

PLANO

ESTADUAL DE



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

20
24
20
27



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2024 - 2027

PORTO ALEGRE

2024

Governador do Estado

Eduardo Figueiredo Cavalheiro Leite

Vice-Governador do Estado

Gabriel Souza

Secretária de Estado da Saúde

Arita Gilda Hübner Bergmann

Secretária Adjunta de Estado da Saúde

Ana Lúcia Pires Afonso da Costa

Presidente do Conselho Estadual da Saúde

Claudio Augustin

Vice-Presidente do Conselho Estadual da Saúde

Inara Beatriz Amaral Ruas

Chefia de Gabinete

Chefe: Lizete Alberto

Fundo Estadual de Saúde

Diretora Executiva: Meriana Farid El Kek

Assessoria da Procuradoria Setorial

Coordenadora: Maria Cláudia Mulinari

Adjunta: Clarisse da Cunha Lay

Assessoria de Gestão e Planejamento

Coordenador: Péricles Stehmann Nunes

Adjunta: Cristiane Fischer Achutti

Assessoria de Comunicação Social

Coordenador: Neemias Freitas

Adjunto: Carlos Augusto Stefanello de Araújo

Ouvidoria do SUS/RS

Coordenadora: Luiza Maria Plentz

Direção-Geral

Diretora Geral: Lisiane Rodrigues Alves

Adjunta: Claudia Regina Daniel

Centro Estadual de Vigilância em Saúde

Diretora: Tani Maria Schilling Ranieri Muratore

Adjunto: Marcelo Jostmeier Vallandro

Departamento de Gestão de Pessoas

Diretor: Marco Antonio da Cunha Weber

Adjunta: Marlene Teresinha Colling

Departamento Administrativo

Diretor: Gilmar Tadeu do Nascimento Fonseca

Departamento de Gestão de Tecnologias e Inovação

Diretor: Nelson Ferreira de Souza Junior

Adjunto: Maurício Reckziegel

Departamento de Assistência Farmacêutica

Diretor: Alexandre Morais Neves

Adjunta: Simone de Fatima Pacheco do Amaral

Departamento de Gestão dos Hospitais Estaduais

Diretora: Maria Leticia Rodrigues Ikeda

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde

Diretora: Tatiane Pires Bernardes

Adjunta: Marilise Fraga de Souza

Departamento de Regulação Estadual

Diretora: Suelen da Silva Arduin

Adjunto: Rogério Fett Schneider

Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde

Diretor: Bruno Naundorf

Adjunta: Niede Bartikoski Santos

Departamento Estadual de Sangue e Hemoderivados

Diretora: Kátia Maria Minuzzi Brodt

Adjunta: Analice Baldissera

Departamento de Gestão da Atenção Especializada

Diretora: Lisiane Wasem Fagundes

Adjunta: Carla Pertile

Escola de Saúde Pública

Diretora: Teresinha Valduga Cardoso

Adjunto: Rodrigo Boff Daitx

R585p

Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde.

Plano Estadual de Saúde: 2024-2027 / organizado pelo Grupo de Trabalho
Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. Porto Alegre: ESP/SES, 2023.

348 p.: il.

ISBN 978-65-89000-34-1 [recurso impresso]

ISBN 978-65-89000-33-4 [recurso eletrônico]

1. Plano de Saúde. 2. Planejamento em Saúde. 3. Planejamento Estratégico. 4. Gestão do Sistema Único de Saúde. 5. Instrumento de Gestão. I. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. II. Título.

NLM WA 541.DB8

Organização / Coordenação Técnica

Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (GT PMA- SES/RS)

Colaboradores do PES 2024-2027

Adriana Celia Luz	Catia Favreto	Guilherme de Souza Muller
Adriana Zanon Moschen	Celia Adriana Nicolotti	Guilherme Fortes Machado
Ágatha Santos Cunha	Celso Luis Schmidt	Guilherme Ulema da Silva
Agnes Nogueira Gossenheimer	Christiane Rodrigues Spacil	Homero Neves Machado Junior
Alessandra Rocha	Cibele Almeida Gabineski	Humberto Marques de Moraes
Alexandre Atkinson	Clarice Solange Teixeira Batista	Ismin Oliveira Carneiro
Alexandre João Appio	Claudete Ivani Panizzi	Inajara Cagliari Fernandes
Aline Coletto Sortica	Cláudia Barison	Inara Beatriz Ruas
Alpheu Ferreira do Amaral	Claudia Veras	Isabela Alves da Silva Guimarães de Castro
Amanda Brito de Freitas	Cláudio Augustin	Isabela Pinto Soares
Amanda Ciarlo Ramos	Cláudio Renato Souza	Iuday Gonçalves Motta
Amanda Gonzalez da Silva	Cleonara Bedin	Iury Santana Gomes
Ana Carolina Almeida da Silva	Cristielle Aguzzi Cougo De Leon	Ivanir Regina Marques da Silva
Ana Julia Pinheiro Alves	Daiane Machado de Lima	Jairo Cardoso Alves
Ana Lucia Galbarino Amaral	Daniel Krieger Neto	Jane Maria Izaguirre
Ana Luiza Tonietto Lovato	Daniela Rosa de Andrade	Jaqueline Oliveira Soares
Ana Paula Rigo	Daniella de Oliveira Paiva	Jeanice Dorneles Cardoso
André Luis Alves de Quevedo	Débora Troca	Jeannette Rosângela Urtassum
Andrea Leusin de Carvalho	Déborah Sampaio Aragão Saldanha	Jéssica Chagas
Andrea Novo Volkmer	Deise Valerio Vetromilla	Jessica Fraga Brandão
Andressa Carvalho Prestes	Deyse Borges	Jéssica Melo da Silva
Anelise Hahn Bueno de Oliveira	Diva Luciana Flores da Costa	Jéssica Monteiro
Anelise Praetzel Schaurich	Eduardo Viegas da Silva	Joana Finkelstein Veras
Anna Caroline Solka	Eliese Denardi Cesar	Joao Victor Martins Antunes
Anna Laura Köchert	Elisandra Duarte Rodrigues	João Vinícius Ribeiro Azambuja
Anne Allyucha Godinho	Everton Cristian Moraes	Jonatan da Rosa Pereira da Silva
Annicele Da Silva Andrade Gameiro	Évilin Costa Gueterres	José Henrique Hinkel
Barbara Paetzel Tomatis	Fabiana Reginatto Hering	Julia Dalla Corte Vaz
Bárbara Refosco Marques	Fernanda Cardoso Franco	Juliana Dourado Patzer
Beatriz Raffi Lerm	Fernanda dos Santos	Juliana Maria Fagundes Verch
Betina Rodrigues da Silva	Fernanda Maria da Rocha	Juliana Portela Dias
Bruno Moraes da Silva	Fernanda Mielke	Juliana Querino Goulart
Camila Tedesco Rybarczyk	Fernanda Raissa Berr Elias	Juliana Silvani
Camilo de Oliveira Lirio	Fernanda Torres Carvalho	Karen Chisini Coutinho Lutz
Cândida Kirst Bergmann	Fernando Vettorazzi	Karen Godoi
Cândida Luísa Farina Escosteguy	Flavia Cristina Schuck	Kátia Rodrigues da Silva
Carine Teresa Zambonato Ecco	Franciele Masiero Vasconcellos	Killian Colombo
Carla Albert	Francyne da Silva Silva	Lara Villanova Crescente
Carlos Alberto Ebeling Duarte	Gabriel Azambuja Athayde	Larissa De Souza Merlo
Carlos Antonio da Silva	Gabriela Bandeira Burlamaque	Lauren Sanches
Carlos Roberto Goes	Gabriela Dalenogare	Letícia Garay Martins
Carolina Baldisserotto	Gabriela Carvalho Nascimento	Lidiani Sampaio da Costa
Comerlato	Gabriela Oliveira da Cunha	Lilian Borges Teixeira
Carolina de Azevedo Fernandes	Gabriela Saores Custodio de Souza	Lisiane Nunes da Fontoura
Carolina Drugg	Gabriela Weber Itaquy	Loeci Natalia Timm
Carolina Melchior Leandro	Giovana Fecker da Costa Diaz	Luana de Oliveira Neckel
Carolina Nunes Port	Gisele Mariuse da Silva	Luana Dullius
Caroline Cardozo Bortolotto	Gisleine Lima da Silva	Lucas Barbosa da Silveira Rodrigues
Caroline Martins Cardini	Giullia Garcia de Medeiros	Lucas Meirelles Machado
Cássio de Souza Anderson		

Lucas Oltramari
Lucas Rodrigues Mentz
Luciana Bocaccio Sperb de Freitas
Luciana Otero Lima
Luciana Rocha da Silveira
Luciane da Silva
Luiz Carlos Almeida Barboza
Luiz Carlos da Silva Duarte
Luiz Carlos Espindola Junior
Luiza Maria Plentz
Luiziane Bellaguarda Brusa da Costa
Maiara Lenise Lutz
Maicon Garcia Lima
Maike Luan Gomes da Rocha
Maísa Beltrame Pedroso
Marcelo Borges de Figueiredo
Marcelo Chaves
Marcia Elisa Krahl Fell
Marciana Zambillo
Marcos Vinícius Ribeiro Campos
Maria Alice Vieira Lantmann
Maria Aparecida Famer
Maria Carolina Pinheiro
Maria Clara Pinheiro de Lima
Maria Gabriela Costa Dias
Andriotti
Maria Tereza Blanco
Strohschoen
Mariana Gunther Borges
Mariana Viana da Silva
Marília Canterle Gonçalves
Marília Pinto Bianchini
Marina Soares Buralde
Marlise Antunes Grahl
Mathias Schwertner Holz
Maura Carolina Belome da Silva
Maurício Santos
Mayara Mota de Oliveira
Melissa de Azevedo
Miriam Beatriz Bellinaso
Miriane Castilhos Oliveira
Nádia Heusi Silveira
Natalia Borges Martins
Natália Machado Nunes
Natasha Vieira Sievers
Nathalia Leal Moreira
Nathaniel Pires Raymundo
Nathiele Boeno
Patrícia de Carli
Paula de Moraes Frassetto
Pedro Oliverio Rocha
Pedro San Martin Soares
Priscilla Lunardelli
Rafael Frigotto Henrique
Rafaela Carvalho de Andrade
Rafaela Oliveira da Vitoria

Rafaela Ribeiro Machado Oliveira
Raphaela Fonseca
Regina Bones Barcellos
Rejane Cervieri
Renata De Lima Contreira
Renata Castro Gusmão
Renata Maria Dotta
Renata Petzhold Mondini
Renata Varela
Rita Mara Chagas Ribeiro
Roberta Nascimento Leaes
Rodrigo Finkelsztein
Rosângela Machado Moreira
Rozeli Rita Rodrigues
Sabrina Nunes do Nascimento
Sarah dos Santos Amaral
Sergio Luiz Silva Bratkowski
Sheila Schuch Ferreira
Sheldon Hiller
Silvia Gensas Spielmann
Solange Rosaura de Souza Brito
Sonia Micaela Devincenzi Socal
Soraya de Vargas Scariot
Susana Cristina Nunes
Suzana de Souza
Talita Donatti
Talita Turmina
Tatiana Castilhos
Tatiana Heidi Oliveira Bispo
Tatiana Lafin
Tatiane de Cassia Xavier de Oliveira
Thaissa Araujo de Bessa
Thales Ávila Pedroso
Thales Preissler
Valeska Lizzi Lagranha
Vandreia Machado Garcia
Vanessa Argoud
Vanessa Rossoni de Oliveira
Vânia Ames Schommer
Vera Lucia de Lemos Mello
Vitoria Gonzatti de Souza
Vitória Machado Krüger
Viviane Cezar
Volnei da Silva Moreira

Revisores Externos

Prof^o Dr^o Dário Frederico
Pasche
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof^a Dr^a Luciana Barcellos
Teixeira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

SUMÁRIO

Introdução	18
Mapa estratégico	19
Organização da saúde no território gaúcho	20
I. Análise de Situação de Saúde	25
1. PANORAMA DEMOGRÁFICO E CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	26
1.1 Pirâmide demográfica com distribuição por faixa etária	28
1.2 Mulheres em idade fértil, gestantes e nascidos vivos	30
1.3 Coeficiente geral de natalidade	33
1.4 Densidade populacional	34
1.5 Expectativa de vida ao nascer	35
1.6 Crescimento populacional	35
1.7 Razão de dependência demográfica	36
1.8 Taxa de fecundidade	37
1.9 Distribuição por raça/cor	38
1.10 Grupos populacionais	39
2. ASPECTOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	48
2.1 Determinantes e condicionantes da saúde	48
2.2 Carga global de doenças	88
2.3 Taxas de morbidade e mortalidade	88
2.4 Morbidade	93
2.5 Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelas quatro principais DCNT (diabetes mellitus, cardiovasculares, respiratórias e neoplasias malignas)	117
2.6 Saúde mental	121
2.7 Contexto da saúde da pessoa idosa	125
2.8 Vigilância de influenza	128
2.9 Pandemia pela covid-19 no estado do RS 2020-2022	129
2.10 Imunizações	136
3. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	144
3.1 Atenção primária à saúde: ordenadora do cuidado	144
3.2 Redes temáticas do estado do Rio Grande do Sul	164
3.2.1 Rede materno-paterno-infantil	164
3.2.2 Rede de atenção psicossocial	177
3.2.3 Rede de atenção às urgências	182
3.2.4 Rede de atenção a doenças crônicas	190
3.2.5 Rede de cuidados à pessoa com deficiência	216
3.3 Atenção especializada em saúde	222
3.4 Estabelecimentos estaduais próprios	234
3.5 Sistemas transversais na rede de saúde	239

3.5.1 Assistência farmacêutica	239
3.5.2 Exames de apoio e diagnóstico.....	251
3.5.3 Vigilância em saúde	256
3.5.4 Hemorrede estadual	265
3.6 Sistemas de apoio logístico	270
4. MACROPROCESSOS DE GOVERNANÇA E GESTÃO ESTADUAL DO SUS	280
4.1 Instâncias de pactuação intergestores.....	280
4.2 Planejamento regional integrado.....	281
4.3 Participação social.....	282
4.3.1 O controle social no SUS	282
4.3.2 Ouvidoria do SUS	283
4.4 Informação para ação.....	287
4.5 Auditoria	287
4.6 Educação, ciência, tecnologia e inovação em saúde.....	288
4.7 Gestão do trabalho.....	290
4.8 Financiamento	296
4.9 Consórcios públicos	302
4.10 Judicialização em saúde.....	303
II. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores	307
III. Monitoramento e Avaliação	320
1. ANÁLISE PARCIAL DAS METAS DO PES 2020-2023.....	322
2. ANÁLISE PARCIAL DOS INDICADORES DE RESULTADO DO PES 2020-2023.....	322
3. METODOLOGIA DE MONITORAMENTO DAS METAS DO PES 2024-2027	324
Referências	326

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa estratégico da Secretaria Estadual de Saúde, RS, 2023.	19
Figura 2. Mapa com divisão das Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde e Regiões de Saúde, RS, 2023.	20
Figura 3. Distribuição populacional estimada (por Região de Saúde), RS, 2021.	28
Figura 4. Distribuição da população (por sexo e faixa etária), RS, 2010 e 2021.	29
Figura 5. Proporção da população com 60 anos ou mais (por Macrorregião de Saúde), RS, 2021.	30
Figura 6. Distribuição das mulheres em idade fértil - 15 a 49 anos (por Região de Saúde), RS, 2021.	31
Figura 7. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos (por Macrorregião de Saúde), RS, 2017-2021.	32
Figura 8. Densidade Demográfica (habitantes/km ² , por Macrorregião de Saúde), RS, 2021.	35
Figura 9. Razão de dependência (por Macrorregião de Saúde), RS, 2021.	37
Figura 10. Taxa de fecundidade (por Região de Saúde), RS, 2021.	38
Figura 11. Distribuição dos povos indígenas aldeados (por Região de Saúde), RS, março de 2023.	39
Figura 12. Proporção da população negra - pessoas autodeclaradas pretas e pardas (por Região de Saúde), RS, 2010.	40
Figura 13. Distribuição de comunidades remanescentes de quilombo certificadas (por Região de Saúde), RS, 2023.	41
Figura 14. Número de atendimentos individuais (por sexo), pela demanda de Alcoolismo na série histórica, RS, 2018-2022.	49
Figura 15. Número de notificações de surtos de DTHA e DDA, RS, 2017-2022* 51	51
Figura 16. Taxa de analfabetismo (%) (por faixa etária), RS, 1991, 2000 e 2010.	53
Figura 17. Proporção de crianças pobres e extremamente pobres menores de 6 anos de idade, RS, 2022.	55
Figura 18. Informações sobre emprego, RS, 2018-2021.	57
Figura 19. Número de registros de agravos de notificação compulsória relativos aos migrantes internacionais com Cartão Nacional de Saúde e residência no RS, 2010-2020.	59
Figura 20. Número de registros dos principais agravos notificados no SINAN, relativos aos migrantes internacionais com Cadastro Nacional de Saúde e residência no RS, 2010-2020.	60
Figura 21. Saúde mental dos povos indígenas, RS, 2019-2022.	69
Figura 22. Taxa de violência sexual em crianças e adolescentes (por 100.000/habitantes e por Macrorregião de Saúde), RS, 2018-2022.	71
Figura 23. Taxa de notificação de lesão autoprovocada (por 100.000 habitantes), RS, 2011-2022.	72
Figura 24. Taxa de notificação de lesão autoprovocada (por faixa etária e sexo), RS, 2022.	72
Figura 25. Óbitos por suicídio, RS, 2011-2022.	73
Figura 26. Série histórica do tipo de parto vaginal e cesáreo, RS, 2019-2022.	75
Figura 27. Casos de Sífilis em gestante (número e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos, local de residência e ano de diagnóstico), RS, 2017-2021 ^{1 2 3} 79	79
Figura 28. Taxa de detecção de Sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos, Macrorregião de Saúde e ano diagnóstico), RS, 2017-2022.	80
Figura 29. Casos de Sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (número e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos) notificados no SINAN (segundo local de residência e ano de diagnóstico), RS, 2017-2021 (1,2,3)..... 81	81
Figura 30. Casos de AIDS em menores de 5 anos de idade (número absoluto e taxa de detecção por 100.000 habitantes), segundo local de residência por ano de diagnóstico, RS, 2017-2021 (1,2,3)*..... 82	82
Figura 31. Comparação da distribuição dos casos de Toxoplasmose Congênita, segundo classificação final (por ano de notificação), RS, 2018 a 2022..... 83	83
Figura 32. Óbitos maternos e razão de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos), RS, 2016-2022.	84
Figura 33. Principais causas de mortalidade, por Capítulo CID-10, RS, 2018-2022* 89	89
Figura 34. Incidência de Tuberculose, RS, 2015-2022..... 94	94
Figura 35. Casos novos de Tuberculose diagnosticados em populações vulneráveis, RS, 2018-2022..... 95	95
Figura 36. Percentual de cura e abandono entre casos novos de Tuberculose com doenças e agravos associados, RS,	

2021.”	96
Figura 37. Percentual de cura e abandono de casos novos de Tuberculose em populações vulneráveis, RS, 2021.	96
Figura 38. Casos novos de Hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, RS, 2017-2021.....	97
Figura 39. Casos de Sífilis adquirida (número e taxa de detecção por 100.000 habitantes), segundo ano de diagnóstico, RS, 2017-2021 (1,2)	98
Figura 40. Taxa de detecção de Sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), por Macrorregião de Saúde e ano de diagnóstico, RS, 2017-2022 (1,2)	99
Figura 41. Distribuição dos casos de Sífilis adquirida (%), segundo sexo e faixa-etária por ano de diagnóstico, RS, 2017-2021 (1,2).....	100
Figura 42. Distribuição percentual de casos de Sífilis adquirida, segundo raça/cor por ano de diagnóstico, RS, 2017-2021 (1,2).....	101
Figura 43. Taxa de detecção de Hepatites Virais A, B e C (por 100 mil habitantes e ano de diagnóstico), RS, 2017-2022*.....	102
Figura 44. Taxa de detecção de Hepatite C (por faixa etária e ano de diagnóstico), RS, 2017-2022*.....	103
Figura 45. Número de casos de HIV notificados no SINAN (por sexo, razão de sexo e ano de diagnóstico), RS, 2017-2021 (1,2).....	104
Figura 46. Número de casos de HIV notificados no SINAN (por raça/cor e ano de diagnóstico), RS, 2017-2021(1,2)	105
Figura 47. Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de casos de AIDS (por razão de sexo, segundo ano de diagnóstico), RS 2017-2021 (1,2).....	106
Figura 48. Taxa de detecção de AIDS (por 100.000 habitantes), por Macrorregião de Saúde e ano de diagnóstico, RS, 2017-2021 (1,2)	107
Figura 49. Taxa distribuição percentual de casos de AIDS notificados no SINAN (segundo raça/cor e ano de diagnóstico), RS, 2017-2021 (1,2).....	108
Figura 50. Casos de AIDS e óbitos por causa básica AIDS (número e coeficiente bruto por 100.000 habitantes), segundo local de residência e ano do óbito, RS, 2017-2021 (1,2).....	110
Figura 51. Coeficiente de mortalidade bruto por AIDS (por 100.000 habitantes), segundo Macrorregião de Saúde e ano do óbito, RS, 2017-2021 (1,2)	110
Figura 52. Distribuição dos casos de Dengue, notificados e confirmados, por ano de início de sintomas, RS, 2018-2022.....	111
Figura 53. Casos confirmados de Dengue (por faixa etária), RS, 2022	112
Figura 54. Mapeamento de municípios com índices de infestação predial (IPP) maior que 1 (um) distribuídos nos municípios infestados por <i>Aedes aegypti</i> , RS, 2022	113
Figura 55. Mapeamento da circulação dos subtipos de Dengue, RS, 2022.....	114
Figura 56. Série histórica do percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), RS, 2018-2022.....	115
Figura 57. Taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (Diabetes Mellitus, doenças do Aparelho Circulatório, doenças respiratórias crônicas e Neoplasias malignas) (por 100.000 habitantes), segundo sexo, RS, 2018-2022.....	118
Figura 58. Taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (Diabetes Mellitus, doenças do Aparelho Circulatório, doenças respiratórias crônicas e Neoplasias malignas) (por 100.000 habitantes), cor de pele, RS, 2018-2022.....	118
Figura 59. Taxa de mortalidade prematura por Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e Neoplasias (por 100.000 habitantes), segundo o sexo, no RS, 2018-2022	119
Figura 60. Número de atendimentos em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, RS, 2018-2022	121
Figura 61. Taxa de internações SUS por risco de suicídio (por 100.000 habitantes), por Macrorregião de Saúde, RS, 2018-2022.....	124
Figura 62. Percentual de sobrepeso em pessoas idosas, RS, 2018-2022	125
Figura 63. Série histórica da taxa de notificação de violência contra a pessoa idosa (por 100 mil habitantes e por faixa etária), RS, 2018-2022	127
Figura 64. Série histórica da taxa de notificação de violência contra a pessoa idosa (por 100 mil habitantes e por raça/cor), RS, 2018-2022	127
Figura 65. Distribuição dos vírus respiratórios entre os casos de SRAG (por semana epidemiológica de início dos sintomas), RS, 2019-2022.....	128

Figura 66. Proporção de casos de SRAG hospitalizados por covid-19 (por faixa etária e mês), RS, 2020-2022.....	130
Figura 67. Proporção mensal dos óbitos por covid-19 (por faixa etária), RS, 2020-2022.....	130
Figura 68. Letalidade hospitalar por covid-19 (segundo escolaridade e faixa etária), RS, 2020-2022.....	131
Figura 69. Uso de Unidade de Terapia Intensiva entre óbitos por covid-19 (segundo escolaridade e faixa etária), RS, 2020-2022.....	132
Figura 70. Letalidade hospitalar por covid-19 (segundo raça/cor e faixa etária), RS, 2020-2022.....	132
Figura 71. Letalidade hospitalar por covid-19 (segundo raça/cor, em pessoas com até nove anos de escolaridade e por faixa etária), RS, 2020 a 2022.....	133
Figura 72. Taxa de mortalidade de SRAG por covid (por 100.000 habitantes e por Região de Saúde), RS, 2020-2022. 134	134
Figura 73. Taxa de letalidade de SRAG por covid-19 (por Região de Saúde), RS, 2020-2022.....	134
Figura 74. Taxa de Mortalidade SRAG por Influenza (por 100 mil habitantes e por Região de Saúde), RS, 2019-2022.....	135
Figura 75. Análise de risco para Poliomielite, de acordo com os níveis de risco, RS, 2021.....	136
Figura 76. Coeficiente de incidência de Rubéola e cobertura vacinal de crianças*, RS, 1978-2022.....	137
Figura 77. Coeficiente de incidência de Sarampo e cobertura vacinal de crianças*, RS, 1973-2022.....	138
Figura 78. Percentual de cobertura vacinal (por imunobiológico selecionado), RS, 2018-2022*.....	139
Figura 79. Homogeneidade de coberturas vacinais (segundo imunobiológico selecionado), RS, 2018-2022*.....	141
Figura 80. Taxas de abandono da vacinação de crianças menores de 1 ano, RS, 2018-2022*.....	142
Figura 81. Cobertura vacinal da Influenza (segundo grupo prioritário), RS, 2022*.....	143
Figura 82. Cobertura vacinal (segundo situação vacinal <i>versus</i> número de óbitos por covid-19), semanas epidemiológicas, 03/2021 a 03/2023, RS.....	143
Figura 83. Cobertura da Atenção Primária à Saúde no RS, dezembro de 2022.....	145
Figura 84. Componentes do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), RS, 2021.....	151
Figura 85. Municípios com adesão à Rede Bem Cuidar, RS, março de 2023.....	152
Figura 86. Série histórica do número de atendimentos individuais na Atenção Primária à Saúde relacionados ao tabagismo, usuário de álcool, usuário de outras drogas, saúde mental e reabilitação, RS, 2018-2022.....	154
Figura 87. Percentual de atendimentos de equipes de Consultório na Rua (eCR), por condição avaliada, RS, 2018-2022 (n=83.899).....	155
Figura 88. Fluxograma da Rede Materno-Paterno-Infantil no RS, 2023.....	165
Figura 89. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), RS, março de 2023.....	178
Figura 90. Dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica, RS, 2023.....	180
Figura 91. Dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Especializada, RS, 2023.....	181
Figura 92. Componentes da Rede de Atenção às Urgências, RS, 2023.....	183
Figura 93. Distribuição de USA, USB e MT, RS, 2023.....	184
Figura 94. Rede de Atenção a condições e doenças crônicas, RS, março de 2023.....	191
Figura 95. Série histórica de exames citopatológicos de colo do útero realizados na faixa etária de 25 a 64 anos, RS, 2018-2022.....	202
Figura 96. Série histórica de mamografias de rastreamento e diagnóstica realizadas em mulheres entre 35 e 69 anos*, RS, 2018-2022.....	206
Figura 97. Distribuição dos mamógrafos (por Região de Saúde), RS, fevereiro de 2023.....	208
Figura 98. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, RS, 2023.....	217
Figura 99. Mapa de serviços de reabilitação auditiva, física e visual (por Região de Saúde), RS, 2022.....	219
Figura 100. Mapa de serviços de reabilitação intelectual (por Região de Saúde), RS, 2022.....	220
Figura 101. Distribuição dos Centros de Referência em TEA – Programa TEAcolhe, RS, 2023.....	222
Figura 102. Produção de média complexidade em Traumatologia-Ortopedia (por Macrorregião de Saúde de internação), RS, 2019-2022.....	225
Figura 103. Produção de alta complexidade em Traumatologia-Ortopedia (por Macrorregião de Saúde de internação), RS, 2019-2022.....	226
Figura 104. Ciclo da Assistência Farmacêutica, RS, 2023.....	243
Figura 105. Taxa de produção de mamografia acima de 35 anos (por 1.000 mulheres), RS, 2022.....	256
Figura 106. Número de usuários com coagulopatias cadastrados na Hemorrede do estado do RS, 2018-2022... ..	269

Figura 107. Número de ligações para a CRU/SAMU/DRE/SES/RS e ligações classificadas nas categorias “Engano” e “Trote”, janeiro/2018 a fevereiro/2023.	271
Figura 108. Tempo Médio (hh:mm:ss) entre o envio do chamado de socorro para a Regulação Médica, pelo TARM, e o efetivo atendimento pelo regulador, CRU/SAMU/DRE/SES/RS, janeiro/2018 a dezembro/2022.	272
Figura 109. Mapa da implantação da Regulação Ambulatorial com utilização do GERCON em 260 estabelecimentos de saúde, RS, novembro de 2022.	275
Figura 110. Mapa de implantação do sistema GERINT nos hospitais, RS, 2022.	277
Figura 111. Evolução da Implantação da Regulação pela Central Estadual de Saúde Mental - CER Mental nas Coordenadorias Regionais de Saúde, RS, 2017-2022.	278
Figura 112. Tempo de atuação dos secretários executivos nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), RS, março de 2023.	281
Figura 113. atendimentos realizados pela Ouvidoria do SUS/SES/RS, 2019-2022*	284
Figura 114. Manifestações registradas no sistema OuvidorSUS e percentual de respostas dentro do prazo (30 dias), Ouvidoria do SUS/SES/RS, 2018-2022.	284
Figura 115. Manifestações registradas no sistema OuvidorSUS, segundo marcadores de população LGBT, saúde prisional, racismo, população em situação de rua, população itinerante e saúde indígena, Ouvidoria do SUS/SES/RS, 2018-2022.	285
Figura 116. Distribuição dos trabalhadores que atuam nas ASPs (1.000 habitantes), por Região de Saúde, RS, fevereiro de 2023.	290
Figura 117. Recursos Humanos, por vínculo empregatício, SES/RS, 2022.	291
Figura 118. Evolução do quantitativo de novas ações judiciais, na Secretaria da Saúde, RS, 2017-2022.	303
Figura 119. Evolução do quantitativo de novas ações judiciais, por tratamentos diversos, na Secretaria da Saúde, RS, 2017-2022.	303
Figura 120. Instrumentos utilizados na construção das DOMIs do Plano Estadual de Saúde 2024-2027.	308
Figura 121. Resultado dos Indicadores de Resultado de polaridade negativa (que se busca reduzir ou eliminar) do PES 2020-2023, RS, 2023.	323
Figura 122. Resultado dos Indicadores de Resultado de polaridade positiva (que se busca aumentar) do PES 2020-2023, RS, 2023.	323
Figura 123. Etapas do processo de monitoramento e avaliação, RS, 2023.	324
Figura 124. Modelo lógico de monitoramento e avaliação, RS, 2023.	325

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Municípios, RS, 2023.	21
Quadro 2. Série histórica da Taxa de Mortalidade Infantil - TMI (por período), RS, 2013-2022*.....	76
Quadro 3. Série histórica da Taxa de Mortalidade Infantil (por Macrorregião de Saúde), RS, 2013-2022*.....	77
Quadro 4. Série histórica do percentual de óbitos infantis e fetais investigados e investigados em tempo oportuno, RS, 2018-2022*.....	78
Quadro 5. Série histórica com as cinco principais causas de mortalidade materna, RS, 2018-2022.....	85
Quadro 6. Cinco principais causas de mortalidade da população residente (por grupo etário e capítulos da CID-10) (%), RS, 2018-2022*.....	90
Quadro 7. Cinco principais causas de mortalidade da população residente (por sexo e capítulos da CID-10) (%), RS, 2018-2022*.....	92
Quadro 8. Cinco principais causas de mortalidade da população residente (por raça/cor e capítulos da CID-10) (%), RS, 2018-2022*.....	92
Quadro 9. Série histórica das principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), RS, 2018-2022.....	116
Quadro 10. Resultados do TelessaúdeRS-UFRGS, RS, 2020-2022.....	153
Quadro 11. Distribuição dos Ambulatórios de Gestação de Alto Risco, RS, 2023.....	167
Quadro 12. Implantação da Rede Cegonha do RS - serviços que recebem recurso federal, RS, março de 2023.....	169
Quadro 13. Necessidade de leitos e leitos existentes para o Cuidado Progressivo Neonatal (UTIN, UCINCo e UCINCa), por Macrorregião de Saúde, RS, 2023.....	172
Quadro 14. Distribuição dos Serviços de Referência para Aborto Legal, RS, 2023.....	173
Quadro 15. Cobertura SAMU e distribuição de unidades (por Região de Saúde), RS, 2023.....	185
Quadro 16. Serviços habilitados e suas referências na Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, RS, março de 2023.....	193
Quadro 17. Distribuição dos serviços para Tratamento de Substituição da Função Renal - TRS (por Região de Saúde), RS, abril de 2023.....	195
Quadro 18. Referências da Rede Estadual de Alta Complexidade Cardiovascular, conforme tipo de atendimento realizado, RS, 2023.....	198
Quadro 19. Distribuição dos Serviços de Atenção Oncológica - CACON, UNACON, Braquiterapia, Quimioterapia, Radioterapia, Hematologia e Pediatria (por Macrorregião de Saúde), RS, 2022.....	200
Quadro 20. Áreas de atendimento da RCPcD (público-alvo e atendimento disponibilizado), RS, 2023.....	218
Quadro 21. Unidades habilitadas em Traumatologia-Ortopedia de Alta Complexidade, RS, 2023.....	223
Quadro 22. Serviços habilitados em Neurologia/Neurocirurgia de Alta Complexidade, RS, 2023.....	227
Quadro 23. Produção de exames de apoio diagnóstico, RS, 2022.....	251
Quadro 24. Taxa de produção de exames diagnósticos (por 1.000 habitantes e por especialidades selecionadas), RS, 2022.....	253
Quadro 25. Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) da RENAVER-RS (por Macrorregião de Saúde, Região de Saúde e Município), RS, 2023.....	258
Quadro 26. Consórcios públicos financiados pela SES/RS, RS, fevereiro de 2023.....	302

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estimativa da distribuição da população (por sexo e faixa etária), RS, 2021.....	26
Tabela 2. Estimativa da distribuição da população (por Macrorregião de Saúde), RS, 2021.....	27
Tabela 3. Série histórica de nascidos vivos (por local de residência e por Macrorregião de Saúde), RS, 2018 a 2022*.....	32
Tabela 4. Série do coeficiente geral de natalidade (por Macrorregião de Saúde), RS, 2018-2022.....	34
Tabela 5. Estimativa populacional (por Macrorregião de Saúde), RS, de 2017 a 2021.....	36
Tabela 6. Municípios com mais de 50 pessoas registradas como população em situação de rua (PSR) e taxa* PSR (por 1.000 habitantes) no RS - 2022.....	46
Tabela 7. Estimativa do número de pessoas com deficiência (por faixa etária), RS, 2019.....	47
Tabela 8. Unidades Sentinela, RS, 2023.....	63
Tabela 9. Número absoluto e proporção de nascidos vivos (NV) com início do pré-natal no 1º, 2º e 3º trimestre de gestação (por Macrorregião de Saúde), RS, 2022.....	74
Tabela 10. Casos de gestantes com Sífilis, número e percentual (segundo raça/cor e ano de diagnóstico), RS, 2017-2021.....	80
Tabela 11. Casos notificados e confirmados de Toxoplasmose Congênita (por Coordenadoria Regional de Saúde), RS, 2022.....	83
Tabela 12. Óbitos maternos e razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos e por Macrorregião de Saúde), RS, 2018-2022.....	85
Tabela 13. Série histórica da Razão de Mortalidade Materna, estratificada por raça/cor, RS, 2017-2021.....	86
Tabela 14. Número absoluto e percentual de casos de óbitos maternos investigados em tempo oportuno, RS, 2016-2022.....	87
Tabela 15. Proporção de gravidez na adolescência entre a faixa etária de 10 a 19 anos (por Macrorregião de Saúde), RS, 2017-2021.....	87
Tabela 16. Seis principais causas de internação (por capítulo CID-10), RS, 2018-2022.....	94
Tabela 17. Casos de AIDS em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais (segundo categoria de exposição hierarquizada), RS, 2017-2021.....	108
Tabela 18. Distribuição percentual dos casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM (segundo origem dos dados e ano de diagnóstico), RS, 2016-2021.....	109
Tabela 19. Taxa de mortalidade prematura por Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e Neoplasias (por 100.000 habitantes e segundo raça/cor de pele), RS, 2018-2022.....	120
Tabela 20. Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC), municípios com Saúde Mental na Atenção Básica e com atenção em Saúde Mental Especializada, leitos em Saúde Mental, RS, 2018-2022.....	122
Tabela 21. Distribuição absoluta e percentual dos municípios segundo imunobiológico selecionado e estratos de coberturas vacinais, RS, 2022*.....	139
Tabela 22. Cobertura vacinal (por Macrorregião e Região de Saúde), para as vacinas do calendário infantil (menores de 1 ano), RS, 2022*.....	140
Tabela 23. Taxa de cadastros no e-SUS (por 1.000 habitantes, Regiões de Saúde e por raça/cor da pele), RS, 2022.....	146
Tabela 24. Quantitativo dos atendimentos realizados, primeiros atendimentos e atendimentos subsequentes da Linha da Pessoa Idosa, Santa Maria, RS, outubro de 2022 - janeiro de 2023.....	160
Tabela 25. Distribuição de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas (por Macrorregião de Saúde), RS, 2023.....	187
Tabela 26. Distribuição das Portas de Entrada Hospitalares (por Macrorregião de Saúde), RS, março de 2023.....	187
Tabela 27. Distribuição dos Leitos dos Centros de Acidente Vascular Cerebral - AVC (por Macrorregião de Saúde), RS, março de 2023.....	189
Tabela 28. Distribuição dos Plantões Presenciais (por Macrorregião de Saúde), RS, março de 2023.....	190
Tabela 29. Série histórica de necessidade e produção de exames citopatológicos de rastreamento, colposcopia e biópsia do colo uterino, para população SUS dependente, RS, 2018-2022.....	203

Tabela 30. Série histórica de necessidade e produção de exames da linha de cuidado da mama, para população SUS dependente, RS, 2018-2022.....	206
Tabela 31. Produtividade no atendimento ambulatorial na Atenção às Doenças Raras, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, 2019-2022.....	212
Tabela 32. Proporção das neurocirurgias <i>versus</i> cirurgias gerais em Alta Complexidade, RS, 2018-2022.....	228
Tabela 33. Número absoluto e proporção dos dez procedimentos neurocirúrgicos de Alta Complexidade realizados com maior frequência, RS, 2018-2022.....	229
Tabela 34. Fila de espera ativa na especialidade Saúde Mental – Transexualidade, RS, janeiro de 2018 a janeiro de 2023.....	231
Tabela 35. Agendamentos na especialidade Saúde Mental – Transexualidade, RS, 2018-2023.....	231
Tabela 36. Total de procedimentos realizados na atenção especializada no processo transexualizador, conforme tabela SUS, pelo HCPA, 2018-2023.....	232
Tabela 37. Unidades Assistenciais na Rede Estadual de Oftalmologia, RS, 2023.....	233
Tabela 38. Valor total de repasse para a Assistência Farmacêutica Básica dos municípios, RS, 2018-2022.....	244
Tabela 39. Total de tratamentos deferidos ou em reavaliação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, no mês de dezembro, RS, 2018-2022.....	248
Tabela 40. Atividades desenvolvidas pelo Centro de Informação Toxicológica, RS, 2018-2022.....	263
Tabela 41. Coleta de sangue com fins transfusionais (por natureza jurídica do estabelecimento), RS, 2018-2022.....	265
Tabela 42. Taxa de doação de sangue (por 1.000 habitantes e por Região de Saúde), RS, 2018-2022.....	266
Tabela 43. Percentual de transfusões no SUS (por tipo de componente), RS, 2018-2022.....	266
Tabela 44. Taxa de transfusão de sangue no SUS (por 1.000 habitantes), RS, 2018-2022.....	267
Tabela 45. Quantidade de Unidade de Infusões - UI (por tipo de hemoderivado), RS, 2018-2022.....	269
Tabela 46. Quantitativo de notificações de morte encefálica e doadores efetivos, RS, 2019-2022.....	273
Tabela 47. Série histórica de transplantes de órgãos sólidos, RS, 2019-2022.....	273
Tabela 48. Série histórica de transplantes de tecidos, RS, 2019-2022.....	273
Tabela 49. Dez maiores filas de espera para consulta especializadas no GERCON, RS, março de 2023.....	275
Tabela 50. Evolução da Cobertura de Regulação do Acesso às Internações Hospitalares pela Central Estadual de Saúde Mental (CER Mental), RS, 2017-2022.....	279
Tabela 51. Série histórica de vacâncias, SES/RS, 2018-2022.....	293
Tabela 52. Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde, RS, 2019-2022.....	296
Tabela 53. Total de tratamentos judiciais deferidos, RS, 2018-2022.....	305

LISTA DE SIGLAS

AAE - Ambulatório de Atenção Especializada	DAPES - Divisão Acadêmica e de Políticas de Educação em Saúde
AB - Atenção Básica	DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
AE - Atenção Especializada	DEAF - Departamento de Assistência Farmacêutica
AGAR - Ambulatórios de Gestação de Alto Risco	DEE-RS - Departamento de Economia e Estatística do RS
Aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	DGTI - Departamento de Gestão de Tecnologias e Inovação
AME - Administração de Medicamentos	DIP - Doença Inflamatória Pélvica
ANS - Agência Nacional de Saúde	DNC - Doenças de Notificação Compulsória
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária	DOE - Diário Oficial do Estado
APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade	DOMI- Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
APS - Atenção Primária � Saúde	DPS - Divisão de Pesquisa em Saúde
ASE - Ambulatórios de Seguimento de Egressos	DRC - Doença Renal Crônica
AVC - Acidente Vascular Cerebral	DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas
BLH - Bancos de Leite Humano	DSEI ISUL - Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul
CACONS - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia	DTHA - Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar
Cadúnico - Cadastro �nico	EaD - Ensino a Distância
CEGRAS - Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção � Saúde	eAPP - equipe de Atenção Primária Prisional
CEPICSS - Comissão de Educação Permanente, Informação e Comunicação para o Controle Social no SUS	eCR - equipes de Consultório na Rua
CEPS - Comitê de �tica na Pesquisa em Saúde	EMSI - equipes multidisciplinares de saúde indígena
CER - Centros Especializados em Reabilitação	EPIs - Equipamentos de Proteção Individual
CESP - Curso de Especialização em Saúde Pública	FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compens��o
CESTEH - Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana	FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
CGBP - Casas de Gestantes, Beb�s e Puérperas	GAL- Gerenciador de Ambiente Laboratorial
CGLAB/MS - Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública do Ministério da Saúde	GC - Grupo Condutor
CGN- Coeficiente Geral de Natalidade	GERCON - Sistema de Gerenciamento de Consultas
CGPPSES - Comitê Gestor da Política de Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde	GERINT - Sistema de Gerenciamento de Internações
CIB - Comissão Intergestores Bipartite	GT- Grupo de Trabalho
C�ptea - Carteira Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista no Rio Grande do Sul	GUD - Gerenciamento de Usuários com Deficiência
CIT - Centro de Informações Toxicológicas	HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
CIT- Comissão Intergestores Tripartite	HIV - Vírus da imunodeficiência humana
CNS - Cartão Nacional de Saúde	HNSC - Hospital Nossa Senhora da Conceição
COGERE - Colegiado de Gestão Regional	HPV - Papilomavírus Humano
CONEP - Comissão Nacional de �tica em Pesquisa	HRSM - Hospital Regional de Santa Maria
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS	HSL/PUC - Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Coredes - Conselhos Regionais de Desenvolvimento	HTLV - Vírus Linfotr�pico de Células T Humanas
CPN - Centros de Parto Normal (CPN)	IA - Insegurança Alimentar
CRAI - Centro de Referência ao Atendimento Infantojuvenil	IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
CRH - Central Estadual de Regulação Hospitalar	IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde	IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
CRU - Central Estadual de Regulação das Urgências	INCA - Instituto Nacional de Câncer
DDA - Doenças Diarreicas Agudas	INTOSAI - Organização Internacional das Instituições Superiores de Auditoria
	IPEA - Instituto de Pesquisa Econ�mica Aplicada
	ISCMPA - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
	IST - Infecção Sexualmente Transmissível
	IVCF - �ndice de Vulnerabilidade Clínico Funcional

LA - Lesão Autoprovocada
LAI - Lei de Acesso à Informação
LCSO - Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LGPD - Lei Geral de Proteção dos Dados
MACC - Modelo de Atenção às Condições Crônicas
ND - Não dialítico
NEU - Núcleo de Educação em Urgências
NOTIVISA - Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária
NURESC- Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva
OPM - órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção
PAR - Planos de Ação Regionais
PARA - Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos
PcD - Pessoa com Deficiência
PCDTs - Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas
PCLH - Postos de Coleta de Leite Humano
PCTs - Povos e Comunidades Tracionais
PEEPSC - Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva
PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PEPIC - Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PIM - Primeira Infância Melhor
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
POPE/SES - Portal da Pesquisa da SES/RS
PPL - População privada de liberdade
PRI - Planejamento Regional Integrado
PROA - Processos Administrativos
PSR - População em Situação de Rua
PVHA - Pessoa Vivendo com HIV/aids
RAU - Rede de Atenção às Urgências
RCPCD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RESC - Rede de Educação em Saúde Coletiva
RENAVEH-RS - Rede Nacional de Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar no Estado do Rio Grande do Sul
RIS - Residência Integrada em Saúde (RIS)
RRM - Razão de Mortalidade Materna
RS-Rio Grande do Sul
SasiSUS - Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas
SEO/RS - Sistema Estadual de Ouvidoria do Poder Executivo Estadual
SES- Secretaria Estadual de Saúde
SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais
SIES - Sistema de Insumos Estratégicos em Saúde
SIGAH - Sistema de Gestão de Contratos Ambulatoriais e Hospitalares
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SI-PNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS - Sistemas de Informação em Saúde
SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISAGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
SISDEPEN - Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional
SISGAP - Sistema de Gerenciamento de Amostras do PARA
SISREG - Sistema Nacional de Regulação
SIST - Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador
SIVISA-RS - Sistema de Informações em Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul
SPGG - Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão
SUS - Sistema Único de Saúde
SUSEPE- Superintendência dos Serviços Penitenciários
TAI - Termo de Anuência Institucional
TRS - Terapia Renal Substitutiva
TV - Transmissão Vertical
UCIN - Cuidados Intermediários Neonatal
UERGS - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
UNACON's - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UTIN - Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal
VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VISA - Vigilância Sanitária
VMP - Valores máximo permitidos
VSPEA - Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos

APRESENTAÇÃO

Apresento o Plano Estadual de Saúde (PES) para o quadriênio 2024-2027, instrumento central de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) que define as diretrizes, os objetivos e as metas para o período. O Plano Estadual de Saúde 2024-2027 tem como conceito orientador “Olhar para as diferenças, planejar o amanhã”. Este conceito foi desenvolvido a partir da triangulação de três elementos: a equidade em saúde, a construção coletiva e a 9ª Conferência Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, que induziram uma reflexão sobre o amanhã que queremos. Assim, planejemos hoje, para construir o amanhã.

Ao longo de sua construção, o Plano Estadual de Saúde acumulou inovações que garantiram transparência, colaboração e qualidade ao trabalho da Secretaria Estadual de Saúde. A Análise da Situação de Saúde (ASIS) foi apresentada e discutida pela primeira vez em audiência pública, no dia 24 de abril de 2023, na Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Ainda, a construção do documento observou o Mapa Estratégico de Governo, que, dentre seus objetivos, busca promover a saúde e o bem-estar com assistência adequada, ágil e de qualidade. O PES também subsidiou a elaboração do Plano Plurianual (PPA) 2024-2027 e dos Projetos Estratégicos, visando harmonizar o planejamento setorial da saúde **com o planejamento geral do governo**.

Deixo aqui meu especial agradecimento ao corpo técnico da Secretaria da Saúde que, sob a coordenação da Assessoria de Gestão e Planejamento – AGEPLAN, realizou um trabalho muito importante e desafiador, reforçando o comprometimento desta instituição com a saúde dos gaúchos e gaúchas. A elaboração deste plano contou com a participação do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS/RS) e o envolvimento ativo e colaborativo do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS), garantindo a participação e o controle social.

Que este PES seja capaz de embasar o trabalho dos gestores e técnicos no Rio Grande do Sul (RS) no período de 2024 a 2027, e que seja um quadriênio de avanços no atendimento às demandas de saúde da nossa população.

Arita Gilda Hübner Bergmann
Secretária de Estado da Saúde

INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde (PES) é o principal instrumento de planejamento da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), pois tem como papel apresentar um diagnóstico das necessidades de saúde da população e, a partir dele, orientar as políticas públicas no período dos próximos quatro anos. Com a coordenação do Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GT PMA) e a participação do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS), a construção do PES 2024-2027 se desdobrou em diversas etapas, desde a elaboração de um guia no último trimestre de 2022, até sua apreciação pelo CES/RS em julho de 2023.

A metodologia de elaboração envolveu grupos de trabalho, com reuniões on-line para discussão, alinhamento e momentos de escrita. No processo, foram utilizados documentos on-line, compartilhados com todas as colaboradoras e colaboradores envolvidos. O convite para integrar a elaboração do PES foi aberto, divulgado às áreas técnicas, Coordenadorias Regionais de Saúde (CRSs), CES/RS, e a participação ocorreu por adesão. Assim, destaca-se que a escrita foi gerada a partir de um processo participativo e coletivo, e que a construção deste PES só foi possível com a dedicação de inúmeras pessoas.

Este Plano Estadual de Saúde considera a estrutura preconizada pela Portaria de Consolidação MS/GM Nº 01/2017, sendo, desta forma, composto por três grandes capítulos: 1) Análise de Situação de Saúde (Asis), 2) Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMIs) e 3) Monitoramento e Avaliação.

O primeiro, de **Análise de Situação de Saúde**, caracteriza a população para quem se planeja saúde no estado, a partir de dados demográficos. Ainda, aponta necessidades de saúde desta população, por meio de indicadores epidemiológicos, bem como a estrutura e organização do SUS, com suas suficiências e vazios.

Na sequência, tem-se o capítulo de **Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMIs)**. Tendo como base a Asis, a 9ª Conferência Estadual de Saúde, os Planos Macrorregionais, o debate em Audiência Pública, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODSs) e o Mapa Estratégico da SES, foram definidos a diretriz, os objetivos, as metas e os indicadores para o ciclo 2024-2027. A diretriz alinha-se com as expectativas do controle social, expressas nos eixos da 9ª Conferência Estadual de Saúde. Os quatro objetivos que dela descendem derivam do Mapa Estratégico da SES/RS e suas perspectivas. As metas para o próximo ciclo de planejamento visam responder às principais necessidades de saúde e estabelecem os parâmetros a serem buscados pela SES/RS. Os indicadores, por sua vez, originam-se a partir da definição das metas.

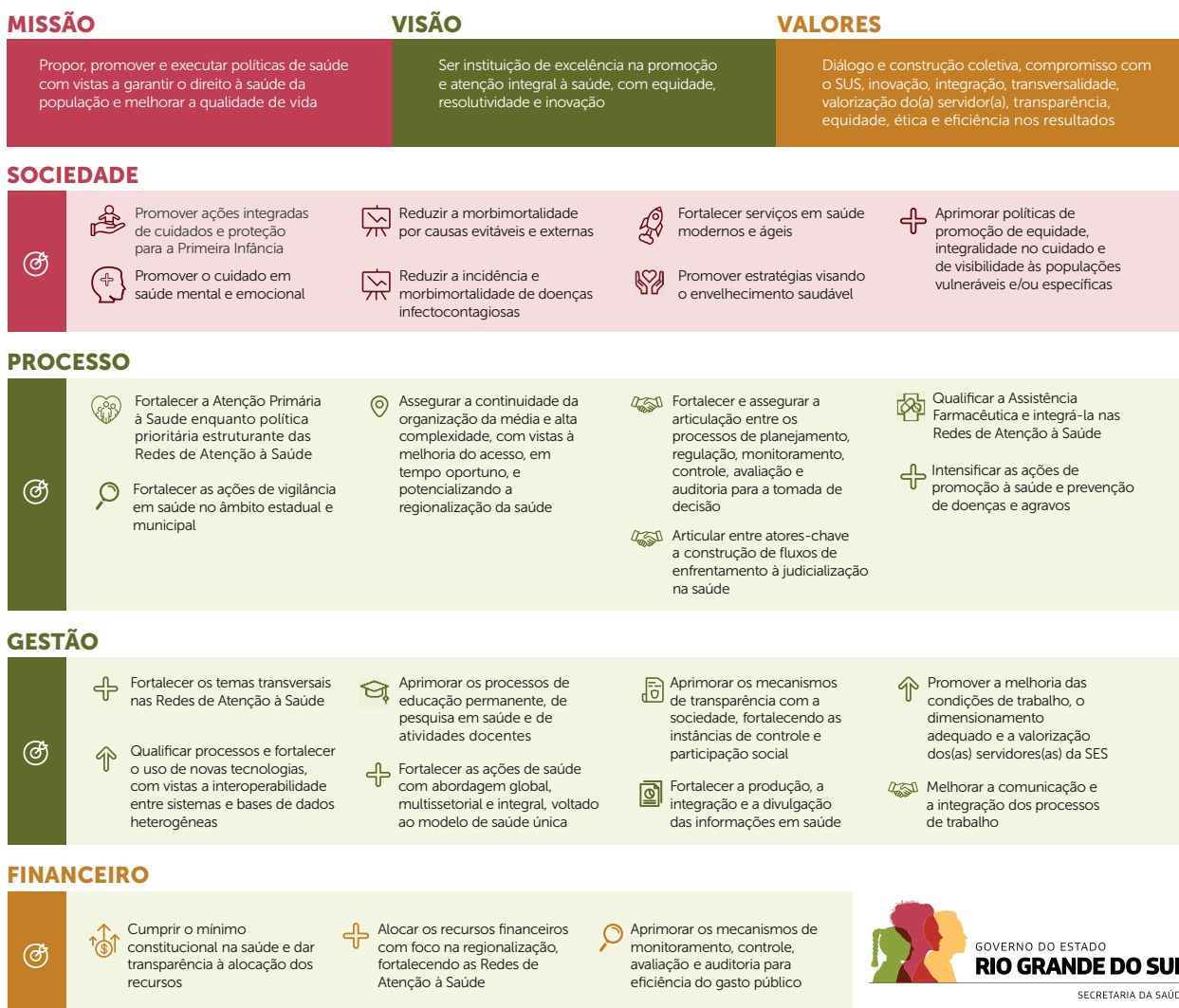
Por fim, o capítulo referente ao **Monitoramento e Avaliação** esboça a estratégia de monitorar e avaliar as metas contidas no PES, visando a transparência e interlocução com o controle social, por meio dos instrumentos de planejamento e orçamento descritos no texto.

MAPA ESTRATÉGICO

O Mapa Estratégico mostra a missão, visão, valores e os objetivos estratégicos da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (**Figura 1**). Tem como objetivo alinhar metas, ações e prioridades do Plano Estadual de Saúde com a visão e a missão institucional. Deste modo, ele resume os resultados desejados e fornece um direcionamento para todas as partes envolvidas na implantação do plano. Trata-se de uma forma de comunicação que visa garantir que todos entendam nitidamente os objetivos e as prioridades gerais da Secretaria Estadual de Saúde.

Este instrumento se divide em quatro perspectivas, que se relacionam entre si e refletem as diferentes dimensões dos objetivos: financeira, gestão, processo e sociedade. Enquanto a primeira se refere ao financiamento e é base para que as demais possam se desenvolver, a segunda diz respeito às ações de administração que organizam e gerem a estrutura humana e física da SES. Já a perspectiva do processo se refere aos processos de trabalho e ao caminho entre a tomada de decisão e os seus resultados para a sociedade, o que leva à última perspectiva, na qual se localizam os objetivos que dizem respeito aos resultados que serão entregues às cidadãs e aos cidadãos do RS.

Figura 1. Mapa estratégico da Secretaria Estadual de Saúde, RS, 2023

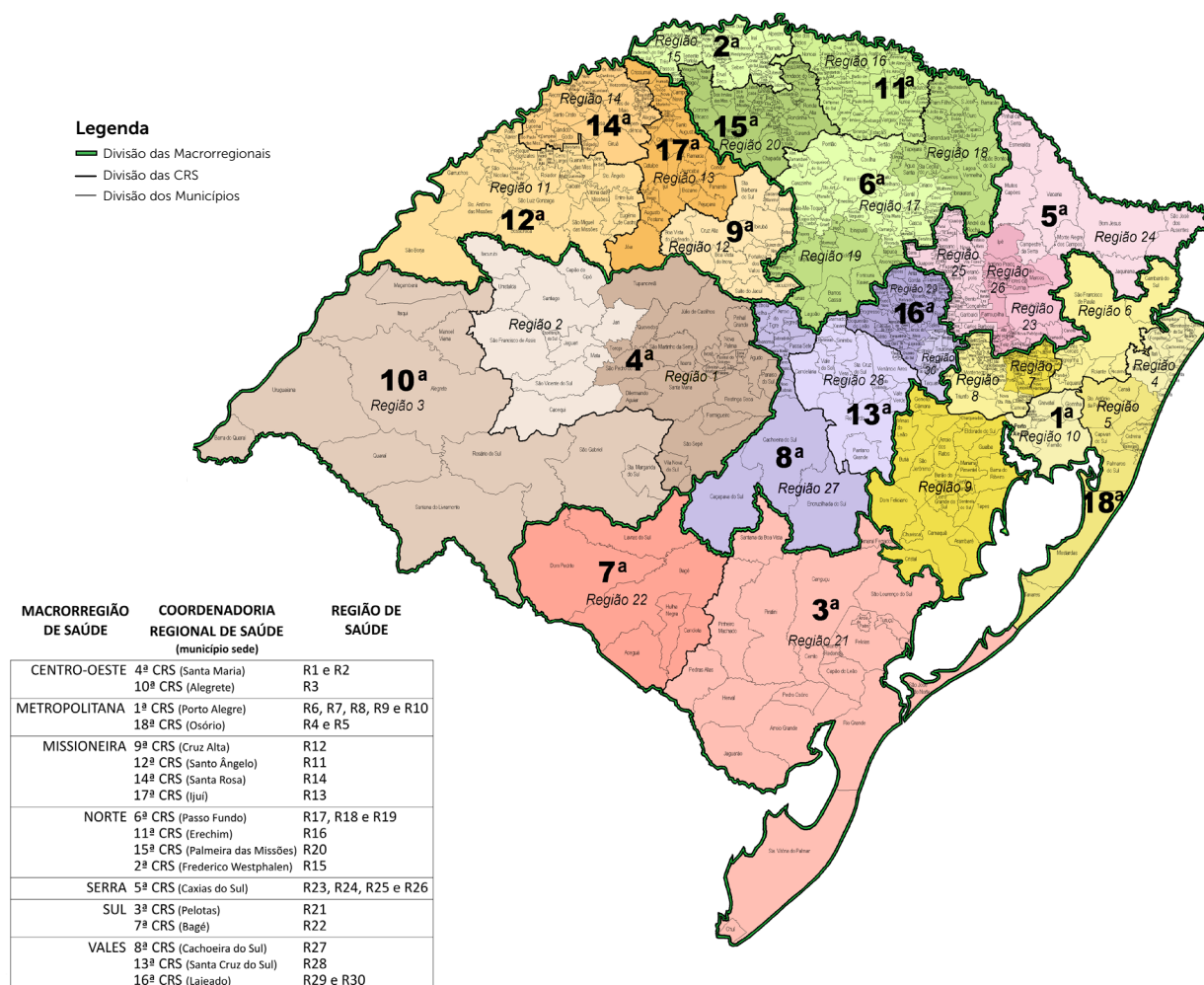


Fonte: SES/RS

ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO GAÚCHO

A organização das Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) requer processos de pactuação e articulação territorial entre os entes federativos, desde a perspectiva regional. No estado do RS, o processo de regionalização da gestão de serviços do SUS teve ênfase com o Plano Diretor de Regionalização, que instituiu as sete Macrorregiões de Saúde. Posteriormente, atendendo ao Decreto Federal Nº 7.508/2011, foram instituídas, por meio da Resolução CIB/RS Nº 555/2012, alterada pelas Resoluções CIB/RS Nº 26/2013 e Nº 499/2014, as 30 Regiões de Saúde. Destaca-se ainda que, mediante as Resoluções CIB/RS Nº 119/2021 e Nº 43/2022, os municípios de Tupanciretã e Cristal realizaram a troca de Região de Saúde - sendo que o primeiro migrou da R12 (Portal das Missões) para a R1 (Verdes Campos), enquanto o segundo foi da R21 (Região Sul) para a R9 (Carbonífera/Costa Doce). Essas 30 regiões estão agrupadas em 18 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que são divisões administrativas da gestão estatal. As sete Macrorregiões de Saúde agrupam essas 18 CRS, conforme **Figura 2**. A distribuição dos municípios nas Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Municípios é apresentada no **Quadro 1**.

Figura 2. Mapa com divisão das Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde e Regiões de Saúde, RS, 2023.



Fonte: SES/RS. Acesso em: 03/2023.

Quadro 1. Macrorregiões de Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Municípios, RS, 2023.

Macrorregião de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)	Região de Saúde	Município
CENTRO-OESTE	4ª 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 João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, Silveira Martins, Toropi, Tupanciretã e Vila Nova do Sul.
		R2 - Entre-Rios	Cacequi, Capão do Cipó, Itacurubi, Jaguarí, 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.
		R9 - Carbonífera/ Costa Doce	Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Cristal, 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.
	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.

Macrorregião de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)	Região de Saúde	Município
MISSIONEIRA	9ª CRS	R12 - Portal das Missões	Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Ingra, Colorado, Cruz Alta , Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Maranhão, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul e Selbach
	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, Catupei, 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, Ciriaco, Coqueiros do Sul, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Gentil, Lagoa dos Três Cantos, Marau, Mato Castelhanos, 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
		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, Erebangos, 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

Macrorregião de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)	Região de Saúde	Município
NORTE	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, Sarandí, Três Palmeiras e Trindade do Sul
	2ª 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, Seberí, 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, Pinto Bandeira, 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
SUL	3ª CRS	R21 - Região Sul	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, 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

Macrorregião de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)	Região de Saúde	Município
VALES	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
		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 Brésia, 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.

Fonte: SES/RS. Acesso em: 03/2023.



Análise de Situação de Saúde



1. PANORAMA DEMOGRÁFICO E CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO

O objetivo deste capítulo da Asis é apresentar informações que permitam caracterizar a população para quem se planeja as ações e os serviços de saúde.

POPULAÇÃO TOTAL E DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL POR MACRORREGIÃO

A estimativa populacional do estado do RS, para o ano de 2021, conforme o Departamento de Economia e Estatística, vinculado à Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão (DEE/SPGG/RS), era de 11.466.630 pessoas, representando 5,37% da população brasileira. Desse total, 24,52% eram crianças e adolescentes (0 a 19 anos), 56,13% eram adultos (20 a 59 anos) e 19,35% eram idosos (60 anos ou mais; **Tabela 1**).

Tabela 1. Estimativa da distribuição da população (por sexo e faixa etária), RS, 2021.

Faixa Etária	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
De 0 a 4 anos	342.908	3,0	359.638	3,1	702.546	6,1
De 5 a 9 anos	344.151	3,0	360.820	3,1	704.971	6,1
De 10 a 14 anos	323.512	2,8	339.208	3,0	662.720	5,8
De 15 a 19 anos	361.809	3,2	378.850	3,3	740.659	6,5
De 20 a 24 anos	416.282	3,6	430.685	3,8	846.967	7,4
De 25 a 29 anos	428.700	3,7	434.602	3,8	863.302	7,5
De 30 a 34 anos	423.673	3,7	424.334	3,7	848.007	7,4
De 35 a 39 anos	441.219	3,8	433.534	3,8	874.753	7,6
De 40 a 44 anos	412.762	3,6	395.285	3,4	395.285	7,0
De 45 a 49 anos	376.031	3,3	355.474	3,1	731.505	6,4
De 50 a 54 anos	378.929	3,3	348.516	3,0	727.445	6,3
De 55 a 59 anos	387.968	3,4	348.717	3,0	736.685	6,4
De 60 a 64 anos	387.968	3,4	348.717	3,0	736.685	6,4
De 65 a 69 anos	351.549	3,1	308.000	2,7	659.549	5,8
De 70 a 74 anos	292.978	2,6	246.555	2,2	539.533	4,8
De 15 a 19 anos	227.101	2,0	180.109	1,6	407.210	3,6

Faixa Etária	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
De 75 a 79 anos	158.426	1,4	114.666	1,0	273.092	2,4
De 80 anos ou mais	219.444	1,9	120.195	1,0	339.639	2,9
Rio Grande do Sul	5.887.442	51,3	5.579.188	48,7	11.466.630	100,0

Fonte: DEE/SPGG/RS.

Analisando as distribuições populacionais de 2021 por Macrorregiões de Saúde (**Tabela 2**), percebe-se que a Macrorregião de Saúde Metropolitana possui o maior contingente populacional, com 5.021.723 habitantes (43.8%), enquanto a Missioneira possui o menor, com 910.053 habitantes (7.9%). Em todas as Macrorregiões de Saúde, foi observado proporção maior de mulheres.

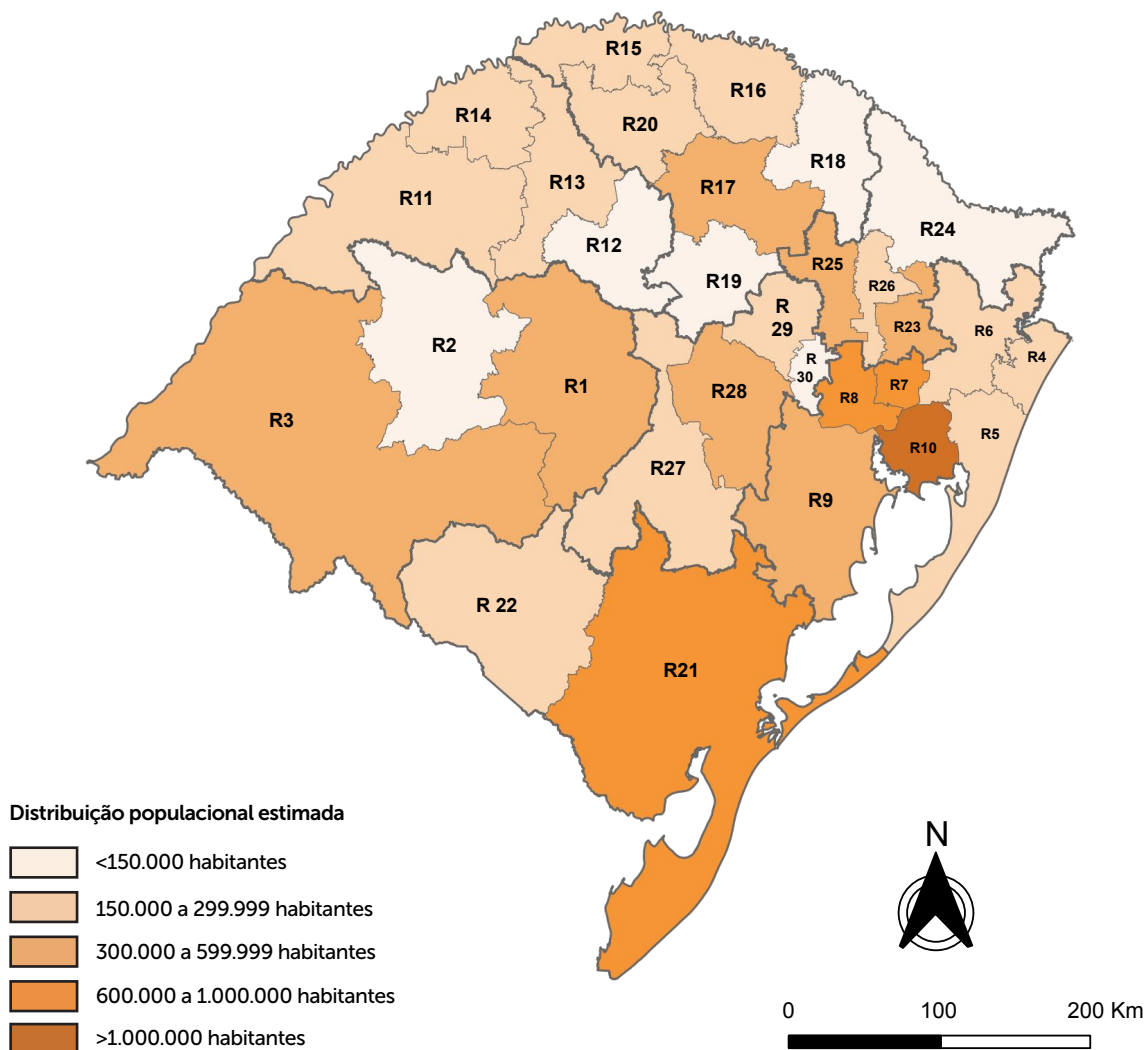
Tabela 2. Estimativa da distribuição da população (por Macrorregião de Saúde), RS, 2021.

Macrorregião de Saúde	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Centro-Oeste	527.194	4,6	495.488	4,3	1.022.682	8,9
Metropolitana	2.604.689	22,7	2.417.034	21,1	5.021.723	43,8
Missioneira	463.557	4,0	446.496	3,9	910.053	7,9
Norte	657.842	5,7	645.245	5,6	1.303.087	11,3
Serra	618.189	5,4	609.806	5,3	1.227.995	10,7
Sul	541.701	4,7	504.000	4,4	1.045.701	9,1
Vales	474.270	4,1	461.119	4,0	935.389	8,1
Rio Grande do Sul	5.887.442	51,3	5.579.188	48,7	11.466.630	100,0

Fonte: Estimativas Populacionais DEE/SPGG/RS - Revisão 2018. Datas de referência: 1º de julho de 2021.

Em relação às 30 Regiões de Saúde do estado, as cinco mais populosas, de acordo com as estimativas para 2021, foram: R10, com 2.312.188 habitantes (20,2%), R21, com 860.957 (7,5%), R7, com 839.832 (7,3%), R8, com 809.813 (7,1%) e R23, com 598.504 (5,2%), totalizando 47,3% da população total (**Figura 3**).

Figura 3. Distribuição populacional estimada (por Região de Saúde), RS, 2021.

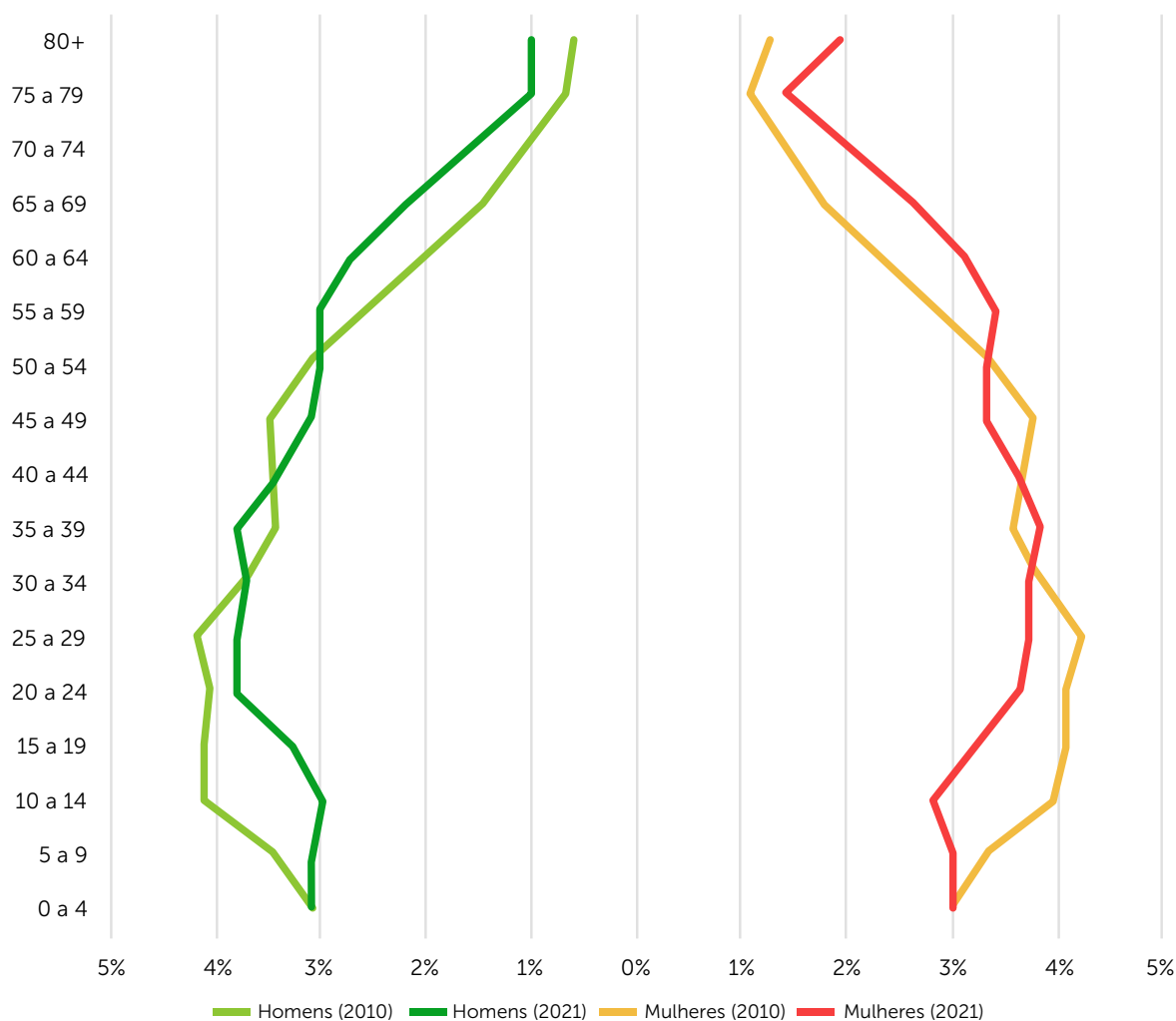


Fonte: Estimativas Populacionais DEE/SPGG/RS - Revisão 2018. Datas de referência: 1º de julho de 2021.

1.1 PIRÂMIDE DEMOGRÁFICA COM DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

Em relação ao último Censo Demográfico realizado pelo IBGE (2010), as estimativas apresentadas pelo DEE/SPGG/RS para o ano de 2021 indicaram um aumento de 7,2% da população gaúcha, que era de 10.693.929 habitantes em 2010, com destaque para as faixas etárias a partir de 60 anos, o que aponta para a tendência de envelhecimento da população. Além disso, a distribuição etária total, por sexo, seguiu proporcionalmente sem variação em relação ao Censo de 2010, com leve predomínio do sexo masculino na faixa etária de 0 a 29 anos. Em relação à distribuição da população por faixa etária e sexo, analisada por Macrorregião de Saúde no período entre 2010 e 2021, as sete macrorregiões apresentaram comportamentos semelhantes aos do estado do RS.

Figura 4. Distribuição da população (por sexo e faixa etária), RS, 2010 e 2021.

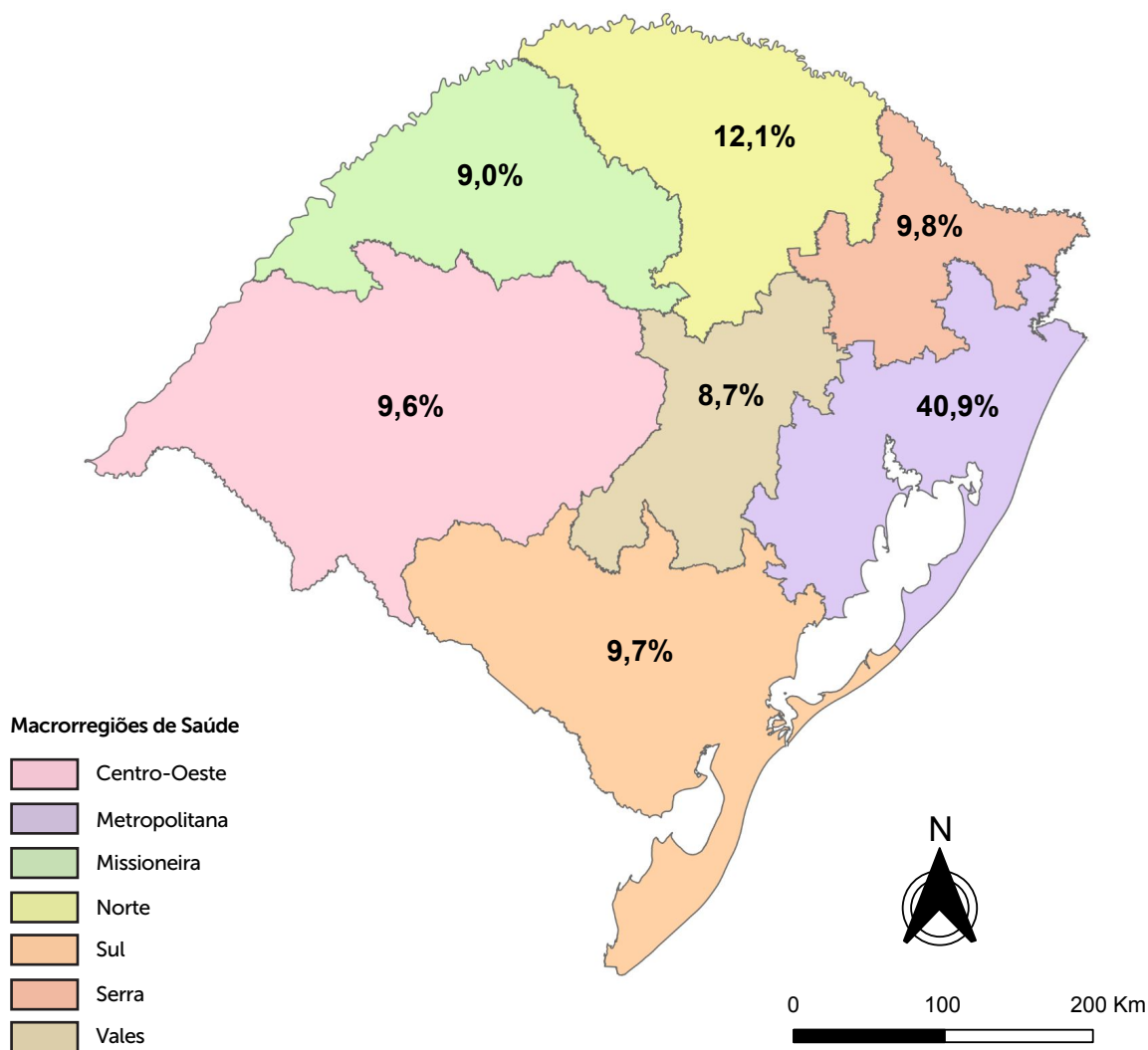


Fonte: 2010: IBGE - Censos Demográficos; Estimativas Populacionais DEE/SPGG/RS - Revisão 2018.

A MUDANÇA DO PERFIL ETÁRIO: AS PESSOAS IDOSAS NO RS

As pessoas com 60 anos ou mais são o recorte etário que apresentou maior crescimento nos últimos anos, conforme apresentado nas pirâmides etárias de 2010 e 2021 (**Figura 4**). Esse recorte etário representou 19,35% da população total do estado em 2021, representando 107 pessoas idosas para cada 100 indivíduos menores de 15 anos em 2021. Além disso, 40,9% de toda a população com 60 anos ou mais estava na Macrorregião de Saúde Metropolitana. Quanto às demais faixas etárias, as Macrorregiões de Saúde Missioneira e Centro-oeste apresentaram as maiores proporções de pessoas idosas (**Figura 5**).

Figura 5. Proporção da população com 60 anos ou mais (por Macrorregião de Saúde), RS, 2021.

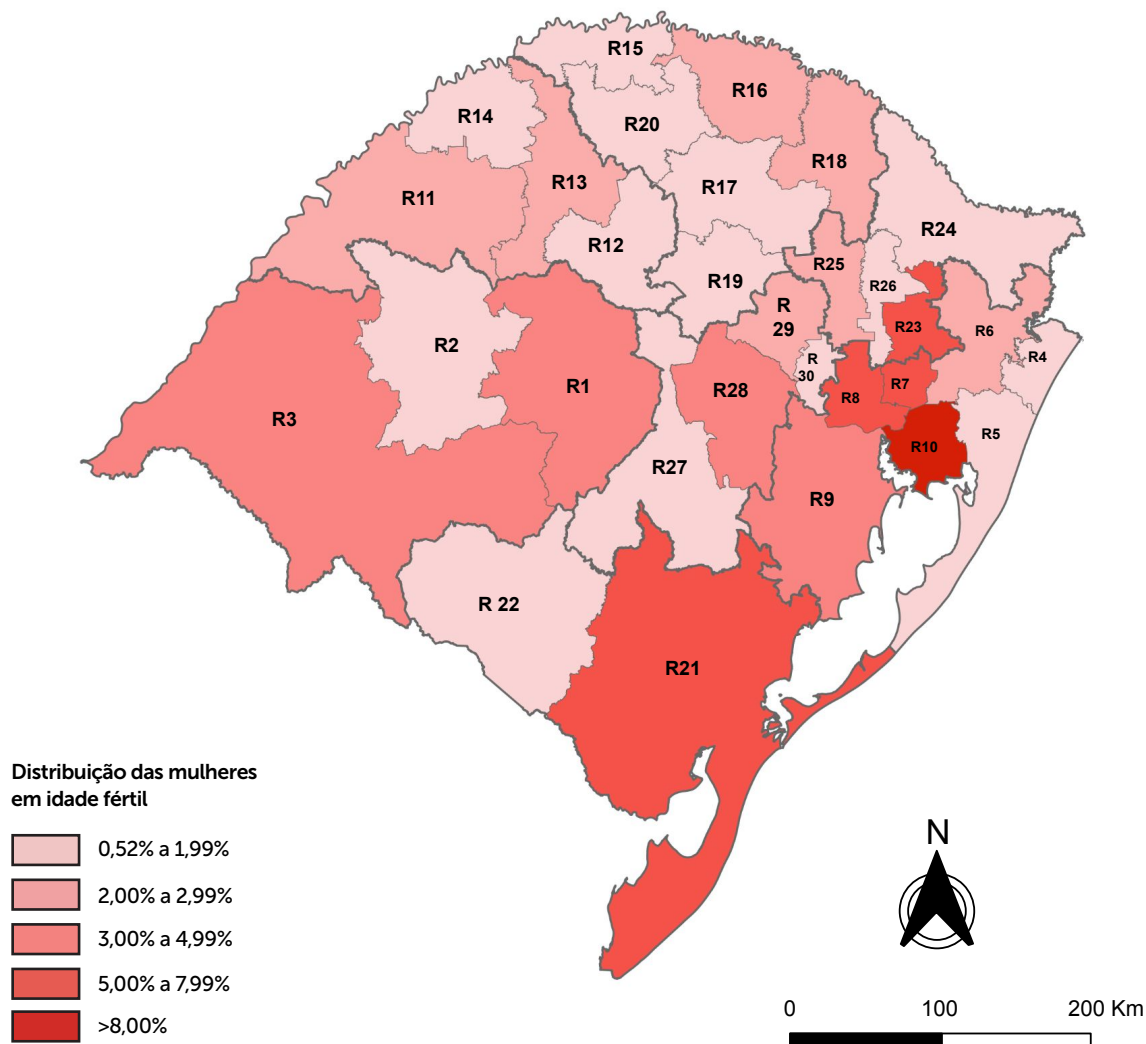


Fonte: Estimativas Populacionais de 2021 - DEE/SPGG - Revisão 2018.

1.2 MULHERES EM IDADE FÉRTIL, GESTANTES E NASCIDOS VIVOS

Segundo a projeção do DEE/SPGG/RS para o ano de 2021, 27,8% da população de mulheres estava em idade fértil (15 anos aos 49 anos). Em relação à distribuição por Região de Saúde, como mostrado na **Figura 6**, a maior concentração de mulheres em idade fértil (21,14%) estava na R10; e a menor, na R19 (0,52%).

Figura 6. Distribuição das mulheres em idade fértil - 15 a 49 anos (por Região de Saúde), RS, 2021.



Fonte: Estimativas Populacionais de 2021 DEE/SPGG/RS - Revisão 2018.

De acordo com os dados preliminares, o número de nascimentos por residência apresentou um decréscimo ao longo da série histórica, passando de 140.047 em 2018, para 120.747 em 2022 (**Tabela 3**). A Macrorregião de Saúde Metropolitana apresentou o maior número de nascimentos ao longo dos últimos cinco anos, representando 43,07% dos nascidos vivos do estado do RS no ano de 2022.

Tabela 3. Série histórica de nascidos vivos (por local de residência e por Macrorregião de Saúde), RS, 2018 a 2022*.

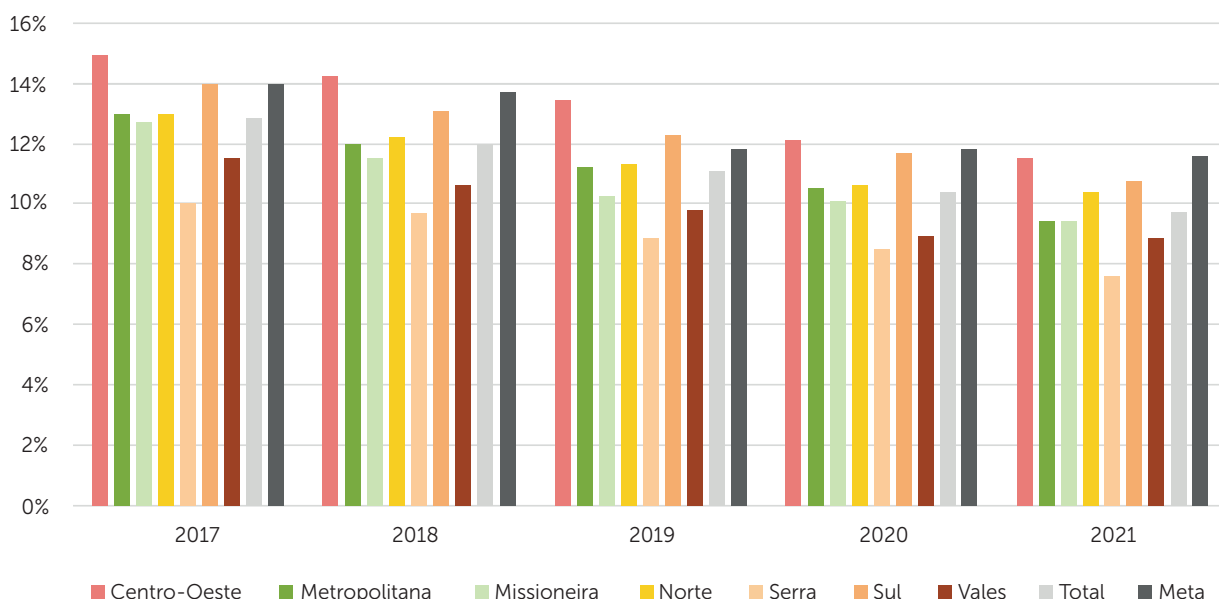
Macrorregião de Saúde	Ano (N)				
	2018	2019	2020	2021	2022*
Centro-Oeste	12.717	12.354	11.704	11.236	10.799
Metropolitana	63.044	59.547	57.609	54.011	52.007
Missioneira	10.605	10.484	10.198	9.825	9.556
Norte	15.581	15.205	15.197	15.111	14.832
Serra	14.802	14.542	14.384	13.574	13.640
Sul	12.650	12.079	11.470	10.946	10.388
Vales	10.648	10.385	10.180	9.717	9.525
Rio Grande do Sul	140.047	134.596	130.742	124.420	120.747

*Dados Preliminares. Acesso em 03/04/2023.

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos/Departamento de Análise da Situação de Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (SINASC/DASIS/SVS/MS), 2018-2021. BI/NIS/DGTI/SES/RS, 2022.

A proporção de gravidez na adolescência (entre as faixas etárias de 10 a 19 anos) no RS apresentou queda ao longo dos anos, de 12,84% em 2017 para 9,71% em 2021 (**Figura 7**), mas ainda assim é considerada uma pauta importante para vários setores responsáveis pelas políticas públicas, por se manter elevada em regiões de vulnerabilidade socioeconômica. É importante ressaltar que a gestação na adolescência pode acarretar evasão escolar e suas consequências podem levar à perpetuação do ciclo da pobreza e da violência.

Figura 7. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos (por Macrorregião de Saúde), RS, 2017-2021.



Fonte: SINASC/Ministério da Saúde. Acesso em: 14/03/2023.

Ao estratificarmos os dados da proporção de gravidez na adolescência nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, podemos observar uma tendência de aumento apenas na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste na faixa etária de 10 a 14 anos, nos anos de 2017 a 2021. Já na faixa etária de 15 a 19 anos, nesse mesmo período, houve uma tendência de queda em todas as Macrorregiões de Saúde.

Quando comparadas as proporções de gravidez em meninas de 10 a 14 anos e em meninas de 15 a 19 anos, por cor/raça, no período de 2017 a 2021, observa-se a predominância em indígenas (2,12% e 25,15%, respectivamente), seguida de pardas (0,66% e 16,11%) e pretas (0,43% e 12,75%). A menor proporção ocorreu nas amarelas (0,39% e 12,48%) e brancas (0,32% e 9,84%). Ainda, o item raça/cor ignorada correspondeu a 0,69% e 12,12%, respectivamente.

As desigualdades étnico-raciais podem ser observadas no acesso de gestantes adolescentes às consultas de pré-natal. As meninas pardas, na faixa etária de 10 a 14 anos, são as que menos realizaram sete ou mais consultas (52,07%), seguidas das pretas (53,70%), indígenas (55,70%), amarelas (66,67%) e brancas (60,73%), no período de 2017-2021. Para nenhuma consulta de pré-natal realizada, prevalecem as pretas (3,70%) e pardas (2,89%), no período supracitado.

1.3 COEFICIENTE GERAL DE NATALIDADE

O Coeficiente Geral de Natalidade (CGN), que representa o número de nascidos vivos dividido pela população residente em determinado ano, apresentou queda no RS na última década. Na série histórica dos últimos cinco anos no RS, é possível constatar que o CGN diminuiu de 12,366 em 2018 para 10,542 por mil habitantes em 2022 (**Tabela 4**). Em 2022, cinco Macrorregiões de Saúde apresentaram CGN abaixo da média do Estado: Missioneira, Centro-Oeste, Metropolitana, Vales e Sul.

Tabela 4. Série do coeficiente geral de natalidade (por Macrorregião de Saúde), RS, 2018-2022.

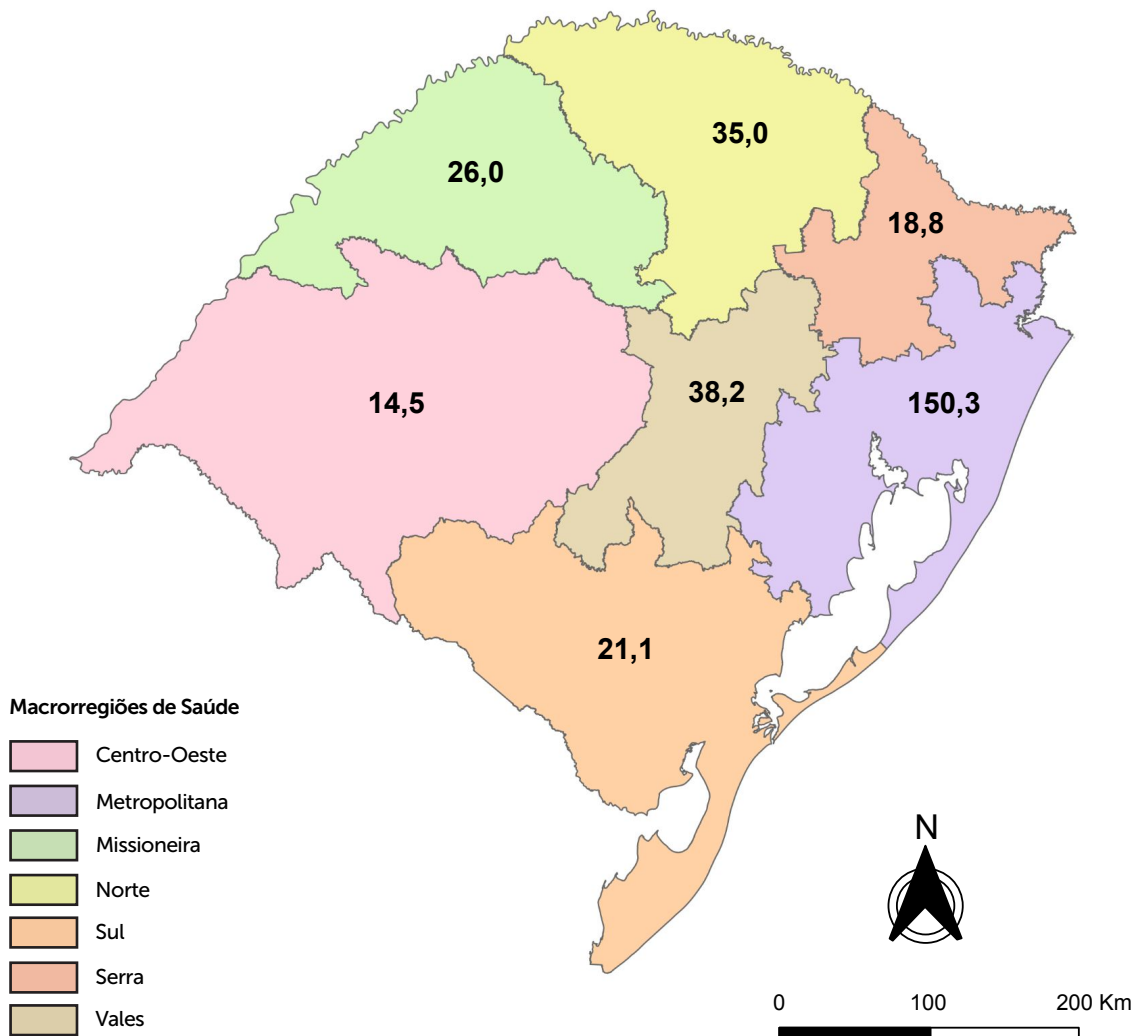
Macrorregião de Saúde	Ano (N x 1.000 habitantes)				
	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Oeste	12,21	11,81	11.704	11.236	10.799
Metropolitana	12,62	11,91	57.609	54.011	52.007
Missioneira	11,72	11,55	10.198	9.825	9.556
Norte	12,91	12,49	15.197	15.111	14.832
Serra	12,39	12,03	14.384	13.574	13.640
Sul	11,95	11,35	11.470	10.946	10.388
Vales	11,51	11,12	10.180	9.717	9.525
Rio Grande do Sul	12,37	11,43	11,45	10,85	10,54

Fonte: DEE/SPGG/RS e SINASC/BI/DGTI/SES/RS. Acesso em:13/03/2023.

1.4 DENSIDADE POPULACIONAL

A Densidade Demográfica corresponde à distribuição da população em uma determinada área. O RS apresenta **bastante disparidade quanto à distribuição** da população em seu território. Há regiões com densidade elevada e outras com densidade reduzida, portanto a população não se distribui homogeneamente no território. A Macrorregião de Saúde Metropolitana apresenta maior densidade populacional, enquanto a menor concentração demográfica está na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste (**Figura 8**).

Figura 8. Densidade Demográfica (habitantes/km² por Macrorregião de Saúde), RS, 2021.



Fonte: Estimativas Populacionais DEE/SPGG/RS - Revisão 2018. Datas de referência: 1º de julho de 2021. Acesso em 21/03/2023.

1.5 EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER

A expectativa de vida ao nascer no RS, em 2022, era estimada em 79,26 anos (75,94 para homens e 82,46 para mulheres), uma média acima da nacional para o mesmo ano, que era de 77,19 (73,74 para homens e 80,67 para mulheres).

1.6 CRESCIMENTO POPULACIONAL

O RS apresentou taxa média de crescimento anual de 0,49% no período de 2000 a 2010. Embora seja possível observar a manutenção do crescimento da população, constata-se uma redução na taxa de crescimento populacional em relação à década de 1990, influenciada

pela queda na taxa de fecundidade (DEE, 2021). Em relação ao crescimento da população por Macrorregião de Saúde, observa-se que, enquanto as Macrorregiões de Saúde Metropolitana, Serra e Vales apresentaram taxas positivas, as Macrorregiões de Saúde Centro-Oeste, Missioneira, Norte e Sul apresentaram taxas negativas (**Tabela 5**).

Tabela 5. Estimativa populacional (por Macrorregião de Saúde), RS, de 2017 a 2021.

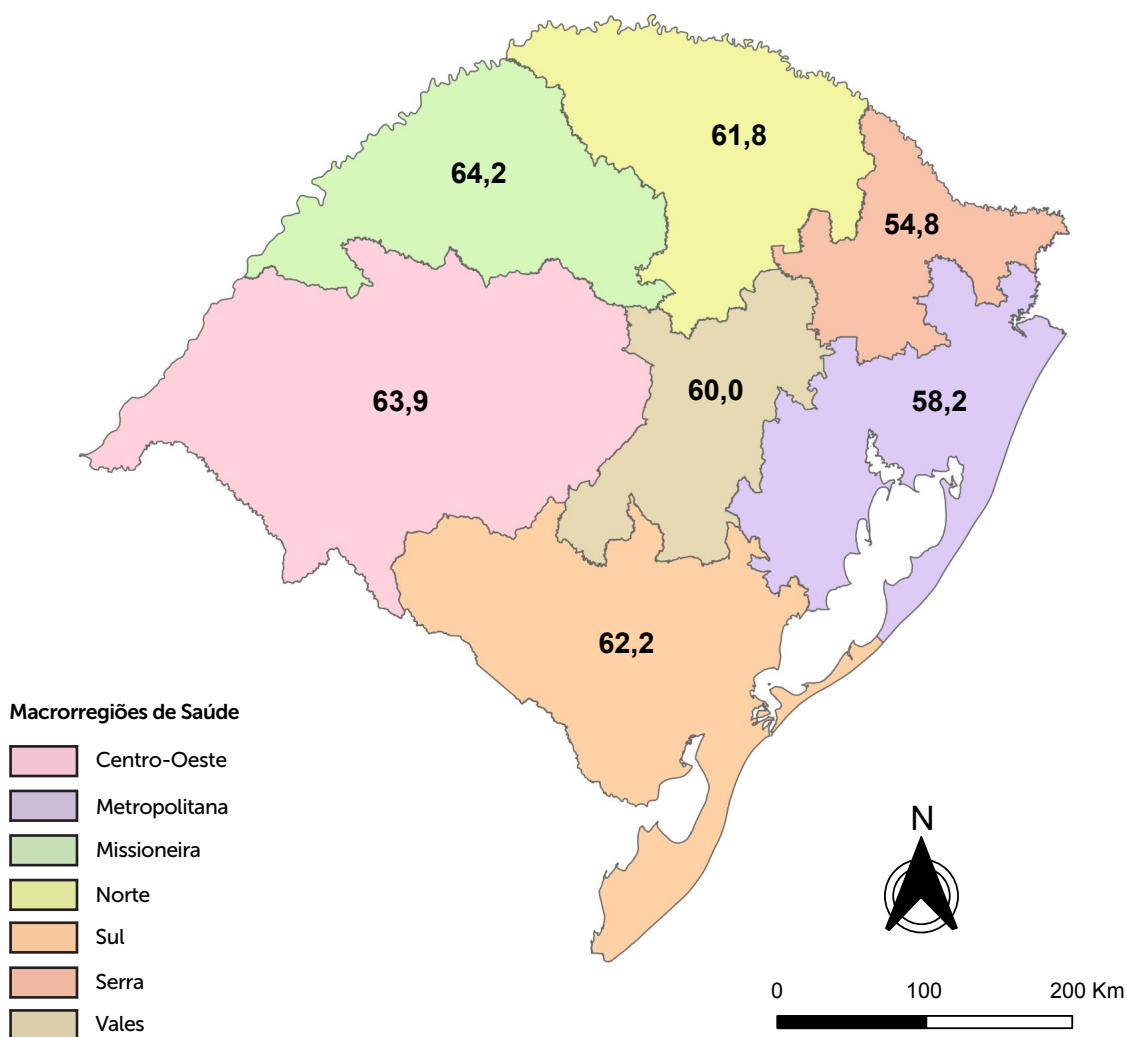
Macrorregião de Saúde	Ano				
	2017	2018	2019	2020	2021
Centro-Oeste	1.064.564	1.042.683	1.041.860	1.041.073	1.040.327
Metropolitana	4.959.437	5.001.217	5.031.210	5.060.068	5.087.564
Missioneira	888.485	863.103	860.740	858.481	856.324
Norte	1.259.313	1.244.308	1.245.819	1.247.349	1.248.799
Serra	1.178.425	1.214.330	1.227.667	1.240.319	1.252.455
Sul	1.068.146	1.057.454	1.059.287	1.061.047	1.062.724
Vales	904.525	906.510	910.656	914.636	918.437
Rio Grande do Sul	11.322.895	11.329.605	11.377.239	11.422.973	11.466.630

Fonte: DATASUS, 2023. Acesso em: 14/03/2023.

1.7 RAZÃO DE DEPENDÊNCIA DEMOGRÁFICA

A razão de dependência demográfica mede o contingente de população, em tese, dependente da população potencialmente produtiva. Entretanto, apresenta um resultado limitado à interpretação genérica já que, dentre outros fatores, muitas pessoas idosas trabalham após os 60 anos e o percentual de desempregados em idade produtiva é considerável no RS. Quanto à razão de dependência, a Macrorregião de Saúde Missioneira apresenta a maior razão de dependência e a Serra a menor (**Figura 9**).

Figura 9. Razão de dependência (por Macrorregião de Saúde), RS, 2021.

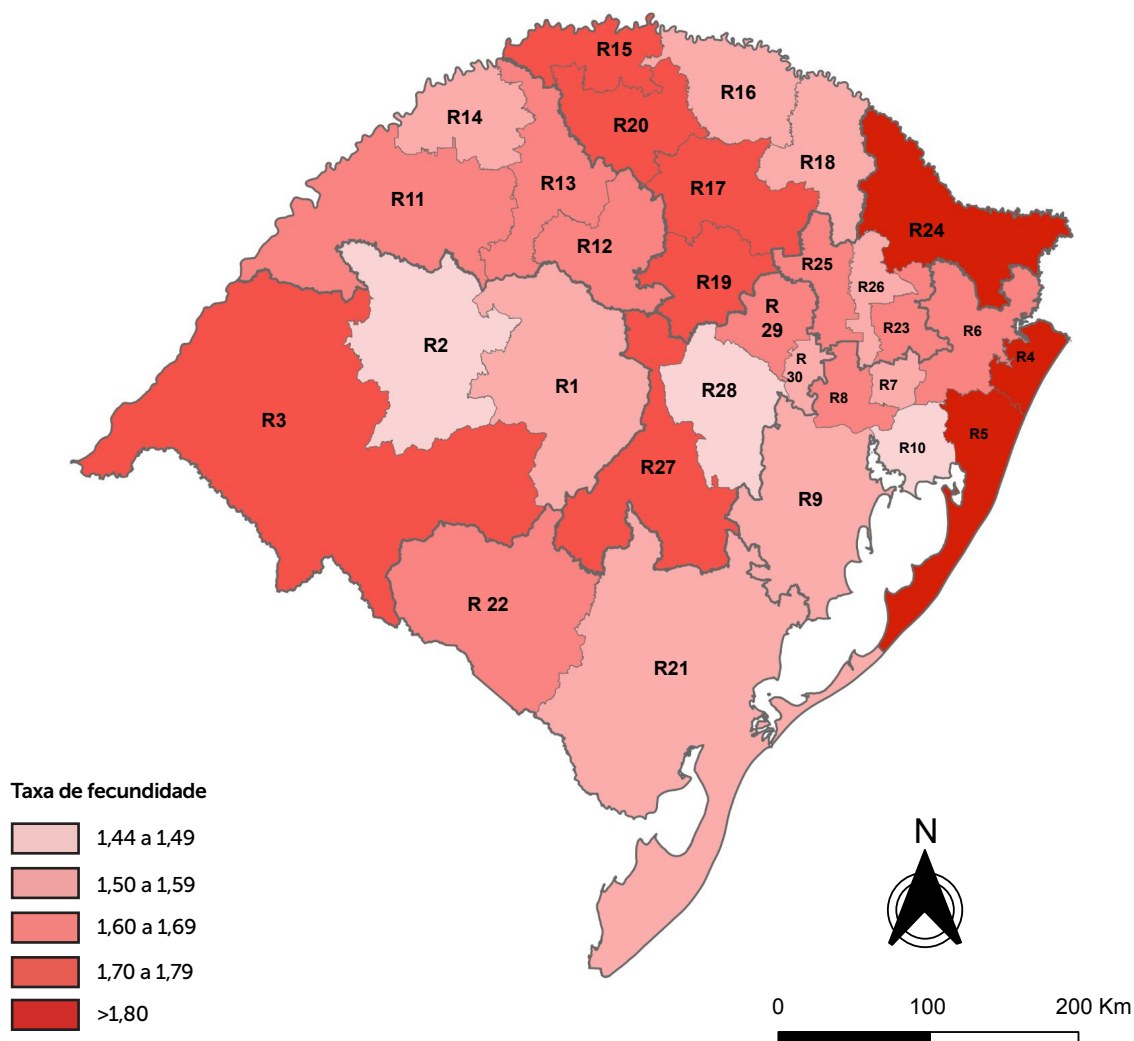


Fonte: DataSUS.

1.8 TAXA DE FECUNDIDADE

Conforme o IBGE, a taxa de fecundidade corresponde ao número médio de filhos tidos pelas mulheres em idade fértil (entre 15 e 49 anos), calculada de acordo com as projeções populacionais (DEE, 2023). A taxa de fecundidade nacional, em 2021, era de 1,71 filho/mulher, enquanto a gaúcha estava em 1,59 filho/mulher. Embora a Macrorregião de Saúde Norte apresente taxa de fecundidade de 1,70 filho/mulher, maior que o estado, ainda é inferior à taxa nacional. Cumpre destacar que, no RS, todas as Macrorregiões de Saúde possuem taxas de fecundidade inferiores à taxa de reposição populacional de 2,1 filhos por mulher (**Figura 10**). Essa taxa representa a média de filhos por mulher, necessária para manter a população estável, representando um decréscimo populacional.

Figura 10. Taxa de fecundidade (por Região de Saúde), RS, 2021.



Fonte: DEE/SPGG/RS e SINASC/BI/DGTI/SES/RS. Acesso em 11/04/2023.

1.9 DISTRIBUIÇÃO POR RAÇA/COR

De acordo com o IBGE (2010), que pesquisa a raça/cor da população brasileira com base na autodeclaração, 83,22% da população gaúcha se autodeclarava como branca, 16,14% como negra (pretos e pardos), 0,33% como amarela e 0,31% como indígena. Os dados apresentados são de 2010, em razão da não atualização do censo populacional por parte do IBGE.

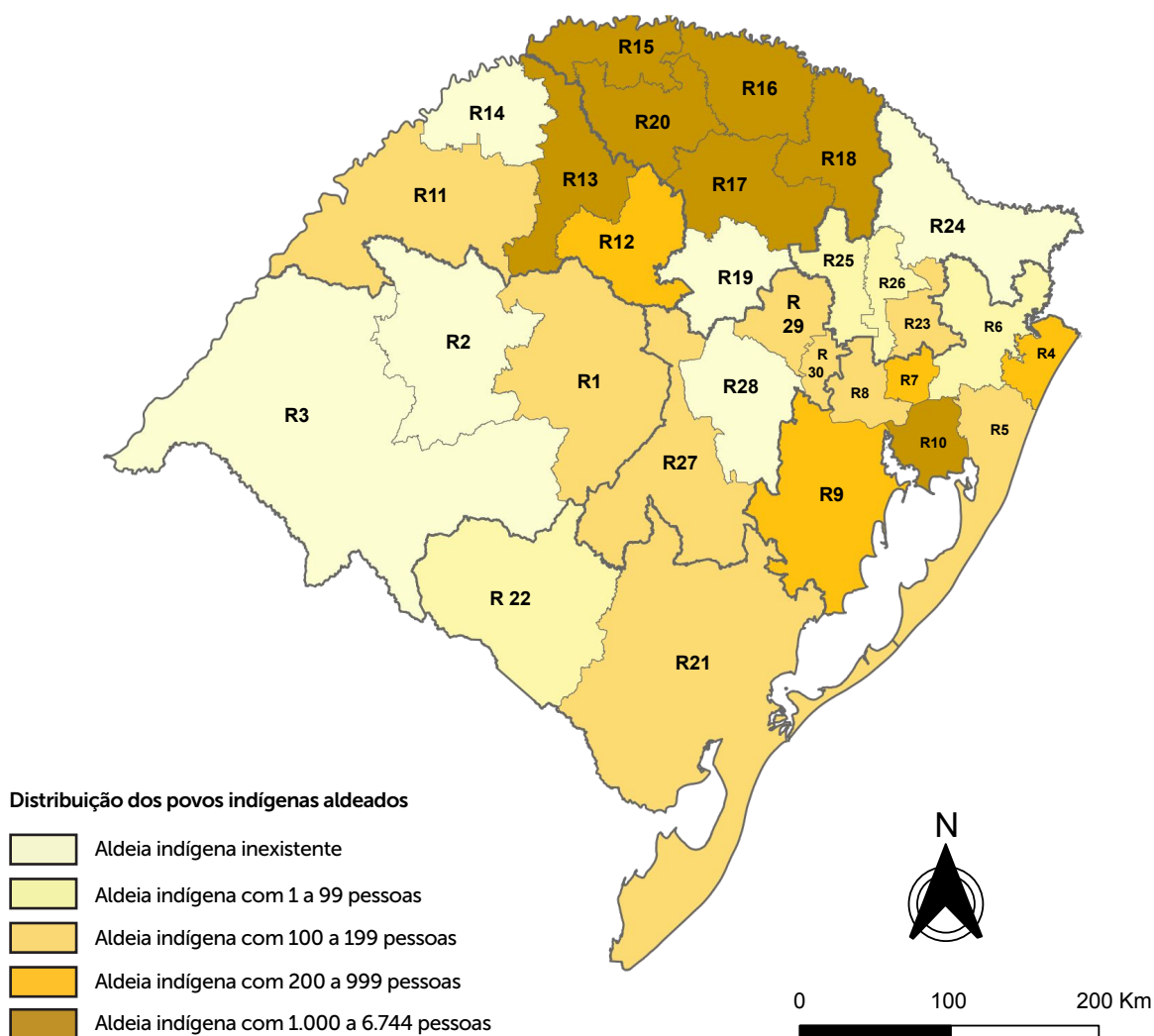
Considerando a composição etária, em 2019 a população gaúcha com mais de 60 anos é maior entre os brancos (21%) do que entre os negros (15%), enquanto nos menores de 18 anos é menor entre negros (24%) do que entre brancos (20%) (DEE/SPGG/RS, 2021).

1.10 GRUPOS POPULACIONAIS

POVOS INDÍGENAS

O estado possui quatro etnias indígenas vivendo em aldeias em seu território: Kaingang, Guarani, Charrua e Xokleng. São cerca de 25 mil indígenas vivendo em 145 aldeias/acampamentos, distribuídos em 70 municípios, segundo dados de março de 2023 da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), Ministério da Saúde. Já os indígenas autodeclarados são cerca de 32.000 (IBGE, 2010). É importante salientar que o número de municípios é variável, uma vez que a mobilidade territorial das comunidades é frequente. Na **Figura 11**, verifica-se a distribuição territorial das comunidades no RS, por Região de Saúde. De acordo com os dados da SESAI, a maior concentração populacional de indígenas está na Macrorregião de Saúde norte do estado, concentrando cerca de 78% dos indígenas aldeados, já as Macrorregiões de Saúde Metropolitana e Missioneira concentram 10% e 7%, respectivamente.

Figura 11. Distribuição dos povos indígenas aldeados (por Região de Saúde), RS, março de 2023.

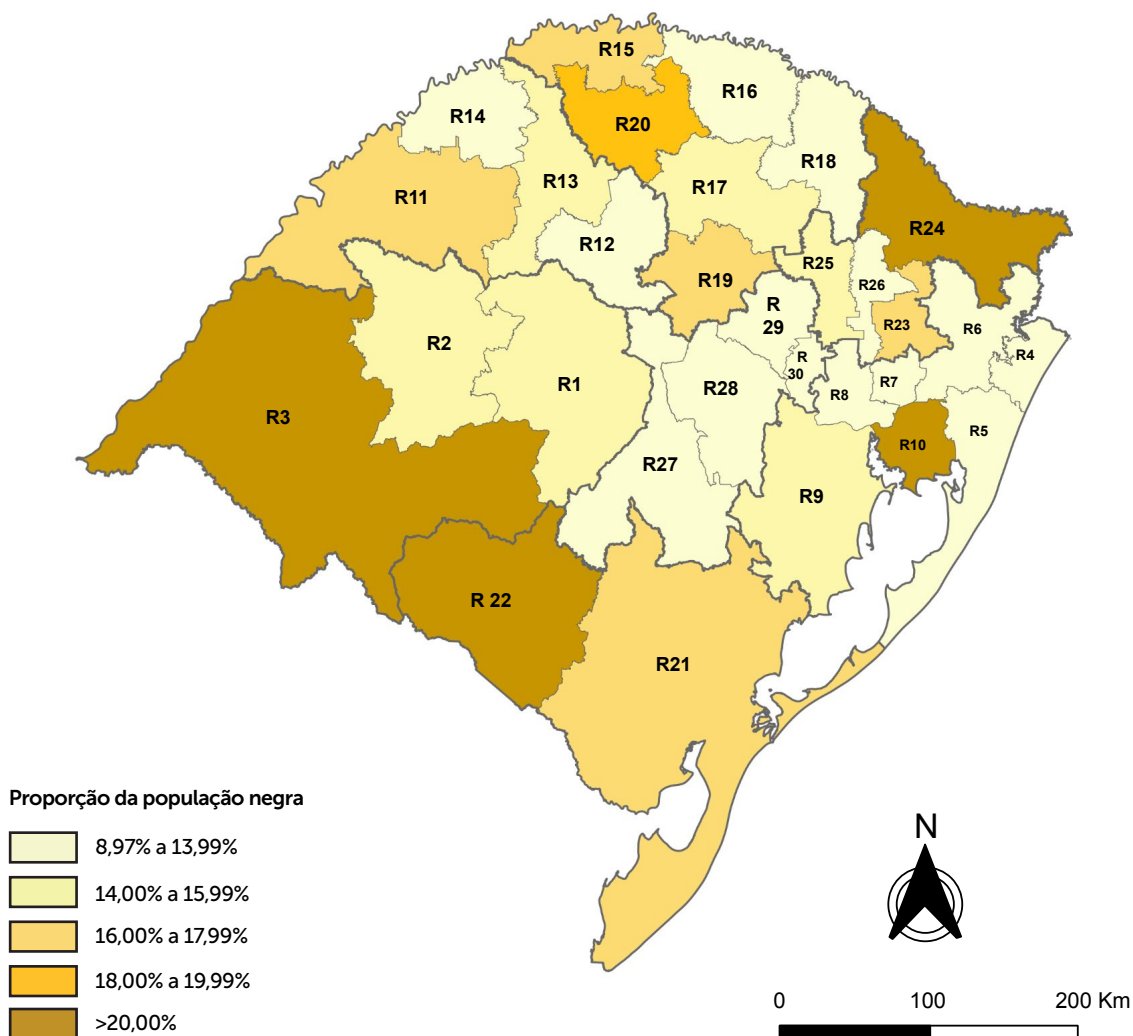


Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)/Ministério da Saúde. Acesso em: 03/2023.

POPULAÇÃO NEGRA E COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBO

A população negra (pessoas autodeclaradas pretas e pardas) totaliza 1.725.166 habitantes (IBGE, 2010), o que representa 16,14% dos habitantes do estado. A população negra está distribuída por todas as Regiões de Saúde, apresentando os maiores percentuais, acima de 20%, nas Regiões R24, R22, R10 e R3 (Figura 12). Os dados analisados são de 2010, portanto, não considera a crescente presença dos imigrantes negros, composta principalmente por africanos e caribenhos, o que aumenta o contingente da população negra no estado e torna mais complexas as demandas de saúde, haja vista a diversidade do idioma e da cultura.

Figura 12. Proporção da população negra - pessoas autodeclaradas pretas e pardas (por Região de Saúde), RS, 2010.



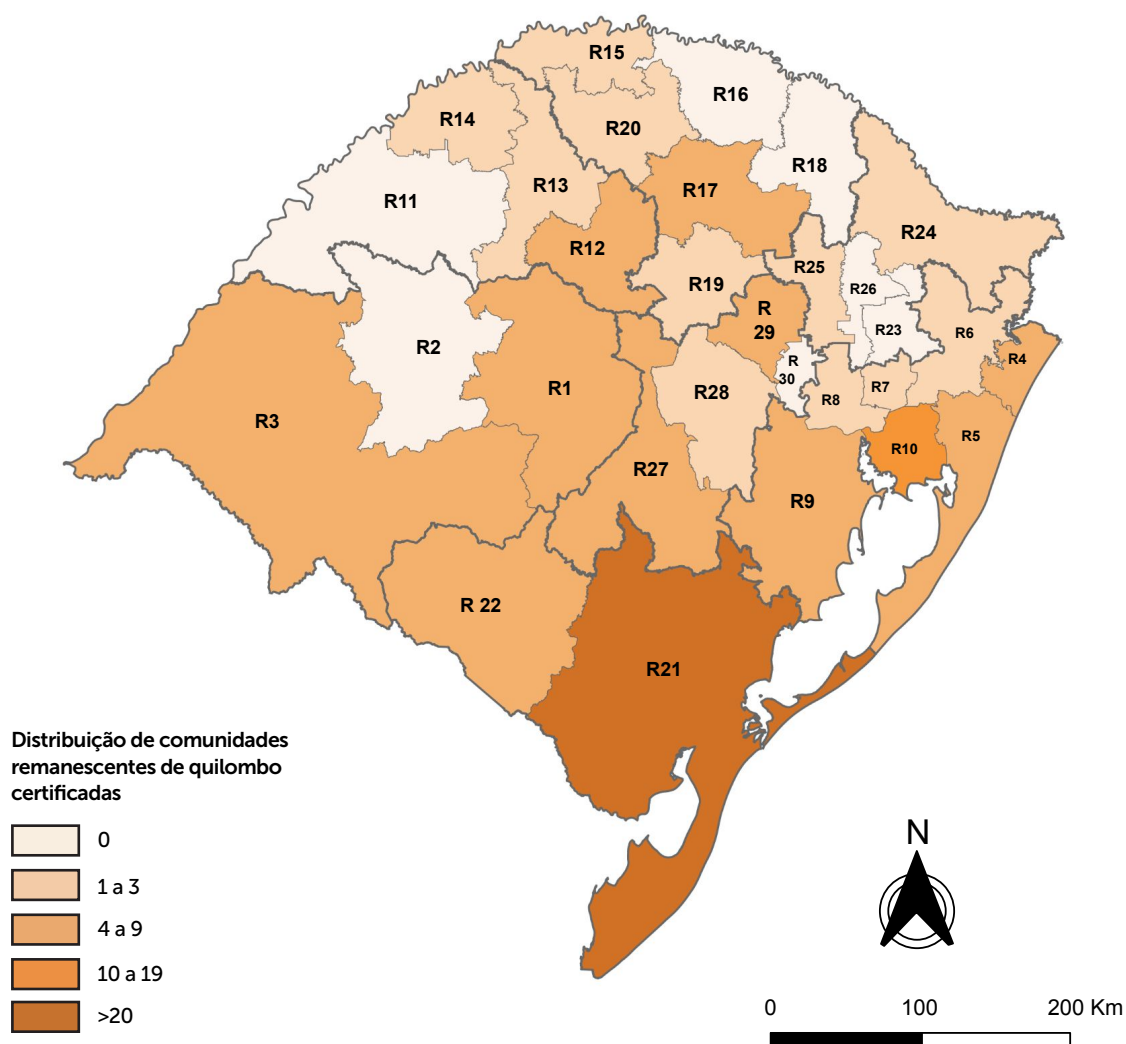
Fonte: Censo de 2010/IBGE. Acesso em: 03/2023.

Cabe destacar que parte da população autodeclarada negra do RS é quilombola e vive em comunidades remanescentes de quilombos. Segundo o Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, os remanescentes das comunidades dos quilombos compõem também os Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs), definidos como grupos culturalmente diferenciados e que

se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (BRASIL, 2007).

De acordo com a Fundação Cultural Palmares, existem 133 comunidades certificadas no estado, localizadas em 70 municípios. Tais comunidades estão distribuídas pelas Regiões de Saúde do Estado (**Figura 13**). 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 do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, em janeiro de 2023, havia 1.494.833 famílias no Cadastro Único, totalizando 7.104 pessoas quilombolas, das quais 3.599 (50,66%) estão sendo acompanhadas também pela saúde.

Figura 13. Distribuição de comunidades remanescentes de quilombo certificadas (por Região de Saúde), RS, 2023.



Fonte: Fundação Cultural Palmares, 2023. Acesso em: 03/2023.

POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) prevê a inclusão das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) no SUS, a fim de promover o direito à saúde e à cidadania na perspectiva dos direitos humanos. De acordo com o Conselho Nacional de Justiça, o Brasil tem a terceira maior PPL do mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos e da China; atingindo, em 2022, um total de 654 mil pessoas presas, com taxa de aprisionamento de 310,29 presos/100 mil habitantes (SISDEPEN, 2022). No cenário nacional, o RS ocupa a 11ª posição em taxa de aprisionamento (SISDEPEN, 2022). A superlotação, o elevado número de presos provisórios e a reincidência penal acarretam e agravam os problemas de saúde pública na PPL. Presos provisórios representam 35,52% da PPL do RS (SISDEPEN, 2022).

No estado, a população privada de liberdade é composta majoritariamente por pessoas do sexo biológico masculino (94,27%) e concentra-se na faixa de 25 a 34 anos de idade, apresentando uma curva ascendente até os 28 anos e descendente a partir dessa idade (SUSEPE, 2023). A população idosa (60 anos ou mais) representa 3,33% do total de presos (SUSEPE, 2023). Quanto ao quesito raça/cor, 64,50% são brancos e 33,82% negros (SISDEPEN, 2022). A taxa de aprisionamento por esse recorte (por 100 mil habitantes) é de 244 presos de raça/cor branca e 660 de raça/cor negra, sendo 2,7 vezes maior na população negra do que na branca (IBGE, 2010; SISDEPEN, 2022). Além disso, destaca-se o alto índice de encarceramento de homens e mulheres com baixo nível de escolaridade: 60,56% das mulheres e 74,27% dos homens são alfabetizados ou possuem ensino fundamental completo; 33,03% das mulheres e 22,10% dos homens frequentaram o ensino médio (SUSEPE, 2023).

De acordo com o Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN), no primeiro semestre de 2022, havia um total de 368 pessoas LGBT em privação de liberdade, sendo dessas 9,24% gays, 23,64% lésbicas, 39,40% bissexuais, 13,04% mulher trans/travesti, 14,13% homem trans e 0,54% intersexo (SISDEPEN, 2022). No mesmo relatório, foram identificados, dentro das casas prisionais, 101 estrangeiros, 327 indígenas e 87 pessoas com deficiência, sendo a deficiência física a mais frequente entre homens e mulheres (53,09% e 66,67%, respectivamente) seguida pela intelectual (25,93% e 16,67%, respectivamente) (SISDEPEN, 2022).

Entre os homens, os principais crimes cometidos foram crimes contra o patrimônio (43,30%), seguido de crimes relacionados às drogas (25,82%) e estatuto do desarmamento (12,43%), enquanto entre as mulheres foram mais frequentes os crimes relacionados às drogas (57,73%) seguido de crimes contra o patrimônio (24,71%) (SUSEPE, 2023).

A violência institucional e aquelas sofridas antes do encarceramento, por razões de vulnerabilidade social, são fatores determinantes para o agravamento das condições de saúde física e mental, especialmente às mulheres privadas de liberdade. O aumento do encarceramento feminino causa um profundo impacto social considerando que, em sua maioria, são mães solo ou chefes de família. A humanização da atenção e a equidade em saúde tornam-se, assim, princípios ético-políticos que norteiam o cuidado em saúde nas prisões, visando o resgate do sentido vivo da justiça e o conceito ampliado de saúde. A afirmação do princípio da equidade reforça o direito universal à saúde, ao reconhecer, nas situações de iniquidades e

nas determinações sociais da saúde, os efeitos e impactos de longo prazo dos processos de discriminação e de exclusão que recai sobre a PPL (DOTTA et al., 2022).

POPULAÇÃO LGBT

Com relação à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), embora ainda persistam algumas limitações nos levantamentos censitários e populacionais, houve um avanço significativo a partir da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019, que incluiu novas temáticas em relação à orientação sexual e trabalhou estes dados com estatísticas experimentais. De acordo com a pesquisa, cerca de 3 milhões de pessoas no Brasil se declararam não-heterossexuais (homossexuais/bissexuais/outra orientação sexual), ou seja, aproximadamente 2% da população brasileira (PNS, 2019). No RS, essa população chega à 171 mil habitantes (1,9%); destes, 13% encontram-se na capital.

No Brasil, os jovens entre 18 e 29 anos tiveram maior percentual de pessoas não-heterossexuais (4,8%). Além disso, a proporção de não-heterossexuais é maior entre os que têm nível superior e maior renda. A pesquisa não encontrou diferença significativa entre os resultados por raça/cor. É importante ressaltar que a pesquisa investigou apenas o quesito da autoidentificação, que apresenta incongruências com outras dimensões da orientação sexual. Além disso, a proporção de pessoas que se recusaram a responder ou não sabiam chega a 3,4% nacionalmente (5,3 milhões de pessoas) e 3,3% estadualmente (291 mil pessoas) (PNS, 2019).

No que diz respeito à identidade de gênero, na pesquisa realizada por Spizzirri et al (2021), estima-se que cerca de 2% da população adulta no país identifica-se como pessoa trans (1,1 milhões de pessoas) ou não-binária (1,9 milhões de pessoas). Não houve diferença significativa de pessoas trans entre os sexos biológicos. A proporção de pessoas que se identificam como “gênero-diversas” é maior do que o número estimado de pessoas que recebem assistência em saúde para fins de afirmação de gênero.

A diversidade sexual e de gênero é uma questão relevante para os determinantes sociais da saúde, sendo necessário ampliar e qualificar o registro de informações sobre orientação sexual e identidade de gênero no sistema de informação em saúde utilizado no SUS, bem como incluí-las nos próximos censos. Estas medidas são essenciais para a construção e implementação de políticas públicas efetivas à população LGBT.

POPULAÇÕES DO CAMPO, FLORESTA E DAS ÁGUAS

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

censo 2010, dos 497 municípios do RS, 344 eram predominantemente rurais – com mais de 50% de sua população residente em áreas rurais, representando cerca de 14,9% da população total do estado.

POVOS CIGANOS

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 suas reproduções cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos e práticas gerados e transmitidos pela tradição (Decreto nº 6.040/2007). Ainda que denominados e identificados como ciganos, suas comunidades são formadas por diferentes grupos étnicos e culturais. O modo de vida desses povos inclui deslocamentos por diferentes territórios, contudo, há um aumento na tendência de práticas não nômades. Os dados referentes aos povos ciganos no Brasil ainda são incipientes (BRASIL, 2022).

MIGRANTES, REFUGIADOS, APÁTRIDAS E PESSOAS VÍTIMAS DO TRÁFICO DE PESSOAS

No que se refere à população de imigrantes, refugiados, apátridas e vítimas de tráfico de pessoas, no RS, em fevereiro de 2022, havia 93.088 migrantes com registro ativo no RS, representando o quarto maior contingente do Brasil, conforme Nota Técnica nº 70/2022 da Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão do Rio Grande do Sul (2022). As principais características continuam a confirmar as tendências anteriores, de pertencerem, em sua maioria, ao sexo masculino, serem jovens e possuírem nível de escolaridade médio e superior (CAVALCANTI et al., 2019).

Observa-se, contudo, tendência de feminilização do processo migratório, com a ampliação do fluxo de mulheres imigrantes a partir do segundo semestre do ano de 2010 (TONHATI; PEREDA, 2021). Haitianos, bolivianos, venezuelanos, colombianos e argentinos, respectivamente, são as nacionalidades com maior expressividade no estado.

Conforme o Boletim informativo “Saúde da população migrante internacional residente no Rio Grande do Sul” (RIO GRANDE DO SUL, 2021), o estado possuía, até dezembro de 2020, 161.960 migrantes internacionais usuários com Cartão Nacional de Saúde (CNS). Destes, 68.230 possuíam nacionalidade identificada, sendo 25,27% haitianos, 22,55% uruguaios, 10,81% venezuelanos, 8,84% argentinos, 5,05% senegaleses e 15,99% outras nacionalidades, seguindo, em parte, a tendência nacional. Com relação ao gênero dos migrantes com CNS e nacionalidade identificada no RS, 55,71% pertenciam ao sexo masculino, e no quesito raça/cor, observa-se a predominância da raça/cor branca (43,72%) seguida de preta (29,73%) e parda (11,33%), sendo 13,89% sem o registro dessa informação. Em relação ao município de residência com CNS, Porto Alegre é o que possui maior concentração de migrantes internacionais com 34.526 (21,32%), seguido de Santana do Livramento com 16.357 (10,1%) e Chuí com 14.171 (8,75%).

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O Decreto n.º 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para População em Situação de Rua, define a População em Situação de Rua (PSR) como um grupo populacional heterogêneo, que tem em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporária ou como moradia provisória. A PSR não está incluída em nenhum censo, seja de âmbito estadual ou nacional, com isso, se faz necessária a utilização de dados disponíveis nos sistemas de informações, informações de projetos de pesquisa e extensão de instituições de ensino, por projetos sociais ou pelas administrações municipais. Existem, no entanto, estimativas do número de PSR no Brasil. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), na última década (2012-2022), houve crescimento de 211% na PSR, enquanto na população geral foi de 11% apenas. Diante do cenário de calamidade pública vivido nos últimos anos, a pandemia do novo Coronavírus teve uma considerável influência nesse aumento expressivo do segmento populacional, com estimativa de crescimento de 38% da PSR entre 2019 e 2022.

De acordo com dados do Cadastro Único de março de 2022, contidos no Relatório Técnico do Departamento de Economia e Estatística, da Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão do Estado do Rio Grande do Sul (DEE/SPGG/RS), havia 7.346 pessoas em situação de rua no RS. Os dados desse relatório apontam que mais de 88% da PSR é composta por homens, valor superior ao estimado no RS (49%) (RIO GRANDE DO SUL, 2020). Com relação à faixa etária, o maior percentual ficou na faixa de 45 a 59 anos, a composição racial apresentou um percentual de 60% de brancos e 40% de negros (17% pretos e 22% pardos), o que representa quase o dobro da proporção de negros na população total do RS, de acordo com informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2019.

Ainda neste mesmo relatório, com os dados do CadÚnico, de 2022, no que se refere à escolaridade, mais da metade (55%) apresentava ensino fundamental incompleto, 10% não possuía qualquer escolaridade e 2% frequentava a escola naquele período. Quando a categoria escolaridade foi analisada segundo a raça/cor, os dados apontaram que existe maior escolaridade nos brancos (66,36%) do que nos negros (33,64%) (homens e mulheres). No caso das mulheres, as negras (pretas e pardas) apresentaram maiores percentuais nas categorias "sem instrução" (52,89%) e "ensino fundamental completo (54,95%). As atividades remuneradas mais comuns por parte dessa população eram a de reciclagem (26%), serviços gerais (14%), trabalho de flanelinha (10%), de vendas (9%), de construção civil (7%) e 13% mantinha sua sobrevivência pedindo dinheiro. Em relação ao tempo na rua, 40% se encontrava em situação de rua no ano anterior ao cadastramento, 28% estava na rua por um período de até seis meses e 13%, entre seis meses e um ano.

Os motivos pelos quais as pessoas passaram a morar na rua foram problemas familiares (48%), seguido de alcoolismo (36%), desemprego (32%) e perda de moradia (28%). Com base na localização, a maior parte da PSR vivia na região metropolitana de Porto Alegre (56%), a qual concentra 43% da população das cidades que registram PSR no estado. Ainda, 29 municípios

possuem mais de 50 pessoas registradas como PSR, com taxas que variam de 0,5 a 3,8 PSR por 1.000 habitantes (MENEZES; GRASSI, 2022), como pode ser observado na **Tabela 6**. Sobre o local utilizado para dormir, 55% dormiam na rua, 40% utilizavam albergues e 5% utilizavam algum domicílio particular. Embora exista o levantamento do quantitativo de PSR apresentado pelo relatório com 7.346 pessoas, é importante ressaltar que esse é um quantitativo aproximado e, certamente, reflete uma realidade subestimada do número de PSR no estado.

Tabela 6. Municípios com mais de 50 pessoas registradas como população em situação de rua (PSR) e taxa* PSR (por 1.000 habitantes) no RS - 2022.

