instâncias intersetoriais que visam à discussão dos casos investigados e a elaboração de ações inovadoras para o enfrentamento da Sífilis e do HIV.

Atualmente, o estado possui nove comitês regionais instituídos (3ª CRS, 5ª CRS, 6ª CRS, 8ª CRS, 9ª CRS, 10ª CRS, 13ª CRS, 14ª CRS e 18ª CRS) e 19 comitês municipais instituídos (Alvorada, Cachoeirinha, Campo Bom, Canoas, Caxias do Sul, Erechim, Esteio, Gravataí, Guaíba, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Uruguaiana e Viamão), os quais são fortalecidos com informações para o monitoramento e construção de estratégias conjuntas.

A necessidade de impacto na redução dos números de TV levou a construção da Nota Técnica Estadual Nº 01/2019, que determina a realização de TR para HIV e Sífilis em 100% das gestantes/parturientes, pais/parceiros, bem como em todas internações e procedimentos ambulatoriais por motivo de abortamento. O conhecimento da sorologia da parturiente, e de seu/sua parceiro(a), assim como na situação de abortamento, independentemente de se tratar de serviços do

SUS ou não, é essencial para diagnóstico e para a adoção de medidas profiláticas adequadas e oportunas, evitando assim a TV do HIV e Sífilis.

A SES/RS realiza também o monitoramento dos casos de **sífilis em gestantes**, em regiões prioritárias do estado, e ações de apoio e orientações aos municípios quanto ao diagnóstico, tratamento oportuno, seguimento do caso e tratamento do (a) parceiro (a) sexual, contribuindo para a redução da transmissão da doença. Nas maternidades, no âmbito do HIV/Aids e Sífilis, são realizadas ações para estabelecimento de fluxos e manejo clínico da gestante/parturiente da criança e testagem do parceiro visando qualificar a assistência prestada e diminuir as barreiras de acesso aos serviços.

Para divulgar amplamente os dados epidemiológicos a gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde, a SES/RS publica, em versão digital, o informe epidemiológico atualizado sobre a sífilis adquirida, a sífilis em gestante e a sífilis congênita. A gestão estadual vem apoiando os profissionais de saúde municipais quanto ao fluxo adequado de diagnóstico e tratamento, bem como quanto ao preenchimento correto das notificações de sífilis em gestante, com o objetivo de subsidiar os profissionais para a qualificação das informações e redução das subnotificações.

A SES/RS, em conjunto com o MS, organizou a **Agenda Estratégica de Trabalho HIV/Aids, ISTs, Hepatites Virais** e Tuberculose, que contempla dez municípios prioritários do RS: Alvorada, Canoas, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, São Leopoldo, Santa Maria e Viamão. A agenda visa a cooperação técnica entre os entes de forma a contribuir para o desenvolvimento da resposta a esses agravos, conforme as prioridades da agenda nacional, entre elas: a redução da mortalidade das Pessoas Vivendo com HIV, redução da TV da sífilis e eliminação do HIV, e ampliação do diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida e em gestantes.

Com a intenção de propor medidas visando a melhoria da qualidade na prevenção, vigilância, atenção e assistência, o estado investiga os óbitos por Aids. Atualmente o RS possui dois Comitês Municipais de Investigação de Óbitos por HIV/Aids implantados, em Porto Alegre e em Uruguaiana. Outros municípios considerados prioritários no enfrentamento da mortalidade por Aids recebem apoio sistemático para realizar a investigação dos óbitos e utilizar os resultados no desenvolvimento de ações que busquem reduzir os mesmos, visando a qualificação da rede de atenção à saúde e a qualidade de vida da pessoa vivendo com HIV. Os municípios prioritários para o enfrentamento da mortalidade por Aids são elencados anualmente a partir de critérios epidemiológicos, como a análise do coeficiente bruto de mortalidade por Aids dos municípios. Em 2020 foram os municípios de Cachoeira do Sul, Porto Alegre e Rio Grande.

Para o enfrentamento dos índices negativos da epidemia de IST/HIV/Aids no estado, foram criados projetos de prevenção e de assistência que atendam os segmentos populacionais mais vulneráveis e que possam trazer resultados efetivos a esta grave situação de saúde. No âmbito da assistência, criou-se o Projeto de Enfrentamento da Mortalidade e Fortalecimento da Assistência Voltada a Pessoas que Vivem com HIV/Aids. Pretende-se identificar as barreiras de acesso e os perfis de vulnerabilidade da vinculação e de diferentes padrões de retenção de pessoas infectadas pelo HIV em serviços públicos de saúde; assim como analisar os efeitos de tecnologias de saúde que visam reduzir esses eventos no contexto brasileiro, a partir da **implantação de ambulatórios de vinculação**. Estes serviços irão acolher pessoas recentemente diagnosticadas com HIV, farão monitoramento dos padrões de retenção dos usuários nos serviços, além de identificar e buscar pessoas com problemas de adesão ao tratamento.

As **Hepatites Virais**, dos tipos B e C, que são sexualmente transmissíveis, caracterizam-se como agravos de extrema importância para o cenário epidemiológico gaúcho, especialmente a transmitida

pelo vírus C. Em 2019, foram confirmados 5.191 casos de Hepatite C no RS e a taxa de incidência deste agravo no estado, historicamente, é superior à taxa nacional.

Entre 1999 e 2019, foram notificados no SINAN 673.389 casos confirmados de hepatites virais no Brasil, sendo 253.307 (37,6%) referentes aos casos de Hepatite C. Em relação à distribuição dos óbitos, segundo agente etiológico, de 2000 a 2018, 76,02% dos óbitos identificados no Brasil, por causas básicas e associadas às hepatites virais foram relacionados a Hepatite C.

O tratamento da Hepatite C avançou muito nos últimos anos. As opções atualmente disponíveis, chamadas de antivirais de ação direta, possibilitam regimes de curta duração, seguros e bem tolerados, com respostas virológicas sustentadas (RVS) superiores a 90%. O SUS atualmente assegura o tratamento para todos os pacientes, na forma aguda ou crônica, independentemente do estadiamento de fibrose hepática.

Neste cenário, alinhado às recomendações da OMS, o MS pactuou, em 2018, junto aos estados e municípios, o Plano de Eliminação da Hepatite C. A proposta é reduzir as novas infecções e a mortalidade associada a elas em 90% e 65%, respectivamente, até 2030. O objetivo geral é ampliar o acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da hepatite C, envolvendo as três esferas de governo, para a redução de novas infecções e de mortalidade. Ações estratégicas para o diagnóstico, tratamento e prevenção em diferentes grupos populacionais são etapa importante do processo do controle da Hepatite C, por isso, o estabelecimento de diretrizes voltadas para grupos prioritários pode facilitar e acelerar o processo de eliminação da doença (estratégias de microeliminação).

A transmissão do HCV ocorre principalmente pela via parenteral, por meio do contato com sangue contaminado. Populações vulneráveis a este tipo de contaminação são consideradas prioritárias para traçar **estratégias de microeliminação** da doença, tais como: pessoas em hemodiálise, usuários de drogas injetáveis e a população privada de liberdade. Ainda, a rede laboratorial dos bancos de sangue é um importante meio para localizar indivíduos possivelmente contaminados e encaminhá-los para seguimento e tratamento.

Uma das estratégias eficazes para o controle das **Hepatites Virais B e C** é a aplicação dos TR para triagem, determinando o diagnóstico precoce e tratamento adequado. A testagem rápida iniciou no RS em 2012, inicialmente nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e posteriormente foi descentralizada para as unidades de saúde, proporcionando um aumento significativo do quantitativo de TR realizados no estado. Atualmente, 494 municípios gaúchos realizam TR, correspondendo a 99% do total. A ampliação do diagnóstico, através do aumento das testagens rápidas nos serviços de saúde, associada à garantia do tratamento para todos os diagnosticados com Hepatite C, independentemente do grau de comprometimento do fígado, tem elevado o número de pacientes com cura estabelecida.

O RS atua na redução dos casos de TV de Hepatite B através do apoio técnico e distribuição de Imunoglobulina pelos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), do Hospital Sanatório Partenon e do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, em Porto Alegre. Além desta ação, o estado aderiu a recomendação do MS de proporcionar a profilaxia às gestantes com Hepatite B (HBV) através do acesso ao Tenofovir via UDMs.

### 4.9 Atenção às Urgências

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) 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 RAU está organizada em oito componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica

em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar. As diretrizes da RAU estão definidas nas Portarias de Consolidação GM/MS Nº 03/2017 e Nº 06/2017.

Os Planos de Ação Regional (PAR) têm como objetivo estruturar a RAU, 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 MS os Planos das Macrorregiões de Saúde Metropolitana, Sul, Centro-Oeste, Serra e Norte enquanto as demais Macrorregiões possuem os Planos aprovados pela CIB/RS e encontram-se em análise pelo MS.

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, sequelas 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 podendo ser de três tipos: Unidade de Suporte Básico (USB), Unidade de Suporte Avançado (USA) e Motolância.

A 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 USB em atividade, embora não em todos os municípios. A USA é um veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar em que há necessidade de cuidados médicos intensivos. A Motolância, utilizada como apoio às USB e USA, é um veículo conduzido por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para pilotagem defensiva.

O estado conta com 163 Bases do SAMU 192. Essas Bases atendem 293 municípios que, com seus 10.355.560 habitantes, representam 91,4% da população gaúcha. A frota SAMU possui em funcionamento 36 USA, 189 USB e 17 Motolâncias e a cobertura por Tipo de Unidade consta na Tabela 10.

**Tabela 10.** Cobertura por Tipo de Unidade da frota SAMU, RS, 2020.

| MACRORREGIÃO | NÚMERO TOTAL DE MUNICÍPIO COM SAMU | POPULAÇÃO TOTAL COBERTA PELO SAMU - 2018 ESTIMATIVA TCU | MOTO | SA | SB |
|---|---|---|---|---|---|
| Norte | 68 | 947.025 | 2 | 3 | 32 |
| Missioneira | 56 | 768.856 | 0 | 4 | 23 |
| Vales | 47 | 835.151 | 1 | 4 | 15 |
| Centro-Oeste | 22 | 928.249 | 1 | 2 | 22 |
| Sul | 18 | 1.009.430 | 4 | 3 | 21 |
| Metropolitana | 65 | 4.784.756 | 8 | 18 | 56 |
| Serra | 17 | 1.082.093 | 1 | 2 | 20 |
| **Total** | **293** | **10.355.560** | **17** | **36** | **189** |

Fonte: SES/RS.

O SAMU 192 é acessado através do telefone "192" e acionado por uma **Central de Regulação das Urgências**. 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.

Com base em dados gerais, arquivados e classificados a partir do Sistema Solução de Atendimento Pré-Hospitalar (SAPH) da Central de Regulação Estadual do SAMU RS, nota-se discreto decréscimo no número geral de ocorrências em 2018 (1.121.171) em comparação a 2017 (1.490.400). Desses, o número de ligações efetivamente reguladas por médicos reguladores, em 2019, permaneceu em torno de 270.000.

Com objetivo de qualificar o atendimento do SAMU, reduzindo o tempo-resposta do atendimento, a Resolução CIB/RS Nº 338/2019 apresentou o Projeto de **Regulação Compartilhada**, através de Centrais Acessórias de Regulação Remota, em municípios com Base SAMU. Atualmente, estão em funcionamentos três Centrais Compartilhadas, nos municípios de Santa Maria, Bento Gonçalves e Santa Cruz do Sul (R01, R25 e R28). Ainda para agilizar o processo de regulação dos chamados ao SAMU, foi disponibilizado aplicativo de celular para todo o RS, denominado "**Chamar 192**", que pretende facilitar o atendimento de pacientes em situação de urgência.

O **Núcleo de Educação em Urgências (NEU)** está organizado para formação, capacitação, habilitação e educação continuada de trabalhadores para as urgências. O NEU também é responsável pela organização, monitoramento e controle das equipes das 163 Bases implantadas no RS junto ao Sistema SAPH. Conta com Núcleos de Educação Municipais que promovem capacitação para as suas equipes, nas próprias Bases e nas suas regiões.

A **Unidade de Pronto Atendimento 24 horas** (UPA 24h), conforme Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017, é um estabelecimento de complexidade intermediária entre a APS e a atenção hospitalar, que deve se articular com os demais serviços de saúde do território, possibilitando a circulação do paciente pelos três níveis de complexidade. Atualmente, 21 Regiões de Saúde contam com UPA 24h em atividade (R1, R3, R5, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14, R17, R21, R22, R23, R24, R25, R26, R27, R28 e R29).

Das 63 UPA's 24h previstas para o estado, 33 foram inauguradas (31 estão habilitadas e/ou qualificadas pelo MS, recebendo recursos conforme Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017 e duas aguardam habilitação), 04 estão em diferentes fases de construção, 15 foram revogadas e 11 estão em processo de readequação física para serem abertas como estabelecimento de saúde diferente do original. As revogações das Portarias de habilitação das UPA 24 horas são publicadas em Portarias específicas pelo MS, pelos motivos de descumprimento de prazos estabelecidos na legislação vigente (apresentação dos documentos e informações necessárias ao recebimento das parcelas do incentivo financeiro; prazos para inserção da Ordem de Início de Serviço) ou por solicitação recebida de proponente de UPA 24 horas, habilitada pelo MS em portaria específica, para cancelamento e devolução de recursos.

No **Componente Hospitalar,** as **Portas de Entrada Hospitalares de Urgência** são serviços de atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas ou referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, conforme Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017. No RS, foi instituído em 2013 o cofinanciamento para as Portas de Entrada de Urgência e Emergência por meio da Resolução CIB/RS Nº 373/2013. A partir da Resolução CIB/RS Nº 111/2015, a SES/RS 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 aprovou o incentivo estadual para os hospitais que disponibilizarem **Plantão Presencial** nas 24 horas nas especialidades de traumato-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia buco-maxilo-facial, otorrinolaringologia e oftalmologia. Dez Regiões de Saúde possuem este serviço (R1, R4, R7, R8, R10, R12, R15, R17, R20 e R21), sendo as especialidades distribuídas em 17 hospitais.

Conforme a Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017, 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 RAU, 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 um leito novo, em hospitais privados, conveniados ou contratados pelo SUS. No estado, entre leitos qualificados e novos habilitados, existem 719 Leitos Clínicos de Retaguarda à RAU distribuídos em três Regiões de Saúde (R8, R10 e R21).

As instituições hospitalares que disponibilizarem novos Leitos de UTI específicos para retaguarda à RAU ou que qualificarem os leitos já existentes farão jus ao custeio diferenciado, conforme Portaria de Consolidação GM/MS Nº 06/2017. O RS possui 328 Leitos de UTI qualificados sendo pagos pelo MS como Retaguarda à RAU, 279 leitos de UTI adultos e 49 leitos de UTI pediátricos, distribuídos nas Regiões de Saúde R1, R2, R3, R7, R8, R10, R21, R22, R23, R24, R25 e R26.

Conforme Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017, os Leitos de Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas. No estado, existem 151 Leitos de Cuidados Prolongados habilitados, distribuídos em seis Regiões de Saúde (R1, R10, R13, R14, R15 e R16).

As **Linhas de Cuidado** que compõem a RAU contemplam a assistência aos pacientes vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Trauma, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Síndrome Coronariana Aguda, porém nem todas financiadas pelo MS. A **Linha de Cuidado do AVC** está prevista na Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017, que dispõe sobre critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como centros de atendimento de urgência a esses pacientes. No estado, 10 Regiões de Saúde (R4, R5, R7, R8, R10, R11, R12, R15, R17 e R23) dispõem de 200 leitos para essa Linha de Cuidado. A **Linha de Cuidado do IAM** está prevista na Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017, que aprova a Linha de Cuidado do IAM e o protocolo de síndromes coronarianas agudas, considerando a necessidade de habilitar Unidades Coronarianas (UCO). No estado, existem 12 leitos habilitados nesta Linha de Cuidado, distribuídos em três hospitais, em duas Regiões de Saúde (R10 e R23). A **Linha de Cuidado do Trauma** está prevista na Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017, que dispõe sobre a organização dos Centros de Trauma. No entanto, a Portaria GM/MS Nº 701/2018 extinguiu a habilitação de novos Centros de Trauma, sendo que não existem tais serviços habilitados à RUE no estado.

A **Atenção Domiciliar** caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS. Este componente tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar, para a humanização da atenção à saúde, a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou a redução do período de permanência de usuários internados, viabilizando a disponibilização de leitos hospitalares para retaguarda das

urgências e preservação dos vínculos familiares. A Atenção Domiciliar é organizada em três modalidades: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) 1 e 2 e Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP). É uma modalidade de atenção substitutiva ou complementar às já existentes. No estado, existem 59 equipes habilitadas (EMAD 1: 40; EMAD 2: 7; EMAP: 12), distribuídas em 15 Regiões de Saúde (R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R14, R21, R22, R23, R25, R26 e R28).

4.9.1 Transplantes de Órgãos/Tecidos

O gestor estadual é responsável pela regulação e logística do processo de Doação e Transplantes do RS. Este se inicia a partir da Notificação Compulsória do Diagnóstico de Morte Encefálica, certificação dos potenciais doadores e efetivação do doador após entrevista familiar. O transplante é uma medida terapêutica cujo objetivo é salvar vidas ou melhorar a qualidade de vida dos pacientes que se encontram na fila de espera para receber um órgão.

O Brasil é o 2º país no mundo com maior número de transplantes, sendo o processo totalmente gerido e realizado pelo SUS. O RS é o 4º estado transplantador por milhão de população no Brasil, sendo destaque e líder para transplantes de pulmão, transplantes renais pediátricos e 2º lugar em transplantes pediátricos de fígado. Nos últimos três anos, houve queda gradual no número de doadores efetivos, sendo que do total de notificações, aproximadamente 30% dos potenciais doadores foram efetivados (Tabela 11). Este indicador está relacionado ao aceite das famílias à doação, que atualmente segue uma média de 40% de negativas.

**Tabela 11.** Quantitativo de notificações de morte encefálica e doadores efetivos, RS, 2016-2019.

| Ano | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| **Notificações** | 697 | 789 | 682 | 627 | 2.795 |
| **Doadores efetivos** | 284 | 295 | 238 | 216 | 1.033 |

Fonte: SES/RS.

O trabalho realizado pelo gestor estadual tem sido, de forma prioritária, o desenvolvimento de ações como parcerias com organizações não governamentais e órgãos governamentais com vistas a definir estratégias para a conscientização da população em relação a doação de órgãos; implementação de Equipes de Captação de Órgãos, no interior do estado e na região Metropolitana, com vistas a aumentar a agilidade nas captações e, consequentemente, redução da lista de espera para transplantes; trabalho conjunto com as Organizações Procuradoras de Órgãos e Comissões Intrahospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos, com monitoramento dos fatores decisivos na efetivação dos potenciais doadores. Na Tabela 12 apresenta-se a série histórica do número de órgãos sólidos transplantados no RS entre 2016 e 2019.

**Tabela 12.** Número de órgãos sólidos transplantados, RS, 2016-2019.

| Ano | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| **Rim** | 552 | 592 | 497 | 486 | 2.127 |
| **Fígado** | 149 | 147 | 123 | 143 | 562 |
| **Pulmão** | 51 | 80 | 92 | 66 | 289 |
| **Coração** | 25 | 23 | 26 | 26 | 100 |
| **Pâncreas** | 6 | 1 | 1 | 0 | 8 |
| **Total** | **783** | **843** | **739** | **721** | **3.086** |

Fonte: SES/RS.

A partir de 2021, o Departamento de Regulação Estadual (DRE) objetiva aumentar o quantitativo de transplantes realizados em 10% ao ano, através da instituição de coordenadores de transplantes nos 20 hospitais de neurocirurgia do estado, da implantação de seis equipes cirúrgicas de retirada de órgãos e da implantação e desenvolvimento de sistema informatizado integrado ao Sistema Nacional de Transplantes.

## 4.10 Estabelecimentos Estaduais Próprios

O Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais (DCHE) foi criado na estrutura da SES/RS como órgão responsável por gerir a estrutura formada por três hospitais: Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), Hospital Sanatório Partenon (HSP), Hospital Colônia Itapuã (HCI) e, também, o Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS). O gerenciamento dessa rede tem o propósito de coordenar e integrar as atividades administrativas, técnicas e pedagógicas de assistência, ensino e pesquisa, com base nos princípios e diretrizes do SUS e as políticas de saúde da SES/RS.

A estrutura básica do DCHE é formada por uma Direção-Geral que é assessorada, em cada hospital e ambulatório, por direções administrativas e direções técnicas, além de diferentes divisões e setores. Nessa estruturação, há fluxos de trabalho implementados para encaminhar e definir propostas de apoio nas áreas de atenção, gestão e promoção hospitalar do SUS e o desenvolvimento de programas e projetos correlatos.

A missão do DCHE é, portanto, coordenar as ações dos hospitais e ambulatório do estado, com vistas a melhoria dos padrões de atendimento em consonância com a legislação do SUS. Como visão, o DCHE objetiva ser um departamento com gestão integrada, com vistas ao atendimento de excelência a saúde de sua população, assumindo valores como ética, transparência, competência, responsabilidade e compromisso. Nesse sentido, implementa as políticas da SES/RS, que visam qualificar a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar.

As unidades do DCHE são:

O **Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP),** foi inaugurado em 29 de junho de 1884, na cidade de Porto Alegre. A unidade recebia pessoas com diagnósticos diversos em saúde mental, com poucas oportunidades de retornarem às famílias e suas cidades de origem.

Repensando seu papel social, o HPSP passou por mudanças importantes em seu perfil clínico-assistencial buscando um realinhamento às necessidades de saúde da população e as políticas públicas de seu tempo. Nesse sentido, a unidade busca desde a década de 70, um processo de ressocialização de moradores da instituição, fazendo com que parte destes pudessem retornar para as suas comunidades. Em 1987, o HPSP passa por uma nova reorganização, visando um processo permanente de desinstitucionalização de seus moradores.

Cabe salientar que, o HPSP é um hospital de alta complexidade referência no atendimento em saúde mental para o estado do RS. A unidade é referência para 88 municípios da Região Metropolitana (cerca de 5 milhões de pessoas), dispondo de 140 leitos distribuídos em cinco unidades de pacientes agudos. O hospital possui uma unidade feminina e duas unidades masculinas (para transtornos psiquiátricos em geral), com 30 leitos cada. Além disso, possui uma unidade exclusiva para infância e adolescência, o Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) com 20 leitos e uma unidade para tratamento de dependência química com 30 leitos.

Importante dispositivo da RAPS para o estado, presta atendimento de média complexidade à comunidade local do município de Porto Alegre, contando com ambulatórios especializados em desordens mentais de alta prevalência, tais como esquizofrenia e outras psicoses, transtornos de humor, transtornos de ansiedade, centro de reabilitação, transtornos de personalidade, dependência química e psicoterapias. Em consonância com a RAPS e comprometido com seu papel social, o HPSP ainda contribui para o arranjo organizacional da rede de saúde, realizando reuniões periódicas com a Equipe de Saúde Mental do Adulto (ESMA) e Equipe de Saúde Mental da Criança e Adolescente (ESCA) da gerência Partenon/Lomba do Pinheiro, visando um melhor matriciamento em saúde mental de casos de média e alta complexidade. Dessa forma, o HPSP contribui para uma maior efetividade dos encaminhamentos de usuários do SUS.

O HPSP almeja, nesse novo ciclo de planejamento, qualificar a assistência prestada aos usuários do SUS, visando informatizar o Ambulatório Melanie Klein e avançar no processo de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência. A informatização do Ambulatório permitirá o gerenciamento de consultas ambulatoriais, permitindo a regulação do acesso à assistência de forma a respeitar as necessidades dos usuários em tempo oportuno. Já o avanço no processo de desistintucionalização está alicerçado em outro importante dispositivo da RAPS, o **Serviço Residencial Terapêutico (SRT).**

O SRT tem como função cuidar das pessoas que foram institucionalizadas ao longo dos anos e que não lograram sucesso em voltar para suas famílias e/ou municípios. A maioria delas não tem familiares conhecidos e os existentes não conseguem ou não assumiram seu cuidado. O objetivo do trabalho nos SRTs é resgatar os direitos sociais, a cidadania e o bem-estar dos pacientes. Atualmente, ainda residem no interior da instituição 60 pessoas, todas elas em processo de preparação para a desinstitucionalização. Além disso, existem 79 moradores já desinstitucionalizados e vinculados ao Hospital através de quatro SRTs em casas incluídas na comunidade totalizando 33 moradores.

Como instituição de ensino, o HPSP, conta com a Residência em Psiquiatria, a Residência em Psiquiatria da Criança e do Adolescente. O HPSP é campo para práticas e atividades de estágio curricular e extracurricular a alunos de cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, através de cooperação com as principais Instituições de ensino médio, técnico e superior do estado.

O **Hospital Sanatório Partenon (HSP)**, inaugurado em 27 de janeiro de 1951, foi o primeiro hospital público do RS destinado ao atendimento de pacientes com tuberculose (TB). O hospital é referência estadual em ações e serviços de promoção e recuperação da saúde, com ênfase em TB, HIV/Aids, Hepatites Virais e doenças associadas, em âmbito ambulatorial e hospitalar. Desde 1997 conta com atendimento aos portadores do HIV/Aids, incluindo Ambulatório e Hospital Dia para adultos, gestantes e crianças, Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Caio Fernando Abreu. A partir de 2020, o HSP integrará o Centro de Referência e Tratamento em HIV/Aids do RS.

O HSP conta com equipe multidisciplinar, incluindo as áreas médicas (clínicos e especialistas, como pneumologistas, psiquiatras, cardiologistas, infectologistas entre outros), de enfermagem, fisioterapia, serviço social, terapia ocupacional, educação física, nutrição e psicologia. Esses serviços sofreram modificações necessárias para atender a novas demandas, como o aumento de usuários em uso de substâncias psicoativas, população em situação de rua, egressos do sistema prisional e coinfectados TB-HIV.

O HSP cumpre seu papel como retaguarda hospitalar, para capacitações, pesquisa e matriciamento para os Programas de TB e HIV/Aids da SES/RS. Desde 2003 desempenha importante

papel na formação de recursos humanos para o SUS, servindo como campo de estágio para a Escola de Saúde Pública e outras Instituições de Ensino Superior (IES), tanto na área de graduação quanto de pós-graduação. Abriga capacitações para os diversos Municípios do estado, nas áreas programáticas de TB, HIV/Aids, hepatites virais e vacinas.

Atualmente, é a única referência terciária no estado para o atendimento ambulatorial de pacientes com TB Multidrogarresistente (TBMDR) e Micobacterioses Não Tuberculosas (MNT). Ressalta-se que os casos de TBMDR aumentaram nos últimos dez anos, consequência dos múltiplos abandonos prévios de tratamentos com o esquema básico, principalmente nas populações mais vulneráveis, confirmando a necessidade de um serviço especializado com abordagem multiprofissional destes usuários.

O **Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS)** atende usuários com hanseníase, HIV/Aids e ISTs. A prioridade de atendimento é para usuários referendados pelos municípios com consultas agendadas pelas prefeituras, o que o caracteriza como referência estadual. O HSP e o ADS são estratégicos na resposta à epidemia de HIV/Aids, particularmente no que tange a redução da mortalidade. Considerando a necessidade de amplificar e potencializar as ações nos dois serviços, está em processo de criação o Centro de Referência e Treinamento do RS (CRT/RS). Trata-se de referência para a atenção integral às PVHA e IST e suas coinfecções, para multiplicação de conhecimentos, informações técnicas, educação permanente em diversas subespecialidades, sendo também sítio de pesquisas e centro de avaliação, implantação e transferência de novas tecnologias para a saúde.

O **Hospital Colônia Itapuã (HCI)** é uma instituição para a assistência em saúde a 20 pacientes ex-hansenianos e 41 pacientes psiquiátricos. O hospital recebeu pacientes psiquiátricos oriundos do HPSP, sendo a última transferência em 2017. O HCI também tem por metas as ações de responsabilidade social no seu entorno hospitalar comunitário e a captação de colaboradores parceiros técnicos e voluntários. Está situado no distrito de Itapuã, no município de Viamão, na Macrozona de Amortecimento Ambiental do Parque Estadual de Itapuã e da Lagoa Negra. O seu quadro de servidores é composto por profissionais com vários anos de experiência em reabilitação neurológica e traumatológica e a estrutura física dos prédios e o amplo espaço de jardins são ideais para a prestação de cuidados em reabilitação.

O HCI foi declarado Hospital Verde pela Organização Saúde Sem Dano (*Health Care Without Harm*) com a chancela da ONU/UNESCO (globalnetwork@hcwh.org) em maio/2018, em função da proteção, recuperação e promoção do uso sustentável dos diversos ecossistemas de seu território verde (1.250 hectares) e de seu entorno comunitário. As Ações de Responsabilidade Social são desenvolvidas na Unidade de Ensino e Pesquisa do hospital, oficializada em agosto/2018, através do programa prioritário da instituição: HCI/Patrimônio Histórico, Cultural e Ambiental: um Mundo, uma Saúde. Este programa abriga 10 projetos técnicos inscritos na *Global Green and Healthy Hospitals Agenda (*greenhospitals.net), coordenados por servidores da SES/RS e desenvolvidos com pacientes, membros da comunidade, membros do Corpo de Voluntários, estagiários e pesquisadores.

Também são instituições hospitalares de responsabilidade estadual o Hospital de Alvorada, Hospital Geral de Caxias do Sul, Hospital Padre Jeremias, Hospital Tramandaí e Hospital Regional de Santa Maria (HRSM).

O **Hospital de Alvorada**, inaugurado em setembro/1985, possui gestão estadual e está situado na R10 - Capital/Vale do Gravataí. É um serviço de média complexidade com atendimento nas áreas de clínica médica e cirurgia, obstetrícia, pediatria e urgência e emergência. Possui habilitação para realizar procedimentos de esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia), cuidados intermediários e 10 leitos de UTI neonatal. Sua capacidade instalada é de 100 leitos de internação SUS. A gerência

hospitalar está a cargo da Fundação Universitária de Cardiologia (FUC) através de convênio com a SES/RS.

O **Hospital Geral de Caxias do Sul**, inaugurado em março/1998, possui gestão municipal (plena) está situado na R23 - Caxias e Hortências. É um serviço de média e alta complexidade, com atendimento nas especialidades de clínica, cirurgia geral, cirurgia bariátrica, fisioterapia, fonoaudiologia, hemodiálise, hemodinâmica, ginecologia e obstetrícia (AGAR), pediatria, psiquiatria, unidade de cuidados intermediários canguru e oncologia (radioterapia e quimioterapia), e UTIs adulto, neonatal e pediátrico, e urgência e emergência adulto e pediátrico. Sua capacidade instalada é de 227 leitos de internação SUS. O Hospital Geral está sob gerência da Fundação Universidade de Caxias do Sul, através de convênio com a SES/RS.

O **Hospital Padre Jeremias** de Cachoeirinha, com gestão estadual, está localizado na R10 e é um serviço de média complexidade com atendimento nas áreas de clínica médica e cirurgia, ginecologia, obstetrícia e pediatria, urgência e emergência. Possui habilitação para realizar procedimentos de esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia), cuidados intermediários, 10 leitos de UTI neonatal e vídeo cirurgia. Sua capacidade instalada é de 100 leitos de internação SUS. A gerência hospitalar está a cargo da FUC através de convênio com a SES/RS.

O **Hospital de Tramandaí** é de propriedade registral imobiliária da União e posse do Estado nos termos do contrato de cessão de uso gratuito firmado entre a Superintendência de Patrimônio da União do Rio Grande de Sul (SPU/RS) e o Estado, em julho/2018. Nestes termos, o hospital de Tramandaí é de gestão estadual. Está situado na R5 - Bons Ventos, no Litoral Norte. É um serviço de média e alta complexidade, com atendimento nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, infectologia, ortopedia e traumatologia, neurologia, neurocirurgia, pediatria, pneumologia, psiquiatria, obstetrícia, UTI adulto e neonatal, cuidado intermediário adulto e neonatal, urgência e emergência. Sua capacidade instalada é de 132 leitos de internação SUS. O Hospital de Tramandaí está sob gerência da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, através de convênio com a SES/RS.

O **Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)**, com gestão estadual, está situado na R1 - Verdes Campos. Iniciou suas atividades assistenciais em julho/2018 com a implantação do Ambulatório de Especialidades em Hipertensão e Diabetes, com modelo assistencial desenhado dentro da proposta de Planificação da Rede de Atenção à Saúde. Em 2019, o iniciou atendimento ambulatorial de cardiologia, incluindo procedimentos diagnósticos terapêuticos de média e alta complexidade, bem como o atendimento multiprofissional com enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, nutricionista, assistente social, educador físico e fisioterapeuta. Também inclui as especialidades médicas de endocrinologia, angiologia, nefrologia e oftalmologia. Em 2020, foi inaugurada a ala hospitalar e, atualmente, o serviço possui habilitação de 40 leitos clínicos e 15 leitos de UTI adulto, ambos específicos para internação de pacientes por SRAG e COVID-19. O HRSM está sob a gerência do Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia de Porto Alegre (IC-FUC) através de convênio com a SES/RS.

A SES/RS também apoia a implantação de hospitais regionais, como o Hospital Público Regional de Palmeira das Missões e o Hospital de Pronto Socorro de Pelotas. A construção do **Hospital Público Regional de Palmeira das Missões** foi aprovada pelo MS por Convênio firmado pela Caixa Econômica Federal, MS e a Prefeitura Municipal de Palmeiras das Missões, em 2010, sem a interveniência do Governo do Estado do RS. Em maio/2019 foi iniciada sua construção com previsão de 224 leitos, sendo 39 de UTI e 180 de internação, beneficiando a população de 72 municípios das regiões Norte e Noroeste do estado. A instituição atenderá especialidades em ortopedia, neurologia, obstetrícia, oncologia, cardiologia, hemodiálise, urologia e fisioterapia. Atualmente, 99% da obra basilar já foi concluída, correspondendo a 30% do cronograma global. A conclusão da obra está prevista para 2022.

O município de Pelotas é referência para cerca de 1 milhão de pessoas residentes nas 22 cidades que abrangem a 21ª Região de Saúde do RS, disponibilizando serviços de urgência e emergência e de média e alta complexidade. Atualmente a porta de entrada referência para urgência e emergência para a região de Pelotas é o Hospital São Francisco de Paula (**Pronto Socorro de Pelotas**), no entanto, a estrutura física deste hospital já não comporta a demanda desta linha de cuidado.

Diante disso, a gestão estadual, em conjunto com a gestão municipal de Pelotas objetivando buscar alternativas para qualificar o atendimento na área de urgência e emergência da região, identificou a possibilidade de adequação do espaço físico onde hoje se localiza a UPA Bento, sendo possível a abertura neste espaço de um hospital regional de pronto socorro com a estrutura física e a capacidade técnica adequada para o atendimento da população.

### 4.11 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF) é uma política transversal nas RAS, atuando de forma articulada e integrada com os programas e serviços no SUS. Conforme estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Resolução CNS Nº 338/2004), a AF trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e o uso racional por meio de disponibilidade regular e oportuna para uma assistência terapêutica integral. Este conjunto envolve pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos e insumos, assim como sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização para a melhoria da qualidade de vida da população. Visando a integralidade e resolutividade das ações da AF, os estabelecimentos farmacêuticos devem funcionar como pontos de atenção centrados no usuário, promovendo acompanhamento farmacoterapêutico, educação em saúde, promoção do autocuidado e adesão aos tratamentos estabelecidos, farmacovigilância e manejo de riscos associados ao uso de medicamentos.

O acesso a medicamentos essenciais no SUS é orientado pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), um elemento técnico-científico que orienta a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos nos serviços de saúde. A RENAME é composta por três componentes: Básico, Estratégico e Especializado, que norteiam as ações de planejamento e seleção de medicamentos, em todos os níveis de atenção, podendo os estados e os municípios adotarem relações de medicamentos específicas e complementares, de acordo com as características epidemiológicas da região.

O RS possui o Programa de Medicamentos Especiais, que compõe um grupo de medicamentos e terapias nutricionais para o tratamento de doenças de prevalência no estado, não contempladas nos programas de saúde do MS. O financiamento e a aquisição deste Programa são de responsabilidade exclusiva da SES/RS, conforme Portaria SES/RS Nº 670/2010, Resolução CIB/RS Nº 216/14 e posteriores ajustes por meio de Ações Civis Públicas para atendimento de grupos específicos. No Quadro 9, constam informações sobre a organização do acesso a medicamentos essenciais no SUS, conforme orientação da RENAME 2020, discriminadas por: elenco; medicamentos/necessidades de saúde; financiamento; logística e local de dispensação dos medicamentos.

**Quadro 9.** Organização do acesso a medicamentos Essenciais no SUS, conforme orientação da RENAME 2020, por: elenco, medicamentos/necessidades de saúde, financiamento, logística e local de dispensação.

| Elenco da Assistência Farmacêutica | Medicamentos/Necessidades de Saúde | Financiamento | Logística | Local de dispensação |
|---|---|---|---|---|
| **Componente Básico (CBAF)**<br>Portaria de Consolidação GM/MS nº 3193/19<br>Resolução CIB/RS nº008/20 | Medicamentos Básicos, Essenciais, Fitoterápicos, matrizes homeopáticas e tinturas-mãe. | MS - valores definidos com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), conforme classificação dos municípios nos seguintes grupos:<br>a) IDHM muito baixo: R$ 6,05 por habitante/ano;<br>b) IDHM baixo: R$ 6,00 por habitante/ano.<br>c) IDHM médio: R$ 5,95 por habitante/ano.<br>d) IDHM alto: R$ 5,90 por habitante/ano.<br>e) IDHM muito alto: R$ por habitante/ano.<br><br>SES: R$2,36 por habitante/ano.<br><br>SMS: R$2,36 por habitante/ano. | SMS: seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação. | Farmácias Municipais / Unidades Básicas de Saúde (UBS) |
| | Insulinas NPH e Regular<br><br>Contraceptivos | MS: compra centralizada | MS: aquisição e distribuição.<br><br>SES: programação e distribuição.<br><br>SMS: programação e dispensação. | |
| **Componente Estratégico (CESAF)**<br>Legislação específica por programas estratégicos do Ministério da Saúde | Tratamentos de doenças de perfil endêmico, de abrangência nacional: DST/Aids, Hanseníase, Tuberculose, Meningite, Cólera, Leishmaniose, Teníase/Cisticercose, Coqueluche e Difteria. | MS: compra centralizada. Conforme pactuação em CIT/CIB pode contar com cofinanciamento estadual e municipal | MS: aquisição e distribuição.<br><br>SES: aquisição parcial, programação e distribuição.<br><br>SMS: programação e dispensação. | Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM)<br><br>Serviços de Atendimento Especializado (SAE)<br><br>Farmácias Municipais / Unidades Básicas de Saúde (UBS) |
| **Componente Especializado (CEAF)**<br>Portaria de Consolidação GM/MS nº2/17 | Estratégias de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo MS. Os medicamentos estão divididos em três grupos, conforme características e responsabilidades dos entes: Grupo 1 (1A e 1B), Grupo 2 e Grupo 3. | Grupo1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo MS, subdividido em:<br><br>Grupo 1A: aquisição centralizada pelo MS e fornecidos às secretarias estaduais de Saúde e do Distrito Federal.<br><br>Grupo 1B: financiados pelo MS mediante transferência de recursos para aquisição pelas secretarias estaduais de Saúde e do Distrito Federal.<br><br>Grupo 2: financiados e adquiridos pelas secretarias estaduais de Saúde e do Distrito Federal.<br><br>Grupo 3: financiados de acordo com as normativas do CBAF e indicados pelos PCDTs como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas no CEAF. | MS: aquisição parcial.<br><br>SES: aquisição parcial, programação e distribuição.<br><br>SMS: dispensação. | Farmácias de Medicamentos Especiais (FME) |
| **Programa de Medicamentos Especiais da SES/RS**<br>Portaria SES/RS nº 670/2010<br>Resolução CIB/RS nº 216/14 e posteriores ajustes por meio de Ações Civis Públicas para atendimento de grupos específicos | Compõe um grupo de medicamentos para o tratamento de doenças prevalentes no RS, não contemplados nos programas de saúde do Ministério da Saúde. | SES: compra centralizada | SES: aquisição, programação e distribuição. | Farmácias de Medicamentos Especiais (FME) |

Fonte: SES/RS.

O **Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)** é constituído por uma relação de medicamentos e uma de insumos farmacêuticos para atendimento dos principais problemas de saúde da população e de programas da APS. O MS é responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos insulina humana NPH, insulina humana regular, além dos itens que compõem o Programa Saúde da Mulher: contraceptivos orais e injetáveis, dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma. Também disponibiliza *kit* de medicamentos e insumos estratégicos para a AF às unidades da Federação atingidas por desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo (Portaria de Consolidação Nº 1/2017).

O financiamento do CBAF é tripartite, conforme Portaria de Consolidação GM/MS Nº 3.193/19 (que altera o Artigo Nº 537 da Portaria de Consolidação GM/MS Nº 6/2017), e pelas Resoluções CIB/RS Nº 459/2017 e Nº 08/2020, que determinam o elenco de referência. Os valores repassados pela União para financiar a aquisição de medicamentos e insumos do CBAF, constantes nos Anexos I e IV da RENAME vigentes no SUS, são definidos com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), de acordo com classificação dos municípios nos seguintes grupos: a) IDHM muito baixo: R$ 6,05/habitante/ano; b) IDHM baixo: R$ 6,00/habitante/ano; c) IDHM médio: R$ 5,95/por habitante/ano; d) IDHM alto: R$ 5,90/habitante/ano; e e) IDHM muito alto: R$ 5,85/habitante/ano. As contrapartidas estadual e municipal devem ser de R$ 2,36/habitante/ano, cada. A aquisição e a dispensação dos medicamentos deste Componente estão sob responsabilidade dos Municípios, que utilizam sistemas próprios de gerenciamento, além do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) disponibilizado pelo MS.

Em 2019, o valor total repassado pelo estado à AF Básica dos municípios foi de R$ 26.010.490,31. Deste valor, R$ 19.577.927,62 correspondem ao repasse de competências de janeiro a setembro/2019, totalizando 75% do repasse anual obrigatório. Não houve repasse integral em 2019 devido ao pagamento de competências de anos anteriores no valor de R$ 6.432.562,68, que integram o restante do valor total repassado em 2019. As competências atrasadas quitadas em 2019 correspondem aos seguintes anos: 2013 (R$ 35.710,62); 2014 (R$ 852.014,67); 2015 (R$ 50.770,10); 2016 (R$ 109.092,94); 2017 (R$ 127.180,52); e 2018 (R$ 5.257.793,84). No Quadro 10, constam informações sobre a série histórica de repasses à AF Básica dos municípios, no período de 2015 a 2019, discriminadas por ano de pagamento, valor total repassado no ano incluindo competências anteriores, valor repassado referente ao ano em exercício, e percentual em relação ao total de repasse no ano corrente.

**Quadro 10 -** Valor total de repasse para a Assistência Farmacêutica Básica dos municípios e o total referente ao ano em exercício, 2015-2019.

| Ano do Pagamento | Valor Total repassado (R$) no ano | Valor repassado referente ao ano em exercício (R$) | Percentual em relação ao total de repasses (%) |
|---|---|---|---|
| 2015 | 16.914.006,75 | 16.911.925,45 | 65,05 |
| 2016 | 25.464.006,47 | 15.991.096,59 | 61,50 |
| 2017 | 20.097.990,26 | 17.320.645,15 | 66,62 |
| 2018 | 21.105.012,11 | 11.775.660,55 | 45,20 |
| 2019 | 26.010.490,31 | 19.577.927,62 | 75,31 |

Fonte: //https://saude.rs.gov.br/→ Inicial → Institucional → Acesso à Informação → Pagamentos do Fundo Estadual de Saúde → Programas Municipais

Quanto à Saúde Prisional, está estabelecido o incentivo financeiro por parte do MS a municípios com unidades prisionais (Portaria GM/MS Nº 2.765/2014 e Resolução CIB/RS Nº 101/2016)

através de repasses de recursos anuais descentralizados para os municípios que aderirem à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Em 2019, 40 municípios do RS foram contemplados, de acordo com a Portaria GM/MS Nº 2.126/2019. A oferta desses medicamentos ocorre por meio dos Municípios e não há um sistema informatizado unificado que permita avaliar com mais detalhes o acesso a esses medicamentos.

O **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)** engloba um conjunto de medicamentos utilizados para o tratamento de patologias contempladas em programas específicos do MS para controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico. Os documentos norteadores do CESAF são definidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e diretrizes específicas para as doenças que fazem parte do escopo dos programas. A aquisição dos medicamentos é realizada pelo MS e distribuídos aos estados, cabendo a estes o armazenamento e a distribuição aos municípios. A seguir, destacam-se as ações da SES/RS para as doenças que integram o CESAF, com maior prevalência no estado.

O medicamento palivizumabe, que atua na prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) para as formas graves da doença, em especial as do trato inferior, nos grupos de maior morbimortalidade, é adquirido pelo MS e distribuído aos estados, para dispensação e aplicação em Ambulatório de Seguimento de Egressos em UTI Neonatal e hospitais da rede. No RS, são 42 locais de aplicação, que atendem as 30 Regiões de Saúde do estado. O HÓRUS é utilizado para controle de estoque e registro de dispensações e, em 2019, foram atendidos 903 recém-nascidos, totalizando 3.078 doses utilizadas para o tratamento.

Nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) e Serviços de Atendimento Especializado (SAE) são realizadas a gestão, consulta e dispensação de medicamentos para atendimento dos usuários sob terapia antirretroviral (TARV), tratamento de doenças oportunistas (doenças secundárias ao HIV), tratamento das IST e distribuição de fórmula infantil para filhos de mães HIV positivo impedidas de amamentar. O gerenciamento é feito por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), fornecido pelo MS. São disponibilizadas 34 apresentações de medicamentos antirretrovirais e 20 apresentações para infecções oportunistas e efeitos colaterais, além de dois tipos de leite para filhos de mães HIV positivo que não podem amamentar. No ano de 2019 foram atendidos cerca de 50 mil usuários entre parturientes, adultos, crianças e recém-nascidos de mães vivendo com HIV, com pico de atendimento de 49.726 usuários no mês de setembro. Neste ano, foram realizados, ainda, 552.182 testes rápidos para HIV e Sífilis na rede básica de saúde dos municípios.

O tratamento para a Anemia Falciforme é realizado por meio da utilização de antibioticoprofilaxia em crianças de até 5 anos, devido a maior suscetibilidade a infecções causada pela doença. O fármaco fenoximetilpenicilina potássica utilizado para o tratamento é disponibilizado em dois centros de referência do estado localizados na Capital: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Em 2019 foram atendidos 35 usuários.

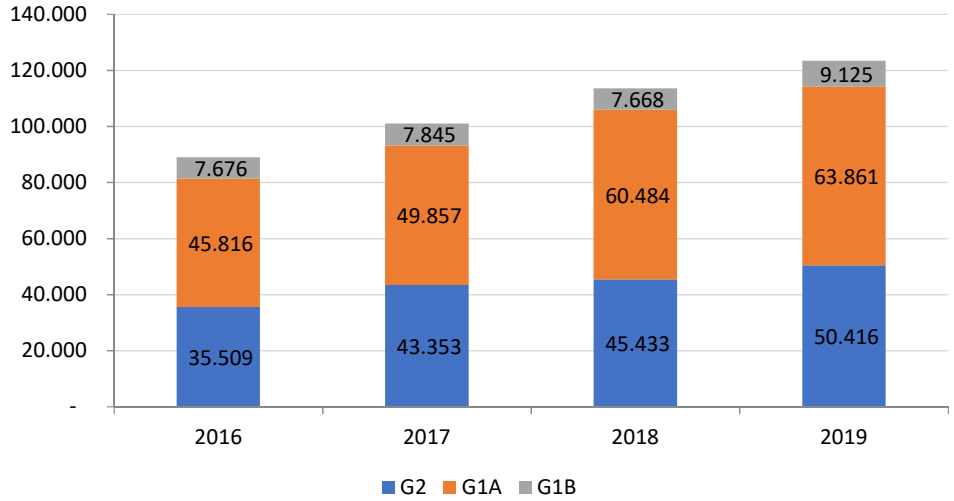
Também são garantidos antivirais para o combate à gripe causada pelo vírus *influenza,* por meio de vacina disponibilizada no SUS aos grupos com maior risco de desenvolvimento da doença. No entanto, mesmo com as medidas de controle e prevenção, o vírus ainda é responsável por grande número das Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) registradas no estado. O tratamento com o antiviral oseltamivir, de maneira precoce, pode reduzir a duração dos sintomas e, principalmente, a redução da ocorrência de complicações da infecção pelo vírus. O tratamento é disponibilizado estrategicamente em diversos órgãos dispensadores nos municípios, facilitando o acesso aos usuários. Em 2019, foram distribuídos 271.573 tratamentos na rede municipal de saúde por meio de UBS, UPA

e hospitais da rede. Destacam-se também os medicamentos disponibilizados para tratamento da Tuberculose fornecidos nos municípios através de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Farmácias de Medicamentos Especiais (FME), SAE e ambulatórios hospitalares, totalizando 280 locais de atendimento no RS. Em 2019, foram atendidos 6.098 usuários. Por sua vez, para o controle do Tabagismo, o tratamento é disponibilizado nos municípios por meio das UBS, através de encontros presenciais com equipes capacitadas para a atividade, tendo sido atendidos 19.666 usuários em 2019.

O **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)** é uma das estratégias de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em PCDTs publicados pelo MS. Os medicamentos estão divididos em três grupos, conforme características e responsabilidades dos entes. O Grupo 1A é composto por medicamentos com aquisição centralizada pelo MS e fornecidos às Secretarias de Saúde dos estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas. O Grupo 1B é composto por medicamentos financiados pelo MS mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas. O Grupo 2 é composto por medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas. O Grupo 3 é composto por medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação, com regras estabelecidas em ato normativo específico que regulamenta o CBAF.

Diferentemente do Componente Básico e do Componente Estratégico, que não possuem sistemas de informação interligados ou disponíveis para monitoramento, o CEAF, no RS, é gerenciado pelo Sistema de Administração de Medicamentos Especiais (AME), que interliga os 550 órgãos dispensadores (Farmácia de Medicamentos Especiais e Centros de Referência) com a gestão estadual. O AME possui interface com o SIA/SUS e com o SIM. Em 2019, foram realizadas 1.615.149 dispensações administrativas, com média mensal de cerca de 134.500 dispensações nos 497 municípios. No período de 2016 a 2019, houve aumento crescente no número de usuários atendidos com tratamentos administrativos deferidos ou em reavaliação, conforme dados do mês de dezembro de cada ano: 100.105 em 2016; 111.414 em 2017; 124.727 em 2018; e 133.033 em 2019. A Figura 84 ilustra a série histórica do total de tratamentos administrativos deferidos ou em reavaliação do CEAF referente a dados de dezembro dos anos de 2016 a 2019. Cabe observar, no entanto, que os usuários podem possuir tratamentos em mais de um Grupo do CEAF (G1A, G1B, G2) e em outro(s) elenco(s) justificando a variação na quantidade de usuários e tratamentos.

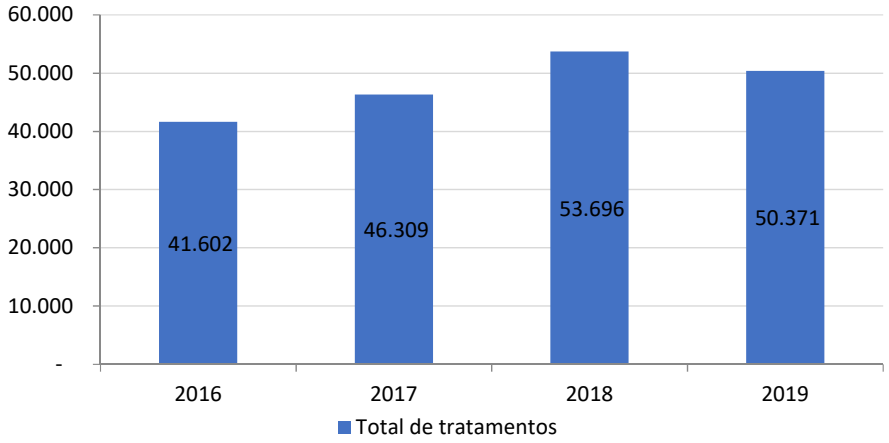
**Figura 84**. Total de tratamentos deferidos ou em reavaliação do Programa de Medicamentos Especiais da SES/RS, no mês de dezembro, RS, 2016-2019.




Fonte: Sistema AME

De forma complementar, o estado do RS disponibiliza itens constantes no **Programa de Medicamentos Especiais,** que constituem um grupo de medicamentos e fórmulas nutricionais para tratamento de outras doenças não contempladas nos programas de saúde definidos de forma tripartite. Ao todo são 102 apresentações, sendo 78 de medicamentos e 24 de terapias nutricionais, que abrangem 14 grupos de doenças. O financiamento do Programa e a aquisição são de responsabilidade exclusiva da SES/RS. A dispensação dos medicamentos é realizada pelos municípios (Resolução CIB/RS Nº 143/2003) por meio das FMEs. Em 2019, foram realizadas 554.540 dispensações administrativas, com média mensal de cerca de 11.200 dispensações nos 497 municípios. No período de 2016 a 2019, houve variação no número de usuários atendidos com tratamentos administrativos deferidos ou em reavaliação, conforme dados do mês de dezembro de cada ano: 41.074 em 2016; 45.829 em 2017; 52.983 em 2018; e 50.112 em 2019. A Figura 85 ilustra a série histórica do total de tratamentos administrativos deferidos ou em reavaliação do Programa de Medicamentos Especiais do estado referente ao mês de dezembro dos anos de 2016 a 2019. A variação no número de usuário e tratamentos se justifica pela possibilidade de um ou mais usuários possuir dois ou mais medicamentos ou terapias nutricionais deste elenco.

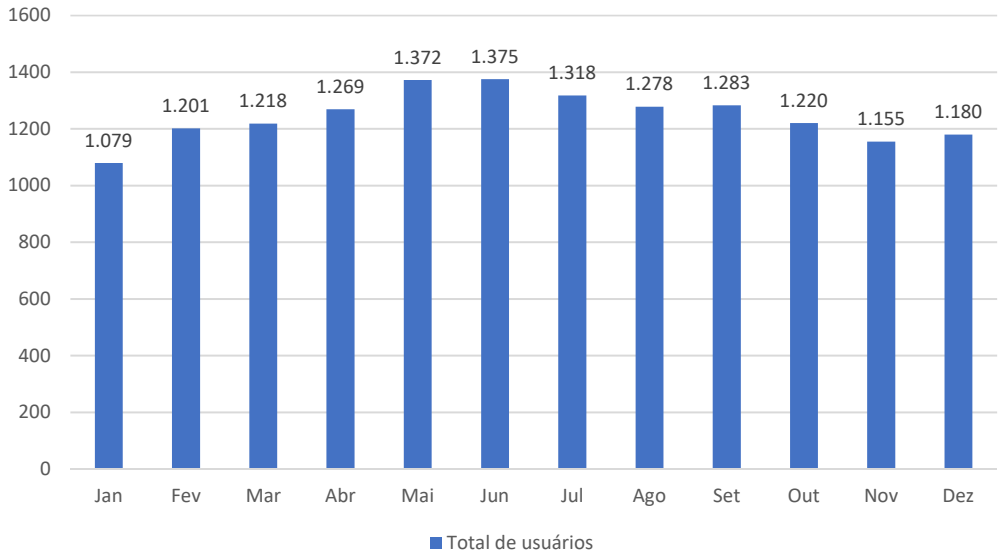
**Figura 85.** Total de tratamentos deferidos ou em reavaliação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, no mês de dezembro, RS, 2016-2019.




Fonte: Sistema AME

A SES/RS também faz a gestão do **Programa Dieta em Casa**, que consiste na entrega mensal, na residência de usuários de Porto Alegre, de duas dietas enterais que correspondem a 59% do total de tratamentos cadastrados relacionados às terapias nutricionais disponibilizadas pelo estado por meio do Programa de Medicamentos Especiais. A Figura 86 ilustra o total de usuários contemplados no Programa, no período de janeiro a dezembro de 2019.

**Figura 86.** Total de usuários residentes em Porto Alegre contemplados no Programa Dieta em Casa, no período de janeiro a dezembro, RS, 2019.




Fonte: Sistema AME

Referente a usuários portadores de **Hepatites Virais** no estado, o acompanhamento é realizado nos Centros de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis (CAMMI), que fazem parte do Programa de Enfrentamento das Hepatites Virais. Os medicamentos são adquiridos pelo MS, distribuídos pelos estados e dispensados nos municípios e CAMMI. O RS possui oito CAMMIs, sendo dois na Capital e demais no interior (Alegrete, Caxias do Sul, Pelotas, Rio Grande, Santo Ângelo e Uruguaiana). No ano de 2019, 7.032 usuários tiveram dispensação de medicamentos para Hepatite C, totalizando 75% a mais de atendimentos em relação à média dos anos anteriores (3.558 em 2018; 4.502 em 2017; e 3.971 em 2016), denotando ampliação do acesso. Recentemente, por meio da Portaria GM/MS nº 1.537/2020, o tratamento das hepatites virais migrará do Componente Especializado para o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, visando ampliar o acesso a esses medicamentos.

Entretanto, a definição e o detalhamento de fluxos de programação e distribuição de medicamentos, bem como o cronograma de implementação do modelo de acesso, ainda serão pactuados no âmbito da CIT. Dessa forma, a partir das novas definições que serão pactuadas, a forma de acesso aos medicamentos para hepatites virais poderá ser redefinida posteriormente. Cabe ressaltar que a SES/RS dispõe também de Centros de Referência, conforme Portaria SES/RS Nº 671/2010 para avaliação, reavaliação, dispensação e aplicação de medicamentos para determinadas patologias, visando a racionalização do uso de medicamentos e melhoria da assistência médica e farmacêutica aos usuários como, por exemplo, Artrite Reumatoide, Distonias e Espasticidade, dentre outras, em cooperação técnica com o HCPA.

O ciclo logístico da AF no estado é composto pela aquisição de medicamentos com recursos próprios e do MS para abastecimento nos municípios e nos hospitais próprios. Ao todo, são 266 apresentações padronizadas pelo estado para tratamento ambulatorial; 258 apresentações do elenco hospitalar e 5.265 apresentações demandadas judicialmente. Além disso, são distribuídas 198 apresentações de medicamentos pelo MS para atendimento nos Municípios. Os medicamentos são distribuídos para 17 Núcleos Regionais, 497 Farmácias Municipais de Medicamentos Especiais, 72 UDM e SAEs, 42 locais de aplicação do palivizumabe, 35 unidades dispensadoras de medicamentos oncológicos por meio das UNACON/CACON, 8 CAMMI, 16 Centros de Referência e FME de Porto Alegre.

Quanto à infraestrutura da Central de Abastecimento Farmacêutico, em 2019, foram realizadas reformas estruturais para adequação do Plano de Prevenção e Proteção Contra Incêndios (PPCI). Também foram realizadas outras adequações do setor como: melhoria no sistema de escoamento do terreno, evitando possíveis alagamentos; ampliação do espaço de armazenamento da rede de frio para medicamentos termolábeis com instalação de um contêiner; pequenas reformas estruturais que evitam, por exemplo, a incidência de luz solar direta sobre os medicamentos; limpeza das paredes; e melhor disposição e armazenamento dos medicamentos. Essas medidas visam garantir a qualidade dos medicamentos e o cumprimento das boas práticas de armazenamento preconizadas em legislação. Além disso, está prevista a reforma do telhado e a instalação de 68 exaustores, em fase de licitação. Também foi realizada a reformulação de processos para agendamento de medicamentos, gerando maior agilidade nas entregas, além de capacitação dos municípios da região metropolitana que retiram diretamente os medicamentos no almoxarifado central. Essas ações estão contempladas no Projeto Estratégico de Qualificação da Gestão da Assistência Farmacêutica no RS, que será mencionada posteriormente.

Durante o ano de 2019, nas UDMs foram atendidos 50.000 usuários. Nas UNACONs/CACONs foram atendidos 2.826 usuários com tratamentos antineoplásicos, tratando-se de um grupo de cinco

medicamentos cuja compra e distribuição, em caráter excepcional, é realizada pelo MS para atendimento de usuários que atendem aos critérios de inclusão de protocolos clínicos. Nos SAEs foram atendidos 903 recém-nascidos para aplicação do palivizumabe. Foram atendidos 250.353 usuários, correspondendo a 294.006 tratamentos administrativos do CEAF, do Programa de Medicamentos Especiais do estado, do Programa Dieta em Casa e do Programa Saúde na Pele. Também foram atendidos 67.764 usuários, correspondendo a 99.911 tratamentos demandados judicialmente. O total de dispensações judiciais foi de 513.562 e outras 48.192 dispensações ocorreram pelo sistema AME Programas, para patologias específicas.

Destaca-se que aproximadamente 5% dos medicamentos demandados judicialmente são considerados "fora de lista", ou seja, não são disponibilizados em nenhum programa de medicamentos essenciais padronizados no SUS. Aproximadamente 23% das demandas judiciais são de medicamentos do elenco CEAF. As ações judiciais ocorrem, provavelmente, por faltas momentâneas de estoque e nos casos de usuários que possuem tratamentos que não se enquadram nos critérios de inclusão dos PCDTs do MS. Os demais medicamentos demandados judicialmente variam de acordo com o elenco: CESAF (1%); Programa de Medicamentos Especiais do estado (9%) e CBAF (12%). Não obstante, por meio de consultores especializados e elaboração de pareceres técnicos, a SES/RS subsidia a defesa do estado em ações judiciais para diversas especialidades: Hematologia, Dermatologia, Medicina Interna, Psiquiatria, Cirurgia Geral, Urologia, Cardiologia, Oftalmologia, Pediatria, Genética Médica, Endocrinologia, Cirurgia do Aparelho Digestivo e Pneumologia.

Ressalta-se que as FMEs são descentralizadas para os Municípios visando ampliar o acesso dos usuários aos medicamentos disponibilizados no estado. Em 2019 houve a municipalização da FME de Santa Maria e, em 2020, apenas a FME de Porto Alegre ainda continua sob gestão estadual. O processo de descentralização para o município de Porto Alegre foi iniciado em 2019 e segue em andamento. Enquanto tal fato não ocorre, em 2019, foram realizadas melhorias na acessibilidade externa da Farmácia, com instalação de rampa de acesso móvel junto à calçada de pedestres e adequação estrutural interna, a fim de proporcionar melhor acomodação e atendimento aos usuários. Em 2020, foram realizadas outras modificações de fluxo de acesso na FME de Porto Alegre, que estão descritas no capítulo relacionado às ações durante a pandemia da COVID-19.

Destacam-se, também, alguns Programas e ações que envolvem a AF, mas que não estão incluídos nos Componentes da Assistência Farmacêutica ou não estão sob a gestão direta da SES/RS. O **Programa Farmácia Popular do Brasil**, programa federal financiado pelo MS, é uma estratégia de disponibilização de medicamentos essenciais pré-definidos para patologias específicas: hipertensão, diabetes, asma, contracepção, doença de Parkinson, glaucoma, rinite, osteoporose e dislipidemias, por meio de farmácias privadas credenciadas no Programa. No RS, existem 2.954 estabelecimentos credenciados presentes em 90% dos municípios, sendo que 119 municípios possuem apenas uma farmácia credenciada.

O MS disponibiliza também o **Programa Qualifar-SUS** (Portaria GM/MS Nº 1214/2012 e atualizado pela Portaria de Consolidação GM/MS Nº 5/2017)**,** que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da AF nas ações e serviços de saúde, através do repasse de recursos financeiros a municípios para investimento, custeio e estruturação de serviços e ações. No RS, de 2012 a 2019, foram habilitados 266 municípios no eixo Estrutura do Programa, com recursos distribuídos anualmente (Quadro 11). Destaca-se que, nos anos de 2015 e 2016, o MS não promoveu habilitações. Em 2017 houve mudança nos critérios de habilitação, com crescimento expressivo de municípios contemplados no RS.

**Quadro 11.** Número de municípios habilitados no eixo Estrutura do programa Qualifar-SUS, RS, 2012 - 2019.

| Ano | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº de municípios habilitados | 9 | 12 | 34 | 0 | 0 | 66 | 73 | 72 |

Fonte: SES/RS.

As ações da **Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos** no RS são financiadas pela Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, por meio do Projeto Arranjo Produtivo Local de Plantas Medicinais, englobando os eixos de planejamento e gestão, capacitação, produção de insumos com plantas medicinais, comunicação, pesquisa e informação. Desde 2012, foram contemplados 13 municípios em editais do MS. A Política está alinhada à Agenda 2030, contemplando 15 dos 17 ODS preconizados pela OMS. No período de janeiro/2016 a março/2019 foram registrados, no sistema e-Gestor, 4.572 atendimentos individuais em fitoterapia; 4.402 atividades coletivas com plantas medicinais/fitoterapia, envolvendo o total de 130.325 participantes em diferentes municípios do RS. Também foi instituída a Relação Estadual de Plantas Medicinais de Interesse do SUS/RS (REPLAME/RS) através da Portaria SES/RS Nº 588/2017, objetivando nortear a AF e a pesquisa a partir da biodiversidade.

No âmbito da APS, com objetivo de mitigar os problemas relacionados ao câncer de pele, foi criado em 2014 o **Programa Saúde na Pele** (Decreto Estadual Nº 50.776/2013 e Portaria/SES/RS Nº 304/2014), que inclui o fornecimento de protetor solar para agricultores familiares, pescadores e aquicultores. Em 2015, também foram incluídos no Programa usuários portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico e Lúpus Eritematoso Discóide (Lei Estadual Nº 14.784/2015). A distribuição dos protetores solares às FMEs é realizada por meio das CRS do estado. Em 2019, foram registrados 129.146 usuários cadastrados no Programa. No Quadro 12, verifica-se o quantitativo total de Protetores Solares dispensados aos usuários no período de 2014 a 2019.

**Quadro 12**. Total de unidades de protetores solares dispensados aos usuários, RS, 2014-2019.

| Ano | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Total de unidades dispensadas aos usuários | 44.612 | 130.441 | 139.446 | 164.459 | 168.883 | 162.231 |

Fonte: SES/RS.

Os **medicamentos destinados ao tratamento do câncer** são disponibilizados pelo SUS mediante diferentes políticas públicas, sendo uma delas a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, por meio das UNACONs e CACONs. De praxe, a responsabilidade pela aquisição desses medicamentos é de responsabilidade dos UNACONS e CACONS, ocorrendo a dispensação diretamente aos usuários do SUS, inseridos em protocolos de tratamento específicos para cada caso. Entretanto, excepcionalmente, o MS realiza a aquisição de cinco fármacos, perfazendo oito apresentações, e distribui às secretarias estaduais de saúde conforme demanda e condições exigidas para cada medicamento. No RS são 35 destinos, distribuídos em 15 CRS, que atendem uma população de 2.826 usuários, gerenciados pelo AME Programas, com 13 serviços concentrados na Macrorregião Metropolitana.

Quanto às dificuldades enfrentadas pela AF no RS, destaca-se a limitação de acesso a informações referentes aos dados de dispensação e controle de estoque dos medicamentos nos

municípios, itens adquiridos, validação da programação para os itens disponibilizados pelo MS e atendimento das necessidades de saúde da população no território e serviços farmacêuticos realizados. Isso decorre, em parte, pelo fato de que as informações utilizadas para gestão da AF englobam um conjunto de sistemas, como AME, AES, HÓRUS, SICLOM, DATASUS, SIA/SUS e Ouvidoria SUS. Apesar do lançamento da Base Nacional de Assistência Farmacêutica (BNAFAR), realizada pelo MS em 2013 e com atualização em 2017, definindo prazos e dados mínimos a serem enviados no âmbito de cada Componente da AF e de cada esfera de governo, o acesso ainda não está disponível para o gestor estadual. Outra dificuldade é em relação aos medicamentos de compra centralizada disponibilizados pelo MS, com irregularidades no abastecimento de medicamentos para hepatites, HIV, diabetes e contracepção, que foram recorrentes entre 2016 e 2019. O registro de informações sobre estabelecimentos de saúde, de profissionais farmacêuticos e atividades realizadas com Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do farmacêutico e os dados CNES ainda são incipientes. Conforme pesquisa do Conselho Regional de Farmácia do RS (CRF/RS, 2020), há apenas 95 estabelecimentos registrados como farmácia, sendo que em 389 municípios o número de farmácias públicas é de 601 estabelecimentos, e 38 municípios não possuem farmácia alguma. Apenas 52 municípios possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) estabelecida e 199 possuem Relação Municipal de Medicamentos (REMUME). O total de farmacêuticos registrados foi de 702 profissionais, envolvidos principalmente nas atividades de dispensação e logística de medicamentos, sendo que em 9% dos municípios são realizados serviços clínicos farmacêuticos. No sistema e-gestor, módulo SISAB - Produção, é possível verificar que 76 municípios tiveram registro de atividades individuais com o CBO do farmacêutico, totalizando 20.016 atendimentos; 67 municípios tiveram 7.723 procedimentos realizados, sendo 601 em PICs em 8 municípios e 1.125 atividades coletivas em 64 municípios (BRASIL, 2020).

Consoante às deliberações da 8ª Conferência Estadual de Saúde/RS, de 2019, compreende-se que o estado precisa avançar no **fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica**, através da publicação de documentos norteadores para a organização das ações junto as CRS e os municípios, de forma ascendente entre os entes na sua estruturação. Além disso, identifica-se a necessidade de promoção de ações de conscientização sobre o uso racional e descarte correto de medicamentos, estimulando as ações do NASF e do apoio matricial aos municípios. Também deve fomentar a participação do profissional farmacêutico no cuidado integral, através da implantação de serviços farmacêuticos na APS, promovendo o uso racional de medicamentos e garantindo a informação para profissionais e usuários, por meio de ações individuais e coletivas com impacto na qualidade de vida das pessoas e na promoção da saúde.

Nesse sentido, o aprimoramento da AF no estado está inserido no Mapa Estratégico da SES/RS, por meio do eixo "Sociedade com qualidade de vida", que tem como objetivo garantir o acesso de toda sociedade gaúcha às ações e serviços de promoção, prevenção e assistência à saúde por meio de melhores práticas de gestão e inovação tecnológica. Dessa forma, está em andamento o **Projeto Agregador** intitulado "**Aprimoramento da Assistência Farmacêutica no RS**", que visa fortalecer a Política de Assistência Farmacêutica no estado e está organizado em três subprojetos: 1) Promoção do acesso a medicamentos padronizados de responsabilidade estadual; 2) Fomento à implantação do Cuidado Farmacêutico no RS; e 3) Qualificação da Gestão da Assistência Farmacêutica no RS.

O projeto estratégico "**Promoção do acesso a medicamentos padronizados de responsabilidade estadual"** tem por objetivo ampliar o acesso da população aos medicamentos disponibilizados pela SES/RS, por meio de três principais ações: 1) publicar a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REME); 2) reduzir o estoque crítico de medicamentos padronizados de

responsabilidade estadual; e 3) ampliar a solicitação de tratamentos administrativos por meio digital online de medicamentos do Componente Especializado e do Programa de Medicamentos Especiais do estado.

A publicação da REME será realizada em 2022, por meio de ações desenvolvidas pela CFT do estado, instituída pela Portaria SES/RS Nº 766/2019, de maneira articulada com o conjunto de entidades que a integram. A CFT tem por objetivo conduzir o processo de seleção, utilização, acompanhamento e avaliação do uso dos medicamentos e produtos para saúde a partir do perfil epidemiológico da população, de acordo com critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo, com vistas a uma política gerencial e assistencial que trabalham também os impactos na programação e aquisição de medicamentos. Integram as ações da CFT a revisão completa dos medicamentos de responsabilidade estadual que compõe o CEAF e o Programa de Medicamentos Especiais da SES.

O trabalho desempenhado pela comissão impacta, também, na redução do estoque crítico de medicamentos padronizados de responsabilidade estadual, que tem como meta para 2020 manter o percentual dos itens abaixo de 20%; para 2021, abaixo de 15%; e para 2022, abaixo de 10%. Destaca-se que, em janeiro de 2019, 70% dos medicamentos disponibilizados pela SES/RS estavam em estoque crítico (quantidade disponível inferior a um mês de necessidade para cobertura dos tratamentos destinados aos usuários). Através do aumento do financiamento e da aquisição de medicamentos pelo estado, este percentual foi reduzido para 19,2% em dezembro de 2019, ampliando o abastecimento regular e a disponibilização de medicamentos para os usuários. Em agosto de 2020, entretanto, o estoque crítico de medicamentos foi de 22,06%. Observa-se, contudo, que o aumento percentual desse indicador é um dos reflexos das dificuldades ocasionadas pela COVID-19, visto que ocorreram limitações logísticas que atingiram os fornecedores e impediram que todos os empenhos e entregas programadas ocorressem nos prazos previstos. Da mesma forma, houve reflexos nas licitações que passaram a restar fracassadas ou desertas devido à incerteza de cumprimento dos contratos dos fornecedores junto a SES/RS.

Quanto à solicitação digital de medicamentos, a plataforma foi desenvolvida ao longo de 2019 e implantada em março de 2020. Trata-se de uma ferramenta inédita no país, que permite que as solicitações de medicamentos do CEAF e do Programa de Medicamentos Especiais do estado sejam realizadas pela internet, sem a necessidade de que o usuário se desloque até a FME de seu município. Estima-se que por meio desta ferramenta haverá redução significativa de até 35% da demanda de novos pedidos presenciais, facilitando o acesso aos usuários. Na primeira etapa de implantação da ferramenta, foram contempladas, para maiores de 18 anos, 11 fórmulas nutricionais e 64 medicamentos para as seguintes doenças: Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Diabetes Tipo 1, Colesterol Alto, Doença de Parkinson, Dor Crônica, Acne grave, Síndrome de Guillan-Barré e incontinência urinária. Para as próximas etapas, serão ampliados as linhas de cuidado e o acesso a usuários de todas as idades para que possam solicitar medicamentos dispensados pelo estado por meio do sistema digital. A mensuração desta ação será realizada anualmente com base no total de solicitações digitais realizadas em relação ao total de solicitações presenciais, tendo como metas anuais atingir 5% de solicitações digitais em 2020, 20% em 2021 e 30% em 2022.

O Projeto Estratégico de "**Fomento à implantação do Cuidado Farmacêutico**" nos municípios do RS será realizado por meio de diferentes ações e estímulos à serviços, visando o aumento da adesão ao tratamento, à promoção do uso racional de medicamentos e a melhoria da efetividade terapêutica. Além disso, o Projeto busca fortalecer outras ações de implantação do Cuidado Farmacêutico que já são desenvolvidas em municípios do estado e construídas por iniciativas do CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do CRF/RS. O fomento à implantação do

Cuidado Farmacêutico é composto por cinco etapas: 1) mapeamento; 2) exploratória; 3) criação; 4) reflexão e preparo; e 5) implantação. A etapa de mapeamento será realizada em 2020 e consiste no diagnóstico do Cuidado Farmacêutico nas 17 CRS e nos 65 municípios da 1ª e 2ª CRS, por meio de questionários e entrevistas com profissionais dos serviços. Esta etapa corresponde a 30% de execução do Projeto. A etapa exploratória será realizada em 2021 e consiste na capacitação sobre o Cuidado Farmacêutico nas 17 CRS e nos 65 municípios da 1ª e 2ª CRS, correspondendo a 20% de execução do Projeto. As etapas de criação, reflexão e preparo serão iniciadas em 2021 e consistem na elaboração dos fluxos dos serviços dos municípios que implantarem o Cuidado Farmacêutico e correspondem a 20% de execução do Projeto.

Por fim, a etapa de implantação será iniciada em 2021 e consiste na execução dos projetos pilotos nos municípios, correspondendo a 30% de execução do Projeto. Ressalta-se, ainda, que, em maio de 2020, foi lançado pelo governo do estado o serviço de Telecuidado Farmacêutico que consiste no acompanhamento remoto de profissionais farmacêuticos com os usuários que retiram medicamentos nas FMEs. O serviço tem por objetivo orientar os usuários sobre a adesão ao tratamento, o controle da doença, o uso racional dos medicamentos, os sintomas relacionados à COVID-19 e sanar dúvidas sobre seus tratamentos. Inicialmente, este serviço será disponibilizado aos usuários residentes em Porto Alegre e, posteriormente, será expandido aos demais municípios do estado. A meta prevista para este serviço é de atender 500 usuários com Asma e DPOC até o ano de 2021. Posteriormente, o serviço será ampliado para as demais Doenças Crônicas até o ano de 2022, com foco em diabetes, hipertensão e asma.

O Projeto estratégico de "**Qualificação da Gestão da Assistência Farmacêutica no RS**" tem por objetivo modernizar a estrutura e os processos de trabalho dos serviços, por meio do uso de inovações tecnológicas para gerenciamento, monitoramento e avaliação das ações em AF no estado. Nesse sentido, a elaboração, a aprovação e a publicação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica (PEAF) do estado é primordial para atingir os objetivos traçados neste Projeto. O processo de elaboração da PEAF será realizado de forma ascendente com representantes dos municípios, das 19 CRS, do COSEMS, do CES/RS e da SES/RS. Em 2020 será iniciada a elaboração do método de construção da PEAF por meio de oficinas regionais conjuntas com seus integrantes. A aprovação junto ao CES/RS e a publicação da PEAF está prevista para 2021. De maneira convergente, em 2020, foi iniciado o diagnóstico situacional da AF nas 19 CRS, por meio de reuniões com os responsáveis da gestão da AF de cada regional, contendo cinco eixos norteadores: 1) Organização do processo de trabalho da AF; 2) apoio técnico e monitoramento aos municípios; 3) Implementação do Cuidado Farmacêutico nos municípios; 4) Demandas judiciais; 5) Estrutura física; e 6) Potencialidades, desafios e sugestões. Além disso, em 2020, o Departamento da AF firmou parceria com a ESP para criação de ambiente virtual de aprendizagem para educação permanente e continuada de profissionais de saúde sobre a AF no estado. Nesse período, iniciou-se o desenvolvimento do plano de ensino e a elaboração do material pedagógico para início das atividades em 2021. Paralelamente, estão em andamento a integração do sistema AES e o sistema AME, para modernização do controle de estoque da Central de Abastecimento Farmacêutico do estado; e a interoperabilidade do SICLOM e o sistema AME, para gerenciamento desses medicamentos pela ferramenta do estado. A integração desses sistemas será finalizada em 2021 e possibilitará maior transparência sobre os dados da produção da AF no estado, assim como viabilizará o aprimoramento do ciclo logístico de medicamentos.

### 4.12 Vigilância em Saúde

A Resolução CNS Nº 588/2018, instituiu e aprovou a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), que definiu a Vigilância em Saúde como "o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças". O documento legitima a relevância estratégica da Vigilância em Saúde na prevenção de riscos e agravos e proteção da saúde, apresentando princípios, diretrizes e estratégias para sua execução e implementação no SUS.

Considerando suas definições, a transversalidade das ações de Vigilância em Saúde nas RAS é entendida como determinante da integralidade da atenção, compreendendo a articulação de saberes, processos e práticas relacionados ao processo saúde-doença, alinhada às demais políticas de saúde e presente em todos pontos e níveis de atenção. Nesse contexto, a vigilância abrange diferentes ações, 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.

O **Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)** compõe a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública - Rede CIEVS, que conta com 54 centros ativos em todo o Brasil. O CIEVS tem a finalidade de detectar, verificar, avaliar, investigar e monitorar informações epidemiológicas de doenças, agravos ou Eventos de Saúde Pública, e, se necessário, comunicar e responder oportunamente às Emergências de Saúde Pública instaladas, com envolvimento multisetorial caso a situação extrapole a capacidade de resposta do setor saúde.

Eventos de Saúde Pública 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).

As comunicações e notificações de possíveis eventos de saúde pública são recebidas por meio do CIEVS/RS e também do **Disque Vigilância 150**. Além de captar essas informações, o Disque Vigilância 150 é uma das portas de entrada do sistema de Vigilância em Saúde, acolhendo dúvidas da população e prestando atendimentos aos profissionais de saúde de serviços públicos e privados, que necessitam de orientação quanto a medidas de controle, conduta ou para notificação de doenças e agravos.

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.

A frequência 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. 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 à saúde são o foco de atuação da **vigilância sanitária (VISA)**, com suas responsabilidades pactuadas entre os três entes federados. Reconhecendo-se a vulnerabilidade dos cidadãos nas relações de consumo, são realizadas ações para identificação, gerenciamento e controle do risco sanitário na prestação de serviços e tecnologias relacionados à saúde, bem como na cadeia produtiva e comercialização de alimentos, medicamentos, insumos farmacêuticos, produtos para a saúde, cosméticos e saneantes.

Neste sentido, cita-se a instituição da Ação Permanente de Avaliação da Imagem Mamográfica por Fantoma (APAIMFRS), programa de fiscalização sanitária que fornece indicadores sobre a qualidade dos exames mamográficos nos diferentes serviços públicos e privados a partir de testes de fantomas mamográficos (**simuladores radiográficos de mama**) equivalentes ao adotado pelo Colégio Americano de Radiologia. No ano de 2019 as conformidades das imagens mamográficas na APAIMFRS atingiram 75%, evidenciando a importância da atuação da VISA na ampliação da qualificação do processo diagnóstico de câncer de mama no estado.

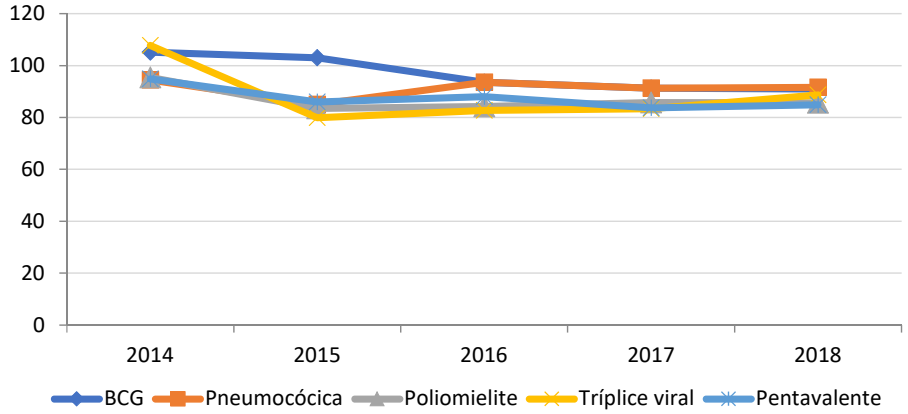
A **Vigilância Sanitária (VISA)**, reconhecida como ação típica do estado, possui a prerrogativa de restringir o direito privado em prol do interesse coletivo, em nome da proteção à saúde da população, o que lhe confere o poder de polícia, não podendo, deste modo, ser terceirizada. O desafio consiste na descentralização das ações de VISA, mantendo recursos humanos capacitados e em número suficiente para atuação nas diferentes áreas, principalmente em pequenos municípios, além do acompanhamento da velocidade de surgimento de novos produtos e serviços relacionados direta ou indiretamente à saúde, para análise e controle dos riscos sanitários envolvidos. A continuidade da **implantação do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (SIVISA)** no estado e nos municípios, que em dezembro/2019 já atingia 62% dos 497, correspondendo à cobertura de 65% da população do RS, é crucial para efetivação deste processo.

A integração entre a Vigilância em Saúde e a APS é condição obrigatória para a construção da integralidade do cuidado sob a lógica das RAS. 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), em 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 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 Figura 87 mostra a série histórica de cobertura vacinal, onde observa-se queda das coberturas vacinais para as vacinas BCG, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite, Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b e poliomielite), e **Tríplice Viral** (Sarampo, Rubéola e Caxumba) nos últimos anos. No ano de 2014, atingiu-se a meta preconizada em BCG, Poliomielite e Tríplice Viral. Nos anos de 2015, 2016, 2017 e 2018, atingiu-se a meta preconizada somente na vacina BCG. Essa queda também ocorre se comparados os dados de coberturas vacinais do país, por causas multifatoriais.

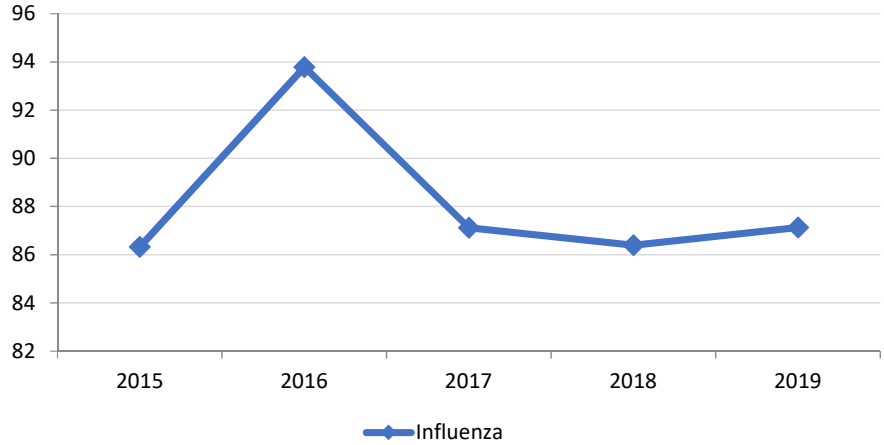
**Figura 87.** Percentual (%) de cobertura vacinal por imunobiológico selecionado, RS, 2014-2018.




Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI)/DATASUS.

A campanha nacional de vacinação contra a **Influenza** ocorre anualmente em todo o país durante a campanha nacional. Conforme a série histórica, o RS atingiu a meta de cobertura vacinal preconizada de 90% nos grupos elegíveis, em 2016, totalizando 93,8% do público-alvo. Em 2015 a cobertura vacinal alcançada foi 86,3%, em 2017 foi de 87,1%, 2018 foi de 86,4% e 2019 de 87,1%, conforme a Figura 88.

**Figura 88.** Percentual (%) de cobertura vacinal na Campanha Nacional contra a Influenza, RS, 2015-2019.




Fonte: SI-PNI/DATASUS.

A Vigilância e a APS fazem o monitoramento e controle de *Aedes aegypti,* instituído como Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) e, 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.

A vigilância em saúde possui diversas ações integradas na atenção especializada da RAS. O **Núcleo Estadual de Segurança do Paciente** da VISA tem por objetivos o monitoramento da qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde e a investigação dos eventos adversos - sobretudo eventos graves e resultantes em óbitos nestes estabelecimentos. A adoção de medidas preconizadas pela Segurança do Paciente por parte dos serviços de saúde visa evitar a ocorrência de incidentes que possam resultar em dano ao paciente, que não possuem vínculo com a evolução da sua doença de base, denominados Eventos Adversos (EA).

Levando em conta que muitos dos EA são evitáveis, a adoção de medidas preventivas voltadas para a redução de sua probabilidade de ocorrência pode evitar sofrimento desnecessário, economizar recursos e salvar vidas. Neste sentido, hospitais com leitos de UTI Adulto, Pediátrico ou Neonatal são considerados serviços de saúde prioritários. O monitoramento da Adesão às Práticas de Segurança do Paciente é realizado anualmente, por meio de critérios e indicadores nacionais elaborados e gerenciados pela ANVISA. Tal avaliação resulta na classificação dos serviços em três níveis de adesão a estas práticas: baixa, média e alta.

Estes índices fornecem um diagnóstico de qualidade e segurança nestes hospitais, servindo como norteadores não apenas às ações da vigilância sanitária, mas para os próprios estabelecimentos avaliados. Além disso, pode-se medir e orientar a melhoria contínua nos processos dos hospitais com UTI, buscando a adequação do serviço a cada novo ciclo de avaliação para que aumente seu índice e possa atingir a alta adesão às práticas, quando cumpre a maior parte dos requisitos de Segurança do Paciente estabelecidos pela ANVISA. Até abril/2020, 26% dos hospitais com UTI Adulto do RS estão classificados como alta adesão às práticas de segurança do paciente, evidenciando a importância de atuar junto aos serviços a fim de ampliar este universo.

A **Política Estadual de Laboratório de Vigilância em Saúde** visa organizar a área de exames e diagnósticos para responder pela área laboratorial em Vigilância. São competências do estado na área de laboratório: coordenação, acompanhamento e avaliação da rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes, garantindo a realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância, conforme organização da rede estadual de laboratórios.

A formação da rede estadual de laboratórios de vigilância em saúde destaca que os laboratórios de saúde pública não configuram um sistema isolado das áreas que demandam informações para diagnóstico, ou para adoção de medidas de saúde pública, sendo partes integrantes do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) de cada esfera de governo, na medida em que subsidiam as ações de assistência e de vigilância em saúde. Atualmente, a **Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública** é composta por 14 Laboratórios Regionais de Saúde Pública, situados nos seguintes municípios: Alegrete, Bagé, Caxias do Sul, Cachoeira do Sul, Cruz Alta, Erechim, Ijuí, Passo Fundo, Pelotas, Osório, Santa Cruz do Sul, Santa Rosa, Santa Maria, Santo Ângelo**,** que fazem parte da estrutura da REDELAB/LACEN/CEVS/SES.

O **Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN),** com área geográfica de abrangência estadual, tem as seguintes competências: a) coordenar as ações laboratoriais de Vigilância em Saúde na esfera estadual; b) apoiar e cooperar tecnicamente os municípios nas ações realizadas pelos Laboratórios de Vigilância em Saúde; c) estabelecer normas técnicas e operacionais para serem aplicadas na rede de laboratórios de Vigilância em Saúde; d) armazenar e transportar amostras dos laboratórios de referência de cada Região de Saúde para os LACEN; e) realizar análises laboratoriais de interesse da vigilância; f) atender às diretrizes, fluxos e prazos para envio das informações de interesse da Vigilância em Saúde para o nível nacional; g) promover capacitações para profissionais da rede de Laboratórios de Vigilância em Saúde, no âmbito estadual; g) planejar, adquirir e monitorar o fornecimento de insumos e equipamentos, necessários à realização do diagnóstico laboratorial, no âmbito estadual; e, h) monitorar o controle de qualidade da rede de laboratórios de Vigilância em Saúde, no âmbito estadual.

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 emergências. No RS temos sete **Unidades Sentinelas de Síndromes Gripais**, distribuídas da seguinte forma: duas em Porto Alegre, uma em Canoas, uma em Pelotas, uma em Caxias do Sul, uma em Passo Fundo 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 e as unidades estaduais vigentes foram habilitadas na Resolução CIB/RS Nº 401/19. A vigilância oportuna preconiza coleta de cinco amostras clínicas de casos de SG por semana, possibilitando 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. A vigilância da Influenza também engloba o monitoramento de todas as internações por SRAG em toda rede hospitalar do estado. Todos os casos são notificados no Sistema de Informação de Vigilância da Gripe (SIVEP-Gripe) e coletam amostras de secreção respiratória as quais são testadas para Influenza e em caso negativo para outros vírus respiratórios circulantes (Adenovírus, Vírus Sincicial respiratório e Parainfluenza 1/2/3).

O **Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CDCT)**, pertencente ao Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), foi criado em 2001 para alavancar as políticas de ciência e tecnologia em saúde do estado, e possui estrutura composta de laboratórios equipados para desenvolver e realizar técnicas genéticas de última geração. Suas atividades são desenvolvidas através da execução de projetos científicos para gerar conhecimento e tecnologia, a fim de auxiliar no enfrentamento de grandes problemas de saúde, redução da dependência de produtos importados e aumento do acesso da população a exames de alta complexidade. São atribuições do CDCT: (a) formação e capacitação de profissionais para a pesquisa e aplicação de tecnologias científicas para a resolução de problemas de saúde pública; (b) desenvolvimento de projetos científicos que visem o aumento do conhecimento sobre doenças e a transmissão de patógenos; (c) obtenção de novos testes e procedimentos para diagnóstico; (e) criação e implantação de critérios e padrões de avaliação e certificação de tecnologias sanitárias; (f) prestação de serviços de análises diagnósticas por DNA e testes de apoio a ações de interesse em saúde pública.