Município	PSR/Taxa	Município	PSR/Taxa
Porto Alegre	2.045 (1,4)	Esteio	119 (1,4)
Caxias do Sul	610 (1,3)	Capão da Canoa	115 (2,1)
Rio Grande	268 (1,3)	Guaíba	108 (1,1)
Novo Hamburgo	263 (1,0)	Cachoeirinha	108 (0,8)
Gravataí	255 (0,9)	Uruguaiana	83 (0,7)
Pelotas	254 (0,7)	Bento Gonçalves	79 (0,6)
São Leopoldo	234 (1,0)	Cachoeira do Sul	77 (0,9)
Sapucaia do Sul	199 (1,4)	Campo Bom	71 (1,1)
Canoas	198 (0,6)	Tramandaí	66 (1,3)
Alvorada	167 (0,8)	Vacaria	66 (1,0)
Santa Maria	159 (0,6)	Erechim	65 (0,6)
Torres	157 (3,8)	Osório	64 (1,4)
Passo Fundo	151 (0,7)	Taquara	59 (1,0)
Santa Cruz do Sul	132 (1,0)	Imbé	58 (2,4)
Viamão	120 (0,5)		

*A taxa de PSR foi calculada de acordo com o quantitativo populacional de cada município, utilizando como numerador a PSR e denominador a população total.

Fonte: Adaptado de MENEZES; GRASSI, 2022.

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) define pessoa com deficiência como 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.

A PNS 2019 contabilizou 8,4% da população brasileira com algum tipo de deficiência, considerando pessoas com dois anos ou mais. Esse dado está relacionado à perda, parcial ou total, de uma ou mais das funções corporais, o que equivale a aproximadamente 17,3 milhões

de pessoas no país. Ainda em nível nacional, quanto ao quesito raça/cor, 8% da população branca se autodeclara pessoa com deficiência, 9,7% da população preta se autodeclara pessoa com deficiência e 8,5% da população parda se autodeclara pessoa com deficiência. Em relação à situação urbano/rural, tem-se 8,2% pessoas com deficiência na população urbana e 9,7%, na população rural.

No estado do RS, estima-se que 2,8% da população possui deficiência visual, 1,5% deficiência auditiva, 5,2% deficiência física e 1,3% deficiência intelectual, totalizando aproximadamente 1 milhão de pessoas com deficiência no estado (8,5% da população). Referente ao sexo, aproximadamente 582.856 pessoas com deficiência são do sexo feminino (9,9%) e 384.963 (6,9%) são do sexo masculino. Quanto ao quesito raça/cor, situação urbana/rural e rendimento familiar *per capita* no estado, não foi possível calcular a estimativa. A seguir, apresenta-se a estimativa do número de pessoas com deficiência no estado pela faixa etária (**Tabela 7**).

Tabela 7. Estimativa do número de pessoas com deficiência (por faixa etária), RS, 2019.

Faixa Etária	Nº estimado	%
2 a 9 anos	17.127	1,5
10 a 17 anos	25.414	2,3
18 a 29 anos	58.251	2,9
30 a 39 anos	62.019	3,6
40 a 49 anos	119.272	8,2
50 a 64 anos	278.201	13,1
65 anos ou mais	447.569	28,7

Fonte: SES / RS. Acesso em 24/03/2023.

Em relação às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo no Brasil, ainda não há dados demográficos. No entanto, a questão quanto à presença de pessoas com esse diagnóstico foi incluída no questionário do novo Censo Demográfico que está em curso no país. No RS, a Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para PCD e PCAH no RS (FADERS) lançou, em 2021, Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista no Rio Grande do Sul (CIPTEA). Desde o início das emissões da CIPTEA, 9.503 carteiras, distribuídas entre 365 municípios, foram aprovadas no Estado. Dos indivíduos que receberam as carteiras, 21,25% são do sexo feminino e 78,69% são do sexo masculino. Referente à faixa etária, 22,29% estão entre 02 e 03 anos, 20,84% entre 04 e 05 anos e 15,11% entre 08 e 10 anos. Para saber mais sobre as características da População com TEA no RS, é possível acessar: <https://fadrs.rs.gov.br/pesquisa-ciptea>.

2. ASPECTOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

O objetivo deste capítulo da Asis é apresentar análises que possibilitem apontar quais são as necessidades de saúde da população gaúcha (caracterizada no capítulo anterior).

2.1 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DA SAÚDE

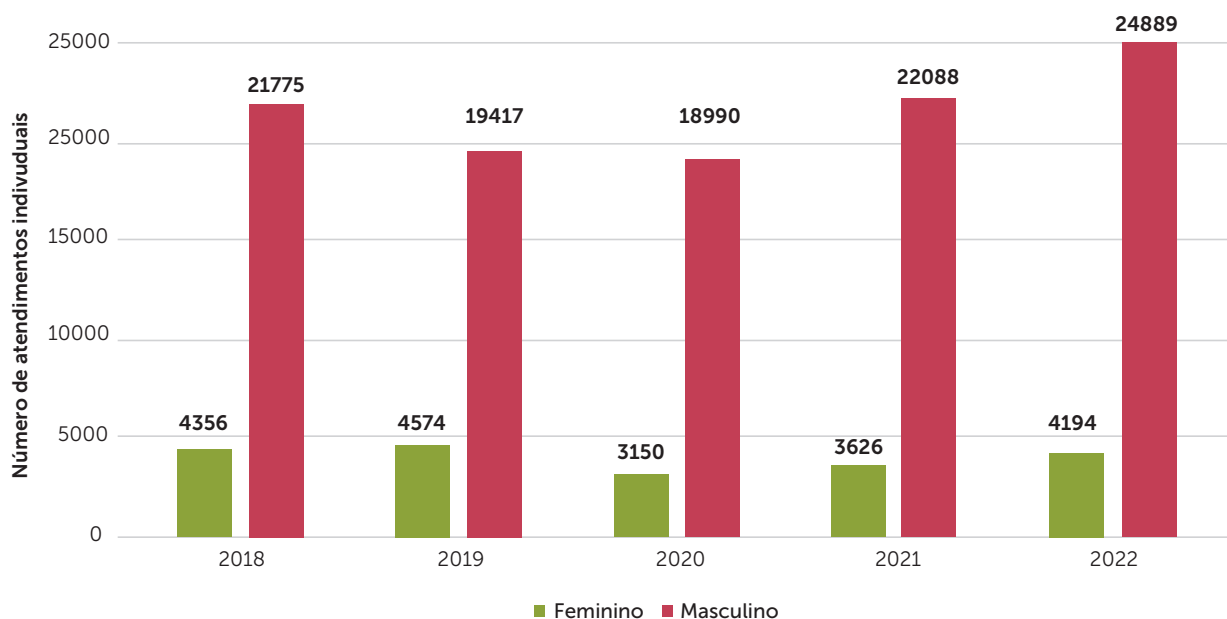
TABAGISMO

Conforme a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2021), em um universo de 1.006 entrevistados (330 homens e 676 mulheres), a frequência de adultos que fumavam foi de 9,34% (11,85% para homens e 7,28% para mulheres). A frequência dos que fumavam 20 ou mais cigarros por dia foi de 5,29%, sendo superior no sexo masculino (8,48%), enquanto no sexo feminino representava 2,67%. Em relação ao gênero, nos homens, a idade com maior frequência de fumantes foi de 35 a 44 anos e nas mulheres dos 55 a 64 anos. Considerando a escolaridade, em ambos os sexos, o maior percentual de fumantes está entre aqueles que completaram até oito anos de estudo.

USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL

Segundo registros do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), de 2018 a 2022 foram realizados 127.076 atendimentos por uso de álcool, o que corresponde a 0,30% do total de atendimentos realizados na APS. Em 2022, o registro de atendimentos por essa condição, em relação ao público masculino, apresentou um acréscimo de 14,3% sobre o percentual registrado no ano inicial da série; contudo, em relação ao público feminino, o percentual apresentou uma queda de 3,8% ao fim da série histórica (**Figura 14**). O público masculino contabiliza a maior procura por atendimento, totalizando 103.380 consultas, (81,3% do total de atendimentos por uso de álcool no período).

Figura 14. Número de atendimentos individuais (por sexo), pela demanda de Alcoolismo na série histórica, RS, 2018-2022.



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)/Ministério da Saúde. Acesso em: 07/03/2023.

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

O acesso à alimentação adequada e saudável, de forma regular, foi agravado no contexto da pandemia por covid-19, contribuindo para a insegurança alimentar (IA), que se manifesta por agravos em saúde relacionados à alimentação e nutrição. Tais agravos geram repercussões em diferentes fases do curso da vida das pessoas e são passíveis de ações de prevenção.

De acordo com os dados do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar (II VIGISAN), a IA está presente em 46,8% dos domicílios onde a pessoa de referência se autodeclara branca. Já nos lares com responsáveis de raça/cor preta ou parda, a IA sobe para 65%. Ainda, no Contexto da Pandemia da covid-19 no Brasil, evidenciaram 11,3% de IA moderada e 14,1% de IA grave, evidenciando acesso aos alimentos qualitativamente inadequado e quantitativamente insuficiente (II VIGISAN, 2022). De acordo com o relatório do SISAB, em 2022, 206 municípios registraram 4.524 atendimentos individuais para risco de insegurança alimentar com problemas sociais relacionados à água e à alimentação, dentro da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP 2).

Por sua vez, o Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN), que monitora o estado nutricional dos diferentes grupos populacionais no âmbito da APS, apontou que, em 2022, foram acompanhados 2.128.580 usuários no RS.

Para identificação de pontos críticos da alimentação nas diversas fases do curso da vida, a vigilância alimentar nutricional propõe o uso de marcadores do consumo alimentar - os quais referenciam o consumo do dia anterior à pesquisa - e ferramentas de análise de práticas e da ingestão de grupos alimentares, possibilitando o reconhecimento de alimentos ou comportamentos que se relacionam à alimentação saudável ou não saudável construídos com base na nova proposta do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014). Em

relação aos dados de marcadores de consumo alimentar, observa-se um aumento no número de registros, em todas as fases do ciclo da vida. Entretanto, o percentual de cobertura ainda é muito baixo, representando 0,02% em relação à população do estado.

Em relação ao consumo alimentar das crianças no RS, a prevalência de aleitamento materno exclusivo em 2021 foi 46% entre as crianças menores de seis meses. De aleitamento materno continuado para crianças entre 6 e 23 meses de idade, a prevalência foi de 26%, observando-se uma queda em relação aos anos anteriores. O consumo de alimentos ultraprocessados (AUPs) - avaliado mediante o dia anterior da pesquisa - reduziu nesta faixa etária, de 49% em 2021, para 26% em 2022.

Para crianças maiores de 2 anos e menores de 10 anos de idade, observa-se frequência de consumo de feijão superior a 40%, mas, também, um alto consumo de AUPs (74,9%). O consumo alimentar de adolescentes é semelhante ao encontrado para crianças. Dados do SISVAN referem que o consumo de feijão foi observado em 29% dos avaliados para o ano de 2021. Na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2019), avaliando o consumo de feijão e de legumes e verduras no dia anterior à pesquisa, a Região Sul figura com um dos menores percentuais de consumo semanal de feijão. A mesma pesquisa refere que 98% dos entrevistados consumiram AUPs.

Segundo registro de consumo alimentar no SISVAN em 2021, em relação ao consumo alimentar de adultos e pessoas idosas, cerca de 68% referem o consumo de AUPs no dia anterior. Ainda, do total de adultos com registro de consumo alimentar, no ano de 2022, menos de 10% referem a raça/cor preta e parda. Analisando o consumo de AUPs, no sexo masculino, o percentual foi 66%, tanto para brancos, quanto para pretos e pardos. Contudo, no sexo feminino observa-se um consumo maior de AUPs. Entre as mulheres pretas e pardas, o consumo foi de 81,72%, e entre mulheres brancas, 76%.

Um estudo com os resultados das pesquisas VIGITEL, dos anos de 2006 a 2016 e da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, identificou que a cor da pele/raça preta ou parda está associada ao maior consumo de feijão, carnes com excesso de gordura e leite com teor de gordura; já o consumo de doces foi menor entre os pardos e o consumo regular e/ou recomendado de frutas, legumes e verduras foi maior entre os brancos (CANUTO; FANTON; LIRA, 2018).

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Apesar do número de avaliações nutricionais realizadas na APS no ano de 2022 ser superior a dois milhões, quase o dobro em relação ao ano anterior, a proporção populacional avaliada permanece baixa e, portanto, interpretações relativas à prevalência do estado nutricional baseadas nesta fonte de dado devem ser realizadas com cautela.

O número de registros de crianças de 0-2 anos com sobrepeso, obesidade e magreza aumentou nos últimos anos, em especial entre os anos de 2021 e 2022. Em 2022, 5.875 crianças apresentaram obesidade, enquanto 4.704 apresentaram magreza ou magreza

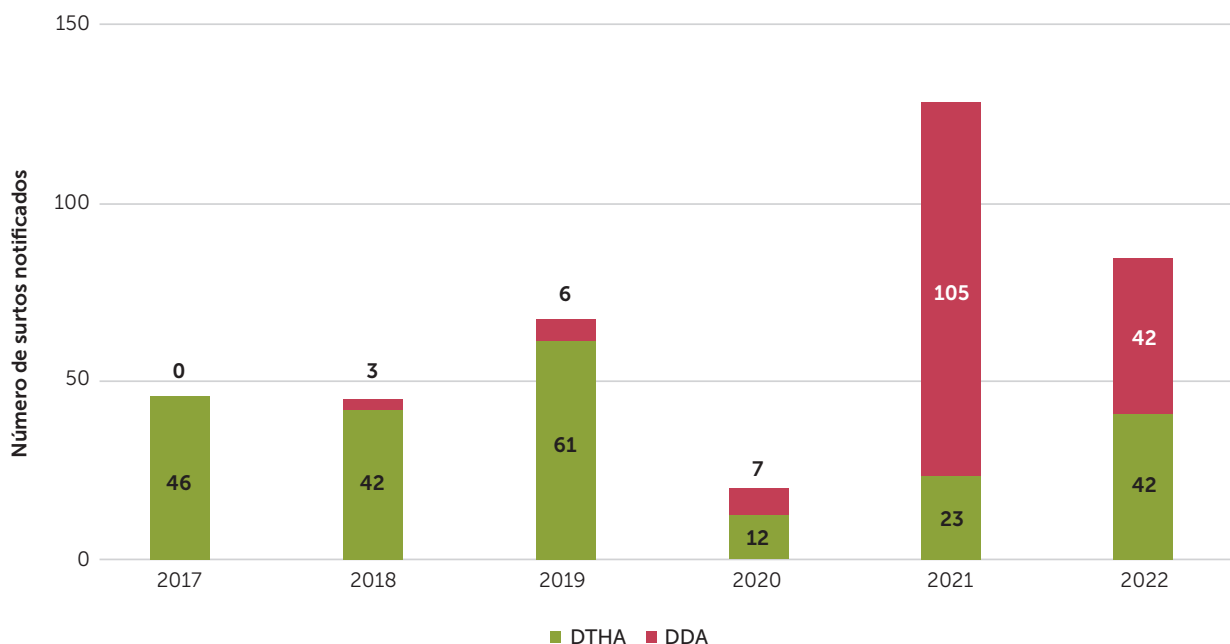
acentuada. Para o restante das faixas etárias — adolescentes (10-19 anos), adultos (20-60 anos) e pessoas idosas (>60 anos) — observou-se um expressivo declínio no número de avaliações nutricionais de 2019 a 2020, possivelmente devido à fase inicial da pandemia, com posterior aumento nos anos seguintes.

Os indivíduos da raça/cor negra foram os que tiveram uma menor proporção de avaliações nutricionais. Ao avaliarmos a razão entre o número de avaliações nutricionais realizadas em pessoas brancas e o número de avaliações realizadas em pessoas negras (pretas e pardas) no ano de 2022, vemos que no estado esta relação é de 7:1, ou seja, de cada 7 pessoas brancas com avaliação nutricional registrada, apenas 1 preta/parda possui avaliação.

SURTOS DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR

De 2017 a 2022 foram notificados 389 surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA) e Doenças Diarreicas Agudas (DDA) (**Figura 15**). Dentro do período analisado, observou-se uma brusca diminuição dos registros de surtos durante o ano de 2020, possivelmente devido à pandemia de covid-19, que contribuiu para a subnotificação. Entretanto, 2021 foi um ano com elevado número de notificações de surtos de DDA ocasionados por norovírus que ocorreram em vários municípios do estado a partir de agosto.

Figura 15. Número de notificações de surtos de DTHA e DDA, RS, 2017-2022*



*Dados preliminares. DTHA: Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. DDA: Doenças Diarreicas Agudas.

Fonte: Programa Estadual DTHA/DVE/CEVS/SES/RS. Acesso em: 22/03/2023.

No período analisado, observou-se uma tendência de surgimento de surtos nos meses mais quentes do ano (dados não apresentados na figura). Em 2021 e 2022, houve um aumento de surtos de DDA com início nos meses de agosto e setembro. Dentre os agentes etiológicos identificados nos surtos notificados, o grupo *Estafilococos coagulase* positiva foi o microrganismo mais recorrente, presente em 16,04% (n=30) dos surtos. Outro patógeno importante na causa de surtos no RS, nos anos de 2020 e 2021, foi a *Escherichia coli*, responsável por 10,7% (n=20) dos surtos. Por fim, destaca-se nos anos de 2020 e 2021, o *Bacillus cereus* 9,63% (n=18). Ainda, em 41,18% (n=77) dos surtos, não foi possível identificar o grupo de alimento causador. Dentre os grupos de alimentos identificados, os alimentos mistos foram os que mais apareceram, presentes em 24,1% (n=45) dos surtos. Estes consistem em preparações culinárias que envolvem vários ingredientes e processos.

SEXO INSEGURO

Existem diversos fatores que podem influenciar a atividade sexual desprotegida, e as desigualdades sociais apresentam influência direta, tanto nos comportamentos sexuais de risco, quanto no acesso a serviços de saúde e a informações adequadas (SOUZA et al, 2022). O uso do preservativo em todas as relações sexuais é o meio mais eficaz na prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e uma forma segura de evitar a gravidez precoce ou indesejada.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, revelou que apenas 21,3% dos entrevistados maiores de 18 anos que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses no RS faziam o uso correto da camisinha. Em relação a grupos de idade, verificou-se que o hábito de uso de preservativos é mais frequente entre os jovens de 18 a 29 anos (32,8%), reduzindo de forma acentuada nos grupos de idade mais avançada, chegando a 11,6% entre pessoas de 60 anos ou mais.

Em relação à raça/cor autodeclarada, o percentual de pessoas que referiram fazer o uso adequado de preservativo dentre os que se declararam de cor preta, parda ou branca foi de 27,1%, 25,6% e 19,8%, respectivamente. De todos os entrevistados no estado do RS, apenas 9,2% referiram procurar serviço público de saúde para obter preservativos nos últimos 12 meses, o que demonstra a necessidade de fortalecer e ampliar o acesso gratuito dos preservativos à população. Dentre os motivos mais relatados para não usar o preservativo na última relação sexual entre os brasileiros, encontram-se: a confiança no parceiro (73,4%) e o uso de outro método para evitar a gravidez (12,3%). O investimento em ações de educação e promoção da saúde é necessário para uma maior conscientização da população e para a ampliação da adesão ao uso de preservativos e da prática do sexo seguro.

MODELO DE PRODUÇÃO AGRÍCOLA

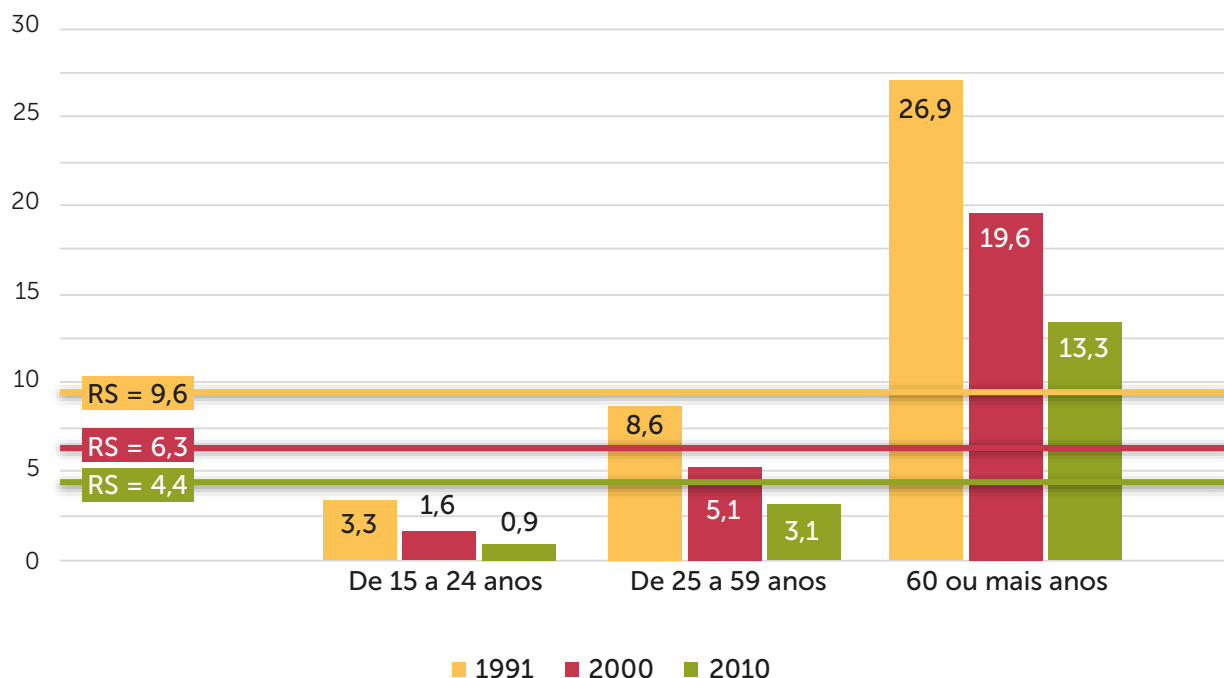
No RS, as atividades agropecuárias são de grande relevância para a economia. Em 2021, o estado possuía a 3ª maior área plantada ou destinada à colheita do país. A produção rural é predominantemente convencional, baseada na utilização de um grande volume de agrotóxicos,

sendo a soja, o trigo, o arroz e o milho os principais produtos agrícolas cultivados no RS. Esses tipos de culturas são comumente conhecidos nas *commodities* agrícolas, caracterizadas por monoculturas que fornecem matérias-primas para a produção de outros produtos, como alimentos ultraprocessados ou rações usadas na criação intensiva de animais. Esses sistemas dependem de grandes extensões de terra, do uso intenso de mecanização, do alto consumo de água e combustíveis, bem como do emprego de agrotóxicos (BRASIL, 2014). O consumo extenso de agrotóxicos é eminentemente danoso à saúde humana e ao meio ambiente, sendo os trabalhadores rurais os mais afetados, por estarem em contato direto com estes produtos.

EDUCAÇÃO

A Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990) traz a educação como um dos fatores determinantes e condicionantes para a saúde da população. Indivíduos com maior nível educacional tendem a ter mais acesso à educação em saúde, o que pode impactar positivamente na adoção de hábitos saudáveis, no estilo de vida e na exposição a fatores de doenças. Os dados do IBGE entre 1991 e 2010 revelam que a taxa de analfabetismo tem caído nas últimas décadas em todos os grupos etários, sendo que a maior taxa segue sendo entre as pessoas idosas (**Figura 16**).

Figura 16. Taxa de analfabetismo (%) (por faixa etária), RS, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Censos 1991, 2000 e 2010).

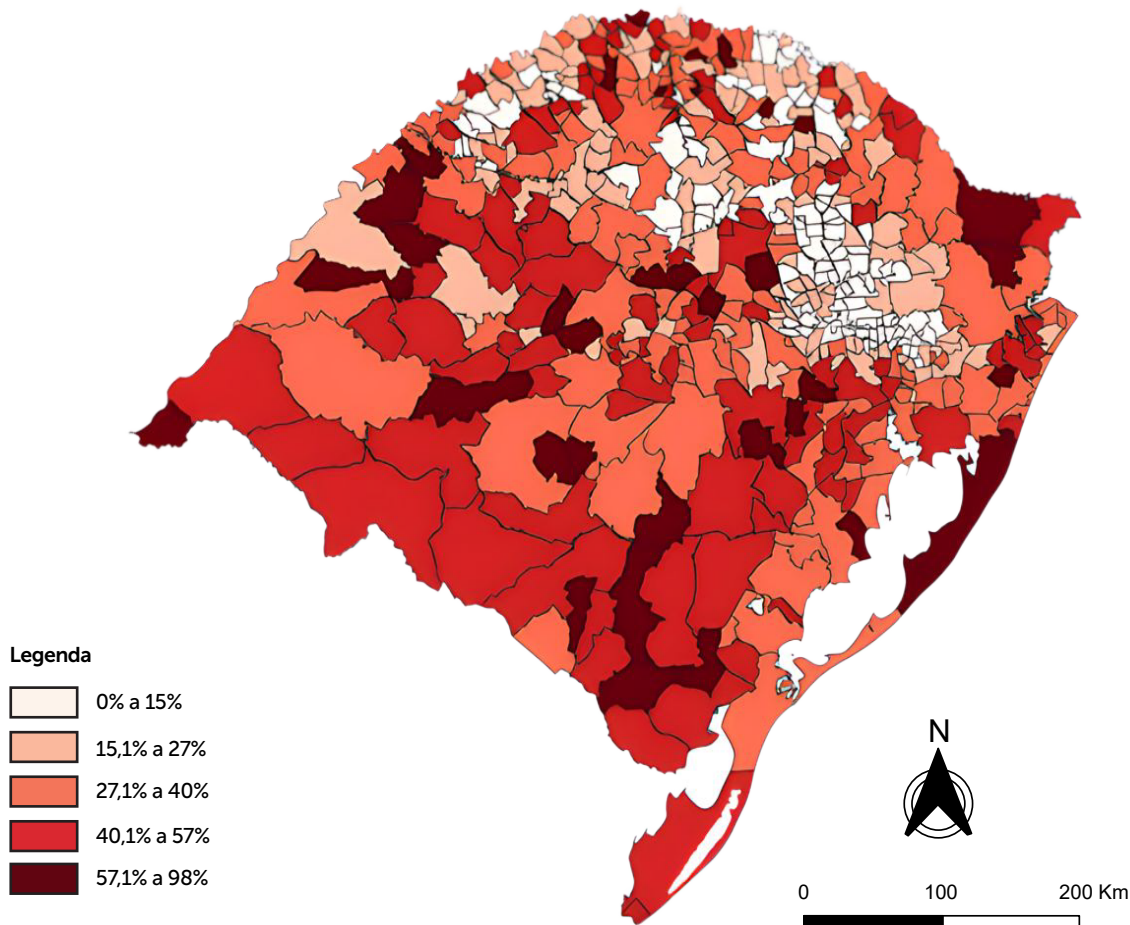
Com respeito à educação básica, há índices mais altos de pessoas com um ou mais anos de atraso escolar, nos dois níveis do ensino básico, entre não brancos do que entre brancos. Do mesmo modo, brancos aumentam sua participação na 3ª série do ensino médio, ao passo que pretos e pardos diminuem. As taxas de abandono no ensino médio também são mais altas entre pretos e pardos (8,6% e 7,7% respectivamente) do que entre brancos (6,8%). No ensino superior, 86,6% dos ingressantes, em 2014, no RS, em cursos presenciais, eram brancos e 12,7% negros, percentuais muito próximos aos dos cursos à distância. Dos concluintes, 10,6% eram negros no presencial e 13,1% no ensino à distância. Há mais professores na rede privada do que na rede pública no RS. Entre os grupos de raça/cor, a maior parte dos brancos está na rede privada, e negros, amarelos e indígenas estão, em maior proporção, na rede superior pública. Entre os grupos de raça/cor, a maior parte dos brancos está na rede privada, e negros, amarelos e indígenas estão, em maior proporção, na rede superior pública (RIO GRANDE DO SUL, 2021, p. 3).

DISTRIBUIÇÃO DE RENDA

Considerando que a pobreza é uma expressão multidimensional das condições de vida de uma população e impacta de forma intrínseca outros determinantes sociais de saúde, é preciso olhar para esse recorte para melhor compreensão do impacto no cotidiano e na estrutura da sociedade. No RS, em 2021, 13,5% da população (1,54 milhão de pessoas) vivia com cerca de R\$ 16,00 por dia, conforme taxa de paridade de poder de compra definida pelo Banco Mundial e adotada na pesquisa do IBGE para definir o limite de pobreza.

Quando são observados os níveis de pobreza na população infantil (SALATA; MATTOS; BAGOLIN, 2022), no Brasil, em 2021, 44,7% desta população está na linha de pobreza, sendo destes, 12,7% na extrema pobreza. Por sua vez, a **Figura 17** representa a proporção de crianças pobres e extremamente pobres menores de 6 anos de idade, até 31 de dezembro de 2022, em relação à população estimada na mesma faixa etária em cada município - para 2021, última estimativa disponível.

Figura 17. Proporção de crianças pobres e extremamente pobres menores de 6 anos de idade, RS, 2022.



Fonte: Cadastro Único de dezembro de 2022; estimativas populacionais 2021, DEE/SPGG/RS. Elaboração: DEE/SPGG/RS.

Os dados apresentados expressam a urgência de investir na Primeira Infância para que maiores sejam os retornos a longo prazo. Ao oportunizar às crianças políticas públicas que incentivem o seu desenvolvimento e potencial, estamos construindo o caminho para um RS mais equânime e menos desigual.

PROPORÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DE PROGRAMAS ASSISTENCIAIS NO RS

Em 2021, o total de indivíduos para acompanhamento foi de 686.961, dos quais a saúde acompanhou 432.838 (63,01%); passando, em 2022, para 916.523, dos quais a saúde acompanhou 709.431, que correspondem a 77,40%. O resultado alcançado em 2022 demonstra um grande avanço dos municípios no cumprimento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.

Ainda em relação aos condicionantes e necessidades de saúde, parte importante se encontra em situação de vulnerabilidade social, em especial aqueles que ingressaram em alguma modalidade associada à condição ou solicitação de refúgio, como é o caso dos venezuelanos e dos haitianos. Segundo a Nota Técnica N° 70, SSPG/RS, Perfil de Migrantes, em agosto de 2022,

havia 32.505 pessoas com nacionalidade de outro país registradas (e atualizadas a partir de 2018) no CadÚnico. Mulheres são 54,4%, uma tendência diferente do predomínio masculino dos registros anteriores. Pretos ou pardos são 60,6% dos migrantes do CadÚnico; sendo que apenas 9,6% frequentaram o ensino superior; 62,7% são pobres ou extremamente pobres; e, 52,4% receberam Bolsa Família. Considerando as áreas dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDES), a maior incidência de migrantes em situação de vulnerabilidade no RS encontra-se na Metropolitano Delta do Jacuí e Vale do Rio dos Sinos, concentrando 35,6% da população migrante; enquanto 16,3% estão na região da Serra e 13,6% na faixa de fronteira sul do RS - nos COREDES da Fronteira Oeste (8,2%) e Sul (5,4%).

ÍNDICE DE GINI

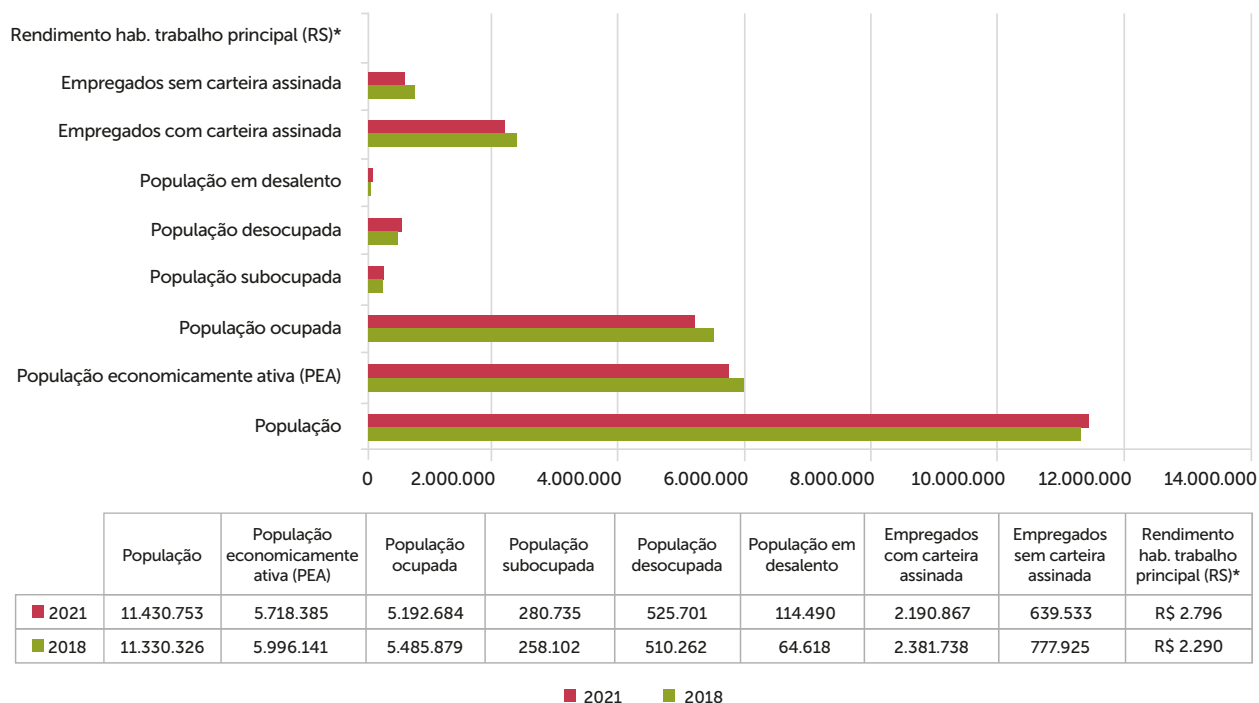
O índice de Gini do estado do RS revela menor desigualdade em relação ao índice nacional (0,544), estando na 5ª colocação de melhor distribuição de renda em 2021 no Brasil. A análise temporal, no intervalo de 2017 a 2021, revela redução da desigualdade social nos últimos anos, passando de 0,481 em 2017 para 0,468 em 2021, abaixo da média do país. A partir da análise dos dados do Censo Demográfico de 2010 extraídos do DATASUS, observa-se um padrão heterogêneo em relação ao índice de Gini para todas as Macrorregiões de Saúde do RS, com variação de 16% entre as Macrorregiões de Saúde com maior e menor Índice de Gini. Nesse sentido, é possível constatar que a Macrorregião da Serra possuía a melhor distribuição de renda (0,445) em 2010, enquanto a Centro-Oeste se mostrava a mais desigual (0,522). As demais Macrorregiões de Saúde apresentaram os seguintes valores: Vales (0,450), Metropolitana (0,454), Missioneira (0,480), Norte (0,481) e Sul (0,501).

A renda da população e a distribuição *per capita* se mostram fundamentais para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Assim, as políticas públicas que visam reduzir a desigualdade devem estar presentes no debate de planejamento em saúde.

EMPREGO

Segundo o IBGE, a População Economicamente Ativa (PEA) - pessoas de 14 anos ou mais, que estavam ocupadas ou desocupadas na semana de referência - compreende a oferta efetiva de trabalho numa economia. No RS, houve queda de 4,64% na PEA quando comparados o primeiro trimestre de 2018 e o primeiro trimestre de 2021. A **Figura 18** demonstra que o número de indivíduos ocupados e aqueles trabalhando com carteira assinada diminuiu entre 2018 e 2021. Já a população em desalento (aquela que desistiu de procurar emprego) e as subocupadas (insuficiência de horas) aumentaram com o decorrer dos anos. O rendimento médio do trabalhador aumentou neste período, sendo que, em 2022, o rendimento médio foi de R\$ 2.796.

Figura 18. Informações sobre emprego, RS, 2018-2021.



Fonte: IBGE (PNAD Contínua), 2021.

Quanto às diferenças de gênero, considerando os dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) do Ministério do Trabalho (MT), apesar de haver um aumento no número de mulheres admitidas, entre março de 2018 (45.100) e julho de 2021 (47.354), ele ainda se mantém inferior ao total de homens admitidos no mesmo período - 64.600 e 59.147, respectivamente. Essas diferenças se expressam em distinção na oferta de oportunidades de trabalho, na participação e inserção nos mercados de trabalho formal e informal, na remuneração, nas formas e na velocidade de ascensão e de reconhecimento profissional.

Em relação à média salarial de admissão de homens e mulheres, os dados do CAGED/MT apontam que em março de 2018, as trabalhadoras admitidas receberam salário de admissão 9,2% menor em comparação aos homens, na média nacional, e uma remuneração 8,9% inferior no estado do RS. Em julho de 2021, as trabalhadoras admitidas receberam um salário de admissão 10,7% menor que indivíduos do gênero masculino, na média nacional, e 12,7% inferior no estado do RS. Tais dados demonstram que a disparidade na questão salarial para as mulheres aumentou no período analisado.

Segundo relatório do Departamento de Economia e Estatística da Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão do RS, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua, no RS, "Analisando a renda, os dados do Brasil apontam que o rendimento mensal de todos os trabalhos dos negros, tanto em 2012 quanto em 2020, respondia por 56% ou 57% do rendimento dos brancos." (RIO GRANDE DO SUL, 2022, p. 4).

Ainda que careçamos de dados para traçar um diagnóstico realista no estado, é importante mencionar que, para além da formalidade, informalidade e diferenças salariais, outras condições e violações de direitos no mundo do trabalho constituem importantes determinantes e condicionantes sociais da saúde. É o caso do trabalho precário e do trabalho análogo à escravidão. Enquanto o primeiro está ligado à incerteza, aumento de riscos e redução dos direitos trabalhistas, o segundo é caracterizado por situações de trabalhos forçados e/ou jornadas exaustivas, sujeitando a pessoa a condições degradantes de trabalho, ou restringindo, por qualquer meio, sua locomoção em razão de dívida contraída com o empregador.

AMBIENTE DE TRABALHO

Com relação aos 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 2018 a 2022 foram notificados 285.556 agravos em saúde do trabalhador. A série histórica teve pequenas variações, sendo o menor número de notificações em 2018, com 54.279 agravos e o maior número em 2022, com 59.434 agravos em saúde do trabalhador notificados.

De 2018 a 2022, acidentes de trabalho representaram 83,81% das notificações nos sistemas de informação, enquanto doenças relacionadas ao trabalho corresponderam a 16,19% das notificações, incluindo nesta categoria exposição à material biológico, LER/DORT, intoxicação exógena, transtorno mental relacionado ao trabalho, perda auditiva induzida pelo ruído ocupacional, dermatose ocupacional, pneumoconiose e câncer relacionado ao trabalho. Dentre os acidentes de trabalho no ano de 2022, 90,91% ocorreram no local de trabalho (acidentes típicos) e 9,08% no percurso do trajeto. Quanto ao sexo, trabalhadores homens sofreram mais acidentes de trabalho (69,80%) quando comparado às trabalhadoras mulheres (30,2%). Trabalhadores autodeclarados brancos (76,14%) e trabalhadores na faixa etária dos 30 aos 39 anos apresentaram o maior número de notificações em acidentes de trabalho.

Os acidentes de trabalho em 2022 atingiram majoritariamente a categoria de trabalhadores formais - empregado registrado com carteira assinada, servidor público estatutário e servidor público celetista (80,09%). Referente à atividade econômica, torna-se difícil estimar os setores mais atingidos, visto que apenas 29,19% das fichas de notificação tiveram este item informado. Desses 29,19%, os setores com trabalhadores mais impactados foram: indústria (33,85%) e saúde e serviços sociais (31,29%). Quanto à evolução do caso, a maioria dos acidentes resultou em cura (46,01%) seguido de incapacidade temporária (35,71%).

Quanto às notificações de agravos em saúde do trabalhador, do período de 2018 a 2022, as Macrorregiões de Saúde que apresentaram os maiores valores foram Serra (68.446), Metropolitana (60.502), Norte (55.377), Vales (40.899), Missioneira (27.058), Sul (17.858), Centro-Oeste (14.985). Os números de notificações ainda não refletem a realidade de acidentes e adoecimentos relacionados aos ambientes e processos de trabalho. Por isso é relevante estimular uma cultura de notificação dos agravos que ocorrem.

Os acidentes e doenças envolvendo crianças e adolescentes no trabalho, no período compreendido entre 2018 e 2022, na faixa etária de 05 a 17 anos foram de 2.423 casos,

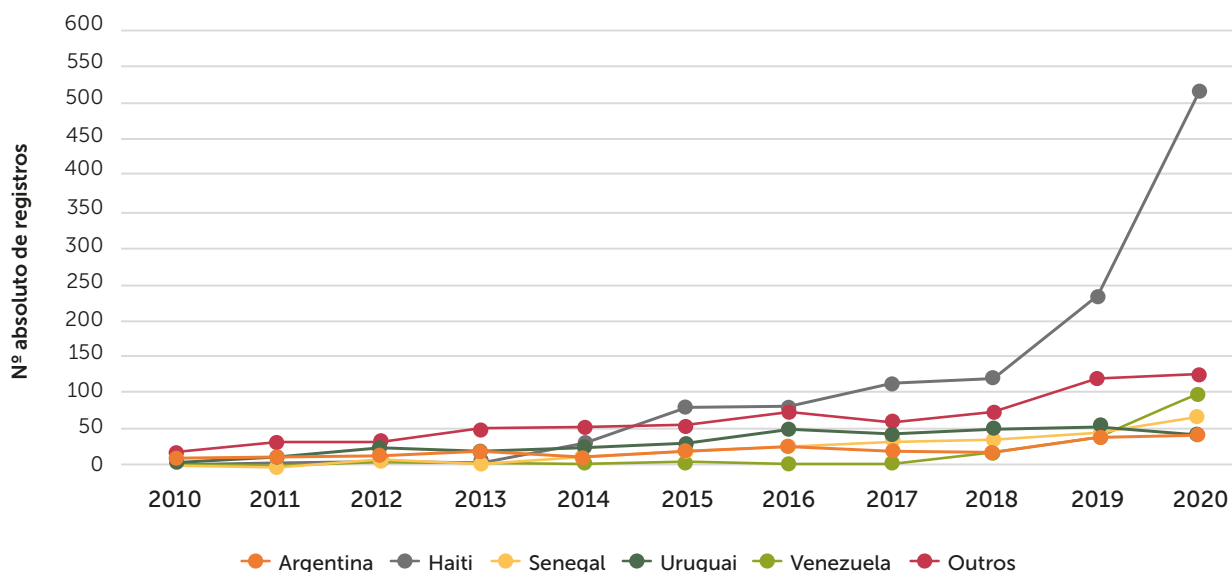
representando 0,84% do total das notificações. Estes dados demonstram a vulnerabilidade que crianças e adolescentes estão expostos, ao considerarmos que o trabalho só é permitido a partir dos 14 anos como aprendizagem profissional e, portanto, não pode ser perigoso, penoso ou insalubre. Sobre os óbitos relacionados ao trabalho no RS, de 2018 a 2022 foram registrados no SIST 1274 óbitos no estado. Em 2022 foram incluídos no SIST 249 óbitos de trabalhadores que faleceram por questões relacionadas ao trabalho que exerciam, sendo investigados 79,92% destes óbitos. O estado tinha como meta pactuada para o respectivo ano a investigação de 75% desses óbitos.

É importante manter um aumento gradual da investigação de óbitos relacionados ao trabalho. O número de óbitos relacionados ao trabalho também pode estar sendo subnotificado, já que em muitos momentos, quando a declaração de óbito é preenchida, o campo relacionado ao trabalho não é reconhecido pelo profissional, o que ocasiona o óbito não ser protocolado no SIST e, conseqüentemente, não ser investigado.

REGISTRO DE AGRAVOS NA POPULAÇÃO MIGRANTE, REFUGIADA, APÁTRIDAS E VÍTIMAS DE TRÁFICO DE PESSOAS

Sobre os aspectos de saúde da população migrante, refugiada, apátridas e vítimas de tráfico de pessoas, a análise histórica de 2010 a 2020, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) permite inferir 2.822 registros de agravos de notificação compulsória (**Figura 19**). Destes, 56,48% (1.594) são do sexo masculino e 43,52% (1.228) feminino. A totalidade dos registros, 2.822, é proveniente de 2.432 usuários (alguns usuários possuem mais de um registro), de oito (8) nacionalidades diferentes, com média de idade de 40,2 anos. Em relação ao quesito raça/cor, observa-se que a maioria dos registros são de usuários da cor preta (47,87%), seguidos dos de cor branca (36,42%).

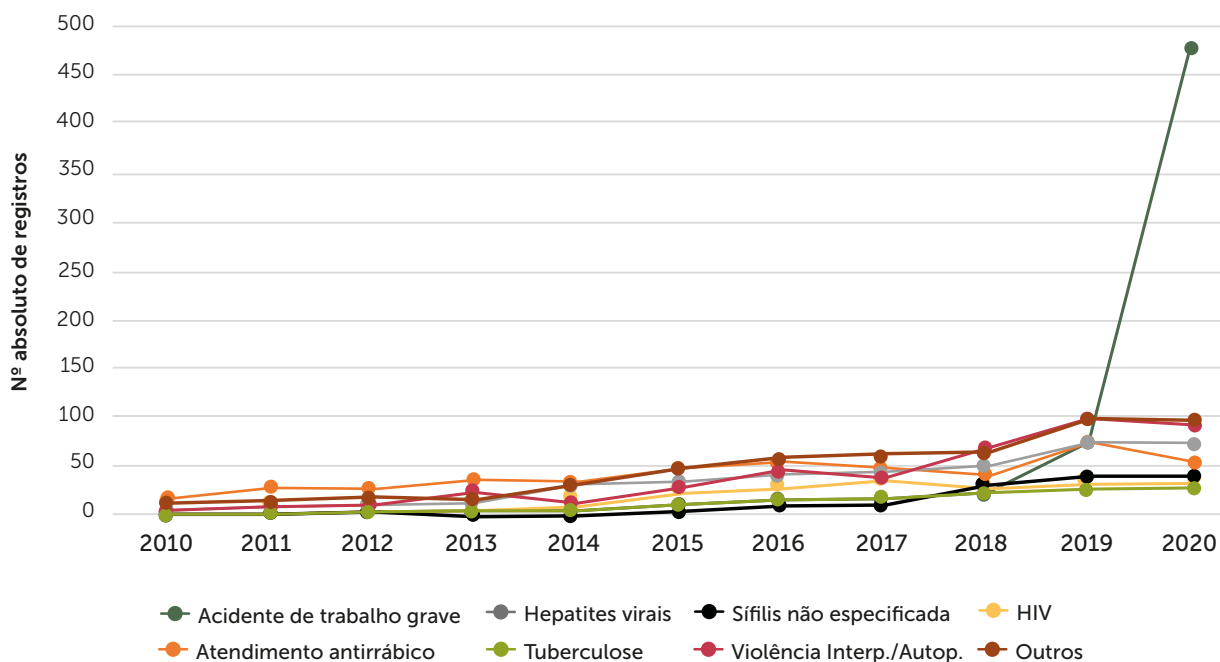
Figura 19. Número de registros de agravos de notificação compulsória relativos aos migrantes internacionais com Cartão Nacional de Saúde e residência no RS, 2010-2020.



Fonte: SES/RS, 2021.

Cruzando a nacionalidade com raça/cor, haitianos negros e negras são os usuários mais recorrentes no SINAN. Já a **Figura 20** revela os tipos mais encontrados de agravos notificados no sistema no período considerado. Acidente de Trabalho Grave é o agravo com maior número de registros (602) - sendo 472, somente em 2020. No que corresponde à distribuição territorial, a maior proporção de registros notificados está na Macrorregião de Saúde Metropolitana (39,44%), Serra (24,38%), Vales (11,23%), Norte (10,49%), Sul (5,99%), Missioneira (4,29%) e Centro-Oeste (4,18%).

Figura 20. Número de registros dos principais agravos notificados no SINAN, relativos aos migrantes internacionais com Cadastro Nacional de Saúde e residência no RS, 2010-2020.



Fonte: SES/RS, 2021.

POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA DE PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS

A cobertura de planos de saúde privados no estado, que se refere ao número de beneficiários de planos de saúde privados em relação à população, era de 22,81% em dezembro de 2022, consideradas as coberturas hospitalar e ambulatorial. Ou seja, 77,19% da população do RS depende exclusivamente de ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). A Macrorregião de Saúde com maior cobertura de planos de saúde privados é a Serra (45,51%), seguida da Metropolitana (29,72%), Vales (14,85%), Missioneira (12,87%), Norte (12,22%), Sul (11,96%) e Centro-Oeste (8,29%). Em relação à faixa etária, tem-se um maior percentual de cobertura da população entre 40 e 44 anos, com 31,7% da população coberta, seguido daqueles entre 30 e 39 anos, com 30,1%. A faixa etária com menor percentual de cobertura é a dos jovens de 15 a 19 anos, com 16,2%, e a de crianças e adolescentes de 10 a 14 anos, com 19,6% de cobertura. Em relação ao sexo, 52,7% dos beneficiários de planos de saúde são mulheres e 47,3% são homens.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não disponibiliza os dados estratificados por raça/cor. Além disso, algumas particularidades dos dados podem dificultar a análise, pois, segundo

a ANS, o termo beneficiário refere-se a um vínculo ao plano de saúde, podendo um indivíduo ter diversos vínculos e ser contado mais de uma vez para o cálculo do percentual. Portanto, o cálculo do percentual de cobertura é uma aproximação do valor real.

DOENÇAS E AGRAVOS ASSOCIADOS AO MEIO AMBIENTE

A **intoxicação exógena por agrotóxicos** pode ocorrer de forma direta, por meio do preparo, aplicação ou qualquer tipo de manuseio com o produto, ou de forma indireta, através da água, solo, ar e/ou alimentos contaminados. Na suspeição da ocorrência de intoxicação por agrotóxicos, a notificação compulsória é obrigatória à autoridade de saúde, todavia, existe uma grande subnotificação para este agravo: estima-se que para cada caso notificado, existam outros 50 subnotificados (CARNEIRO et al., 2015). No RS, no ano de 2022, apenas 35% do total de municípios realizou alguma notificação de intoxicação exógena por agrotóxico, no SINAN. Analisando a série histórica de 2018 a 2022, têm-se que 33,4% (n=166) do total de 497 municípios não tiveram notificação, sendo denominados como municípios silenciosos para este agravo. Além disso, em função da pandemia de covid-19, muito dos esforços dos profissionais de saúde foram voltados às ações de prevenção e controle de casos da doença, conjuntura que agravou ainda mais a baixa notificação de casos de intoxicação por agrotóxicos.

De 2018 a 2022, foram notificados no RS, 3.744 casos de intoxicação exógena por agrotóxicos no SINAN. A maior parte dos casos foi do sexo masculino (2.410; 64,37%) - com a faixa etária entre os 20 e 49 anos sendo a mais prevalente, em 54,5% das notificações. Em relação ao agente tóxico envolvido na intoxicação, as substâncias classificadas como agrotóxico de uso agrícola corresponderam a 57,43% (2.150), seguidas de raticida 19,12% (716), dos agrotóxicos de uso doméstico 12,23% (458), produtos veterinários 9,70% (363) e agrotóxico de saúde pública 1,52% (57). Referente à circunstância da intoxicação em que ocorreu a contaminação com o agrotóxico, destacaram-se as proporções de intoxicação acidental (39,37%; 1.474) e de tentativa de suicídio (25,91%; 970).

A **exposição ocupacional aos agrotóxicos** é causa da ocorrência de inúmeros acidentes de trabalho, frequentemente invisibilizados pela subnotificação dos casos. Mediante os dados do SINAN, no período de 2019-2022, verificou-se que aproximadamente 70% dos casos de intoxicações exógenas por exposição a agrotóxico de uso agrícola no RS estão relacionados ao trabalho. Apesar da parcela significativa das intoxicações por agrotóxico estar vinculada à exposição ocupacional e o RS ser um estado com destaque na produção agrícola nacional, no período avaliado, apenas 46% dos municípios gaúchos registraram algum caso de intoxicação por exposição laboral ao agrotóxico.

Nas notificações por intoxicação exógena causada por agrotóxico, registradas no SINAN, no período de 2019-2022, houve predominância de trabalhadores do sexo masculino (82%), raça/cor branca (85%), nas faixas etárias entre os 20 e os 34 anos (34,41%) e entre os 35 e os 49 anos (29,76%). As mulheres representam 18% do contingente de trabalhadores intoxicados, e apresentam perfil semelhante ao dos homens, 86% são brancas e estão distribuídas, prioritariamente, nos seguintes grupos etários: 20 a 34 anos (40,69%) e 35 a 49 anos (30,88%).

O Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul (CIT/CEVS/SES/RS), atendeu, no período de 2018 a 2022, 3.158 casos de suspeita/casos confirmados de intoxicação por agrotóxicos ocorridos em municípios do RS. Dentre os agentes envolvidos, encontram-se inseticidas organofosforados, inseticidas carbamatos, inseticidas piretroides, herbicidas e fumigantes agrícolas.

Em relação às **coletas e análises de agrotóxicos na água**, o anexo XX da Portaria de Consolidação N° 05, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, incluindo 40 parâmetros que abrangem um grupo de agrotóxicos e metabólitos que representam risco à saúde humana. No RS, a Portaria SES/RS N° 320, de 28 de abril de 2014, estabeleceu 46 parâmetros de agrotóxicos adicionais a serem avaliados no controle da qualidade da água para consumo humano.

Compete aos responsáveis pelos sistemas de abastecimento de água realizar o controle da qualidade da mesma para consumo humano com periodicidade semestral como forma de avaliação de risco à saúde humana. Deve ser elaborado um plano de amostragem que considere o uso de agrotóxicos nas proximidades da bacia hidrográfica do manancial, bem como a sazonalidade das culturas. Ainda, está prevista a elaboração do Plano de Monitoramento de Agrotóxicos na Água para Consumo Humano pela vigilância, considerando as especificidades locais e priorizando municípios com maior probabilidade de detecção de agrotóxicos na água para consumo humano.

No período de 2018-2022, houve 61 detecções (amostras com concentração de resíduos de agrotóxicos maior do que o limite de detecção da técnica de análise utilizada) de 19 diferentes ingredientes ativos, sendo os mais comumente detectados a atrazina (15 detecções), D-aletrina (9 detecções) e o metolacoloro (7 detecções). No entanto, nenhuma das amostras analisadas foi considerada insatisfatória perante as portarias de potabilidade da água para os ensaios realizados. Com relação aos municípios em que houve detecção, destacam-se Dom Pedrito com cinco detecções, as quais ocorreram nos anos de 2021 e 2022, e os municípios de Campinas do Sul e Entre Rios do Sul, ambos com três detecções cada, no ano de 2018.

Conforme os dados do Sistema de Informação de **Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano** (SISAGUA), em 2022, 84,05% da população do estado consumia água fornecida por Sistema de Abastecimento (SAA), 7,92% por Solução Alternativa Coletiva (SAC), 2,55% por Solução Alternativa Individual (SAI) e para 5,47% da população, não possuía informação no sistema sobre a modalidade de abastecimento.

O parâmetro que menos se aproximou do cumprimento integral das análises mínimas previstas pelo plano de amostragem foi o cloro residual livre. Já os parâmetros turbidez e coliformes totais/*E.coli*, obtiveram resultados semelhantes e muito próximos de atendimento integral das análises previstas. O único parâmetro em que a meta de análises foi, não somente atingida, como superada, foi o íon fluoreto, com mais de 100% de atendimento da meta.

A detecção de bactérias do grupo coliformes totais, onde se inclui a *Escherichia coli*, não necessariamente indica a contaminação da água com matéria fecal, porém, é um indicador da qualidade da água tratada. A *E.coli* é o mais preciso indicador da contaminação da água por material fecal. Ao se relacionar a porcentagem de análises de vigilância insatisfatórias para

E.coli, com a presença ou não de desinfecção na forma de abastecimento (SAC), concluímos que *E.coli* é maior onde não há desinfecção na forma de abastecimento.

Observa-se ainda que, a porcentagem da população abastecida por SAC com desinfecção, entre 2018 e 2022, aumentou, saindo de pouco mais de 60% para quase 80%, o que representa uma maior segurança da qualidade da água fornecida à população por SAC.

No ano de 2022, foram realizadas 72.967 análises de vigilância para o parâmetro flúor no estado, sendo 51.523 de SAA e 18.436 de SAC. Destas 18.436 amostras de SAC, 390 estavam acima do Valor Máximo Permitido (VMP) (1,5 mg F/L), em sistemas que utilizam manancial subterrâneo como fonte de abastecimento de água para consumo humano.

Em relação à **vigilância do ar**, 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. Esses grupos etários foram definidos pelo Ministério da Saúde no cálculo do Instrumento de Identificação de Município de Risco (IIMR) por serem cientificamente reconhecidos como os mais suscetíveis aos efeitos da poluição atmosférica. 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.

Ainda sobre a vigilância do ar, as Unidades Sentinela têm como foco de atenção a avaliação dos possíveis impactos na saúde de crianças menores de cinco anos que apresentem um ou mais sintomas respiratórios: dispneia (falta de ar), tosse e sibilância (chiado no peito). Na **Tabela 8**, abaixo, estão relacionadas as Unidades Sentinela do RS.

Tabela 8. Unidades Sentinela, RS, 2023.

Município	Região de Saúde	Unidade de saúde	Tipo de serviço de saúde
Aceguá	R22	Em processo de implementação	
Alvorada	R10	São Francisco	UBS
		Americana	UBS - ESF
Bagé	R22	Em processo de implementação	
Candiota	R22	Em processo de implementação	
Caxias do Sul	R23	São Vicente	UBS
Gravataí	R10	COHAB C	UBS - ESF
		Parque dos Anjos	UBS
Guaíba	R9	Vila Iolanda	UBS - ESF
		COHAB	UBS - ESF
Rio Grande	R21	Dra. Rita Lobato	UBS - ESF
Sapucaia do Sul	R8	Fortuna	UBS - ESF
		Colina Verde	UBS - ESF
		Colonial	UBS - ESF

Fonte: SES/RS, 2021.

O RS é frequentemente atingido por eventos climáticos extremos, como as chuvas intensas, os vendavais, a queda de granizo e as estiagens. Esses eventos geram impactos ambientais adversos sobre as populações e, portanto, riscos à saúde. A condição de exposição a estes eventos adversos 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 as doenças infecciosas transmitidas pela água e alimentos, os ataques por animais peçonhentos, as lesões, o tétano acidental, o agravamento de doenças respiratórias e das doenças crônicas, o sofrimento psíquico e os prejuízos nos serviços de atenção à saúde.

As arboviroses tiveram um avanço preocupante. Em 2022, o número de notificações de casos suspeitos de dengue foi de 99.211, sendo confirmados 66.890 casos no estado. O número de municípios infestados pelo mosquito *Aedes aegypti* vem aumentando e trazendo significativas preocupações em termos de saúde pública, visto seu grande potencial como vetor de arboviroses (Dengue, Chikungunya e infecção por Zika vírus). De 2018 a 2022, o estado do RS teve um aumento de 29% no número de municípios infestados, passando de 320 para 454 municípios infestados.

Os principais instrumentos para vigilância entomológica do *Aedes aegypti* são os levantamentos entomológicos: Levantamento Rápido de Índice de Infestação Predial (IIP) por *Aedes aegypti* – LIRAA e o Levantamento de Índice Amostral – LIA. Tais instrumentos são indispensáveis para a tomada de decisão de gestores e o direcionamento de atividades que objetivam a prevenção e o controle do vetor, principalmente para mobilização social com foco na limpeza e eliminação de potenciais criadouros e educação em saúde. De 2018 a 2022, o número de municípios que aderiram a realização do LIRAA aumentou: o número passou de 287, em 2018 para 370 municípios em 2022.

O maior número de depósitos positivos para *Aedes aegypti* se refere aos pequenos depósitos móveis, seguido dos depósitos utilizados no armazenamento de água ao nível do solo, pois a falta de água nas residências faz com que as pessoas tenham de armazenar água, criando locais propícios para proliferação dos mosquitos. O crescimento populacional do vetor poderia, sem dúvida, ser mitigado com abastecimento de água regular, saneamento básico adequado e coleta e destinação de lixo eficaz.

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 à área endêmica (região amazônica), no RS a FA manifesta-se de forma esporádica. O Brasil vem enfrentando uma onda de circulação do VFA desde 2014. A Vigilância da Febre Amarela permanece ativa em todos os períodos por meio de análise de amostras de Primatas Não Humanos (PNH) e contato com as equipes de saúde das regionais e municípios.

A Leishmaniose Visceral em humanos apresenta um quadro clínico de evolução gradual e arrastada, com febre recorrente, esplenomegalia, citopenia, emagrecimento e palidez. É considerado caso suspeito a pessoa proveniente de área de transmissão com febre por mais de sete dias, acompanhada de sintomas. Entre 2008 e 2022, o RS registrou 43 casos humanos confirmados e sete (7) óbitos (01 em São Borja, 01 em Santa Maria e 05 em Porto Alegre).

Até 2022, o RS identificou 11 municípios com área de transmissão em cães: Barra do Quaraí, Cacequi, Garruchos, Itaqui, Porto Alegre, São Borja, Santa Maria, Santana do Livramento, Santa Cruz do Sul, Uruguaiana e Viamão. Nessas áreas é necessário monitorar a ocorrência de casos, realizar testes sorológicos de triagem e manter veterinários em alerta para diagnóstico precoce e notificação de casos caninos. Para as áreas sem transmissão é recomendada realização de inquérito sorológico canino e manter a vigilância entomológica à procura do vetor.

A Doença de Chagas é uma antroponose de elevada prevalência e expressiva morbimortalidade, causada por protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*. Com a diminuição da transmissão vetorial, os casos agudos diminuíram, com apenas nove (9) casos de 2012 a 2022 (5 de transmissão congênita, 1 transmissão oral, um transplante de órgãos e dois de fonte de infecção indeterminada). A emergência da doença e os casos agudos estão mais relacionados ao ciclo silvestre de transmissão e à contaminação de alimentos. Assim, no novo cenário, convive-se com prevalência de pacientes crônicos e a transmissão vertical ou congênita.

Os acidentes com animais peçonhentos são de notificação compulsória. Ao analisar os acidentes ofídicos, aqueles causados pelas serpentes do gênero *Bothrops* são os mais prevalentes. Nos anos de 2020 e 2021, foram contabilizados 927 acidentes botrópicos no estado. Do total, 72% das ocorrências ocorreram na primavera e no verão, estações em que as serpentes entram no período reprodutivo e buscam parceiros para acasalamento. Neste sentido, 84% dos acidentes ocorreram nas áreas rural e periurbana, onde há o encontro entre estes animais e o homem que vive ou trabalha no campo. Ainda, as pessoas do sexo masculino são as mais envolvidas nestes acidentes, uma vez que, no geral, se trata de homens que trabalham no campo, principalmente em plantações ou no manejo de animais de produção.

Considerando as Macrorregiões de Saúde, um terço dos acidentes ocorrem na Metropolitana e Sul, que ficam na costa leste do estado. Estas regiões têm maior densidade populacional e circulação de pessoas, inclusive a região litorânea no verão, quando a incidência dos acidentes aumenta. É importante ressaltar que o maior número de acidentes nas áreas rurais de cidades com alta densidade populacional pode revelar a expansão da população ao longo dos anos para regiões que, originalmente, abrigavam mata nativa, forçando os animais a se deslocarem para regiões de convívio cada vez mais próximas ao homem. Os acidentes crotálicos, relacionados a picadas de cascavéis, ocorrem em menor número entre 2017 e 2021, com apenas seis (6) casos.

Nos últimos anos, o estado passou a registrar e identificar *Tityus serrulatus*, também conhecido como escorpião amarelo, nativo de Minas Gerais e introduzido no estado no início dos anos 2000, sendo que o primeiro registro ocorreu em Porto Alegre em 2001. O escorpião já foi identificado em 36 municípios do RS até 2022. Municípios com área infestada por *T. serrulatus* são Porto Alegre, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul, Horizontina, Três de Maio, Marcelino Ramos e Nova Bassano. Segundo dados do CIT (CEVS/SES/RS), foram notificados 13 acidentes em 2020, sete (7) em 2021 e 12 acidentes em 2022, não havendo óbitos por escorpião amarelo no estado nesse período.

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. De 2018 a 2022 foram 147.707 atendimentos antirrábicos humanos, sendo o cão a espécie agressora envolvida em mais de 80% desses acidentes. No RS, em 2022, foram registradas 898 coletas em animais potencialmente transmissores do vírus da raiva, destes, 121 tiveram diagnóstico positivo para a raiva. 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.

A esporotricose, zoonose endêmica no Brasil, é uma micose cutânea ou subcutânea causada por fungos do gênero *Sporothrix*. O agente ocorre naturalmente no solo, nas plantas e em madeira decomposta, podendo infectar mamíferos através da implantação por lesões traumáticas na pele. O gato doméstico é o animal-chave na transmissão da esporotricose ao homem. A esporotricose não é um agravo de interesse nacional ou estadual. Todavia, nos últimos anos, observa-se o aumento da sua incidência. Entre 2020 e março de 2023, foram notificados 317 casos de esporotricose felina no SINAN oriundos de cinco municípios: Porto Alegre, Tramandaí, Rolante, Ivoti e Sapucaia do Sul, contudo, acredita-se que estes dados sejam subestimados. O fato de a doença não dispor de um programa de vigilância dificulta o seu diagnóstico e monitoramento e o planejamento de ações de prevenção e controle da esporotricose nos humanos, já que os felinos podem atuar como sentinela da doença.

A febre maculosa, denominação utilizada para as riquetsioses no Brasil, é uma doença infecciosa febril aguda causada por bactérias Gram-negativas do gênero *Rickettsia* e transmitidas pela picada de carrapatos do gênero *Amblyomma* que se apresentem contaminados por riquetsias. Apresenta gravidade variável, que pode cursar com formas leves e atípicas, até formas graves com elevada taxa de mortalidade.

Os equídeos, os roedores, como a capivara (*Hydrochaeris hydrochaeris*) e marsupiais, como o gambá (*Didelphis sp.*) têm papel importante no ciclo de transmissão, atuando como reservatórios e amplificadores de riquetsias, além de participação como transportadores de carrapatos potencialmente infectados. Animais domésticos, como o cão, que adentram as matas, também podem atuar como transportadores de carrapatos para dentro dos imóveis.

A série histórica de casos humanos de febre maculosa no RS inicia em 2007 com a confirmação do primeiro caso em Cerro Largo e o último registro foi no ano de 2019 no município de Santa Tereza. Os municípios que já registraram casos são Alegria (1), Canela (1), Cerro Largo (2), Gramado (1), Itacurubi (2), Lindolfo Collor (2), Porto Xavier (1), Rosário do Sul (1), Santa Tereza (1), Santo Antônio da Patrulha (1), Santo Cristo (1) e Toropi (1) totalizando 15 casos no RS. As medidas de controle e prevenção são centradas em ações educativas para a população e profissionais da saúde acerca das características clínicas da doença, do ciclo do vetor, das áreas de risco, das ações de manejo ambiental e das medidas de proteção individual e coletiva.

HABITAÇÃO/SANEAMENTO

No que se refere à moradia, tanto a sua estrutura física (adensamento, materiais predominantes, presença de banheiro) quanto os serviços que lhe abastecem (como o fornecimento de água, a coleta de resíduos e o saneamento) influenciam a saúde dos seus moradores. Arboviroses, Tuberculose e outras doenças podem estar relacionadas às condições de moradia ou à falta dela. Conforme Nota técnica IBGE - PNAD Contínua 03/2022, os dados mais recentes disponíveis sobre condições de habitação datam de 2019, os mesmos usados no PES anterior. Por esta razão, utilizou-se para a análise as informações sobre domicílio que constam no banco de dados de registros do CadÚnico no RS até dezembro de 2022. Salienta-se que o universo deste banco é a população cadastrada no CadÚnico, não representando a população total do RS. Pode-se observar disparidades por Região de Saúde, com destaque, quanto à estrutura, para o percentual de pessoas vivendo em domicílios sem banheiro nas Regiões R19 (5,5%) e R20 (5,1%), onde este é mais que o dobro do percentual do RS (2,1%). Também para pessoas vivendo em domicílios de chão de terra na R22, com 3,8% - o que corresponde a seis vezes o percentual geral do estado (0,6%), considerando a população cadastrada. Em relação a viver em domicílios em situação de adensamento excessivo, as regiões de maiores percentuais foram R10 (8,6%), R22 (8,6%), R3 (8,1%) e R21 (8%).

Os dados do CadÚnico indicam ainda que, quanto ao acesso à rede coletora de esgoto, cerca de 50% dos cadastrados têm seu esgoto coletado. O número piora quando é analisado para Regiões de Saúde específicas, como a R29, R5, R4 e R15, todas com este acesso entre 8 e 10%. As regiões com menor percentual de pessoas respondentes com acesso à coleta de lixo são R15 (61,1%), R19 (66,3%) e R20 (71,3%). Além disso, o percentual geral de pessoas cadastradas sem água canalizada foi de 2,2%, mas destacou-se a R4 com o percentual de 5,5%.

Cabe destacar que as disparidades e especificidades das condições de moradia, como a estrutura e material das casas e o acesso a serviços pode estar relacionado também a especificidades culturais ou geográficas, como por exemplo, se a localização do município é rural ou urbana.

VIOLÊNCIAS

A violência autoprovocada compreende autoagressões e tentativas de suicídio; já, a interpessoal trata de situações de violência entre membros familiares (doméstica/intrafamiliar) ou que ocorrem no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos (extrafamiliar/comunitária). O RS, nos anos de 2011 a 2022, notificou 249.639 casos de violência interpessoal/autoprovocada, sendo que no primeiro ano da série histórica, foram realizadas 11.201 notificações, chegando a 33.056 no ano de 2019 (RIO GRANDE DO SUL, 2023).

É possível verificar as taxas dos principais tipos de notificações realizadas pelos profissionais da saúde e da rede intersetorial no RS, no ano de 2022. De acordo com o SINAN, observa-se que a lesão autoprovocada, que compreende tentativa de suicídio e autoagressão, foi o tipo de violência que ocorreu com maior frequência (75,3/100.000/habitantes), predominando casos do sexo feminino e na faixa etária de 10 a 19 anos. Em segundo e terceiro lugar, encontram-

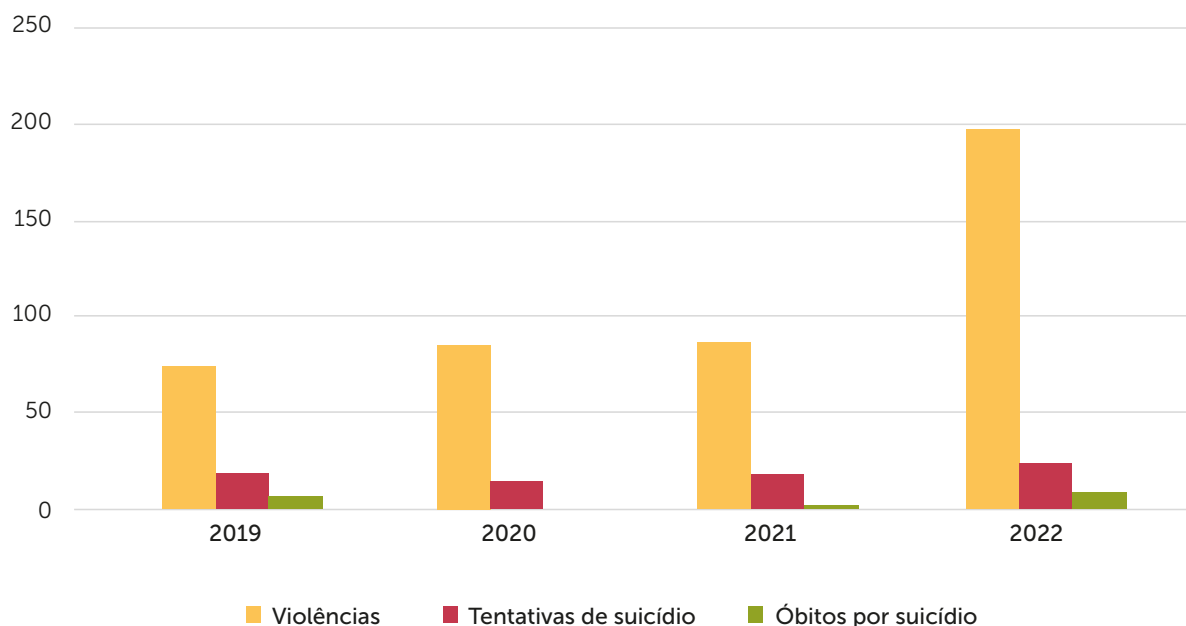
se, respectivamente, as violências físicas (74,7/100.000/habitantes) e psicológica (31,8/100.000/habitantes). A violência sexual ficou em quarto lugar entre as notificações (25,7/100.000/habitantes), que ocorre mais comumente no âmbito intrafamiliar, por pessoas próximas e é cercada por estigma social, necessitando de mais atenção dos profissionais para sua identificação. A negligência foi o quinto tipo de violência mais notificado (25/100.000/habitantes), está mais restrita a alguns ciclos de vida, como infância e velhice. Em relação à violência contra a mulher, de acordo com os dados da Secretaria de Segurança Pública (SSP/RS), no estado do RS, foram registrados 80 feminicídios em 2020, 96 casos em 2021, 107 em 2022 e até fevereiro de 2023 já são 15 feminicídios consumados. No documento “Violência Contra as Mulheres”, produzido pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública em 2021, o RS figura em nono lugar na taxa de feminicídio entre as 27 entidades federativas brasileiras, tendo como base os boletins de ocorrência das polícias civis. O documento aponta decréscimo da taxa de feminicídio em relação ao ano anterior (ao passo que no estado gaúcho houve aumento) e aumento de 3,7% no número de vítimas de estupro e estupro de vulnerável do sexo feminino no país, enquanto no RS houve um aumento de cerca de 6,7% no mesmo período. Acerca da lesão corporal e violência doméstica, foram registrados 18.904 casos em 2020, 18.029 em 2021, 17.920 em 2022 e até fevereiro de 2023, foram registrados 3.669 casos.

Quanto à violência sexual, conforme os dados da Secretaria de Segurança Pública (SSP/RS) houve 2.236 estupros registrados em 2020, 2.388 em 2021, 2.513 em 2022 e até fevereiro de 2023, 389 registros. 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).

Com relação aos Povos indígenas, de 2015 a 2021, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), vem publicando dados em relação à violência por omissão do poder público. Os relatórios chamam a atenção para aumento na disputa por terras, nos danos diversos ao patrimônio indígena que acentuam casos de homicídios, de discriminação e outras formas de violência, entre elas a sexual. Os relatórios ainda apontam para o uso acentuado e problemático de álcool e drogas em aldeias de todo o país.

Segundo o relatório gerencial elaborado pela SESAI, Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI ISUL), na análise sobre a saúde mental dos povos indígenas, **Figura 21**, observa-se pouca variação dos indicadores entre os anos de 2019 e 2021, seguido de um aumento significativo da violência no ano de 2022 - sendo esta responsável por 45% dos registros somados durante os anos analisados, assim como houve aumento na tentativa de suicídio e óbitos por suicídio no mesmo ano.

Figura 21. Saúde mental dos povos indígenas, RS, 2019-2022.



Fonte: Divisão de Ações de Saúde Indígena/Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul/Secretaria Especial de Saúde Indígena/ Ministério da Saúde (DIASI-DSEI/ISUL-SESAI/MS). Acesso em: 10/04/2023.

Em relação à violência cometida contra a população negra no RS, entre 2018 e 2022 ocorreram 31.118 notificações no SINAN, sendo as violências com maior número de notificações a física (28,56%) e lesões autoprovocadas (22,28%). Ressalta-se que, no período da pandemia de covid-19, 2020 e 2021, houve uma diminuição de notificações, seguida de um aumento em 2022. Essas variações podem estar relacionadas a uma maior exposição da população negra a contextos socioeconômicos de maior vulnerabilidade social durante a pandemia. Essa vulnerabilidade pode operar como mecanismo do racismo institucional, produzindo a manutenção da desigualdade entre as populações negra e branca.

A análise das situações de violência da população em situação de rua (PSR) no RS, entre 2018 e 2022, demonstra que 0,9% (1.158) do total (135.022) das notificações se referem a essa população. Os percentuais de violência mais significativos para a PSR foram: violência física (68,4%), violência autoprovocada (8,4%), outras violências (7,0%), violência psicológica/moral (6,0%), violência sexual (5,6%) e negligência/abandono (2,2%). Do total de notificações da PSR, 51,2% foram do sexo feminino e 48,8% do sexo masculino. Com relação às identidades de gênero, travesti, transexual mulher e transexual homem somam juntas 20 casos (1,7%) 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 à vulnerabilidade. 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.

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, a qual 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.

Dados do SINAN apontam o preenchimento inadequado da variável orientação sexual, as categorias “Não se aplica” (18,38%) e “Ignorado” (24,90%) responderam por 43,28% das notificações de violência, entre os anos de 2018 e 2022. Salienta-se, ainda, que a categoria homossexual (gay/lésbica) respondeu por somente 1,80% e a bissexual, 0,66%.

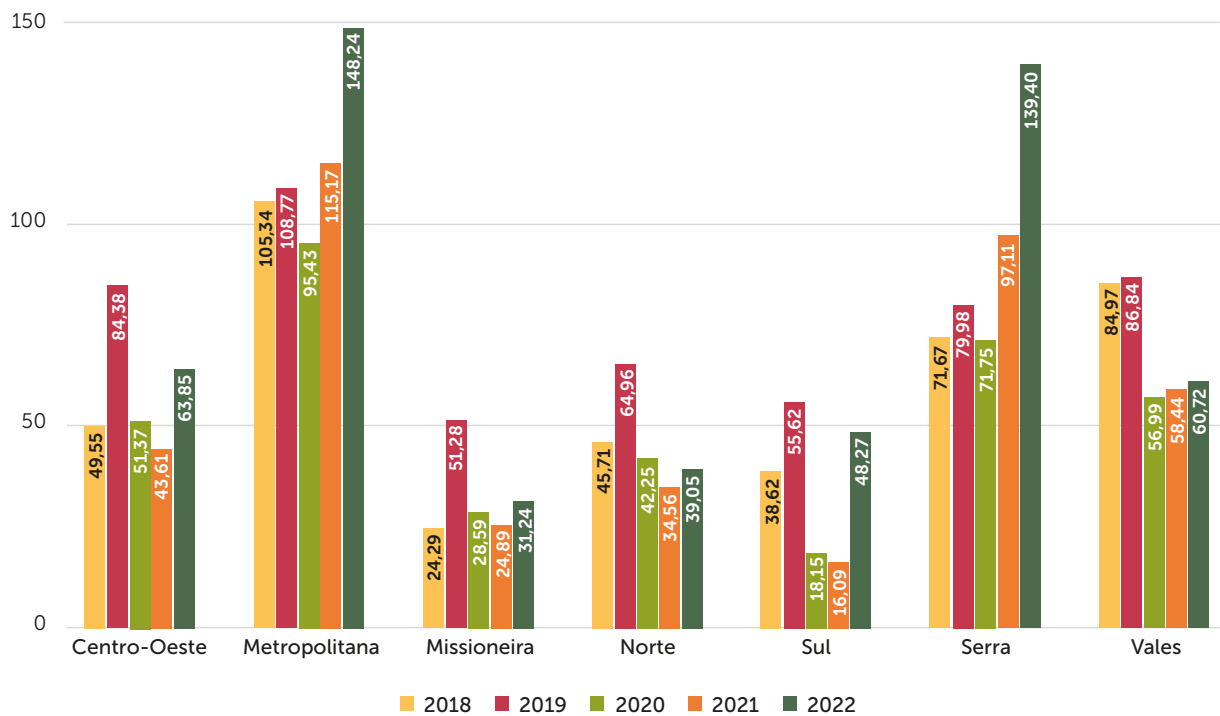
No período de 2018 a 2022 no RS, há registro de 185.356 fichas de notificação da violência no SINAN; destas, 2.079 (1,54%) foram de vítimas identificadas como “homossexual” e 765 (0,57%) “bissexual”, enquanto 1.343 registros (0,99%) foram de vítimas identificadas como “travesti”, “mulher transexual” e “homem transexual”. As tipologias de violência mais recorrentes contra a população LGBT foram: violência física, psicológica, autoprovocada e sexual. Quanto às lesões autoprovocadas contra a população LGBT, foram registradas 2.218 notificações, e dessas, 51,58% foram de vítimas identificadas como homossexuais (gays e lésbicas), 18,76% bissexuais, 3,43% travestis, 19,07% mulheres transexuais e 7,17% homens transexuais. Ressalta-se que há um expressivo número de notificações com marcação de ignorado ou não se aplica, afetando a completude e a análise desses dados. Em relação à notificação de violência segundo identidade de gênero (travestis, mulheres e homens transexuais), por sexo, no RS, de 2018 a 2022, percebe-se que 916 (68,2%) foram cometidas contra mulheres transexuais, 274 (20,4%) contra homens transexuais e 153 (11,4%) contra travestis.

Observa-se que o número de unidades de saúde que notificam a violência é pouco expressivo, pois há 5.627 serviços de saúde cadastrados no SINAN que estão aptos para a identificação, atendimento e notificação de situações de violência, sendo que em 2022 apenas 1.417 realizaram notificações.

A atenção terciária, por apresentar nos seus atendimentos o maior grau de especificidade e complexidade, representa em percentual o maior número em notificação (52,3%), o que caracteriza maior gravidade nos casos de pessoas em situação de violência. A atenção secundária, por sua vez, representa 26,5% das notificações de violência e a Atenção Primária à Saúde 21,2%, mostrando-se a necessidade de fortalecer seu papel como porta de entrada, identificação e notificação dos casos de violência. Em 2022 foi realizada, por meio da Rede Bem Cuidar, a oferta de capacitação a 428 Equipes de Saúde da Família sobre notificação de violência com o intuito de qualificar a identificação e registro destes agravos.

A **Figura 22** representa a taxa de notificação de violência por macrorregiões em crianças e adolescentes em situação de violência sexual. No período de 2018 a 2022, a Macrorregião Metropolitana registrou a maior taxa de notificações (25,6%), seguida da Macrorregião Serra (20,6%).

Figura 22. Taxa de violência sexual em crianças e adolescentes (por 100.000/habitantes e por Macrorregião de Saúde), RS, 2018-2022.



Fonte: SINAN/SES/RS. Acesso em: 16/03/2023

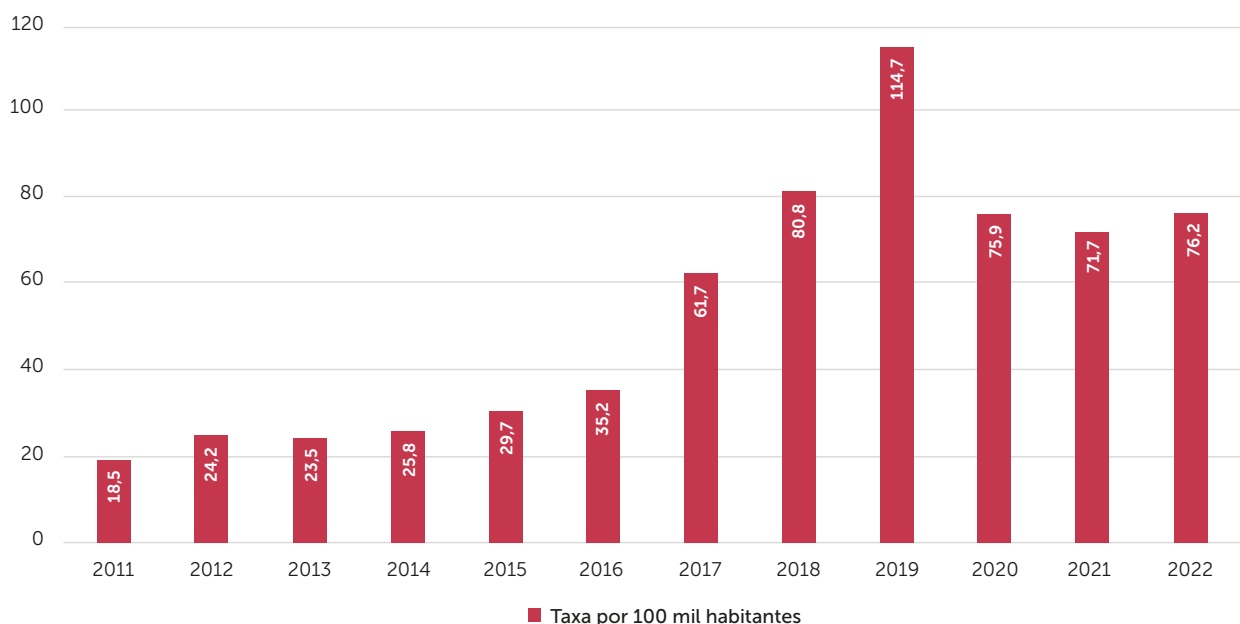
CENTROS DE REFERÊNCIA AO ATENDIMENTO INFANTOJUVENIL NO RS

Os Centros de Referência ao Atendimento Infantojuvenil (CRAIs) atendem vítimas ou testemunhas de violência com até 18 anos de idade. Os dispositivos são formados por uma equipe multidisciplinar e reúnem ações da saúde e da segurança pública, fornecendo atendimento médico, psicossocial, policial e pericial, e tendo como objetivo evitar a revitimização, a exposição e o desgaste físico e emocional gerados pela circulação das vítimas pelos diferentes órgãos de atendimento.

Atualmente, o RS conta com quatro CRAIs, em Porto Alegre, Caxias do Sul, Rio Grande e Pelotas, contudo, apenas os três primeiros são regionalizados, objetivando-se, nos próximos quatro anos, a implantação de um CRAI por Macrorregião de Saúde.

A notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal/autoprovocada tornou-se compulsória, em todo território nacional, a partir da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Segundo o Informe Epidemiológico DVE/CEVS, de 2011 a 2022 foram notificados 249.637 casos de violência interpessoal/autoprovocada no RS, dos quais 24,5% foram de lesão autoprovocada (RIO GRANDE DO SUL, 2023). No primeiro ano da série histórica (**Figura 23**) foram realizadas 1.901 notificações, chegando a 12.228 no ano de 2019. Cabe ressaltar que os dados de 2022 apresentados são preliminares e sujeitos a alterações.

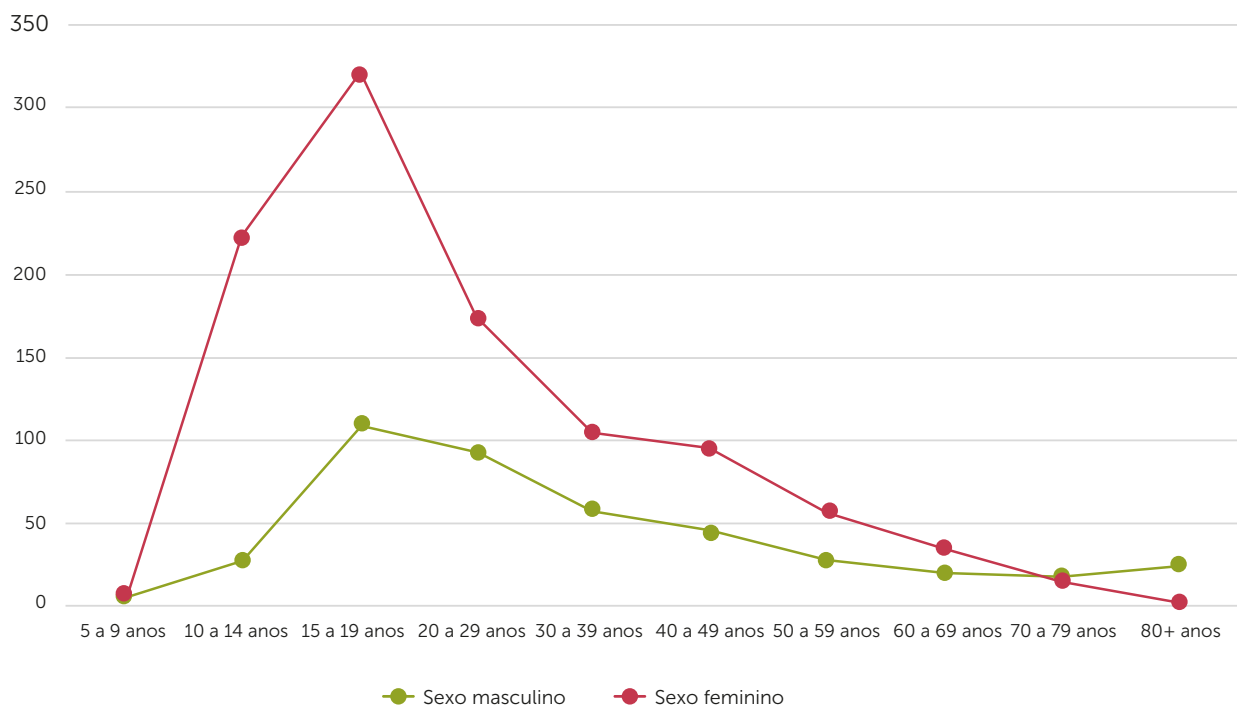
Figura 23. Taxa de notificação de lesão autoprovocada (por 100.000 habitantes), RS, 2011-2022.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. (SINAN/SES/RS).

Nos anos de 2020 e 2021, primeiros anos da pandemia de covid-19, observa-se queda das taxas de notificação, com retorno de crescimento em 2022 (**Figura 23**). As mulheres apresentam, em média, taxas de notificação que ultrapassam o dobro das observadas entre os homens. Nota-se que, a partir da faixa etária dos 15 a 19 anos, que apresenta as maiores taxas para ambos os sexos, as taxas diminuem à medida que aumenta a faixa etária (**Figura 24**).

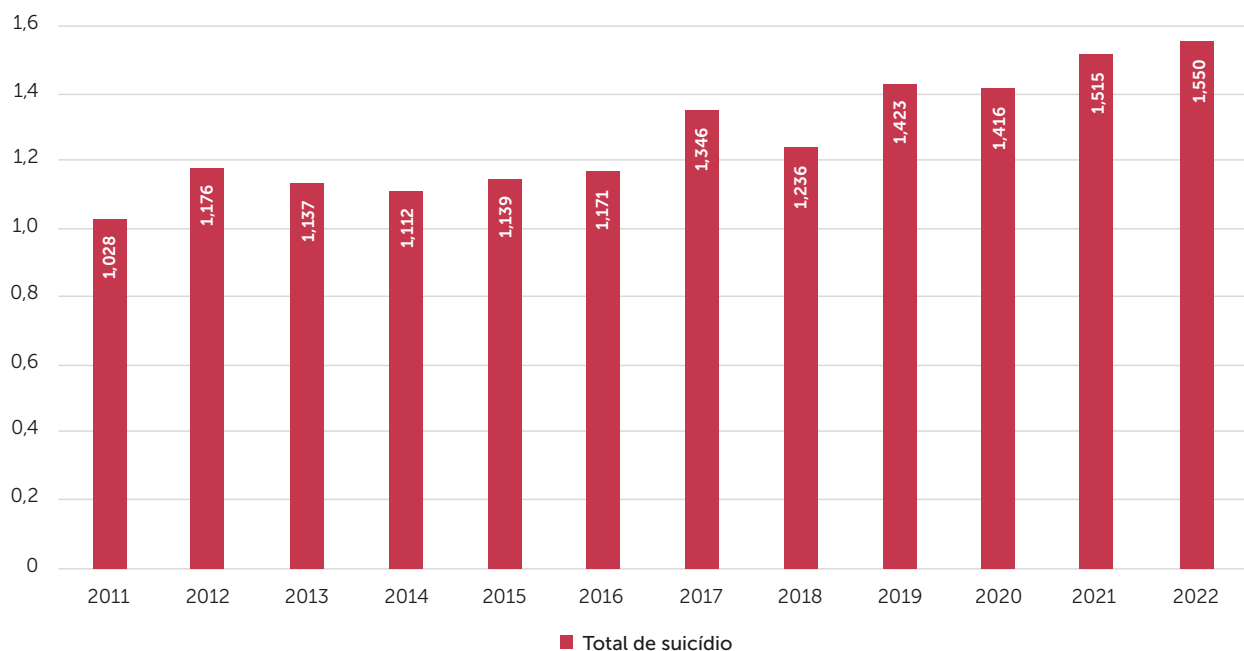
Figura 24. Taxa de notificação de lesão autoprovocada (por faixa etária e sexo), RS, 2022.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/SES/RS).

O RS apresenta, historicamente, as maiores taxas de mortalidade por suicídio do país. Destaca-se que 80% dos suicídios registrados no estado são de pessoas do sexo masculino. Os dados de 2022, embora preliminares, indicam 1.550 mortes por suicídio no estado (**Figura 25**), com concentração maior no centro e no noroeste do RS - Regiões de Saúde R29, R30, R15, R28 e R11.

Figura 25. Óbitos por suicídio, RS, 2011-2022.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/SES/RS.

Segundo a Pesquisa Nacional da Saúde, realizada em 2019, os pensamentos suicidas são mais comuns entre os pardos (7%) do que entre os brancos (4,3%) ou entre os pretos (3%). Embora os brancos sempre tenham proporções menores de pessoas que se sintam deprimidas, fracassadas ou que pensem em suicídio, pretos e pardos alternam-se quanto à maior proporção dos que externam depressão ou pensamentos suicidas.

PERFIL DAS GESTANTES E CRIANÇAS

Os dados indicam uma tendência de diminuição dos nascimentos no RS nos últimos cinco anos. Em 2018 nasceram 140.047 pessoas, caindo para 130.742 em 2020 e chegando a 120.743 em 2022 (dados preliminares). Considerando números absolutos, até o momento da consulta dos dados, o estado apresentou 3.487 nascimentos a menos com relação ao ano anterior. No ano de 2022, as Regiões de Saúde R7, R8 e R10 (Macrorregião de Saúde Metropolitana), R21 (Macrorregião de Saúde Sul) e R23 (Macrorregião de Saúde Serra) seguem concentrando a maioria dos nascimentos por residência no estado, 46%. Observando-se a distribuição por Macrorregiões de Saúde, a Metropolitana concentra 43% dos nascimentos, seguida da Norte com 12,3%, Serra com 11,3%, Centro-oeste com 8,95%, Sul com 8,6%, Missioneira com 7,92% e, por fim, a Vales com 7,9% do total de nascimentos no estado. Quanto

à caracterização dos nascimentos, com base nos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), por local de residência da mãe, em 2021 aproximadamente 80% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, segundo registro na Declaração de Nascido Vivo (DNV); cerca de 12,27% das crianças nasceram com menos de 37 semanas de gestação, caracterizando prematuridade; e, 9,54% nasceram com menos de 2.500 gramas, o que caracteriza o baixo peso ao nascer. Com relação à vitalidade da criança ao nascer, cerca de 12,67% dos nascimentos apresentaram Apgar menor que 7 no primeiro minuto e 2,33% no quinto minuto de vida, necessitando de intervenção imediata.

Quanto à raça/cor da mãe, os percentuais foram: 78,5% branca, 12,5% parda, 7,94% preta, 0,17% amarela, 0,64% indígena e cerca de 0,28% ignorados. Quanto à escolaridade da mãe, cerca de 12% têm menos de 7 anos de estudo, 60,7% entre 8 e 11 anos de estudo e 27% têm 12 anos de estudo ou mais. Já quanto à faixa etária da mãe, 0,34% dos nascimentos situam-se entre 10 e 14 anos, 9,27% entre 15 e 19, 22,55% entre 20 e 24 anos, 47,18% entre 25 e 34 anos e 20,65% com 35 anos ou mais.

Quanto ao início do pré-natal, conforme **Tabela 9**, pode-se inferir que a maior parte das gestantes têm iniciado o pré-natal até a 12ª semana gestacional em todas as Macrorregiões de Saúde (88,2%). No entanto, ainda há mulheres com início de pré-natal tardio. Nesses casos, doenças que poderiam ser identificadas precocemente e tratadas adequadamente não são, podendo resultar em desfechos negativos como morbimortalidade materna e neonatal.

Tabela 9. Número absoluto e proporção de nascidos vivos (NV) com início do pré-natal no 1º, 2º e 3º trimestre de gestação (por Macrorregião de Saúde), RS, 2022.

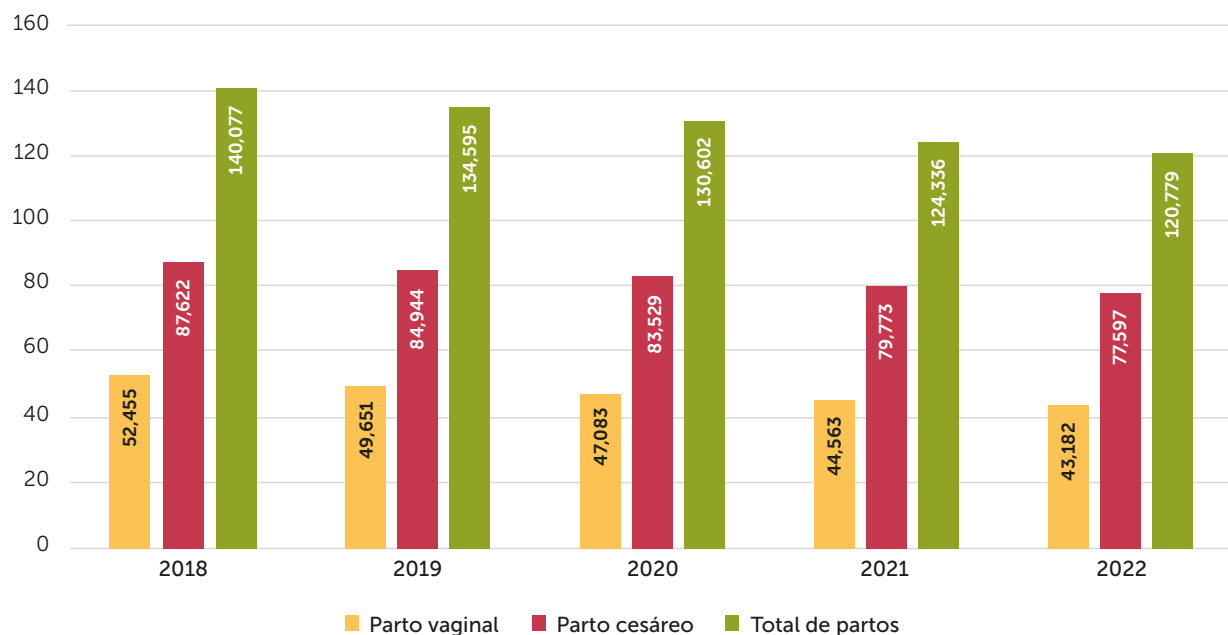
Macrorregião de Saúde	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Total
Centro-oeste	7.716 (90,1%)	800 (9,3%)	50 (0,6%)	8.606
Metropolitana	37.200 (90%)	3.922 (9,5%)	199 (0,5%)	41.321
Missioneira	7.100 (92,3%)	522 (6,8%)	72 (0,9%)	7.694
Norte	11.218 (93,2%)	757 (6,3%)	55 (0,5%)	12.030
Serra	10.718 (91,7%)	919 (7,9%)	45 (0,4%)	11.682
Sul	6.551 (90,1%)	676 (9,3%)	45 (0,6%)	7.272
Vales	7.490 (91,8%)	647 (7,9%)	21 (0,3%)	8.158
Total	88.033	8.243	487	99.763
Proporção	88,2%	8,3%	0,5%	100%

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Acesso em: BI/NIS/DGTI/SES/RS, em 22/03/2023.

Quanto ao tipo de parto, no estado do RS, o parto vaginal vem diminuindo gradativamente, saindo de 37,44% em 2018 e atingindo 35,75% em 2022 (**Figura 26**). Por contraste, a cirurgia cesárea tem crescido, saindo de 62,55% em 2018 e atingindo 64,24% em 2022. Dentre

as Macrorregiões de Saúde, as com maiores percentuais de parto cesáreo em 2022 foram: Missioneira (79,5%), Vales (74%), Norte (71%), Serra (69,4%), Centro-Oeste (66,7%), Sul (62,5%) e Metropolitana (56%), respectivamente.

Figura 26. Série histórica do tipo de parto vaginal e cesáreo, RS, 2019-2022.



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Acesso em: BI/NIS/DGTI/SES/RS, em 13/03/2023.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), 2015, sugere que o percentual máximo de cesarianas seja de 10-15% mundialmente. Em virtude das especificidades do país, para o Brasil, o percentual recomendando é de 25-30%. A **Figura 26** evidencia que o RS tem apresentado taxas de cirurgia cesariana acima do recomendado, resultando em um aumento no risco às mulheres e aos bebês. A Macrorregião de Saúde Metropolitana apresenta as taxas mais baixas, porém, ainda acima do recomendado.

O excesso de cesarianas se constitui como um problema de saúde pública. A cirurgia cesariana, realizada a partir de indicações clínicas, é “essencial para a saúde materna e infantil. Por outro lado, se realizada sem justificativa pode agregar riscos desnecessários sem que haja um benefício claro” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Analisando o período de 2018 a 2022, observa-se que a maioria dos nascimentos (86,48%) ocorreram entre a 37ª e a 41ª semana de gestação, período considerado a termo de acordo com o Ministério da Saúde. Os prematuros moderados respondem por 10,69% dos nascimentos, enquanto os recém-nascidos extremos e muito prematuros respondem por 1,55%, já os recém-nascidos pós-termo correspondem a 1% dos nascimentos. Quanto ao recorte raça/cor, os percentuais representam o número absoluto, das gestantes cuja duração da gestação foi menor que 37 semanas. Segundo dados do TABNET/DATASUS, aproximadamente 78,25% são da cor branca, 12,5% da cor parda, 8% da cor preta, 0,17% amarela e 0,72% indígena, no ano de 2021.

No ano de 2022, o estado do RS apresentou 1.262 óbitos infantis e 120.743 nascimentos, resultando em uma taxa de mortalidade infantil preliminar de 10,45 óbitos/1.000 nascimentos

(**Quadro 2**). Observa-se que durante o período pandêmico, compreendido entre 2020 e 2021, as Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) se mantiveram dentro da meta estadual pactuada em 9,7. No entanto, no ano de 2022 a TMI voltou a atingir patamares anteriores, com a tendência de redução do número absoluto de óbitos. Como linha de base para pensar a atuação nesse PES, foi utilizado o número de óbitos infantis e de nascimentos nos últimos dez anos (2013 - 2022), a fim de corrigir as distorções encontradas no período pandêmico, chegando em uma taxa de 10,04.

Quadro 2. Série histórica da Taxa de Mortalidade Infantil - TMI (por período), RS, 2013-2022*.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
TMI	10,52	10,63	10,09	10,16	10,01	9,72	10,56	8,62	9,59	10,45
Neonatal precoce 0-6 dias	5,10	5,24	5,09	4,93	5,00	5,07	5,34	4,79	5,01	5,12
Neonatal tardia 7-27 dias	1,92	2,15	2,06	2,12	1,93	1,99	2,24	1,85	2,15	2,12
Pós-neonatal 28-364 dias	3,50	3,24	2,94	3,11	3,08	2,66	2,98	1,98	2,43	3,21

*Dados preliminares.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Acesso em: BI/NIS/DGTI/SES/RS, em 27/03/2023.

Com relação aos componentes da TMI, considera-se mortalidade neonatal os óbitos ocorridos entre 0 e 27 dias de nascimento. Esta divide-se em mortalidade neonatal precoce (0-6 dias) e neonatal tardia (7-27 dias) e reflete condições insatisfatórias de assistência pré-natal, parto e recém-nascido. Já aos óbitos ocorridos após esse período dá-se o nome de mortalidade pós-neonatal (após 28-364 dias) e refletem baixos níveis de saúde, desenvolvimento socioeconômico e condições de vida.

Quanto ao ano de 2021, base fechada, cerca de 74.64% dos óbitos ocorreram no período neonatal. Dentre as principais causas de mortalidade, 694 (58.27%) são relacionadas às causas perinatais, ou seja, agravos ocorridos desde a 22ª semana de gestação até a primeira semana de vida da criança, vinculados às condições maternas, do feto, da duração da gestação ou intercorrências no trabalho de parto, parto e pós-parto; 324 (27.20%) ocorreram por malformações congênitas e anomalias cromossômicas e 50 (4.20%) estão relacionados às causas externas de morbidade e mortalidade.

Quanto aos dados preliminares do ano de 2022, cerca de 69% do total dos óbitos ocorreu na faixa etária neonatal. Dentre as causas de mortalidade infantil, cerca de 666 (52,77%) são afecções relacionadas ao período perinatal; 385 (30,51%) malformações congênitas e anomalias cromossômicas e 47 (3,72%) ocorreram devido às causas externas de morbidade e mortalidade. Importante observar que as causas se mantêm proporcionalmente as mesmas ao longo da série histórica. Cabe pontuar a necessidade da qualificação com relação às causas mal definidas, que podem ser mitigadas pelo importante papel da investigação do óbito e sua discussão nos comitês locais, bem como, a necessidade de qualificação das Declarações de Óbito (DO). Da mesma forma, quanto ao campo raça/cor, em que a não obrigatoriedade do preenchimento prejudica a obtenção de dados fidedignos, existe a mesma necessidade de qualificação.

Quando observada a Taxa de Mortalidade Infantil por Macrorregião de Saúde, pode-se verificar que a Macrorregião de Saúde Centro-Oeste e a Sul apresentam as maiores taxas ao longo do período considerado. Ao analisarmos as TMI por Região de Saúde, pode-se verificar que algumas regiões apresentam taxas maiores que as do estado ao longo dos dez anos considerados (2013-2022), são elas: R3, R5, R17, R19, R21, R22, R24, R27 e R28 (**Quadro 3**).

Quadro 3. Série histórica da Taxa de Mortalidade Infantil (por Macrorregião de Saúde), RS, 2013-2022*.

Macrorregião	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-oeste	11,4	11,3	9,22	10,5	11,08	11,64	11,34	9,49	10,77	12,41
Metropolitana	9,5	9,94	9,84	9,32	9,8	8,99	10,04	8,98	9,57	9,88
Missioneira	10,26	12,46	10,74	10,83	10,21	9,53	9,74	7,85	8,45	9,94
Norte	11,76	11,01	9,87	9,58	9,51	8,9	10,91	8,22	9,31	10,18
Serra	11,95	10,72	8,93	9,31	9,36	9,6	9,64	7,94	9,07	9,82
Sul	12,11	12,48	13,26	14,18	11,35	12,73	13,42	9,51	10,51	12,42
Vales	10,54	9,34	10,17	11,37	9,81	9,77	10,89	6,88	9,57	11,02
RS	10,52	10,63	10,09	10,16	10,01	9,72	10,56	8,62	9,59	10,45

*Dados preliminares.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), BI/NIS/DGTI/SES/RS. Acesso em: 31/03/2023.

No que tange o perfil dos óbitos pelo recorte raça/cor, informado na Declaração de Óbito (DO), observa-se que a maioria das crianças que tiveram óbitos infantis foram declaradas de cor branca, seguidas da cor parda. O percentual de raça/cor ignorados representou 6,31%, apontando para a necessidade de capacitar os profissionais quanto ao preenchimento das DO para que se possa, dessa forma, aumentar a precisão da informação.

O preenchimento do campo raça/cor nos formulários de DO e Declaração de Nascido Vivo (DNV) é obrigatório, de acordo com a Portaria GM/MS N° 344, de 1º de fevereiro de 2017. No entanto, o campo de raça/cor da criança inexistente no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o que impossibilita a identificação da população com maior risco para o óbito infantil. A falta de dados referentes ao recorte populacional por raça/cor dificulta o cálculo da taxa de mortalidade infantil na população específica, além de impossibilitar a análise deste dado a partir da transversalidade da equidade. Dessa forma, torna-se urgente a atualização dos sistemas federais de informação.

No **Quadro 4**, pode-se observar o percentual de investigação dos óbitos infantil e fetal. Cabe ressaltar que a Portaria n° 72, de 11 de janeiro de 2010, define o prazo para a conclusão de até 120 dias a contar da data da ocorrência do óbito até o preenchimento da ficha síntese no Sistema de Informação da Mortalidade (SIM) - Módulo Materno Infantil.

Quadro 4. Série histórica do percentual de óbitos infantis e fetais investigados e investigados em tempo oportuno, RS, 2018-2022*.

% Investigação	2018	2019	2020	2021	2022*
Percentual de óbitos infantis e fetais investigados	94,43%	90,94%	84,70%	81,23%	70,09%
Percentual de óbitos infantis e fetais investigados em tempo oportuno	63,36%	70,36%	51,46%	52,49%	57,97%

*Dados Preliminares. Disponível em <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>

Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Acesso em; 27/03/2023.

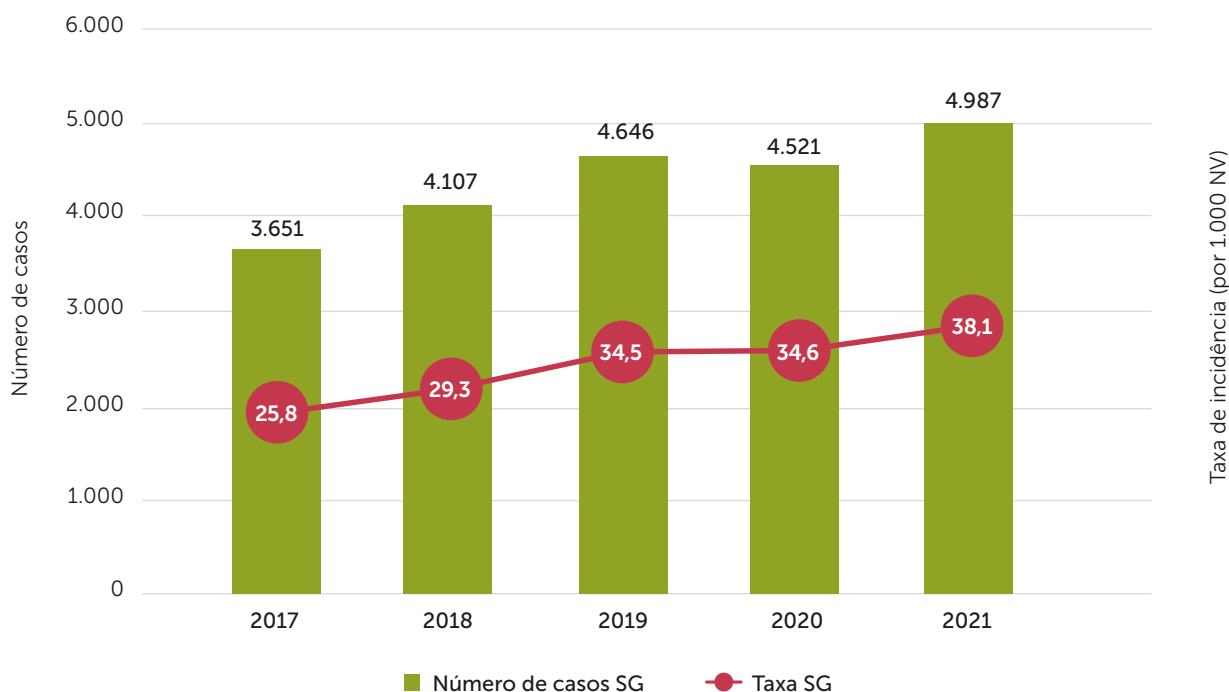
O estado do RS apresentou um percentual acima de 90% de investigação do óbito infantil e fetal até 2019, declinando para menos de 85% no período pandêmico (2020-2021). Tal fato sugere uma alteração nos processos de trabalho das equipes responsáveis pela investigação, tanto em nível hospitalar, quanto de Atenção Primária à Saúde, provavelmente decorrente da demanda prioritária relacionada ao covid-19. Importante ressaltar que o Decreto Estadual nº 55.994/2021 fomenta a implementação de Comitês Regionais de investigação e discussão dos óbitos maternos, infantis e fetais.

TRANSMISSÃO VERTICAL (TV)

A sífilis é uma doença grave, que em contexto de gestação, pode provocar abortamento espontâneo, parto prematuro, malformação, surdez, cegueira, alterações ósseas, deficiência mental e/ou morte ao nascer. Por isso, medidas de identificação, prevenção e tratamento da sífilis são de fundamental importância, e durante o pré-natal e parto, é preciso especial atenção para a realização dos testes preconizados e o tratamento correto da gestante e sua parceria sexual para evitar a transmissão vertical da doença.

Os números apresentados na série histórica indicam tendência de aumento dos casos de sífilis em gestante. No ano de 2021, foram notificados 4.987 casos e a média dos últimos cinco anos foi de 4.382 casos, com aumento da taxa de detecção - passando de 25,8/1.000 nascidos vivos em 2017 para 38,1 em 2021 (**Figura 27**). Os dados parciais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para 2022 indicam mais de cinco mil casos do agravo no estado, o que evidencia a tendência de piora nos números.

Figura 27. Casos de Sífilis em gestante (número e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos, local de residência e ano de diagnóstico), RS, 2017-2021^{1 2 3}

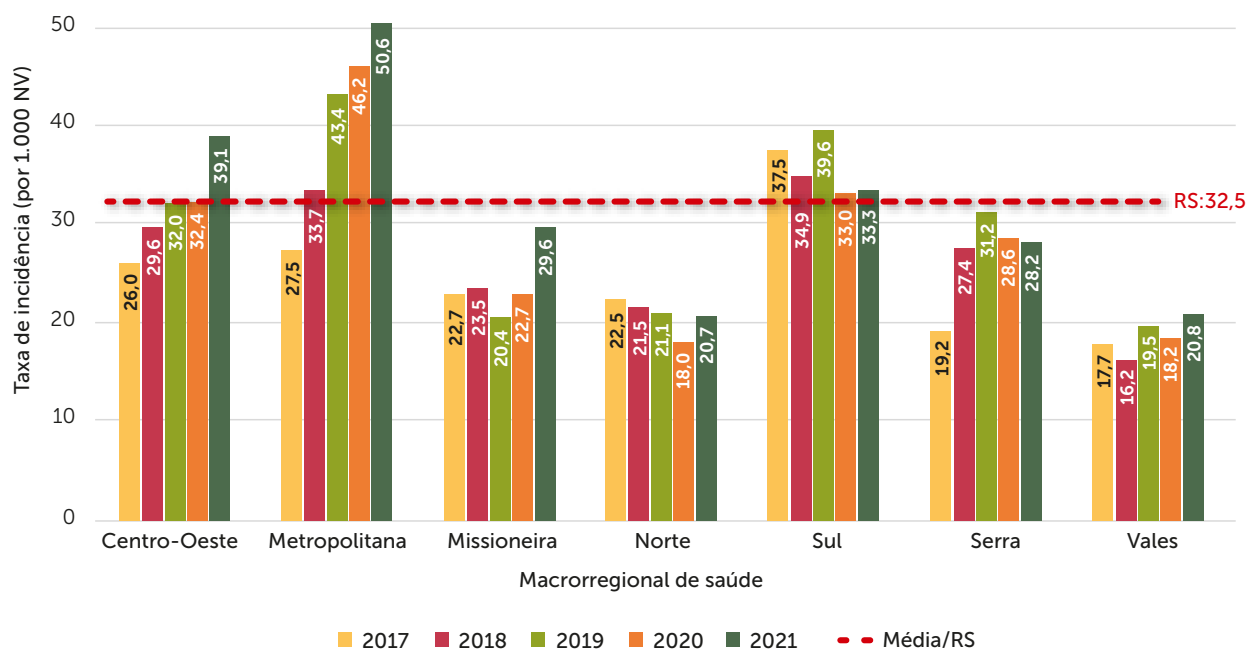


Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30/06/2022. (2) dados preliminares para os últimos 5 anos. (3) para o cálculo da taxa do ano de 2021 foram utilizados dados de nascidos vivos de 2020.

Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS).

A média da taxa de detecção de sífilis em gestantes do RS, nos últimos cinco anos, é de 32,5/1.000 nascidos vivos. As Macrorregiões de Saúde Centro-Oeste, Metropolitana e Sul apresentaram taxa superior à média estadual em pelo menos um dos anos da série histórica (**Figura 28**). A tendência de aumento nas notificações para o agravo só não ocorre na Macrorregião de Saúde Norte. Entre 2017 e 2021 (dados preliminares, notificados no SINAN até 30/06/2022), verifica-se um percentual maior de gestantes diagnosticadas com sífilis na faixa etária de 20 a 29 anos, totalizando 58% dos casos.

Figura 28. Taxa de detecção de Sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos, Macrorregião de Saúde e ano diagnóstico). RS, 2017-2022.



Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30/06/2022. (2) dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS).

Ao analisarmos as notificações das gestantes com sífilis segundo raça/cor (**Tabela 10**) é importante observar o percentual de ignorado ao longo dos anos da série histórica, que chega a 10% em 2018 e 2019, o que acaba por dificultar as análises. Dados do Censo de 2010 indicavam que 16,14% da população gaúcha era composta por negros, que compreendem a raça/cor pretos e pardos. No período de 2017 a 2021, mais de 25% das notificações foram de pretas e pardas, indicando que o agravo atinge de forma desproporcional este grupo.

Tabela 10. Casos de gestantes com Sífilis, número e percentual (segundo raça/cor e ano de diagnóstico), RS, 2017-2021.

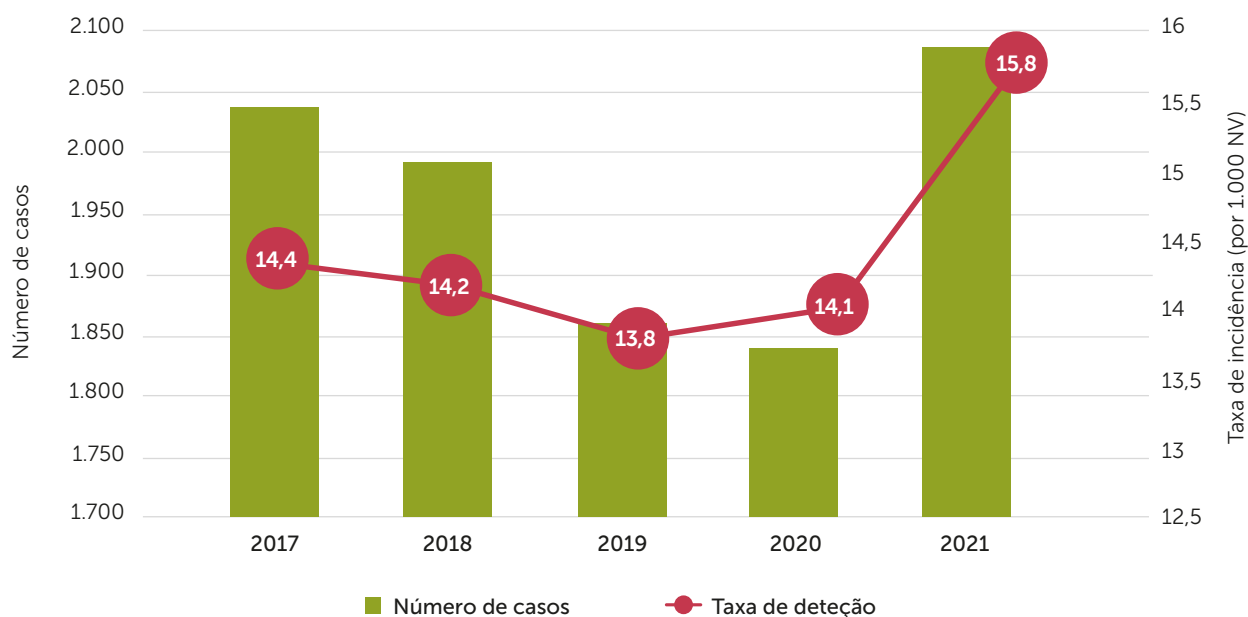
Raça/Cor	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Branca	2.355	64,5	2.633	63,9	2.893	62,3	2.881	63,7	3.250	65,2
Preta	475	13,0	493	12,0	640	13,8	625	13,8	677	13,6
Parda	464	12,7	520	12,7	610	13,1	547	12,1	597	12,0
Amarela	18	0,5	26	0,6	23	0,5	31	0,7	44	0,9
Indígena	21	0,6	24	0,6	13	0,3	18	0,4	12	0,2
Ignorado	318	8,7	421	10,3	467	10,1	419	9,3	407	8,2
Total	3.651	100	4.107	100	4.646	100	4.521	100	4.987	100

Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30/06/2022. (2) dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS).

A sífilis congênita é transmitida por via transplacentária. De 2017 a 2021, foi registrado no SINAN um total de 9.798 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no estado, sendo que 64,5% são de residentes da Macrorregião Metropolitana, tornando esta Macrorregião prioritária para ações de prevenção à Transmissão Vertical (TV) da doença. Ao verificar a série histórica, observa-se uma redução no número de casos no período de 2017 a 2020, finalizando o ano de 2021 com um aumento expressivo, com média anual de 1.960 casos (**Figura 29**). O aumento observado em 2021 pode ser reflexo da pandemia de covid-19 e a reprodução do seu efeito sobre os serviços de saúde e a atenção adequada ao pré-natal, parto e puerpério.

Figura 29. Casos de Sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (número e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos) notificados no SINAN (segundo local de residência e ano de diagnóstico), RS, 2017-2021 (1,2,3)



Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30/06/2022. (2) dados preliminares para os últimos 5 anos. (3) para o cálculo da taxa do ano de 2021, foram utilizados dados de nascidos vivos de 2020.

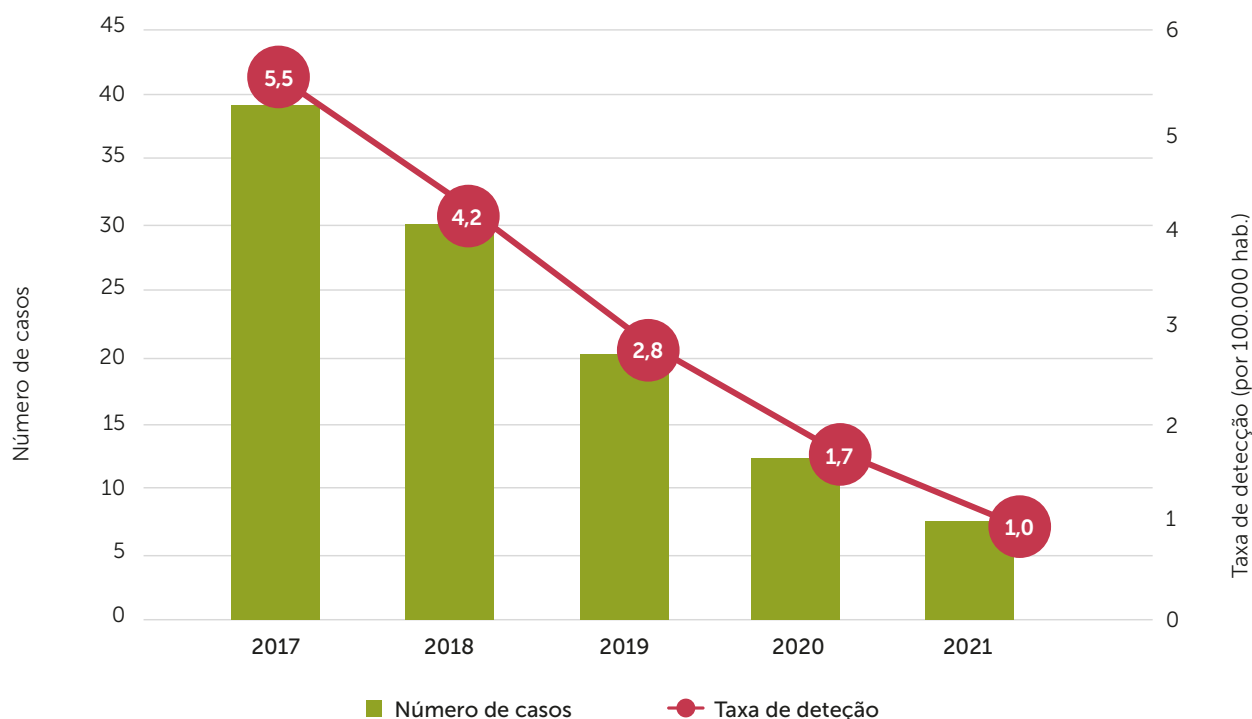
Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS).

Quanto à taxa de incidência, a tendência é de crescimento, passando de 14,4 em 2017 para 15,8 casos a cada 1.000 nascidos vivos em 2021, com uma taxa média anual de 14,5. A Macrorregião de Saúde Metropolitana é a que apresenta a maior taxa média, sendo de 20,9 para cada 1.000 nascidos vivos, o que corresponde a uma taxa 44,1% maior que a taxa estadual. Dados parciais para 2022 indicam 1.949 casos de sífilis congênita notificados no SINAN (em 20/03/2023) o que indica manutenção da média anual de casos observada nos últimos cinco anos para o agravo.

A aids em menores de 5 anos é o principal parâmetro para se avaliar a transmissão vertical do HIV. No período de 2017 a 2021 foram registradas 108 notificações deste agravo no RS, sendo 61,1% de residentes na Macrorregião de Saúde Metropolitana, percentual muito próximo ao da sífilis congênita. Tais dados confirmam essa região como primaz para as ações de prevenção à TV para ambos os agravos.

É possível observar, nos últimos cinco anos, uma redução no número de casos, sendo a média de 21,6 casos. A tendência da taxa de detecção é de redução, passando de 5,5/100.000 habitantes em 2017 para 1,0/100.000 habitantes em 2021 (**Figura 30**). A Macrorregião de Saúde Sul é a que apresenta a maior taxa média, 4,8 para cada 1.000 nascidos vivos. Importante ressaltar que o registro adequado do agravo exige que o diagnóstico seja feito em tempo oportuno. Em 2022, os dados parciais do SINAN indicam 11 notificações de aids em menores de 5 anos, número semelhante ao observado em 2020, encerrando a tendência de queda da série histórica.

Figura 30. Casos de AIDS em menores de 5 anos de idade (número absoluto e taxa de detecção por 100.000 habitantes), segundo local de residência por ano de diagnóstico, RS, 2017-2021 (1,2,3)*

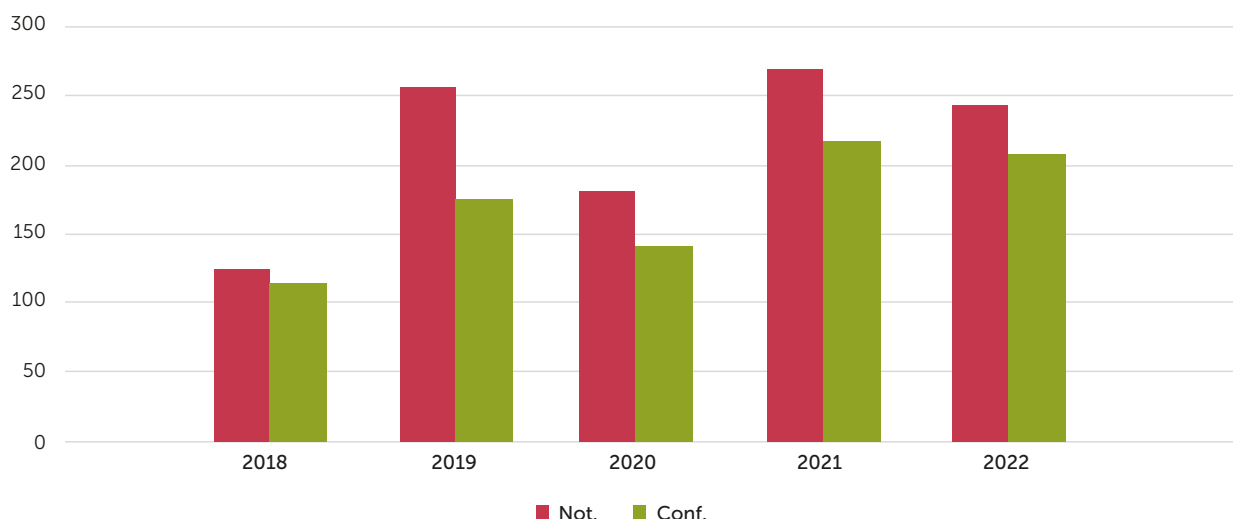


Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30/06/2022. (2) dados preliminares para os últimos 5 anos. (3) para o cálculo da taxa do ano de 2021, foram utilizados dados de nascidos vivos de 2020. *Casos notificados no SINAN, declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL)/ Sistema de Controle de Logístico de Medicamentos (SICLOM).

Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS).

A Toxoplasmose Congênita, que ocorre por transmissão vertical da mãe durante a gestação, no RS, tem se mantido estável nos últimos anos, com exceção de 2020, quando houve diminuição de casos, possivelmente em função da pandemia de covid-19 (**Figura 31**).

Figura 31. Comparação da distribuição dos casos de Toxoplasmose Congênita, segundo classificação final (por ano de notificação), RS, 2018 a 2022.



Not: notificados. Conf: confirmados.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Acesso em: 24/03/2023.

Quanto à raça/cor, mais de 81% eram crianças brancas, em seguida, pretas (3,7%) e pardas (5,2%). Metade dos casos confirmados estão na 1ª Coordenadoria Regional de Saúde, a qual representa as Regiões de Saúde R6, R7, R8, R9 e R10 (**Tabela 11**).

Tabela 11. Casos notificados e confirmados de Toxoplasmose Congênita (por Coordenadoria Regional de Saúde), RS, 2022.

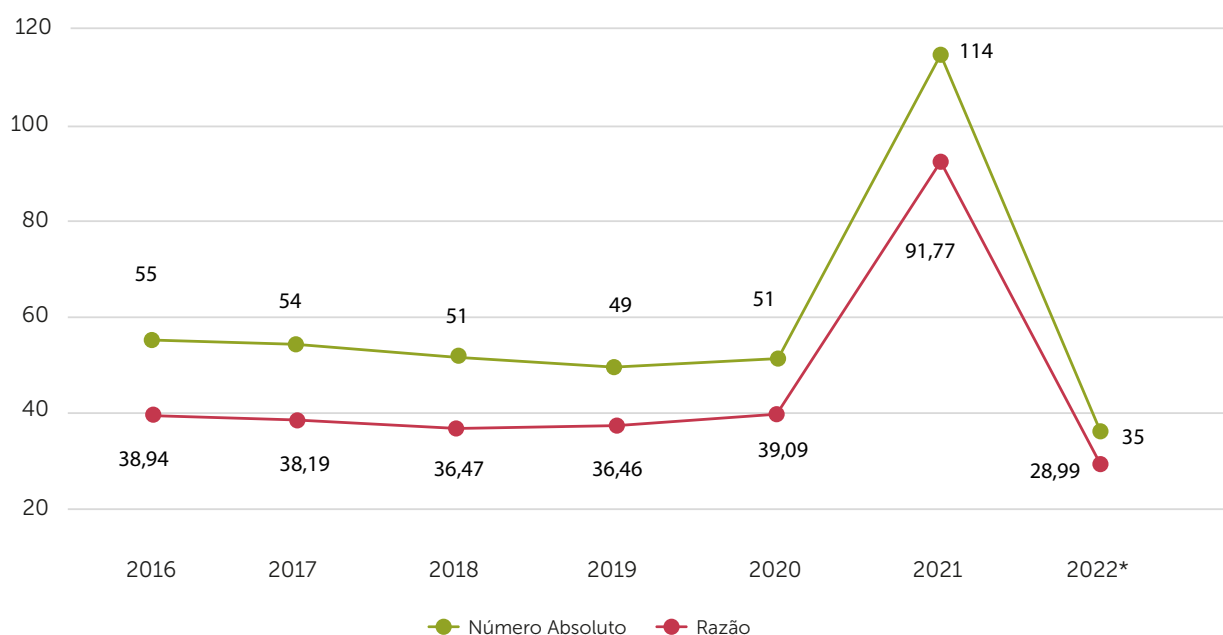
Regional de Residência	Notificados	Confirmados
1ª CRS Porto Alegre	110	105
2ª CRS Frederico Westphalen	0	0
3ª CRS Pelotas	10	4
4ª CRS Santa Maria	55	47
5ª CRS Caxias do Sul	21	18
6ª CRS Passo Fundo	17	16
7ª CRS Bagé	0	0
8ª CRS Cachoeira do Sul	1	1
9ª CRS Cruz Alta	2	2
10ª CRS Alegrete	2	0
11ª CRS Erechim	3	1
12ª CRS Santo Ângelo	0	0
13ª CRS Santa Cruz do Sul	2	2
14ª CRS Santa Rosa	1	0
15ª CRS Palmeira das Missões	5	3
16ª CRS Lajeado	2	1
17ª CRS Ijuí	0	0
18ª CRS Osório	12	9
Total	243	209

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Acesso em: 24/03/2023.

MORTALIDADE MATERNA

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é o principal indicador para avaliar a qualidade da assistência às mulheres durante o parto e o nascimento. Em 2020, a razão de óbitos maternos no RS foi de 39,09 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos (NV) (**Figura 32**). É possível observar estabilidade do indicador entre 2016 e 2020, com elevação a partir de 2021, em que a Razão passou para 91,77 óbitos maternos/100.000 NV - números que destoam na série histórica do estado devido aos impactos da pandemia, já que houve aumento da mortalidade na população em geral e gestantes e puérperas estavam entre os grupos com maior vulnerabilidade à infecção.

Figura 32. Óbitos maternos e razão de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos), RS, 2016-2022.



*Dados preliminares.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/Ministério da Saúde. Dados extraídos em 14/03/2023.

Como linha de base para pensar a atuação nesse PES, foi considerada uma previsão de 48 óbitos maternos e 124.148 NV (quantitativo de 2021), com uma RMM de 38,66. Para isso, foi feita uma previsão do número de óbitos maternos por Região de Saúde, de acordo com a série histórica, buscando zerar aquelas que tinham 1 óbito e reduzir em até pela metade as que tinham mais. Quanto aos óbitos maternos, por Macrorregião de Saúde, no ano de 2022 (dados preliminares), observa-se que a Macrorregião de Saúde Vales teve a maior Razão de Mortalidade Materna, seguida da Missioneira, Centro-Oeste, Norte, Serra, Metropolitana e Sul (**Tabela 12**). Cabe destacar que a Macrorregião de Saúde Sul na série histórica analisada apresentou a maior razão de mortalidade em 2018 e 2019 e a segunda em 2021.

Tabela 12. Óbitos maternos e razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos e por Macrorregião de Saúde), RS, 2018-2022.

Macrorregião de Saúde	2018		2019		2020		2021		2022*	
	Total	Razão	Total	Razão	Total	Razão	Total	Razão	Total	Razão
Centro-Oeste	5	39,34	2	16,19	6	51,29	8	71,22	5	46,30
Metropolitana	20	31,77	17	28,58	17	29,57	48	89,02	11	21,16
Missioneira	4	37,74	5	47,75	4	39,25	15	152,64	5	52,32
Norte	6	38,71	7	46,29	7	46,41	13	86,48	4	26,97
Serra	3	20,29	6	41,31	6	55,70	11	81,09	3	21,99
Sul	8	63,25	10	82,84	10	43,61	11	100,58	1	9,63
Vales	5	46,97	2	19,27	2	39,31	8	82,36	6	63,05
Rio Grande do Sul	51	36,47	49	36,46	49	39,09	114	91,77	35	28,99

*Dados preliminares.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/Ministério da Saúde. Dados extraídos em 14/03/2023.

As causas de mortalidade materna são evitáveis na maioria dos casos, principalmente com detecção precoce e tratamento adequado. Por isso, é fundamental assegurar o acesso de gestantes e puérperas aos serviços de saúde e garantir que os profissionais estejam preparados para atender estas demandas. Destaca-se, nesse contexto, a hemorragia e transtornos hipertensivos como as duas principais causas de óbito. Cabe ressaltar que no ano de 2021, excepcionalmente, a principal causa de mortalidade materna foi a covid-19, correspondendo a 53,9% dos óbitos maternos (**Quadro 5**).

Quadro 5. Série histórica com as cinco principais causas de mortalidade materna, RS, 2018-2022.

2018	2019	2020	2021*	2022*
Hemorragia - 11 óbitos (21,6%)	Hemorragia - 9 óbitos (18,4%)	Transtornos hipertensivos - 9 óbitos (16,7%)	covid-19 - 62 óbitos (53,9%)	Infecções - 7 óbitos (19,4%)
Doenças do aparelho circulatório - 6 óbitos (11,8%)	Transtornos hipertensivos - 9 óbitos (18,4%)	Hemorragia - 9 óbitos (16,7%)	Transtornos hipertensivos - 10 óbitos (8,7%)	Hemorragia - 5 óbitos (13,9%)
Transtornos hipertensivos - 4 óbitos (7,8%)	Outras afecções maternas - 6 (12,2%)	covid-19 - 4 óbitos (7,4%)	Hemorragia - 10 óbitos (8,7%)	Transtornos hipertensivos - 4 óbitos (11,1%)
Embolias obstétricas - 04 óbitos (7,8%)	Doenças do aparelho circulatório - 4 óbitos (8,2%)	Outras afecções maternas - 4 óbitos (7,4%)	Doenças do aparelho circulatório - 7 óbitos (6,1%)	covid-19 - 4 óbitos (11,1%)
Morte obstétrica de causa não especificada - 4 óbitos (7,8%)	Embolias obstétricas - 4 óbitos (8,2%)	Infecções - 3 óbitos (5,5%)	Infecções - 5 óbitos (4,3%)	Aborto - 4 óbitos (11,1%)

*Dados preliminares.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/Ministério da Saúde. Dados extraídos em 14/03/2023.

Ao analisar os dados de mortalidade materna estratificada por raça/cor, percebe-se que a razão de morte materna entre mulheres pretas e indígenas é maior em todos os anos da série histórica, cabe destaque para o número elevado entre as mulheres indígenas (**Tabela 13**). Dados referentes à raça/cor confirmam que mulheres pertencentes a esses recortes raciais são expostas a maiores iniquidades no que diz respeito ao acesso à saúde como planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (ALVES, 2021).

Tabela 13. Série histórica da Razão de Mortalidade Materna, estratificada por raça/cor, RS, 2017-2021.

Ano	Branca	Preta	Parda	Indígena
2017	29,85	102,02	37,84	137,74
2018	27,12	80,66	34,44	142,45
2019	38,63	49,60	20,32	0,00
2020	37,43	58,75	46,47	0,00
2021	90	111	97	126

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/Ministério da Saúde. Dados extraídos em 29/03/2023.

Para redução da morte materna, deve-se seguir com a implementação de políticas para fortalecer o atendimento das gestantes, a melhoria da atenção pré-natal, do nascimento e do pós-parto, assim como instituir medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde, tanto no âmbito da atenção básica como na rede de urgência e emergência.

O planejamento familiar e o pré-natal seguem como instrumentos para a programação das ações e investimento para redução da mortalidade materna, considerando que o pré-natal deve começar o mais cedo possível com critérios de qualidade monitorados.

Além das questões biológicas e de assistência, é importante considerar fatores sociais que dificultam o acesso das mulheres aos cuidados durante a gestação e o parto, como a pobreza, a necessidade de grandes deslocamentos, a baixa escolaridade, a falta de informação, os serviços inadequados, a falta de acolhimento, a violência obstétrica, as diferentes práticas culturais, o racismo e o preconceito institucional. Destaca-se também o impacto dos altos índices de cesáreas que podem estar associados às complicações a longo prazo, como o acretismo placentário (Jauniaux et al., 2018).

O RS conta com o Comitê Estadual de Prevenção e Enfrentamento da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal que realiza análises ampliadas e profundas das investigações dos óbitos maternos, a fim de possibilitar a busca de soluções viáveis, por meio de articulações conjuntas entre as políticas de saúde da mulher e da saúde da criança, representantes dos departamentos da SES/RS, serviços de referência e entidades representativas dos conselhos de classe. Apresenta-se os quantitativos de óbitos maternos investigados em tempo oportuno (120 dias a partir da ocorrência do óbito) (BRASIL, 2009) (**Tabela 14**).

Tabela 14. Número absoluto e percentual de casos de óbitos maternos investigados em tempo oportuno, RS, 2016-2022.

Ano	Nº óbitos maternos	Nº investigações em tempo oportuno	%
2016	55	53	96
2017	54	53	98
2018	51	49	96
2029	49	47	96
2020	54	53	98
2021	115*	109	95
2022	36*	31	86

*Dados preliminares.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/Ministério da Saúde. Dados extraídos em 14/03/2023.

A Proporção de Gravidez na Adolescência vem apresentando queda ao longo dos anos, diminuindo de 12,84% em 2017 para 9,71% em 2021. Porém, ainda é considerada uma pauta importante para setores responsáveis pelas políticas públicas, por se manter elevada em regiões em situação de vulnerabilidade socioeconômica. A gestação na adolescência aponta causas como a evasão escolar e acarreta consequências que levam à perpetuação do ciclo da pobreza e da violência.

Na **Tabela 15**, observa-se que a proporção de gravidez na adolescência ficou abaixo da meta estadual em todos os anos, resultado que acompanha as tendências nacional e internacional. Porém, ainda que a média estadual supere positivamente as expectativas, o Indicador de Proporção da Gravidez na Adolescência demonstra que em algumas Macrorregiões de Saúde os números ainda estão acima do desejável. As três Macrorregiões de Saúde com as maiores proporções de gravidez na adolescência, na série histórica analisada, foram respectivamente a Centro-Oeste, Sul e Norte. Por sua vez, as Macrorregiões de Saúde Serra e Vales apresentaram as menores proporções.

Tendo isso em vista, é necessário expandir as políticas que conduzem os jovens ao acesso à informação e a ações educativas, visando a autonomia pessoal e a responsabilização pelo seu planejamento reprodutivo.

Tabela 15. Proporção de gravidez na adolescência entre a faixa etária de 10 a 19 anos (por Macrorregião de Saúde), RS, 2017-2021.

Macrorregião de Saúde	2017 %	2018 %	2019 %	2020 %	2021 %
Centro-Oeste	15,22	14,22	13,46	12,13	11,52
Metropolitana	12,92	12,05	11,22	10,54	9,44
Missioneira	12,69	11,47	10,24	10,08	9,44

Macrorregião de Saúde	2017 %	2018 %	2019 %	2020 %	2021 %
Norte	12,93	12,21	11,35	10,61	10,34
Serra	10,17	9,69	8,9	8,48	7,61
Sul	14,11	13,1	12,31	11,68	10,77
Vales	11,59	10,61	9,79	8,6	8,86
Meta estadual	14	13,75	11,85	11,85	11,6
Rio Grande do Sul	12,84	11,90	11,03	10,35	9,71

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)/Ministério da Saúde. Acesso em: 14/03/2023.

2.2 CARGA GLOBAL DE DOENÇAS

Analisando os dados da Carga Global de Doenças (*Global Burden of Disease – GBD*), entre os anos de 1990 e 2019, percebe-se que, no RS, as doenças crônicas não transmissíveis permanecem sendo as quatro principais causas de mortalidade em relação aos óbitos (*INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2023*). Entre esses agravos, as Doenças Cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de mortalidade, com uma taxa de mortalidade padronizada pela idade de 227,69 por 100.000 habitantes, seguidas pelas neoplasias, com uma taxa de mortalidade padronizada pela idade de 192,26 por 100.000 habitantes. Na sequência, estão as doenças respiratórias crônicas, com uma taxa de mortalidade padronizada pela idade de 59,44 por 100.000 habitantes e a diabetes e doenças renais, com uma taxa de mortalidade padronizada pela idade de 56,05 por 100.000 habitantes. As doenças respiratórias infecciosas e a tuberculose representam a 5ª principal causa de mortalidade no estado, com uma taxa padronizada pela idade de 46,71 por 100.000 habitantes.

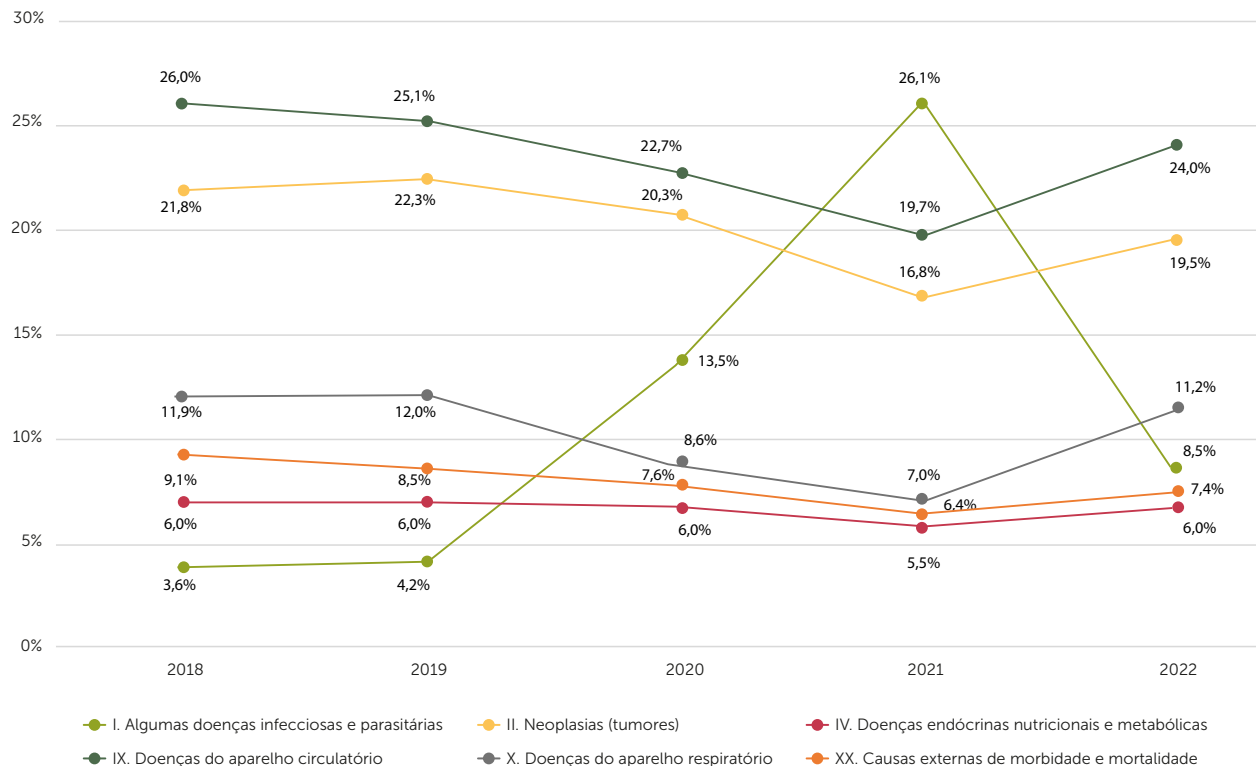
Quanto aos anos de vida ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life-Years – DALYs*) - medida que quantifica a carga de doenças de morbidade e mortalidade, sendo que um DALY pode ser considerado um ano perdido de vida “saudável” -, as neoplasias e Doenças Cardiovasculares (DCV) também representam as principais causas de incapacidade, com um percentual de 14,35% e 14,30%, respectivamente do total de *DALYs*, no RS, em 2019. As doenças mentais e uso de substâncias e as doenças musculoesqueléticas ocupam a 3ª e 4ª posição do *ranking*, com percentuais de 7,47% e 7,40%, respectivamente. Destaca-se ainda que entre os homens, a autolesão e a violência ocupam o terceiro lugar com 14,88% do total de *DALYs*, no RS, em 2019, para esse gênero.

2.3 TAXAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE

Considerando a série histórica dos últimos cinco (5) anos pelos capítulos da CID-10, verifica-se que, nos anos de 2018 a 2022, as cinco principais causas de mortalidade no RS 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 que, por conta da pandemia de covid-19, a mortalidade do Capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias, aumentou de 4,1% em 2019 para 13,5% em 2020 e alcançando a principal causa de mortalidade no estado em 2021 (26,1%). Já no ano de 2022, os dados preliminares identificaram uma redução para 8,5% dessa causa (**Figura 33**).

Figura 33. Principais causas de mortalidade, por Capítulo CID-10, RS, 2018-2022*.



*Os dados de 2022 são preliminares.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Ministério da Saúde. Acesso em: 18/04/2022.

No **Quadro 6** apresentam-se as cinco principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos da CID-10 no RS, na série histórica de 2018-2022 (sendo os dados de 2022 preliminares). Destaca-se na primeira posição entre as quatro faixas etárias de 01-09, 10-19, 20-29 e 30-49 anos o Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade – sendo que nas faixas etárias de 10-19 anos e 20-29 anos, os valores atingidos foram 64,6% e 62,6%, respectivamente. Ainda na faixa etária de menores de 1 ano, este capítulo figurava na 3ª posição (4,0%).

Para os menores de 1 ano, a mortalidade proporcional se concentrou no Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal (57,2%) e Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (28,0%), que, juntas, somaram 85,2% da mortalidade proporcional na faixa etária. Na faixa etária de 01-09 anos, posterior ao Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade (26,9%), se destacou o Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, com 15,5% da mortalidade proporcional nesse grupo etário.

Referente às Neoplasias/Tumores (Capítulo II), estas ocuparam a terceira posição de mortalidade proporcional na faixa etária de 01-09 anos (15,4%); passando para a segunda posição na faixa etária de 10-19 anos (7,6%), e terceira posição entre as faixas etárias 20-29 anos (7,2%) e 30-

49 (17,3%). As faixas etárias de 50-59 e 60-79 passaram a ocupar a primeira posição (26,7% e 25,4%, respectivamente), caindo para terceira posição na mortalidade proporcional dos residentes gaúchos com 80 anos ou mais (13,7%).

Já as Doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX), apareceram como a quinta causa de mortalidade proporcional na faixa etária de 20-29 anos (3,3%) e quarta causa na faixa etária de 30-49 anos (11,5%); segunda posição nas faixas etárias de 50-59 anos (18,9%) e 60-79 anos (24,7%) e primeira posição na faixa etária de 80 anos e mais (29,3%).

Quanto à mortalidade proporcional pelas Doenças do aparelho respiratório (Capítulo X), esta ocupou a quinta posição nas faixas etárias menores de 1 ano de idade (2,7%) e 1-9 anos (8,5%), subindo para a quarta posição entre os 60-79 anos (10,1%) e chegando à segunda posição no grupo etário de 80 anos e mais (14,1%).

Cabe destaque para o Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso, que ocupou a quarta posição da mortalidade proporcional na faixa etária de 01-09 anos (12,4%), subindo para a terceira posição na faixa etária de 10-19 anos (5,8%) e reaparecendo na quarta posição na faixa etária de 80 anos e mais (9,2%).

Ademais, o Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias, ocupou a quarta posição entre as faixas etárias menores de 01 ano (2,5%) e 10-19 anos (4,0%); segunda posição nas faixas etárias de 20-29 anos (9,5%) e 30-49 (20,0%); terceira posição nas faixas etárias de 50-59 anos (15,9%) e 60-79 anos (12,4%) e a quinta posição na faixa etária de 80 anos e mais com 9,0%. No Capítulo I, estão dispostas doenças como a Doença pelo vírus da imunodeficiência humana, as Hepatites, a Hanseníase, a Sífilis e a Tuberculose, que apresentam altas taxas de morbidade no RS, além da covid-19. Por fim, aparece ainda o Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas na quinta posição nas faixas etárias de 50-59 anos (6,1%) e 60 a 79 (7,6%).

Quadro 6. Cinco principais causas de mortalidade da população residente (por grupo etário e capítulos da CID-10) (%), RS, 2018-2022*.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 01 ano	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (57,2%)	XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (28,0%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (3,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (2,5%)	X. Doenças do aparelho respiratório (2,7%)
1 a 9	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (26,1%)	XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (15,5%)	II. Neoplasias (tumores) (15,4%)	VI. Doenças do sistema nervoso (12,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (8,5%)
10 a 19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (64,6%)	II. Neoplasias (tumores) (7,6%)	VI. Doenças do sistema nervoso (5,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (4,0%)	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (3,2%)

	1º	2º	3º	4º	5º
20 a 29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (62,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,5%)	II. Neoplasias (tumores) (7,2%)	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (3,8%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (3,3%)
30 a 49	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (25,9%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (20,0%)	II. Neoplasias (tumores) (17,3%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (11,5%)	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (5,3%)
50 a 59	II. Neoplasias (tumores) (26,7%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (18,9%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,9%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (8,8%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (6,1%)
60 a 79	II. Neoplasias (tumores) (25,4%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (24,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (10,1%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (7,6%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (29,3%)	X. Doenças do aparelho respiratório (14,1%)	II. Neoplasias (tumores) (13,7%)	VI. Doenças do sistema nervoso (9,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,0%)

*Os dados de 2022 são preliminares.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Ministério da Saúde. Acesso em: 18/04/2022.

No **Quadro 7**, são apresentadas as cinco principais causas de mortalidade da população residente por sexo e capítulos da CID-10 no RS, na série histórica de 2018-2022 (sendo preliminares os dados de 2022). Destaca-se, na primeira posição entre mulheres e homens, o Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório, com 24,9% da causa da mortalidade entre as mulheres e 21,8% entre os homens. Na segunda posição, figura o Capítulo II – Neoplasias (tumores), com 19,8% entre as mulheres e 20,2% entre os homens. O Capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias aparece na terceira posição, com 11,7% entre as mulheres e 12,3% entre os homens.

A partir da quarta posição, identificam-se diferenças entre as causas de mortalidade entre as mulheres e os homens. Na quarta posição, entre as mulheres, figura o Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório (10,5%), que ocupa a quinta posição entre os homens (9,5%). O capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,5%) ocupa a quinta posição entre as mulheres. Entre os homens, na quarta posição, ocupa o Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade (11,1%).

Quadro 7. Cinco principais causas de mortalidade da população residente (por sexo e capítulos da CID-10) (%), RS, 2018-2022*.

	1º	2º	3º	4º	5º
Mulheres	IX. Doenças do aparelho circulatório (24,9%)	II. Neoplasias (tumores) (19,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,7%)	X. Doenças do aparelho respiratório (10,5%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (7,5%)
Homens	IX. Doenças do aparelho circulatório (21,8%)	II. Neoplasias (tumores) (20,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,3%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (11,1%)	X. Doenças do aparelho respiratório (9,5%)

*Os dados de 2022 são preliminares.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Ministério da Saúde. Acesso em: 18/04/2022.

No **Quadro 8**, apresentam-se as cinco principais causas de mortalidade da população residente por raça/cor e capítulos da CID-10 no RS na série histórica de 2018-2022 (sendo os dados de 2022 preliminares). Destaca-se, na primeira posição entre as raças/cores branca, preta, amarela, parda e indígena, o Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório, sendo que nas raças/cores branca e preta os valores atingidos foram 23,5% e 22,9%, respectivamente.

Referente às Neoplasias/Tumores (Capítulo II), estas ocuparam a segunda posição de mortalidade proporcional nas raças/cores branca (20,3%); preta (18,1%), amarela (16,7%) e parda (17,7%); passando para a quarta posição na raça/cor indígena (11,3%).

O Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias, ocupou a terceira posição da mortalidade proporcional na raça/cor branca (11,7%), preta (15,0%), parda (13,8%) e indígena (14,1%) e a quinta posição na raça/cor amarela (9,8%). 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, além da covid-19.

Referente à mortalidade proporcional pelas Causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo XX), esta ocupou a quinta posição na raça/cor branca (7,6%), subindo para a quarta posição nas raças/cores preta (8,2%) e parda (10,6%) e chegando à terceira posição na raça/cor amarela (13,3%) e segunda posição na raça/cor indígena (14,6%). Por fim, aparece ainda o Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas na quinta posição na raça/cor preta (8,1%).

Quadro 8. Cinco principais causas de mortalidade da população residente (por raça/cor e capítulos da CID-10) (%), RS, 2018-2022*.

	1º	2º	3º	4º	5º
Branca	IX. Doenças do aparelho circulatório (23,5%)	II. Neoplasias (tumores) (20,3%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,7%)	X. Doenças do aparelho respiratório (10,2%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (7,6%)

	1º	2º	3º	4º	5º
Preta	IX. Doenças do aparelho circulatório (22,9%)	II. Neoplasias (tumores) (18,1%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,0%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (8,2%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (8,1%)
Amarela	IX. Doenças do aparelho circulatório (22,2%)	II. Neoplasias (tumores) (16,7%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (13,3%)	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (10,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,8%)
Parda	IX. Doenças do aparelho circulatório (21,8%)	II. Neoplasias (tumores) (17,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (13,8%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (10,6%)	X. Doenças do aparelho respiratório (9,4%)
Indígena	IX. Doenças do aparelho circulatório (18,5%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (14,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (14,1%)	II. Neoplasias (tumores) (11,3%)	X. Doenças do aparelho respiratório (8,4%)

*Os dados de 2022 são preliminares.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Ministério da Saúde. Acesso em: 18/04/2022.

2.4 MORBIDADE

Quanto à morbidade hospitalar, foram utilizados dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), do Ministério da Saúde, para os anos de 2018 a 2022. O total de internações, por sua vez, se mantém estável ao longo dos anos de 2018 (745.492) a 2022 (776.765), com exceção do ano de 2020 (675.603) - especialmente devido à pandemia de covid-19. Na **Tabela 16**, apresenta-se as seis principais causas de internação hospitalar dos residentes no território do RS. Observa-se que no somatório das internações da série tabulada, as doenças do aparelho circulatório figuram como a principal causa de internação, seguida de doenças do aparelho respiratório e das doenças do aparelho digestivo. As doenças infecciosas e parasitárias tiveram um aumento expressivo em 2020 e 2021, pois neste capítulo do CID-10 está contemplado o diagnóstico por covid-19, com um decréscimo em 2022, mas se mantendo superior aos anos antes da pandemia. As internações por neoplasias mantêm um número aproximado mesmo durante a pandemia, assim como as internações por causas externas, que ocuparam a quinta e sexta posição respectivamente.

Quanto ao sexo, nos capítulos da CID-10, no período 2018 a 2022, IX. Doenças do aparelho circulatório, X. Doenças do aparelho respiratório e I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias nos homens responderam por cerca de 53% das internações hospitalares. Já no Capítulo XI. Doenças do aparelho digestivo, esse percentual foi de aproximadamente 50% para ambos os sexos. Destaca-se que no Capítulo II. Neoplasias (tumores), as mulheres responderam por 53,58% das internações; enquanto no Capítulo XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, os homens responderam por 62,95% das internações.

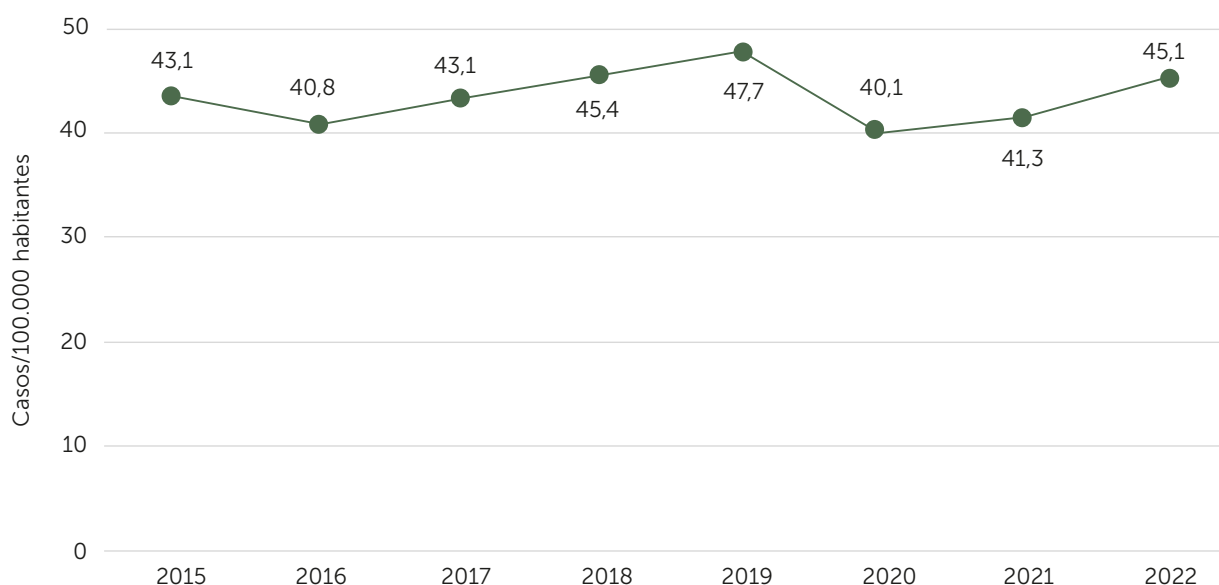
Tabela 16. Seis principais causas de internação (por capítulo CID-10), RS, 2018-2022.

Diagnóstico CID10 (capítulo)	2018	2019	2020	2021	2022	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	91.343	93.490	81.872	78.154	89.764	434.623
X. Doenças do aparelho respiratório	92.874	92.076	51.612	55.109	93.372	385.043
XI. Doenças do aparelho digestivo	77.793	82.245	66.977	64.354	83.516	374.885
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	45.936	49.126	66.499	115.130	58.147	334.838
II. Neoplasias (tumores)	63.970	68.235	62.661	60.093	69.756	324.715
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	61.180	63.268	64.023	63.672	70.406	322.549

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php>>. Acesso em: 16/03/2023.

A Tuberculose (TB) é um problema de saúde pública mundial. No RS, em 2022, foram notificados 5.174 casos novos de TB, o que corresponde a um coeficiente de incidência de 45,1 casos por 100 mil habitantes, maior do que o observado no Brasil (36,3 casos por 100 mil habitantes). Avaliando a série histórica de 2015 a 2022 (**Figura 34**), pode-se observar que, nos anos de 2020 e 2021, houve queda no número de notificações de TB, o que pode ser atribuído à pandemia de covid-19. Em 2022, houve aumento da incidência, no entanto, sem atingir os números de 2019.

Figura 34. Incidência de Tuberculose, RS, 2015-2022.

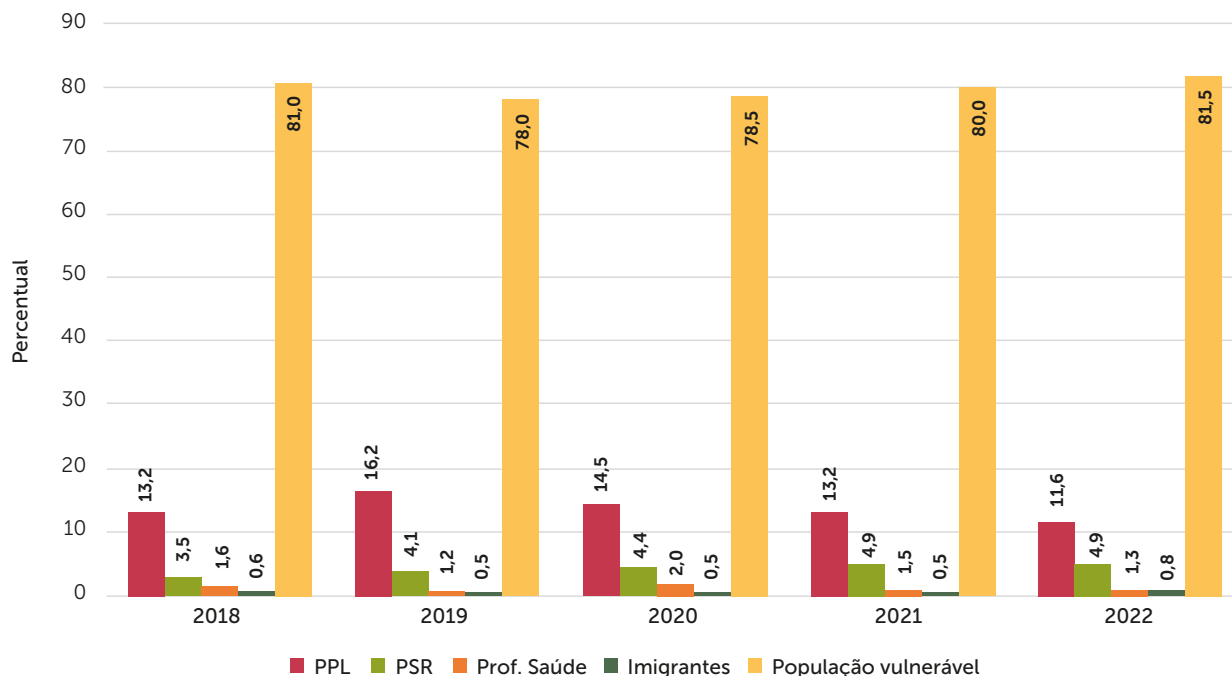


Fonte: SINAN/NET. Acesso em: 09/02/2023.

Dos 5.174 casos novos de TB notificados em 2022, 68% ocorreram em pessoas do sexo masculino, com 79% se concentrando nas faixas etárias dos 20 a 64 anos. Em relação ao quesito raça/cor, a distribuição se concentrou em pessoas autodeclaradas brancas (65,2%), seguidas das cores/raças preta e parda, que, quando somadas, representam 30% das notificações. No entanto, ao calcularmos a taxa de incidência, nos brancos temos 38,4 casos/100.000 habitantes, enquanto que

nos pretos/pardos esse número aumenta para 89,2 casos/100.000 habitantes. No período de 2018 a 2022, observou-se pouca variação de número de casos novos de tuberculose nas populações em situação de vulnerabilidade (**Figura 35**). Dos casos novos notificados no ano de 2022, 11,6% correspondem à população privada de liberdade (PPL), 4,9% à população em situação de rua (PSR), 1,3% aos profissionais de saúde (PS) e 0,8% aos imigrantes.

Figura 35. Casos novos de Tuberculose diagnosticados em populações vulneráveis, RS, 2018-2022.



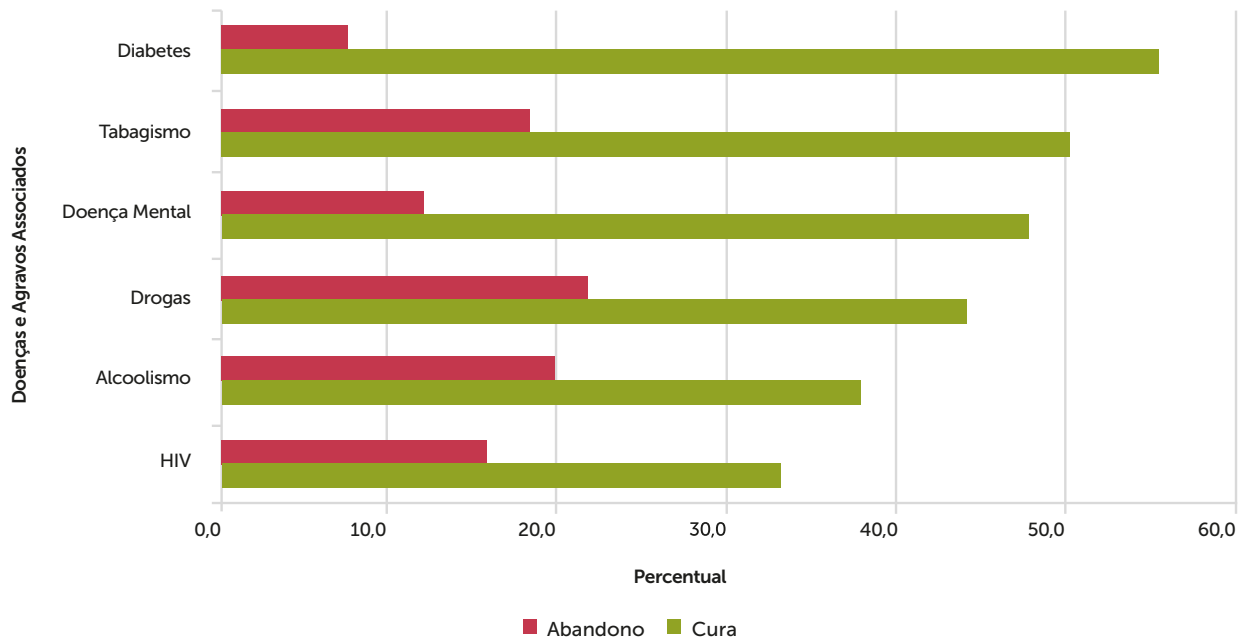
PPL: População Privada de Liberdade. PSR: População em Situação de Rua. Prof Saúde: Profissional de Saúde.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/Ministério da Saúde. Acesso em 09/02/2023.

As taxas de cura entre os casos novos de TB permanecem abaixo dos 85% preconizados pela OMS, sendo que em 2021 o valor atingido no RS foi de 53,3%. Além disso, no estado, o abandono do tratamento de TB está acima dos 5% preconizados, sendo 14,6% em 2021.

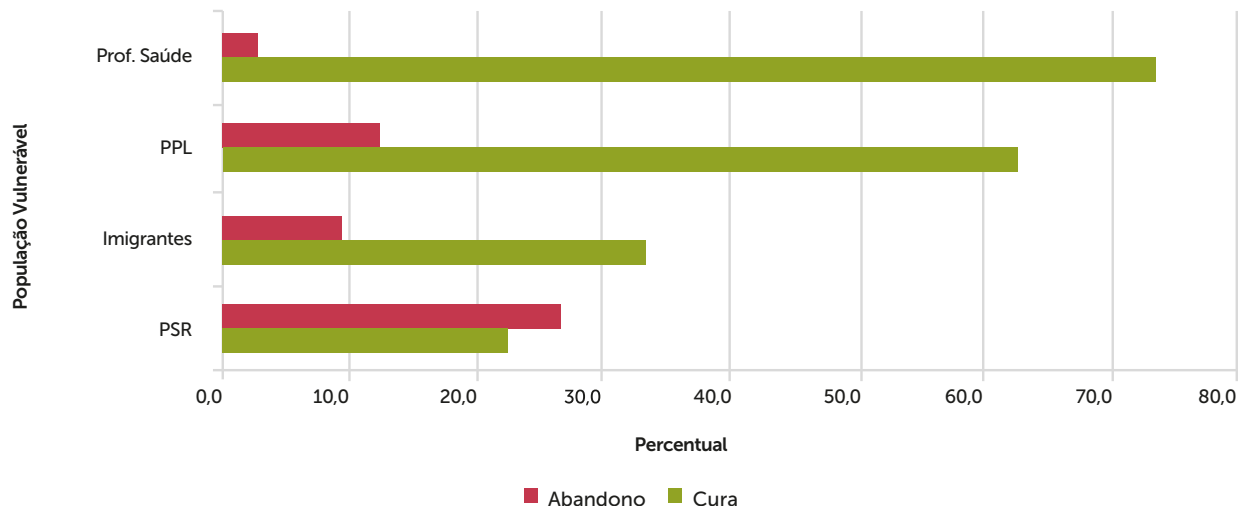
As doenças e agravos associados e as vulnerabilidades podem levar a diferentes desfechos em termos de percentuais de cura e abandono de tratamento. O uso de drogas ilícitas, o alcoolismo e o HIV são as comorbidades que mais alteram negativamente os resultados de tratamentos, com menores taxas de cura e maiores taxas de abandono (**Figura 36**). Da mesma forma, os imigrantes e pessoas em situação de rua têm desfechos menos satisfatórios (**Figura 37**).

Figura 36. Percentual de cura e abandono entre casos novos de Tuberculose com doenças e agravos associados, RS, 2021.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/Ministério da Saúde. Acesso em 09/02/2023.

Figura 37. Percentual de cura e abandono de casos novos de Tuberculose em populações vulneráveis, RS, 2021.

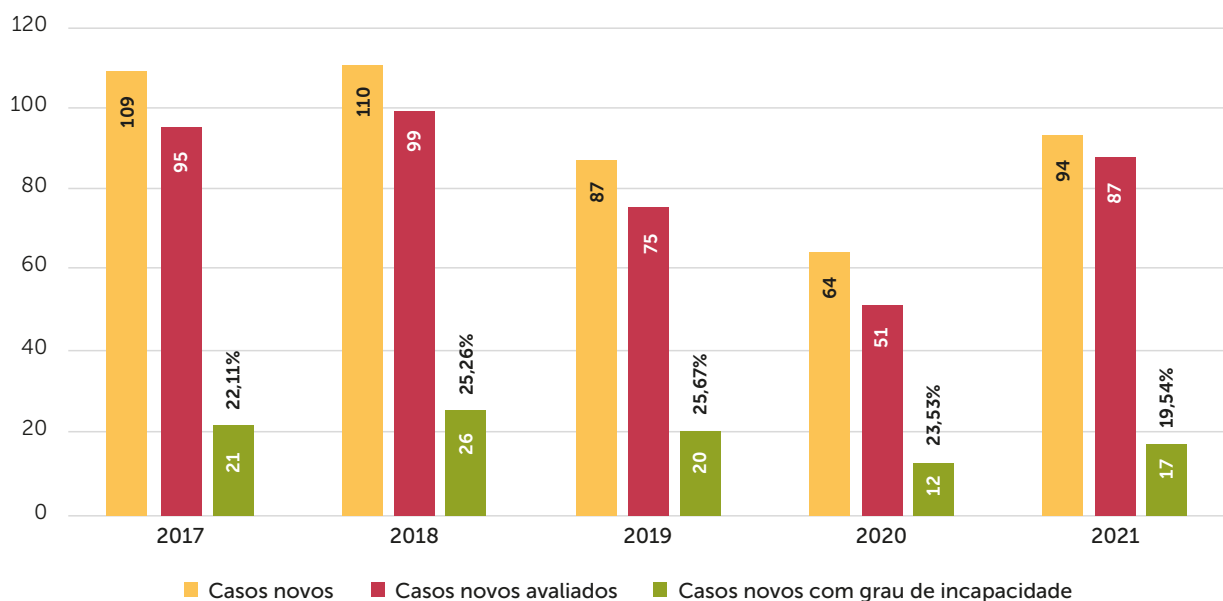


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/Ministério da Saúde. Acesso em 09/02/2023.

A Hanseníase é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen. Apesar de, no RS, o número de casos ser o menor do Brasil, a doença continua sendo um problema de saúde pública com alto ônus social. Há grande dificuldade em manter as rotinas e ações em hanseníase, o que acarreta o diagnóstico tardio, evidenciado pelo alto percentual de doentes multibacilares encontrados ao longo dos últimos cinco anos, que oscila entre 85% e 90% dos casos novos. Mesmo o RS tendo uma das maiores médias da taxa de detecção por busca ativa do Brasil, com 18,7%, ela ainda é muito baixa para impactar no percentual de pacientes com a forma multibacilar, que é a mais contaminante.

Outra consequência do diagnóstico tardio no estado é o número de pacientes com Grau 2 de incapacidades instalada no momento do diagnóstico, que, a partir de 10% dos casos, é considerado alto (BRASIL, 2022). O RS apresenta a maior proporção de casos de grau 2 do país (BRASIL, 2023). Os dados sobre novos casos no estado são apresentados na **Figura 38**. Pode-se verificar que este parâmetro se mantém elevado ao longo dos anos, apesar da tendência de diminuição, que provavelmente se deve ao aumento da busca ativa de contatos intradomiciliares nos últimos cinco anos – prática incentivada e que será essencial como estratégia para a eliminação da doença.

Figura 38. Casos novos de Hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, RS, 2017-2021



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/Ministério da Saúde. Dados coletados em 27/03/2023.

De 2017 a 2021, foram registrados 71.286 casos de Sífilis Adquirida no RS, sendo 44,3% em residentes da Macrorregião de Saúde Metropolitana, onde residem cerca de 43,8% da população do estado. Em 2021, o número de casos de sífilis adquirida foi de 14.935, tendo um incremento de 19,1% em relação ao ano de 2020 (Figura 39). A queda observada em 2020 pode ter relação com a pandemia de covid-19, em que houve a diminuição da circulação de pessoas e dos diagnósticos para a doença. Em 2021 os números retomam a patamares semelhantes ao observado no pré-pandemia. A média do número de casos de sífilis adquirida dos últimos cinco anos é de 14.257. A taxa de detecção passou de 117,6/100.000 habitantes em 2017 para 130,2/100.000 habitantes em 2021.

Figura 39. Casos de Sífilis adquirida (número e taxa de detecção por 100.000 habitantes), segundo ano de diagnóstico, RS, 2017-2021 (1,2)

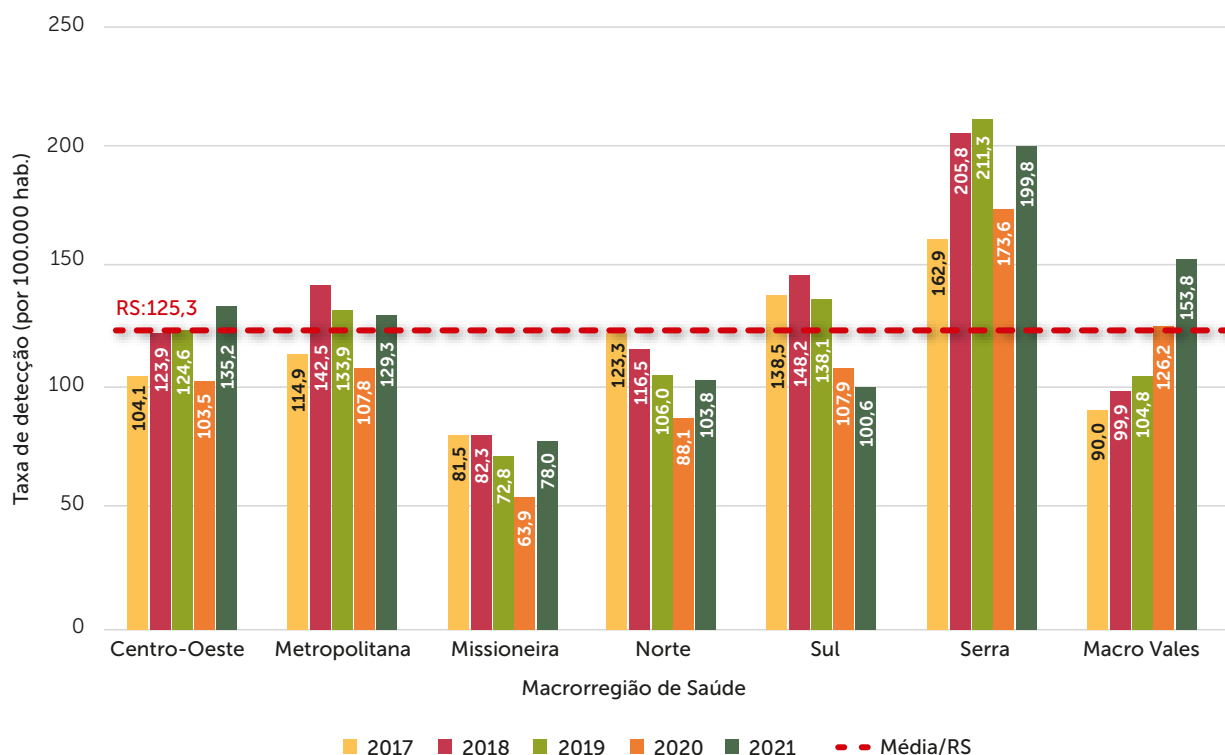


Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30/06/2022. (2) dados preliminares para os últimos cinco (5) anos.

Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS).

Dados parciais do SINAN, que incluem notificações até a metade do ano de 2022, indicavam 7.241 casos de sífilis adquirida no RS. Se mantido esse ritmo de novos casos, é esperado cerca de 14.482 notificações para o agravo no referido ano - número este que se apresentaria acima da média de casos da série histórica analisada. Destaca-se que a média da taxa de detecção de sífilis adquirida no estado dos últimos cinco anos é de 125,3/100.000 habitantes. Cinco Macrorregiões de Saúde são prioritárias em relação ao agravo, exceto a Missioneira e a Norte, pois estas apresentaram taxa inferior à média do estado para a série histórica analisada (**Figura 40**). A Macrorregião de Saúde Serra apresenta as maiores taxas de detecção da sífilis adquirida, inclusive superiores às taxas do estado.

Figura 40. Taxa de detecção de Sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), por Macrorregião de Saúde e ano diagnóstico, RS, 2017-2022 (1,2)

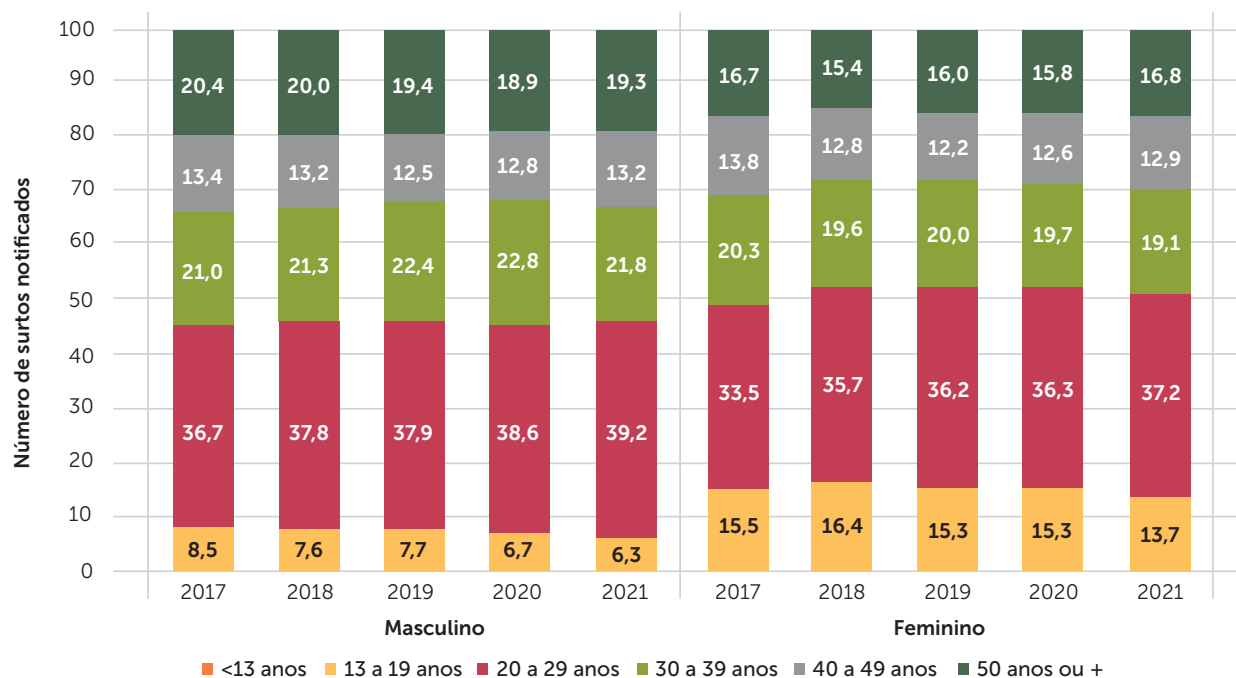


Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30/06/2022. (2) dados preliminares para os últimos cinco (5) anos.

Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATSI/SVSA/MS).

Ao verificar-se a taxa de detecção de sífilis adquirida por sexo, o sexo masculino se mantém com taxas superiores às taxas do sexo feminino em todos os anos do período analisado. Quanto às notificações por faixa etária, destaca-se o maior percentual em jovens adultos, de ambos os sexos, totalizando 37,0% na faixa de 20 a 29 anos e 20,8% entre 30 e 39 anos de idade. Há maior proporção de casos na faixa dos 50 anos ou mais entre os indivíduos do sexo masculino. Já entre o sexo feminino, a faixa etária dos 13 aos 19 também se apresenta com números relevantes dentro do grupo, apesar de se observar queda na proporção dessa faixa etária, em ambos os sexos, ao longo dos anos da série histórica analisada (**Figura 41**).

Figura 41. Distribuição dos casos de Sífilis adquirida (%), segundo sexo e faixa-etária por ano de diagnóstico, RS, 2017-2021 (1,2)

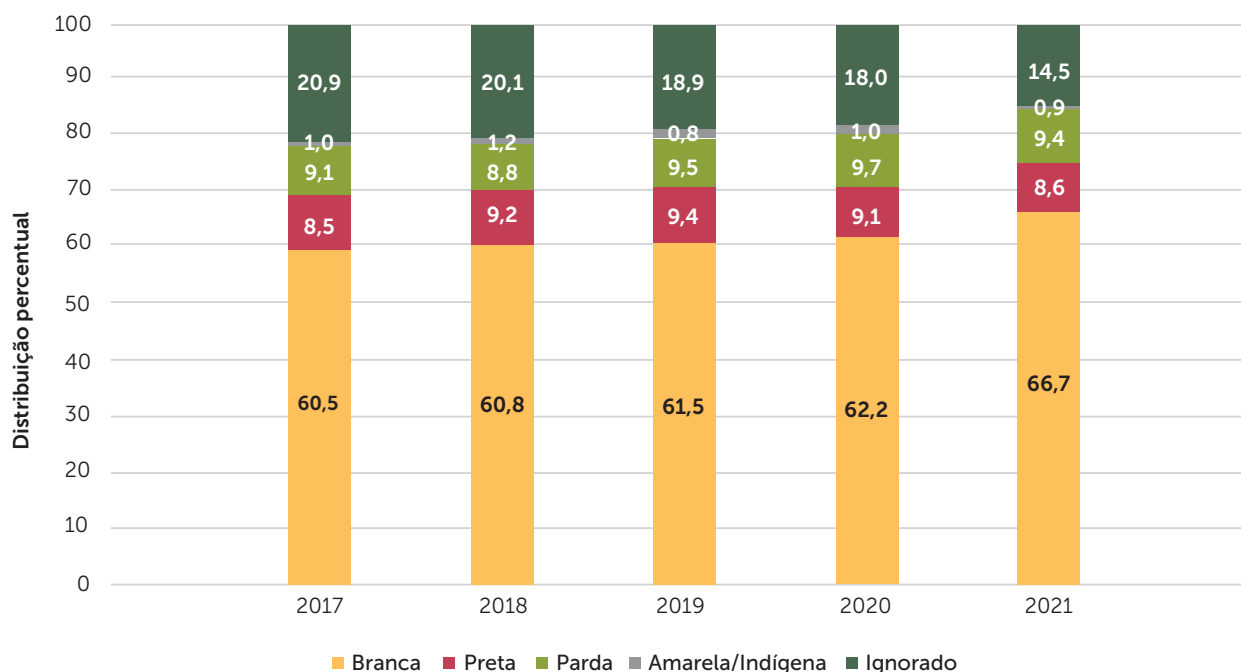


Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30/06/2022. (2) dados preliminares para os últimos cinco (5) anos.

Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS).

No que diz respeito à raça/cor, de 2017 a 2021, 62,4% dos casos foram de notificações com autodeclaração branca, 9,3% parda e 9,0% pretas, totalizando 18,3% referente à população negra. Deste modo, observa-se que a proporção entre essa última tem aumentado, passando de 17,6% em 2017 para 18% em 2021. Importante destacar que houve qualificação do preenchimento dessa informação na ficha de notificação ao longo dos anos, pois, em 2017, o percentual de "ignorado" era de 20,9%, passando para 14,5% em 2021 (**Figura 42**).

Figura 42. Distribuição percentual de casos de Sífilis adquirida, segundo raça/cor por ano de diagnóstico, RS, 2017-2021 (1,2)

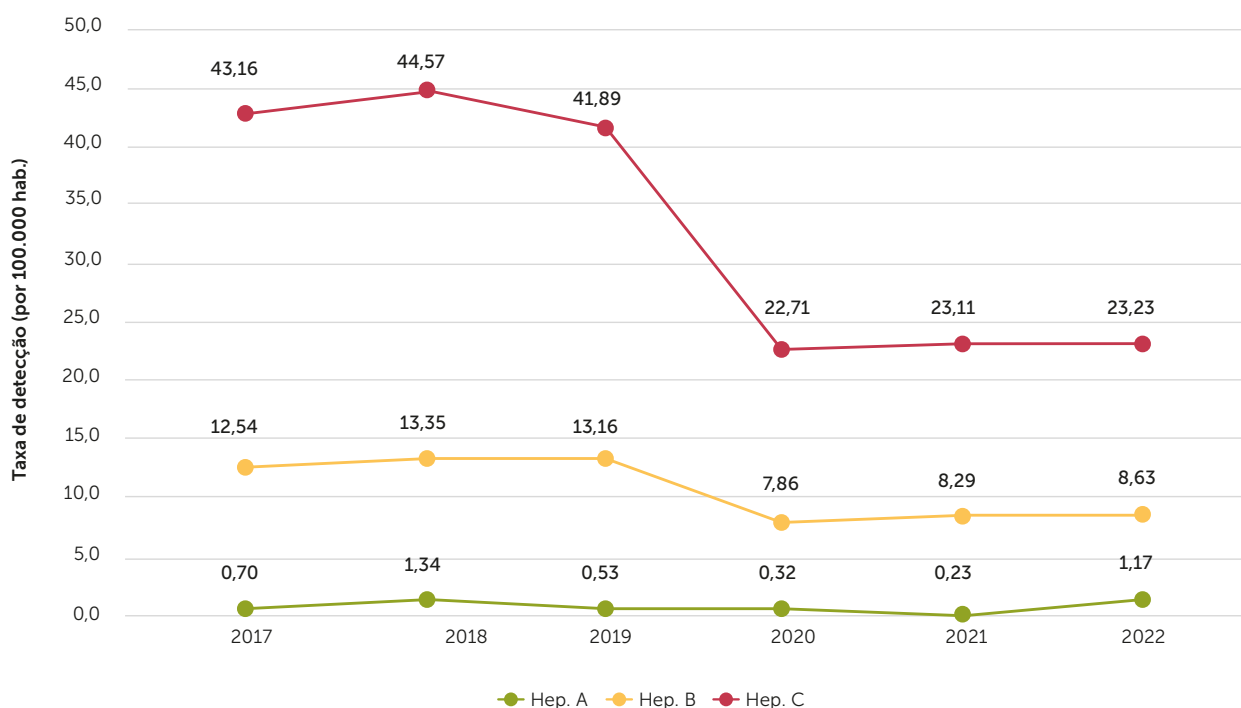


Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30/06/2022. (2) dados preliminares para os últimos cinco (5) anos.

Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS).

As Hepatites Virais têm extrema importância epidemiológica no RS por serem um dos agravos transmissíveis mais notificados, principalmente em relação às Hepatites B e C, cuja transmissão se dá pelas vias sexual e parenteral. Avaliando a série histórica de 2017 a 2022 no RS (**Figura 43**), é possível inferir que as taxas de incidência das Hepatites B e C vêm se mantendo relativamente estáveis nos anos de 2021 e 2022, após uma queda observada em 2020, com o advento da pandemia de covid-19. Destaca-se que, a incidência das hepatites virais ocorre de maneira distinta, com maiores taxas de detecção de hepatite B nas Macrorregiões de Saúde Norte e Serra e de hepatite C nas Macrorregiões de Saúde Sul e Metropolitana. No ano de 2022, foi observado um aumento de casos novos de hepatite A, principalmente nas Macrorregiões de Saúde Metropolitana, Centro-Oeste e Serra.

Figura 43. Taxa de detecção de Hepatites Virais A, B e C (por 100 mil habitantes e ano de diagnóstico), RS, 2017-2022*.



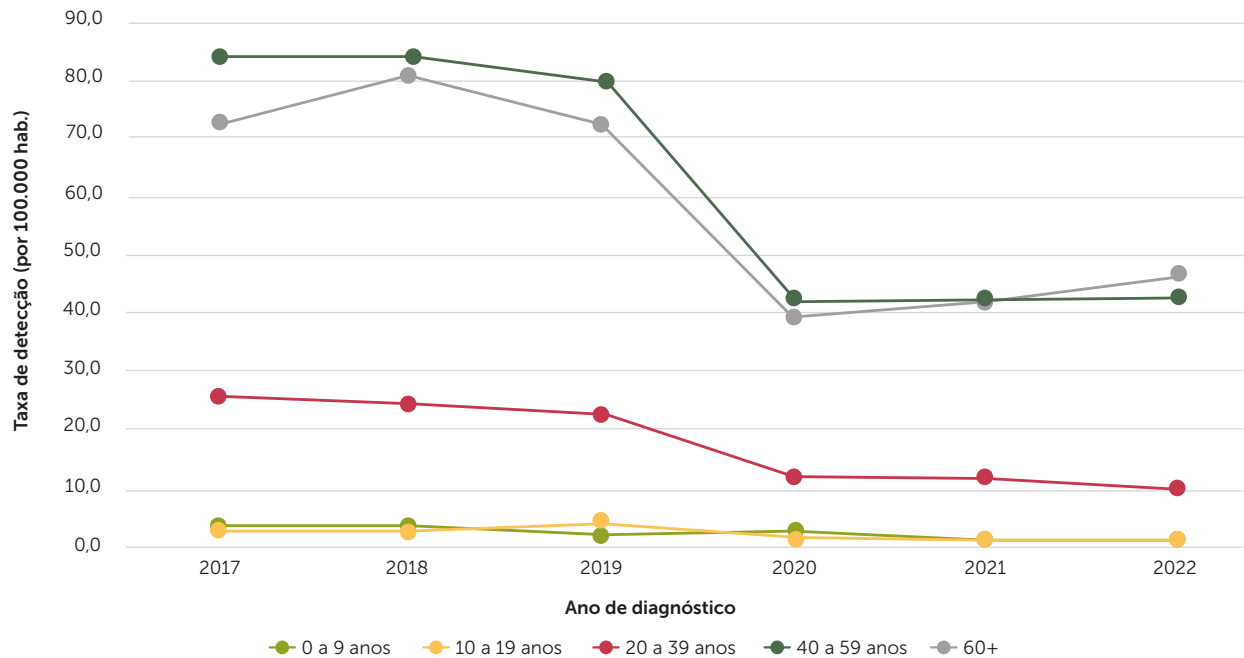
*Para o ano de 2022 os dados são parciais.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/RS. Acesso em: 06/03/2023.

No RS, em 2018, observou-se um aumento nos casos de Hepatite A entre homens na faixa etária de 20 a 39 anos. Ressalta-se que, no ano de 2022, com o arrefecimento da pandemia, foi possível observar um aumento expressivo na incidência de Hepatite A no estado, passando de 0,23 casos por 100 mil habitantes em 2021 para 1,17 casos em 2022.

A Hepatite C representa 70% dos casos de hepatites virais notificados no RS em 2022, e ao analisarmos os dados de hepatite C, estratificando-se por sexo, faixa etária e cor, observa-se que a maioria ocorreu em homens (55%), brancos (65%), na faixa etária de 40 e 69 anos (72%). Entretanto, ao se observar a série histórica por faixa etária, destaca-se que, embora a taxa de detecção tenha permanecido estável ou diminuído de um modo geral em 2022, naqueles acima de 60 anos observa-se um aumento de cerca de 10% em comparação ao ano de 2021 (**Figura 44**).

Figura 44. Taxa de detecção de Hepatite C (por faixa etária e ano de diagnóstico), RS, 2017-2022*.

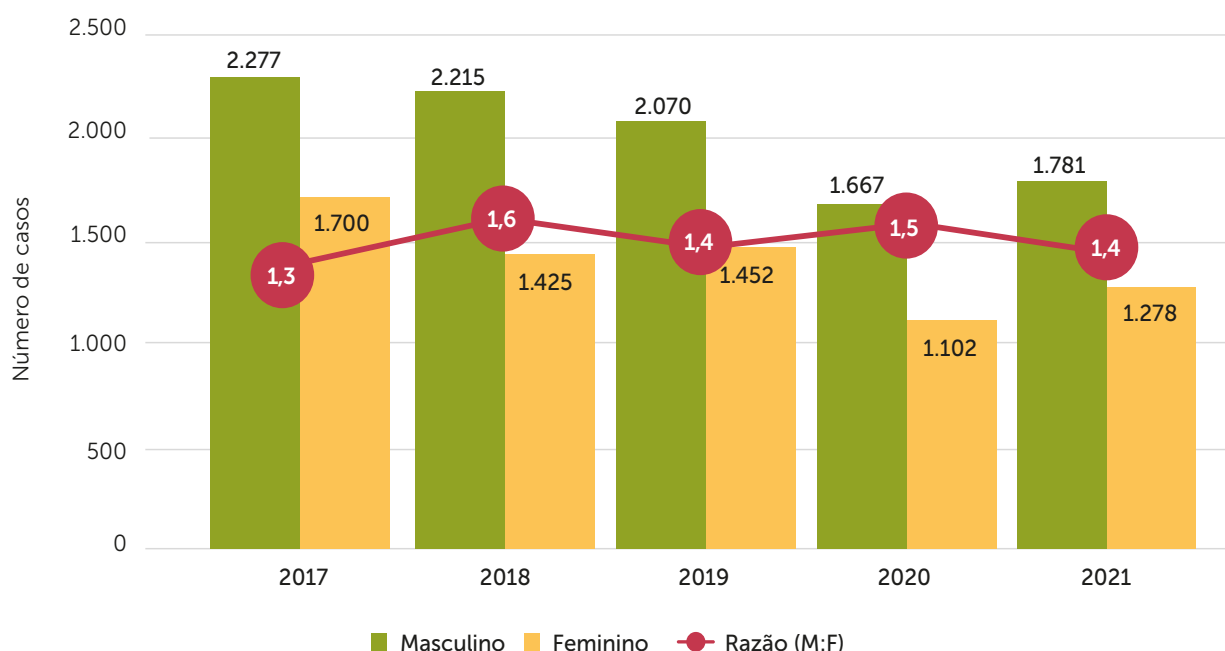


*2022: dados parciais.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/RS. Acesso em: 23/03/2023.

Em relação ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), entre os anos de 2017 e 2021 foram notificados 16.967 casos novos no estado, desse total, 59% são de indivíduos do sexo masculino. Verifica-se em toda a série histórica uma maior prevalência de casos no sexo masculino, passando a razão de sexos (M:F) de 1,3 em 2017 para 1,4 em 2021, denota-se o avanço da doença neste segmento da população (**Figura 45**).

Figura 45. Número de casos de HIV notificados no SINAN (por sexo, razão de sexo e ano de diagnóstico), RS, 2017-2021 (1,2)



Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30/06/2022. (2) dados preliminares para os últimos cinco (5) anos.

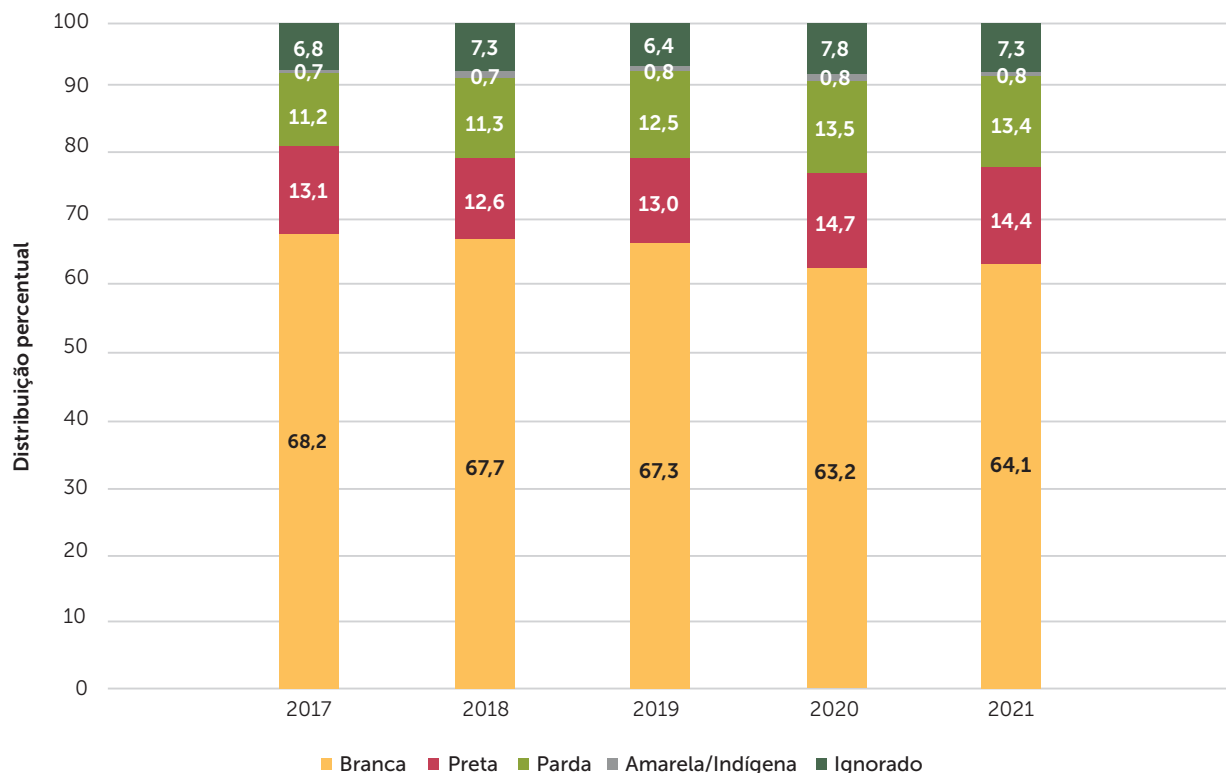
Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATSI/SVSA/MS).

A média anual de registros no SINAN dos últimos cinco anos é de 3.393 casos novos ao ano. A Macrorregião de Saúde Metropolitana teve, em média, 2.012 casos novos/ano, ficando com a maior concentração de novos casos de HIV, correspondendo a 59,3% do total, seguida pela Macrorregião de Saúde Sul, com 9,0% e Serra, com 8,3%.

Alguns segmentos populacionais apresentam maior risco para a infecção pelo HIV. Neste sentido, trabalha-se o conceito de populações-chave, aquelas que apresentam prevalências desproporcionalmente altas de infecção pelo HIV (e também pela sífilis) quando comparado à população geral e que também possuem relevância histórica na construção de respostas à epidemia de HIV/aids. São essas as travestis, as mulheres trans, os homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, as pessoas privadas de liberdade e os usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2023). A ausência do campo "identidade de gênero" nas notificações de HIV/aids no SINAN limita a possibilidade de análise do agravo em relação à população trans. O Ministério da Saúde ainda traz a definição de populações-prioritárias: grupos vulnerabilizados que têm apresentado taxas maiores para o agravo nos últimos anos. São estes: a população negra, os jovens dos 20 a 29 anos, as pessoas em situação de rua e os indígenas (BRASIL, 2023).

A proporção das notificações de casos de HIV entre a raça/cor branca tem diminuído ao longo da série histórica, passando de 68,2% em 2017 para 64,1% em 2021 (Figura 46). Em contraste, a proporção entre os que se autodeclaram pretos ou pardos vem aumentando, o que pode indicar aumento da vulnerabilidade da população negra em relação ao agravo nos últimos anos. O percentual de "ignorado" nessas notificações se mantém estável na série e fica em torno de 7% das notificações.

Figura 46. Número de casos de HIV notificados no SINAN (por raça/cor e ano de diagnóstico), RS, 2017-2021 (1,2)

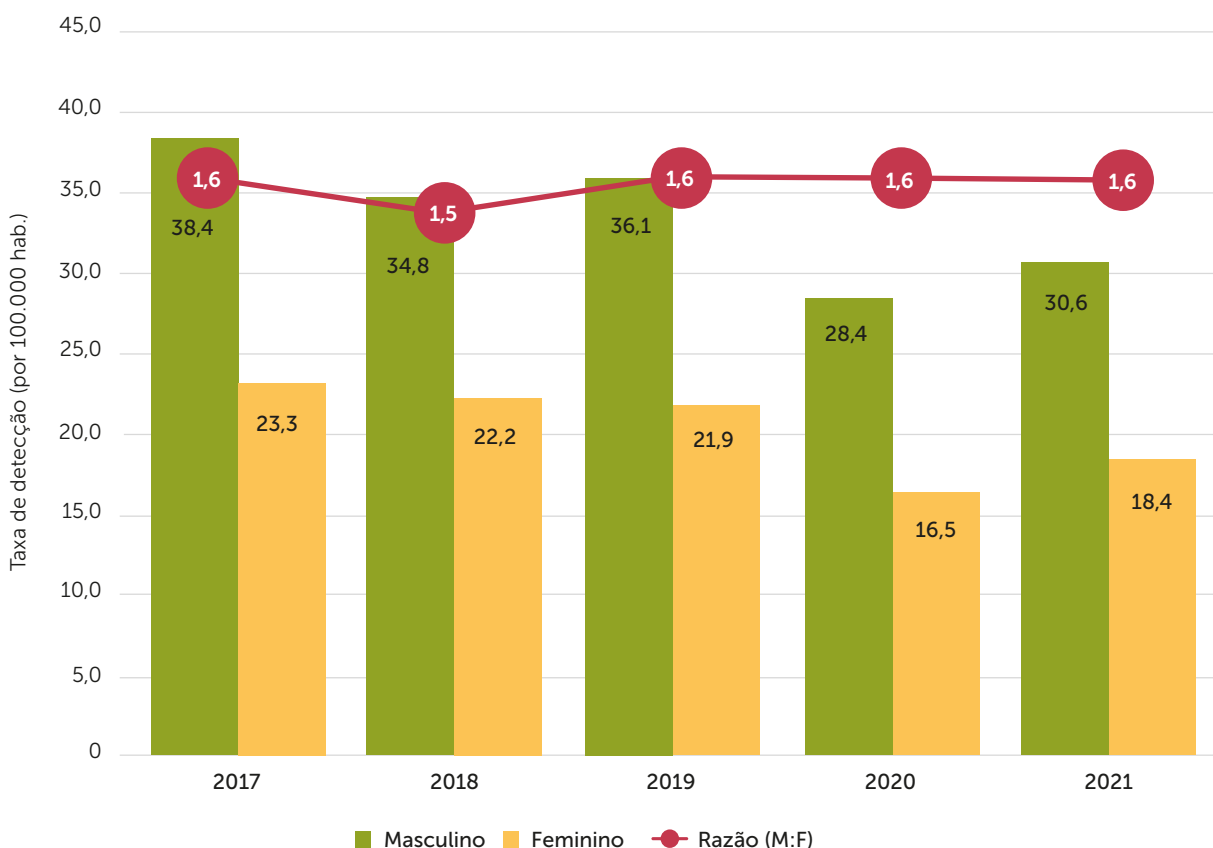


Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30/06/2022. (2) dados preliminares para os últimos cinco (5) anos.

Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) é o adoecimento causado pelo HIV, e se caracteriza pelo enfraquecimento do sistema imunológico e consequente aparecimento de infecções oportunistas (IO). Ao compararmos os números do HIV, nos últimos anos, com os de aids no estado, é possível constatar que estes são muito próximos. Isso provavelmente ocorre devido ao diagnóstico tardio do HIV, já em fase aids, um problema histórico. No RS, no período de 2017 a 2021, foram registrados 15.284 casos de aids, com média de 3.057 casos novos por ano. Desses, 61,0% foram de indivíduos do sexo masculino. A razão de casos novos de aids entre os sexos se mantém em 1,6 ao longo da série histórica, superior à razão observada nas notificações da infecção pelo HIV (que é 1,4). O que denota, além de um maior risco para a infecção, uma maior probabilidade de desenvolver aids entre o sexo masculino. A taxa de detecção no sexo masculino passou de 38,4 em 2017 para 30,6/100.000 habitantes em 2021, redução de 20,3%. No sexo feminino, a taxa em 2017 era de 23,3/100.000 habitantes, passando, em 2021, para 18,4/100.000 habitantes, com uma diminuição de 21,0% (**Figura 47**).

Figura 47. Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de casos de AIDS (por razão de sexo, segundo ano de diagnóstico), RS, 2017-2021 (1,2)

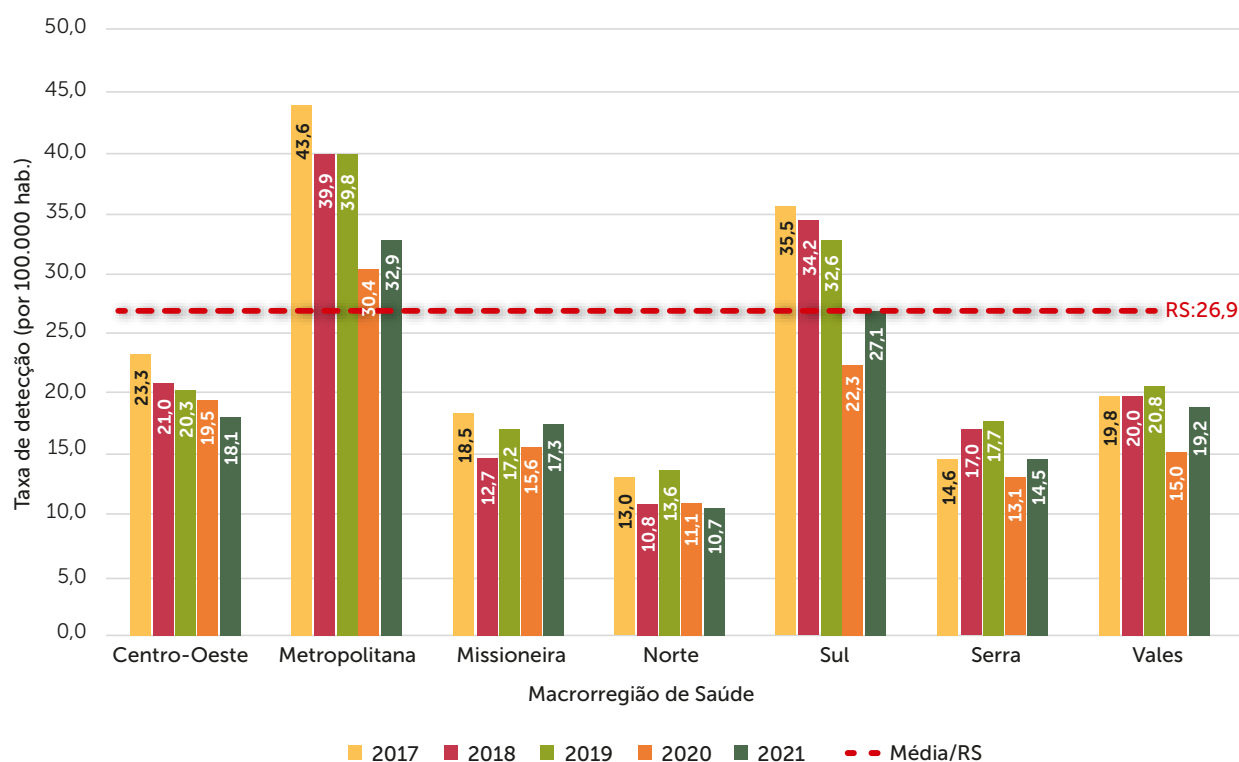


Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 1980 a 30/06/2022, no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL)/Sistema de Controle de Logístico de Medicamentos (SICLOM) de 2000 a 30/06/2022 e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de 2000 a 2021. (2) dados preliminares para os últimos cinco anos.

Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS).

A média da taxa de detecção de aids do RS, dos últimos cinco anos, é de 26,9/100.000 habitantes. As Macrorregiões de Saúde Metropolitana e Sul são as que possuem as taxas mais elevadas conforme a série histórica apresentada, superando a taxa estadual (**Figura 48**).

Figura 48. Taxa de detecção de AIDS (por 100.000 habitantes), por Macrorregião de Saúde e ano de diagnóstico, RS, 2017-2021 (1,2)

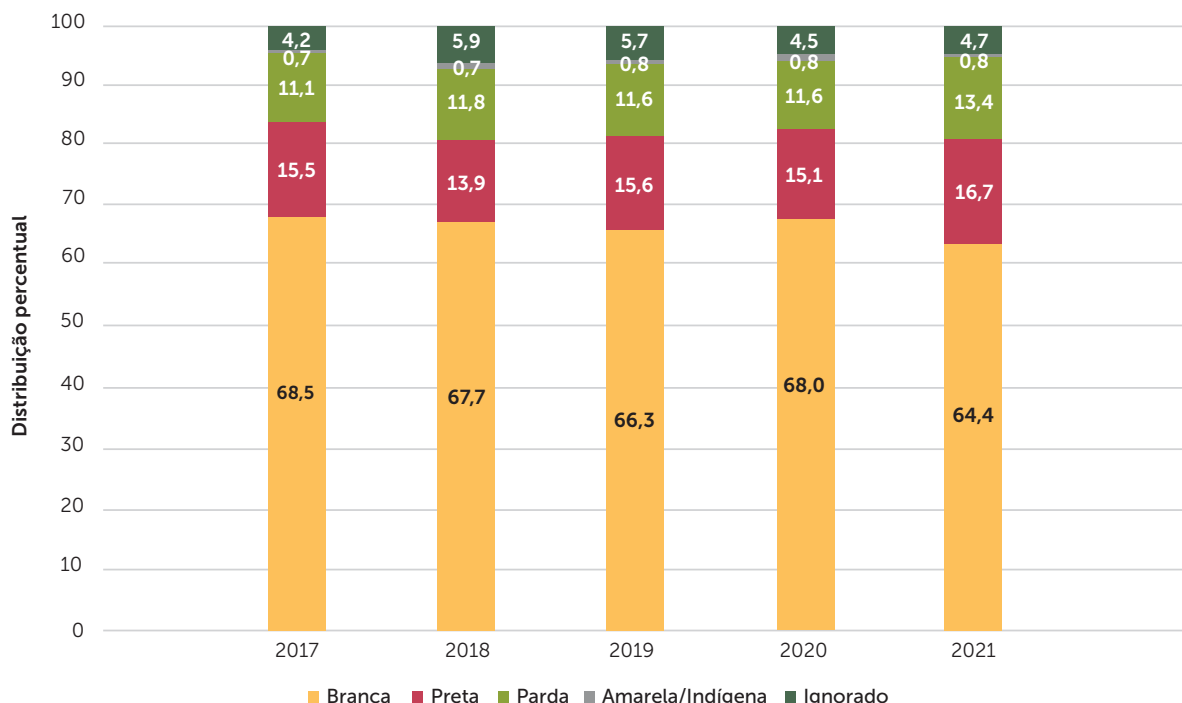


Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 1980 a 30/06/2022, no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL)/Sistema de Controle de Logístico de Medicamentos (SICLOM) de 2000 a 30/06/2022 e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de 2000 a 2021. (2) dados preliminares para os últimos cinco anos.

Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS).

Em 2021, houve incremento na proporção de notificações de autodeclarados pretos e pardos, o que sugere avanço do agravo sobre a população negra. Considerando os dados de raça/cor disponibilizados no Censo e estimativas populacionais, é possível inferir que a população negra é desproporcionalmente atingida pela aids no estado. Esse segmento representava 16,14% da população total no último Censo de 2010, enquanto nas notificações analisadas na (Figura 49) essa proporção está acima de 25% em todos os anos da série - considerando as categorias preta e parda.

Figura 49. Taxa distribuição percentual de casos de AIDS notificados no SINAN (segundo raça/cor e ano de diagnóstico), RS, 2017-2021 (1,2)



Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30/06/2022. (2) dados preliminares para os últimos cinco anos.

Fonte: Departamento de HIV/ aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS).

Em 2021, a maior taxa encontrada entre o sexo masculino é no grupo com idade entre 35 e 39 anos (64,6 casos/100.000 habitantes). Já no sexo feminino, a maior taxa é no grupo com 40 a 44 anos (40,9 casos/100.000 habitantes). Neste grupo, verifica-se aumento na taxa de detecção em todas as faixas etárias, exceto nas faixas de menores de 5 anos, 10 a 14, 30 a 34 e 50 a 54 anos.

A principal categoria de exposição entre indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais é a sexual, contribuindo com mais de 70% das novas infecções ao longo da série histórica (**Tabela 17**). Importante ressaltar que 25% das notificações tem esse campo ignorado. A notificação também traz o campo que se refere a com quem os indivíduos têm relações sexuais, o que possibilita inferir sobre a orientação sexual, apesar de não haver este campo em específico na ficha. Em média 47,9% tem relações heterossexuais e 24,2% incluem relações homossexuais e bissexuais (usualmente denominado como HSH: homens que fazem sexo com homens).

Tabela 17. Casos de AIDS em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais (segundo categoria de exposição hierarquizada), RS, 2017-2021.

Categoria de exposição		2017		2018		2019		2020		2021	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexual	Hetero	687	47,7	590	46,4	640	49,9	447	48,0	424	47,6
	Bissexual	66	4,6	74	5,8	68	5,3	45	4,8	41	4,6
	Homo	273	18,9	263	20,7	231	18,0	183	19,7	163	18,3

Categoria de exposição		2017		2018		2019		2020		2021	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sanguínea	UDI*	44	3,1	30	2,4	45	3,5	29	3,1	16	1,8
	Hemofílico	0	0	0	0,0	0	0	2	0,2	0	0
	Transfusão	1	0,1	1	0,1	0	0	0	0	1	0,1
Acidente de trabalho		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Transmissão vertical		5	0,3	3	0,2	1	0,1	4	0,4	7	0,8
Subtotal		1.076	74,7	961	75,6	985	76,8	710	76,3	652	73,2
Ignorado		365	25,3	311	24,4	298	23,2	221	23,7	239	26,8
Total		1.441		1.272		1.283		931		891	

*Usuários de drogas injetáveis.

Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS). Notas: (1) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) até 30/06/2022. (2) dados preliminares para os últimos cinco anos.

Fica evidente que, nos últimos anos, a participação do SINAN nas notificações vem caindo de forma significativa (**Tabela 18**). Neste sentido, é importante sensibilizar os profissionais de saúde para que façam a notificação deste agravo para que se possa caracterizar melhor a população atingida pelo HIV/aids no estado.

Tabela 18. Distribuição percentual dos casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM (segundo origem dos dados e ano de diagnóstico), RS, 2016-2021.

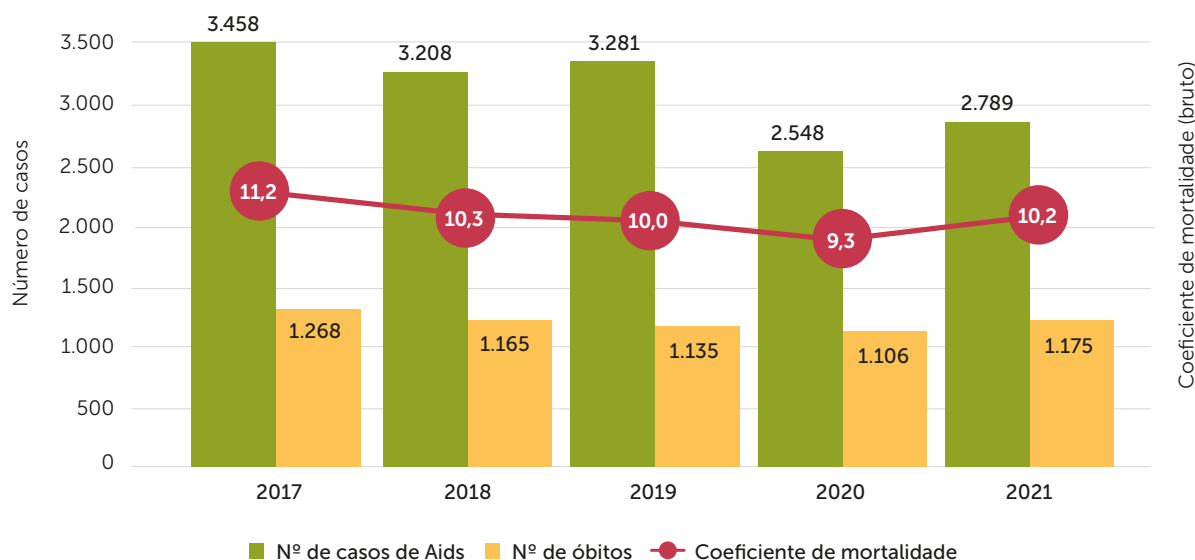
Total de casos	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Notificados no SINAN	69,3	67,1	65,0	60,4	53,0	43,9
Notificados em outros sistemas	30,7	32,9	35,0	39,6	47,0	56,1

Notas: (1) Sistema de Controle de Logístico de Medicamentos (SICLOM) utilizado para validação dos dados do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL). (2) Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 1980 até junho/2022, SISCEL de 2000 a junho/2022 e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de 2000 a 2021; (3) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Fonte: Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (DATHI/SVSA/MS).

Em relação à mortalidade por aids, no período de 2017 a 2021, foi registrado, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), um total de 5.849 óbitos por causa básica aids. No ano de 2021, o RS apresentou coeficiente bruto de mortalidade por aids de 10,2 óbitos por 100.000 habitantes, sendo quase o dobro do coeficiente do Brasil (5,3/100.000 habitantes). Conforme **Figura 50**, a média dos últimos cinco anos é de 1.170 óbitos, enquanto a média do coeficiente é de 10,3/100.000 óbitos. Isso corresponde a 38,3% dos casos de aids, o que indica um grave problema de diagnóstico tardio e abandono de tratamento da infecção pelo HIV no estado, já que as terapias medicamentosas atualmente distribuídas pelo SUS são de alta eficácia e inibem a replicação do vírus de modo que este se torna indetectável e intransmissível na Pessoa Vivendo com HIV/aids (PVHA) que segue corretamente o tratamento.

Figura 50. Casos de AIDS e óbitos por causa básica AIDS (número e coeficiente bruto por 100.000 habitantes), segundo local de residência e ano do óbito, RS, 2017-2021 (1,2)

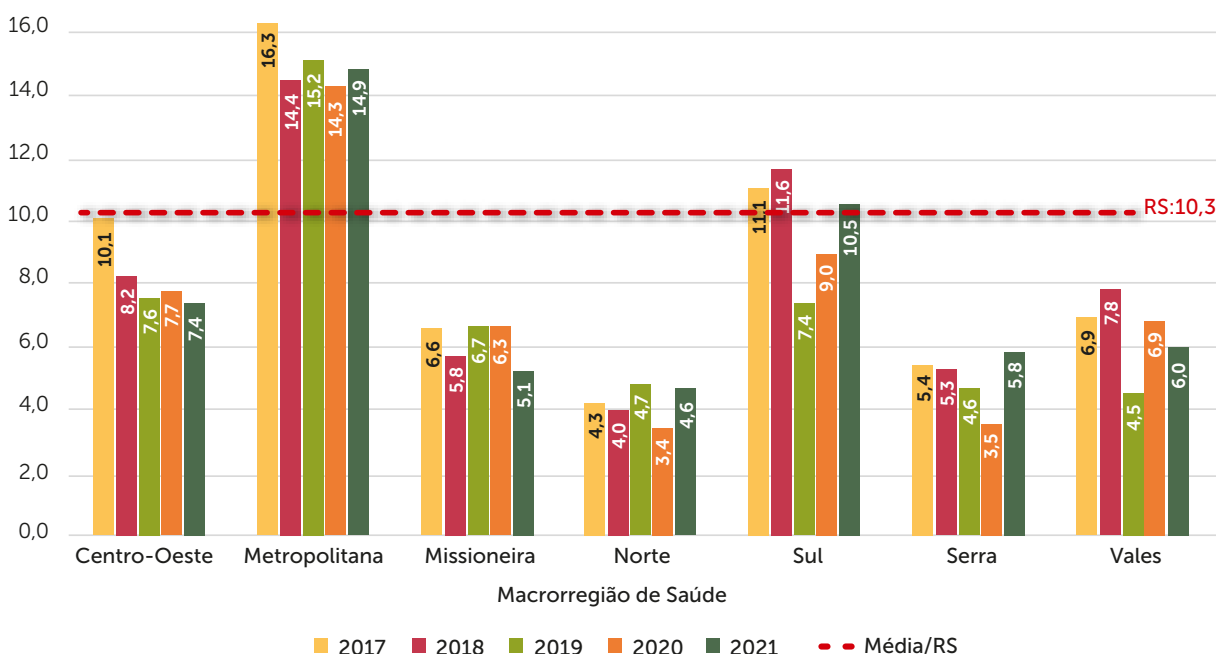


Notas: (1) óbitos registrados no SIM até 31/12/2021. (2) dados preliminares para os últimos dois anos.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (SIM/DAENT/SVSA/MS).

Em 2022, o RS apresentou, em números preliminares, taxa bruta de 9,75 óbitos por aids/100.000 habitantes, o que indica um recuo em relação ao ano anterior. A Macrorregião de Saúde Metropolitana apresentou coeficientes acima da média estadual em todos os anos, enquanto a Sul apresentou taxa superior em alguns anos do período analisado, conforme indica a **Figura 51**.

Figura 51. Coeficiente de mortalidade bruto por AIDS (por 100.000 habitantes), segundo Macrorregião de Saúde e ano do óbito, RS, 2017-2021 (1,2)



Notas: (1) óbitos registrados no SIM até 31/12/2021. (2) dados preliminares para os últimos dois anos.

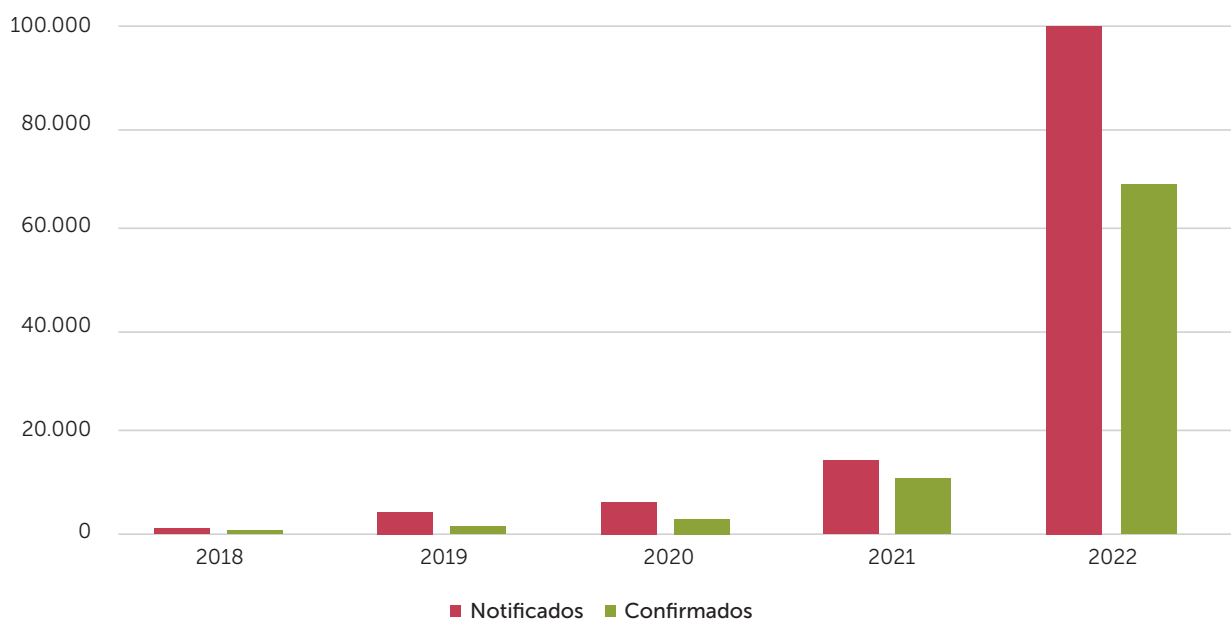
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde (SIM/DAENT/SVSA/MS).

As regiões prioritárias para o enfrentamento da mortalidade por aids são elencadas anualmente a partir de critérios epidemiológicos. Em 2022, as Regiões de Saúde elencadas foram a R5, R7, R8, R10, todas da Macrorregião de Saúde Metropolitana, e a R21 da Macrorregião de Saúde Sul.

O enfrentamento à mortalidade por aids passa pelo diagnóstico em tempo oportuno, desse modo, é recomendado que se façam testes diagnósticos regularmente. Além disso, quando um diagnóstico ocorre já em fase aids, o tempo para o início do tratamento e a avaliação das infecções oportunistas presentes é primordial para manter a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) e evitar óbitos. Neste sentido, a disponibilização de testes rápidos para avaliação de linfócitos T CD4 e de infecções por tuberculose, criptococose e histoplasmose indicados pela implementação do Circuito Rápido da Aids Avançada (BRASIL, 2022) tem potencial de diminuir a morbimortalidade pela aids no país. Neste sentido, conforme o Ministério da Saúde, o RS é o estado prioritário para a estratégia na Região Sul do país.

As arboviroses transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* são um dos principais problemas de saúde pública no mundo. No RS, há um aumento crescente no número de casos de dengue nos últimos anos, com destaque para o ano de 2022 (**Figura 52**), no qual foram notificados 98.798 casos suspeitos de dengue, desses, 67,70% confirmados, número que ultrapassa a soma de todos os casos dos anos anteriores da série. Ainda, dos casos confirmados, 86,64% eram autóctones.

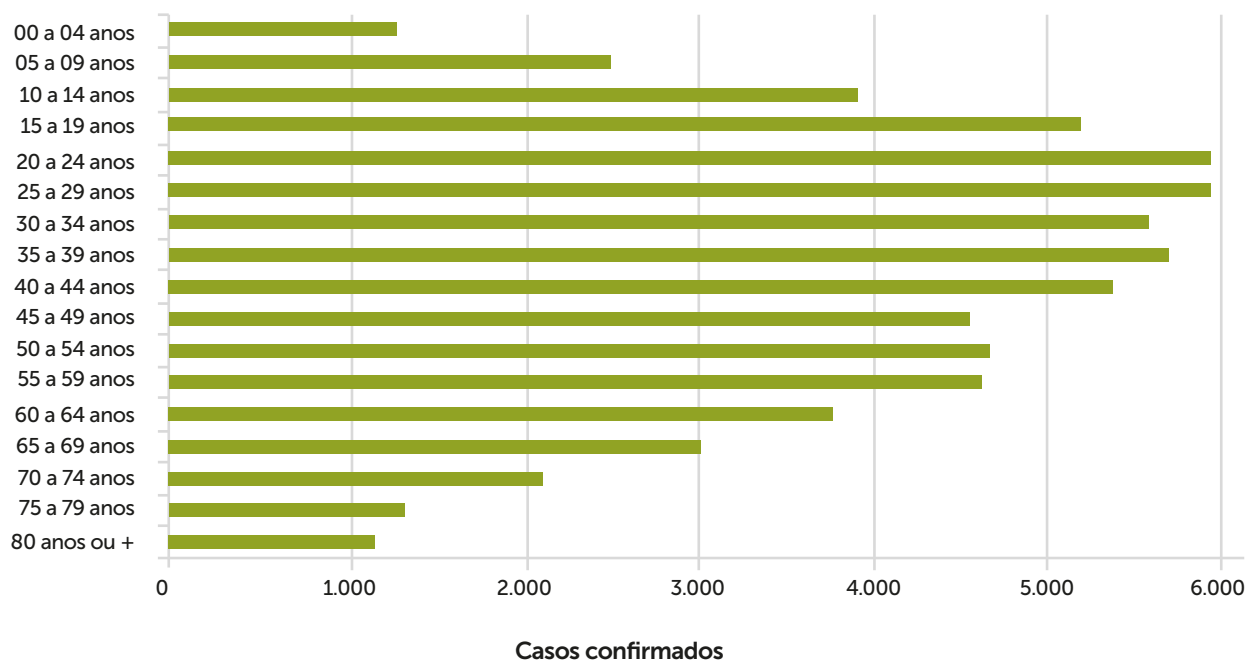
Figura 52. Distribuição dos casos de Dengue, notificados e confirmados, por ano de início de sintomas, RS, 2018-2022.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Acesso em: 22/03/2023.

Percebe-se um aumento no número de óbitos por esse agravo, sendo que, nos anos de 2020 e 2021, foram registrados 6 e 11 óbitos, respectivamente. Com relação à faixa etária, no ano de 2022, houve maior número de casos entre 20 a 45 anos de idade, conforme **Figura 53**. Essa distribuição se repete nos anos anteriores.

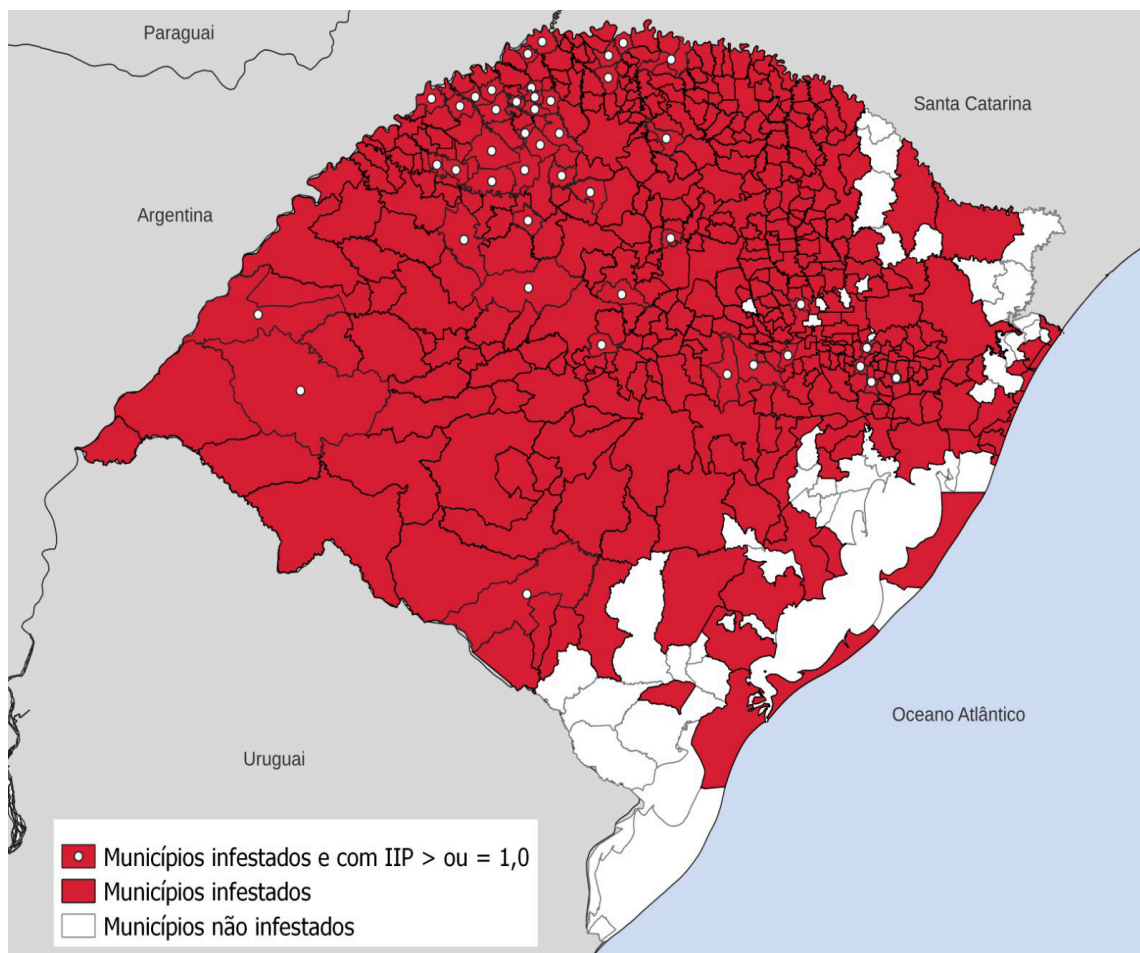
Figura 53. Casos confirmados de Dengue (por faixa etária), RS, 2022.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Acesso em: 22/03/2023.

Com relação ao sexo, nota-se que a maioria dos casos confirmados são mulheres (54%), enquanto 46% são homens. Quanto à raça/cor, mais da metade dos casos confirmados em 2022 (65,3%) são brancos, seguidos de pardos (3,2%) e pretos (2,3%). Em 2022, o RS registrou um aumento significativo no número de municípios infestados pelo mosquito *Aedes aegypti* (454 dos 497 municípios) (**Figura 54**). Mais da metade dos casos confirmados (56%) foram na Macrorregião de Saúde Metropolitana.

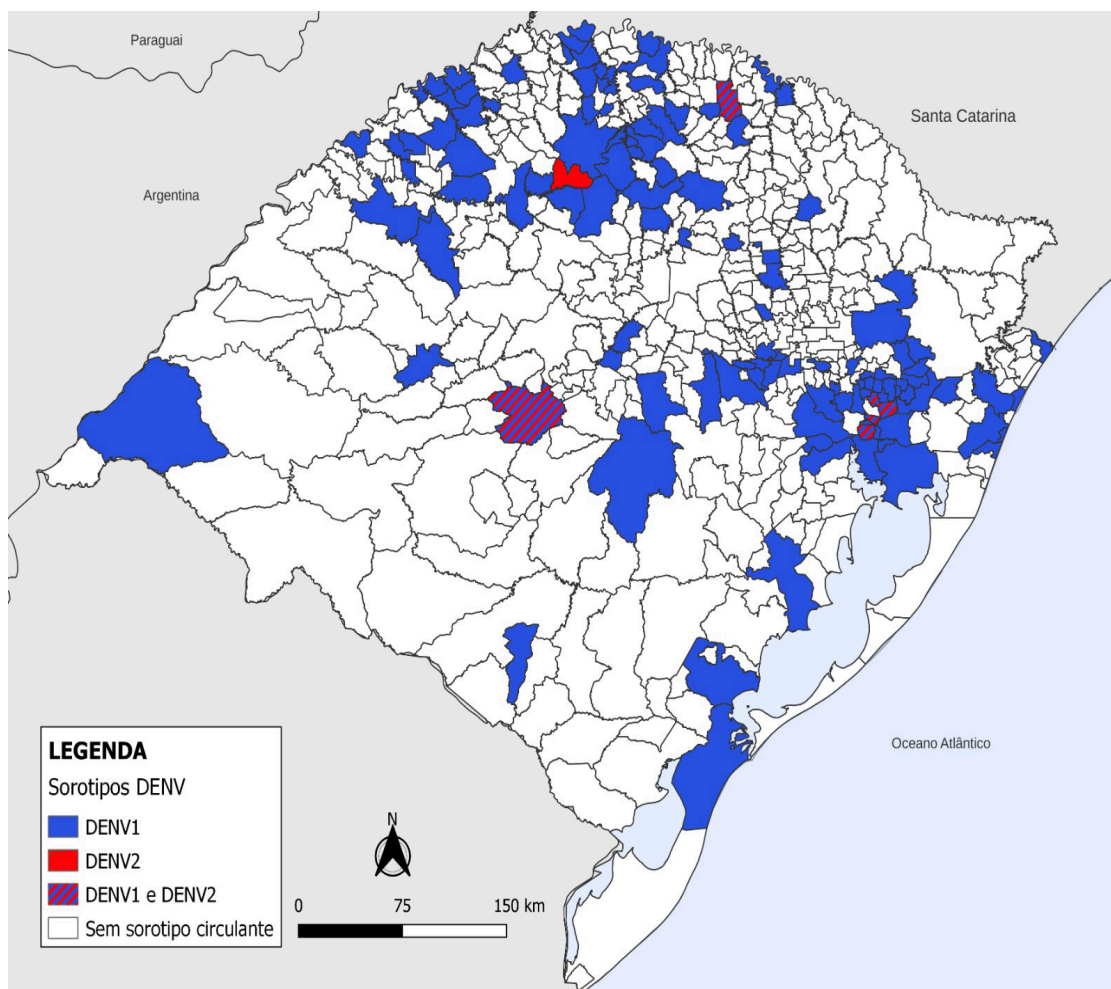
Figura 54. Mapeamento de municípios com índices de infestação predial (IPP) maior que 1 (um) distribuídos nos municípios infestados por *Aedes aegypti*, RS, 2022.



Fonte: Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes (PEVCA)/CEVS/SES/RS. Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes (PEVCA)/CEVS/SES/RS.

Levando em conta o cenário da Dengue no RS em 2022, é importante considerar os sorotipos circulantes no estado, uma vez que a imunidade cruzada é parcialmente protetora, desaparecendo rapidamente. Assim, uma reinfecção por dengue pode levar à maior gravidade da doença, pois existe sensibilização do sistema imunológico que pode gerar uma resposta mais exacerbada. Em 2022, a maioria dos municípios teve circulação de DENV1 e a circulação de DENV2 foi encontrada em seis municípios gaúchos (**Figura 55**). Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde e a atenção especializada devem estar atentas para casos de circulação de outros sorotipos nesses municípios, a fim de detectar precocemente os casos com possibilidade de agravamento.

Figura 55. Mapeamento da circulação dos subtipos de Dengue, RS, 2022.



Fonte: Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/SES/RS), 2022.

No ano de 2022, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu alerta sobre o aumento de casos confirmados da Mpox (Varíola dos Macacos) em países não endêmicos. Diante da mudança do cenário epidemiológico global, com a disseminação da doença para 72 países, em 23 de julho de 2022, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), elevando o nível de atenção sobre a doença e recomendando a necessidade de ampliação das capacidades de vigilância e de medidas de saúde pública para contenção da sua transmissão nos países. Até fevereiro de 2023, foram registradas 2.688 notificações no RS. Destas, 329 (12,2%) casos foram confirmados e 27 (1,0%) foram classificados como prováveis.

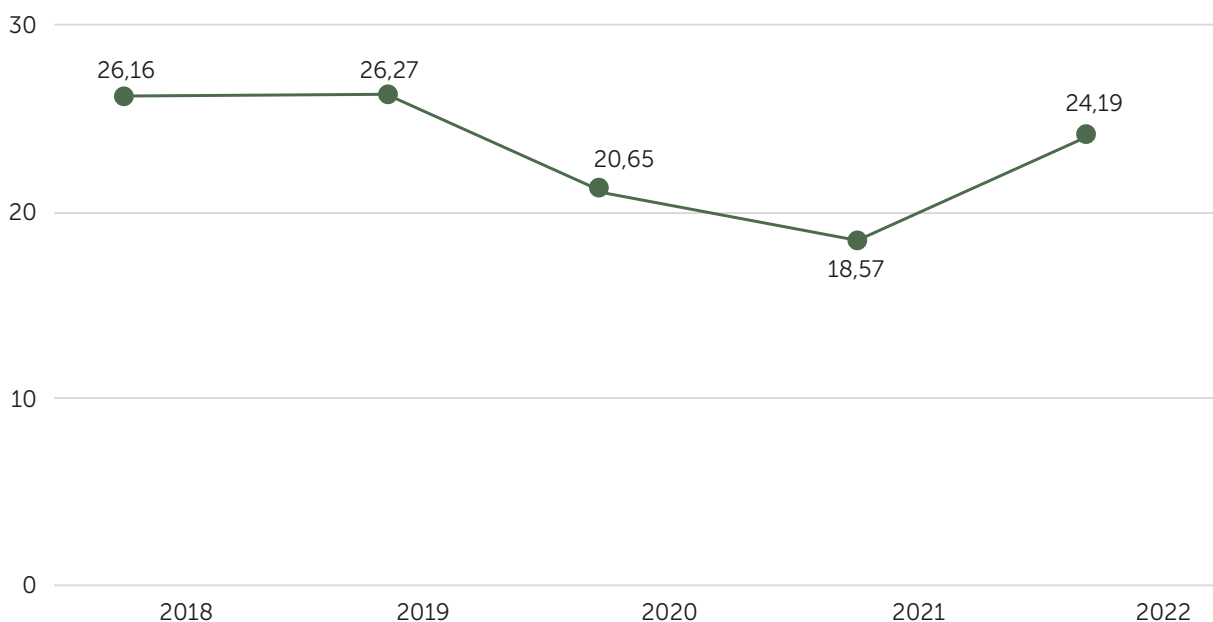
A mediana de idade (anos) dos casos confirmados ou prováveis foi de 34 anos. Quando analisada a distribuição dos casos segundo faixa etária e sexo de nascimento, observa-se que a maior frequência de casos entre o sexo masculino concentra-se na faixa etária entre 30 a 34 anos (n = 69; 19,5%). Os casos no sexo feminino concentraram-se em indivíduos entre 25 e 29 anos (n = 8; 2,3%). Em relação à variável raça/cor, observa-se a maior frequência de casos confirmados e prováveis entre brancos (n=244; 68,5%), seguido da raça/cor preta (n=34; 9,6%) e parda (n=30; 8,4%). Em 48 do total dos casos (13,5%) tal informação não foi preenchida. Entre os casos confirmados e prováveis, 73 (20,5%) relataram ter imunossupressão e 112 (31,5%)

declararam viver com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Somado a este, 35 (9,8%) pessoas apresentavam ao menos uma IST ativa.

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Os últimos cinco anos do percentual de internações por condições sensíveis à APS no RS (ICSAPS), observa-se que, nos anos de 2020 e 2021, período crítico da pandemia de covid-19, ocorreu uma queda (**Figura 56**). Entende-se que a redução se deve às medidas de distanciamento social, com diminuição da busca pelos serviços para outras necessidades de saúde excluindo-se o covid-19, pela reserva de leitos hospitalares para covid-19 e pela grande demanda de internação pela causa Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que não são registradas como ICSAPS. No ano de 2022 se observa um crescimento das internações por condições sensíveis, a partir da retomada das ações em saúde com maior intensidade. A APS pode colaborar com os níveis de saúde da população e reduzir as iniquidades em saúde, influenciando diretamente na redução das ICSAPS.

Figura 56. Série histórica do percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), RS, 2018-2022.



Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS)/ BI/SES/RS. Acesso em: 15/03/2023.

Analisando as causas de internações sensíveis à APS mais frequentes no RS, observa-se, na série histórica (**Quadro 9**), que a Insuficiência Cardíaca é causa predominante em todo período analisado. Verifica-se que mesmo com uma redução no percentual de ICSAP entre 2020 e 2021, devido à pandemia de covid-19, não houve variação expressiva nas causas de internações por condições sensíveis à APS.

Quadro 9. Série histórica das principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), RS, 2018-2022.

	1º	2º	3º	4º	5º
2022	Insuficiência cardíaca (17,71%)	Pneumonias bacterianas (12,15%)	Bronquites (11,50%)	Infecção no rim e trato urinário (11,27%)	Asma (8,57%)
2021	Insuficiência cardíaca (21,23%)	Infecção no rim e trato urinário (11,94%)	Pneumonias bacterianas (8,96%)	Bronquites (8,66%)	Diabetes mellitus (8,65%)
2020	Insuficiência cardíaca (23,01%)	Infecção no rim e trato urinário 12,44%	Diabetes mellitus (9,50%)	Pneumonias bacterianas (9,36%)	Gastroenterites infecciosas e complicações (8,03%)
2019	Insuficiência cardíaca (17,68%)	Pneumonias bacterianas (12,55%)	Infecção no rim e trato urinário (10,44%)	Bronquites (10,03%)	Gastroenterites infecciosas e complicações (9,08%)
2018	Insuficiência cardíaca (17,99%)	Pneumonias bacterianas (12,58%)	Infecção no rim e trato urinário (9,74%)	Gastroenterites infecciosas e complicações (9,38%)	Bronquites (9,31%)

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS)/BI/SES/RS. Acesso em 15/03/2023.

PRINCIPAIS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das principais causas de mortalidade prematura no mundo. No RS, a prevalência de HAS estimada pela PNS de 2019 foi de 26,6%, sendo superior à prevalência estimada para o Brasil (23,9%) (BRASIL, 2021). Quanto ao sexo, a prevalência estimada para o estado foi superior entre pessoas do sexo feminino (30,3%) em comparação ao sexo masculino (22,5%). Quanto ao quesito raça/cor, a prevalência foi maior entre pessoas negras (31,8%) em comparação aos brancos (26,6%) e aos pardos (24%). Quanto ao Diabetes Mellitus (DM), conforme dados da PNS, o RS está entre os estados que apresentam prevalência superior à do Brasil. Em 2019, a prevalência estimada para o estado pela PNS foi de 8,8%. Ainda, conforme dados da mesma pesquisa, a prevalência de DM entre pessoas do sexo feminino foi de 9,4% e de 8% entre pessoas do sexo masculino. Quanto à raça/cor, a prevalência estimada foi de 10,8% entre pessoas pretas, 8,7% entre brancas e 8,3% entre pardas

(BRASIL, 2021). Entre as principais complicações da DM, estão as amputações, decorrentes do agravamento de lesões de pele, e perda de função renal. No RS, entre 2018 e 2022, foram realizadas 8.005 amputações de membros inferiores, o que representa um crescimento de 2,6% no número total de amputações deste tipo. Ainda, o estado também registrou aumento no número de curativos de grau II com e sem desbridamento, no ano de 2022, foram realizados 552.170 procedimentos dessa natureza.

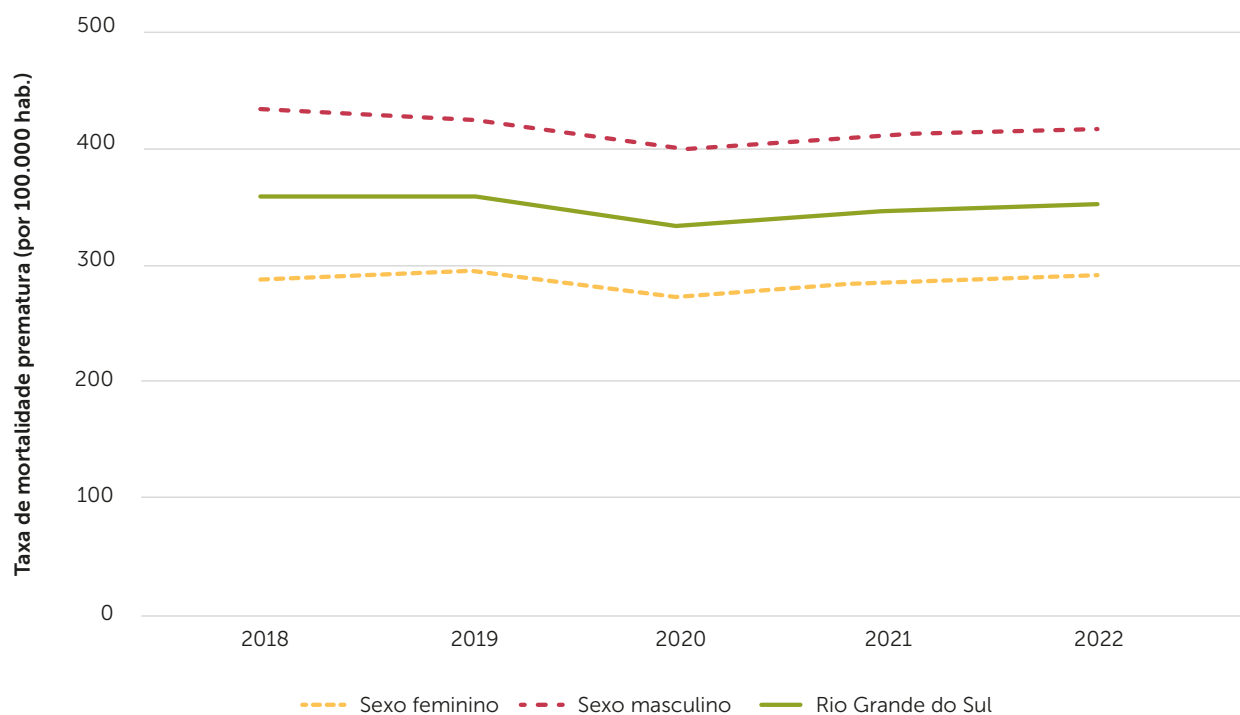
O Câncer é uma das principais causas de mortalidade no mundo. Conforme o INCA, no Brasil, são esperados 704 mil novos casos de câncer, por ano, durante o triênio de 2023-2025. Destes, 70% dos casos estão previstos para as regiões Sul e Sudeste. No RS, para o ano de 2023, são esperados 52.620 novos casos de câncer (455,72 novos casos a cada 100.000 habitantes) (INCA, 2022).

2.5 MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) PELAS QUATRO PRINCIPAIS DCNT (DIABETES MELLITUS, CARDIOVASCULARES, RESPIRATÓRIAS E NEOPLASIAS MALIGNAS)

No RS, conforme a **Figura 57**, a taxa de mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se manteve mais alta em comparação a do Brasil em 2019 (275,5 óbitos prematuros a cada 100 mil habitantes) (BRASIL, 2021). Além disso, a mortalidade prematura por DCNT no estado se manteve elevada entre o período analisado, uma vez que a pequena redução da taxa observada entre os anos de 2020 e 2022 pode ser atribuída a pandemia de covid-19 e aos dados parciais de mortalidade do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Quanto à análise por sexo (**Figura 57**) os dados demonstram que a mortalidade prematura entre o sexo masculino é superior quando comparada a do sexo feminino e a do estado. Ainda, devido aos dados parciais para os anos de 2021 e 2022, é possível que a taxa de mortalidade para esses anos seja igual ou superior à maior taxa registrada no período da série, no ano de 2018, quando foram registrados 436,4 óbitos prematuros para cada 100.000 mil pessoas do sexo masculino. Quanto à análise pelo quesito raça/cor, **Figura 58**, as pessoas pretas são as únicas que apresentaram uma taxa de mortalidade acima da taxa do estado em todos os anos analisados. Mesmo no ano de 2020, primeiro ano da pandemia de covid-19, a mortalidade entre esse grupo seguiu crescendo, atingindo a maior taxa no ano de 2021 (500,5 óbitos prematuros para cada 100.000 pessoas pretas).

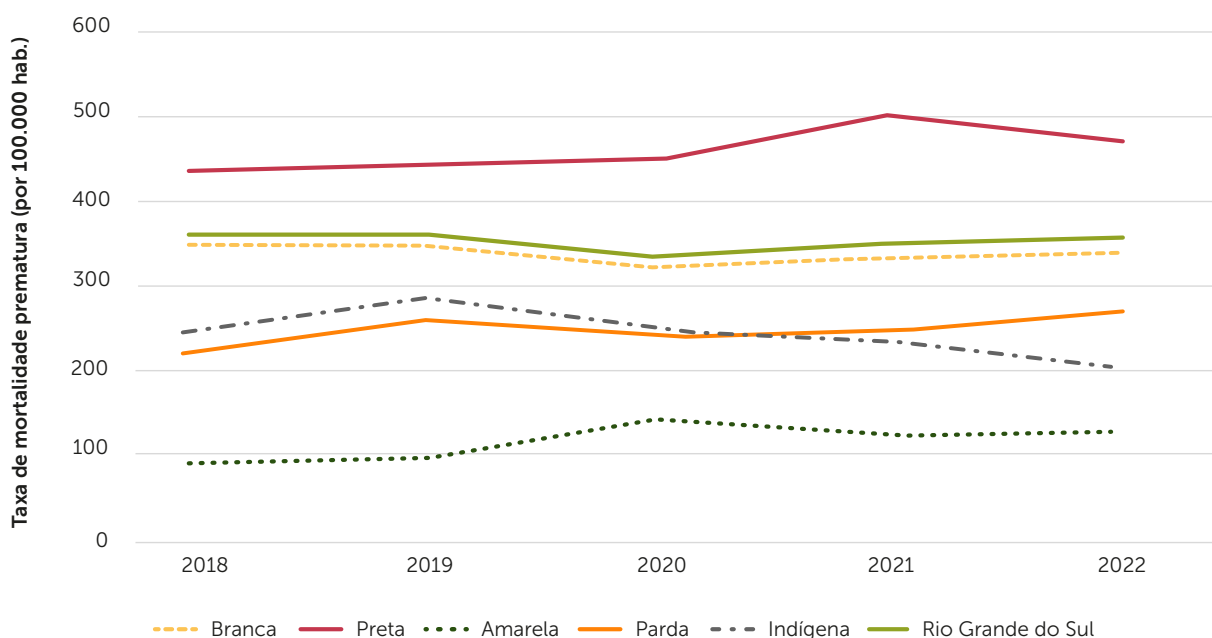
Figura 57. Taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (Diabetes Mellitus, doenças do Aparelho Circulatório, doenças respiratórias crônicas e Neoplasias malignas) (por 100.000 habitantes), segundo sexo, RS, 2018-2022.



Nota: Os dados sobre os óbitos de 2021 e 2022 são parciais.

Fonte: Ministério da Saúde/Painel de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, População residente: Estimativas do Departamento de Economia e Estatística (DEE/SPGG/RS), para o ano de 2021.

Figura 58. Taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (Diabetes Mellitus, doenças do Aparelho Circulatório, doenças respiratórias crônicas e Neoplasias malignas) (por 100.000 habitantes), cor de pele, RS, 2018-2022.



Nota: Os dados sobre os óbitos de 2021 e 2022 são parciais.

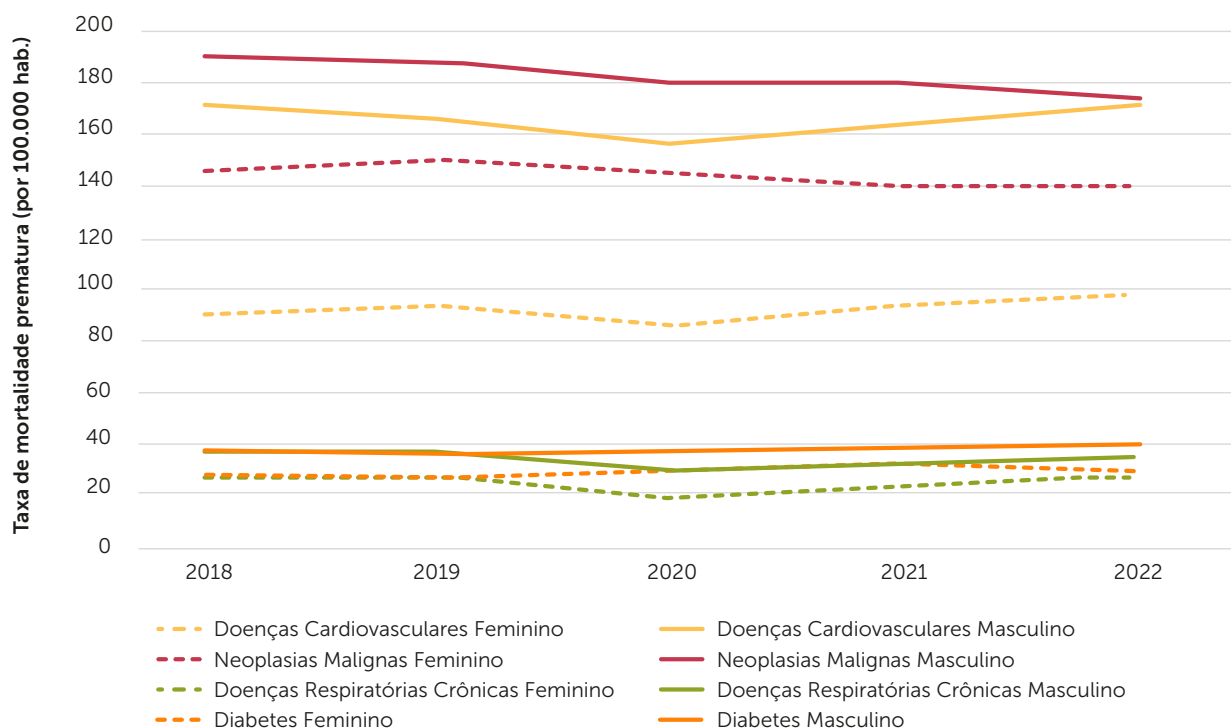
Fonte: Ministério da Saúde/Painel de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, População residente: Estimativas realizadas pela Seção de Doenças de Condições Crônicas Não Transmissíveis/DAPPS/SES/RS, com base no censo de 2010 e Estimativas do Departamento de Economia e Estatística (DEE/SPGG/RS).

MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS) SEGUNDO AS PRINCIPAIS CAUSAS

A **Figura 59** apresenta a taxa de mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT, no RS, segundo o sexo. As neoplasias malignas e as doenças cardiovasculares representaram a maior parte da mortalidade prematura no estado entre ambos os sexos. Essas doenças representam o maior desafio para atingir a meta estabelecida pelo plano nacional de enfrentamento das DCNT 2021-2030: reduzir a taxa de mortalidade prematura por DCNTs em 2% ao ano (BRASIL, 2021).

Ainda, os dados da **Figura 59** indicam que a taxa de mortalidade precoce pelas quatro principais DCNT é superior entre pessoas do sexo masculino quando comparada às taxas do sexo feminino e do estado, especialmente pelas doenças cardiovasculares, em que as taxas calculadas são quase o dobro para o sexo masculino em todos os anos do período analisado.

Figura 59. Taxa de mortalidade prematura por Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e Neoplasias (por 100.000 habitantes), segundo o sexo, no RS, 2018-2022.



Nota: Os dados sobre os óbitos de 2021 e 2022 são parciais.

Fonte: Óbitos segundo a raça/cor: Ministério da Saúde/Painel de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, População residente segundo a raça/cor: Estimativas realizadas pela Seção de Doenças de Condições Crônicas Não Transmissíveis/DAPPS/SES/RS, com base no censo de 2010 e Estimativas do Departamento de Economia e Estatística (DEE/SPGG/RS).

A **Tabela 19** apresenta o indicador estratificado pelo quesito raça/cor. Entre todos os quatro agravos analisados, a taxa de mortalidade precoce foi maior entre a população preta, quando comparada aos brancos, pardos, amarelos e indígenas. Além disso, as taxas de mortalidade precoce entre pessoas pretas também são superiores às taxas de mortalidade precoce no estado. Esse cenário é ainda mais desafiador para as doenças cardiovasculares (DCV), onde a mortalidade

entre a população preta é especialmente elevada, chegando a registrar taxas próximas a 200 óbitos precoces para cada 100.000 pessoas pretas.

Tabela 19. Taxa de mortalidade prematura por Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e Neoplasias (por 100.000 habitantes e segundo raça/cor de pele), RS, 2018-2022.

Mortalidade prematura por Diabetes Mellitus					
	Ano				
Raça/cor	2018	2019	2020	2021	2022
Branca	30,7	30,4	31,4	32,2	31,0
Preta	47,7	56,1	62,2	78,5	57,5
Amarela	*	5,2	5,1	10,2	20,4
Parda	27,8	30,6	28,0	30,9	32,9
Indígena	23,3	23,1	45,8	30,3	7,6

Mortalidade prematura por Doenças Cardiovasculares					
	Ano				
Raça/cor	2018	2019	2020	2021	2022
Branca	122,1	118,0	110,4	120,3	122,6
Preta	186,8	169,6	174,6	199,8	199,0
Amarela	36,6	46,7	51,5	51,5	56,2
Parda	82,7	97,7	100,6	100,6	102,2
Indígena	124,0	100,0	84,0	84,0	128,8

Mortalidade prematura por Doenças Respiratórias Crônicas					
	Ano				
Raça/cor	2018	2019	2020	2021	2022
Branca	30,9	32,2	23,5	24,6	30,5
Preta	33,8	31,7	33,3	36,1	34,0
Amarela	5,2	5,2	15,4	15,3	10,2
Parda	24,4	26,8	20,6	23,4	31,4
Indígena	31,0	23,1	7,6	37,9	*

Mortalidade prematura por Neoplasias Malignas					
	Ano				
Raça/cor	2018	2019	2020	2021	2022
Branca	166,3	165,2	158,6	155,2	154,7
Preta	166,9	187,2	179,2	187,5	179,2
Amarela	52,3	41,5	72,1	46,0	40,9
Parda	86,8	105,2	101,7	93,1	103,5
Indígena	69,8	138,4	76,3	83,4	68,2

*Não foram registrados óbitos prematuros por diabetes entre pessoas amarelas no ano de 2018 e óbitos prematuros por doenças crônicas respiratórias entre indígenas em 2022.

Nota: Os dados de óbitos de 2021 e 2022 são parciais.

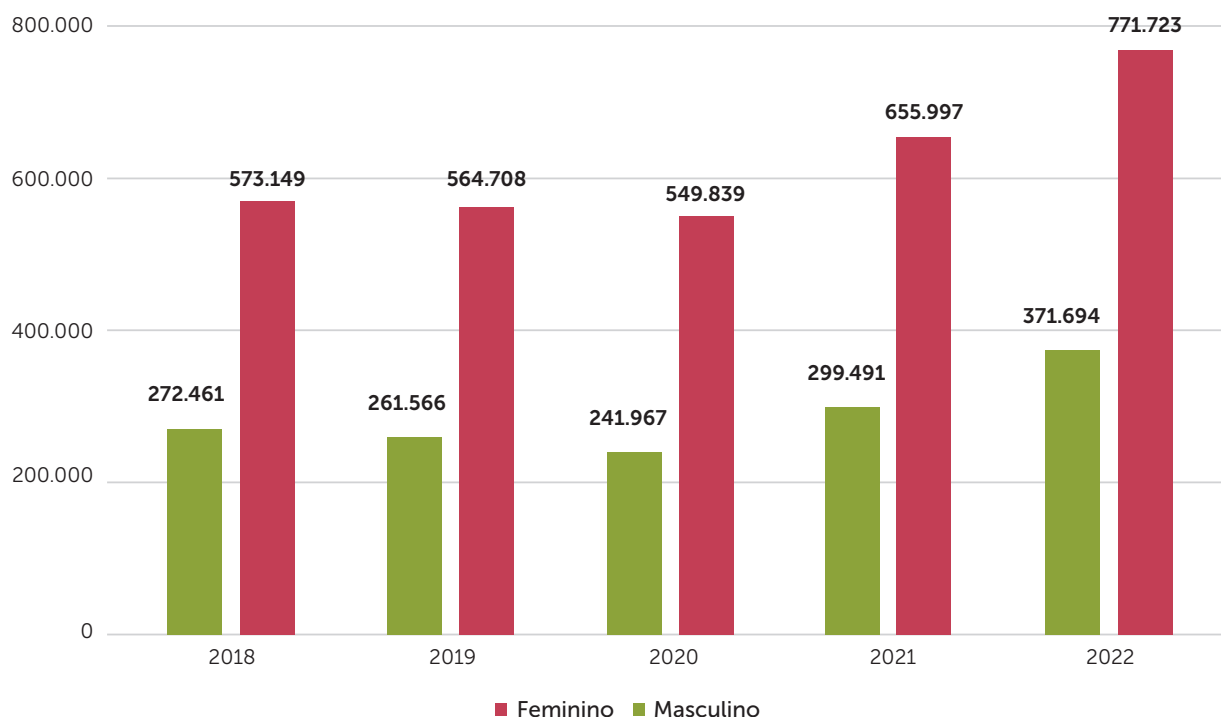
Fonte: Óbitos segundo a raça/cor de pele: Ministério da Saúde/Painel de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, População residente segundo a raça/cor: Estimativas realizadas pela Seção de Doenças de Condições Crônicas Não Transmissíveis/DAPPS/SES/RS, com base no censo de 2010 e Estimativas do Departamento de Economia e Estatística (DEE/SPGG/RS).

Quanto à análise por macrorregiões, os agravos com maiores taxas de mortalidade precoce são as neoplasias malignas e as DCV em todas as Macrorregiões de Saúde do estado, seguindo a tendência estadual. Nas Macrorregiões de Saúde Sul e Centro-oeste, essas taxas são superiores às demais Macrorregiões de Saúde.

2.6 SAÚDE MENTAL

Na série histórica de 2018 a 2022, contabilizou-se um total de 4.562.595 atendimentos por “saúde mental” registrados no SISAB, o que corresponde a 13% do total de atendimentos em relação às demais condições avaliadas. Os atendimentos ocorrem com maior frequência entre as mulheres (68,3%) em relação aos homens (31,7%). Ainda, durante o ano de 2020, período de pandemia da covid-19, houve diminuição no registro de atendimentos por “saúde mental”, com um aumento sucessivo nos anos seguintes. No ano de 2022 houve o maior registro da série histórica analisada (**Figura 60**) em ambos os sexos, destacando sua relevância enquanto demanda de saúde pública.

Figura 60. Número de atendimentos em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, RS, 2018-2022.



Fonte: Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Acesso em: 27/03/2023.