O CDCT desenvolve atividades em três áreas: pesquisa, tecnologia e serviços. O trabalho realizado tem sido referência de informações sobre agravos de alto impacto em saúde do sul do país como HIV e Tuberculose, além de apoiar ações dos programas estaduais em vigilância em saúde nas áreas de interesse para o SUS. A capacidade tecnológica do CDCT tem sido amplamente disponibilizada à população pela realização de testes genéticos de análise de DNA permitindo um maior acesso a métodos modernos com redução de tempo de espera e custos destes exames. O Centro atende aos Programas Nacional e Estadual de Triagem Neonatal (PNTN e PETN), executando as análises genéticas complementares ao **teste do pezinho**, conforme Portaria N° 822/2001 e Resolução CIB/RS N° 188/07.

O **Centro de Informação Toxicológica do RS (CIT/RS)** presta assessoria e orientação frente à ocorrência de acidentes tóxicos, sendo considerado um centro de referência Estadual e Nacional na área de toxicologia. É uma unidade de telemedicina composta por três núcleos: Núcleo de Atendimento de Urgência e Emergência com plantão de atendimento toxicológico permanente 24 horas por dia nos sete dias da semana, pelo telefone 0800 721 3000. Tem por objetivo prestar orientação e tratamento frente a acidentes tóxicos para profissionais da área da saúde que atendem diretamente o indivíduo (UBS, UPAs, PA, Emergências de Hospitais) e prestar informações sobre primeiros socorros e identificação de agentes tóxicos para população leiga, evitando sequelas, diminuindo o risco à população, reduzindo os custos no sistema público de saúde, visando à redução da morbimortalidade.

Além dos atendimentos de emergência, o CIT/RS acompanha e faz a evolução de todos os casos de alta complexidade. Dando suporte ao Núcleo de Atendimento de Urgência e Emergência, o Núcleo de Toxinas Naturais desenvolve um trabalho de identificação de animais peçonhentos e plantas tóxicas, principalmente através de imagens, permitindo um rápido diagnóstico, o que abrevia o tempo de início de tratamento, promove o uso racional de soros antivenenos e evita o uso desnecessário de outros procedimentos terapêuticos que a falta de diagnóstico seguro acarreta. O Núcleo de Análises Toxicológicas de Urgência auxilia no diagnóstico laboratorial realizando a pesquisa e/ou quantificação de medicamentos, agrotóxicos e drogas de abuso em material biológico, participando dos programas públicos de atendimento e controle do uso de drogas de abuso, em especial aos Centros de Atendimento Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS-AD).

A **Vigilância em Saúde do Trabalhador** (VISAT) é o conjunto de ações que visa a promoção da saúde, à redução da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. Estas ações se

dão de forma integrada com as demais vigilâncias, promovendo a articulação com a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) e as redes assistenciais.

A promoção da atenção integral à saúde do trabalhador se dá estrategicamente através da através da implantação de serviços especializados na atenção secundária nas Regiões de Saúde. Estes serviços são os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que compõem a RENAST e as Unidades Especializadas Regionais em Saúde do Trabalhador (URESTs). Os CEREST e as URESTs 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.

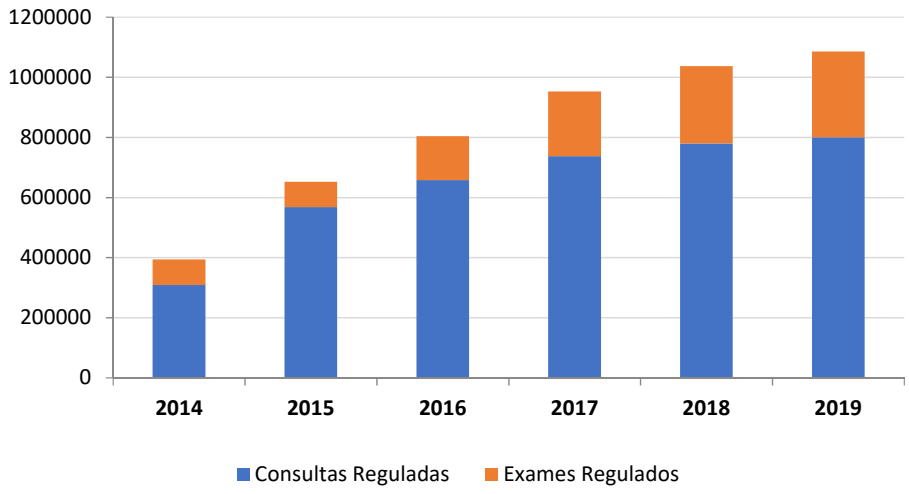
A rede de referência em Saúde do Trabalhador possui 11 serviços regionais: CEREST Macro Norte (sede em Palmeira das Missões) CEREST Fronteira (sede em Santa Rosa), CEREST Macro Missioneira (sede em Ijuí), CEREST Fronteira Oeste (sede em Alegrete), CEREST Centro (sede em Santa Maria), CEREST Macro Sul (sede em Pelotas), CEREST Vales (sede em Santa Cruz do Sul), CEREST Serra (sede em Caxias do Sul), CEREST Alto Uruguai (sede em Erechim), UREST Gravataí, UREST Ametista do Sul. Conta também com um CEREST municipal, em Porto Alegre e um CEREST Estadual. A RENAST integra e articula as linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, tendo como eixo os CERESTs.

## 4.13 Regulação do Acesso

A **Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA)** do RS realiza a regulação do acesso às consultas médicas especializadas ofertadas em Porto Alegre através do **Sistema Gerenciamento de Consultas (GERCON)**. A partir da Resolução CIB/RS Nº 495/18, o GERCON é o sistema oficial para regulação de consultas e exames no estado, após convênio com a SMS de Porto Alegre.

Em 2019 foram realizados, em média, 82.000 agendamentos mensais de consultas e exames. Deste total, 24.000 são exames e 58.000 são consultas especializadas reguladas pela SES/RS. Na Figura 89, apresenta-se a série histórica dos quantitativos de consultas e exames regulados, entre os anos de 2014 e 2019.

**Figura 89.** Série histórica dos quantitativos de consultas e exames regulados, RS, 2014-2019.




Fonte: SES/RS.

A planificação da área ambulatorial até 2022 é de implantar o **Sistema GERCON** na totalidade do estado, através da CRA/RS, Centrais municipais (Porto Alegre, Caxias do Sul, Pelotas e Canoas) e Centrais de agendamento regionais, presentes nas 19 CRS. O GERCON encontra-se em fase de desenvolvimento para atender às necessidades de implantação no estado. Conforme convênio Nº 001/2019, a previsão de início da implantação do sistema estava prevista para o 13º mês após assinatura do documento, prazo esse que foi solicitado prorrogação em virtude da pandemia pela COVID-19. O início da implantação do GERCON iniciará em abril/2021 e ocorrerá de forma sistemática nos estabelecimentos de saúde contratualizados pela SES/RS, com previsão de conclusão para 2023.

As ações de regulação do acesso aos leitos hospitalares sob gestão estadual ou municipal são realizadas pela **Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH)**, em conjunto com as Centrais de Regulação Municipais de Porto Alegre, Caxias do Sul, Canoas e Pelotas. Em 2019, foram realizadas 27.429 solicitações de internações/transferências hospitalares, sendo 42% para leitos de UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal. Considerando o total de solicitações para leitos de UTI, 47,9% (5.549) foram internados/transferidos, 18,7% (2.164) encerradas por falta de evolução ou pendência não respondida e erro no cadastramento da solicitação, 17,9% (2.070) 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), 9,8% (1.131) cancelados por óbito durante o processo regulatório e 5,8% (669) por outros motivos.

A regulação do acesso às internações SUS é uma obrigação e uma prerrogativa do gestor. Esta ação tem o objetivo de qualificar a ocupação dos leitos disponíveis, de forma a garantir que a oferta contratada seja utilizada de forma eficaz e equânime. Para que esta ação se concretize, é necessário que os processos de cadastro da solicitação, avaliação de necessidade da internação, classificação de prioridade e ocupação do leito sejam informatizados e transparentes.

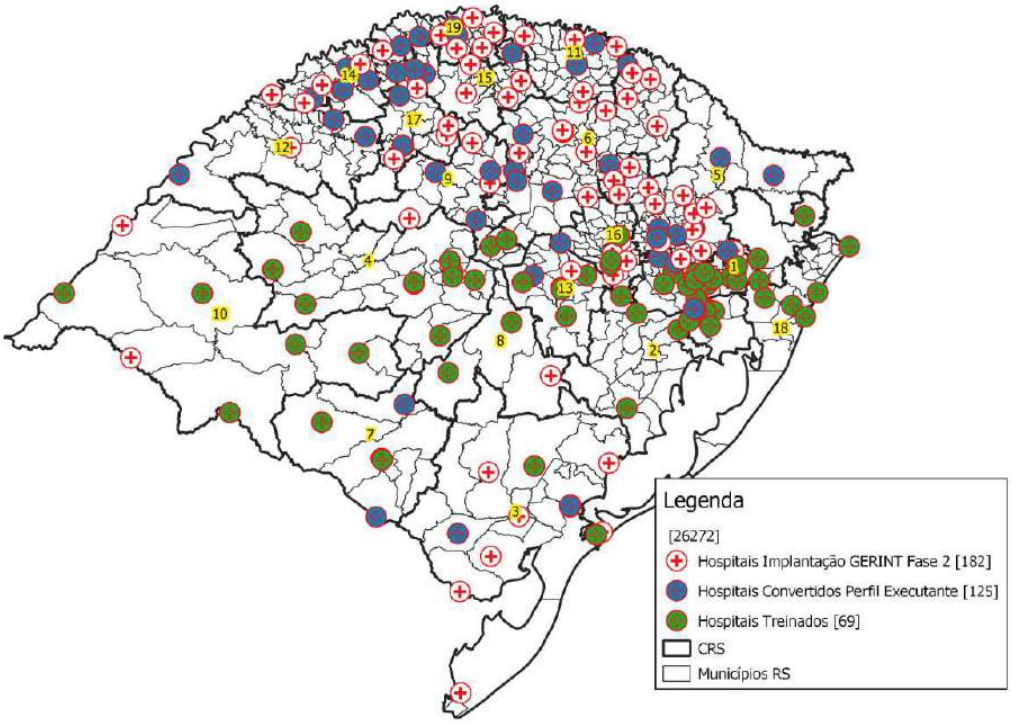
O **Sistema de Gerenciamento de Internações** (**GERINT)** foi implantado em janeiro/2018, de forma parcial (cadastro da solicitação), para os hospitais do estado. Após assinatura do convênio, em novembro/2019, o DRE desencadeou as etapas de implantação do sistema nos 182 hospitais

selecionados, seguindo os critérios de possuir: leitos de UTI, leitos de saúde mental incentivados, ter realizado mais de 100 cirurgias ano e leitos de retaguarda habilitados. Em virtude das medidas de prevenção ao contágio pelo COVID-19, publicadas nos Decretos do Governador do RS, as capacitações presenciais para implantação do GERINT Fase 2 estão acontecendo na modalidade de capacitação virtual e foram disponibilizados vídeos tutorias produzidos pela SES/RS para auxiliar na utilização do sistema pelos operadores.

Tratativas estão sendo realizadas para implantação do sistema GERINT também nos municípios plenos, de forma a se realizar regulação compartilhada entre a CRH e as Centrais de Regulação dos municípios que se encontram sob gestão municipal dos serviços de saúde (Porto Alegre, Caxias do Sul, Canoas e Pelotas). Sob o formato de integração com os sistemas hospitalares todos os leitos e procedimentos, inclusive os eletivos, se encontrarão disponibilizados no GERINT.

O plano da regulação hospitalar até 2021 é de implantar o GERINT na totalidade dos hospitais selecionados. Ao término de 2020, o sistema GERINT estará implantado em 100 hospitais no estado. Abaixo, segue mapa da implantação do GERINT Fase 2 até setembro de 2020 (Figura 90).

**Figura 90**. Mapa de implantação do sistema GERINT nos hospitais, RS, 2020.




Fonte: SES/RS.

A **Central Estadual de Regulação de Saúde Mental** (CER Mental), foi inaugurada na primeira semana de dezembro/2019. Esta Central é composta por uma equipe especializada e multiprofissional. Através de suas ações, agiliza o acesso aos leitos psiquiátricos dos hospitais gerais e especializados. Para tanto, foram adotados critérios de gravidade, risco e prioridade.

No ano de 2020 houve ampliação das CRS reguladas pela Central. Além das correspondentes às macrorregiões Metropolitana (1ª, 2ª, 18ª CRS) e Serra (5ª CRS), passou a regular também a 4ª, 7ª, 8ª e 13ª CRS. A Central tem como objetivo regular todos os leitos psiquiátricos, que se encontram sob a responsabilidade do Estado, através do Sistema GERINT até 2022. Também realizará a regulação de consultas ambulatoriais de psiquiatria através do sistema GERCON.

A equipe da CER Mental participou do grupo de trabalho que visa a elaboração de planos para o aumento da eficiência organizacional e demais iniciativas necessárias para a melhoria operacional do Hospital Psiquiátrica São Pedro, desencadeado em março de 2020 pela consultoria realizada pelo Hospital Sírio Libanês.

Esta Central está desenvolvendo um programa de inteligência artificial, operacionalizado através de *Machine Learning*, para varredura e busca ativa em redes sociais de situações envolvendo mulheres vítimas de violência e violência doméstica em geral através de um aplicativo semelhante ao utilizado pelo SAMU Estadual (Chamar 192). O aplicativo tem o objetivo de identificar e atender as vítimas disponibilizando-o para a Secretaria de Segurança com a funcionalidade de denúncias eletrônicas nas mesmas situações.

A CER Mental também coordena o grupo que está trabalhando no desenvolvimento de um programa que visa utilizar recursos de inteligência artificial para, através das redes sociais, realizar uma busca ativa de postagens que indiquem risco de suicídio contra vulneráveis, para posterior monitoramento, acompanhamento e/ou intervenção. O Programa de Inteligência Artificial Pela Vida, já passou por algumas etapas de acurácia do algoritmo.

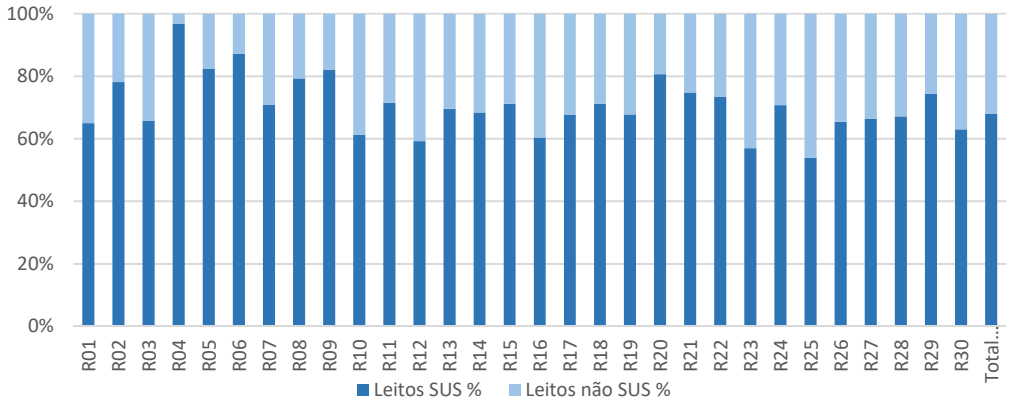
## 4.14 Leitos de internação clínico, cirúrgico e UTI

Os leitos hospitalares são classificados em leito de internação, leito complementar de internação, leito de hospital dia e leito de observação, de acordo com o Manual de Conceitos e Nomenclaturas de Leitos Hospitalares da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH, 2016). **Leito de internação** é a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço. São excluídos desta classificação os leitos de observação, leitos de hospital dia, berços de alojamento conjunto, camas destinadas a acompanhante e a funcionários do hospital e leitos de internação domiciliar.

Os leitos de internação são classificados nos seguintes tipos: leito clínico, leito cirúrgico, leito obstétrico e leito pediátrico.

**Leito de internação clínica** é destinado a acomodar paciente de qualquer especialidade clínica, sendo possível a sua subclassificação por especialidades como: cardiologia, clínica geral, neurologia, oncologia, pneumologia, saúde mental e outros. Os leitos clínicos obstétricos e pediátricos não estão incluídos nesta classificação. Conforme dados do CNES, de dezembro/2019, o estado possuía 12.913 leitos de internação clínica, sendo 68% de leitos SUS e 32% de leitos Não SUS. A capacidade instalada de leitos de internação clínica SUS e Não SUS, por Regiões de Saúde do estado do RS é apresentada a seguir (Figura 91).

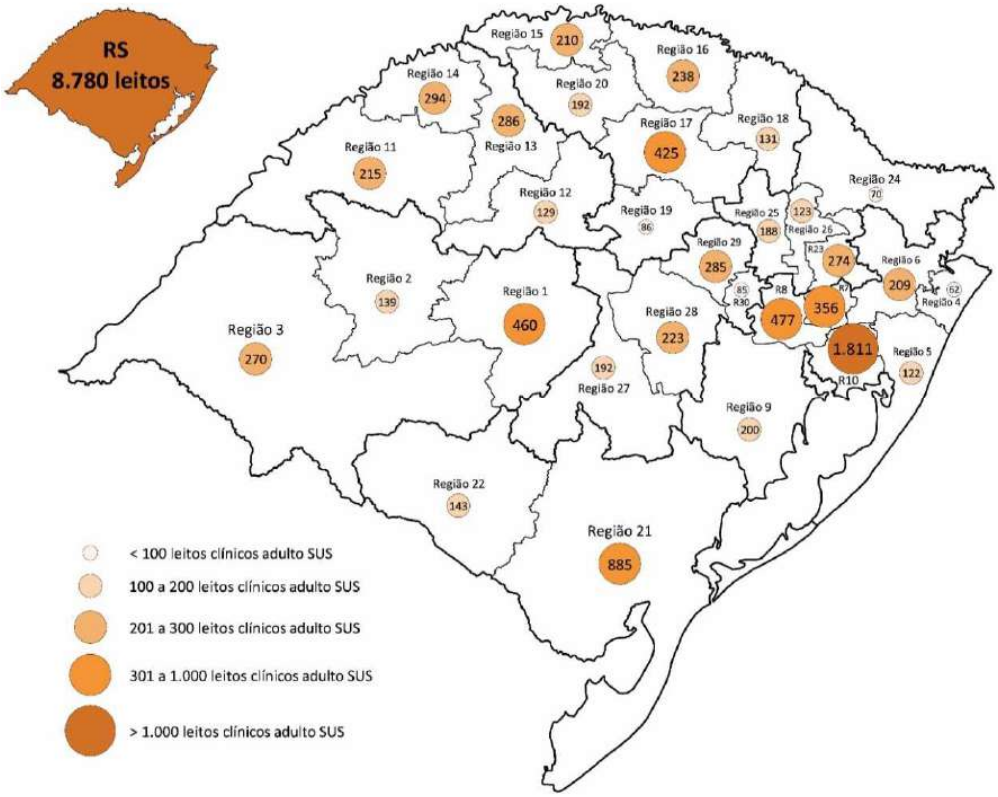
**Figura 91.** Leitos de Internação Clínica Adulto SUS e Não SUS por Região de Saúde, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

No RS os leitos de internação clínica adulto SUS estão distribuídos de maneira diversa nas diferentes Regiões de Saúde. A Figura 93 demonstra que as regiões que possuem o menor quantitativo de leito clínico adulto, respectivamente, são: R4, R5, R19, R24 e R30. A maior oferta de leitos se encontra em R1, R8, R10, R17 e R21. A R10, que possui a maior concentração populacional e na qual se situa a capital Porto Alegre, concentra 20,62% dos leitos clínicos adulto SUS do estado do RS (Figura 92).

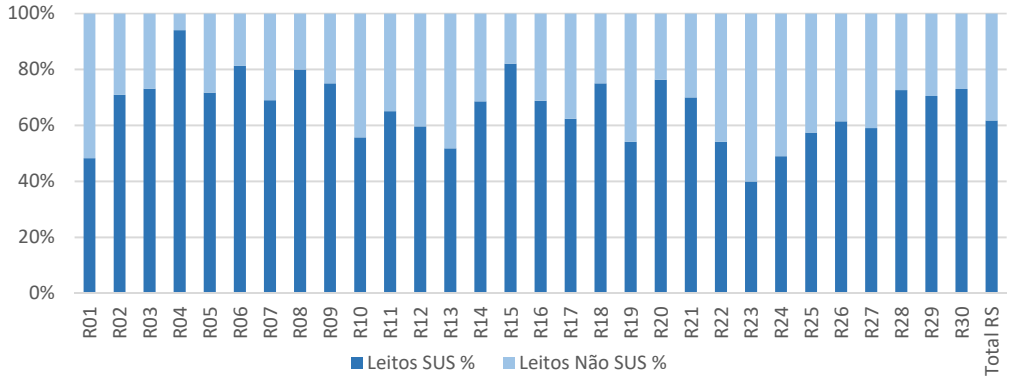
**Figura 92.** Leitos de Internação Clínica Adulto SUS por Região de Saúde, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

O **leito de internação cirúrgico** é destinado a acomodar paciente de qualquer especialidade cirúrgica, sendo possível a sua subclassificação por especialidades como: cardiologia, cirurgia geral, gastroenterologia, ginecologia, neurocirurgia, oncologia, ortopedia-traumatológica, otorrinolaringologia e outros. Os leitos cirúrgicos obstétricos e pediátricos não estão incluídos nesta classificação. Conforme dados do CNES, de dezembro/2019, o estado possuía 7.126 leitos de internação cirúrgica, sendo 62% de leitos SUS e 38% de leitos Não SUS. A capacidade instalada de leitos de internação cirúrgica SUS e Não SUS, por Regiões de Saúde do estado do RS é apresentada a seguir (Figura 93).

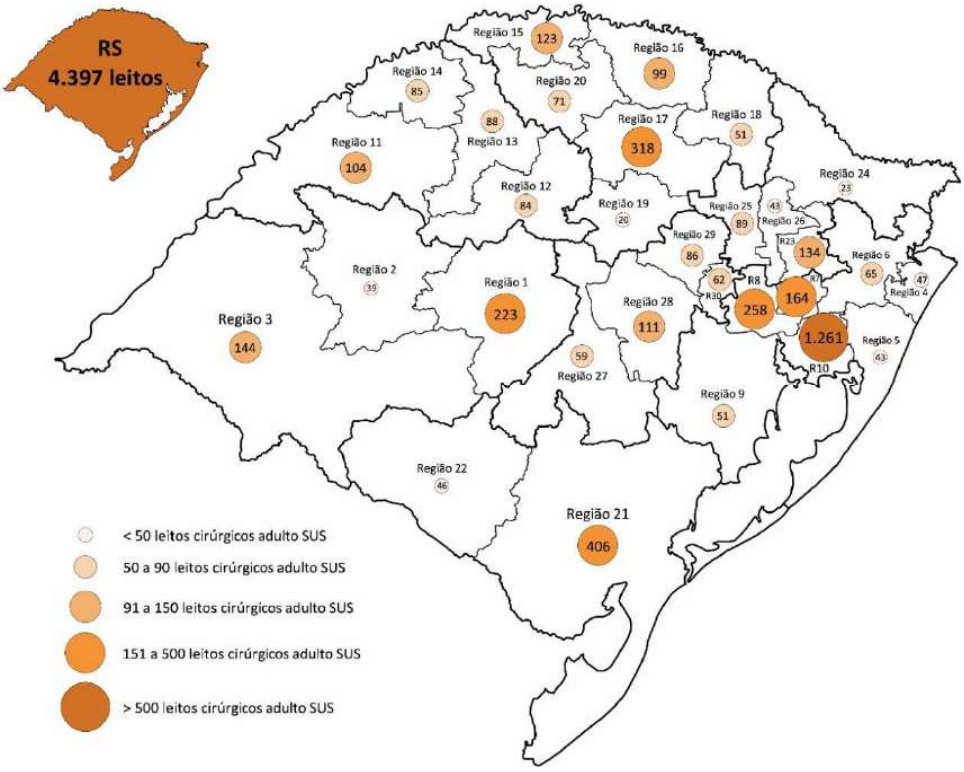
**Figura 93.** Leitos de Internação Cirúrgica Adulto SUS e Não SUS por Região de Saúde, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

Os leitos de internação cirúrgica adulto SUS estão distribuídos de maneira diferente nas diferentes Regiões de Saúde do RS. Na Figura 94 pode-se perceber que as regiões que possuem o menor quantitativo de leito cirúrgico adulto, respectivamente, são: R2, R5, R19, R24 e R26. A maior oferta de leitos se encontra nas regiões R1, R8, R17, R10, R21.

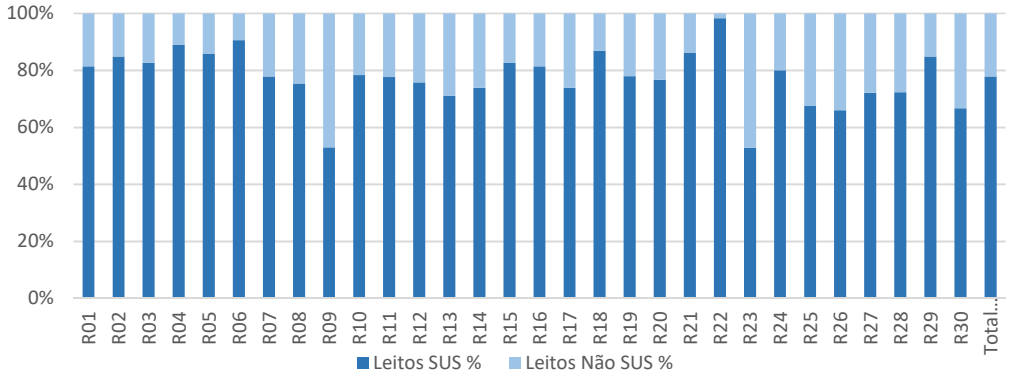
**Figura 94.** Leitos de Internação Clínica Adulto SUS por Região de Saúde, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

O **leito de internação pediátrico** é destinado a acomodar pessoas menores de 15 anos de idade. A faixa etária para definição de leitos é referenciada pela Portaria GM/MS Nº 1.631/2015. Os leitos pediátricos são classificados nas especialidades leito pediátricos clínicos e leito pediátricos cirúrgicos. Conforme dados do CNES, de dezembro/2019, o estado possuía 2.818 leitos de internação pediátrica, considerando os leitos clínicos e cirúrgicos, sendo 78% de leitos SUS e 22% de leitos Não SUS. A capacidade instalada de leitos de internação pediátrica SUS e Não SUS, sem distinção de leitos clínicos e cirúrgicos, por Regiões de Saúde do estado do RS é apresentada a seguir (Figura 95).

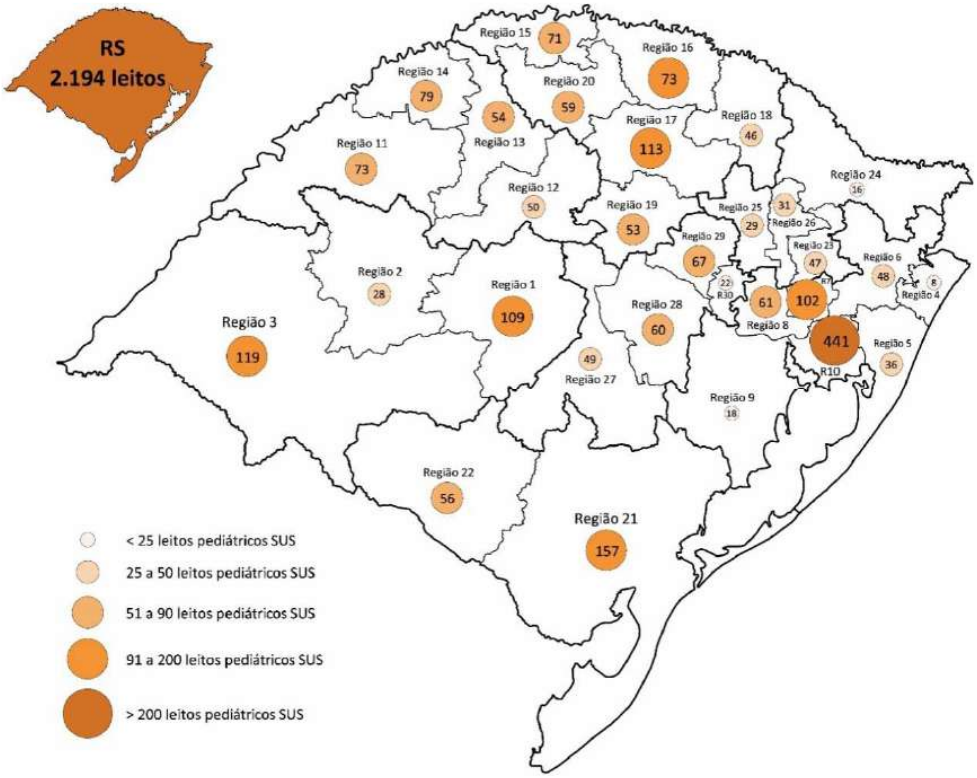
**Figura 95.** Leitos de internação pediátrica (clínicos e cirúrgicos) SUS e Não SUS por Região de Saúde, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

No RS os leitos de internação pediátrica (clínica e cirúrgica) SUS também estão distribuídos de maneira diversa nas Regiões de Saúde. A Figura 96 demonstra que as regiões que possuem o menor quantitativo de leito pediátrico, respectivamente, são: R2, R4, R9, R24 e R30. A maior oferta de leitos encontra-se em R1, R3, R10, R17 e R21.

**Figura 96.** Leitos de Internação Pediátrica (Clínica e Cirúrgica) SUS por Região de Saúde, RS, 2019.



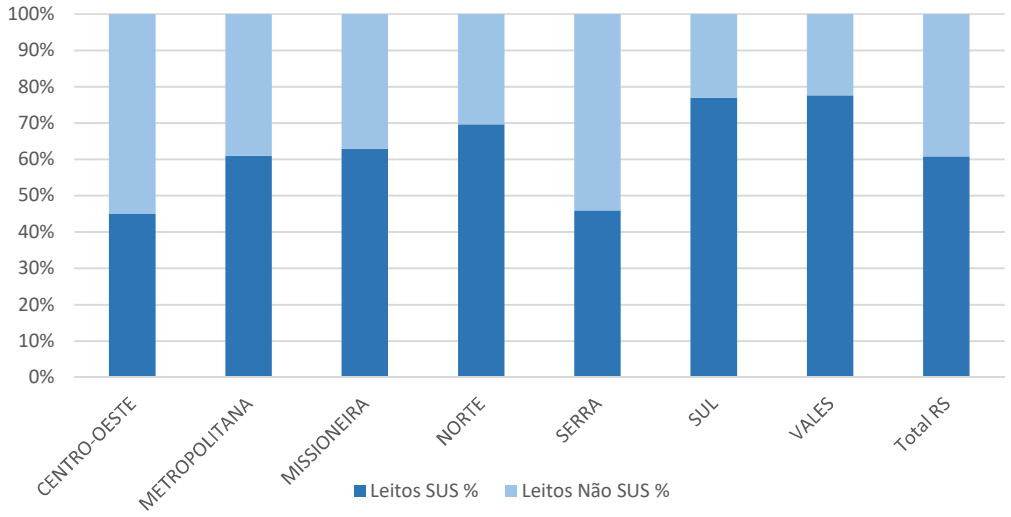

Fonte: SES/RS.

Os **leitos complementares de internação** são os leitos de internação destinados a pacientes que necessitam de assistência especializada exigindo características especiais, tais como as unidades de isolamento, isolamento reverso e as unidades de tratamento intensiva e semi-intensiva. Os leitos complementares de internação são classificados em: leito de isolamento, leito de isolamento reverso, leito de cuidados intensivos (UTI) e leito de cuidados intermediários (UCI).

Os **leitos de terapia intensiva (UTI)** são aqueles leitos destinados à internação de pacientes graves ou de risco, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias aos diagnósticos e terapêutica em consonância a Portaria GM/MS Nº 3.432/1998 e a RDC 07/10 - ANVISA. Os leitos de UTI são classificados em UTI Adulto (Tipo I, II, III), UTI Pediátrica (Tipo II, III), UTI Neonatal (UTIN), UTI Coronariana (UCO Tipo II, III), UTI de Queimados (UTIQ).

Os **leitos de UTI adulto (Tipo I, II e III)** são aqueles destinados à assistência de pacientes com idade superior a 15 anos. Conforme dados do CNES, de dezembro de 2019, o estado possuía 1.603 leitos de UTI Adulto, sendo 61% de leitos SUS e 39% de leitos Não SUS. A capacidade instalada de leitos de UTI Adulto SUS e Não SUS, por Macrorregiões de Saúde do estado do RS é apresentada a seguir (Figura 97).

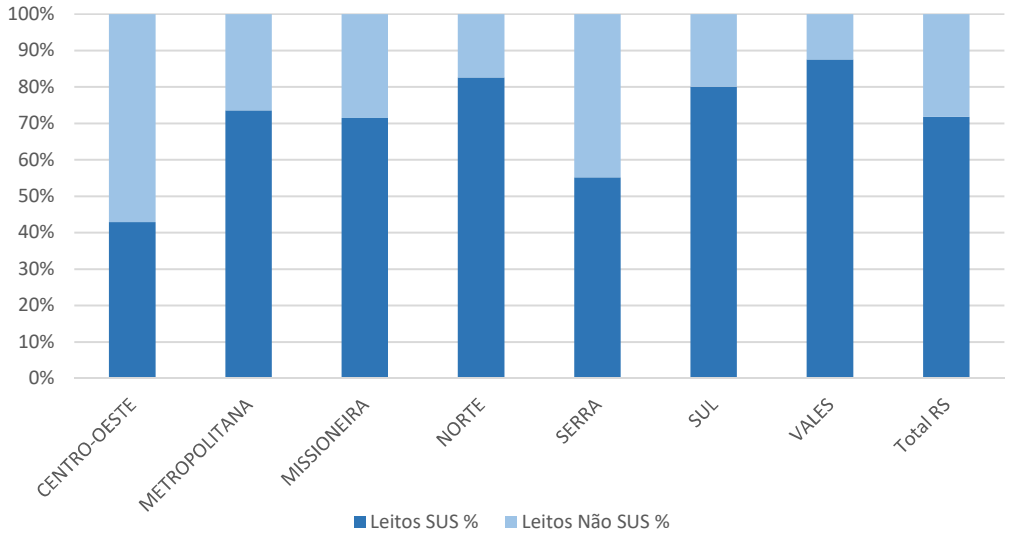
**Figura 97.** Leitos de UTI Adulto SUS e Não SUS por Macrorregião de Saúde, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

Os **leitos de UTI pediátrica (Tipo II e III)** são aqueles destinados à assistência de pacientes com idade entre 29 dias e menores de 15 anos. Conforme dados do CNES, de dezembro de 2019, o estado possuía 269 leitos de UTI Pediátrica, sendo 72% de leitos SUS e 28% de leitos Não SUS. A capacidade instalada de leitos de UTI pediátrica SUS e Não SUS, por Macrorregiões de Saúde do estado do RS é apresentada a seguir (Figura 98).

**Figura 98.** Leitos de UTI Pediátrica SUS e Não SUS por Macrorregião de Saúde, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

### 4.15 Hemorrede Estadual

A Política Estadual do Sangue e Hemoderivados tem por objetivo garantir a cobertura transfusional para todos os pacientes atendidos pelo SUS, com base nos seus princípios fundamentais: equidade, universalidade, integralidade, descentralização e hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde, em consonância com a Política Nacional do Sangue e Hemoderivados. Está pautada na seguinte legislação: Lei Federal N° 8.080/1990; Lei Federal Nº 8.142/1990; Lei Federal Nº 10.205/2001; Decreto Federal Nº 3.990/2001; Portaria de Consolidação Nº 1/2017; Portaria de Consolidação Nº 5/2017; e Portaria Estadual Nº 293/2019.

A Política Estadual do Sangue e Hemoderivados têm as seguintes diretrizes: a) Captação de doadores voluntários de sangue de forma regular, com foco na fidelização dos mesmos; b) Dimensionamento da produção de hemocomponentes a partir de parâmetros assistenciais, conforme o perfil assistencial dos estabelecimentos de saúde de cada macrorregião de saúde; c) Otimização da capacidade instalada dos serviços hemoterápicos públicos, com vistas à disponibilização da melhor técnica e ganho em escala; d) Gerenciamento integrado dos estoques de hemocomponentes produzidos pelo SUS; e) Disponibilização da produção de hemocomponentes da Rede Hemoterápica Estadual para os pacientes da Rede SUS, preferencialmente; f) Aumento da participação da Rede Hemoterápica Estadual no fornecimento de hemocomponentes para os serviços de saúde da Rede SUS que realizam transfusão; g) Capacitação e treinamento de recursos humanos em hemoterapia; e h) Disponibilização de atenção multiprofissional aos portadores de coagulopatias hereditárias.

A Rede Hemoterápica Pública do estado do RS é constituída pelo hemocentro coordenador e sete hemocentros regionais, conforme o Quadro 13.

**Quadro 13.** Relação dos hemocentros do estado, RS, 2020.

| HEMOCENTRO | MUNICÍPIO | TIPO DE SERVIÇO HEMOTERÁPICO |
|---|---|---|
| Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul | Porto Alegre | Hemocentro Coordenador |
| Hemocentro Regional de Passo Fundo | Passo Fundo | Hemocentro Regional |
| Hemocentro Regional de Pelotas | Pelotas | Hemocentro Regional |
| Hemocentro Regional de Santa Maria | Santa Maria | Hemocentro Regional |
| Hemocentro Regional de Caxias do Sul | Caxias do Sul | Hemocentro Regional |
| Hemocentro Regional de Santa Rosa | Santa Rosa | Hemocentro Regional |
| Hemocentro Regional de Alegrete | Alegrete | Hemocentro Regional |
| Hemocentro Regional de Cruz Alta | Cruz Alta | Hemocentro Regional |

Fonte: SES/RS.

O Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul (HEMORGS) é o hemocentro coordenador, sendo responsável pelo planejamento, programação, coordenação, supervisão e execução das atividades relativas ao ciclo produtivo do sangue, bem como pela assistência à saúde dos portadores de coagulopatias hereditárias, interface com as instituições públicas e filantrópicas e apoio técnico a SES/RS na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados no RS, de acordo com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (SINASAN).

Os hemocentros são serviços de natureza pública e a referência técnica em hemoterapia e hematologia para os demais serviços hemoterápicos que realizam as etapas do ciclo do sangue para a Rede SUS. São responsáveis pela garantia da distribuição de hemocomponentes nas situações de catástrofes, grandes eventos e outras situações de contingências, pelo atendimento às demandas de

sangue raro, pelo treinamento em hemoterapia e hematologia, e outras necessárias para atenção hemoterápica com segurança e qualidade.

Os pilares sobre os quais a **doação de sangue** deve acontecer no Brasil estão firmados, segundo a legislação vigente, a partir do voluntarismo, anonimato e altruísmo, não devendo o doador receber, de forma direta ou indireta, qualquer remuneração ou benefício em virtude de sua realização. A seleção de doadores deve ser feita a partir de critérios técnicos, que visam à proteção tanto do doador como do receptor. O consentimento da doação deve ser de forma livre e devidamente esclarecido, com garantia do sigilo das informações.

Para atender as demandas hemoterápicas, faz-se necessário o estabelecimento de um conjunto de ações voltadas à mobilização dos diversos seguimentos sociais para a promoção permanente da doação, com o objetivo de manter os estoques de hemocomponentes suficientes para sua disponibilidade, em tempo hábil sem gerar desperdício. A promoção da doação deve considerar o ato de doar sangue como prático saudável e socialmente necessário, e as estratégias de captação devem ter por objetivo a doação espontânea (advinda do indivíduo que procura o serviço de hemoterapia espontaneamente, independente de campanha, atendimento a paciente específico ou para atender a uma convocação da necessidade do serviço) e de repetição (que realiza pelo menos duas doações por ano).

Todos os estabelecimentos da saúde, tanto os que realizam os procedimentos do ciclo produtivo do sangue (coleta, processamento, exames laboratoriais, armazenamento e distribuição) como os que realizam o ato transfusional, são responsáveis por estabelecer ações de promoção da doação de sangue. Porém, suas estratégias de captação não podem atrelar a realização do procedimento hospitalar à exigência de doações de sangue para a reposição dos estoques.

No que se refere à **doação de medula óssea**, o Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) reúne as informações de todas as pessoas dispostas a doar medula óssea para quem precisa de transplante, está vinculado ao INCA, que é responsável pela sua coordenação técnica e operacionalização. Cabe aos hemocentros a responsabilidade pela captação dos doadores, realização do cadastro, coleta de amostra de sangue para a realização dos exames de histocompatibilidade e busca do potencial doador quando selecionado para um possível transplante.

A **assistência aos portadores de coagulopatias hereditárias** é realizada seguindo as diretrizes e as normativas do Programa de Atenção aos Portadores de Coagulopatias Hereditárias da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do MS. As coagulopatias hereditárias são doenças hemorrágicas decorrentes da deficiência quantitativa e/ou qualitativa de um ou mais fatores de coagulação. Estas doenças se caracterizam pela ocorrência de hemorragias de gravidade variável, de forma espontânea e/ou pós-traumática. Pacientes com coagulopatias necessitam fazer uso freqüente de hemocomponentes e/ou hemoderivados. As coagulopatias mais comuns assistidas pelo programa do MS são: hemofilia A (deficiência de fator VIII), B (deficiência de fator IX), doença de Von Willebrand, deficiência de fator XIII e VII.

A Clínica de Hematologia, que funciona junto ao HEMORGS, coordena no estado o cadastro de pacientes portadores de coagulopatias hereditárias no sistema informatizado Hemovida Web – Coagulopatias. Este sistema reúne os dados sócio demográficos e clínicos destes indivíduos, o tratamento e a vigilância epidemiológica das infecções, a presença de inibidor e de possíveis reações adversas ao tratamento. Realiza também a distribuição e dispensação dos medicamentos fornecidos pelo MS, tanto para pacientes quanto para os hemocentros regionais.

O RS possui quatro hemocentros regionais que realizam o atendimento hematológico e a dispensação dos medicamentos: Hemocentro Regional de Pelotas, Hemocentro Regional de Passo Fundo, Hemocentro Regional de Santa Maria e Hemocentro Regional de Caxias do Sul.

## 5. MACROPROCESSOS DE GOVERNANÇA DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS

A governança do SUS pode ser entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos sob responsabilidade da gestão estadual. 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 APS e os demais componentes da RAS, buscando articulá-los em função da missão, visão e objetivos comuns das redes (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

A estrutura organizacional vigente da SES/RS opera a partir de uma lógica departamental. Evidencia-se que a estrutura atual remonta, em última instância, ao Decreto 29.103/1979, que já previa a estrutura da SES/RS aos moldes departamentais, levando a uma cultura de trabalho fragmentada e que não passou por alterações substanciais em termos de formato organizacional desde 1996.

A estrutura atual, regulamentada pelo Decreto Nº 44.050/2005, sofreu pequenas alterações através do Decreto Nº 52.099/2014, reflexo das adaptações propostas em decretos anteriores, com inclusões e exclusões de estruturas e com renomeação de departamentos, sem transformar de forma substancial a lógica de trabalho da SES/RS. Tal situação acarretou um modelo organizacional pouco adaptado às necessidades atuais do gestor estadual em saúde, que deve ser indutor de políticas e propostas, operando a partir das RAS. Tendo a APS como coordenadora do cuidado, o lócus regional como o disparador das Redes e o papel de regulador e de mediador do estado frente às demandas dos municípios e da população de forma geral. Desta forma a SES/RS, através de um grupo de trabalho em 2019, construiu uma proposta de nova **estrutura organizacional**, buscando modernizar e integrar os diferentes departamentos, visando dar maior agilidade na governança do SUS.

### 5.1. Instâncias de Pactuação Intergestores

As **Comissões Intergestores** são instâncias de pactuação da organização e do funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde podem ser representados pelo CONASS, pelo CONASEMS e pelos Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

No RS, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) foi instituída pela Portaria SES/RS Nº 09/1993, e constitui-se em instância colegiada de pactuação consensual, com caráter deliberativo para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. A CIB/RS é constituída paritariamente por 7 membros efetivos e respectivos suplentes representantes da gestão estadual do SUS e 7 membros efetivos e respectivos suplentes representantes dos municípios.

Dentre as principais atribuições da CIB/RS, destacam-se: atuar como instância estadual de pactuação dos instrumentos e mecanismos para implementação, regulação, acompanhamento e avaliação dos modelos organizacionais do SUS, nos aspectos comuns à atuação das esferas de governo, em consonância com as diretrizes constitucionais e normas Pactuadas em âmbito federal e

consubstanciada nos Planos de Saúde; atuar como instância de pactuação da operacionalização das Políticas Estaduais de Atenção à Saúde; promover a articulação interfederativa, de forma a garantir a execução das ações e a direção única em cada instância; pactuar diretrizes gerais sobre as Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos; pactuar critérios para distribuição, alocação e utilização de recursos federais e estaduais, com base nas necessidades de saúde do estado e Regiões de Saúde, de acordo com as Políticas de Saúde dos entes federados, consubstanciada nos seus Planos de Saúde; estabelecer interlocução permanente com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com o Conselho Estadual de Saúde (CES) e com as demais CIB; manter contato permanente com as CIR, para acompanhamento e assessoramento do processo organizacional de regionalização das Políticas Públicas no estado; e acompanhar, analisar e homologar as questões pactuadas nas CIR.

Em 2019, as Reuniões da CIB/RS começaram a ser transmitidas ao vivo pelo *Facebook* da SES/RS, com objetivo de permitir que as discussões e pactuações alcancem o maior número de pessoas, além de ampliar a transparência das decisões tomadas pelos gestores. As reuniões são gravadas e são disponibilizadas no site da SES para que os interessados possam ter acesso.

A frequência dos gestores nas reuniões das 30 CIR tem sido monitorada pela CIB/RS, visando verificar a necessidade da realização de ações, em conjunto com o COSEMS/RS, para que as reuniões tenham efetiva participação dos gestores, aspecto considerado fundamental para o aprimoramento das discussões e deliberações locais.