O número de internações SUS por transtornos mentais e comportamentais (TMC), incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras drogas, no período de 2018 a 2022, foi de 183.658 internações, o que representa 5% do total de internações registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) no período. O percentual de internações associadas ao TMC devido ao uso de álcool é de 16,6%; enquanto o de outras substâncias psicoativas responde por cerca de 27,6% - somadas, elas representam 44,2% das internações hospitalares devido à TMC. Por sua vez, os transtornos afetivos de humor representam 32,6% dos registros. Episódios de crise associados aos diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes representam 15,5%. Os demais transtornos juntos somam 7,7% dos registros. Na série histórica, a taxa média de internação por TMC por município de origem do usuário, no RS, foi de 1.757,9/100.000 habitantes, o que corresponde a um total de 186.196 mil internações, conforme dados da **Tabela 20**.

Tabela 20. Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC), municípios com Saúde Mental na Atenção Básica e com atenção em Saúde Mental Especializada, leitos em Saúde Mental, RS, 2018-2022.

Região de Saúde	Número de Internações por região	Internações TMC/100mil hab.	% Municípios com SM na Atenção Básica	% Municípios com Atenção em SM Especializada	Nº leitos SM/1.000 hab.
Região 24 - Campos de Cima da Serra	1.082	1.061	77,78%	33,33%	0,01
Região 08 - Vale do Cai e Metropolitana	9.940	1.184	50,00%	61,11%	0,11
Região 23 - Caxias e Hortênsias	7.176	1.199	33,33%	66,67%	0,17
Região 09 - Carbonífera/ Costa Doce	4.849	1.199	52,63%	63,16%	0,02
Região 05 - Bons Ventos	2.923	1.204	36,36%	81,82%	0,03
Região 04 - Belas Praias	2.097	1.219	50,00%	91,67%	0,01
Região 12 - Portal das Missões	1.677	1.265	85,71%	50,00%	0,02
Região 07 - Vale dos Sinos	10.629	1.266	53,33%	66,67%	0,05
Região 16 - Alto Uruguai Gaúcho	3.231	1.321	30,30%	6,06%	0,03
Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	31.155	1.347	50,00%	83,33%	0,39
Região 22 - Pampa	2.499	1.353	33,33%	33,33%	0,02
Região 02 - Entre Rios	1.783	1.485	36,36%	36,36%	0,04
Região 25 - Vinhedos e Basalto	5.100	1.527	40,91%	22,73%	0,03
Região 01 - Verdes Campos	7.128.209	1.556	47,62%	33,33%	0,04

Região de Saúde	Número de Internações por região	Internações TMC/100mil hab.	% Municípios com SM na Atenção Básica	% Municípios com Atenção em SM Especializada	Nº leitos SM/1.000 hab.
Região 26 - Uva Vale	3.198	1.653	33,33%	33,33%	0,02
Região 14 - Fronteira Noroeste	4.054	1.671	54,55%	18,18%	0,05
Região 28 - Vale do Rio Pardo	6.226	1.770	100,00%	38,46%	0,07
Região 27 - Jacuí Centro	3.574	1.779	83,33%	41,67%	0,03
Região 03 - Fronteira Oeste	7.958	1.790	63,64%	63,64%	0,06
Região 18 - Araucárias	2.504	1.811	45,00%	10,00%	0,02
Região 17 - Planalto	7.820	1.812	42,86%	23,81%	0,07
Região 19 - Botucaraí	2.270	1.941	42,86%	21,43%	0,02
Região 11 - Sete Povos das Missões	6.280	2.148	56,52%	17,39%	0,07
Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	5.119	2.196	75,00%	75,00%	0,06
Região 29 - Vales e Montanhas	5.492	2.235	85,19%	22,22%	0,05
Região 21 - Sul	19.596	2.256	50,00%	59,09%	0,28
Região 30 - Vale da Luz	3.156	2.303	70,00%	30,00%	0,03
Região 20 - Rota da Produção	4.428	2.573	63,16%	36,84%	0,04
Região 15 - Caminho das Águas	5.644	2.827	72,50%	27,50%	0,09
Região 13 - Diversidade	7.607	3.135	65,00%	45,00%	0,06
Rio Grande do Sul	6.207	1.736	56,02%	43,10%	0,07

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/Ministério da Saúde.

Entre as 10 Regiões de Saúde com as menores taxas de internação/habitantes, sete regiões possuem entre 61% e 92% dos municípios com serviços especializados em saúde mental implantados. Esse percentual está acima da média estadual que é de 43%. Já entre as 10 regiões com as maiores taxas de internação/habitantes, oito possuem entre 10% e 37% dos municípios com a presença de serviços especializados, estando abaixo da média do estado. Portanto, regiões com maior presença de serviços de atenção secundária apresentam menores quantitativos de internação. Assim, o impacto da oferta de estratégias de cuidados preventivos ou alternativos às internações parece estar associado à qualificação das intervenções destes serviços, justificando a necessidade de ampliação da cobertura dessas equipes no estado.

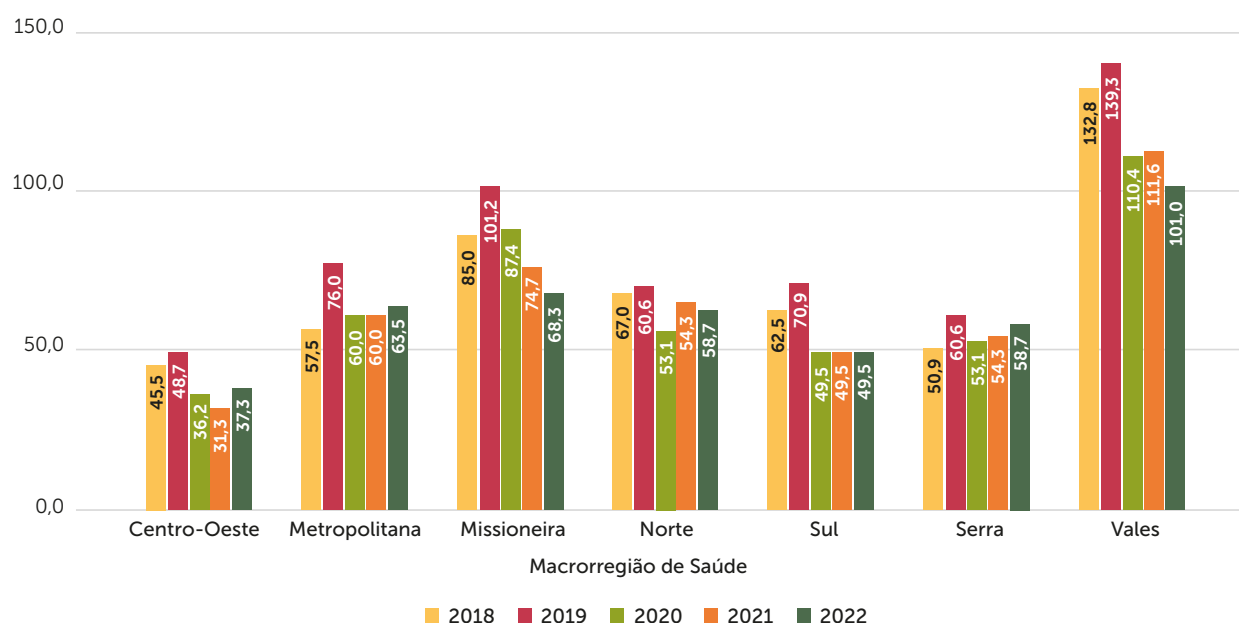
Considerando os quantitativos absolutos do número de internações, percebe-se que as regiões com a maior taxa de leitos por habitantes são também as que mais contabilizam

internações, respectivamente a Região 10 - Capital e Vale do Gravataí e a Região 21 – Sul, que são também as duas regiões com os maiores quantitativos populacionais do estado.

Analisando as principais causas de internações por TMC, as taxas de internações SUS devido ao Risco de Suicídio (**Figura 61**) apresentaram comportamento distinto ao longo da série histórica. As taxas de internação do primeiro ano da série (2018) superam o ano final (2022) em 70% das macrorregiões, indicando, nesse recorte, um período de diminuição de internações na maioria das macrorregiões. Posteriormente, há um pico nos registros de internação em 2019, com as maiores taxas, em todas as regiões, ao longo da série. Entre 2020 e 2022, observa-se uma menor variação das taxas em quase todas as macrorregiões, à exceção da Missioneira.

A média da taxa de internações, considerando todas as Macrorregiões de Saúde, durante o período da série histórica, foi de 68,8/100.000 habitantes. As Macrorregiões de Saúde Vales e Missioneira, apesar de apresentarem taxas acima da média estadual, têm diminuído o valor das taxas anualmente. As maiores taxas de mortalidade por risco de suicídio são das Macrorregiões de Saúde Vales e Norte. Enquanto a Macrorregião Vales possui satisfatória cobertura de serviços especializados em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a Macrorregião Norte, devido à significativa 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 0,18/1.000 habitantes na Vales e 0,21/1.000 habitantes na Norte. Apesar de apresentar a menor média na taxa de internações ao longo da série histórica, a Macrorregião de Saúde Centro-Oeste possui uma cobertura de leitos de 0,14/1.000 habitantes. Esse dado, se analisado proporcionalmente à média de internações da Macrorregião de Saúde no período, não indica que o quantitativo menor de internações esteja relacionado a uma menor oferta de leitos, se comparado à média de internações por cobertura de leitos das demais Macrorregiões de Saúde.

Figura 61. Taxa de internações SUS por risco de suicídio (por 100.000 habitantes), por Macrorregião de Saúde, RS, 2018-2022.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/Ministério da Saúde.

2.7 CONTEXTO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Em relação ao estado nutricional das pessoas idosas, a partir de dados registrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), nos anos de 2018 a 2021, observa-se, na população idosa gaúcha, um percentual mais elevado de sobrepeso em relação aos dados nacionais (**Figura 62**).

Figura 62. Percentual de sobrepeso em pessoas idosas, RS, 2018-2022.



Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)/RS. Acesso em: março de 2023.

A alimentação inadequada pode gerar uma diminuição da massa muscular e o aumento da gordura corporal, aumentando o risco de doenças crônicas como a diabetes e doenças cardiovasculares. Assim, o rastreamento do risco nutricional em pessoas idosas é essencial para criação de estratégias de sensibilização e ações de intervenção adequadas à realidade e aos hábitos alimentares da população. O monitoramento do estado nutricional, a fim de se avaliar as pessoas idosas com maior vulnerabilidade, é essencial para criação de estratégias de sensibilização e ações de intervenção adequadas à realidade e aos hábitos alimentares da população local.

Os principais agravos de saúde bucal que afetam as pessoas idosas são as perdas dentárias, a cárie dentária, a doença periodontal, a xerostomia e as lesões dos tecidos moles. Agravos esses que produzem incapacidades e perdas funcionais importantes. Quanto aos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), quatro (4) das 30 Regiões de Saúde não possuem tal estabelecimento credenciado, são elas: R6, R20, R24 e R26. Quanto aos centros de Especialidades Odontológicas habilitados, 12 das 30 Regiões de Saúde não contam com esses centros.

A rede insuficiente, somada ao pouco conhecimento dos profissionais de saúde no que

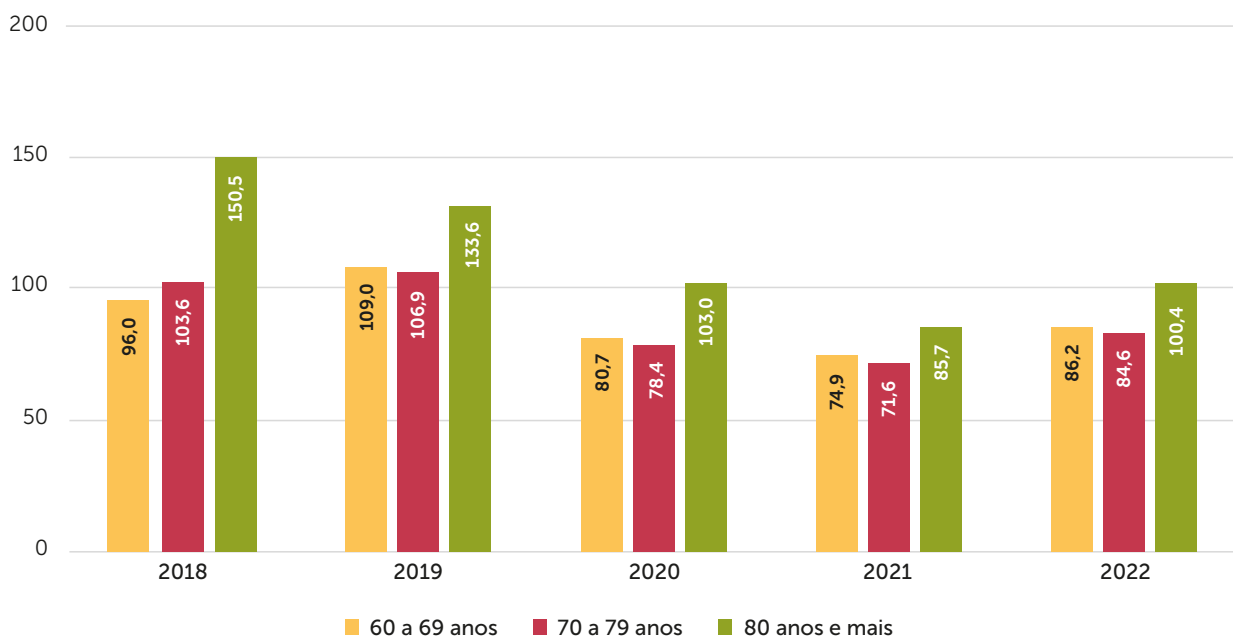
tange a realidade da pessoa idosa, traz a necessidade de ações de educação em saúde, com abordagens sobre as doenças crônicas não transmissíveis, a prevenção de câncer, o controle do tabaco e do álcool, a escovação dentária supervisionada, os cuidados com a prótese dentária, o acolhimento e a consulta ambulatorial. Assim, a promoção da saúde bucal para pessoas idosas deve envolver especialmente as áreas de saúde, educação e nutrição. Os serviços devem criar estratégias de educação permanente para alcançar os profissionais de saúde bucal e prepará-los para colocar em prática abordagens que levem em consideração a heterogeneidade do envelhecimento da população brasileira, a carga de doenças crônicas nesta população, a multimorbidade e os fatores comuns de risco.

A demência é uma síndrome que causa o declínio cognitivo, alterações de comportamento, linguagem, memória e perda da funcionalidade, sendo a doença de Alzheimer o tipo mais frequente de demência em pessoas idosas. É uma das principais causas de incapacidade, com custos diretos e indiretos elevados (MOROVIC et al., 2019).

Neste cenário, atendendo à Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria SES/RS no 444/2021) em conjunto com a regulamentação da Política Estadual de Enfrentamento à Doença de Alzheimer e outras Demências (Lei no 15.820/2022), faz-se necessário a criação de um Plano de Ação Estadual voltado ao cuidado da pessoa com demência, com o propósito de atender as necessidades formativas e informativas a respeito da temática para profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e a população em geral, almejando evitar e/ou reduzir encaminhamentos inadequados, garantindo a melhoria no atendimento ao usuário idoso, reduzindo custos e disponibilizando o acesso adequado e com mais eficácia ao usuário que dele necessita.

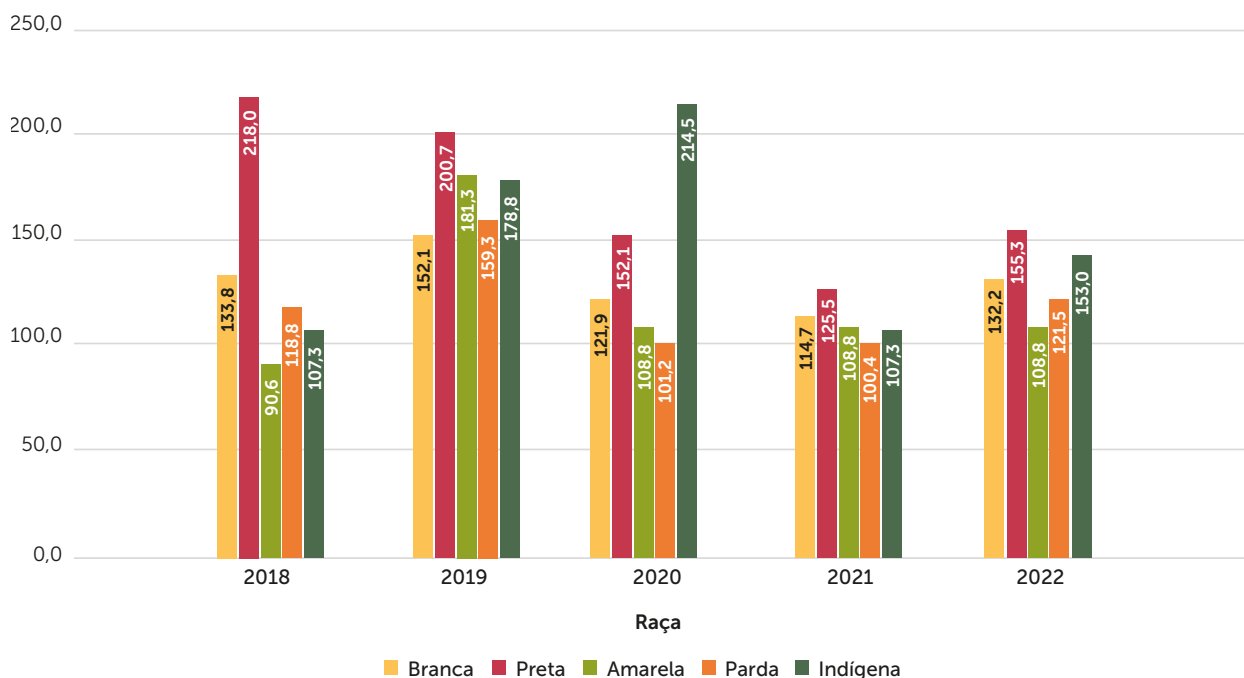
Quanto à violência contra a pessoa idosa, o maior número de notificações foi contra pessoas com 80 anos ou mais (**Figura 63**). Quanto ao gênero, as notificações de violência contra a mulher representaram mais de 60% das notificações em todos os anos da série histórica. No recorte raça/cor, pessoas idosas pretas e indígenas foram as que mais sofreram violência considerando a série histórica analisada (**Figura 64**).

Figura 63. Série histórica da taxa de notificação de violência contra a pessoa idosa (por 100 mil habitantes e por faixa etária), RS, 2018-2022.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/RS. Acesso em: 27/03/2023.

Figura 64. Série histórica da taxa de notificação de violência contra a pessoa idosa (por 100 mil habitantes e por raça/cor,) RS, 2018-2022.



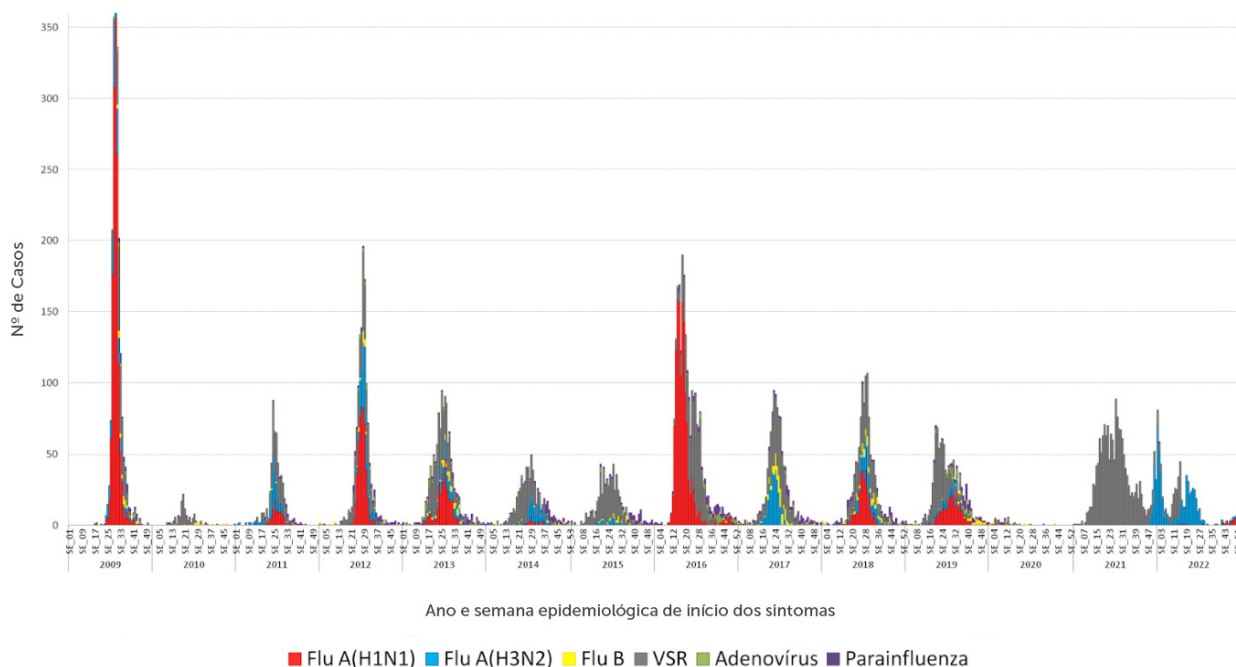
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/RS. Acesso em: 27/03/2023.

Diante deste cenário, constitui-se essencial o contínuo fortalecimento das ações de prevenção à violência, ações de valorização e respeito à pessoa idosa gaúcha e a educação permanente dos profissionais de saúde para o correto trabalho na identificação e manejo dessas situações.

2.8 VIGILÂNCIA DE INFLUENZA

Em 2009, com a pandemia de influenza A (H1N1) estruturou-se uma nova estratégia de vigilância baseada na notificação de todos os casos de Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG, independente da hospitalização. Na **Figura 65**, observa-se o comportamento epidêmico do vírus Influenza A (H1N1) no ano de 2009 e subsequentes. Durante os anos de 2020 e 2021, praticamente não se identificou a circulação do vírus Influenza, que reapareceu em 2021 com a identificação do vírus influenza A (H3N2). No final de 2022, o vírus influenza A(H1N1) voltou a ser identificado.

Figura 65. Distribuição dos vírus respiratórios entre os casos de SRAG (por semana epidemiológica de início dos sintomas), RS, 2019-2022.



. VSR: Vírus sincicial respiratório. SRAG: Síndrome Respiratória Aguda Grave.

Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe)

2.9 PANDEMIA PELA COVID-19 NO ESTADO DO RS 2020-2022

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em virtude do avanço da covid-19 no mundo. O Governo do Estado do RS já havia criado o Centro de Operações de Emergências (COE) covid-19, que teve como objetivo promover a resposta coordenada por meio da articulação e da integração dos atores envolvidos e foi responsável por desenvolver o Plano de Contingência e Ação Estadual do Rio Grande do Sul para Infecção Humana pela covid-19 para o monitoramento, controle e assistência aos casos de infecção.

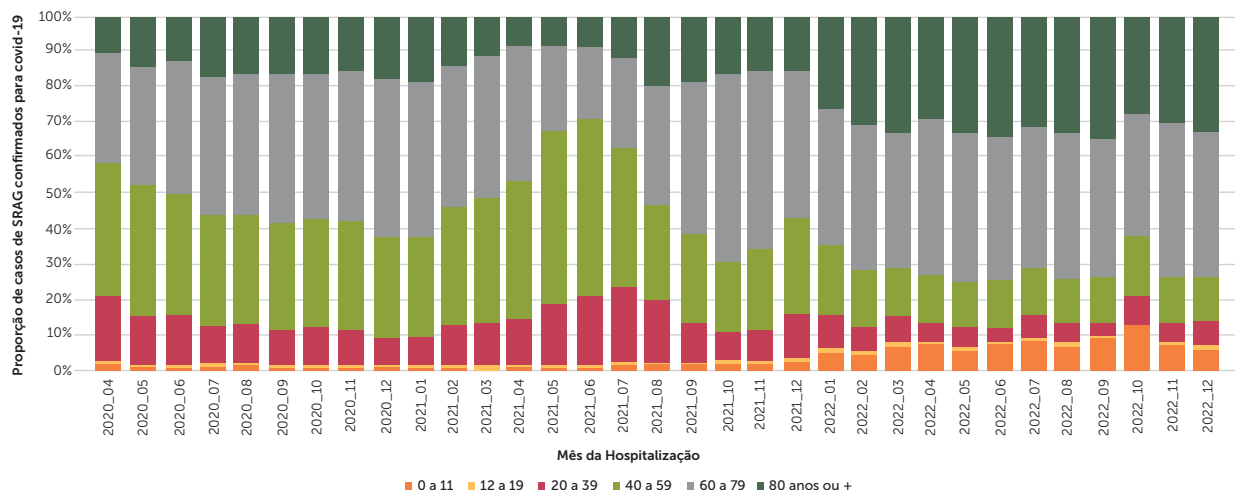
Em 3 de fevereiro de 2020, foi declarada a Emergência de Saúde Pública de Interesse Nacional (ESPIN) em decorrência da covid-19. Em 29 de fevereiro de 2020, houve no RS o primeiro caso do agravo, com confirmação laboratorial em 10 de março, e o primeiro óbito no Estado ocorreu em 24 de março daquele ano. Ainda, 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. A ESPIN, por sua vez, foi declarada encerrada pelo Ministério da Saúde em 22 de abril de 2022.

Entre 2020 e 2022, foram confirmados 2.960.093 casos de covid-19 no estado e verificou-se picos de casos no período de final e início de cada ano, sendo que o maior pico foi observado entre janeiro e março de 2022, com o início da circulação da variante ômicron.

Quanto às hospitalizações por covid-19, foram 129.710 internações em decorrência da covid-19 no período de 2020 a 2022. Ao contrário do que foi observado nos casos confirmados, o maior pico de hospitalizações se deu no período entre as semanas epidemiológicas 6 a 18 de 2021 (fevereiro a maio), período inicial da vacinação contra covid-19. Neste período, estava em circulação no estado a variante Gama do coronavírus.

Com relação à proporção de SRAG por faixa etária descrita na **Figura 66**, percebe-se que, a partir de dezembro de 2021, as hospitalizações na faixa etária de 0-11 anos passaram a ser mais expressivas, atingindo 15% do total no mês de outubro de 2022.

Figura 66. Proporção de casos de SRAG hospitalizados por covid-19 (por faixa etária e mês), RS, 2020-2022.

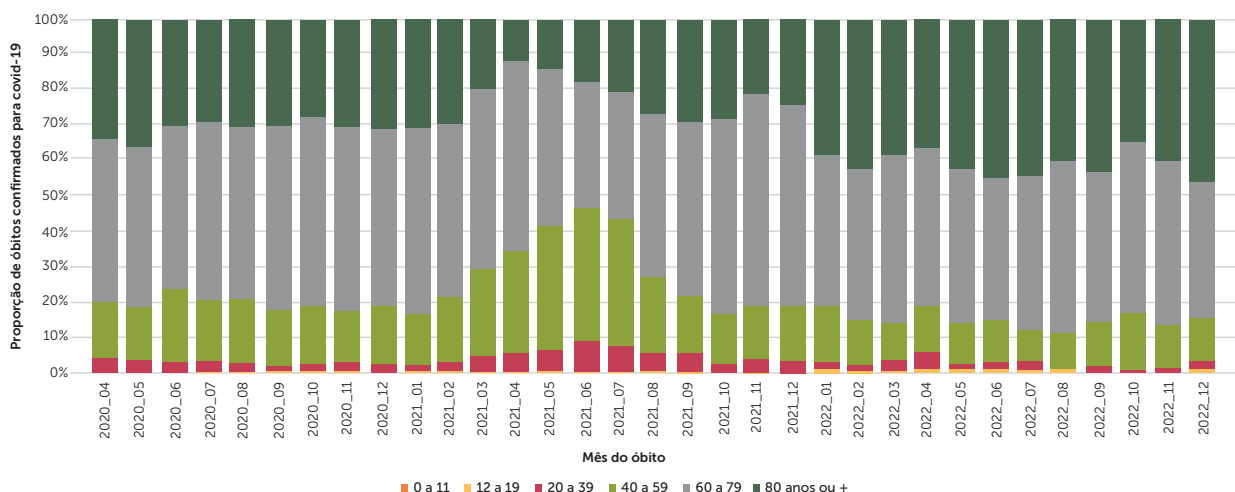


Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

Ao analisar o perfil das hospitalizações em relação ao agravamento, em cada ano da pandemia, verifica-se que: em 2020, 37% dos casos de SRAG necessitaram de cuidados de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), dos quais 58% fez uso de suporte ventilatório invasivo; em 2021, 34% dos casos de SRAG necessitaram de cuidados de UTI, dos quais 60% fizeram uso de suporte ventilatório invasivo; em 2022, 29,5% dos casos de SRAG necessitaram de cuidados de UTI, dos quais 51% fizeram uso de suporte ventilatório invasivo. Durante o período de 2020 a 2022 da pandemia de covid-19 no estado, foram identificados 41.593 óbitos por covid-19. O maior pico ocorreu entre as semanas 9 e 19 (março a maio) de 2021, em decorrência da variante Gama, que circulou fortemente no estado após o carnaval, momento em que a vacinação contra o Sars-CoV-2 estava iniciando, sendo os idosos residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) o primeiro grupo prioritário a receber o imunizante.

Com relação à faixa etária dos óbitos ocorridos, verifica-se que os maiores de 60 anos foram os mais acometidos durante todo o período avaliado (**Figura 67**).

Figura 67. Proporção mensal dos óbitos por covid-19 (por faixa etária), RS, 2020-2022.

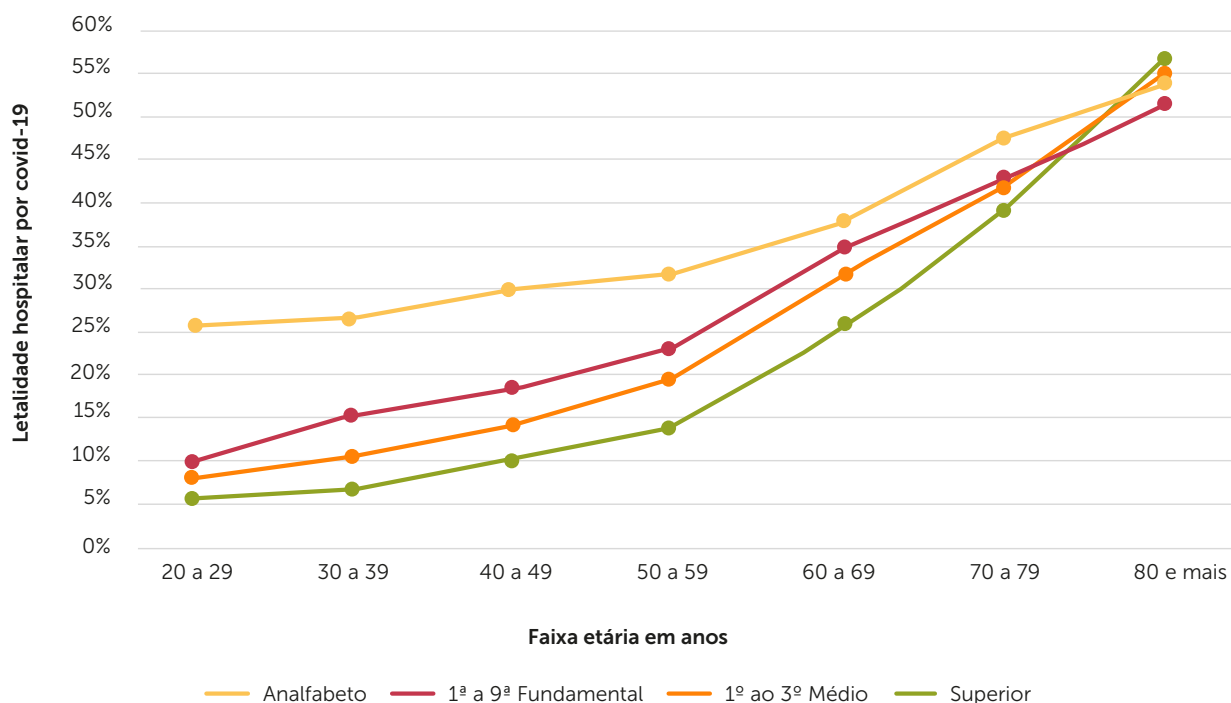


Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS ÓBITOS POR COVID-19

A letalidade hospitalar por covid-19 foi maior entre pessoas com baixa escolaridade. A desigualdade absoluta atingiu 20 pontos percentuais ao comparar pessoas analfabetas com 40 a 49 anos de idade (30% de letalidade hospitalar) com pessoas com ensino superior da mesma faixa etária (10% de letalidade hospitalar). Apenas para as faixas etárias mais avançadas (70 anos ou mais) esta associação não foi marcada (**Figura 68**).

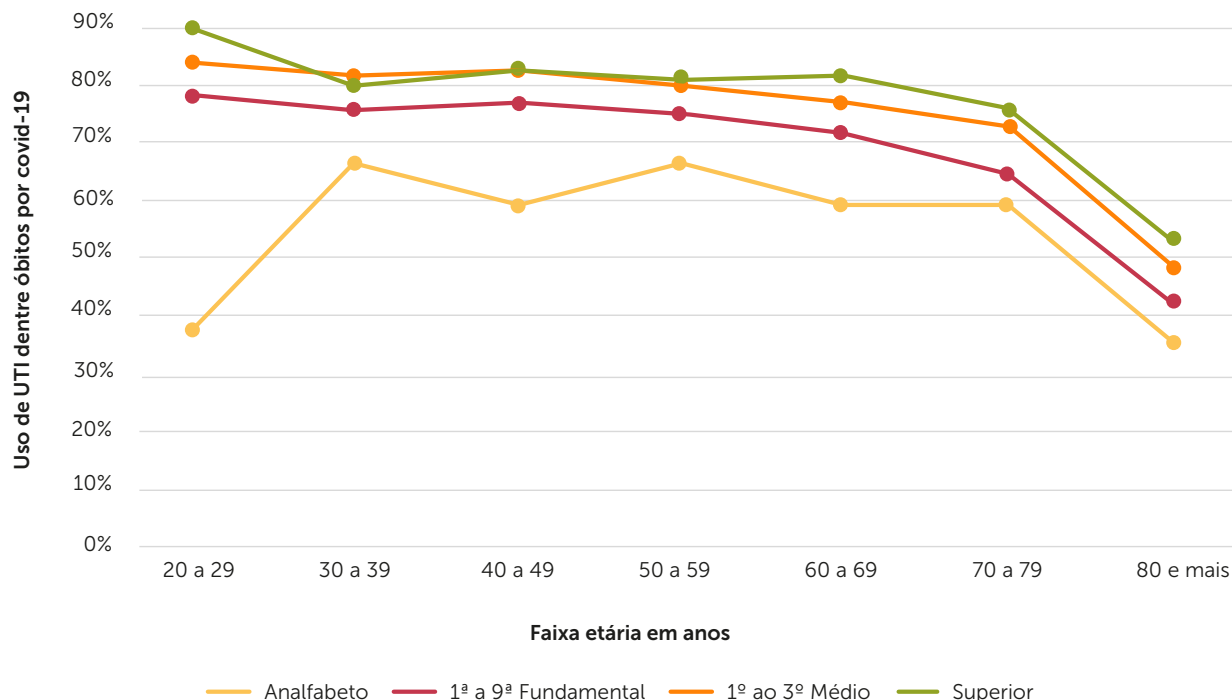
Figura 68. Letalidade hospitalar por covid-19 (segundo escolaridade e faixa etária), RS, 2020-2022.



Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

Ao analisar somente o grupo de pessoas que evoluiu para óbito por covid-19, observa-se que o uso de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi menor dentre pessoas com baixa escolaridade. O padrão foi observado para todas as faixas etárias (**Figura 69**).

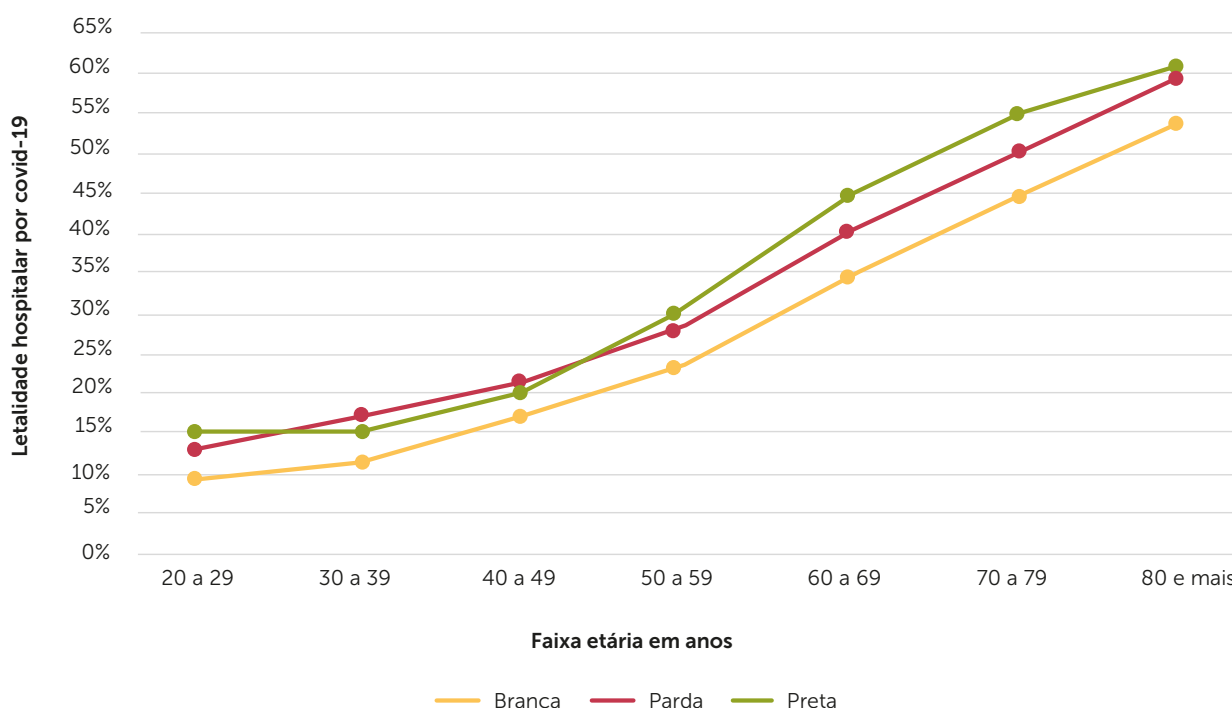
Figura 69. Uso de Unidade de Terapia Intensiva entre óbitos por covid-19 (segundo escolaridade e faixa etária), RS, 2020-2022.



Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

A letalidade hospitalar por covid-19 foi maior entre pessoas de raça/cor preta ou parda, em comparação com pessoas da raça/cor branca. A desigualdade absoluta atingiu 11 pontos percentuais ao comparar pessoas pretas com 60 a 69 anos de idade (45% de letalidade hospitalar) com pessoas brancas da mesma faixa etária (34% de letalidade hospitalar). O padrão foi observado para todas as faixas etárias (**Figura 70**).

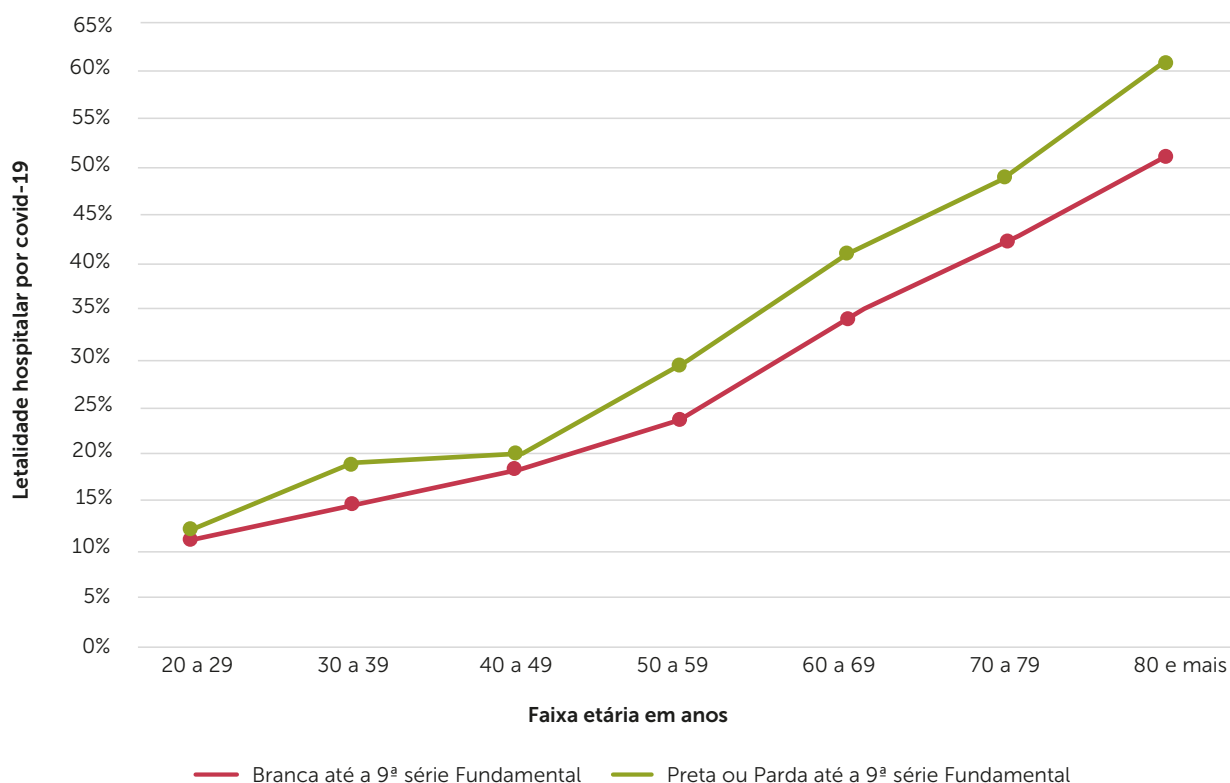
Figura 70. Letalidade hospitalar por covid-19 (segundo raça/cor e faixa etária), RS, 2020-2022.



Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

A interseção dos fatores de vulnerabilidade é ilustrada ao se analisar a letalidade hospitalar por covid-19 restringindo a amostra ao subgrupo populacional de mais baixa posição socioeconômica. Dentre pessoas com até 9 anos de escolaridade, a letalidade hospitalar foi maior para pretos e pardos em comparação com pessoas brancas, em todas as faixas etárias (**Figura 71**).

Figura 71. Letalidade hospitalar por covid-19 (segundo raça/cor, em pessoas com até nove anos de escolaridade e por faixa etária), RS, 2020 a 2022.

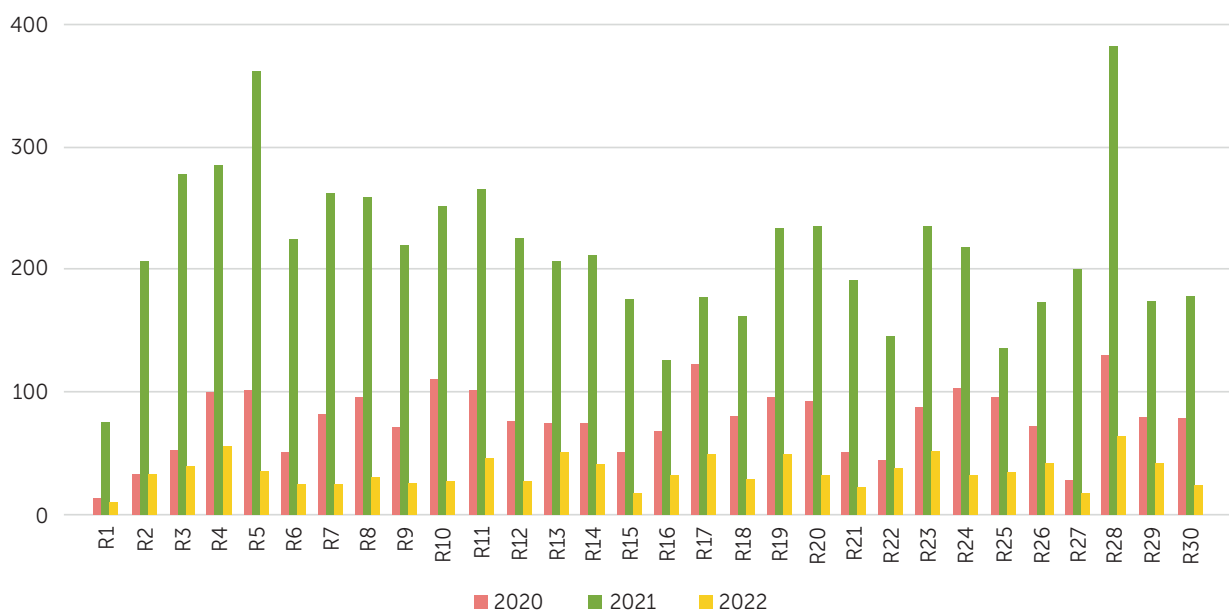


Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

Ao compararmos a Incidência da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) independente da etiologia, o risco de internação por SRAG na população gaúcha nos anos de 2019 (1,9%) e anos pandêmicos de 2020 (29,4%), 2021 (52,9%) e 2022 (15,8%), observa-se que a proporção desta taxa foi substancialmente maior nos anos pandêmicos, traduzindo o impacto da covid-19 no sistema de saúde. Quanto à incidência de SRAG por covid-19, no recorte do período pandêmico (2020 a 2022), destaca-se o ano de 2021, com o pico de incidência da pandemia, ultrapassando 75.000 casos.

No mesmo período descrito, a incidência de SRAG por covid-19, quando distribuída nas 30 Regiões de Saúde, destaca a R10 - Capital/Vale do Gravataí com mais que o dobro da incidência das demais durante toda a pandemia. A taxa de mortalidade, por sua vez, da SRAG por covid-19 a cada 100 mil habitantes das 30 Regiões de Saúde no período de 2020 a 2022, apresenta as Regiões de Saúde R5 - Bons Ventos e R28 - Vale do Rio Pardo com as maiores taxas do estado (**Figura 72**).

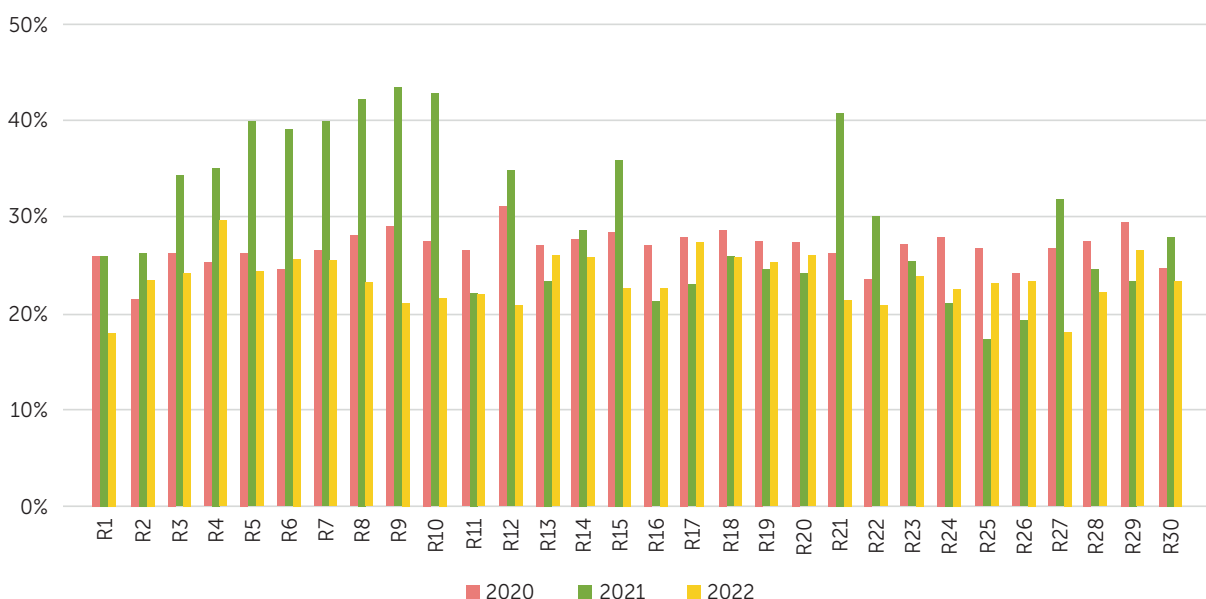
Figura 72. Taxa de mortalidade de SRAG por covid (por 100.000 habitantes e por Região de Saúde), RS, 2020-2022.



Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

Com relação à letalidade hospitalar de SRAG por covid-19, observa-se que em 2021 este indicador teve seu maior valor, destacando-se as Regiões de Saúde com letalidade acima de 40% dos infectados: R8 - Vale do Caí/Metropolitana, R9 - Carbonífera/Costa Doce, R10 - Capital/Vale do Gravataí (Macrorregião de Saúde Metropolitana) e R21- Sul (Macrorregião de Saúde Sul). Doze Regiões de Saúde ultrapassaram 30% de letalidade. (**Figura 73**).

Figura 73. Taxa de letalidade de SRAG por covid-19 (por Região de Saúde), RS, 2020-2022.



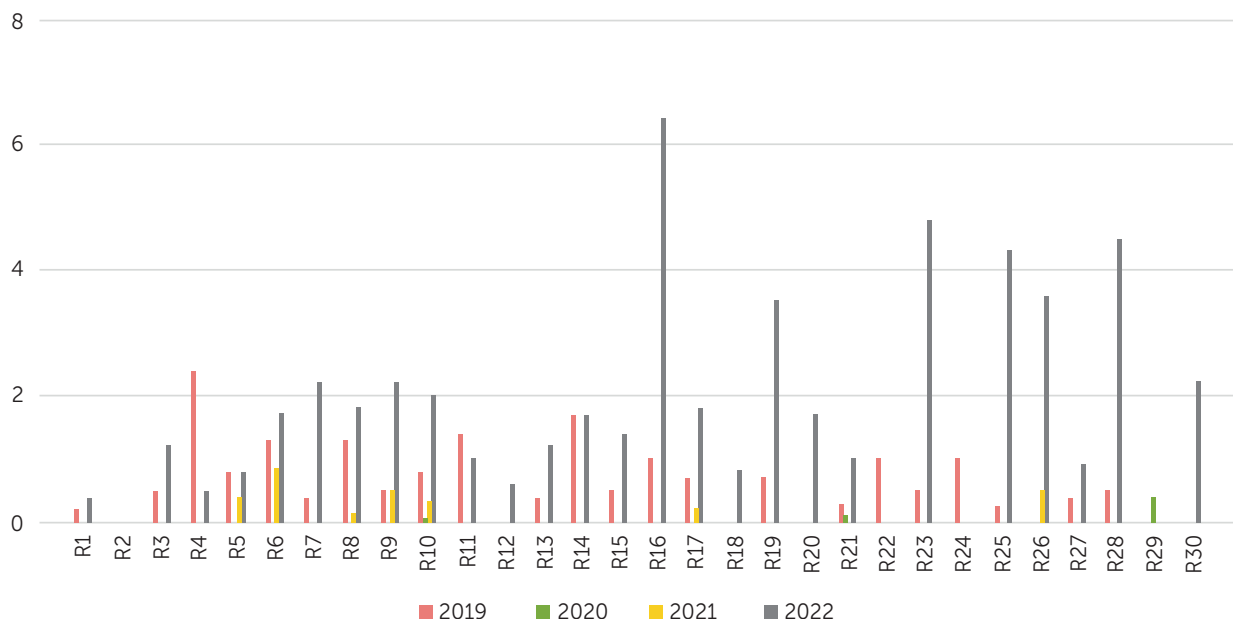
Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

O ano de 2022 apresentou as menores letalidades, não ultrapassando 30% em nenhuma das Regiões de Saúde, é importante ressaltar que a vacinação contra a covid-19 já estava amplamente distribuída para diferentes grupos populacionais.

A incidência de SRAG por Influenza no estado chegou próximo a zero no ano de 2020, se restringindo ao período anterior à circulação do Sars-CoV-2. Todavia, apresentou aumento no final de 2021, quando o vírus Influenza voltou a circular no estado, e atingiu em 2022, uma incidência maior que o ano pré-pandêmico (2019). No ano de 2022, a incidência SRAG por Influenza por mil habitantes por Região de Saúde foi maior nas Regiões de Saúde R10 - Capital/Vale do Caí e R23 - Caxias e Hortênsias.

A Região de Saúde R2 – Entre-Rios (Macrorregião de Saúde Centro-Oeste) foi a única que não apresentou mortalidade de SRAG por influenza em todo período avaliado e a Região de Saúde R16 - Alto Uruguai Gaúcho (11ª CRS) foi a que teve a maior taxa de mortalidade ocorrida em 2022 (**Figura 74**).

Figura 74. Taxa de Mortalidade SRAG por Influenza (por 100 mil habitantes e por Região de Saúde), RS, 2019-2022.



Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

A letalidade hospitalar da SRAG por influenza, em alguns anos do período avaliado, chegou a 100% em algumas Regiões de Saúde (2019: R1, R13 e R27; 2020: R21 e R29). E, isto se deu em função do baixo número de casos confirmados para influenza. A incidência e letalidade de SRAG por Influenza desde 2021 vem aumentando, mesmo que em escalas menores que a circulação do Sars-CoV-2, evidenciando a importância das ações integradas para a redução da carga da doença causada pelos vírus respiratório de importância para a saúde pública. No caso destes dois agentes virais, as principais medidas para reduzir o agravamento e óbitos são as

vacinas e os medicamentos antivirais.

Informações referentes à covid-19 no RS podem ser acessadas em:

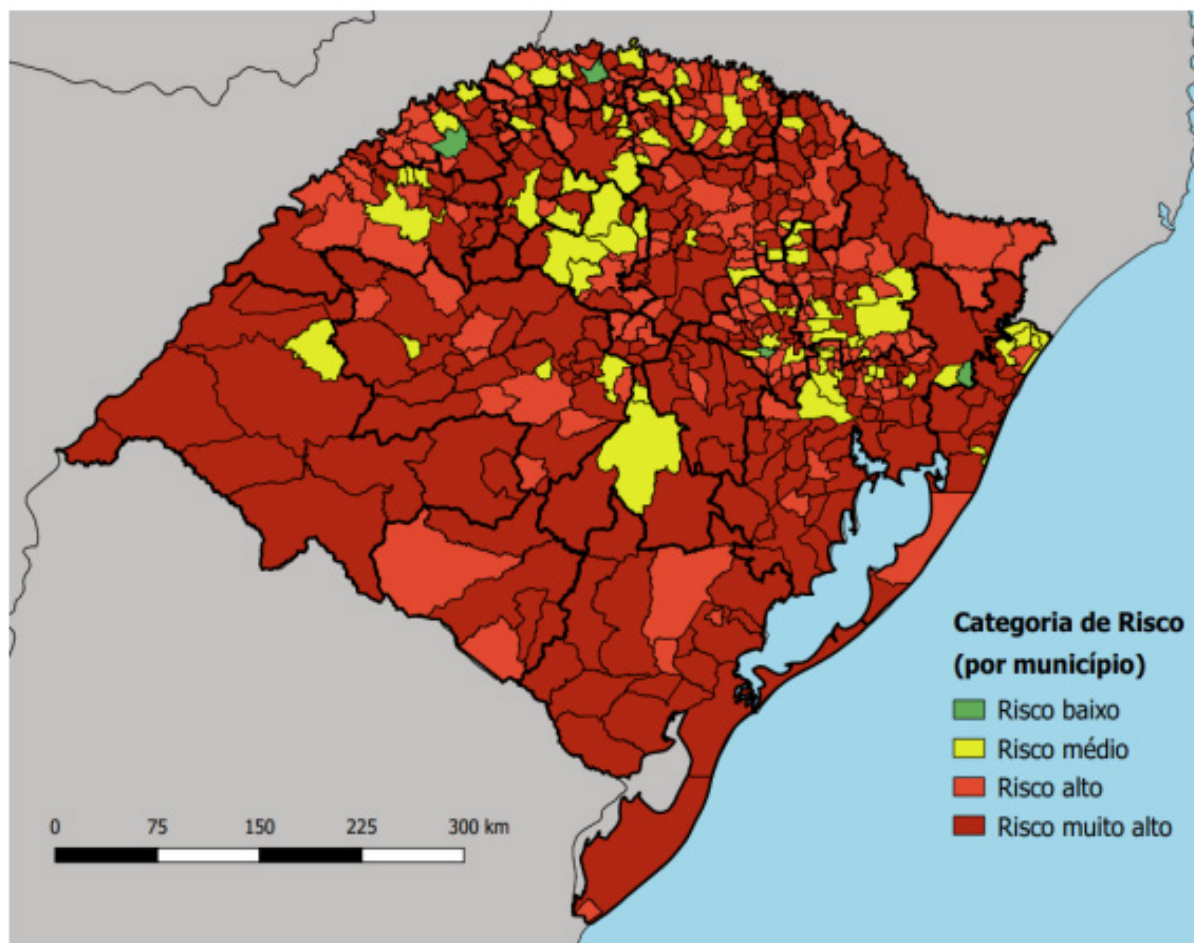
<https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>.

2.10 IMUNIZAÇÕES

O Brasil mantém o compromisso com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) com o processo de erradicação da Poliomielite no mundo. Porém, a queda nas coberturas vacinais e na notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) tem preocupado as autoridades sanitárias internacionais e colocado o país no *status* de alto risco para reintrodução do vírus da poliomielite (BRASIL, 2022).

O último caso registrado de poliomielite no RS foi em 1983 em Santa Maria, desta forma o estado está há quase 40 anos sem a circulação do vírus da pólio. Contudo, assim como no país, o RS se encontra em alto risco para reintrodução do vírus da poliomielite e apresenta mais de 80% de seu território suscetível para esta doença (**Figura 75**).

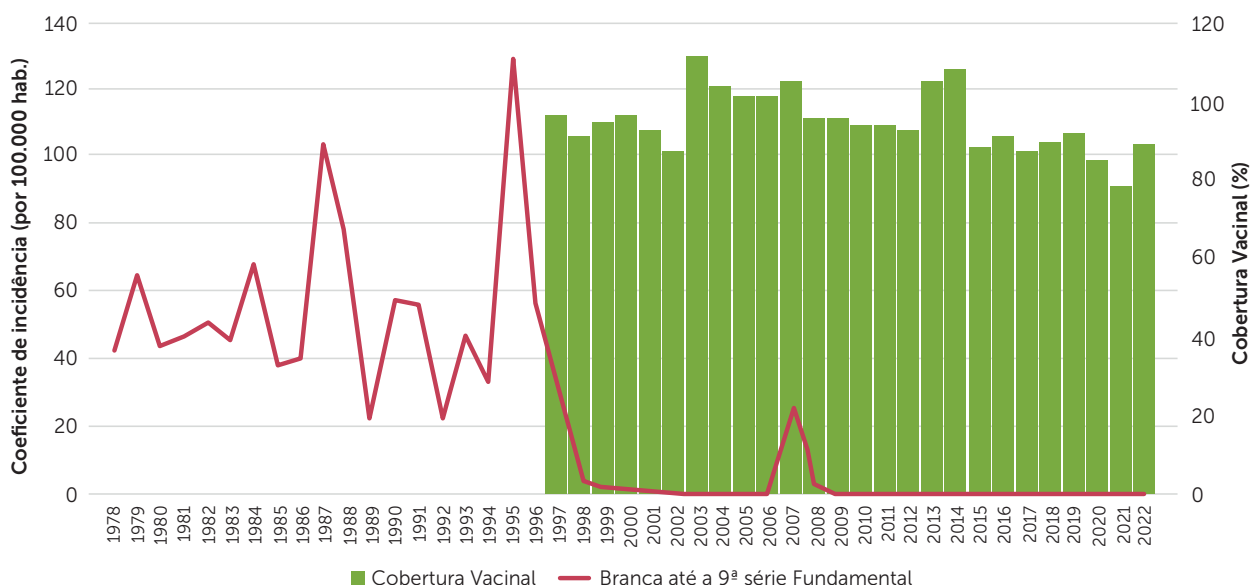
Figura 75. Análise de risco para Poliomielite, de acordo com os níveis de risco, RS, 2021.



Fonte: CEVS/SES/RS com base na Metodologia de Análise de Risco. Organização Panamericana da Saúde, 2021.

A vacinação contra a rubéola iniciou no RS em 1997, alcançando uma cobertura vacinal acima de 99%, com grande impacto sobre a incidência da doença (**Figura 76**). Em 2008, foi detectado no município de Porto Alegre o último caso autóctone da doença no RS (**Figura 76**). Em abril de 2015, o Brasil recebeu o certificado de eliminação da circulação do vírus da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), declarando a região das Américas livre da circulação do vírus.

Figura 76. Coeficiente de incidência de Rubéola e cobertura vacinal de crianças*, RS, 1978-2022.

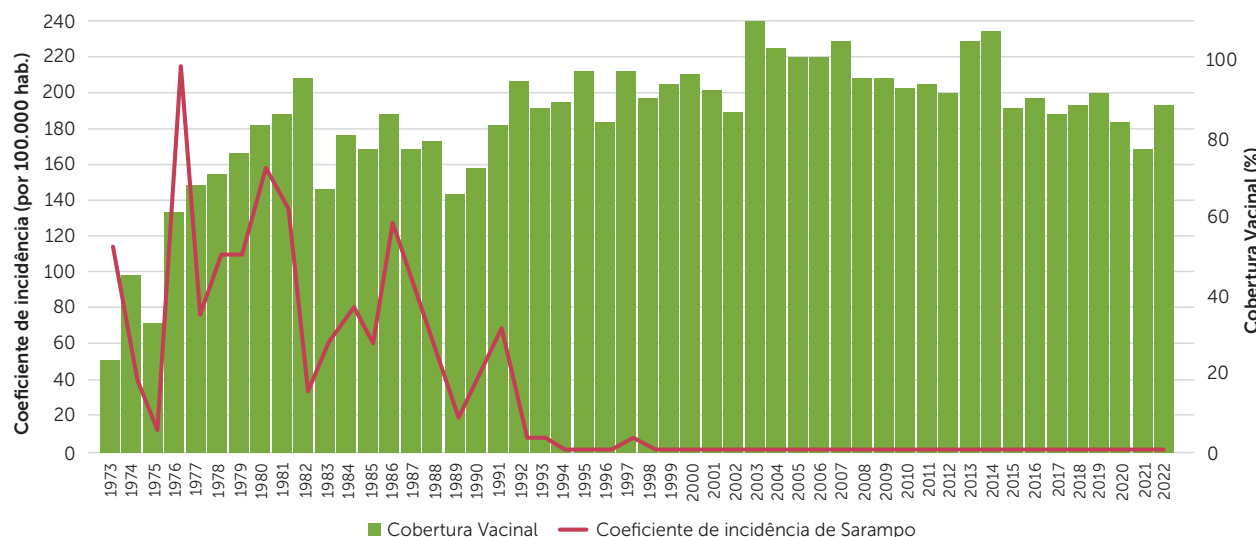


*Em 1997 foi introduzida a vacina Tríplice Viral aos 15 meses de idade. Em 2003, a vacina tríplice viral passou a ser indicada a partir de 01 ano de idade.

Fonte: Divisão de Vigilância Epidemiológica/CEVS/SES/RS. Acesso em: 28/03/2023.

O Sarampo é uma doença infecciosa aguda, viral, especialmente grave em menores de 5 anos, imunodeprimidos e desnutridos, extremamente contagiosa, que pode levar ao óbito. Em setembro de 2016, o Brasil recebeu da OMS o certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo, declarando a região das Américas livre da circulação do vírus. Contudo, em 2018, houve a reintrodução do vírus no país, o que resultou na perda do certificado internacional de "país livre do sarampo". Desde a reintrodução da circulação viral, o RS já registrou 185 casos confirmados de sarampo, com o último caso confirmado 2020. Na **Figura 77** é possível ver a cobertura vacinal e a incidência do Sarampo.

Figura 77. Coeficiente de incidência de Sarampo e cobertura vacinal de crianças*, RS, 1973-2022.



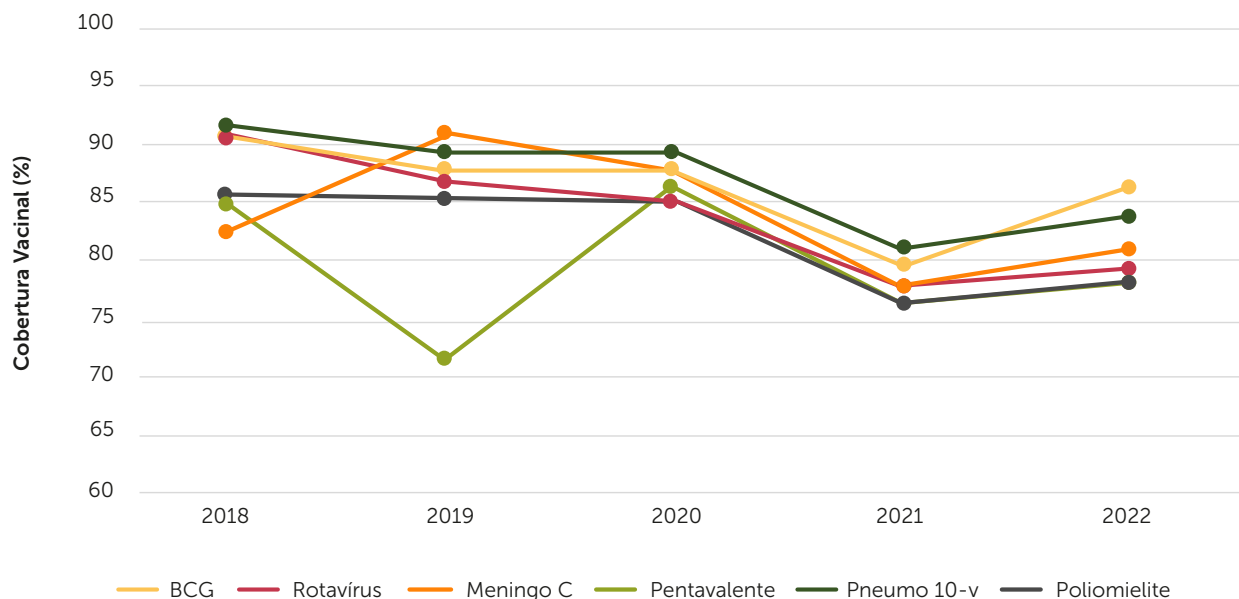
*Em 1997 foi introduzida a vacina Tríplice Viral aos 15 meses de idade. Em 2003, a vacina monovalente não foi mais utilizada e a tríplice viral passou a ser indicada a partir de 01 ano de idade.

Fonte: Divisão de Vigilância Epidemiológica/CEVS/SES/RS. Acesso em: 28/03/2023.

Em fevereiro de 2023, o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) nacional deflagrou alerta de risco moderado de entrada de casos importados no Brasil, em especial nas cidades de fronteira do RS, Santa Catarina e Paraná. Nesse contexto, o RS tem como desafio manter as fontes notificadoras em alerta para a identificação de casos suspeitos.

A Cobertura Vacinal (CV) representa uma importante medida, uma vez que somente com CV adequada é possível alcançar o controle ou manter em condição de eliminação ou erradicação as doenças imunopreveníveis sob vigilância. Avaliando as CV do calendário básico de vacinação de crianças menores de um ano de idade, é possível observar que, no ano de 2018, foram alcançadas as metas preconizadas para as vacinas BCG e Rotavírus. Nos demais anos, nenhuma meta de cobertura vacinal foi alcançada. Além disso, é possível depreender um declínio das taxas, especialmente no ano de 2021 (**Figura 78**). Este cenário de queda também ocorre se comparados os dados de coberturas vacinais do país.

Figura 78. Percentual de cobertura vacinal (por imunobiológico selecionado), RS, 2018-2022*.



*2022: dados preliminares. Acesso em: 24/03/2022. Nota: metas de CV: "BCG e Rotavírus: 90%", "Demais: 95%".

Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI)/DATASUS.

Quando são analisados os resultados municipais, considerando as coberturas durante o ano de 2022 (dados preliminares), em média, 42,5% dos municípios alcançaram as metas preconizadas para os imunobiológicos do calendário vacinal de menores de 1 ano de idade. Porém, observa-se que 56,5% dos municípios gaúchos apresentaram taxas de CV menores do que a meta recomendada (**Tabela 21**).

Tabela 21. Distribuição absoluta e percentual dos municípios segundo imunobiológico selecionado e estratos de coberturas vacinais, RS, 2022*.

Vacinas	Coberturas Vacinais					
	0 a <50% (n)	%	≥50% a <Meta (n)	%	≥Meta (n)	%
BCG (Meta 90%)	71	14,3	201	40,4	225	45,3
Rotavírus (Meta 90%)	19	3,8	242	48,7	236	47,3
Meningo C (Meta 95%)	14	2,8	274	55,1	209	42,1
Pneumo 10-v (Meta 95%)	13	2,6	263	52,9	221	44,5
Pentavalente (Meta 95%)	12	2,4	298	60,0	187	37,6
Poliomielite (Meta 95%)	12	2,4	296	59,6	189	38,0

*2022: dados preliminares. Acesso em: 24/03/2022. Dados sujeitos à atualização.

Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI)/DATASUS.

A cobertura vacinal acumulada alcançada nas Macrorregiões e Regiões de Saúde, no ano de 2022, está apresentada na **Tabela 22**. Nas linhas correspondentes às Regiões e Macrorregiões de Saúde são representadas, em verde, as vacinas que atingiram a meta de cobertura recomendada. Ressalta-se que, apenas a R12 atingiu a meta de cobertura para todas as vacinas analisadas, ou seja, 96,66% das Regiões de Saúde estão abaixo das metas pactuadas.

Tabela 22. Cobertura vacinal (por Macrorregião e Região de Saúde), para as vacinas do calendário infantil (menores de 1 ano), RS, 2022*

Macrorregião/ Região de Saúde	BCG	Rotavírus	Meningo C	Pentavalente	Pneumo 10-v	Poliomielite
Centro-oeste	63,75	72,58	74,67	72,22	77,80	72,21
R1	50,92	75,33	76,79	74,03	81,35	73,65
R2	31,14	57,12	61,03	59,52	61,12	59,16
R3	81,82	73,23	75,51	73,16	77,98	73,56
Metropolitana	91,36	76,56	78,68	75,86	82,47	75,90
R4	83,43	88,21	87,49	85,50	91,59	85,55
R5	83,86	79,02	80,67	78,85	85,37	79,02
R6	84,32	79,74	81,70	79,09	85,93	79,16
R7	84,30	73,70	75,78	73,24	79,08	72,70
R8	74,77	73,61	75,61	72,52	79,04	72,15
R9	87,84	75,53	78,89	74,54	82,08	74,90
R10	103,13	77,22	79,50	76,73	83,54	77,06
Missioneira	88,29	86,81	89,54	85,82	90,04	86,07
R11	85,44	83,42	86,07	82,85	88,59	82,52
R12	107,77	103,39	107,04	100,27	105,58	102,19
R13	77,32	76,67	80,17	75,70	79,45	75,98
R14	92,43	92,36	93,83	92,06	94,18	92,02
Norte	84,98	88,54	88,64	84,88	91,56	85,14
R15	93,89	92,21	87,19	91,50	95,85	91,71
R16	47,21	87,19	89,61	85,07	90,03	85,11
R17	93,97	86,83	86,75	79,50	89,65	79,99
R18	91,37	94,34	93,06	93,26	96,43	93,40
R19	92,72	90,42	90,50	89,35	93,41	89,04
R20	89,52	85,14	83,80	82,04	88,85	82,52
Sul	83,66	71,89	72,67	69,22	77,02	70,42
R21	83,64	69,43	70,34	67,00	75,22	68,47
R22	83,74	82,58	82,82	78,87	84,88	78,92

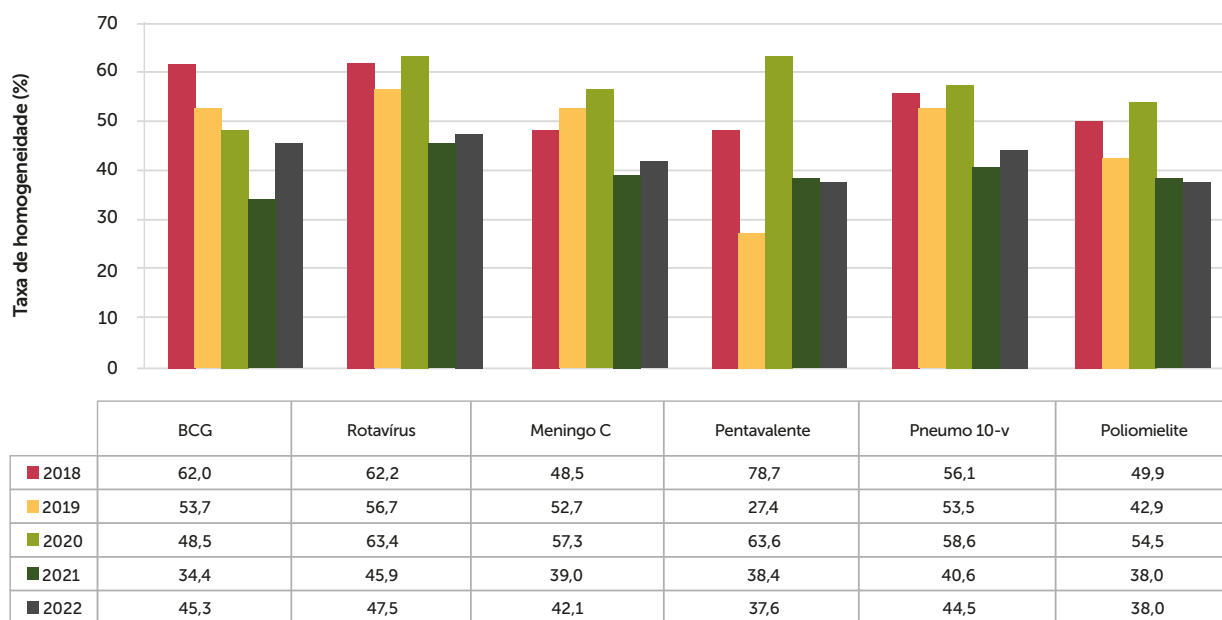
Macrorregião/ Região de Saúde	BCG	Rotavírus	Meningo C	Pentavalente	Pneumo 10-v	Poliomielite
Serra	89,83	84,66	82,85	84,40	87,47	83,89
R23	86,55	82,17	79,01	82,28	83,98	81,71
R24	88,76	87,48	87,20	88,26	91,37	88,54
R25	92,86	85,05	82,01	82,45	87,53	81,74
R26	96,38	90,51	94,36	92,34	96,52	91,87
Vales	88,64	85,16	86,70	83,69	88,08	84,54
R27	87,77	84,94	85,52	80,04	86,71	82,60
R28	83,20	77,66	79,66	76,63	81,39	76,95
R29	91,96	91,48	92,69	90,55	93,87	91,11
R30	97,35	92,51	94,96	94,16	96,15	94,23
Rio Grande do Sul	86,85	79,55	80,88	78,33	84,21	78,51

*2022: dados preliminares. Acesso em: 24/03/2022.

Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI)/DATASUS.

Além da análise de CV, o desempenho dos programas de vacinação pode ser monitorado através de indicadores de homogeneidade de coberturas e taxa de abandono para as vacinas com esquema multidoso. **A Figura 79** demonstra que nos anos de 2018 a 2022, o RS não alcançou o parâmetro recomendado de 70% ou mais de municípios com coberturas vacinais adequadas.

Figura 79. Homogeneidade de coberturas vacinais (segundo imunobiológico selecionado), RS, 2018-2022*.

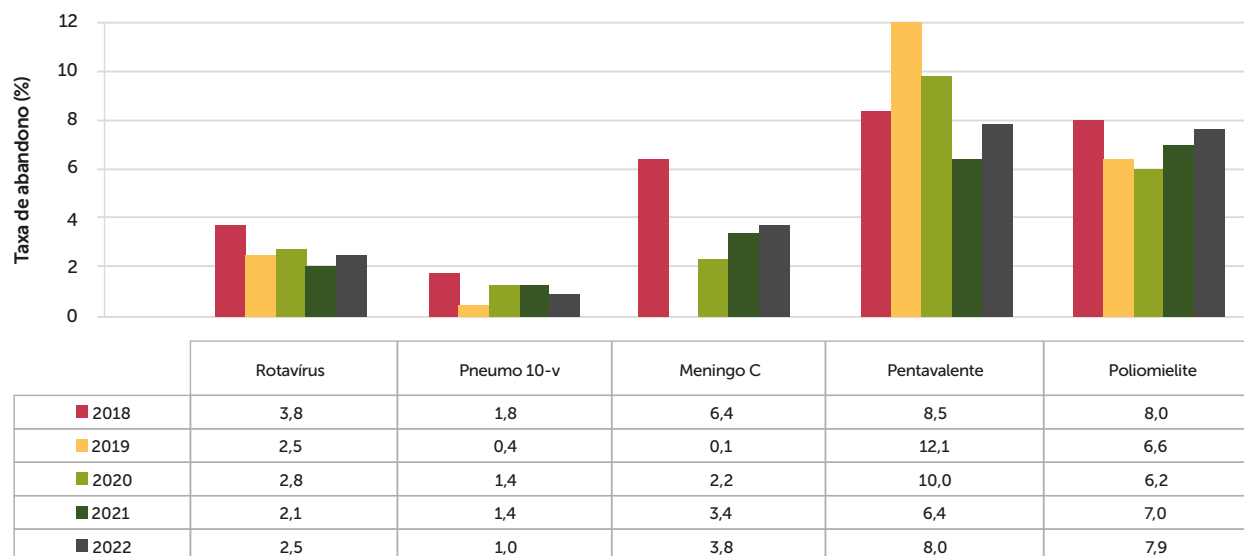


*2022: dados preliminares.

Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI)/DATASUS. Acesso em: 24/03/2022.

As maiores taxas de abandono ocorreram com a vacina da Pentavalente nos anos de 2019 (12,1%) e 2020 (10,0%). De acordo com parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, taxas moderadas de abandono (≥ 5 a $< 10\%$) podem ser observadas com a vacina da Poliomielite em toda série histórica analisada (**Figura 80**).

Figura 80. Taxas de abandono da vacinação de crianças menores de 1 ano, RS, 2018-2022*.



*2022: dados preliminares.

Nota: A taxa de abandono é estimada pela diferença entre o número de primeiras e de últimas doses do esquema vacinal primário, dividido pelo número de primeiras doses, multiplicado por 100.

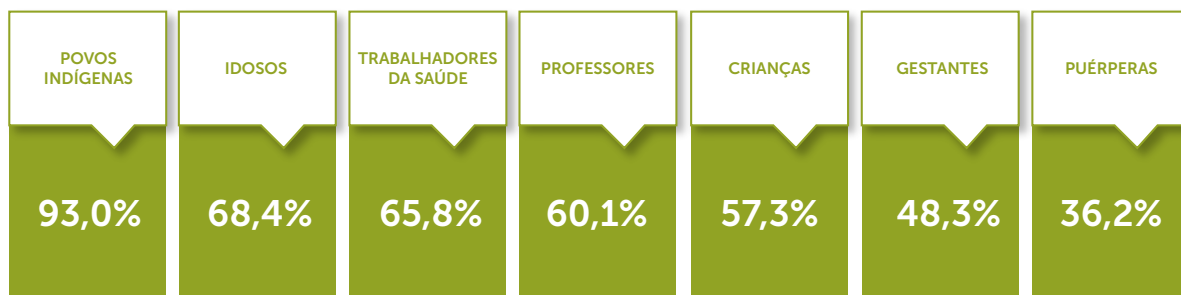
Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI)/DATASUS. Acesso em: 24/03/2022.

A vacina Tríplice Viral é a medida mais eficaz de prevenção, controle e eliminação do sarampo, indicada para indivíduos de 12 meses até 59 anos de idade e para trabalhadores de saúde no geral. De acordo com a série histórica (2018 a 2022), o estado não alcançou a meta de 95% de cobertura em nenhum dos anos analisados, apresentando queda, especialmente na segunda dose, a partir de 2019.

O câncer do colo do útero é uma doença grave e um grande problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, devido à alta incidência e mortalidade. Em 2014, a vacina contra HPV foi introduzida no Brasil como mais uma forma de prevenção. O Ministério da Saúde adotou a vacina quadrivalente, a qual protege contra os 4 tipos de HPV, 6, 11, 16 e 18. Atualmente, é recomendada para meninas e meninos de 9 a 14 anos, com esquema de duas doses e intervalo de seis meses entre elas. No RS, no ano de 2021, a taxa de abandono no público masculino é superior à taxa observada no grupo feminino em todas as Macrorregiões de Saúde e, no estado, chega a 25,2% no público masculino e a 17,7% no público feminino.

A campanha nacional de vacinação contra a Influenza ocorre anualmente em todo o país. O RS atingiu a meta preconizada de 90% apenas no ano de 2020 (93,5%), com um decréscimo significativo da cobertura nos anos de 2021 (79,3%) e 2022 (65,2%). Sendo que, no ano 2022, o percentual atingido foi menor que os anos de 2018 (86,4%) e 2019 (87,1%). Na campanha de vacinação contra a Influenza de 2022, foi alcançada a meta de cobertura vacinal apenas na população indígena, ficando os demais grupos prioritários com percentuais abaixo do recomendado (**Figura 81**).

Figura 81. Cobertura vacinal da Influenza (segundo grupo prioritário), RS, 2022*.



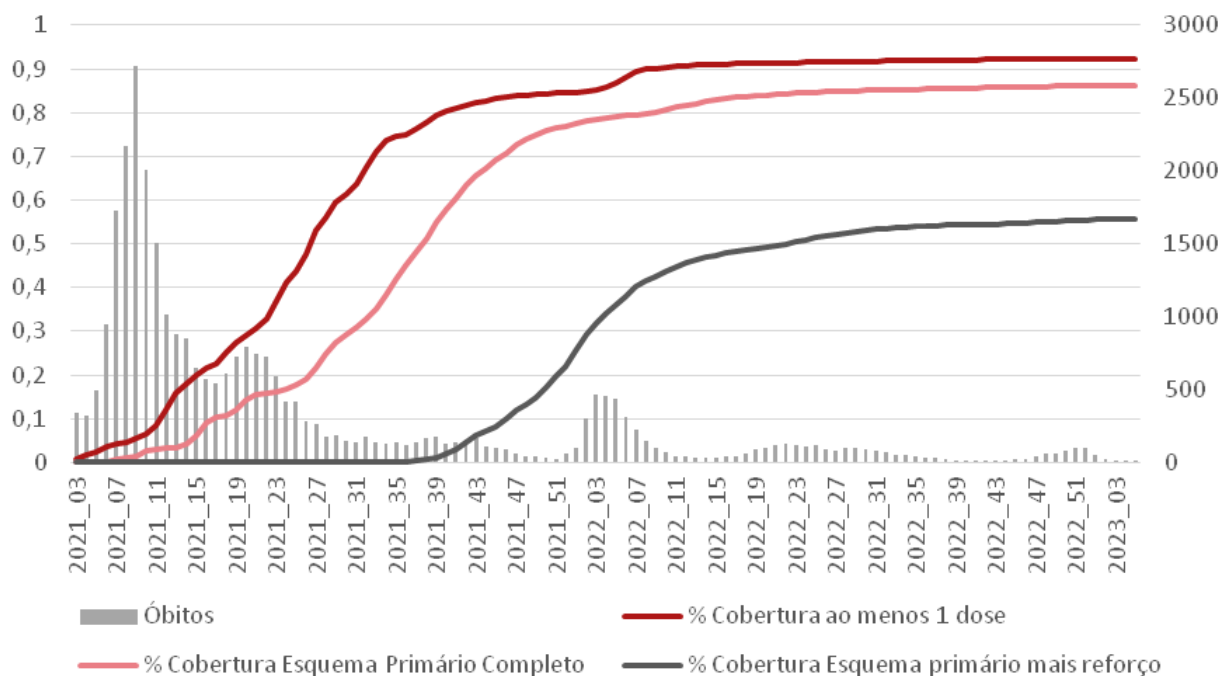
*2022: Dados preliminares.

Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI)/Ministério da Saúde. Acesso em: 24/03/2022.

Desde o início da vacinação contra a covid-19, em 18 de janeiro de 2021, foram distribuídas cerca de 30.648.075 doses das vacinas aos municípios gaúchos. Até o momento, foram aplicadas mais de 28 milhões de doses em todo o estado. Apesar dos esforços empregados, cerca de 5 milhões de doses ainda estão em atraso (RIO GRANDE DO SUL, 2023).

As vacinas covid-19 tiveram um grande impacto na redução da morbimortalidade da doença, evitando muitos óbitos e internações desde a sua introdução. De fato, desde o início da campanha, em janeiro de 2021, pode-se observar uma queda importante da mortalidade por covid-19 à medida que se avançou na vacinação (**Figura 82**).

Figura 82. Cobertura vacinal (segundo situação vacinal versus número de óbitos por covid-19), semanas epidemiológicas, 03/2021 a 03/2023, RS.



Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI)/Ministério da Saúde; Painel covid-19 SES/RS. Acesso em: 27/03/2023.

3. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

O objetivo deste capítulo da Asis é apresentar e analisar a estrutura e organização do SUS com suas redes, demonstrando os vazios e suficiências assistenciais.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ORDENADORA DO CUIDADO

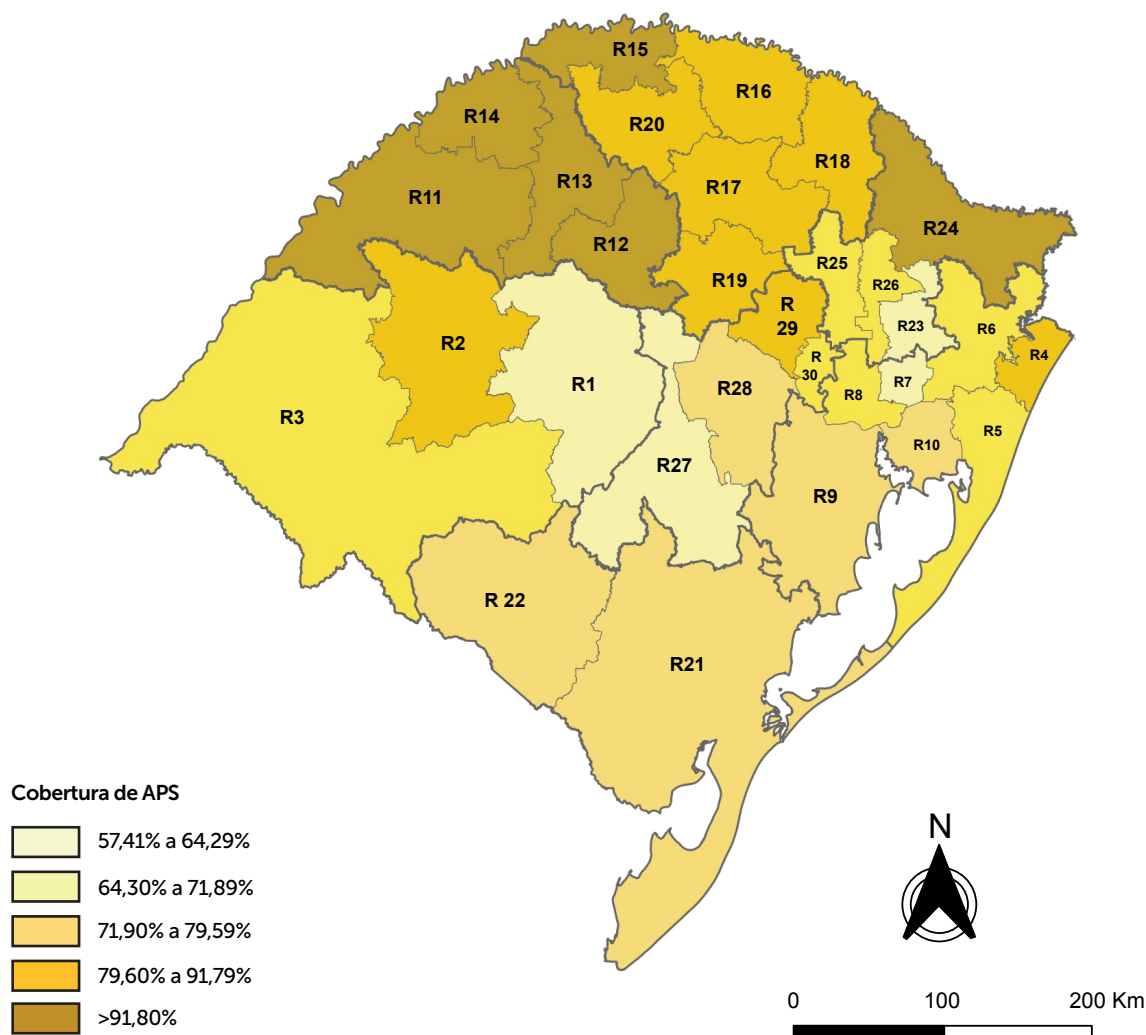
A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do SUS e o centro de comunicação com todas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizando-se por um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito individual e coletivo. A APS do RS é composta por 2.737 Equipes de Saúde e tem a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário de organização. Até a competência fevereiro de 2023, existiam 2.359 equipes de Saúde da Família (ESF) e 466 equipes de Atenção Primária (eAP), distribuídas nos 497 municípios do estado, além de 104 Academias de Saúde.

COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO

De acordo com dados do relatório de cobertura da APS (e-Gestor AB), o estado do RS possuía, na competência do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) de dezembro de 2022, 8.521.840 pessoas cadastradas em equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária à Saúde, representando um aumento de 50,38% no número de pessoas cadastradas desde a primeira apuração do dado em 2020 (**Figura 83**).

Em 2022, 88,79% da população cadastrada estava vinculada às equipes de Saúde da Família e 13,92% às equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). Das 30 Regiões de Saúde do estado, 13 possuíam mais de 80% da população cadastrada na APS. A Região de Saúde 13 (R13) apresentava o maior percentual de cadastros (98,6%), enquanto a R23 o menor (57,41%).

Figura 83. Cobertura da Atenção Primária à Saúde no RS, dezembro de 2022.



Fonte: e-Gestor/Ministério da Saúde (<https://egestorab.saude.gov.br/>) Acesso em: 09/03/2023.

POPULAÇÃO CADASTRADA NA APS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO

Em fevereiro de 2023, a cada 100 pessoas residentes do Estado, 60 estavam vinculadas a alguma equipe de saúde da APS. Na fase adulta, de 19 a 59 anos, a taxa de cadastro foi de 57,4 entre homens e 62,9 entre mulheres, que historicamente procuram mais os serviços de saúde (BRASIL, 2023). Essa diferença dos usuários cadastrados reflete a maneira como os homens acessam os serviços e pode subsidiar o planejamento de políticas públicas voltadas para a qualificação do acesso e acolhimento desta população.

Salienta-se que a baixa taxa de cadastros em menores de um ano é preocupante, na medida em que vai ao encontro da baixa cobertura vacinal nesta faixa etária, conforme indicador do Programa Previne Brasil.

POPULAÇÃO CADASTRADA NA APS POR RAÇA/COR

No que se refere à raça/cor de pele dos usuários cadastrados, 84,9% autodeclararam-se brancos, 12,3% negros (preta e parda), 0,9% amarelos, 0,1% indígenas e 1,7% não declararam essa informação. No que tange à taxa de cadastros por 1.000 habitantes na APS registrados no e-SUS segundo a raça/cor da pele e Regiões de Saúde, pode-se observar que em mais da metade das 30 Regiões de Saúde, a população branca apresentou maior taxa quando comparada às populações negra (preta e parda) e indígena (**Tabela 23**). A maior diferença pode ser observada na Região de Saúde R11, onde a população branca apresentou quatro vezes mais cadastros do que a população negra e 28 vezes mais cadastros do que a população indígena. Conforme estimativa do IBGE, a cada mil habitantes brancos, 1.108 estavam cadastrados na APS; a cada mil habitantes negros e indígenas, apenas 268 e 39, respectivamente, estavam cadastrados na APS.

As desigualdades e iniquidades raciais no cadastro da APS entre a população branca, negra e indígena podem estar relacionadas ao racismo institucional, aos aspectos culturais, sociais, econômicos, étnicos, linguísticos e entre outros fatores que se constituem como barreiras de acesso e utilização dos serviços de saúde.

Tabela 23. Taxa de cadastros no e-SUS (por 1.000 habitantes, Regiões de Saúde e por raça/cor da pele), RS, 2022.

Região de Saúde	Branca	Preta/Parda	Indígena	Total
R1	571	476	356	574
R2	983	366	55	923
R3	564	457	54	543
R4	953	637	62	923
R5	746	506	273	738
R6	709	411	92	732
R7	603	309	201	577
R8	740	588	269	743
R9	662	499	127	653
R10	416	514	151	438
R11	1.108	268	39	958
R12	952	434	69	937
R13	1.151	470	16	1.056
R14	1.030	343	435	966
R15	1.067	414	156	953
R16	930	680	97	886
R17	788	579	622	775
R18	1.025	505	165	943
R19	978	365	103	874
R20	1.027	370	59	864
R21	553	573	174	586
R22	593	533	266	583

Região de Saúde	Branca	Preta/Parda	Indígena	Total
R23	531	460	84	566
R24	987	856	2.793	959
R25	719	859	385	743
R26	718	652	851	726
R27	779	546	230	752
R28	689	625	66	684
R29	987	758	2.046	978
R30	584	529	227	591
Total	679	507	154	665

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)/Ministério da Saúde/DATASUS. Acesso em: 22/03/2023.

Os Indígenas apresentaram as menores taxas de cadastro no e-SUS em relação à população branca e negra. Essa população enfrenta diversas barreiras no acesso aos serviços de saúde, dentre elas a questão etnocultural, linguística e a vulnerabilização às quais estão expostos. Salienta-se que os indígenas aldeados são cadastrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), sistema próprio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, não tendo interoperabilidade com o sistema e-SUS, ambos sistemas sob gestão do Ministério da Saúde. Destaca-se a necessidade de integração dos indígenas enquanto munícipes nos sistemas de informação, assim como no acesso aos serviços e nas ações para a superação das lacunas e a melhoria dos indicadores epidemiológicos.

EQUIPES DE ESF COMPLETAS E INCOMPLETAS

As eSF têm como composição mínima médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, todos com carga horária mínima de 40 horas semanais. As equipes incompletas são aquelas que, por duas competências consecutivas no CNES, permanecem sem o número de profissionais e/ou carga horária adequada nas eSF e eAPs, e incorrem em suspensão do recurso financeiro, conforme Portaria GM/MS nº 38/2022.

É possível identificar que a incompletude das equipes, muitas vezes, está associada à dificuldade de fixação de profissionais, em especial, médicos. As Regiões de Saúde com maiores percentuais de equipes incompletas coincidem com aquelas com baixas coberturas de APS por número de cadastro, sugerindo que a falta de profissionais impacta no acesso e na qualidade do seguimento do cuidado em saúde na APS. A incompletude de equipes também impacta na captação financeira do município, uma vez que a manutenção de equipes incompletas acarreta descontos nos pagamentos realizados pelo Ministério da Saúde aos municípios. As Regiões de Saúde R3, R9, R10 e R25 apresentam mais de 10% das equipes com déficit de profissionais, enquanto as Regiões de Saúde R21, R22 e R23 apresentam mais de 20% das equipes incompletas, acima da média do estado, que é de 8,71% (SISAB, 2023).

EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA APS

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023, instituiu as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), em três diferentes modalidades: eMulti Ampliada, eMulti Complementar e eMulti Estratégica. A exemplo dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que tiveram seu financiamento extinto, as eMulti são equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde - APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde - RAS. No contexto da pandemia do Coronavírus, a Divisão de Atenção Primária à Saúde (DAPS)/SES/RS recomendou aos municípios que as equipes multiprofissionais fossem fortalecidas, a fim de atuarem na atenção às demandas do cenário pandêmico, não limitando, no entanto, a atuação destas equipes a este escopo. Ainda, no âmbito estadual, vem-se incentivando a inclusão de equipes multiprofissionais na APS por meio do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), em seu componente estratégico de incentivo à qualificação da Atenção Primária à Saúde - Rede Bem Cuidar RS, que teve como critério de adesão a indicação de 60 horas semanais de profissionais de nível superior, para além da equipe mínima.

Em março de 2023, havia 3.871 profissionais de outras formações de nível superior além das previstas para as equipes mínimas vinculados a serviços de Atenção Primária à Saúde nos municípios, sendo as mais presentes: psicólogo (948), nutricionista (628), fisioterapeuta (620), farmacêutico (594) e assistente social (445). Considera-se que no período havia 27.650 profissionais de nível superior de todas as formações cadastrados em CNES de serviços de Atenção Primária à Saúde. Já, os profissionais de formação não médica e de enfermagem perfaziam cerca de 14% da força de trabalho de nível superior da APS.

Durante o ano de 2022, apenas 5,44% do total de atendimentos individuais na APS (23.506.504) foi realizado por profissionais que não compõem as equipes mínimas, tais como Assistente Social, Educador Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional e Naturólogo, entre outros. Esses profissionais realizaram 49,9% do total de atendimentos em grupo (125.134) no mesmo período. Em 2022 foram realizados um total de 168.962 atendimentos individuais em domicílio pelos profissionais de nível superior na APS, sendo 26% pelos profissionais da equipe ampliada.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Em relação ao provimento de Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional que realiza a integração dos serviços de APS com a comunidade, houve uma redução de 3,68% no número de profissionais atuantes nos municípios entre o período dezembro de 2019 e fevereiro de 2023 de 10.362 para 9.981 trabalhadores (SISAB, 2023). Isso se deve à mudança na Política Nacional de Atenção Básica, conforme Portaria GM/MS Nº 2.436/2017, a qual prevê a possibilidade de formação de equipes de ESF com a exigência de apenas um ACS, o que pode gerar fragilidade na atuação das equipes frente às ações de saúde no território (BRASIL, 2017).

Salienta-se a necessidade da ampliação do quantitativo desses profissionais, essenciais para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção na saúde, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida da população. No ano de 2022, os ACS realizaram 23.877 atividades coletivas nos municípios (19,08% do total), sendo Ações de combate ao *Aedes aegypti*, Alimentação saudável e Saúde mental as mais frequentes. No mesmo período, estes profissionais realizaram 16.510.582 visitas domiciliares, uma média de 1.654 visitas por profissional.

VISITADORES DO PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

Através de Nota Técnica DAPPS/SES-RS, em maio de 2021, com concordância da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde passam a ser incluídos os visitantes do Primeira Infância Melhor (PIM) no CNES, com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de Agente de Ação Social (515310) compondo as ações estratégicas da Atenção Primária em Saúde na rede materno paterno infantil do RS, com recurso orçamentário estadual vinculado ao PIAPS (Portaria SES nº 360/2023). Em 2022, o RS contava com 1.385 visitantes, profissionais capacitados em desenvolvimento infantil responsável por realizar a visita domiciliar semanalmente junto às famílias com crianças e gestantes em situação de vulnerabilidade social.

QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES, INTERSETORIALIDADE, CONTROLE SOCIAL E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Considerando o estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) referente às responsabilidades tripartites, faz-se necessário monitorar as ações realizadas pelos municípios e que precisam ser aprimoradas em termos de qualificação profissional, participação popular e controle social. No ano de 2022, conforme dados do SISAB, entre os 497 municípios, 88% realizaram ao menos uma atividade de educação permanente com suas equipes no ano e 48% realizaram até 12 atividades no ano. O total de atividades de educação permanente realizado pelos municípios no estado foi de 11.783, distribuídas de maneira não uniforme no território.

Em relação a atividades intersetoriais e controle social, 50,7% dos municípios registraram em prontuário eletrônico a realização de ao menos uma reunião intersetorial ou com conselho local de saúde ou com controle social, perfazendo um total de 4.266 ocorrências deste tipo de atividade no estado. Em termos de mobilização social, 56,1% dos municípios realizaram, através de suas equipes de APS, atividades deste tipo, totalizando 26.277 eventos e uma perspectiva de 387.442 participantes.

PROGRAMA PREVINE BRASIL

O Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 2.979/2019, o Programa Previne Brasil, modelo de financiamento da APS em nível federal, que passa a ser distribuído com base em quatro critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional.

Dos sete indicadores pactuados, três têm relação com o cuidado ofertado às gestantes: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação (meta de 45%); proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV (60%) e a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (60%). Para um pré-natal de qualidade, a fim de identificar fatores de risco, é fundamental que sejam realizadas ao menos seis consultas, além de início precoce, até a 12ª semana. Espera-se ainda, uma avaliação odontológica a cada trimestre de gestação e que sejam realizados dois testes rápidos para sífilis e dois para HIV.

No último quadrimestre de 2022, o estado alcançou a meta de número de consultas (45%) e a relacionada à testagem de sífilis e HIV (61%), ambos apresentaram melhora quando comparado ao primeiro quadrimestre do ano (44% e 58% respectivamente). Os resultados são semelhantes ao alcance da meta em âmbito nacional (44% e 62%), respectivamente. No que diz respeito às consultas odontológicas, apesar de melhora entre os dados do terceiro quadrimestre (48%) quando comparados ao primeiro de 2022 (42%), o RS ainda não alcançou a meta de 60%. Nacionalmente, também não houve atingimento da meta (53%). Cabe ressaltar que os resultados são referentes à população cadastrada, sendo menores quando comparados à população total do estado.

Em relação à coleta de citopatológico em mulheres na APS, o indicador vem apresentando melhora nos últimos quadrimestres (22% no Q1, 23% no Q2 e 25% no Q3), mas ainda abaixo da meta estipulada pelo MS de 40%. Em âmbito nacional, também há dificuldades do alcance da meta (17% no Q1, 19% no Q2 e 21% no Q3). O rastreamento de câncer de colo do útero, viabilizado pela realização do exame citopatológico, é fundamental para a identificação precoce da doença e consequente redução da taxa de mortalidade por neoplasia de colo do útero, para tanto, é fundamental que as equipes de APS ampliem a busca ativa do público-alvo.

Em 2022, o indicador de proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS com as vacinas da Poliomielite inativada e Pentavalente (Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B e infecções causadas por *Haemophilus influenzae*) e tipo b manteve-se estável (73% no Q1, 72% no Q2 e 74% no Q3), mas ainda abaixo da meta de 95% de crianças cadastradas vacinadas. A baixa cobertura vacinal aumenta o risco de reinserção de doenças nos territórios, por isso, é necessária a realização de um pré-natal adequado com orientação quanto à importância da vacinação, além da busca ativa de crianças com calendário vacinal incompleto.

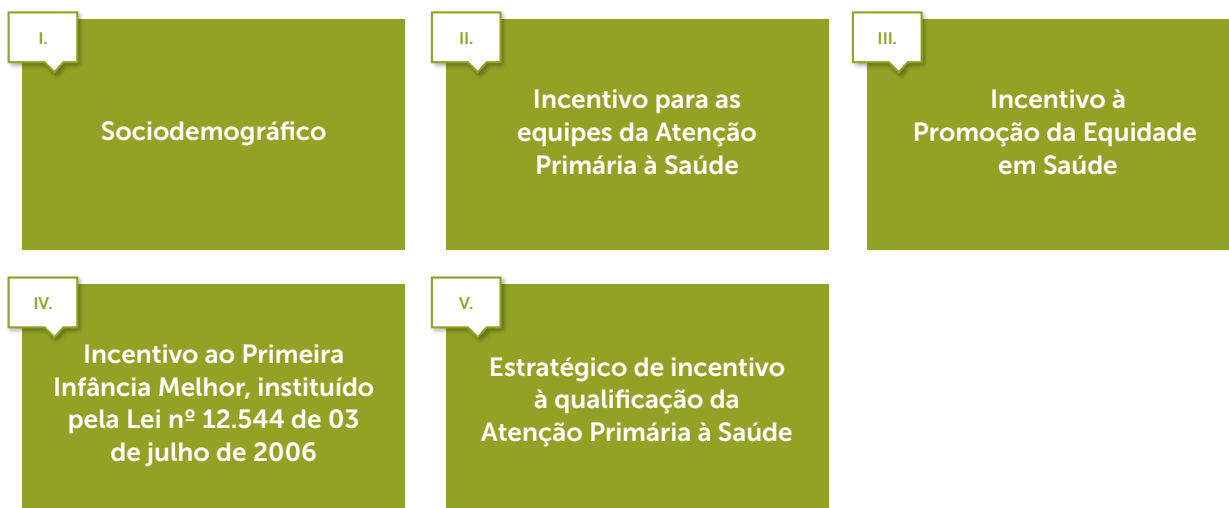
Durante os três Quadrimestres (Q) de 2022, a proporção do indicador de diabetes mellitus (DM) no RS se manteve abaixo da meta de 50% (11%, no Q1, 16% no Q2 e 19% no Q3). Da mesma forma, a proporção do indicador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) também se manteve abaixo da meta de 50% (18% no Q1, 23% no Q2 e 26% no Q3). Apesar do aumento discreto da proporção de ambos os indicadores ao longo dos quadrimestres do ano de 2022, ainda são necessárias ações de sensibilização e de qualificação dos registros no sistema com as equipes de Atenção Primária à Saúde para a melhoria dos resultados corretos no sistema.

Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde A SES/RS, após ampla discussão interna, e com os municípios em CIB/RS, e junto ao Conselho Estadual de Saúde/RS, construiu uma nova proposta de cofinanciamento da APS, que começou a ser implementada em

2021. Assim, através do Decreto estadual nº 56.061/2021, foi instituído o Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS) para qualificação da APS no SUS.

O PIAPS consiste em um programa de fortalecimento e qualificação da APS no âmbito municipal, por meio de acompanhamento sistemático e repasse de recursos financeiros aos municípios, para fins de custeio e de investimento em serviços e ações de saúde, com cinco componentes (**Figura 84**). O estado do RS, através deste programa, induz ações em diferentes âmbitos, com destaque para o incentivo à Primeira Infância, função de gestor e das equipes ampliadas multidisciplinares.

Figura 84. Componentes do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), RS, 2021.



Fonte: RS, 2021.

A Portaria SES/RS Nº 360/2023 define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do PIAPS. Anualmente, o programa destina recurso financeiro de R\$ 328.000.000,00 (trezentos e vinte oito milhões de reais), que é dividido entre os componentes e transferidos diretamente do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. O programa distribui o recurso através de critérios específicos visando atender as disparidades locais para a promoção da equidade em saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2023).

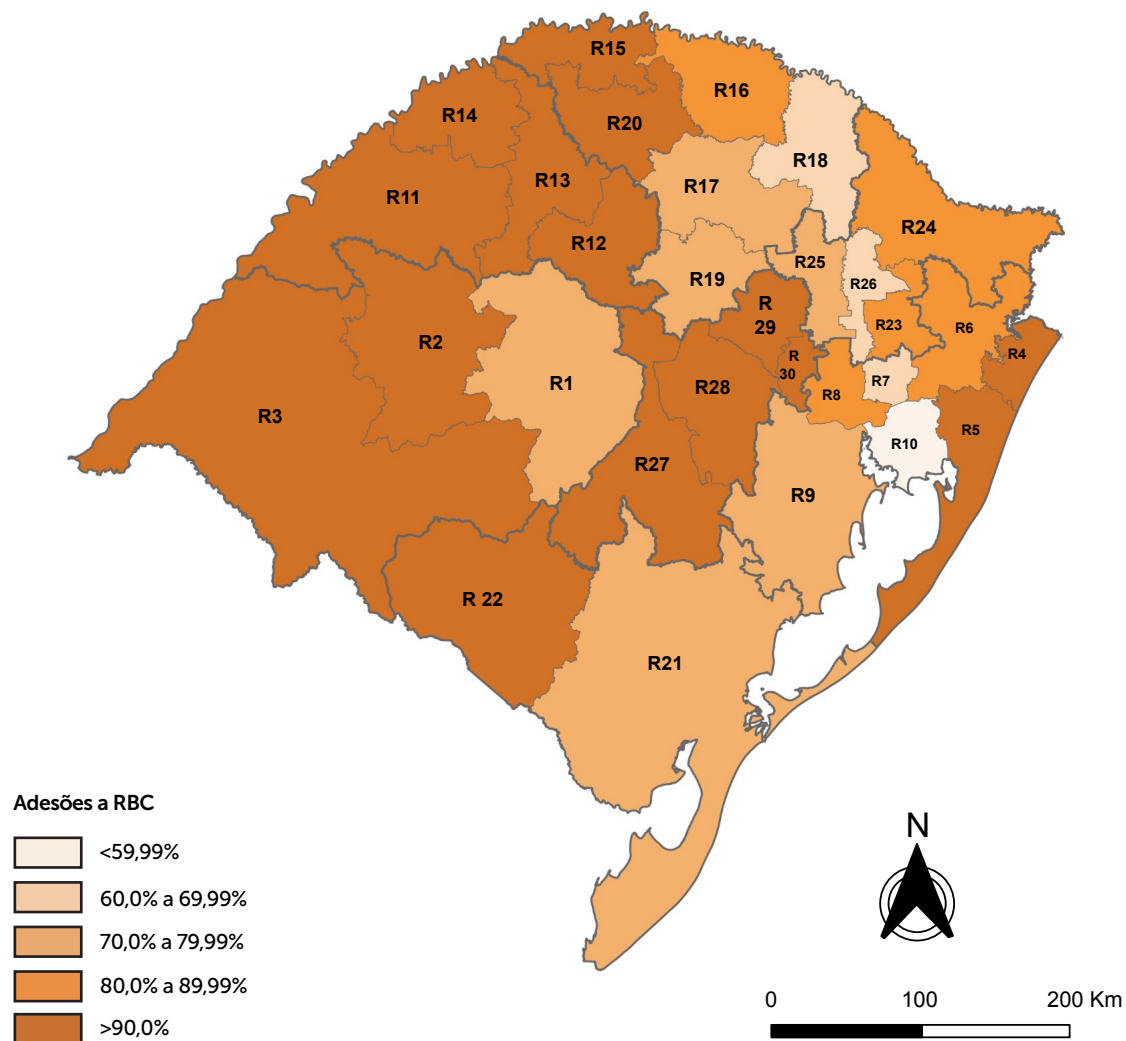
O eixo de qualificação das equipes de APS dentro do PIAPS é a Rede Bem Cuidar (RBC), preconizando a manutenção da equipe mínima completa de uma Equipe de Saúde da Família, incluindo atenção à saúde bucal, e integrando profissionais de outros núcleos. Em março de 2023, a RBC encontrava-se em seu terceiro ciclo, onde foram propostas, entre outras ações, o fortalecimento dos processos básicos da APS através de capacitação sobre territorialização. Adicionalmente aos objetivos globais da RBC, que visam atender à toda população de seu território em suas necessidades, nos três primeiros ciclos de execução da Rede tem sido ofertada aos municípios a oportunidade de serem certificados como Unidade Básica Amiga da Pessoa Idosa, conforme cumprimento de ações específicas incentivadas.

Em duas janelas de adesão, que ocorreram em 2021, 428 municípios aderiram à Rede

Bem Cuidar. Destes, 30% dos municípios possuíam apenas uma (1) eSF, a qual é equipe RBC e 19% dos municípios possuíam duas (2) eSF, sendo uma (1) delas cadastrada como equipe RBC.

No primeiro e segundo ciclo da RBC, os 428 municípios aderidos concorreram ao selo Bronze e Prata, respectivamente, desenvolvendo suas atividades em busca do Selo Ouro. Em março de 2023, a RBC conta com 320 municípios certificados, sendo 139 Equipes com Selo Bronze e outras 181 com o Selo Prata de Unidade Amiga da Pessoa Idosa (**Figura 85**).

Figura 85. Municípios com adesão à Rede Bem Cuidar, RS, março de 2023.



Fonte: Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS)/SES/RS. Acesso em: 22/03/2022.

O Componente IV trata do incentivo financeiro do Primeira Infância Melhor (PIM), com o objetivo de contribuir para a efetivação das diretrizes do Marco Legal da Primeira Infância, da Rede Cegonha, das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Criança e de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Programa Criança Feliz, entre outras políticas de saúde e sociais. A atuação do PIM se dá por meio de visitas domiciliares e atividades grupais periódicas, que são realizadas a partir de planos singulares de atendimento. Busca fortalecer a vigilância e a promoção

do desenvolvimento integral, a interação parental positiva e a articulação em rede do cuidado das famílias, principalmente aquelas que se encontram em situação de vulnerabilidade. As ações do PIM impactam na melhoria das condições de saúde, educação e desenvolvimento social, incidindo sobre a transmissão intergeracional das desigualdades. Destacam-se os resultados recentes apresentados por três institutos de pesquisa: (i) o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), publicou estudo analisando a existência de efeitos cooperativos sobre as taxas de mortalidade infantil (ROSTIROLLADA et al., 2022); (ii) Pesquisa da UFPel; publicada na revista britânica BMJ Global Health, demonstrou que as crianças visitadas pelo PIM, desde o momento da gestação, tiveram uma diminuição de 60% na probabilidade de apresentar um baixo escore de desenvolvimento infantil (SILVA et al., 2022) (iii) a coleta de dados da segunda etapa da Avaliação Experimental Longitudinal sobre os efeitos do PIM realizada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) revelou resultados importantes - entre eles ganhos em habilidades motoras finas, melhoria das habilidades parentais nas famílias, maior acesso a serviços de saúde, além da redução de 62,4% do uso de violência física. Os resultados ainda demonstram o aumento de 28,8 horas do número de horas que o cuidador passa com a criança, imprimindo qualidade do relacionamento pessoal, sendo que famílias tratadas interagem mais com as crianças com atividades como cantar e ensinar canções. Os resultados desses e outros estudos podem ser acessados em: <https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/o-pim/pesquisas-e-avaliacoes/>

TELESSAÚDE RS-UFRGS

O TelessaúdeRS-UFRGS é um conjunto de ações que visam a melhoria da qualidade e resolubilidade da prática clínica na APS, por meio de suporte aos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas da APS no RS. É desenvolvido mediante convênio entre o Governo do Estado do Rio Grande do Sul e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Desde 2013, a principal ação no estado se concentra no canal 0800 644 6543 para auxílio especializado aos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas da APS, colaborando na resolução de dúvidas clínicas a partir dos preceitos da saúde baseada em evidências. O **Quadro 10** apresenta os resultados do TelessaúdeRS-UFRGS, no estado do RS, para o período 2020-2022.

Quadro 10. Resultados do TelessaúdeRS-UFRGS, RS, 2020-2022.

Ação	Frequência Absoluta
Estabelecimentos de saúde que realizaram consultorias via canal 0800	472
Consultorias canal 0800 não relacionada à regulação ambulatorial	129.250
Ações de Regulação no Sistema GERCON	537.337
Consultorias canal 0800 relacionadas à regulação ambulatorial	42.492
Exames diagnósticos laudados pelo TelessaúdeRS	38.952
Avaliações de solicitações no Sistema AME (Equipe Telefarmas) ¹	128.382
Avaliações de pacientes ostomizados (Equipe Telestoma) ²	379

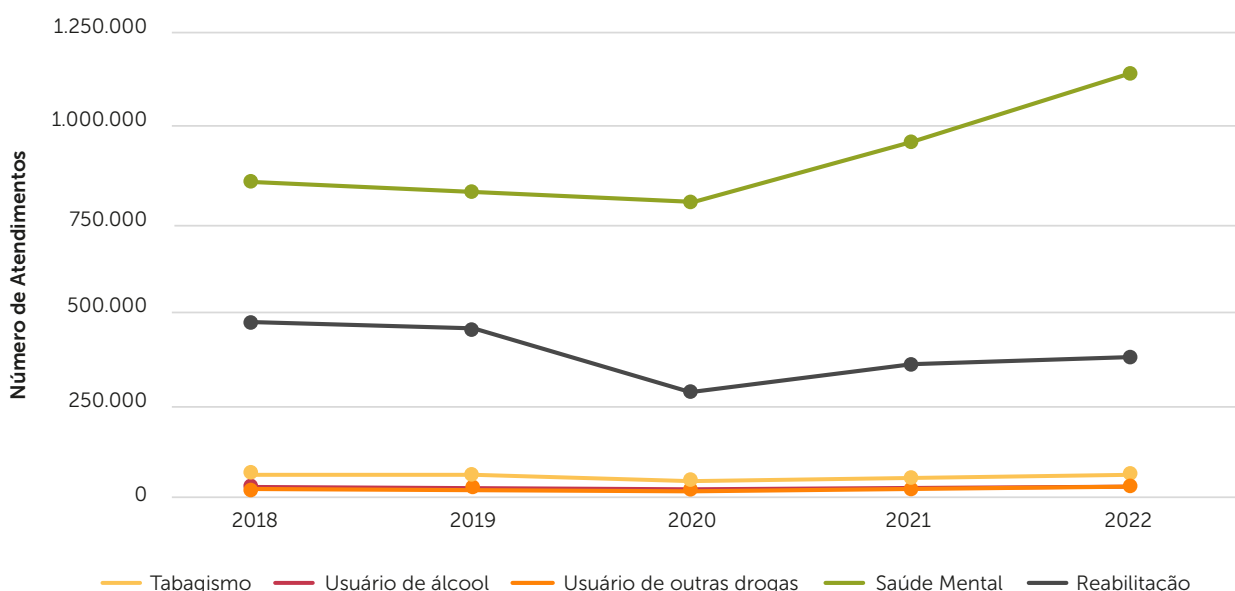
¹Início da ação em abril de 2021. ²Início da ação em junho 2022. Gercon: Sistema de Gerenciamento de Consultas. AME: Administração de Medicamentos.

PRODUÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA (SISAB), DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Os números absolutos de atendimentos registrados em saúde mental no SISAB, acrescido das condições avaliadas como Tabagismo, Uso de Álcool e Uso de outras drogas somados, são em torno de 20% de todos os atendimentos registrados na série histórica analisada. Esse dado aponta para o desafio e relevância epidemiológica das questões de saúde mental na APS.

Percebe-se que, em relação aos cinco anos analisados, o quantitativo de atendimento de saúde mental às mulheres apresentou-se pelo menos duas vezes maior que os atendimentos realizados com o público masculino (dados não apresentados na figura). Ressalta-se que os dados de mortalidade por suicídio entre 2018 e 2020, no SIM/DATASUS, apresentam um quantitativo de situações de no mínimo quatro vezes mais casos que acometeram homens em relação às mulheres.

Figura 86. Série histórica do número de atendimentos individuais na Atenção Primária à Saúde relacionados ao tabagismo, usuário de álcool, usuário de outras drogas, saúde mental e reabilitação, RS, 2018-2022.

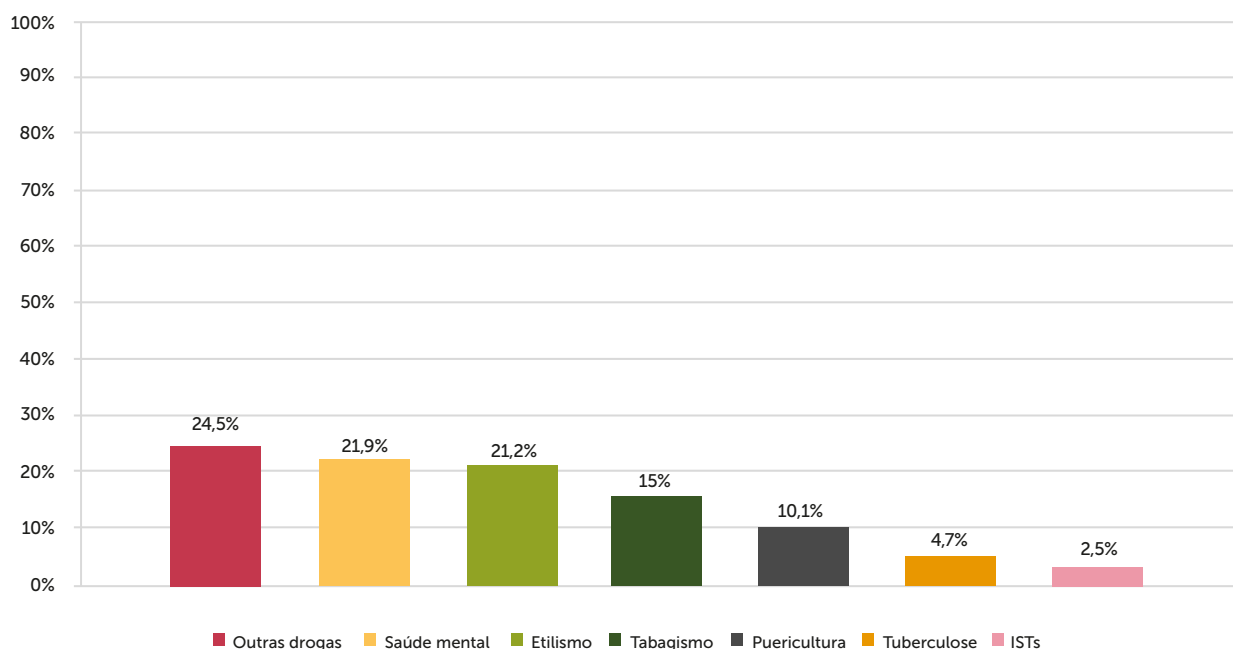


Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)/Ministério da Saúde. Acesso em: 09/03/2022.

Diante desse quadro, coloca-se a necessidade de qualificação das equipes da APS para o atendimento em saúde mental, álcool e outras drogas, assim como a elaboração de iniciativas de prevenção do suicídio e promoção da vida orientadas para o acesso equitativo das populações ao cuidado em saúde mental, conforme as suas singularidades e necessidade de concentração de esforços por parte do poder público. Por meio de ações intersetoriais do Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, coordenado pela SES/RS, busca-se fortalecer iniciativas de prevenção ao suicídio e construção de políticas públicas que ampliem a corresponsabilidade para além da saúde, visando qualificar o trabalho das redes intersetoriais. Tais iniciativas, alicerçadas na Política Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, aprovada em 2019, buscam promover ações de prevenção ao suicídio nas populações mais vulneráveis e nas regiões com os maiores índices de violência autoprovocada do estado.

No que tange à PSR, o RS conta com 11 Equipes de Consultório na Rua (eCR), localizadas em sete (7) municípios: Canoas, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Uruguaiana e Viamão. A Macrorregião de Saúde Metropolitana concentra o maior número de equipes, contando atualmente com oito (8) eCR. Conforme a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, o limite mínimo para que uma equipe seja financiada é de 80 pessoas em situação de rua no município e/ou população estimada de mais de 100.000 habitantes. No RS, são 11 os municípios com população a partir de 100.000 habitantes que podem solicitar credenciamento de novas eCR para o Ministério da Saúde. Quando se considera os atendimentos realizados pelas eCR do RS, de 2018 a 2022, as principais condições avaliadas são: relacionadas ao uso de outras drogas (24,5%), saúde mental (21,9%), etilismo (21,2%), tabagismo (15,0%), puericultura (10,1%), tuberculose (4,7%) e ISTs (2,5%) (**Figura 87**). Conforme dados extraídos no (SISAB), o número de População em Situação de Rua (PSR) cadastrado em 2019 era de 932 pessoas e passou para 27.404 em 2022, este quantitativo reflete um número elevado de pessoas quando comparado ao levantamento apresentado pelo relatório do DEE/SPGG com 7.346 PSR cadastradas no CadÚnico.

Figura 87. Percentual de atendimentos de equipes de Consultório na Rua (eCR), por condição avaliada, RS, 2018-2022 (n=83.899).



Fonte: SISAB - E-gestor (BRASIL, 2023). Acesso em: 22/03/2023.

Estão credenciadas ao recebimento do incentivo federal, que operacionalizou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP - Portaria Intersetorial Nº 01//2014), e/ou incentivo estadual (PIAPS), um total de 54 equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), com repasse fundo a fundo. A operacionalização da PNAISP (Portaria GM/MS nº 2.298/2021) e habilitação das equipes no RS foi progressiva, passando de 5 em 2008 para 54 até maio de 2023, o que representa uma cobertura de cerca de 75% da população privada de liberdade (PPL) de regime fechado assistida pela APS no RS. Dos 86 estabelecimentos prisionais de regime fechado, 37 não possuem eAPP. A municipalização e cofinanciamento estadual contribuíram significativamente para a construção e a efetivação da PNAISP.

Em relação às Comunidades Remanescentes de Quilombo não existem equipes específicas, mas, por meio do PIAPS, são repassados mensalmente recursos para os municípios que tenham em seus territórios essas populações com o objetivo de qualificar o atendimento da atenção primária. Atualmente, 70 municípios recebem incentivo referente aos quilombolas.

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, como proposição de uma Política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da educação e atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público, no âmbito das Escolas e/ou das Unidades Básicas de Saúde, realizadas pelas equipes de educação e de saúde da família.

No ciclo 2021/2022, o estado teve adesão de 488 municípios. No ciclo 2023/2024, houve 495 municípios aderidos, 99,6% do total, com a pactuação de 5.935 escolas. A coordenação estadual do PSE/DAPPS/SES/RS vem trabalhando para adesão de 100% dos municípios e maior inclusão de escolas, principalmente as estaduais.

No que tange à Atenção às Situações de Violência, destacamos que a APS tem grande relevância na identificação de violências, uma vez que estas podem surgir de forma silenciosa na rede de saúde. As equipes de atenção primária, por meio de agentes comunitários e outros profissionais, por atuarem junto aos territórios, possuem maior capilaridade e vínculo com a população, o que permite, muitas vezes, a identificação de situações de violência antes de um evento agudo ou do agravamento da situação. Os profissionais da Atenção Primária devem conhecer profundamente a rede intersetorial do seu município, a fim de garantir a integralidade e a continuidade do cuidado, realizando os adequados encaminhamentos para os demais serviços e unidades, sendo alguns deles: Hospitais de referência para atendimento às situações de violência, Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), entre outros.

Quanto ao planejamento sexual e reprodutivo, destacamos o papel essencial da APS na identificação da população sexualmente ativa, assim como na oferta de métodos contraceptivos seguros e eficientes. São ofertados na Atenção Primária os seguintes métodos contraceptivos: anticoncepcional injetável, contraceptivos orais, Contraceptivo de Emergência, diafragma, Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU) e preservativos. Além destes, na atenção primária se inicia o fluxo de encaminhamento para realização de laqueadura e vasectomia.

O planejamento sexual e reprodutivo envolve aconselhamento e acompanhamento da equipe de saúde, para a escolha pelo método anticoncepcional mais adequado para cada pessoa. Promover ações de planejamento sexual e reprodutivo garante acesso a direitos das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas, entendendo a reprodução como uma possibilidade e um exercício de autonomia. O planejamento sexual e reprodutivo está regulamentado pela Lei do Planejamento Familiar nº 9.263/1996, que foi atualizada pela Lei 14.443/2022.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE ESTADUAIS TRANSVERSAIS NAS RAS

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PEAISM) do RS (CIB/RS nº 064/10) atua para promover a atenção integral à saúde das mulheres nos seus diferentes ciclos de vida, tendo em vista as questões de gênero, de orientação sexual, de raça/etnia e os determinantes e condicionantes sociais que impactam na saúde e na vida das mulheres. Preconiza a assistência humanizada e qualificada em todos os níveis de atenção, com foco na organização do acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.

A incorporação da categoria de gênero nas políticas de saúde permite dar visibilidade a outra dimensão da desigualdade social, explicar situações e fenômenos que não teriam visibilidade sem este enfoque. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está, muitas vezes, mais relacionada com a situação de desigualdade das mulheres na sociedade do que com fatores biológicos.

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes (PEAISA) tem como objetivo: a atenção Integral à Saúde de Adolescentes, considerando as questões de gênero, a orientação sexual, a raça/etnia, o meio familiar, as condições de vida, a escolaridade e o trabalho, visando a promoção à saúde, a prevenção de agravos e a redução da morbimortalidade, na faixa etária de 10 a 19 anos, tendo três eixos centrais: crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e reprodutiva, e redução da morbimortalidade por causas externas. No atendimento a adolescentes nos serviços de saúde, é necessário propor a integralidade do cuidado, visando a ampliação do acesso aos diferentes profissionais da equipe e à criação de vínculos, independente do motivo de sua entrada na Atenção Primária à Saúde. Os serviços devem possuir espaços físicos que permitam privacidade e propiciem ambiente em que o/a adolescente se sinta à vontade, garantindo o direito de ser atendido sozinho/a; sempre que possível, oferecer dia e/ou horário exclusivos para atendimento e proporcionar a realização de grupos. Uma abordagem adequada visa o estabelecimento de vínculo de confiança, atitude de respeito e imparcialidade, por meio de escuta atenta e sensível, garantindo a confidencialidade do atendimento e respeito à autonomia, no melhor interesse de adolescentes.

Nesse sentido, a implantação e implementação da PEAISA e da Linha de Cuidado, desde 2010, vem acontecendo nos 497 municípios, sensibilizando gestores, profissionais de saúde e toda a comunidade e se constituindo em estratégias para o alcance da integralidade da atenção, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação. As linhas de cuidado têm como diretrizes: o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização, o que requer, dentre outras iniciativas, a organização dos processos de trabalho.

A Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PEPIC) tem como objetivo implementar Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS/RS visando à promoção, prevenção e assistência à saúde, com base no princípio da integralidade e buscando a humanização de procedimentos. A implantação pode ocorrer em todos os níveis de atenção à saúde, com prioridade para a APS, de modo a expandir a oferta de abordagens terapêuticas no SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Durante a pandemia de covid-19, houve oferta de atendimento remoto de PICS para profissionais de saúde, educação, assistência social e segurança por meio da Rede Colaborativa PICS, de abril de 2020 até dezembro de 2022.

Em 2022, 409 municípios registraram a oferta de práticas integrativas no SISAB. As principais PICS ofertadas foram Auriculoterapia, Sessão de Reiki, Acupuntura, Sessão de imposição de mãos e Aromoterapia. Durante o período, a PEPIC ofertou curso de formação profissional em Auriculoterapia, juntamente com a UFRGS, (programa de extensão SUStentaPICS) e Reiki nível 1, formando um total de 138 profissionais em PICS para atuação na APS.

No ano de 2023, a PEPIC celebra 10 anos desde sua publicação. E, na perspectiva de avançar com a implementação e oferta de PICS no RS, tem-se como necessidade a continuidade da oferta de qualificação profissional em PICS, visto que 1.300 profissionais realizaram a inscrição para as formações ofertadas. A expectativa é que essa estratégia tenha como resultado o incremento no número de equipes de APS e de municípios ofertando PICS no SUS do RS, por meio do aumento de quantitativo de profissionais de saúde aptos a disponibilizar cuidados por meio de PICS na Atenção Primária à Saúde. Quanto à Política Estadual de Saúde Bucal, o RS possui 362 municípios com equipes de Saúde Bucal (eSB), totalizando 1.061 equipes 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 (Fonte: e-Gestor, acesso em: 07/03/23). Além disso, em 483 municípios, há cirurgiões dentistas que atendem SUS (TABNET em 07/03/2023). 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, adultos e idosos. Cada eSB representa a cobertura populacional de 3.450 pessoas. A cobertura estimada pelas equipes básicas de saúde bucal no estado do RS era de 50,42%, em dezembro de 2021.

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 às pessoas com HIV/aids e Hepatites virais; atenção à pessoa com deficiência; detecção de alterações em tecidos moles e/ou duros da cavidade oral a fim de estabelecer hipótese diagnóstica do câncer de boca. Destaca-se que, o estado do RS conta ainda com onze Unidades Odontológicas Moveis, vinculadas às ESF.

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, evitando encaminhamentos desnecessários e diminuindo o tempo de espera para consulta em serviço especializado para os casos de alto risco para neoplasia. Esse projeto é realizado pelo TelessaúdeRS/UFRGS, com financiamento e apoio da SES/RS e Ministério da Saúde.

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 e estão distribuídos em 31 municípios. O RS tem baixa cobertura populacional de CEO, contando com 39 serviços habilitados, 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 165 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) habilitados, 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 à saúde, o estado do RS realiza atendimento odontológico em nível hospitalar direcionado às pessoas com deficiência (PcD) no Hospital Bom Pastor em Igrejinha, que atende a região metropolitana; no Hospital Geral de Caxias do Sul, Hospital de Caridade de Ijuí e Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, em Porto Alegre. O estado também é responsável pelo atendimento hospitalar em cirurgia bucomaxilofacial (CBMF) em todas as Regiões de Saúde.

A Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa tem por objetivo garantir a Atenção Integral à Saúde das pessoas com 60 anos ou mais, promovendo a manutenção da capacidade funcional, da autonomia e independência, e contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável, incluindo a parcela dos idosos frágeis que apresentam prejuízo funcional.

Em 2019, o Ministério da Saúde instituiu o registro do Procedimento para Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMD) na ficha de procedimentos do e-SUS-AB, potencializando a indução da implementação da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Estado. Em 2022, o referido procedimento passa a ser um indicador pactuado na esfera bipartite, estabelecendo-se como "Percentual de idosos com registro do procedimento Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa", a partir da Resolução CIB/RS N° 151/2022. Observa-se o aumento gradativo de registros do procedimento da AMD no período de 2019 a 2022, tendo passado de 714 a 240.523 registros.

Em 2021, foi instituída, no âmbito do Estado, a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (PESPI), através da publicação da Portaria SES/RS N° 444/2021, comprometendo gestores estaduais e municipais a induzir ações e recursos financeiros para a implementação da Política. Elaborou-se a Matriz Avaliativa, instrumento de medição da implantação da Política no Estado. A primeira versão da Matriz foi lançada em 2022 e conta com 20 indicadores, divididos nos eixos: Gestão, Capacitação, Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Vigilância em Saúde e Intersetorialidade. A métrica de implantação da Matriz estabelecida permitiu aferir que a PESPI no Estado está em fase "Iniciando Implantação", apresentando uma pontuação de 59% (média estadual).

No que se refere à qualificação da atenção à pessoa idosa na APS, a SES/RS estabelece como um de seus projetos estratégicos a Certificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) Amiga da Pessoa Idosa, baseada em proposta da Organização Mundial de Saúde (2004) e adaptada à realidade do Estado (OMS, 2004). O objetivo da certificação é reconhecer as UBS Amiga da Pessoa Idosa como serviços de referência em Atenção Primária à Saúde para a população idosa, com gestores e trabalhadores sensibilizados e capacitados para as necessidades da referida população, compreendendo os ciclos de implementação da Rede Bem Cuidar (RBC).

Através de levantamento do DRE/SES/RS, realizado em fevereiro de 2023, foram identificadas as principais especialidades com fila de espera de pessoas de 60 anos ou mais para consultas especializadas, sendo as três primeiras: Oftalmologia Geral Adulto (26.884 registros), Reabilitação Auditiva (8.987 registros) e Cardiologia Adulto (8.098 registros). Conforme dados do Sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON), o oferecimento de consultas para estas especialidades tem sido aquém da necessidade.

Na Portaria SES/RS nº 537/2021, que instituiu o Programa Assistir, nova normativa de incentivo hospitalar, foi incluído o Ambulatório para Pessoas Idosas nos Tipos de Serviços (TS) passíveis de habilitação e cofinanciamento. Normativa técnica específica foi elaborada pela área técnica, tendo sido possível implementar um serviço no Hospital Regional de Santa Maria. O serviço segue a proposta do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) adaptado à Saúde do Idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019), com acesso regulado pelo GERCON, por meio de estratificação de risco da APS, através do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF)-20, sendo os usuários-alvo para a atenção no Ambulatório aqueles que apresentam declínio funcional. O Ambulatório está dividido em duas linhas de cuidado: Linha de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e Linha Da Pessoa Idosa. Apresenta-se a seguir a produção da Linha da Pessoa Idosa, que iniciou seus atendimentos em 06 de outubro de 2022 (**Tabela 24**). Quanto ao percentual de absenteísmo, no período de outubro de 2022 a janeiro de 2023, foram realizados 194 agendamentos, com 35 usuários faltantes, perfazendo um percentual de 18,04%.

Tabela 24. Quantitativo dos atendimentos realizados, primeiros atendimentos e atendimentos subsequentes da Linha da Pessoa Idosa, Santa Maria, RS, outubro de 2022 - janeiro de 2023.

Mês	Atendimentos realizados	Primeiros atendimentos	Atendimentos subsequentes
Outubro	25	25	-
Novembro	41	41	-
Dezembro	36	22	14
Janeiro	57	29	28
Total	159	117	42

Fonte: Sistema informatizado do Ambulatório do Hospital Regional de Santa Maria.

Considera-se importante o oferecimento de capacitações aos profissionais da rede de atenção, principalmente aos da APS sobre conhecimentos gerontológicos, contemplando os temas: Atenção integral à saúde da pessoa idosa, Prevenção às quedas, Demência, Polifarmácia, Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa e prevenção de violência contra a pessoa idosa. No que se refere às ações intra e intersetoriais de responsabilidade da política, destacam-se a atenção à saúde de residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e o trabalho junto ao Controle Social. A Política tem apoiado os territórios a partir das Normativas Técnicas elaboradas para o âmbito das responsabilidades da APS em relação às ILPI do território adstrito. A área técnica também apoia atendendo a processos judiciais relativos ao abrigamento de pessoas idosas em ILPI. A demanda vem aumentando ao longo dos anos. Em 2019 foram

respondidos 32 processos específicos para abrigamento, passando para 112 em 2020 (um acréscimo de 350%).

Destacam-se a seguir os principais desafios da Política na implementação das ações: a implementação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMD), tanto o processo de apropriação das equipes sobre a importância e potência da avaliação, como o registro do procedimento no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)/e-SUS; o aprimoramento da Matriz Avaliativa; a continuidade da Certificação UBS Amiga da Pessoa Idosa; a habilitação de Ambulatórios Especializados. Todos envolvem a necessidade de criação de novos processos de trabalho nos âmbitos municipal e estadual. O contínuo investimento em capacitações, a continuidade da interlocução intersetorial, assim como o mapeamento da rede e o aprofundado conhecimento dos determinantes e condicionantes regionais são estratégias pela área técnica, a fim de embasar as propostas de qualificação.

A Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES) precursora no país, foi instituída no estado do RS pela Portaria SES/RS N°512/2020. Entre os objetivos da POPES está o de promover a equidade no acesso e na atenção à saúde de populações específicas, estabelecendo os princípios e diretrizes para organização e orientação da Rede de Atenção à Saúde. No que tange populações específicas, esta política se refere a: População LGBT, povos indígenas, população em situação de rua, população negra, povos ciganos, população privada de liberdade e egressos do sistema prisional, população do campo, floresta e das águas e população migrante, apátrida e vítimas de tráfico de pessoas, entre outras.

A partir da POPES, elaborou-se a Matriz Avaliativa, instrumento que permitiu aferir que a política está em processo inicial de implementação no Estado, apresentando média estadual de 33%. Considerando este cenário, os próximos anos serão direcionados para ações de capilarização da política no Estado, e de fomento à implementação da POPES nas 7 Macrorregiões de Saúde, por meio de estratégias de fortalecimento do incentivo financeiro Estadual para promoção da equidade na atenção à saúde de populações específicas, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (Portaria nº 360/2023), da implementação e implantação de comitês técnicos estaduais de saúde de populações específicas, e do aprimoramento dos instrumentos de monitoramento e avaliação, além de seguir fomentando ações específicas que visam alcançar e operacionalizar os princípios e diretrizes desta normativa.

Para avanços na implementação da POPES é essencial o engajamento e envolvimento intersetorial e interinstitucional, evidenciando o papel fundamental dos municípios gaúchos e de todas as estruturas e dispositivos do SUS. Espera-se que a continuidade da implementação da POPES contribua para o debate nacional, assegurando e ampliando os direitos de populações específicas à saúde de forma integral e equânime.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas tem como objetivo melhorar o nível de saúde destas populações, por meio de ações e iniciativas que reconheçam suas especificidades, objetivando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho, da violência e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores e de sua qualidade de vida (BRASIL, 2013). Para estas populações os desafios são diversos, visto que elas se apresentam, em sua maioria,

em áreas geográficas remotas ou de difícil acesso, sendo necessário que as equipes lancem mão de estratégias como: levantamento de necessidades em saúde, fortalecimento de vínculos entre os serviços e as populações e estratégias que promovam a valorização dos saberes e práticas tradicionais, respeitando suas diversidades cultural, social e religiosa. No que se refere à População Migrante, Refugiada, Apátrida e Vítimas de Tráfico de Pessoas (MRAV), considerando que, até o momento, não foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral dessas populações, nos próximos anos, torna-se imprescindível fortalecer esta agenda, a fim de promover a equidade no acesso e na atenção à saúde a partir da qualificação de dados e indicadores, tais como raça/cor, orientação sexual, nacionalidade, entre outras, para a ampliação da eficiência, da eficácia e da efetividade da orientação e da organização dos serviços de saúde da RAS.

A Política Estadual de Saúde Integral da População Negra (PEAISPN), aprovada pela Resolução CIB/RS 055/2010, 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. Importante considerar que parte da população autodeclarada negra do RS é quilombola e vive em comunidades remanescentes de quilombos.

Assim, destacamos o componente de incentivo à promoção da equidade em saúde, que destina incentivos financeiros às comunidades quilombolas presentes nos municípios do estado. Esse recurso, previsto no PIAPS, estabelece o valor mensal de R\$ 1.700,00 (mil e setecentos reais) por comunidade quilombola existente, desde que o município seja certificado pela Fundação Cultural Palmares em seus territórios.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) assegura que todos os pontos de atenção da RAS devem atender essa população, considerando seus modos de vida e sem criar barreiras de acesso, situações de discriminação, estigma ou preconceito. Como estratégia, destaca-se o Comitê Técnico Estadual para a População em Situação de Rua redefinido pela Portaria SES/RS nº 264/2022, que tem como atribuições formular, sistematizar, apoiar, monitorar e avaliar no âmbito estadual a implementação do Plano Nacional Operativo (2017-2019).

A saúde dos povos indígenas é guiada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), instituído pela Portaria MS nº 254/2002, que tem como premissa a atenção à saúde diferenciada, reconhecendo cada etnia a partir de suas especificidades culturais e direitos territoriais. A SESAI é responsável por gerir a política e o Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas (SasiSUS), e é descentralizada por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS). Os DSEIS são responsáveis pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), que fazem o atendimento dentro das aldeias, levando em consideração os conhecimentos, rituais e a medicina tradicional indígena. O estado atua de forma complementar, auxiliando na melhoria dos fluxos das redes de atenção à saúde, no complemento à atenção básica, na redução das vulnerabilidades, na organização de atendimento diferenciado na média e alta complexidade, na garantia do controle social, entre outros. Para efetivar este papel, o estado prevê um recurso mensal, descrito na Portaria nº 360/2023 – Capítulo III Seção III, para todos os municípios que possuem comunidades indígenas em seu território, variável de acordo com o quantitativo populacional.

É de suma importância que as esferas de governo, bem como a sociedade civil, se empenhem na concretização das ações que visam ampliar a promoção, a atenção e o cuidado em saúde dessas populações. Para tanto, é imprescindível que gestores e profissionais de saúde conheçam as populações de seus territórios, reconhecendo as suas especificidades e identificando as vulnerabilidades sociais.

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT (Portaria SES/RS nº 343/2014) e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Portaria de Consolidação nº 2/2017) possuem como diretrizes gerais o respeito aos direitos da comunidade LGBT; o enfrentamento do estigma, da discriminação e da violência no âmbito do SUS; a inclusão da diversidade sexual e de gênero na formulação de políticas, programas e processos de educação permanente do SUS; o fortalecimento da representação do movimento LGBT nas instâncias de participação social; e a produção de conhecimentos científicos e tecnológicos.

Em 2014, o RS realizou a adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), publicada por meio da Portaria GM/MS nº 1.602/2014. A PNAISP prevê que os estados e municípios efetuem a adesão com o compromisso de implementar a política. Desde 2008, o Estado também possui recurso financeiro complementar ao federal para implementação de serviços de Atenção Primária em Saúde no Sistema Prisional (APS Prisional), que foram atualizadas pela Portaria SES/RS nº 360/2023 (PIAPS).

O modelo preconizado apoia a implementação da municipalização dos serviços de atenção primária prisional como ponto de atenção da rede da APS. Assim, por meio das secretarias municipais de saúde, é realizada a operacionalização e a implementação dos serviços. Com 54 equipes de atenção primária prisional, os serviços desempenharam papel decisivo no enfrentamento à pandemia da covid-19. Em relação à atenção hospitalar, o Programa Assistir custeava um total de 82 leitos específicos para a população privada de liberdade.

Dentre as estratégias específicas para o controle dos agravos mais prevalentes, destaca-se: a elaboração de diretrizes específicas para o controle da Tuberculose na saúde prisional (vide Nota informativa, disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202205/04093246-nota-informativa-conjunta-n-01-2022-vigilancia-epidemiologica-da-tuberculose-na-saude-prisional.pdf>) e a estratégia de Micro Eliminação da Hepatite C na saúde prisional gaúcha, que já rastreou, por meio de teste rápido, mais de quatro mil pessoas privadas de liberdade em 2022. Em termos de programas nacionais, além da PNAISP, os municípios podem acessar: componente da Assistência Farmacêutica Básica Prisional - Portaria GM/MS Nº 2.765/2014 e Programa de Revitalização de UBS com Mão de Obra Prisional - Portaria GM/MS Nº 1.698/2021. A atenção ao pré-natal, parto e puerpério às mulheres privadas de liberdade (SES/RS, 2021) juntamente com o Programa PIM, conformam as ações da rede de atenção materno-paterno infantil no âmbito da saúde prisional. O Conselho Nacional de Justiça, por meio da Resolução nº 487/2023, instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabeleceu procedimentos redirecionando o cuidado em saúde mental das pessoas em conflito com a lei para a desinstitucionalização, com possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde. Em 2022, foi implementada a primeira equipe de atenção primária prisional no Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso (IPF).

Em 2018, foi publicada a Portaria GM/MS Nº 4.384/2018, instituindo no SUS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, cuja principal finalidade 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 romafofia, e 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.

HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE (HPPS)

A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) está disciplinada no Anexo XXIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 (Origem: Portaria GM/MS nº 1.044/2004). O objetivo principal desta política é incrementar um novo modelo de organização e financiamento para pequenos hospitais que se caracterizam por: ser de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica, estar localizado em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes, possuir entre 5 a 30 leitos de internação cadastrados no CNES e estar localizado em municípios que apresentam cobertura da ESF igual ou superior a 70%. Além disso, se propõe a redefinir o papel assistencial destes estabelecimentos no SUS para conferir maior resolutividade às suas ações.

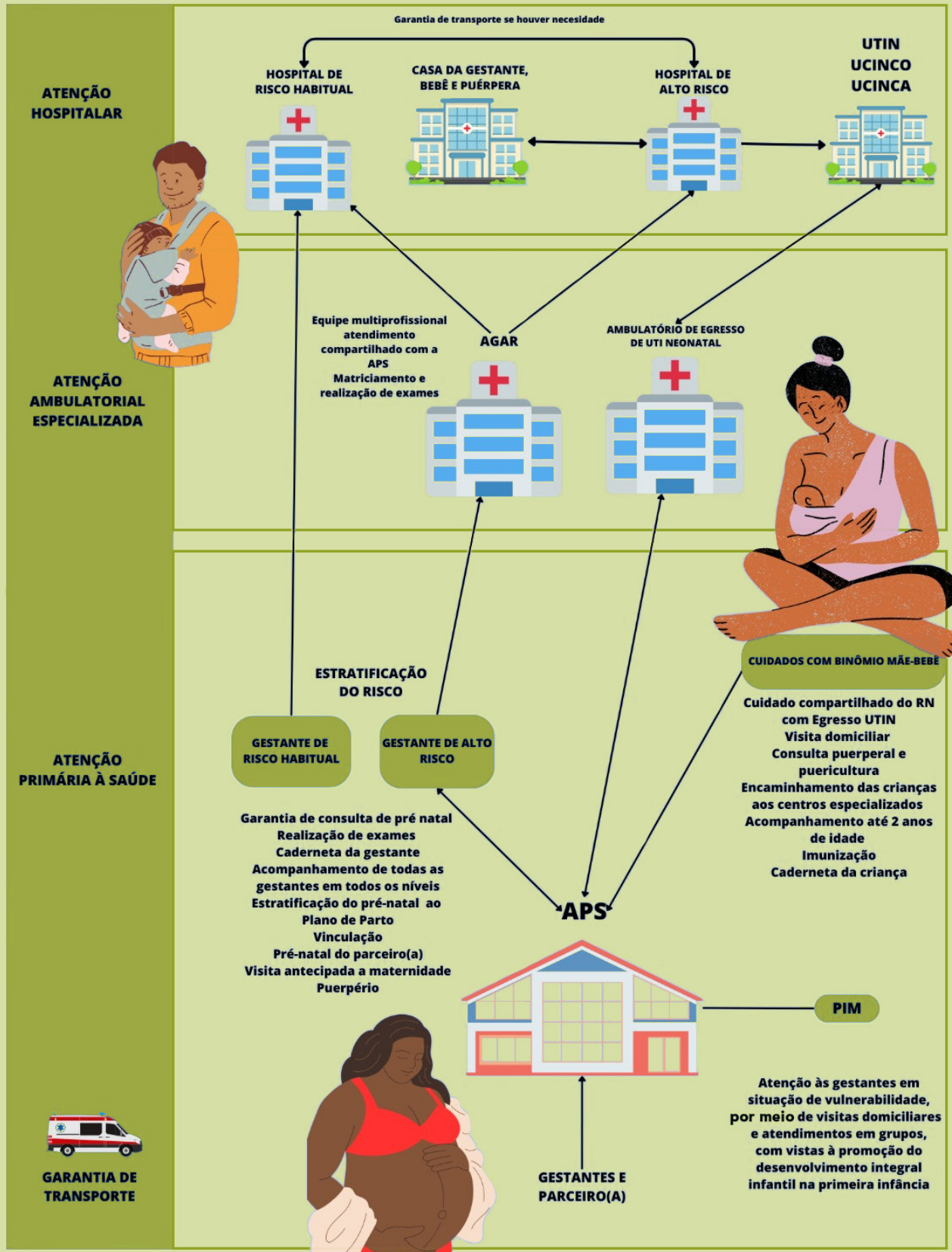
O RS possui 70 HPPs pela normativa federal. Em detrimento da Portaria SES/RS nº 64/2018, que instituiu a Política de Cofinanciamento para estabelecimentos que se caracterizavam como HPP, estas instituições de saúde tiveram seu perfil assistencial redesignado como Pronto Atendimento de Urgências (PADU) pois não possuíam condições de se adequarem nas normas da VISA (Vigilância Sanitária) para emissão de alvará como hospital. Assim, passaram a integrar o programa dos PADUs, que hoje totaliza 25 serviços. No entanto, é fundamental que o Estado proponha alternativas para melhorar a inserção destes hospitais na rede, bem como para que os PADUS que possuam condições de se readequar e reabrir as internações, o façam, passando novamente a integrar a rede hospitalar do Estado.

3.2 REDES TEMÁTICAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

3.2.1 REDE MATERNO-PATERNAL-INFANTIL

A Rede Materno-Paterno-Infantil, no estado do RS, está organizada conforme disposto a seguir (**Figura 88**).

Figura 88. Fluxograma da Rede Materno-Paterno-Infantil no RS, 2023.



Legenda: APS: Atenção Primária à Saúde. UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. UCINCo: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional. UCINCa: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru. AGAR: Ambulatório de Gestação de Alto Risco. UTI: Unidades de Terapia Intensiva. RN: recém-nascido. PIM: Programa Primeira Infância Melhor/SES/RS. Observação: gestantes atendidas pelo AGAR que apresentem estabilidade do seu quadro clínico poderão parir em Maternidade de Risco Habitual após criteriosa avaliação médica.

Fonte: SES/RS.

No RS, a Rede Materno-Paterno-Infantil visa assegurar o direito ao planejamento sexual e reprodutivo, à atenção humanizada ao pré-natal, ao parto, ao puerpério, ao nascimento seguro e humanizado, bem como na primeira infância, o acompanhamento com foco no crescimento e no desenvolvimento saudáveis.

A Rede estadual se organiza de acordo com o regramento da Rede Cegonha em nível federal (Portaria de Consolidação no 3/2017, anexo II). Dentre os objetivos da Rede Cegonha, destaca-se: a garantia de acesso, acolhimento e resolutividade e a redução da mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal.

A Rede Cegonha prevê financiamento para os exames de pré-natal (incluindo testes rápidos de gravidez, para detecção de hepatite C, Sífilis e HIV), ampliação e qualificação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, de Unidade Neonatal - composta por leitos de UTI neonatal e leitos de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN Convencional e UCIN Canguru), 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). Prevê um sistema de governança com a instituição de espaços deliberativos, tanto em nível estadual quanto regional, tais como o Grupo Condutor da Rede e os Colegiados de Maternidades e Fóruns Perinatais (BRASIL, 2017).

Em âmbito estadual, articula-se ao Programa Assistir (Instituído pela Portaria SES/RS no 537 e alterado pelas portarias SES/RS no 638, no 703 e no 882/2021), por meio do qual é disponibilizado incentivo financeiro, para os seguintes tipos de serviços: Maternidade de Risco Habitual, Ambulatório de Gestação de Alto Risco, Maternidade de Alto Risco, Ambulatório de Egressos de UTI Neonatal, Leitos UTI e UCI. Além disso, há o Suplementar Diferencial para Maternidade Completa que visa valorizar a linha de cuidado integral materno-infantil. Articula-se também ao Programa Avançar na Saúde, voltado ao financiamento de obras e equipamentos, contemplando a área materno-infantil. Na atenção ao pré-natal na APS deve-se acolher a gestante e sua parceria, desenvolver atividades de prevenção, educação em saúde e assistências individuais ou em grupos, garantir o mínimo de consultas e exames preconizados, realizar a estratificação de risco gestacional a cada consulta e, havendo indicação clínica, referenciar a gestante para o Pré-natal de Alto Risco, conforme Protocolo de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco) – TelessaúdeRS. Mesmo após o encaminhamento para o serviço especializado, a coordenação do cuidado segue sendo da APS, o que permite que a gestante se mantenha vinculada ao território, uma vez que não há alta da gestante do pré-natal. É essencial integrar a rede de atenção perinatal, a partir da definição de responsabilidades em todos os níveis para além da integração do cuidado entre a APS e a Atenção Hospitalar. Portanto, a consulta na primeira semana de vida do recém-nascido na APS, também é uma oportunidade para que as equipes multiprofissionais desenvolvam ações de promoção de saúde para a mãe e o bebê (BRASIL, 2018).

Com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos de vida (BRASIL, 2015), a utilização da Caderneta da Criança está prevista entre as ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e visa reduzir a morbimortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida das crianças.

Para isso, no momento da alta hospitalar, a criança recebe a Caderneta da Criança, que é um instrumento fundamental para registro e acompanhamento da vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. Desse modo, a SES/RS desenvolve, junto aos municípios e serviços estaduais, ações para incentivar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, por meio da organização da logística de distribuição da Caderneta da Criança para todo o estado.

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH) destina-se ao apoio e estímulo ao aleitamento materno, com vistas à redução da mortalidade infantil. Essa rede é composta por Bancos de Leite Humano e Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH). No estado existem 10 BLH - localizados nas Macrorregiões Metropolitana, Sul, Serra e Missioneira e 8 PCLH na Metropolitana, Sul, Serra e Vales. O estado do RS trabalha alinhado ao Ministério da Saúde, promovendo a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e, de forma complementar, até dois anos de idade ou mais.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é uma certificação aos hospitais que cumprem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno. Instituída pelo UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), visa oferecer cuidado respeitoso e humanizado à mulher durante o pré-parto, parto e o pós-parto, garantir livre acesso à mãe e ao pai na instituição hospitalar e permanência deles junto ao recém-nascido internado, durante 24 horas. O RS conta com 16 hospitais certificados como IHAC, localizados nas Macrorregiões de Saúde Metropolitana, Sul, Serra e Missioneira. Sobre a atenção especializada e hospitalar, no âmbito da Rede Materno-Paterno-Infantil, para o atendimento ao parto existem 1.771 leitos obstétricos SUS no RS; 103 maternidades de risco habitual, sendo que destas 86 estão habilitadas pelo Programa Assistir; e, 26 Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGAR) (**Quadro 11**).

Destaca-se que, além da fun o assistencial, os AGAR devem realizar matriciamento para a rede, supervisão e educa o permanente aos profissionais e às usuárias, compartilhando o cuidado das gestantes com a APS, uma vez que não há alta do pré-natal.

Quadro 11. Distribui o dos Ambulatórios de Gesta o de Alto Risco, RS, 2023.

Macrorregião de Saúde	Unidade Hospitalar	Município
Centro-oeste	Hospital Universitário de Santa Maria	Santa Maria
	Santa Casa de Caridade de Alegrete	Alegrete
Metropolitana	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	Porto Alegre
	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Porto Alegre
	Hospital Fêmina	Porto Alegre
	Hospital Nossa Senhora da Concei�o	Porto Alegre
	Hospital Universitário de Canoas	Canoas
	Funda�o de Saúde Pública São Camilo de Esteio	Esteio
	Funda�o de Saúde Pública de Novo Hamburgo	Novo Hamburgo

Macrorregião de Saúde	Unidade Hospitalar	Município
Metropolitana	Fundação Hospitalar Centenário	São Leopoldo
	Hospital Tramandaí	Tramandaí
Missioneira	Hospital de Caridade de Ijuí	Ijuí
	Hospital Caridade de Santo Ângelo	Santo Ângelo
	Hospital Vida e Saúde	Santa Rosa
Norte	Hospital São Vicente de Paulo	Passo Fundo
	Hospital de Clínicas de Passo Fundo	Passo Fundo
	Hospital Santa Terezinha de Erechim	Erechim
Serra	Hospital Geral de Caxias do Sul	Caxias do Sul
	Hospital Dr. Bartholomeu Tacchini	Bento Gonçalves
Sul	Hospital Universitário São Francisco de Paula- Ucpel	Pelotas
	Hospital Escola Ufpel Tipo I	Pelotas
	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Júnior	Rio Grande
	Santa Casa de Caridade de Bagé	Bagé
Vales	Hospital Santa Cruz	Santa Cruz do Sul
	Hospital de Caridade e Beneficência	Cachoeira do Sul
	Hospital Estrela	Estrela

Fonte: SES/RS.

Em relação aos serviços hospitalares de referência para as gestantes de alto risco, existem 14 hospitais habilitados, totalizando 135 leitos. Há ainda outros 16 serviços habilitados como Maternidade de Alto Risco pelo Programa Assistir. Quanto à Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), existem dois serviços habilitados, conforme o modelo federal: Hospital Geral de Novo Hamburgo e Hospital Estrela. Diante da importância da CGBP para a qualificação do cuidado, pois é um serviço peri-hospitalar voltado ao acompanhamento de gestantes, puérperas e recém-nascidos de risco que necessitem de atenção diária e que não precisem de um ambiente hospitalar, é importante que novas habilitações federais sejam estimuladas no estado.

Até maio de 2023, não existiam serviços habilitados como Centros de Parto Normal (CPN), tampouco solicitações de habilitação no estado, portanto, a indução de habilitações destes serviços se faz necessária. A dificuldade para implantar este modelo está baseada na garantia da condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetrix ou enfermeira obstétrica. Sobre os Planos de Ação Regionais (PAR) da Rede Cegonha, 15ª CRS (**Quadro 12**) tiveram seus PAR aprovados, com portaria de repasse de recurso do Ministério da Saúde.

Destaca-se que a 9ª CRS, devido à dificuldade de pactuação de referência para o alto risco, não efetivou o PAR. A 5ª e a 12ª CRS finalizaram o PAR na etapa estadual com pactuação em CIR e CIB.

Quadro 12. Implantação da Rede Cegonha do RS - serviços que recebem recurso federal, RS, março de 2023.

Macrorregião de Saúde	CRS	Portaria	Hospital	Destinação do Recurso
CENTRO-OESTE	4ª CRS	MS 3.181, de dezembro de 2019	Hospital Universitário de Santa Maria/Santa Maria	Leitos de Gestação de Alto Risco (GAR) UTI adulto (Tipo II) UTI neonatal UCI neonatal
			Hospital Santa Casa de Alegrete/Alegrete	UTI neonatal
	10ª CRS	MS 1.904 de outubro de 2017 MS 1.932 de junho de 2018	Hospital Geral Santa Casa de Uruguaiana/Uruguaiana	UTI neonatal UCI neonatal Leitos GAR
METROPOLITANA	1ª e 18ª CRS	MS 1.480, de julho de 2012 MS 1.564, de setembro de 2015 MS 1.900, de junho de 2018 MS 3.183, de dezembro de 2019	Hospital Municipal de Novo Hamburgo/Novo Hamburgo	UTI adulto (Tipo II) UTI neonatal UCI neonatal Leitos GAR Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)
			Hospital Tramandaí/Tramandaí	UTI adulto (Tipo II) UTI neonatal
			Hospital Universitário - ULBRA/Canoas	UTI adulto (Tipo III) UTI neonatal UCI neonatal Leitos GAR
			Hospital Universitário de Cardiologia Padre Jeremias/Cachoeirinha	UTI neonatal UCI neonatal
			Fundação Universitária de Cardiologia Hospital Alvorada/Alvorada	UTI neonatal
			Hospital Municipal São Camilo/Esteio	UTI neonatal
			Hospital Materno Infantil Presidente Vargas/Porto Alegre	UTI neonatal UCI neonatal
			Hospital Nossa Senhora da Conceição/Porto Alegre	UTI neonatal UCI neonatal Leitos GAR
			Hospital Centenário/ São Leopoldo	UTI neonatal UCI neonatal
			Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Porto Alegre	UTI neonatal UCI neonatal Leitos GAR
Hospital Fêmina/Porto Alegre	UTI neonatal UCI neonatal Leitos GAR			

Macrorregião de Saúde	CRS	Portaria	Hospital	Destinação do Recurso
METROPOLITANA	1ª e 18ª CRS	MS 1.480, de julho de 2012	Irmandade Santa Casa de Porto Alegre/Porto Alegre	UTI neonatal UCI neonatal Leitos GAR
		MS 1.564, de setembro de 2015		
		MS 1.900, de junho de 2018	Hospital Municipal Getúlio Vargas de Sapucaia do Sul/ Sapucaia do Sul	UCI neonatal
		MS 3.183, de dezembro de 2019		
MISSIONEIRA	14ª CRS	MS 3.209, de dezembro de 2019	Hospital Vida Saúde/Santa Rosa	UTI neonatal
	17ª CRS	MS 1.916, de junho de 2018	Associação Hospital de Caridade de Ijuí/Ijuí	UTI neonatal
NORTE	2ª, 6ª e 15ª CRS RS	MS 524, de abril de 2019	Hospital da Cidade de Passo Fundo/Passo Fundo	UTI neonatal Referência à Gestaçã o de Alto Risco Tipo II
		MS nº 4.174, de 1º de dezembro de 2022	Hospital São Vicente de Paulo/Passo Fundo	UTI neonatal UCI neonatal Referência à Gestaçã o de Alto Risco Tipo II
		MS no 4.005, de 11 de novembro de 2022	Hospital Santo Antônio/ Tenente Portela	UCI neonatal
	MS nº 2.440, de 27 de dezembro de 2016			
	11ª CRS	MS 1.912, de junho de 2018	Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim/ Erechim	UTI neonatal
SERRA	-	-	-	-
SUL	3ª CRS	MS 1.929 de junho de 2018 MS 3.183 de dezembro de 2019	Hospital Universitário São Francisco de Paula/Pelotas	UTI neonatal UCI neonatal
			Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas/Pelotas	UTI neonatal
			Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Junior - FURG/Rio Grande	UTI neonatal UCI neonatal Leitos GAR
	7ª CRS	MS 1.290, de maio de 2017	Hospital Santa Casa de Caridade de Bagé/Bagé	UTI neonatal

Macrorregião de Saúde	CRS	Portaria	Hospital	Destinação do Recurso
VALES	16ª CRS	MS 1.918, de junho de 2018	Hospital Bruno Born/ Sociedade Beneficência e Caridade de Lajeado/ Lajeado	UTI neonatal
		MS 3.183, de dezembro de 2019	Hospital Estrela/ Associação Franciscana de Assistência à Saúde/Estrela	UTI neonatal Leitos GAR Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
	13ª CRS	MS 520, de abril de 2019 MS nº 3.963, de 10 de novembro de 2022	Hospital Santa Cruz/ Santa Cruz do Sul	UTI neonatal UCI neonatal Referência à Gestação de Alto Risco Tipo II
	8ª CRS	MS 3.209 de dezembro de 2019	Hospital de Caridade e Beneficência/Cachoeira do Sul	UTI neonatal

UCI: Unidade de Cuidado Intermediário. GAR: Gestação de Alto Risco.

Fonte: DAPPS/SES/RS. Legenda: UTI: Unidades de Terapia Intensiva.

O cuidado ao recém-nascido de risco no ambiente hospitalar é realizado pelos seguintes componentes: cuidado intensivo neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) e cuidado intermediário (Cuidado Intermediário Neonatal Convencional/UCINCo e Cuidado Intermediário Neonatal Canguru/UCINCa), com foco na atenção ao nascimento, no suporte respiratório, na nutrição, na promoção do crescimento e desenvolvimento, na prevenção e manejo da infecção e outras condições relevantes para a atenção neonatal, sempre vinculados ao acolhimento à família, aos cuidados de neuroproteção e de minimização da dor e do stress no neonato durante sua internação na Unidade Neonatal.

Destaca-se que o Método Canguru (Portaria GM/MS Nº 1.683/2017) é uma política de saúde voltada à Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. Para isso, reúne estratégias como ambiência da UTIN para favorecer o cuidado ao recém-nascido e à sua família. Dessa forma, se propõe a promover a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais, contemplando o contato pele a pele. Visando qualificar o cuidado progressivo neonatal, por meio de leitos em Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), atualmente o RS dispõe de 19 serviços, distribuídos nas Macrorregiões: Centro-oeste, Metropolitana, Serra, Norte, Sul e Vales. Considerando que é uma estratégia compartilhada entre os serviços, a SES/RS participa nas formações de tutores que atuam tanto nas equipes das UTIN, quanto na APS, além de realizar articulação com o Centro de Referência Estadual (Hospital Universitário de Canoas) e acompanhar as ações de monitoramento.

A distribuição e proporção dos leitos de cuidados intensivos e intermediários convencionais e canguru é condição para o uso racional dos leitos. A necessidade de leitos para compor o Cuidado Progressivo Neonatal segue parâmetros populacionais: para cada 1000 (mil) nascidos vivos poderão ser contratados 2 (dois) leitos de UTIN, 2 (dois) leitos de UCINCo e 1 (um) leito de UCINCa, conforme a Portaria GM/MS Nº 1.631, de 2015 e Portaria GM/MS Nº 930 de 10 de maio de 2012. Na competência de março/2023, encontravam-se habilitados no SUS, 339 leitos de UTI Neonatal, 205 de UCINCo e 93 leitos UCINCa.

Assim, de acordo com critérios atuais do MS e considerando que no ano de 2022 ocorreram 120.743 nascimentos, há suficiência de leitos de UTIN no estado, no entanto, quando analisamos os leitos de UCINCo e UCINCa, este quantitativo ainda está abaixo do preconizado. No **Quadro 13** é possível observar a distribuição dos leitos existentes, bem como a necessidade por Macrorregião de Saúde, sendo que somente a Macrorregião de Saúde Metropolitana tem suficiência de leitos para compor o cuidado progressivo neonatal (UTIN, UCINCo e UCINCa).

Quadro 13. Necessidade de leitos e leitos existentes para o Cuidado Progressivo Neonatal (UTIN, UCINCo e UCINCa), por Macrorregião de Saúde, RS, 2023.

Macrorregião de Saúde	SINASC* (2022)	Necessidade **UTIN	UTIN*** existentes SUS	Necessidade UCINCo**	UCINCo*** existentes SUS	Necessidade UCINCa**	UCINCa*** existentes SUS
Centro-Oeste	10.799	22	28	22	25	11	10
Metropolitana	52.004	104	165	104	125	52	55
Missioneira	9.556	19	24	19	0	10	0
Norte	14.832	30	36	30	20	15	10
Serra	13.640	27	25	27	10	13	5
Sul	10.387	20	35	20	15	10	8
Vales	9.525	19	28	19	10	10	5
Total	120.743	241	341	241	205	121	93

*Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), ano 2022 (dados preliminares). **Necessidade de leitos conforme Portaria GM/MS 930, de 10/05/2012. ***Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/DATASUS/Ministério da Saúde
 Legenda: UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. UCINCo: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional. UCINCa: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru..

Fonte: SES/RS. Dados extraídos em 29/03/2023.

Quanto aos Ambulatórios de Seguimento de Egressos (ASE) de Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), conforme a Portaria SES/RS no 537/2021, 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. Atualmente, o estado conta com 14 Ambulatórios de Seguimento de Egressos de UTIN, dispostos nas sete macrorregiões do estado. Destes, apenas 8 recebem financiamento estadual, havendo necessidade de garantir esse financiamento para os demais ambulatórios. Os ASE de UTIN utilizam a estrutura de um hospital de referência macrorregional e disponibilizam consultas nas especialidades pediátricas (neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e cirurgia pediátrica) e são compostos por equipes multidisciplinares e compartilhados com a APS, ordenadora do cuidado.

Quanto ao acesso aos serviços de referência para o aborto legal, ou seja, interrupção da gravidez de um feto até 20 ou 22 semanas, com peso menor de 500 gramas, de acordo com o Código Penal (1940), "não se pune o aborto praticado por médico" nos seguintes casos: 1) aborto necessário, em que a vida da mulher se encontra em risco; 2) aborto no caso de gravidez resultante de estupro, precedido pelo consentimento da vítima ou de representante legal, caso seja menor de idade. Em 2012, no Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF), uma

nova condição foi adicionada como possibilidade para o aborto legal: 3) aborto em casos de anencefalia do feto, caracterizando inviabilidade de vida extrauterina.

Essas três condições, portanto, que caracterizam o que se nomeia de aborto legal ou aborto previsto em lei ou interrupção legal da gestação, são garantidas a todas as mulheres. O RS conta com 7 serviços cadastrados como referência hospitalar para interrupção da gravidez nos casos previstos em Lei (**Quadro 14**).

Quadro 14. Distribuição dos Serviços de Referência para Aborto Legal, RS 2023.

Macrorregião de Saúde	Unidade Hospitalar	Município
Metropolitana	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Porto Alegre
	Hospital Fêmina	Porto Alegre
	Hospital Nossa Senhora da Conceição	Porto Alegre
	Hospital Universitário de Canoas	Canoas
	Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	Porto Alegre
Serra	Hospital Geral de Caxias do Sul	Caxias do Sul
Sul	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Júnior	Rio Grande

Fonte: SES/RS.

Apesar do Estado garantir uma Rede de serviços de referência para o aborto legal, destaca-se a necessidade da implementação de serviços em todas as macrorregiões, uma vez que há concentração na Macrorregião de Saúde Metropolitana.

A SAÚDE DO HOMEM NA REDE MATERNO-PATerno-INFANTIL

Compõem também a Rede Materno-Paterno-Infantil, as ações da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem (PEAISH), que vêm ao longo dos anos incentivando a prevenção e promoção de saúde, com ênfase no eixo da saúde sexual e reprodutiva por meio da estratégia do Pré-Natal do Parceiro. Atualmente, 139 municípios registram este procedimento no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. A Rede Materno-Paterno-Infantil contempla legalmente a presença do acompanhante de livre escolha da mulher, seja ele o pai/parceiro ou outra pessoa, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (BRASIL, 2005). A Lei nº 13.257/2016 e Art. 473, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) também prevê que o pai/parceiro seja dispensado de seu horário de trabalho para acompanhar sua esposa ou companheira em até seis consultas médicas ou para a realização de exames complementares durante o período gestacional. A política de Saúde do Homem propõe a ampliação da Estratégia do Pré-Natal do Parceiro, bem como a criação de vínculo da população masculina na APS, favorecendo o cuidado e o autocuidado deste homem. No rol de procedimentos ofertados, estão os exames de rotina como a aferição de tensão arterial, peso, altura, testes rápidos, além da participação em

grupos de difusão e esclarecimentos do processo gestacional (pré e pós-gestação), promovendo e potencializando uma paternidade mais ativa e resolutiva. Objetiva-se a ampliação da Estratégia do Pré-Natal do Parceiro para pelo menos 258 municípios gaúchos, no período de 2024 a 2027, o que representa aproximadamente 52% dos municípios com ações voltadas para esta temática.

O PIM NA REDE MATERNO-PATerno-INFANTIL

No âmbito da saúde, o PIM configura-se como uma estratégia intersetorial da APS, compondo a Rede Materno-Paterno-Infantil no objetivo de assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. No que diz respeito à gestação, as ações do PIM contribuem na qualificação da captação precoce das gestantes e sua vinculação à rede de serviços; no reforço às prescrições em saúde; no reconhecimento de situações que afetam a evolução da gestação e na qualificação da atenção, em complementaridade às ações das equipes de APS. As orientações ofertadas semanalmente pelos visitantes contribuem no fortalecimento das competências familiares para a gestão de seu autocuidado, além de promover e fortalecer os vínculos afetivos fundamentais para a construção de um ambiente favorável ao acolhimento do bebê. Destaca-se igualmente a atenção às gestantes adolescentes, a promoção de grupos de gestantes, a atuação itinerante de visitantes para a atenção às gestantes prioritárias e, a atenção às mulheres gestantes privadas de liberdade.

No componente parto e nascimento, o foco do PIM está direcionado, especialmente, para o empoderamento das gestantes e famílias com relação aos seus direitos e ao conhecimento de todos os procedimentos desta etapa, para realizar uma escolha informada. As intervenções do PIM no período de puerpério e primeiros anos de vida das crianças estão voltadas à promoção de seu pleno desenvolvimento e crescimento a partir do fortalecimento das competências familiares. Destaca-se também pelo caráter lúdico e socioeducativo de suas intervenções junto às famílias e pelo monitoramento e avaliação do desenvolvimento da gestante e da criança.

A SAÚDE DAS GESTANTES E DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NA REDE MATERNO-PATerno-INFANTIL

Promover a saúde das mulheres de forma equânime é parte fundamental da atenção integral à saúde da mulher, com vistas à redução das desigualdades em saúde, reconhecendo as diferenças e singularidades das mulheres e coletividades, os direitos humanos e a justiça social. Nesse contexto, tendo em vista os números do aprisionamento de mulheres no Brasil e no RS e cientes das especificidades do aprisionamento feminino e, principalmente, de mulheres que experienciam a gestação em situação de privação de liberdade. Há, no estado, uma normativa técnica específica que contempla esta especificidade.

Segundo dados da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), 2.480 mulheres estavam cumprindo alguma medida de privação de liberdade no estado do RS, em março de 2023. Dentre a população feminina em confinamento, quase 80% possuem ao menos um filho. O RS possui um presídio referência para as gestantes, puérperas e seus bebês, que dispõe de Unidade Materno-Infantil (UMI) e permite a permanência da criança com sua mãe nos primeiros 12 meses de vida. Na UMI, são desenvolvidas ações do PIM e Saúde Prisional às gestantes, puérperas, seus bebês e famílias. A assistência ao pré-natal nos presídios femininos é realizada pelas equipes de Atenção Primária Prisional, financiadas pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 2.298/2021, e pela SES/RS pela Portaria nº 360/2023, e que atuam de forma conjunta com as equipes psicossociais da SUSEPE (BRASIL, 2021; RIO GRANDE DO SUL, 2023).

Também é desenvolvido o projeto Primeira Infância Melhor (PIM) no contexto Prisional com os objetivos de: garantir às mulheres privadas de liberdade acesso a uma política pública; fortalecer o vínculo mãe-bebê quando a mulher estiver no estabelecimento prisional com seus filhos; acompanhar a inserção da criança na família extensa; fomentar, a partir do Marco Legal da Primeira Infância, o acesso à prisão domiciliar por potenciais beneficiárias.

SAÚDE DE ADOLESCENTES NA REDE MATERNO-PATerno-INFANTIL

No RS, a proporção de gravidez na adolescência, 10 a 19 anos, vem apresentando queda ao longo dos anos, passando de 11,96% em 2018 para 8,66% em 2022. A diminuição dos resultados, que é multifatorial, teve também influência dos esforços de implantação e implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes (PEAISA) nos municípios do RS. O eixo 2 da PEAISA - Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (SSSR) - visa sensibilizar, capacitar e articular ações voltadas à captação de adolescentes para o acompanhamento sistemático, oportunizando espaço para avaliações e aconselhamento, e criando uma cultura de promoção de saúde.

No alcance desse objetivo, a parceria com a escola é fundamental e vem se fortalecendo no estado com o Programa Saúde na Escola (PSE). No caso de mães adolescentes, em especial as abaixo de 14 anos, é imprescindível uma atenção específica. Além da imaturidade e todas as suas consequências sobre o crescimento e desenvolvimento do bebê, nessa faixa etária é crime manter relações sexuais, o que nos conduz a contextos de violência e exploração sexual.

Para dar conta de todas as necessidades próprias da maternidade na adolescência, a PEAISA vem estruturando uma linha de cuidado voltada a essas mães e pais, na qual a gravidez possa ser identificada o mais precocemente possível e a gestante e seu companheiro sejam incluídos na rede de cuidado, com um trabalho diferenciado e voltado para essa faixa etária. Uma das ferramentas para isso é a implementação da Ficha de Acompanhamento de mães adolescentes abaixo de 14 anos, que tem o objetivo de subsidiar, fortalecer e qualificar os envolvidos no sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes e integrar toda a rede para um olhar de cuidado e proteção para a mãe, o pai e seu bebê.

DESAFIOS E PROPOSIÇÕES PARA A QUALIFICAÇÃO DA REDE MATERNO-PATerno-INFANTIL

- Revisar a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que contempla a assistência obstétrica;
- Elaborar e implementar a Linha de Cuidado Materno-Paterno-Infantil;
- Atuar na qualificação do pré-natal, incluindo a garantia dos exames com resultado em tempo oportuno - visto que a maioria das mortes maternas, infantis e fetais são evitáveis e estão relacionadas à qualidade do pré-natal;
- Atuar na qualificação da puericultura e na ampliação da cobertura vacinal nas crianças;
- Revisar o Guia do Pré-natal e expandir a sua abrangência até o puerpério, bem como trabalhar estratégias para a sua implementação no âmbito da APS; capacitando equipes assistenciais para o diagnóstico e manejo de patologias puerperais;
- Revisar o Guia da Gestante e o Guia da Família do Primeira Infância Melhor (PIM), bem como trabalhar estratégias para sua implementação no âmbito da APS, ampliando o acesso para usuários não atendidos pelo PIM.
- Atuar para a redução da razão de mortalidade materna no estado - pois apesar dos esforços, as mulheres continuam morrendo por causas evitáveis. Faz-se necessário a manutenção das reuniões do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, do monitoramento dos óbitos maternos, da produção e qualificação das equipes para o uso de protocolos estaduais sobre as principais causas de mortalidade materna e da implantação da vigilância do *near miss* materno; incentivo às ações de qualificação para o planejamento sexual e reprodutivo, com foco na inserção do Dispositivos intrauterinos (DIU) pós-placentário e na inserção de DIU na APS. Um dos desafios é a falta de recursos para materiais e atividades de qualificação, bem como divulgação dos materiais produzidos;
- Enfrentar as dificuldades relacionadas à manutenção das pactuações dos serviços de referência para o pré-natal de alto risco e para o parto de risco habitual e de alto risco com vistas à garantia de acesso das gestantes, manutenção de equipe completa de obstetrícia e pediatria/neonatologia nas maternidades, presencialmente e em tempo integral;
- Implementar o transporte sanitário, em tempo oportuno e adequado, às necessidades das mulheres e bebês - caracteriza-se como um desafio e agrega riscos às condições de saúde destes;
- O RS apresenta altas taxas de cesariana, chegando a 64% em 2022 (SINASC. Acesso: BI/SES/RS, em 13/03/2023), o que demanda investimentos em ações de capacitação para as equipes com foco na indicação qualificada de cirurgias cesarianas e na qualificação e humanização da assistência hospitalar ao parto e nascimento; outro

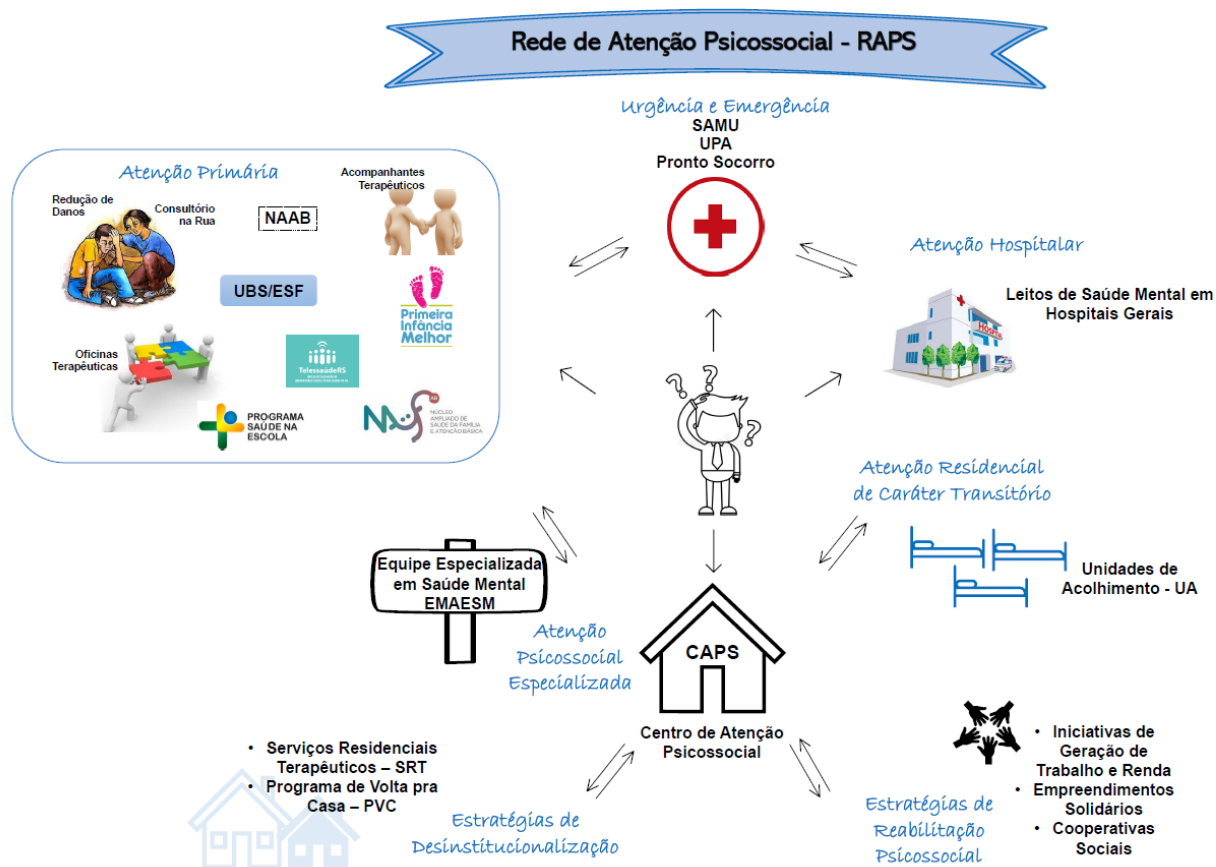
desafio é a formação e inserção de enfermagem obstétrica no cenário do parto nas maternidades;

- Equalizar a oferta de saúde reprodutiva aos(as) usuários(as) nas diferentes regiões do estado. Há necessidade de capacitações de equipes profissionais para a inserção e seguimento do DIU e diminuição das filas de espera pelos métodos cirúrgicos de esterilização (laqueadura tubária e vasectomia);
- Retomar as ações dos espaços de gestão colegiada da Rede Materno-Paterno-Infantil;
- Fomentar a ampliação de serviços voltados ao cuidado progressivo neonatal, em especial a ampliação de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa);
- Fomentar a ampliação de Ambulatório de Egresso de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN);
- Ampliação dos critérios de inclusão para a aplicação do uso de anticorpo monoclonal (Palivizumabe) para o tratamento profilático do Vírus Sincicial Respiratório (VSR);
- Implementação do Teste do Pezinho Ampliado, de acordo com a Lei e Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN);
- Implementação da Ficha de identificação e acompanhamento de mães adolescentes abaixo de 14 anos;
- Revisão e atualização da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem - PEASH, a fim de melhor expressar na consecução da política uma visão que contemple a equidade, a intersetorialidade, a complexidade e a abrangência que os determinantes e condicionantes sociais apontam, visando, portanto, a construção da nova Política Estadual de Saúde do Homem do Estado do Rio Grande do Sul.
- Ampliar a cobertura do PIM, enfrentando o desafio da manutenção e qualificação das equipes, bem como da articulação do programa com a Atenção Primária à Saúde, consolidando-o como uma estratégia intersetorial de fortalecimento na APS na atenção à saúde materno, paterno e infantil.

3.2.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela Portaria GM/MS Nº 3.088/2011 e consolidada na Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017, institui a rede de atendimento às 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) (**Figura 89**). Esta rede é caracterizada por serviços que priorizam o cuidado no território e na comunidade, buscando articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde, visando a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas.

Figura 89. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), RS, março de 2023.



Fonte: Área técnica da Política Estadual de Saúde Mental/DAPPS/SES/RS.

A Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, publicada em 2014, tem seus princípios e diretrizes pautados na Lei Estadual nº 9.716/1992 e na Lei Federal nº 10.216/2001. O Grupo Condutor Estadual da RAPS/Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, criado pela Resolução CIB/RS nº 592/2013, 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, acompanhando a implementação destes Planos. Cabe destacar que os Planos de Ação Regionais e Estadual da RAPS 2022-2024, conduzidos pelo nível federal, foram realizados em 2022, estando em processo de execução.

Sobre a implantação da RAPS no RS, a linha de cuidado em saúde mental conta com todos os dispositivos previstos na legislação federal. São 217 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 49 Residenciais Terapêuticos (SRT), 14 Unidades de Acolhimento (UA), nas modalidades adulto e infanto-juvenil, 39 Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental (eMAESM), conhecidas regionalmente como Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT). Conta, também, com serviços exclusivos do nosso estado, que buscam a promoção e assistência em saúde mental na APS, na perspectiva de ampliar a oferta de atenção em saúde mental no território: 304 Oficinas Terapêuticas (OT), 24 Acompanhantes Terapêuticos (AT), 112 Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e 31 Composições de Redução de Danos (RD).

O estado é formado, em sua maioria, por municípios de pequeno porte. Dos 497 municípios do estado, 373 têm população inferior a 15.000 habitantes (População estimada - IBGE, 2015). Esse dado é importante uma vez que demarca o critério populacional mínimo para habilitação de alguns serviços especializados da RAPS, como os CAPS, segundo as normativas ministeriais. Sendo assim, 75% dos municípios contam, apenas, com a possibilidade de serviços de menor complexidade, como a eMAESM e serviços de saúde mental na APS, não atingindo o critério de quantitativo populacional suficiente para solicitar a implantação de CAPS. Destaca-se a possibilidade de implantação de CAPS de forma regionalizada, na lógica do atendimento à Região de Saúde, a partir de ações matriciadoras. Atualmente, nos municípios com menos de 15 mil habitantes, a RAPS está estruturada com 189 OT de Saúde Mental na Atenção Básica e 112 NAAB. Dentre estes municípios, 172 (46%) possuem OT e 112 (30%) contam com NAAB e 10 municípios (2,7%) possuem o total de 11 CAPS regionais habilitados ou em funcionamento.

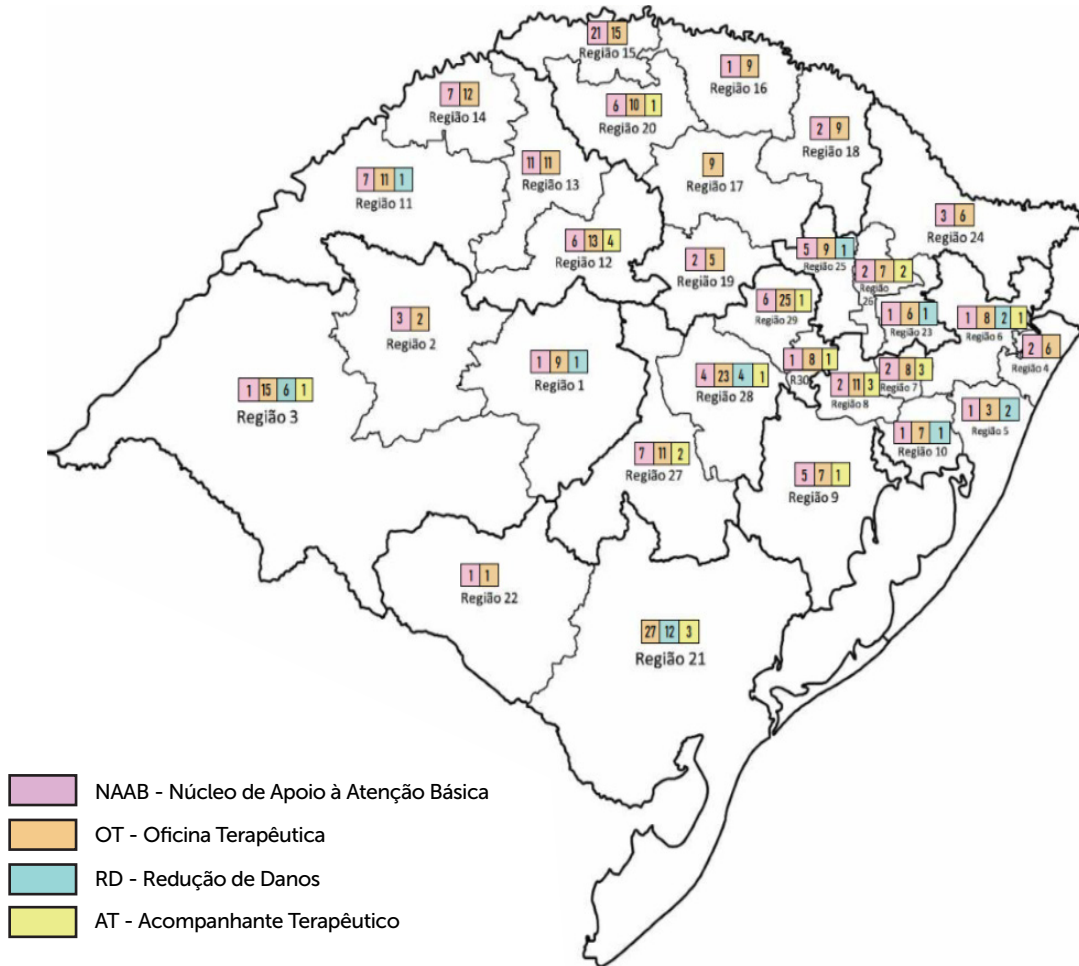
Diante desse cenário, é fundamental o investimento na expansão dos dispositivos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde, bem como a sua qualificação por meio de ações de educação permanente. Enquanto estratégia para fomentar a qualificação do cuidado em saúde mental na APS, a SES/RS ofereceu o curso "Território da Escuta", em parceria com a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/SES/RS), assim como o I Encontro Estadual de NAAB, organizado em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde.

O estado do RS possui uma das maiores coberturas de CAPS do país, dos 124 municípios do estado com mais de 15.000 habitantes, 112 (90%) têm pelo menos um dos 206 CAPS. Por outro lado, apenas 16 destes municípios contam com pelo menos um (1) SRT (13%), prejudicando os processos de desinstitucionalização. Visando atender este desafio, grande esforço tem sido feito pela área técnica de saúde mental da SES para ampliar o número de SRTs nos municípios, além de acompanhar e apoiar tecnicamente a desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico São Pedro e do Hospital Colônia Itapuã, ambos em processo de finalização. Mais informações podem ser lidas na seção específica sobre estes hospitais no presente documento.

Na atenção residencial de caráter transitório às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, 14 UA foram implantadas em oito (08) municípios do estado, sendo 12 UA para acolhimento de adultos e 02 para acolhimento infanto juvenil. Quanto às Comunidades Terapêuticas (CT), a área técnica de saúde mental e as CRS têm acompanhado e monitorado as 496 vagas remanescentes, em 36 CT contratualizadas pelo Edital Nº 01/2017, por meio de um Grupo de Trabalho (GT) 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.

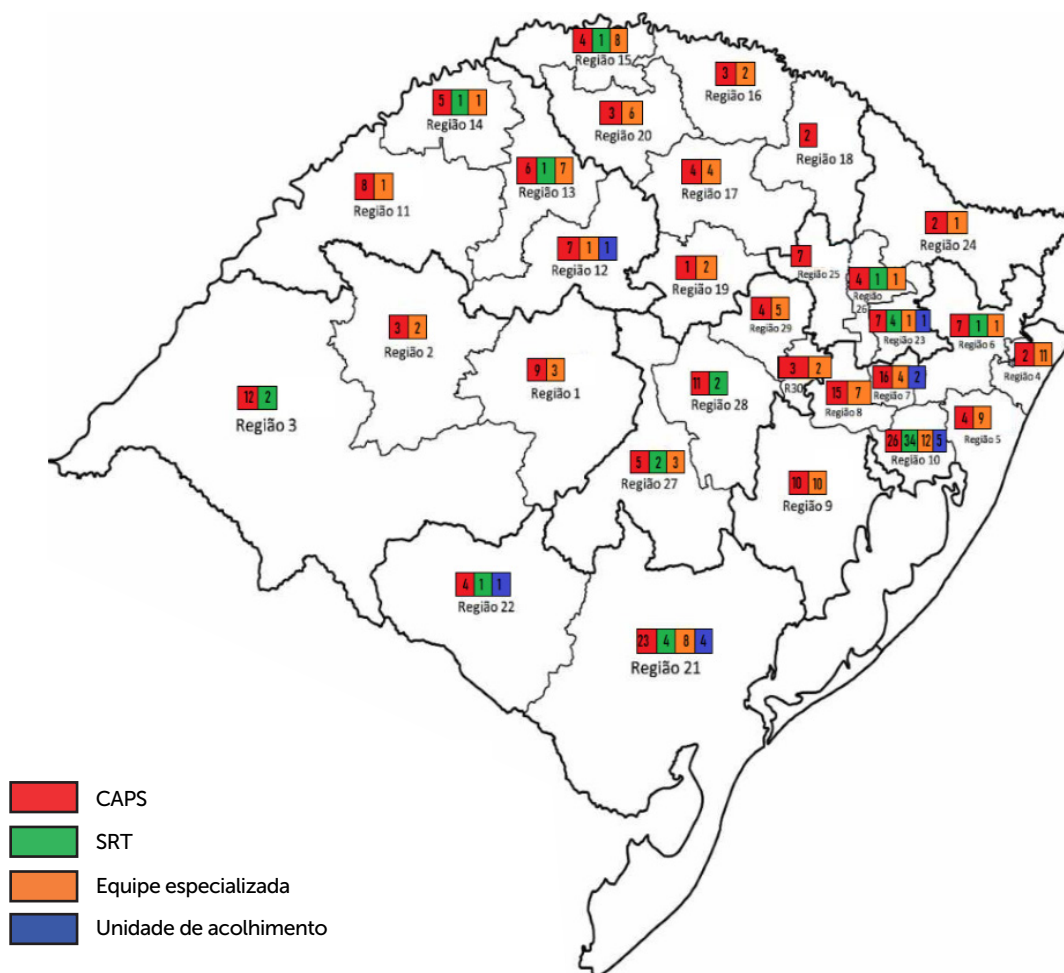
Nas **Figuras 90 e 91**, é possível observar a distribuição dos dispositivos da RAPS na AB e na atenção especializada, respectivamente, no RS, por Região de Saúde.

Figura 90. Dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica, RS, 2023.



Fonte: SES/RS.

Figura 91. Dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Especializada, RS, 2023.



Fonte: SES/RS.

Com vistas ao fortalecimento e à qualificação de projetos e programas que visem à inclusão por geração de renda, à reinserção social, à promoção de autonomia e ao 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 dessas iniciativas em âmbito estadual, tendo sido realizado o I Encontro Estadual de Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, em 2022, contando com 25 expositores, além de fortalecer as estratégias de suporte intersetorial. Ainda, segue como uma prioridade para a área técnica de saúde mental o incentivo e o fomento às atividades promotoras da autonomia e do protagonismo das pessoas nos territórios.

Ressalta-se que o estado conta com 1.341 leitos de saúde mental integral em hospitais gerais e 671 leitos em hospitais psiquiátricos, 1 leito/5,7 mil habitantes (quando o preconizado pelo MS é de 1 leito/23 mil habitantes), o que representa um índice de 0,20 leito/1.000 habitantes. Contudo, a distribuição dos leitos de saúde mental integral nas diferentes Regiões de Saúde do Estado não é uniforme (variando de 0,06 leito/1.000 habitantes na R4, R7, R9 e R24 até 0,44 leito/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 da implementação da equipe e estrutura mínima prevista na legislação, 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. Um dos obstáculos encontrados diz respeito a internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) para alguns grupos populacionais específicos, como crianças, adolescentes ou gestantes. A criação de unidades específicas para atendimento de crianças e adolescentes tem sido uma das estratégias adotadas para superar essa dificuldade. Além disso, a transição de leitos de Hospitais Psiquiátricos para Unidade de Saúde Mental em Hospitais Gerais tem sido preconizada pela política, evidenciada pelo fechamento dos 30 leitos do Hospital Psiquiátrico Vicença Maria da Fontoura Lopes, em Rio Grande, e a consequente abertura de uma unidade com 30 leitos de saúde mental na Santa Casa do mesmo município no ano de 2023.

Diante da necessidade de Educação Permanente em Saúde Mental Coletiva, o estado do RS institui a Rede de Atenção Psicossocial Escola (Portaria SES/RS N° 323/2022) – RAPS Escola, com o objetivo de implementar e implantar estratégias neste sentido. A RAPS Escola, oferece formação a profissionais da área da saúde para atuação no SUS, na lógica do cuidado em rede e no território, de forma articulada com os dispositivos que compõem a RAPS dos municípios, tendo como foco principal as residências multiprofissionais/uniprofissionais em saúde mental e médica psiquiátrica, o que garante que a formação em serviço aos profissionais da área da saúde seja na lógica do cuidado em rede e no território e de forma articulada com os diferentes dispositivos que compõem a RAPS dos municípios.

A demanda por qualificação dos dispositivos da RAPS tem sido crescente, como a necessidade de qualificação/capacitação em saúde mental para a Rede de Urgência e Emergência da RAPS. Enfatiza-se a necessidade de aprimoramento de profissionais e pactuação de fluxos nos diferentes níveis de atenção, levando em consideração as necessidades de formação das equipes para a elaboração de encontros de formação por tema e buscando a otimização desses encontros.

3.2.3 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) tem a finalidade de organizar e qualificar o acesso dos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil, oportuna, humanizada e integral. A RAU é uma rede complexa, a qual atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental, entre outras), composta por diferentes pontos de atenção, que devem atuar de forma integrada, articulada e sinérgica. Para isto, esta rede está organizada em componentes hospitalares: Portas de Entrada, Leitos Clínicos de Retaguarda, Leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de Retaguarda, Leitos de Cuidados Prolongados, Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); e não hospitalares: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 Horas e Equipes de Atenção Domiciliar (SAD). Além disso, com habilitação exclusiva estadual, a RAU conta com os serviços de Plantão Presencial (**Figura 92**).

Figura 92. Componentes da Rede de Atenção às Urgências, RS, 2023.



Fonte: SES/RS.

As diretrizes da RAU estão definidas nas Portarias de Consolidação GM/MS nº 03/2017 e nº 06/2017. Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência, de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico da população. Em função disto, o planejamento e a organização da RAU preveem a elaboração dos Planos de Ação Regional (PAR), os quais têm o objetivo de estruturar a rede de uma determinada Macrorregião de Saúde, integrando as ações e os serviços e estabelecendo suas referências. Os PARs do estado estão aprovados pelo Ministério da Saúde (MS), por meio de portarias, para as sete Macrorregiões de Saúde. O processo de revisão dos mesmos deve ocorrer mediante aditivos ao PAR, para atender novas necessidades e realidades.

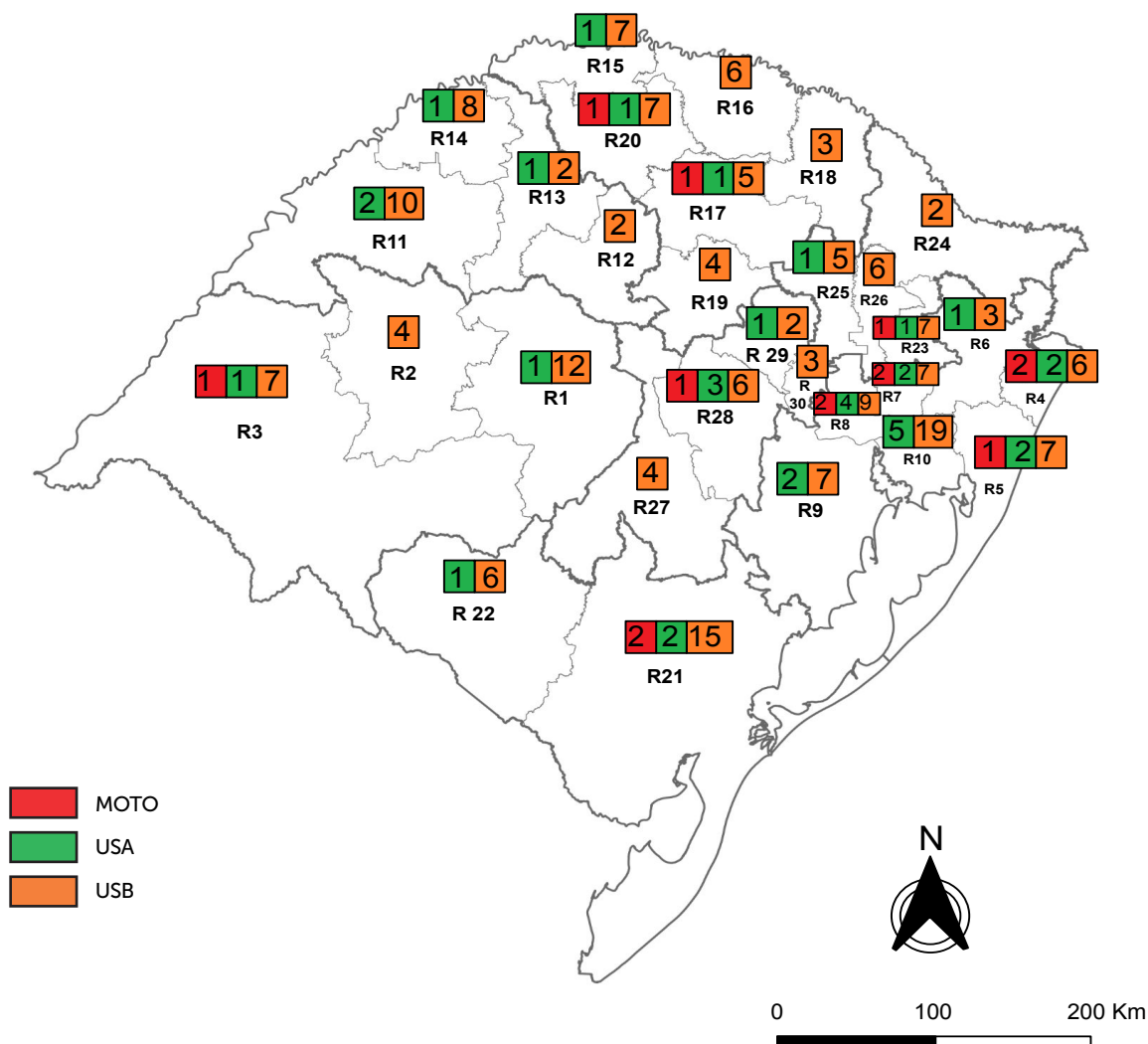
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)

Trata-se de um serviço pré-hospitalar com o objetivo de promover atendimento precoce às vítimas de agravos agudos e/ou transporte adequado, caso necessário, para um serviço de saúde fixo. As unidades do SAMU podem ser de três tipos: Unidade de Suporte Básico (USB), Unidade de Suporte Avançado (USA) e Motolância (**Figura 93**).

As USBs estão presentes nas 30 Regiões de Saúde do estado e contam com 191 unidades, com cobertura para 294 municípios. Quanto às USAs, em março/2023, havia 36 unidades em funcionamento, com cobertura parcial ou total para 22 Regiões de Saúde. Já 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. Em março/2023, havia 14 unidades ativas nesta modalidade.

O estado conta com bases do SAMU 192 em 164 municípios, cuja região pactuada de atendimento totaliza 294 municípios, abrangendo 91,4% da população gaúcha (**Quadro 15**). Para o Suporte Avançado, a cobertura é de 72 municípios (42,0% da população). Em março/2023, destes 164 municípios com base SAMU, 57 recebem custeio qualificado do Ministério da Saúde e SES/RS, para 80 Unidades Móveis. A ampliação da cobertura do atendimento pré-hospitalar, pelo SAMU 192, pode ser obtida por meio da repactuação da regionalização, incluindo mais municípios na área de cobertura de equipes já implantadas ou com a habilitação de novos municípios. Entretanto, não é um processo fácil, em especial para gestores de pequenos municípios. Em cumprimento às obrigações previstas nas portarias de habilitação do SAMU 192, a Central Estadual de Regulação das Urgências (CRU/SAMU/DRE/SES/RS) conta com o Núcleo de Educação em Urgências (NEU), com a finalidade de promover cadastro, monitoramento, capacitação e educação continuada de trabalhadores vinculados à RAU.

Figura 93. Distribuição de USA, USB e MT, RS, 2023.



USB: Unidade de Suporte Básico. USA: Unidade de Suporte Avançado. MT: Motolância.

Fonte: SES/RS.

Quadro 15. Cobertura SAMU e distribuição de unidades (por Região de Saúde), RS, 2023.

Região de Saúde	Cobertura SAMU – Total						Cobertura SAMU – USA				Distribuição de Unidades		
	População Coberta		Municípios com Cobertura		Municípios com Base SAMU		População Coberta		Municípios com Cobertura				
	Nº	%	Nº	%	Total	Custeio Qualificado	Nº	%	Nº	%	Moto	USA	USB
R1 – Verdes Campos	423,125	91,4	12	54,5	10	2	285,159	61,6	1	4,5		1	2
R2- Entre-Rios	90,354	73,9	4	36,4	4								4
R3 – Fronteira Oeste	436,197	95,9	7	63,6	7	2	126,766	27,9	1	9,1	1	1	7
R4 – Belas Praias	156,263	94,9	9	75,0	6	1	94,390	57,3	2	16,7	2	2	6
R5 – Bons Ventos	233,489	96,5	10	90,9	7		100,322	41,5	2	18,2	1	2	7
R6 – Vale do Paranhana Costa da Serra	145,413	61,0	4	50,0	3		117,159	49,1	2	25,0		1	3
R7 – Vale dos Sinos	827,103	98,3	12	80,0	5	1	515,668	61,3	4	26,7	2	2	7
R8 – Vale do Caí Metropolitana	751,895	95,4	11	61,1	6	1	612,223	77,7	8	44,4	2	4	9
R9 – Carbonífera/ Costa Doce	367,408	86,4	15	75,0	7		165,017	38,8	2	10,0		2	7
R10 – Capital Vale do Gravataí	2.379,920	99,7	5	83,3	5	1	497,916	20,8	2	33,3		5	19
R 11 - Sete Povos das Missões	245,039	88,4	16	66,7	10		144,605	52,2	5	20,8		2	10
R 12 – Portal das Missões	74,791	58,9	3	25,0	2	1							2
R 13 – Região da Diversidade	197,115	85,8	15	75,0	2		110,788	48,2	6	30,0		1	2
R 14 – Fronteira Noroeste	222,423	100	22	100	8	6	73,882	33,2	1	4,5		1	8
R 15 – Caminho das Águas	148,542	82,0	20	76,9	7	3	17,375	9,6	2	7,7		1	7
R 16 – Alto Uruguai Gaúcho	162,023	69,7	10	30,3	6	1							6
R 17 – Região do Planalto	345,569	82,0	8	28,6	5	1		14,8	1	3,6	1	1	5
R 18 – Região das Araucárias	69,106	51,7	3	15,0	3	1							3
R 19 – Região do Botucaraí	70,287	60,0	5	35,7	4	3							4

Região de Saúde	Cobertura SAMU – Total						Cobertura SAMU – USA				Distribuição de Unidades		
	População Coberta		Municípios com Cobertura		Municípios com Base SAMU		População Coberta		Municípios com Cobertura				
	Nº	%	Nº	%	Total	Custeio Qualificado	Nº	%	Nº	%	Moto	USA	USB
R 20 – Rota da Produção	142,654	87,6	18	69,2	7	2	32,967	20,2	1	3,8	1	1	7
R 21 – Região Sul	831,425	95,1	13	61,9	13	3	556,707	63,7	2	9,5	2	2	15
R 22 – Pampa	181,838	96,3	5	83,3	5	5	121,518	64,4	1	16,7		1	6
R 23 – Caxias e Hortências	628,254	98,8	4	66,7	4	3	523,716	82,4	1	16,7	1	1	7
R 24 – Campos de Cima da Serra	78,186	77,9	2	22,2	2								2
R 25 – Vinhedos e Basalto	243,734	75,3	5	22,7	5	5	123,090	38,0	1	4,5		1	5
R 26 – Uva e Vale	168,081	87,3	6	50,0	6	6							6
R 27 – Jacuí Centro	154,519	76,2	4	33,3	4	1							4
R 28 – Vinte e Oito	354,888	100	13	100	6	3	257,671	72,6	6	46,2	1	3	6
R 29 – Vales e Montanhas	223,863	97,9	25	92,6	2	2	178,670	78,2	14	51,9		1	2
R 30 – Vale da Luz	126,671	95,8	8	80,0	3	3	99,764	75,4	7	70,0			3
Total	10.480,17	91,4	294	59,2	164	57	4.817,7	42,0	72	14,5	14	36	191

População: TCU 2021. a) Os municípios com bases SAMU são aqueles que contam com unidades sediadas no seu território, atendendo a população própria e de outros municípios, caso haja pactuação para tal. b) O custeio qualificado é uma condição aprovada pelo MS, que amplia o aporte financeiro para o município da base SAMU, mediante apresentação de proposta e cumprimento de requisitos.

Fonte: Divisão de Urgências e Emergências (DUE/DRE/SES/RS). Acesso em: 28/03/2023.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS (UPA 24H)

Conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017, a UPA 24 Horas é um estabelecimento de complexidade intermediária entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção hospitalar, que deve estar articulada com os demais serviços de saúde do território, possibilitando a circulação do usuário pelos níveis de complexidade.

Em março/2023, 22 Regiões de Saúde contam com UPA 24h habilitadas, distribuídas nas sete Macrorregiões de Saúde (**Tabela 25**). Das 38 UPAs 24H em funcionamento, 36 estão habilitadas pelo Ministério da Saúde com financiamento tripartite, conforme Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017, a qual também determina a produção mínima mensal (**Tabela 25**). Além disso, 27 unidades contam com custeio qualificado por parte do MS e Estado.

Tabela 25. Distribuição de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas (por Macrorregião de Saúde), RS, 2023.

Macrorregião de Saúde	Total de UPAs 24h habilitadas	Produção Mínima Mensal / Opção de custeio de UPA 24					UPA 24h com custeio qualificado
		3.375	4.500	6.750	7.875	10.125	
		II	III	V	VI	VIII	
Centro-Oeste	3	1	1			1	3
Metropolitana	15		5	6	1	3	11
Missioneira	4	1	2	1			2
Norte	2		2				1
Serra	4		2			2	4
Sul	4		2	1		1	2
Vales	4		3	1			4
Total	36	2	17	9	1	7	27

Há duas UPAs 24h (Capão da Canoa e Panambi) com encaminhamento da habilitação aprovado pela CIB/RS, aguardando a habilitação pelo Ministério da Saúde.

Fonte: Divisão de Urgências e Emergências (DUE)/DRE/SES/RS, em 28/03/2023.

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 e Portarias SES/RS nº 537/2021 e nº 638/2021 – Programa ASSISTIR. Em março/2023, as 30 Regiões de Saúde estavam contempladas com esse componente hospitalar estadual (191 serviços) e 26 Regiões de saúde, na federal (49 serviços), sendo que alguns hospitais possuem as duas habilitações (federal e estadual). O perfil assistencial, a complexidade de atendimento e o incentivo de custeio de cada porta de entrada habilitada são definidos pela tipologia atribuída (**Tabela 26**), a partir do porte do referido serviço.

Tabela 26. Distribuição das Portas de Entrada Hospitalares (por Macrorregião de Saúde), RS, março de 2023.

Região de Saúde	Portas de Entrada Habilitadas									
	Total	Habilitação Estadual – Programa Assistir					Total	Habilitação Federal		
		I ¹	II ¹	III ¹	I ²	II ²		Geral	Tipo I	Tipo II
Norte	43	13	21	5	2	2	6	2	2	2
Missioneira	35	17	11	3	3	1	3		2	1
Vales	19	4	8	4	3		4	1	3	
Centro-Oeste	20	1	12	5	1	1	3		1	2
Sul	17	5	3	5	1	3	7	4		3
Metropolitana	38	5	14	12	4	3	21	11	4	6

Região de Saúde	Portas de Entrada Habilitadas									
	Total	Habilitação Estadual – Programa Assistir					Total	Habilitação Federal		
		I ¹	II ¹	III ¹	I ²	II ²		Geral	Tipo I	Tipo II
Serra	19	5	9	3	1	1	5	2	2	1
Total	191	50	78	37	15	11	49	20	14	15

*Quando da habilitação/qualificação das portas de entrada pelo Ministério da Saúde, por meio do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência, o valor aportado pelo Estado à título de incentivo para este tipo de serviço será reduzido para o valor correspondente ao porte imediatamente inferior ao porte habilitado pelo ente federal. ¹ Geral; ² Especializado.

Fonte: Divisão de Urgências e Emergências (DUE)/DRE/SES/RS, em 28/03/2023.

LEITOS DE RETAGUARDA

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. Esses leitos devem ser exclusivos para a retaguarda às urgências e emergências e com acesso regulado pelas centrais de regulação. Dividem-se em: Leitos Clínicos (LCR), Leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Leitos de Cuidados Prolongados (LCP).

Os Leitos Clínicos existentes e registrados no CNES podem ser qualificados para retaguarda à RAU com o mesmo custeio diferenciado que os leitos novos habilitados para a mesma finalidade. Em março de 2023, entre leitos qualificados e novos habilitados, há 887 Leitos Clínicos de Retaguarda à RAU distribuídos em sete Regiões de Saúde: R5, R8, R9, R10, R21, R22 e R28 concentradas nas Macrorregiões de Saúde Metropolitana, Sul e Vales. 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 Ministerial. O RS possui 774 Leitos de UTI qualificados, financiados pelo Ministério da Saúde como retaguarda à RAU (657 leitos de UTI adultos e 117 leitos de UTI pediátricos), distribuídos em 25 Regiões de Saúde.

Já, 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 256 Leitos de Cuidados Prolongados habilitados, distribuídos em dez Regiões de Saúde: R1, R2, R6, R10, R13, R14, R15, R16, R18 e R28. As Macrorregiões de Saúde Sul e Serra ainda não têm leitos habilitados nesta modalidade.

CENTROS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM AVC

A habilitação destes serviços tem o objetivo de prover assistência às pessoas vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), de forma célere, reduzindo o risco de sequelas e óbito. A Linha de Cuidado do AVC está prevista na Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017. Os

Centros de AVC podem ser habilitados em tipos I, II ou III, de acordo com a estrutura, finalidade proposta e classificação dos respectivos leitos em AVC Agudo e AVC Integral. Quatorze Regiões de Saúde dispõem de 225 leitos para essa Linha de Cuidado (**Tabela 27**). Observa-se a ausência de leitos habilitados nas Macrorregiões de Saúde Vales, Centro-Oeste e Sul.

Tabela 27. Distribuição dos Leitos dos Centros de Acidente Vascular Cerebral - AVC (por Macrorregião de Saúde), RS, março de 2023.

Macrorregião de Saúde	Total	Leito de AVC – Tipo II		Leito de AVC – Tipo III	
		Agudo*	Agudo*	Integral**	
Centro-Oeste	-	-	-	-	
Metropolitana	155	5	75	75	
Missioneira	35	5	15	15	
Norte	25	5	10	10	
Serra	10	10	-	-	
Sul	-	-	-	-	
Vales	-	-	-	-	
Total	225	25	100	100	

*Entende-se por U-AVC Agudo, unidade de cuidados clínicos multiprofissional, dedicada ao cuidado dos usuários acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação) e que oferecem tratamento trombolítico endovenoso. **Atendimento da totalidade dos casos de AVC agudo admitidos na instituição: tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa, no prazo de 15 dias de internação.

Fonte: Divisão de Urgências e Emergências (DUE)/DRE/SES/RS, em 28/03/2023. -: ausência de leitos financiados. AVC: Acidente Vascular Cerebral.

UNIDADES CORONARIANAS (UCO)

A Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) está prevista na Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017, que aprova as Unidades Coronarianas (UCO) e o protocolo de síndromes coronarianas agudas. Nesta modalidade, há 14 leitos de UCO habilitados no estado, nas Regiões de Saúde R10 (Porto Alegre – oito leitos), R12 (Ijuí – dois leitos) e R23 (Caxias do Sul – quatro leitos).

PLANTÃO PRESENCIAL

As Portarias SES/RS nº 537/2021 e nº 638/2021 – Programa ASSISTIR, aprovaram o incentivo estadual para os hospitais que disponibilizarem Plantão Presencial durante as 24 horas nas especialidades de traumatologia-ortopedia, neurologia clínica e cirúrgica, cirurgia vascular, buco-maxilo-facial, e oftalmologia. Estes serviços qualificam as portas de entrada, com a assistência especializada de urgência. Em março/2023, não havia serviços habilitados, nesta modalidade, nas Macrorregiões de Saúde Centro-Oeste e Vales (**Tabela 28**).

Tabela 28. Distribuição dos Plantões Presenciais (por Macrorregião de Saúde), RS, março de 2023.

Macrorregião de Saúde	Total de unidades	Plantões presenciais habilitados – Programa ASSISTIR				
		Especialidade				
		Bucomaxilo-facial	Cirurgia Vascular	Neurologia Clínica e Cirúrgica	Oftalmologia	Traumato-Ortopedia
Centro-Oeste	-	-	-	-	-	-
Metropolitana	16	1	1	6	1	7
Missioneira	3	1	-	-	1	1
Norte	4	1	-	-	1	-
Serra	2	-	1	1	-	-
Sul	4	3	1	-	-	-
Vales	-	-	-	-	-	-
Total	29	6	3	7	3	10

-: ausência de plantões presenciais habilitados.

Fonte: Divisão de Urgências e Emergências (DUE)/DRE/SES/RS, em 28/03/2023

ATENÇÃO DOMICILIAR

A Atenção Domiciliar (AD) 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. As ações deste componente da RAU não devem ser confundidas com o *home care*.

A AD, como componente da RAU, é organizada em três modalidades, cujas atribuições estão previstas no Art. 546 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 05/2017: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) 1 e 2 e Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP), de acordo com a composição da equipe.

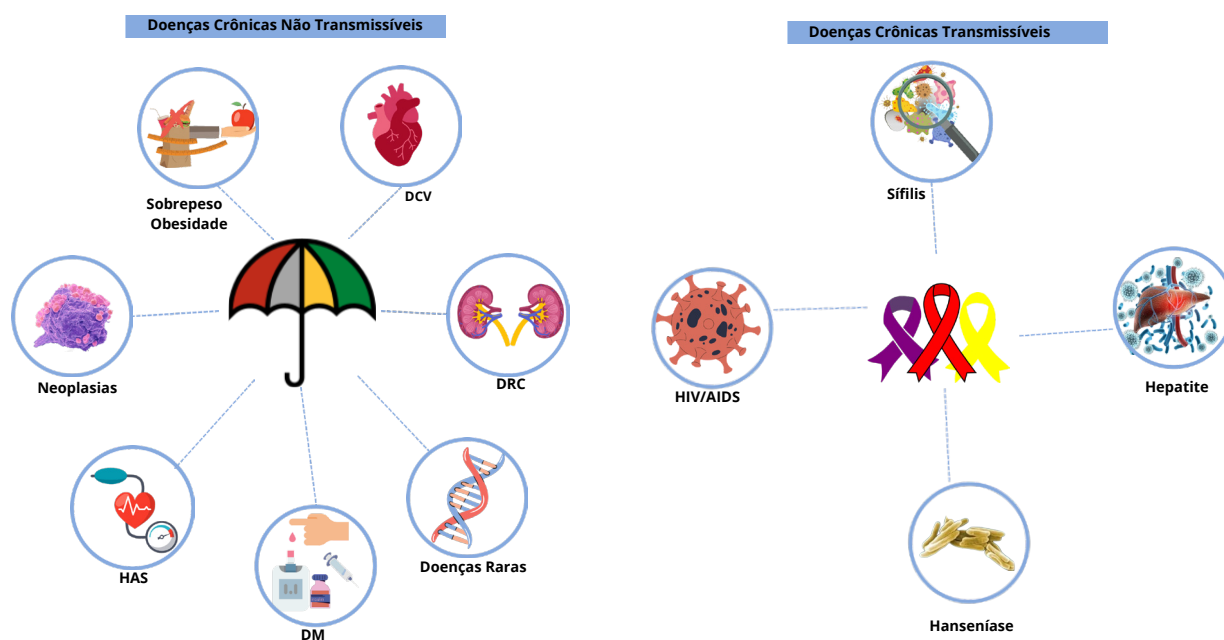
No estado, existem 70 equipes habilitadas (EMAD 1: 44; EMAD 2: 12; EMAP: 14), distribuídas em 17 Regiões de Saúde (R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R14, R16, R19, R21, R22, R23, R25, R26 e R28) e ausência na Macrorregião Centro-Oeste.

3.2.4 REDE DE ATENÇÃO A DOENÇAS CRÔNICAS

As condições crônicas não transmissíveis se apresentam como a maior causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo (MALTA et al., 2019). Não possuem uma causa específica, por isso são consideradas como multifatoriais. Em 2008, a OMS estimou que as quatro doenças crônicas não transmissíveis que mais causam mortes no cenário mundial foram: doenças cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes. Observa-se que todas essas doenças possuem fatores de risco modificáveis em comum como hábitos alimentares e comportamentais.

RAS das Pessoas com Doenças Crônicas 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/RS nº 64/2017 instituiu o Grupo Condutor da Atenção às Pessoas com Condições Crônicas (GC Crônicos), composto por representantes de diversos departamentos e assessorias da SES/RS. Abaixo, ilustra-se a Rede de atenção a condições e doenças crônicas no RS (**Figura 94**).

Figura 94. Rede de Atenção a condições e doenças crônicas, RS, março de 2023.



DM: Diabetes Mellitus. HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica. DCV: Doenças Cardiovasculares. DRC: Doença Renal Crônica.

Fonte: SES/RS.

O RS possui serviço específico na Atenção Secundária à Saúde, o Ambulatório de Atenção Especializada em Condições Crônicas do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), nas linhas Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus - inaugurado em junho/2018, e Linha de Cuidado da Pessoa Idosa - inaugurado em outubro/2022. Seu objetivo é a estabilização das condições crônicas dos usuários do seu território de referência, devendo promover ações integradas com os demais pontos de atenção. O Ambulatório atende a população dos 33 municípios de abrangência das Regiões R1 e R2 - 4ª CRS (Resolução CIB/RS nº 33/2023) e oferece atenção inovadora a partir do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

O MACC possibilita que a APS exerça seu papel como ordenadora da RAS e como coordenadora do cuidado com a interação entre a APS e a AAE, embasadas nas linhas de cuidado prioritárias e utilizando a estratificação de risco. As principais mudanças que estão sendo realizadas com a implantação do MACC são: 1) Estratificação de risco, permanecendo o baixo e o médio riscos no atendimento da APS e sendo encaminhado à AAE o alto risco; 2) Atenção à saúde proativa e resolutiva, conforme o Plano de Cuidado e o Autocuidado Apoiado; 3) Atendimento e vinculação realizado pela equipe interdisciplinar no ambulatório multiprofissional especializado; 4) Integração em rede com os outros níveis de Atenção à Saúde

por meio de supervisão, de matriciamento, de educação e de pesquisa. A organização e a qualificação da AAE passam pela adoção de diretrizes clínicas com a utilização da estratificação de risco da população e o manejo da condição crônica de alto e muito alto risco – ficando as condições de baixo e médio risco com o manejo na APS.

A cada ano, estima-se que, no mundo, 56 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos segundo dados da Organização Mundial da Saúde. O cuidado paliativo tem como objetivo primordial a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares que estão enfrentando patologias usualmente crônicas, não transmissíveis. No RS, com o processo gradual de envelhecimento da população e um número expressivo de patologias crônicas degenerativas tais como neurológicas, cardiológicas, oncológicas e pneumológicas, há necessidade de construção de rede de atenção de cuidados paliativos envolvendo todos os níveis de atenção à saúde, incorporando as melhores práticas atuais no sentido de proporcionar dignidade, conforto e qualidade de vida. Políticas nacionais e estaduais voltadas a este tema podem promover acesso a cuidados específicos em todos os níveis de atenção à saúde por meio do trabalho das diversas áreas da saúde, de maneira inter e multidisciplinar.

A modelagem de uma rede que possa prover acesso oportuno aos cuidados paliativos nas diversas situações clínicas deve contribuir para redução de permanência hospitalar, visando o cuidado preferencialmente próximo ao domicílio sem prejuízo da assistência especializada necessária. Nesse sentido, são componentes da rede: a Atenção Primária e o Programa Melhor em Casa. Pactuar uma política estadual que possa alinhar e atuar como facilitadora da implantação de um Programa Estadual de Cuidados Paliativos é uma necessidade atual com provável intensificação nos próximos anos pelas características evolutivas da população.

ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE

A organização da rede de assistência de Alta Complexidade (AC) ao indivíduo com obesidade é regida pela Portaria GM/MS nº 425/2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios. De acordo com esta legislação, a unidade hospitalar habilitada tem o compromisso de oferecer atenção à saúde de maneira integral e contínua, garantindo assistência multiprofissional em todas as etapas do acompanhamento – acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica, cirurgia bariátrica e cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica.

A Rede de Assistência de AC ao Indivíduo com Obesidade no RS está estruturada em sete unidades hospitalares (**Quadro 16**). Esta rede apresenta 100% de cobertura no território do RS e todas as referências pactuadas na Resolução nº 050/22 – CIB/RS. Percebe-se uma concentração dos serviços na Macrorregião de Saúde Metropolitana (57%). Observa-se que 68% dos usuários são referenciados a serviços localizados na sua própria Macrorregião de Saúde, contrastando com os demais 32%, que necessitam deslocar-se por maiores distâncias para receberem o acompanhamento nesta especialidade. Por outro lado, verifica-se vazios assistenciais nas Macrorregiões de Saúde Vales, Sul e Centro Oeste, indicando a necessidade de ampliação desta rede nestes territórios. A SES/RS vem desenvolvendo estratégias para ampliar o acesso e diminuir os vazios assistenciais, com a identificação de proponentes com capacidade técnica e instalada e com interesse nesta habilitação.

Quadro 16. Serviços habilitados e suas referências na Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, RS, março de 2023.

		População Referenciada		
Município	Unidade Hospitalar	Macrorregião de Saúde	CRS	Região de Saúde
Canoas	Hospital Universitário	Vales	8ª CRS	R27
			13ª CRS	R28
			16ª CRS	R29 - R30
		Metropolitana	1ª CRS	R8
Porto Alegre	Hospital São Lucas da PUC	Metropolitana	1ª CRS	R9 - R10
			18ª CRS	R4 - R5
Porto Alegre	Hospital de Clínicas	Metropolitana	1ª CRS	R6 - R7
Santo Ângelo	Hospital Santo Ângelo	Norte	11ª CRS	R16
			12ª CRS	R11
		Missioneira	14ª CRS	R14
			17ª CRS	R13
			9ª CRS	R12
		Centro-oeste	4ª CRS	R1 - R2
			10ª CRS	R3
Porto Alegre	Hospital Nossa Senhora da Conceição	Sul	3ª CRS	R21
			7ª CRS	R22
Caxias do Sul	Hospital Geral	Serra	5ª CRS	R23 - R24 - R25 -R26
Tenente Portela	Hospital Santo Antônio	Norte	2ª CRS	R15
			15ª CRS	R20
			6ª CRS	R17 - R18 - R19

Fonte: SES/RS,2023.

Observa-se que 68% dos usuários são referenciados a serviços localizados na sua própria Macrorregião de Saúde, contrastando com os demais 32% que necessitam deslocar-se por maiores distâncias para receberem o acompanhamento nesta especialidade.

A SES/RS vem desenvolvendo estratégias para ampliar o acesso e diminuir os vazios assistenciais, com a identificação de proponentes com capacidade técnica e instalada e com interesse nesta habilitação, especialmente nas Macrorregiões de Saúde Sul, Centro-Oeste e Vales, que não dispõem de serviços habilitados em seus territórios. Destaca-se, ainda, a definição no Programa ASSISTIR de duas modalidades de ambulatórios, vinculados às unidades hospitalares habilitadas, que contemplam o atendimento ao usuário com obesidade: ambulatório de especialidade em cirurgia bariátrica e ambulatório de especialidade em cirurgia plástica reparadora. Em março de 2023, o estado contava com dois na Macrorregião de Saúde Missioneira e dois na Metropolitana.

Buscando o fortalecimento da promoção à saúde e da prevenção do sobrepeso e da obesidade e qualificação do cuidado, em 2014 a SES pactuou a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção às Doenças Crônicas, aprovada na Resolução nº 589/14 – CIB/RS. Este documento contempla a definição de competências de cada ponto de atenção e do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles.

ATENÇÃO À PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

A Nefrologia é uma especialidade clínica focada nas doenças renais, sendo que uma delas é a Doença Renal Crônica (DRC), a qual está inserida no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), do Ministério da Saúde (MS). Para fins de organização do atendimento integral à pessoa com DRC, o tratamento é classificado em conservador, quando nos estágios de 1 a 3, pré-diálise quando nos estágios 4 e 5-ND (não dialítico) e Terapia Renal Substitutiva (TRS) quando no estágio 5-D (dialítico).

A organização, o funcionamento e o financiamento do cuidado da pessoa com DRC no âmbito do SUS são regidos pelas Portarias de origem GM/MS nº 1.675/2018, nº 3.415/2018 e 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 homologada 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.

A Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 – Pré-Dialítico é responsável pelo acompanhamento multiprofissional do usuário, realização de exames conforme as “Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS no estágio 4 e 5 pré-dialítico”, além de realizar o matriciamento para as equipes de Atenção Primária à Saúde para o estágio 3. À Atenção Especializada em DRC com hemodiálise e diálise peritoneal compete ofertar o tratamento dialítico e suprir as necessidades para atendimento do usuário que envolve essa Linha de Cuidado.

No RS, existem 63 serviços habilitados para o atendimento em TRS pelo SUS (**Quadro 17**), estando distribuídos 24 na Macrorregião de Saúde Metropolitana, 10 na Centro-Oeste, 07 na Sul, 06 na Norte, 06 na Vales, 05 na Serra e cinco 05 na Missioneira - sendo 27 deles prestadores privados e contratualizados. Em relação à Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 – Pré-Dialítico, são onze (11) os serviços habilitados. Na Macrorregião de Saúde Norte dois (02); Centro Oeste três (03); Missioneira dois (02); Norte um (01); Serra um (01); Vales um (01) Metropolitana um (01).

Pode-se elencar ainda como sendo prioridade a habilitação para atendimento às pessoas com DRC em estágio pré-dialítico, pois trata da melhoria da qualidade de vida das pessoas, bem como protela o início da Terapia Renal Substitutiva. Outro ponto a ser elencado como estratégico é a confecção de Fístulas Arterio Venosas (FAV) que, apesar de ser responsabilidade do prestador, há um tempo de espera muito longo para os usuários acessarem o serviço. Destaca-se que, com

a implementação do Programa ASSISTIR, houve habilitação estadual de seis (6) Ambulatórios de Cirurgia Vascular, sendo incluída a confecção de FAV como procedimento obrigatório.

Quadro 17. Distribuição dos serviços para Tratamento de Substituição da Função Renal - TRS (por Região de Saúde), RS, abril de 2023.

Região de Saúde	Município	Serviços	
R1 e R2	Santa Maria	Clínica Renal de Santa Maria/Hospital Casa de Saúde Clínica Renal de Santa Maria/ Hospital de Caridade HCAA Hospital Universitário de Santa Maria HUSM	
R3	Santiago	Hospital Caridade de Santiago	
	Rosário do Sul	Renal Clínica	
	Rosário do Sul	Hospital Auxiliadora	
	Alegrete	Santa Casa de Caridade de Alegrete	
	Itaqui	Clínica São Patrício	
	Santana do Livramento	Cardionefroclínica Delta	
	São Gabriel	Santa Casa de Saúde de São Gabriel	
R4 e R5	Uruguaiana	Bio-Rim Uruguaiana	
	Torres	Nefrotorres	
R6	Osório	Hospital São Vicente de Paulo	
	Taquara	Centro Nefrológico	
R7 e R8	Novo Hamburgo	Instituto de Nefrologia de Novo Hamburgo	
	São Leopoldo	Hospital Centenário	
	Campo Bom	Clínica de Diálise e Transplante Campo Bom	
	Montenegro	Nefroclin Clínica de Doenças Renais	
	Guaíba	Clínica Nefrológica	
	Esteio	Hospital Municipal São Camilo	
	Canoas	Pró-Renal Clínica de Doenças Renais	
	Sapucaia do Sul	Pró-Renal Sapucaia	
R9	Lajeado	Hospital Bruno Born	
	Camaquã	Nefroclínica	
	Guaíba	Clínica Nefrológica	
R10	Santa Cruz do Sul	Uni-Rim Clínica de Doenças Renais	
	Alvorada	Clínica de Doenças Renais de Alvorada	
	Cachoeirinha	Nefrocor Serviços de Nefrologia e Cardiologia	
	Viamão	SERVIRIM - Serviços de Doenças Renais	
	Gravataí	Hospital Dom João Becker	
	Porto Alegre		Centro de Diálise e Transplante
			CLINIRIM - Clínica de Doenças Renais
		Grupo Hospitalar Conceição	
		Hospital de Clínicas	
	Hospital São Lucas da PUCRS		

Região de Saúde	Município	Serviços
R10	Porto Alegre	Policlínica Santa Clara- Santa Casa
		SER - Serviços de Doenças Renais
		Sociedade Sulina Divina Providência
		Vita-Rim Clínica de Doenças Renais
R11	Santo Ângelo	Clínica Renal Dr. Galtz
	São Borja	Clínica Renal Ivan Goulart
R12	Cruz Alta	Hospital de Caridade São Vicente de Paulo
R13	Ijuí	Hospital de Caridade de Ijuí
R14	Santa Rosa	Hospital Vida e Saúde
R15	Frederico Westphalen	Hospital Divina Providência
	Ijuí	Hospital Caridade de Ijuí
R16	Erechim	Hospital Santa Terezinha
	Frederico Westphalen	Hospital Divina Providência
R17, R18 e R19	Carazinho	Hospital Caridade de Carazinho
	Passo Fundo	Hospital São Vicente de Paulo Hospital de Clínica de Passo Fundo
	Soledade	Hospital Frei Clemente
	Lajeado	Hospital Bruno Born
R20	Frederico Westphalen	Hospital Divina Providência
	Ijuí	Hospital Caridade de Ijuí
	Carazinho	Hospital de Caridade de Carazinho
	Passo Fundo	Hospital São Vicente de Paulo Hospital de Clínica de Passo Fundo
R21	Rio Grande	Centro de Nefrologia e Diálise Santa Casa de Rio Grande
	São Lourenço do Sul	Santa Casa de Misericórdia de São Lourenço do Sul
	Pelotas	Sociedade Portuguesa de Beneficência
		Santa Casa de Pelotas
		Hospital São Francisco de Paula
R22	Bagé	Nefro Rim Sul
R23 e R26	Taquara	Centro Nefrológico de Taquara
	Caxias do Sul	Hospital Geral de Caxias do Sul Hospital Pompéia
R24	Vacaria	Hospital Nossa Senhora de Oliveira
R25	Bento Gonçalves	Hospital Tacchini
R27	Cachoeira do Sul	Hospital Caridade Beneficência de Cachoeira do Sul Reviclin Clínica Renal

Região de Saúde	Município	Serviços
R28	Santa Cruz do Sul	Uni-Rim Clínica de Doenças Renais
	Venâncio Aires	Hospital São Sebastião Mártir
R29 e R30	Lajeado	Hospital Bruno Burn

Fonte: SES/RS.

ATENÇÃO À PESSOA COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES

A organização da rede de atenção cardiovascular é regida pela Portaria MS nº 210/2004, que define parâmetros populacionais, tipos de unidades de assistência e requisitos para habilitação; pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 01/2022, que consolida as normas sobre atenção especializada à saúde; e pela Portaria MS nº 1.631/2015, que define parâmetros de produção mínima, entre outros parâmetros.

As duas principais doenças crônicas da área cardiovascular são hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. A Rede Estadual de Alta Complexidade Cardiovascular conta com 16 unidades distribuídas em diferentes áreas geográficas do estado, sendo seis (6) delas Centros de Referência para a atenção às pessoas com doenças cardiovasculares.

Em maio de 2022, o Ministério da Saúde instituiu o Programa QualiSus Cardio, por meio da Portaria GM/MS nº 1.099/2022, com o objetivo de avaliar o desempenho dos estabelecimentos de saúde no âmbito da alta complexidade cardiovascular a partir da análise de indicadores relativos ao volume, à qualidade e à complexidade da assistência ofertada, e estabeleceu incrementos sobre os valores de ações estratégicas da saúde cardiovascular em conformidade com o desempenho aferido. No estado do RS, todos os hospitais habilitados em Alta Complexidade Cardiovascular foram incluídos no Programa QualiSus Cardio.

Nota-se demanda reprimida em algumas Regiões de Saúde para Cardiologia Adulto e Cirurgias Cardíacas, principalmente na Macrorregião de Saúde Norte. Para tanto, estão sendo habilitados prestadores por meio do Programa Assistir. O **Quadro 18** apresenta as referências da Rede Estadual de Alta Complexidade Cardiovascular, conforme tipo de atendimento realizado, por Macrorregião de Saúde.

Quadro 18. Referências da Rede Estadual de Alta Complexidade Cardiovascular, conforme tipo de atendimento realizado, RS, 2023.

Macrorregião	Região de Saúde	Cirurgia Cardiovascular	Procedimento Intervencionista	Cirurgia Vascular	Procedim. Endovascular	Lab. De Eletrofisiologia	Centro de Referência	
METROPOLITANA	R6	IC-FUC HSL/PUCRS ISCMPA HCPA HNSC	IC-FUC HSL/PUCRS ISCMPA HCPA HNSC HCR	IC-FUC HSL/ PUCRS ISCMPA HCPA HNSC	IC-FUC HSL/PUCRS ISCMPA HCPA	IC-FUC HSL/PUCRS ISCMPA HCPA	IC-FUC HSL/ PUCRS ISCMPA HCPA	
	R7	Fundação Saúde Novo Hamburgo						
	R8	HU de Canoas						
	R9	IC-FUC HSL/PUCRS ISCMPA HCPA HNSC	IC-FUC HSL/ PUCRS ISCMPA HCPA HNSC HCR	IC-FUC HSL/PUCRS ISCMPA HCPA HNSC	IC-FUC HSL/PUCRS ISCMPA HCPA HNSC	IC-FUC HSL/PUCRS ISCMPA HCPA		
	R4							
	R5							
SUL	R21	Santa Casa de Rio Grande Santa Casa de Misericórdia de Pelotas H. Sociedade Portuguesa da Beneficência de Pelotas		H. Sociedade Portuguesa da Beneficência de Pelotas	IC-FUC HSL/PUCRS ISCMPA HCPA	IC-FUC HSL/ PUCRS ISCMPA HCPA		
	R22							
CENTRO-OESTE	R1	HUSM				IC-FUC HSL/PUCRS ISCMPA HCPA	IC-FUC HSL/ PUCRS ISCMPA HCPA	
	R2							
	R3	Hospital de Caridade de Ijuí						
VALES	R27	Hospital Santa Cruz					IC-FUC HSL/ PUCRS ISCMPA HCPA	
	R28							
	R29	Hospital Bruno Born						
	R30							
SERRA	R23	Hospital Geral Hospital Pompéia	Hospital Geral	Hospital Geral	Hospital Pompéia	IC-FUC HSL/ PUCRS ISCMPA HCPA		
	R24							
	R25							
	R26							
NORTE	R17	Hospital de Clínicas de Passo Fundo HSVP de Passo Fundo					HSVP	
	R18							
	R19							
	R16	HSVP Hospital de Clínicas de Passo Fundo	Hospital Santa Teresinha de Erechim	HSVP			HCPF e HSVP	

Macrorregião	Região de Saúde	Cirurgia Cardiovascular	Procedimento Intervencionista	Cirurgia Vascular	Procedim. Endovascular	Lab. De Eletrofisiologia	Centro de Referência
NORTE	R20	HSVP					
	R15						
MISSIONEIRA	R12	Hospital de Caridade de Ijuí					HSVP
	R11						
	R14						
	R13						

Fonte: SES/DGAE Atenção Especializada

ATENÇÃO EM ONCOLOGIA

Conforme as informações do Estimativa 2023 - Incidência de Câncer no Brasil, publicada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2023), são esperados 704 mil novos casos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025, com destaque para as regiões Sul e Sudeste, que concentram cerca de 70% da incidência.

Desde a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, que estabelece as diretrizes para a organização das RAS e da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 – Anexo IX, busca-se reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil. Para atingir tais objetivos, é necessária a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde e a conscientização da população associadas à detecção e tratamento precoces das neoplasias.

Devido à necessidade da atualização dos critérios e parâmetros assistenciais para a organização das RAS no diagnóstico e tratamento do câncer, foi publicada a Portaria SAES/MS nº 1.399/2019. Em consonância ao exposto, o Plano Estadual de Oncologia (2020), aprovado na Resolução CIB/RS nº 265/2020, contempla os principais pontos estabelecidos na Portaria ministerial, com os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos.

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 31 Unidades Hospitalares habilitadas e classificadas como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON's) e as demais 28 unidades como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON's) (**Quadro 19**).

Quadro 19. Distribuição dos Serviços de Atenção Oncológica - CACON, UNACON, Braquiterapia, Quimioterapia, Radioterapia, Hematologia e Pediatria (por Macrorregião de Saúde), RS, 2022.

Macrorregião	Região de Saúde	Unidades	Municípios	Gestão	Unacon	Cacon	Braquiterapia	Quimioterapia	Radioterapia	Hemato	Pediatria
METROPOLITANA	R10	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Porto Alegre	Plena		x	x	x	xx	x	x
		Hospital São Lucas da PUC	Porto Alegre	Plena	x			x	xx	x	
		Hospital Fêmina	Porto Alegre	Plena	x			x			
		Santa Casa de Porto Alegre	Porto Alegre	Plena		x	x	x	xx xx	x	x
		H. N. Sra. Conceição	Porto Alegre	Plena	x			x		x	x
	R7	Hospital Centenário	São Leopoldo	Plena	x			x	xx		
	R6	Hospital Bom Jesus	Taquara	Estadual	x			x			
	R8	Hospital N. Sra. das Graças	Canoas	Plena	x			x			
SUL	R21	Santa Casa de Rio Grande	Rio grande	Estadual	x			x	x	x	
		Santa Casa de Pelotas	Pelotas	Plena	x			x	xx	x	
		Hospital Escola - UFPEL	Pelotas	Plena	x			x	x	x	
	R22	Santa Casa de Bagé	Bagé	Estadual	x			x	x		
CENTRO-OESTE	R1	Hospital Universitário de Santa Maria	Santa Maria	Estadual	x			x	x	x	x
	R2	Hospital de Caridade de Santiago	Santiago	Estadual	x			x			
	R3	Santa Casa de Uruguaiana	Uruguaiana	Estadual	x			x	x		
		Santa Casa de São Gabriel	São Gabriel	Estadual	x			x			
MISSIONEIRA	R12	H.S.Vicente de Paulo de Cruz Alta	Cruz Alta	Estadual	x			x		x	
	R14	Hospital Vida e Saúde	Santa Rosa	Plena	x			x	x	x	
	R13	Hospital de Caridade de Ijuí	Ijuí	Estadual		x	x	x	x	x	
	R11	Hospital Santo Ângelo	Santo Ângelo	Estadual	x			x			
		Hospital Ivan Goulart São Borja	São Borja	Plena	x			x			

Macrorregião	Região de Saúde	Unidades	Municípios	Gestão	Unicon	Cacon	Braquiterapia	Quimioterapia	Radioterapia	Hemato	Pediatria
NORTE	R17	H.S.Vicente de Paulo de Passo Fundo	Passo Fundo	Estadual	x			x	xx	x	x
		Hospital Cidade de Passo Fundo	Passo Fundo	Estadual	x			x			
		Hospital de Caridade de Carazinho	Carazinho	Plena	x			x			
	R16	H.Sta. Terezinha de Erechim	Erechim	Estadual	x			x	x	x	
VALES	R2	Hospital Bruno Born de Lajeado	Lajeado	Plena	x			x	xx	x	
	R27	Hospital de Caridade de Cachoeira	Cachoeira do Sul	Plena	x			x			
	R28	H. Ana Nery, Sta. Cruz do Sul	Sta. Cruz do Sul	Plena	x			x	xx		
SERRA	R23	Hospital Geral de Caxias	Caxias do Sul	Plena	x			x	xx	x	x
		Hospital Pompéia	Caxias do Sul	Plena	x			x			
	R25	Hospital Tacchini, Bento Gonçalves	Bento Gonçalves	Plena	x			x	x		

Fonte: SES/RS.

Referente ao tratamento das pessoas 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 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 R1.

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

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

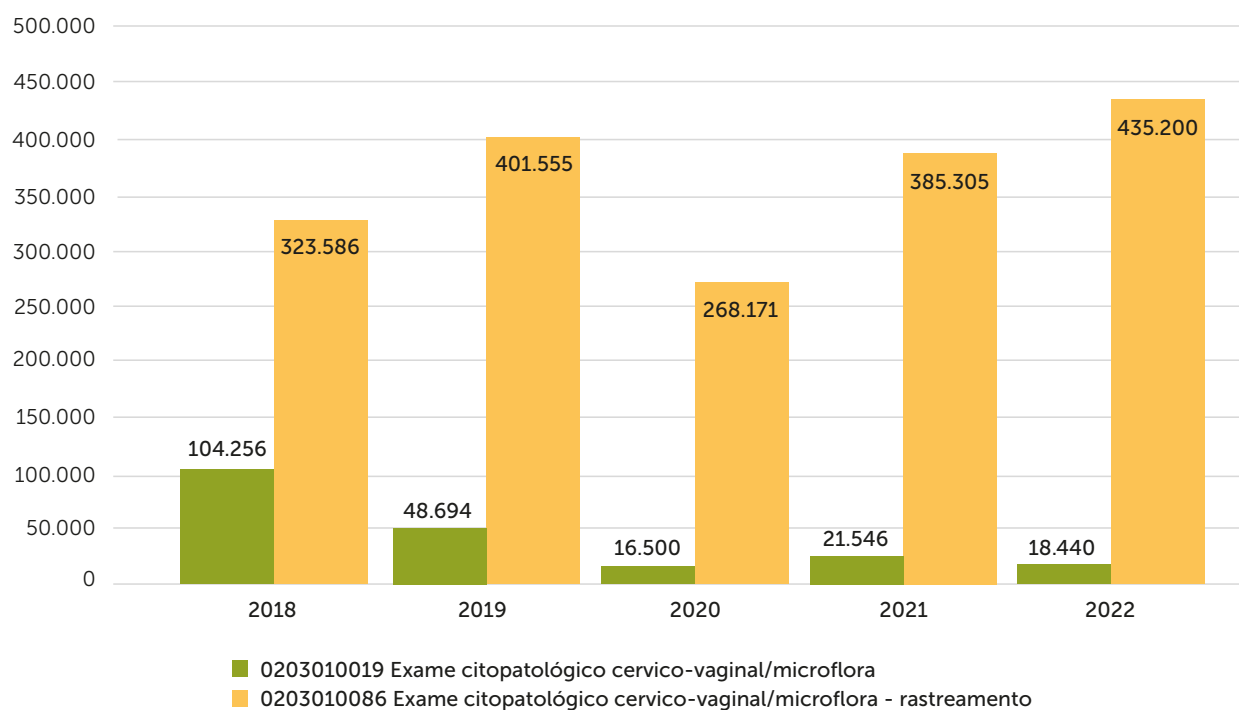
O câncer do colo do útero desenvolve-se na parte inferior do útero. Possui história natural bem conhecida e tem como causa básica a infecção pelo papilomavírus humano (HPV).

Existem mais de 150 tipos diferentes de HPV e os tipos oncogênicos mais comuns identificados no câncer do colo do útero incluem HPV16 (53%), HPV18 (15%), HPV45 (9%), HPV31 (6%) e HPV33 (3%) (INCA, 2021).

Segundo dados do Painel Oncologia, o RS foi o quarto estado com maior número de casos da doença, com 1.056 ocorrências. Para o ano de 2023, o RS terá 620 novos casos de câncer de colo do útero, com taxa ajustada de 7,11 casos/100.000 mulheres, sendo o quarto tipo de câncer com maior número de casos entre a população feminina, exceto pelo de pele não melanoma. Atualmente, o câncer do colo do útero é considerado passível de erradicação, por meio da vacinação contra os tipos de HPV oncogênicos mais prevalentes e do rastreamento e tratamento das lesões precursoras (INCA, 2022).

O principal método para a detecção precoce do câncer do colo do útero é o rastreamento, identificando lesões precursoras que podem ser detectadas e tratadas adequadamente. O método atual de rastreamento é o exame citopatológico (Papanicolau), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tiveram atividade sexual, a cada três anos, após dois exames consecutivos, normais, realizados com intervalo de um ano. Em 2022, foram realizados 435.200 exames citopatológicos de rastreamento no RS, 49.895 exames a mais do que em 2021 (11,46%), sendo, também, quantitativo superior a produção do ano de 2019, período anterior à pandemia de covid-19 (**Figura 95**).

Figura 95. Série histórica de exames citopatológicos de colo do útero realizados na faixa etária de 25 a 64 anos, RS, 2018-2022.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: 01/03/2023.

Quanto aos citopatológicos de repetição ou seguimento, foram realizados 18.440 exames, sendo 3.106 (14,41%) a menos do que em 2021, ano em que foram realizados 268.171 (28%) exames.

Conforme o documento de “Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero” (INCA, 2019), a estimativa de procedimentos necessários deve ser feita a partir da definição da população a ser rastreada, ou seja, do total de mulheres entre 25 e 64 anos residentes.

Para o cálculo de necessidade de exames de rastreamento e seguimento a serem realizados na população que utiliza somente o SUS no estado, subtraiu-se o número de mulheres entre 25 e 64 anos beneficiárias de planos privados de saúde, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (**Tabela 29**).

Tabela 29. Série histórica de necessidade e produção de exames citopatológicos de rastreamento, colposcopia e biópsia do colo uterino, para população SUS dependente, RS, 2018-2022.

Exames Citopatológicos Rastreamento		
	Necessidade	Produção (%)
2018	930.554	323.586 (35%)
2019	940.396	401.555 (43%)
2020	948.092	268.171 (28%)
2021	945.666	385.305 (41%)
2022	938.033	435.200 (46%)
Colposcopia		
	Necessidade	Produção (%)
2018	44.423	9.289 (21%)
2019	44.893	10.382 (23%)
2020	45.261	8.099 (18%)
2021	45.145	9.853 (22%)
2022	44.780	10.481 (23%)
Biópsia do Colo Uterino		
	Necessidade	Produção (%)
2018	6.547	1.962 (30%)
2019	6.616	2.408 (36%)
2020	6.670	1.979 (30%)
2021	6.653	2.271 (34%)
2022	6.599	2.421 (37%)

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/DATASUS/Ministério da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); DEE/SPGG/RS. Acesso em: 13/03/2023.

A coleta do exame citopatológico deve ocorrer na própria unidade de saúde. Caso o resultado determine encaminhamento a outro serviço, é fundamental realizar uma solicitação de encaminhamento com os dados relevantes sobre a usuária, sobre o quadro clínico e sobre o resultado do exame.

O nível de Atenção Secundária à Saúde, por sua vez, é composto por unidades ambulatoriais, que podem ou não estar localizadas na estrutura de um hospital; e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, responsáveis pela oferta de consultas e exames. No caso do câncer do colo do útero, eles devem realizar a colposcopia, bem como os outros procedimentos necessários para a confirmação diagnóstica, conforme o caso. Logo, a unidade especializada é a referência para confirmação diagnóstica e tratamento ambulatorial das lesões precursoras do câncer do colo do útero.

O MS disponibiliza a habilitação de Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) e de Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM). No RS, atualmente, existem dois serviços habilitados no município de Porto Alegre: Hospital Fêmina e HCPA.

Os Ambulatórios de Ginecologia no Programa ASSISTIR atuam na assistência de média complexidade, ofertando consultas, exames da ginecologia (ultrassonografia mamária, ultrassonografia transvaginal, mamografia) e procedimentos cirúrgicos ginecológicos. Estão distribuídos em seis Macrorregiões de Saúde, totalizando 20 Serviços Hospitalares. Além disso, as unidades oncológicas inseridas no Programa ASSISTIR atuam na oferta de exames (biópsia, anatomopatológico, ultrassonografia, endoscopia, colonoscopia, retossigmoidoscopia, mamografia e tomografia), inclusive a usuários encaminhados com suspeita clínica. Três serviços ofertam a tomografia por emissão de prótons. Esses ambulatórios estão distribuídos nas sete Macrorregiões de Saúde, totalizando em 24 Serviços Hospitalares.

O RS dispõe do Laboratório Central de Anatomia Patológica e Citopatologia, como Laboratório Tipo II, habilitado para a realização de Monitoramento Externo de Qualidade MEQ nos laboratórios de citopatologia do estado. A fim de se construir um fluxo de realização do MEQ para realização de exames citopatológicos, foi publicada a Nota Técnica N° 01/2023 (disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202302/03104710-fluxo-de-realizacao-do-monitoramento-externo-da-qualidade-meq-dos-exames-citopatologicos-do-colo-do-uterono-rs.pdf>).

Objetivando tornar as informações sobre os indicadores de câncer mais acessíveis aos gestores do SUS, Controle Social, organizações de Sociedade Civil e população, a SES/RS, em parceria com o TelessaúdeRS-UFRGS, desenvolveu o Observatório do Câncer RS (<https://observatoriodocancer.saude.rs.gov.br/>). O primeiro tipo de câncer acompanhado pelo Observatório é o de colo do útero, estando disponíveis indicadores de cobertura vacinal do HPV, cobertura de exames de rastreamento e a efetividade da coleta do citopatológico, os quais podem ser utilizados para o monitoramento e planejamento de ações em saúde em âmbito municipal e/ou regional. Além disso, o Observatório disponibiliza sugestões de planos de ação conforme o desempenho do indicador nos municípios, além de informações sobre a doença para a população. Os próximos painéis a serem desenvolvidos são o do câncer de mama e o de câncer de próstata.

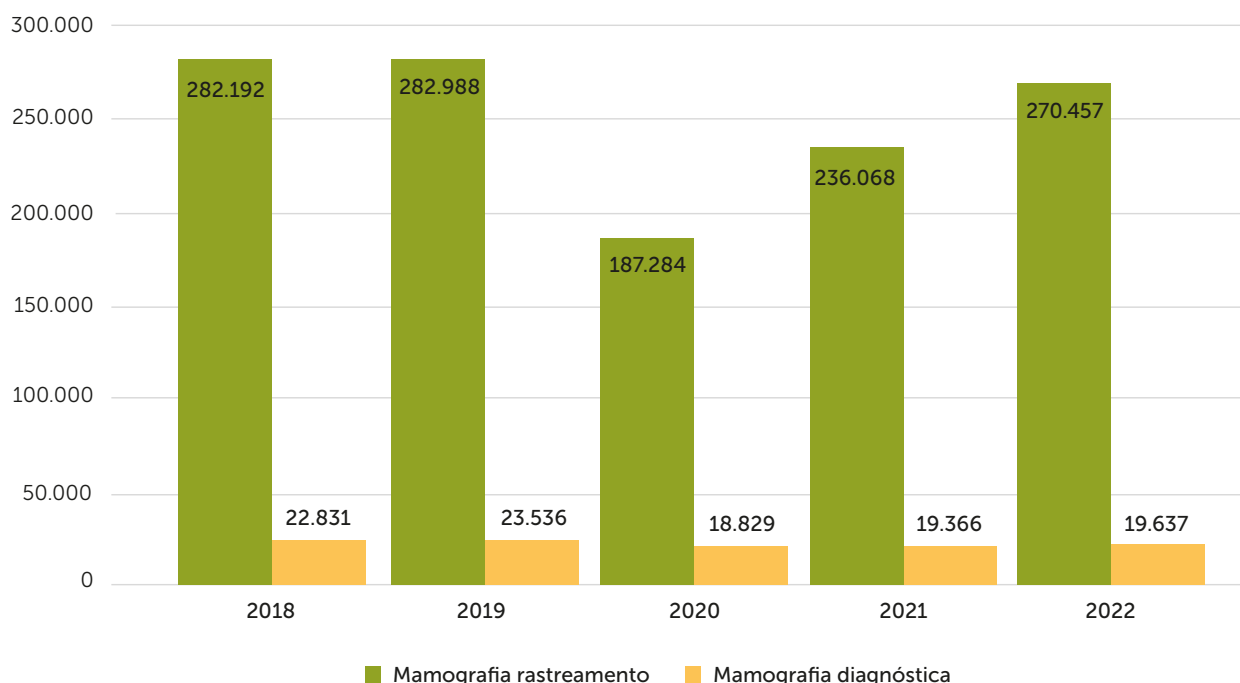
CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama, ou carcinoma mamário, é uma doença heterogênea, que engloba tumores biologicamente diferentes, com variadas manifestações clínicas e morfológicas. Desenvolve-se, mais comumente, nos ductos mamários (carcinoma ductal), mas pode também ter origem nos lobos mamários (carcinoma lobular), não possuindo causa única. Diversos fatores são estudados para compreender sua relação com o risco de desenvolver a doença, sendo bem estabelecidos na literatura: idade, fatores comportamentais e ambientais, hereditariedade, fatores endócrinos e história reprodutiva (INCA, 2021). O câncer de mama é o mais frequente em mulheres no Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma, com taxa ainda ascendente de mortalidade. Segundo dados do Painel Oncologia, do Ministério da Saúde, em 2022, o RS foi o terceiro estado com maior número de casos da doença, com 3.357 casos novos. Estão em tratamento 36.505 mulheres e 921 homens.

As estratégias para a detecção precoce do câncer de mama são o rastreamento e o diagnóstico precoce, sendo que a mamografia é considerada o exame padrão para o rastreamento. Os principais benefícios do rastreamento do câncer de mama são: diagnosticar a doença em fase inicial e ter melhor prognóstico, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada. A recomendação do INCA é que a mamografia de rastreamento seja oferecida às mulheres de 50 a 69 anos, uma vez a cada dois anos (INCA, 2015).

Para auxiliar estados e municípios a organizarem a rede de atenção à saúde para o rastreamento do câncer de mama, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) lançou, recentemente, pela primeira vez, os parâmetros para a estimativa de procedimentos de investigação diagnóstica para mulheres com sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama - Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama (INCA, 2022). Neste documento, constam informações quanto ao resumo dos procedimentos e parâmetros estimados para a programação de procedimentos de investigação diagnóstica das lesões mamárias suspeitas de câncer de mama, considerando atender às demandas tanto do rastreamento (mulheres assintomáticas), quanto do diagnóstico precoce (investigação diagnóstica de mulheres com sinais e sintomas suspeitos). Estão disponíveis pelo SUS dois tipos de mamografias: a de rastreamento e a diagnóstica. A primeira é recomendada para a população assintomática, dentro da faixa etária preconizada; a segunda, é realizada por mulheres de qualquer idade quando há suspeita de câncer de mama, após avaliação clínica por um profissional de saúde. Na **Figura 96**, observa-se a série histórica de mamografias de rastreamento e diagnóstica realizadas em residentes no RS, na faixa etária de 35 a 69 anos, entre 2018 e 2022.

Figura 96. Série histórica de mamografias de rastreamento e diagnóstica realizadas em mulheres entre 35 e 69 anos*, RS, 2018-2022.



*Para o cálculo de necessidades de exames utilizou-se 50% da população feminina entre 50 e 69 anos + 1% entre 35 e 49 anos (risco elevado para câncer de mama). Estimativa populacional: Departamento de Economia e Estatística/SPGG/RS.

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: 15/03/2023.

Conforme o documento de “Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama” (INCA, 2021), a estimativa de procedimentos necessários deve ser feita a partir da definição da população a ser rastreada, ou seja, do total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes. Foram acrescentadas 1% da população de mulheres entre 35 a 49 anos com risco elevado para câncer de mama.

Para o cálculo de necessidade de exames de rastreamento e seguimento a ser realizado na população que utiliza somente o SUS no estado, subtraiu-se o número de mulheres entre 35 e 69 anos beneficiária de planos privados de saúde, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (**Tabela 30**).

Tabela 30. Série histórica de necessidade e produção de exames da linha de cuidado da mama, para população SUS dependente, RS, 2018-2022.

Mamografia de rastreamento		
	Necessidade	Produção (%)
2018	548.589	282.192 (51%)
2019	560.329	282.988 (51%)
2020	571.127	187.284 (33%)
2021	577.678	236.068 (41%)
2022	575.655	270.457 (47%)

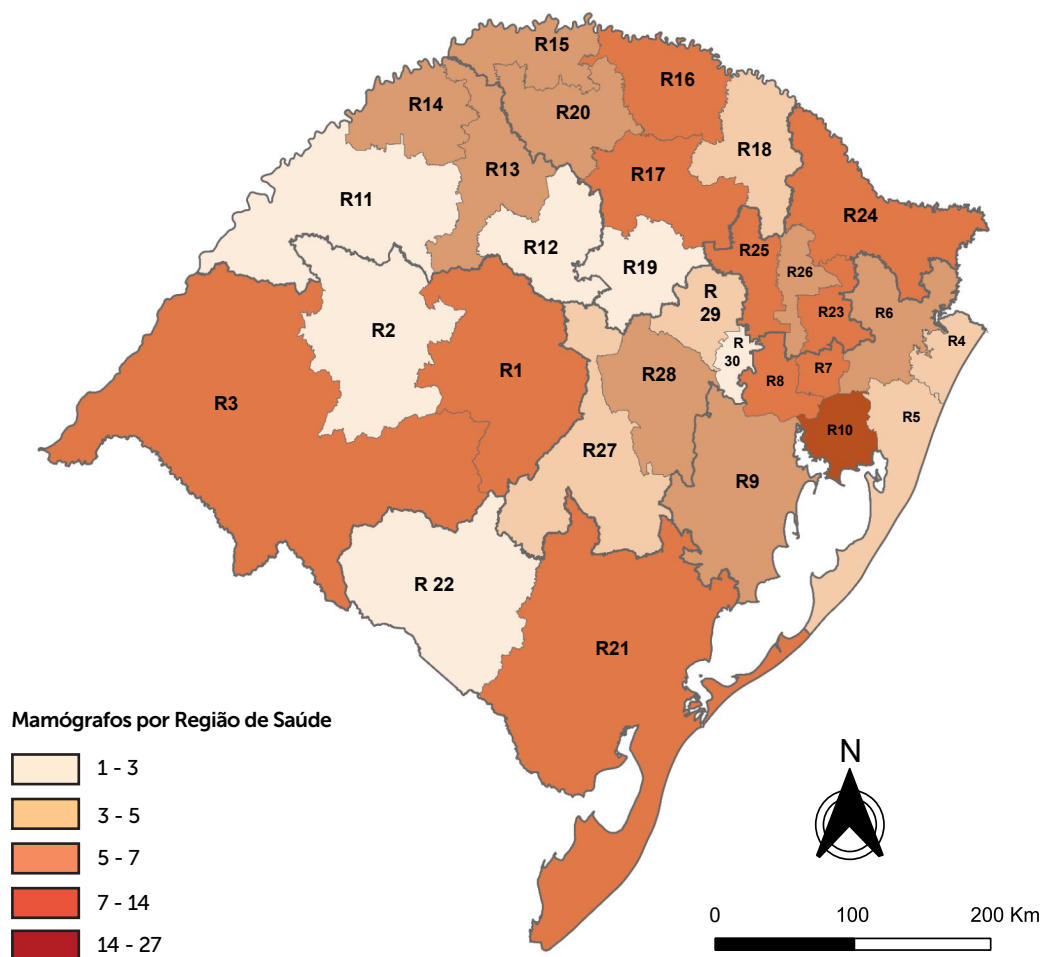
Mamografia diagnóstica		
	Necessidade	Produção (%)
2018	15.909	22.831 (144%)
2019	16.250	23.536 (145%)
2020	16.563	18.829 (114%)
2021	16.753	19.366 (116%)
2022	16.694	19.637 (118%)
Ultrassonografia mamária		
	Necessidade	Produção (%)
2018	19.201	46.230 (241%)
2019	19.612	51.171 (261%)
2020	19.989	42.192 (211%)
2021	20.219	49.792 (246%)
2022	20.148	56.320 (280%)
Biópsia da mama		
	Necessidade	Produção (%)
2018	4.608	1.174 (25%)
2019	4.707	1.331 (28%)
2020	4.497	866 (18%)
2021	4.852	780 (16%)
2022	4.836	1.060 (22%)

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).; ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar; DEE/SPGG/RS. Dados extraídos em 13/03/2023.

As ações para controle do câncer de mama iniciam a partir do cadastro e da identificação da população prioritária na APS. Desse modo, a solicitação de mamografia deve ser realizada pelo profissional da unidade, durante a consulta ou em estratégias de busca ativa de mulheres. É fundamental que, nas consultas, o profissional realize o exame clínico das mamas para detectar lesões palpáveis. Além de solicitar o exame, cabe realizar orientações sobre a forma como o exame é feito, bem como a sua importância para fortalecer a aderência da usuária à sua realização.

Dos 207 mamógrafos existentes na rede SUS do RS (**Figura 97**), no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES/DATASUS/Ministério da Saúde), referente à competência de fevereiro de 2023, 135 eram do tipo Comando Simples, 31 com Estereotaxia e 41 computadorizado.

Figura 97. Distribuição dos mamógrafos (por Região de Saúde), RS, fevereiro de 2023.



Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES/DATASUS/Ministério da Saúde). Competência: fevereiro de 2023. Acesso em: 14/03/2023.