A SES/RS pactuou com os gestores municipais um fluxo de encaminhamentos das demandas para a CIB/RS (Resolução CIB/RS Nº 435/2018), para que gestores municipais e técnicos tenham uma orientação precisa sobre os procedimentos necessários para que as demandas tramitem adequadamente, garantindo maior transparência, agilidade e impessoalidade nos encaminhamentos que passam pela comissão. Embora este fluxo tenha trazido muitas melhorias ao processo de pactuação intergestores, o mesmo deve ser revisto e atualizado, a fim de aprimorar o processo.

O processo de pactuação é fundamental para operacionalizar o SUS. Por essa razão, a Secretaria Executiva da CIB/RS (SE/CIB/RS) tem realizado esforços no sentido de que as discussões cheguem para as reuniões de modo mais maduro possível. Nesse sentido, foram instituídas reuniões pré-SETEC (reuniões de alinhamento de pauta) entre a SE/CIB/RS com diretores e equipes técnicas dos departamentos da SES/RS, bem como com a Secretaria Executiva do COSEMS/RS, iniciativa que deve ser mantida, uma vez que torna as reuniões da SETEC e CIB mais resolutivas.

### 5.2. Planejamento Regional Integrado (PRI)

O RS iniciou o processo de regionalização e descentralização da gestão de serviços do SUS desde o Plano Diretor de Regionalização (RS, 2002). A partir do Decreto Nº 7.508/2011, organizou-se o território em Regiões de Saúde para composição e articulação das RAS. Através da Resolução CIB/RS nº 555/2012, o RS definiu as 30 Regiões de Saúde e instituiu a Comissão Intergestores Regionais (CIR) para promoção da gestão compartilhada. Em 2018, foram estabelecidas as sete Macrorregiões de Saúde do estado, além de um cronograma para implementação do **Planejamento Regional Integrado (PRI).**

O **PRI** no estado do RS é instituído e coordenado pela SES/RS, conforme Art. 2º da Resolução CIT Nº 37, de 2018, em articulação com os municípios e participação da União, a partir das definições realizadas na CIB/RS. No RS, o processo de PRI está estabelecido pela Resolução CIB/RS Nº188/2018.

Visando concretizar um planejamento ascendente e de forma regionalizada, o estado, de forma tripartite, elaborou 30 Diagnósticos Regionais de Saúde para embasar o planejamento macrorregional e estadual. A partir das normativas nacionais, a SES/RS elaborou um Documento Guia e um Painel de *Business Intelligence* (BI), orientando a elaboração dos Diagnósticos Regionais de Saúde. Estes documentos são compostos por dois capítulos: (1) Análise Situacional (considerando os temas: Panorama Demográfico; Determinantes e Condicionantes; Perfil Epidemiológico; Estrutura do Sistema; Rede de Atenção à Saúde; Financiamento) e (2) Identificação das Necessidades Regionais. Cada Região de Saúde elaborou seu Diagnóstico através de um Grupo de Trabalho composto por representantes dos municípios, apoiadores do COSEMS/RS, técnicos das CRS da SES/RS e representantes dos Conselhos Municipais de Saúde. O painel PRI no BI tem acesso ao público no seguinte link: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/>, sendo possível fazer o *download* dos documentos produzidos, bem como explorar os indicadores, em forma gráfica ou de planilha, utilizados para análise situacional dos diagnósticos regionais.

Como resultado da construção dos 30 diagnósticos regionais, foram apontadas mais de 1.700 necessidades de ações e serviços de saúde, em todos os níveis de atenção e de responsabilidade das três esferas de gestão. Dentre as necessidades mais apontadas, a educação permanente em saúde para qualificação do atendimento à população, melhora dos fluxos assistenciais e fortalecimento da gestão municipal foi citada por diversas regiões. Quanto às necessidades de serviços de saúde, a atenção ambulatorial e os serviços diagnósticos foram os mais citados, assim como a dificuldade de acesso a esse nível de atenção em todo o estado.

Todo o material das necessidades regionais de saúde produzido nesta etapa do PRI foi amplamente divulgado para as áreas técnicas da SES/RS e é utilizado para a definição de ações de saúde a serem promovidas. Foram, também, utilizadas na construção de metas para este Plano, assim como, para definição das ações a serem executadas na Programação Anual de Saúde. A próxima etapa do PRI será a construção dos **sete Planos Macrorregionais de Saúde**, através da compatibilização das necessidades regionais selecionadas como prioridades nos Diagnósticos Regionais de Saúde e das pactuações que constam nos Planos de Ação Regional das cinco redes temáticas prioritárias.

Para dar continuidade ao processo de **regionalização**, que propiciará organização, planejamento e regulação de serviços de saúde, faz-se necessário ampliar as estratégias de governança regional, além de avaliar de forma sistemática a regionalização existente no estado, a fim de melhor compreender os processos de gestão compartilhada e fortalecer a implementação das RAS.

## 5.3. Participação Social

### 5.3.1 Controle Social

O **Conselho Estadual de Saúde** (CES) é a instância estadual de controle social do SUS. Criado pela Lei nº 10.097/1994, consiste em um 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 respectivos suplentes,

representantes de entidades da sociedade civil organizada e órgãos públicos, distribuídos em três segmentos: usuários, trabalhadores de saúde e governo/prestadores, com paridade do segmento usuário ante os demais. O fato de a Lei Estadual Nº 10.097/1994 ter nominado entidades, impedindo sua substituição em caso de desinteresse ou extinção, o CES encontra dificuldade em regular sua composição. Para sanar este e outros problemas, está em debate o anteprojeto de Lei que altera a Lei Nº 10.097/1994.

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. A estrutura do CES/RS é composta por Plenária, Mesa Diretora, Comissão Permanente de Fiscalização, Comissões Temáticas, Secretaria Executiva e Assessoria Técnica. A Plenária se constitui no órgão máximo de deliberação e compreende reuniões ordinárias quinzenais e reuniões extraordinárias, sempre que necessário. Já a Mesa Diretora é o órgão diretivo, formado por oito conselheiros, de forma paritária. O atual quantitativo de recursos humanos existente no CES/RS é insuficiente, tanto em servidores de nível médio, quanto de nível superior, o que dificulta a manutenção do pleno e regular funcionamento do Colegiado, bem como a análise e deliberação das políticas de saúde.

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 as políticas de saúde, sendo etapa da Conferência Nacional de Saúde. A 8ª Conferência Estadual de Saúde, ocorrida em 2019, validou 408 Conferências Municipais de Saúde. Neste mesmo ano, 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. Ainda, o Colegiado realiza conferências temáticas, como a de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a da Saúde da Mulher e a de Vigilância em Saúde, além de realizar anualmente a Plenária Estadual de Conselhos e Plenárias Regionais de Conselhos, e a cada três anos a eleição dos Coordenadores de Plenárias. Com intuito de ampliar ainda mais as ações de Controle Social, o CES/RS propõe e efetua ações de **Educação Permanente** para este fim. Nesse sentido, a criação do site e de diversas redes sociais facilitou o processo de comunicação do CES/RS com os Conselhos Municipais de Saúde e com a população em geral, ampliando o alcance dos debates promovidos.

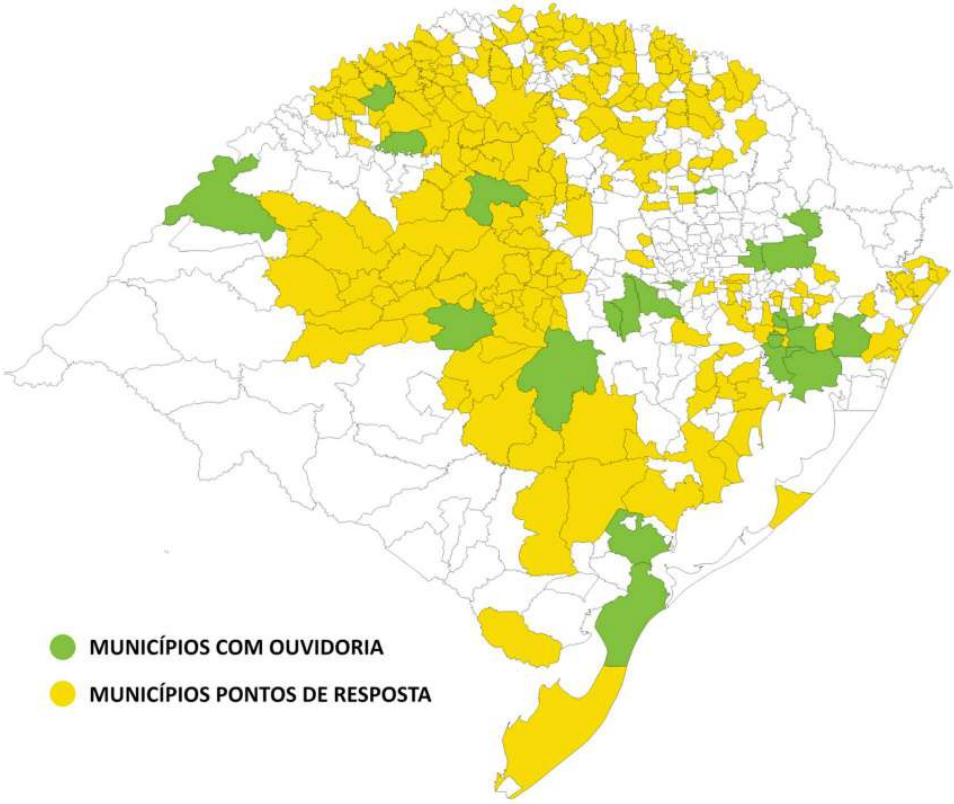
### 5.3.2 Ouvidoria do SUS - SES/RS

A Ouvidoria do SUS - SES/RS é um espaço de cidadania em saúde, potente canal de comunicação entre cidadão e gestores do SUS que contribui para a disseminação de informações e qualificação das ações e serviços de saúde no RS. O acolhimento das manifestações do cidadão é realizado via telefone (0800-6450-644), aplicativo de mensagens *WhatsApp* (51-98405-4165), formulário *web* <www.saude.rs.gov.br/contato>, e-mail: ouvidoria-sus@saude.rs.gov.br, presencialmente e/ou por correspondência (na Avenida Borges de Medeiros, 1501, térreo - Porto Alegre ou nas sedes das CRS).

Implantada em janeiro de 2012, a Ouvidoria do SUS constitui uma rede integrada ao Sistema Estadual de Ouvidoria do Poder Executivo Estadual (SEO/RS), conforme Decreto RS Nº 51.999/2014. É composta por 17 Ouvidorias Regionais presentes nas CRS, pelo Disque Vigilância no CEVS e oito interlocutores nos departamentos da SES/RS, que atuam de modo articulado com o objetivo de ampliar os espaços de escuta na Secretaria. A Ouvidoria do SUS também tem investido na implantação de ouvidorias municipais e cadastro de interlocutores nas demais secretarias municipais de saúde,

conforme a Figura 99, a fim de assegurar o tratamento adequado das manifestações em todo território gaúcho.

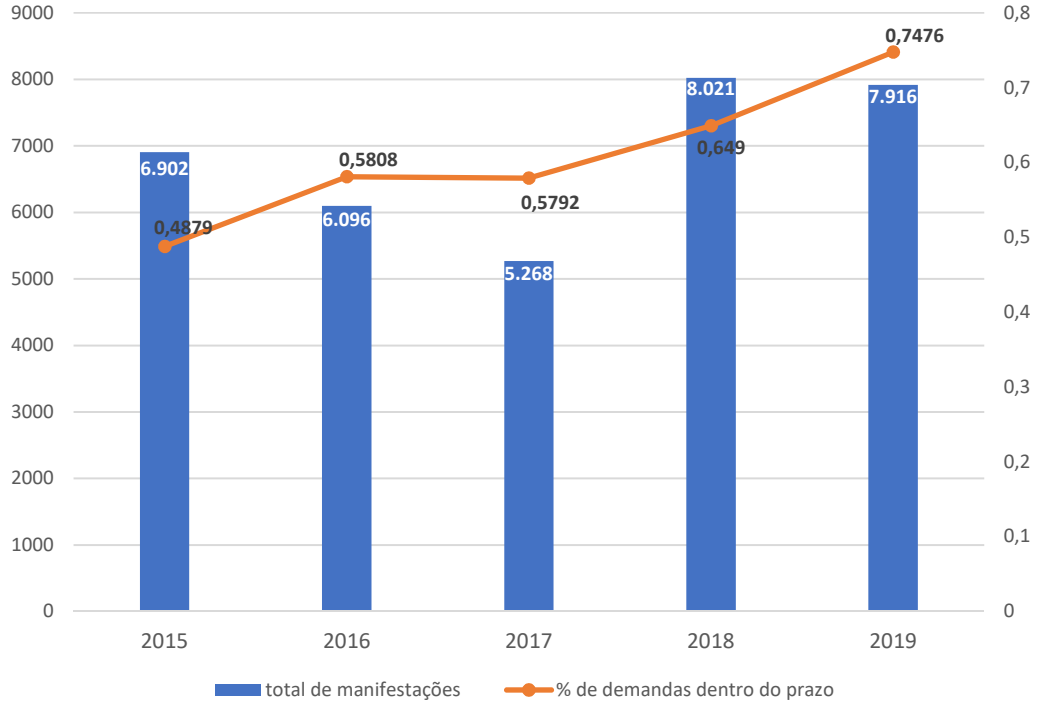
**Figura 99.** Rede de Ouvidorias municipais e pontos de resposta, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

De 2015 a 2019, foram registradas 34.203 manifestações no sistema OuvidorSUS e realizados 27.285 atendimentos pelos demais canais de atendimento, relacionados, principalmente, a assistência farmacêutica (41%) e assistência em saúde (20,7%). A taxa de resposta da Ouvidoria do SUS neste período foi de 97,3%, evidenciando o compromisso dos gestores e servidores da SES/RS em assegurar aos cidadãos o direito à informação sobre sua saúde e potencial dos serviços de saúde. No entanto, persiste o desafio de aprimorar a taxa de resposta dentro do prazo previsto em lei (30 dias), cujo percentual tem aumentado a cada ano, conforme mostra a Figura 100.

**Figura 100.** Manifestações e percentual de respostas dentro do prazo (30 dias), Ouvidoria do SUS-SES/RS, 2015-2019.




Fonte: Ouvidoria do SUS/SES/RS.

Destaca-se ainda que, desde 2014, a Ouvidoria do SUS/SES/RS atua como Gestora Local da **Lei de Acesso à Informação (LAI) e do Canal Denúncia** no âmbito da SES/RS, operacionalizando as demandas relacionadas à saúde na Central do Cidadão por meio do site <www.centraldeinformacao.rs.gov.br>.

## 5.4 Implantação de Sistemas de Informação e Utilização de Informação para Tomada de Decisão

A Gestão da Tecnologia da Informação da SES/RS vem acompanhando o crescente desenvolvimento tecnológico no cenário mundial. Ainda que um dos poucos departamentos de TI dentre as Secretarias de estado, o Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (DGTI) tem se diversificado para atender as demandas de inovação que garantem o pleno funcionamento das atividades operacionais-administrativas, crescentes com a informatização dos processos de trabalho.

Após a implantação de 100% dos processos administrativos de forma eletrônica com a utilização do sistema PROA (Processos Administrativos eGov), foi possível a interoperabilidade de sistemas como o AME (Administração de Medicamentos) e o GUD (Gerenciamento de Usuários com Deficiência), de forma a integrar seus protocolos de maneira transparente, reduzindo o trabalho operacional.

A necessidade de cada vez mais pessoas conectadas faz com que o Suporte e Infraestrutura busquem a melhor gestão do parque de equipamentos, realizando compra, substituição e descarte

consciente. Tal necessidade também exigiu que as Coordenadorias de Saúde do estado pudessem ter uma conexão de melhor qualidade, o que resultou na expansão da implantação de fibra ótica em 17 das 19 CRS até o ano de 2019. A melhoria na conectividade das unidades da SES/RS permitiu a criação do projeto de webconferência, facilitando a comunicação e conectando os trabalhadores.

A implantação de novos sistemas, ainda que de forma tímida, evoluiu no período. A descentralização de bases de dados como o Cartão SUS e o CNES possibilitaram o início da construção do Sistema de Gestão de Contratos Ambulatoriais e Hospitalares (SIGAH). A partir do convênio assinado com o Município de Porto Alegre em novembro de 2019, novos sistemas de regulação - GERINT, GERCON e GERPAC (Gestão da Regulação dos Procedimentos de Alto Custo) estão sendo implantados no estado.

Além dos novos sistemas, há um esforço contínuo na qualificação das informações em saúde coletadas pelos sistemas oficiais do MS: SIM, SINASC, SINAN, SIPNI, SIA, SIH e e-SUS Atenção Básica. Essas bases de dados fornecem informações aos gestores acerca dos serviços do SUS executados no território. Também é desenvolvida uma ferramenta *de Business Intelligence* (BI) que democratiza o acesso às informações de saúde tanto para a gestão estadual quanto para a municipal. A intenção é de agregar as bases de dados dos novos sistemas implantados e explorar novas tecnologias para qualificar o apoio à tomada de decisão dos gestores e garantir ampliação do acesso e transparência da informação.

O governo do estado possui uma política de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC), em que todos os órgãos precisam estar em sintonia com as diretrizes do governo nessa área. Ainda, novas TICs dinamizam os relacionamentos organizacionais, aproximando as pessoas digitalmente. Por este motivo, iniciou-se um projeto que busca a implantação de novas ferramentas, de forma que conversas, reuniões, arquivos e demais interações possam ser feitas de forma digital, independentemente da localização dos participantes, reduzindo custos e ampliando sua capacidade de resposta, agilizando os processos de trabalho.

A utilização dos sistemas de informação para definição de ações e serviços de saúde, atendendo às necessidades da população, exige que esses dados estejam disponíveis de forma correta. Os diagnósticos com **causa básica inespecífica ou incompleta** (***Garbage***), são pouco úteis, não permitindo monitorar, identificar e planejar ações de saúde pública. É necessário se trabalhar para melhorar a Causa Básica, pois observa-se que muitos destes óbitos ocorrem em hospitais. Após realizar investigação nos prontuários, verifica-se que este diagnóstico se transforma em uma causa mais útil para análise em saúde pública, mudando muitos indicadores de saúde que tem o SIM como referência, permitindo assim que os gestores possam planejar as políticas de saúde de uma forma mais adequada. Referente aos dados do ano de 2019, o RS está com 24,65% de códigos *garbage* no SIM e espera-se diminuir mais até o fechamento da base.

## 5.5 Auditoria

O **Sistema Estadual de Auditoria**, no âmbito do estado do RS, foi instituído pelo Decreto Nº 38.546/1998. A Auditoria é um instrumento de gestão destinado ao fortalecimento do SUS através da análise da correta destinação dos recursos públicos, garantia do acesso, da integralidade da assistência e da qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

O trabalho desempenhado pela Auditoria consiste: no exame dos prontuários médicos; na análise de denúncias; na verificação da conformidade da aplicação de recursos públicos, da estrutura,

dos recursos humanos disponíveis, dos insumos utilizados, dos protocolos de operação e dos dados relativos aos estabelecimentos de saúde; no monitoramento das situações identificadas e das recomendações exaradas; bem como na atuação de forma supletiva, em apoio aos municípios, nos termos do art. 17, III, da Lei Nº 8.080/1990.

No que concerne ao uso de tecnologias, um sistema próprio da Auditoria, desenvolvido pelo DGTI, foi implantado no ano de 2019 e vem sendo aperfeiçoado para atender as necessidades do trabalho. Nesse aspecto, algumas ações serão desenvolvidas para qualificar a atuação e assegurar a transparência dos atos. Outrossim, será intensificado o uso, pelos auditores, dos diversos sistemas de informação da SES/RS e do MS.

O escopo de atuação será ampliado possibilitando que sejam realizadas **auditorias de políticas públicas** e do sistema ambulatorial. As auditorias decorrentes do bloqueio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) serão reformuladas. No intuito de aprimorar e qualificar as atividades desempenhadas e assegurar tratamento uniforme a todos os prestadores estão sendo redefinidos os processos de trabalho. A alteração da lei que rege o Sistema Estadual de Auditoria é uma das necessidades, tendo em vista que a atual, Lei Estadual Nº 11.867/2002, não contempla, integralmente, os processos de trabalho.

O quadro de auditores do Sistema Estadual de Auditoria está sendo atualizado, para que contemple uma equipe multiprofissional voltada à consecução do propósito de atuação da auditoria. Em relação à formação profissional, estão sendo realizados cursos, encontros para discussão de questões práticas da atividade, bem como treinamentos para o uso de sistemas de informação.

É salutar que o relacionamento com a Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Sul (PGE/RS) seja estreitado para que se possa, efetivamente, contribuir com subsídios técnicos na instrução dos processos, tendo em vista a judicialização da saúde. As ações da Auditoria devem manter-se efetivas buscando o cumprimento das diretrizes do SUS.

## 5.6 Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

A educação em saúde coletiva compreende ações que partem dos princípios e diretrizes do SUS, e que se consolidam na formação e pesquisa no campo da saúde. Desta forma, é preciso planejar, desenvolver, e executar ações de educação em saúde que levem em conta as necessidades locorregionais, produzidas a partir do trabalho em conjunto entre os departamentos da SES/RS e na intersetorialidade com outras políticas públicas.

A Escola de Saúde Pública (ESP) apresentou em 2019 o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. O processo de planejamento e discussão baseou-se na perspectiva de aquecimento do debate sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS) com vistas à participação nas Conferências de Saúde e a inclusão de um produto representativo e estruturado no PES 2020-2023. A ideia do processo promovido na ESP foi ouvir as regionais e avaliar, junto a elas, as diferentes necessidades de assessoria que cada uma requer. E a partir daí, construir uma estratégia de apoio. O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde contemplou tanto as demandas apresentadas nos Planos Municipais de Saúde, quanto embasou a construção do PES 2020-2023.

Na **Política de Pesquisa da SES/RS (PPSES)** foi instituído o novo Comitê Gestor que iniciou os encontros e está reformulando o fluxo dos projetos de pesquisa na SES/RS. Foi elaborado e lançado o edital do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) em parceria com a SES/RS, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), Ministério da Saúde e Conselho Nacional de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Este Programa tem por finalidade, apoiar e fortalecer o desenvolvimento de projetos de pesquisa que busquem soluções para as prioridades de saúde e atendam as peculiaridades da saúde pública de cada estado. As propostas devem seguir os seguintes eixos temáticos: morbimortalidade de doenças prevalentes infecciosas e não infecciosas; gestão e qualificação da Rede de Atenção; ações de educação para o SUS; desenvolvimento e condicionantes socioambientais do processo saúde/doença.

A **Residência Integrada em Saúde (RIS)** constitui-se em uma modalidade de pós-graduação lato sensu, estruturada por Programas e credenciados pelo Ministério da Educação. Ocorre de forma descentralizada em parceria com os municípios: Canoas, Esteio, Sapucaia, São Lourenço, Venâncio Aires, Farroupilha e Porto Alegre. Na Residência Médica são quatro Programas: Saúde da Família e Comunidade, Dermatologia Sanitária, Psiquiatria e Psiquiatria Infância e Adolescência. A Residência Multiprofissional em Saúde oferece cinco Programas para os profissionais da saúde nas seguintes áreas de concentração: Atenção Básica, Saúde Mental Coletiva, Vigilância em Saúde, Dermatologia Sanitária e Gestão em Saúde. Anualmente são oferecidas em média, 90 novas vagas, 22 vagas para Residência Médica e 68 vagas para Residência Multiprofissional. A próxima etapa será a **reserva de vagas para ações afirmativas**, cotas raciais para negros e indígenas, nos editais de seleção para a RIS e cursos de Especialização *latu sensu*, promovidos pela ESP.

Todos os Residentes (R1, R2, R3, R4) são custeados com Bolsas do Tesouro do Estado do RS, são pagas em média 172 bolsas por mês. Os residentes são profissionais já graduados que atuam sob a supervisão de preceptores e tutores dos Programas de Residência e efetivam o atendimento à população nas formas: individual, grupal, domiciliar e demais atividades de nível primário, secundário e terciário de atenção à saúde.

Como instituição de ensino, o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), conta com a Residência em Psiquiatria e a Residência em Psiquiatria da Criança e do Adolescente. O HPSP é campo para práticas e atividades de estágio curricular e extracurricular a alunos de cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, através de cooperação com as principais instituições de ensino médio, técnico e superior do estado. A **Residência Médica (RM) em psiquiatria** no HPSP tem carga horária de 60 horas semanais distribuídas ao longo de 48 semanas (ano calendário) acrescido de 30 dias (04 semanas de férias).

O primeiro ano de residência tem como ênfase o treinamento em enfermarias de internação de agudos (enfermarias, neurologia e emergência), com 30 horas da carga horária da semana destinada para este fim, 50% da semana, 16% de toda a RM. O segundo ano tem como ênfase o treinamento em ambulatórios especializados, com 80% de carga horária semanal (inclui psicoterapia e emergência) e 20% de teoria e pesquisa. O terceiro ano de tem como ênfase os serviços substitutivos: 30% CAPS, 20% dos SRT e reabilitação terciária, 30% ambulatórios especializados e 20% de carga horária semanal da teoria e pesquisa.

O **Curso de Especialização em Saúde Pública** está na sua 39° edição e ao longo dos anos já formou mais de mil sanitaristas. Neste momento, a certificação é realizada em parceria com a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS) e tem o apoio da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/MS/RJ)/RedEscola. Desde 2017 os cursos de especialização contam com a estratégia de Educação à Distância (EAD) em sua grade curricular, o que possibilitou a diversificação e ampliação de métodos e alcance do trabalho pedagógico e articulação com o serviço.

O **Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde (CEPS)** da Escola de Saúde Pública, que integra o Sistema CEP/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), avalia protocolos de pesquisa com seres humanos a partir dos referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência,

beneficência, justiça e equidade, a fim de assegurar o respeito à dignidade humana e a proteção dos participantes de pesquisas. O parecer consubstanciado, emitido pelo CEP, é o resultado da avaliação ética do protocolo de pesquisa que envolve seres humanos. Esse parecer poderá indicar que o protocolo de pesquisa foi considerado: aprovado, pendente ou não aprovado. (Resolução CNS Nº 466/12, Capítulo X- Processamento da Análise Ética, item X3, sub-item 5).

Nas CRS existem os **Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC)**, instituídos pela Portaria SES/RS Nº 39/2000 e regulamentados pela Resolução CIB/RS Nº 590/2013, como instâncias descentralizadas da ESP que implementam ações de educação em saúde no interior do estado, numa relação permanente de cooperação técnica, operacional e de diálogo com os municípios, com vistas a ampliação e fortalecimento dos **Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC)**.

A **Rede de Educação em Saúde Coletiva (RESC)**, regulamentada pelas Resoluções CIB/RS Nº 590/2013 e CIB/RS Nº 320/2017, estabelece dispositivos de intercâmbio entre trabalhadores, movimentos sociais, conselhos de políticas públicas, instituições de ensino e gestores, no SUS. Configura condições administrativas, financeiras e técnicas para que atores sociais de diversos espaços da rede intersetorial constituam relações sistemáticas de educação em saúde coletiva, fortalecendo a regionalização, a descentralização, a participação, a cooperação e a articulação solidária. A RESC organiza-se através dos seguintes dispositivos: Colegiado Estadual, Escola de Apoiadores (Cadastro, Rede Virtual de Aprendizagem em Saúde Coletiva, Oficinas de Educação em Saúde Coletiva), NURESC, Núcleos Interfederativos de Facilitadores de Educação em Saúde Coletiva, Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva e Intercâmbios de Educação em Saúde Coletiva.

A **Coordenação de Educação Profissional** é responsável pela formulação, execução e descentralização do ensino profissional em saúde, sob forma de cursos de formação profissional técnica, qualificação, aperfeiçoamento e especialização de nível médio; buscando atender as demandas locais de formação, prioritariamente dos trabalhadores de nível médio que já atuam nos serviços de saúde do SUS. Uma das principais características e especificidade da Educação Profissional é a capacidade de oferta descentralizada das atividades formativas, através dos NURESC, adequando o currículo ao contexto regional e tendo como modelo pedagógico a integração ensino-serviço. Tem como prioridade os cursos de: Qualificação em Imunizações e Formação de Cuidador de Idosos.

Neste momento, vale ressaltar a importância da **educação permanente em saúde** junto aos municípios para qualificarmos a atenção à saúde, o cuidado com o usuário, a organização dos serviços em redes, no atendimento às necessidades de cada paciente com a estrutura adequada e no tempo oportuno, por meio de linhas de cuidado. Nesse contexto, a ESP assume a sua parte no processo de construção da **Política Estadual de Educação Permanente em Saúde**, buscando incentivar, promover o desenvolvimento e qualificação dos trabalhadores da saúde, com vistas a alcançar a transformação das práticas profissionais a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.

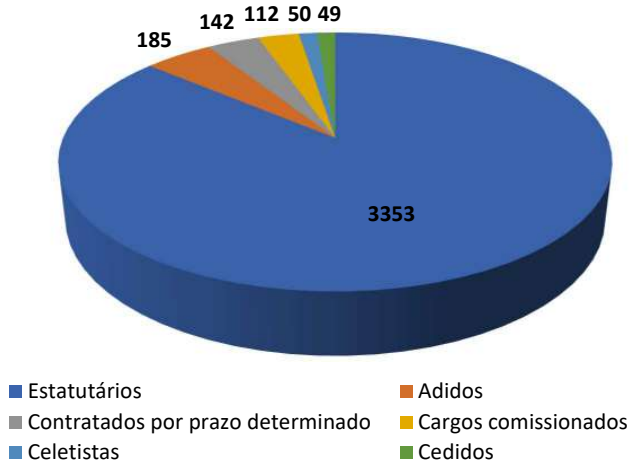
Para tornar mais abrangente as possibilidades de formação e ampliar o acesso aos processos educativos, a ESP busca a interação entre modernização de novas tecnologias e o processo de ensino-aprendizagem, realizando atividades pedagógicas facilitadoras através do ambiente virtual *Moodle*. Busca, também, a reestruturação e **modernização da infraestrutura da ESP e** da Escola de Educação Profissional visando qualificar sua estrutura física, mobiliário e equipamentos para atender as demandas educacionais de formação de trabalhadores do SUS, garantindo condições para a realização de aulas, cursos, treinamentos e capacitações da SES/RS.

## 5.7 Gestão do Trabalho

A Gestão do Trabalho, enquanto ferramenta na tomada de decisão na SES/RS, passa por grandes desafios, demandando uma nova forma de pensar, estruturar e desenvolver trabalhadores capazes de produzir e oferecer serviços com eficiência e eficácia. Neste sentido, uma nova forma de gestão de pessoas vem se constituindo na SES/RS.

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. Para atender as determinações legais preconizadas pelo MS em relação à organização e desenvolvimento dos recursos humanos da saúde, foi constituído o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), reestruturado pela Lei Nº 13.417/2010. A SES/RS, na composição da sua força de trabalho, conta com 3.891 servidores, entre eles extranumerários, estatutários do regime geral do quadro e adidos de outros órgãos governamentais. De acordo com os vínculos de trabalho, 94% da força de trabalho é composta por servidores efetivos, 4,7% são advindos de outros entes federativos ou outras Secretarias Estaduais e 1,3% são cedidos para outras esferas e órgãos do estado, conforme pode ser observada a distribuição no gráfico da Figura 101.

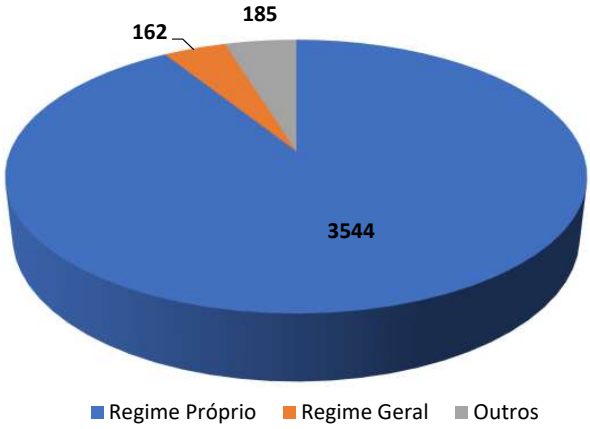
**Figura 101.** Recursos Humanos, por vínculo empregatício, SES/RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

Do total de 3.891 servidores, 3.544 (91%) pertencem ao Regime Próprio de Previdência Social, 162 (4,2%) são do Regime Geral de Previdência Social e 185 (4,8%) são regidos pelo regime previdenciário do seu órgão de origem – Figura 102.

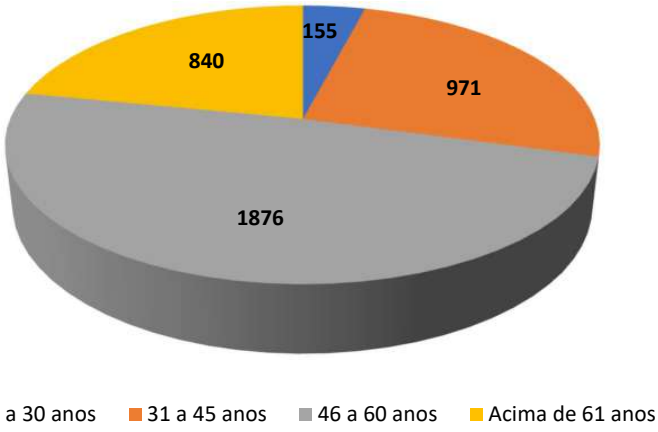
**Figura 102.** Composição da Força de Trabalho, segundo Regime Previdenciário, SES/RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

Em relação ao gênero, a força de trabalho é predominante feminina, sendo 69% do sexo feminino e 31% do sexo masculino. Quando à distribuição etária, 71% dos servidores têm mais de 46 anos e somente 4% têm até 30 anos, conforme Figura 103.

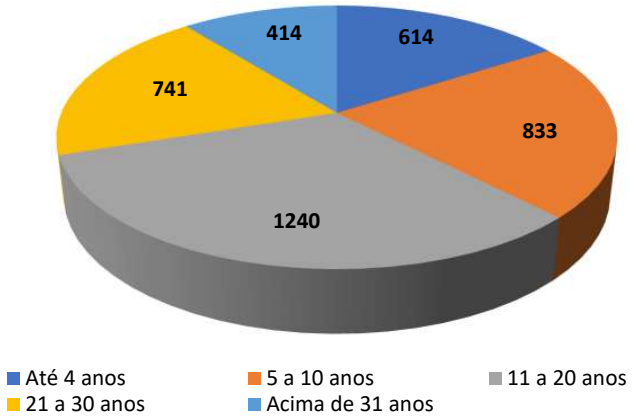
**Figura 103**. Composição da Força de Trabalho, por faixa etária, SES/RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

O tempo de serviço da força de trabalho da Secretaria de Saúde entre 11 e 20 anos é de 32%, sendo que 11% estão acima de 30 anos e 16% têm menos de 4 anos - Figura 104.

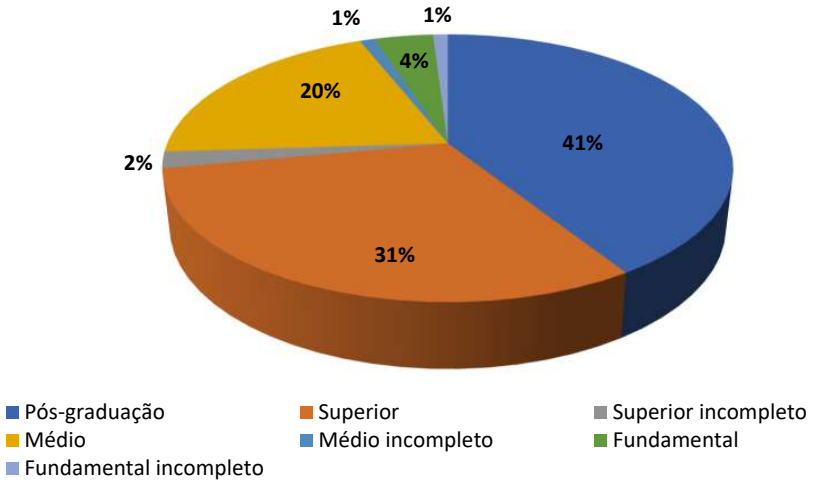
**Figura 104.** Composição da Força de Trabalho, por tempo de serviço, SES/RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

Em relação à escolaridade dos servidores da SES/RS, 31% têm formação de nível superior; 2% ensino superior incompleto; 41% têm pós-graduação (incluindo especialização, mestrado e doutorado); 20% são de nível médio; 1% têm ensino médio incompleto; 4% têm nível fundamental completo e 1% possuem ensino fundamental incompleto. Com base nesses dados, pode-se afirmar que 70% dos servidores pertencentes ao quadro da SES/RS possuem nível superior e/ou pós-graduação - Figura 105.

**Figura 105.** Nível de Escolaridade dos servidores do Quadro da SES/RS, 2019.

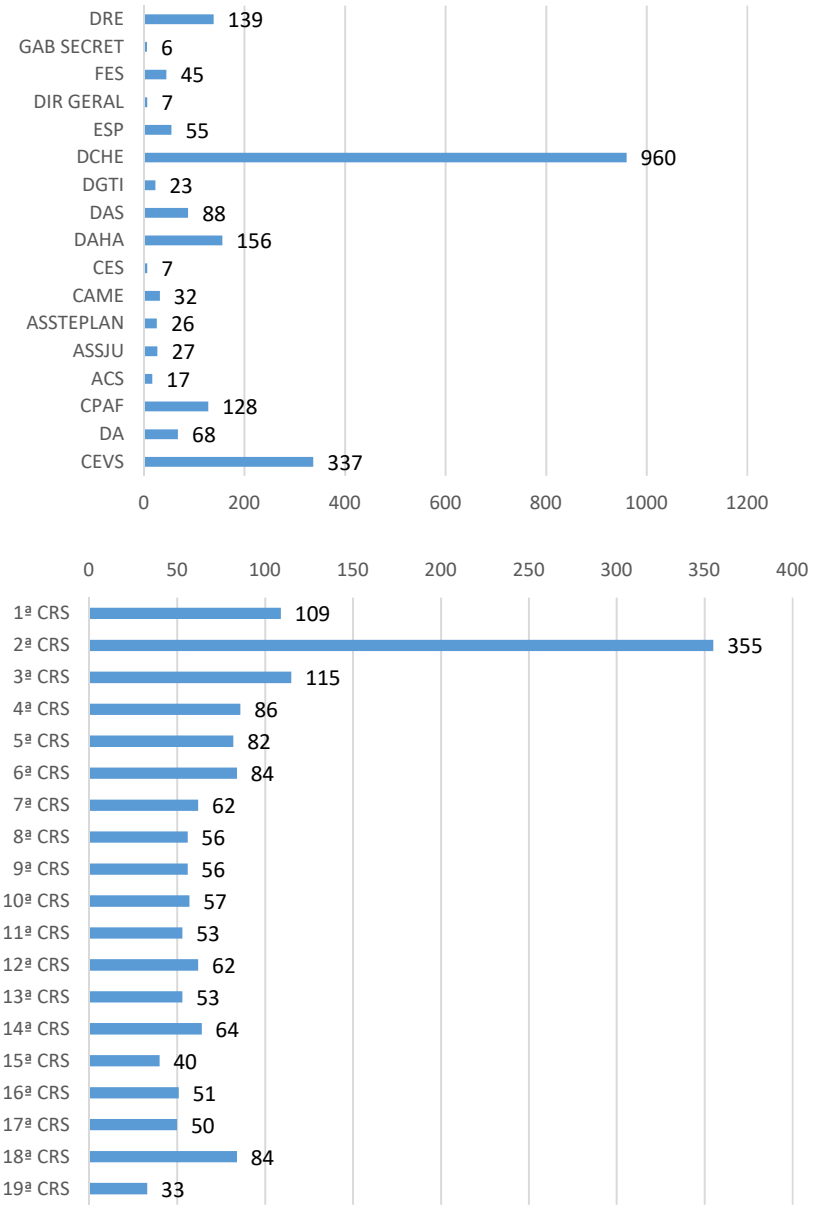



Fonte: SES/RS.

Na estrutura da sede da SES/RS, os profissionais encontram-se distribuídos nas Assessorias, Departamentos, CES/RS, enquanto no nível regional os servidores estão distribuídos entre as 19 CRS. A maior concentração de servidores da SES/RS está nas CRS, que contam com 40% dos trabalhadores (1.552 servidores). Em segundo lugar, está o Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais (DCHE), departamento que agrega locais que prestam serviço à população, como o ADS, o HCI, o HPSP e o HSP- que possui 25% dos servidores da SES/RS. Já o CEVS, em terceiro lugar em número de

servidores, possui em seu quadro 9% dos trabalhadores. Os demais servidores estão distribuídos nas outras unidades de trabalho, bem como no CES/RS (Figura 106). Importante ressaltar que, referente aos dados dos servidores das CRS, estão incluídos neste quantitativo os servidores municipalizados correspondente a região de abrangência de cada coordenadoria.

**Figura 106.** Distribuição da Força de Trabalho, segundo lotação por unidade de trabalho, SES/RS, 2020.

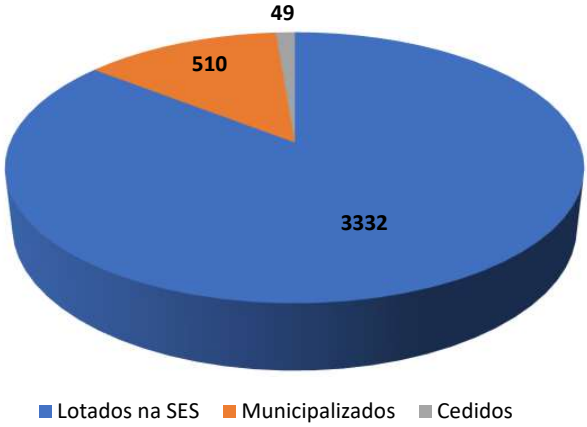



Fonte: SES/RS.

Conforme evidenciado na Figura 107, até fevereiro/2020, da totalidade dos 3.891 servidores, 3.332 estão lotados na SES/RS, 510 encontram-se municipalizados e 49 cedidos para outros órgãos

governamentais. Cabe ressaltar que a vida funcional dos servidores municipalizados é gerenciada pelos recursos humanos da SES/RS e que suas remunerações ocorrem por conta do governo do estado.

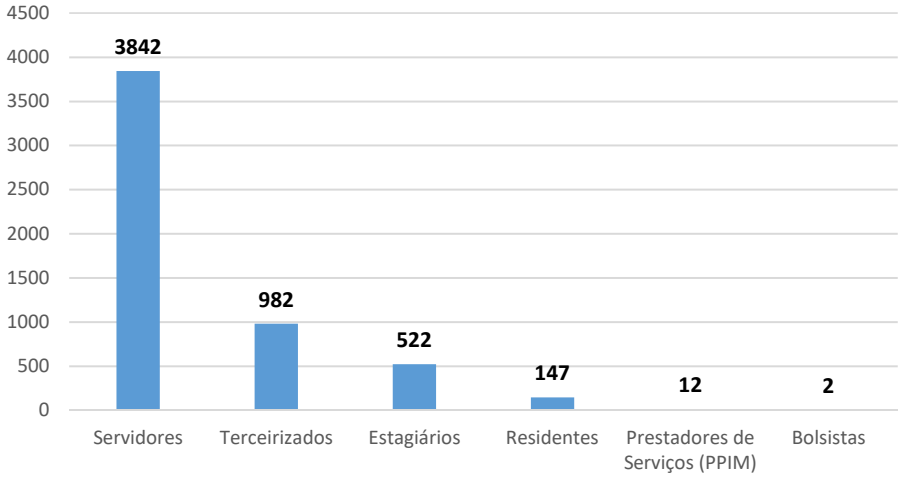
**Figura 107.** Quantitativo de servidores, conforme área de atuação (interna ou externa), SES/RS, 2020.




Fonte: SES/RS.

Considerando todos os trabalhadores que desenvolvem atividades na SES/RS, incluindo as diversas modalidades de contratação, somam-se 5.507 pessoas. Deste total, os três maiores quantitativos são: servidores efetivos, totalizando 70%; terceirizados, que são 18% (982 pessoas) e estagiários, que correspondem a 9%. Há ainda outros grupos de trabalhadores, como os prestadores de serviços - técnicos contratados pela SES/RS para desenvolver o PIM - e os Residentes, que são gerenciados pela ESP e são divididos entre residentes médicos e residentes multiprofissionais (Figura 108).

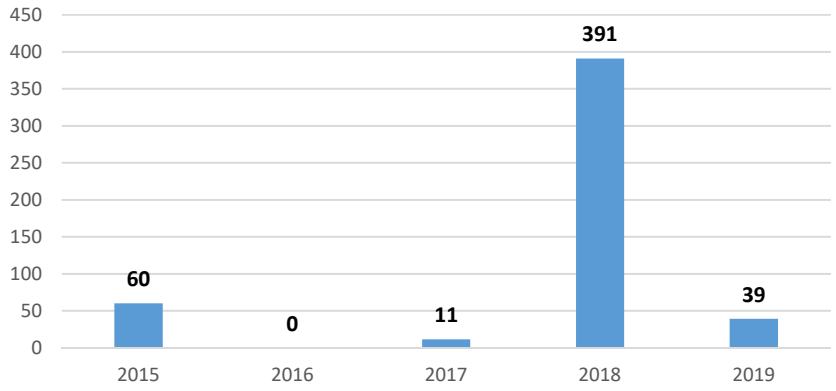
**Figura 108.** Quantitativo de profissionais, por categoria, SES/RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

Em relação ao ingresso dos servidores, conforme a Figura 86, entre os anos de 2015 e 2019 ingressaram 565 servidores na SES/RS, provenientes do concurso realizado em 2014. No referido concurso foram homologadas 1.500 vagas, sendo chamados 1.455 novos servidores. Destes, 654 foram lotados nas 19 CRS e 801 em Porto Alegre e Viamão. As nomeações foram necessárias para recompor as equipes e unidades da SES, além de atender às necessidades de servidores em decorrência de aposentadorias, dispensas, falecimentos, retorno de adidos e exonerações. A diferença no quantitativo de vagas homologadas e o número de aprovados convocados dão-se em razão de que alguns cargos não tiveram classificados e outros não tiveram inscritos. Observa-se que, na série histórica ilustrada na Figura 109, o maior número de ingressos se deu no ano de 2018, com ingresso de 391, ano em que o prazo do concurso expirava.

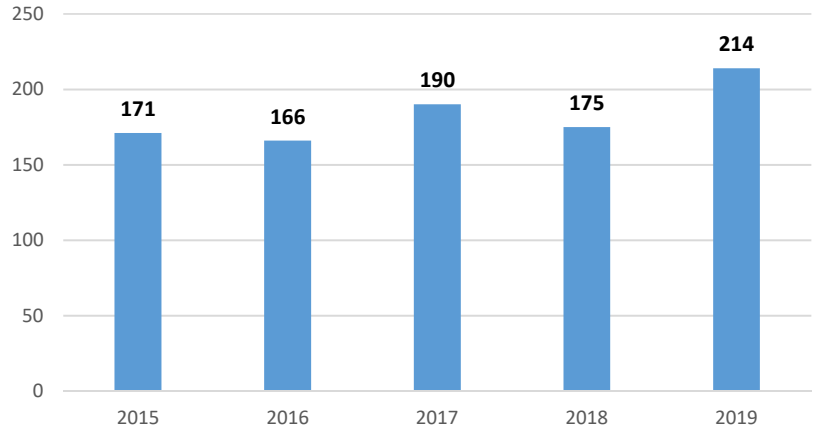
**Figura 109.** Série histórica do ingresso de servidores, SES/RS, 2015-2019.




Fonte: SES/RS.

Considera-se para cálculo de vacância a somatória de aposentadorias, dispensas, exonerações e falecimentos. Conforme a Figura 110, o maior quantitativo de vacâncias deu-se no ano de 2019, ano em que foram apresentadas alterações no plano de carreira e no estatuto dos servidores públicos estaduais de todas as categorias.

**Figura 110.** Série histórica das vacâncias de servidores, SES/RS, 2015-2019.

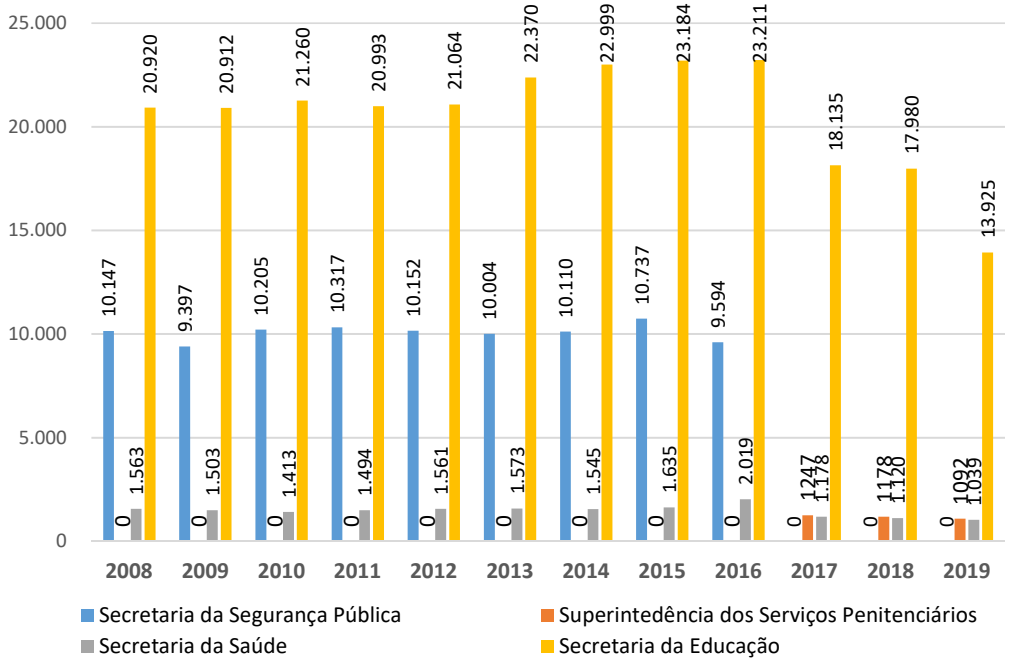



Fonte: SES/RS.

Assim, comparando-se as Figuras 109 e 110 (que tratam, respectivamente dos ingressos e das vacâncias), pode-se afirmar que, anualmente, houve diminuição gradativa no número de trabalhadores da SES/RS, o que pode configurar, caso não sejam tomadas medidas a fim de mitigar essa diferença, um quadro de sobrecarga de trabalho para os servidores que permanecem na ativa.

De acordo com dados da Secretaria da Fazenda/RS, no período de 2008 a 2019, a SES/RS aparece entre as três primeiras Secretarias de Estado que mais possuem servidores afastados em Licença para Tratamento de Saúde. Demonstrando alto índice de adoecimentos há mais de uma década na Secretaria. Observa-se que, somente no ano de 2019, 1.039 servidores estiveram afastados em Licença para Tratamento de Saúde na SES/RS (Figura 111). E, que os três maiores índices de causas de afastamentos por licença-saúde no estado em 2019 estão enquadrados da seguinte forma: 33,3% por transtornos mentais e comportamentais, 19% como doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, seguido de 8,9% de Lesões, envenenamento e algumas outras consequências. Ressaltamos que os CIDs dos afastamentos são classificados pelo Departamento de Perícia Médica do Estado (DMEST), vinculado à Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPLAG).

**Figura 111.** Servidores estaduais afastados em Licença para Tratamento de Saúde, RS, 2008-2019.




Fonte: Secretaria da Fazenda/RS.

Em relação à remuneração, até março/2020, conforme mostra o Quadro 14, o maior volume de trabalhadores (57,43%) da SES/RS encontra-se na faixa salarial de até R$ 8 mil; sendo que somente 11,77% percebem mais de R$ 12 mil. Nestes valores estão computados vencimentos e remunerações (dedicação exclusiva, gratificação de permanência, avanços, funções gratificadas).

**Quadro 14.** Percentual da folha de pagamento por categoria de valores salariais, SES/RS, 2020.

| Remuneração | Percentual de servidores |
|---|---|
| Até R$ 4.000,00 | 39,42% |
| De R$ 4.001,00 à 8.000,00 | 18,01% |
| De R$ 8.001,00 à 12.000,00 | 30,80% |
| De R$ 12.001,00 à 16.000,00 | 8,88% |
| A partir de R$ 16.001,00 | 2,89% |

Fonte: Secretaria da Fazenda/RS.

Considerando os dados de afastamentos relacionados a licenças para tratamento de saúde, a gestão de recursos humanos da SES/RS, entendendo a necessidade de ações voltadas à Saúde dos Servidores, instituiu no ano de 2013 o Programa de Saúde dos Servidores Públicos do Estado do RS (PROSER). Esse Programa 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. Ratificamos que o DMEST/SEPLAG demandado pelo PROSER/SES, apresenta relatório anual das situações de afastamento de saúde e com estes dados o PROSER analisa, planeja e efetiva práticas com vistas à saúde dos trabalhadores através dos vários programas, projetos e ações ofertados aos trabalhadores da SES/RS, respaldados pela Portaria/SES Nº 552/17.

Atento à importância de aperfeiçoar as práticas voltadas à gestão do trabalho, a SES/RS, através da Divisão de Recursos Humanos/Departamento Administrativo, tem o propósito de implementar a Seção de Avaliação, Desenvolvimento e Dimensionamento de Pessoal, com o objetivo de **qualificar as ações de gestão estratégica de pessoas** em seu âmbito. Além disso, a SES/RS iniciará procedimentos com o intuito de modernizar a Gestão do Trabalho, através do mapeamento dos processos de trabalho, do estabelecimento de Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) e do aperfeiçoamento dos mecanismos de monitoramento, a fim de gerar **maior eficiência do gasto público.**

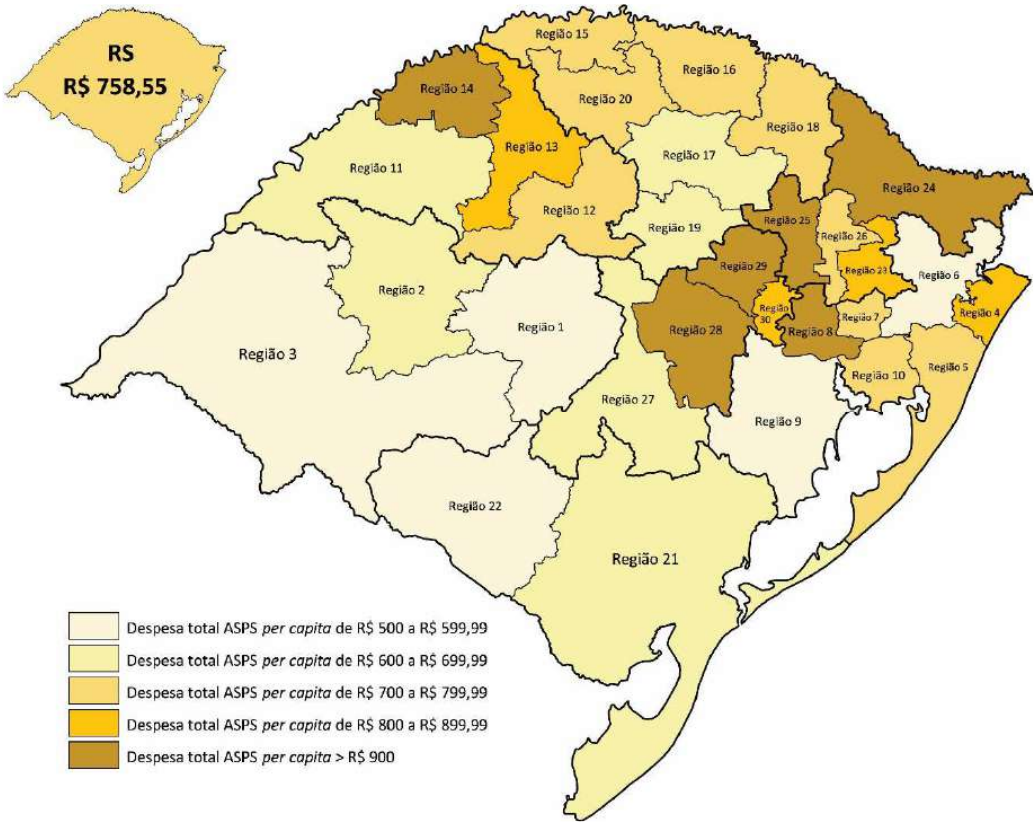
Entre as ações de modernização da gestão do trabalho está o dimensionamento de pessoal. Este possui a finalidade de reorganizar o quantitativo de servidor à demanda apresentada para cada serviço, seja na assistência ou na gestão e, assim suprir as necessidades que vierem surgir com o desligamento e afastamento de servidores, visando o melhor aproveitamento da força de trabalho, atentando para o perfil do profissional, as atribuições do cargo e necessidade da Instituição. Esclarecemos, ainda, que por entender da necessidade de reposição de servidores, devido ao representativo número de solicitação de aposentadorias entre 2019 e 2020, a SES/RS abriu processo para efetivação de concurso público.

## 5.8 Financiamento

O financiamento do SUS ocorre de forma tripartite. De acordo com os dados que os municípios informam no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) sobre os recursos próprios somados às transferências intergovernamentais (dos recursos estaduais e federais), pode-se estimar a despesa total por município. No ano de 2017, no estado do RS, a média *per capita* de aplicação da Despesa total em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) pelos municípios foi de R$ 758,55.

Ao observar os dados por Macrorregião de Saúde, verifica-se que se encontram acima do valor médio de aplicação no estado as Macrorregiões de Saúde Serra (R$ 873,50), Vales (R$ 866,80), Metropolitana (R$ 794,87) e Missioneira (R$ 790,98), e abaixo as Macrorregiões Centro-Oeste (R$ 535,85) e Sul (R$ 599,50). Na Figura 112, observa-se a despesa total em saúde em faixas de valores entre as Regiões de Saúde do RS.

**Figura 112.** Mapa da Despesa total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (recursos municipais, estaduais e federais) *per capita* por Região de Saúde, RS, 2017.



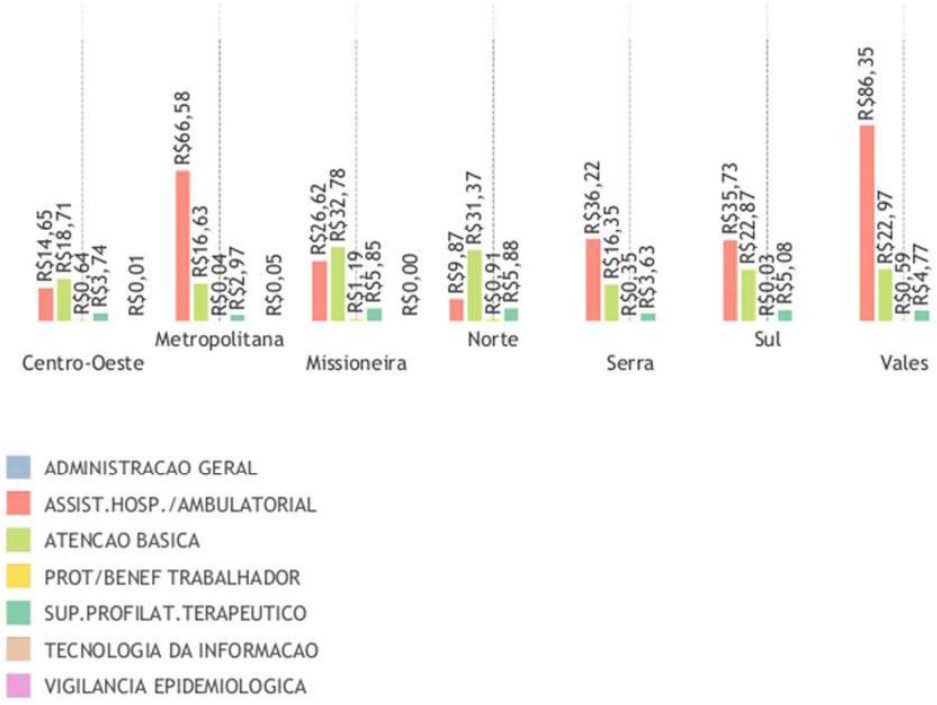

Fonte: SIOPS.

As Regiões de Saúde com maior despesa total com ASPS (recursos municipais, estaduais e federais) *per capita*, no ano de 2017, foram: R25 (R$ 912,54), R28 (R$ 923,02), R24 (R$ 957,93), R14 (R$ 975,26), R29 (R$ 1.004,01) e R8 (R$ 1.061,97). Já as Regiões de Saúde com menor investimento foram: R6 (R$ 502,26), R9 (R$ 505,95), R1 (R$ 508,13), R3 (R$ 532,87) e R22 (R$ 559,37). O ente estadual, no ano de 2017, aplicou em "Despesa total em ASPS", *per capita,* o valor de R$ 406,66 (SIOPS, s. d.), valor que se encontra abaixo da média nacional de aplicação dos demais estados, que é de R$ 435,20.

Na Figura 113, podem-se observar os valores *per capita* das transferências com recursos estaduais aos fundos municipais por subfunção orçamentária, conforme a Macrorregião de Saúde. Destaca-se no gráfico que as transferências para assistência hospitalar e ambulatorial correspondem à subfunção de maior valor nas seguintes Macrorregiões de Saúde: Vales (R$ 86,02), Metropolitana (R$ 66,44), Sul (R$ 35,73) e Serra (R$ 35,71). Já a subfunção Atenção Básica corresponde ao valor mais

alto das transferências nas seguintes Macrorregiões de Saúde: Missioneira (R$ 32,78), Norte (R$ 29,34) e Centro Oeste (R$ 16,28). A subfunção em terceiro lugar de transferências de recursos estaduais em todas as Macrorregiões é destinada ao Suporte Profilático e Terapêutico. Deve-se salientar que estes valores são muito abaixo dos valores das despesas totais em saúde, uma vez que o restante são recursos estaduais destinados a instituições ou advindo dos recursos municipais e federais. Este gráfico indica como o financiamento do estado induz os municípios através de recursos estaduais em determinadas áreas da saúde, não demonstrando como o sistema está estruturado de fato por Macrorregião.

**Figura 113**. Transferências de recursos estaduais do RS aos Fundos Municipais de Saúde por subfunção orçamentária per capita, RS, 2017.




Fonte: FPE/RS.

A SES/RS possuía uma **dívida empenhada** com os municípios do estado referente a repasses atrasados do período 2014 a 2018, de programas municipais da Atenção Básica e de manutenção de hospitais públicos municipais. Os valores, que somavam R$ 216 milhões, foram parcelados em 16 vezes, com a última parcela paga em setembro de 2020. A dívida empenhada foi completamente quitada.

Em relação à **dívida não empenhada** com os municípios na área da saúde (no montante de R$ 466 milhões, também relativo ao período 2014 a 2018), foi criado em 2019 e, oficialmente lançado em 2020, o programa *Negocia RS,* através da Lei Estadual nº 15.448/2020 e Decreto nº 55.307/2020. Esta ação foi desenvolvida em parceria com a Secretaria de Articulação e Apoio aos Municípios (SAAM) e Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS), tendo por objetivo usar a

dação de imóveis dominicais do estado na compensação de dívidas. Desde o lançamento, o programa conta com boa aceitabilidade pelos municípios, com diversas solicitações de adesão ao programa.

O aporte de recursos por meio de **incentivo estadual aos hospitais** deve ter a prerrogativa de fomentar a prestação de serviços à população de acordo com as características epidemiológicas do estado. Atualmente, o RS possui 19 tipos diferentes de incentivos estaduais que perfazem o valor mensal de R$ 78 milhões, que são aportados às instituições hospitalares, tendo entre eles, o incentivo da orçamentação que foi instituído em 2013, sendo incentivo de maior volume financeiro, aportados a apenas 21 hospitais e sem a exigência de contrapartida de prestação de serviço à população.

A **implantação do novo programa de incentivos hospitalares** se baseia em quatro pilares: ser estabelecido através de critérios técnicos e epidemiológicos, incentivo único, distribuição equânime e isonômica e estar vinculado à prestação de serviços à população. O DAHA capitania as ações do grupo de trabalho instituído para a revisão dos incentivos e propôs, ainda em 2019, a metodologia de aporte de recursos do tesouro do estado aos hospitais. Em 2020, a SES/RS buscou o apoio da Secretaria de Gestão Pública (SEGEP) para a formatação da planilha de cálculo proposta e desenvolvida pelo DAHA a fim de que esta fosse mais clara e de fácil utilização permitindo que, ao final das ações de revisão e implantação do novo programa, tanto o método de cálculo quando a ferramenta utilizada para identificar o valor a ser aportado a casa instituição, possam ser de fácil acesso, consulta e entendimento. A implementação do novo programa de dará de maneira gradual e constante durante todo o ano de 2021 podendo se estender até o ano de 2022 a fim de permitir aos hospitais que se adequem ao novo modelo sem prejuízo do atendimento à população e ao equilíbrio econômico e financeiro da entidade.

Uma forma de destinar recursos a municípios e entidades da área da saúde, é através do Programa de Cidadania Fiscal – **Nota Fiscal Gaúcha** (NFG), da Secretaria da Fazenda (SEFAZ). O NFG é um programa que visa incentivar a população a solicitar a inclusão do número de Cadastro de Pessoa Física (CPF) na emissão do documento fiscal no ato de suas compras, bem como conscientizá-la sobre a importância social do tributo. Através do Programa, os cidadãos concorrem a prêmios em dinheiro, as entidades sociais por eles indicadas são beneficiadas por repasses e as empresas participantes reforçam sua responsabilidade social com o Estado e a sociedade gaúcha, incentivando a formalização e justiça fiscal na arrecadação dos recursos públicos.

### 5.9 Judicialização em Saúde

O RS é um dos estados que apresenta o maior índice de **judicialização** em saúde do país, representando um desafio ao gestor público seu enfrentamento, especialmente pelo alto valor despendido, que compromete de maneira significativa o orçamento da saúde. Tanto é assim que, considerando os índices crescentes de judicialização no âmbito do estado, a atual gestão governamental elencou a situação como uma das prioridades da Secretaria, sem enfocar apenas na área de medicamentos, mas em toda a questão da assistência em saúde.

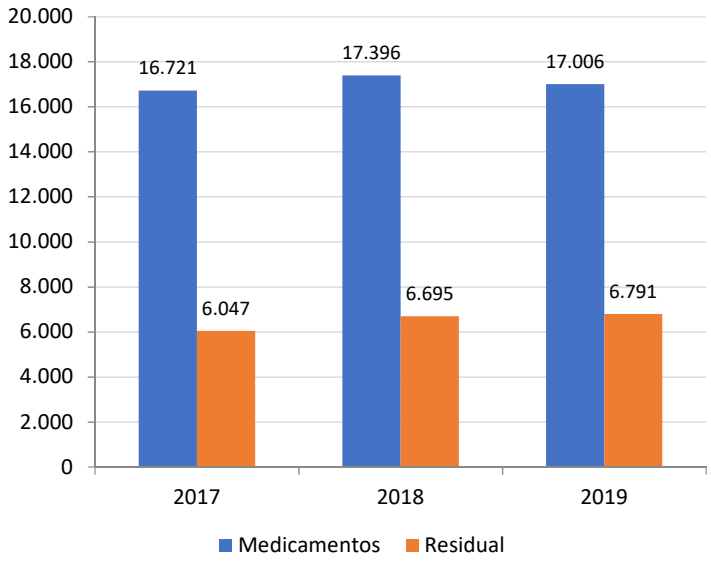
Desse modo, tem-se que a busca de solução do fenômeno da judicialização da saúde no RS atingiu proporção tal que deixou de ser considerada apenas uma ação de responsabilidade apenas da Secretaria de Estado para ser uma questão governamental, sendo elencada como uma das prioridades na área da saúde do Programa de Governo da atual gestão.

As **demandas judiciais em saúde** na SES/RS são divididas em a) medicamentos e b) residuais, englobando tal categoria todos os demais pedidos que não sejam para fornecimento de fármacos. Já

os **gastos judiciais efetuados pela SES/RS** são de três tipos: a) 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, realizações de exames e procedimentos, materiais diversos, dentre outras; b) depósitos judiciais, situação em que a SES/RS não tem como disponibilizar o medicamento ou atender a demanda assistencial, razão pela qual deposita o valor para o usuário, através do Poder Judiciário; e c) aquisições de medicamentos e/ou tratamentos de saúde, por demandas judiciais, ou seja, quando a SES/RS providencia a compra de medicamentos e/ou serviços, através do gestor estadual, por ata de registro de preço ou contrato de prestação de serviços, desde que tenha ordem/sentença judicial.

Nos anos de 2017 a 2019, houve um acréscimo na propositura de demandas judiciais em matéria de saúde, conforme evidencia a Figura 114, que demonstra o número de expedientes administrativos abertos na SES/RS para demandas em medicamentos e em residuais.

**Figura 114.** Demandas judiciais na SES/RS, por tipo, RS, 2017-2019.




Fonte: SES/RS.

A população recorre ao Poder Judiciário com o objetivo de efetivar seu direito individual/coletivo à saúde, em regra, sem observar quaisquer critérios estabelecidos em programas públicos de saúde ou protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas. Entretanto, esse recurso aprofunda~~r~~ as iniquidades de acesso no sistema público de saúde, pois cria uma terceira via de acesso ao SUS e ideia de que o Poder Judiciário favorece aqueles que têm maior possibilidade de veicular sua demanda judicialmente, em detrimento dos que não possuem acesso à justiça, desprezando-se a lógica do SUS. Igualmente, aponta para o 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, haja vista que estas decisões judiciais, na sua quase totalidade, não são fundamentadas em evidências científicas, mas apenas nos argumentos da parte autora.

Além disso, verificam-se repetidas prescrições inadequadas em relação aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS ou de procedimentos sem aprovação junto à CONITEC, em especial, de "novos" medicamentos e/ou "novas" indicações terapêuticas, sem evidências científicas estabelecidas, muitas vezes sob forte influência de outros atores sociais, entre eles a indústria farmacêutica, colocando em risco a segurança do paciente, gerando eventos adversos inesperados, sem um ganho real em eficácia terapêutica. Desse modo, nas demandas judiciais podem ocorrer situações muito discrepantes, havendo a solicitação de medicamentos de custo muito elevado ou fora da lista, bem como solicitações de medicamentos vinculados à lista pertencente ao Componente Básico da AF, que deveriam estar disponíveis nas Farmácias Básicas Municipais. Em todos esses casos, o grande demandado é somente o estado ou, mesmo quando há outro ente federativo no polo passivo, o bloqueio judicial de valores é realizado apenas na conta do Tesouro Estadual. Por fim, importante destacar que a efetivação do direito à Saúde é confundida com a oferta de qualquer um dos milhares de tratamentos disponíveis no mercado. Diante disso, um dos caminhos é aproximação do setor saúde ao judiciário para a criação de estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas relacionados ao SUS.

## 6 NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) E A COVID-19

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, que, raramente, podem infectar pessoas. Em dezembro de 2019, houve a transmissão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2), o qual foi identificado em Wuhan na China, que causou a COVID-19 (*Coronavírus Disease* 2019), sendo em seguida disseminada e transmitida pessoa a pessoa (BRASIL, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde (2020), a COVID-19 é uma doença que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. Cerca de 80% dos pacientes podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

Em 30 de janeiro de 2020, quando a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em virtude do avanço da doença no mundo, o Governo do Estado do RS já havia criado, dois dias antes, o **Centro de Operações de Emergências (COE) COVID-19**. O COE em Saúde é uma estrutura organizacional que tem como objetivo promover a resposta coordenada por meio da articulação e da integração dos atores envolvidos. A sua estruturação permite a análise dos dados e das informações para subsidiar a tomada de decisão dos gestores e técnicos na definição de estratégias e ações adequadas e oportunas para o enfrentamento de emergências em saúde pública. É constituído por profissionais dos diferentes setores da SES/RS, bem como outros participantes externos afins ao evento em questão.

O COE foi responsável por desenvolver o **Plano de Contingência e Ação Estadual do Rio Grande do Sul para Infecção Humana COVID-19** para o monitoramento, controle e assistência aos possíveis casos de infecção. O plano, publicado em fevereiro de 2020, é atualizado conforme a necessidade e tem por objetivos: Descrever as ações de vigilância e atenção em saúde do estado do RS, em todos os níveis de complexidade, a serem executadas frente à detecção de um caso suspeito de COVID-19; Minimizar riscos à população frente a um caso suspeito de COVID-19; Divulgar

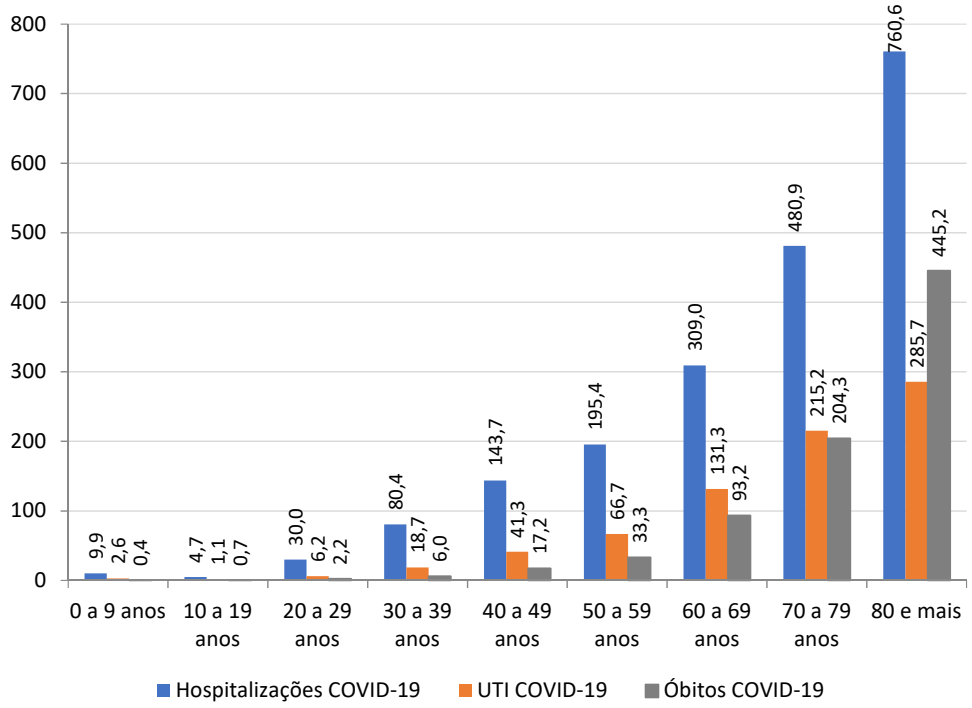
informações em saúde; Estabelecer estratégias de comunicação de risco; e, Orientar a adoção de medidas preventivas e indicação de uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI).

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo, o primeiro caso identificado no RS foi em 29 de fevereiro de 2020, com confirmação laboratorial em 10 de março e o primeiro óbito no RS ocorreu em 24 de março. A série temporal com início em 23 de fevereiro de 2020 (Semana Epidemiológica - SE 9) aponta elevação acentuada do número de notificações de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) a partir de 16 de março, 15 dias após o registro do caso índice identificado no estado, o qual não necessitou de hospitalização. Em 19 de março, o Governo do Estado do RS publicou o Decreto Nº 55.128/2020, estabelecendo o **estado de calamidade pública** em todo o território gaúcho.

Também foi publicado o **Plano de Contingência Hospitalar Estadual – COVID-19**, que define o nível de resposta e a estrutura hospitalar para resposta ao atendimento da população gaúcha considerando todas as normativas estaduais, decretos, portarias e resoluções. O plano tem por objetivos: Orientar a rede de assistência à saúde quanto aos leitos hospitalares disponíveis e ampliados, distribuídos nas macrorregiões de saúde do RS; Equacionar os leitos ampliados já disponíveis para acesso dos pacientes com COVID-19, bem como, permitir um acompanhamento mais detalhado da capacidade instalada para atendimento de todos os pacientes com SRAG; Instituir que o acesso a leitos de enfermaria ou a leitos de UTI nos Hospitais de Referência/Retaguarda serão regulados pela Central Estadual de Regulação Hospitalar em conjunto com as Centrais Municipais; e, Avaliar a necessidade de internação hospitalar via Sistema GERINT como base nas informações clínico epidemiológicas, capacidade instalada e levando em consideração os fatores que possam representar risco ao paciente e a seus contatos domiciliares.

Em relação ao **perfil dos casos confirmados** de COVID-19 no RS, 51% são do sexo masculino e 49% do sexo feminino. A frequência de hospitalizações por SRAG confirmadas para COVID-19 foi 21% maior para o sexo masculino e para óbitos esta diferença relativa foi de 25%. Quanto à faixa etária, observa-se que quanto maior a idade, maior foi o risco de hospitalização e especialmente de óbito, conforme dados do SIVEP-Gripe, na Figura 115. Os idosos (60 anos e mais), em comparação com as pessoas não idosas, apresentam risco relativo de 5,6 para hospitalizações, de 8,0 para internação em UTI e de 18,5 para óbito.

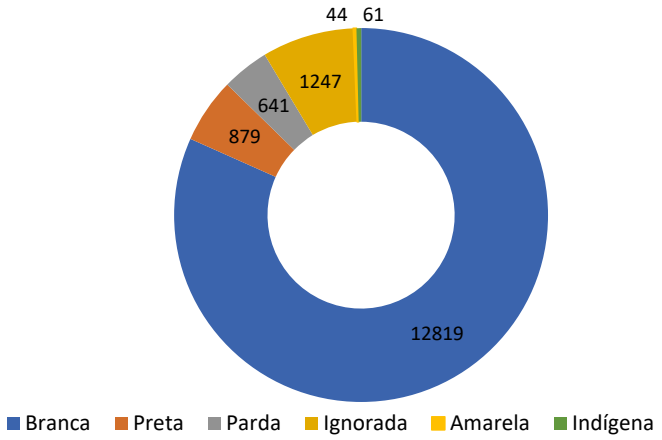
**Figura 115.** Incidência cumulativa por 100.000 habitantes de hospitalizações, internações em UTI e óbitos por SRAG confirmados para COVID-19, segundo faixa etária, até setembro de 2020, RS.




Fonte: SIVEP-Gripe.

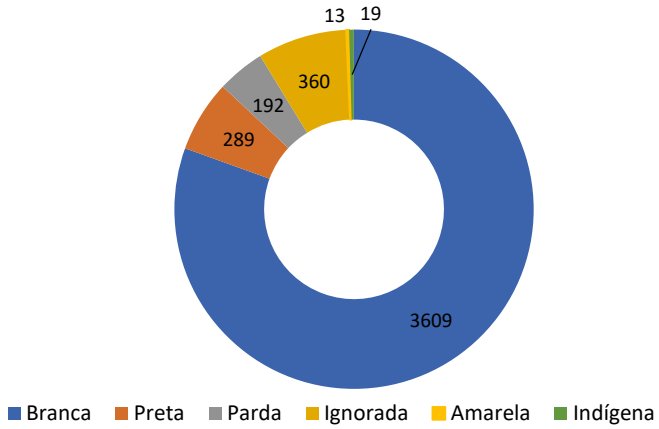
Quanto a raça/cor dos casos confirmados hospitalizados e dos óbitos, a distribuição é afetada de forma importante pela maior média de idade das pessoas de raça/cor branca, uma vez que são analisados apenas casos graves (Figuras 116 e 117).

**Figura 116**. Número de casos de SRAG hospitalizados, confirmados para COVID-19, segundo raça/cor, RS, 2020.




Fonte: SIVEP-Gripe (22/09/2020).

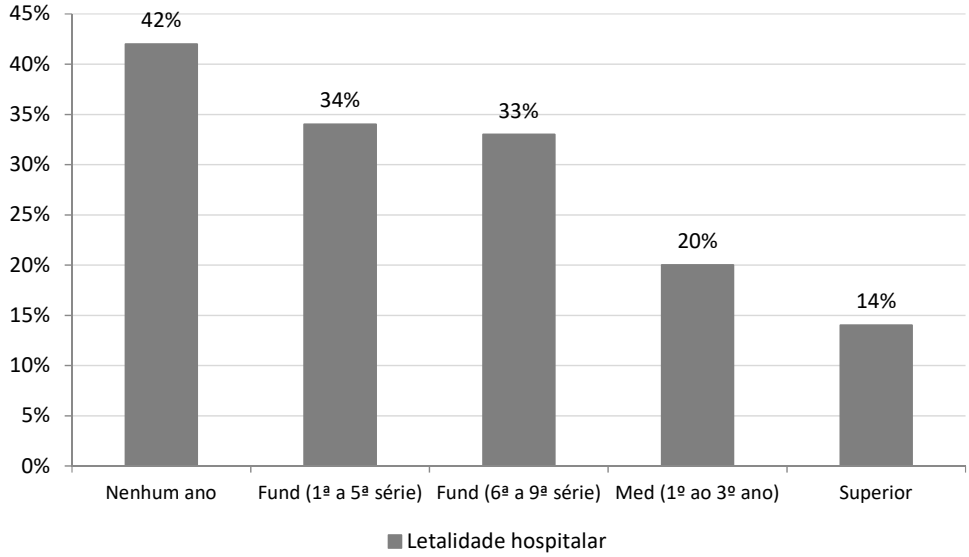
**Figura 117**. Número de óbitos de SRAG, confirmados para COVID-19, segundo raça/cor, RS, 2020.




Fonte: SIVEP-Gripe (22/09/2020).

Quanto à escolaridade dos casos confirmados, considerando as notificações com dados válidos, aproximadamente 42% do total de notificações de SRAG confirmadas para COVID-19 ocorreram em pacientes sem nenhum ano de escolaridade. A Figura 118 ilustra desigualdades na letalidade hospitalar segundo o grau de escolaridade da pessoa, demonstrando que quanto menor o tempo de estudo, maior a letalidade.

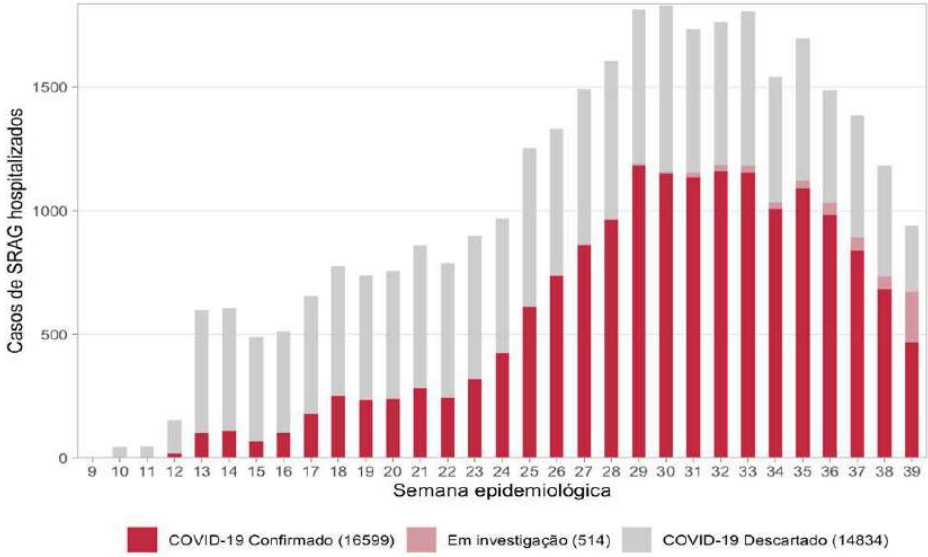
**Figura 118**. Percentual de letalidade hospitalar de casos de SRAG confirmados para COVID-19, segundo grau de escolaridade, RS, 2020.




Fonte: SIVEP-Gripe (22/09/2020).

As **hospitalizações por COVID-19** tiveram crescimento acelerado até a SE 29. A partir da SE 30 houve estabilização na frequência de hospitalizações semanais (Figura 119).

**Figura 119**. Hospitalizações por SRAG, até a SE 39, segundo confirmação para COVID-19, RS, 2020.

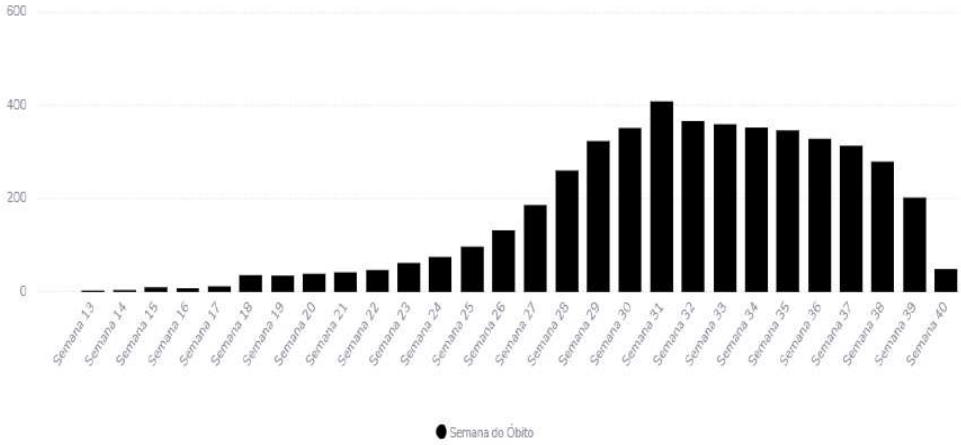



Fonte: Sivep-Gripe (30/09/2020).

Entre os indivíduos hospitalizados, 81% apresentaram ao menos um fator de risco (comorbidade ou idade acima de 60 anos). Para aqueles que evoluíram a óbito, essa proporção foi de 97%. Doença cardiovascular crônica e diabetes mellitus foram as comorbidades mais prevalentes, com 37% e 27% dos casos, respectivamente.

Ao analisar a evolução dos **óbitos** pela doença, é observado valor máximo na SE 31, com diminuição discreta e constante a partir da SE 32 (Figura 120).

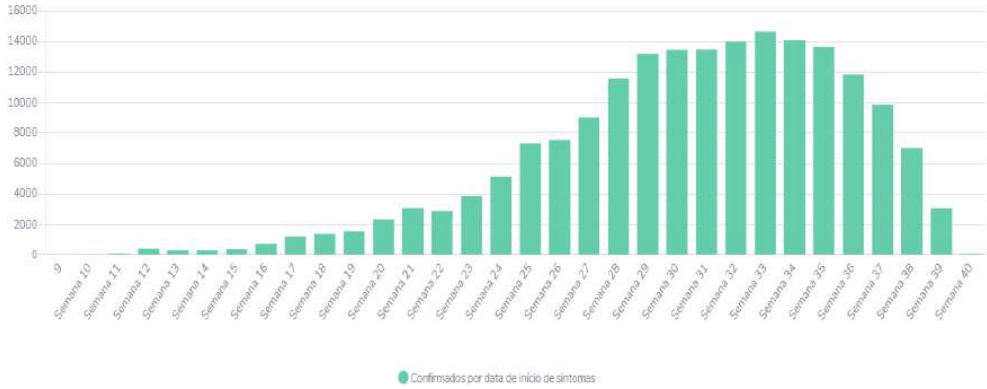
**Figura 120**. Óbitos por COVID-19 por semana epidemiológica, RS, 2020.




Fonte: Sivep-Gripe (30/09/2020).

O **número de casos confirmados** apresenta um cenário um pouco distinto, com o máximo de casos ocorrendo na SE 33 (Figura 121), após o pico de óbitos (Figura 120). Tal divergência provavelmente é decorrente do aumento da testagem de casos leves da doença a partir do mês de julho.

**Figura 121**. Evolução do número de casos confirmados de COVID-19, por semana epidemiológica de início dos sintomas, RS, 2020.




Fonte: E-SUS Notifica e Sivep-Gripe (30/09/2020).

Um dado importante no monitoramento da pandemia é a **ocupação dos leitos de UTI** no estado. O número de pessoas internadas em UTI manteve-se acima de 900 durante muitas semanas consecutivas ao longo dos meses de julho e agosto. Em 30 de setembro, o mesmo era de 748, demonstrando redução na ocupação neste momento.

O MS abriu a possibilidade de habilitação emergencial de novos leitos de UTI adultos e pediátricos exclusivos para o atendimento de pacientes com COVID-19. A SES/RS estimulou e organizou em todas as regiões do estado a criação desses novos leitos, seguindo os critérios estabelecidos pelo MS, envolvendo os gestores locais nesta análise urgente, assim como o CEVS a fim de ofertar o maior número possível de novos leitos com uma garantia de qualidade no atendimento.

Desde abril deste ano foram habilitados 744 novos leitos de UTI para atender pacientes com COVID-19 e, com isso, o RS praticamente duplicou seu número de leitos de UTI com um total atual de 1.730 leitos (sendo 985 de antes da pandemia). Aguarda-se a habilitação de mais 153 leitos já aprovados pela área técnica do MS. Desta forma, não faltaram, até este momento, leitos para o atendimento nem para os pacientes comuns às UTIs, nem para os novos pacientes diagnosticados com COVID-19. A SES/RS segue garantindo a continuidade do atendimento com os processos de prorrogação mensal de todos estes leitos, o acompanhamento de suas taxas de ocupação, que devem permanecer ≥ 50%, e a garantia do envio dessas informações ao MS.

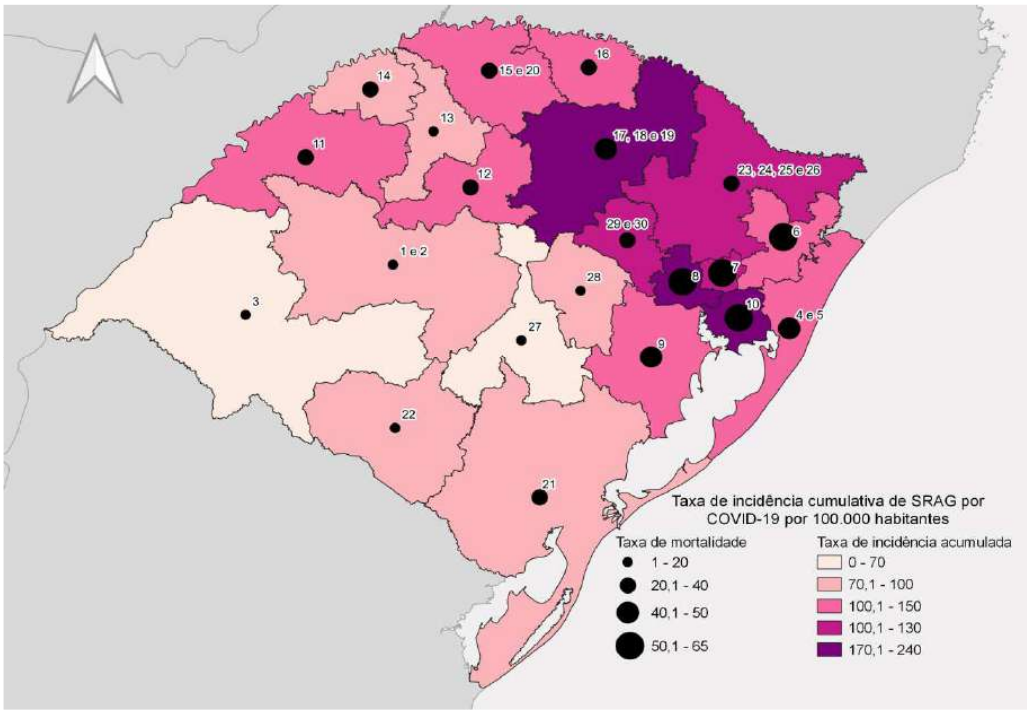
Por fim, há ainda um questionamento feito ao longo deste período, que é da possibilidade destes novos leitos serem transformados em leitos definitivos de UTI, ampliando a capacidade instalada do estado. Essa situação é possível, mas todos eles deverão passar pelo processo de habilitação definitiva, com as análises das garantias de infraestrutura e recursos humanos exigidos pela Portaria de Consolidação Nº 3 - Título X, que estabelece os critérios mínimos de funcionamento das UTIs no Brasil.

Os dados coletados até setembro, portanto, indicam tendência de redução de hospitalizações e óbitos. No entanto, não é possível afirmar qual será o ritmo futuro desta redução, pois as estratégias

de distanciamento social estão em constante revisão. A previsão é prejudicada devido ao desconhecimento da real proporção de pessoas já infectadas pelo SARS-CoV-2 e, portanto, do número de pessoas suscetíveis, além da impossibilidade de se obter informações futuras sobre a intensidade das medidas não farmacológicas que estão por vir.

Em relação à **distribuição regional da carga da doença**, as regiões de Passo Fundo, Porto Alegre e Canoas apresentaram as maiores incidências cumulativas de hospitalizações até o final do mês de setembro. Ao analisar a taxa de mortalidade da doença por 100.000 habitantes, verifica-se que as regiões mais atingidas foram as de Porto Alegre, Canoas, Novo Hamburgo e Taquara (Figura 122).

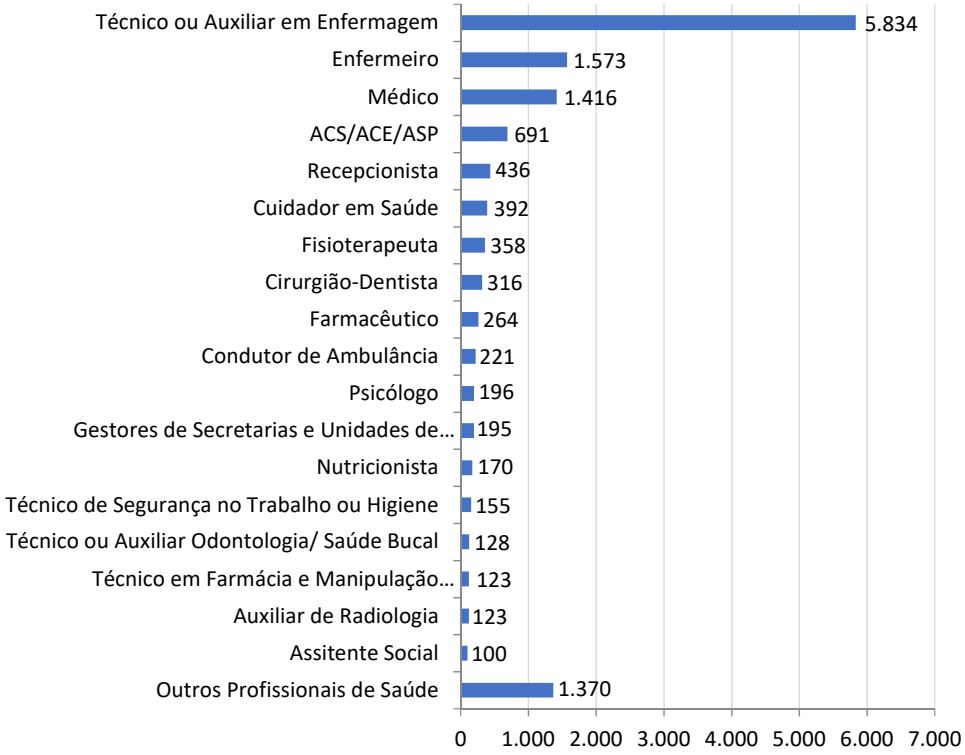
**Figura 122**. Incidência cumulativa de hospitalizações e taxa de mortalidade por 100.000 habitantes, por Região COVID-19, RS, 2020.




Fonte: Sivep-Gripe (30/09/2020).

Em relação aos **trabalhadores da saúde** que realizaram teste para COVID-19 com registro no e-SUS Notifica até 21 de setembro, foram identificados 14.061 casos confirmados, o que corresponde a 8% do total de casos do estado. Destes, 67% foram diagnosticados através do teste RT-PCR e 33% de testes sorológicos. A distribuição dos casos segundo a ocupação, de acordo com o CBO, é apresentada na Figura 123.

**Figura 123**. Número de trabalhadores da saúde confirmados para COVID-19, segundo ocupação, RS, 2020.




Fonte: e-SUS Notifica (até 21/09/2020).

As categorias com os maiores números de casos confirmados são Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem (41%), seguidos por Enfermeiros (11%) e Médicos (10%). A Vigilância em Saúde do Trabalhador realiza o monitoramento semanal de afastamentos entre trabalhadores de hospitais por meio do preenchimento, pelos hospitais do RS, de um formulário eletrônico (FormSUS). O monitoramento teve início na SE 28. Na última SE, 55% dos hospitais preencheram o formulário. Na SE 38, 5.017 trabalhadores de hospitais já haviam sido afastados em decorrência da doença.

A execução dos **testes RT-PCR,** sigla que em inglês significa reação em cadeia da polimerase acoplada a transcriptase reversa, foi concentrada no LACEN/RS cuja atuação, neste período, foi intensa e demandou várias ações concomitantes. Até 20 de setembro havia sido realizado o quantitativo de 62.189 testes no local, conforme dados dos sistemas e-SUS Notifica e SIVEP-Gripe divulgados no Painel Coronavírus da SES/RS.

Em julho de 2020 foi lançado o **Projeto Testar RS**, que amplia a testagem para detecção do novo coronavírus. Desde então, mais de 27.000 amostras já foram enviadas para análise em laboratórios de referência nos estados do Paraná, Rio de Janeiro e São Paulo. A meta é de forma gradativa aumentar esse número para até 7.000 testes diários. A estratégia é resultado da união de esforços da SES/RS com o MS e o programa Todos pela Saúde, do Governo do Estado do RS**.**

### 6.1 Ações da SES/RS no enfrentamento à pandemia da COVID-19

A partir da declaração da COVID-19 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, a SES/RS mobilizou todas as suas equipes para o enfrentamento da pandemia. O Departamento de Ações em Saúde (DAS) envolveu-se plenamente. A **Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB)** priorizou a produção de diretrizes para o processo de trabalho das equipes da AB com ênfase na organização da atenção à saúde no contexto da pandemia, bem como no apoio e divulgação dos decretos sobre o financiamento para o enfrentamento da COVID-19.

Assim, foram elaborados e disponibilizados documentos, boletins e notas técnicas, realizados levantamentos por meio de formulários *online* para diagnóstico situacional e organizados encontros virtuais, a fim de subsidiar as CRS, os gestores municipais e as equipes da AB. A CEAB segue acompanhando as equipes da AB e apoiando os profissionais das unidades de saúde e gestores municipais da AB no desenvolvimento das atividades no contexto da pandemia, tais como: o cuidado de usuários com condições crônicas, atendimentos às demandas programáticas, procedimentos, visitas domiciliares, dentre outros, em razão da necessidade de adaptação dos fluxos e modalidades de atenção, para que se mantenham alertas ao distanciamento social, aos casos de Síndrome Gripal e SRAG, além de garantir a continuidade do cuidado para os demais usuários.

Dentre as estratégias da SES/RS, a estruturação e implementação de uma Política de Doenças Crônicas Não Transmissíveis destaca-se em função da possibilidade do estabelecimento de diversas ações intra e interdepartamentais para o enfrentamento dos quatro principais agravos crônicos: doenças respiratórias, neoplasias, doenças cardiovasculares e diabetes. Diante da pandemia da COVID-19, tem-se apostado em ações articuladas e desenvolvidas em quatro grupos de trabalho temáticos (Doenças Respiratórias, Doenças Cardiovasculares, Câncer e Fatores de Proteção às Doenças Crônicas), com foco no planejamento das ações específicas para o enfrentamento do agravo durante e após a pandemia.

Já as **Políticas de Ações Transversais** (Política de Alimentação e Nutrição, Saúde Bucal, Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Saúde Mental) na AB, destacadas abaixo, visaram ações que foram promovidas, mantidas e incentivadas pelas áreas técnicas. Sabe-se que a obesidade tem sido caracterizada como um importante fator de risco para a forma grave da COVID-19, principalmente em jovens. Diante deste cenário, estratégias de combate à obesidade são urgentes.

A **Política de Alimentação e Nutrição (PAN**) tem a Vigilância Alimentar e Nutricional como uma de suas diretrizes, apontando-a como essencial para a atenção nutricional no SUS, ou seja, para organização e gestão dos cuidados em alimentação e nutrição nas RAS. A PAN vem desenvolvendo ações, por meio do apoio institucional, suporte técnico às equipes das referências regionais de saúde e dos municípios, com articulação intra e intersetorial associadas à proteção da vida, da saúde e da segurança alimentar e nutricional da população gaúcha, buscando ampliar o escopo das ações em alimentação e nutrição. Nesse sentido, ressalta-se que foram elaborados informes sobre o acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família durante a pandemia, além de organizada a participação em *lives* e *webinars* alusivos ao Agosto Dourado, mês do aleitamento materno e alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos.

Em relação à **Saúde Bucal**, foi elaborada uma Nota Orientadora para os atendimentos odontológicos na APS e nos Centros de Especialidades Odontológicas e participação em *live* alusiva ao Maio Vermelho, mês da prevenção ao Câncer de Boca, com destaque aos desafios da COVID-19 na odontologia. Foi realizado o levantamento sobre o funcionamento da rede de saúde bucal no RS frente

a COVID-19 e, também, confeccionados *cards* para esclarecimentos sobre a importância da saúde bucal para a população.

A **Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde** cocriou a Rede Colaborativa de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para enfrentamento ao COVID-19, realizou encontros formativos com os terapeutas cadastrados, participou da elaboração do "Guia de meditação" - que oferece subsídios básicos para promover a iniciação da prática da meditação - e qualificou os profissionais das CRS no que se refere aos fundamentos teóricos da homeopatia e saúde coletiva no contexto da COVID-19.

A área técnica da **Saúde Mental** vem desenvolvendo ações estratégicas para a redução dos impactos da pandemia na saúde mental da população. Destacam-se nesse sentido, a elaboração e divulgação de materiais (*cards*, vídeos e áudios) para a população em geral; a elaboração de Notas Técnicas, materiais orientadores e recomendações aos serviços da RAPS no contexto da pandemia; o acompanhamento do Projeto *ReviraSaúde*, que oferece atendimento remoto e gratuito por profissionais de saúde mental voluntários; o levantamento da situação do funcionamento dos serviços da RAPS e o cuidado em saúde mental no território durante a pandemia; a inclusão da "Proposta de construção dos Planos Municipais de Cuidados em Saúde Mental e Apoio Psicossocial no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Estado do Rio Grande do Sul", como anexo ao Plano de Contingência Estadual e apoio aos municípios na sua execução; o incentivo financeiro para ações de fortalecimento da Saúde Mental na AB para enfrentamento da COVID-19 junto a 362 municípios (R$ 2.150.000,00); a organização de *lives* e *webinars* alusivos ao mês de prevenção ao suicídio; e a organização, junto ao Telessaúde da UFRGS, de curso rápido à distância sobre o cuidado em saúde mental na AB e a COVID-19.

Ressalta-se que, mesmo durante o período de calamidade pública, as ações das Políticas Transversais para fortalecimento da rede de saúde mantiveram-se em funcionamento, devendo ser mantidas e ampliadas conforme necessidades apresentadas na Pandemia.

A Divisão de **Políticas Promoção da Equidade em Saúde (POPES),** buscando trabalhar de forma transversal, elaborou notas técnicas para auxiliar os profissionais de saúde e a gestão na condução desta pandemia. Logo no início foram flexibilizadas a Portaria SES Nº 946/2015 e a Resolução CIB/RS Nº 98/13, permitindo a utilização dos recursos para redução da insegurança alimentar e aquisição de insumos destinados à higiene das comunidades indígenas e quilombolas durante o estado de calamidade pública no RS. Além disso, foram ampliadas e potencializadas a integração entre as CRS junto às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e as lideranças indígenas locais, além do envio de EPIs para as equipes e para as comunidades indígenas. Também, houve a articulação, junto à Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania, para o envio de cestas básicas e EPIs às comunidades quilombolas e indígenas.

De forma intersetorial a SES/RS publicou a Portaria Nº 506/2020, que autorizou o repasse em caráter extraordinário aos programas de Saúde dos Povos Indígenas, Comunidades remanescentes de quilombos, saúde prisional, saúde mental na AB e população em situação de rua, visando a necessidade de fortalecimento das ações de enfrentamento à COVID-19 nas populações em situação de vulnerabilidade. A fim de atender as demandas e melhorar o fluxo de atendimento e monitoramento no sistema prisional, uma Unidade de Saúde foi implantada para atender presos ingressantes no Centro de Triagem COVID na Penitenciária Estadual de Sapucaia do Sul. A SES também idealizou, em parceria com a SEAPEN/SUSEPE, o projeto de porta de entrada com o monitoramento clínico dos presos ingressantes e a realização de testagem rápida ao final do período de quarentena preventiva em funcionamento nos Centros de Triagens e Unidades Prisionais durante o período da

pandemia, além de ter publicado a Nota Informativa COE Nº 16/2020, ampliando a Campanha de Vacinação da Influenza no sistema prisional e inaugurado 10 leitos de UTI no Hospital de Charqueadas, como referência para a internação da População Privada de Liberdade. A partir de então, a POPES se preocupa em monitorar as populações que compõem o escopo das áreas técnicas, articulando junto às demais divisões do DAS e em espaços de gestão participativa, estratégias direcionadas para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

A Divisão das **Políticas dos Ciclos de Vida**, composta pelas áreas técnicas de Saúde da Criança, Saúde de Adolescentes, Saúde da Mulher, Saúde do Homem e Saúde do Idoso, no ano de 2020 passou por adequações para o atendimento às diversas demandas relacionadas à nova realidade da pandemia, além das ações contínuas e rotineira das áreas técnicas. As principais ações foram direcionadas para elaboração e/ou contribuição em documentos oficiais da SES/RS, como Notas Técnicas e Portarias, além do apoio as CRS, visando garantir a continuidade da atenção nos serviços de saúde aos ciclos de vida, com prevenção da morbimortalidade materna, infantil e das pessoas idosas.

A Saúde da Criança junto ao Serviço de Referência em Triagem Neonatal, localizado no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, em Porto Alegre, orientou a ampliação da realização da coleta do Teste do Pezinho nas Maternidades do RS, durante a vigência da pandemia da COVID-19. No Agosto Dourado, foram realizadas seis *webinars* temáticas, discutindo condutas no parto e nascimento, manutenção do aleitamento materno e orientações quanto aos cuidados para as mães sintomáticas, seguindo as orientações da OMS e do MS, alcançando um grande número de participantes. Houve ainda a construção de *cards* e uma Nota Informativa de Vacinação contra o Sarampo em Tempos de Pandemia. Para manter atuais as informações sobre saúde materno infantil e COVID-19, foi elaborado um documento[30] onde são constantemente atualizadas as discussões e *webinars* referentes à temática.

A Saúde da Mulher realizou produção e atualização de notas técnicas com orientações sobre o atendimento de pré-natal e, para as maternidades, também produziu notas de alertas aos serviços e profissionais de saúde com orientações objetivas diante dos pontos mais críticos da pandemia (Nota de Alerta SES/RS: Mortalidade Materna por COVID-19). Até 28 de setembro, o SIM havia computado 25 casos de óbitos maternos no estado e entre esses óbitos há o registro de um óbito materno relacionado ao COVID-19 na região de Caxias e Hortênsias. No entanto, existe a possibilidade de mais óbitos, pois o SIVEP-Gripe aponta para mais cinco casos que podem ser classificados como óbito materno após investigação. A SES/RS realiza a avaliação dos óbitos maternos em conjunto com a análise de evidências científicas para a padronização de ações prioritárias no enfrentamento da mortalidade materna durante a pandemia do COVID-19.

A Saúde de Adolescentes elaborou a Nota Técnica (NT) Nº 01/2020 para apoiar e orientar as CRS na utilização de recursos financeiros da Portaria Nº 1.857/2020, enviados aos municípios em caráter excepcional e temporário, em decorrência do novo Coronavírus, bem como a prestação de contas de sua aplicação. Além disso, na NT, orienta-se o planejamento, a realização, o registro e o monitoramento das ações de prevenção à COVID-19 nas escolas, enquanto permanecer a vigência da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. Houve ainda a confecção de um *card* com orientações sobre canais de denúncia de crianças e adolescentes vítimas de violência no contexto da pandemia. Quanto a ações futuras, a Saúde de Adolescentes participará, juntamente com outras áreas do DAS, do Projeto de Pesquisa "Desenvolvimento de estratégias de educação continuada em saúde e aprendizagem no formato de educação à distância nas temáticas da vigilância da violência e promoção

[30] O documento "Discussões virtuais sobre a assistência à gestante, puérpera e recém-nascido frente à COVID-19, está disponível no site da SES/RS.

da equidade, no contexto da COVID-19, no estado do Rio Grande do Sul". Se aprovado, o projeto será financiado pelo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS).

Em relação à Saúde do Idoso, até o momento foram registrados 185.516 casos confirmados no estado, sendo 30.571 em pessoas de 60 anos ou mais. Em relação aos óbitos por COVID-19, têm-se 4.627, sendo 3.701 em pessoas idosas (79,9%), conforme dados do painel SES/RS, seguindo a tendência mundial de alta letalidade na população idosa. Além do apoio na construção das notas técnicas e portarias, as CRS são apoiadas nas mais variadas demandas, como no enfrentamento ao Coronavírus nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), de acordo com as Portarias SES/RS Nº 289 e Nº 352/2020, incluindo o apoio à elaboração de plano de contingência e nas situações de surtos, vacinação e atendimento à pessoa idosa nos diferentes níveis de atenção.

A política realiza o acompanhamento/sistematização de surtos e óbitos de residentes de ILPI, através de fluxo estabelecido com o COE e o CEVS. Com o registro dos óbitos, tem-se o objetivo de traçar um perfil das pessoas idosas que venham a óbito em ILPI. Até o mês de setembro teve-se o registro de 256 surtos em ILPI do estado e 337 óbitos de seus residentes. A partir de outubro de 2020 a área técnica tem o objetivo de lançar um boletim informativo sobre os resultados preliminares das sistematizações acima descritas, assim como outras informações e notícias relevantes, mantendo as ações de enfrentamento a pandemia da COVID-19.

O **Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)** realizou grandes esforços, junto aos outros departamentos e assessorias, participando ativamente nos grupos de trabalho formados para o combate à pandemia do COVID-19 no estado. Dentre as ações, destaca-se que a resposta da SES/RS à pandemia teve início já em 28 de janeiro de 2020, quando técnicos do CEVS e do DRE se reuniram para tratar do novo evento de saúde pública, onde, também, ficou definida a ativação do COE COVID-19, a partir da modificação de risco moderado para alto da transmissão do vírus, estabelecida pela OMS.

Entre as principais ações do CEVS já consolidadas para o enfrentamento da pandemia estão a elaboração do Plano de Contingência e Ação Estadual, capacitação da equipe do Disque-Vigilância para resposta à população, construção do *dashboard* com informações atualizadas dos casos e óbitos de COVID-19 no estado, regiões e municípios e elaboração de diversas Notas Informativas para a população, municípios, estabelecimentos de saúde e comerciais, assim como Portarias e Boletins Epidemiológicos de SRAG e óbitos semanais. Além disso, o CEVS também é responsável pelo **monitoramento dos bancos de dados oficiais** de casos notificados suspeitos de COVID-19 (e-SUS Notifica), SRAG e óbitos por SRAG (SIVEP-Gripe).

Representações das diversas áreas da Vigilância em Saúde participam como membros do Gabinete de Crise do Governo do Estado, do grupo de trabalho para construção do modelo de distanciamento social controlado e protocolos estaduais, do Comitê de Dados para elaboração semanal das bandeiras e do grupo de análise dos recursos para elaboração do mapa semanal definitivo. O CEVS também realiza a distribuição e o monitoramento dos estoques de testes rápidos de anticorpo para COVID-19 disponibilizados aos municípios, regionais e demais instituições do RS.

A Vigilância em Saúde participou da elaboração e desenvolvimento do Projeto Testar RS para ampliação da realização de exames RT-PCR para toda população gaúcha, nos 497 municípios do estado, e na criação de Centrais Regionais de Triagem em pólos para recebimento, conferência, acondicionamento e envio de amostras de suspeitos de COVID-19 para processamento. Foi ainda responsável pelo fornecimento de equipamentos para criação de Centrais Municipais de Triagem. Realizou, também, a ampliação da capacidade de processamento de amostras suspeita de COVID-19, por RT-PCR, no LACEN e vem mantendo o monitoramento ambiental do SARS-CoV-2 em águas residuais.

As ações do **Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA)** concentraram-se na organização e fortalecimento da assistência hospitalar para enfrentamento da pandemia COVID-19. A SES/RS organizou uma força-tarefa envolvendo diversos setores e as CRS com objetivo de garantir o repasse dos recursos emergenciais, que servem para o enfrentamento à pandemia e devem ser aplicados na aquisição de medicamentos, suprimentos, insumos, produtos e equipamentos hospitalares. Contudo, há também a possibilidade de serem utilizados em pequenas reformas e adaptações físicas para aumento da oferta de leitos de terapia intensiva e na contratação e no pagamento dos profissionais de saúde necessários para atender a demanda adicional.

A ampliação da rede hospitalar se perfectibilizou com as solicitações de habilitação atendidas de leitos de UTI COVID-19 enviadas pelo estado. A capacidade instalada era de 933 leitos de UTI Adulto SUS. Atualmente, o estado conta com 1.866 vagas UTI SUS, entre as UTI geral e UTI COVID, ambas para adultos, à disposição da população, com taxa de ocupação de 70,4% dos leitos SUS. O Quadro 16 apresenta, por Macrorregião de Saúde, os leitos COVID-19 habilitados em 2020.

**Quadro 15** – Distribuição das habilitações de leitos COVID-19, por macrorregião de saúde, CRS, município e estabelecimento hospitalar, RS, 2020.

| MACRO | CRS | MUNICÍPIO | ESTABELECIMENTO | GESTÃO | Nº DE LEITOS NOVOS | TOTAL DE Nº LEITOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO-OESTE | 4 | Faxinal do Soturno | Hospital de Caridade São Roque | Estadual | 10 | 10 |
| | | Santa Maria | Hospital Universitário de Santa Maria | | 10 | 10 |
| | | | Hospital Regional de Santa Maria | | 10 | 10 |
| | 10 | Alegrete | Hospital Santa Casa de Alegrete | | 7 | 7 |
| | | São Gabriel | Hospital Santa Casa de São Gabriel | | 5 | 5 |
| | | Uruguaiana | Santa Casa de Uruguaiana | | 8 | 8 |
| **TOTAL CENTRO-OESTE** | | | | | **50** | **50** |
| METROPOLITANA | 1 | Canoas | Hospital Nossa Senhora das Graças | Municipal | 6 | 6 |
| | | | Hospital Universitário de Canoas | | 10 | 10 |
| | | | Hospital Universitário (GAMP) - Grupo de Apoio à Medicina Preventiva e Saúde Pública | | | 10 |
| | | | Hospital Pronto Socorro de Canoas Dep. Nelson Marchezan | | 10 | 15 |
| | | Esteio | Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio | | 6 | 6 |
| | | São Leopoldo | Hospital Centenário | Municipal | 10 | 15 |
| | | São Sebastião do Caí | Hospital Sagrada Família | Estadual | 5 | 5 |
| | | Sapiranga | Hospital Sapiranga | | 5 | 5 |
| | | Sapucaia do Sul | Fundação Hospitalar de Sapucaia do Sul | Municipal | 7 | 7 |
| | 2 | Porto Alegre | Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre | | 80 | 80 |
| | | | Hospital Nossa Senhora da Conceição | | 10 | 10 |
| | | | Hospital de Clínicas de Porto Alegre | | 105 | 125 |
| | | | Hospital Cristo Redentor | | 18 | 18 |
| | | | Associação Hospitalar Vila Nova | | 20 | 20 |

| MACRO | CRS | MUNICÍPIO | ESTABELECIMENTO | GESTÃO | Nº DE LEITOS NOVOS | TOTAL DE Nº LEITOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| METROPOLITANA | 2 | São Jerônimo | Hospital de Caridade São Jerônimo | Estadual | 10 | 10 |
| | | Viamão | Hospital de Viamão | | 10 | 10 |
| | 18 | Osório | Hospital São Vicente de Paulo | | 10 | 10 |
| | | Torres | Hospital N. Senhora dos Navegantes | | 5 | 5 |
| | | Tramandaí | Hospital de Tramandaí | | 6 | 6 |
| **TOTAL METROPOLITANA** | | | | | **333** | **373** |
| MISSIONEIRA | 9 | Cruz Alta | Hospital São Vicente de Paulo de Cruz Alta | Estadual | 10 | 10 |
| | 12 | Santo Ângelo | Hospital Santo Ângelo | | 14 | 23 |
| | 14 | Santa Rosa | Hospital Vida e Saúde | Municipal | 5 | 5 |
| | | | Hospital Vida e Saúde ABOSCO | | 10 | 10 |
| **TOTAL MISSIONEIRA** | | | | | **39** | **48** |
| NORTE | 6 | Carazinho | Hospital Comunitário de Carazinho | Municipal | 6 | 6 |
| | | Espumoso | Hospital Notre Dame São Sebastião | Estadual | 5 | 5 |
| | | Passo Fundo | Hospital de Clínicas de Passo Fundo | | 13 | 23 |
| | | | Hospital São Vicente de Paulo | | 30 | 40 |
| | | Soledade | Hospital Frei Clemente Soledade | | 6 | 6 |
| | | Erechim | Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim | | 10 | 15 |
| | 19 | Tenente Portela | Hospital Santo Antônio de Tenente Portela | | 5 | 5 |
| **TOTAL NORTE** | | | | | **75** | **100** |
| SERRA | 5 | Bento Gonçalves | Hospital Tacchini | Municipal | 10 | 15 |
| | | Caxias do Sul | Hospital Geral | | 10 | 10 |
| | | | Hospital Pompeia | | 6 | 6 |
| | | | Hospital Virvi Ramos | | 5 | 5 |
| | | Farroupilha | Hospital São Carlos | | 5 | 5 |
| | | Garibaldi | Hospital Beneficente São Pedro | | 10 | 10 |
| | | Gramado | Hospital Arcanjo São Miguel | | 8 | 8 |
| | | Vacaria | Hospital Nossa Senhora da Oliveira | | 8 | 8 |
| **TOTAL SERRA** | | | | | **62** | **67** |
| SUL | 3 | Pelotas | Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas | Municipal | 20 | 20 |
| | | Rio Grande | Santa Casa de Rio Grande | Estadual | 10 | 10 |
| SUL | 7 | Bagé | Santa Casa de Bagé | Estadual | 14 | 14 |
| | | Dom Pedrito | Hospital São Luiz | | 10 | 10 |
| **TOTAL SUL** | | | | | **54** | **54** |
| VALES | 8 | Cachoeira do Sul | Hospital de Caridade Beneficência | Municipal | 8 | 8 |
| | 13 | Santa Cruz do Sul | Hospital Santa Cruz | | 20 | 30 |
| | | | Hospital Ana Nery | | 5 | 5 |
| | | Venâncio Aires | Hospital São Sebastião Mártir | | 8 | 8 |
| | 16 | Encantado | Hospital Santa Teresinha Encantado | | 5 | 5 |
| | | Estrela | Hospital de Estrela | | 10 | 10 |

| MACRO | CRS | MUNICÍPIO | ESTABELECIMENTO | GESTÃO | Nº DE LEITOS NOVOS | TOTAL DE Nº LEITOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VALES | | Lajeado | Hospital Bruno Born | Municipal | 10 | 10 |
| | | Taquari | Hospital São José | | 10 | 10 |
| TOTAL VALES | | | | | 76 | 86 |
| TOTAL | | | | | 689 | 778 |

Fonte: SES/RS.

A pandemia não fez cessar a necessidade do acesso aos serviços hospitalares para outras enfermidades e, em atendimento a esta demanda, o MS publicou a Portaria GM/MS Nº 561/2020 que autoriza a utilização de leitos de hospitais de pequeno porte (HPP) para cuidados prolongados. Aos estabelecimentos enquadrados nessa portaria fica vedado o atendimento a pacientes com COVID-19 e todos os leitos devem ser destinados para cuidados prolongados e disponibilizados para a Central de Regulação do Estado. A utilização dos leitos de cuidados prolongados por HPPs tem por objetivo ampliar as vagas de leitos clínicos nos hospitais que são referência para atendimento dos casos de COVID-19.

O pedido de autorização para utilização temporária de leitos de cuidados prolongados em HPPs para atendimento de pacientes oriundos dos leitos clínicos e de UTI COVID-19 no estado foi deferido nos termos da Portaria GM/MS Nº 2.012/2020 que autorizou o uso de 925 leitos distribuídos em 25 hospitais. A autorização tem prazo de 90 dias, podendo ser prorrogada ou encerrada a qualquer tempo se finalizada a situação de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus, conforme Lei Nº 13.979/2020. O Quadro 15 apresenta os hospitais e quantitativo de leitos autorizados, por estabelecimento.

**Quadro 16** – Distribuição do número de leitos de cuidados prolongados em HPPs utilizados para atendimento de pacientes oriundos de leitos clínicos e de UTI COVID-19, RS, 2020.

| CRS | REGIÃO | MUNICÍPIO | ESTABELECIMENTO | GESTÃO | Nº DE LEITOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 6 | Cambará do Sul | Fundação Hospitalar São José | Estadual | 33 |
| | 8 | Salvador do Sul | Associação Beneficente Hospitalar São Salvador | Estadual | 32 |
| 3 | 21 | Herval | Hospital Nossa Senhora da Glória | Estadual | 34 |
| 4 | 2 | Cacequi | Associação Santo Onofre | Estadual | 36 |
| 5 | 24 | Bom Jesus | Hospital De Bom Jesus | Municipal | 36 |
| | 26 | Bom Princípio | Hospital São Pedro Canísio | Municipal | 43 |
| 6 | 17 | Casca | Hospital Beneficente Santa Lúcia | Estadual | 33 |
| | 18 | Maximiliano de Almeida | Sociedade Beneficente São José | Estadual | 40 |
| | 19 | Tapera | Sociedade Hospitalar Roque Gonzales | Estadual | 35 |

| CRS | REGIÃO | MUNICÍPIO | ESTABELECIMENTO | GESTÃO | Nº DE LEITOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 22 | Aceguá | Comunidade Da Colônia Nova | Estadual | 42 |
| | | Lavras Do Sul | Fundação Médico Hospitalar Dr. Honor Teixeira Da Costa | Estadual | 32 |
| 9 | 12 | Ibirubá | Hospital Annes Dias | Estadual | 41 |
| | | Salto do Jacuí | Hospital Municipal Dr. Aderbal Schneider | Estadual | 32 |
| 11 | 16 | Severiano de Almeida | Hospital São Roque | Estadual | 31 |
| 12 | 11 | Guarani das Missões | Associação Hospitalar Santa Teresa | Estadual | 45 |
| 13 | 28 | Vale do Sol | Hospital Beneficente Vale do Sol | Estadual | 40 |
| 14 | 14 | Cândido Godói | Associação Hospitalar Santo Afonso | Estadual | 39 |
| | | Tucunduva | Hospital Dr. Osvaldo Teixeira | Estadual | 34 |
| 15 | 20 | Coronel Bicaco | Associação Hospitalar Santo Antônio de Pádua | Estadual | 31 |
| | | Trindade do Sul | Sociedade Cultural e Beneficente Santa Rosa de Lima | Estadual | 49 |
| 16 | 29 | Boqueirão Do Leão | Hospital Dr Anuar Elias Aesse Boqueirão Do Leão | Municipal | 40 |
| 17 | 13 | Campo Novo | Associação Hospitalar de Caridade de Campo Novo | Estadual | 36 |
| | | Chiapeta | Sociedade Hospitalar Beneficente Chiapeta | Estadual | 31 |
| | | São Martinho | Hospital de Caridade de São Martinho | Estadual | 39 |
| 19 | 15 | Caiçara | Sociedade Hospitalar de Caiçara | Estadual | 41 |
| **TOTAL** | | | | | **925** |

Fonte: SES/RS.

Durante o período da pandemia, **novos hospitais** entraram em funcionamento no estado. Em março de 2020, foi celebrado convênio entre a SES/RS e o IC-FUC para a abertura gradativa de 130 leitos no Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), nas especialidades clínica e cirúrgica, além de duas salas cirúrgicas. Neste interim, a pandemia do COVID-19 impôs a ampliação urgente da rede de assistência hospitalar. A abertura da ala hospitalar do HRSM é parte do projeto de regionalização e organização das redes e o funcionamento desta unidade se tornou um importante aliado no enfrentamento à pandemia na região. A habilitação de 15 leitos de UTI II Adulto para atender pacientes com diagnóstico de SRAG por COVID-19 e 40 leitos de clínica geral adulto transformou em realidade o projeto iniciado em 2003. O Aditivo prevê um repasse de R$ 9 milhões, parte financiada pelo MS (R$ 2,7 milhões) e parte pelo Tesouro do Estado (R$ 6,3 milhões).

O Hospital Berço Farroupilha, no município de Guaíba, inaugurado no mês de julho, conta com 10 leitos de UTI e 30 leitos clínicos, todos destinados ao atendimento de pacientes com COVID-19. O novo hospital é 100% SUS e oferece serviços de baixa e média complexidade. Os repasses mensais serão nos valores de R$ 385 mil do Governo do Estado, mais R$ 480 mil para custeio dos leitos de UTI até a habilitação pelo MS. O contrato é do estado com a administradora do hospital, a Associação

Mahatma Gandhi, instituição sem fins lucrativos selecionada pelo município. Anteriormente o estabelecimento funcionava como Pronto Atendimento.

Devido à pandemia da COVID-19, em consonância com as manifestações do MS para o planejamento dos municípios, hospitais e pacientes quanto ao deslocamento para atendimentos eletivos em seus locais de referência, o DAHA, como parte integrante do COE, elaborou uma Nota informativa sobre os atendimentos eletivos durante as ações de Prevenção e Controle da COVID-19, publicada no mês de março. A referida nota traz orientações sobre a assistência ambulatorial e a realização de cirurgias eletivas no período da pandemia, bem como sobre o trabalho da Comissão de Acompanhamento de Contrato Hospitalar.

Dentro do planejamento do departamento para o período pós-Covid, pretende-se dar continuidade ao Projeto Regionalização e Organização das Redes de Atenção à Saúde**.** Quanto a toda a estrutura montada para o atendimento dos casos de COVID-19 no estado, será realizado o direcionamento dos equipamentos de UTI e dos serviços hospitalares com capacidade de recursos humanos para evitar o aluguel de leitos.

Em relação à estrutura física de equipamentos obtida na implementação de leitos de UTI adulto para o atendimento dos casos de COVID-19, o Departamento planeja realizar uma análise metódica da realidade das condições de infraestrutura hospitalar que receberam a habilitação temporária para atendimento de UTI exclusivamente COVID. Além disso, o atendimento ao paciente crítico requer alta especificidade de recursos humanos disponíveis, bem como insumos e viabilidade econômica e financeira para manutenção deste tipo de serviço de elevada densidade tecnológica. Assim, a equipe técnica procederá com uma averiguação robusta da conjuntura de todos os requisitos estabelecidos na normatização, como a RDC 50/2002 - ANVISA e Portaria MS Nº 1.631/2015 para que os leitos de UTI COVID sejam habilitados como leitos de UTI, sob pena de que a flexibilização afete a segurança do paciente.

Ciente de que a demora no início ou na manutenção do tratamento de pacientes pode resultar em grave complicação do quadro geral e tornar-se, então, uma urgência ou emergência de alto risco, este Departamento em ação conjunta com COE, publicou Nota Informativa, em março/2020, mantendo os atendimentos eletivos nos casos de transplantes, oncologia, cardiologia, neurologia, pneumologia, atendimento a gestação de alto risco e os pós-cirúrgicos. A retomada dos demais atendimentos eletivos ocorrerá de modo gradual e seguro.

Atentos à necessidade de acompanhamento dos serviços hospitalares no Estado, o Comitê de Crise do Governo do Estado do RS, com ação conjunta da SES/RS, através do **Departamento de Regulação Estadual (DRE)**, Auditoria do SUS, DAHA e Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação, e da Secretaria de Gestão Estratégica, através do Centro de Processamento de Dados do RS, desenvolveram o Sistema de Monitoramento de Leitos que entrou em funcionamento em 15 de abril de 2020. O Sistema de Monitoramento de Leitos é uma ferramenta preenchida diariamente por todos os hospitais deste plano e permite o acompanhamento e evolução diária do número de leitos de UTI e fora de UTI; número de pacientes internados em leitos de UTI e fora de UTI SRAG suspeitos/confirmados; pacientes em UTI utilizando respirador e total de respiradores existentes em cada hospital, conforme Figura 124.

**Figura 124.** Monitoramento de ocupação de leitos, uso de respiradores e internações hospitalares por COVID-19, RS, 2020.

Fonte: SES/RS.

Além do monitoramento COVID-19 em leitos SUS e Não SUS em hospitais prioritários, o DRE elaborou o Plano de Contingência Hospitalar - COVID-19, que se encontra disponível no site da SES/RS, na sua 13ª versão. Conforme o plano, a regulação e transferência inter-hospitalar de pacientes com SRAG suspeitos e/ou confirmados com COVID-19 deve se dar através do cadastramento do paciente no sistema GERINT e sempre com base nas informações clínica epidemiológicas, capacidade instalada do serviço onde está o paciente e levando em consideração os fatores que possam representar risco ao paciente e a seus contatos domiciliares.

O DRE realizou, também, a qualificação das equipes de atendimento do SAMU, através da primeira webconferência COVID-19 no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e reunião técnica administrativa dos Responsáveis Técnicos da Base do SAMU/RS, pelo NEU. O evento contou com a participação de 120 Responsáveis Técnicos de Bases Descentralizadas SAMU 192 e teve como objetivo

a qualificação das equipes através da atualização de protocolos assistenciais para o enfrentamento à pandemia da COVID-19.

A partir do estabelecimento do estado de calamidade pública em todo o território do estado, foi criada uma série de ações no âmbito da **Assistência Farmacêutica** que visam diminuir a circulação dos usuários de medicamentos na rede de atenção à saúde. Essas ações foram articuladas com o COSEMS/RS.

A SES/RS excepcionalizou o prazo de aceitação das prescrições de medicamentos de uso contínuo no âmbito do SUS, no estado do RS, a partir da publicação da Portaria SES/RS nº 208/2020. Desta forma, não é necessária a renovação da prescrição por um período de até 180 ou 365 dias, a depender do medicamento utilizado, podendo ser utilizada a mesma receita para retirada seguindo os demais critérios e período permitido por essa Portaria.

As Notas Técnicas Conjuntas nº 01/2020, nº02/2020 e nº03/2020 elaboradas pela Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica (CPAF) e COSEMS/RS, orientam os profissionais de saúde que atuam nas FME acerca das medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública, além de prover informações referentes a prorrogação de entrega de documentos para continuidade do tratamento; maior flexibilidade na entrega de documentos de solicitação de medicamentos; e instituição do agendamento online para entrega de documentos.

A Portaria SES/RS Nº 353/2020 autoriza, em caráter excepcional, a dispensação de medicamentos e terapias nutricionais mediante receituários e formulários de solicitação emitidos por meio digital no âmbito da SES/RS, durante o período de estado de calamidade pública no estado do RS para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo COVID-19. Além de uma inovação tecnológica importante para os usuários e profissionais da saúde no combate à pandemia, esta ação objetiva reduzir o deslocamento dos usuários nos serviços de saúde durante esse período.

Na FME, localizada em Porto Alegre, foram realizadas adequações estruturais para melhoria do atendimento aos usuários. Na área externa, foram instaladas faixas sinalizadoras na calçada demarcando o distanciamento social mínimo preconizado pelas medidas de vigilância sanitária, além de orientações de prevenção para usuários e profissionais disponibilizadas em *banners* localizados na entrada da Farmácia. Na área interna, foram delimitados espaços de circulação de pessoas, bem como ampliados os guichês de atendimento para evitar aglomerações e agilizar os atendimentos na dispensação de medicamentos. Ressalta-se que, para dispensação de medicamentos de usuários do grupo de risco para COVID-19 com tratamentos para Asma, DPOC, Hiperplasia de Próstata, Hepatite B e Transplante, além do horário normal de atendimento a todos os usuários da Farmácia (7h às 18h), foi disponibilizado atendimento preferencial no 4º andar, no horário das 10 às 16 horas. Todas as medidas adotadas de adequação e ampliação de serviços oferecidos, no âmbito da Assistência Farmacêutica, foram amplamente divulgadas nos canais institucionais de comunicação da SES/RS. Além disso, foram enviadas mensagens via SMS para os números de telefones dos usuários cadastrados no sistema AME com orientações sobre as medidas adotadas e as alterações para os grupos de risco para COVID-19.

O MS definiu a utilização de cloroquina para tratamento da COVID-19, a partir das Notas Informativas Nº 5/2020-DAF/SCTIE/MS e Nº 6/2020-DAF/SCTIE/MS. Segundo esses documentos, a cloroquina deveria ser utilizada como terapia adjuvante no tratamento de formas graves da COVID-19, em pacientes hospitalizados, sem que outras medidas de suporte sejam preteridas em seu favor. A presente medida considerou que não existia outro tratamento específico eficaz disponível até aquele momento. Dessa forma, o MS iniciou a distribuição da cloroquina aos estados para que houvesse o

fornecimento do referido medicamento aos hospitais, de acordo com indicação médica e seguindo os critérios definidos pelo MS.

Considerando a característica de uso deste medicamento, foram selecionados 29 hospitais que serviram de referência no abastecimento nas distintas macrorregiões do estado. Cada hospital é a referência no território para a disponibilidade deste medicamento, inclusive para outros hospitais. O armazenamento da cloroquina nos hospitais é estratégico, visto a necessidade de utilização urgente para os casos graves e pelo fato de que o hospital atende em regime de plantão. Dessa forma, caso outro hospital da localidade necessite deste medicamento, poderá entrar em contato com o hospital de referência para retirada imediata do tratamento. Para a gestão de controle de estoque do medicamento nos hospitais de referência, foi estruturada a utilização de um sistema informatizado online pela SES/RS (AME COVID19), que possui informações sobre o estoque do medicamento em cada hospital.

Em maio de 2020, o MS divulgou a Nota Informativa Nº 9/2020, modificando as indicações de uso da cloroquina, além de indicar uma série de outros medicamentos para tratamento da COVID-19. Tendo em vista que tais diretrizes clínicas e indicações de uso dos medicamentos não foram avaliadas pela CONITEC, conforme preconizado pela Lei Nº 12.401/2011, tampouco houve aprovação tripartite dessas recomendações, a SES/RS solicitou posicionamento do COE COVID-19, tendo em vista suas competências. Destaca-se que a discussão do tema, no COE, contou com a participação de vários Departamentos da SES/RS, da FAMURS, do COSEMS/RS, do CES/RS, Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS), do CRF/RS, do TelessaúdeRS e dos Ministérios Públicos Federal e Estadual. Nesse sentido, o COE/RS manifestou-se por não recomendar as indicações de medicamentos para tratamento específico da COVID-19 descritos na Nota Informativa Nº 9/2020 do MS, devido à falta de evidências científicas que sustentem as indicações previstas até o presente momento.

No entanto, visto que a respectiva Nota Técnica do MS também enfatiza que a prescrição de medicamentos é prerrogativa do médico, e que o tratamento do paciente portador de COVID-19 deve ser baseado na autonomia do médico e na valorização da relação médico-paciente, que deve ser a mais próxima possível com o objetivo de oferecer o melhor tratamento disponível; e que o Conselho Federal de Medicina propôs a consideração da prescrição de cloroquina e hidroxicloroquina pelos médicos, em condições excepcionais, mediante o livre consentimento esclarecido do paciente, para o tratamento da COVID-19; poderá ocorrer a dispensação desses medicamentos desde que ocorra após a prescrição médica e autorização e consentimento do paciente das informações prestadas, a partir da assinatura do médico e do paciente ou responsável do Termo de Ciência e Consentimento elaborado pelo MS. Tendo em vista que o MS tem disponibilizado a cloroquina 150mg aos entes federativos, conforme demandado pelos municípios e instituições hospitalares, o COE COVID-19 definiu que a SES/RS estabelecesse o fluxo de solicitação formal e posterior distribuição do medicamento, visando atender eventuais prescrições no território.

Dessa forma, tendo em vista a excepcionalidade da indicação médica de uso de medicamentos para o tratamento específico da COVID-19, a SES/RS e o COSEMS/RS definiram o fluxo de distribuição dos medicamentos enviados pelo MS para esse agravo, conforme Resolução CIB/RS Nº 122/2020. Nesse intuito, por meio do Ofício Circular Conjunto CPAF/SES-RS-COSEMS/RS Nº 01/2020, foi informado aos municípios o fluxo de programação e distribuição da cloroquina 150mg, único medicamento adquirido pelo MS para COVID-19. A SES/RS realizou a consolidação das informações dos municípios que solicitaram o medicamento para tratamento em âmbito ambulatorial e encaminhou ao MS. O quantitativo total distribuído para os municípios, em âmbito ambulatorial, de abril a agosto de 2020, foi de 327.500 comprimidos de cloroquina 150 mg. No âmbito hospitalar, o

quantitativo total distribuído para os municípios, de abril a agosto de 2020, foi de 92.000 comprimidos de cloroquina 150mg.

Considerando o caráter emergencial da necessidade de aumentar o quantitativo de trabalhadores para atender às ações emergenciais ao controle da pandemia do COVID-19, o **Departamento Administrativo (DA)** realizou Processos Seletivos Simplificados para contratação de profissionais da área da saúde para atuar nos seguintes departamentos: CEVS para áreas da Farmácia, Biologia, Enfermagem e Medicina; DRE para médicos reguladores; e DCHE para contratação de técnicos de enfermagem.

A partir dos Processos Eletivos Simplificados, nos oito primeiros meses do ano, entraram em exercício 43 profissionais e, no final do mês de agosto, foram chamados mais sete técnicos de enfermagem, oito médicos reguladores, um médico e dois enfermeiros, estando estes no processo da apresentação de documentos para a contratação. Para garantir que todas as vagas publicadas sejam preenchidas a DRH/DA segue com as contratações (nos três Processos de Seleção Simplificados) com a finalidade de substituir as desistências deste período.

Face ao enfrentamento da pandemia de COVID-19, o **Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação e Comunicação (DGTI)** assumiu compromisso no desenvolvimento e manutenção das ações listadas com o intuito de garantir à SES/RS e à população do estado a divulgação mais correta e transparente possível dos dados relacionados ao agravo e infraestrutura para o trabalho remoto dos servidores: a) Desenvolver e manter página *web* com dados atualizados e transparentes para o acesso da população sobre casos confirmados, óbitos, internações, ocupação de leitos e características associadas; b) Desenvolver e manter ferramentas para consumo interno dos técnicos da vigilância apoiando na análise e desenvolvimento de boletins relacionados ao Coronavírus; c) Desenvolver e manter rotinas de *Data Linkage* entre as bases relacionadas ao COVID, como SIVEP-Gripe, e-SUS Notifica, GAL e SIM, para identificar duplicidades e inconsistências indicando em relatórios para vigilância a higienização das mesmas; e d) Investigação e vigilância para o registro correto e oportuno dos óbitos relacionados a COVID-19 na base SIM, atuando na vinculação da base com o SIVEP para correção dos dados e qualificação da informação.

Com a pandemia, o DGTI também precisou trazer possibilidades para uma nova forma de trabalho dos servidores da SES/RS, viabilizando tecnologicamente o teletrabalho. Para isso, investiu em infraestrutura para o trabalho remoto dos servidores, por meio de ferramentas seguras de acesso, em webconferências, qualificação e suporte aos servidores à distância, tendo como propósito uma mudança de cultura, de processo de trabalho, sempre se preocupando com a qualidade e transparência das informações de saúde. Além disso, há o desenvolvimento de curso a distância na plataforma EaD, aquisição de equipamentos para ampliação de webconferência e acompanhamentos dos eventos realizados via webconferência e/ou transmissões nas redes sociais.

Desde os primeiros dias da chegada do novo coronavírus ao estado, a **Assessoria de Comunicação Social (ACS)** se uniu aos principais departamentos da SES/RS para estreitar o canal de informações com a sociedade. Foram criadas campanhas de prevenção e informação na mídia, no *site* e nas redes sociais. Foi criado, também, um *site* especial sobre novo vírus, que reúne portarias, decretos, mapas de leitos e de casos, dicas de prevenção, notícias, informações sobre a doença, notas técnicas etc.

A ACS também passou a divulgar todos os dias, inclusive aos sábados e domingos, no mapa de casos e pelo *Twitter* da SES/RS, os novos casos registrados no estado e os óbitos verificados nas últimas 24 horas, listando as cidades e incluindo o acumulado dos números da doença no RS. Paralelamente a

esse trabalho, a ACS tem atendido a uma demanda diária de solicitações dos veículos de comunicação do estado, do país e até do exterior.

Após a declaração de Emergência em Saúde Pública em decorrência do novo Coronavírus no país, muitas normas relacionadas ao **financiamento do SUS** foram estabelecidas. Em março, o MS passou a negociar com o Poder Legislativo a liberação de até R$ 5 bilhões para ações de enfrentamento à pandemia, oriundos de emendas da relatoria da Casa, para ser utilizado na Atenção Primária e Hospitalar. Ao mesmo tempo, anunciou a liberação de R$ 432 milhões para estados reforçarem seus planos de contingência e mais de 500 leitos de UTI foram distribuídos para os 26 estados e o Distrito Federal.

Em abril, o Governo Federal anunciou R$ 9,4 bilhões para fortalecer a rede pública de saúde no enfrentamento à pandemia. Os recursos foram destinados à aquisição de novos testes de diagnóstico, medicamentos e equipamentos hospitalares, como monitores de sinais vitais e ventiladores pulmonares. O MS anunciou investimentos para estados e municípios, como o pagamento de R$ 1,6 mil por dia em leitos de UTI habilitados para tratamento da COVID-19, distribuição de 870 mil testes (300 mil doados pela Petrobras e 570 mil pela mineradora Vale) e a compra de 240 milhões de máscaras cirúrgicas e N95. Ainda neste período, o MS publicou a Portaria que libera mais de R$ 4 bilhões para estados e municípios, destinando os recursos para aquisição de materiais e insumos médicos, abertura de leitos e custeio de profissionais de saúde.

Para viabilizar a transferência desses recursos foi criada a Funcional Programática 10.122.5018.21C0.6500 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus, conforme descrição abaixo:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10.122.5018.21C0.6500

DESCRIÇÃO: Conjunto de medidas que se fizerem necessárias ao enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus (COVID-19), mediante ações de prevenção, preparação e assistência à população, bem como outras despesas necessárias para o enfrentamento do Coronavírus.

BASE LEGAL: Lei Nº 4.320, de 17 de março de 1964, Lei Complementar Nº 97, de 9 de junho de 1999 (Capítulo VI), Portaria Nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 (Ministério da Saúde), Diretriz Ministerial Nº 2/2020, de 4 de fevereiro de 2020 (Ministério da Defesa), Lei Nº 8.080/1990; Lei Nº 8.142/1990 e Lei Complementar Nº 141/2012. Medida Provisória Nº 924/2020.

DETALHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO: Financiamento de ações e serviços públicos de saúde compreendidos por: ações de atenção básica, vigilância, média e alta complexidade, bem como aquisição e distribuição de medicamentos e insumos, aquisição de equipamentos, contratação de serviços de saúde, contratação temporária de pessoal, divulgação de informações à população e outras despesas necessárias para o enfrentamento do Coronavírus.

O Poder Legislativo estadual também atua na liberação de recursos de emendas parlamentares. São destinados R$ 52,5 milhões em emendas parlamentares estaduais para o incremento de ações na AB, Média e Alta Complexidade e para o enfrentamento à pandemia da COVID-19. Os repasses são efetuados aos fundos municipais de saúde e hospitais públicos e filantrópicos, em recursos de custeio e investimento. Os Quadros 16 e 17 apresentam o detalhamento dos recursos federais e dos recursos estaduais para o enfrentamento da pandemia.

**Quadro 17** – Repasses financeiros ingressos do Fundo Nacional de Saúde para enfrentamento à pandemia da COVID-19, RS, 2020.

| PORTARIA DE REPASSE | OBJETO | VALOR TOTAL/DESCONTO | VALOR LÍQUIDO |
|---|---|---|---|
| 395/2020 | Recurso destinado ao enfrentamento do Coronavirus (COVID-19) | R$ 22.833.790,00 | R$ 22.833.790,00 |
| 480/2020 | Recurso destinado ao enfrentamento do Coronavirus (COVID-19) no valor de R$ 32.435.799,93, distribuído entre Estado e Municípios conforme Resolução CIB/RS Nº 073/20 | R$ 193.353,83 | R$ 193.353,83 |
| 774/2020 | Recurso destinado ao enfrentamento do Coronavírus (COVID-19) | R$ 18.457.676,51 | R$ 18.457.676,51 |
| 774/2020 | Recurso destinado ao enfrentamento do Coronavirus (COVID-19) | R$ 60.908.305,77 | R$ 60.908.305,77 |
| 660/2020 | UTI Passo Fundo - Republicação da Portaria dia 15/04/2020 alterando o valor para R$ 1.460.000,00. Já repassado o valor de R$ 729.999,99 no dia 15/04/2020 (ingresso no MAC) | R$ 730.000,00 | R$ 730.000,00 |
| 796/2020 | UTI Osório | R$ 1.460.000,00 | R$ 1.460.000,00 |
| 827/2020 | Complementação de valor de hemodiálise em pacientes com suspeição ou confirmação de COVID-19. Desconto referente a Hospital Universitário | R$ 813.721,40 / R$ 1.486,40 | R$ 812.235,00 |
| 1.003/2020 | Emenda Bancada Remanejo COVID 19 - MP941 | R$ 48.518.312,00 | R$ 48.518.312,00 |
| 1.244/2020 | Leitos de UTI Adulto tipo II - COVID 19 - Hospital Regional de Santa Maria | R$ 1.440.000,00 | R$ 1.440.000,00 |
| 1.393/2020 | 1.º Parcela auxílio financeiro emergencial às Santas Casas e aos Hospitais Filantrópicos sem Fins Lucrativos, no exercício de 2020, com o objetivo de atuar no controle do avanço da pandemia da COVID-19. | R$ 22.792.338,04 | R$ 22.792.338,04 |
| 1.280/2020 | Habilita leitos da Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto Tipo II - COVID-19 e UTI Pediátrico Tipo II - COVID-19- Desc Ref Hosp. Univ Santa Maria | R$ 20.016.000,00 / R$ 1.440.000,00 | R$ 18.576.000,00 |
| 1.448/2020 | 2.º Parcela auxílio financeiro emergencial às Santas Casas e aos Hospitais Filantrópicos sem Fins Lucrativos, no exercício de 2020, com o objetivo de atuar no controle do avanço da pandemia da COVID-19 | R$ 92.872.565,44 | R$ 92.872.565,44 |
| 1.502/2020 | Habilita leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI Adulto Tipo II - COVID-19 de estabelecimentos de saúde | R$ 6.624.000,00 | R$ 6.624.000,00 |

| PORTARIA DE REPASSE | OBJETO | VALOR TOTAL/DESCONTO | VALOR LÍQUIDO |
|---|---|---|---|
| 1.666/2020 e anexos | Os recursos financeiros serão destinados ao custeio das ações e serviços de saúde para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da COVID 19, podendo abranger a atenção primária e especializada, a vigilância em saúde, a assistência farmacêutica, a aquisição de suprimentos, insumos e produtos hospitalares, o custeio do procedimento de Tratamento de Infecção pelo novo coronavírus - COVID 19, previsto na Portaria Nº 245/SAES/MS, de 24 de março de 2020, bem como a definição de protocolos assistenciais específicos para o enfrentamento à pandemia do coronavírus. 1ª parcela | R$ 46.195.000,00 | R$ 46.195.000,00 |
| 1.729/2020 | Habilita leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI Adulto Tipo II - COVID-19 de estabelecimentos de saúde | R$ 3.312.000,00 | R$ 3.312.000,00 |
| 1.971/2020 | Referente a leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI Adulto Tipo II - COVID-19 | R$ 960.000,00 | R$ 960.000,00 |
| 1.871/2020 | Emendas Parlamentares destinados ao enfrentamento do Coronavírus | R$ 27.181.053,00 | R$ 27.181.053,00 |
| 2.012/2020 | Referente a utilização de leitos de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) para enfrentamento do COVID-19 | R$ 14.508.000,00 | R$ 14.508.000,00 |
| 1.994/2020 | Emenda Individual COVID | R$ 1.170.227,00 | R$ 1.170.227,00 |
| 1.666/2020 e anexos | Os recursos financeiros serão destinados ao custeio das ações e serviços de saúde para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da COVID-19, podendo abranger a atenção primária e especializada, a vigilância em saúde, a assistência farmacêutica, a aquisição de suprimentos, insumos e produtos hospitalares, o custeio do procedimento de Tratamento de Infecção pelo novo coronavírus – COVID-19, previsto na Portaria Nº 245/SAES/MS, de 24 de março de 2020, bem como a definição de protocolos assistenciais específicos para o enfrentamento à pandemia do coronavírus. 2ª parcela. | R$ 89.759.000,00 | R$ 89.759.000,00 |
| 2.218/2020 | Leitos de UTI Adulto tipo II – COVID-19 | R$ 1.152.000,00 | R$ 1.152.000,00 |
| 2.336/2020 | Leitos de UTI Adulto tipo II – COVID-19 (Hospital de Caridade São Vicente de Paulo / Cruz Alta) | R$ 1.440.000,00 | R$ 1.440.000,00 |
| 2.333/2020 | Leitos de UTI Adulto tipo II – COVID-19 - Desconto referente ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) | R$ 4.272.000,00 / R$ 480.000,00 | R$ 3.792.000,00 |

| PORTARIA DE REPASSE | OBJETO | VALOR TOTAL/DESCONTO | VALOR LÍQUIDO |
|---|---|---|---|
| 2.371/2020 | Leitos de UTI Adulto tipo II – COVID-19 | R$ 960.000,00 | R$ 960.000,00 |
| 2.398/2020 | Leitos de UTI Adulto tipo II – COVID-19 - Desconto referente ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) | R$ 720.000,00 / R$ 720.000,00 | R$ - |
| 2.401/2020 | Leitos de UTI Adulto tipo II – COVID-19 | R$ 480.000,00 | R$ 480.000,00 |
| 2.414/2020 | Leitos de UTI Adulto tipo II – COVID-19 | R$ 1.728.000,00 | R$ 1.728.000,00 |
| 2.433/2020 | Leitos de UTI Adulto tipo II – COVID-19 - Hospital Tramandaí | R$ 288.000,00 | R$ 288.000,00 |
| 2.222/2020 | Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfretamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do Coronavírus | R$ 60.000,00 | R$ 60.000,00 |
| 2.530/2020 | Leitos de UTI Adulto tipo II - COVID 19 - Hospital São Francisco de Assis de Parobé | R$ 1.440.000,00 | R$ 1.440.000,00 |
| 2.527/2020 | Leitos de UTI Adulto tipo II - COVID 19 - Santa Casa de São Gabriel | R$ 720.000,00 | R$ 720.000,00 |
| **TOTAL** | | **R$ 494.005.342,99 / R$ 2.641.486,40** | **R$ 491.363.856,59** |

Fonte: Fundo Nacional de Saúde.

**Quadro 18** – Repasse de recursos de emendas parlamentares estaduais para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, RS, 2020.

| IDENTIFICAÇÃO DO REPASSE | MODALIDADE | VALORES | TOTAL | PAGO |
|---|---|---|---|---|
| Fundo a Fundo (municípios e hospitais sob gestão municipal) | Custeio | R$ 11.532.333,00 | R$ 18.023.333,00 | R$ 18.023.333,00 |
| | Investimento | R$ 6.491.000,00 | | |
| Convênio ou Termo Aditivo ao contrato (hospitais sob gestão estadual) | Custeio | R$ 8.096.667,00 | R$ 11.291.667,00 | R$ 9.916.667,00 |
| | Investimento | R$ 3.195.000,00 | | |
| Valores para ações determinadas pela SES/RS | Custeio/ Investimento | R$ 23.250.000,00 | R$ 23.250.000,00 | R$ 2.439.120,00 |
| **TOTAL** | | | **R$ 52.565.000,00** | **R$ 30.379.120,00** |

Fonte: Finanças Públicas do Estado.

Destaca-se que, buscando disponibilizar os Planos de Contingência e Ação, todas as portarias da SES/RS, as resoluções CIB/RS, as orientações técnicas para os profissionais de saúde, população em geral e instituições de idosos, bem como acesso às estratégias de governo, foi desenvolvida uma página dedicada ao COVID-19, que pode ser acessada pelo link: <http://coronavirus.rs.gov.br/>.

As metas referentes ao enfrentamento da pandemia da COVID-19, da SES/RS, no período 2020-2023, estão no Capítulo 3 – Monitoramento e Avaliação, Diretriz 1, Objetivo 1 – Promover saúde diretamente para o cidadão.

## CAPÍTULO II - Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores

Como instrumento central de planejamento da política pública de saúde, o PES 2020-2023 é resultado da compatibilização de diversos instrumentos de planejamento e documentos orientadores, que expressam as prioridades e as necessidades em saúde, conforme ilustrado na Figura 125.

**Figura 125.** Instrumentos utilizados na construção do Plano Estadual de Saúde 2020-2023.

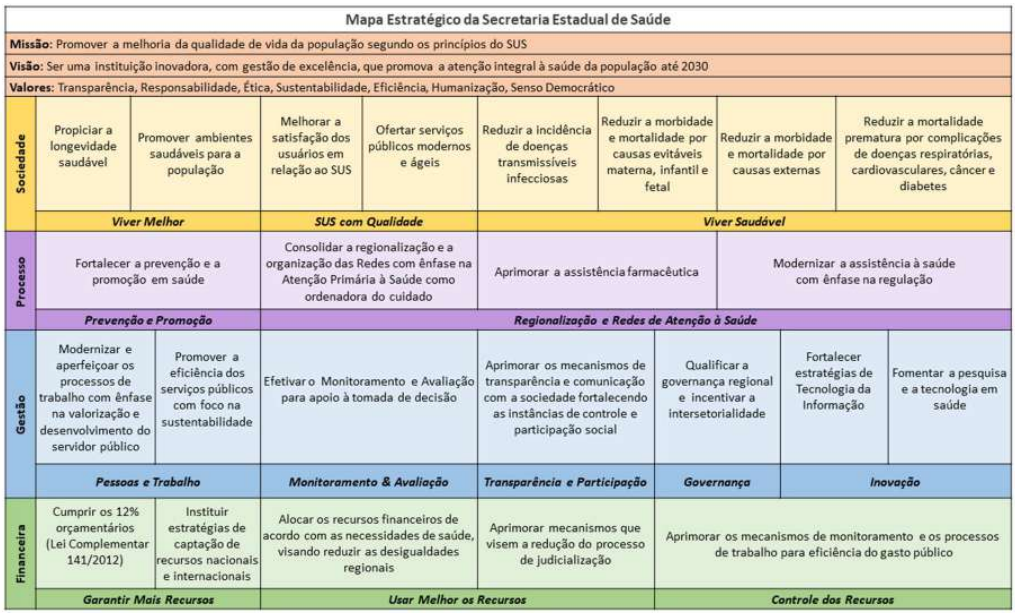
Fonte: SES/RS.

Em nível global, observou-se o alinhamento com os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, principalmente com o ODS 3 – *Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades*.

Em nível nacional e tripartite do SUS, foram utilizados como base para a construção das metas deste PES os indicadores de acompanhamento da Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021 relacionados a prioridades nacionais em saúde. Atualmente, são utilizados 21 indicadores universais de pactuação nacional e quatro indicadores estaduais, que representam questões de saúde que o RS e os seus 497 municípios acordaram como sendo importantes para acompanhamento no território gaúcho.

Em âmbito estadual, foi necessária a harmonização entre o planejamento setorial da saúde e o planejamento geral do governo, expressos no Plano Plurianual 2020-2023 (PPA) e nos Projetos Agregadores e Estratégicos, sob responsabilidade de outras secretarias de estado. O Mapa Estratégico da SES/RS (Figura 126), com seu respectivo plano de ação, também embasou a construção das metas deste PES.

**Figura 126.** Mapa estratégico da Secretaria Estadual de Saúde, RS, 2019.




Fonte: SES/RS.

Os **Projetos Agregadores e Estratégicos** são projetos planejados para o período de quatro anos (2019-2022) visando atingir o objetivo estratégico "*Prestar Assistência à Saúde, fortalecendo a promoção e a prevenção*" traçado no Mapa Estratégico do Governo. Além deste objetivo, os projetos estão expressos no Mapa Estratégico da SES/RS na perspectiva de processo, onde as ações previstas darão suporte ao atingimento dos resultados para a sociedade selecionados.

Abaixo seguem os quatro Projetos Agregadores e 15 Projetos Estratégicos:

1. Fortalecimento da Prevenção e Promoção em Saúde
    - Política de atenção à pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA);
    - Qualificar o cuidado integral à pessoa idosa no estado;
    - Primeira Infância Melhor (PIM);
    - IST, HIV/Aids e coinfecções: ações de educação, prevenção e assistência;
    - Controle do *Aedes aegypti*.

2. Modernização da Gestão e da Assistência à Saúde (Informatização da Regulação Estadual)
    - Implementação informatizada dos sistemas de urgência;
    - Informatização das Centrais Hospitalar e Ambulatorial;
    - Implantação da Central Estadual de Saúde Mental;
    - Modernização da Central de Transplantes.

3. Aprimoramento da Assistência Farmacêutica
    - Promoção do acesso a medicamentos padronizados de responsabilidade estadual;
    - Fomento à implantação do Cuidado Farmacêutico no RS;
    - Qualificação da Gestão da Assistência Farmacêutica no RS.

4. Regionalização e Organização das Redes de Atenção à Saúde
    - Reorganização da oferta ambulatorial e hospitalar no RS;
    - Revisão do Programa de Incentivos Hospitalares.

Com vistas a atender ao princípio de planejamento ascendente, que leva em conta o planejamento municipal e as pactuações regionais, foram utilizados como base das metas do PES 2020-2023 os primeiros produtos do Planejamento Regional Integrado (PRI). A metodologia empregada para a compatibilização das necessidades regionais com o PES foi a seguinte: as mais de 1.700 necessidades de saúde apontadas nos 30 Diagnósticos Regionais de Saúde (DRS) foram compiladas e agrupadas, de acordo com grandes temas, a saber: Redes Temáticas (Materno-Infantil, Urgência e Emergência, Pessoa com Deficiência, Atenção Psicossocial e Crônicos), Assistência Farmacêutica, Ouvidoria, Gestão, Financiamento, Vigilância em Saúde (Ambiental, Epidemiológica, Saúde do Trabalhador e Sanitária), Consórcios, Atenção Básica, Exames, Especialidades e Educação Permanente em Saúde; em seguida, foram compatibilizadas com os produtos do PPA e com os Projetos Agregadores e Estratégicos da SES/RS e, por fim, as necessidades regionais foram analisadas em relação à governabilidade da gestão estadual do SUS sobre sua execução. As necessidades regionais que foram apontadas como sendo de governabilidade da gestão estadual do SUS foram utilizadas para embasar as metas do PES 2020-2023, enquanto aquelas determinadas como sendo de responsabilidade da gestão municipal serão utilizadas como base para a construção dos 7 Planos Macrorregionais de Saúde, na sequência do trabalho do PRI.

A avaliação das 140 metas do PES 2016-2019 também foi utilizada para a definição das metas deste Plano, sendo este trabalho melhor detalhado no Capítulo III - Monitoramento e Avaliação.

Cabe destacar que na construção do PES 2020-2023 foram consideradas as recomendações definidas na 8ª Conferência Estadual de Saúde, realizada antes da construção do referido instrumento. Do ponto de vista da gestão tem sido desafiador garantir que a análise da situação de saúde e todas as diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde se concretizem em políticas públicas. Entretanto, esforços foram envidados para garantir que muitas recomendações estivessem contidas no instrumento.

A Diretriz do PES 2020-2023 “Fortalecer o SUS no RS considerando a saúde de forma ampla, com universalidade, equidade, integralidade**,** financiamento solidário e participação social de forma descentralizada e regionalizada, visando promover a qualidade de vida da sociedade”, por exemplo, é a expressão direta dos eixos da última Conferência Estadual de Saúde, em especial da diretriz "Saúde como Direito" (primeiro eixo), "Consolidação dos Princípios do SUS" (segundo eixo) e "Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS" (terceiro eixo). Além disso, todas as considerações da conferência que estão sob governabilidade do gestor estadual foram contempladas. Sendo uma diretriz o eixo norteador de todos os demais objetivos do Plano e tendo sido ela construída a partir dos eixos norteadores da 8ª Conferência Estadual de Saúde, entende-se que o PES 2020-2023 está alinhado as expectativas do controle social em saúde.

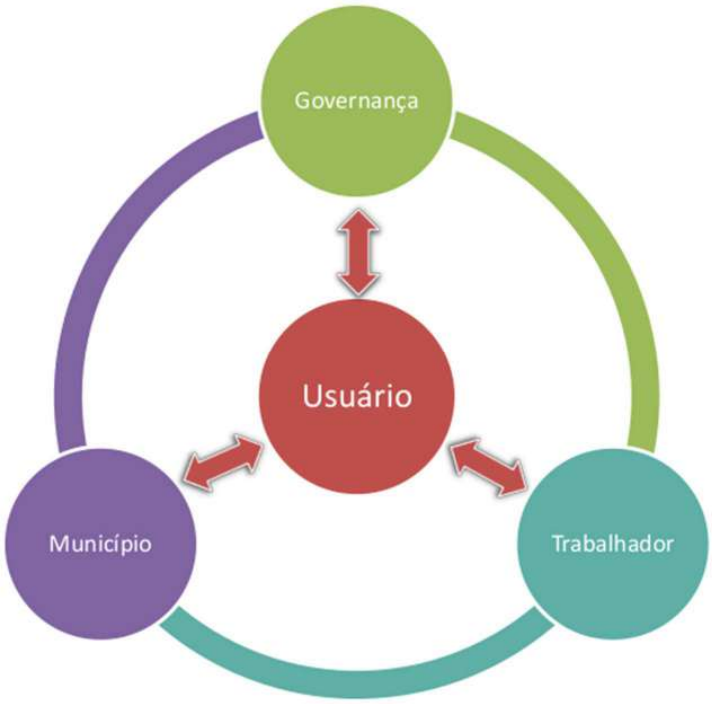
Não há hipótese de composição de um sistema de saúde como o SUS sem a relação tripartite. O alcance de resultados depende, portanto, dos três gestores, embora muitas ações sejam específicas de cada nível de gestão. Se tais ações específicas não forem bem assumidas pelo gestor, no seu nível de competência, corre-se o risco de que os serviços e as ações de saúde não atendam às necessidades da população, comprometendo o resultado do trabalho de outros níveis de gestão, por exemplo. Assim urge refletir de forma mais clara sobre o papel de cada ente de gestão no SUS, pois a não clareza

quanto a esse papel pode vir a ser fator de desassistência e de não oferta adequada de muitas ações e serviços.

Quando não há clareza com relação ao papel de cada nível de gestão, cria-se uma lacuna que gera tantos outros impasses cujo efeito mais evidente é a não garantia do direito à saúde, porque a responsabilidade ou é de ninguém ou as exigências são tantas que não é possível responder adequadamente. Por este motivo, a SES/RS optou por enunciar os objetivos do PES 2020-2023 tendo como destinatários no seu campo de atuação no SUS o usuário, os municípios e os trabalhadores de forma articulada a uma forte estratégia de governança, cujo objetivo é a composição do sistema de saúde em rede e de forma regionalizada, articulado a um processo de monitoramento e avaliação que reforça o papel do estado como regulador do SUS no território gaúcho.

No RS, a RAS conta, de forma complementar com uma rede de serviços assistenciais contratualizada com o SUS. Desse modo, a gestão estadual firma contratos com prestadores de serviços de saúde, que se localizam em municípios que ainda não assumiram a gestão do sistema de saúde, sendo imperativo a gestão e o controle qualificados da execução destes serviços. Para fortalecer as ações e serviços de saúde com vistas a qualificar as entregas para o cidadão, desenvolver os trabalhadores e colaborar com os municípios, o gestor estadual age fortalecendo os processos de governança do SUS no estado. Essa cadeia de relações está apresentada na Figura 126, sendo uma forma didática concebida para apresentar as metas entre quatro objetivos. Cabe ressaltar que algumas metas poderiam ser alocadas em mais de um destinatário, pois, existe forte interação entre os diferentes destinatários. A tentativa de explorar os objetivos e metas a partir desse ponto de vista é uma aposta no sentido de afirmar o papel da gestão estadual no SUS no RS.

**Figura 127.** Esquema das relações entre os destinatários da gestão estadual do SUS abordadas nos objetivos do PES 2020-2023, RS.




Fonte: SES/RS.

| DIRETRIZ |
|---|
| Fortalecer o SUS no RS considerando a saúde de forma ampla, com universalidade, equidade, integralidade, financiamento solidário e participação social de forma descentralizada e regionalizada, visando promover a qualidade de vida da sociedade. |

| OBJETIVO 1 - Promover saúde diretamente para o cidadão | | |
|---|---|---|
| 1 | Reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil no estado de 10,01 para 9,6. | |
| 2 | Reduzir o número de óbitos maternos no estado de 54 para 42. | |
| 3 | Reduzir o número de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade de 1.980 para 1.170. | |
| 4 | Reduzir o número de casos de Aids em menores de 5 anos de 13 para 7. | |
| 5 | Reduzir a taxa de mortalidade por Aids de 10,1 para 8,3/100.000 habitantes. | |
| 6 | Implantar ambulatórios de vinculação e retenção voltados a pessoas vivendo com HIV/Aids em serviços de assistência a essa população no estado. | |
| 7 | Reduzir a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) em 2% ao ano. | |
| 8 | Reduzir a taxa de prevalência de excesso de peso na população adulta de 72,15% para 67,50%. | |
| 9 | Ampliar o número de usuários com avaliação do estado nutricional acompanhados pelas equipes da Atenção Primária em Saúde de 946.909 para 1.150.972. | |
| 10 | Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família de 74,53% para 76%. | |
| 11 | Ampliar o número de serviços de referência Ambulatórios de Gestante de Alto Risco (AGAR) de 12 para 20. | |
| 12 | Manter 13 Ambulatórios de Seguimento de Egressos de UTI Neonatal. | |
| 13 | Ampliar o número de famílias em situação de vulnerabilidade e risco social atendidas pelo Programa Primeira Infância Melhor (PIM) de 31.000 para 40.000. | RS Projeto Estratégico Meta monitorada |
| 14 | Ampliar o número de Centros de Especialidades Odontológicas de 37 para 49. | |
| 15 | Implantar 7 Centros de Referência macrorregionais em Transtorno do Espectro Autista (TEA). | |
| 16 | Ampliar o número de dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica de 430 para 488. | |
| 17 | Ampliar o número de dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Especializada de 267 para 321. | |
| 18 | Manter os 2.034 leitos de saúde mental integral. | |
| 19 | Ampliar o número de Serviços Residenciais Terapêuticos próprios do Estado de 32 para 38. | |
| 20 | Implantar 7 Unidades Especializadas em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes em hospitais gerais. | |

| | | |
|---|---|---|
| 21 | Reduzir as vagas em Comunidades Terapêuticas de 922 para 850 remanejando os recursos para outros dispositivos da política de saúde mental. | |
| 22 | Implementar a Política de Microeliminação da Hepatite C voltada para populações específicas/vulneráveis no estado do RS. | |
| 23 | Realizar a totalidade dos exames complementares necessários para investigação de doenças identificadas na triagem neonatal (Teste do Pezinho). | |
| 24 | Ampliar a cobertura vacinal de Tríplice Viral, dose única, em crianças de 1 ano de idade, de 89% para 95%. | Projeto Estratégico Meta monitorada |
| 25 | Ampliar a cobertura vacinal da Campanha Nacional contra Influenza de 87% para 90%. | Projeto Estratégico Meta monitorada |
| 26 | Aumentar a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes para 90%. | |
| 27 | Ampliar a conformidade das imagens mamográficas de acordo com o simulador de mama padrão nos equipamentos de mamografia do estado de 75% para 95%. | |
| 28 | Ampliar o percentual da população que utiliza água com desinfecção fornecida por sistema de abastecimento e Soluções Alternativas Coletivas de 89% para 100%. | |
| 29 | Reduzir o percentual de municípios com risco médio e alto de transmissão de doenças pelo *Aedes aegypti* de 32% para 26%. | Projeto Estratégico Meta monitorada |
| 30 | Ampliar o número de Laboratórios Regionais de Saúde Pública (LR) com diagnósticos de Dengue, Leptospirose e Tuberculose descentralizados para 6. | |
| 31 | Ampliar o percentual de hospitais com Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Adulto classificados como alta adesão às práticas de segurança do paciente de 26% para 70%. | |
| 32 | Ampliar o atendimento pré-hospitalar de urgência de 91% para 100% do estado. | Projeto Estratégico Meta monitorada |
| 33 | Aumentar o número de transplantes de órgãos sólidos de 689 para 752. | |
| 34 | Ampliar o percentual de cobertura hemoterápica da Rede SUS de 72% para 80%. | |
| 35 | Ampliar o quantitativo dos serviços habilitados para o atendimento das pessoas com deficiência de 89 para 97. | |
| 36 | Ampliar o percentual de solicitações digitais de tratamentos administrativos de medicamentos do componente especializado e da lista especial do Estado. | Projeto Estratégico Meta monitorada |
| 37 | Ampliar a taxa de resposta da Ouvidoria do SUS dentro do prazo legal de 50% para 70%. | |
| 38 | Manter e ampliar as ações da política de Saúde Mental e demais políticas Transversais visando o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19. | |
| 39 | Identificar os três principais agravos relacionados à infecção por COVID-19 haja vista a proposição de ações para o cuidado em saúde. | |
| 40 | Manter o monitoramento ambiental semanal do SARS-CoV2 nas águas residuais. | |
| 41 | Avaliar e monitorar os casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e óbitos por SRAG no sistema SIVEP-Gripe, semanalmente. | |
| 42 | Avaliar as notificações dos casos notificados suspeitos de COVID-19 no sistema de informação e-SUS Notifica ou por meio de Unidades Sentinelas selecionadas. | |

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

| OBJETIVO 2 - Fortalecer o trabalho e a educação em saúde | | |
|---|---|---|
| 1 | Produzir e implantar instrumentos de diretrizes clínicas e de organização de processo de trabalho para a Atenção Primária à Saúde do estado. | |
| 2 | Realizar 26 ações de educação permanente para a redução da violência, com foco na prevenção do uso de álcool e outras drogas, prevenção do suicídio, promoção da vida e da saúde mental. | |
| 3 | Propor e consolidar o dispositivo RAPS-Escola como estratégia de educação para fortalecimento da Rede de Atenção em Saúde Mental. | |
| 4 | Aprovar e implementar a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde do Rio Grande do Sul. | |
| 5 | Promover 500 ações descentralizadas de Educação Permanente em Saúde destinadas a trabalhadores do SUS, gestores municipais e controle social. | |
| 6 | Realizar 174 cursos de qualificação para trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS. | |
| 7 | Garantir a manutenção de 100% das bolsas para o Programa da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública. | |
| 8 | Formar 100 trabalhadores em nível de pós-graduação *latu sensu* em Saúde Pública. | |
| 9 | Incluir reserva de vagas de cotas raciais para negros e indígenas nos editais de seleção para a Residência Integrada em Saúde e cursos de Especialização latu sensu promovidos pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul com vista a incentivar as ações afirmativas. | |
| 10 | Implementar 28 formações macrorregionais de Educação Permanente do Controle Social, em conjunto com a Escola de Saúde Pública. | |
| 11 | Realizar 4 Oficinas Interinstitucionais de Educação em Saúde Coletiva em parceria com Organizações Públicas e da Sociedade Civil Organizada com objetivo de fortalecer a Rede de Educação em Saúde Coletiva (RESC). | |
| 12 | Ofertar qualificações com ênfase na valorização e desenvolvimento do servidor público estadual. | |
| 13 | Implantar estratégia de monitoramento sistemático das condições de saúde dos trabalhadores da SES/RS. | |
| 14 | Manter e ampliar de 20% para 40% a carga horária de formação prática do Programa de Residência em Psiquiatria em serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial fortalecendo um processo formativo articulado à linha de cuidado em saúde mental. | |

| OBJETIVO 3 - Melhorar a qualidade dos serviços de saúde nos municípios | | |
|---|---|---|
| 1 | Ampliar o número de municípios com o Programa Saúde na Escola (PSE) implantado de 437 para 473. | |
| 2 | Implantar o Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI) em 8 municípios do estado, dos quais 7 são prioritários para o RS Seguro. | |

| | |
|---|---|
| 3 | Ampliar o número de municípios com a Política Estadual de Atenção Integral a Saúde do Homem (PEASIH) implantada de 109 para 224. |
| 4 | Implantar ações do programa de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis - IST e HIV/AIDS em 21 municípios sendo 18 do programa RS Seguro. |
| 5 | Ampliar a oferta de Práticas Integrativas e Complementares no SUS de 204 para 497 municípios. |
| 6 | Iniciar e efetivar junto aos municípios do Rio Grande do Sul o processo de Planificação da Atenção à Saúde. |
| 7 | Atingir e manter 95% das equipes de APS utilizando os recursos do TelessaúdeRS-UFRGS. |
| 8 | Revisar o cofinanciamento e os incentivos estaduais da APS para os 497 municípios (a partir de critérios populacionais, desempenho de equipes e mudanças implantadas pelo Ministério da Saúde), com aprovação em CIB. |
| 9 | Estimular a implementação do GERCON e do GERINT nas Centrais de Regulação dos municípios sob gestão municipal. |
| 10 | Implantar Vigilância em Saúde do Trabalhador nos 497 municípios do estado. |
| 11 | Ampliar o número de municípios com o Programa de Controle do Tabagismo implantado de 299 para 350. |
| 12 | Realizar avaliação anual qualificada do diagnóstico situacional dos 10 municípios do RS que apresentarem maior número de casos absolutos de tuberculose. |
| 13 | Ampliar o percentual de municípios notificadores para intoxicação por agrotóxicos de 37% para 50%. |
| 14 | Ampliar as inspeções sanitárias em Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas de 3.181 para 9.571. |
| 15 | Ampliar a utilização do Sistema de Vigilância Sanitária (SIVISA) para os 497 municípios do estado. |
| 16 | Fomentar a implementação do Projeto do Cuidado Farmacêutico nos municípios do Rio Grande do Sul. |
| 17 | Ampliar em 15% o número de Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva. |
| 18 | Destinar recursos a municípios e entidades da área da saúde via Programa de Cidadania Fiscal - Nota Fiscal Gaúcha. |

| OBJETIVO 4 - Aprimorar os mecanismos de governança do SUS | |
|---|---|
| 1 | Pactuar as referências em média complexidade de 8 especialidades prioritárias (Oftalmologia, Cirurgia Geral (parede abdominal e anexos), Urologia, Gastroenterologia, Vascular, Proctologia, Ginecologia e Otorrinolaringologia) nas 30 Regiões de Saúde. |
| 2 | Publicizar painel das referências de especialidades de média complexidade dando transparência à informação aos gestores e usuários do SUS. |
| 3 | Revisar o Plano Estadual de Oncologia e implementar a Rede de Atenção Oncológica. |

| | | |
|---|---|---|
| 4 | Implantar novo programa de incentivos hospitalares baseado em critérios técnicos e epidemiológicos. | Projeto Estratégico Meta monitorada |
| 5 | Manter 100% dos contratos firmados e vigentes com os prestadores de serviços contratualizados ao SUS sob gestão estadual. | Projeto Estratégico Meta monitorada |
| 6 | Implantar 100% do projeto assistencial no Hospital Regional de Santa Maria. | |
| 7 | Implantar o Hospital Regional de Pronto Socorro de Pelotas. | |
| 8 | Monitorar a implantação do Hospital Regional de Palmeira das Missões e contribuir para a definição da vocação assistencial de forma integrada às necessidades de saúde da região após sua conclusão. | |
| 9 | Construir estratégia de diagnóstico regional para análise de situação, monitoramento e avaliação da saúde. | |
| 10 | Avaliar a regionalização da saúde no Rio Grande do Sul e definir nova proposta de configuração para o estado. | |
| 11 | Implementar a nova estrutura organizacional da SES/RS. | |
| 12 | Aprovar e implementar a Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa (PESPI), nas 7 macrorregiões de saúde. | |
| 13 | Implementar a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, bem como as políticas específicas às populações abrangidas por ela, nas 7 macrorregiões de saúde. | |
| 14 | Criar o observatório do câncer de colo de útero. | |
| 15 | Ampliar o número de análises de resíduos de agrotóxicos de 225 para 325. | |
| 16 | Aumentar o número de solicitações de internação em leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) reguladas de forma informatizada de 1.000 para 2.000 por mês. | Projeto Estratégico Meta monitorada |
| 17 | Aumentar o número de consultas especializadas e exames com acesso regulado, através de sistema de regulação, de 750.000 para 1.800.000. | Projeto Estratégico Meta monitorada |
| 18 | Implementar o sistema GERINT nos 182 hospitais sob regulação estadual. | Projeto Estratégico Meta monitorada |
| 19 | Implantar o sistema GERCON nos 227 estabelecimentos de saúde contratualizados. | Projeto Estratégico Meta monitorada |
| 20 | Publicar a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais do Estado (REME). | Projeto Estratégico Meta monitorada |
| 21 | Construir, aprovar e publicar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica. | Projeto Estratégico Meta monitorada |
| 22 | Qualificar a implementação da Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos no estado do Rio Grande do Sul. | |
| 23 | Realizar 24 Auditorias de Políticas Públicas para atuação de forma a auxiliar na execução, aperfeiçoamento e controle das políticas de saúde. | |
| 24 | Realizar Auditorias em 100% dos estabelecimentos de saúde que recebem recursos do SUS, através do Fundo Estadual de Saúde, contratados/conveniados ou não com | |

| | | |
|---|---|---|
| | a SES/RS, visando avaliar a qualidade, a propriedade, a efetividade dos serviços de saúde prestados à população e a correta aplicação dos recursos públicos. | |
| 25 | Qualificar o Sistema Estadual de Auditoria do SUS através da reorganização de sua estrutura e da aprovação e implementação da nova lei do processo de Auditoria. | |
| 26 | Implementar ações de gestão estratégica de pessoas com vistas à qualificar os processos de trabalho. | |
| 27 | Implantar núcleo organizacional para monitoramento do gasto público. | |
| 28 | Instituir mecanismos para monitoramento e redução da judicialização em saúde. | |
| 29 | Diminuir o percentual de Mortalidade por Causas Básicas inespecíficas ou incompletas (*Garbage Codes*) do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). | |
| 30 | Atender ao percentual legal mínimo de aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde. | |
| 31 | Realizar 1.000 pareceres de avaliação de aspectos éticos de protocolos de pesquisa nos quais a SES/RS seja a instituição proponente, participante ou coparticipante do estudo. | |
| 32 | Aprovar e implementar a Política de Pesquisa da SES (PPSES). | |
| 33 | Modernizar a infraestrutura da Escola de Saúde Pública. | |
| 34 | Aprovar e sancionar lei que altera a composição do Conselho Estadual de Saúde. | |
| 35 | Implantar e implementar Plenária Regional de Conselhos Municipais de Saúde, por Região de Saúde, como instâncias descentralizadas e regionalizadas do Controle Social do SUS. | |
| 36 | Analisar e deliberar sobre 30 instrumentos de gestão e peças orçamentárias no âmbito do Controle Social. | |
| 37 | Realizar 138 eventos para o fortalecimento do controle social. | |
| 38 | Melhorar a estrutura do Conselho Estadual de Saúde, com a lotação de novos servidores. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| RS Projeto Estratégico Meta monitorada | A meta tem relação com os Projetos Estratégicos | | A meta tem relação com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS |

Com o intuito de acompanhar as ações realizadas pelo estado na área da saúde, de acordo com a Diretriz, os Objetivos e as Metas estabelecidos no PES 2020-2023, foram elencados 16 indicadores de resultado em saúde para mensurar os resultados para o cidadão. Estes serão monitorados e avaliados periodicamente, conforme descrito no capítulo de Monitoramento e Avaliação.

| INDICADORES DE RESULTADO |
|---|
| 1. Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais **doenças crônicas não transmissíveis** (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). |
| 2. Número de casos novos de **Aids em menores de 5 anos**. |
| 3. Taxa de **mortalidade por Aids**. |
| 4. Número de casos novos de **sífilis congênita** em menores de um ano de idade. |
| 5. Taxa de **mortalidade infantil.** |
| 6. Número de **óbitos maternos** em determinado período e local de residência. |
| 7. Percentual de municípios com risco médio e alto de transmissão de doenças pelo ***Aedes aegypti.*** |
| 8. Proporção de cura dos casos novos de **hanseníase** diagnosticados nos anos das coortes. |
| 9. **Cobertura vacinal de tríplice viral**, dose única, em crianças de 1 ano de idade. |
| 10. **Cobertura vacinal** da Campanha Nacional contra **Influenza.** |
| 11. Índice de **óbitos por suicídio** no Estado. |
| 12. Taxa de prevalência de **excesso de peso** na população adulta. |
| 13. Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao **trabalho.** |
| 14. Percentual da população que utiliza **água** com desinfecção fornecida por sistema de abastecimento e Soluções Alternativas Coletivas. |
| 15. Percentual de cura de casos novos de **tuberculose**. |
| 16. Número de casos recuperados de **COVID-19**. |
| 17. Número de hospitalizações confirmadas para **COVID-19.** |

## CAPÍTULO III - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Monitoramento e Avaliação (M&A) é elemento essencial da gestão pública. São funções estratégicas de planejamento e devem ser inerentes a todas as políticas, pois informam 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. 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 da SES/RS deve se fundamentar na utilização dos instrumentos de planejamento tanto do SUS quanto do governo 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 e o alcance das metas do ano são avaliados através do **Relatório Anual de Gestão (RAG),** momento em podem ser construídas propostas e recomendações para a próxima PAS e/ou realizados os redirecionamentos do Plano de Saúde.

A Portaria MS Nº750/2019 instituiu o Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP), no âmbito do SUS, como uso obrigatório para o registro de informações e documentos relativos ao PES, à PAS e às metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, bem como a elaboração do RDQA e do RAG, a partir do ano de 2018. O uso do DGMP aperfeiçoa a gestão em saúde, facilita o acompanhamento das políticas de saúde, aprimora o uso dos recursos públicos, apoia os gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde e facilita o monitoramento e avaliação das metas e ações em saúde estabelecidas, com transparência das políticas e do uso de recursos públicos, tanto para o gestor quanto para o Conselho de Saúde.

O **Plano Plurianual (PPA),** instrumento legal de planejamento de Governo, apresenta para o período de quatro anos as metas e prioridades da administração pública estadual. Através da **Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO),** são previstos os 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 Planejamento e Orçamento (SPO), e a execução das ações é monitorada quadrimestralmente neste mesmo sistema.

São desafios da SES/RS, com relação a estes instrumentos, **garantir a aprovação prévia do CES em todos os instrumentos de gestão antes de sua remessa ao poder legislativo,** bem como **fortalecer a participação social na definição do orçamento para a saúde.**

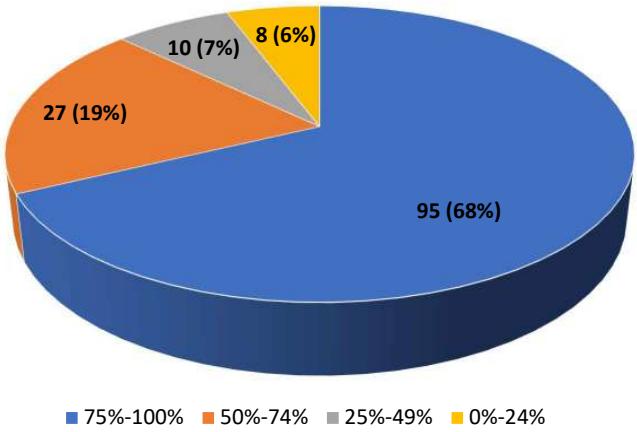
Além dos sistemas de monitoramento apresentados anteriormente, o estado conta com o Sistema de Monitoramento Estratégico (SME), que é utilizado para acompanhar os **Projetos Agregadores do Governo do Estado do RS**. O monitoramento é fundamentado pelos órgãos responsáveis pela execução dos projetos e apoiam a Secretaria de Governança e Gestão Estratégica na elaboração dos diagnósticos e proposições levados para a tomada de decisões na Sala de Gestão do Governo.

O **Mapa Estratégico da SES/RS** apresenta como um de seus objetivos "Efetivar o Monitoramento e Avaliação para apoio à tomada de decisão", denotando a importância do M&A para a gestão estadual do SUS. Além de qualificar a informação e os subsídios para o monitoramento dos instrumentos de planejamento, o desafio é que de fato o M&A informe e direcione a tomada de decisão da política pública de saúde. Para tanto, a integração entre os distintos sistemas de planejamento com uma metodologia comum se faz imprescindível - movimento que já vem acontecendo desde o PES 2016-2019. O PES 2020-2023 é a base para o M&A integrado das diversas frentes que a SES/RS atua visando à melhoria da saúde do cidadão no território gaúcho.

## 1. Análise das Metas do PES 2016-2019

Buscando implementar o monitoramento e avaliação na SES/RS foi realizada uma análise das metas do Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019. Cabe ressaltar que à época de construção dessas metas, foram adotados os seguintes critérios: (1) metas de relevância para a gestão estadual e para a saúde da população; (2) metas destacadas no texto da análise situacional do PES 2016-2019 como necessidades; (2) metas de compromissos financeiros assumidos pela gestão estadual com os municípios e prestadores de serviços; e (3) metas que produzissem impacto financeiro considerável no orçamento da SES/RS. Assim, analisando as 140 metas do PES 2016-2019, observa-se que 52 (37,14%) atingiram 100% ou mais do valor planejado, ao final de 2019. Estratificando as 140 metas, temos o seguinte resultado: 95 metas atingiram de 75-100%, 27 metas atingiram de 50-74%, 10 metas atingiram de 25-49% e 8 metas atingiram de 0-24%, conforme a Figura 127.

**Figura 128.** Percentual de atingimento das 140 metas do PES 2016-2019, RS, 2020.




Fonte: SES/RS.

De forma geral, as áreas técnicas da SES/RS apontam que as dificuldades para alcance das metas planejadas se deram principalmente em razão de dificuldades operacionais ou porque as ações dessas metas ainda estão em andamento. Aparece também como justificativa a baixa adesão dos municípios e a necessidade de habilitação de serviços pelo Ministério da Saúde, além da limitação de recursos humanos e financeiros. Em algumas metas houve alteração do projeto original que deu origem ao texto, bem como metas superestimadas. Há casos em que vários destes fatores foram apontados como contribuintes para o resultado final.

Ao analisar as metas do PES 2016-2019, no sentido de pensar a viabilidade das metas para o PES 2020-2023, as áreas técnicas da SES/RS avaliaram a governabilidade do estado sobre as metas propostas para o período 2016-2019. De um total de 140 metas, 104 (74,29%) foram descritas como de competência exclusiva do gestor estadual, às quais também foram atribuídos os melhores percentuais de alcance. As demais ou são de competência dos municípios, MS e/ou compartilhadas. Cabe ressaltar que, as metas que são compartilhadas, serão trabalhadas no Planejamento Regional Integrado (PRI), que é processual e a SES/RS desenvolve desde 2016 junto aos demais entes que atuam na gestão, atenção e Controle Social do SUS no estado do RS.

Dos 15 indicadores de resultado propostos para monitoramento e avaliação no PES 2016-2019, **oito** (53,34%) ficaram com o percentual de atingimento de 0% - já que o valor ao final de 2019 foi inferior ao valor apurado no final de 2015, para a proposta de meta (I1, I2, I3, I5, I9, I11, I12 e I15). **Três** (20%) atingiram mais de 100% da meta estabelecida para 2019 (I4, I6 e I8). **Quatro** (26,67%) atingiram 88% ou mais da meta (I7, I10, I13 e I14) - Quadro 18.

**Quadro 19.** Resultado dos Indicadores de Resultado do PES 2016-2019, RS, 2020.

| Indicador | | Resultado Final | Data de Apuração | Percentual Atingido | Percentual de Regressão da Linha de Base 2016 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Reduzir o percentual de amostras de águas com presença de *Escherichia coli* , em Soluções Alternativas Coletivas, de 12,78% para 2%. | 13,26% | 20/02/2020 | 0% | 3,76% |
| 2 | Ampliar o percentual de parto normal de 39,05% para 45%. | 36,86% | 20/02/2020 | 0% | 5,61% |
| 3 | Reduzir a proporção de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer de 1,42% para 1,40%. | 1,50% | 14/10/2020 | 0% | 5,42% |
| 4 | Reduzir a proporção de recém-nascidos com APGAR de 5º minuto de vida < 7 (método que mede a saúde do recém-nascido) de 1,10% para 1,06%. | 1% | 22/02/2020 | 105,66% | |
| 5 | Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 (um) ano de idade de 1.675 para 1.099. | 1.846 | 20/02/2020 | 0% | 10,21% |
| 6 | Reduzir o número de casos novos de Aids em menores de 5 (cinco) anos de 37 para 24 casos. | 12 | 20/02/2020 | 150,00% | |
| 7 | Reduzir o percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica de 27,05% para 24%. | 26,29% | 20/02/2020 | 90,46% | |

| Indicador | | Resultado Final | Data de Apuração | Percentual Atingido | Percentual de Regressão da Linha de Base 2016 |
|---|---|---|---|---|---|
| 8 | Reduzir a taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas idosas de 29,2 para 27,20 por 10.000 habitantes. | 23,5 | 20/02/2020 | 113,60% | |
| 9 | Ampliar o percentual de cura de casos novos de tuberculose de 62,5% para 75%. | 60,96%* | 20/02/2020 | 0% | 2,46% |
| 10 | Reduzir a taxa de mortalidade em menores de 1 ano de 10,66 para 9,5 por 1.000 nascidos vivos. | 10,55 | 20/02/2020 | 88,95% | |
| 11 | Reduzir a taxa de mortalidade neonatal precoce de 5,25 para 4,9 por 1.000 nascidos vivos. | 5,33 | 14/10/2020 | 0% | 1,52% |
| 12 | Reduzir a taxa de mortalidade neonatal tardia de 2,14 para 2,0 por 1.000 nascidos vivos. | 2,192 | 14/10/2020 | 0% | 2,43% |
| 13 | Reduzir a razão de mortalidade materna de 35,09 para 30,37 óbitos por 100.000 nascidos vivos. | 30,61 | 06/02/2019 | 99,21% | |
| 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. | 357,23 | 20/02/2020 | 96,71% | |
| 15 | Reduzir o índice de óbitos por suicídio no Estado de 9,86 para 8 por 100.000 habitantes. | 12,41 | 20/02/2020 | 0% | 25,86% |

*Dado para o ano de 2018, dada a forma de fechamento do banco de dados.

**Legenda:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 100% ou mais da meta atingida | | 88% ou mais da meta atingida | | 0% da meta atingida |

Fonte: SES/RS.

O monitoramento e avaliação do alcance das metas do ciclo anterior de planejamento é um subsídio importante para a gestão qualificar e redirecionar a elaboração do seu próximo plano. As discussões em plenárias com o CES/RS tendo como base os Relatórios de Gestão são momentos de reflexão que levam a gestão a repensar as metas propostas no PES, nessas discussões foi possível observar que muitas justificativas para o possível não atingimento dos resultados propostos versavam ou sobre a falta de governabilidade para incidir sobre tal realidade ou sobre as dificuldades econômicas que impactam nos recursos financeiros e humanos da SES/RS para concretizá-las. Visto que o cenário econômico pode mudar em quatro anos e pode ter um efeito importante sobre as ações da gestão, é importante dimensionar o plano propondo metas de fato factíveis.

Assim, o que se identificou, principalmente, nesse processo de análise das metas do PES 2016-2019 para qualificar as metas foi a proposição de resultados que estejam no escopo de ação da SES/RS com especial atenção para o estudo do papel da gestão estadual do SUS, compatibilizado com a realidade financeira do estado.

## 2. Metodologia de Monitoramento das Metas do PES 2020-2023

O monitoramento e a avaliação na SES/RS foram 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.

Está em andamento na SES/RS a elaboração de nova sistemática de M&A. Para tanto, propõe-se que seja organizada uma unidade central responsável pelo M&A de todos os grupos de indicadores, que deverá estabelecer interlocução constante com as áreas técnicas e com o nível regional da instituição (Coordenadorias Regionais de Saúde), contando com devido treinamento para qualificar a análise dos dados. A metodologia de monitoramento e avaliação deve articular tanto os instrumentos e sistemas de gestão preconizados pela legislação do SUS, quanto os de obrigação constitucionais e de Governo, em um ciclo anual de monitoramento dividido em, minimamente, quatro etapas, tendo como produtos os três RDQA e o RAG.

O monitoramento terá como base o acompanhamento das metas e resultados esperados para a sociedade através de indicadores de saúde dispostos em um *dashboard*. Este será constituído por um conjunto de indicadores-chave que permitam o monitoramento de aspectos cruciais e que reflitam a execução das ações e serviços de saúde, bem como a análise da situação de saúde da população. 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 que retroalimentam o planejamento e a tomada de decisão.

## 3. 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 a realização de audiências públicas, 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 que devem estar atrelados aos valores éticos, à competência e à responsabilidade da instituição na implementação de suas ações. A definição precisa e detalhada das metas do PES 2020-2023, bem como o monitoramento periódico dos resultados alcançados e da aplicação dos recursos públicos, buscam reafirmar o compromisso da gestão estadual do SUS com a sociedade.

O processo de prestação de contas para a sociedade civil ocorre, legalmente, através dos RDQA e RAG, que são disponibilizados na página <www.ses.rs.gov.br/planejamento>. Diversas informações em saúde para a construção desses relatórios são de utilização pública e estão disponíveis no site do DATASUS e no *site* da SES/RS em: <https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>.

## Referências

ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, out. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/08.pdf. Acesso em: 07 fev. 2020.

BAIO, J. et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, 2018, v. 67, n. 6, p. 1-23, abr. 2018.

BECK, R. G. **Estimativa do número de transtorno do espectro autista no sul do Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2017.

BITTENCOURT, S. D. A.; DIAS, M. A. B.; WAKIMOTO, M. D (Org.) **Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade**. Rio de Janeiro/RJ, EAD/ENSP, 2013. 268 p. Disponível em: http://ensp.fiocruz.br/vomif/assets/pdf/material/livro_texto.pdf. Acesso em: 08 fev. 2020.

BRASIL. CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp. Acesso em: 09 fev. 2020.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 12 fev. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo 2010. Resultados. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html. Acesso em: 07 fev. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo Demográfico 2010. Nota técnica 01/2018. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf. Acesso em 09 set. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE 2017a. Cidades e Estados. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados. Acesso em: 17 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil**: uma primeira aproximação. IBGE, Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro/RJ: IBGE, 2017b. 84p. (Estudos e pesquisas. Informação geográfica). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf. Acesso em: 07 fev. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE 2020. Projeção da População do Brasil por sexo e idade simples: 2000-2060. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/projpopbr.def. Acesso em: 17 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Perfil dos municípios brasileiros:** 2018. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro/RJ: IBGE, 2019a. 131p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101668.pdf. Acesso em: 07 fev. 2020.

BRASIL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**: INFOPEN. Atualização - Junho de 2016. Organização: Thandara Santos; colaboração: Marlene Inês da Rosa [et al]. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional, 2017c. 65 p. http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf. Acesso em: 17 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) Versão Profissionais de Saúde e Gestores - Completa**. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. TABNET. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Origem: PRT MS/GM 2836/2011). Brasília, DF, 2017d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 06 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Anexo XXI-A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. Brasília, DF, 2017e. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 06 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017. Anexo VI (Origem Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012 que Instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS e seus Instrutivos - última versão publicada em 02 de junho de 2014). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2017f. Seção 1, p. 192.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 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, DF, 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 02 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 48, 26 jan. 2012. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.480, de 10 de julho de 2012**. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Rio Grande do Sul, e aloca recursos financeiros para sua implementação. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1480_10_07_2012.html. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.290, de 25 de maio de 2017**.** Aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado e dos Municípios do Rio Grande do Sul e, para sua implementação, estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite

Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. **Diário Oficial da União**, edição 101, seção 1, p. 48, 29 mai. 2017. Brasília, DF, 2017g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, edição 121, seção 1, p. 109, 27 jun. 2011. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.631, de 1º de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2015a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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, DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.904, de 17 de outubro de 2016.** Aprova o Componente Parto e Nascimento da Etapa II do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado e dos Municípios do Rio Grande do Sul e, para sua implementação, estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: http://138.68.60.75/images/portarias/outubro2016/dia18/portaria1904.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.912, de 28 de junho de 2018**.** Aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC do Estado do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial da União**, edição 126, seção 1, p. 49, 03 jul. 2018. Brasília, DF, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.916, de 28 de junho de 2018. Aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Hospital de Caridade de Ijuí e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC do Estado do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial da União**, edição 126, seção 1, p. 49, 03 jul. 2018. Brasília, DF, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.918, de 28 de junho de 2018**.** Aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Hospital Bruno Born e do Hospital Estrela e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao grupo de Atenção de Média e alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC do Estado do Rio Grande do Sul e Municípios. **Diário Oficial da União**, edição 126, seção 1, p. 49, 03 jul. 2018. Brasília, DF, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.929, de 28 de junho 2018. Aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha e estabelece recurso

do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC do Estado do Rio Grande do Sul e Município de Pelotas. **Diário Oficial da União**, edição 126, seção 1, p. 50, 03 jul. 2018. Brasília, DF, 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília, DF, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília, DF, 2011c. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html. Acesso em: 06 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, seção 1, Nº 220, 13 nov. 2019. Brasília, DF, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017h. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.209, de 5 de dezembro de 2019. Aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade – MAC do Estado do Rio Grande do Sul e Municípios de Cachoeira do Sul e Santa Rosa. **Diário Oficial da União**, edição 237, seção 1, p. 54, 09 dez. 2019. Brasília, DF, 2019d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.185 de 5 de dezembro de 2019. Habilita Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) em estabelecimentos e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC), do Estado do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial da União**, edição 236, seção 1, p. 145, 06 dez. 2019. Brasília, DF, 2019e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. **Diário Oficial da União**, seção 1, Nº 250-A, 31 dez. 2018. Brasília, DF, 2018e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 520, de 10 de abril de 2019. Aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado do Rio Grande do Sul, referente à 28ª Região de Saúde - 13º CRS - Santa Cruz do Sul e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC do Estado do Rio Grande do Sul e Município de Santa Cruz do Sul. **Diário Oficial da União**, edição 70, seção 1, p. 251, 11 abr. 2019. Brasília, DF, 2019f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 524, de 10 de abril de 2019. Aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha e estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a serem incorporados ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC do Estado do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial da União**, edição 70, seção 1, p. 252, 11 abr. 2019. Brasília, DF, 2019g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 750, de 29 de abril de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, seção 1, Nº 85, p. 44, 6 mai. 2019. Brasília, DF, 2019h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 930, de 15 de maio de 2019**. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. Brasília, DF, 2019i. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 940, de 28 de abril de 2011**. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Brasília, DF, 2011e. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html. Acesso em: 06 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal eGestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. **Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (Centro Especializado em Reabilitação - CER e Oficinas Ortopédicas)**. Atualizado em 02/06/2014. Brasília, DF, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 3.181, de dezembro de 2019. Aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC), do Estado do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial da União**, edição 236, seção 1, p. 144, 06 dez. 2019. Brasília, DF, 2019j.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Manual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 77 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_obito_infantil_fetal.pdf. Acesso em: 08 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 180 p. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc/. Acesso em: 08 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf. Acesso em: 09 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima (organizadores). Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, 2016b. 55. p. Il. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: 11 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 3.183, de 5 de dezembro de 2019. Habilita estabelecimentos como Referência Hospitalar na Atenção à Saúde em Gestação de Alto Risco e como Referência Hospitalar na Atenção à Saúde em Gestação de Alto Risco com Casa da Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP vinculada e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC do Estado do Rio Grande do Sul e Municípios. **Diário Oficial da União**, edição 236, seção 1, p. 145, 06 dez. 2019. Brasília, DF, 2019k.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 1.900, de 28 de junho de 2018. Habilita o Hospital Municipal de Novo Hamburgo como Serviço de Referência Hospitalar na Atenção à Saúde em Gestação de Alto Risco - GAR com CGBP vinculada e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC do Estado do Rio Grande do Sul e Município de Novo Hamburgo. **Diário Oficial da União**, edição 126, seção 1, p. 46, 03 jul. 2018. Brasília, DF, 2018f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção

Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS**. Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil (2020). Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. Relatório Consolidado. Disponível em: https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado. Acesso em: 14 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Prevenção e controle das IST, do HIV/Aids e Hepatites Virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019j. 132 p.: il. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf. Acesso em: 22 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). https://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2011f. 150 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2015b. 100 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública; Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública (CRISP)/UFMG; Instituto de Pesquisas Datafolha. **Relatório final da Pesquisa Nacional de Vitimização**. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: http://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relatório-PNV-Senasp_final.pdf. Acesso em: 14 mai. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição Da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 24 dez. 2009, p. 16. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, p. 2, 06 dez. 2007. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União,** p. 3, 26 ago. 2009. Brasília, DF, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Plano de Eliminação da Hepatite C. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BURLANDY, L.; LABRA, M. E. Redes de política no combate à fome e à pobreza: a estratégia Comunidade Solidária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1543-1552, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a14.pdf. Acesso em: 21 mar. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.

CAMP – Escola de Cidadania. **Mapeamento da População em Situação de Rua.** Região Metropolitana de Porto Alegre. Projeto Economia Solidária e População em Situação de Rua: estratégias de valorização do saber-fazer a partir da inclusão socioeconômica e da autonomia da População em Situação de Rua na Região Metropolitana de Porto Alegre. Convênio nº 811902/2014 – SENAES/MTB – CAMP. Porto Alegre, outubro de 2017. Disponível em: http://camp.org.br/files/2017/12/Mapeamento-da-Popula%C3%A7%C3%A3o-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-FINAL.pdf. Acesso em: 12 fev. 2020.

CAMPOS, A. S. Violência e Trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do Trabalho.** 2ª ed. v. 2, Rio de Janeiro: Atheneu, 2002. pp.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACÊDO, M.; PEREDA, L. Resumo Executivo. **Imigração e Refúgio no Brasil.** A inserção do imigrante, solicitante de refúgio e refugiado no mercado de trabalho formal. Observatório das Migrações Internacionais. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral, 2019. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a. Acesso em: 07 fev. 2020.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 17 mar. 2020.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). Observatório da violência contra os Povos Indígenas no Brasil. Publicações. Disponível em: https://cimi.org.br/observatorio-da-violencia/edicoes-anteriores/. Acesso em: 12 fev. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO RS. Notícias. Geral. Levantamento traça perfil da assistência farmacêutica nos municípios do RS. Conselho Regional de Farmácia do RS, 2020. Porto Alegre, RS. Disponível em: https://crfrs.org.br/noticias/levantamento-traca-perfil-da-assistencia-farmaceuticos-nos-municipios-do-rs. Acesso em: 21 fev. 2020.

CUTLER, D. M.; LLERAS-MUNEY, A. Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. **NBER Working Paper**, n. 12352, Cambridge, MA, 2006. Disponível em: https://www.nber.org/papers/w12352.pdf. Acesso em: 18 set. 2020.

DOMINGUEZ, B. C. Diabetes. Controle ainda é baixo no Brasil. **Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 59, julho, p. 11, 2007.

DOTTA-PANICHI, R. M. D. **The right to health: women in prison and mental health**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2014.

ELY, K. Z. **Diagnóstico situacional das doenças infectocontagiosas na População Privada de Liberdade do Rio Grande do Sul (RS).** 2019. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde), Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2019.

GEHLEN, I; SCHUCH, P (orgs.). **Relatório quanti qualitativo, contendo o cadastro censitário e o modo de vida cotidiana da população adulta em situação de rua de Porto Alegre.** Porto Alegre, RS: IFCH-UFRGS, FASC, 2016.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. Global Burden Disease. Compare. Viz Hub. Disponível em: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/. Acesso em: 23 abr. 2020.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Relatório - Seminário: Zero Discriminação nos Serviços de Saúde. UNAIDS. Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2018_RelatorioZERO_Discrimination.pdf. Acesso em: 16 jan. 2020.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). The Gap Report: Transgender People. Geneva: UNAIDS. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/08_Transgenderpeople.pdf. Acesso em: 16 jan. 2020.

MALTA, D. C. et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, sup. 1, p. 217-232, 2017a. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00217.pdf. Acesso em: 22 abr. 2020.

MALTA, D. C. et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 135, n. 3, p. 213-221, 2017b. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/spmj/v135n3/1806-9460-spmj-135-03-00213.pdf. Acesso em: 22 abr. 2020.

MARINHO, F. A. P. et al. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, Oxford, v. 392, n. 10149, p. 760-775, 2018. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31221-2/fulltext. Acesso em: 22 abr. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília, DF: CONASS, 2019. 869 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Texto para Discussão N° 2246. Brasília, DF: IPEA, 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.

ODS. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Transformando Nosso Mundo**: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

OLIVEIRA, R. P.; NUNES, M. O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 22-34, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n4/04.pdf. Acesso em: 12 set. 2020.

PIGNATI, W. A. et al. Distribuição espacial do uso de agrotóxicos no Brasil: uma ferramenta para a Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3281-3293, out. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3281.pdf. Acesso em: 12 abr. 2020.

PIMENTA, M. M. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: Processos de estigmatização e invisibilidade social. **Civitas**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 82-104, jan./abr. 2019. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/30905/17714. Acesso em: 08 fev. 2020.

POLIDORO, M.; CANAVESE, D. **Situação da violência contra as populações negra, LGBT, indígena e em situação de rua no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil panorama situacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2017**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Secretaria do Estado de Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS: UFRGS, 2018. 63 p.: il. Disponível em: https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/10122803-relatorio-tecnico-ppsus-09122018-compressed.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Gabinete de Consultoria Legislativa. Lei Nº 11.717, de 02 de janeiro 2002. Institui a Semana Estadual de Promoção da Saúde Bucal no Estado do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial do Estado**, ano LXI, Nº 02, 03 jan. 2002. Porto Alegre, RS, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser (FEE). Metodologia Idese - 2015a. Publicado em 21/03/2018. Disponível em: https://www.fee.rs.gov.br/indicadores/indice-de-desenvolvimento-socioeconomico/metodologia/. Acesso em: 10 abr. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser (FEE). Resultados Idese - 2015b. Publicado em 21/03/2018. Disponível em:

https://www.fee.rs.gov.br/indicadores/indice-de-desenvolvimento-socioeconomico/destaques/. Acesso em: 10 abr. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuse. Início. Indicadores. Indicadores Econômicos do Agronegócio do Rio Grande do Sul. Exportações. Destaques do mês. Exportações do agronegócio gaúcho registram maior nível para o mês de fevereiro. Publicado em 12/03/2018. Porto Alegre, RS, 2018a. Disponível em: https://www.fee.rs.gov.br/indicadores/agronegocio/exportacoes/destaques-do-mes/. Acesso em: 06 mai. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Inicial. Imprensa. Últimas. Notícias. Entrega de ações estratégicas marca 120 dias do RS SEGURO. Publicação: 15/07/2019, às 15h30min. Disponível em: https://estado.rs.gov.br/entrega-de-acoes-estrategicas-marca-120-dias-do-programa-rs-seguro. Acesso em: 20 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. InvestRS. Gateway to South America. Inicial. Por que RS. Economia diversificada. 2016. Disponível em: https://investrs.com.br/economia-diversificada. Acesso em: 08 mai. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Plano Plurianual 2020-2023. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão. Departamento de Planejamento Governamental. Porto Alegre, RS: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2019a. 366 p.: il. Disponível em: https://planejamento.rs.gov.br/plano-plurianual. Acesso em: 12 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução CIB/RS Nº 236, de 12 de maio de 2014. Institui incentivo financeiro aos municípios que implantarem ações da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem (PEAISH). **Diário Oficial do Estado**, ano LXXII, Nº 101, 29 mai. 2014. Porto Alegre, RS, 2014a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Fazenda. Finanças Públicas do Estado (FPE). Disponível em: https://portalfpe.sefaz.rs.gov.br/apl/fpe/index.aspx. Acesso em: 12 mar. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual da Atenção Básica. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Nota Informativa Conjunta Atenção Básica e Vigilância 01/2019**. Recomendações aos municípios sobre a 21ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza - 2019. Porto Alegre, RS, 2019b. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201904/11111642-nota-informativa-conjunta-das-e-cevs-aos-municipios.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Inicial. Institucional. Comissão Intergestores Bipartite. Resoluções CIB. Porto Alegre, RS. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/resolucoes-cib. Acesso em: 21 mar. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Nota Técnica 01/2019. **Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 anos na Atenção Básica**. Porto Alegre, RS, 2019c. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/18161725-nota-tecnica-saude-da-crianca.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portal BI (Business Intelligence) - Informações de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm. Acesso em: 21 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria Nº 171, de 12 de abril de 2017. Cria o grupo Condutor Estadual da Planificação da Atenção à saúde (GCPAS) no estado do Rio Grande do Sul.

Nomina a composição do GCPAS. Regulamenta o funcionamento do GCPAS. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXV, Nº 72, p. 35, 17 abr. 2017. Porto Alegre, RS, 2017a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria Nº 343, de 07 de abril de 2014. Institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no Rio Grande do Sul. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXII, Nº 87, p. 349-350, 09 mai. 2014. Porto Alegre, RS, 2014b.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria Nº 359, de 14 de julho de 2017. Regulamenta a transferência de recursos financeiros estaduais para o cofinanciamento de serviços de atenção hospitalar que farão parte da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento no Estado do RS. **Diário Oficial do Estado**, ano LXX, Nº 134, p. 28-29, 17 jul. 2017. Porto Alegre, RS, 2017b.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria Nº 371, de 25 de agosto de 2008**. Estabelece a habilitação à Rede de Atenção à Gestante, no Rio Grande do Sul para o atendimento Secundário à Gestante de Alto Risco, 2008. Porto Alegre, RS, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria Nº 660, de 28 de agosto de 2012. Estabelece os itens para o Plano de Trabalho, necessários para a habilitação dos Ambulatórios de Gestante de Alto Risco no Rio Grande do Sul. **Diário Oficial do Estado**, ano LXX, Nº 167, p. 40-41, 28 ago. de 2012. Porto Alegre, RS, 2012c.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria SES Nº 211, de 03 de maio de 2018. Redefine o Comitê Técnico de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) do Rio Grande do Sul para subsidiar o avanço da Equidade na Atenção à Saúde da População LGBT, combate à Homofobia e dar outras providências. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXVI, Nº 85, p. 120-122, 07 mai. 2018. Porto Alegre, RS, 2018b.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 105, de 12 de maio de 2011. Habilita Ambulatórios Especializados no Atendimento ao Prematuro Egresso das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, com Incentivo Financeiro para a sua implantação, com a finalidade de garantir acompanhamento diferenciado aos recém-nascidos que recebem alta hospitalar. **Diário Oficial do Estado**, ano LXIX, Nº 93, p. 139-140, 16 mai. 2011a. Porto Alegre, RS, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 188, de 15 de junho de 2018. Aprova a proposta de cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado e a definição das Macrorregiões de Saúde do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXVI, Nº 117, 21 jun. 2018. Porto Alegre, RS, 2018c.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 205, 18 de junho de 2018. Aprova a solicitação, junto ao Ministério da Saúde, da atualização da habilitação do Hospital Universitário do município de Canoas, na Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXVI, Nº 118, p. 165-166, 22 jun. 2018. Porto Alegre, RS, 2018d.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 206, de 18 de junho de 2018. Aprova a solicitação de habilitação, junto ao Ministério da Saúde, do Centro de Especialidades Médicas/SMS Canoas como Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador – Modalidade Ambulatorial. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXVI, Nº 118, p. 167-168, 22 jun. 2018. Porto Alegre, RS, 2018e.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 206, de 15 de maio de 2017. Pactua a organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento de forma regionalizada, no Estado do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial do Estado**, ano LXX, Nº 93, 18 mai. 2017. Porto Alegre, RS, 2017c.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 22, de 24 de janeiro de 2019. Atualiza a nota técnica de atenção ao pré-natal na atenção básica no Rio Grande do Sul. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXVII, Nº 21, p. 44, 29 jan. 2019. Porto Alegre,RS, 2019d.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 257, de 31 de agosto de 2011. Aprova novas diretrizes para a habilitação e funcionamento das equipes de saúde prisional no RS. **Diário Oficial do Estado**, ano LXIX, Nº 175, p. 69-70, 09 set. 2011b. Porto Alegre, RS, 2011b.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 302, de 09 de agosto de 2018. Aprova a Nota Técnica de atenção ao indivíduo portador de Diabetes Mellitus na Atenção Básica no Rio Grande do Sul. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXVI, Nº 159, p. 124, 20 ago. 2018. Porto Alegre, RS, 2018f.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 303, de 09 de agosto de 2018. Aprova a Nota Técnica de atenção ao indivíduo portador de Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica no Rio Grande do Sul. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXVI, Nº 159, p. 125, 20 ago. 2018. Porto Alegre, RS, 2018g.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 324, de 16 de setembro de 2010. Institui Ambulatórios Especializados no Atendimento ao Prematuro Egresso das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, com Incentivo Financeiro para a sua implantação, com a finalidade de garantir acompanhamento diferenciado aos recém-nascidos que recebem alta hospitalar, cujo o recurso será repassado aos Hospitais de Referência Estadual de Atenção à Gestante de Alto Risco, com acesso aos leitos viabilizado pelas Centrais de Regulação de Leitos. **Diário Oficial do Estado**, ano LXVIII, Nº 182, 27 set. 2010. Porto Alegre, RS, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 330, de 21 de agosto de 2019. Aprova a solicitação de habilitação, junto ao Ministério da Saúde, do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr - HU/FURG, do município de Rio Grande, como Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidades Ambulatorial e Hospitalar. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXVII, Nº 165, p. 73, 23 ago. 2019. Porto Alegre, RS, 2019e.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 564, de 11 de dezembro de 2017. Aprova a solicitação do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo do município de Cruz Alta, junto ao MS, para habilitação na Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXV, Nº 239, p. 66-67, 18 dez. 2017. Porto Alegre, RS, 2017d.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 589, de 13 de outubro de 2014. Aprova a Linha Estadual de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXII, Nº 206, p. 105, 24 out. 2014. Porto Alegre, RS, 2014c.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 592, de 11 de novembro de 2013. Cria o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial/Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXI, Nº 221, p. 64, 14 nov. 2013. Porto Alegre, RS, 2013a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 655, de 11 de novembro de 2014. Aprovar o Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial 2013-2015, elaborado a partir dos Planos de Ação Regionais pactuados nas Comissões Intergestoras Regionais - CIR. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXII, Nº 224, p. 29, 19 nov. 2014. Porto Alegre, RS, 2014d.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 695, de 20 de dezembro de 2013. Aprova a Política Estadual de Práticas integrativas e Complementares. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXI, Nº 251, p. 35, 30 dez. 2013. Porto Alegre, RS, 2013b.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS Nº 757, de 16 de dezembro de 2014. Constitui a linha de cuidado materno-infantil da mulher em situação de privação de liberdade, seu bebê e família com base nas diretrizes da Rede Cegonha/Primeira Infância Melhor e da Política de Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Saúde Mental de forma conjunta com as ações e serviços da Equipe de Atenção Básica em âmbito prisional. **Diário Oficial do Estado**, ano LXXII, Nº 249, 24 dez. 2014. Porto Alegre, RS, 2014e.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. **Nota Técnica 01/2018 - Surto de Toxoplasmose em Santa Maria**. 10 de maio de 2018. Porto Alegre, RS, 2018h. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201810/23125205-nota-tecnica-01-2018-ses-das-toxoplasmose.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica e de Planejamento. **Guia do pré-natal na Atenção Básica**. Aline Colleto Sortica, Gabriela Hartmann Cardozo, Gisleine Lima da Silva, Melissa de Azevedo, Nadiane Albuquerque Lemos (organizadores). Porto Alegre, RS, 2018i. 40 p. Il.: Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão. Atlas Socioeconômico Rio Grande do Sul. Participação no PIB do Brasil. O RS participa com 6,3% do PIB nacional. Disponível em: https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/participacao-do-pib-estadual. Porto Alegre, RS, 2016. Acesso em: 07 mai. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual da Atenção Básica. **Nota Técnica conjunta Atenção Básica e Imunizações**. Assunto: imunizações na Atenção Básica. Porto Alegre, RS, 2018j. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201810/23125206-nota-tecnica-conjunta-atencao-basica-e-imunizacoes.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual da Atenção Básica. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde. Núcleo de Vigilância dos Riscos e Agravos Ambientais Biológicos. **Nota Informativa Conjunta Atenção Básica e Vigilância Ambiental**. Assunto: atividades conjuntas dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias no combate ao *Aedes aegypti*. Porto Alegre, RS, 2019f. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201909/05141229-nota-acs-ace-ab-cevs-aedes-30-08-19.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Lei Nº 9.716, de 7 de agosto de 1992.** Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. Porto Alegre, RS, 1992. Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281. Acesso em: 21 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. SUSEPE. Superintendência dos Serviços Penitenciários. Apresenta informações gerais sobre o sistema penitenciário. Porto Alegre, RS, 2020. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br. Acesso em: 07 fev. 2020.

RUSSEL, S. T.; POLLITT, A. M.; GROSSMAN, A. H.; LI, G. Chosen Name Use is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. **Journal of Adolescent Health**, v. 63, Issue 4, p. 503-505, out., 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003. Acesso em: 15 dez. 2019.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2882, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2882.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

STOCK, B. S.; DOTTA, R. M. Aspectos jurídico-penais da violência sexual contra crianças e adolescentes. Saúde Pública e Sistema Prisional: um olhar diferenciado no âmbito do SUS gaúcho In: COSTA, A. C.; LEIVAS, P. G. C. (org.). **Direitos humanos e saúde**, v. 2. Porto Alegre, RS: Ed. da UFCSPA, 2019. p. 47-72.

TELESSAÚDERS. UFRGS. **Protocolos de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco)**. Elaborado em 03 de fevereiro de 2016. Porto Alegre, 2019. 26 p. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSRS20190821.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

VERCH, K. **Primeira Infância Melhor.** Transformando a atenção aos primeiros anos de vida na América Latina: Desafios e conquistas de uma política pública no sul do Brasil. VERCH, K.; LÓPEZ-BOO, F.; MATEUS, D. M. C. (editores). Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2017.

WARSHAW, L. J. Violence in the workplace. In: STELLMAN, J. M. (Ed.). Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Geneva: International Labour Office, 1998.

WORLD PRISON BRIEF (WPB). Institute for Crime & Justice Policy Research (ICPR). Birkbeck University of London. Brazil. Overview. Disponível em: http://prisonstudies.org/country/brazil. Acesso em: 18 fev. 2020.

## Lista de Siglas

AB - Atenção Básica
ACE - Agente de Combate às Endemias
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
ADS - Ambulatório de Dermatologia Sanitária
AF - Assistência Farmacêutica
AGAR - Ambulatório de Gestação de Alto Risco
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
AME - Sistema Assistência de Medicamentos do Estado
AMENT - Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental
ANS - Agência Nacional de Saúde
ANVISA - Agência de Nacional de Vigilância Sanitária
APAIMFRS - Ação Permanente de Avaliação da Imagem Mamográfica por Fantoma
APH - Atendimento Pré-Hospitalar
APS - Atenção Primária à Saúde
ASE - Ambulatórios de Seguimento de Egressos
ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde
ASSTEPLAN - Assessoria Técnica e de Planejamento
AVC- Acidente Vascular Cerebral
BCG – Bacillus Calmette-Guérin
BGSD – Base de Gestão do Seguro Desemprego
BI - *Business Intelligence*
BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento
BNAFAR - Base Nacional de Assistência Farmacêutica
CACON- Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CACS - Comissões de Acompanhamento de Contratos
CADUNICO - Cadastro Único
CAFF - Centro Administrativo Fernando Ferrari
CAMMI - Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial Álcool Infância e Adolescência
CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CDCT - Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CEAB - Coordenação Estadual da Atenção Básica
CEAF- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEASA – Central de Abastecimento do Rio Grande do Sul
CEO- Centro de Especialidades Odontológicas
CEPS - Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
CER- Centro Especializado de Reabilitação
CES- Conselho Estadual de Saúde
CEREST - Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador
CESAF - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CEVS - Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGN - Coeficiente Geral de Natalidade
CGBP - Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas

CIAPS - Centro Integrado de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência
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
CIMI - Conselho Indigenista Missionário
CIR- Comissão Intergestores Regionais
CIT/RS - Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Cartão Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia
COE - Comitê Operativo de Emergência
CORSAN - Companhia Rio-Grandense de Saneamento
COSEMS - Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde
COVID-19 - *Coronavírus Disease* 2019
CPAF - Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica
CPN - Centro de Parto Normal
CRA - Central Estadual de Regulação Ambulatorial
CRAI - Centros de Atendimento Integrado
CREMERS - Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul
CRF/RS - Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul
CRH - Central Estadual de Regulação Hospitalar
CRIE - Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
CRTEA - Centros Macrorregionais de Referência em Transtorno do Espectro Autista
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde
CT - Comunidade Terapêutica
CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento
D - Dialítico
DA - Departamento Administrativo
DAHA - Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial
DALYs - Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (*Disability Adjusted Life of Years*)
DAS - Departamento de Ações em Saúde
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCHE - Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DECA – Delegacia Especializada da Criança e do Adolescente
DEPEN - Departamento Penitenciário Nacional
DGTI - Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação
DIU - Dispositivo Intrauterino
DMEST - Departamento de Perícia Médica do Estado
DOMI – Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC - Doença Renal Crônica
DRE - Departamento de Regulação Estadual
DRS - Diagnósticos Regionais de Saúde
EA - Eventos Adversos
EABp - Equipe de Atenção básica de Saúde Prisional
EAD - Educação a Distância
ECR - Equipe de Consultório na Rua

EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP - Equipe Multidisciplinar de Apoio
EMATER/RS - Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural
EMSI- Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
EPI – Equipamento de Proteção Individual
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESB- Equipes de Saúde Bucal
ESF- Estratégia de Saúde da Família
ESFQ - Estratégia de Saúde da Família Quilombola
ESFR - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
ESP - Escola de Saúde Pública
FA – Febre Amarela
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAMURS - Federação das Associações de Municípios do RS
FAU - Fundação de Apoio Universitário
FEE - Fundação de Economia e Estatística
FES - Fundo Estadual de Saúde
FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz
FME - Farmácia de Medicamentos Especiais
FUNAI - Fundação Nacional do Índio
GBD - Carga Global de Doenças (*Global Burden of Disease*)
GERCON - sistema Gerenciamento de Consultas
GERINT - Gestão de Regulação de Internações
GERPAC - Gestão da Regulação dos Procedimentos de Alto Custo
GM - Gabinete do Ministro
GT - Grupo de Trabalho
GTI - Grupo Técnico Intersetorial
GT PMA- Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação
GUD- Gerenciamento de Usuários com Deficiência
HBV - Hepatite B
HCI - Hospital Colônia Itapuã
HCPA- Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HCR - Hospital Cristo Redentor
HEMORGS - Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul
HG – Hospital Geral
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HORUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
HNSC - Hospital Nossa Senhora da Conceição
HP – Hospital Psiquiátrico
HPP – Hospitais de Pequeno Porte
HPSP - Hospital Psiquiátrico São Pedro
HRSM – Hospital Regional de Santa Maria
HSL - Hospital São Lucas
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
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IES - Instituições de Ensino Superior
IIMR - Instrumento de Identificação de Município de Risco
IIP – Índice de Infestação Predial
ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos
ILTB- Infecção Latente por Tuberculose
IMC- Índice de Massa Corporal
IML – Instituto Médico Legal
INCA - Instituto Nacional do Câncer
INPE – Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais
IPVDF - Instituto de Pesquisa Desidério Finamor
ISCMPA - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
LACEN - Laboratório Central do Estado do RS
LAI - Lei de acesso à Informação
LCSO - Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LIRAa - Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti*
LOA - Lei Orçamentária Anual
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LQ – Limite de Quantificação
LRPD - Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MACC - Modelo de Atenção às Condições Crônicas
M&A - Monitoramento e Avaliação
MNT - Micobacterioses Não Tuberculosas
MS - Ministério da Saúde
NAAB- Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB - Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NCPI - Núcleo Ciência Pela Infância
ND - Não Dialítico
NEU- Núcleo Estadual de Educação em Urgências
NT – Nota Técnica
NURESC - Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva
NV - Nascidos Vivos
ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OIT- Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPM - Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OT - Oficina Terapêutica
PAN - Política de Alimentação e Nutrição
PAR- Plano de Ação Regional
PAS – Programação Anual de Saúde
PARA – Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxico
PBF- Programa Bolsa Família
PCCS - Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCF - Programa Nacional Criança Feliz
PCRI/AB-RS - Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica do Rio Grande do Sul
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PEA - População Economicamente Ativa

PEAF - Política Estadual de Assistência Farmacêutica
PEAISH - Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem
PEMQA - Programa Estadual de Melhoria da Qualidade da Água para Consumo Humano
PEPIC - Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares
PES - Plano Estadual de Saúde
PESPI - Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa
PETN - Programa Estadual de Triagem Neonatal
PEVCA – Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes
PFVS - Piso Fixo de Vigilância em Saúde
PGE - Procuradoria Geral do Estado
PIB - Produto Interno Bruto
PICS - Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PIES- Política de Incentivo Estadual à qualificação da Atenção Básica
PIM - Primeira Infância Melhor
PMA - Planejamento, Monitoramento e Avaliação
PMAQ- Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral Á Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNASP - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas
PNCD- Programa Nacional de Controle da Dengue
PNH – Primata Não Humano
PNI - Programa Nacional de Imunizações
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
PNSB -Política Nacional de Saúde Bucal
PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNST – Política Nacional da Saúde do Trabalhador
PNTN - Programa Nacional de Triagem Neonatal
PNVS - Política Nacional de Vigilância em Saúde
POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares
POP - Procedimento Operacional Padrão
POPES- Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde
PPA - Plano Plurianual
PPCI - Plano de Prevenção e Proteção Contra Incêndios
PPL - Pessoa Privada de Liberdade
PPSES - Política de Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
PPSUS - Programa Pesquisa para o SUS
PRI - Planejamento Regional Integrado
PROA - Processos Administrativos eGov
PROADI-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PROSAN - Programa de Saneamento Básico
PROSER - Programa de Saúde do Servidor
PSE - Programa de Saúde na Escola
PSR - População em Situação de Rua
PVHA - Pessoa Vivendo com HIV/Aids
Qualifar-SUS - Programa Nacional de Qualificação de Assistência Farmacêutica
RAG - Relatório Anual de Gestão
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAU - Rede de Atenção às Urgências
RCPcD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RD - Redução de Danos
RDC - Resolução de Diretoria Colegiada
RDQA - Relatório Detalhado do Quadrimestre 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 à Saúde do Trabalhador
REPLAME/RS - Relação Estadual de Plantas Medicinais de Interesse do SUS/RS
RESC - Rede de Educação em Saúde Coletiva
RIS - Residência Integrada em Saúde
RS - Rio Grande do Sul
RT-PCR - Reação em Cadeia da Polimerase Acoplada a Transcriptase Reversa
RUE - Rede de Urgência e Emergência
RVS - Respostas Virológicas Sustentadas
SAA - Sistema de Abastecimento de Água
SAAM - Secretaria de Articulação e Apoio aos Municípios
SAC - Soluções Alternativas Coletivas
SAE - Serviços de Atendimento Especializado
SAI - Soluções Individuais de Abastecimento de Água
SAIPS - Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPH - Sistema Solução de Atendimento Pré-Hospitalar
SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus 2
SASI - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SEAPEN - Secretaria de Administração Penitenciária
SEGEP - Secretaria de Gestão Pública
SEO - Sistema Estadual de Ouvidoria
SEPLAG - Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão
SES/RS - Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena
SETEC - Secretaria Técnica
SG – Síndrome Gripal
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIB -Sistema de Informação de Beneficiários
SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIGAH - Sistema de Gestão de Contratos Ambulatoriais e Hospitalares
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASAN - Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SINE – Sistema Nacional de Emprego
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIPNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISÁGUA - Sistema de Informação de Vigilância de Qualidade da Água para Consumo Humano
SISLAB - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
SISREG - Sistema de Regulação
SIST - Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SIVEP-Gripe - Sistema de Informação de Vigilância da Gripe
SIVISA - Sistema de Vigilância Sanitária
SG - Síndromes Gripais
SNC - Sistema Nervoso Central
SME - Sistema de Monitoramento Estratégico
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
SRAG- Síndrome Respiratória Aguda Grave
STF - Supremo Tribunal Federal
STO - Serviço de Traumatologia e Ortopedia
STOP - Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica
STOU - Serviço de traumatologia e Ortopedia de Urgência
SUS - Sistema Único de Saúde
SUSEPE - Superintendência de Serviços Penitenciários
TAC – Termo de Ajuste de Conduta
TAN- Triagem Auditiva Neonatal
TARV - Terapia antirretroviral
TB – Tuberculose
TBMDR - Tuberculose Multidrogarresistente
TCU- Tribunal de Contas da União
TDO - Tratamento Diretamente Observado
TEA - Transtorno do Espectro Autista
TFD- Tratamento Fora do Domicílio
TI - Tecnologias de Informação
TIC - Tecnologia de Informação e Comunicação
TMC- Transtornos Mentais e Comportamentais
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
TR - Teste Rápido
TRS - Terapia Renal Substitutiva
TV - Transmissão Vertical
UA - Unidades de Acolhimento
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSF - Unidade Básica de Saúde Fluvial
UAa - Unidades de Acolhimento Adulto
UAij - Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil
UCI- Unidade de Cuidados Intermediários
UCO - Unidade Coronariana
UDM - Unidade Dispensadoras de Medicamentos
UERGS - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UMI - Unidade Materno Infantil
UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UOM - Unidade Odontológica Móvel
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
UTIN - Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal

VAB – Valor Adicionado Bruto
VAN – Vigilância Alimentar Nutricional
VFA – Vírus da Febre Amarela
VIGIÁGUA - Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano
VIGITEL- Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
VISA - Vigilância Sanitária
VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador
VMP – Valor máximo permitido
VSR- Vírus Sincicial Respiratório
WPB - *Word Prision Brief*
YLLs – Anos Potenciais de Vida Perdidos (*Years of Life Lost*)
YLDs - Anos Vividos com Incapacidade (*Years Lived with Disability*)