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 1.049.283 exames/ano, ficando acima da meta preconizada pela OMS. Frente a estes dados, é possível concluir que se faz necessária a ampliação da oferta deste exame nos serviços de mamografias existentes.

Nos serviços de Atenção Secundária à Saúde, as unidades devem ser capazes de oferecer biópsia diagnóstica. Alguns tratamentos também podem ser realizados nessas unidades, e caso mais graves, que necessitem de procedimentos mais complexos, devem ser encaminhados para as unidades terciárias.

CÂNCER DE PRÓSTATA

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não melanoma). Em valores absolutos e considerando ambos os sexos, é

o segundo tipo mais comum. Mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de 75% dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames), pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) não recomenda a realização de exames de rotina com a finalidade de rastreamento. Orienta-se avaliar isoladamente cada pessoa e se a mesma possui fatores de risco para a doença, tais como: idade \geq 50 anos; pai ou irmão com câncer de próstata antes dos 60 anos, podendo refletir tanto fatores genéticos (hereditários), quanto hábitos ou estilo de vida; excesso de gordura corporal; exposições a aminas aromáticas (comuns nas indústrias química, mecânica e de transformação de alumínio), arsênio (usado como conservante de madeira e como agrotóxico), produtos de petróleo, motor de escape de veículo, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (HPA), fuligem e dioxinas estão associadas ao câncer de próstata.

No Brasil, em 2022, foram registrados 71.730 casos novos de câncer de próstata. Considerando os registros de neoplasias em homens, os casos de câncer de próstata representam 30% do total, sendo a neoplasia mais frequente nesta população. Para o estado do RS, estima-se em 2023 uma incidência de 62,45 casos novos de câncer de próstata a cada 100 mil habitantes. A mortalidade por câncer de próstata no Brasil no ano de 2020, representou 13,5% do total de óbitos por neoplasias registrados para o sexo masculino. No RS, no mesmo período, a mortalidade por câncer de próstata representou 11,41% do total de óbitos por neoplasias registrados para o sexo masculino. Os dados do estado no ano de 2022 permaneceram semelhantes, de modo que a mortalidade por câncer de próstata representou 11,49% do total de óbitos por neoplasias.

Nesse contexto, o estado do RS, por meio de incentivo financeiro instituído pela Portaria SES/RS nº 882/2021, que regulamenta o ASSISTIR – Programa de Incentivos Hospitalares, instituído pelo Decreto 56.015/2012 - habilitou 25 ambulatórios de urologia. Esse serviço atua na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças do aparelho genitourinário, nas áreas de uro-oncologia, uroginecologia, andrologia, cirurgias minimamente invasivas, como endoscopias e laparoscopias, em usuários de ambos os sexos e em todas as faixas etárias. Os ambulatórios de urologia estão divididos por Macrorregião de Saúde e são referências para as Regiões de Saúde, na seguinte distribuição: dois na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, nove na Metropolitana, dois na Missioneira, oito na Norte, dois na Serra e dois na Vales. A Macrorregião de Saúde Sul não possui ambulatório de Urologia e para os municípios da R21 (exceto Rio Grande e Pelotas) a referência é o Hospital de Caridade Nossa Senhora da Conceição do município de Piratini ou a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Para os municípios da R22, a referência é a Santa Casa de Bagé ou a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS

A Organização Mundial de Saúde define uma Doença Rara (DR) como aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos.

Os testes de triagem neonatal têm como objetivo identificar precocemente doenças e/ou

deficiências em tempo oportuno, visando garantir o acompanhamento, intervenção e reabilitação, quando necessário, com a maior brevidade possível. As triagens são compostas pelo Teste do Pezinho, os Testes do Olhinho, Coraçãozinho e o Teste da Orelhinha (TAN) (BRASIL, 2018).

A triagem neonatal biológica, conhecida popularmente como “Teste do Pezinho” (TP), é um conjunto de ações preventivas, responsável por identificar precocemente indivíduos com doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas, para que estes possam ser tratados em tempo oportuno, evitando sequelas e até mesmo a morte. Além disso, garante o gerenciamento dos casos positivos por meio de monitoramento e acompanhamento da criança durante o processo de tratamento (BRASIL, 2016).

As DR 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 são geralmente crônicas, progressivas, degenerativas e até incapacitantes, afetando a qualidade de vida das pessoas e de suas famílias. O número exato de doenças raras não é conhecido. Estima-se que existam entre 6.000 e 8.000 tipos diferentes de DR.

As DR foram classificadas em sua natureza como: de origem genética e de origem não genética. Desta forma, foram elencados dois eixos de DR, sendo o primeiro composto por DR de origem genética: 1-Anomalias Congênitas ou de Manifestação Tardia, 2-Deficiência Intelectual, 3-Erros inatos do Metabolismo; e o segundo formado por DR de origem não genética. O eixo das anomalias congênitas inclui toda a anomalia funcional ou estrutural do desenvolvimento do feto, decorrente de fator originado antes do nascimento, seja genético, ambiental ou desconhecido, mesmo quando os defeitos não forem aparentes no recém-nascido e só se manifestem mais tarde. Para o eixo II - Doenças Raras de Natureza não Genética - foram propostos os seguintes grupos de causas: 1- Infeciosas, 2- Inflamatórias, 3- Autoimunes, e 4 – Outras Doenças Raras de origem não genética.

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras foi instituída pela Portaria GM/MS nº 199/2014, atualizada pela Portaria GM/MS nº 981/2014 (Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXXVIII), tendo abrangência transversal às redes temáticas prioritárias do SUS, em especial à Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e Rede Cegonha.

Os profissionais das equipes de Atenção Básica devem atuar com uso da: realização de ações de promoção da saúde; desenvolvimento de ações na perspectiva de reduzir os danos relacionados a essas doenças; avaliação da vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado e realização de atividades educativas ampliando a autonomia dos usuários e de seus familiares; implementação de ações de diagnóstico precoce e seguimento das pessoas com resultados alterados; encaminhamento oportuno da pessoa com suspeita de doença rara para confirmação diagnóstica; coordenação e manutenção do vínculo e cuidado, quando os usuários são referenciados para outros pontos da RAS; registro das informações nos sistemas de informação vigentes, quando couber; realização do cuidado domiciliar de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar, com os serviços

de atenção especializada, com serviços de referência e com as equipes do programa da Primeira Infância Melhor (PIM) nos municípios com a política implantada.

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. No que se refere à triagem neonatal biológica, o Serviço de Referência em Triagem Neonatal do RS (SRTN/RS) é o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) em Porto Alegre. Este serviço é responsável pela realização da triagem neonatal das doenças no âmbito do SUS, preconizadas e orientadas pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) do Ministério da Saúde (MS). Seis doenças são triadas, a saber: Deficiência de Biotinidase, Fenilcetonúria, Fibrose Cística, Hemoglobinopatias, Hiperplasia Adrenal Congênita e Hipotireoidismo Congênito, e na primeira etapa da ampliação do Teste do Pezinho, incorporou o exame para toxoplasmose (BRASIL, 2021). As análises moleculares complementares à Deficiência de Biotinidase, Fenilcetonúria, Fibrose Cística, Hemoglobinopatias e Hiperplasia Adrenal Congênita são realizadas no Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Centro Estadual de Vigilância em Saúde CDCT-CEVS, e foram pactuadas em Resolução 083/11 – CIB/RS de 14/04/2011.

Já as habilitações de que trata a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (Portaria nº 981 /GM/MS, de 2014) se organizam em 15 códigos, divididos em: Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras: Possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da atenção especializada em uma ou mais doenças raras. Serviço de Referência em Doenças Raras: Possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da atenção especializada para pessoas com doenças raras pertencentes a, no mínimo, dois eixos assistenciais, de acordo com os seguintes parâmetros: I - oferta atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (duas) doenças raras dos grupos do Eixo I ou; II - oferta atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (duas) doenças raras dos grupos do Eixo II ou; III - oferta atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 1 (um) grupo de cada um dos Eixos.

A especialidade indicada para atendimento de pacientes com doenças raras, suspeita ou diagnóstico de erros inatos de metabolismo, teste do pezinho alterado sem acompanhamento e recém-nascidos com malformações congênitas disponíveis no sistema GERCON é a Genética Médica.

O RS conta com um Serviço de Referência em Doenças Raras, localizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), habilitado conforme a Portaria MS nº 3.253/2016, sendo a referência estadual para atendimento de DR de origem genética (Eixo I) nos 3 grupos elencados anteriormente: 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 a seguir (**Tabela 31**).

Tabela 31. Produtividade no atendimento ambulatorial na Atenção às Doenças Raras, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, 2019-2022.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre	2019	2020	2021	2022	Total
030101022-6 Aconselhamento Genético	2.849	2.461	4.108	3.853	15.908
030101019-6 Avaliação Clínica Eixo I: 1	456	381	648	939	2.424
030101020-0 Avaliação Clínica Eixo I: 2	530	319	223	222	1.294
030101021-8 Avaliação Clínica Eixo I: 3	397	158	121	132	808
Total	4.232	3.319	5.100	5.146	20.434

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS/DATASUS/Ministério da Saúde. Acesso em: 03/2023.

Quanto à produção de Consulta Médica em Atenção Especializada com Médico Geneticista, além do HCPA outros quatro (4) Hospitais do Estado, localizados na Macrorregião de Saúde Metropolitana e Sul, apresentam produção. Além dos procedimentos citados anteriormente, verificamos que o Hospital de Clínicas de Porto Alegre apresenta produção de Teleconsulta em Atenção Especializada com médico Geneticista.

A expansão de serviços para atendimento às pessoas com doenças raras não depende apenas da SES/RS, no que se refere ao apoio técnico às CRS e aos municípios, mas também de serviços altamente especializados nos quesitos físico, tecnológico e terapêutico, além de recursos humanos. A atenção especializada é composta por um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas dentro do escopo da Redes de Atenção à Saúde (RAS).

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são causadas por diversos agentes etiológicos - vírus, fungos e bactérias e, por isso, apresentam sintomas diversos e, às vezes, inespecíficos. A terminologia IST passou a ser adotada em substituição à Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) porque enfatiza a possibilidade de transmissão mesmo na ausência de sinais e sintomas. As principais IST são herpes genital, cancro mole, HPV, Doença Inflamatória Pélvica (DIP), donovanose, gonorreia, clamídia, tricomoníase, sífilis, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV) e as hepatites B e C. As pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST) são atendidas em quaisquer das portas de entrada do SUS a depender da gravidade do quadro clínico. Na maioria dos casos, e preferencialmente, esse atendimento se dá por meio da APS.

As IST que demandam de atenção especializada costumam ser as de manifestação crônica, em especial as infeções causadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), Vírus da Hepatite B (HBV) e Vírus da Hepatite C (HCV) causadores das hepatites B e C, respectivamente. A APS e os serviços especializados desempenham papel importante nas orientações quanto ao tratamento e a prevenção das IST, por meio das atividades de promoção da saúde, de educação em saúde,

da disponibilização de preservativos e da testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites B e C, ofertados de forma regular aos seus usuários, o que possibilita o diagnóstico dessas IST em tempo oportuno. Os Testes Rápidos (TR) estão disponíveis e são fornecidos aos municípios por meio de demanda via Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SISLOGLAB). Em 2022 foram dispensados aos municípios do Estado um total de 701.687 testes rápidos para diagnóstico do HIV, 661.654 para sífilis, 557.920 para hepatite B e 537.820 para hepatite C, conforme informações do SISLOGLAB.

O estado do RS possui 82 serviços especializados para atendimento à pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) pelo SUS no que compete à Atenção Secundária, distribuídos por 70 municípios, sendo 11 destes na capital Porto Alegre e duas unidades próprias geridas pela Secretaria Estadual da Saúde: o Centro de Testagem e Aconselhamento Caio Fernando Abreu e o Ambulatório de Dermatologia Sanitária.

A regionalização do atendimento das PVHA consiste em definir fluxos e responsabilidades regionais, baseados na universalidade e integralidade da assistência, e se mostra um desafio contínuo para a gestão do SUS. As referências da atenção especializada estão pactuadas pelas Resoluções CIB/RS 373/2021 (Regiões de Saúde R6, R12, R15, R17, R18 e R19), CIB 188 de 2020 (R8, R11, R13, R14, R26 e R28) e CIB/RS 438/2017 que pactuam os atendimentos para a Região 09. As Regiões de Saúde que não estão pactuadas e precisam de atendimento na Atenção Secundária em Saúde e/ou em AAE tem estes atendimentos geridos pela Regulação Estadual.

O estado do RS disponibiliza ainda as diretrizes e recomendações gerais, com fluxogramas, que orientam e subsidiam a definição de atribuições entre os níveis de atenção, buscando o compartilhamento do cuidado entre a APS e os serviços especializados como forma de garantir um atendimento integral e que consiste na Linha de Cuidado para PVHA e outras IST, disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201907/19093926-linha-de-cuidado-e-book.pdf>. O Ministério da Saúde também disponibiliza orientações para organizar a assistência, o manejo e o planejamento terapêutico das PVHA nos diversos níveis de atenção à saúde, disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hiv/>. Em alguns casos, as PVHA apresentam quadros clínicos graves e complexos que demandam atendimento em unidade hospitalar, neste sentido, a especialidade que atende a estes usuários são os serviços de infectologia. As referências hospitalares em infectologia podem ser consultadas em: <https://saude.rs.gov.br/referencias-hospitalares> e estão pactuadas por meio da CIB/RS nº 50 de 2022. A especialidade possui cobertura em todas as 30 Regiões de Saúde do estado. Em consulta ao CNES em março de 2023, existem 124 leitos clínicos em Hospitais para atendimento pelo SUS que recebem cofinanciamento federal do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos da Média e Alta Complexidade (MAC) da área para o tratamento de pessoas com aids, hepatites virais e infecções oportunistas relacionadas a imunodeficiência, além de outros 57 leitos em hospitais-dia.

O tratamento das PVHA se dá com base no acompanhamento clínico e no uso regular de medicamentos antirretrovirais (ARV). Estes medicamentos surgiram na década de 1980 e seu uso impede a multiplicação do vírus no organismo, o que é fundamental para a qualidade de vida, para a redução do número de internações por infecções oportunistas e, conseqüentemente, redução da morbimortalidade por aids. Desde 1996, o Brasil distribui gratuitamente os ARV a todas as pessoas que necessitam de tratamento. Atualmente são 22 medicamentos, em 38

apresentações, disponibilizados pelo SUS às PVHA (conforme relação disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hiv-aids/tratamento>). O SUS também oferece tratamento para doenças oportunistas e efeitos colaterais relacionados ao HIV (12 apresentações conforme previsto na CIB/RS nº 409/22), tratamento de ISTs, além de distribuir medicação inibidora da lactação em mães vivendo com HIV e fórmula de alimentação infantil para seus filhos. No ano de 2022, foram atendidos cerca de 60 mil usuários entre parturientes, adultos, crianças e recém-nascidos nos serviços especializados para o agravo.

No RS, existem 76 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM). As UDM realizam a gestão, consulta e dispensação de medicamentos para atendimento dos usuários sob terapia antirretroviral (TARV) - cujo gerenciamento é feito por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Tais Unidades estão distribuídas em 68 municípios, tendo pelo menos uma UDM para cada uma das Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo que Porto Alegre concentra oito (8) UDM e 68 ficam no interior do estado. A descentralização da dispensação amplia o acesso aos ARV, com foco em seu uso racional, por meio do acompanhamento pelos profissionais farmacêuticos e a fim de melhorar a adesão aos tratamentos, com otimização das terapias e promoção da qualidade de vida dos usuários.

Para o acompanhamento clínico, é importante a realização regular de exames, em especial, os de carga viral do HIV e da contagem de linfócitos T CD4/CD8 para avaliar a situação imunológica das PVHA. Neste sentido há a regionalização da Rede Laboratorial de Monitoramento Terapêutico da Infecção pelo HIV no âmbito do estado pactuada mediante a Resolução CIB/RS Nº 439/2017 e que estabelece os fluxos de referência e contrarreferência para a realização destes exames. Os dez laboratórios que compõem esta rede e as regiões a que atendem estão no anexo da Resolução.

A Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) é uma medida de prevenção de urgência para ser utilizada em situação de risco à infecção pelo HIV, existindo também profilaxia específica para o vírus da hepatite B e para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). A tecnologia consiste no uso de medicamentos ou vacina para reduzir o risco de soro-converter a estas infecções. No caso do HIV, o início da PEP deve ocorrer em até 72 horas após a exposição ao risco. No estado, são 72 serviços especializados que atendem em horário comercial, geralmente SAEs, serviços que já possuem expertise no atendimento a essas condições e que podem melhor orientar quanto aos riscos e à prevenção às outras IST também. Em alguns municípios, geralmente os de menor porte, o atendimento a PEP ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) capacitadas. Por se tratar de uma medida de urgência, a oferta de PEP também ocorre em unidades de saúde que atendem 24 horas: são 95 hospitais e 26 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 4 unidades de saúde de atendimento estendido distribuídas por todas as Regiões de Saúde do estado. Importante ressaltar que alguns serviços atendem especificamente exposição ocupacional (acidentes com material biológico e/ou perfurocortantes) e entre os que atendem casos de exposição sexual, nem todos atendem situações de violência, pois este tipo de atendimento demanda uma maior especificidade.

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) é um método de prevenção à infecção pelo HIV que consiste no uso diário de um comprimido que permite ao organismo estar preparado para enfrentar um possível contato com o HIV, ou seja, o indivíduo fica protegido antes de ter uma

relação sexual de risco. Esta tecnologia NÃO evita a infecção por outras IST e é indicada para as pessoas que apresentam maior risco de entrar em contato com o HIV, incluindo as populações-chave e vulneráveis (BRASIL, 2023). No estado, ainda são poucos os serviços que fornecem essa tecnologia e realizam o acompanhamento clínico que o protocolo da PrEP exige. São, ao todo, 42 serviços públicos de saúde que oferecem o acompanhamento para a PrEP no estado. A dispensação dos medicamentos pode ocorrer nos próprios serviços, por meio das UDMs ou ainda ser adquirido em farmácias de modo particular. O acompanhamento da profilaxia pode ocorrer por profissionais de saúde pelo SUS ou na rede suplementar de saúde.

Para o enfrentamento e eliminação da Transmissão Vertical (TV) do HIV e da Sífilis, busca-se reforçar e qualificar estratégias nos âmbitos 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, sendo estes, instâncias intersetoriais que visam a discussão dos casos investigados e a elaboração de ações inovadoras para o enfrentamento da Sífilis e do HIV. Desde 2003, as testagens de HIV e Sífilis são realizadas nas maternidades do estado e no decorrer dos anos, as testagens foram ampliadas para todos os estabelecimentos que realizam parto e estes recebem os insumos de prevenção para TV (TR, medicamentos e fórmula láctea para os primeiros dias de vida). O estado fornece a fórmula láctea para todas as crianças expostas ao HIV e HTLV até estas completarem 1 ano de idade. Neste sentido, está em vigência a Nota Técnica Estadual nº 01 de 2018, 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. Essa é uma estratégia essencial para a adoção de medidas profiláticas adequadas e oportunas. A Nota Técnica 02 de 2021 traz orientações gerais para procedimento diante do resultado positivo para HIV e/ou sífilis em pais/parceiros de gestantes/puérperas nas maternidades públicas e privadas do estado.

O estado possui atualmente 9 (nove) Comitês Regionais de Investigação da Transmissão Vertical instituídos (3ª CRS, 5ª CRS, 6ª CRS, 8ª CRS, 9ª CRS, 10ª CRS, 13ª CRS, 14ª CRS e 18ª CRS) e 19 (dezenove) Comitês Municipais instituídos em 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 a troca de informações para o monitoramento e a construção de estratégias conjuntas para a prevenção da TV. Desde a vigência do indicador de tratamento adequado de sífilis em gestantes presente na PIAPS, houve um aumento do interesse de municípios em colocar em funcionamento Comitês que estão em processo de implantação: Bento Gonçalves, Eldorado do Sul, São Gabriel, Sapiranga, Tapes e Torres, além do Comitê Regional da 1ª CRS.

Com base na Resolução CIB nº 37/2022, houve a alteração dos valores do bloco de custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde da Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/aids e Hepatites Virais no estado do Rio Grande do Sul. Os valores aumentaram em 15% para os municípios prioritários, além de serem incluídos mais três municípios que passaram a receber o repasse financeiro com base em critérios epidemiológicos e de organização da rede de atenção nas Regiões de Saúde. A Portaria MS nº 21/2023 aloca os recursos relativos ao Incentivo de Custeio às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das IST/aids e Hepatites Virais do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde aos Estados, Distrito Federal e Municípios. A atenção aos

usuários com Hepatites Virais deve ser feita prioritariamente pela APS e casos de coinfeção. Os de maior complexidade podem ser atendidos de forma compartilhada com o SAE e/ou apoiados pelo Telessaúde. Nem todos os serviços que atendem PVHA recebem demandas de usuários com hepatites virais. No estado, são 76 serviços especializados de média e alta complexidade que prestam atendimento a este agravo, distribuídos pelas 18 Coordenadorias Regionais de Saúde. Com a disponibilização de novos medicamentos mais eficazes para tratamento das hepatites B e C, a dispensação foi pactuada para ocorrer nas UDM(s) por meio da Resolução CIB nº 240/2021 e suas atualizações que indicam o gerenciamento dessas dispensas pelo SICLOM-HV, módulo específico dentro do sistema de dispensação dos ARV. Para o enfrentamento às ISTs, devem-se ainda ser intensificadas as ações de prevenção e monitoramento da transmissão vertical (TV) da sífilis e HIV, ampliando a oferta de testes nas rotinas de pré-natal, parto e puerpério, a incluir a testagem e o acompanhamento da parceria sexual da gestante, o tratamento adequado e o incentivo aos municípios a obterem a Certificação da Eliminação da TV, com enfoque especial nas Macrorregiões de Saúde Metropolitana e Sul, que apresentam taxas elevadas para o agravo no estado. Além disso, é interessante também: desenvolver estratégias de prevenção combinada ao HIV, incluindo as populações-chave e prioritárias, com atenção especial aos jovens por meio do desenvolvimento de atividades intersetoriais que incluam as escolas; acompanhar as capacitações e auxiliar os municípios na implementação das rotinas clínicas previstas no Circuito Rápido da Aids avançada (BRASIL, 2022), a fim de diminuir a morbidade por infecções oportunistas e a mortalidade por aids no estado; expandir a testagem e desenvolver estratégias para a microeliminação da hepatite C, com atenção especial à saúde das pessoas idosas; desenvolver estratégias e campanhas para aumentar o autocuidado e a prevenção às ISTs, a fim de diminuir a incidência de novas infecções e a morbimortalidade por aids; realizar comunicação de risco com enfoque especial na saúde do homem, segmento populacional que, quantitativamente, é mais atingido pelo HIV/aids.

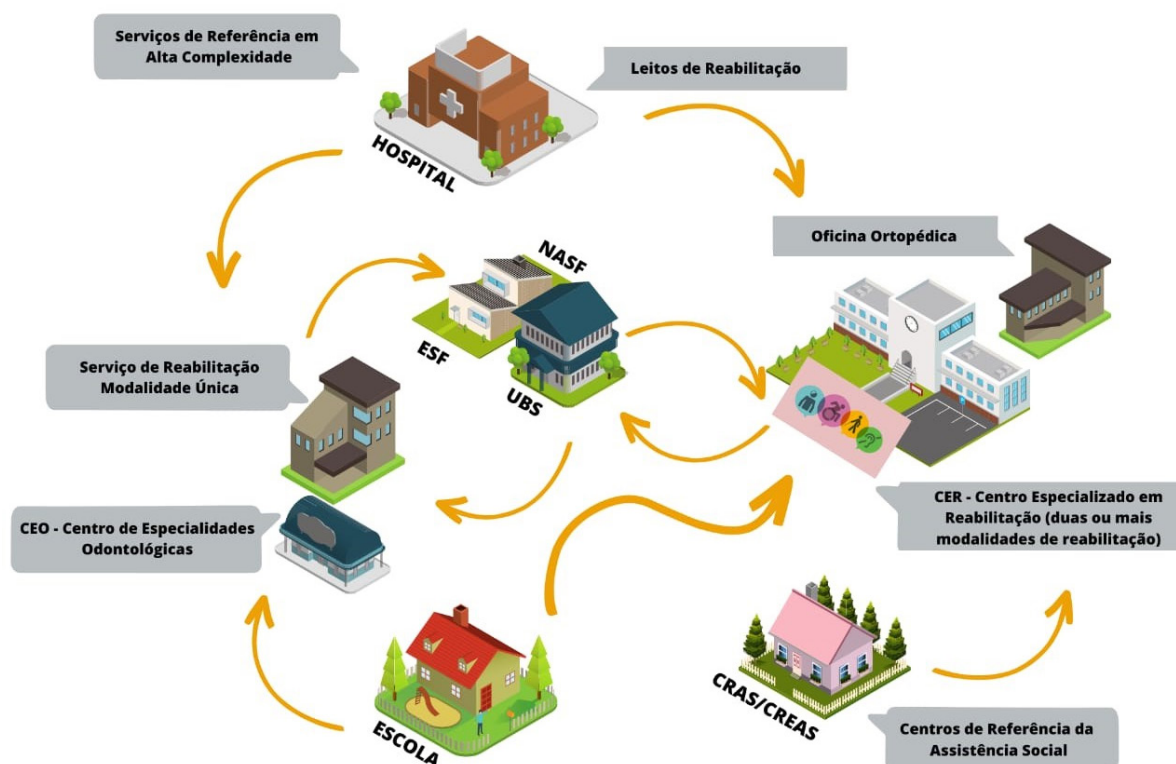
ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HANSENÍASE

Com relação ao agravo hanseníase, comumente, as pessoas acometidas pela doença são atendidas pela porta de entrada principal da rede, a APS, em concordância com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase (BRASIL, 2022). Neste sentido, é importante a atualização e educação constantes dos profissionais para que estejam capacitados a identificar e manejar corretamente esses usuários. Ressalta-se que o Ambulatório de Dermatologia Sanitária da SES/RS se mantém como referência estadual para o tratamento da hanseníase e todas as Regiões de Saúde possuem serviços de dermatologia e infectologia pactuados pela Resolução CIB/RS no 50/2022 e suas atualizações, abrindo a possibilidade de trabalharmos no sentido de estabelecer referências de hanseníase cada vez mais próximas dos usuários do SUS.

3.2.5 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) (**Figura 98**), estabelecida em 2012, propõe as diretrizes para implantação e estabelecimento do cuidado à pessoa com deficiência, além da forma de funcionamento dos serviços de reabilitação (Anexo VI Portaria de Consolidação nº 3/2017), tendo por objetivo fortalecer, ampliar e qualificar as ações de reabilitação e de prevenção precoce das deficiências, no âmbito do SUS.

Figura 98. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, RS, 2023.



ESF: Estratégia Saúde da Família. UBS: Unidade Básica de Saúde. NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família. CRAS: Centro de Referência de Assistência Social. CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

Fonte: SES/RS.

A atenção à PcD no SUS preconiza o cuidado humanizado em todos os níveis de atenção e abrange ações de promoção e prevenção, diagnóstico precoce e acesso equânime aos serviços e procedimentos, visando proporcionar autonomia, qualidade de vida e inclusão social. A RCPcD contempla os seguintes componentes: Atenção Básica (AB), Atenção Especializada (reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, múltiplas deficiências e Ostomia); e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (BRASIL, 2017). Os pontos de atenção devem atuar articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado, além do acesso regulado aos pontos de atenção e/ou aos serviços de apoio, quando pertinente, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade e transversalidade na atenção à PcD. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de elaboração e implementação de uma Política Estadual de Saúde da PcD, a fim de estabelecer princípios e diretrizes de atuação, bem como organizar e orientar os pontos de atenção da RCPcD no estado.

Na RCPcD é reafirmado o caráter estratégico da atuação da AB, bem como seu papel central na efetiva ordenação da rede. A Nota Técnica Conjunta nº 02/2022 DAPPS/SES/RS, de Atenção à Pessoa com Deficiência na Atenção Básica, subsidia os profissionais e equipes que atuam neste ponto de atenção na perspectiva de qualificar as ações de promoção, prevenção e assistência à PcD, visando a garantia da resolutividade preconizada para a AB. Destaca-se, dentre as ações previstas, o mapeamento das PcD no território, como forma de conhecer suas condições de vida, convívio familiar, moradia, atividades da vida diária, saúde mental, utilização ou necessidade do uso de OPM (órgeses, próteses e meios auxiliares de locomoção), entre outros.

No âmbito da APS, o PIM, por meio do acompanhamento domiciliar de visitantes, atua

na identificação de sinais de alerta de alterações no desenvolvimento infantil, inclusive padrões de comportamento atípicos, e no acompanhamento do desenvolvimento de crianças com deficiência. Os visitadores têm ainda o importante papel de acolher as ansiedades e auxiliar os pais ou cuidadores nas suas diversas demandas.

Nos processos de reabilitação, a atenção especializada se estabelece como referência na rede de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes. Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) e os Serviços de Reabilitação de modalidade única são pontos de referência para as redes de atenção à saúde nos territórios para diagnóstico, tratamento em reabilitação e concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistivas tais como: cadeiras de rodas, aparelhos auditivos, recursos ópticos e não ópticos como óculos, próteses oculares, entre outros. Com o acesso regulado ao serviço, o usuário permanece vinculado a este para ajustes e adaptações dos equipamentos.

Os CER são classificados em CER II, CER III e CER IV de acordo com as modalidades de reabilitação contempladas (auditiva, física, intelectual, visual). A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço de dispensação, confecção, adaptação e manutenção das OPMs. Está articulada e vinculada ao estabelecimento de saúde habilitado como Serviço de Reabilitação Física ou ao CER, visando ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva (BRASIL, 2017). Estes serviços especializados que compõem a rede são descentralizados nas Regiões de Saúde do estado, e as referências para atendimento são pactuadas em Comissão Intergestores Regionais (CIR).

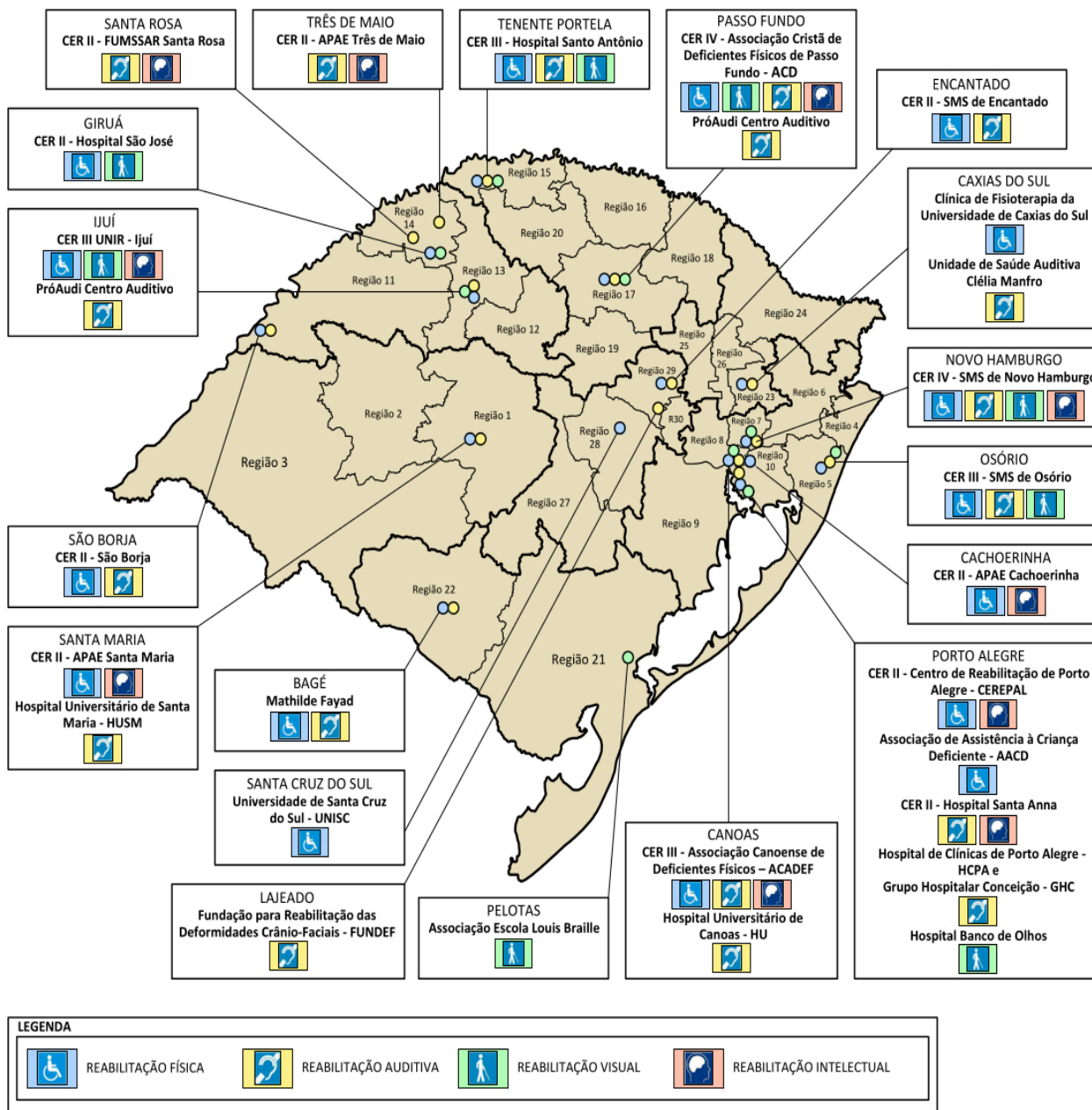
Quadro 20. Áreas de atendimento da RCPcD (público-alvo e atendimento disponibilizado), RS, 2023.

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 identificar 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.
Reabilitação intelectual	Destinada às pessoas que apresentam deficiência intelectual e/ou transtorno do espectro do autismo (TEA) e atendimento de estimulação precoce, prestado a crianças de zero a 3 anos com atraso ou potencial atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.	Avaliação, diagnóstico e tratamento com equipe multiprofissional e atendimento em estimulação precoce.
Atendimento às pessoas ostomizadas e incontinentes urinários e/ou fecais	O atendimento às pessoas ostomizadas, 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.

Fonte: SES/RS.

No âmbito da Atenção Especializada, a RCPcD é composta por 92 serviços de reabilitação, sendo 17 CER, 75 serviços de modalidade única e 4 Oficinas Ortopédicas. Dos serviços existentes, 21 são referência para a reabilitação auditiva, 17 para a reabilitação física, 72 para a reabilitação intelectual e 8 para a reabilitação visual, conforme as **Figuras 99 e 100**.

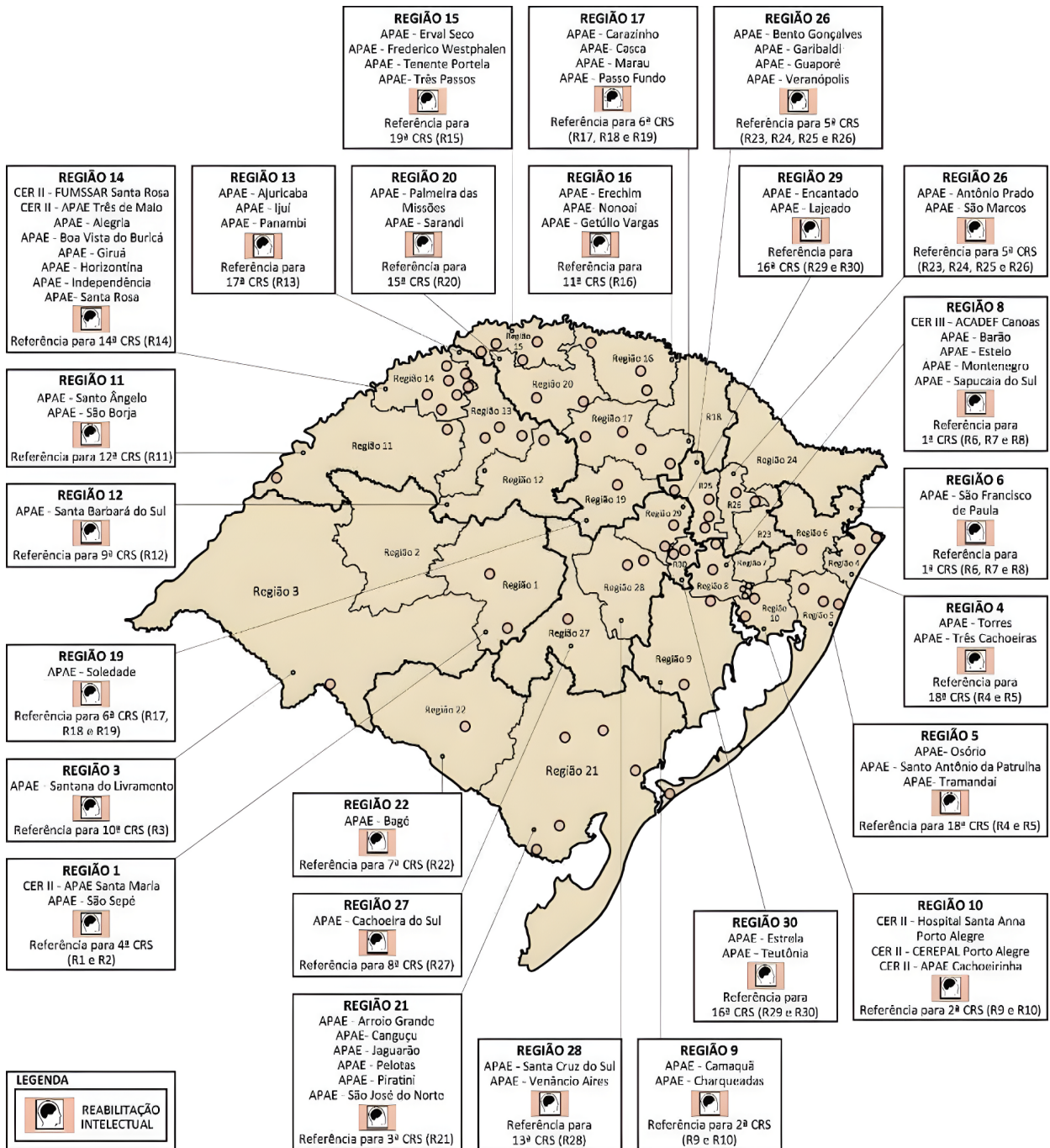
Figura 99. Mapa de serviços de reabilitação auditiva, física e visual (por Região de Saúde), RS, 2022.



Nota: Para Bagé, a clínica Mathilde Fayed é referência em reabilitação física para a 3ª e 7ª CRS, porém, a reabilitação auditiva somente é referência para a 7ª CRS. Para Rio Grande, há a Clínica Othos, referência em reabilitação auditiva para a 3ª CRS.

Fonte: SES/RS.

Figura 100. Mapa de serviços de reabilitação intelectual (por Região de Saúde), RS, 2022.



Fonte: SES/RS.

No que concerne ao percentual de cobertura dos serviços da RCPcD, o RS tem 100% de cobertura nas áreas da reabilitação física, auditiva e visual, com referências pactuadas. Na Reabilitação Intelectual (RI), os serviços habilitados cobrem 93,77% dos municípios. O tempo de espera para atendimento e as distâncias entre a referência e a moradia dos usuários são variáveis, havendo necessidade de ampliação do número de referências, mesmo com este

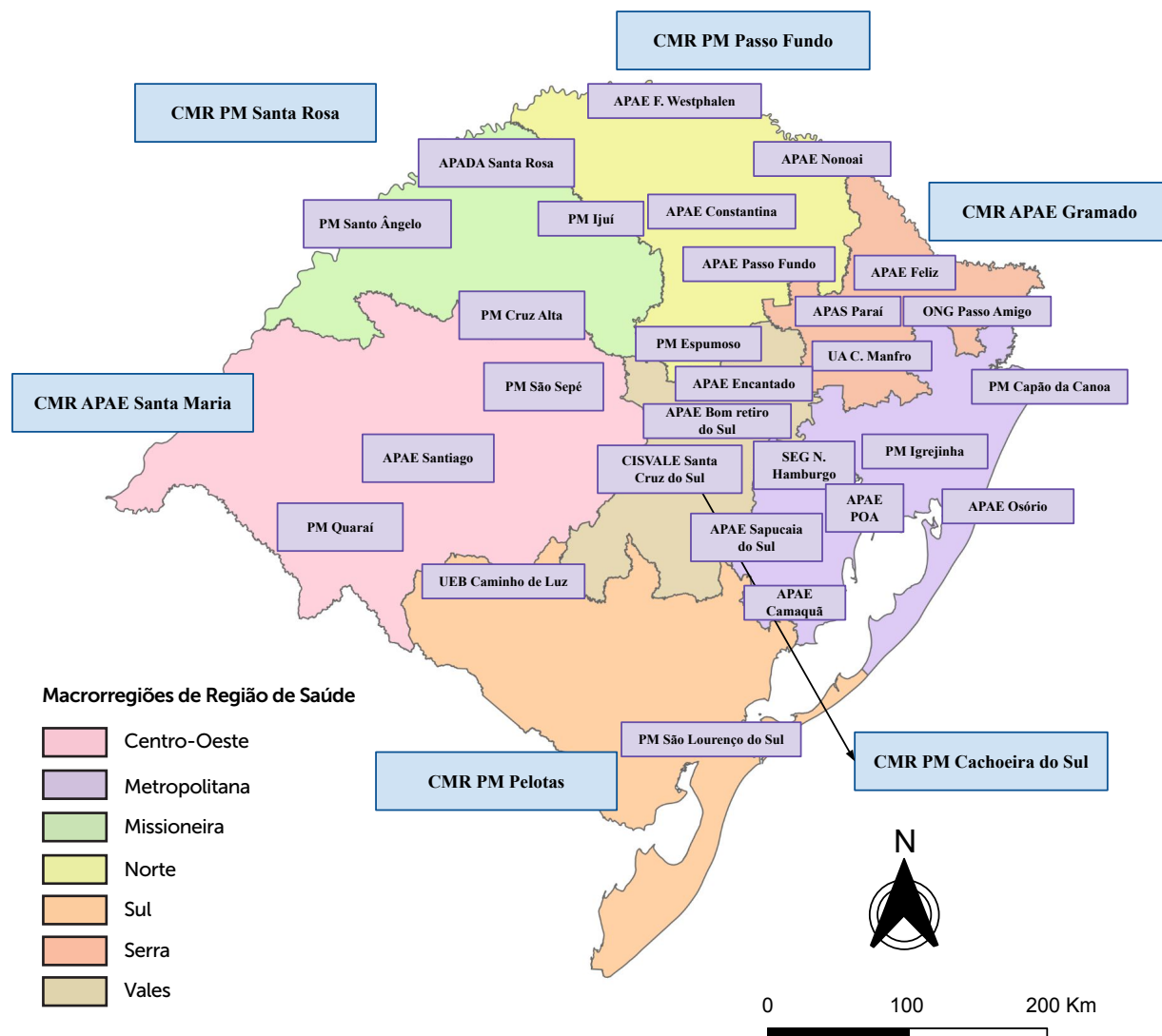
percentual de cobertura. Conforme o escalonamento do Plano da RCPcD, Resolução CIB/RS nº 64/2023, o RS possui atualmente oito (8) proponentes à CER. Com relação às pessoas com ostomia, o cuidado é realizado com as responsabilidades compartilhadas entre o Estado e os municípios, sendo de competência da SES/RS: a compra, a distribuição e o monitoramento dos materiais, por meio do sistema de Gerenciamento de Usuários com Deficiência (GUD). Cabe aos municípios a operacionalização e assistência especializada com profissional da área da enfermagem, bem como a avaliação e prescrição de diferentes insumos aos usuários no território. Os insumos para a assistência às pessoas ostomizadas e com incontinência urinária e fecal são custeados pelo Estado, assim como o sistema GUD, que ocorre no nível municipal, com 100% de cobertura.

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) interestadual consiste em atendimento médico a ser prestado ao usuário, quando esgotados todos os recursos de tratamento na rede SUS estadual, em que a SES/RS é responsável pelo fornecimento das passagens aéreas e ajudas de custo (Portaria SES/RS nº 306/2010).

Com relação ao atendimento das pessoas com autismo, o estado do RS com o objetivo de implementar a Lei Estadual nº 15.322/2019, que instituiu a Política de Atendimento Integrado à Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), criou o Programa TEAcolhe. A lei destina-se a garantir e promover o atendimento às necessidades específicas das pessoas com TEA, visando o desenvolvimento pessoal, inclusão social, cidadania e apoio às suas famílias. Atualmente temos 68 Centros de Referência em TEA, dos quais 8 são na modalidade Macrorregionais, 30 são Regionais e 30 são Centros de Atendimento em Saúde. Ainda haverá ampliação de 30 para 60 Centros de Atendimento em Saúde. Os Centros de referência são dispositivos compostos por equipes especializadas em autismo, que atuam na qualificação e suporte técnico pedagógico às redes locais (dos municípios), nas áreas prioritárias da assistência social, educação e saúde.

A proposta de atuação intersetorial do Programa TEAcolhe, envolvendo um atendimento territorial e integrado, é o diferencial e o desafio proposto, seja da gestão, seja do trabalho dos Centros de Referência nos territórios. Os Centros de Referência em TEA (**Figura 101**) atuam, na perspectiva do matriciamento, realizando acolhimento aos familiares, educação permanente, qualificação dos profissionais das redes dos municípios e atendimento de casos graves (centros regionais). Tendo em vista as características do transtorno e a alta prevalência, é necessário ampliar a oferta de atendimentos às pessoas com TEA.

Figura 101. Distribuição dos Centros de Referência em TEA – Programa TEAcolhe, RS, 2023.



Fonte: SES/RS.

Na perspectiva de avançar na qualificação do cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência, apresenta-se a necessidade de construção da Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência; a ampliação do cuidado da pessoa com deficiência na Atenção Primária à Saúde, qualificando o acesso com equidade e o cuidado no território; a garantia do acesso aos serviços especializados de reabilitação e a OPMs; e a ampliação do Programa TEAcolhe.

3.3 ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM TRAUMATO – ORTOPEDIA

A Rede de Traumatologia-Ortopedia no estado está atualmente organizada em 24 unidades hospitalares habilitadas, de acordo com a Portaria MS/SAS nº 90/2009, com Assistência em Alta Complexidade, distribuídas em todas as Macrorregiões de Saúde. Destas unidades,

três estão localizadas em Porto Alegre e são habilitadas como Centro de Referência em Traumatologia-Ortopedia, ou seja, cumprem os seguintes requisitos: ser Hospital Ensino; oferecer residência ou educação continuada; ter estrutura de ensino e pesquisa organizada; participar do desenvolvimento e capacitação profissional em parceria com o gestor local e subsidiar os gestores locais do SUS nas ações de regulação, controle, avaliação e auditoria na especialidade, inclusive em estudos de qualidade e de custo-efetividade.

As unidades habilitadas em Traumatologia-Ortopedia de Alta Complexidade podem ser referência em três modalidades de serviços, sendo elas: Serviço de Traumatologia-Ortopedia (STO) com atendimento a crianças, adolescentes e adultos; Serviço de Traumatologia-Ortopedia de Urgência (STOU) com atendimento a crianças, adolescentes e adultos e Serviço de Traumatologia-Ortopedia Pediátrica (STOP) para tratamento cirúrgico à correção das deformidades congênitas em usuários com até 21 anos de idade.

Quadro 21. Unidades habilitadas em Traumatologia-Ortopedia de Alta Complexidade, RS, 2023.

Macrorregião	CRS	Região	Hospital	Cidade	STO	STOP	STOU
METROPOLITANA	2	10	Santa Casa*	Porto Alegre	x	x	
			São Lucas/ PUC*		x	x	x
			Cristo Redentor		x	x	x
			Clínicas*		x	x	
			Independência		x		
			HPS				x
	1	8	N.S.Graças	Canoas	x		
			Universitário		x	x	x
			P.S.N.Marchezan				x
SUL	3	21	Santa Casa	Pelotas	x		x
			Santa Casa	Rio Grande	x		x
			Miguel Riet		x	x	x
CENTRO-OESTE	4	1	Universitário	Santa Maria	x	x	x
	10	3	Santa Casa	São Gabriel	x		x
MISSIONEIRA	9	12	São Vicente de Paula	Cruz Alta	x		x
	14	14	Vida e Saúde	Santa Rosa	x		x
	12	11	Caridade	Santo Ângelo	x	x	x
NORTE	6	17	São Vicente de Paulo	Passo Fundo	x	x	x
			Clínicas		x	x	x
	11	16	Santa Terezinha	Erechim	x		x
	19	15	Caridade	Três Passos	x		x

Macrorregião	CRS	Região	Hospital	Cidade	STO	STOP	STOU
SERRA	5	23	Pompéia	Caxias do Sul	x		x
		26	São Carlos	Farroupilha	x		x
VALES	13	28	Santa Cruz	Sta. Cruz do Sul	x		

Fonte: DGAE/SES/RS.

O Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo é o único prestador habilitado pelo Ministério da Saúde com Banco de Tecidos (ósseo). E, desta forma, as Unidades e os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia devem estar cadastrados na Central de Regulação Estadual de Transplantes para o recebimento dos tecidos músculo-esqueléticos a serem enxertados. Em março de 2023, apenas seis das 24 Unidades estavam cadastradas como Hospitais Transplantadores para tecido ósseo. Assim, uma das prioridades é regularizar esse cadastro em todas as Unidades, proporcionando o atendimento integral aos usuários.

A Portaria SES/RS nº 537/2021, que regulamenta o Programa Estadual de Incentivos Hospitalares – ASSISTIR, estabelece os requisitos para habilitação do Ambulatório de Especialidades Prioritárias – Traumatologia-Ortopedia para atendimento de média complexidade na especialidade e também do Plantão Presencial de Traumatologia-Ortopedia nas portas de entrada. O estado conta com mais de 60 ambulatórios habilitados e incentivados pelo ASSISTIR, distribuídos em todas as Macrorregiões de Saúde e nove (9) plantões presenciais de Traumatologia-Ortopedia distribuídos nas Macrorregiões de Saúde Metropolitana, Norte e Missioneira.

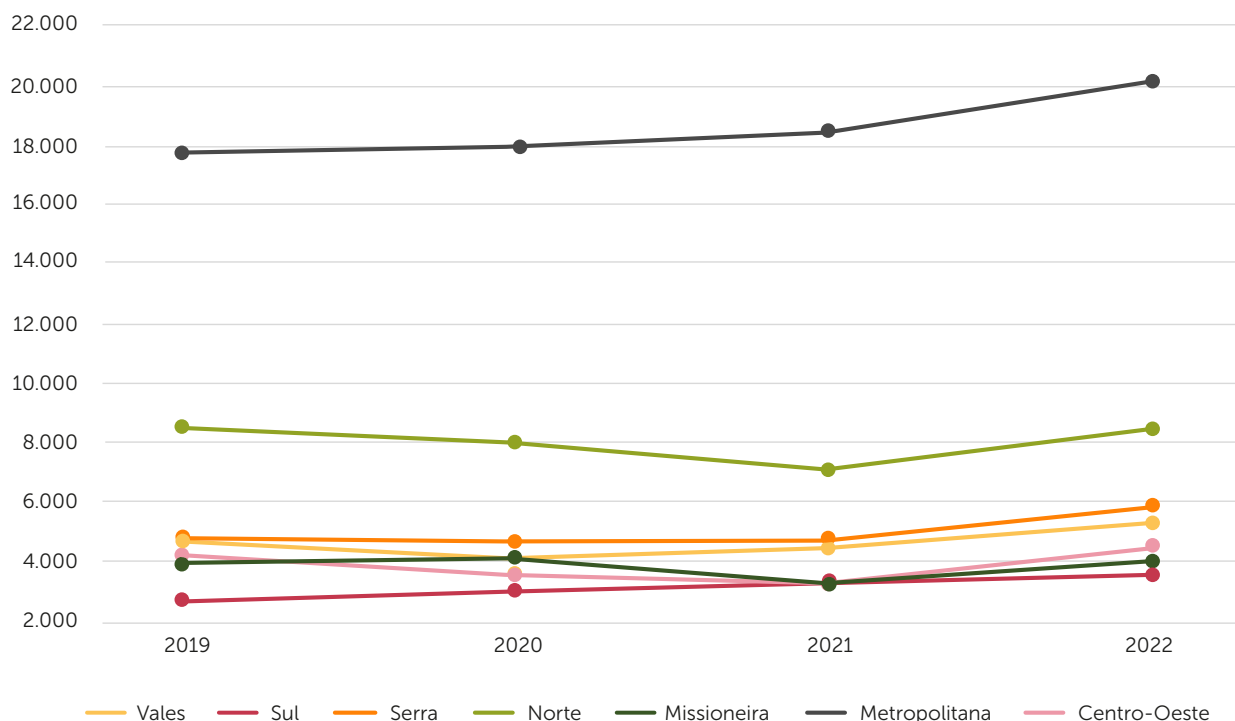
Na Resolução CIB/RS nº 50/2022 e atualizações estão estabelecidas as referências desta Rede, organizadas nas modalidades: Unidade de assistência de média complexidade com consulta especializada, exames, tratamento clínico e cirúrgico, inclusive “2º tempo” a adultos, adolescentes e crianças - conforme Portaria nº SES/RS 537/2021 que regulamenta o ASSISTIR; Plantão Presencial - conforme Portaria SES/RS nº 537/2021; Unidade de Assistência de Alta Complexidade com Serviço de Traumatologia-Ortopedia (STO), com atendimento a crianças, adolescentes e adultos - conforme Portaria MS/SAS nº 90/2009; Unidade de Assistência de Média e Alta complexidade com Serviço de Traumatologia-Ortopedia de urgência (STOU), com atendimento a crianças, adolescentes e adultos - conforme Portaria MS/SAS nº 90/2009; Unidade de assistência de Alta complexidade com Serviço de Traumatologia-Ortopedia Pediátrica (STOP), para tratamento cirúrgico à correção das deformidades congênitas em pacientes até 21 anos de idade - conforme Portaria MS/SAS nº 90/2009; Unidade de Assistência de Alta Complexidade com Serviço de Traumatologia-Ortopedia Pediátrica (STOP), para tratamento cirúrgico à correção das deformidades congênitas de coluna em pacientes até 21 anos de idade - conforme Portaria MS/SAS nº 90/2009.

A Resolução CIB/RS nº 391/2021, atualizada pela Resolução CIB/RS nº 383/2022, estabelece o regramento da Rede de Traumatologia-Ortopedia no estado e auxilia a garantir o atendimento integral dos usuários nesta linha de cuidado, bem como define as especificidades da regulação dos usuários nesta especialidade. Também reitera a Portaria MS/SAS nº 90/2009 quando define que

os prestadores habilitados em alta complexidade devem ofertar todos os procedimentos de alta complexidade em Traumatologia e Ortopedia previstos na tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

No ano de 2022, verificamos a produção de 46.961 cirurgias de média complexidade (59% para pessoas do sexo masculino; 78% para pessoas com idade inferior a 60 anos) e 3.865 cirurgias de alta complexidade no estado (52% para pessoas do sexo feminino; 57% para pessoas com idade =ou > 60 anos). Quanto à média complexidade: 56% da produção está concentrada nos prestadores das Macrorregiões de Saúde Norte e Metropolitana; houve aumento da produção de média em todas as Macrorregiões de Saúde, em 2022 (**Figura 102**).

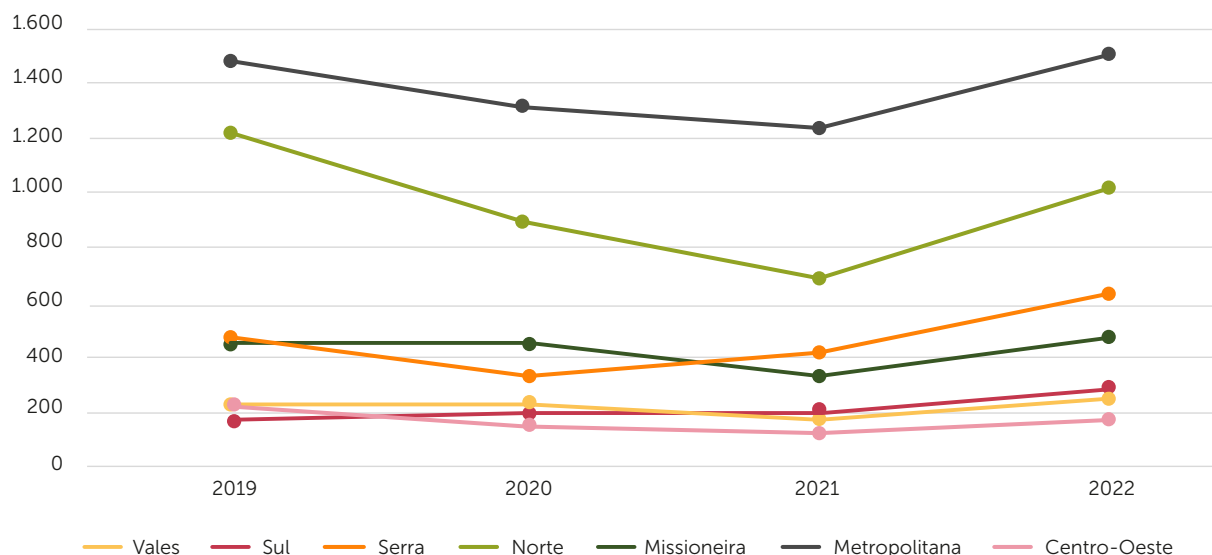
Figura 102. Produção de média complexidade em Traumato-Ortopedia (por Macrorregião de Saúde de internação), RS, 2019-2022.



Fonte: SIH/SUS. Acesso em: 03/2023.

Quanto à alta complexidade: 62% da produção está concentrada nos prestadores das Macrorregiões de Saúde Norte e Metropolitana; houve aumento da produção de alta em todas as Macrorregiões de Saúde em 2022 (**Figura 103**).

Figura 103. Produção de alta complexidade em Traumatologia-Ortopedia (por Macrorregião de Saúde de internação), RS, 2019-2022.



Fonte: SIH/SUS. Acesso em: 03/2023.

Especificamente quanto às cirurgias de alta complexidade de Traumatologia-Ortopedia verificou-se a queda em 50% na produção dos procedimentos relacionados ao tratamento de deformidade de coluna para a população até 21 anos com diagnóstico de escoliose, principalmente, quando comparados os anos de 2019 e 2022. Desta forma, um dos objetivos elencados para o próximo período é viabilizar formas de restabelecer a oferta deste tratamento nas referências em STOP que apresentem capacidade técnica para isso.

Ao final de 2022 e início de 2023 iniciou-se as tratativas e análise da documentação para habilitação federal em alta complexidade de mais quatro prestadores localizados nas Macrorregiões de Saúde Metropolitana, Vales, Norte e Missioneira. A habilitação Federal destes prestadores permitirá o incremento de recursos para ampliação da oferta de cirurgias de alta e média complexidade de forma regionalizada para a população destas macros.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA

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 (Portaria MS nº 756/2005) e Serviços de Assistência em Média Complexidade em serviços hospitalares habilitados na Assistência em Acidente Vascular Cerebral (AVC)* e ambulatórios na especialidade de Neurologia. (*Será discutido na Rede de Urgência e Emergência).

Atualmente, o RS possui 18 serviços habilitados de alta complexidade com referências territoriais nas sete Macrorregiões de Saúde, pactuadas por meio da Resolução CIB/RS Nº 50 e suas atualizações. O Hospital Regional de Santa Maria foi credenciado pelo Estado na

Assistência em Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia, tornando-se parte da rede na atenção ao paciente neurológico, sendo referência na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste para as Regiões de Saúde 1 e 2. A localização dos Serviços de Alta Complexidade em Neurocirurgia e Neurologia, bem como suas respectivas Regiões de Saúde de referência estão ilustradas na **Quadro 22**.

Quadro 22. Serviços habilitados em Neurologia/Neurocirurgia de Alta Complexidade, RS, 2023.

			Unidades/Serviços					Regiões de Saúde Referenciada
Região de Saúde	Município	Estabelecimento	Trauma e Anomalias do Desenv.	Colunas e Nervos Periféricos	Tumores do Sistema Nervoso	Neurocirurgia Vascular	Neurocirurgia Dor e Funcional	
10	Porto Alegre	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	x	x	x	x	x	Municípios da 4°, 5°, 9° e 10° Região de Saúde
		Hospital São Lucas da PUC	x	x	x	x	x	
		Ir. Santa Casa de Misericórdia	x	x	x	x	x	
		Hospital Cristo Redentor S.A	x	x	x	x	x	
		Hospital N. S. da Conceição S.A	x	x	x	x	x	
8	Canoas	Hosp. Universitário	x	x	x	x	x	Municípios da 7° Região de Saúde
		Hospital Nossa Senhora das Graças	x	x	x	x	x	Municípios da 6° e 8° Região de Saúde
21	Pelotas	Hospital Universitário São Francisco de Paula	x	x	x	x	x	Municípios da 21° Região de Saúde, exceto Rio Grande, Chuí, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte
		Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	x	x	x	x	x	
	Rio Grande	Santa Casa de Rio Grande – Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande	x	x	x	x	x	Rio Grande, Chuí, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte

			Unidades/Serviços					Regiões de Saúde Referenciada
			Trauma e Anomalias do Desenv.	Colunas e Nervos Periféricos	Tumores do Sistema Nervoso	Neurocirurgia Vascular	Neurocirurgia Dor e Funcional	
Região de Saúde	Município	Estabelecimento						
23	Caxias do Sul	Hosp. Pompéia – Pio Sodalício Damas de Caridade de Caxias do Sul	x	x	x	x	x	Municípios da 23°, 24°, 25° e 26° Região de Saúde
3	Uruguaiana	Hosp. Geral Santa Casa de Uruguaiana	x	x	x	x	x	Municípios da 3° Região de Saúde
12	Cruz Alta	Hosp. de Caridade São Vicente de Paulo	x	x	x	x	x	Municípios da 12° Região de Saúde
14	Santa Rosa	Hosp. Vida Saúde – Ass. Hospital de Caridade de Santa Rosa	x	x	x	x	x	Municípios da 11°, 13° e 14° Região de Saúde
17	Passo Fundo	Hosp. São Vicente de Paulo	x	x	x	x	x	Municípios da 15°, 16°, 17°, 18°, 19° e 20° Região de Saúde
		Hospital da Cidade	x	x	x	x	x	
27	Cachoeira do Sul	Hosp. de Caridade e Beneficência	x	x	x	x	x	Municípios da 27° e 28° Região de Saúde
29	Lajeado	Hosp. Bruno Born - Sociedade Beneficência	x	x	x	x	x	Municípios da 29° e 30° Região de Saúde

Fonte: SES/RS. Data de acesso: 15/03/2023.

A **Tabela 32** trata da produção de todas as cirurgias de alta complexidade realizadas no estado, a totalidade de neurocirurgias de alta complexidade realizadas e o comparativo do percentil que isso representa entre essas, no período de 2018 a 2022.

Tabela 32. Proporção das neurocirurgias *versus* cirurgias gerais em Alta Complexidade, RS, 2018-2022.

Ano	Total de produção de cirurgias em alta complexidade no RS	Total de produção de neurocirurgias em alta complexidade no RS	Percentual de neurocirurgias em relação a produção geral de cirurgias em alta complexidade
2018	59.371	2.409	4%

Ano	Total de produção de cirurgias em alta complexidade no RS	Total de produção de neurocirurgias em alta complexidade no RS	Percentual de neurocirurgias em relação a produção geral de cirurgias em alta complexidade
2019	64.062	2.684	4%
2020	56.748	1.965	3%
2021	56.534	1.807	3%
2022	66.182	2.431	4%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/DATSUS/Ministério da Saúde. Data de acesso: 14/03/2023

Na totalidade dos procedimentos cirúrgicos gerais, 3 a 4% representam as neurocirurgias em alta complexidade no estado. Entre os procedimentos neurocirúrgicos de média e alta complexidade, o tratamento cirúrgico da “Síndrome compressiva em túnel osteo-fibroso ao nível do carpo” se mantém como o mais numeroso no RS, no período de 2018 a 2022. Esse procedimento pode ser realizado por cirurgião geral, neurocirurgião e traumatologista, não sendo exclusivo da área da neurocirurgia, e 80% das operações desse procedimento são realizadas em hospitais gerais. Na **Tabela 33**, apresenta-se a série histórica nos últimos cinco anos dos quantitativos dos procedimentos neurocirúrgicos de alta complexidade mais efetuados no estado. Estes procedimentos estão relacionados a patologias oncológicas, traumas ou outros.

Tabela 33. Número absoluto e proporção dos dez procedimentos neurocirúrgicos de Alta Complexidade realizados com maior frequência, RS, 2018-2022.

Procedimentos realizados (10 primeiros)	2018	2019	2020	2021	2022
Microneurólise de Nervo Periférico	376	512	244	235	395
Microcirurgia para Tumor Intracraniano	278	274	180	187	194
Tratamento Cirúrgico de Neuropatia Compressiva com ou sem Microcirurgia	205	267	121	93	161
Microcirurgia para Tumor Intracraniano (com Técnica Complementar)	180	161	187	116	86
Embolização de Aneurisma Cerebral maior que 1,5 cm com Colo Estreito	87	54	38	29	40
Bloqueios Prolongados de Sistema Nervoso Periférico /Central com Bomba de Infusão	87	243	160	124	188
Microcirurgia Cerebral Endoscópica	86	35	51	57	65
Microneurorrafia	78	84	66	56	54
Tratamento Cirúrgico de Fístula Líquórica Craniana	66	58	75	73	65
Embolização de Aneurisma Cerebral maior que 1,5 cm com Colo Largo	61	89	54	23	46

Total das dez primeiras neurocirurgias	1.504	1.777	1.176	997	1.294
Total de produção de neurocirurgias de alta complexidade no RS	2.409	2.684	1.965	1.807	2.431
Percentual dos 10 procedimentos neurocirúrgicos totais em relação a produção geral de neurocirurgias de alta complexidade no RS	62%	66%	60%	55%	53%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/DATASUS/Ministério da Saúde. Data de acesso: 14/03/2023

Em relação à assistência em Média Complexidade, os ambulatórios de Neurologia no Programa ASSISTIR oferecem consultas, exames pertinentes à especialidade como Eletroencefalograma e Eletroneuromiografia, Ressonância Magnética e Tomografia. O estado possui nove (9) ambulatórios nessa especialidade, sendo que grande parte fica localizada na Macrorregião de Saúde Metropolitana (5), seguida da Missioneira (2) e da Norte (2). Na Atenção Especializada em Neurologia, a reorganização em Neurologia Infantil é o desafio almejado. Com o advento do Programa Assistir, atualmente, há a possibilidade de habilitar Ambulatórios para a assistência nesta especialidade quando houver recursos disponíveis. Além de consultas com médicos neurologistas ofertadas em diversos pontos de Atenção, os Serviços habilitados em alta complexidade igualmente realizam assistência nas diversas patologias, pois estas devem atender todas as faixas etárias.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

A atenção especializada a travestis e transexuais está assegurada no Anexo 1 do Anexo XXI da Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, e garante a travestis, mulheres e homens transexuais atendimento em saúde para a transição de gênero. No âmbito do Estado, em nível ambulatorial, está prevista no Programa Assistir (Decretos nº 56.015/2021 e nº 56.016/2021) e regulamentada pela Portaria SES/RS nº 537/2021 e suas atualizações.

Nos últimos anos, observa-se, no estado, a ampliação de pontos de atenção às pessoas trans na modalidade ambulatorial, seja por organização dos municípios, projetos de extensão de universidades e, mais recentemente, por meio de financiamento estadual pelo Programa Assistir. No momento, a regionalização da atenção especializada no processo transexualizador, regulada pelo Estado, está distribuída entre quatro serviços, a saber: 3 em nível ambulatorial com incentivo financeiro estadual – (i) Hospital Casa de Saúde de Santa Maria, que atualmente é a referência para os municípios das Macrorregiões de Saúde Centro-Oeste, Missioneira e parte da Vales (Regiões de Saúde 27 e 28); (ii) Hospital Universitário de Canoas, que é referência para a Macrorregião Metropolitana, exceto Porto Alegre; (iii) Hospital Beneficência Portuguesa de Pelotas, referência para a Macrorregião Sul; e 1 habilitado pelo Ministério da Saúde – (iv) Programa Transdisciplinar de Identidade de Gênero (PROTIG) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que tem sido a referência atual para as demandas hospitalares cirúrgicas de todo o estado. Urge a necessidade de serviços ambulatoriais de referência implementados na rede de atenção à saúde contratualizados e regulados pela SES/RS nas Macrorregiões de Saúde Serra e Norte.

Tabela 34. Fila de espera ativa na especialidade Saúde Mental – Transexualidade, RS, janeiro de 2018 a janeiro de 2023.

Origem da solicitação	Jan/2018	Jan/2019	Jan/2020	Jan/2021	Jan/2022	Jan/2023
Central de Regulação Ambulatorial DRE/SES	286	389	563	626	738	662
Regulação Porto Alegre	78	120	236	236	475	547
Regulação 4ª CRS/SES	*	*	*	*	*	6
Total	364	509	799	986	1.213	1.215

*Sem solicitações.

Fonte: Sistema de Gerenciamento de Consultas. Acesso em:16/03/2023. Jan: janeiro.

Entre as competências de janeiro de 2022 a janeiro de 2023, observa-se diminuição das solicitações junto à Central de Regulação Ambulatorial (CRA), que podem estar relacionadas a cancelamentos que não foram respondidos pelos municípios, agendamentos em Porto Alegre, remanejamento de agendamentos para Santa Maria a partir da abertura do ambulatório na região e regulação pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) que teve início em 2023.

Tabela 35. Agendamentos na especialidade Saúde Mental – Transexualidade, RS, 2018-2023.

Origem do agendamento	2018	2019	2020	2021	2022
Central de Regulação Ambulatorial DRE/SES	52	28	6	8	27
Regulação Porto Alegre	50	26	9	12	23
Regulação 4ª CRS/SES	*	*	*	*	38
Total	102	54	15	20	88

*Sem agendamentos.

Fonte: Sistema de Gerenciamento de Consultas. Acesso em:16/03/2023.

Quanto aos agendamentos, é possível observar dois momentos em que houve redução significativa de agendamentos para a especialidade Saúde Mental – Transexualidade: (i) de 2018 para 2019, que pode estar associada à diminuição das cotas de 1ª consultas disponibilizadas pelo HCPA, em consequência à sobrecarga do serviço; (ii) entre 2020 e 2021, em razão da pandemia por covid-19. A partir de 2022 retoma-se o quantitativo de consultas ofertadas anterior à pandemia e há a entrada das consultas para o ambulatório de especialidades no processo transexualizador do Programa Assistir do Hospital Casa de Saúde em Santa Maria.

Referente à modalidade hospitalar do processo transexualizador (**Tabela 36**), no RS, o HCPA é o único centro habilitado pelo Ministério da Saúde para o atendimento hospitalar/cirúrgico, conforme consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Conforme informações recentes disponibilizadas, em março de 2023, pelo HCPA, há 29 mulheres e 11 homens aguardando disponibilidade de agenda do bloco cirúrgico e unidade de internação para a realização dos procedimentos cirúrgicos. Esta fila de espera não contabiliza pessoas que realizam o acompanhamento pré-operatório em outros serviços. O HCPA tem pactuada a disponibilidade do bloco para duas cirurgias mensais (uma para mulheres trans e uma para homens trans).

Tabela 36. Total de procedimentos realizados na atenção especializada no processo transexualizador, conforme tabela SUS, pelo HCPA, 2018-2023.

Procedimentos	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Acompanhamento no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório	917	1.003	357	655	703	3.635
Tireoplastia	-	-	-	-	1	1
Histectomia com anexectomia bilateral e colpectomia sob processo transexualizador	-	4	-	-	1	5
Plástica mamária reconstrutiva bilateral, incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo	9	7	2	-	3	21
Cirurgias complementares de redesignação sexual	9	2	-	2	7	20
Redesignação sexual no sexo masculino	8	12	2	2	12	36
Mastectomia simples bilateral sob processo transexualizador	1	-	-	-	2	3

Fonte: Ministério da Saúde - SIA/SUS e SIH/SUS. Acesso em: 03/2023.

Diante do cenário exposto, identifica-se a necessidade de ampliação de serviços habilitados para o atendimento hospitalar, tendo em vista que há uma demanda reprimida de usuários aptos à realização de cirurgias no serviço de referência atual, mas que estão em fila de espera aguardando disponibilidade de bloco cirúrgico e leitos de internação. Além disso, há todo o quantitativo de pessoas que estão em acompanhamento em outros serviços (municipais, projetos de extensão e Programa Assistir) que também poderão necessitar, em algum momento, de procedimentos cirúrgicos.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA

A Rede de Atenção Especializada em Oftalmologia é regrada pela Portaria SAS/MS nº 288/2008, que define as Unidades de Atenção Especializada e Centros de Referência em Oftalmologia, e pela Portaria GM/MS nº 957/2008, que institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Glaucoma é aprovado pela Portaria Conjunta SCTIE/SAS/MS nº 11/2018 e a relação de procedimentos referentes ao tratamento do Glaucoma é encontrada na Portaria SAS/MS nº 920/2011. A Portaria Conjunta GM/MS nº 18/2018, aprova o PCDT da Degeneração Macular Relacionada com a Idade (DMRI), e a Portaria Conjunta SCTIE/SAS/MS nº 17/2021, aprova o PCDT da Retinopatia Diabética (RD).

Essas legislações estabelecem que a conformação das Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia é atribuição das SESs e do Distrito Federal. Em março de 2023, no RS, essa rede conta com 46 unidades distribuídas nas Macrorregiões de Saúde Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales. Essa distribuição, atualmente, tem seu acesso regrado pela pactuação da Resolução CIB RS nº 50/2022. Quase que mensalmente esta resolução é atualizada com uma adequação constante nesse processo dinâmico, característico do estabelecimento das referências. A Resolução traz especificamente as Unidades de Assistência em: Média Complexidade

(MC), com consulta especializada, exames oftalmológicos, cirurgia do aparelho da visão em MC e tratamento de catarata (facoemulsificação com implante de lente dobrável); Cirurgia do aparelho da visão em Alta Complexidade (exceto facoemulsificação com implante de lente dobrável); Cirurgia do aparelho da visão para correção do Estrabismo; Tratamento clínico do Glaucoma com terapia medicamentosa; Tratamento da Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI) e retinopatia diabética (RD) e Assistência de urgência/emergência oftalmológica, conforme **Tabela 37**.

Analisando essa distribuição, percebe-se que existem vazios assistenciais no estado. Portanto, é necessário um aumento no número de unidades prestadoras de serviço dentro da Rede de Atenção Oftalmológica do RS. São necessidades: habilitação de mais unidades que realizem cirurgia do aparelho da visão em AC, preferencialmente nas Macrorregiões de Saúde Sul e Vales; pactuação de, pelo menos, uma unidade em cada Macrorregião de Saúde que realize Cirurgia do Aparelho da Visão para Correção do Estrabismo e Tratamento da DMRI e RD, uma vez que são serviços centralizados nas Macrorregiões de Saúde Metropolitana e Norte; habilitação de mais serviços que realizem Tratamento Clínico do Glaucoma com Terapia Medicamentosa, preferencialmente nas Macrorregiões de Saúde Serra e Sul; aumento do número de unidades que ofereçam Assistência de Urgência/Emergência Oftalmológica, priorizando as Macrorregiões de Saúde Serra, Sul e Vales, que hoje não possuem nenhuma referência para este serviço.

Tabela 37. Unidades Assistenciais na Rede Estadual de Oftalmologia, RS, 2023.

Oftalmologia	Macrorregião de Saúde							
	Serviços	Centro-Oeste	Metropolitana	Missioneira	Norte	Serra	Sul	Vales
Assistência média complexidade (MC) com consulta especializada, exames, cirurgia de MC e ao tratamento de catarata (Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	2	15	4	8	7	5	5	46
Cirurgia do aparelho da visão de Alta Complexidade* (Exceto Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	2	9	1	4	1	0	0	17
Cirurgia do aparelho da visão para correção do estrabismo	0	4	0	3	0	0	0	7
Tratamento clínico do glaucoma com terapia medicamentosa	1	6	1	1	0	0	1	10
Tratamento à doença macular relacionada à idade e retinopatia diabética	1	8	1	3	0	2	1	16
Assistência de urgência/emergência oftalmológica	1	1	2	3	0	0	0	7

* As unidades vêm realizando as Cirurgias de Alta Complexidade em Oftalmologia ao longo dos anos, contudo, não há a habilitação com Portaria de designação como um serviço de Alta Complexidade em Oftalmologia. razão essa pela qual foram pactuados como referência para prestação do serviço (com exceção dos Hospitais HCPA, HNSC, Ass. Hospitalar Vila Nova e Santa Casa de Misericórdia de POA, que já possuem habilitação federal).

Fonte: Resolução CIB/RS nº 50/2022.

3.4 ESTABELECIMENTOS ESTADUAIS PRÓPRIOS

O Departamento de Gestão dos Hospitais Estaduais (DGHE) foi criado na estrutura da SES/RS como órgão responsável por gerir os Hospitais Estaduais de gestão própria e de gestão municipal ou de terceiros. A estrutura básica do DGHE é formada por duas Divisões: a Divisão de Unidades Próprias, que administra os estabelecimentos de gestão própria do Estado, e a Divisão de Unidades de Gestão de Terceiros.

A Divisão de Unidades Próprias (DUP) administra o 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 nas políticas de saúde da SES/RS.

O Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) foi inaugurado em 29 de junho de 1884, na cidade de Porto Alegre. A unidade busca desde a década de 70, um processo de desinstitucionalização de moradores da instituição, fazendo com que possam retornar ao convívio social. Em 1987, o HPSP passou por uma nova reorganização, visando um processo permanente de desinstitucionalização de seus moradores. Então, foi criado o Núcleo de Serviços Residenciais Terapêuticos, com o objetivo de coordenar o cuidado dos moradores desinstitucionalizados do HPSP.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização, integrados à Rede de Atenção Psicossocial, constituindo-se num espaço que, além da função de moradia, garante o convívio social, a reabilitação psicossocial e o cuidado no território. Em 11 de abril de 2023, o Estado tem sob sua responsabilidade, por meio da estrutura administrativa do HPSP, 21 SRTs (10 tipo I e 11 tipo II) que abrigam 107 ex-moradores do hospital que foram desinstitucionalizados ao longo das últimas décadas. O cuidado com os moradores dos SRTs segue sob a responsabilidade do Estado, sendo necessário o fortalecimento da atenção ao usuário desinstitucionalizado, considerando as suas especificidades. O cuidado prestado aos moradores dos SRTs deve ser pautado no princípio da equidade, sendo necessários maior articulação e planejamento do seu acesso e da sua permanência nos serviços da rede de atenção à saúde.

Cabe salientar que o HPSP é um hospital de alta complexidade e referência no atendimento em saúde mental para todo o estado do RS, dispondo de 140 leitos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/DATASUS/Ministério da Saúde, sendo 110 leitos operacionais, distribuídos em cinco unidades de pacientes agudos. O hospital possui uma unidade feminina e uma unidade masculina (para transtornos psiquiátricos em geral), com 20 e 25 leitos cada, respectivamente. Além disso, possui uma unidade exclusiva para infância e uma unidade exclusiva para adolescência, o Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS), com 15 leitos para infância e 25 leitos para adolescência, e uma unidade para tratamento de dependência química, com 25 leitos (temporariamente desativada). Todos os leitos de internação do HPSP são regulados pelo Departamento de Regulação Estadual (DRE/SES/RS), por meio do Sistema de Gerenciamento de Internações Hospitalares (GERINT).

Importante dispositivo da RAPS para o estado, por meio do Ambulatório Melanie Klein, o HPSP 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. Como instituição de ensino, o HPSP conta com a Residência em Psiquiatria, a Residência em Psiquiatria da Infância e Adolescência e a Residência em Medicina Legal e Perícias Médicas. O HPSP é campo para práticas e atividades de estágio curricular e extracurricular aos alunos de cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, por meio de cooperação com as principais instituições de ensino médio, técnico e superior do estado.

O HPSP almeja, nesse novo ciclo de planejamento, qualificar a assistência prestada aos usuários do SUS, por meio de Medidas Estratégicas nas variadas áreas de atuação do hospital, como a informatização do Hospital e implantação de prontuário eletrônico, consolidação como Centro de Referência de Odontologia para pessoas com deficiência, cadastro do HPSP como Hospital de Ensino, criação de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde Mental e implantação de Telemedicina e Telesaúde Mental para dar apoio a serviços de atendimento psiquiátrico na RAPS, entre outras iniciativas. O Hospital Sanatório Partenon (HSP) - Centro de Referência, Retaguarda Assistencial, Educação em Serviço e Pesquisa para tratamento e Prevenção em Tuberculose e HIV/aids, desde 1951, é um hospital público destinado ao atendimento de pacientes com tuberculose (TB) e HIV. Tem uma trajetória intimamente ligada às ações de diagnóstico, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, servindo como retaguarda assistencial dos programas de tuberculose e HIV/aids/IST da SES. Mediante serviços ambulatoriais de vanguarda, vem atuando na implementação de novas tecnologias em saúde, como: novas plataformas de diagnóstico molecular de tuberculose, testes *"point of care"* e auto-testes para IST e HIV e novos esquemas de tratamento na formação de recursos humanos para o SUS e nas atividades de apoio matricial para as redes de saúde de todo o estado. O HSP, com seu Ambulatório de Tisiologia, é a única referência terciária no RS para atendimento ambulatorial de pacientes com TB Multidrogarresistente (TBMDR) e Micobacterioses Não Tuberculosas (MNT). Ressalta-se que as infecções por TBMDR aumentaram nos últimos anos, consequência da perda de seguimento dos casos, principalmente entre populações vulnerabilizadas. O hospital dispõe de leitos para internação de baixa complexidade para pessoas com tuberculose. No âmbito das ações de HIV/aids/IST, conta com o Serviço de Atenção Terapêutica (SAT), que inclui ambulatório, hospital dia para adultos, Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que atualmente se configura como um centro de prevenção.

Além da estrutura operacional dos ambulatórios e leitos de internação, o HSP conta com serviços de apoio, cujas atividades atendem às demandas internas e de outros pontos de atenção à saúde nos campos diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica. Na Assistência Farmacêutica, o HSP apoia o Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT-RS) no fornecimento e distribuição de medicamentos de alto custo (esquemas especiais para a tuberculose), bem como na programação anual de medicamentos do esquema básico, além de prestar informações atualizadas sobre os medicamentos disponíveis. Além disso, o Serviço de Farmácia do HSP e a UDM do SAT realizam a gestão de medicamentos antirretrovirais e esquemas especiais para tuberculose de casas prisionais e a equipe do SAT faz parte da Câmara Técnica de HIV/aids. O Centro

de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), o Laboratório Central de Anatomia Patológica e Citopatologia, o Serviço de Radiologia e o Laboratório de Tuberculose realizam exames e fornecem insumos especiais para outros pontos de atenção da rede estadual.

O HSP exerce papel fundamental no cuidado da população privada de liberdade, sendo referência no tratamento de TBMDR, elucidação diagnóstica e manejo de eventos adversos aos fármacos para o sistema prisional do RS. Mediante termo de cooperação técnica, o Serviço de Radiologia realiza a avaliação dos exames de Raio X de tórax da Penitenciária Modulada de Osório, se configurando como importante apoio no diagnóstico dos casos da doença nesta população. Destaca-se o papel do HSP na implementação e fomento de novas tecnologias por meio da execução de ações inovadoras a seguir:

- Profilaxias Pré e Pós-Exposição (PrEP e PEP) com a prescrição pelo profissional enfermeiro e acesso da população dos 15 aos 29 anos;
- Implantação de estratégia de identificação e abordagem de casos de aids avançada por meio de testes rápidos (*“point of care”*) na identificação e rastreamento de infecções altamente prevalentes em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), como a tuberculose, a criptococose e a histoplasmose, com o objetivo de reduzir o tempo de resposta desde a detecção de aids avançada até o seu tratamento, diminuindo, dessa forma, a morbimortalidade;
- A vigilância do corrimento uretral masculino, com a implementação definitiva da biologia molecular para detecção de clamídia e gonococo no SUS;
- A implantação do Tratamento Diretamente Observado – Ampliado (TDO-A), estratégia de cuidado interdisciplinar e intersetorial que atua na retaguarda da rede de Atenção Primária à Saúde junto aos casos de difícil manejo e adesão pelas equipes de referência do território. O TDO-A não exige internação hospitalar, permitindo o cuidado compartilhado com recursos da rede;
- A organização e implementação do projeto “Intensificação das ações estratégicas para adesão ao tratamento da tuberculose da população em situação de rua de Porto Alegre”, considerado uma experiência exitosa no controle da TB pelo Ministério da Saúde, em parceria com serviços da rede de saúde e socioassistencial. Algumas das ações realizadas por meio deste projeto visam a redução do abandono de tratamento da TB e a ampliação do cuidado no que se refere às pessoas vivendo com HIV/aids;
- A parceria com a Aids Health Foundation (AHF), organização global que tem o objetivo de atuar junto às pessoas que vivem com HIV/aids, para criação do ambulatório de vinculação e retenção; e
- A organização de reunião clínica (round) multidisciplinar semanal de forma on-line, para a realização do matriciamento junto aos serviços dos municípios. A reunião é aberta à participação de profissionais da rede de todo o RS, para apresentação e discussão de casos mais complexos de tuberculose. A partir dessas experiências, torna-se relevante destacar o papel do HSP no apoio técnico aos municípios definidos pelos Programas Estaduais como prioritários para o controle de tuberculose e HIV/aids/IST, por meio de atualizações, consultorias e apoio matricial, seja na modalidade presencial

ou on-line. Outrossim, desempenha importante papel na formação de recursos humanos para o SUS e no desenvolvimento de pesquisas e oferece campo de estágio para Instituições de Ensino Médio (IEM) e Instituições de Ensino Superior (IES), tanto na área de graduação, quanto de pós-graduação.

O Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS) existe desde 1926 e exerce suas atividades em três eixos de atenção: a dermatologia, a Hanseníase e HIV/aids e outras IST. Possui um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que iniciou suas atividades em 1988 e atualmente oferta testes rápidos para o diagnóstico de HIV, Sífilis, Hepatite B e C, bem como o aconselhamento pré e pós teste com foco na prevenção combinada. Atende, em sua maioria, pacientes de Porto Alegre e Região Metropolitana. Desde 2021 conta com o apoio da equipe *Aids Healthcare Foundation (AHF)* para o acolhimento de usuários com diagnósticos recentes de HIV e pacientes em abandono de tratamento. O serviço de hanseníase do ADS é referência para todo o estado do RS, atendendo desde os casos simples aos mais complexos em hanseníase, além de ofertar capacitações práticas e atividades de ensino continuado em serviço a profissionais de saúde de outros municípios. Na área de dermatologia, presta diversos atendimentos como: biópsias, crioterapia, eletrocauterizações, infiltrações de corticoide e fototerapia, voltados ao tratamento de vitiligo, linfomas cutâneos, dermatite atópica e psoríase.

O ADS é referência para o tratamento de hanseníase para vários municípios, além de ser referência técnica para todos os municípios do estado. Além disto, as capacitações da rede de hanseníase são realizadas pela equipe multiprofissional.

O Hospital Colônia Itapuã (HCI) surgiu em 1940, construído para atender a uma política de saúde pública de segregação a indivíduos com Hanseníase, doença contagiosa que, na época, não tinha cura. Com o avanço do tratamento da hanseníase, no decorrer dos anos 60, houve a abolição do internamento compulsório e possibilitou-se a alta de muitos usuários. Porém, vários acabaram retornando ao HCI, devido ao preconceito com a doença e dificuldades para conseguirem retomar suas vidas fora da instituição. O Hospital 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 HCI foi declarado Hospital Verde pela Organização Saúde Sem Dano (*Health Care Without Harm*) com a chancela da Organização das Nações Unidas (ONU)/Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) 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.

Em março de 2023, ainda residiam no Hospital Colônia Itapuã cinco (5) usuários ex- hansenianos e 24 usuários psiquiátricos oriundos do HPSP, sendo a última transferência realizada em 2017.

A Divisão de Unidades de Gestão de Terceiros coordena o Hospital de Alvorada, Hospital Geral de Caxias do Sul, Hospital Padre Jeremias de Cachoeirinha, Hospital Tramandaí, Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), Hospital São Vicente de Paulo e Hospital Regional Vale do Rio Pardo.

O Hospital de Alvorada, inaugurado em setembro de 1985, possui gestão dupla e está situado na Região de Saúde R10, Macrorregião de Saúde Metropolitana. É um serviço de média complexidade

com atendimento nas áreas de clínica médica e cirurgia, obstetrícia, pediatria, 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) por meio de convênio com a SES/RS.

O Hospital Geral de Caxias do Sul, inaugurado em março de 1998, possui gestão municipal (plena) e está situado na Região de Saúde R23, Macrorregião de Saúde Serra. É um serviço de média e alta complexidade com atendimento nas especialidades de clínica, cirurgia geral, cardiologia, fisioterapia, fonoaudiologia, hemodiálise, hemodinâmica, ginecologia e obstetrícia (AGAR), pediatria, psiquiatria, unidade de cuidados intermediários canguru e convencional e oncologia (radioterapia e quimioterapia), UTIs adulto, coronariana, neonatal e pediátrico, e urgência e emergência adulto e pediátrico. Sua capacidade instalada é de 235 leitos de internação SUS. O Hospital Geral está sob gerência da Fundação Universidade de Caxias do Sul, por meio de convênio com a SES/RS.

O Hospital Padre Jeremias de Cachoeirinha, com gestão estadual, está localizado na Região de Saúde R10, Macrorregião de Saúde Metropolitana. 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 101 leitos de internação SUS. A gerência hospitalar está a cargo da Fundação Universitária de Cardiologia (FUC) por meio 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 do RS, em julho de 2018. Nestes termos, o Hospital de Tramandaí é de gestão estadual. Está situado na Região de Saúde R5, Macrorregião de Saúde Metropolitana. 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, ginecologia, obstetrícia, UTI adulto e neonatal, cuidado intermediário adulto e neonatal, urgência e emergência. Sua capacidade instalada é de 131 leitos de internação SUS. O Hospital de Tramandaí está sob gerência da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, por meio de convênio com a SES/RS.

O Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), com gestão estadual, está situado na Região de Saúde R1, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste. Iniciou suas atividades assistenciais em julho de 2018 com a implantação do Ambulatório de Condições Crônicas, com as especialidades em Hipertensão e Diabetes, com modelo assistencial desenhado dentro da proposta de Planificação da Rede de Atenção à Saúde. Em 2019, 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 outubro de 2022, agregou-se ao cuidado das condições crônicas o Ambulatório da Pessoa Idosa, ampliando a equipe com profissionais médico, fonoaudiologista e terapeuta ocupacional. Em 2020, foi inaugurada a ala hospitalar e, atualmente, o serviço possui

habilitação de 40 leitos clínicos e 20 leitos de UTI adulto, além das especialidades de cirurgia geral, neurocirurgia, ortopedia, traumatologia e cirurgia torácica, perfazendo um total de 100 leitos SUS. O HRSM está sob a gerência do Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia de Porto Alegre (IC-FUC) por meio de convênio com a SES/RS.

O Hospital São Vicente de Paulo de Osório, com gestão dupla, está localizado na R1, Macrorregião de Saúde Centro-oeste, e é um serviço de média e alta complexidade com atendimento nas áreas de clínica médica, cirurgia geral, nefrourologia, obstetrícia clínica e cirúrgica, pediatria clínica, saúde mental e psiquiatria. Possui habilitação para realizar procedimentos de esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia) e UTI adulto. Sua capacidade instalada é de 72 leitos de internação SUS. O Hospital está sob intervenção estadual por decisão judicial, a pedido do Ministério Público, desde novembro de 2022.

O Hospital Regional Vale do Rio Pardo, com gestão estadual, está localizado na R28, Macrorregião de Saúde Vales, e é um serviço de média complexidade com atendimento nas áreas de clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia clínica e cirúrgica, pediatria clínica, saúde mental e psiquiatria. Possui uma Unidade de Cuidados Intermediários Adulto, com 4 leitos. Sua capacidade instalada é de 101 leitos de internação SUS. O Hospital está sob gerência do Hospital Ana Nery, de Santa Cruz do Sul, por meio de convênio com a SES/RS.

3.5 SISTEMAS TRANSVERSAIS NA REDE DE SAÚDE

3.5.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF) é uma política transversal nas RAS, atuando como sistema de apoio, articulada e integrada aos programas e serviços no SUS. Conforme 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 de medicamentos (URM) por meio de sua disponibilidade regular e oportuna para a assistência terapêutica integral.

A partir da orientação da PNAF, com o objetivo de contemplar as especificidades estaduais, a SES/RS publicou o Decreto nº 56.626/2022 que institui a Política Estadual de Assistência Farmacêutica (PEAF/RS). O processo de construção da PEAf/RS ocorreu entre os anos de 2021 e 2022, incluindo etapas de diagnóstico, consulta pública e oficinas participativas conduzidas pela equipe do Departamento de Assistência Farmacêutica (DEAF/SES/RS). Os documentos relativos ao processo de construção da política são dados públicos e estão disponíveis para acesso no site da SES/RS. A política apresenta diretrizes para ações e serviços da AF no SUS, divididas em onze eixos temáticos.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS MUNICÍPIOS DO RS

Com vistas a subsidiar as contribuições para a PEAf, o DEAF/SES/RS realizou, em abril

de 2022, um diagnóstico situacional da AF no RS, por meio de questionário enviado aos 497 municípios. Participaram 283 municípios, distribuídos em todas as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Os resultados demonstram o panorama da AF no estado e estão descritos de acordo com os onze eixos temáticos que compõem a PEAf. Na análise dos eixos apresentada a seguir, considere o nº de 283 municípios.

1. Gestão da Assistência Farmacêutica: a AF consta no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de 69,26% municípios e, em 64,66%, constam ações para aprimoramento da AF nas Diretrizes, Objetivos e Metas pactuadas no Plano Municipal de Saúde (PMS). Dos municípios que responderam ao questionário, 63,96% possuem profissional designado para a função de coordenador/referência da AF. Não existem indicadores específicos para o monitoramento das ações da AF em 76,68% dos municípios. Também, a equipe da AF não realiza reuniões periódicas para alinhamento técnico, organização de atividades e avaliação de suas ações em 69,61%. Esses dados ressaltam a necessidade do fortalecimento do planejamento e gestão da AF em âmbito municipal, por meio de ações conjuntas com as CRS.

Em relação à estrutura física, 56,53% destinaram recursos próprios para construção, reforma, ampliação ou aquisição de bens permanentes em 2019 e 2020. Os recursos aplicados foram distribuídos, em 55,83% Farmácia Básica, 16,90% Farmácia de Medicamentos Especiais (FME), 8,83% Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e 8,12% Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). Contudo, em relação às normas sanitárias vigentes, a estrutura física dos estabelecimentos com dispensação e/ou armazenamento de medicamentos é razoavelmente ou pouco adequada na maioria dos municípios. O Programa Farmácia Cuidar+ e o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS) foram importantes nesse sentido, e contribuíram para a melhoria das instalações das FME e CAF nas CRS no interior do estado.

2. Acesso a medicamentos: os medicamentos são dispensados principalmente na Farmácia Básica (85,16%), FME (63,96%), Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Unidade de Saúde da Família (USF) (38,87%), UDM (14,13%), Centro de Especialidades/Serviço de Atenção Especializada (6,36%), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (6,71%), Farmácia Solidária (6,01%), Farmácia Móvel (4,24%) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (3,18%).

3. Uso Racional de Medicamentos: a maioria dos municípios (71,02%) não possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e, das CFT existentes, 91,46% estão formalizadas em Portaria. O processo de seleção de medicamentos é o que dá início ao ciclo da AF, sendo fundamental para as próximas etapas, até o insumo chegar no usuário do SUS. Assim, ter uma CFT atuante e uma Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) adequada às necessidades da população é essencial para o aprimoramento da AF nos municípios. A respeito da REMUME, 59,72% afirmam ter REMUME, 23,67% não tem e 16,61% estão em processo de elaboração. Entre aqueles que tem REMUME, 84,61% informam que a lista é periodicamente atualizada, 55,62% relatam que a relação não está formalizada.

4. Pactuação interfederativa e financiamento: em 59,01% dos municípios que participaram, a Coordenação/Referência da AF não participa do processo decisório para a alocação dos recursos financeiros destinados à AF. Segundo a pesquisa, o financiamento tripartite destinado para a aquisição dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) não contempla as necessidades da população em 57,24% dos municípios. Nos últimos dois anos, os municípios receberam recursos de diferentes fontes, como os Programas Qualifar-SUS e Farmácia Cuidar+, para a estruturação física dos serviços farmacêuticos (materiais permanentes, reforma, construção, ampliação). No entanto, 63,96% dos municípios informam que os valores recebidos não contemplaram todas as necessidades da AF. O financiamento insuficiente é um dos grandes desafios enfrentados por grande parte dos municípios gaúchos. Dessa forma, a busca por ampliação de recursos se torna primordial para o desenvolvimento de todas as ações que envolvem a AF, nos âmbitos municipal e estadual.

5. Regionalização e RAS: nos últimos dois anos, 89,05% dos municípios informaram que a Coordenação/Referência da AF do município não participou de reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR). A Coordenação/Referência da AF dos municípios costuma participar de espaços de decisão ou reuniões de alinhamento técnico com as seguintes linhas de cuidado ou áreas técnicas: atenção básica (46,64%), saúde da pessoa idosa (21,20%), saúde da mulher (18,02%), doenças crônicas (16,25%), saúde da criança (12,37%) e urgência e emergência (8,48%) e atenção especializada (0,71%).

6. Gestão do trabalho e educação permanente em saúde: em 74,2% das FME há um farmacêutico disponível durante todo o horário de funcionamento; 64,31% das UBS; 18,37% das UDM; 9,57% USF; 6,71% dos Centro de Especialidades/Serviço de Assistência Especializada; 2,83% das UPA; e menos de 1% dos CAPS. Além do profissional farmacêutico, esses estabelecimentos de saúde contam com auxiliares de farmácia (41,34%) e auxiliares administrativos (33,22%). A presença do farmacêutico é determinante para o URM em todos os pontos da RAS, bem como a gestão qualificada da logística dos insumos. O diagnóstico demonstra uma lacuna nos recursos humanos dos municípios. A falta de farmacêuticos dificulta a execução adequada das responsabilidades de cada esfera de governo no âmbito da AF.

7. Gestão estratégica e participativa: quanto às Conferências Municipais de Saúde (CMS), em 52,30% dos municípios foram incorporadas nas ações referentes à AF. Em 74,20% dos municípios, a Coordenação/Referência da AF não inclui pautas nas reuniões do CMS. Em 43,21% dos municípios, não há representação e/ou participação da equipe de AF em instâncias deliberativas ou consultivas da saúde. Cerca de 52,30% dos municípios possuem ouvidoria, 28,27% não souberam responder se existe sistema de ouvidoria no município. Segundo os dados do diagnóstico, ainda é necessário avançar nessa pauta, para que os canais de comunicação funcionem melhor, além da inclusão das necessidades consideradas prioritárias pela população atendida.

8. Cuidado Farmacêutico: o farmacêutico é o profissional que supervisiona todo o processo de entrega e orientação sobre o uso de medicamentos em 73,14% dos municípios. Observou-se que diferentes tipos de serviços farmacêuticos clínicos são realizados, no entanto, não há ferramentas para registro das ações do cuidado

farmacêutico em 71,73% dos municípios. A maioria (84,45%) não possui consultório farmacêutico para atendimento dos usuários do SUS. A SES/RS, com uso de diversas ações, como a criação dos programas Cuidar+ e Farmácia Cuidar+, têm estimulado os municípios a promoverem o cuidado farmacêutico aos usuários.

9. Sistema de gestão da informação e tecnologia: em geral, no âmbito da Atenção Básica, a AF utiliza sistemas de informação próprios do município para o registro de atividades (73,85%), enquanto 19,08% dos municípios usam o sistema o Sistema Hórus e 6,36% "outros sistemas".

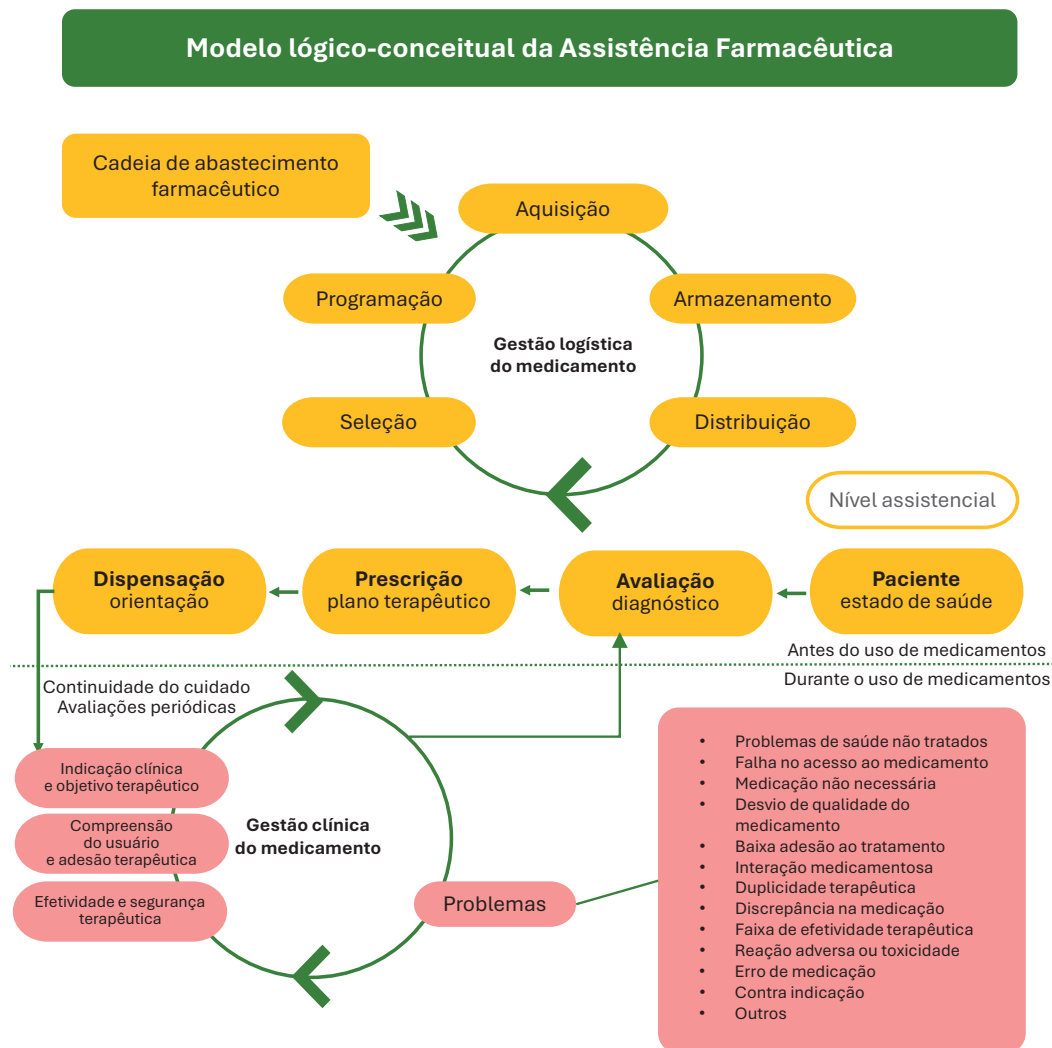
10. Pesquisa no âmbito da AF: em relação à pesquisa no âmbito da AF, apenas 29 municípios responderam ao questionamento sobre existência de pesquisa para qualificação da AF. Desses, 75,86% responderam existir em seu município pesquisas com o intuito de qualificação da AF. Em 89,75% dos municípios não há parcerias com instituições de ensino (IE). Nos municípios que relataram parceria, 34,48% são IE públicas, 40% privadas e 23,3% mistas (pública e privada). Contudo, 93,95% relatam não haver incentivo para os profissionais participarem em projetos de pesquisa e em 95,04% não é disponibilizada parte da carga horária de trabalho para participação e/ou elaboração de pesquisas.

11. Judicialização: cerca de 81,98% dos municípios possuem apoio de assessoria jurídica local para responder às demandas judiciais. A maioria das demandas judiciais recebidas pelos municípios gaúchos é relacionada a medicamentos e/ou terapia nutricionais não padronizadas no SUS (49,47%), 28,62% ao CEAF, 7,07% de medicamentos oncológicos e 1,06% ao CBAF, os demais (13,78%) não souberam informar ou responderam "outros". O tema da judicialização de medicamentos no âmbito estadual é abordado com profundidade, neste PES, no tópico "Judicialização em Saúde".

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DO RS

Para melhor compreender a situação atual da AF de responsabilidade estadual, pode-se utilizar as etapas do ciclo da AF para sua descrição (**Figura 104**).

Figura 104. Ciclo da Assistência Farmacêutica, RS, 2023.



Fonte: Adaptado de Correr, Soler e Otuki, 2011.

SELEÇÃO, PROGRAMAÇÃO E AQUISIÇÃO

O acesso a medicamentos essenciais no SUS é garantido pela Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM/MS nº 3.916/1998) e pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). A RENAME relaciona a seleção de medicamentos essenciais no âmbito do SUS, baseada em critérios técnico-científicos da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC). Esse elenco está organizado em Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), a fim de regulamentar a responsabilidade pela programação e aquisição entre os entes competentes. Complementar a estes, existem outros elencos sob gerência dos municípios, estados e União, descritos a seguir.

O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) é tripartite, conforme regulamentado pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3.193/19, 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

(constantemente nos Anexos I e IV da RENAME) 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 (seis reais e cinco centavos) por habitante/ano; b) IDHM baixo: R\$ 6,00 (seis reais) por habitante/ano; c) IDHM médio: R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) por habitante/ano; d) IDHM alto: R\$ 5,90 (cinco reais e noventa centavos) por habitante/ano; e, e) IDHM muito alto: R\$ 5,85 (cinco reais e oitenta e cinco centavos) por habitante/ano. As contrapartidas estadual e municipal devem ser de R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, cada. A aquisição dos medicamentos deste componente está sob responsabilidade municipal. Em 2022, o valor total repassado pelo estado aos municípios foi de R\$ 27.436.592,43 (vinte e sete milhões quatrocentos e trinta e seis mil quinhentos e noventa e dois reais e quarenta e três centavos). Na **Tabela 38**, constam informações sobre a série histórica de repasses à AF Básica, no período de 2018 a 2022, discriminadas por ano de pagamento. Além dos valores apresentados na **Tabela 38**, o estado do RS quitou um total de R\$ 30.940.441,96 em dívidas com os municípios, cujo pagamento foi realizado entre os anos de 2019 e 2022. Destaca-se que, em 2021, foi repassado o maior montante, de R\$ 20.610.040,61.

Tabela 38. Valor total de repasse para a Assistência Farmacêutica Básica dos municípios, RS, 2018-2022.

Ano do Pagamento	Valor Total repassado (R\$) no ano
2018	20.457.362,78
2019	26.010.490,31
2020	32.079.087,14
2021	30.171.455,94
2022	27.436.592,43

Fonte: Fundo Estadual de Saúde/SES/RS. Acesso em: 10/03/2023.

Este componente inclui, também, medicamentos de aquisição centralizada pelo MS, que os distribui aos estados e DF, os quais abastecem os municípios. Estão contempladas a insulina humana NPH e insulina humana regular, bem como kit de medicamentos e insumos estratégicos para a AF às unidades federativas atingidas por desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo (Portaria de Consolidação nº 1/2017). Além disso, engloba o Programa de Saúde da Mulher (PSM), com insumos necessários para a garantia do Planejamento Sexual e Reprodutivo, que está regulamentado pela Lei do Planejamento Familiar nº 9.263/1996, atualizada pela Lei 14.443/2022, a qual determina que qualquer método e técnica de contracepção deve ser disponibilizada para o usuário no prazo máximo de 30 dias. Cabe à gestão local realizar o levantamento das mulheres em idade fértil, a demanda por anticoncepção no território e adotar os fluxos de disponibilização dos métodos, bem como a divulgação dos referidos fluxos na Rede SUS. O CBAF também abrange medicamentos da Saúde Prisional, por meio de 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). O incentivo é transferido por meio de repasses anuais para municípios que aderirem à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Em 2022, 43 municípios do RS foram contemplados, de acordo com a Portaria GM/MS Nº 3.662/2022. Adicionalmente, a

Portaria GM/MS Nº 249/2023 aprovou a adesão de alguns entes federativos na PNAISP.

Acerca do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), seus documentos norteadores são definidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e diretrizes específicas, por meio de programas do MS para controle de doenças e agravos com potencial impacto endêmico. A aquisição dos medicamentos é realizada pelo MS, que os distribui aos estados, cabendo a estes, o armazenamento e o envio aos municípios. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) contempla linhas de cuidado cujas definições constam em PCDT 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 SES, 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 SES, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas. O Grupo 2 é composto por medicamentos sob responsabilidade dos estados e do DF 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.

A AF do Rio Grande do Sul disponibiliza ainda, em caráter complementar, Elenco Especial de medicamentos e terapias nutricionais não contempladas nos programas de saúde definidos de forma tripartite. O financiamento e a aquisição são responsabilidade exclusiva da SES/RS e o elenco está definido conforme Portaria SES/RS nº 995, de setembro de 2022 e Resolução CIB/RS nº 410/22. Atualmente, são 43 apresentações no total, sendo 29 de medicamentos e 14 de terapias nutricionais, abrangendo 21 grupos de doenças.

Em particular, os medicamentos destinados ao tratamento do câncer são disponibilizados pelo SUS mediante políticas públicas, sendo uma delas a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. A responsabilidade pela aquisição e dispensação dos tratamentos é dos hospitais credenciados em oncologia (Unidades de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON - e Centros de Alta Complexidade em Oncologia - CACON). Entretanto, excepcionalmente, o MS realiza a aquisição centralizada de seis fármacos, perfazendo nove apresentações, que são distribuídas aos hospitais, por intermédio das Secretarias Estaduais de Saúde. No RS, a distribuição é feita a 31 hospitais habilitados em oncologia, localizados em 15 CRS, sendo oito concentrados na 1ª CRS. Os tratamentos de aquisição centralizada atendem mensalmente 2.835 usuários.

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Em 2019, foi instituída a Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CFT/SES/RS), por meio da Portaria SES/RS nº 766/2019. Entre as atribuições da CFT/SES/RS, consta a elaboração e constante atualização da Relação de Medicamentos e Terapias Nutricionais do estado (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

A partir de 2020 até 2023, a CFT/SES/RS avaliou 105 linhas de cuidado do MS, as quais contemplam 324 medicamentos em diferentes apresentações e doses. Medicamentos do grupo 1A e grupo 3 foram automaticamente mantidos no elenco. Todos os medicamentos dos grupos 1B e 2 foram avaliados, a partir da elaboração de pareceres técnicos, quanto à pertinência de serem mantidos no elenco de medicamentos fornecidos no âmbito estadual. Houve recomendação de exclusão de 37 (11,4%) itens dos grupos 1B e 2, sem que houvesse prejuízo no tratamento dos usuários. Todos os itens excluídos possuem alternativa terapêutica da mesma classe farmacológica e forma farmacêutica dentro na linha de cuidado. Os usuários destes medicamentos foram previamente informados da necessidade de substituição mediante avaliação de seu médico assistente.

PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS

As ações da Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do Estado do Rio Grande do Sul (PIPMF/RS) são financiadas pela Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF – BRASIL, 2006), por meio do Projeto Arranjo Produtivo Local de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do Estado do Rio Grande do Sul-Projeto APLPMFito/RS (Portaria MS nº 15/2012). No período de 2012 a 2022, foram contemplados em editais do MS 14 municípios do RS. Dentre as publicações da PIPMF/RS, destacam-se: 2ª edição da Relação Estadual de Plantas Medicinais de Interesse do SUS/RS-REPLAME/RS (Portaria SES/RS nº 1.218/2022); Nota Técnica 01/2022 Fitoterapia na Rede de Atenção à Saúde -elaborada em conjunto com a PEPIC/RS; Nota Técnica 01/2021 - Orientações para Implantação de Farmácias Vivas no SUS/RS - elaborada pela PIPMF/RS; Guia de Registro no SISAB, específico para Atendimentos Individuais, Atividades Coletivas e Procedimentos com Plantas Medicinais/ Fitoterapia; Folder de Fitoterapia da PIPMF/2023.

Ainda, os seguintes documentos estão sendo desenvolvidos ou aguardando publicação: 2ª edição da Cartilha das Plantas Medicinais da PIPMF/RS-Projeto APLPMFito/RS; Memento de Chás Medicinais da PIPMF/RS-Projeto APLPMFito/RS; Manual de Organização Documental das Farmácias Vivas; Cartilha Interações Medicamentosas com Plantas Medicinais e Fitoterápicos (RIO GRANDE DO SUL, 2006). As publicações encontram-se disponíveis em <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/politica-intersetorial-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos-no-sus-rs>.

ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO

Nesta etapa do ciclo, o estado é responsável por cerca de 368 apresentações padronizadas para tratamento ambulatorial, divididas entre CEAF e Elenco Especial, bem como 5.622 apresentações demandadas judicialmente e 77 apresentações de medicamentos recebidos do MS para atendimento de programas estratégicos. Os medicamentos são distribuídos a partir do nível central para 17 CRS e municípios da região metropolitana. As CRS distribuem os insumos para seus respectivos municípios. Ao final, esses insumos chegam em 497 FME, 76 UDM e Serviços de Atendimento Especializado (SAE), 22 locais de aplicação do palivizumabe, 35 unidades dispensadoras de medicamentos oncológicos (por meio das UNACON/CACON), oito Centros de Referência e dois Centros de Referência Oncológicos de demandas judiciais.

Quanto à infraestrutura da Central de Abastecimento Farmacêutico, a partir de 2019, foram iniciadas algumas reformas estruturais para adequação do Plano de Prevenção e Proteção Contra Incêndios (PPCI). Também foram realizadas outras adequações do setor como: a melhoria no sistema de escoamento do terreno, a ampliação do espaço de armazenamento da rede de frio para medicamentos termolábeis, pequenas reformas estruturais, a limpeza das paredes e melhor disposição e armazenamento dos medicamentos.

Além disso, o Governo do Estado investiu cerca de R\$ 800 mil na troca do telhado do Almoxarifado, área correspondente a 2.500 m². 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.

DISPENSAÇÃO E SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS

No que diz respeito ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), a dispensação dos medicamentos à população e sua gestão clínica é de responsabilidade dos municípios, os quais utilizam sistemas próprios de gerenciamento, além do sistema HÓRUS disponibilizado pelo MS. As farmácias são consideradas estabelecimentos de saúde pela Lei nº 13.021/2014, a qual pressupõe que a entrega de medicamentos seja realizada sob a orientação e supervisão do profissional farmacêutico. Além da entrega, as farmácias podem oferecer outros Serviços Farmacêuticos Clínicos (SFC), tais como a dispensação (com orientação), monitorização terapêutica, a conciliação medicamentosa, a gestão da condição de saúde, o acompanhamento farmacoterapêutico e a educação em saúde.

Em 2020 foi realizado um diagnóstico da estrutura e condições para o cuidado farmacêutico em uma amostra de 88,9% dos municípios gaúchos, contemplando todas as CRS. Foi identificado que a maior parte dos municípios que responderam ao questionário não contava com consultório farmacêutico e/ou não forneciam SFC. A partir deste levantamento e com intuito de apoiar os municípios na implementação dos SFC, a SES/RS instituiu o Programa Cuidar+ por meio da Portaria nº 792/2020, a qual está organizada nos eixos “apoio técnico aos municípios” e “telecuidado farmacêutico”.

Já a dispensação dos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) ocorre em diferentes serviços, como as Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) e os Serviços de Atendimento Especializado (SAE), que são destinadas ao cuidado para pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), conforme tópico “Atenção às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)”, incluído neste PES e nesta seção. Quanto ao tratamento para a Anemia Falciforme, seu fornecimento é realizado para grupos específicos em dois centros de referência do estado localizados na capital, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). O medicamento palivizumabe atua na prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR), é adquirido pelo MS e distribuído aos estados para atender a grupos específicos, dispensado e aplicado em Ambulatório de Seguimento de Egressos (ASE) em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal e Hospitais da rede.

Com vistas a agilizar o início de tratamento e o acesso dos usuários, os medicamentos para Hepatites Virais foram migrados do CEAF para o CESAFA, extinguindo a necessidade de abertura de processo administrativo no Sistema de Administração de Medicamentos (Sistema AME). A dispensação destes medicamentos ocorre nas UDM, de acordo com a Resolução CIB/RS nº 359/2021. Ainda, o sistema de informação para dispensação de medicamentos mudou do Sistema AME para o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos para Hepatites Virais (SICLOM-HV), considerando a migração para o componente estratégico. Os medicamentos são adquiridos pelo MS, distribuídos pelos estados e dispensados nas UDM.

A dispensa dos medicamentos para tratamento das hepatites virais iniciou em novembro de 2021 com os tratamentos para hepatite C, e, a partir do dia 1º de dezembro de 2022, os tratamentos para hepatite B passaram a ser totalmente dispensados pelas UDM. De acordo com relatórios extraídos do "Painel de Ressuprimento e Gerenciamento dos Medicamentos para Hepatites Virais do Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do MS", no ano de 2022, foram registradas 32.059 dispensações de medicamentos para hepatite B, 1.181 dispensações para profilaxia da hepatite B, e 3.392 dispensações de quatro tipos de medicamentos para hepatite C.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), no RS, é gerenciado pelo Sistema AME, que interliga as 497 FME e outros pontos de dispensação, como os Centros de Referência presentes no HCPA, destinados a pacientes em acompanhamento nesse local. Em relação ao CEAF, houve aumento de 46,82% no número de tratamentos, correspondendo a um acréscimo de 87.230 novos tratamentos nos últimos cinco anos. A **Tabela 39** ilustra a série histórica do total de tratamentos administrativos deferidos ou em reavaliação do CEAF referente a dados de dezembro dos anos de 2018 a 2022.

Tabela 39. Total de tratamentos deferidos ou em reavaliação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, no mês de dezembro, RS, 2018-2022.

Ano	G1A	G1B	G2	Total Tratamentos
2018	46.614	8.160	44.279	99.053
2019	63.954	9.125	50.416	123.495
2020	79.701	12.522	68.453	160.676
2021	81.631	15.068	77.244	173.943
2022	89.420	18.479	78.384	186.283

Fonte: Sistema AME. Acesso em: 28/03/2023.

Conforme já mencionado, a SES/RS conta, adicionalmente, com o Elenco Especial de medicamentos e terapias nutricionais, cuja dispensação é realizada pelos municípios (Resolução CIB/RS nº 143/2003) por meio do sistema AME das FME. No período de 2018 a 2022, houve variação no número de tratamentos administrativos deferidos ou em reavaliação deste elenco, conforme dados de dezembro de cada ano: 168.817 (2018), 170.474 (2019), 188.069 (2020), 197.555 (2021) e 143.556 (2022). Em 2022, houve relevante diminuição no número de

tratamentos, que está relacionada à higienização de tratamentos, efetuada por rotina para casos que estavam sem movimentação/dispensação. É importante salientar que esses usuários não ficaram desassistidos e, na eventual necessidade de voltarem a receber, basta apresentarem laudo e receita médica para reativação do cadastro.

Para acessar os medicamentos e terapias nutricionais disponibilizados pela SES/RS por meio do CEAF e do Elenco Especial, o usuário necessita ingressar com processo administrativo na FME de seu município de residência ou via Farmácia Digital RS, onde são entregues ou enviados os documentos de identificação pessoal e outros documentos e exames exigidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) ou Resolução CIB referentes a cada tratamento. Após tal procedimento, a equipe de avaliadores da SES/RS analisa as informações e, com base nos critérios de inclusão e exclusão do documento de referência, realiza a avaliação do processo do usuário.

PROGRAMAS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A AF no RS possui alguns programas direcionados a questões específicas, os quais serão apresentados na sequência. O Programa Dieta em Casa (PDC) consiste na entrega mensal, na residência dos usuários de Porto Alegre, de três fórmulas enterais específicas. A quantidade total de tratamentos cadastrados para esses três itens corresponde a mais da metade das terapias nutricionais dispensadas no município de Porto Alegre. O Programa Saúde na Pele (Lei nº 13.469/2010, Lei nº 13.676/2011, Decreto Estadual nº 50.776/2013, Portaria SES/RS nº 304/2014) inclui o fornecimento de protetor solar para agricultores familiares, pescadores e aquicultores. Além disso, com base na Lei Estadual nº 14.784/2015, as pessoas com Lúpus Eritematoso Sistêmico e o Lúpus Eritematoso Discóide também estão aptos a receberem o insumo. Atualmente, estão registrados 72.237 usuários cadastrados para retirarem protetores solares.

Além disso, de forma a apoiar técnica e financeiramente as FME para ampliar, qualificar e promover os serviços farmacêuticos na FME realizado nessas unidades, a SES/RS lançou o Programa Farmácia Cuidar+ por adesão dos municípios (Portaria SES/RS nº 649/2021), como parte dos investimentos realizados pelo Governo do Estado por meio do Programa Avançar na Saúde. O Programa é dividido em três eixos: (I) Identidade Visual; (II) Cuidado Farmacêutico; e, (III) Estrutura. Entre 2021 e 2022, o Governo do Estado repassou, na modalidade fundo a fundo, R\$ 39.450.000,00 aos 446 municípios aderentes. O valor repassado levou em consideração o número de pessoas atendidas no mês, sendo os municípios classificados por porte. Desse montante, já foram liquidados até março de 2022, R\$ 22.475.867,42, ou seja, 56,97% do recurso.

Adicionalmente aos programas estaduais, alguns municípios gaúchos aderiram ao Qualifar-SUS, instituído pela Portaria GM/MS nº 1.214, de 2012, cuja materialidade está atualmente disposta na Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 2017. O Eixo Estrutura desse programa promove o financiamento municipal para a melhoria da ambiência nas farmácias públicas. Em março de 2023, o RS tinha 265 habilitados, neste eixo. Ainda, a Portaria GM/MS nº 3.551/2020 habilitou o estado a receber recursos para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, propiciando a aquisição de itens, como ar-condicionado, freezers, câmaras frias, armários e computadores, visando a qualificação da AF nas 18 CRS.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

O Sistema AME é uma plataforma gerenciadora que compreende, entre outras funcionalidades, o planejamento e a programação das compras de medicamentos e terapias nutricionais; a avaliação técnica de todas as solicitações administrativas de medicamentos e terapias nutricionais constantes no CEAF e Elenco Especial; o cadastro dos medicamentos e terapias nutricionais demandados por meio de determinação judicial (ações na qual o estado é réu); a emissão de relatórios técnicos e gerenciais; o envio de dados de dispensação dos medicamentos do Grupo 1B do CEAF, com base na geração do número de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), considerando que o MS ressarcir parte do custeio da aquisição dos medicamentos, de acordo com a tabela de procedimentos do SUS. O Sistema AME é amplamente utilizado por todos os setores da AF que estão interligados a alguma atividade que envolva os medicamentos do CEAF, Elenco Especial e demandas judiciais, por todos os órgãos dispensadores de medicamentos, assim como pelos órgãos do poder executivo e judiciário para consulta. Atualmente, o sistema conta com 3.462 matrículas ativas.

Com o intuito de facilitar e ampliar o acesso dos cidadãos aos serviços públicos, a SES/RS lançou, em março de 2020, o Farmácia Digital RS. Trata-se de uma plataforma digital inédita no Brasil, que possibilita aos usuários do SUS a realização da primeira solicitação de medicamentos e terapias nutricionais sem a necessidade de deslocamento presencial a uma FME, além da renovação de tratamentos, consulta da situação do tratamento, localização das FME, lista contendo os documentos (laudos, exames e receitas) necessários para solicitar o medicamento ou terapia nutricional.

Neste momento, estão contempladas 63 linhas de cuidado, totalizando 277 medicamentos e terapias nutricionais que são responsáveis por cerca de 35% das solicitações administrativas na SES/RS. A ferramenta está limitada a solicitações para usuários acima de 18 anos. Posteriormente serão incorporados outros medicamentos, além de ser disponibilizada a ferramenta para menores de 18 anos, na qual seus responsáveis poderão fazer a solicitação. O acesso ao sistema está disponível na página da SES/RS, no link: <https://farmaciadigital.rs.gov.br/>.

GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E RECURSOS HUMANOS

O RS se destaca como o único estado com gestão descentralizada para 100% das FME nos municípios. Esse é um importante passo na qualificação da AF, ampliando o acesso dos usuários aos medicamentos. O último município a passar pela municipalização da FME foi Porto Alegre, por meio de um processo iniciado em 2019, que culminou com a sua oficialização em janeiro de 2022, mediante Portaria SES/RS nº 23/2022, na qual ficou estabelecido o repasse de mais de R\$ 970 mil reais, com o objetivo de viabilizar a implantação da descentralização e garantir um serviço de melhor qualidade aos usuários.

Ainda que a descentralização seja de fundamental importância para a qualificação da gestão da AF no estado, o DEAF/SES/RS depende diretamente da capacitação e contratação em quantidade suficiente de recursos humanos para a manutenção e ampliação de suas ações em saúde. Nesse sentido, o DEAF apresentou, nos últimos anos, demanda de ampliação de seu quadro de profissionais necessários para as atribuições do departamento. A AF do estado conta,

atualmente, com 186 servidores, dos quais 81 exercem suas atividades no Centro Administrativo Fernando Ferrari (CAFF), 48 na CAF (Almoxarifado) e 57 nas CRS. Do total de 186 trabalhadores, 95 são farmacêuticos, dez são nutricionistas e 79 são de outras profissões. O concurso público realizado em 2022 foi um importante passo adotado pela gestão para atender tal demanda, porém, não sanou integralmente as necessidades de recursos humanos do departamento. Foram solicitados 162 servidores, dos quais 100 seriam lotados no DEAF e 62 na AF das CRS. Foi identificada uma demanda de 59 farmacêuticos e nove nutricionistas. Dos trabalhadores solicitados, foi atendido um total de 24% para o DEAF e Almoxarifado (sendo 15 farmacêuticos, quatro nutricionistas e cinco de outras profissões de ensino superior) e 11,6% para as CRS. Em relação aos novos servidores nomeados no concurso de 2022, 19 foram lotados no CAFF, cinco no Almoxarifado e sete nas CRS. Destaca-se, nesse processo, a necessidade existente de ampliação de recursos humanos para o quadriênio 2024-2027, uma vez que o concurso de 2022 não sanou integralmente as necessidades de servidores do departamento e há previsão de aposentadorias no próximo período. Estima-se que a defasagem de trabalhadores (considerando CAFF, Almoxarifado e CRS) é de 41% de farmacêuticos e 71% de nutricionistas. Tal demanda evidencia-se, sobretudo, nas CRS que exercem importante papel de distribuição e armazenamento relativos ao ciclo da AF, além de apoio técnico aos municípios, entre outras atribuições.

3.5.2 EXAMES DE APOIO E DIAGNÓSTICO

A produção de exames de apoio diagnóstico apresenta grande variação entre as Macrorregiões e Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul (Quadro 23). As maiores produções se concentram nos exames de ultrassonografia, radiologia e tomografia, localizando-se, predominantemente, nas Macrorregiões de Saúde Metropolitana, Norte e Serra. Em contrapartida, os exames de colangiopancreatografia, polissonografia e fibrobroncoscopia apresentam as menores produções e se concentram na Macrorregião de Saúde Metropolitana.

Quadro 23. Produção de exames de apoio diagnóstico, RS, 2022.

Macrorregião	Região de Saúde	Ultrassonografia	Radiologia	Anatomopatologia	Biópsia	Citopatologia	Mamografia	Ressonância Magnética	Colonoscopia	Tomografia	Colangiopancreatografia	Polissonografia	Fibrobroncoscopia
CENTRO-OESTE	1	53.318	116.557	20.263	1.877	16.929	11.380	1.961	965	25.572	33	113	337
	2	4.692	25.519	188	88	7.416	3.755	1.472	338	2.248	0	0	0
	3	22.061	108.709	2.109	435	0	12.277	2.405	626	8.967	0	0	24
METROPOLITANA	4	6.341	49.692	1.038	39	3.403	3.798	507	32	27.739	0	0	0
	5	15.994	70.256	14.019	220	22.995	4.836	0	0	11.756	0	0	0
	6	17.886	79.158	1.394	941	16	2.249	587	526	16.315	0	0	0

Macrorregião	Região de Saúde	Ultrassonografia	Radiologia	Anatomopatologia	Biópsia	Citopatologia	Mamografia	Ressonância Magnética	Colonoscopia	Tomografia	Colangiopancreatografia	Polissonografia	Fibrobroncoscopia
METROPOLITANA	7	71.893	262.916	12.811	3.795	65.160	25.673	5.577	1.503	31.889	0	0	35
	8	49.188	227.618	12.686	1.826	56.934	19.217	4.151	1.786	54.425	169	0	26
	9	16.166	80.899	1.404	767	0	6.097	0	257	10.755	0	0	0
	10	205.370	749.023	88.135	17.907	112.049	65.725	27.949	7.173	197.020	297	217	569
MISSIONEIRA	11	26.490	77.705	15.551	402	29.934	4.519	3.677	385	7.410	0	0	0
	12	8.629	25.884	4.445	1.445	8.546	3.144	1.017	132	4.281	0	0	2
	13	30.892	62.237	4.728	2.782	446	8.324	438	385	12.977	0	0	70
	14	34.276	79.910	3.171	1.143	16.102	14.927	4.072	594	18.563	0	0	1
NORTE	15	12.937	94.500	14.880	13.313	14.556	5.182	2.652	675	13.449	0	0	9
	16	18.138	86.240	56.450	998	5.673	9.878	3.091	1.078	13.030	0	0	1
	17	40.979	116.819	32.774	1.916	37.609	11.165	4.917	1.456	27.274	0	0	2
	18	14.176	40.058	0	16	0	6.445	587	123	3.916	0	0	0
	19	2.604	21.674	0	8	5.438	2.011	0	58	3.736	0	0	0
	20	13.477	28.923	404	349	13.431	4.440	450	207	5.772	0	0	0
SUL	21	45.927	239.975	19.332	2.660	32.066	11.483	2.936	1.864	31.656	0	0	93
	22	20.449	65.410	1.188	201	5.343	2.503	1.135	637	4.318	0	0	0
SERRA	23	69.886	187.493	17.912	3.516	21.487	15.748	6.130	1.414	25.454	0	0	64
	24	5.188	31.335	729	160	6.397	3.046	1.254	0	3.623	0	0	0
	25	30.241	75.582	9.765	523	16.547	9.416	2.834	1.649	16.853	0	0	24
	26	18.237	47.249	2.563	51	9.294	5.437	51	363	8.413	0	0	0
VALES	27	16.164	37.840	6.980	262	9.638	6.763	761	514	9.887	0	0	10
	28	51.229	89.854	16.381	1.315	14.717	7.230	3.221	862	17.036	100	92	33
	29	29.015	73.007	14.755	559	22.590	8.628	1.886	504	13.880	0	0	1
	30	5.959	36.331	99	28	0	3.155	0	566	6.972	0	0	0
Total	-	957.800	3.288.37	376.154	59.542	554.716	298.451	85.718	26.672	635.186	509	422	1.301

Fonte: TabWin/SUS; DGAE/SES/RS. Acesso em: 28 abr. 2023.

Observa-se que há Regiões de Saúde com vazios assistenciais em determinados exames e que, contudo, são supridos pelas demais Regiões de Saúde na Macrorregião. Como exemplo, foi constatado que os maiores vazios assistenciais se encontram nas Regiões R5 e R9 (Metropolitana), R18 e R19 (Norte) e R30 (Vales), o que é compensado dentro das respectivas Macrorregiões. Com base na análise realizada, nota-se que a Macrorregião de Saúde Metropolitana é a maior referência em produção devido à maior taxa populacional e ao maior número de hospitais de grande porte nesta localidade.

Também foi apurado que exames diagnósticos de imagem (ultrassonografia, radiologia e tomografia) possuem uma boa cobertura e estão bem distribuídos de uma forma geral no estado. Averigou-se ainda que, os exames de diagnósticos em anatomopatologia e citopatologia apresentam uma alta produção na Macrorregião de Saúde Metropolitana, sendo a segunda maior produção do estado realizada na Macrorregião de Saúde Norte.

A taxa de produção de exames diagnósticos foi realizada de acordo com o número absoluto da produção de cada exame diagnóstico, dividido pela população da Região de Saúde, sendo multiplicada por 1.000 habitantes. As taxas mais altas foram verificadas nos exames de imagem (radiologia, ultrassonografia e tomografia). Já as taxas mais baixas foram observadas nos exames de colangiopancreatografia, polissonografia e fibrobroncoscopia, no âmbito de todas as Macrorregiões de Saúde.

A Macrorregião de Saúde Norte apresentou maiores taxas de produção, por mil habitantes, nos exames de radiologia, anatomopatologia, biópsia e colonoscopia, seguida da Missioneira, com maiores taxas em ultrassonografia, citopatologia e ressonância magnética. Os maiores vazios assistenciais se encontram nas Regiões de Saúde R2 e R3 (Centro-Oeste), R4, R5 e R9 (Metropolitana), R18 e R19 (Norte), R26 (Serra) e R30 (Vales).

Constata-se que a Macrorregião de Saúde Metropolitana, apesar de concentrar elevada produção de exames, apresenta baixas taxas de produção por mil habitantes em decorrência de sua elevada taxa populacional.

Quadro 24. Taxa de produção de exames diagnósticos (por 1.000 habitantes e por especialidades selecionadas), RS, 2022.

Macrorregião	Região de Saúde	População	Ultrassonografia	Radiologia	Anatomopatologia	Biópsia	Citopatologia	Ressonância Magnética	Colonoscopia	Tomografia	Colangiopancreatografia	Polissonografia	Fibrobroncoscopia
Média produção estadual	Total	11.466.630	83,53	286,78	32,80	5,19	48,38	7,48	2,33	55,39	0,04	0,04	0,11

Macrorregião	Região de Saúde	População	Ultrassonografia	Radiologia	Anatomopatologia	Biópsia	Citopatologia	Ressonância Magnética	Colonoscopia	Tomografia	Colangiopancreatografia	Polissonografia	Fibrobroncoscopia
CENTRO-OESTE	1	463.145	115,12	251,66	43,75	4,05	36,55	4,23	2,08	55,21	0,07	0,24	0,73
	2	122.300	38,36	208,66	1,54	0,72	60,64	12,04	2,76	18,38	0,00	0,00	0,00
	3	454.882	48,50	238,98	4,64	0,96	0,00	5,29	1,38	19,71	0,00	0,00	0,05
METROPOLITANA	4	164.639	38,51	301,82	6,30	0,24	20,67	3,08	0,19	168,48	0,00	0,00	0,00
	5	241.915	66,11	290,42	57,95	0,91	95,05	0,00	0,00	48,60	00,00	0,00	0,00
	6	238.404	75,02	332,03	5,85	3,95	0,07	2,46	2,21	68,43	0,00	0,00	0,00
	7	841.192	85,47	312,55	15,23	4,51	77,46	6,63	1,79	37,91	0,00	0,00	0,04
	8	787.814	62,44	288,92	16,10	2,32	72,27	5,27	2,27	69,08	0,21	0,00	0,03
	9	425.376	38,00	190,18	3,30	1,80	0,00	0,00	0,60	25,28	0,00	0,00	0,00
	10	2.388.224	86,00	313,63	36,9	7,50	46,92	11,70	3,00	82,50	0,12	0,09	0,24
MISSIONEIRA	11	277.225	95,55	280,30	56,10	1,45	107,98	13,26	1,39	26,73	0,00	0,00	0,00
	12	127.032	67,93	203,76	34,99	11,38	67,27	8,01	1,04	33,70	0,00	0,00	0,02
	13	229.644	134,52	271,02	20,59	12,11	1,94	1,91	1,68	56,51	0,00	0,00	0,30
	14	222.423	154,10	359,27	14,26	5,14	72,39	18,31	2,67	83,46	0,00	0,00	0,00
NORTE	15	181.139	71,42	521,70	82,15	73,50	80,36	14,64	3,73	74,25	0,00	0,00	0,05
	16	232.430	78,04	371,04	242,87	4,29	24,41	13,30	4,64	56,06	0,00	0,00	0,00
	17	421.493	97,22	277,16	77,76	4,55	89,23	11,67	3,45	64,71	0,00	0,00	0,00
	18	133.694	106,03	299,62	0,00	0,12	0,00	4,39	0,92	29,29	0,00	0,00	0,00
	19	117.158	22,23	185,00	0,00	0,07	46,42	0,00	0,50	31,89	0,00	0,00	0,00
	20	162.885	82,74	177,57	2,48	2,14	82,46	2,76	1,27	35,44	0,00	0,00	0,00
SUL	21	873.992	52,55	274,57	22,12	3,04	36,69	3,36	2,13	36,22	0,00	0,00	0,11
	22	188.732	108,35	346,58	6,29	1,07	28,31	6,01	3,38	22,88	0,00	0,00	0,00
SERRA	23	635.758	109,93	294,91	28,17	5,53	33,80	9,64	2,22	40,04	0,00	0,00	0,10
	24	100.366	51,69	312,21	7,26	1,59	63,74	12,49	0,00	36,10	0,00	0,00	0,00
	25	323.831	93,39	233,40	30,15	1,62	51,10	8,75	5,09	52,04	0,00	0,00	0,07
	26	192.500	94,74	245,45	13,31	0,26	48,28	0,26	1,89	43,70	0,00	0,00	0,00

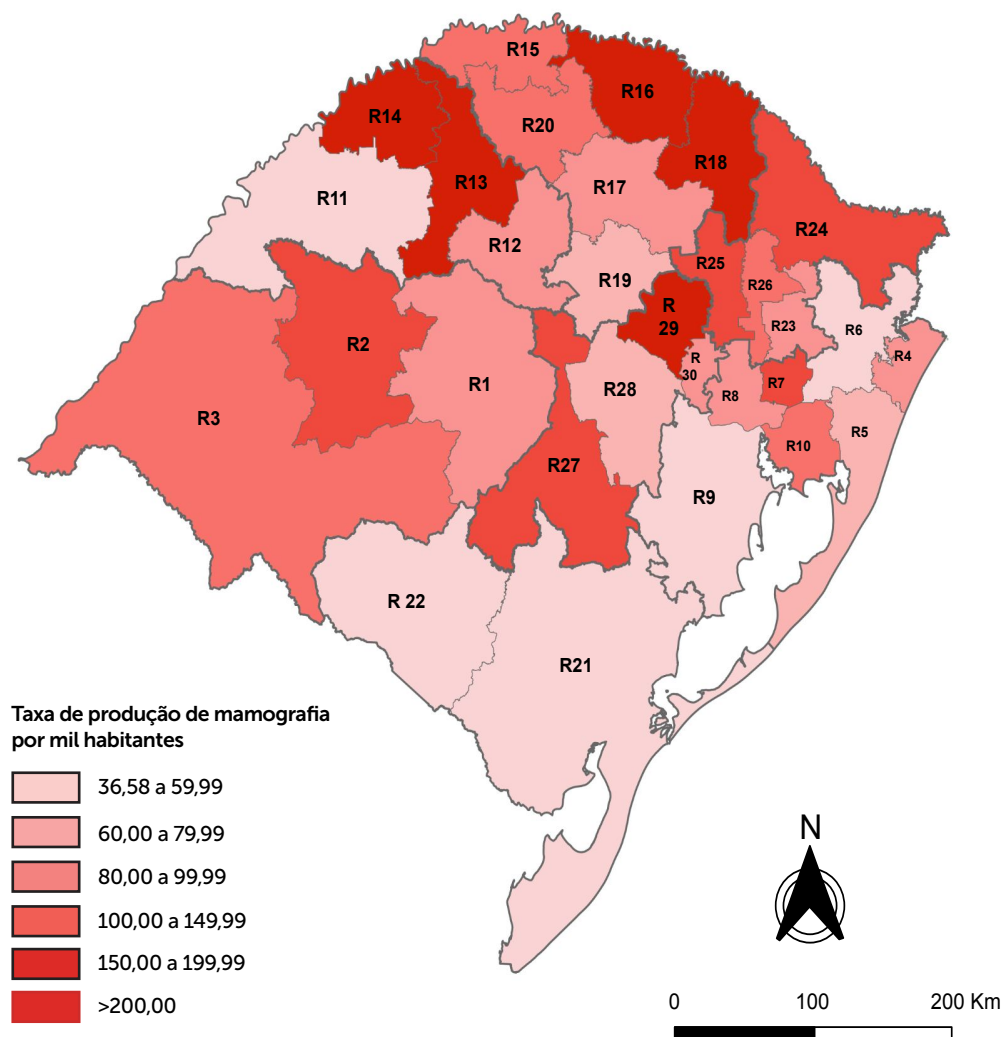
Macrorregião	Região de Saúde	População	Ultrassonografia	Radiologia	Anatomopatologia	Biópsia	Citopatologia	Ressonância Magnética	Colonoscopia	Tomografia	Colangiopancreatografia	Polissonografia	Fibrobroncoscopia
VALES	27	202.759	79,72	186,63	34,43	1,29	47,53	3,75	2,54	48,76	0,00	0,00	0,05
	28	354.888	114,35	253,19	46,16	3,71	41,47	9,08	2,43	48,00	0,03	0,26	0,09
	29	228.550	126,95	319,44	64,56	2,45	98,84	8,25	2,21	60,73	0,00	0,00	0,07
	30	132.240	45,06	274,74	0,75	0,21	0,00	0,00	4,28	52,72	0,00	0,00	0,00

Fonte: DGAE/SES/RS

A mamografia de rastreamento, exame de rotina em mulheres sem sinais e sintomas de câncer de mama, é recomendada na faixa etária de 50 a 69 anos, a cada dois anos. No ano de 2022 a produção de mamografias na faixa de rastreamento foi de 154.538 exames, sendo em sua maioria na faixa etária de 55 a 59 anos (29%). Já a produção de mamografia diagnóstica - que tem o objetivo de investigar se há lesões suspeitas na mama, podendo ser realizada em qualquer idade - foi de 67.638 exames, sendo em sua maioria na faixa etária de 45 a 49 anos (49,1%).

Neste exame foi identificada uma boa cobertura geral no estado, sendo as taxas mais altas observadas na Macrorregião de Saúde Missioneira e Norte. Já as taxas mais baixas foram encontradas na Macrorregião de Saúde Metropolitana (R6 e R9) e Macrorregião Sul (R21 e R22).

Figura 105. Taxa de produção de mamografia acima de 35 anos (por 1.000 mulheres), RS, 2022.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/DATASUS/Ministério da Saúde. Estimativas Populacionais (2021)/ Departamento de Economia e Estatística (DEE)/Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão do Estado do Rio Grande do Sul (SPGG)/RS. Acesso em: 03/2023.

3.5.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

No RS, a política de Vigilância em Saúde é desenvolvida e coordenada pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/SES/RS), cujas competências e atribuições constam nos Decretos estaduais nº 55.718/2021 e nº 56.172/2021. Desta forma, são desenvolvidas a gestão e a descentralização das práticas de vigilância, a elaboração de normas técnicas e materiais educativos, a capacitação e o apoio técnico às equipes de vigilância em saúde municipais, por meio de atividades próprias e em conjunto com os Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde (NUREVS), localizados nas CRSs. A vigilância em saúde se materializa por meio da articulação dos saberes, processos e práticas relacionados às vigilâncias epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e sanitária, com a análise de situação de saúde e as ações laboratoriais se constituindo como atividades transversais e essenciais neste processo de trabalho.

VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE

A Vigilância Ambiental em Saúde (VAS) compreende um conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana.

A Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde, conforme estabelecido pela Portaria nº 1.099/2022, conta com duas seções: a seção de Vigilância de Zoonoses, Vetores e Animais Peçonhentos e a seção de Saúde Ambiental (vigilância da qualidade da água para consumo humano, vigilância em saúde de populações expostas a substâncias químicas e poluentes atmosféricos, entre outros). As ações de vigilância de zoonoses e doenças vetoriais têm como finalidade a vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos relacionados a vetores, hospedeiros, reservatórios, portadores, amplificadores ou suspeitos de alguma zoonose de relevância para a saúde pública, quanto à transmissão de agente etiológico para humanos, além dos acidentes por animais peçonhentos e venenosos.

As ações em saúde ambiental estão relacionadas aos contaminantes ambientais na água, no ar e no solo, bem como a amostras ambientais de importância e repercussão na saúde pública, atuando também na mitigação dos riscos decorrentes dos desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, e outros eventos capazes de causar doenças e agravos à saúde humana.

A Saúde Única (*One Health*) é uma abordagem global multisetorial, transdisciplinar, transcultural, integrada e unificadora que visa equilibrar e otimizar de forma sustentável a saúde de pessoas, animais e ecossistemas. A abordagem de Saúde Única é inerente às atividades da VAS é executada de forma contínua e sistemática, possibilitando um caráter preventivo e preditivo em suas ações. Como exemplos pode-se citar a detecção de patógenos em insetos vetores, a vigilância de doenças por meio de sentinelas animais, caso dos primatas na Febre Amarela, e o monitoramento do vírus SARS-CoV2 nos esgotos.

A capilaridade das ações da VAS chega até os municípios onde muitas ações são realizadas de forma integrada entre VAS e Atenção Primária à Saúde (APS). As respostas às epidemias de dengue e vigilância ecoepidemiológica da Febre Amarela são exemplos dessa integração. Outro exemplo a destacar é o fluxo e descentralização da vigilância ambiental dos triatomíneos (insetos que transmitem a doença de Chagas) e de escorpiões. De 2018 a 2022, foram registrados no sistema de vigilância ambiental 7.880 artrópodes examinados, sendo identificados 691 triatomíneos, 3.994 escorpiões e 3.195 outros insetos sem interesse em saúde pública.

Nos últimos anos, algumas doenças de transmissão vetorial ou de caráter zoonótico emergiram (esporotricose) e/ou reemergiram (leishmanioses, malária) no RS. A Divisão de Vigilância Ambiental já dispõe de uma estrutura laboratorial para identificação taxonômica de mosquitos silvestres vetores de malária e febre amarela e preparação de amostras oriundas do campo, como tecidos, vísceras e sangue de animais vertebrados. No entanto, ainda há necessidade de estruturação de diagnósticos animais/ambientais para implementação dos programas de vigilância e controle.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

As ações da vigilância epidemiológica acontecem de forma integrada nas Redes de Atenção à Saúde, colaborando para a construção de linhas de cuidado que agrupem doenças e agravos e determinantes de saúde. Dentre estas ações, destaca-se o registro dos dados epidemiológicos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Especializada são responsáveis por grande parte destes registros, realizados por meio das Fichas de Notificação e de Investigação das Doenças de Notificação Compulsória (DNC).

A integração entre a APS e a vigilância em saúde também acontece mediante o 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. Além das 1.942 salas de vacina que compõem a rede de frio estadual, os Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE) são constituídos de infraestrutura e logística diferenciadas na oferta de imunobiológicos para indivíduos portadores de condições clínicas especiais. Existem dois CRIE no RS, o CRIE do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas que atende à população da capital e o CRIE do Hospital Sanatório Partenon, que presta assessoria para todo o estado. A Rede Nacional de Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar no Estado do Rio Grande do Sul (RENAVEH-RS), vinculada à Rede Nacional de Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Ministério da Saúde (RENAVEH-MS), tem o objetivo de permitir o conhecimento, a detecção, a preparação e a resposta imediata às emergências em saúde pública que ocorram nos hospitais que a compõem. A RENAVEH-RS é composta por 23 Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), distribuídos em 17 municípios (**Quadro 25**) e está regulamentada pela Portaria SES/RS nº 1.077 de 26 de outubro de 2022.

O ano de 2021 foi um momento estratégico para a consolidação desta rede no estado. No cenário da pandemia de covid-19, voltou-se o foco para a atuação da Vigilância Epidemiológica Hospitalar, por meio da produção de informações sobre a morbimortalidade pela doença. Neste contexto, o Ministério da Saúde fortaleceu e ampliou as Redes Estaduais, mediante repasse de recursos para a VEH e da instituição da RENAVEH. A SES/RS, por meio do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), prosseguiu com o fortalecimento e a ampliação da rede no RS.

Quadro 25. Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) da RENAVEH-RS (por Macrorregião de Saúde, Região de Saúde e Município), RS, 2023.

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Município	Nº de NVEH
Centro-Oeste	R1 - Verdes Campos	Santa Maria	1
	R3 - Fronteira Oeste	Uruguaiana	1
Metropolitana	R5 - Bons Ventos	Tramandaí	1
	R7 - Vale do Sinos	Novo Hamburgo	1
		São Leopoldo	1

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Município	Nº de NVEH
Metropolitana	R8 - Vale do Cai/ Metropolitana	Canoas	3
		Esteio	1
		Sapucaia do Sul	1
	R10 - Capital/ Vale do Gravataí	Porto Alegre	3
Missioneira	R14 - Fronteira Noroeste	Santa Rosa	1
Norte	R16 - Alto Uruguai Gaúcho	Erechim	1
	R17 - Região do Planalto	Passo Fundo	1
Sul	R21 - Região Sul	Pelotas	3
		Rio Grande	1
Serra	R23 - Caxias e Hortênsias	Caxias do Sul	1
Vales	R28 - Vale do Rio Pardo	Santa Cruz do Sul	1
	R29 - Vales e Montanhas	Lajeado	1

Fonte: SES/RS.

Considerando a vigilância de vírus respiratórios de importância em saúde pública, destaca-se que, no Brasil, foram definidos, em cada Unidade Federada, sítios sentinelas de atuação da vigilância epidemiológica de influenza, para identificação e monitoramento de Síndromes Gripais (SG) nos pronto-atendimentos e emergências. No RS temos sete Unidades Sentinelas de Síndromes Gripais, distribuídas em Porto Alegre, Canoas, Pelotas, Caxias do Sul, Passo Fundo, Uruguaiana e Santa Maria, uma em cada município, e cujo principal objetivo é o monitoramento dos vírus respiratórios de importância em saúde pública no estado, assim como o monitoramento da proporção de atendimentos por SG em relação ao total de atendimentos do serviço sentinela.

Este sistema de vigilância foi normatizado pela Portaria GM/MS nº 183/2014 e as unidades estaduais vigentes constam na Resolução CIB/RS nº 39/2023. A vigilância preconiza coleta de até 20 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 SARS COV-2, Influenza e Vírus Sincicial respiratório (VSR).

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção

ao consumo. No âmbito da SES/RS, as ações de vigilância sanitária são coordenadas, supervisionadas e normatizadas envolvendo a vigilância sanitária de produtos de interesse para a saúde, dos serviços de assistência à saúde e de interesse à saúde; bem como das tecnologias em saúde.

Dentre as atribuições da VISA, a garantia da qualidade, segurança e eficácia dos produtos de interesse para a saúde são indispensáveis, a fim de que os usuários as utilizem com segurança. Neste sentido, no estado do RS, é realizada a vigilância sanitária dos cosméticos e saneantes; sangue, tecidos, células e órgãos; medicamentos; e alimentos. A vigilância sanitária em cosméticos e saneantes tem como objetivo evitar a fabricação, a comercialização e o uso de cosméticos e saneantes adulterados ou sem registro/notificação junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), bem como sua regulamentação, controle e monitoramento. Dentre essas ações, e considerando o aumento do consumo de álcool gel 70º INPM em virtude da pandemia por covid, a vigilância sanitária de cosméticos e saneantes instaurou o Programa Estadual de Análise Fiscal de Álcool Etilico no ano de 2021, com o objetivo de avaliar a qualidade de produtos à base de álcool etílico 70º INPM, na forma líquida ou em gel, classificados como cosméticos ou saneantes, comercializados no estado do RS. Pretende-se dar continuidade e ampliar o programa, englobando outros produtos saneantes e cosméticos com fins antissépticos ou antimicrobianos, fundamentais para o controle da disseminação de patógenos.

As ações de vigilância sanitária de alimentos no âmbito do estado do RS objetivam eliminar ou minimizar os riscos à saúde associados à produção e à manipulação destes produtos. Neste sentido, são realizadas: a elaboração de normas sanitárias, a coordenação e a execução de programas de monitoramento de alimentos, a promoção de capacitações técnicas, bem como a execução e o acompanhamento das ações de fiscalização sanitária de alimentos.

Além das atividades restritas à vigilância sanitária relacionada aos medicamentos e gases medicinais, como as ações de inspeção e fiscalização da cadeia farmacêutica (como exemplo farmácias e drogarias; distribuidoras; indústrias de medicamentos e gases medicinais; e importadoras), há, também, a interface entre outras áreas da vigilância em saúde, como as ações de farmacovigilância. No Brasil, dois sistemas abrangem ações nesse âmbito, os quais podem ser utilizados por profissionais de saúde e cidadãos: Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) - onde notificam-se as suspeitas de alterações em produtos ou irregularidades de empresas; e o Sistema de notificação de eventos adversos no uso de medicamentos (VIGIMED) - onde notificam-se suspeitas de problemas durante o tratamento com um medicamento ou vacina. Na transversalidade relacionada às outras áreas da rede de atenção à saúde, visto que a assistência farmacêutica tem o medicamento como insumo essencial, a vigilância sanitária de medicamentos terá interface com a garantia da qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos elencados nas relações de medicamentos essenciais.

No RS, a Hemorrede Estadual e as diretrizes da Política Estadual do Sangue e Hemoderivados foram estabelecidas pela Portaria SES/RS N° 293/2019. Dentre essas diretrizes, encontra-se a disponibilização da produção de hemocomponentes da Rede Hemoterápica Estadual para pacientes, preferencialmente, da Rede SUS. Para que essa disponibilização ocorra de maneira segura tanto para o receptor quanto para o doador, é necessário o controle por parte da vigilância sanitária de Sangue, Tecidos, Células e Órgãos. Deste modo, a vigilância sanitária atua desde a seleção do doador até a vigilância pós-transfusão, buscando garantir as boas

práticas do ciclo do sangue e a segurança de todas as pessoas envolvidas. Além disso, também é executada a fiscalização de Bancos de Tecidos (oculares, cutâneos e musculoesqueléticos), Centros de Processamento Celular e Centros de Reprodução Humana Assistida presentes no estado, visando assegurar as boas práticas de processamento, conservação e disponibilização de tecidos e células.

A atuação da vigilância sanitária em Estabelecimentos de Saúde abrange desde a verificação das instalações de serviços de saúde e de interesse à saúde e segue em acompanhamento contínuo de suas atividades e processos de trabalho. Estas atividades são conduzidas por meio de inspeções sanitárias e avaliações periódicas da qualidade dos serviços. Entre os serviços de saúde de maior complexidade e risco sanitário, destacam-se os Hospitais com UTI e os Serviços de Diálise. Exigem-se destes serviços notificações mensais do número de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, assim como estes serviços são submetidos à avaliação do nível de adesão às práticas de segurança do paciente anualmente. Neste segundo monitoramento, são avaliados os protocolos para controle de infecção hospitalar, identificação do paciente, segurança na prescrição e administração de medicamentos, prevenção de quedas de pacientes, práticas de higiene das mãos e capacitação continuada dos colaboradores, entre outros indicadores de estrutura e processos de trabalho. Dos hospitais avaliados em 2022, 75% ficaram com a classificação de baixa adesão às práticas de segurança do paciente - conforme critérios estabelecidos pela ANVISA - diminuir este percentual é uma forma de qualificar os serviços quanto aos protocolos e à implementação das práticas de segurança do paciente dentro da Instituição.

Em relação à vigilância sanitária das tecnologias em saúde, tem-se a atuação da VISA no escopo dos produtos para a saúde e de radiações. Nesse aspecto, os programas que visam garantir a qualidade de exames estão diretamente associados ao controle de qualidade dos equipamentos que emitem radiações ionizantes e não ionizantes. O programa da Ação Permanente de Avaliação da Imagem Mamográfica por Fantoma (APAIMFRS) tem permitido a obtenção de informações sobre os equipamentos, processos e gestão dos próprios serviços, inclusive dos terceirizados pelos estabelecimentos assistenciais de saúde como, por exemplo, empresas que realizam os testes de controle de qualidade dos aparelhos, conforme preconizado em regulamentações vigentes e de manutenção preventiva e corretiva. O objetivo para o quadriênio 2024-2027 é que todos os serviços sejam avaliados – o que não acontece atualmente, e que se obtenha, no mínimo, 95% de conformidade da qualidade das imagens com a IN 92 da RDC 611/2022 ou outra que vier substituí-la. Com relação aos aspectos epidemiológicos, o mapeamento dos serviços a partir da APAIMFRS e a inter-relação com a qualidade ou oferta de mamógrafos para a realização de exames, podem ser cruzados com resultados epidemiológicos dos municípios e regionais de saúde, oferecendo aos gestores informações relevantes para tomada de decisão, tais como sobre ações em programas como da saúde da mulher, oferecendo maior integração inter-regional e intermunicipal.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Dada a crescente necessidade de conhecimento pelos gestores públicos, empregadores, trabalhadores e sociedade em geral do reconhecimento do porquê adoecem e morrem os trabalhadores, se faz urgente a presença da vigilância em Saúde do Trabalhador em todos os

municípios do estado do RS. A promoção da atenção integral à saúde do trabalhador se dá estrategicamente por meio da articulação do Estado, no nível Central e as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) com os Municípios, através da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISATs) e também com a 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 Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) e as unidades Especializadas Regionais em Saúde do Trabalhador (URESTs). Os CEREST e as URESTs realizam ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação aos trabalhadores (independente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho) e vigilância nos ambientes de trabalho.

A rede de referência especializada em Saúde do Trabalhador possui 10 serviços regionais: CEREST 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 Vale do Gravataí e Bons Ventos (sede em 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. Considerando a Resolução 603/2018 do CNS, que propõe que cada Região de Saúde conte com pelo menos um CEREST Regional como retaguarda técnica para toda a rede de cuidado dos trabalhadores, há necessidade de ampliação da Rede para as 30 Regiões de Saúde.

VIGILÂNCIA LABORATORIAL

A Vigilância Laboratorial obedece a critérios técnicos estabelecidos pelas boas práticas laboratoriais fundamentadas nas legislações vigentes do estado e do país. É de responsabilidade do Laboratório Central do Rio Grande do Sul, Laboratórios Regionais e Laboratórios de Fronteiras, realizar a vigilância laboratorial, por meio da coordenação, monitoramento e execução de ações necessárias para a vigilância em saúde, de forma articulada com a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, gerando análise situacional e desenvolvendo atividades transversais e essenciais nos processos de trabalho da Vigilância em Saúde como um todo. A rede de laboratórios estadual é composta pelo Lacen em Porto Alegre, 14 Laboratórios Regionais situados nas Coordenadorias Regionais de Saúde de Pelotas, Santa Maria, Caxias do Sul, Passo Fundo, Bagé, Cachoeira do Sul, Cruz Alta, Alegrete, Erechim, Santo Ângelo, Santa Cruz do Sul, Santa Rosa, Ijuí e Osório e 3 Laboratórios de Fronteira localizados nos Municípios de Santana do Livramento, São Borja e Uruguiana.

O fortalecimento da Rede Laboratorial se apresenta como um fator desencadeador de respostas rápidas à Vigilância em Saúde e promoção da saúde da população, sendo que as análises realizadas no ano de 2022 totalizaram 1.035.000 exames. Ressalta-se que a vigilância laboratorial utiliza e disponibiliza o Sistema de Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) para todos os níveis de gestão: federal, estadual e municipal.

CENTRO DE INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA

O Centro de Informação Toxicológica (CIT) do RS presta assessoria e orientação frente à ocorrência de acidentes tóxicos, sendo considerado um centro de referência Estadual e Nacional na área de toxicologia. O CIT é uma unidade de telemedicina composta por duas seções: (1) Seção de Teleatendimento de Urgência em Toxicologia: plantão de atendimento toxicológico, permanente 24 horas por dia, nos sete dias da semana, pelo telefone 0800 721 3000, e (2) Seção de Diagnóstico em Toxicologia: visa apoiar as decisões a serem tomadas mediante identificação de animais peçonhentos, plantas tóxicas e exames laboratoriais.

Tabela 40. Atividades desenvolvidas pelo Centro de Informação Toxicológica, RS, 2018-2022.

Atividades desenvolvidas	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Número de atendimentos toxicológicos realizados	26.186	27.707	26.403	26.741	26.933	133.970
Número de agentes animais/plantas identificados	3.935	3.989	3.526	4.090	3.765	19.305
Número de análises toxicológicas realizadas	16.005	15.270	12.527	13.315	15.406	72.523
Número de profissionais da saúde capacitados	4.162	2.022	1.731	1.216	973	10.104
Número de pessoas da comunidade sensibilizadas	87.789	107.000	74.763	87.591	39.620	396.763

Fonte de dados: Centro de Informação Toxicológica (CIT)/CEVS/SES/RS. Acesso em 27/03/23.

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

O Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CDCT) é uma das divisões do Centro de Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)/SES/RS, criada em 2001, e composto por duas seções: Seção de Pesquisa e Desenvolvimento, e Seção de Genética Aplicada. O CDCT tem por finalidade a implementação e desenvolvimento de análises genômicas para apoiar o diagnóstico e monitoramento de doenças no contexto de saúde única. Além disso, desenvolve e executa projetos científicos para a geração de conhecimento e tecnologia, a fim de auxiliar no enfrentamento de grandes problemas em saúde pública, ampliando o acesso da população a novas metodologias e diagnósticos laboratoriais de alta complexidade.

O CDCT vem atuando nas ações de vigilância genômica, atendendo diferentes demandas da SES-RS por meio de análises genéticas e sequenciamentos de genoma completo de patógenos como do SARS-CoV-2, Mpox, Dengue, Zika, Chikungunya, Tuberculose e outros patógenos de importância em saúde pública. A vigilância genômica baseia-se no monitoramento de patógenos e análise de suas características genéticas completas, e tem se apresentado como uma importante ferramenta de auxílio aos serviços de saúde, pois permite: (i) monitorar a emergência, reemergência e evolução de agentes causadores de doenças infecciosas, (ii) alertar sobre a disseminação de patógenos, (iii) adaptar intervenções e recomendações para o público e (iv) desenvolver e adaptar medidas de controle para mitigar ou interromper a propagação de

doenças. Assim, os dados genômicos somados aos de vigilância laboratorial, epidemiológicos e ambientais, permitem o melhor direcionamento das ações e políticas de saúde pública bem como guiar as tomadas de decisões pelos gestores, e asseguram uma postura de prontidão para emergências em saúde.

O CDCT atua também como serviço de resposta rápida para identificação de patógenos relacionados a surtos de diferentes doenças como Hantavirose, Arboviroses, leishmaniose, hepatites, toxoplasmose, raiva e outras doenças emergentes. Adicionalmente, o CDCT integra também o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), realizando o diagnóstico e identificação de mutações associadas a condições de saúde raras, como Hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Deficiência de Biotinidase, Hiperplasia Adrenal Congênita e Fenilcetonúria, executando em torno de 500 análises/ano, provenientes do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, referência do PNTN no RS.

INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) compõe a rede mundial de alerta e resposta (*Global Outbreak Alert and Response Network*). O CIEVS RS, da SES/RS, promove, em conjunto com outras instituições, a identificação e avaliação de situações que podem constituir potencial ameaça à saúde pública, a avaliação das alterações no padrão clínico epidemiológico, e avaliação do perfil de disseminação, magnitude, gravidade, severidade, transcendência e vulnerabilidade de um agravo, em consonância com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), e visando a tomada de decisão em resposta aos eventos de saúde pública.

Cabe também ao CIEVS RS coordenar Comitê de Monitoramento de Eventos (CME), institucionalizado com o objetivo de manter a regularidade das discussões técnicas e das tomadas de decisão pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde frente às emergências em saúde pública. O RS possui sete (7) unidades CIEVS, que são: CIEVS Estadual, CIEVS Porto Alegre (capital), CIEVS Rio Grande (estratégico), CIEVS Caxias do Sul (estratégico), CIEVS Santana do Livramento (fronteira), CIEVS Uruguaiana (fronteira) e CIEVS São Borja (fronteira).

Por sua vez, o Disque Vigilância em Saúde, criado em 2006, é um canal de atendimento ao cidadão e profissionais de saúde para orientar a comunidade sobre medidas de controle, conduta e notificações de doenças, agravos, emergências em saúde pública e situações inusitadas, assim como fazer o acolhimento de demandas de denúncia, reclamação, solicitação e sugestão de serviços competentes à vigilância em saúde. O fluxo de atendimento é composto pelo atendimento telefônico, pelo tri dígito 150, e por via eletrônica (disque-vigilancia@saude.rs.gov.br), funcionando de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h. De 2016 a 2022, o Disque Vigilância realizou 43.390 atendimentos. Somente em 2020, o setor atendeu 26.503 demandas, sendo sua maioria relacionadas à covid-19.

3.5.4 HEMORREDE ESTADUAL

A Política Estadual do Sangue e Hemoderivados tem por objetivo garantir a assistência transfusional e a atenção às coagulopatias hereditárias e hemoglobinopatias para todos os usuários atendidos pelo SUS, sempre em consonância com a Política Nacional do Sangue e Hemoderivados. Segue a seguinte legislação: Lei Federal N° 8.142/1990; Lei Federal N° 10.205/2001; Decreto Federal N° 3.990/2001; Portaria de Consolidação N° 1/2017; Portaria de Consolidação N° 5/2017 e Portaria SES/RS N° 293/2019.

A Rede Hemoterápica Pública do Estado do Rio Grande do Sul é constituída pelo Hemocentro Coordenador (Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul – HEMORGS), localizado em Porto Alegre, e sete Hemocentros Regionais, localizados em Passo Fundo, Pelotas, Santa Maria, Caxias do Sul, Santa Rosa, Alegrete e Cruz Alta. Esses hemocentros são serviços de natureza pública responsáveis pela produção e garantia da distribuição de hemocomponentes para a Rede SUS e para a rede privada nas situações de catástrofes, grandes eventos e outros cenários clínicos. Constituem-se como referências técnicas em hemoterapia e hematologia para os demais serviços hemoterápicos que atuam na Rede SUS.

Segundo a legislação, a doação de sangue deve ser voluntária e altruísta, não devendo o doador receber qualquer forma de remuneração ou benefício em virtude de sua realização. Nos últimos anos, foram coletadas mais de 200 mil bolsas de sangue por ano para fins transfusionais. A maior parte das coletas foi realizada em serviços privados contratados pelo SUS, evidenciando a necessidade de reorganização e redimensionamento da Rede hemoterápica SUS (**Tabela 41**).

Tabela 41. Coleta de sangue com fins transfusionais (por natureza jurídica do estabelecimento), RS, 2018-2022.

Natureza Jurídica	2018		2019		2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Público	93.337	42,61	92.296	42,13	82.326	40,30	85.752	41,89	96.220	46,12
Privado Contratado	125.702	57,39	126.781	57,87	121.939	59,70	118.939	58,11	112.396	53,88
Total	219.039	100	219.077	100	204.265	100	204.691	100	208.616	100

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/DATASUS/Ministério da Saúde. Acesso em: 31/03/2023.

A produção de hemocomponentes inicia com a seleção de doadores por meio das triagens clínica e hematológica, seguindo critérios preconizados em normas, o que pode gerar índices de inaptidão de candidatos à doação. O RS, bem como a Região Sul, apresenta um percentual médio de inaptidão clínica de 12,4% (2018-2022), o que é um pouco menor do que a média nacional: 16,6%.

Com relação à taxa de doadores de sangue por número de habitantes, o RS apresenta taxas maiores do que a média nacional e da Região Sul do Brasil. Analisando os dados por Região de Saúde, é possível observar que existem localidades com um maior número de coletas. Das Regiões de Saúde, apenas quatro (R1, R10, R17 e R23) coletaram bolsas em máquina de aférese no período analisado, o que demonstra uma concentração dessa tecnologia apenas em alguns locais do estado.

Tabela 42. Taxa de doação de sangue (por 1.000 habitantes e por Região de Saúde), RS, 2018-2022.

Território	2018	2019	2020	2021	2022
R1	24,88	23,91	20,87	21,92	22,31
R2	12,34	13,88	11,66	11,50	12,08
R3	13,03	14,43	11,84	15,03	16,78
R5	4,6	5,81	5,56	5,51	7,51
R7	10,43	11,44	12,68	12,20	13,32
R8	5,28	6,89	9,40	9,24	8,09
R9	2,94	2,81	2,70	2,31	2,48
R10	31,05	32,30	29,82	27,79	27,54
R11	13,65	13,31	13,33	14,80	14,22
R12	23,72	25,42	18,11	19,58	20,40
R13	23,21	25,17	18,99	18,65	17,19
R14	37,85	34,63	35,07	34,26	39,05
R16	15,02	14,00	14,24	16,77	16,69
R17	57,98	55,78	42,77	48,04	47,89
R21	33,12	29,97	27,70	27,61	29,21
R23	19,68	20,33	18,74	18,22	18,61
R27	25,18	23,04	23,02	20,41	18,43
R28	19,86	17,79	19,86	23,83	28,35
R29	47,87	40,45	41,12	39,90	37,48
Rio Grande do Sul	19,33	19,26	17,88	17,85	18,19
Brasil	15,55	15,24	13,78	14,20	14,51
Região Sul	18,88	18,70	17,02	16,91	17,44

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/DATASUS/Ministério da Saúde; população de 2021: estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/DAENT/CGIAE. Acesso em: 31/03/2023.

O dimensionamento da produção hemoterápica é baseado na necessidade de transfusão de concentrado de hemácias, pois trata-se do componente mais utilizado na prática clínica. É, também, o único componente transfundido em todas as 30 Regiões de Saúde de 2018 a 2022. A **Tabela 43** traz a quantidade de transfusões total e discriminada por componente no RS. Em média, no SUS, ocorreram 202 mil transfusões/ano nos últimos cinco anos, sendo cerca de 59,5% de concentrado de hemácias.

Tabela 43. Percentual de transfusões no SUS (por tipo de componente), RS, 2018-2022.

Tipo de componente	2018		2019		2020		2021		2022		Média (%)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Concentrado de Granulócitos	0	0,00	8	0,00	18	0,01	15	0,01	38	0,02	0,01
Concentrado de Plaquetas	45.614	21,70	51.454	23,73	40.586	20,63	42.668	21,14	43.788	23,61	22,16
Concentrado de Hemácias	121.981	58,02	125.198	57,74	119.834	60,90	123.798	61,33	110.122	59,37	59,47

Tipo de componente	2018		2019		2020		2021		2022		Média (%)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Crioprecipitado	6.303	3,00	5.863	2,70	4.937	2,51	4.531	2,25	4.733	2,55	2,60
Plaquetas por aférese	2.551	1,20	2.081	0,96	1.193	0,61	1.087	0,54	712	0,38	0,74
Plasma Fresco	20.624	9,81	18.973	8,75	16.964	8,62	16.186	8,02	14.207	7,66	8,57
Plasma Isento de Precipitado	91	0,04	86	0,04	411	0,21	289	0,14	29	0,02	0,09
Sangue/Componentes Irrradiados	10.329	4,91	10.839	5,00	11.117	5,65	11.809	5,85	10.193	5,50	5,38
Sangue total	2.787	1,33	2.342	1,08	1.709	0,87	1.464	0,73	1.650	0,89	0,98
Total	210.250	100	216.844	100	196.769	100	201.847	100	185.472	100	202.236

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/DATASUS/Ministério da Saúde; Sistema de Informações hospitalares (SIH)/DATASUS/Ministério da Saúde. Acesso em: 31/03/2023.

Analisando os dados acima apresentados, nota-se que o número de coletas de sangue é suficiente de acordo com o número de transfusões de concentrado de hemácias (cerca do dobro). Porém, é importante atentar que nem todas as coletas de sangue necessariamente geram bolsas de concentrado de hemácias (pode ocorrer inaptidão sorológica ou descarte por outro motivo técnico); que o tipo sanguíneo de cada bolsa é variável, de forma que muitas vezes o componente que está em estoque não é compatível com o receptor, e; que os componentes sanguíneos têm uma validade curta (pouco mais de um mês para concentrado de hemácias), o que demanda uma renovação constante do estoque. Assim, a rede hemoterápica tem como desafio permanente garantir uma quantidade de doação de sangue diária e regular. Com relação à média nacional e da região Sul, o RS apresenta uma taxa de transfusão de sangue por número de habitantes maior do que o Brasil e um pouco menor do que a região Sul (**Tabela 44**).

Tabela 44. Taxa de transfusão de sangue no SUS (por 1.000 habitantes), RS, 2018-2022.

	2018	2019	2020	2021	2022	Média
Rio Grande do Sul	210.250	216.844	196.769	201.847	185.472	202.236
Taxa	18,56	19,06	17,23	17,6	16,17	17,72
Região Sul	596.305	599.708	559.850	576.583	517.943	570.078
Taxa	20,04	20,01	18,96	18,96	17,04	18,92
Brasil	2.909.576	2.934.474	2.770.817	2.938.700	2.672.814	2.845.676
Taxa	13,96	13,97	13,08	13,78	12,53	13,46

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/DATASUS/Ministério da Saúde; Sistema de Informações hospitalares (SIH)/DATASUS/Ministério da Saúde; população de 2021: estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/DAENT/CGIAE. Acesso em: 31/03/2023.

A respeito da atenção às coagulopatias e hemoglobinopatias, a Hemorrede Estadual possui uma Clínica de Hematologia, que funciona junto ao HEMORGS. Ela conta com salas de atendimento de hematologia, fisioterapia, enfermagem, odontologia, psicologia/serviço

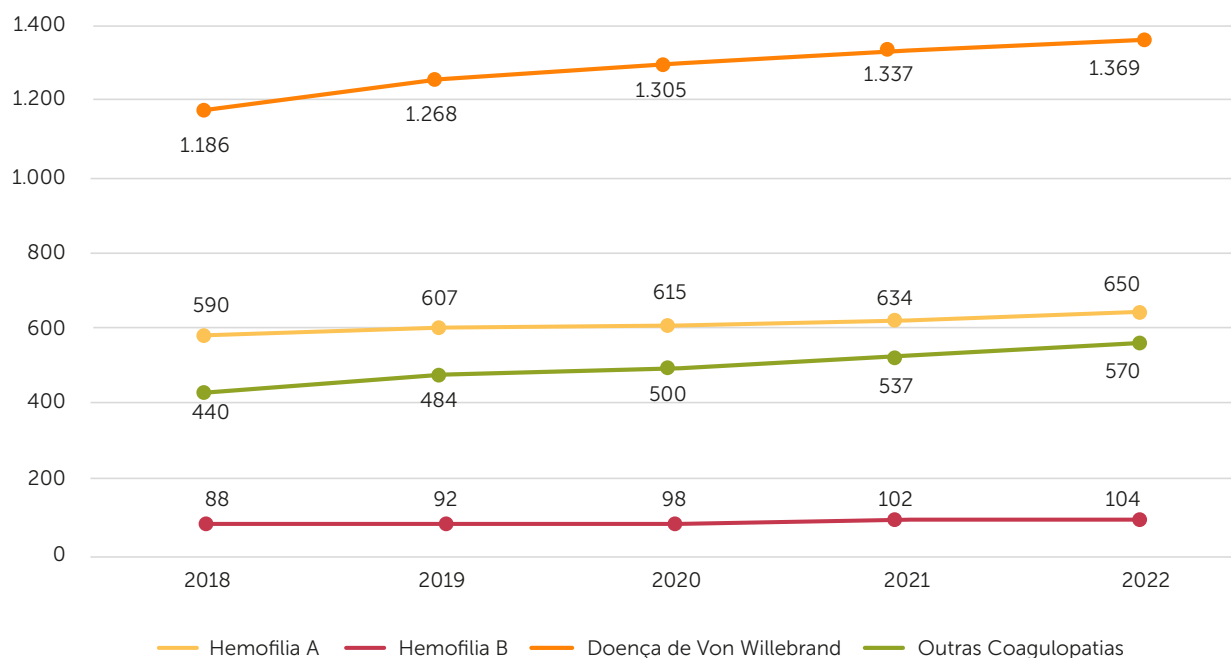
social, farmácia e infusão independentes, sendo referência no atendimento multidisciplinar ambulatorial a pessoas portadores de coagulopatias hereditárias no estado, cumprindo assim com a Política Estadual do Sangue e Hemoderivados e as normativas preconizadas pelo Programa de Atenção aos Portadores de Coagulopatias Hereditárias da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados, do Ministério da Saúde.

As coagulopatias hereditárias mais comuns assistidas pelo programa do Ministério da Saúde são: hemofilia A (deficiência de fator VIII), hemofilia B (deficiência de fator IX), doença de Von Willebrand, além de outras. Essas doenças são causadas pela deficiência de uma proteína plasmática denominada: fator de coagulação.

A Clínica de Hematologia coordena no estado o cadastro de pacientes, a assistência e a distribuição de fatores de coagulação fornecidos pelo Ministério da Saúde, tanto para pacientes quanto para os hemocentros regionais que compõem a rede. No RS temos quatro (4) hemocentros regionais que estão incluídos no programa: Pelotas, Passo Fundo, Santa Maria e Caxias do Sul. Em março de 2023, existiam 2.712 usuários cadastrados distribuídos em todo o estado para esse atendimento, sendo 761 para Hemofilia A e Hemofilia B; 1.373 para Doença de Von Willebrand; e, 578 para outras coagulopatias. Devido aos avanços no tratamento das coagulopatias, a expectativa de vida desses usuários aumentou. Assim, são pessoas que irão precisar de acompanhamento por toda a vida, o que contribui para o aumento no número de pacientes cadastrados ao longo dos últimos 5 anos (**Figura 106**). Assim, considerando que é uma doença crônica e sem cura, estes usuários nunca se desvinculam do serviço. Esse dado, bem como a existência de pessoas que moram muito distante das referências estaduais citadas anteriormente, evidenciam a necessidade de ampliar e qualificar a rede de assistência aos portadores de coagulopatias hereditárias no RS.

Ainda, o estado do RS tem como desafio qualificar o acesso à atenção secundária e terciária para esses pacientes, tanto eletiva como de urgência, especialmente na área da ortopedia e neurologia. É importante salientar que as pessoas portadoras de hemofilia são acometidas por muitas intercorrências ortopédicas, tendo em vista o alto índice de sangramentos intrarticulares (hemartroses). Por este motivo, faz-se necessária a construção de uma linha de cuidado que englobe outras especialidades para estes pacientes no RS.

Figura 106. Número de usuários com coagulopatias cadastrados na Hemorrede do estado do RS, 2018-2022.



Fonte: Hemovida Web Coagulopatias. Acesso em: 31/03/2023.

A necessidade de investimento na atenção desses usuários também se evidencia no total de Unidades de Infusões (UI) dos hemoderivados Fator IX e Fator VIII, dispensados nos últimos cinco anos (**Tabela 45**). Os hemoderivados são medicamentos de alto custo e essenciais para o tratamento das coagulopatias, e necessitam de infraestrutura (rede de frio e logística de transporte) e profissionais capacitados para sua administração e orientação ao usuário.

Tabela 45. Quantidade de Unidade de Infusões - UI (por tipo de hemoderivado), RS, 2018-2022.

Tipo de hemoderivados	2018	2019	2020	2021	2022
Fator IX (UIs)	5.747.750	5.714.250	6.244.600	6.716.700	7.211.100
Fator VIII (UIs)	47.944.750	54.302.500	56.362.750	57.508.500	58.659.250
Complexo Protrombínico (UIs)	14.000	17.500	36.000	20.500	11.000
Complexo Protrombínico Parcialmente Ativado (UIs)	1.507.500	2.376.000	3.124.500	2.589.000	1.413.000
Fator VIII para Doença de Willebrand (UIs)	4.002.500	3.814.500	4.258.000	4.865.500	3.800.500
Acetato de Desmopressina (mcg/ml)	591	1.552	1.238	517	760
Fator VII Ativado (KUI)	164.300	220.450	198.850	206.900	270.350
Fator VIII - Imunotolerância (UIs)	109.250	0	0	0	0
Fator XIII (UIs)	10.000	14.000	8.000	18.000	16.000
Ácido Tranexâmico (mg)	2.592.000	3.714.500	3.334.250	2.832.500	3.699.250
Concentrado de Fibrinogênio (mg)	0	1.000	0	4.000	13.000

Fonte: Hemovida Web Coagulopatias. Acesso em: 31/03/2023

Além disso, a Clínica de Hematologia é responsável pela Política Estadual da Doença Falciforme e demais hemoglobinopatias, e atualmente está realizando o processo de mapeamento e identificação de locais de atendimento, assim como de comunicação com os setores e locais de dispensação de medicação para poder melhor atender esta população. Os centros de referência para atendimento destes usuários são o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e o Hospital Nossa Senhora da Conceição/Hospital Criança Conceição, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), sendo a triagem neonatal deste realizada pelo Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV). Outros avanços incluem: a implantação do sistema Hemoglobinopatiasweb para unificar o cadastro dos usuários e a parceria com o Ministério da Saúde para oferecer treinamento do exame ecodoppler transcraniano para equipes de serviços de saúde. Até o momento, a Clínica cadastrou 220 usuários com anemia falciforme no Hemoglobinopatiasweb.

Adicionalmente, a hemorrede é responsável pela captação de doadores voluntários de medula óssea. Tem como atribuição realizar o cadastro dos doadores e seu devido ingresso no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME), bem como coletar as amostras de sangue para a tipagem do HLA e entrar em contato com o doador em caso de chamamento para prosseguir com a doação de medula óssea.

3.6 SISTEMAS DE APOIO LOGÍSTICO

REGULAÇÃO DO ACESSO

Regulação do acesso às urgências e emergências – SAMU 192

O atendimento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é acessado pela população da área de cobertura, por meio de ligação telefônica para o número “192”, a qual será direcionada à Central de Regulação das Urgências (CRU) do território onde se encontra o solicitante.

No RS, estão implantadas cinco CRUs: uma municipal (Porto Alegre), três regionais (Bagé, Caxias do Sul e Pelotas) e uma estadual, com cobertura populacional distinta, sendo: 13% de cobertura para a CRU de Porto Alegre; 5% para a CRU de Pelotas; 5% para a CRU de Caxias do Sul; 2% para a CRU de Bagé; 66% de cobertura para a Central Estadual de Regulação das Urgências, e 9% sem cobertura de SAMU 192. Encontra-se em fase de planejamento o processo de repactuação de área de cobertura, que, após a implantação, impactará nos percentuais das CRUs Estadual e de Caxias do Sul.

A quantidade de ligações para o SAMU 192, direcionadas à CRU/SAMU/DRE/SES/RS, apresentou redução de 2018 a 2022, provavelmente pelo decréscimo dos enganos e trotes (**Figura 107**), visto que o número de chamados regulados pelos médicos da CRU/SAMU/RS apresentou aumento no mesmo período. Cabe salientar que, nas categorias enganos e trotes, estão incluídas ligações do mesmo usuário, em grande quantidade e em curto

período de tempo. Apesar disso, o volume de ligações classificadas nestas duas categorias ainda é alto e requer medidas para sua redução.

Figura 107. Número de ligações para a CRU/SAMU/DRE/SES/RS e ligações classificadas nas categorias “Engano” e “Trote”, janeiro/2018 a fevereiro/2023.

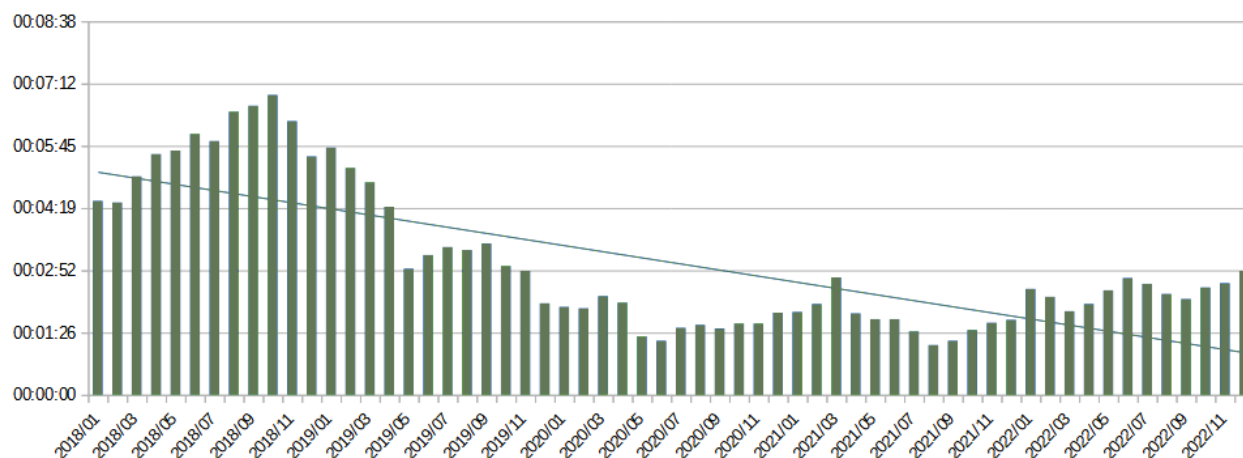


Fonte: Sistema Informatizado Solução em Atendimento Pré-Hospitalar (SAPH) - BISAMU - CRU/SAMU/RS.

A análise da qualidade do atendimento pelo SAMU 192 deve contemplar avaliação dos tempos-resposta de cada etapa desta ação. O tempo médio desta resposta, relacionado ao atendimento do chamado pelo médico regulador da CRU/SAMU/RS, pode ser avaliado pela **Figura 108**, a qual demonstra uma significativa redução de 2018 a 2022. Este efeito é consequência das medidas adotadas de qualificação da central, incluindo incremento e capacitação de recursos humanos e a regulação compartilhada com os municípios.

A Regulação Compartilhada, citada no parágrafo anterior, foi implantada mediante Resolução CIB/RS nº 338/2019, incluindo equipes municipais no processo de Regulação Médica, por meio das Centrais Acessórias de Regulação Remota em municípios-sede de Base SAMU com Unidade de Suporte Avançado/USA. Esta medida, que permitiu a ampliação da capacidade instalada de profissionais reguladores da Central Estadual de Regulação de Urgências – CRU/SAMU/RS, teve início no final de 2019, sendo implementada e qualificada a partir de 2020, para quatro municípios: Bento Gonçalves, Santa Maria, Canoas e Santa Cruz do Sul. A participação dos municípios aderidos é viabilizada pela ação de médicos reguladores exclusivos ou de médicos intervencionistas que atuam no processo regulatório dos chamados provenientes da sua área de abrangência, vinculados à CRU/SAMU 192.

Figura 108. Tempo Médio (hh:mm:ss) entre o envio do chamado de socorro para a Regulação Médica, pelo TARM, e o efetivo atendimento pelo regulador, CRU/SAMU/DRE/SES/RS, janeiro/2018 a dezembro/2022.



Fonte: Sistema Informatizado Solução em Atendimento Pré-Hospitalar (SAPH) - BI SAMU – CRU/SAMU/RS.

- a) Registros de socorro: referem às ligações que demandam atendimento primário pelas equipes do SAMU (paciente está no domicílio, via pública, unidades de saúde de baixa complexidade ou outro local que não serviço de saúde).
- b) Chamados: Ligações que entraram no link 192 e que foram encaminhadas para o regulador. Um chamado pode contemplar uma ou mais ligações vinculadas ao mesmo.
- c) TARM: Telefonista Auxiliar de Regulação Médica.
- d) Os dados deste indicador não incluem chamados sem ligação para o 192 (ligações abandonadas ou chamados abertos de outras formas; chamados do presídio, por exemplo).

Em complementação às demais medidas de qualificação do acesso regulado ao SAMU192, foi implantado o Aplicativo Chamar 192 de celular para todo o RS, o qual facilita o atendimento de pessoas em situação de urgência, inclusive com recursos de acessibilidade para portadores de deficiência auditiva ou qualquer limitação para comunicação pela voz.

REGULAÇÃO DE TRANSPLANTES

A Central Estadual de Transplante do Rio Grande do Sul foi inaugurada há 24 anos, habilitada com base na Portaria MS/SAS Nº 142/1999. Atualmente, é responsável pela organização, coordenação, regulação e fiscalização do Sistema Estadual de Transplantes do RS. Desenvolve ações que envolvem a doação, captação, distribuição, transplante de órgãos e tecidos, gerenciamento das listas únicas de receptores de órgãos e tecidos, além da formulação de políticas de doação e transplantes para o estado.

O Sistema Estadual de Transplantes do RS é formado pelos seguintes órgãos: Central Estadual de Transplantes (CET); seis Organizações de Procura de Órgãos (OPO), sediadas nas Macrorregiões de Saúde em hospitais de referência, cuja função é prestar apoio às instituições

da rede de doação e transplante de órgãos; uma equipe de retirada de rins estadual, denominada OPO cirúrgica; 67 Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTS); e, estabelecimentos notificantes de doação, estabelecimentos transplantadores e equipes de transplantes.

Em 2020 e 2021, ocorreu queda nas notificações e transplantes no RS em função da pandemia. Em 2022, houve um aumento de 41% nos transplantes de órgãos sólidos e aproximadamente 27% dos potenciais doadores foram efetivados (**Tabela 46**). Esses dados estão relacionados às negativas familiares, contraindicações médicas para doação e inadequada manutenção do potencial doador. A taxa de negativa familiar para doação no RS foi 49% em 2022, ou seja, aproximadamente metade das doações não são efetivadas devido ao não consentimento da família para a doação dos órgãos.

Tabela 46. Quantitativo de notificações de morte encefálica e doadores efetivos, RS, 2019-2022

Ano	2019	2020	2021	2022
Notificações	691	564	673	732
Doadores efetivos	243	182	161	197
Percentual de efetivação	35,17	32,27	23,92	26,91

Fonte: SES/RS.

A seguir, a série histórica de transplantes de órgãos sólidos (**Tabela 47**) e de tecidos (**Tabela 48**).

Tabela 47. Série histórica de transplantes de órgãos sólidos, RS, 2019-2022.

Ano	2019	2020	2021	2022
Rim	477	341	251	384
Fígado	142	130	129	102
Pulmão	43	22	22	37
Coração	26	13	13	16
Rim/Pâncreas	0	0	0	0
Fígado/Rim	1	2	5	0
Pulmão/Rim	0	1	0	2
Total	689	509	420	541

Fonte: SES/RS.

Tabela 48. Série histórica de transplantes de tecidos, RS, 2019-2022.

Ano	2019	2020	2021	2022
Córneas	726	241	434	517
Transplante de Medula Óssea Autólogo	192	137	158	189
Transplante de Medula Óssea Aparentado	46	45	54	70
Transplante de Medula Óssea Não Aparentado	22	8	13	17
Total	986	431	659	793

Fonte: SES/RS.

A CET objetiva aumentar o número de notificações de morte encefálica, de doadores e, por consequência, de transplantes no RS. Para tanto, busca qualificar a rede de transplantes do estado, investindo na profissionalização das Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTS), por meio de aumento nos repasses e incentivos hospitalares (incluindo o Programa Assistir) ou da melhoria da remuneração das equipes intra hospitalares e Organizações de Procura de Órgãos (OPOS) de hospitais de referência. A inserção de novos hospitais no programa de remuneração está condicionada à análise de potencial para geração de doadores e resultados.

O Sistema Estadual de Transplantes almeja também o desenvolvimento de um *software* de comunicação entre as equipes de doação, de forma a monitorar o processo de doação e informatizar essa etapa, garantindo rapidez e segurança no processo regulatório.

No período de 2024-2027, a meta é aumentar anualmente 10% das notificações de doadores efetivos, transplantes no RS, bem como atingir, em 2027, o Programa Córnea Zero, em que a pessoa listada para transplante de córnea poderá fazer um transplante de córnea de doador falecido em até 30 dias após listada para transplante. Dessa forma, espera-se atingir, em 2027, 40% de efetivação de doação, com equipes profissionalizadas.

REGULAÇÃO DO ACESSO AMBULATORIAL

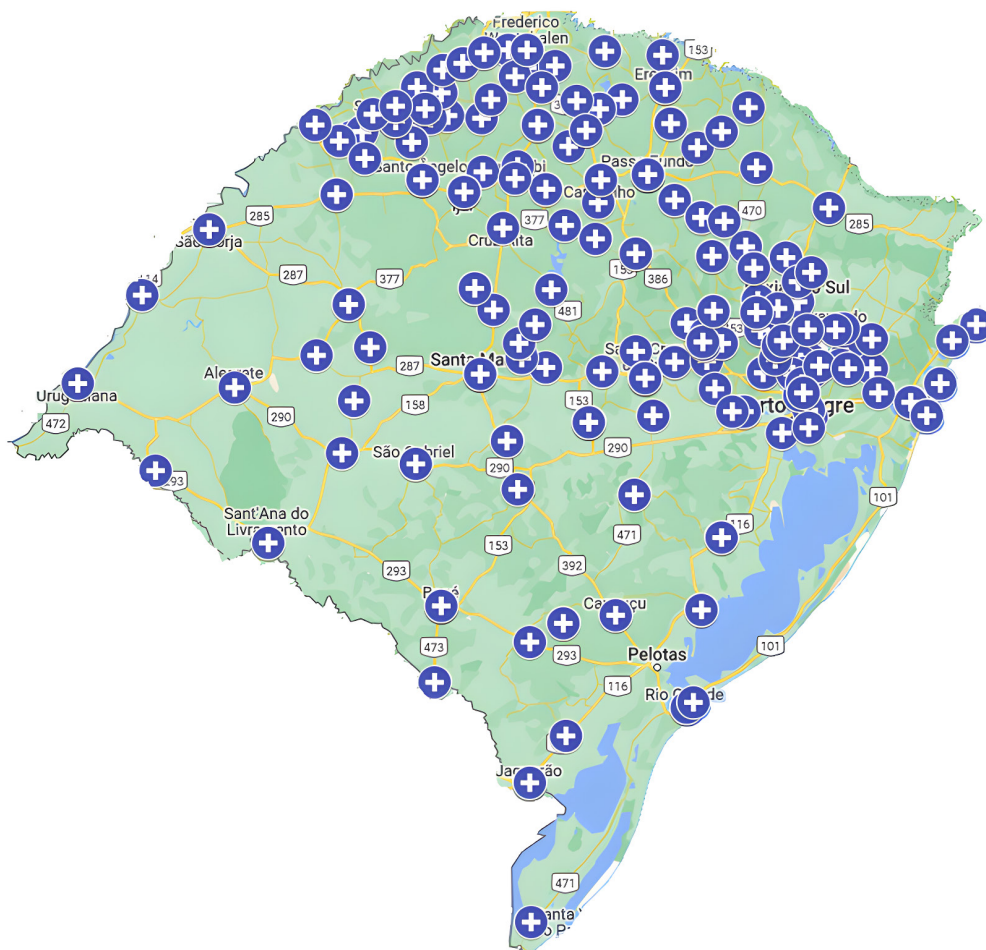
Na Divisão de Regulação Ambulatorial e Hospitalar (DRAH), a Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CRA/RS) utiliza o Sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON) como o sistema oficial para a regulação de consultas e exames no estado, considerando a Resolução CIB/RS Nº 495/18 e 241/21. A implantação do GERCON em todo território gaúcho significa uma mudança de paradigma na regulação do acesso às consultas especializadas. O referido Sistema traz como vantagens a possibilidade de visualização da real fila de espera única estadual, por especialidade, classificada por critério de gravidade e centralizada em um único sistema de regulação, possibilitando assim, que pacientes mais graves sejam atendidos primeiro. Com o GERCON, não é possível o acesso dos pacientes por meio de contato direto com os estabelecimentos de saúde, sendo prerrogativa máxima da Regulação do Acesso a classificação de prioridades, por critério de gravidade.

Na Planificação da área ambulatorial estava prevista a implantação do GERCON para a totalidade do estado, por meio da CRA/RS, Centrais de Regulação Municipais (Porto Alegre, Caxias do Sul, Pelotas e Canoas) e Centrais de Regionais. Nesse sentido, o processo de implantação do GERCON teve início em julho de 2021 com projeto piloto na 14ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Durante o ano de 2021, o processo de implantação ocorreu na 9ª, 12ª e 17ª CRSs (Macrorregião Missioneira).

No primeiro quadrimestre de 2022, foi iniciada a implantação na 2ª, 6ª, 11ª e 15ª CRSs (Macrorregião de Saúde Norte), concluída no segundo quadrimestre de 2022. No terceiro quadrimestre de 2022, tal processo foi finalizado, sendo implantado em setembro na 8ª, 13ª e 16ª CRSs (Macrorregião de Saúde Vales) e em novembro na 1ª, 3ª, 4ª, 5ª, 7ª, 10ª, 18ª CRSs (Macrorregiões de Saúde Centro-Oeste, Serra, Sul e Metropolitana). Com isso, o GERCON é utilizado por 100% das Macrorregiões de Saúde do estado do RS. O primeiro mês após a conclusão da implantação do GERCON, dezembro de 2022, contou com a oferta de 56.492 primeiras consultas especializadas no

Sistema, o que representou um aumento de 201%, se comparado ao quantitativo de 28.053 primeiras consultas constantes no Sistema Nacional de Regulação (SISREG), em agosto de 2021 (mês anterior à expansão do GERCON para o interior do estado).

Figura 109. Mapa da implantação da Regulação Ambulatorial com utilização do GERCON em 260 estabelecimentos de saúde, RS, novembro de 2022.



Fonte: SES/RS.

Considerando os relatórios realizados em 01 de abril de 2023, as dez maiores filas de espera para consulta especializada presentes no GERCON estão abaixo listadas por macrorregião. Cabe salientar que os municípios de Canoas, Caxias do Sul e Pelotas ainda utilizam o sistema GERCON de forma parcial, apenas para a especialidade de Oncologia.

Tabela 49. Dez maiores filas de espera para consultas especializadas no GERCON, RS, março de 2023.

Maiores filas de espera no RS	Total	CRA/RS	Metropolitana	Centro-Oeste	Serra	Sul	Vales	Missioneira	Norte	Porto Alegre
Oftalmologia	122.402	31.058	40.689	8.085	4.549	4.512	4.812	7.376	7.233	14.088
Ortopedia	50.685	7.017	6.041	4.415	4.163	1.551	3.694	7.586	7.586	8.632

Maiores filas de espera no RS	Total	CRA/RS	Metropolitana	Centro-Oeste	Serra	Sul	Vales	Missioneira	Norte	Porto Alegre
Cirurgia Geral	31.865	8.524	9.895	890	138	358	1.785	1.898	515	7.862
Otorrinolaringologia	24.433	7.771	6.590	1.540	334	128	2.150	1.167	961	3.792
Ginecologia	21.851	9.058	4.099	1.363	156	476	278	483	841	5.097
Reabilitação	21.447	2.203	3.980	2.311	6	699	1.786	2.820	2.531	5.111
Urologia	21.509	9.895	1.891	1.360	330	467	82	720	497	6.267
Dermatologia	19.150	4.426	1.952	1.522	404	553	389	126	1.747	8.031
Neurologia	14.802	3.278	894	1.969	2	239	856	244	835	6.485
Cardiologia	14.781	6.187	584	619	308	117	522	1.497	1.268	3.679

Fonte: GERCON, dados acessados pelo Pentaho da PROCENPA – Cubo Fila de espera.

A Planificação da área ambulatorial prevê a implantação da modalidade de exames no GERCON na totalidade do estado, por meio da CRA/RS, Centrais de Regulação Municipais (Porto Alegre, Caxias do Sul, Pelotas e Canoas) e Centrais de Agendamento Regionais, presentes nas 18 CRS. O GERCON Exames encontra-se em fase de desenvolvimento para atender às necessidades de implantação no estado. Conforme cronograma de execução, o início da implantação do referido módulo tem previsão para ocorrer em setembro de 2023, com conclusão ainda no ano de 2023.

REGULAÇÃO DO ACESSO HOSPITALAR

As ações de regulação do acesso aos leitos hospitalares sob gestão estadual ou municipal são realizadas na Divisão de Regulação Ambulatorial e Hospitalar (DRAH), pela Central Estadual de Regulação Hospitalar (CRH/RS), em conjunto com as Centrais de Regulação Municipais de Porto Alegre, Caxias do Sul, Canoas e Pelotas.

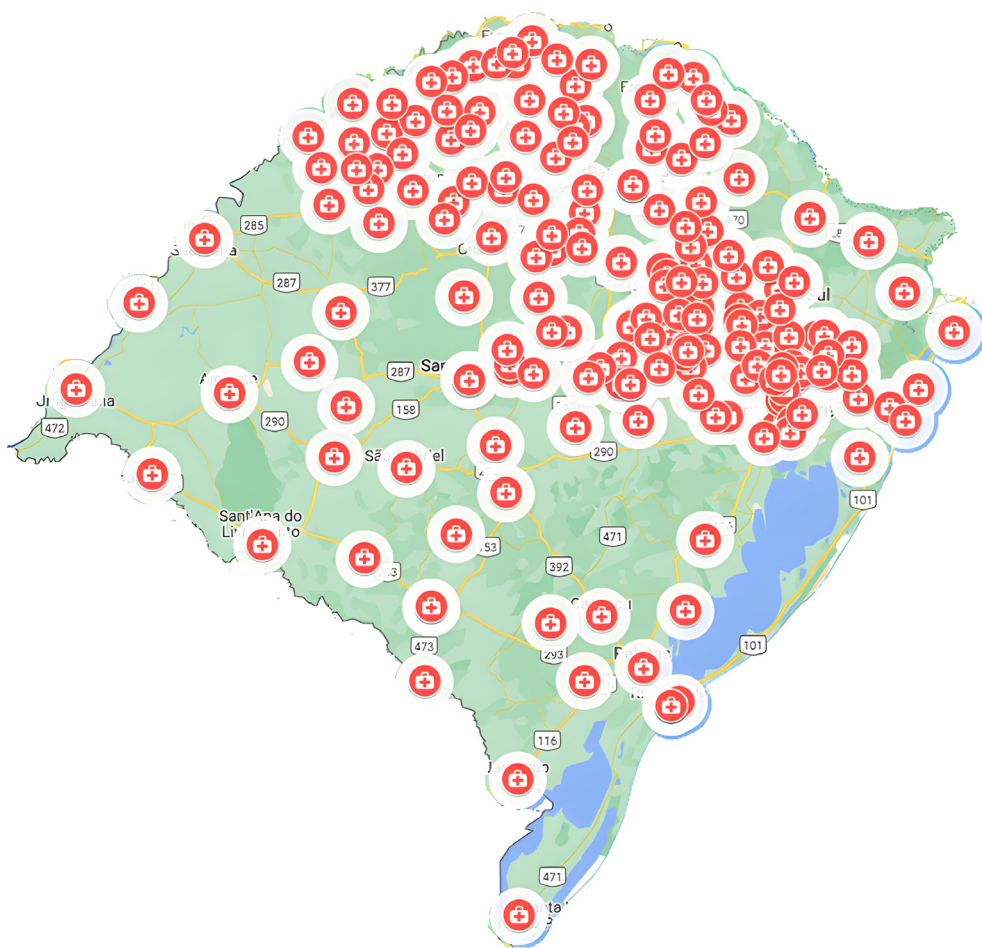
A regulação do acesso às internações SUS é uma obrigação e uma prerrogativa do gestor de saúde. Esta ação tem o objetivo de qualificar a ocupação dos leitos disponíveis, a fim de garantir que a oferta contratada seja utilizada de forma eficaz e equânime. Para que esta ação se concretize, é necessário que os processos de cadastro da solicitação, avaliação de necessidade da internação, classificação de prioridade e ocupação do leito sejam informatizados e transparentes.

Desde a Resolução CIB/RS N^o 495/18, o sistema oficial de regulação estadual de internações hospitalares é o Sistema de Gerenciamento de Internações (GERINT). Com a finalização do processo de convênio firmado com Porto Alegre, publicado no Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE/RS) de 26/11/2019, a SES/RS iniciou a implantação completa do GERINT nos hospitais sob regulação estadual a fim de dar mais transparência à ocupação

dos leitos do SUS e garantir que a oferta contratada seja utilizada de forma eficaz e equânime, melhorando, assim, o acesso aos leitos hospitalares. Desta forma, o GERINT foi implantado em janeiro de 2018, de forma parcial, por meio do cadastro da solicitação, para os hospitais do estado. A referida implantação evoluiu a partir de novembro de 2019, em 182 hospitais inicialmente selecionados, seguindo os critérios de possuir: leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), leitos de suporte ventilatório pulmonar, leitos de saúde mental e ter realizado mais de 100 cirurgias/ano e leitos de retaguarda habilitados.

A CRH/RS ampliou, até 2022, a utilização do GERINT para 216 hospitais. Sendo recentemente adicionados aos critérios de seleção os prestadores hospitalares, nos quais foi implantado o Sistema GERCON para regulação das consultas especializadas. O objetivo é dar seguimento ao atendimento integral dos pacientes que acessarem tais prestadores por meio do GERCON, para registro na fila de espera de Cirurgias Eletivas no GERINT. Abaixo, segue mapa da implantação do GERINT fase 2, até 2022 (**Figura 110**).

Figura 110. Mapa de implantação do sistema GERINT nos hospitais, RS, 2022.



Fonte: SES/RS.

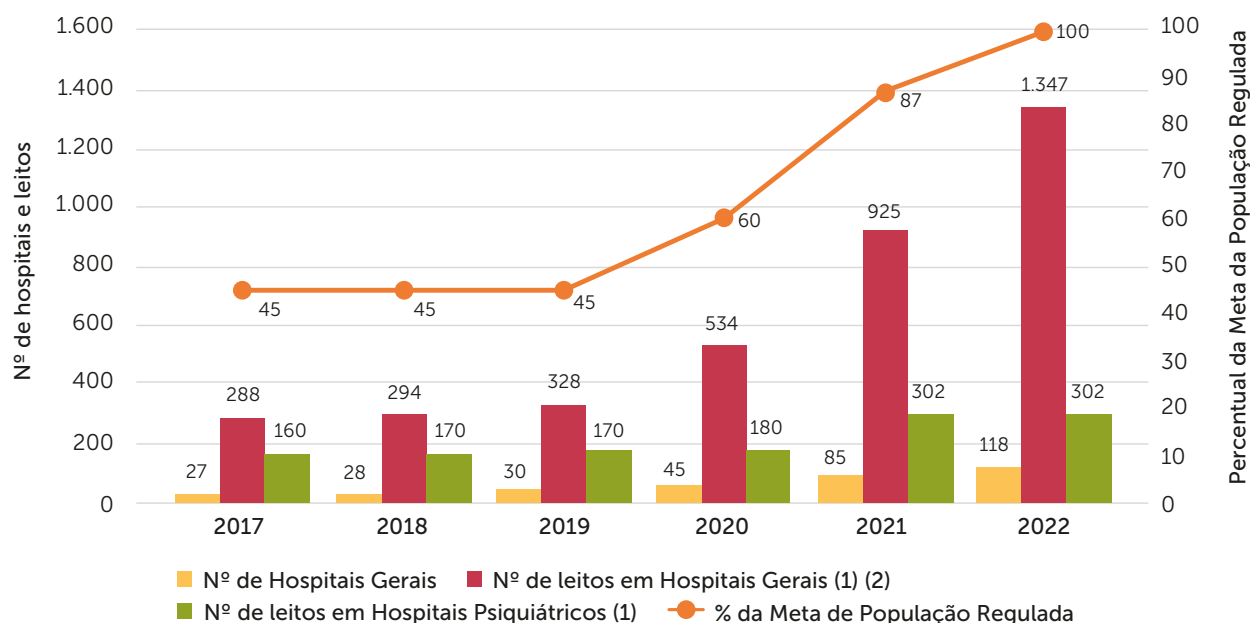
Tratativas estão sendo realizadas para implantação do sistema GERINT também nos municípios com gestão plena, de forma a se realizar regulação compartilhada entre a CRH/RS e as Centrais de Regulação Municipais que se encontram sob gestão municipal dos serviços de

saúde (Caxias do Sul, Canoas e Pelotas), seguindo o modelo do que se realiza atualmente com Porto Alegre. A Central Estadual de Regulação de Saúde Mental (CER Mental) foi inaugurada em dezembro de 2019. A Central é composta por uma equipe especializada e multiprofissional a qual regula o acesso dos usuários às comunidades e residenciais terapêuticos e a leitos psiquiátricos em hospitais gerais e especializados. Por meio 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 2022, a CER Mental ampliou sua abrangência de regulação do acesso aos leitos hospitalares de saúde mental/psiquiatria, por meio do Sistema GERINT, de 13 para todas as 18 Coordenadorias Regionais de Saúde, até novembro de 2022. Atualmente, todas as Coordenadorias estão submetidas à regulação da CER Mental, o que representa uma ampliação na cobertura populacional de 60% em 2020 para 100% da população estadual em 2022, excluídos os municípios com regulação própria. As últimas CRSs adicionadas à CER Mental no último quadrimestre de 2022 foram a 12ª CRS em setembro e a 14ª CRS em novembro.

Na **Figura 111**, observa-se a evolução da Implantação da Regulação pela CER Mental nas CRSs e na **Tabela 50**, a evolução no número total de hospitais e leitos SUS de Saúde Mental regulados pela CER Mental até dezembro de 2022.

Figura 111. Evolução da Implantação da Regulação pela Central Estadual de Saúde Mental - CER Mental nas Coordenadorias Regionais de Saúde, RS, 2017-2022.



Fonte: SES/RS.

Tabela 50. Evolução da Cobertura de Regulação do Acesso às Internações Hospitalares pela Central Estadual de Saúde Mental (CER Mental), RS, 2017-2022.

Indicador	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Nº de CRS Reguladas	4	4	4	8	13	18
População Regulada	3.909.575	3.909.575	3.909.575	5.212.255	7.545.035	8.693.541
Meta de População Regulada (3)	8.693.541					
% da Meta de População Regulada	45%	45%	45%	60%	87%	100%
Nº de Hospitais Gerais	27	28	30	45	85	118
Nº de Leitos em Hospitais Gerais(1) (2)	288	294	328	534	925	1.347
Nº de Hospitais Psiquiátricos	2	2	2	2	5	5
Nº de Leitos em Hospitais Psiquiátricos (1)	160	170	170	180	302	302

*Até 30 de novembro.

(1) Dados são baseados no mapa de leitos da Central de Saúde Mental e não no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). (2) Não foram considerados os Hospitais de Bento Gonçalves, Canoas e Hospital Geral de Caxias, que tem regulação própria. (3) Exclui a população de Porto Alegre, Caxias do Sul, Pelotas e Canoas.

Fonte: SES/RS.

Esta Central desenvolveu um Programa de Inteligência Artificial, operacionalizado por meio de *Machine Learning*, que 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 SES/RS é responsável pela liderança de desenvolvimento do aplicativo de proteção às mulheres vítimas de violência. O desenvolvimento do aplicativo encontra-se 100% implantado e operacional. A operacionalização do uso da ferramenta e a interação do aplicativo com os municípios é de responsabilidade da Delegacia da Mulher e da Delegacia de Vulneráveis, que optou por iniciar um projeto piloto com o município de Porto Alegre. Somente após essa etapa, será realizada a expansão para a totalidade dos municípios do RS.

4. MACROPROCESSOS DE GOVERNANÇA E GESTÃO ESTADUAL DO SUS

Este capítulo da Asis tem como objetivo apresentar os distintos atores e instâncias que compõem a governança no SUS.

4.1 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, no Sistema Único de Saúde (SUS). Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde podem ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (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. A CIB/RS é constituída paritariamente por sete membros efetivos e suplentes representantes da gestão estadual do SUS e sete membros efetivos e suplentes representantes dos municípios. As principais atribuições da CIB/RS constam no seu regimento interno, aprovado pela Resolução CIB/RS Nº 174/2016.

A SES/RS pactuou fluxos de encaminhamentos das demandas para a CIB/RS (Resolução CIB/RS Nº 435/2018), a fim de que gestores municipais e técnicos tenham uma orientação precisa sobre os procedimentos necessários para que as demandas tramitem garantindo maior transparência, agilidade e impessoalidade nos temas que passam pela comissão. Ainda que este fluxo tenha trazido muitas melhorias ao processo de pactuação intergestores, o mesmo deve ser revisto e atualizado, com vistas a aprimorar o processo.

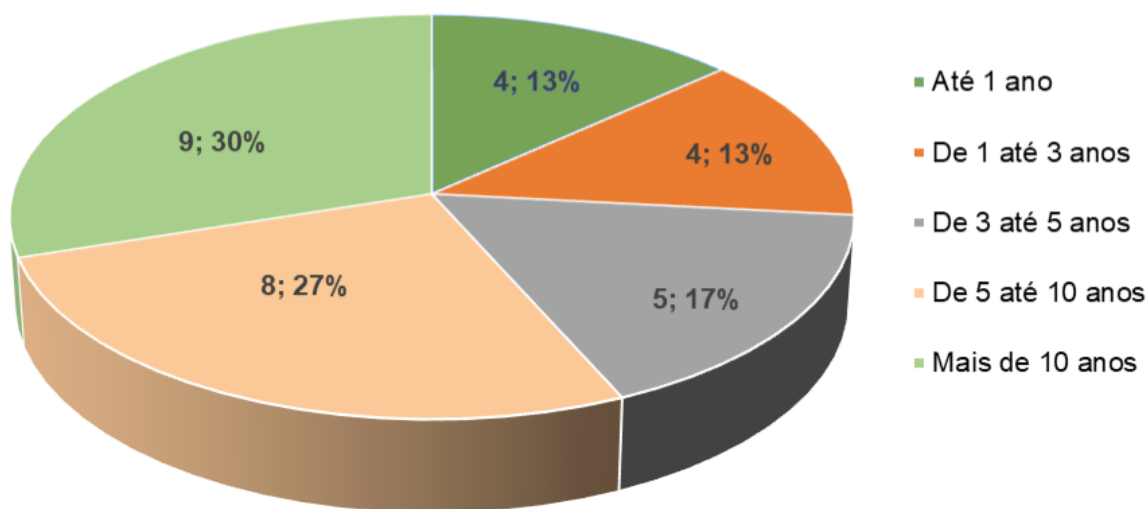
Para efeitos administrativos e operacionais, o estado instituiu 30 Comissões Intergestores Regionais (CIR), sendo uma para cada Região de Saúde. Elas foram positivadas pelo Decreto Federal Nº 7.508/2011, sendo vinculadas à SES/RS, devendo observar as diretrizes da CIB/RS. No estado do RS, essas comissões foram pactuadas por meio da Resolução No 555/2012 CIB/RS.

Para fazer um diagnóstico das CIR, foi construído um formulário e respondido por todos os secretários executivos desses fóruns, em março de 2023. Como resultado, tem-se que, dos 18 respondentes - alguns secretários executivos respondem por mais de uma CIR na mesma Macrorregião de Saúde - 100% se declararam brancos, 11 eram mulheres e sete homens. Quanto ao grau máximo de formação, seis tinham mestrado, 11 especialização e um graduação. Quanto à profissão, sete eram administradores. Quanto ao vínculo com a administração pública, 17 eram estatutários e um cargo em comissão.

Das 30 CIRs, 17 (57%) contam com secretário executivo com mais de cinco anos de atuação (**Figura 112**). A frequência de reuniões ordinárias do plenário (colegiado), para produzir

deliberações nas 30 CIRs, foi mensal. Os três pontos mais frequentes inseridos na pauta das reuniões da CIR foram: solicitações encaminhadas pelas secretarias municipais de saúde da região, solicitações realizadas pela SES/RS, decisões da CIB/RS que afetam os municípios da Região de Saúde - sendo respectivamente apontadas pelos respondentes em 97%, 80% e 70% das respostas.

Figura 112. Tempo de atuação dos secretários executivos nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), RS, março de 2023.



Fonte: Assessoria Técnica e de Planejamento/SES/RS. Acesso em: 03/2023.

Ressalta-se que, esse diagnóstico irá subsidiar o planejamento da SES/RS, especialmente no fortalecimento das CIRs e sua relação com o Planejamento Regional Integrado.

4.2 PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

O Planejamento Regional Integrado (PRI) foi instituído em 2018, conforme a Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT) Nº 37/2018, em articulação com os demais entes e participação do Controle Social, considerando a configuração das Regiões de Saúde. Sua operacionalização foi estabelecida mediante Resolução CIB/RS Nº 188/2018, que também aprovou a definição das sete Macrorregiões de Saúde previamente estabelecidas no Plano Diretor de Regionalização de 2002.

Em 2019 foram concluídos diagnósticos em todas as Regiões de Saúde. Diversos processos, entre 2020 e 2021, foram realizados pela SES/RS na perspectiva da regionalização da saúde - o que culminou na construção dos Planos Macrorregionais de Saúde. Esses documentos foram pactuados para as sete Macrorregiões de Saúde no final de 2022, pela Resolução CIB/RS Nº 400/2022, e estão disponíveis em: <https://saude.rs.gov.br/ageplan-pr>.

Como desafios futuros da regionalização em saúde para o próximo ciclo de gestão tem-

se o fortalecimento dos Grupos de Trabalho (GTs PRI) regionais e macrorregionais de saúde; o apoio ao GTs PRI macrorregionais na construção dos planos de ação e de governança, visando a viabilidade de execução das prioridades sanitárias macrorregionais; o fortalecimento das estratégias de monitoramento e avaliação dos Planos Macrorregionais de Saúde e diagnósticos regionais de saúde; e a institucionalização do Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS).

Os Planos Macrorregionais de Saúde fornecem base para a elaboração do atual Plano Estadual de Saúde, uma vez que apontam necessidades e prioridades, por região e macrorregião, sistematizadas nos diagnósticos regionais e nos Planos Macrorregionais de Saúde pactuados. Das 135 metas do PES 2024-2027, 128 (94,81%) contemplaram os temas das prioridades macrorregionais de saúde. Estratificando por Macrorregião de Saúde, observa-se um total de 111 metas abordando as prioridades da Macrorregião de Saúde Sul (88,22%), 104 da Metropolitana (77,04%), 79 da Serra (58,52%), 47 da Norte (34,81%), 45 da Vales (33,33%), 39 da Missioneira (28,89%) e 8 da Centro-Oeste (5,93%).

Os passos futuros no Planejamento Regional Integrado são: o desdobramento das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMIs) em planos de ação e governança e o monitoramento e avaliação das prioridades elencadas nos Planos Macrorregionais de Saúde, considerando os princípios estruturantes do SUS, em especial a equidade e a regionalização. A fragilidade desse aspecto é um paradigma a ser superado no planejamento em saúde, visando promover efetivamente o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde.

4.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

4.3.1 O CONTROLE SOCIAL NO SUS

O Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) é a instância estadual de Controle Social do SUS, sem prejuízo da autonomia que possuem os 497 Conselhos Municipais de Saúde quanto à sua esfera de atuação. Tem como atribuição o controle e fiscalização de políticas públicas de saúde em diversos aspectos. O CES/RS é composto por membros titulares e suplentes, representantes de entidades da sociedade civil organizada e órgãos públicos, distribuídos em três segmentos: usuários, trabalhadores de saúde e gestores/prestadores de serviços, com paridade do segmento usuário ante os demais.

Criado pela Lei 10.097/1994, o Conselho Estadual de Saúde passou por uma alteração em julho de 2023, a partir da Lei 15.971/2023. A mudança diz respeito ao artigo 4º, que trata da sua composição. A revisão da legislação decorreu da necessidade de atualização das entidades representativas que atuam no estado do RS, refletindo, em maior diversidade, democracia e participação. Está assegurada, a partir da nova legislação, um rol aberto de entidades representativas, permitindo substituição daquelas faltantes, extintas ou sem interesse em compor o colegiado.

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, quando necessário. Já a Mesa Diretora é o órgão diretivo, formado por oito conselheiros, respeitada a paridade.

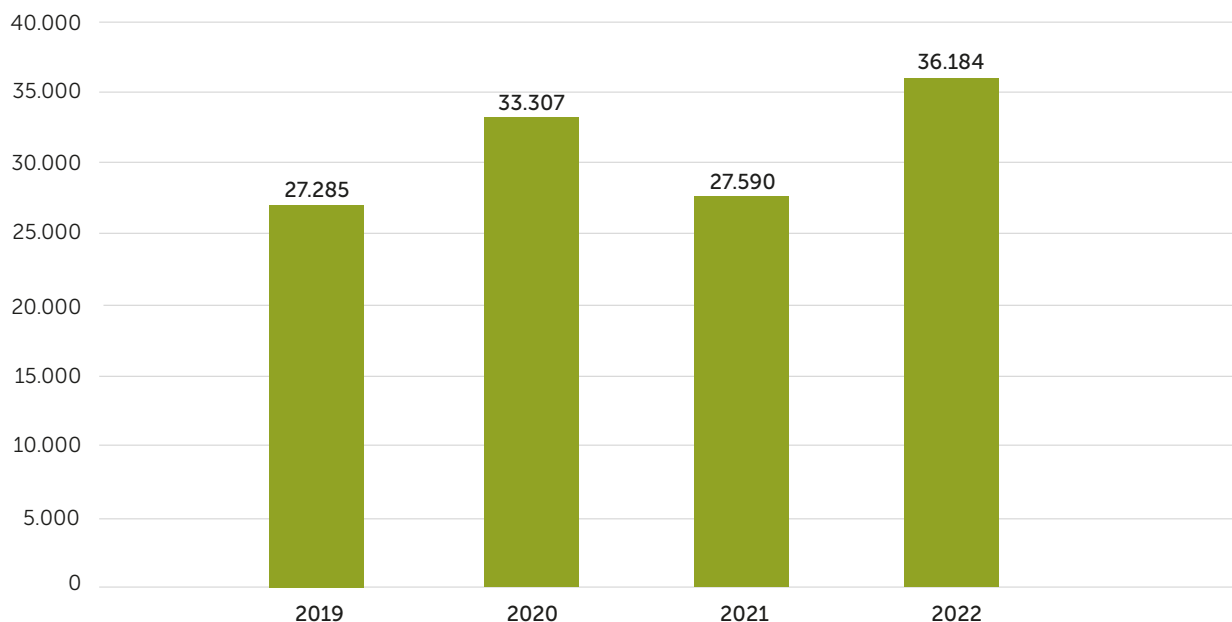
A cada quatro anos, em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde/RS, o CES/RS realiza a Conferência Estadual de Saúde que, com ampla participação da sociedade, avalia a situação da saúde no estado e aprova diretrizes para a política de saúde. A 9ª Conferência Estadual de Saúde, etapa da 17ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada em maio de 2023, com a participação de 2.000 pessoas advindas de 450 municípios. Ainda, o CES/RS promove conferências temáticas, a exemplo da 4ª Conferência Estadual de Saúde Mental, realizada em abril de 2022.

Com o intuito de fortalecer a atuação do Controle Social, anualmente o CES/RS realiza a Plenária Estadual de Conselhos Municipais de Saúde, bem como Plenárias Regionais. A cada três anos, são eleitos os Coordenadores da Plenária Estadual de Conselhos Municipais de Saúde, que devem promover a articulação entre as três instâncias de Controle Social do SUS. Outrossim, o CES/RS atua diretamente em estratégias e ações de educação permanente para o Controle Social, através da Comissão de Educação Permanente, Informação e Comunicação para o Controle Social no SUS (CEPICCSS).

4.3.2 OUVIDORIA DO SUS

A Ouvidoria do SUS/SES/RS, implantada em janeiro de 2012, é um potente espaço de cidadania em saúde. Caracteriza-se como canal de comunicação entre cidadão e gestores do SUS, que atua para a circulação de informações e qualificação das ações e serviços de saúde. Ela integra o Sistema Estadual de Ouvidoria do Poder Executivo Estadual (SEO/RS), conforme Decreto RS Nº 51.999/2014, sendo composta por 18 Ouvidorias Regionais, presentes nas CRS, e 19 Sub-redes/interlocutores nos departamentos e assessorias da SES/RS. A rede é constituída dentro do Sistema OuvidorSUS e integrada ao Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, juntamente com a Ouvidoria do Ministério da Saúde, municípios e hospitais e conta com mais de 200 municípios cadastrados no sistema OuvidorSUS para tramitação e resposta das demandas de ouvidoria. A fim de assegurar o tratamento adequado das manifestações em todo território, tem-se investido na implantação de ouvidorias municipais e cadastro de interlocutores nas demais Secretarias Municipais de Saúde (SMS). De 2019 a 2022, foram realizados 124.366 atendimentos pela Ouvidoria do SUS/SES/RS (**Figura 113**). Destes, 73.797 (59,34%) foram informações gerais fornecidas pela Ouvidoria – que realiza um papel de disseminação de informação, 33.700 (27,1%) manifestações registradas como protocolos em sistema específico (OuvidorSUS) e 16.869 (13,56%) referem-se à devolutiva aos cidadãos das respostas dos seus protocolos. Com relação às manifestações registradas no sistema OuvidorSUS, destacam-se as demandas relacionadas à Assistência Farmacêutica (30,8%) e Assistência à Saúde (26,7%). A taxa de resposta é crescente nos últimos cinco anos, chegando a 86,52% em 2022 (**Figura 114**), o que evidencia o compromisso da SES/RS em assegurar aos cidadãos o direito à informação.

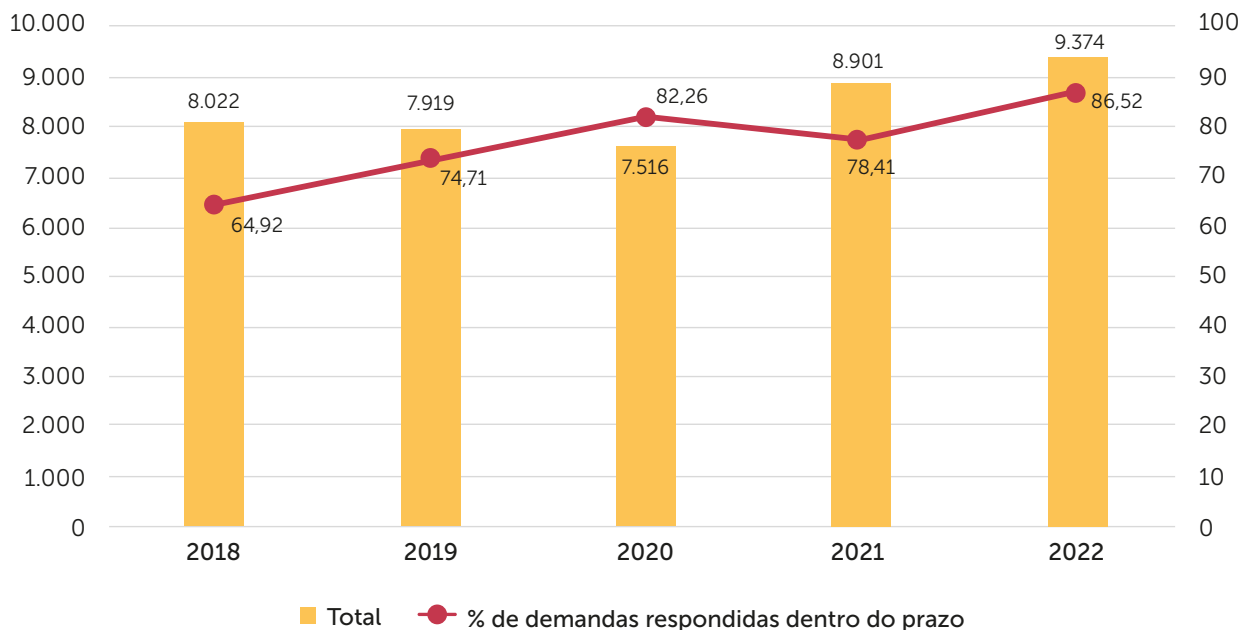
Figura 113. Atendimentos realizados pela Ouvidoria do SUS/SES/RS, 2019-2022*.



*Os dados de disseminação de informação passaram a ser compilados a partir do ano de 2019. Dessa forma, em 2018, foram considerados apenas os dados das demandas registradas no sistema Ouvidor SUS, apresentadas no gráfico a seguir.

Fonte: Ouvidoria do SUS/SES/RS. Acesso em: 07/03/2023.

Figura 114. Manifestações registradas no sistema OuvidorSUS e percentual de respostas dentro do prazo (30 dias), Ouvidoria do SUS/SES/RS, 2018-2022.



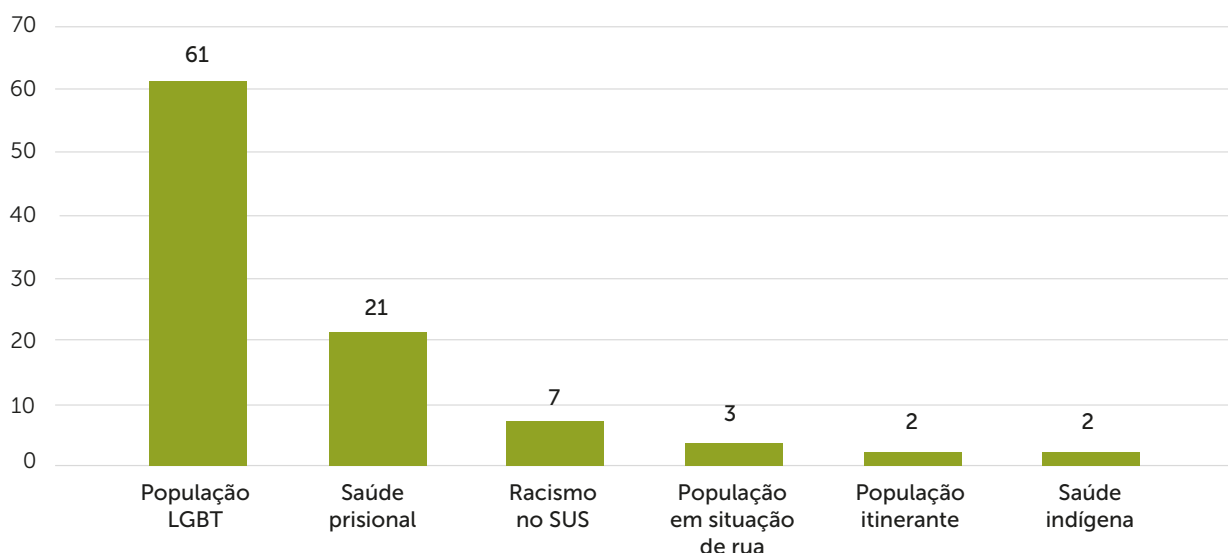
Fonte: Ouvidoria do SUS/SES/RS. Acesso em: 07/03/2023.

Em razão deste período apresentar dados anuais bastante variáveis, os quais sofreram impacto da pandemia e da constante necessidade de apoio à (re)estruturação das ouvidorias e pontos de resposta dos municípios, toma-se como linha de base a porcentagem média dos últimos 4 anos. O uso da média busca contornar desafios para o estabelecimento de uma linha de base para planejar a atuação nesse PES, como a grande rotatividade dos trabalhadores responsáveis pelo setor de ouvidoria nos municípios e prestadores, o que demanda esforços constantes de sensibilização junto aos gestores municipais por parte da SES, a fim de garantirmos respostas adequadas aos usuários dentro do prazo legal.

Destaca-se ainda que, desde 2014, a Ouvidoria do SUS/SES/RS atua como Gestora Local da Lei de Acesso à Informação (LAI), da Ouvidoria Geral do Estado e do Canal Denúncia no âmbito da SES/RS, operacionalizando as demandas relacionadas à saúde na Central do Cidadão por meio do site: <https://ouvidoriageral.rs.gov.br/inicial>.

A **Figura 115** demonstra o número de demandas registradas na Ouvidoria do SUS da SES/RS com os marcadores de população LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, saúde prisional, racismo, população em situação de rua, população itinerante e saúde indígena. Evidencia-se o baixo número de registros em relação aos marcadores citados, o que pode demonstrar, entre outras questões, barreiras no acesso e participação, e uma consequente invisibilidade das pautas relacionadas à população LGBT, aos povos indígenas, à população em situação de rua, à população negra, aos povos ciganos, à população privada de liberdade e egressos do sistema prisional, à população de migrantes, aos refugiados e apátridas e à população do campo, da floresta e das águas nos registros da Ouvidoria do SUS.

Figura 115. Manifestações registradas no sistema OuvidorSUS, segundo marcadores de população LGBT, saúde prisional, racismo, população em situação de rua, população itinerante e saúde indígena, Ouvidoria do SUS/SES/RS, 2018-2022.



Fonte: Ouvidoria do SUS/SES/RS. Acesso em: 07/03/2023.

Ressalta-se que o sistema OuvidorSUS, utilizado nacionalmente, não foi atualizado com a inclusão de campos para o preenchimento do quesito Raça/Cor, conforme disposto na Portaria GM/MS Nº 344/2017. Também não existem marcadores para identificação das ouvidorias relacionadas à Saúde da População do Campo, da Floresta e das Águas. Além disso, se destaca a inexistência de campos para o preenchimento do nome social, orientação sexual e identidade de gênero.

Salienta-se também o campo “sexo”, o qual está presente no sistema OuvidorSUS e se destina a informar o sexo designado ao nascimento, possui apenas as opções “masculino”, “feminino” e “não informado”, não abrangendo a variável intersexo. A qualificação e reconhecimento das especificidades das populações de usuários nos sistemas de Ouvidoria, potencializam o aprimoramento das políticas de saúde.

O acolhimento das manifestações do cidadão é realizado via telefone (0800-6450-644), *WhatsApp* (51-98405-4165), formulário *web*, e-mail: ouvidoria-sus@saude.rs.gov.br, presencialmente e/ou por correspondência na sede da SES/RS, na Avenida Borges de Medeiros, 1501, térreo - Porto Alegre, ou nas sedes das Coordenadorias Regionais de Saúde.

TRANSFORMAÇÃO DIGITAL COMO ALIADA NO ATINGIMENTO DE METAS

A transformação digital, por meio da utilização de suas tecnologias, possibilita ao governo entender como os serviços são prestados aos cidadãos, tornando-os mais acessíveis, ágeis, eficientes e com maior transparência, reduzindo custos e otimizando processos. Com a digitalização de serviços, é possível eliminar o uso de papéis, reduzir o tempo de espera para atendimento, simplificar processos e diminuir a burocracia.

O Departamento de Gestão de Tecnologias e Inovação (DGTI) é uma área estratégica na SES. Atuando transversalmente, ao longo do período 2020-2023, o DGTI participou do desenvolvimento, acompanhamento e implantação de sistemas de informação como, por exemplo, Sistema de Gestão dos Contratos Ambulatoriais e Hospitalares (SIGAH), AME, GERCON, GERINT, e da manutenção das bases de dados coletados dos sistemas o Ministério da Saúde. Para o próximo período, o Departamento tem como objetivo central dar continuidade nos avanços tecnológicos por intermédio da Gestão e Governança da Tecnologia da Informação em todas as suas dimensões: estratégica, gerencial e operacional.

A área de infraestrutura requer o compartilhamento de dados, a melhora na eficiência operacional, o monitoramento em tempo real dos dados, a comunicação entre profissionais e gestores de saúde. Além disso, a expansão da Telemedicina, prática intensificada durante a pandemia, está ligada diretamente à ampliação da conectividade, superando barreiras geográficas, reduzindo custo e aumentando o acesso aos serviços de saúde. No entanto, essa expansão traz desafios importantes a serem levados em conta, como a necessidade de garantir a segurança e privacidade dos dados.

Na área de sistemas de informação, com o SIGAH, será possível unificar a contratualização por meio de instrumento padronizado e disponibilizar plataforma pública de contratos com

informações atualizadas. O monitoramento e controle das transferências federais do teto de média e alta complexidade, para subsidiar as decisões no repasse e alocação de recursos, será aperfeiçoado. Um ambiente de Business Intelligence (BI), com informações gerenciais sobre os serviços contratados estará disponível. Apoiar tecnicamente a implantação e o desenvolvimento dos sistemas de informação prioritários da SES também está no escopo de atuação do Departamento para o período.

A criação de painéis BI e novas visualizações dos dados estão planejados para esse próximo ciclo, permitindo monitorar e analisar os dados de saúde, pautando decisões baseadas em dados qualificados, para respostas a emergências de saúde pública, identificar áreas de risco e melhorar a eficiência do sistema de saúde, direcionando recursos e esforços.

4.4 INFORMAÇÃO PARA AÇÃO

A informação fidedigna é primordial para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde, considerando que a gestão, neste âmbito, exige tomada de decisões que envolvem alta responsabilidade e relevância social e, ainda, que a informação se constitui como meio para diminuição do grau de incerteza sobre determinada situação de saúde.

Nesta perspectiva, há um esforço contínuo na manutenção das informações em saúde coletadas pelos sistemas oficiais utilizados nas atividades cotidianas, dentre os quais estão: SINAN, SIM, SINASC, SIA/SUS, SIVISA-RS (Sistema de Informações em Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do SUL), SI-PNI, E-SUS, SISAGUA (Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano), GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial), SIES (Sistema de Insumos Estratégicos em Saúde), SIST (Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

4.5 AUDITORIA

Na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), a auditoria é um instrumento utilizado para fortalecer a gestão e a governança do SUS (BRASIL, 2009). Dessa forma, ela agrega valor à gestão por meio de práticas de *accountability* e gerenciamento de risco, com o objetivo de reduzir as desigualdades em saúde e atender aos interesses da sociedade. O Sistema Estadual de Auditoria integra o Sistema Nacional de Auditoria desde 1998. Por meio do Decreto nº 55.178/2021, foi estabelecido o Departamento de Auditoria do SUS (DEASUS), com caráter multidisciplinar, conforme previsto na Lei N.º 13.417/2010. Sua principal função é atuar no controle de conformidade e avaliação das ações, programas e redes de atenção, dentro do escopo constitutivo do SUS. Isso abrange os recursos financeiros repassados e utilizados pelo ente estadual, bem como as políticas públicas, programas e ações em saúde realizadas diretamente pela SES/RS ou coordenadas pelo órgão, conforme estabelecido pelo ente federal.

As auditorias regulares e especiais devem se concentrar na gestão dos processos e resultados dos serviços de saúde. Devem ser orientadas por necessidades e demandas provenientes dos departamentos da SES e de fontes externas, com base em problemas identificados e embasadas por evidências científicas e epidemiológicas. Nessa perspectiva, é essencial estabelecer um planejamento de auditoria transparente e objetivo, com um fluxo de trabalho estruturado, critérios definidos e um roteiro claro dos processos de auditoria. É importante que esse planejamento esteja vinculado à gestão por competência, incluindo um plano de desenvolvimento técnico e profissional para os servidores do DEASUS.

Para alcançar esse objetivo, é necessário desenvolver um plano anual de auditoria, levando em consideração a categorização de riscos aos quais a unidade auditada está exposta, as demandas dos órgãos de controle e outras fontes externas, o acompanhamento das recomendações de auditorias anteriores e a capacidade operacional existente no departamento, entre outros aspectos relevantes (BRASIL, 2022).

As entidades com competência para realizar controle, conforme preconiza a Organização Internacional das Instituições Superiores de Auditoria (INTOSAI), devem possuir independência funcional e organizacional para desempenhar suas tarefas, assim como as/os profissionais auditoras/es para realizar adequadamente auditoria em serviço público (INTOSAI, 1977, 2007). Nesse sentido, as práticas de trabalho em auditoria no DEASUS devem garantir independência e autonomia dos auditores na determinação do escopo, execução dos procedimentos, julgamento profissional e comunicação dos resultados (BRASIL, 2017), considerando a expertise adquirida e a competência funcional dos auditores.

Neste contexto, faz necessário fomentar ações de planificação de auditorias, atreladas às demandas internas e externas e baseadas em evidências e capacitação e educação permanente no corpo burocrático do DEASUS. Desta forma, o desafio é prosseguir na consolidação deste órgão de controle como ferramenta para a governança do SUS, materializando o conceito de equidade em práticas de auditoria que visem observar o atendimento integral ao usuário e convergir em um cenário de contínua qualificação da gestão estadual do SUS.

4.6 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. Dessa maneira, é preciso planejar, desenvolver e executar ações de educação em saúde que levem em conta as necessidades locais, produzidas a partir do trabalho conjunto entre os departamentos, assessorias da SES/RS e o colegiado estadual que é coordenado pela Escola de Saúde Pública (ESP/SES/RS), e na intersetorialidade com outras políticas públicas. A SES/RS instituiu a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva (PEEPSC) por meio da Portaria SES/RS Nº 1.112/2022, como estratégia de educação do SUS às políticas públicas, a partir das diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde, para formação de todos os atores envolvidos no SUS.

A ESP/SES/RS tem uma estrutura fundamentada no Decreto estadual 55.718/2021, o qual dispõe sobre a estrutura básica da SES/RS e cria suas novas divisões que são, a Divisão Acadêmica e de Políticas de Educação em Saúde (DAPES) e a Divisão de Pesquisa em Saúde (DPS).

A DAPES, desde 2022, tem sido perpassada pela Portaria SES/RS Nº 1.149/2022, que institui, no âmbito da Secretaria, ações afirmativas para pessoas negras, indígenas, com deficiência, travestis e transexuais. Tal iniciativa tem incidido diretamente na Seção de Residência Integrada em Saúde (RIS), que se constitui em uma modalidade de pós-graduação *latu sensu*, estruturada por Programas credenciados pelo Ministério da Educação. Todos os Residentes (R1, R2, R3) são custeados com Bolsas do Tesouro do Estado do RS, sendo pagas, em média, 150 bolsas por mês. Também compõe esta Divisão a Seção de Pós-graduação, Educação Profissional e Formação Ensino a Distância (EaD). No âmbito da Pós-Graduação, está em andamento o Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP), em sua 40ª edição, a primeira a contar com reserva de vagas para ações afirmativas conforme Portaria SES/RS 1.149/2022. Atualmente, o CESP ocorre em parceria com a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS), que é a instituição de nível superior certificadora.

A DPS é composta pela Seção de Pesquisa e também pelos comitês - Comitê Gestor da Política de Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde (CGPPSES/RS) e o Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde (CEPS), credenciado ao Sistema CEP/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS). O primeiro, gerencia o fluxo de acesso aos dados da SES/RS e emissão do Termo de Anuência Institucional (TAI) para a pesquisa científica, conforme a Portaria SES/RS Nº 334/2019. O CEPS da ESP/SES/RS é um colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade, contribuindo no desenvolvimento da pesquisa institucional dentro de padrões éticos.

A 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 cursos de livre oferta abertos à comunidade, na modalidade presencial e na modalidade em EaD, caracterizada pela capacidade de oferta descentralizada das atividades formativas, por intermédio dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC). Os demais cursos de qualificação ocorrem em parceria com os departamentos e assessorias da SES/RS, municípios, instituições de ensino superior, técnico e tecnológico, e tem como prioridade o curso de Formação de Cuidador de Idosos.

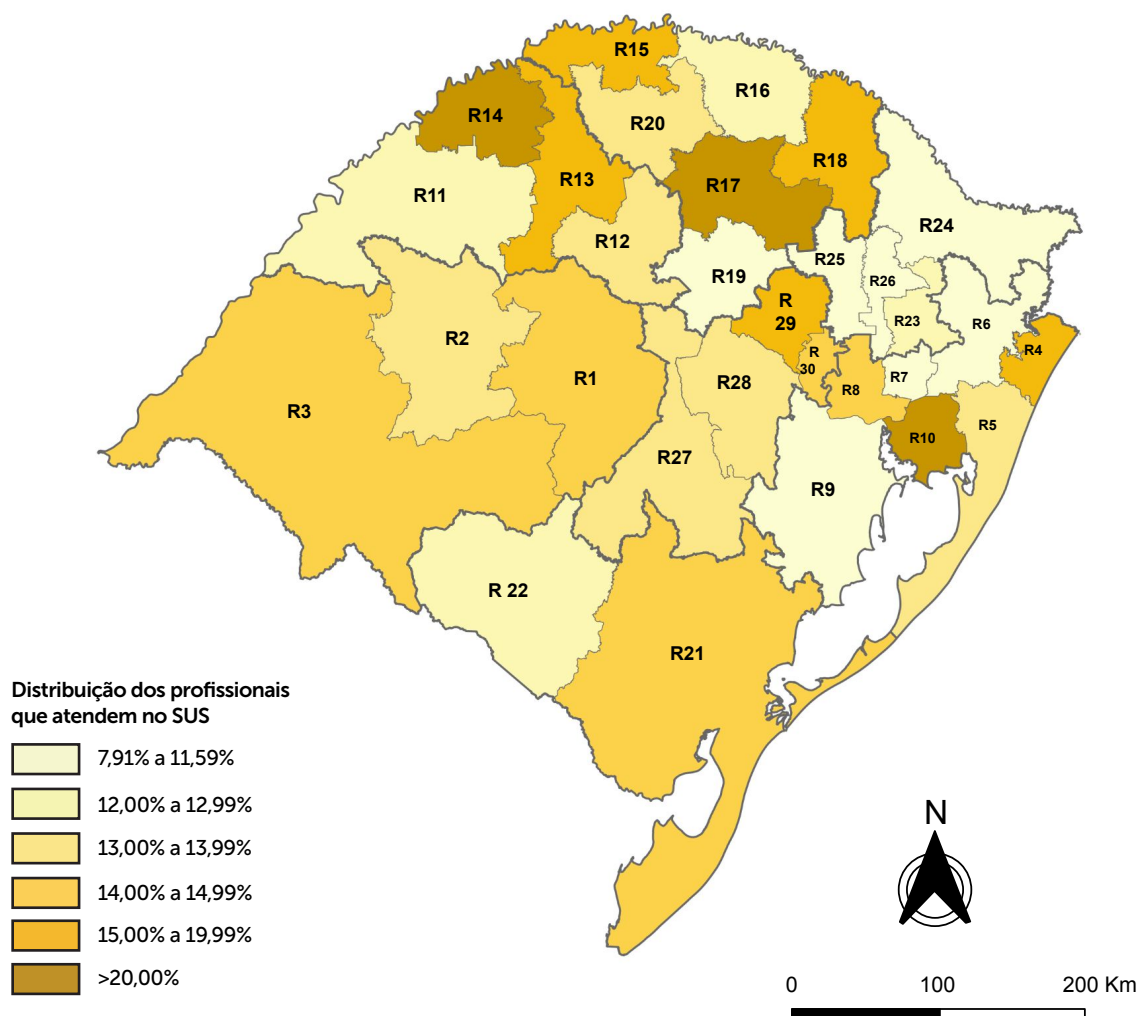
Nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) existem os NURESC, instituídos pela Portaria SES/RS Nº 39/2000 e regulamentados pela Resolução CIB/RS Nº 590/2013, como instâncias descentralizadas da ESP/SES/RS, que implementam ações de educação em saúde no interior do estado com vistas à ampliação e ao fortalecimento dos 123 Núcleos Municipais. 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, organizada por meio 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, Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) e Intercâmbios de Educação em Saúde Coletiva.

A partir da instituição das ações afirmativas, será fundamental avançar na consolidação do Núcleo Intersectorial de Ações Afirmativas previsto, uma vez que, além de garantir o acesso a estudantes cotistas, se fazem necessárias medidas para permanência dos mesmos. Observa-se também a importância de que tais medidas reverberem nos programas político-pedagógicos e estrutura curricular dos cursos oferecidos.

4.7 GESTÃO DO TRABALHO

Conforme os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), referente ao mês de fevereiro de 2023, a força de trabalho no estado do RS era composta de 220.691 trabalhadores no SUS, sendo que, destes, 173.073 (78,42%) atendiam por meio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e os demais na saúde suplementar e complementar. A distribuição desses trabalhadores que atendem as ASPS nas Regiões de Saúde pode ser observada na **Figura 116**.

Figura 116. Distribuição dos trabalhadores que atuam nas ASPS (1.000 habitantes), por Região de Saúde, RS, fevereiro de 2023.

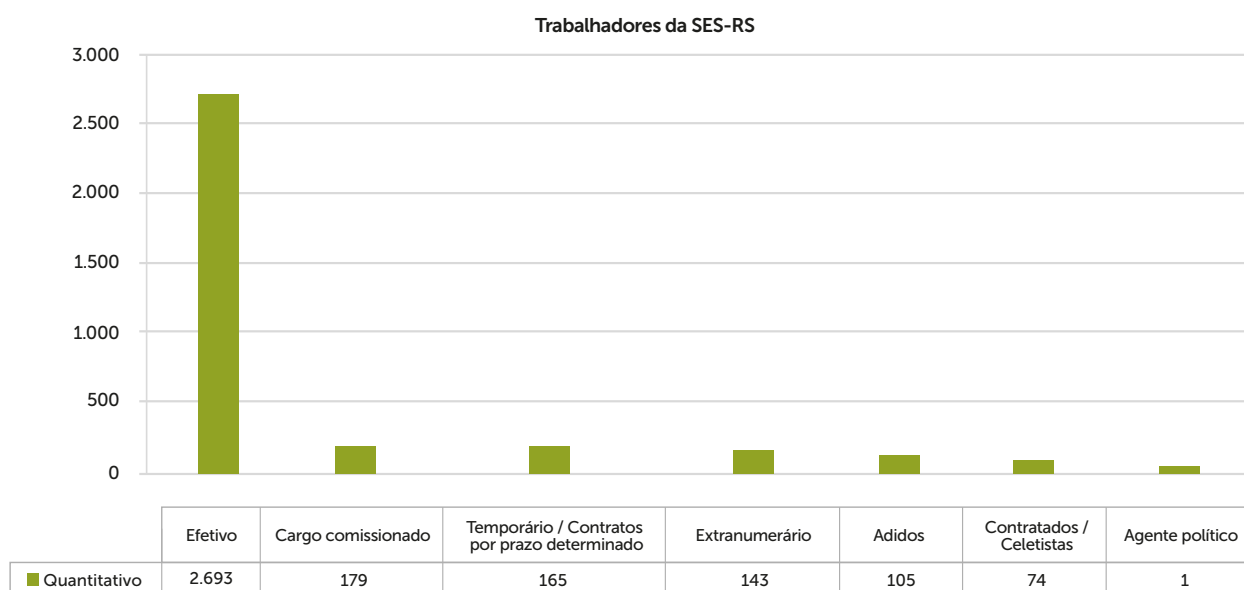


Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/Ministério da Saúde; Estimativas Populacionais/Departamento de Economia e Estatística (DEE)/Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão do Estado do Rio Grande do Sul (SPGG)/RS. Acesso em: 04/04/2023.

No estado do RS, a taxa de trabalhadores que atuam nas ASPS no mês de fevereiro de 2023 era de 15,09/1.000 habitantes, sendo que apenas oito Regiões de Saúde tiveram taxas maior que o estado. As três Regiões de Saúde com a maior taxa, por 1.000 habitantes, foram a R14 (23,12), seguida da R10 (21,01) e R17 (20,67). As três Regiões de Saúde com as menores taxas foram a R7 (7,91), R25 (9,38) e R26 (10,37) - sendo as duas últimas da Macrorregião de Saúde Serra.

A execução de uma Gestão de Trabalho estratégica, que subsidie a tomada de decisão na SES/RS, tem se mostrado fundamental para uma gestão estadual do SUS voltada à oferta de serviços com mais eficiência e eficácia aos usuários. Para isso, no ano de 2023, a SES/RS passou a contar com um Departamento de Gestão de Pessoas (DGP), responsável na construção, junto com os demais departamentos e assessorias, de estratégias para a gestão do desempenho, desenvolvimento e saúde dos trabalhadores da SES/RS. Para uma melhor compreensão a respeito dos profissionais do SUS que desempenham atividades na SES/RS, seguem informações sobre esses trabalhadores.

Figura 117. Recursos Humanos, por vínculo empregatício, SES/RS, 2022.



Fonte: Departamento Administrativo (DA)/SES/RS. Acesso em 08/03/2023.

Para um melhor entendimento da **Figura 117**, os trabalhadores com provimento efetivo e comissionado são servidores públicos legalmente investidos em cargo público, que, por sua vez, são criados por lei, em número certo, com denominação própria, consistindo em conjunto de atribuições e responsabilidades, mediante retribuição pecuniária paga pelos cofres públicos e regidos pela Lei Complementar nº 10.098/1994, que dispõe sobre o Estatuto e Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Civis do Estado do RS. Os contratados por prazo determinado (ou temporários) têm a finalidade de atender a necessidade temporária de excepcional interesse público. Com relação ao extranumerário, estes são aqueles que entraram na SES/RS antes

de 1988 como contratados e puderam escolher entre a transposição, a partir de 01/01/1994, para quadro pessoal do estado como efetivos ou seguir como celetistas - sendo considerado extinto o respectivo contrato individual de trabalho, segundo o art. 277 da Lei Complementar 10.098/1994. Adidos são provenientes de outros órgãos e regidos pelo regime previdenciário de origem. Celetista é aquele cujo vínculo empregatício é regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) brasileira. Agente político, no caso da SES/RS, refere-se a quem ocupa o cargo de Secretário(a) Estadual de Saúde.

Os dados e análises apresentados a seguir excluem os trabalhadores cedidos, terceirizados (cuja contratação dá-se principalmente para funções que exigem nível de escolaridade de ensino fundamental, considerando a extinção desses cargos, conforme a Lei estadual nº 13.417/2010), estagiários, residentes, prestadores de serviços (que se efetiva mediante Termo de Cooperação firmado entre o Estado e a Organização Pan-Americana da Saúde, com interveniência do Ministério da Saúde/Brasil e com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) e bolsistas, pois as informações a respeito dessas categorias estão indisponíveis no RHE, não sendo permitido aos técnicos da SES/RS correção ou atualização dos dados apresentados.

TELETRABALHO

No âmbito estadual, o regime especial de teletrabalho foi autorizado, a critério da Administração, na forma prevista na Lei Complementar nº 15.450/2020, e regulamentado pelo Decreto Estadual nº 56.536/2022. Já no âmbito da SES/RS, as Instruções Normativas nº 01/2022 e nº 01/2023 instituíram orientações, critérios e procedimentos complementares às disposições já previstas no Decreto, aplicável aos servidores em exercício na SES/RS. Dentre as impossibilidades de adesão ao regime de teletrabalho estão: Diretores, Coordenadores e Coordenadores das CRSs e as Chefias de Divisão, bem como os demais servidores detentores de Função Gratificada e Cargos em Comissão, Estágio Probatório, lotação em hospitais, ambulatórios, Departamento de Sangue e Hemoderivados e hemocentros. O monitoramento e a avaliação do teletrabalho na SES/RS são da responsabilidade do Comitê de Avaliação do Teletrabalho, instituído pela Portaria SES/RS nº 564/2022.

COMPOSIÇÃO POR TEMPO DE SERVIÇO PÚBLICO

Com relação ao tempo de serviço, é possível identificar que 13% dos trabalhadores estavam exercendo suas atividades até um ano; 7,9% entre um ano e um dia até cinco anos; 8,8% entre cinco anos e um dia até 10 anos; e 17,6% entre 10 anos e um dia até 20 anos. Ademais, 28,6% dos trabalhadores estão exercendo suas atividades há mais de 20 anos no serviço público e 24,2% estão acima de 30 anos, o que pode vir a representar, em um futuro próximo, um grande quantitativo de vacâncias por aposentadoria, fazendo com que o serviço fique desassistido ou ocorra sobrecarga para os profissionais que permaneçam. Assim, faz-se necessário uma gestão estratégica da gestão de pessoas com a finalidade de que não haja prejuízos aos serviços ofertados, bem como aos trabalhadores da SES/RS.

SÉRIE HISTÓRICA DE VACÂNCIAS

O maior quantitativo de vacâncias totais ocorreu em 2020 (**Tabela 51**). Vale ressaltar que o aumento do número de aposentadorias do referido ano pode ser justificado pela aprovação da Reforma da Previdência Social, ocorrida em novembro de 2019, no âmbito federal, por meio da Emenda Constitucional 103/2019 e em dezembro de 2019, no estado do RS, pela Lei Complementar Nº 15.429/2019.

Tabela 51. Série histórica de vacâncias, SES/RS, 2018-2022.

Forma de vacância	Ano				
	2018	2019	2020	2021	2022
Aposentados	139	210	350	114	118
Retorno origem	40	53	6	27	18
Dispensa (a pedido e término de contrato)	40	15	44	44	38
Exoneração (a pedido)	90	72	44	53	44
Demissão	2	0	0	0	1
Falecimento	12	6	18	11	6
Total	323	356	462	249	224

Fonte: DA/SES/RS. Acesso em: 14/03/2023.

INGRESSO DE SERVIDORES EFETIVOS NA SES/RS

O último concurso público para provimento de vagas efetivas na SES/RS ocorreu em 2021, por meio dos editais 15/2021 e 19/2021, publicados quando ainda não estava em vigor o Decreto Nº 56.229/2021. Esse Decreto trata da reserva de vagas de ação afirmativa nos concursos públicos do Poder Executivo do RS para pessoas com deficiência, pessoas trans, pessoas negras e pessoas integrantes dos povos indígenas, para o provimento de cargos efetivos e empregos públicos, bem como nos processos seletivos para a contratação por tempo determinado para atender necessidade temporária de excepcional interesse público no âmbito dos órgãos e entidades integrantes da administração pública direta e indireta do Poder Executivo. Cabe destacar que a realização de concurso público constava como meta no PES 2020-2023, bem como Projeto Estratégico da SES/RS.

COMPOSIÇÃO DE SERVIDORES, CONSIDERANDO OS QUESITOS DE RAÇA/COR E DE DEFICIÊNCIA

De acordo com o RHE/RS, os servidores da SES/RS se autodeclararam da seguinte forma em relação raça/cor: 45,90% branca, 6,76% parda, 5,66% preta, 0,05% indígena e 41,60% não declarado. Tais dados demonstram a necessidade de qualificação dessa informação.

Em relação ao quantitativo de servidores com deficiência, de acordo com o RHE/RS, 0,41% dos trabalhadores possuem deficiência, dividindo-se em pessoas com deficiência física (0,18%), com deficiência visual (0,14%) e com deficiência auditiva (0,09%).

Se considerarmos o ingresso de servidores pelos concursos públicos da SES/RS de 2021-2022, por meio da reserva de vagas para pessoas negras e pessoas com deficiência, foram 344 ingressos pelo acesso universal, 11 pela reserva de vagas para pessoas negras e uma (1) pela reserva de vagas para pessoas com deficiência. Ou seja, o impacto das políticas de ações afirmativas ainda é muito pequeno na totalidade de nomeações.

COMPOSIÇÃO POR SEXO, FAIXA ETÁRIA E NÍVEL DE ESCOLARIDADE

A composição dos trabalhadores por sexo na SES/RS é predominantemente feminina, sendo 70,01% do sexo feminino e 29,99% do sexo masculino. Quanto à distribuição por faixa etária, 41,43% representam os trabalhadores entre 46 a 60 anos, seguido de 32,81% entre 31 a 45 anos, 20,35% estão acima de 61 anos e 5,39% estão na faixa dos 18 a 30 anos. Em relação ao nível de escolaridade, é possível identificar que a maioria dos trabalhadores possuem nível superior (35,22%), além de formações em pós-graduações, sendo 25,56% com especializações, 9,7% mestrado e 3,44% doutorado. Os trabalhadores que possuem nível médio representam 22,28%, seguidos de 3,8% com nível fundamental (DA/SES/RS, dados extraídos em 08/03/2023).

GESTÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAS NA SES/RS

A Seção de Avaliação, Desenvolvimento e Dimensionamento de Pessoal (SADDP), vinculada ao Departamento de Gestão de Pessoas, foi instituída pela Portaria SES nº 1.099/2022. A SADDP é responsável pelo aprimoramento técnico, pessoal e interpessoal dos trabalhadores, tendo como eixos norteadores: os processos de avaliação, de desenvolvimento e de dimensionamento de pessoal.

Para o eixo Avaliação, o estado do RS conta com a Jornada de Gestão do Desempenho e Desenvolvimento de Pessoas, que já teve uma versão piloto realizada pela SPGG/RS em 2022. Esta Jornada é composta pela análise de competências e de desempenho, por meio de duas dimensões: a institucional, a partir do atingimento de metas coletivas; e a individual, considerando a análise de competências de cada servidor e gerando um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) dos agentes públicos.

O eixo Desenvolvimento visa implementar estratégias de educação permanente e de ações de desenvolvimento dos trabalhadores de maneira individual e coletiva. Por meio do acompanhamento funcional, do assessoramento de gestores e do desenvolvimento de equipes e integração dos trabalhadores, busca-se alinhar as ações às metas institucionais, promovendo melhor eficiência nos processos de trabalho.

Tendo em vista a necessidade da instituição em organizar o quantitativo de trabalhadores à demanda apresentada para cada serviço, o eixo Dimensionamento torna-se essencial para identificar as necessidades de aproveitamento da força de trabalho, atentando para o perfil do profissional, às atribuições do cargo e à necessidade da SES/RS. Os resultados apontados pelo dimensionamento de pessoal possibilitam um melhor planejamento para a alocação dos servidores, bem como de um próximo concurso público da SES/RS.

Destaca-se que, desde 2013, a SES/RS conta com Núcleos de Saúde do Servidor (PROSER), criado pela Portaria SES/RS N^o 494/2013, e teve seu regimento interno publicado na Portaria SES/RS N^o 552/2017, contando com núcleos presentes no Departamento de Gestão de Pessoas, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital Sanatório Partenon, e nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) 9^a, 12^a, 14^a. São constituídos por equipe multidisciplinar e têm por finalidade coordenar e integrar ações voltadas à construção de uma organização do trabalho que seja produtora de saúde, ações estas responsáveis no planejamento e execução de ações de promoção, prevenção e cuidado aos trabalhadores da instituição. As principais ações desenvolvidas são: o sistema de monitoramento das condições de saúde dos trabalhadores da SES/RS e ações de enfrentamento à violência no trabalho.

MONITORAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS TRABALHADORES

Desde o ano de 2021, o Programa de Saúde do Servidor (PROSER), vinculado ao Departamento de Gestão Pessoas/SES/RS é responsável pelo gerenciamento do Sistema de Monitoramento das Condições de Saúde dos Trabalhadores, com o intuito de propor ações voltadas à saúde dos trabalhadores. O sistema é composto por entrevistas de saúde e demais informações dos servidores disponíveis no RHE/RS. A entrevista consiste em um questionário on-line respondido de forma anônima, enviado anualmente por e-mail institucional. Esta tem o objetivo de coletar informações demográficas, hábitos de vida, histórico de saúde, sintomas gerais, uso das tecnologias do trabalho e saúde no trabalho. As respostas não são divulgadas e servem para planejar ações com vistas a melhorar a qualidade de vida nas atividades laborais e nas relações interpessoais.

ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA NO TRABALHO

No ano de 2018, a SES/RS publicou a Portaria N^o 1.079/2018, que estabelece o Fluxo nos Casos de Denúncias de Violência no Trabalho no âmbito da Secretaria. Em 2020, foi instituída uma Comissão Interna (Portaria SES/RS N^o 79/2020) para construir e monitorar continuamente o Plano de Enfrentamento aos Diversos Tipos de Violência Relacionado ao Trabalho (Portaria SES/RS N^o 884/2021). Em 2023, o plano passou por ajustes com a finalidade de um maior alcance de suas ações. A partir destas publicações, percebe-se um crescimento na busca por acolhimentos com essa demanda. Nesse sentido, ações voltadas à saúde dos trabalhadores que se propõem a debater as relações no trabalho e o enfrentamento à violência têm sido implementadas, como capacitação de gestores, rodas de conversa e divulgação de materiais informativos.

4.8 FINANCIAMENTO

RESPONSABILIDADE NO FINANCIAMENTO E APLICAÇÃO MÍNIMA ANUAL EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE - ASPS

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 deixou, de forma explícita em seu artigo 198, parágrafo 1º, a responsabilidade das três esferas de governo no financiamento da Saúde no Brasil, por meio dos orçamentos da seguridade social. Tal financiamento visa garantir o direito da população ao Sistema Único de Saúde, de modo a reduzir o risco de doenças e de outros agravos e promover acesso universal e igualitário aos seus serviços. O valor mínimo que cada ente federativo deve investir em Saúde está determinado na Lei Complementar nº 141/2012. Para os estados, o percentual mínimo de aplicação é de 12%. Portanto, esse percentual deverá ser o quociente mínimo da divisão das despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) com a receita de impostos e transferências constitucionais e legais no estado. A seguir apresenta-se os valores e percentual aplicado em Saúde no período de 2019 a 2022, pelo estado do RS.

Tabela 52. Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde, RS, 2019-2022.

Ano de apuração	Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais	Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS	Percentual aplicado em Saúde
2019	R\$ 34.905.052.733,93	R\$ 4.241.872.518,09	12,15%
2020	R\$ 35.389.847.126,49	R\$ 4.298.536.130,31	12,14%
2021	R\$ 45.067.066.337,10	R\$ 5.495.684.015,31	12,19%
2022	R\$ 43.141.699.371,48	R\$ 5.245.733.166,45	12,15%

Fonte: Sistemas de Informações e Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Acesso em março de 2023.

DESPESAS POR SUBFUNÇÃO

As despesas recebem várias classificações orçamentárias de modo a demonstrar características específicas da finalidade a que foram destinadas. Na área da Saúde, podemos identificá-las quando estão classificadas por Subfunção. São subfunções: a Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária e Epidemiológica (exclusivas da Função Saúde) e Administração Geral (tipo de subfunção pertencente a todas as áreas, pois diz respeito a gastos próprios de gestão).

PROGRAMA AVANÇAR

Neste período de reformas e adesão ao Regime de Recuperação Fiscal (RRF), foi possível retomar a capacidade de investimento na estruturação dos serviços de Saúde, na execução de obras e aquisição de equipamentos, na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e Assistência Farmacêutica, por meio do Programa Avançar na Saúde. Avançar na Saúde é um Programa transversal que envolve iniciativas para acelerar o crescimento

econômico e incrementar a qualidade da prestação de serviços à população. Faz parte do Avançar para as Pessoas, que reúne ações com foco na prestação de serviços públicos nas áreas de saúde, educação, ação social, segurança e cultura. Entre 2021 e 2022, foram investidos R\$ 537.036.102,39 por meio deste Programa, executados pela SES/RS.

POLÍTICA DE INCENTIVOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Em 2021, foram revisados os critérios de habilitação e recalculados os incentivos para Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no estado, de modo a garantir um financiamento adequado e equânime nestes níveis de atenção. Foram criados o PIAPS, que é o Programa de Incentivos da Atenção Primária à Saúde e o ASSISTIR, o Programa de Incentivos da Atenção Especializada. O primeiro, veio substituir e qualificar o antigo PIES (Política Estadual de Incentivos da Atenção Básica) e o segundo, os diversos incentivos hospitalares, com diferentes nomenclaturas e critérios de habilitação. Desde que foram criados (2021), já foram repassados aos municípios R\$ 365.816.054,65 de Incentivos PIAPS e R\$ 1.360.305.730,29 em Incentivos ASSISTIR.

NOTA FISCAL GAÚCHA

O Programa de Cidadania Fiscal – Nota Fiscal Gaúcha (NFG) da Secretaria da Fazenda (SEFAZ/RS), atua por meio das áreas da Saúde, Assistência Social, Educação e Defesa e Proteção dos animais. 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.

Por intermédio do Nota Fiscal Gaúcha, 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.

Em janeiro de 2021, foi instituído o *Receita Certa*, uma modalidade de *cashback* aos cidadãos cadastrados no Programa. Ela prevê que o cidadão consumidor receba parte do imposto de volta sempre que houver aumento real da arrecadação do ICMS do varejo, independente de sorteio. De 2020 a 2022, houve um acréscimo importante de recursos destinados às entidades beneficiadas na área da saúde, passando de R\$ 4.852.517,45 de dotação orçamentária para R\$ 6 milhões.

PROGRAMA ESTADUAL DE INCENTIVO HOSPITALAR – ASSISTIR

O RS tem como prática a suplementação de recursos estaduais, no formato de incentivos, para aporte de recursos aos hospitais prestadores de serviço ao SUS. No entanto, a forma adotada para aporte destes recursos era bastante complexa devido ao número de incentivos distribuídos, com critérios muitas vezes frágeis, e de difícil monitoramento, ora por portaria, ora por resolução CIB/RS. Este fato exigiu que a SES/RS estabelecesse uma metodologia que fosse capaz de concentrar todos os incentivos e distribuí-los observando critérios técnicos e resolutivos para a saúde da população, de acordo com a capacidade instalada de cada instituição e as necessidades regionais de saúde.

O Programa de Incentivo Hospitalar ASSISTIR foi instituído por meio do Decreto Estadual N^o 56.015/2021 e regulamentado mediante Portaria SES/RS N^o 537/2021, destinado ao fomento de ações e de serviços de saúde nos hospitais contratualizados para prestação de serviços no Sistema Único de Saúde (SUS).

A nova distribuição de recursos referente aos incentivos estaduais foi realizada objetivando uma divisão mais equânime e transparente, baseada em critérios prioritários, indicadores epidemiológicos e amplamente discutida pelos grupos técnicos da SES/RS e também pelas instituições e representações envolvidas, conforme a Portaria SES/RS N^o 276/2019 e suas atualizações, que designou a “Comissão Técnica para análise e proposições referentes a Incentivos Financeiros Estaduais a prestadores de Serviços Hospitalares ao SUS”, com a participação da Federação das Santas Casas e da Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Rio Grande do Sul (FEHOSUL); dos hospitais públicos municipais e dos municípios. Isso ocorreu por meio do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS) e da Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS), visando qualificar e facilitar o acesso da população gaúcha.

A necessidade de instituir critérios objetivos, técnicos e isonômicos para distribuição dos valores referentes aos incentivos estaduais, criados por meio do ASSISTIR, foi também para atender apontamentos de órgãos de controle, em especial quanto ao repasse previsto na Resolução CIB/RS N^o 122/2013 (revogada pela Resolução CIB/RS N^o 05/2021), que correspondia a 48,5% do valor financeiro total dos recursos estaduais alocados para os incentivos hospitalares para apenas 7,66% dos hospitais que atendiam pelo SUS no estado, sem que houvesse demonstração transparente da produção ou da entrega de serviços ao cidadão.

A metodologia para alocação dos recursos dos incentivos hospitalares tem como regra primária a prestação de serviços prioritários à população de acordo com indicadores de saúde, sempre observando critérios técnicos e o cenário epidemiológico, sendo fundamentada em quatro pilares indissociáveis: o Tipo de Serviço (TS), a Unidade de Incentivo Hospitalar (UIH), o Peso e a Unidade de Referência (UR). E, para os tipos de serviços com especificidades que também impactam para a boa performance da rede, criou-se o Suplementar Diferencial.

Os TS eleitos foram identificados como prioritários à população gaúcha e foram agrupados de acordo com as linhas de cuidado de cada tipo: Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR); Ambulatório de Especialidades Clínicas e Cirúrgicas e Ambulatório de Especialidades Prioritárias; Ambulatório de Condições Crônicas para Adultos e Pessoas Idosas; Ambulatório de Egresso de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal; Hospitais de Pequeno Porte; Leitos de Saúde Mental; Leitos de Saúde Prisional; Leitos de UTI e Unidade de Cuidado Intermediário (UCI); Maternidade de Alto Risco; Maternidade de Risco Habitual; Exames e Procedimentos Ambulatoriais de Diagnóstico realizados nas Unidades Oncológicas; Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e Emergência; Centro de Referência ao Atendimento Infante Juvenil (CRAI). O Valor do Incentivo para o Tipo de Serviço (VITS) habilitado é calculado a partir da multiplicação dos seguintes fatores: Unidade de Incentivo Hospitalar (UIH), Peso e Unidade de Referência (UR), operação representada pela seguinte fórmula: $VITS \text{ anual} = UIH \times \text{Peso} \times UR$. O valor da UIH é o valor monetário, medido em reais, determinado no Decreto Estadual n^o 56.016/2021, para fins de formação do valor financeiro final do incentivo. Os TS, peso e UR são fixados no Anexo I da

Portaria SES/RS nº 537/2021, que regulamenta o Decreto nº 56.015/2021, que, por sua vez, institui o programa. Peso é um número atribuído pela gestão estadual que pondera a distribuição do recurso considerando a importância, a essencialidade e a qualificação de cada tipo de serviço. A UR é a base de cálculo que considera critérios para cada TS. Os critérios podem ser: produção, como por exemplo nos ambulatórios de especialidades prioritários; número de leitos, como na Saúde Mental; ou complexidade do serviço, como no caso da maternidade de alto risco. O hospital poderá ter mais de um VITS, a depender da quantidade dos tipos de serviços prestados e contemplados no programa.

Determinados TS recebem um percentual adicional, denominado Suplementar Diferencial (SD), para serviços que contemplem a integralidade da linha de cuidado ou serviços de áreas estratégicas para garantir as referências macrorregionais de saúde. Atualmente, os SD descritos na Portaria SES/RS nº 537/2021 são os seguintes: Ambulatório da Pessoa com Deficiência; Atendimento de Urgência e Emergência de Casos Agudos em Hematologia; Formação RAPS Escola; Hospital Público com até 99 leitos e Hospital Público com mais de 100 leitos; Internação de Criança e Adolescente em Saúde Mental; Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral; Maternidade Completa; Pronto Socorro; Transplantes.

Para o cálculo do valor do incentivo com o suplementar diferencial se utiliza a seguinte fórmula: Valor do Incentivo (VITS) X % de cada suplementar estabelecido em portaria. O valor final do incentivo do ASSISTIR devido a cada hospital corresponde à soma dos VITS e, quando houver, do SD.

A implantação do Programa ASSISTIR passou por um período de transição. Algumas Instituições tiveram acréscimo e outras decréscimo em relação aos incentivos que recebiam. Essa transição visava manter o equilíbrio financeiro dos recursos públicos. A transição dos prestadores com acréscimo terminou em junho de 2022 e dos prestadores com decréscimo foi prorrogada algumas vezes e iniciou em julho de 2022, com redução parcial do valor total que deveria ser deduzido.

A fiscalização das metas e critérios do ASSISTIR é realizada pelas Comissões de Acompanhamento de Contratos (CAC), conforme critérios descritos na Portaria SES/RS nº 537/2021. A implantação do programa ASSISTIR proporcionou um aumento de serviços, gerando mais acesso à população, aumento de consultas, cirurgias e exames, bem como a distribuição transparente e equânime, com critérios transparentes, objetivo principal do programa.

LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE TETO MAC

O financiamento do SUS é uma responsabilidade tripartite, cabendo ao Estado e aos Municípios gerenciar os recursos financeiros. A SES/RS gerencia, como gestor público dos serviços SUS, o recurso do Teto MAC destinado ao financiamento das ações em saúde dos prestadores sob sua gestão, ou seja, os prestadores de saúde SUS contratualizados com a SES/RS. O recurso do Teto MAC é gerenciado pelo gestor municipal para atender os prestadores de serviços com ele contratualizado. O Ministério da Saúde avalia o recurso disponibilizado ao estado do RS na sua globalidade. No entanto, numa avaliação por gestor, é possível observar a relação do financiamento Teto MAC frente à produção dos serviços hospitalares e ambulatoriais, identificando se é suficiente ou não para a cobertura dos serviços prestados.

Nessa análise há gestores que necessitam aportar recursos próprios para essa cobertura, enquanto outros, a oferta dos serviços é menor valor destinado para financiamento do Teto MAC.

A Contratualização da rede hospitalar é regida pela Portaria de Consolidação nº 02/2017, no Capítulo II - Das Políticas de Organização da Atenção à Saúde, Anexo XXIV estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), na qual estabelece as diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS.

A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e os hospitais integrantes da rede do SUS por meio de compromissos estabelecidos entre as partes, proporcionando a qualificação da assistência e da gestão hospitalar, assim como a transparência aos órgãos de controle. Pressupõe a definição de demandas e objetivos, metas qualitativas e quantitativas, obrigações e responsabilidades de cada parte envolvida, bem como a definição de critérios e instrumentos de monitoramento e avaliação de resultados.

As pactuações de ações e serviços de saúde iniciam-se em nível regional, na qual a Coordenadoria Regional de Saúde, o gestor municipal do SUS e representante do hospital, pactuam as metas quantitativas dos procedimentos, com base na série histórica dos últimos doze meses, conforme perfil assistencial do hospital, infraestrutura tecnológica, capacidade instalada, necessidades e parâmetros de saúde.

Os recursos das ações e serviços contratados estão contemplados no Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, no grupo da Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (Teto MAC). Atualmente na SES/RS, os hospitais possuem minuta contratual padronizada, com pagamento no modelo de orçamentação parcial, no qual os procedimentos de média complexidade são pagos de maneira pré-fixada e os com financiamento de alta complexidade e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) são pagos de maneira pós-fixada.

Isso traz como vantagens a possibilidade de programação orçamentária e financeira, facilita os processos de avaliação, controle, regulação dos serviços, transparência na relação gestores do SUS/hospitais, contextualização da instituição nas redes de serviços de saúde e ampliação do controle social. Quanto ao monitoramento e avaliação, conforme a Portaria de Consolidação nº 02/2017, Anexo 2, do Anexo XXIV, o ente contratante instituirá a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, na qual monitorará a execução das ações e serviços de saúde pactuados no documento descritivo, assim como nas cláusulas contratuais. Em nível estadual, a Portaria SES/RS nº 378/2022 instituiu o Regimento das Comissões de Acompanhamento dos Contratos (CACs) e estabeleceu as regras para a fiscalização dos contratos de prestação de serviços hospitalares celebrados pela gestão estadual do SUS e apuração de irregularidades contratuais.

A CAC avalia as instituições com a finalidade de acompanhar o desempenho da execução dos contratos pelos prestadores de saúde contratualizados. A avaliação das

metas é realizada com base na totalidade da meta anual dos quantitativos contratados do componente pré-fixado ambulatorial e hospitalar estabelecidos no contrato, sendo avaliados em blocos distintos, ou seja, os procedimentos da área hospitalar avaliados em separado dos procedimentos da área ambulatorial.

Os hospitais que recebem o incentivo do ASSISTIR também têm avaliados os tipos de serviços habilitados por meio do Relatório Padrão de Monitoramento e Avaliação do ASSISTIR pelas CACs.

PROGRAMA ESTADUAL DE INCENTIVOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O PIAPS consiste no repasse de recursos financeiros aos municípios, para fins de manutenção e estruturação (custeio e investimento) dos respectivos serviços e ações de saúde que fortaleçam e qualifiquem o processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito municipal. Implementado pelo Decreto estadual nº 56.061, de 29 de agosto de 2021, tendo na Portaria SES/RS nº 360/2023 seus critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro, detalhado em cinco componentes: Sociodemográfico, Incentivo para equipes de APS, incentivo à Promoção da Equidade em Saúde, incentivo ao Primeira Infância Melhor (PIM) e estratégico de incentivo à qualificação da APS-Rede Bem Cuidar RS.

O Componente Sociodemográfico contempla um valor financeiro anual correspondente de R\$ 105.000.000,00 (cento e cinco milhões de reais) que são repassados a todos os municípios de acordo com critérios de rateio presentes na Portaria SES/RS nº 360/2023. O Componente de Incentivo Para equipes da Atenção Primária à Saúde possui um recurso anual de R\$146.788.000,00 (cento e quarenta e seis milhões setecentos e oitenta e oito mil reais). Visando à indução de processos que qualifiquem o trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP) e equipes de Saúde Bucal (eSB), foram criados cinco indicadores que são monitorados semestralmente e que possuem, cada um, 5% do valor total do incentivo recebido pelos municípios vinculados ao seu desempenho. Em relação ao componente de incentivo à promoção da equidade em saúde, este componente possui valor anual de R\$8.500.000,00 (oito milhões e quinhentos mil reais). Os municípios contemplados devem apresentar planos de utilização do recurso, com o objetivo de qualificar a atenção à saúde das populações quilombola e indígena, assim como, estimular o enfrentamento do preconceito, da discriminação, do racismo, do racismo institucional e da xenofobia contra populações específicas. O componente de incentivo ao Primeira Infância Melhor possui valor financeiro anual do programa de R\$26.624.000,00 (vinte e seis milhões, seiscentos e vinte e quatro mil reais) auxiliando a ampliação da cobertura da política no estado. Por fim, o componente estratégico de incentivo à qualificação da Atenção Primária à Saúde apresenta a Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS). A estratégia RBC/RS é uma rede potencializadora da qualificação da Atenção Básica no estado. O recurso financeiro anual do componente é de R\$41.088.000,00 (quarenta e um milhões e oitenta e oito mil reais). Os municípios aderidos ao programa devem atender a critérios de adesão e passam a receber R\$8.000,00 (oito mil reais) mensais.

4.9 CONSÓRCIOS PÚBLICOS

Os consórcios públicos são regulamentados pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, - Art. 101-A, que dispõe sobre as diretrizes e os aspectos operacionais aplicáveis no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No estado do RS, esses serviços são norteados e remunerados por meio das Resoluções CIB/RS Nº 654/2012 e Nº 129/2013, com a finalidade de suprir necessidades assistenciais de atenção secundária e terciária para procedimentos de média complexidade, nos quais a oferta de serviços especializados pelo SUS não se faz presente ou é insuficiente. A remuneração se dá em forma de incentivo estadual com base na estimativa limitante à produção aprovada, no valor de R\$ 3,00 habitante/ano, calculado sobre a população de abrangência da mesma, com valores da Tabela SUS. São credenciados com o estado 11 (onze) consórcios, conforme **Quadro 26**.

Quadro 26. Consórcios públicos financiados pela SES/RS, RS, fevereiro de 2023.

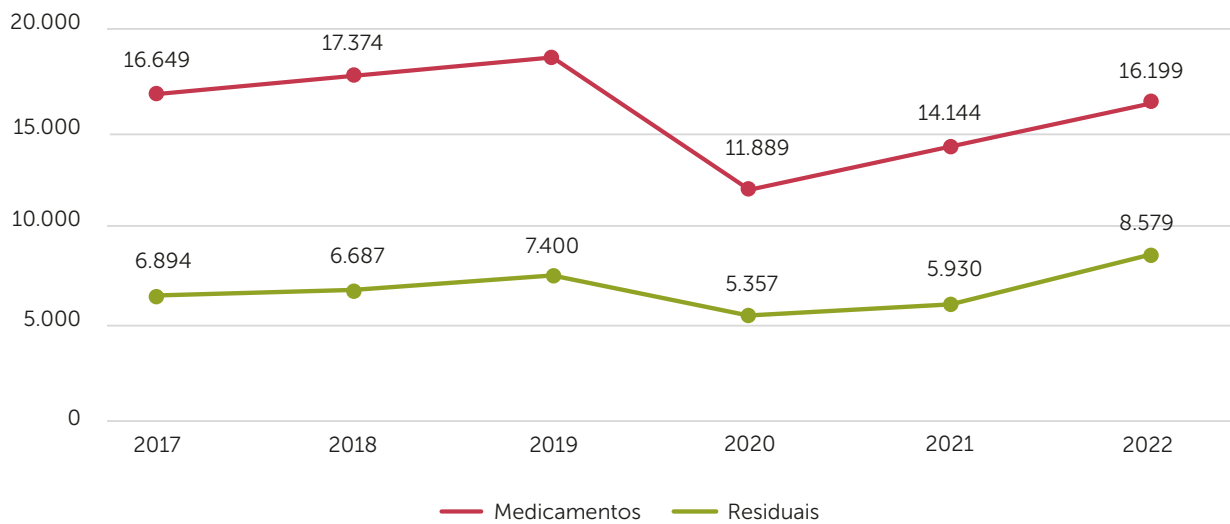
Município Sede	CNES	Nome fantasia	Tipo de Estabelecimento	Nº de municípios
Ibirubá	6489249	Consórcio de Desenvolvimento Intermunicipal dos Municípios do Alto Jacuí e Alto da Serra do Botucarai (COMAJA)	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT)	29
Ijuí	2260492	Consórcio Intermunicipal Saúde do noroeste do Estado do RGS (CISA)	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT)	36
Palmeira das Missões	6243762	Consórcio de Saúde Intermunicipal (CONSIM)	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT)	15
Rodeio Bonito	6310885	Consorcio Intermunicipal do Alto Uruguai (CIMAUI)	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT)	28
Sananduva	7608780	Consórcio Intermunicipal da Região Nordeste (CIRENOR)	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT)	17
Santa Cruz do Sul	5554217	Consórcio Intermunicipal Serviços do Vale do Rio Pardo (CISVALE)	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT)	14
Santa Maria	3996999	Consórcio Intermunicipal da Região Centro do Estado RS (CIRC)	Policlínica	32
Santa Rosa	3359042	Consórcio Público da Fronteira Noroeste (COFRON)	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT)	24
Sobradinho	3746356	Consórcio Intermunicipal do Vale do Jacuí (CI JACUI)	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT)	12
Camaquã	6944647	Consórcio Intermunicipal Centro Sul (CICS)	Clínica/centro de especialidade	15
Montenegro	6560342	Consórcio Intermunicipal CIS Cai	Policlínica	22

Fonte: SES/RS.

4.10 JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE

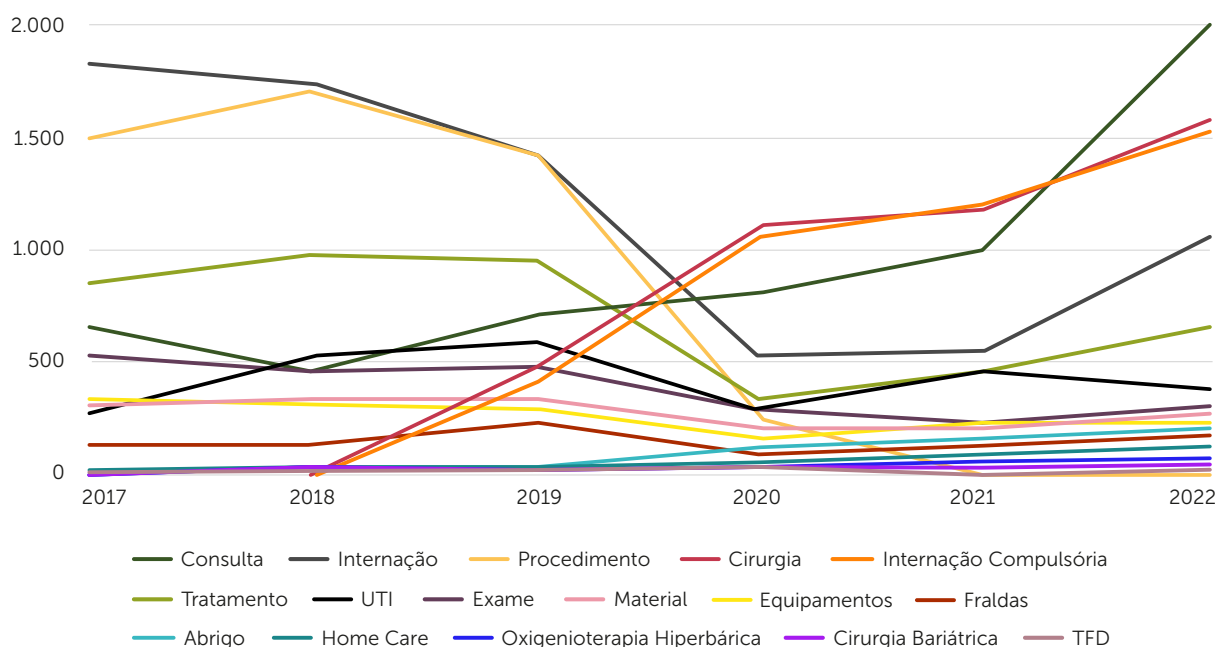
A judicialização da saúde é um fenômeno nacional que vem crescendo em todas as unidades da federação e, de forma exponencial, no estado do RS, tanto em relação ao fornecimento de medicamentos, quanto de tratamentos diversos em saúde (residuais), conforme pode ser observado nas **Figuras 118 e 119**. Observa-se que, nos anos de 2020 e 2021, houve uma queda das ações judiciais devido à pandemia do covid-19, com recuperação a partir de 2022 (**Figura 118**).

Figura 118. Evolução do quantitativo de novas ações judiciais, na Secretaria da Saúde, RS, 2017-2022.



Fonte: Núcleo de Registros Estatísticos e Processuais (NUREP)/Assessoria Jurídica/Procuradoria Setorial/PGE/RS junto à SES/RS. Acesso em: 02/03/2023.

Figura 119. Evolução do quantitativo de novas ações judiciais, por tratamentos diversos, na Secretaria da Saúde, RS, 2017-2022.



Fonte: Núcleo de Registros Estatísticos e Processuais (NUREP)/Assessoria Jurídica/Procuradoria Setorial/PGE/RS junto à SES/RS. Acesso em: 02/03/2023.

Por judicialização da saúde, entende-se o requerimento efetuado pelo cidadão ao Poder Judiciário pleiteando o fornecimento de um medicamento ou serviço de saúde que não obteve, ou não pleiteou, na via regular de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda que inicialmente o fenômeno da judicialização da saúde fosse dirigido somente ao SUS, atualmente, evidencia-se que é uma demanda que extrapola o SUS, alcançando também os Planos de Saúde privados.

A judicialização da saúde preocupa sobremaneira os gestores públicos de saúde não só pela questão da amplitude dos serviços de fornecimento de medicamentos e tratamentos diversos que requer, mas também pelas consequências trazidas para o seu encaminhamento e enfrentamento, como por exemplo, a necessidade crescente de disponibilização de recursos humanos para atender, receber e encaminhar essas ações e a alteração da logística e o alto custo financeiro envolvido no cumprimento dessas demandas judiciais, que, ainda que possam estar minimamente previstas no orçamento público, em regra, extrapolam, em muito, os montantes inicialmente planejados e deslocam recursos que poderiam ser utilizados para implantação de políticas públicas.

Tal fato pode ser observado nos gastos dispendidos pela SES/RS para atender o cumprimento de ordens judiciais somente na área de medicamentos, de forma administrativa ou mediante sequestro e bloqueio de valores, entre os anos de 2018 e 2022, que totalizou um valor de mais de dois bilhões de reais (R\$ 2.476.224.086,57). E, deste montante, 41,49% (R\$ 1.027.474.429,45) foi especificamente por sequestro e bloqueio de valores. Ademais, ressalta-se que o valor dispendido para atender determinações judiciais de medicamentos pelo estado do RS, durante o ano de 2022, foi de R\$ 356.882.134,14 (sem considerar sequestros e bloqueios). Isso corresponde a 62,4% do recurso total utilizado para aquisição de medicamentos e terapias nutricionais pelo estado no ano.

As ações judiciais de medicamentos e terapias nutricionais em sua maioria têm o estado do RS como corréu (ou seja, o estado não é réu único). Entretanto, a compra e o fornecimento do medicamento são realizados em sua maioria apenas pelo governo estadual. Como nesses processos judiciais outros entes federativos são coparticipantes (União e Município), estes devem realizar o ressarcimento dos valores dispendidos pelo estado no cumprimento da ação em que os réus são solidários.

Ainda em relação às demandas judiciais de medicamentos, os dados da **Tabela 53** correspondem à quantidade total de tratamentos deferidos, a qual, segundo o Sistema AME, sofreu diminuição considerável nos últimos cinco anos, de 121 para 104 mil cadastros. Essa diminuição não segue a mesma tendência da **Figura 117**, a qual demonstra um crescimento em ações judiciais novas. Tal diferença possivelmente está relacionada ao fato de que cada usuário pode corresponder a diversos tratamentos, ou seja, cada processo recebido pela Assessoria Jurídica/SES/RS pode conter mais de um tratamento a ser cadastrado no Sistema de Administração de Medicamentos (AME). Além disso, destaca-se que o dado da Tabela 53 representa o número total (acumulado) de tratamentos judiciais deferidos naquele ano. A quantidade de medicamentos e terapias nutricionais é dinâmica, pois, ao mesmo tempo em que existem novas determinações judiciais, alguns tratamentos anteriormente deferidos são bloqueados ou descontinuados.

Tabela 53. Total de tratamentos judiciais deferidos, RS, 2018-2022.

Ano	2018	2019	2020	2021	2022
Total	121.461	117.550	110.294	111.432	104.932

Fonte: Sistema de Administração de Medicamentos (AME).

Dados extraídos do sistema AME, referentes ao período entre 2018 e 2022, demonstram que o medicamento com maior número de ações judiciais deferidas foi o Tiotrópio, utilizado para tratar doenças respiratórias. Em segundo lugar, figura a Rivaroxabana, indicada para doenças do sistema cardiovascular. Ainda aparecem nesta lista os medicamentos Duloxetina e Pregabalina, utilizados no manejo de doenças do sistema nervoso. Os medicamentos citados acima não estão presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo assim, não são fornecidos pelo SUS. Considerando os 10 medicamentos com maior número de judicializações no estado, observa-se que a maioria está associada ao cuidado em saúde mental.

Ao analisar o caso específico do Tiotrópio, observou-se uma redução de 8%, entre 2021 e 2022, possivelmente motivada pela incorporação, em dezembro de 2021, dos medicamentos Tiotrópio+Olodaterol e Umeclidínio+Vilanterol na RENAME. A tendência é de que essa diminuição continue no próximo período, com migração de usuários de processos judiciais para acesso pela via administrativa dentro do SUS.

Em relação aos medicamentos com maiores custos por tratamento nos últimos cinco anos, os mais onerosos foram Nivolumabe, Pembrolizumabe e Nintedanibe, utilizados em tratamentos oncológicos e pneumológicos, respectivamente. Também figuram neste ranking outros medicamentos antineoplásicos, como: Ribociclibe, Ibrutinibe, Brentuximabe e Dabrafenibe. Tais informações evidenciam o gasto majoritário na aquisição de medicamentos para tratamentos oncológicos em relação ao total de itens judicializados. Ao analisar o ranking dos 10 medicamentos com maior custo nos últimos cinco anos, observa-se que mais da metade corresponde a medicamentos antineoplásicos. No que se refere às características dos usuários com processos judiciais deferidos na área de medicamentos (dados de 2022), aproximadamente 93% se autodeclaram brancos, 0,2% indígenas, 3% pardos, 2,6% pretos e 0,8% amarelos. Ainda, constam 0,4% de usuários sem informação para esse item. Além disso, verifica-se que a população com maior número de processos deferidos para medicamentos apresenta idade superior a sessenta anos, o que corresponde a mais de 50% do total de usuários. De maneira oposta, a faixa etária com o menor número de tratamentos deferidos é a de 0 a 14 anos, sendo inferior a 5% dos processos judiciais ativos no sistema AME.

É incontroverso que o direito à saúde está consolidado nos art. 6º e 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 como um dever do Estado e um direito social do cidadão, motivação que embasa a judicialização da saúde, ficando o Poder Judiciário adstrito aos comandos legais e os órgãos estatais responsáveis pelo seu cumprimento.

Em face dessas normativas, inúmeras interpretações são efetuadas, especialmente em relação ao dever do Executivo quanto à sua responsabilidade na prestação da saúde e estruturação da política pública. Entretanto, há muitas interfaces que precisam ser consideradas na análise desse direito e na forma e dever de cumprimento pelos órgãos estatais, cuja amplitude vai desde o fornecimento de medicamentos (constantes ou não na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME), quanto ao fornecimento de exames, consultas, internações hospitalares, cirurgias, leitos de saúde mental, cadeira de rodas e outros tratamentos.

Diante da relevância e visibilidade da judicialização da saúde, dos encargos decorrentes e dos altos valores despendidos pelo estado do RS, que comprometem a execução orçamentária da Secretaria da Saúde, o desafio que cabe enfrentar é a criação de alternativas junto aos gestores municipais de saúde e prestadores de serviços que contemplem o maior acesso à saúde pelas vias ordinárias do SUS.

Cada vez mais, é necessário que se desenvolvam ações intersetoriais e interdepartamentais para ajustes quanto à responsabilidade, organização e distribuição de serviços ofertados pela SES/RS, de forma direta ou mediante contratos, convênios ou outros instrumentos jurídicos, especialmente nas ações que integram o rol do SUS, a fim de que se possa evitar os constantes sequestros e bloqueios de valores nas contas do estado, para cumprimento de decisões judiciais. Essas estratégias estão na contramão dos critérios estabelecidos em programas públicos de saúde ou nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT), sob pena de privilegiar indistintamente direitos individuais em detrimento ao direito coletivo à saúde.

Na prática diária da SES/RS, na análise de processos judiciais e administrativos externos, observa-se repetidas prescrições inadequadas em relação aos PCDT e a indicação de procedimentos sem aprovação junto à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), em especial, de “novos” medicamentos e/ou “novas” indicações, sem evidências científicas estabelecidas ou eficácia terapêutica.

É indispensável a implementação de políticas públicas que contribuam para a ampliação do acesso ao cidadão para que este ingresse de forma regular no SUS e não mediante a judicialização, sem distinções quanto seu *status quo* e acesso ao Poder Judiciário. Nesse sentido, deve-se ter em vista os princípios do SUS, especialmente a universalidade, a integralidade e a equidade. Assim, é imperioso o estudo, análise e o estabelecimento de conceitos e condutas com todos os atores do processo, especialmente com o Poder Judiciário e o Poder Legislativo, interna e externamente, mediante participação em todos os fóruns de debates e construção de políticas de saúde.

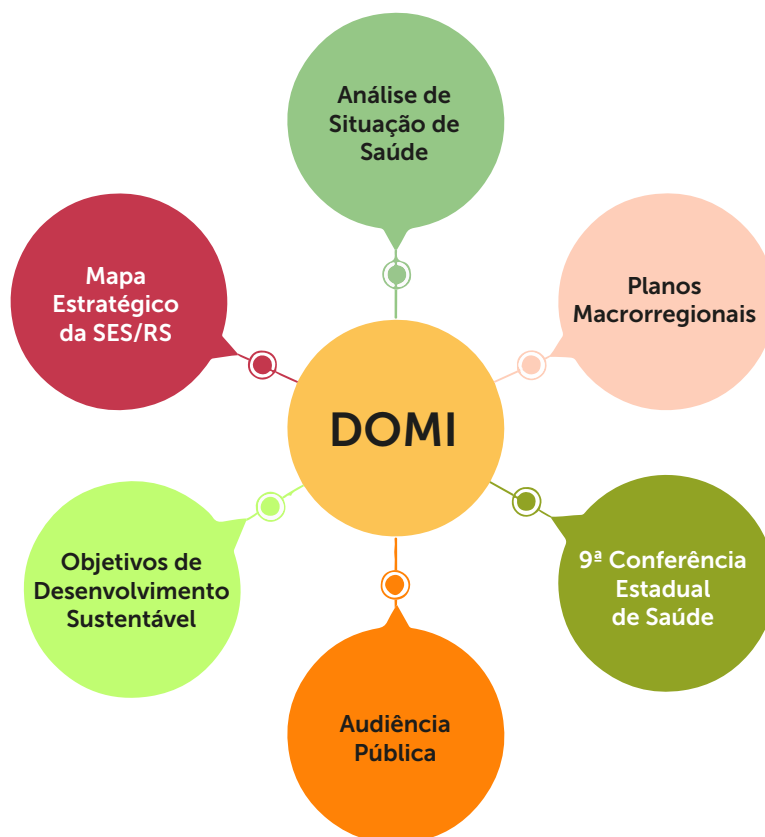


Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores



As DOMIs norteiam o desenvolvimento da política estadual para a saúde, explicitando as prioridades de investimento e gestão do processo de planejamento, bem como a execução das ações de saúde programadas anualmente. As DOMIs do PES 2024-2027 são resultado da compatibilização de diversos instrumentos de planejamento e documentos orientadores, que expressam as prioridades e as necessidades em saúde, conforme ilustrado na **Figura 120**.

Figura 120. Instrumentos utilizados na construção das DOMIs do Plano Estadual de Saúde 2024-2027.



Fonte: SES/RS.

As Diretrizes indicam as linhas de ação a serem seguidas, em um enunciado-síntese. Expressam decisões de abrangência geral, cujo propósito é tornar transparentes as intenções de ação do governo e direcionar o processo de planejamento (Brasil, 2014). Na Diretriz expressa nesse Plano, buscou-se contemplar os eixos da 9ª Conferência Estadual de Saúde, em especial da diretriz “O Brasil que temos. O Brasil que queremos.” (primeiro eixo), “O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas” (segundo eixo) e “Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia” (terceiro eixo). Ademais, foram incluídas as considerações da conferência que são de governabilidade da gestão estadual. Sendo uma diretriz o eixo norteador de todos os demais objetivos do Plano e tendo sido ela construída a partir dos eixos norteadores da 9ª Conferência Estadual de Saúde, compreende-se que o PES 2024-2027 está alinhado as expectativas do controle social em saúde.

Os Objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados (Brasil, 2014). Na elaboração dos objetivos desse

instrumento, foram consideradas as perspectivas do Mapa Estratégico da SES/RS: Perspectiva da sociedade, Perspectiva do processo, Perspectiva da gestão e Perspectiva financeira.

As Metas especificam a magnitude do resultado pretendido com o objetivo. Um mesmo objetivo pode apresentar mais de uma meta, em razão da relevância destas para seu alcance. A meta precisa ser monitorada e avaliada por meio de um Indicador, que é uma variável, em geral numérica (número absoluto ou índice/relação: percentual, taxa, razão), e permite mensurar as mudanças propostas e acompanhar seu alcance. As metas para esse plano, foram elaboradas com base na Análise de Situação de Saúde (ASIS), na Audiência Pública - realizada para apresentação da ASIS -, nas propostas advindas da 9ª Conferência Estadual de Saúde, nos Planos Macrorregionais e nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, considerando a governabilidade política, financeira e técnico-administrativa.

Nesse sentido, obteve-se um processo de construção coletiva da SES/RS junto à sociedade e com a participação do CES/RS, com a definição de 1 Diretriz, 4 Objetivos e 135 Metas, apresentadas a seguir.

DIRETRIZ		
Fortalecimento das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde, de forma regionalizada, transversal, equitativa e resolutiva, pautadas na construção coletiva, na participação social e na inovação, com eficiência e otimização dos recursos públicos, visando melhorar a saúde da população.		
OBJETIVO 1 - Promover saúde para a população em seus diferentes ciclos de vida		Relação com propostas da 9ª Conferência Estadual de Saúde
1	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. Indicador: Número de indicadores alcançados através da matriz avaliativa da implementação da Política.	1014, 1023, 1037, 3014, 3017, 3018, 3019, 3009
2	Ampliar serviços de atenção à saúde prisional de 137 para 172. Indicador: Número de serviços de atenção à saúde prisional.	1023
3	Implantar 6 serviços especializados em saúde indígena. Indicador: Número de serviços habilitados especializados em saúde indígena.	3018, 3019
4	Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita de 1.937 para 1.417. Indicador: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	1011
5	Reduzir o coeficiente bruto de mortalidade por Aids no estado de 10,2 para 8,31. Indicador: Coeficiente bruto de mortalidade por Aids.	1011, 1029
6	Manter a taxa de transmissão vertical do HIV dentro do limite de eliminação (abaixo de 2%). Indicador: Taxa de transmissão vertical do HIV.	1011, 1029
7	Implementar a microeliminação da hepatite C em serviços específicos e para populações vulneráveis. Indicador: Percentual de ações para implementar a microeliminação da hepatite C em serviços específicos e para populações vulneráveis.	1011, 1029

8	<p>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) de 376,64 para 358,16.</p> <p>Indicador: 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).</p>	1011, 1028
9	<p>Ampliar o atendimento de gestantes e crianças menores de seis anos, priorizando famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade, dos municípios com Programa Primeira Infância Melhor (PIM), de 25.041 para 44.400.</p> <p>Indicador: Número de indivíduos (gestantes e crianças menores de 6 anos) em situação de vulnerabilidade acompanhados mensalmente pelo PIM.</p>	1011, 1015, 1016, 1018, 1033, 3002, 3009, 3031, 3040
10	<p>Ampliar os serviços do Programa TEAcolhe de 68 para 98.</p> <p>Indicador: Número de serviços cofinanciados pelo Programa TEAcolhe.</p>	3038, 3040
11	<p>Reduzir a razão de mortalidade materna no estado de 38,66 para 36 óbitos maternos por 100 mil nascimentos.</p> <p>Indicador: Razão de óbitos maternos em determinado período e local de residência.</p>	1011, 1016, 1018, 1019, 3009
12	<p>Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 10,04 para 9,75.</p> <p>Indicador: Taxa de mortalidade infantil.</p>	1011, 1018, 3009
13	<p>Ampliar os Centros de Atendimento Integrado para crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, de 4 para 8.</p> <p>Indicador: Número de Centros de Atendimento Integrado para crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência ampliados.</p>	1015, 1017, 3009, 3031
14	<p>Implantar o Plano Estadual de Cuidado Integral em Demências.</p> <p>Indicador: Plano Estadual de Cuidado Integral em Demências implantado.</p>	1015, 1030, 4022
15	<p>Ampliar o número de Serviços de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa implantados de 1 para 30.</p> <p>Indicador: Número de Serviços de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa implantados.</p>	1015, 1030, 4022
16	<p>Aumentar a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de 347 para 413 municípios.</p> <p>Indicador: Número de Municípios com a RAPS implementada.</p>	3021, 3022, 3026, 3028, 3031, 3033, 3034, 3036, 3037, 3038
17	<p>Implementar linha de cuidado às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.</p> <p>Indicador: Linha de cuidado às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei implementada.</p>	1023, 3020, 3021, 3022, 3026, 3030, 3035, 3037
18	<p>Reduzir a taxa de mortalidade por dengue de 0,59 para 0,35.</p> <p>Indicador: Taxa de mortalidade por dengue.</p>	3052, 3053
19	<p>Ampliar a cobertura vacinal de Tríplice Viral, dose única, em crianças de 1 ano de idade, de 88% para 95%.</p> <p>Indicador: Percentual de crianças de 1 ano de idade que receberam a dose única da vacina tríplice viral.</p>	1022
20	<p>Ampliar a cobertura vacinal da campanha nacional contra influenza, de 65% para 90% dos grupos prioritários.</p> <p>Indicador: Percentual de vacinados dos grupos prioritários (crianças de 6 meses a menores de 6 anos, gestantes, puérperas, trabalhadores de saúde, professores, povos indígenas e idosos).</p>	1022
21	<p>Ampliar a cobertura vacinal de Pentavalente, terceira dose, em crianças menores de 1 ano de idade, de 78% para 95%.</p> <p>Indicador: Percentual de crianças, menores de 1 ano, que receberam a terceira dose da vacina Pentavalente.</p>	1022

22	Ampliar o percentual de imagens mamográficas com visualização de estruturas em simulador de mama, em conformidade com a regulamentação vigente, de 87% para 95%. Indicador: Percentual de imagens mamográficas com visualização de estruturas em simulador de mama em conformidade com a regulamentação vigente.	3015, 4022
23	Qualificar 32 serviços para o uso racional de sangue. Indicador: Número de serviços qualificados.	-
24	Ampliar a capacidade diagnóstica do hemocentro RS, de 49 para 94 exames. Indicador: Número de exames de diagnóstico.	3078
25	Implementar o Complexo de Saúde Mental Hospital Psiquiátrico São Pedro. Indicador: Percentual do Complexo de Saúde Mental Hospital Psiquiátrico São Pedro implementado.	3020, 3021
26	Qualificar 100% dos Serviços Residenciais Terapêuticos do estado. Indicador: Percentual dos Serviços Residenciais Terapêuticos do estado qualificados.	3020, 3021
27	Implantar programa de telemedicina e teleconsultoria. Indicador: Número de equipes de telemedicina e teleconsultoria.	3010

OBJETIVO 2 - Aprimorar - buscando formas inovadoras - os processos desenvolvidos pela SES/RS, fortalecendo a regionalização e as Redes de Atenção à Saúde, com o propósito de promover a saúde da população		Relação com propostas da 9ª Conferência Estadual de Saúde
1	Publicar a Política Estadual de Monitoramento e Avaliação. Indicador: Percentual de ações realizadas para publicação da política de monitoramento e avaliação.	1006, 2008, 2021
2	Ampliar o quantitativo de serviços habilitados para o tratamento cirúrgico da obesidade, de 7 para 11. Indicador: Número de serviços habilitados para o tratamento cirúrgico da obesidade com publicação pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União.	3078
3	Implantar a Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência, com foco na Atenção Primária em Saúde, nas 7 Macrorregiões de Saúde. Indicador: Número de Macrorregiões de Saúde com a Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência com foco na Atenção Primária em Saúde implantada.	3038, 3039, 3041
4	Elaborar o Programa Estadual da Pessoa com Deficiência. Indicador: Programa Estadual da Pessoa com Deficiência publicado.	3038, 3039, 3041
5	Ampliar o quantitativo de serviços habilitados para diagnóstico de lesões precursoras do câncer de mama e câncer de colo do útero, de 2 para 5. Indicador: Número de serviços habilitados para diagnóstico de lesões precursoras do câncer de mama e câncer de colo do útero publicado no DOU.	1016, 3009
6	Habilitar o Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) na assistência em alta complexidade. Indicador: Número de habilitações na assistência em alta complexidade no HRSM publicadas no DOU.	3090, 4044, 3078
7	Monitorar os contratos hospitalares vigentes, sob gestão estadual, através das Comissões de Acompanhamento dos Contratos - CAC. Indicador: Número de relatórios finais realizados.	3044, 3078

8	Manter 100% dos contratos de serviço hospitalar sob gestão estadual vigentes. Indicador: Percentual de contratos hospitalares sob gestão estadual vigentes.	3042, 3078, 4042
9	Ampliar de 16 para 18 os serviços de atendimento de alta complexidade cardiovascular. Indicador: Número de serviços habilitados em alta complexidade cardiovascular publicadas no DOU.	3078, 4044
10	Ampliar de 39 para 43 os serviços de atendimento de média complexidade cardiovascular. Indicador: Número de serviços credenciados em média complexidade cardiovascular e pactuados em CIB.	3078, 4044
11	Ampliar de 4 para 8 os serviços habilitados na alta complexidade de oftalmologia. Indicador: Número de serviços habilitados em alta complexidade Oftalmologia publicadas no DOU.	3078, 4044
12	Alcançar 100% dos serviços ambulatoriais de gestão estadual contratualizados. Indicador: Percentual dos contratos ambulatoriais sob gestão estadual vigentes.	3043, 3078, 4042, 3033
13	Ampliar de 11 para 19 os serviços de atendimento a pessoas com Doença Renal Crônica (DRC) pré-dialítico. Indicador: Número de instituições habilitadas como Atenção Ambulatorial Especializada em DRC pré-dialítico estágios 3, 4 e 5.	3078, 4044
14	Ampliar de 24 para 28 o número de serviços com habilitação em alta complexidade de traumatologia-ortopedia. Indicador: Número de hospitais com habilitação em alta complexidade de traumatologia-ortopedia publicado no DOU.	3078, 4044
15	Implantar o Programa Estadual de Hospital de Pequeno Porte. Indicador: Programa Estadual de Hospital de Pequeno Porte implantado.	4038, 4042
16	Aumentar de 145.715 para 300.000 o quantitativo de cirurgias eletivas de média e alta complexidade realizadas. Indicador: Número de cirurgias eletivas de média e alta complexidade realizadas.	3078, 4044
17	Executar 100% dos investimentos do Programa Avançar na rede hospitalar. Indicador: Percentual de recursos de investimentos transferidos aos proponentes do Programa Avançar.	-
18	Ampliar de 18 para 22 o número de serviços habilitados em alta complexidade de neurologia/neurocirurgia. Indicador: Número de serviços com habilitação de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia publicada no DOU.	3078, 4044
19	Elaborar o Programa Estadual de Ostomia. Indicador: Programa Estadual de Ostomia publicado.	3078
20	Ampliar os serviços especializados no processo transexualizador de 3 para 14. Indicador: Número de serviços especializados no processo transexualizador macrorregionais habilitados.	1014, 3014
21	Implantar e manter Programa de Prevenção às IST em escolas de 43 municípios. Indicador: Número de municípios com pelo menos uma escola pública com o Programa de prevenção às IST implementado.	1011, 1024, 1029

22	Implantar 50 serviços especializados no cuidado em HIV/Aids, tuberculose e coinfeções regionalizados. Indicador: Número de serviços especializados em HIV/Aids, tuberculose e coinfeções regionalizados.	1011, 1029
23	Aumentar a proporção de contatos examinados dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, de 73,5% para 90%. Indicador: Proporção de contatos de casos novos de hanseníase examinados nos anos das coortes.	1011
24	Ampliar o número de serviços especializados de saúde bucal de 204 para 220. Indicador: Número de serviços especializados de saúde bucal ampliados.	3081, 3078
25	Ampliar o número de usuários com avaliação do estado nutricional acompanhados pela Atenção Primária em Saúde, de 2.128.580 para 2.215.010. Indicador: Número de usuários com avaliação do estado nutricional acompanhados pela atenção primária em saúde.	1011, 3001, 3015, 4013
26	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, de 77,4% para 80%. Indicador: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	1011, 1018, 1040
27	Ampliar o número de municípios que ofertam Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na Atenção Primária à Saúde (APS), de 409 para 497. Indicador: Número de municípios com oferta de PICS na APS.	1027
28	Ampliar o número de municípios que realizam pré-natal do parceiro de 139 para 325. Indicador: Número de municípios que realizam pré-natal do parceiro.	1021, 3001, 3009, 3031, 3083
29	Certificar 400 equipes de saúde da família com selo de "Equipe de Saúde da Família Amiga da Mãe, Parceria e Criança". Indicador: Equipes de saúde da família certificadas com selo de equipe de saúde da família amiga da mãe, parceria e criança.	1016, 1018, 3008, 3083
30	Qualificar e ampliar o cofinanciamento e os incentivos estaduais da APS para os 497 municípios do RS. Indicador: Número de municípios cofinanciados para APS pelo PIAPS.	1032, 3001, 3002, 3005, 3014, 3029, 3033, 3082, 1027, 1014, 3083, 4021
31	Implementar a Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS) como componente estratégico do PIAPS para o fortalecimento e qualificação da APS em 497 municípios. Indicador: Número de municípios com a RBC/RS implementada.	1027, 3083
32	Ampliar os ambulatórios de egressos de UTI neonatal cofinanciados de 08 para 10. Indicador: Número de ambulatórios de egressos de UTI neonatal habilitado cofinanciado.	3078, 4044
33	Ampliar o número de escolas aderidas ao Programa Saúde na Escola (PSE) nos territórios prioritários do Programa RS Seguro, de 76 para 94. Indicador: Número de escolas aderidas ao PSE nos territórios prioritários do Programa RS Seguro.	1020, 1024, 2005, 3016, 3031
34	Aumentar a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária de 0,30 para 0,35. Indicador: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	1016, 3001, 3009, 3078

35	Implantar 7 Serviços regionalizados de Atenção à Saúde da Mulher. Indicador: Número de serviços regionalizados de Atenção à Saúde da Mulher implantados.	1016, 1025, 3001, 3009, 3015, 3031, 3078
36	Ampliar de 396 para 976 o número de auditorias de ações, serviços e políticas públicas de saúde realizadas. Indicador: Número de auditorias de ações, serviços e políticas públicas realizadas.	1035, 3050
37	Ampliar o percentual de notificações de arboviroses em tempo oportuno (72h) de 60% para 80%. Indicador: Percentual de notificações de arboviroses realizadas em tempo oportuno (72h).	3053, 3055
38	Ampliar o percentual de municípios cumprindo 90% do plano de amostragem da vigilância da qualidade da água para consumo humano para o parâmetro <i>E.coli</i> /Coliformes Totais, de 68% para 80%. Indicador: Percentual de municípios cumprindo 90% do plano de amostragem da vigilância da qualidade da água para consumo humano, parâmetro <i>E.coli</i> /Coliformes Totais.	3052, 3053, 3054, 3055, 4012
39	Ampliar o número de análises do plano de monitoramento de resíduos de agrotóxicos na água para consumo humano no RS, de 325 para 345 ao ano. Indicador: Número de análises de resíduos de agrotóxicos na água para consumo humano realizadas ao ano.	3052, 3053, 3054, 3057, 4012
40	Ampliar a taxa de notificação de agravos relacionados ao trabalho de 42/10.000 para 52/10.000. Indicador: Taxa de notificação de agravos relacionados ao trabalho.	3052, 3058, 3059, 3095
41	Aumentar a proporção de óbitos relacionados ao trabalho investigados, em análise, de 80% para 100%. Indicador: Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados.	3058, 3095
42	Atingir 80% dos municípios do RS com atuação satisfatória da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Indicador: Percentual de municípios com atuação satisfatória da Vigilância em Saúde do Trabalhador.	3052, 3058, 3059, 3095
43	Ampliar o número de Serviços de Referência Regional em Saúde do Trabalhador no RS, de 10 para 14. Indicador: Número de Serviços de Referências Regionais em Saúde do Trabalhador implantados.	3058, 3059, 3095, 3096
44	Implantar Comitês de Vigilância em Saúde das Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA) em 100% das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) no Rio Grande do Sul. Indicador: Percentual de CRS com Comitê VSPEA implantado.	4004, 4001
45	Ampliar o número de municípios considerados prioritários pelas CRSs com Vigilância em Saúde das Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA) implantada, de 2 para 10. Indicador: Número de municípios, considerados prioritários pelas CRSs com Vigilância em Saúde das populações expostas a agrotóxicos (VSPEA) implantada.	4004, 4002
46	Ampliar o percentual de casos notificados de hepatite C com RT-PCR realizado de 50% para 90%. Indicador: Percentual de notificações de hepatites C com RT-PCR realizado.	1029
47	Ampliar o percentual de contatos de casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial avaliados de 48% para, no mínimo, 70%. Indicador: Percentual de contatos de casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial avaliados.	1029

48	Ampliar o número de municípios com o Programa de Controle do Tabagismo implantado de 350 para 400. Indicador: Número de municípios com o Programa de Controle do Tabagismo implantado.	3069
49	Ampliar o encerramento de surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA) e Doença Diarreica Aguda (DDA), em tempo oportuno (60 dias), de 29% para 60%. Indicador: Percentual de surtos de DTHA e DDA encerrados em até 60 dias.	3052, 4005
50	Ampliar a notificação negativa semanal das doenças exantemáticas/tétano/paralisia flácida aguda de 69% para 80%. Indicador: Percentual de notificação negativa semanal das doenças exantemáticas/tétano/paralisia flácida aguda.	-
51	Garantir a coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em 80% dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e de óbitos por SRAG. Indicador: Percentual de casos de SRAG hospitalizados e óbitos com coleta de amostra por RT-PCR.	3053
52	Garantir a coleta de 3.640 amostras por RT-PCR em casos de Síndrome Gripal (SG) das Unidades Sentinelas (US). Indicador: Número de amostras coletadas de SG por semana epidemiológica por US (sete US).	3053
53	Realizar a sorotipagem dos casos de Doença Meningocócica (DM) de 56% para 60%. Indicador: Proporção de casos de DM com sorotipagem realizada.	3053
54	Ampliar o percentual de serviços de tratamento dialítico em doença renal crônica com informação mensal dos indicadores de qualidade relacionados aos eventos adversos infecciosos, de 50% para 75%. Indicador: Percentual de serviços de tratamento dialítico em doença renal crônica com informação mensal dos indicadores de qualidade relacionados aos eventos adversos infecciosos.	3053
55	Ampliar o percentual de hospitais com Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado no NOTIVISA de 60% para, no mínimo, 80%. Indicador: Percentual de hospitais com Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado no NOTIVISA.	-
56	Reduzir o percentual de hospitais com UTI classificados como baixa adesão às práticas de segurança do paciente, de 75% para 50%. Indicador: Percentual de hospitais com UTI, classificados como baixa adesão às práticas de segurança do paciente.	3053
57	Reduzir o número de municípios silenciosos para o Centro de Informação Toxicológica de 60 para 20. Indicador: Número de municípios silenciosos atendidos pelo Centro de Informação Toxicológica.	3053
58	Qualificar as ações de vigilância, detecção e resposta oportunas às Emergências de Saúde Pública em 80 pontos focais estratégicos. Indicador: Número de pontos focais estratégicos qualificados para o enfrentamento de Emergências de Saúde Pública (18 CRSs + 3 municípios estratégicos por CRS, perfazendo um total de 54 municípios + 6 CIEVS municipais + 2 reservas técnicas para municípios que não se enquadrem nos critérios anteriormente descritos).	3053

59	Realizar a totalidade dos exames complementares necessários para investigação de doenças identificadas na triagem neonatal (teste do pezinho). Indicador: Número de diagnósticos moleculares complementares ao Teste do Pezinho para identificação das Doenças Raras: Hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Hiperplasia Adrenal Congênita, Deficiência de Biotinidase e Fenilcetonúria, provenientes da referência SUS no RS, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.	3053
60	Realizar análise em 100% das amostras suspeitas de tuberculose e micobacteriose pela técnica de biologia molecular. Indicador: Percentual de amostras suspeitas de tuberculose e micobacteriose analisadas pela técnica de biologia molecular.	3053, 3060, 4028, 4032
61	Promover a qualificação das Vigilâncias Sanitárias de 66 municípios estratégicos. Indicador: Número de municípios estratégicos com Vigilância Sanitária qualificada.	3097
61	Ampliar o número de unidades da Atenção Primária à Saúde que notificam os atendimentos de violência interpessoal e autoprovocada de 820 para 997. Indicador: Número de unidades da Atenção Primária à Saúde que notificam atendimentos de violência interpessoal e autoprovocada.	3053
63	Aumentar de 3 para 35 o número de serviços que integram a rede de apoio à doação de sangue. Indicador: Número de serviços que integram a rede de apoio à doação de sangue.	-
64	Aumentar de 81 para 103 o número de unidades móveis do SAMU com custeio qualificado. Indicador: Número de Unidades Móveis SAMU com custeio qualificado, conforme PRC nº 06/2017.	1034, 3103, 4042
65	Aumentar de 197 para 384 o número de doadores efetivos de órgãos e tecidos no estado por ano. Indicador: Número de doadores efetivos de órgãos e tecidos no estado.	-
66	Diminuir o tempo máximo de distribuição dos roteiros de medicamentos e terapias nutricionais das CRS para os municípios de 15 para 10 dias úteis. Indicador: Média do tempo máximo de distribuição desde o aceite da guia (roteiro) nas CRS até o aceite da guia pelo município.	3070, 4032, 3063
67	Qualificar a estrutura das 20 unidades de distribuição da Assistência Farmacêutica (AF) no estado. Indicador: Percentual de área física, rede elétrica, climatização e rede de frio qualificadas.	3068, 4042
68	Criar banco de dados com notas técnicas para subsidiar a defesa judicial do RS em demandas relacionadas a medicamentos e terapias nutricionais. Indicador: Banco de dados disponível.	-
69	Implantar pesquisa de satisfação do usuário em relação aos atendimentos da ouvidoria acerca da Assistência Farmacêutica. Indicador: Sistema de avaliação pelo usuário implantado.	3077, 3068
70	Capacitar 100% dos municípios quanto à publicação de Relações Municipais e/ou Regionais de Medicamentos Essenciais. Indicador: Percentual de municípios com profissional certificado.	3068
71	Ampliar o percentual de medicamentos e terapias nutricionais disponíveis para solicitação digital de 78% para 100%. Indicador: Percentual de medicamentos e terapias nutricionais disponíveis para solicitação digital.	3070, 4032, 3063

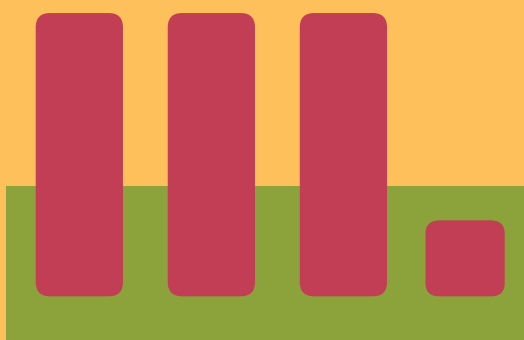
72	Aumentar a cobertura de estoque de tratamentos de responsabilidade estadual (Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e elenco especial do estado) de 96,2% para 98,5%. Indicador: Percentual de cobertura de estoque de tratamentos de responsabilidade estadual (Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e elenco especial do estado).	3068
73	Publicar a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REME/RS). Indicador: REME publicada.	-
74	Ampliar o percentual de municípios que realizam Serviços Farmacêuticos Clínicos (SFC) nas Farmácias de Medicamentos Especiais, de 26% para 70%. Indicador: Percentual de municípios que realizam SFC para um quarto ou mais dos usuários com asma e DPOC no ano.	3068
75	Implantar o Programa Farmácia Cuidar + em todos os municípios que aderiram ao programa. Indicador: Percentual de municípios que implantaram o Programa Farmácia Cuidar +, atendendo aos critérios relacionados ao programa: (1) farmacêutico(a) com certificação no curso, (2) ter realizado, no mínimo, 1 serviço farmacêutico clínico e (3) possuir placa de identificação visual na Farmácia de Medicamentos Especiais.	3070, 4032, 3063
76	Implementar o Centro Integrado de Doenças Transmissíveis, Emergentes e Reemergentes do Complexo Hospitalar Sanatório Partenon. Indicador: Centro Integrado de Doenças Transmissíveis, Emergentes e Reemergentes do Complexo Hospitalar Sanatório Partenon implementado.	-
77	Qualificar a estrutura das UBSs através da Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS). Indicador: Número de UBSs RBC/RS com estrutura qualificada.	1027, 3083

OBJETIVO 3 - Qualificar a gestão da saúde, viabilizando a implementação das ações necessárias para aprimorar os processos de trabalho		Relação com propostas da 9ª Conferência Estadual de Saúde
1	Ampliar a taxa de resposta da Ouvidoria do SUS dentro do prazo legal de 76% para 85%. Indicador: Percentual de manifestações de Ouvidoria respondidas dentro do prazo legal.	3077
2	Criar o Programa Estadual de Cuidados Paliativos. Indicador: Programa Estadual de Cuidados Paliativos publicado no DOE.	1026
3	Implantar Ecossistema de Ciência de Dados aplicado à Auditoria no SUS. Indicador: Ecossistema implementado.	1035, 4028
4	Ampliar o número de genomas sequenciados no RS, de 800 para 1.200. Indicador: Número de genomas de patógenos de interesse em Saúde Pública sequenciados, ao ano, no RS.	3053
5	Ampliar a capacidade diagnóstica para novos patógenos de interesse à Saúde Pública no RS, de 40 para 60. Indicador: Número de novos patógenos de interesse em Saúde Pública.	3053, 3060, 4028, 4032
6	Aumentar o percentual de integração dos sistemas de gestão hospitalar com os sistemas de regulação de 2% para 50%. Indicador: Percentual de sistemas de gestão hospitalar integrados com os sistemas de regulação.	3080

7	Implantar 7 dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial Escola nas Macrorregiões de Saúde. Indicador: Número de dispositivos RAPS Escola implantados.	3021
8	Implementar a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva. Indicador: Percentual das ações realizadas para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva.	2020
9	Qualificar 16.000 trabalhadores/gestores/usuários por meio de oferta de ações educacionais descentralizadas. Indicador: Número de trabalhadores qualificados.	2020
10	Garantir a manutenção de 100% das bolsas para o Programa da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública. Indicador: Percentual de bolsas mantidas.	4028
11	Formar 100 trabalhadores em nível de pós-graduação lato sensu em Saúde Pública. Indicador: Número de trabalhadores formados.	4028
12	Ampliar em 15% o número de Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva. Indicador: Percentual de Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva ampliados.	2020
13	Implementar a Política de Pesquisa da SES. Indicador: Percentual das ações realizadas para a implementação da Política de Pesquisa da SES.	4028
14	Garantir o regular funcionamento de 9 comissões do CES. Indicador: Número de comissões do CES em pleno e regular funcionamento.	2001, 2002
15	Realizar 4 plenárias estaduais de conselhos municipais de saúde do RS. Indicador: Número de plenárias estaduais de conselhos municipais de saúde do RS implementadas.	2001, 2002
16	Executar um plano de descentralização do CES visando o fortalecimento dos conselhos municipais de saúde do RS. Indicador: Número de planos de descentralização do CES executados.	2001, 2002
17	Implementar um processo formativo para qualificação dos conselheiros de saúde do RS. Indicador: Número de processos formativos para a qualificação de conselheiros de saúde do RS implementados.	2008, 2001, 2002
18	Realizar 4 seminários temáticos para o fortalecimento do Controle Social no SUS. Indicador: Número de seminários temáticos realizados.	2011, 2008, 2001, 2002
19	Executar um plano de aprimoramento da comunicação do CES com a sociedade gaúcha. Indicador: Número de planos de aprimoramento da comunicação do CES executados.	1008, 1010, 2007, 2008, 2001, 2002
20	Executar um plano para a realização da 10ª Conferência Estadual de Saúde do RS. Indicador: Número de planos para a realização da 10ª Conferência Estadual de Saúde do RS executados.	2014, 2008, 2001, 2002
21	Realizar 80 plenárias ordinárias do CES. Indicador: Número de plenárias ordinárias do CES implementadas.	2001, 2002
22	Ampliar a equipe do CES de 8 para 16 servidores. Indicador: Número de servidores lotados no CES.	2001, 2002

23	Realizar concurso público. Indicador: Concurso público realizado.	3005
24	Fortalecer as estratégias de Gestão de Pessoas. Indicador: Estratégia de Gestão de Pessoas fortalecida.	-

OBJETIVO 4 - Alocar e monitorar os recursos financeiros com vista à eficiência do gasto público		Relação com propostas da 9ª Conferência Estadual de Saúde
1	Implantar estratégia de monitoramento dos contratos hospitalares vigentes de municípios em gestão plena, pelas Comissões de Acompanhamento dos Contratos - CAC. Indicador: Percentual de implantação da estratégia de monitoramento dos contratos hospitalares vigentes de municípios em gestão plena, pelas Comissões de Acompanhamento dos Contratos - CAC.	3045
2	Criar o Programa Estadual de Incentivo aos Consórcios de Serviços de Saúde. Indicador: Programa Estadual de Incentivo aos Consórcios de Serviços de Saúde publicado no DOE.	-
3	Revisar os parâmetros do Programa Assistir. Indicador: Parâmetros do Programa Assistir revisados.	4022, 3047
4	Concluir a Transição do Programa Assistir. Indicador: Percentual de hospitais com a transição completa do programa Assistir.	4022, 3047
5	Implantar na totalidade o processo de monitoramento das recomendações emitidas nas auditorias realizadas pelo DEASUS. Indicador: Número de atualizações no painel público de monitoramento.	2007, 1035, 3050
6	Qualificar o Sistema Estadual de Auditoria do SUS. Indicador: Número de ações de qualificação realizadas.	1035, 3050
7	Manter o repasse mensal para cofinanciamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica aos 497 municípios do estado. Indicador: Número de municípios cofinanciados.	3070



Monitoramento e Avaliação



O monitoramento e a avaliação são elementos fundamentais para a gestão do SUS. O monitoramento se detém na coleta e sistematização de dados para o acompanhamento de metas e indicadores de forma contínua, a fim de gerar informações de rotina e os resultados alcançados até determinado momento. Já a avaliação corresponde ao exercício de mensurar, compreender e julgar os efeitos, de maneira a subsidiar as escolhas políticas no processo de tomada de decisão, seja na etapa de formulação ou implementação de ações e políticas públicas, e também constrói conhecimento a respeito do objeto ou fenômeno avaliado.

Tanto o monitoramento quanto a avaliação apresentam fases semelhantes entre si e atuam de forma complementar, à medida em que o monitoramento pode contribuir para a produção de informações que ancoram a realização de processos avaliativos, tratando-se de um conjunto de atividades inerentes ao ciclo de planejamento.

No que se refere às metas contidas no capítulo anterior, as ações necessárias para o seu atingimento serão descritas na Programação Anual de Saúde (PAS), a qual operacionaliza as intenções expressas no PES e tem por objetivo anualizar as metas do plano e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. O monitoramento das metas ocorre de forma quadrimestral, por meio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), o qual deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. Por sua vez, a avaliação dessas metas deve ser realizada anualmente por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG), momento oportuno para realização de redimensionamentos do PES e recomendações para a próxima PAS.

Estes instrumentos de gestão são condicionantes para a transferência de recursos no SUS, conforme a Lei nº. 8.142/1990, e são considerados ferramentas básicas do planejamento em saúde no SUS, cada qual com suas especificidades, porém complementares. A Portaria GM/MS nº. 750, de 29 de abril de 2019, regulamenta o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento (DGMP), sistema no qual são inseridos, de forma obrigatória, o PES e a PAS, e elaborados e enviados os relatórios de gestão (RAG e RDQA).

O DGMP, além de hospedar as informações oriundas dos instrumentos e subsidiar a elaboração dos relatórios, favorece a transparência das políticas e o uso de recursos públicos para os gestores e para o Controle Social.

O ciclo de planejamento da saúde observa os prazos legais da Portaria de Consolidação nº. 1/2017 (TÍTULO IV - DO PLANEJAMENTO (art. 94 ao art. 106) e da Lei Complementar nº. 141/2012 (art. 36), sendo a base para os instrumentos de planejamento e orçamento governamentais - Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA). O PPA é o instrumento legal de planejamento de Governo, para o período de quatro anos, sendo desdobrado a cada ano em metas e prioridades da administração pública estadual por meio da LDO, com a previsão dos investimentos anuais na LOA, necessários para o desenvolvimento das ações que irão garantir o alcance das metas. No RS, o PPA é elaborado utilizando o Sistema de Planejamento e Orçamento (SPO), sistema este utilizado também para o monitoramento, com a periodicidade quadrimestral das ações planejadas.

Além do monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento previstos em lei, o estado do RS também realiza o acompanhamento de projetos específicos por intermédio do Sistema de Monitoramento Estratégico (SME). Os projetos estratégicos são definidos para fins de gestão intensiva, devido à sua natureza, complexidade, impacto social e volume de recursos envolvidos. Para garantir que esses projetos sejam bem-sucedidos, seu monitoramento é feito sistematicamente por uma equipe específica da Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão/RS juntamente com os órgãos e entidades estatais correlatos. Tal monitoramento pode ocorrer mensalmente, trimestralmente, quadrimestralmente ou anualmente, dependendo das características do projeto.

Em relação ao Mapa Estratégico da SES/RS, o objetivo neste ciclo de planejamento é integrar o seu processo de Monitoramento e Avaliação aos demais instrumentos de Gestão do Sistema Único de Saúde - englobando, assim, diferentes indicadores e instrumentos, constituindo um acompanhamento coerente entre eles. Neste sentido, o Mapa Estratégico visa contemplar, em seu desenho, as metas e indicadores do Plano Estadual de Saúde (PES), integrando-se a este documento. Além disso, a unificação dos processos de monitoramento e avaliação prossegue por meio das demais ferramentas normativas da SES/RS, como Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG) - o que potencializa estes documentos e relaciona o Mapa aos demais processos de trabalho.

1. ANÁLISE PARCIAL DAS METAS DO PES 2020-2023

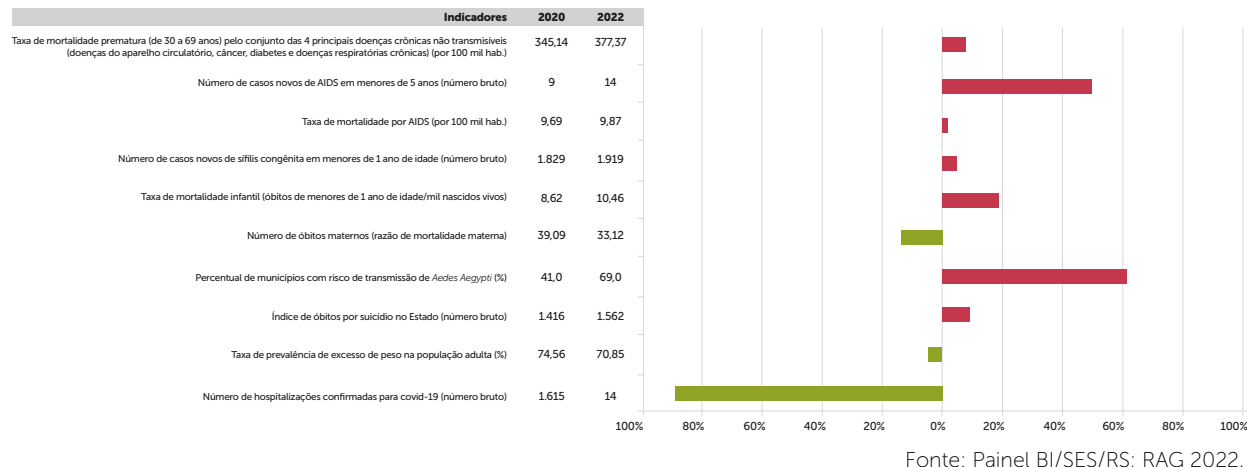
Por meio da análise do Relatório Anual de Gestão de 2022, observou-se que o Plano Estadual de Saúde de 2020- 2023 atingiu 51,5% das metas pretendidas até a data de 31 de dezembro de 2022. Ao todo, foram elencadas 131 metas para o período de 4 anos. Dessas, 67 já atingiram 100% do resultado esperado, 63 não atingiram e 1 não tinha sido iniciada. Ressalta-se que a análise realizada até 2022 é parcial, pois o período para execução das metas será encerrado no final do ano de 2023. É importante salientar que entre as 63 metas que ainda não alcançaram o resultado pretendido, 24 atingiram mais do que 75% do resultado esperado, 17 alcançaram entre 50% e 74% e 22 atingiram menos do que 50% do pretendido. Contudo, esses resultados são preliminares já que é necessário a finalização dos 4 anos para a análise final do ciclo.

2. ANÁLISE PARCIAL DOS INDICADORES DE RESULTADO DO PES 2020-2023

No PES 2020-2023, foram propostos 17 indicadores de resultado para monitoramento e avaliação. Dentre eles, dez eram indicadores de resultados de polaridade negativa, nos quais se buscava diminuir as ocorrências. Houve uma redução no número de mortes maternas e na prevalência de excesso de peso na população, assim como nas hospitalizações confirmadas para covid-19 em 2022 em relação a 2020, o que foi positivo. No entanto, sete dos nove

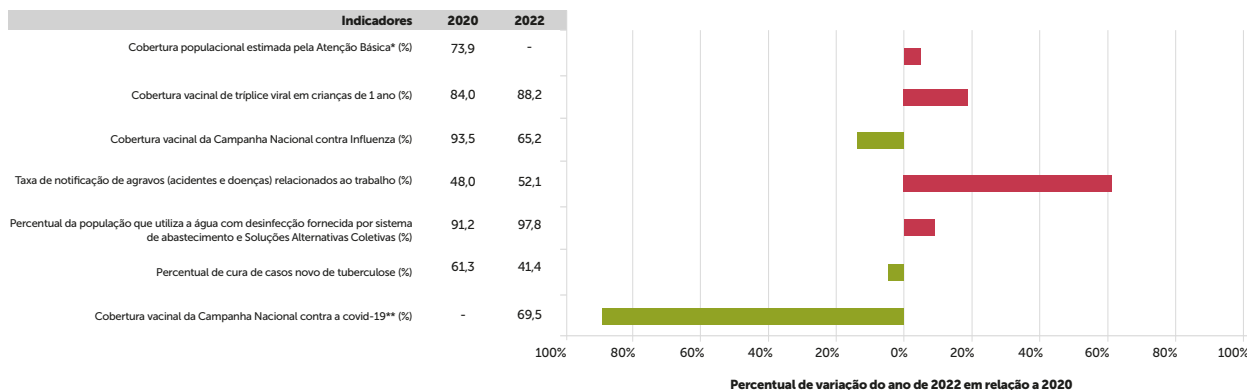
indicadores aumentaram em 2023 em relação ao ano de 2020, indo na direção oposta do que se buscava (**Figura 121**).

Figura 121. Resultado dos Indicadores de Resultado de polaridade negativa (que se busca reduzir ou eliminar) do PES 2020-2023, RS, 2023.



Entre os sete indicadores de resultado de polaridade positiva, nos quais se buscava aumentar os índices, houve um aumento na cobertura vacinal da tríplice viral em crianças de 1 ano, na taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho e no percentual da população que utiliza água com desinfecção fornecida por sistema de abastecimento e soluções alternativas coletivas em 2022 em relação a 2020. No sentido oposto, a cobertura vacinal da Campanha Nacional contra Influenza diminuiu em 2022 em relação a 2020. Três indicadores não foram monitorados (**Figura 122**).

Figura 122. Resultado dos Indicadores de Resultado de polaridade positiva (que se busca aumentar) do PES 2020-2023, RS, 2023.



*Indicador não foi acompanhado devido a uma mudança na forma de monitoramento e cálculo. **Indicador relativo a esquema vacinal completo da população residente do estado; No ano de 2020 não havia campanha de vacinação.

Fonte: Painel BI/SES/RS; RAG 2022.

3. METODOLOGIA DE MONITORAMENTO DAS METAS DO PES 2024-2027

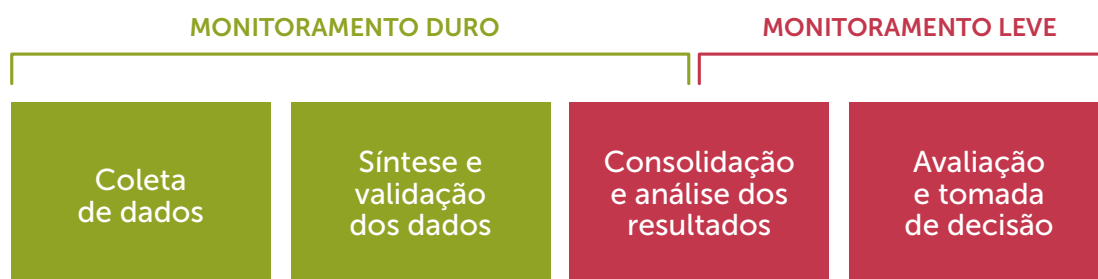
Tem-se como espaço oportuno para discussões, no que tange o planejamento, monitoramento e avaliação, o Grupo de Trabalho de Planejamento Monitoramento e Avaliação (GTPMA), instituído na SES/RS pela Portaria Estadual nº. 64/2003 e com última atualização na Portaria Estadual nº. 1.032/2022. O GTPMA é um espaço de alinhamento para construção dos instrumentos de planejamento e orçamento, bem como discussão dos resultados, de maneira transversal na SES/RS, composto por servidores lotados nos departamentos, assessorias e CRS, sob a coordenação da Assessoria de Gestão e Planejamento (Ageplan).

Com base na necessidade de fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação, e também visando a qualificação desses processos, foi elaborada uma Estratégia de Monitoramento e Avaliação, a qual pretende instituir práticas de análise e avaliação sistemática dos indicadores da PAS, de forma articulada aos demais instrumentos, a ser desenvolvida no âmbito do GTPMA. As etapas que envolvem o conhecimento técnico e o uso de ferramentas tecnológicas, chamaremos aqui de ‘monitoramento duro’; enquanto aquelas etapas que envolvem as dimensões técnica, política e/ou financeira para a tomada de decisões, por meio da comunicação entre os atores envolvidos, chamaremos de “monitoramento leve”.

Para o monitoramento duro devem ser consideradas todas as ferramentas que englobam aparatos tecnológicos e conhecimento técnico para a coleta e análise dos dados, sejam elas planilhas, sistemas de informação próprios, programas, entre outros. Os dados serão coletados, validados e consolidados pelo respectivo responsável. O dado consolidado deve gerar uma informação que subsidiará o processo de avaliação do objeto monitorado. A fase de análise dos resultados é considerada uma transição entre o monitoramento duro e o monitoramento leve, demandando assim ambas as aplicações e, portanto, diferentes atores.

Já o monitoramento leve é o momento em que a informação gerada no monitoramento duro é debatida e analisada em um espaço decisório. Esse momento de tomada de decisão deve envolver diferentes atores que precisam articular técnica e politicamente um plano de ação com vista a corrigir o curso da ação para o atingimento de seus objetivos. As etapas de monitoramento duro e monitoramento leve constituem o processo que vai desde a coleta de dados até a tomada de decisão (**Figura 123**).

Figura 123. Etapas do processo de monitoramento e avaliação, RS, 2023.

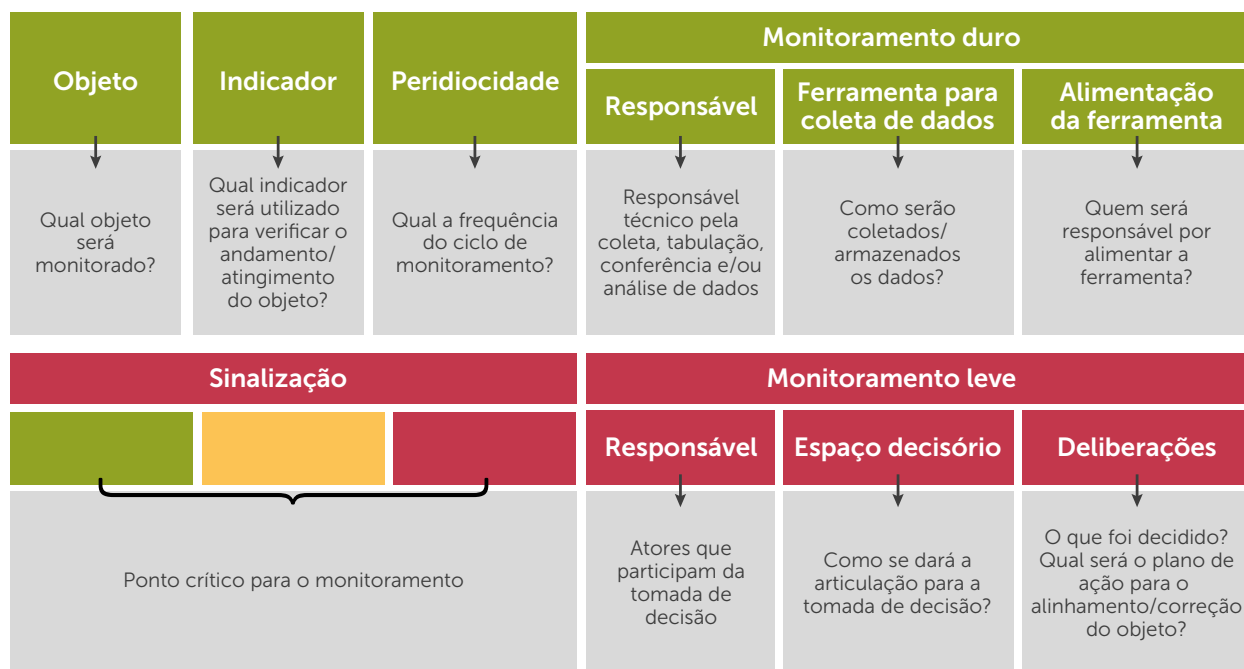


Fonte: SES/RS, 2023.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE PROCESSOS

Para a proposta de monitoramento e a avaliação de processos, foi elaborado um modelo lógico, cujo objetivo é nortear as etapas de monitoramento duro e monitoramento leve. No item "sinalização" utilizaremos três categorias para acompanhamento das metas, a fim de identificar as metas que carecem de atenção e, por conseguinte, desenvolvimento de ações de monitoramento leve (**Figura 124**).

Figura 124. Modelo lógico de monitoramento e avaliação, RS, 2023.



Fonte: SES/RS, 2023.

Em síntese, a Estratégia de Monitoramento e Avaliação descrita aspira fomentar que estes processos ocorram de forma sistemática, e que as ações previstas possam ser monitoradas e avaliadas para além dos instrumentos de gestão do SUS, os quais são elaborados de forma transparente e comunicam, para sociedade civil, a prestação de contas e os resultados alcançados, e encontram-se disponíveis na página <www.ses.gov.br/planejamento>.

REFERÊNCIAS

ALVES, F.T.A. et al. Mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 691-706, 2021. Disponível em: 10.1590/0103-1104202113010

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Conselho Nacional de Justiça, Brasília, DF, Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1, p.52. 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 603, de 8 de novembro de 2018**. Aprova o relatório da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT/CNS). Conselho Nacional de Saúde. 2018. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-603-de-8-de-novembro-de-2018-55882344>. Acesso em: 21 Ago. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 03 ago 2023.

BRASIL. **Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 08 fev. 2007, p. 316. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. **Decreto Nº 3.990, de 30 de outubro 2001**. Regulamenta o art. 26 da Lei no 10.205, de 21 de março de 2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades. Brasília, DF, 30 de outubro de 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3990.htm . Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. **Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasil: DF. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>

BRASIL. **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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 31 mar. 23.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1-3. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 22 mar. 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Código Penal. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 31 dez. 1940. p. 23911.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 09 ago. 1943. p. 11937.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019**. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm>. Acesso em: 29 ago. 2023.

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: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 28 mar. 23.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: D.O.U., 16 jan. 2012. p. 1.

BRASIL. **Lei Nº 10.205, de 21 de março de 2001**. Regulamenta o § 4o do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. Brasília, DF, 21 mar. 2001. Disponível

em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10205.htm. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 21 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 08 abr. 2005. p. 1. Col. 3.

BRASIL. **Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014.** Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF, 11 ago. 2014. Ed. extra, p.1.

BRASIL. **Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial 7.7, de 2015. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.257, 8 de março de 2016.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília: DF, 2016.

BRASIL. **Lei nº 14.154, de 26 de maio de 2021.** Vigência Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para aperfeiçoar o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), por meio do estabelecimento de rol mínimo de doenças a serem rastreadas pelo teste do pezinho; e dá outras providências. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.154-de-26-de-maio-de-2021-322209993>. Acesso em: 29 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022.** Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF, 05 set. 2022. Seção 1, p.5.

BRASIL. **Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989.** Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7716.htm>. Acesso em: 15 mar. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 21 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF, 15 jan. 1996. Seção 1, p.561. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em 27 de agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Pesquisa Nacional de Vitimização.** Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2013. Disponível em: <https://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relat%C3%B3rio-PNV-Senasp_final.pdf> Acesso em: 15 de agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados Sistema OuvidorSUS.** Disponível em <https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm> (Gestão Estadual). Acesso em: 03 ago, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** CNES/DATASUS/MS. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 14 mar. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018.** Dispõe sobre o processo de planejamento regional integrado e a organização de Macrorregiões de Saúde. Brasília/DF, 2018. Disponível em: https://ti.saude.rs.gov.br/bi/file/planejamento_regional_integrado/RESOLUCAO-N-37-DE-22-DE-MARCO-DE-2018.pdf. Acesso em: 22 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br>. Acesso em: 21 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS. TABNET.** Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 14 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.** Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017. Seção 1. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017

[html](#). Acesso em 27 de agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde Brasília: DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 15, de 28 de junho de 2012.** Habilita os Estados de Alagoas e do Rio Grande do Sul a receberem recursos referentes ao apoio à estruturação, consolidação e fortalecimento de Arranjos Produtivos Locais (APLs), no âmbito do SUS, conforme a Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2012/prt0015_28_06_2012.html. Acesso em 27 de agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 21 de 27 de janeiro de 2023.** Divulga os montantes anuais alocados aos Estados, Distrito Federal e Municípios relativos ao Incentivo de Custeio às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das IST/Aids e Hepatites Virais do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-21-de-20-de-janeiro-de-2023-4604057666>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 38, de 10 de janeiro de 2022.** Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. Brasília (DF), 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0038_12_01_2022.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 72, de 11 de janeiro de 2010.** Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 90, de 27 de março de 2009.** Define Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade e seus processos de habilitações. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0090_27_03_2009.html. Acesso em 24 de ago. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 19/03/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 183, de 30 de janeiro de 2014.** Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. Diário Oficial da União. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0183_30_01_2014.html. Acesso em: 21 Ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 210, de 19 de março de 2004.** Define Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades. Brasil, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt210_15_06_2004.html. Acesso em 29 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 249, de 14 de março de 2023.** Aprova a adesão de entes federativos à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF, 17 mar. 2023. Seção 1, p.54. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n%C2%BA-249-de-14-de-mar%C3%87o-de-2023>. Acesso em 27 de agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 252 de 19 de fevereiro de 2013.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html >. Acesso em 29 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002.** Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Disponível em: https://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf >. Acesso em 29 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 288, de 18 de maio de 2008.** Institui a política nacional de atenção em oftalmologia e define as redes estaduais e regionais na atenção básica e especializada em oftalmologia. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0288_19_05_2008.html. Acesso em 24 de ago. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017.** Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html . Acesso em: 03 ago, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 425, de 19 de março de 2013.** Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasil, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html >. Acesso em 29 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasil, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html >. Acesso em 29 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 635, de 22 de maio de 2023.** Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília (DF), 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 750, 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. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750_06_05_2019.html. Acesso em 21 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 756, de 27 de dezembro de 2005.** Dispõe sobre a composição das Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao Paciente Neurológico na Alta Complexidade. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/PORTARIA-N%C2%B0-756-2005-Assist%C3%Aancia-ao-Paciente-Neurol%C3%B3gico-de-Alta-Complexidade.pdf> Acesso em 24 de ago. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 957, de 15 de maio de 2008.** Institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0957_15_05_2008.html. Acesso em 24 de ago. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.099, de 12 de maio de 2022.** Institui o Programa de Qualificação da Assistência Cardiovascular - QualiSUS Cardio. Brasil, 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1099_13_05_2022.html>. Acesso em 29 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília-DF. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012.** Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF, 28 fev. 2013. Seção 1, p.146.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.602, de 31 de julho de 2014.** Aprova a adesão dos Estados do Acre, Tocantins, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Pará e do Distrito Federal à 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. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1602_31_07_2014.html> Acesso em: 21 de ago. de 2023.

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. Brasil, 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html>. Acesso em 29 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018.** Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC

no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasil, 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html>. Acesso em 29 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007.** Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.698, de 23 de julho de 2021.** Institui o Programa de revitalização de Unidades Básicas de Saúde por meio do trabalho de pessoas privadas de liberdade, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 139. ed. Brasília, DF, 26 jul. 2021. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.298, de 09 de setembro de 2021.** Dispõe sobre as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 10 set. 2021. n. 172, Seção 1, p. 106.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014.** Dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF, 15 dez. 2014. Seção 1, p.39. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnaisp/assistencia-farmacutica-no-sistema-prisional>. Acesso em 27 de agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil. Brasília (DF), 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html

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). Diário Oficial da União. Brasília, DF, Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF, 10 dez. 2019. Seção 1, p.112. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em 27 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.415, de 22 de outubro de 2018.** Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasil, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.551, de 18 de dezembro de 2020.** Habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF, 18 dez. 2020. Ed. Extra, Seção 1, p.7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.603, de 22 de novembro de 2018.** Estabelece que os procedimentos relacionados à Terapia Renal Substitutiva - TRS, cobrados por meio de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - APAC, sejam financiados, em sua totalidade, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC. Brasil, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.662, de 3 de outubro de 2022.** Dispõe sobre o repasse dos recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional para o exercício de 2022. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF, 04 out. 2022. Seção 1, p.66. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt3662_04_10_2022.html ; acessado em 27 de agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, p.18-22.

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). Brasil, 2010.

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. 250-A. ed. Brasília, DF, 31 dez. 2018. Seção 1-Extra, p. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 4.644, de 28 de dezembro de 2022.** Dispõe sobre a elaboração, comunicação e aprovação do Plano Anual de Auditoria Interna - PAA e do Relatório Anual de Auditoria Interna - RAA no âmbito das unidades de auditoria interna do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia da Vigilância do Óbito.** Brasília: Editora Ms, 2009. 86 p. (ISBN 978-85-334-1616-1). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa Nº - 06/2022/DVE/CEVS Vigilância Epidemiológica da Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda – RS.** Disponível em: [cevshttps://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/17140103-nota-informativa-pfa-11-08-2022.pdf.rs.gov.br](https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/17140103-nota-informativa-pfa-11-08-2022.pdf.rs.gov.br). Acesso em 23/03/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Oncologia.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2022. Base de dados. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def. Acesso em: 01 mar. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **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: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.** Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria conjunta SCTIE/SAS/MS nº 11, de 02 de abril de 2018.** Aprova o protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Glaucoma. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/poc0011_09_04_2018.html. Acesso em 24 de ago. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria conjunta SCTIE/SAS/MS nº 17, de 1º de outubro de 2021.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retinopatia Diabética. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2021/20211217_portaria_conjunta_17.pdf. Acesso em 24 de ago. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria conjunta SCTIE/SAS/MS nº 18, de 2 de julho de 2018.** Aprova o protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Degeneração Macular Relacionada com a Idade (forma neovascular). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/poc0018_19_11_2018.html. Acesso em 24 de ago. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Intermisnisterial 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, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 142, de 22 de abril de 1999.** Credencia a Central de Notificação, Captação e distribuição de Órgãos no Estado do Rio Grande do Sul. Diário Oficial da União (DOU), Brasília, DF, 23 abr. 1999, Seção 1, p. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAES/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019.** Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 920, de 15 de dezembro de 2011.** Altera, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), os atributos referentes ao nome, descrição, quantidade máxima, valor, CID, tipo de financiamento e de atributo complementar. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202011/prt0920_15_12_2011.html. Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf/view. Acesso em 29/03/2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica: manual técnico /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf>. acesso em 23/03/23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta da Criança**. Passaporte da Cidadania. 3ª edição Brasília-DF, 2021. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_3ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Guia orientador para a atenção integral à saúde do povo cigano** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde**. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Renome 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 181 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>. Acesso em 21 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 154 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico MPOX**. Brasília: DF. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/variola-dos-macacos/boletim-epidemiologico-de-monkeypox-no-24-coe-1>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/manual_cuidado_continuos_pessoas_hiv.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Hanseníase** - Número Especial. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Circuito Rápido da aids avançada – fluxogramas [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/circuito_rapido_aids_avancada_eletronico.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseniose/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-da-hanseniose-2022>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SISAGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Água para Consumo Humano**. Disponível em: <https://sisagua.saude.gov.br/sisagua/login.jsf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB)**. Acesso em 07/03/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/DATASUS**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/>. Acesso em: 31 mar. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações hospitalares (SIH)/DATASUS**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>. Acesso em: 31 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Informatizado Hemovida Web – Coagulopatias**. Disponível em: <http://coagulopatiasweb.datasus.gov.br/>. Acesso em: 31 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do estado nutricional e consumo alimentar nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2021: estado nutricional e consumo alimentar** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília, 2022. 75 p.: il.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **CAGED - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados**. Disponível em: <http://pdet.mte.gov.br/caged>. Acesso em 30 mar. 2023.

BRASIL. Relatório Resumido da Execução Orçamentária. **Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde**. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/demonstrativos-e-dados-informados/demonstrativos/estados-distrito-federal>>. Acesso em 05/04/2023.

BRASIL. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**. Disponível em: <<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>>. Acesso em: 16/03/23

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: 17 mar. 2023.

CANUTO R.; FANTON M.; LIRA P.I.C. **Iniquidades sociais no consumo alimentar no Brasil: uma revisão crítica dos inquéritos nacionais** [Social inequities in food consumption in Brazil: a critical review of the national surveys]. Cien Saude Colet. 2019 Sep 9;24(9):3193-3212. Doi: 10.1590/1413-81232018249.26202017. Acesso em 29/03/23.

CARNEIRO F.F., et al. **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/dossie-abrasco-um-alerta-sobre-os-impactos-dos-agrotoxicos-na-saude/9898>

CAVALCANTI, L.; et al. 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 21/03/2023.

CIMI - Conselho Indigenista Missionário. **RELATÓRIO – Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil** – Dados de 2015 a 2021.

COSTA, Gabriel W. **Interventions on Human Capital Formation among Vulnerable Populations: Experimental Evidence from Two Large-Scale Programs in Brazil**. Fundação Getúlio Vargas (FGV). São Paulo, 2022. Disponível em: https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/wp-content/uploads/2023/04/GabrielWeberCosta_Thesis_FGV_EESP.pdf

DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>> Acesso em: 14 mar. 2023.

DEE - Departamento de Economia e Estatística. **DEEDADOS**. Departamento de Economia e Estatística. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Disponível em: <<http://deedados.planejamento.rs.gov.br/feedados/#!pesquisa=0>>. Acesso em: 31 mar. 2023

DEE - Departamento de Economia e Estatística. **Estimativas populacionais, por idade e sexo, dos municípios do RS – 2020**. Secretaria do Planejamento, Governança e Gestão (SPGG), 2021. Disponível em <<https://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/03164541-estimativas-populacionais-por-idade-e-sexo-dos-municipios-do-rs-2020.pdf>> Acesso em: 30 de mar. 2023.

DEE - Departamento de Economia e Estatística. **Panorama das desigualdades de raça/cor no RS**. Relatório Técnico. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão (SPGG), 2021. Disponível em: <https://dee.rs.gov.br/upload/arquivos/202111/18175612-relatorio-tecnico-dee-panorama-das-desigualdades-de-raca-cor-no-rio-grande-do-sul.pdf> . Acesso em: 12 abr. 2023

DOTTA, R.M., et al. **Equipes de atenção primária prisional e a notificação de tuberculose no Rio Grande do Sul/Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva. 2022/Jul. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/equipes-de-atencao-primaria-prisional-e-a-notificacao-de-tuberculose-no-rio-grande-do-sulbrasil/18440?id=18440>. Acesso em 31 mar. 2023.

FCP - Fundação Cultural Palmares. **Certificação Quilombola (Comunidades certificadas no Estado) — 2023**. Disponível em: <<https://www.gov.br/palmares/pt-br/departamentos/protecao-preservacao-e-articulacao/certificacao-quilombola>> Acesso em 04 de agosto de 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Violência contra mulheres em 2021**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021. 14 p. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/03/violencia-contra-mulher-2021-v5.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3175>. Acesso em: 15 mar. 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PeNSE: Pesquisa nacional de saúde do escolar, 2019**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 162 p. Acesso em: 16 mar. 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua**. Nota técnica 03/2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101960.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pnadca/tabelas>. Acesso em: 22 mar. 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA – Pesquisa Nacional de Saúde 2019** - Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pns/pns-2019>>. Acesso em: 29/03/2022.

II VIGISAN - **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil** [livro eletrônico]: relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN. - São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, 2022. Acesso em: 20/03/23

INCA - Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>. Acesso em: 01 mar. 2023.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a deteção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>. Acesso em: 01 mar. 2023.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>>

INCA - Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Parâmetros técnicos para deteção precoce do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/parametrostecrastreatmentocamama_2021_0.pdf. Acesso em: 01 mar. 2023.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//parametros_tecnicos_colo_do_uterio_2019.pdf. Acesso em 27 mar. 2023.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. Disponível em: <https://www.healthdata.org/>. Acesso em 07 ago. 2023.

INTOSAI. **ISSAI 1 - Declaração de Lima**. 1977. Traduzida pelo Tribunal de Contas da União.

INTOSAI. **ISSAI 10 – Declaração do México sobre Independência**. 2007. Traduzida pelo Tribunal de Contas da União.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (2012-2022)**. Brasília: Ipea, 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/4/NT_103_Disoc_Estimativa_da_Populacao.pdf. Acesso em: 17 mar. 2023.

JAUNIAUX, E. et al. **FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel**. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v.140, n.3, p.265-273, mar. 2018. doi: 10.1002/ijgo.12407. PMID: 29405321.

MALTA, D. C. et al. **Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 22. n. 1903. s.p, 2019.

MDS - Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **CECAD – Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico**. Cadastro único no Estado do Rio Grande do Sul – 2023. Disponível em: <https://cecad.cidadania.gov.br/tab_cad.php>. Acesso em: 04 de agosto de 2023.

MENEZES, Daiane B.; GRASSI, Ana Clara. **População em situação de rua no Rio Grande do Sul de acordo com o Cadastro Único**. Porto Alegre: Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2022. Relatório Técnico. Disponível em: <https://dee.rs.gov.br/>

[upload/arquivos/202212/05131018-relatorio-tecnico-populacao-em-situacao-de-rua-no-rio-grande-do-sul-de-acordo-com-o-cadastro-unico-1.pdf](#) Acesso em: 22 mar. 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2010. 448 p. ISBN 978-85-334-1657-4.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota Técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde Da Pessoa Idosa**. /Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.: il.

MOROVIC S, et al. *Possibilities of Dementia Prevention - It is Never Too Early to Start*. J Med Life, v.12, n.4, p. 332-337, 2019. Disponível em: [10.25122/jml-2019-0088](https://doi.org/10.25122/jml-2019-0088).

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Active Ageing: towards age-friendly primary health care**. Genebra, 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43030/9241592184.pdf;jsessionid=3430BEF96FFA8CA784659A6C80C3F469?sequence=1>> Acesso em: 23 de mar. De 2023.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3>.

OPAS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al. **Acelerar el progreso hacia la reducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe**. [s.l: s.n.]. 2018. Disponível em: https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF_Acelerar_el_progreso_hacia_la_reduccion_del_embarazo_en_la_adolescencia.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto Estadual Nº 50.776, de 23 de outubro de 2013**. Regulamenta a Lei nº 13.469, de 22 de junho de 2010, com a redação da Lei nº 13.676, de 17 de janeiro de 2011, que dispõe sobre a prevenção e o combate às doenças associadas à exposição solar do trabalhador rural, do pescador e do aquicultor. 2013. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/DEC%2050.776.pdf>. Acesso em: 21 Ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto Estadual nº 51.999, de 13 de novembro de 2014**. Disponível em: <https://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/DEC%2051.999.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto Estadual nº 55.128, de 19 de março de 2020**. Declara estado de calamidade pública em todo o território do Estado do Rio Grande do Sul para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo COVID-19 (novo Coronavírus), e dá outras providências. Porto Alegre, RS, 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=390957>>.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto Estadual Nº 55.718, de 12 de janeiro de 2021**. Dispõe sobre a estrutura básica da Secretaria da Saúde. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/upload/arquivos//decreto-55-718.pdf>> Acesso em 22 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto Estadual Nº 55.994, de 14 de julho de 2021**. Institui Comitê Estadual de Prevenção e Enfrentamento da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Disponível em <https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=570401>>

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto Estadual nº 56.015, de 02 de agosto de 2021**. Institui Programa de Incentivos Hospitalares - ASSISTIR para a qualificação da atenção secundária e terciária em saúde nos hospitais contratualizados para prestação de serviços no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial do Estado. Porto Alegre, RS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/03114804-decreto-56-015.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto Estadual nº 56.016, de 02 de agosto de 2021**. Estabelece a Unidade de Incentivo Hospitalar – UIH de que trata o financiamento do Programa de Incentivos Hospitalares – ASSISTIR. Diário Oficial do Estado. 2. ed. Porto Alegre, RS, 03 ago. 2021. n. 155.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto Estadual nº 56.061, de agosto de 2021**. Institui Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde – PIAPS para qualificação da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS no Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/wp-content/uploads/2021/09/Materia589370-1.pdf>. Acesso em 21 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto Estadual Nº 56.172, de 31 de outubro de 2021**. Aprova o Regimento Interno da Secretaria da Saúde. 2021. Disponível em: <https://www.pge.rs.gov.br/upload/arquivos/202111/03091827-doe-2021-11-03.pdf>. Acesso em: 21 Ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto Estadual nº 56.229, de 07 de dezembro de 2021**. Dispõe sobre a ação afirmativa de reserva de vagas para as pessoas com deficiência, para as pessoas trans, para as pessoas negras e para as pessoas integrantes dos povos indígenas no âmbito dos concursos públicos para o provimento de cargos efetivos e empregos públicos, bem como nos processos seletivos para

a contratação por tempo determinado para atender necessidade temporária de excepcional interesse público no âmbito dos órgãos e entidades integrantes da administração pública direta e indireta do Poder Executivo do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100018.asp?Hid_IdNorma=72239>. Acesso em: 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto Estadual nº 56.536, de 1º de junho de 2022.** Regulamenta o regime especial de teletrabalho de que trata o parágrafo único do art. 32 da Lei Complementar nº 10.098, de 3 de fevereiro de 1994, e o Capítulo II-A do Título II do Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1973, que aprova a Consolidação das Leis do Trabalho, no âmbito da administração pública estadual direta, autárquica e fundacional. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/DEC%2056.536.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 56.626, de 16 de agosto de 2022.** Institui Política Estadual de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 17 ago. 2022. n.158, p.5-13

RIO GRANDE DO SUL. FADERS. **Características da População com Carteira de Identificação do Transtorno do Espectro Autista no Rio Grande do Sul.** Maio de 2022. Disponível em < <https://faders.rs.gov.br/upload/arquivos/202207/15095644-pesquisa-ciptea-2021-2022.pdf>> Acesso em 15 de março de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Complementar nº 10.098, de 03 de fevereiro de 1994.** Dispõe sobre o estatuto e regime jurídico único dos servidores públicos civis do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100018.asp?Hid_IdNorma=13900&Texto=&Origem=1>. Acesso em: 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Complementar nº 15.429, de 22 de dezembro de 2019.** Altera a Lei Complementar nº 13.758, de 15 de julho de 2011, que dispõe sobre o Regime Próprio de Previdência Social do Estado do Rio Grande do Sul, institui o Fundo Previdenciário – FUNDOPREV –, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/15.429.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Complementar nº 15.450, de 17 de fevereiro de 2020.** Altera a Lei Complementar nº 10.098, de 3 de fevereiro de 1994, que dispõe sobre o estatuto e regime jurídico único dos servidores públicos civis do Estado do Rio Grande do Sul, a Lei n.º 10.002, de 6 de dezembro de 1993, que autoriza o Poder Executivo a instituir um sistema de vale-refeição no âmbito da Administração Direta e das Autarquias, e a Lei Complementar nº 15.142, de 5 de abril de 2018, que dispõe sobre o Regime Próprio de Previdência Social do Estado do Rio Grande do Sul - RPPS/RS - e dá outras providências. Disponível em: <https://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100018.asp?Hid_IdNorma=66086>. Acesso em: 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **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. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_IDNorma=15281>. Acesso em: 21/08/2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 10.097, de 31 de janeiro de 1994.** Cria o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repl.egis/arquivos/10.097.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 12.560, de 12 de julho de 2006.** Institui a Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos no Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 13 jul. 2006.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 13.417, de 05 de abril de 2010.** Dispõe sobre a reestruturação do Quadro de Funcionários da Saúde Pública, estabelece normas gerais de enquadramento, institui nova tabela de vencimentos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/legis/m010/M0100018.asp?Hid_IdNorma=54040>. Acesso em: 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 13.469, de 22 de junho de 2010.** Dispõe sobre a prevenção e o combate às doenças associadas à exposição solar do trabalhador rural e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 23 jun. 2010.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 13.676, de 17 de janeiro de 2011.** Dispõe sobre a prevenção e o combate às doenças associadas à exposição solar do trabalhador rural, do pescador e do aquicultor, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 18 jan. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 14.784, de 4 de dezembro de 2015.** Dispõe sobre a Política Estadual de Conscientização e Orientação sobre o Lúpus Eritematoso Sistêmico - LES - e o Lúpus Eritematoso Discóide - LED - e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 18 dez. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 15.322, de 25 de setembro de 2019.** Institui a Política de Atendimento Integrado à Pessoa com Transtornos do Espectro Autista no Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://leiestaduais.com.br/rs/lei-ordinaria-n>

[15322-2019-rio-grande-do-sul-institui-a-politica-de-atendimento-integrado-a-pessoa-com-transtornos-do-espectro-autista-no-estado-do-rio-grande-do-sul](#). Acesso em 24 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 15.820, de 29 de março de 2022**. Institui a Política Estadual de Enfrentamento à Doença de Alzheimer e outras Demências no Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. Diário Oficial do Estado. Porto Alegre, RS, 30 mar. 2022. n. 61, p. 6.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 15.971, de 07 de julho de 2023**. Altera a Lei nº 10.097, de 31 de janeiro de 1994, que cria o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências.

RIO GRANDE DO SUL. **Panorama das desigualdades de raça/cor no RS**. Porto Alegre: Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2021, 83 p. Acesso em: 03 de mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Diretor de regionalização da Saúde**. Porto Alegre, 2002. Disponível em: <https://www.mprs.mp.br/media/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Política Estadual de Práticas Integrativas e complementares, 2015**. Disponível em <<https://atencaoabασica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201712/11141920-politica-estadual-de-praticas-integrativas-e-complementares-2015.pdf>>. Acesso em: 07 de mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde (org.). **Boletim informativo: Saúde da população migrante internacional residente no Rio Grande do Sul, 2021**. Disponível em: <https://atencaoabασica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202110/11093534-08154829-boletim-informativo-saude-da-populacao-de-migrantes-no-rs.pdf>. Acesso 21/03/2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. 5ª Coordenadoria Regional de Saúde. **Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. 2021. Disponível em: <https://atencaoabασica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202107/21165831-registro-de-atividades-pipmf-no-e-sus-aps.pdf>. Acesso em: 21 Ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. AME - **Sistema de Administração de Medicamentos**. Disponível em: <https://secweb.procergs.com.br/ame/ame/Interface/Html/index.jsp>. Acesso em: 14 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. **Nota Técnica Nº 01/2020: Fitoterapia na Rede de Atenção à Saúde**. Porto Alegre. 2020. Disponível em: <https://atencaoabασica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202010/02083859-nota-tecnica-fitoterapia-n-01-2020-pipmf-e-pepic-rs.pdf>. Acesso em: 21 Ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde/ Coordenação Estadual de IST/Aids. **Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis**. Centro de Informação e Documentação em Saúde/ Escola de Saúde Pública, 2018. Disponível em: <https://atencaoabασica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201907/19093926-linha-de-cuidado-e-book.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Porto Alegre. 2023. Disponível em: <https://atencaoabασica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202303/07133033-folder-pipmf-2023-final-1.pdf>. Acesso em: 21 Ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Nota Técnicas Nº 01/2021: Orientações para Implantação de Farmácias Vivas no SUS/RS**. Porto Alegre. 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/23154717-nota-tecnica-n-01-2021-ses-rs.pdf>. Acesso em: 21 Ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde/ Divisão de Doenças de Condições Crônicas Transmissíveis e não Transmissíveis/ Seção das Doenças de Condição Transmissíveis/ Coordenação Estadual de IST/Aids. **Nota Técnica nº 02 de 2021**. Dispões sobre as orientações gerais para procedimento diante do resultado positivo para HIV e/ou sífilis em pais/parceiros de gestantes/puérperas soronegativas nas maternidades públicas e privadas do estado do RS. Porto Alegre, 2021. Disponível em: <http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/NT-02.2021-parceiro-reagente.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde/ Divisão de Doenças de Condições Crônicas Transmissíveis e não Transmissíveis/ Seção das Doenças de Condição Transmissíveis/ Coordenação Estadual de IST/Aids. **Nota Técnica nº 01 de 2018**. Dispões sobre a realização de testagem rápida para HIV e sífilis em 100% das gestantes/parturientes no Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018. Disponível em: http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/NT-01_2018-testagem-nas-maternidades-1.pdf

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Instrução Normativa nº 01/2022**. Dispõe sobre o regime especial de teletrabalho aos servidores e empregados públicos no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, ANO LXXX, n. 152, p. 146, 9 de agosto de 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Instrução Normativa nº 01/2023**. Altera a IN/SES nº 01/2022: regime especial de teletrabalho aos servidores e empregados públicos no âmbito da Secretaria da Saúde. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, RS, ano LXXXI, n.51, p.109, 14 de março de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Monitoramento da Imunização Covid-19, 2023**. Disponível em: <<https://vacina.saude.rs.gov.br/>> Acesso em: 27 de mar. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Nota Informativa Conjunta Nº 01/2022 - Vigilância Epidemiológica da Tuberculose (TB) na Saúde Prisional. Porto Alegre: RS, 2022**. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202205/04093246-nota-informativa-conjunta-n-01-2022-vigilancia-epidemiologica-da-tuberculose-na-saude-prisional.pdf>> Acesso em: 21 de ago. de 2023

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 02/2022 DAPPS/SES/RS, de Atenção à Pessoa com Deficiência na Atenção Básica**. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202211/30124133-nota-tecnica-saude-pcd-na-ab-nov-2022.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portal BI. **Informações de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (Business Intelligence)**. Disponível em: <https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>. Acesso em 21 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 09, de 15 de junho de 1993**. Constitui em nível Estadual, a Comissão Estadual Intergestora Bipartite, do SUS/RS, integrado, paritariamente Representantes da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente - SSMA e da Associação dos Secretários e Dirigentes da Saúde do Rio Grande do Sul - ASEDISA. Porto Alegre, RS, 1993.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 23/2022**. Autoriza a transferência de recursos do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, para a fase de implantação da descentralização da gestão da Farmácia de Medicamentos Especiais de Porto Alegre. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 7 jan. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 39, de 01 de dezembro de 2000**. Institui os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) como estratégia descentralizada da Escola de Saúde Pública nas Coordenadorias Regionais de Saúde da Secretaria da Saúde. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202102/17144752-39-00-0112.pdf>. Acesso em 21 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 64, de 10 de novembro de 2003**. Cria Grupo de Trabalho para implantação do Sistema de Monitoramento da Gestão em Saúde. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202304/10170115-portaria-64-03.pdf>. Acesso em 21 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria Nº 64/2017**. Instituiu o Grupo Condutor da Atenção às Pessoas com Condições Crônicas (GC Crônicos). Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 64, de 25 de janeiro de 2018**. Instituir a Política de Cofinanciamento para estabelecimentos, que se caracterizavam como Hospitais de Pequeno Porte, e que tiveram seu perfil assistencial redesignado, conforme normas sanitárias vigentes, como Pronto Atendimento de Urgências. Diário Oficial do Estado. N. 20. Porto Alegre, RS, 29 jan. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 79, de 23 de janeiro de 2020**. Institui a Comissão Interna para elaboração do Plano de Enfrentamento à Violência nas Relações de Trabalho na Secretaria Estadual da Saúde - SES. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/24090756-79.pdf>>. Acesso em 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria Nº 264, de 26 de abril de 2022**. Redefine o Comitê Técnico Estadual de Saúde para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202204/27101100-264.pdf>> Acesso em: 21 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 276, de 13 de maio de 2019**. Designa Comissão Técnica para análise e proposições referentes a Incentivos Financeiros Estaduais a prestadores de Serviços Hospitalares ao SUS. Diário Oficial do Estado. Porto Alegre, RS, 14 maio 2019. n. 92.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 293, 27 de maio de 2019**. Estabelece as Diretrizes da Política Estadual do Sangue e Hemoderivados, bem como a organização e operacionalização da Rede Hemoterápica do Estado do RS, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Porto Alegre, RS, 2019. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/29124430-portaria-239-19.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 304/2014**. Dispõe sobre medidas de prevenção e combate à situação de risco às doenças associadas à exposição solar. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 24 abr. 2014, Seção 1, p.63.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 306, de 28 de maio de 2010.** Dispõe sobre a concessão do serviço de tratamento fora do domicílio interstadual aos pacientes do SUS no Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202101/14102413-306-10.pdf>. Acesso em 24 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 320, de 28 de abril de 2014.** Estabelece parâmetros adicionais de agrotóxicos ao padrão de potabilidade para substâncias químicas, no controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano no RS. Porto Alegre, RS, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 323/2022.** Define as normas para implantação e funcionamento e institui incentivo financeiro estadual para o dispositivo Rede de Atenção Psicossocial Escola do Estado do Rio Grande do Sul. PROA 21/2000-0078987-6, 2022. Porto Alegre, RS, 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 334, de 10 de junho de 2019.** Institui fluxo e orientações de atendimento a requisições para projetos de pesquisa e dá outras providências. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190655/19155517-334.pdf>. Acesso em 21 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da saúde. **Portaria Nº 343, de 09 de maio de 2014.** Institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014. Disponível em: < <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202009/30101356-343-14.pdf>> Acesso em: 21 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 360, de 13 de Março de 2023.** Define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), instituído pelo Decreto Estadual nº 56.061, 29 de agosto de 2021. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=828859>. Acesso em: 28 mar. 23.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 378, de 09 de junho de 2022.** Institui o Regimento das Comissões de acompanhamento dos contratos e estabelece as regras para a fiscalização dos contratos de prestação de serviços hospitalares celebrados pela gestão estadual do SUS e apuração de irregularidades contratuais. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/14120611-portaria-378-2022-de-09-06-2022-regimento-das-cacs.pdf>. Acesso em 21 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 444/2021.** Aprova a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/11095916-444.pdf>. Acesso em: 23/03/2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 494, de 31 de outubro de 2013.** Cria o Núcleo do Programa de Valorização e Atenção à Saúde Física e Mental dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul (PROSER), no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202011/04141644-494-13.pdf>>. Acesso em 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria Nº 512, de 29 de julho de 2020.** Aprova a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/31153736-512.pdf>> Acesso em: 21 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 537/2021.** Regulamenta, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR - Programa de Incentivos Hospitalares. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/23104422-portaria-ses-n-537-2021.pdf>. Acesso em: 23/02/2023

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 564, de 08 de agosto de 2022.** Institui o Comitê de Avaliação do Teletrabalho. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/09143605-564.pdf>>. Acesso em 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 638, de 09 de setembro de 2021.** Altera a Portaria SES/RS n. 537/2021, que regulamenta no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR – Programa de Incentivos Hospitalares, instituído pelo Decreto n. 56.015/2012. Diário Oficial do Estado. 2. ed. Porto Alegre, RS, 09 set. 2021. n. 182.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 649/2021.** Institui o Programa Farmácia Cuidar+ no Estado do Rio Grande do Sul e regulamenta a transferência de recursos destinados à sua implementação em 2021. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 14 set. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 552, de 1º de dezembro de 2017.** Complementar as atividades e definir Regimento Interno do Núcleo do Programa de Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul (PROSER), no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171248/04104838-552-drh.pdf>>. Acesso em 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 703, de 05 de outubro de 2021.** Altera a Portaria SES/RS nº 537/2021, que regulamenta, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR – Programa de Incentivos Hospitalares, instituído pelo Decreto nº 56.015/2021. Porto Alegre, RS, 06 out. 2021. n. 200.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 766 de 23 de dezembro de 2019.** Dispõe sobre a criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 25 dez. 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201912/26101738-766.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 792/2020.** Institui o Programa Cuidar+ no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 24 dez. 2020, Seção 1, p.47.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 882, de 16 de dezembro de 2021.** Altera a Portaria SES/RS n. 537/2021, que regulamenta no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR – Programa de Incentivos Hospitalares, instituído pelo Decreto n. 56.015/2012. Porto Alegre, RS, 17 dez. 2021. n. 249.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 884, de 17 de dezembro de 2021.** Institui o plano de enfrentamento aos diversos tipos de violência relacionada ao trabalho na SES, 2021 a 2023. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, nº 250, p.73-78, 21 de dezembro de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 995 de 23 de setembro de 2022.** Atualiza o elenco de medicamentos dispensados em caráter especial o Estado do Rio Grande do Sul da PT SES nº 670/2010. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 26 set. 2022, Seção 1, p.86. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/18141913-20120515135656portaria-ses-rs-n-670-de-31-12-2010.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 1.032, de 06 de outubro de 2022.** Define o Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, as suas atribuições e outras providências. Disponível em: <https://www.pge.rs.gov.br/upload/arquivos/202210/06083910-doe-2022-10-06.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 1.079, de 26 de dezembro de 2018.** Estabelece o fluxo no âmbito da Secretaria Estadual da Saúde em situações de denúncias de diversos tipos de violência no âmbito das relações produtivas e de trabalho. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190100/02120052-1079.pdf>. Acesso em 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 1.099, de 09 de novembro de 2022.** Aprova a Estrutura Interna das Divisões-Seções e Núcleos da Secretaria da Saúde. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202211/11095003-1099-gabinete-estrutura-ses.pdf>. Acesso em 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 1.112 de 08 de novembro de 2022.** Institui a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva (PEEPSC) como estratégia de educação do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202211/16095751-1112-esp-ces.pdf>. Acesso em 22 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 1149, de 23 de novembro de 2022.** Institui ações afirmativas para negros(as), indígenas, pessoas trans (homens trans, pessoas transmasculinas, mulheres trans e travestis) e pessoas com deficiência em editais de processos seletivos de cursos, Programas de Residência, especializações e pós-graduações no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202211/28093707-1149-esp.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 1.218/2022.** Institui a segunda edição da Relação Estadual de Plantas Medicinais de interesse do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul (REPLAME/RS) e revoga a Portaria SES nº 588/2017, PROA N°22/2000-0063000-7. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 13 dez. 2022, Seção 1, p.49. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202212/14141109-portaria-n-1218-2022-replame.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 3.253 de 29 de dezembro de 2016.** Habilita o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como Serviço de Referência em Doenças Raras, no Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt3253_29_12_2016.html. Acesso em: 01 jun. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Relação de medicamentos e terapias nutricionais disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES/RS).** Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2022. Disponível em: <https://admin.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202210/06114224-lista-de-medicamentos-e-terapias-nutricionais-out-22.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Relatório Anual de Gestão de 2022.** Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202303/30175855-rag-2022-versao-final.pdf>. Acesso em 05/04/2023

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 05, de 18 de janeiro de 2020.** Revoga a Resolução CIB/RS nº 122/2013 e a Resolução CIB/RS nº 197/2014, referente aos incentivos estaduais repassados aos prestadores de serviços hospitalares sob gestão estadual e municipal. Diário Oficial do Estado. N. 12. Porto Alegre, RS, 18 jan. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 08/20 – CIB/RS, de 17 de janeiro de 2020.** Dá nova redação ao Art. 4º da Resolução nº 459/17 – CIB/RS. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 20 jan. 2020. n.13, p.51. Disponível em: <https://admin.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202307/05132300-23160601-cibr008-20.pdf>. Acesso em 27 de ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 26, de 01 de fevereiro de 2013.** Inclui o município de Pinto Bandeira na Região de Saúde 25 denominada Vinhedos e Basalto. Diário Oficial do Estado, ano LXXI, Nº 026, p. 36, 13 jan. 2013. Porto Alegre, RS, 2013. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/diario?td=DOE&dt=2013-02-06&pg=1>. Acesso em: 27 mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 33, 13 de fevereiro de 2023.** Atualiza as referências das redes de saúde do Estado. Diário Oficial do Estado, 2023. Disponível em: <https://admin.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202304/12085638-cibr033-23-tachada.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 37 de 23 de fevereiro de 2022.** Revoga a Resolução 430/18 CIB/RS e dispõe sobre a regulamentação e a pactuação de valores do bloco de custeio de Ações e Serviços Públicos de Saúde, destinado a função programática de Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/Aids e Hepatites Virais do Estado do Rio Grande do Sul e seus Municípios. Diário Oficial do Estado, 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202202/25133608-cibr037-22.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB Nº 039/23.** Reabilita a Unidade de Pronto Atendimento 24 Horas de Canoas, para Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal. Comissão Intergestores Bipartite. 2023. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202302/14085634-cibr039-23.pdf>. Acesso em 21 Ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 43, 10 de março de 2022.** Altera a configuração das Regiões De Saúde: R 9 – Carbonífera/Costa Doce e R 21 – Região Sul - Cristal. Diário Oficial do Estado, ano LXXX, No. 48, p. 82, 11 mar. 2022. Porto Alegre, RS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202203/11100808-cibr043-22.pdf> Acesso em: 31 mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 50, 10 de março de 2022.** Pactua as referências da atenção especializada no Estado do Rio Grande do Sul- Regionalização e Reorganização das Redes Assistenciais. Diário Oficial do Estado, ano LXXX, Nº 51, p. 119, 16 mar. 2022. Porto Alegre, RS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202203/16093836-cibr050-22.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB Nº 064, de 22 de março de 2010.** Aprova a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Diário Oficial do Estado. N. 56. 25 mar. 2010. Porto Alegre: RS, 2010. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170224/23102440-1340209960-cibr064-10.pdf>> Aesso em: 03 de mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 064, de 16 de março de 2023.** Aprovar a atualização do escalonamento dos proponentes a Centros Especializados em Reabilitação (CER) da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, tendo em vista as habilitações ocorridas e dezembro de 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202303/20094134-cibr064-23.pdf>. Acesso em 24 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB Nº 83, de 20 de abril de 2011.** Programa Estadual de Triagem Neonatal. Porto Alegre, RS, 2011. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202012/18102403-cibr265-20.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 101, de 24 de março de 2016.** Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 29 mar. 2016. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170217/23111743-1459866792-cibr101-16.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 119, de 13 de maio de 2021.** Altera a configuração das Regiões de Saúde: R 1 – Verdes Campos e R 12 – Portal das Missões. Diário Oficial do Estado, ano LXXIX, No, 98 p. 120, 14 maio 2021. Porto Alegre, RS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202105/14092342-cibr119-21.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 122, de 30 de abril de 2013.** Institui, no âmbito da Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Secundária e Terciária em Saúde (PIES - AST.) a modalidade de Financiamento por Orçamentação aos hospitais. Diário Oficial do Estado. N. 90. Porto Alegre, RS, 13 maio 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 129, de 22 de abril de 2013.** Aprova o incentivo Estadual de Custeio para a Atenção Secundária e Terciária aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, obedecendo critérios. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170251/23105159-1367335315-cibr129-13.pdf>. Acesso em 22 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 143, de 15 de outubro de 2003.** Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 15 out. 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB Nº 151, de 11 de maio de 2022.** Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202205/13103225-cibr151-22.pdf>. Acesso em: 23/03/2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 174, de 10 de maio de 2016.** Aprova a alteração do Regimento Interno da CIB/RS, Anexo a esta Resolução. Diário Oficial do Estado, ano LXXIV, Nº 088, p. 72 - 74 , 11 maio 2016. Porto Alegre, RS, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 188, 15 de junho de 2018.** Aprova a proposta de cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado – Res. CIT nº 037/18. Diário Oficial do Estado, ano LXXVI, No. 117, p. 102, 21 jun. 2018. Porto Alegre, RS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180633/22173349-cibr188-18.pdf> . Acesso em: 31 mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 188 de 09 de outubro de 2020.** Formaliza as referências dos Serviços de Atendimento Especializado em HIV/Aids e o fluxo da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) nas Regiões de Saúde: 8, 11, 13, 14, 26 e 28. Diário Oficial do Estado, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202010/14153345-cibr188-20.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 240 de 05 de agosto de 2021.** Pactua as Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) como responsáveis pela gestão e dispensação de medicamentos para o tratamento das Hepatites Virais B e C no Estado do Rio Grande do Sul. Diário Oficial do Estado, 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202111/03101631-cibr240-21.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 241, de 18 de outubro de 2021.** Define que a Secretaria da Saúde do Estado do RS, por meio do Departamento de Regulação Estadual (DRE), será a Coordenadora do processo regulatório, em formato compartilhado com as Centrais Municipais, responsável pela coordenação dos fluxos de regulação intermunicipal de pacientes em nível ambulatorial e hospitalar. Diário Oficial do Estado, ano LXXIX, Nº 170, p. 107-110, 23 ago. 2021. Porto Alegre, RS, 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB Nº 265, de 17 de dezembro de 2020.** Aprova a atualização do Plano Estadual de Oncologia do RS. Porto Alegre, RS, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202012/18102403-cibr265-20.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 320, de 10 de julho de 2017.** Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170921/21112103-cibr320-17.pdf>. Acesso em 22 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 338, de 21 de agosto de 2019.** Apresenta o Projeto de Regulação Compartilhada, através de Centrais Acessórias de Regulação Remota, em municípios com Base SAMU. Diário Oficial do Estado, ano LXXVII, No 166, p.53, 26 de agosto de 2019. Porto Alegre, RS, 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 359, de 29 de outubro de 2021.** Altera o §2º do Ar t .3º da Resolução nº 240/21 - CIB/RS. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 29 out. 2021, Seção 1, p.74.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 373 de 12 de novembro de 2021.** Formaliza as referências dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids e o fluxo da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) nas Regiões de Saúde: 06, 12, 15, 17, 18 e 19. Diário Oficial do Estado, 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202111/17144300-cibr373-21.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 383, de 24 de novembro de 2022.** Unidades ou Centros de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia, habilitadas pelo MS, devem prestar atendimento integral aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202211/28095920-cibr383-22.pdf>. Acesso em 24 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 391, de 12 de novembro de 2021.** Unidades hospitalares habilitadas, pelo MS, como Unidades ou Centros de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia, sejam elas contratadas pelo Gestor Estadual ou pelos Gestores Municipais, devem prestar atendimento integral aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos nas mesmas, incluindo a avaliação pré-operatória e a revisão pós-operatória. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202111/17145440-cibr391-21.pdf>. Acesso em 24 de ago. em 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 400, 21 de dezembro de 2022.** Aprova os seguintes Planos Macrorregionais de Saúde (PRI). Diário Oficial do Estado, ano LXXX, No. 245, p. 95, 23 dez. 2022. Porto Alegre, RS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202301/10161658-cibr400-22-completa.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 409 de 21 de dezembro de 2022.** Atualiza o elenco de medicamentos de uso ambulatorial para profilaxia e tratamento de infecções oportunistas (IO) e efeitos colaterais (EC) quando associados ao HIV, fornecidos pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Diário Oficial do Estado, 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202301/02114003-cibr409-22.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 410/22, de 21 de dezembro de 2022.** Exclui do elenco de medicamentos dispensados em caráter especial pelo Estado do Rio Grande do Sul os medicamentos incluídos no Componente Básico da Assistência Farmacêutica nas versões da RENAME de 2012 a 2022. Diário Oficial do Estado, Porto Alegre, RS, 23 dez. 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202301/02114046-cibr410-22.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 435, de 2018.** Aprova o fluxo de encaminhamento das demandas para CIB/RS, conforme anexo desta Resolução. Diário Oficial do Estado, ano LXXVI, No 200, p. 118-120, 19 oct. 2018. Porto Alegre, RS, 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 438 de 09 de outubro de 2017.** Formaliza as referências dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids dos demais municípios da Região de Saúde: 09. Diário Oficial do Estado, 2017. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171000/18110034-cibr438-17.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 439 de 09 de outubro de 2017.** Estabelece a estrutura, os critérios e os fluxos para a Rede Laboratorial de Monitoramento Terapêutico da Infecção pelo HIV no âmbito do Estado. Diário Oficial do Estado, 2017. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171000/18110031-cibr439-17.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 459, de 09 de outubro de 2017.** Revoga a Resolução nº 645 - CIB/RS, de 06 de dezembro de 2013 e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul (DOE), Porto Alegre, RS, 13 out. 2017. Disponível em: <https://admin.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202307/05132622-18113141-cibr459-17.pdf>, acesso em 27 de agosto de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 495, de 13 de novembro de 2018.** Pactua, como sistema regulador oficial no Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul, os módulos GERCON (para regulação de consultas e exames), GERINT (para regulação de internações) e GERPAC (para autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade). Diário Oficial do Estado, ano LXXVI, No 218, p. 133, 16 nov. 2018. Porto Alegre, 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 499, de 25 de setembro de 2014.** Altera a configuração das Regiões de Saúde: R 15 – Caminho das Águas, R 20 – Rota da Produção e R 17 – Região do Planalto. Diário Oficial do Estado, ano LXXII, Nº 186, p. 85, 26 set. 2014. Porto Alegre, RS, 2014. Disponível em: [23110603-1416229340-cibr499-14.pdf](https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201409/23110603-1416229340-cibr499-14.pdf) (saude.rs.gov.br). Acesso em: 27 mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 590, de 11 de novembro de 2013.** Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170257/23105744-1384449785-cibr590-13.pdf>. Acesso em 22 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 654, de 14 de novembro de 2012.** Aprova o Incentivo Estadual de Custeio para a Atenção Secundária e Terciária aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, obedecendo critérios. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170216/23101620-1354115980-cibr654-12.pdf>. Acesso em 22 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB Nº 555, de 19 de setembro de 2012.** Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Diário Oficial do Estado, ano LXX, No 183, p. 93, 21 set. 2012. Porto Alegre, RS, 2012. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/diario?td=DOE&dt=2012-09-21&pg=1>. Acesso em: 22 mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB Nº 589, de 13 de outubro de 2014.** Aprova o pedido de solicitação de habilitação como Unidade de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, junto a MS, das seguintes Unidades: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital São Lucas da PUC, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Universitário de Canoas, Hospital Caridade de Santo Ângelo e Hospital Geral de Caxias do Sul. Porto Alegre, RS, 2014. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170207/23110720-1415733703-cibr589-14.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB 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. Porto Alegre, RS, 2013. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170257/23105746-1384449797-cibr592-13.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **SIST – Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador.** Disponível em: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>. Acesso em 30 mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON).** Disponível em: <https://gercon.procempa.com.br/>. Acesso em 24 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Sistema Informatizado Solução em Atendimento Pré-Hospitalar (SAPH) - BI SAMU – CRU/SAMU/RS.**

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Segurança Pública. **Indicadores da Violência Contra a Mulher - Lei Maria da Penha, 2023.** Disponível em: <https://ssp.rs.gov.br/indicadores-da-violencia-contra-a-mulher> Acesso em: 22 de ago. de 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Departamento de Economia e Estatística. PopVis: portal demográfico SPGG/DEE. [Porto Alegre]: SPGG/DEE, 2020. Disponível em: <http://visualiza.dee.planejamento.rs.gov.br/populacao>. Acesso em: 03 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. **Nota Técnica Nº 70, 19 de dezembro de 2022.** O perfil dos migrantes no Rio Grande do Sul. Segundo o Sistema de Registro Nacional Migratório, a Relação Anual de Informações Sociais e o Cadastro Único para os Programas Sociais do Governo Federal. Disponível em: <https://dee.rs.gov.br/upload/arquivos/202305/15135048-nota-tecnica-70.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Sistema de Gerenciamento de Marcação de Consultas.** Disponível em: <https://pentaho-pmpa.procempa.com.br/pentaho/Login.jsessionid=9863D9054D3FBE7B3DBA49F677BC80D0>. Acesso em: 03 abr. 2023.

ROSTIROLLADA, Caio César et al. **Avaliação de impactos sinérgicos entre o Programa Bolsa Família e o Programa Primeira Infância Melhor no Rio Grande do Sul.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2022. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/ppp/220112_ppp_60_art_08.pdf

SALATA, André; MATTOS, Ely José de; BAGOLIN, Izete Pengo. **Pobreza infantil no Brasil: 2012-2021.** Laboratório de Desigualdades, Pobreza e Mercado de Trabalho – PUCRS Data Social. Porto Alegre, 2022. Disponível em https://www.pucrs.br/datasocial/wp-content/uploads/sites/300/2022/09/PUCRS_Data_Social_Estudo_pobreza_infantil_25_09_22.pdf. Acesso em: 01 mar. 2023.

SES/RS - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Nota Técnica Conjunta Nº 01 de novembro de 2021: Nota técnica pré natal no sistema prisional.** Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021. 48 p. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/publicada-nota-tecnica-do-pre-natal-parto-e-puerperio-para-mulheres-privadas-de-liberdade-e-parceiros-as>. Acesso em: 21 ago. 2023.

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena. Ministério da Saúde. **Distribuição Povos Indígenas Aldeados.** Acesso em: 23 de maio de 2023.

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena. Ministério da Saúde. Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. **Relatório Gerencial DSEI Ano 2021; Relatório Gerencial DSEI Ano 2022.** Acesso em: 06 de abril de 2023.

SIA/SUS- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS/Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (SIA/DRAC/SAS/MS). Disponível em: <http://sia.datasus.gov.br/>. Acesso em 01 mar. 2023.

SILVA, Eduardo V. et al. **Eficácia de um programa de visitação domiciliar voltado à primeira infância no Brasil (PIM): estudo quase experimental alinhado a uma coorte de nascimento.** Universidade Federal de Pelotas (UFPeL), 2022. Disponível em: <https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/wp-content/uploads/2022/05/Effectiveness-PIM-Pelotas.pdf>

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Departamento de Análise da Situação de Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (SINASC/DASIS/SVS/MS).

SISDEPEN - Secretaria Nacional de Políticas Penais. **Dados estatísticos do Sistema Penitenciário.** Painel estatístico: 13º ciclo de coleta (dados obtidos entre julho e dezembro de 2022). Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em: 01 ago. 2023.

SOUZA, T.O. et al. **Prevalência de atividade sexual desprotegida na população brasileira e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.** Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v.31, n.2, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/n5znS4MskwPb8pp9PBxzkvh/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 23 mar. 2023

SPGG – Secretaria do Planejamento, Governança e Gestão. **Atlas Socioeconômico Rio Grande do Sul.** Setembro de 2022. Disponível em: <https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/crescimento-populacional>. Acesso em: 15 mar. 2023

SPIZZIRRI, G., et al. **Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil.** Sci Rep 11, 2240 (2021). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4> Acesso em 31 mar. 2023.

SUSEPE - Superintendência dos Serviços Penitenciários. Secretaria de Sistemas Penal e Socioeducativo. Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/capa.php>. Acesso em 30 de março de 2023.

TONHATI, T.; PEREDA, L. **A feminização das migrações no Brasil: a inserção laboral de mulheres imigrantes (2011-2020).** In: Cavalcanti, L.; Oliveira, A. T.; Silva, B. G. Relatório Anual 2021 - 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e refúgio no Brasil. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2021. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/Relat%C3%B3rio_Anuar/Relato%CC%81rio_Anuar_-_Completo.pdf



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE