



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 400/22 - CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que 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;

o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

a Resolução CIT nº 010, de 8 de dezembro de 2016, dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

a Resolução CIT nº 023, de 17 de agosto de 2017, que diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

a Resolução CIT nº 037, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde;

a Resolução CIT nº 044, de 25 de abril de 2019, que define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado;

a Resolução CES/RS nº 012/2020 que aprova o Plano Estadual de Saúde 2020-2023;

a Resolução CIB/RS nº 150/2022, que aprovou a proposta de atualização do cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI);



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

a pactuação realizada na Reunião da SETEC-CIB/RS, de 21/12/2022.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar os seguintes Planos Macrorregionais de Saúde, conforme Anexo I desta Resolução:

- a)** Centro-Oeste;
- b)** Metropolitana;
- c)** Missioneira;
- d)** Norte;
- e)** Serra;
- f)** Sul;
- g)** Vales.

Art. 2º - Definir que o prazo de atualização dos Diagnósticos Regionais de Saúde e Planos Macrorregionais de Saúde será a cada quatro anos e a revisão a cada dois anos, a contar da data de publicação desta Resolução.

Art. 3º - Determinar que os Planos Macrorregionais de Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul, serão monitorados pelo Grupo de Trabalho de Planejamento Regional Integrado (GT PRI) Macrorregional, vinculado às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e atualizados sempre que necessário mediante pactuação na CIB/RS.

Art. 4º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Porto Alegre, 21 de dezembro de 2022.

ARITA BERGMANN
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS



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

4ª Coordenadoria Regional de Saúde

10ª Coordenadoria Regional de Saúde

**Planejamento Regional Integrado
Macrorregião de Saúde Centro-Oeste**

Governador do Estado do Rio Grande do Sul
Ranolfo Vieira Júnior

Secretária de Estado da Saúde
Arita Bergmann

Secretária Adjunta de Estado da Saúde
Ana Lúcia Pires Afonso da Costa

Presidente do Conselho Estadual de Saúde
Claudio Augustin

Assessoria de Gestão e Planejamento
Cristian Fabiano Guimarães

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Péricles Stehmann Nunes

Assessoria de Comunicação Social
Neemias Freitas

Departamento de Gestão da Atenção Especializada
Lisiane Wasem Fagundes

Assessoria Jurídica
Maria Claudia Mulinari

Departamento de Gestão da Tecnologia e Informação
Maurício Reckziegel

Fundo Estadual de Saúde
Meriana Farid El Kek

Departamento de Regulação Estadual

Eduardo de Albuquerque Nunes Elsade

Departamento de Auditoria do SUS
Bruno Naundorf

Ouvidoria do SUS/RS
Amanda Ciarlo Ramos

Departamento de Assistência Farmacêutica
Simone Pacheco do Amaral

Departamento Administrativo
Vera Lucia da Silva Oliveira

Centro Estadual de Vigilância em Saúde
Tani Maria Schilling Ranieri

Escola de Saúde Pública
Teresinha Valduga Cardoso

Departamento de Unidades Próprias
Suelen da Silva Arduin

Departamento Estadual de Sangue e Hemoderivados
Katia Maria Minuzzi Brodt

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESPAÇO REGIONAL AMPLIADO
2. IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO
3. IDENTIFICAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA
4. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- 4.1.1 Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF)
- 4.1.2 Rede Bem Cuidar
- 4.1.3 Políticas de Promoção da Equidade em Saúde
 - 4.1.3.1 Saúde da população do campo, floresta e águas
 - 4.1.3.2 Saúde da população LGBTQIA+
 - 4.1.3.3 Saúde da população negra
 - 4.1.3.4 Saúde da população privada de liberdade no sistema prisional
 - 4.1.3.5 Saúde da população em situação de rua
 - 4.1.3.6 Saúde da população de imigrantes, refugiados e fronteiriça
- 4.1.4 Programa Médicos pelo Brasil
- 4.1.5 Programa Academia de Saúde
- 4.1.6 Saúde Bucal
- 4.1.7 IST/AIDS MAC
- 4.1.8 Primeira Infância Melhor (PIM)
- 4.1.9 Saúde da Criança
- 4.1.10 Programa Saúde na Escola (PSE)
- 4.1.11 Saúde do Adolescente
- 4.1.12 Saúde da Mulher
 - 4.1.12.1 Indicadores
 - 4.1.12.2 Laqueadura Tubária
- 4.1.13 Política de Atenção Integral à Saúde do Homem
- 4.1.14 Saúde do Idoso
 - 4.1.14.1 Implementação do ambulatório do idoso
- 4.1.15 Política de Alimentação e Nutrição (PAN)
 - 4.1.15.1 Programa Auxílio Brasil
 - 4.1.15.2 Programa de Suplementação de Micronutrientes
 - 4.1.15.2.1 Suplementação de Vitamina A
 - 4.1.15.2.2 Ferro (Fe²⁺)
 - 4.1.15.3 Programa Crescer Saudável
 - 4.1.15.4 Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)
 - 4.1.15.5 Programa PROTEJA
- 4.1.16 Sistemas de Informação em Saúde para Atenção Primária (SISAB)
- 4.1.17 Programa de Controle da Tuberculose
- 4.1.18 Programa de Controle da Hanseníase
- 4.1.19 Programa de Controle do Tabagismo
- 4.1.20 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)
- 4.1.21 Política de Educação Permanente em Saúde
 - 4.1.21.1 Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES)
- 4.1.22 Política de Humanização

4.2 REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- 4.2.1 Rede de Atenção Materna e Infantil
 - 4.2.1.1 Indicadores
 - 4.2.1.1.1 Taxa de Mortalidade Infantil
 - 4.2.1.1.2 Número de casos novos de Sífilis Congênita
 - 4.2.1.1.3 Razão de Mortalidade Materna

- 4.2.1.1.4 Proporção de Parto Vaginal
- 4.2.1.2 Capacidade Instalada
 - 4.2.1.2.1 Número de leitos
 - 4.2.1.2.2 Serviços de referência - Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar
 - 4.2.1.2.3 Transporte sanitário
- 4.2.2 Rede de Atenção Psicossocial
 - 4.2.2.1 Descrição da RAPS da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste
 - 4.2.2.1.1 Região de Saúde R1 - Verdes Campos
 - 4.2.2.1.2 Região de Saúde R2 - Entre Rios
 - 4.2.2.1.3 Região de Saúde R3 - Fronteira Oeste
 - 4.2.2.2 Diagnóstico da RAPS na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste
 - 4.2.2.2.1 Indicadores de monitoramento da RAPS
 - 4.2.2.2.1.1 Indicador - Ações de Matriciamento realizadas por CAPS
 - 4.2.2.2.1.2 Indicador - Índice de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais
- 4.2.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências
 - 4.2.3.1 Portas de entrada de Urgência
 - 4.2.3.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
 - 4.2.3.3 Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)
 - 4.2.3.4 Leitos clínicos de retaguarda
 - 4.2.3.5 Implantação da linha de cuidado em Acidente Vascular Cerebral (AVC) e linha de cuidado em Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
 - 4.2.3.6 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)
- 4.2.4 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)
 - 4.2.4.1 População com deficiência
 - 4.2.4.2 Componentes da Rede
 - 4.2.4.2.1 Atenção Básica
 - 4.2.4.2.2 Atenção especializada
 - 4.2.4.3 Reabilitação auditiva
 - 4.2.4.3.1 Reabilitação Auditiva - alta complexidade
 - 4.2.4.3.1.1 Reabilitação auditiva - alta complexidade: população pediátrica
 - 4.2.4.3.1.2 Reabilitação auditiva - alta complexidade: população adulta
 - 4.2.4.3.2 Reabilitação Auditiva – média complexidade
 - 4.2.4.3.3 Reabilitação física
 - 4.2.4.3.4 Reabilitação intelectual
 - 4.2.4.3.5 TEAcolhe
 - 4.2.4.4 Reabilitação Visual
 - 4.2.4.5 Centro Especializado Odontológico (CEO)
 - 4.2.4.6 Atenção hospitalar e de urgência e emergência
 - 4.2.4.7 Outras áreas de atuação Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
 - 4.2.4.7.1 Atendimento às Pessoas Estomizadas
 - 4.2.4.7.2 Tratamento Fora do Domicílio
 - 4.2.4.8 Análise atual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)
- 4.2.5 Rede de Atenção às Doenças Crônicas

4.3 PONTOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

4.3.1 Assistência de Média e Alta Complexidade

4.4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

4.4.1 Componentes da Assistência Farmacêutica

4.4.2 Diagnóstico Situacional da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste

4.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

4.5.1 Vigilância Epidemiológica

4.5.1.1 Hepatites virais

4.5.1.2 Controle das Doenças Diarreicas Agudas

4.5.1.3 Violências

4.5.1.4 Imunizações

4.5.2 Vigilância Ambiental em Saúde

4.5.2.1 *Aedes aegypti* e arboviroses urbanas

4.5.2.2 Leishmaniose Visceral

- 4.5.2.3 Febre Amarela
- 4.5.2.4 Raiva
- 4.5.2.5 Estrutura da Vigilância Ambiental em Saúde dos Municípios
- 4.5.3 Vigilância Sanitária
- 4.5.3.1 Vigilância Sanitária e sua organização no espaço regional
- 4.5.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador

4.6 GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- 4.6.1 Ouvidoria

5. MATRIZ DAS NECESSIDADES

6. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

7. AS PRIORIDADES SANITÁRIAS MACRORREGIONAIS E RESPECTIVAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES E PRAZOS DE EXECUÇÃO (DOMI)

8. AS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS NO ESPAÇO REGIONAL

9. PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (PGASS)

10. A IDENTIFICAÇÃO DOS VAZIOS ASSISTENCIAIS E EVENTUAL SOBREPOSIÇÃO DE SERVIÇOS ORIENTANDO A ALOCAÇÃO DOS RECURSOS DE INVESTIMENTO E CUSTEIO DA UNIÃO, ESTADOS, MUNICÍPIOS, BEM COMO DE EMENDAS PARLAMENTARES

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Perfil Demográfico, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste

Figura 2. Coeficiente Geral de Natalidade (1.000), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020

Figura 3. Proporção de idosos na população (%), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020

Figura 4. Proporção de idosos na população (%), por sexo, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020

Figura 5. Proporção de idosos na população (%), por faixa etária, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020

Figura 6. Taxa de Internações pelo SUS da População residente pelos cinco principais capítulos do CID (10.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020

Figura 7. Taxa de Mortalidade da População residente pelos cinco principais capítulos do CID (1.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020

Figura 8. Cinco principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2020

Figura 9. Cinco principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2020

Figura 10. Taxa de mortalidade por causas externas, cinco principais grupos (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2020

Figura 11. Taxa de Mortalidade Infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020

Figura 12. Tipo de Parto (%), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020

Figura 13. Taxa de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020

Figura 14. Taxa de internação SUS dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020

Figura 15. Taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020

Figura 16. 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), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2010-2022

Figura 17. Rede Assistencial - CNES - Estabelecimentos, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, agosto de 2022

Figura 18. Número de equipes segundo a tipologia dos municípios, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, dezembro de 2020

Figura 19. Número de municípios por faixa de cobertura ESF e tipologia, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, dezembro de 2020

Figura 20. Porcentagem de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2010-2020

Figura 21. Relatório de Atendimento, produção SISAB cirurgiões dentistas, Alegrete, julho de 2022

Figura 22. Relatório de Atendimento, produção SISAB cirurgiões dentistas, Uruguaiana, julho de 2022

Figura 23. Coeficiente Bruto de Mortalidade por AIDS por 100.000 habitantes, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022

Figura 24. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022

Figura 25. Testagem de HIV em casos novos de tuberculose, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022

Figura 26. Coeficiente de detecção de HIV em gestantes (*1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2010-2022

Figura 27. Número de testes de sífilis por gestante, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2013-2022

Figura 28. Taxa de incidência de sífilis em gestantes (*1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2010-2022

Figura 29. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022

Figura 30. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2010-2022

Figura 31. Prevalência de excesso de peso na população adulta, avaliados na Atenção Primária à Saúde, RS, 2014-2022

Figura 32. Cobertura do Programa Auxílio Brasil, RS, 2018-2021

Figura 33. Ocorrência de tuberculose entre residentes da Macrorregião de Saúde Centro Oeste, RS, 2018-2021

Figura 34. Ocorrência de hanseníase entre residentes da Macrorregião de Saúde Centro Oeste, RS, 2018-2021

Figura 35. Taxa de Mortalidade Infantil, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022

Figura 36. Número de casos novos de Sífilis Congênita, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022

Figura 37. Razão de Mortalidade Materna, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022

Figura 38. Proporção de Parto Vaginal, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2017-2021

Figura 39. Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022

Figura 40. Índice de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022

Figura 41. Taxa de Mortalidade da população residente pelos cinco principais capítulos do CID (1.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020

Figura 42. Taxa de Mortalidade por causas externas, pelos cinco principais grupos (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2020

Figura 43. Incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020

Figura 44. Incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes), Região de Saúde Verdes Campos (R1), RS, 2016-2020

Figura 45. Incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes) Região de Saúde Entre Rios (R2), RS, 2016-2020

Figura 46. Incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes), Região de Saúde Fronteira Oeste (R3), RS, 2016-2020

Figura 47. Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2020

Figura 48. Taxa de internação SUS devido ao risco de suicídio, por 100.000 habitantes, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020

Figura 49. Taxa de mortalidade por suicídio (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020

Figura 50. Cobertura vacinal por imunobiológico selecionado (%), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020

Figura 51. Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2010-2024

Figura 52. Número de notificações por localidade da empresa e agravo, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2019-2021

Figura 53. Taxa de notificações de agravos relacionados ao trabalho, Macrorregião Centro-Oeste, RS, 2014-2022

Figura 54. Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados, Macrorregião Centro-Oeste, RS, 2016-2021

Figura 55. Classificação das demandas de Ouvidoria, Região de Saúde R1, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2019-2021

Figura 56. Meio de atendimento das demandas de Ouvidoria, Região de Saúde R1, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2019-2021

Figura 57. Classificação das demandas de Ouvidoria, Região de Saúde R2, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2019-2021

Figura 58. Receita de Impostos Líquida e Transferências Constitucionais e Legais (RLIT) *per capita* e Despesa com recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde *per capita*, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2021

Figura 59. Percentual da receita própria municipal aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde, conforme a Emenda Constitucional (EC) 29/2000, considerando o mínimo constitucional de aplicação municipal 15%, *per capita*, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2021

Figura 60. Despesa total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (recursos municipais, estaduais e federais) *per capita*, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2021

Figura 61. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde *per capita*, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2021

APRESENTAÇÃO

O presente Plano Macrorregional de Saúde é o principal instrumento de gestão das três Regiões de Saúde pertencentes à Macrorregional Centro-Oeste, sendo composta pela 4ª CRS (Região de Saúde R1 e Região de Saúde R2) e 10ª CRS (Região de Saúde R3) e tem o objetivo geral de qualificar as Redes de Atenção SUS nas Regiões de Saúde.

Na elaboração deste documento foram consideradas a análise dos planos municipais de saúde, a organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional e macrorregional, além dos Diagnósticos Regionais de Saúde, produzidos por cada região de saúde, finalizados no ano de 2019.

O Planejamento Regional Integrado (PRI), conforme a Resolução CIT nº 37/2018, será instituído e coordenado pela SES/RS em articulação com os municípios e participação da União, a partir das definições realizadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Expressa as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização das RAS. No RS, as etapas deste processo, juntamente com o cronograma de execução e a definição das macrorregiões de saúde, foram pactuados pela CIB através da Resolução CIB/RS nº 188/2018.

O Planejamento Regional Integrado (PRI) na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste foi retomado em junho de 2022, com a formalização dos grupos de trabalho e atualização dos Diagnósticos Regionais de Saúde. A partir dos diagnósticos encontrados iniciou-se a construção do Plano Macrorregional de Saúde, com definição das prioridades de saúde para a macrorregião.

O plano macrorregional de saúde contou com a participação de diversos atores que atuam no cenário da gestão regional e macrorregional, envolvendo diretamente os trabalhadores e colaboradores da 4ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde, representantes da Assessoria de Gestão e Planejamento (AGEPLAN/SES/RS), representantes dos gestores, trabalhadores e conselhos de saúde dos municípios das Regiões Verdes Campos (R1), Entre Rios (R2) e Fronteira Oeste (R3), além do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS-RS/Sul) e da Seção de Apoio Institucional e Articulação Interfederativa do Ministério da Saúde (MS).

O Plano Macrorregional de Saúde foi desenvolvido considerando a proposta do Anexo X - Orientações para a construção do Plano Macrorregional de Saúde,

disponibilizado no painel BI (<http://bipublico.saude.rs.gov.br/>). Desta forma, foram levantadas as informações e elaborados pelas áreas técnicas das Coordenadorias Regionais de Saúde, todos os itens preconizados no Anexo X.

O presente documento busca expressar as responsabilidades dos gestores de saúde da macrorregião de saúde em relação à integração do SUS, pela definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores que norteiam ações e serviços para atenção às necessidades prioritárias das regiões envolvidas. O texto está constituído de 10 itens:

1. Identificação do espaço regional ampliado;
2. Identificação da situação de saúde no território;
3. Identificação da capacidade instalada;
4. Organização e estrutura da rede de atenção à saúde (RAS);
5. Matriz das necessidades;
6. Identificação das necessidades de saúde da população;
7. As prioridades sanitárias macrorregionais e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução (DOMI);
8. As responsabilidades dos entes federados no espaço regional;
9. Programação geral das ações e serviços de saúde (PGASS);
10. A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da união, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

Para construção, utilizou-se principalmente de recursos tecnológicos, como reuniões e questionários online e arquivos de compartilhamento em rede, o que possibilitou que este documento tenha sido confeccionado por várias mãos e discutido nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR). Esta característica também possibilita que o Plano Macrorregional de Saúde seja constantemente revisado e atualizado pelo Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado, considerando as necessidades sanitárias da população macrorregional.

O Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado, foi constituído pelos seguintes representantes:

4ª Coordenadoria Regional da Saúde

Endereço: Rua General Neto, 100, Santa Maria - RS

Coordenadora: Fabrícia Ennes da Silva Costa

Coordenadora adjunta: Carla Luciane Boniatti

Fones: (55) 3222-3101/ 3217-1888

E-mail: 4crs@saude.rs.gov.br

10ª Coordenadoria Regional da Saúde

Endereço: Rua General Sampaio, 1679, Alegrete - RS

Coordenadora: Heili Matilde Temp

Coordenadora adjunta: Andréia Carneiro Gonçalves

Fones: (55) 3422.0387 / 3422.4801 / 3421-3009

E-mail: 10crs@saude.rs.gov.br

Redação/Organização:

Cairo dos Santos Butzge - Vigilância em saúde/Residência Multiprofissional UFSM - 4ª CRS

Redação/Apoio:

AGEPLAN/SES/RS

Alan Flores da Mota - Lab Regional/Vigilância em Saúde - 10ª CRS

Andréia Carneiro - Coordenadora Adjunta de Saúde - 10ª CRS

Andreia Moro da Silva - NRPR/Vigilância em Saúde - 4ª CRS

Aniele Schemmer - NRPR - 4ª CRS

Briam de Castria Paim - Vigilância em Saúde/Residência Multiprofissional - 4ª CRS

Cairo dos Santos Butzge - Vigilância em Saúde/Residência Multiprofissional - 4ª CRS

Cassius Reichert - Assistência Farmacêutica - 10ª CRS

Catheline Rubim Brandolt - Planejamento/ MAC - 10ª CRS

Cátia Mirele Flores Leal - Planejamento/MAC - 10ª CRS

Diego Cantori Hernandes - Secretário Municipal de Saúde/Uruguaiana

Dileta Ferrari - Saúde do Idoso/NURESC - 10ª CRS

Eliane Kaiser Bock - VISA - 10ª CRS

Émerson Salvagni - Vigilância Ambiental em Saúde - 4ª CRS

Fabiele Feltrin Paniz - Vigilância Epidemiológica/Imunizações - 4ª CRS
Gicele Torres Pedroso - Processamento/RUE - 10ª CRS
Heili Temp - Coordenadora Regional de Saúde -10ª CRS
Horácio D'Ávila - Conselho Municipal de Saúde/Santana do Livramento
Jacqueline Carvalho Rigo - Vigilância Epidemiológica/Imunizações - 4ª CRS
Jacqueline Zoch - DAPPS Saúde da Criança/PIM - 10ª CRS
Jéssica dos Santos Ribeiro Madureiro - VIGIAGUA/Vigilância Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária de Cosméticos e Saneantes - 4ª CRS
José Machado de Andrade - Conselho Municipal de Saúde/Alegrete
Juliana Pacheco de Freitas - VISA -10ª CRS
Leilani Baccin Bruno - Planejamento/Reabilitação - 10ª CRS
Leonel Paz Bombach - Planejamento - 10ª CRS
Lisiane Löbler - Vigilância Ambiental em Saúde e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - 4ª CRS
Marcélli Osório Dall'Asta - NURAS - 4ª CRS
Maria de Fátima Castro Mulazzani - DAPPS Equidades/Saúde das Mulheres - 10ª CRS
Michele Dias Sacerdote - VISA - 4ª CRS
Mirna Dorneles Moreira - NURESC - 4ª CRS
Noemia Dode de Assis Brasil - Saúde das Mulheres/ISTs - 10ª CRS
Paula Lamb Quilião - DAPPS APS/PSE e VISAT - 10ª CRS
Paula Wesz Keller - Vigilância Epidemiológica/Imunizações - 4ª CRS
Pedro Augusto Crespo da Silva - Vigilância Epidemiológica/Tuberculose e Hanseníase - 4ª CRS

Elaboração:

Grupos de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação – GT PRI MACRO CENTRO OESTE (4ª e 10ª CRS)

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESPAÇO REGIONAL AMPLIADO

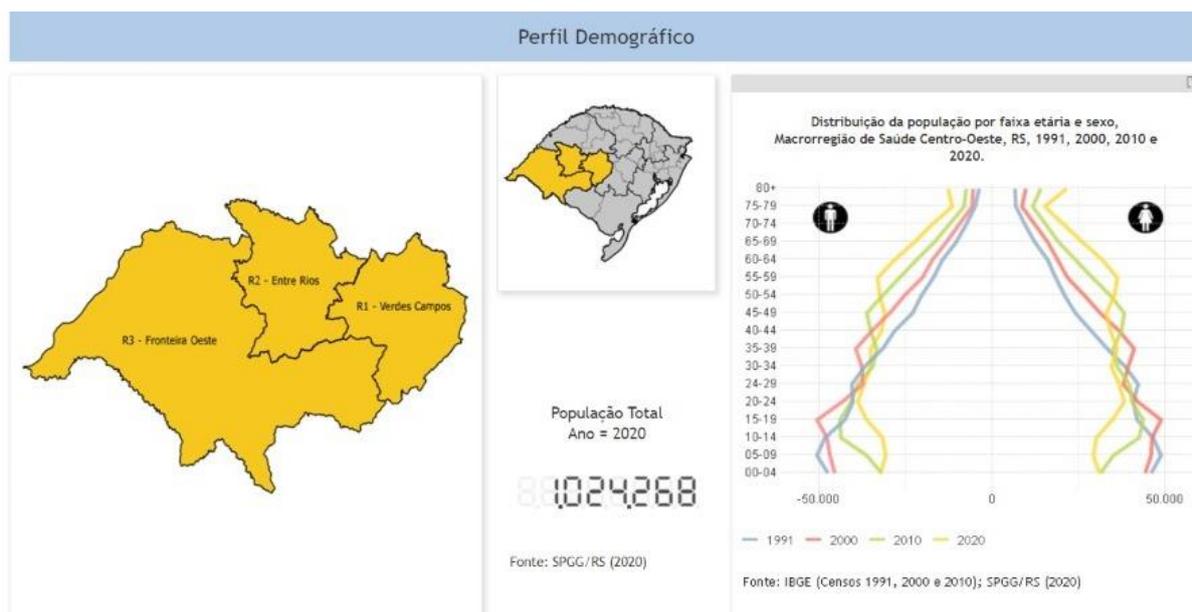
Uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a regionalização, orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, assim como os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006), com o objetivo de garantir acesso, resolutividade e qualidade nestas ações e serviços. No Rio Grande do Sul, esta diretriz encontra-se representada pela divisão em trinta regiões de saúde e dezoito Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), estruturando a Gestão Estadual de Saúde. As Coordenadorias Regionais de Saúde são órgãos regionais de representação da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS) que têm por função desenvolver ações de coordenação, planejamento, fiscalização, monitoramento e avaliação em saúde junto aos municípios que compreendem as mesmas.

A Macrorregião de Saúde Centro-Oeste do Estado do RS é composta por 44 municípios que integram as regiões de saúde R1, R2 e R3 (Figura 1), conforme legislação vigente para efetivação da Regionalização em Saúde (Resolução CIB/RS, 555/12; SES/RS, 2019).

Como pode ser visto na Figura 1, a 4ª CRS localiza-se na região central do estado, tendo como sede o município de Santa Maria; compreende duas regiões de saúde: Região Verdes Campos (R1, com 22 municípios de abrangência) e Região Entre Rios (R2, com 11 municípios), totalizando 33 municípios, que são: Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Itacurubi, Ivorá, Jaguarí, Jari, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Unistalda e Vila Nova do Sul. No ano de 2021 mais um município juntou-se à jurisdição da 4ª CRS, Tupanciretã, um município que pertencia à 12ª região de saúde, somando-se assim 33 municípios de abrangência.

A 10ª CRS localiza-se na região Fronteira Oeste do Estado, tendo como sede o Município de Alegrete, compreendendo uma região de Saúde (R3), composta por 11 Municípios, que são: Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel e Uruguaiana.

Figura 1. Perfil Demográfico, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, Rio Grande do Sul.



Fonte: Portal Bi Público - SES/RS.

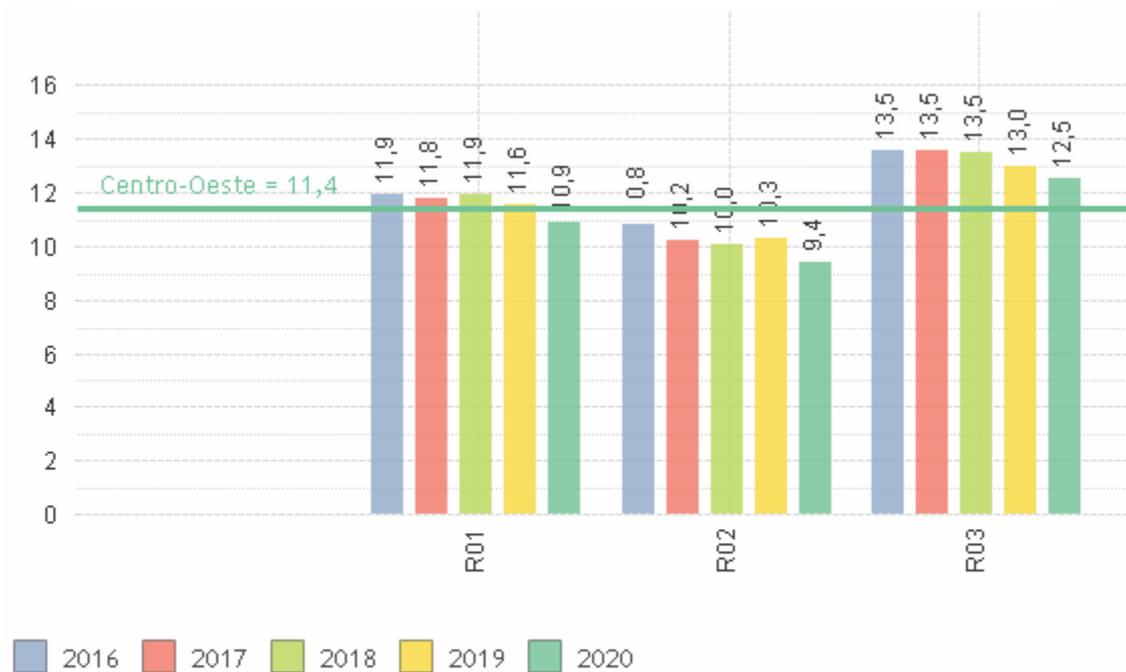
A macrorregião de saúde Centro-Oeste apresenta uma população total de 1.024.268 habitantes, conforme estimativa Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão do Estado do Rio Grande do Sul (SPGG/RS), para o ano de 2020. O gráfico acima demonstra o perfil etário populacional, onde as espirais representam os anos, conforme a legenda do gráfico, e evoluem no eixo horizontal conforme o quantitativo populacional, sendo a faixa etária representada pelo eixo vertical. O sexo masculino está representado na metade esquerda e o sexo feminino, consequentemente, na metade direita do gráfico.

De acordo com dados do SPGG/RS (2020), a macrorregião de saúde possui uma população estimada de 1.024.268 habitantes, sendo 526.333 do sexo feminino, o que corresponde a 51,39% e 497.935 do sexo masculino, correspondendo a 48,61%.

A partir da análise visual do gráfico, observa-se que o perfil demográfico da Macrorregião vem apresentando um encurtamento da base e um alongamento na área correspondente à faixa etária de 15 a 24 anos, o que demonstra um emparelhamento das faixas etárias e evidencia o envelhecimento da população e a diminuição do índice de natalidade. Percebe-se ainda o aumento da população acima de 80 anos, sobretudo do sexo feminino, o que demonstra também o aumento da expectativa de vida da população na região. A população da Macrorregião de Saúde está representada em sua maioria por homens na faixa etária de 20 a 24 anos, seguido das mulheres entre 20 e 24 anos. Salienta-se ainda o grande aumento da população acima de 80 anos, passando de 21.798 idosos em 2017 para 34.079 em 2020, o que significa um aumento de 56,34% da população idosa.

De acordo com os dados presentes no Painel BI PRI, aba Demografia/Determinantes e Condicionantes, percebe-se que o coeficiente geral de natalidade da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste no ano de 2020 foi de 11,4 nascidos vivos/1.000 habitantes. As três regiões de saúde diminuíram o coeficiente de natalidade no último ano analisado, com destaque para a R3, que apresentou valor de 12,5 no ano de 2020, sendo a única acima da taxa estadual (11,4/1.000 habitantes). Observa-se que no ano de 2020 apenas a Região de Saúde R3 superou a média da Macrorregião de saúde (11,4/1.000 habitantes). Em comparação ao coeficiente geral de natalidade do estado, a Macrorregião Centro-Oeste apresenta-se igual ao dado estadual, que em 2020 foi de 11,4 nascidos vivos/1.000 habitantes.

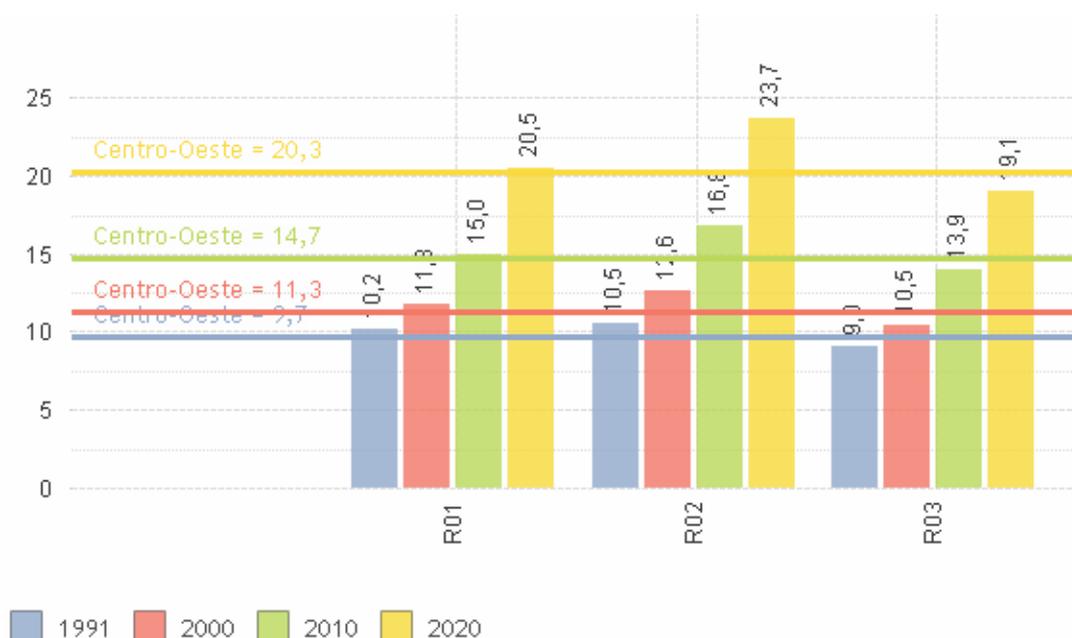
Figura 2. Coeficiente Geral de Natalidade (1.000), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



Fonte: NIS/DGTI/SES/RS

Na macrorregião de saúde Centro-Oeste, a proporção de idosos na população cresceu de 14,7% em 2010 para 20,3% no ano de 2020. Em comparação aos números estaduais, que apresenta valor de 18,8%, a Macrorregião de Saúde, encontra-se acima da média, tendo alcançado 20,3% em 2020 (Figura 3).

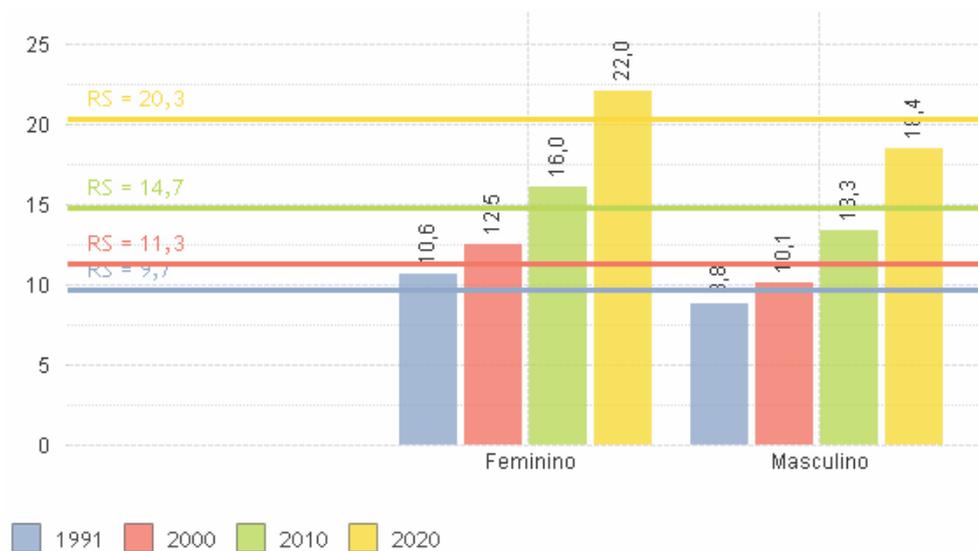
Figura 3. Proporção de idosos na população (%), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020.



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010); SPGG/RS (2020)

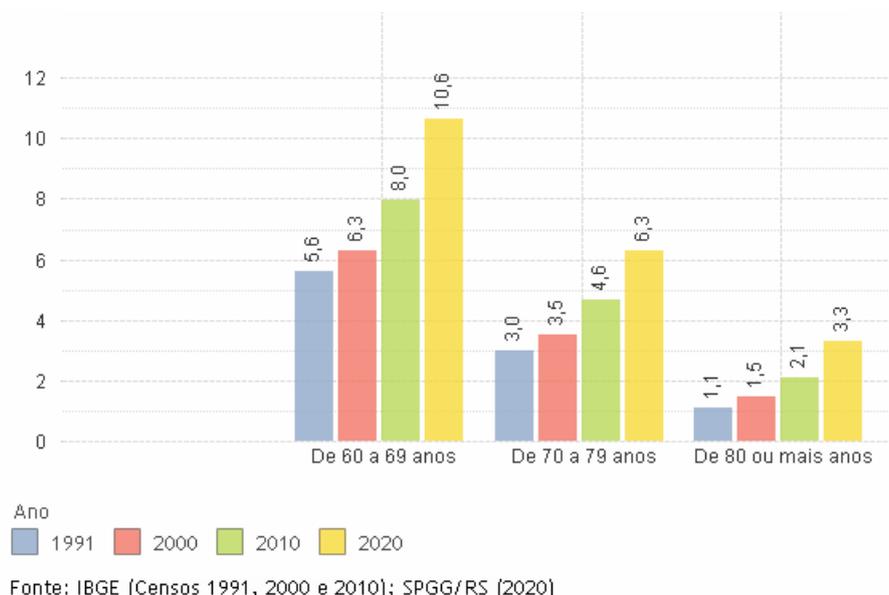
As figuras abaixo apresentam as proporções de idosos na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, estratificadas por sexo e faixa etária, representando a série histórica de 1991 a 2020, conforme as legendas dos gráficos. A proporção de mulheres idosas passou de 16,0% em 2010 para 22,0% em 2020. Já a proporção de homens idosos cresceu de 13,3% em 2010 para 18,4% em 2020. Em comparação aos números estaduais em 2020 (20,3%), a Macrorregião de Saúde, encontra-se acima da média do estado para o sexo feminino e abaixo para o sexo masculino. Destaca-se ainda, que o sexo feminino se apresenta acima da média estadual em toda a série histórica, enquanto o sexo masculino fica abaixo da média em todos os anos.

Figura 4. Proporção de idosos na população (%), por sexo, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020.



Observa-se que a proporção de idosos vem aumentando em todas as faixas etárias ao longo dos anos. Na faixa etária de 60-69 anos, a proporção cresceu de 8% em 2010 para 10,6% em 2020. Considerando os idosos entre 70 e 79 anos, essa proporção apresenta crescimento de 4,6% em 2010 para 6,3% em 2020 e na faixa etária a partir de 80 anos, a proporção de idosos passa de 2,1% em 2010 para 3,3% em 2020. Percebe-se que quanto menor a faixa etária, maior a proporção de idosos na população, contudo, fica evidente o aumento da expectativa de vida da população idosa na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste.

Figura 5. Proporção de idosos na população (%), por faixa etária, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020.

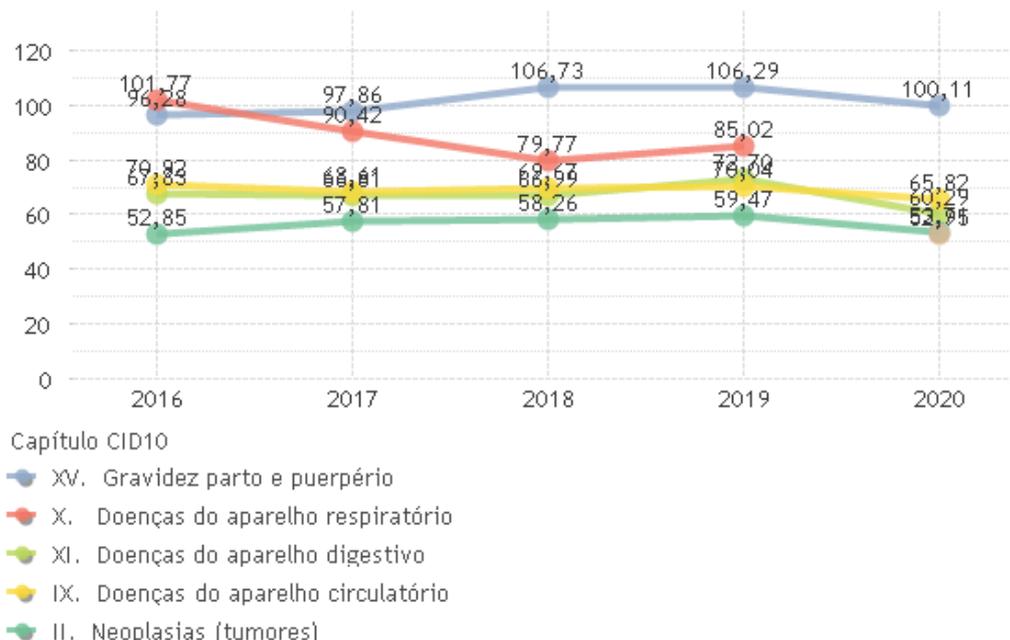


2. A IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO

Para este tópico foi utilizado o Painel BI PRI <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>, aba Morbidade e Mortalidade. O período da análise de dados (série temporal de cinco anos) empregou os anos de 2016 e 2020, considerando o fechamento oficial das principais bases de dados em saúde ou os apresentados no título dos indicadores do Painel BI PRI.

A principal causa de internação da população residente na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, se refere, desde 2017, ao capítulo de gravidez, parto e puerpério. As doenças do aparelho respiratório são a segunda causa de internação nos anos analisados e apresentaram uma queda significativa até o ano de 2018. Em 2019 essa proporção aumentou de 79,77 para 85,02. Destaca-se a diminuição das internações pelas Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Aparelho Digestivo e internações por Neoplasias em 2020, fatores que vinham aumentando pouco nos anos anteriores (Figura 6).

Figura 6. Taxa de Internações pelo SUS da população residente pelos 5 principais capítulos do CID (10.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



Fonte: SIH/DATASUS.

Na série histórica a principal causa de mortalidade na população residente nos últimos quatro anos ocorre pelas doenças do aparelho circulatório, e vem apresentando uma certa estabilidade ao longo da série histórica. As neoplasias são a segunda causa de mortalidade e também apresentam uma leve queda. As 3ª e 4ª causas ocorrem pelas doenças do aparelho respiratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias, respectivamente. A partir do ano de 2020, a 5ª causa de mortalidade aparece como referente às causas externas de morbidade e mortalidade (Figura 7).

Figura 7. Taxa de Mortalidade da População residente pelos cinco principais capítulos do CID (1.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



Fonte: SIM/DATASUS.

A Figura 8 demonstra as cinco principais causas de internações no ano de 2020, na população da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste. Na faixa etária de menores de um ano, a principal causa de internação se refere a algumas afecções originadas no período perinatal, seguido de algumas doenças infecciosas e parasitárias, e pelas doenças no aparelho respiratório, sendo este último a primeira causa na faixa etária seguinte (01-09 anos). Nas faixas etárias seguintes a principal causa de internação se refere à gravidez, parto e puerpério, observamos que é um fator predominante e apresenta alta porcentagem, sendo na faixa etária de 10-19 anos (42,0%), de 20-29 anos (58,3%) e de 30-49 anos (26,1%). A partir da faixa etária entre 50-59 anos, surgem as neoplasias como principal causa de internações (16,9%), seguida pelas doenças do aparelho circulatório (16,2%). A partir da faixa etária entre 60-79 anos, o maior número de internações está relacionado às doenças do aparelho circulatório (23,0%) e em seguida aparece as neoplasias (15,7%). A partir de 80 anos, o maior número de internações está relacionado às doenças do aparelho circulatório (22,8%) e em seguida as doenças do aparelho respiratório (21,6%) (Figura 8).

Figura 8. Cinco principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2020.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (55,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,2%)	X. Doenças do aparelho respiratório (8,9%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (4,5%)	XVII. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas (4,5%)
01-09	X. Doenças do aparelho respiratório (20,8%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (15,1%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (14,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (13,4%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (9,1%)
10-19	XV. Gravidez parto e puerpério (42,0%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (10,9%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (9,0%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (8,4%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (7,6%)
20-29	XV. Gravidez parto e puerpério (58,3%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (8,5%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (7,2%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (7,2%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (4,8%)
30-49	XV. Gravidez parto e puerpério (26,1%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (12,6%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (10,4%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (10,2%)	II. Neoplasias (tumores) (7,6%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (16,9%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (16,2%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (14,5%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,9%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (9,0%)
60-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (23,0%)	II. Neoplasias (tumores) (15,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,3%)	X. Doenças do aparelho respiratório (11,3%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (11,1%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (22,8%)	X. Doenças do aparelho respiratório (21,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,1%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (8,4%)	II. Neoplasias (tumores) (7,9%)

Fonte: SIH/DATASUS.

A Figura 9 demonstra as cinco principais causas de mortalidade da população residente, por grupo etário e capítulos do CID da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste no ano de 2020. Na faixa etária de menores de um ano, a principal causa de morte se refere ao capítulo XVI, correspondente à algumas afecções originadas no período perinatal (55,8%), seguido das malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (26,5%). Entre 01 e 49 anos, as causas externas prevalecem como principal causa de morte desses grupos etários. Na faixa etária de 01-09, 20-29 e 30-39 e a segunda causa de morte se refere às neoplasias (14,3%, 10,8% e 19,6%, respectivamente). Na faixa etária de 10-19 anos, a segunda causa de morte é referente às doenças do aparelho circulatório (7,0%).

Dos 50 aos 59 anos e 60 a 79 anos, a primeira causa de morte são as neoplasias (30,1% e 28,0%) e a segunda são as doenças do aparelho circulatório (20,4% e 27,6%). A partir de 80 anos, a primeira causa de morte são as doenças do aparelho circulatório (31,8%) e em seguida as neoplasias (15,2%).

Figura 9. Cinco principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2020.

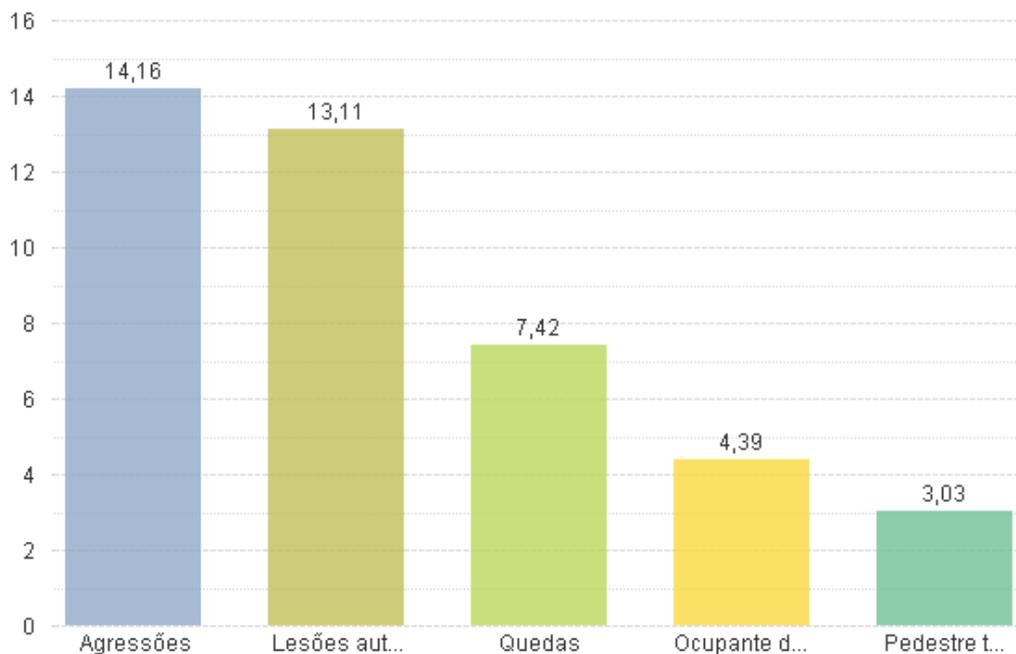
	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (55,8%)	XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (26,5%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (4,4%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (4,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (3,5%)
01-09	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (50,0%)	II. Neoplasias (tumores) (14,3%)	XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (14,3%)	VI. Doenças do sistema nervoso (7,1%)	XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (7,1%)
10-19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (66,7%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (7,0%)	VI. Doenças do sistema nervoso (5,3%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (3,5%)	II. Neoplasias (tumores) (3,5%)
20-29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (64,5%)	II. Neoplasias (tumores) (10,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,0%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (4,2%)	VI. Doenças do sistema nervoso (2,4%)
30-49	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (24,1%)	II. Neoplasias (tumores) (19,6%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (15,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,6%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (6,0%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (30,1%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (20,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (8,6%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (8,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (7,4%)
60-79	II. Neoplasias (tumores) (28,0%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (27,6%)	X. Doenças do aparelho respiratório (10,1%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (7,7%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (6,4%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (31,8%)	II. Neoplasias (tumores) (15,2%)	X. Doenças do aparelho respiratório (14,5%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (8,1%)	VI. Doenças do sistema nervoso (7,7%)

Fonte: SIM/DATASUS.

Observa-se que, no ano de 2020 a principal causa de morte por causas externas foram por agressões com uma taxa de mortalidade de 14,16%, seguida pelas lesões autoprovocadas intencionalmente (enforcamento, disparo de arma de fogo, precipitação de um lugar elevado), totalizando 13,11%. Como terceira causa estão as quedas (7,42%) e a quarta e quinta causa são por acidentes de transporte, sendo a quarta referente a ocupante

de um automóvel traumatizado em um acidente (4,39%) e a quinta um pedestre traumatizado em um acidente (3,03%) (Figura 10).

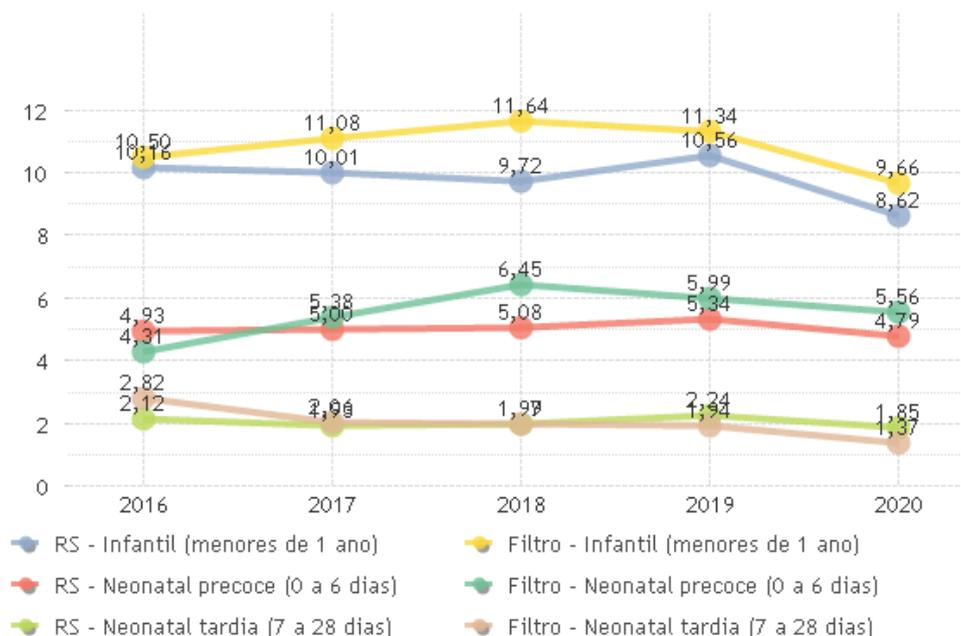
Figura 10. Taxa de mortalidade por causas externas, cinco principais grupos (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2020.



Fonte: SIM/DATASUS.

Observa-se na Figura 11 que a Mortalidade Infantil da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste é mais alta do que a do Rio Grande do Sul no período apresentado - no entanto ficando abaixo de dois dígitos desde 2019. Houve uma redução significativa desde 2018, tendo alcançado em 2020 uma taxa de 9,66/1000 nascidos vivos. O componente neonatal precoce apresenta um comportamento constante no Estado em torno de cinco, sendo maior na Macrorregião de Saúde do que no Estado, apresentando maior valor em 2018, sendo que no ano de 2019 apresentou redução, bem como no ano de 2020. A mortalidade neonatal tardia apresenta-se semelhante à do Estado, ficando um pouco mais baixa nos últimos dois anos analisados. A taxa de mortalidade pós-neonatal apresenta comportamento variável na série histórica.

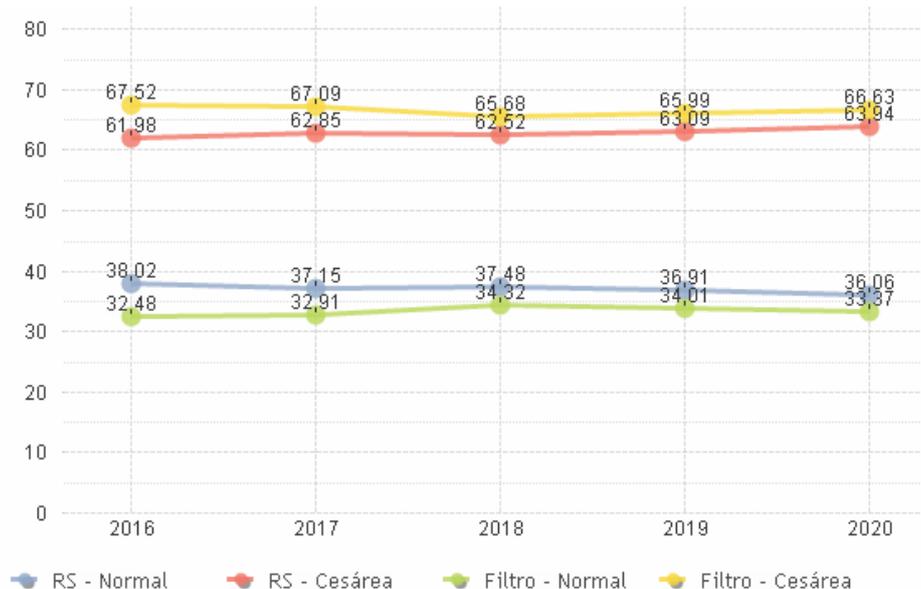
Figura 11. Taxa de Mortalidade Infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



Fonte: SIM/DATASUS.

Observa-se que, na macrorregião de saúde, o percentual de partos normais é menor que o de partos cesáreos durante todo o período considerado. Na macrorregião de saúde Centro-Oeste, o percentual de parto normal teve pouca oscilação durante o período considerado, mantendo-se em torno de 34%. No Estado, o percentual de parto normal também teve pouca oscilação, sendo em torno de 38%. Observa-se que a taxa de partos normais na região é levemente menor que a taxa do Estado. Na macrorregião de saúde Centro-Oeste, o percentual de parto cesárea teve pouca oscilação durante o período considerado, se mantendo em torno de 67%. No Estado, o percentual de parto cesárea também teve pouca oscilação, se mantendo em torno de 62%. Observa-se que a taxa de partos cesáreas na macrorregião de saúde é levemente menor que a taxa do Estado (Figura 12).

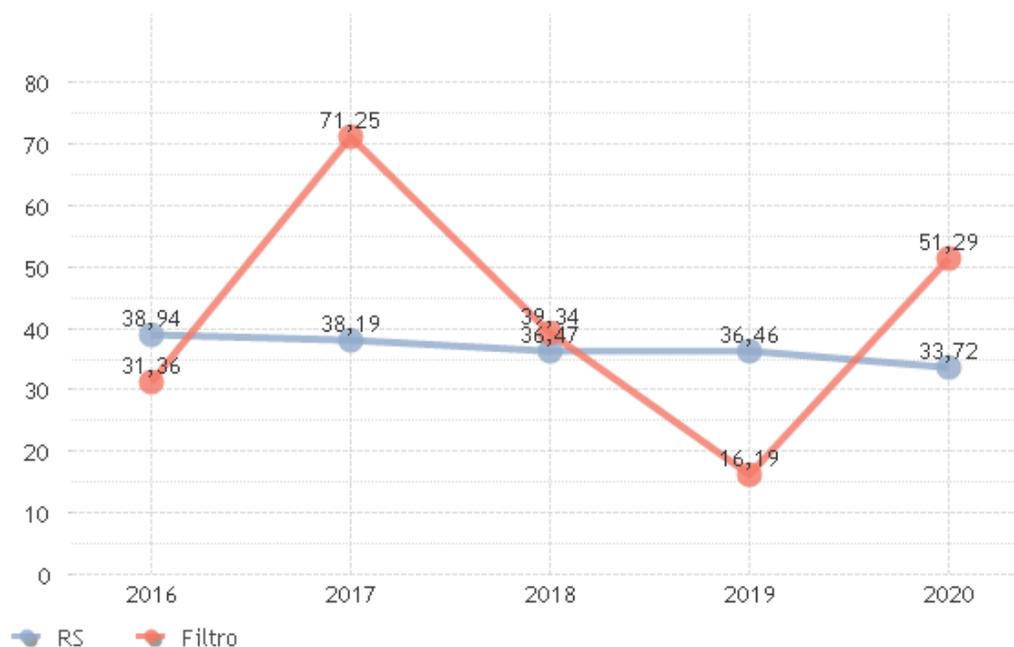
Figura 12. Tipo de Parto (%), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



Fonte: SINASC/RS.

A taxa de mortalidade materna na Macrorregião apresentou um aumento na série histórica em 2017 e 2020, e comparando com a taxa do Estado, que se manteve constante durante o período analisado, a macrorregião apresenta oscilação da taxa (Figura 13).

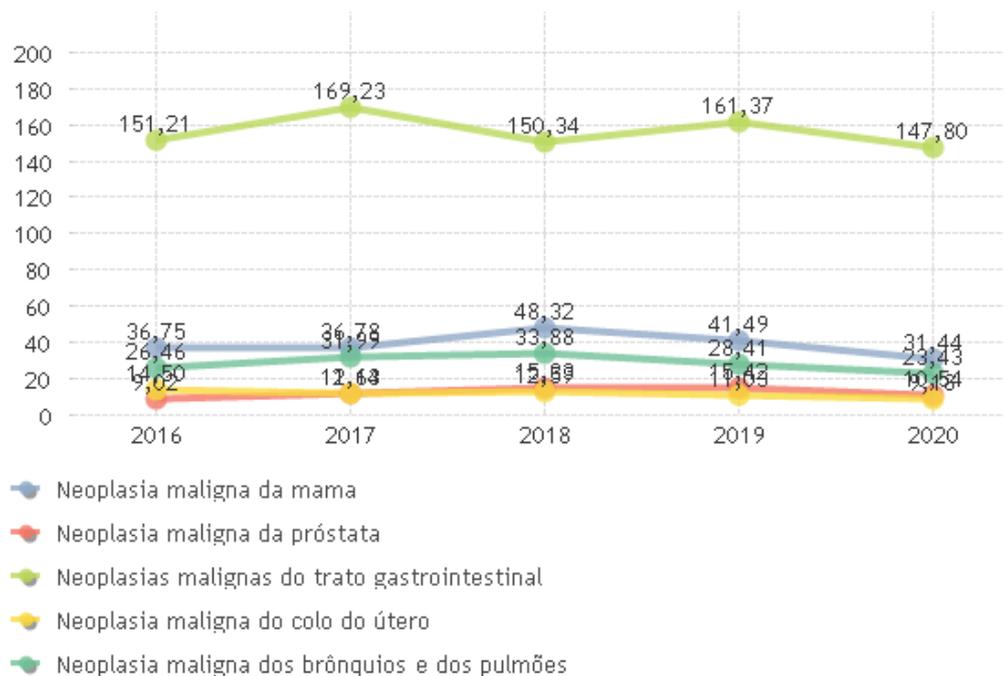
Figura 13. Taxa de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



Fonte: SIM/DATASUS.

A Figura 14 demonstra que as neoplasias que acarretam a maior prevalência de internação na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste são as neoplasias malignas do trato gastrointestinal com taxa de 147,80/100.000 habitantes, no ano de 2020. Estas neoplasias apresentaram uma enorme diferença na série histórica para as outras neoplasias. No ano de 2020, a distribuição de outras neoplasias apresenta números menores, sendo as mais prevalentes a neoplasia maligna de mama, com taxa de 31,44/100.000 habitantes, e as dos brônquios e pulmões, com taxa de 23,43/100.000 habitantes. A neoplasia da próstata apresenta taxa de 10,54/100.000 habitantes e a do colo do útero com 9,18/100.000 habitantes, sendo que apresentaram taxas contínuas e com poucas oscilações durante toda a série histórica.

Figura 14. Taxa de internação SUS dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.

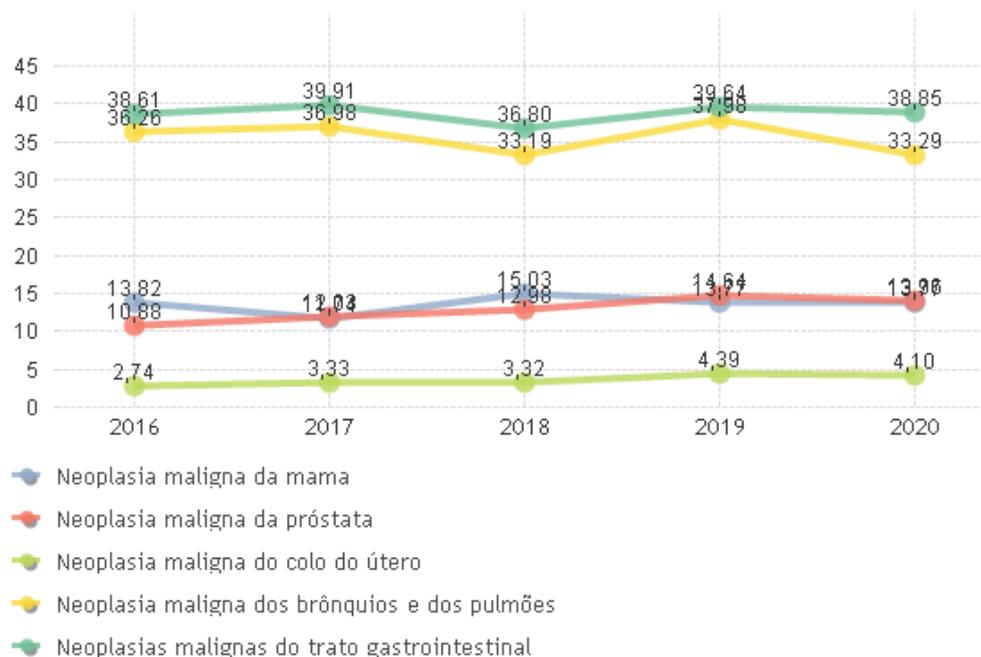


Fonte: SIH/DATASUS.

Na série histórica, na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, com relação à taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes, observamos que todos os tipos de neoplasias apresentaram um pequeno declínio em 2020. A mortalidade por neoplasia do trato gastrointestinal ocupa a primeira posição, com taxa de 38,85/100.000 habitantes. Em segundo aparece a mortalidade por neoplasia maligna de brônquios e pulmões, com taxa de 33,29 e que apresentou um bom decréscimo no ano de 2020. A neoplasia de próstata

apresenta taxa de mortalidade de 13,96. A neoplasia maligna da mama apresenta taxa de 13,77. A neoplasia maligna de colo de útero apresenta taxa de 4,10 (Figura 15).

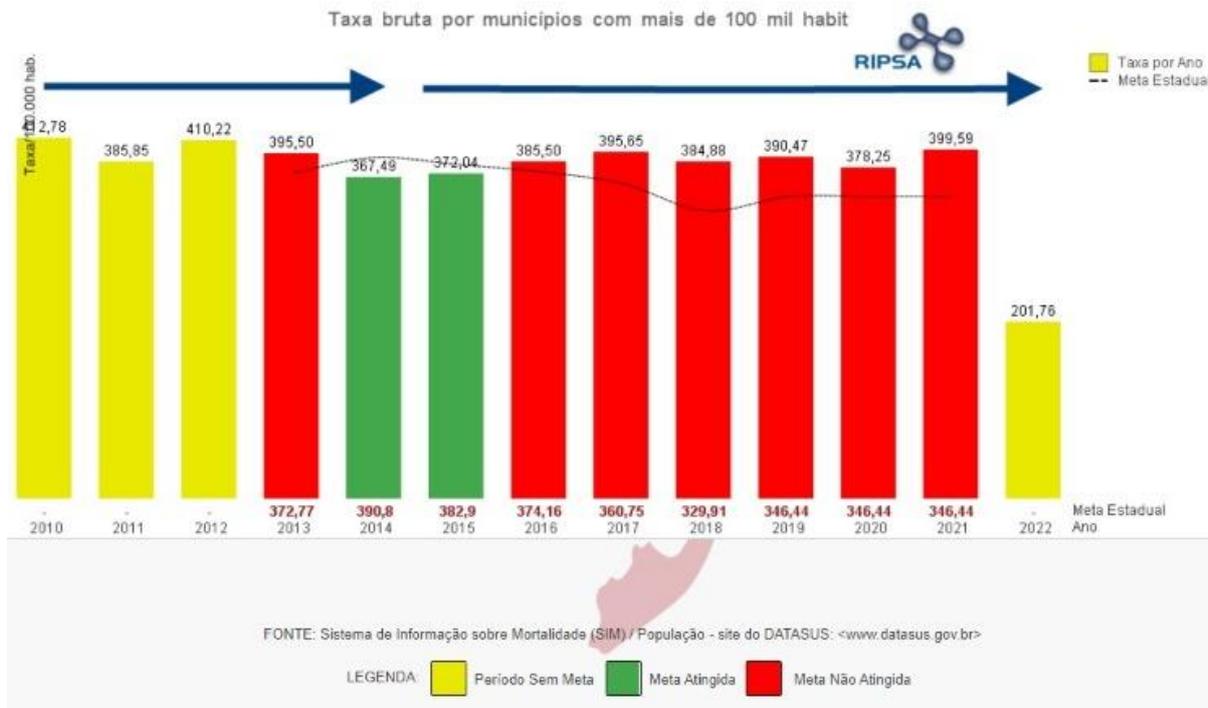
Figura 15. Taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



Fonte: SIM/DATASUS.

Em relação aos óbitos prematuros, na faixa etária de 30 a 69 anos, pelas doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, observa-se tendência variável sendo que a taxa da macrorregião de saúde foi de 399,59 em 2021, 378,25 em 2020, 390,47 em 2019, 384,88 em 2018 e 395,65/100.000 habitantes em 2017 (Figura 16). As fichas de qualificação dos indicadores supracitados estão disponíveis no Painel BI PRI, aba Planejamento Regional Integrado, Anexo III - Aba Morbidade e Mortalidade.

Figura 16. 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) Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2010-2022.



Fonte: SIM/DATASUS.

3. IDENTIFICAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA

Conforme mencionado na Resolução CIT Nº 37, de 22 de março de 2018 e nas “Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado” (BRASIL, 2018), a capacidade instalada compreende um momento interligado à identificação da situação de saúde e das necessidades de saúde da população. Nesse sentido, sugere-se que o “dimensionamento da capacidade instalada de produção de serviços” (Manual de Planejamento - BRASIL, 2016, p. 72) possa subsidiar os próximos momentos ao olhar para os “serviços de saúde, segundo critérios de infraestrutura, organização e produção de serviços no território regional” (Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado - BRASIL, 2018, p. 9).

Utilizamos o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/DATASUS, no Tabnet, para identificar na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste os estabelecimentos por tipo – “Tipos de Estabelecimentos” <<https://datasus.saude.gov.br/cnes-estabelecimentos>> (Figura 17).

Figura 17. Rede Assistencial - CNES - Estabelecimentos, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, agosto de 2022.

Quantidade por Macrorregião de Saúde segundo Tipo de Estabelecimento
 Macrorregião de Saúde: 4314 CENTRO-OESTE
 Período: Ago/2022

Tipo de Estabelecimento	4314 CENTRO-OESTE
POSTO DE SAUDE	27
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	230
POLICLINICA	132
HOSPITAL GERAL	32
HOSPITAL ESPECIALIZADO	1
UNIDADE MISTA	2
FRONTO SOCORRO GERAL	2
CONSULTORIO ISOLADO	1.566
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	143
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	224
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	11
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	29
FARMACIA	240
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	10
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	2
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	1
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	44
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	2
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	24
CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	2
PRONTO ATENDIMENTO	6
POLO ACADEMIA DA SAUDE	24
SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO(HOME CARE)	7
OFICINA ORTOPEDICA	3
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	3
POLO DE PREVENCAO DE DOENCAS E AGRAVOS E PROMOCAO DA SAUDE	3
CENTRAL DE ABASTECIMENTO	5
CENTRO DE IMUNIZACAO	8
TOTAL	2.783

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/DATASUS/Ministério da Saúde. Acesso em: setembro/2022.

4. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

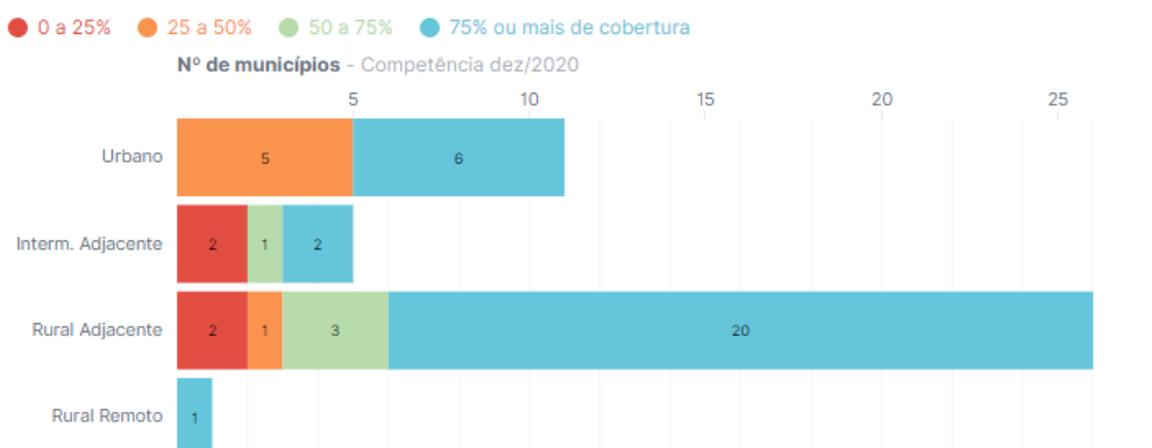
4.1.1 Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF)

O desenvolvimento de políticas públicas para a cobertura universal de saúde situa-se na política de Atenção Primária à Saúde (APS), a qual busca a estruturação de serviços abrangentes e acesso universal ao cuidado integral do usuário. A cobertura da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, em 2020, era de 53,84% (DAB/SES/RS, 2020). Há disparidades entre as regiões de saúde que compõem a Macrorregião, sendo que a R1

(Verdes Campos) passou de 58,98% em 2019 para 61,28% em junho de 2022; a R2 (Entre Rios) passou de 89,01% em 2019 para 88,79% em junho/2022; e a R3 (Fronteira Oeste) de 80,29% em 2019 para 72,85% em junho/2022 (MS/SAPS, 2022). A Atenção Primária à Saúde é fundamental por ser a entrada e centro de comunicação preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com grande potencial resolutivo, quando inserido num sistema de saúde autorregulado e centrado no usuário. As Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESFs) são a principal ferramenta de expansão e consolidação da APS, a Saúde da Família se coloca como principal base coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, com a finalidade de reestruturar o modelo assistencial do SUS, ainda que na prática se observem variados modelos e heterogeneidade nos territórios. A Macrorregião Centro-Oeste possui 203 ESFs e 35 EAPs financiadas, com um total de 719.008 cadastros, sendo que a Verdes Campos (R1) 72 ESFs, 26 EAPs e 283.828 cadastros; Entre Rios (R2) 36 ESFs, 2 EAPs e 110.064 cadastros e Fronteira Oeste (R3) 95 ESFs, 7 EAPs e 325.116 cadastros (eGestor AB, maio/2022).

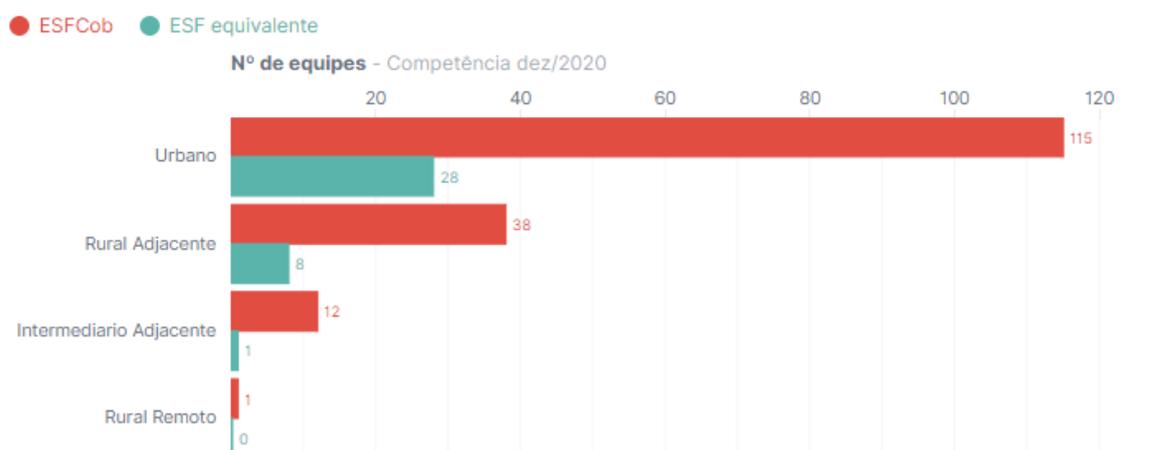
Grande parte dos municípios são classificados como rural adjacente, contando com 26 municípios, 11 são considerados urbanos, 5 intermediários adjacentes e 1 rural remoto (Figura 18). Os municípios de tipologia rural adjacente possuem as melhores coberturas de ESF. Entretanto, os municípios urbanos possuem um número maior de equipes de ESF, conforme Figura 19.

Figura 18. Número de municípios por faixa de cobertura ESF e tipologia, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, dezembro de 2020.



Fonte: MS/SAPS, competência 2020.

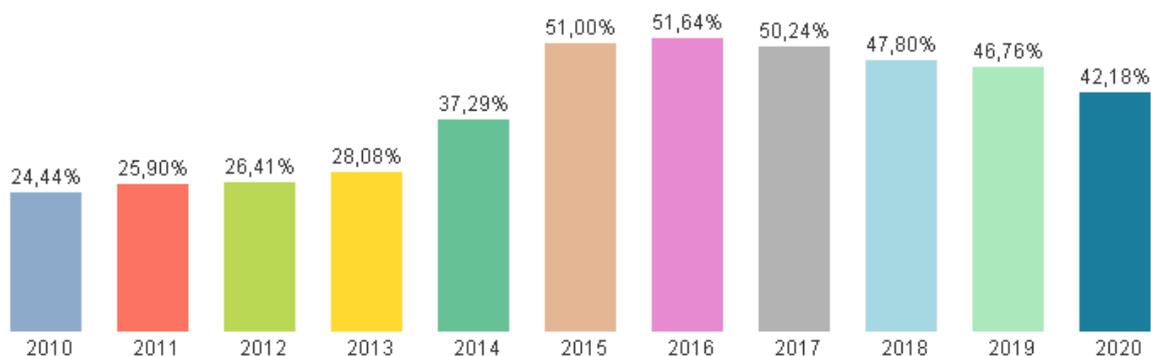
Figura 19. Número de equipes segundo a tipologia dos municípios, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, dezembro de 2020.



Fonte: MS/SAPS, competência 2020.

Ainda existe uma resistência na efetivação do modelo de cuidado proposto pela APS por parte de gestores e profissionais da saúde. Somando-se a isso, temos visto cada vez mais uma redução no número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que inviabiliza a cobertura da saúde comunitária. A cobertura de Agentes Comunitários de Saúde está diminuindo desde 2015, chegando a 41,18%, conforme gráfico abaixo (DAB/RS, 2020) (Figura 20).

Figura 20. Porcentagem de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2010-2020.



Fonte: BI/DAB, 2020.

4.1.2 Rede Bem Cuidar

A Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS) integra o Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS), dentro do componente estratégico de qualificação da

APS, com o objetivo de qualificação dos processos de trabalho e de assistência em saúde ofertada à população. Esta rede vem sendo realizada em uma ESF por município que aderiu à proposta, através de ciclos de atividades, sendo que os dois primeiros ciclos foram centrados na Saúde do Idoso. Na Macrorregião de Saúde foram 38 municípios que aderiram ao programa. Destes, 10 atingiram as metas do 1º Ciclo, 23 atingiram parcialmente, dois estavam com documentação pendente e três não preencheram o Sistema de Informação em Saúde da Rede Bem Cuidar (SISRBC).

4.1.3 Políticas de promoção de equidade em saúde

O acesso à saúde a grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social tem sido um desafio ao Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dos anos 90, com a consolidação da política de saúde brasileira, tem-se destacado na agenda política a questão da equidade, que supõe prover serviços adequados ao atendimento de necessidades em saúde que diferem em quantidade e qualidade no contexto da realidade social. O primeiro passo para avançar no princípio da equidade em saúde consiste em reconhecer a existência de tais populações presentes no território, para que se possa elaborar o planejamento e as ações destinadas a elas, visando atender às suas necessidades.

Ressalta-se que, mesmo que haja recursos específicos e ações voltadas à promoção do cuidado diferenciado a esses grupos, de maneira a diminuir e erradicar as iniquidades sofridas em seus processos de atenção à saúde, todos os demais serviços e níveis de complexidade do SUS têm a responsabilidade de atender às suas demandas.

Da totalidade de municípios da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, somente seis (Santana do Livramento, Quaraí, Rosário do Sul, Uruguaiana, Manoel Viana e Nova Palma) apresentaram plano de ação para adesão ao incentivo do Programa Estadual de Incentivo à Atenção Primária em Saúde (PIAPS) Promoção da Equidade em Saúde, demonstrando que as gestões municipais ainda não priorizam o desenvolvimento de políticas e ações voltadas a essas pautas na saúde.

4.1.3.1 Saúde da população do campo, floresta e águas

A partir dos dados obtidos no site do IBGE, tem-se que o quantitativo de habitantes da zona rural ultrapassa de 5% (47.090 pessoas), na população dos 11 municípios que compõem a Região de Saúde R3. Ocorre que, a princípio não causa impacto em

porcentagem de população, porém, ao conhecer a realidade regional, observa-se que são usuários do SUS, em sua maioria, pessoas que dependem exclusivamente de serviços de saúde ofertados pelo poder público, e que praticamente procuram tratamento apenas quando já estão adoecidos.

A macrorregião de saúde possui municípios de grande extensão territorial, de difícil acesso, que prioritariamente desenvolvem atividades de Agropecuária. Possui algumas famílias de pequenos produtores, mas em sua maioria, são empregados e seus familiares, que trabalham e/ou residem em estabelecimentos rurais. Por não ser uma região litorânea e não possuir cultura de pesca profissional, não se tem dados significativos sobre a população de águas e florestas.

Alguns municípios possuem Unidade Móvel Itinerante, que atua conforme pré-acordado com a população. São realizados atendimentos pontuais, voltados principalmente para o acompanhamento de programas como Bolsa Família, puericultura, sendo que alguns municípios possuem PIM Rural (Programa Primeira Infância Melhor). Ocorre também atendimento de pessoas acometidas de agravos crônicos como hipertensão e diabetes, assim como campanhas de imunizações e atualização dos calendários vacinais. Há também incipientes ações no sentido de vigilância em saúde e notificação de acidentes de trabalho, acolhimento de demandas oriundas do uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como tabagismo, orientações sobre manejo adequado de agrotóxicos e seus possíveis agravos à saúde.

O principal problema identificado na região permanece sendo o acesso devido às longas distâncias, grandes extensões territoriais, estradas rurais em precárias condições, principalmente durante as chuvas. Observa-se também que a atenção efetiva na lógica atual de cuidado, ou seja, acompanhamento das famílias em seu território e contexto de vida, fica prejudicada devido a limitações de equipe, carência de continuidade das políticas de saúde nas comunidades. Exemplifica-se como a insuficiência orientações acerca de saneamento básico e ações que poderiam qualificar a assistência, a partir de abordagens preventivas e intersetoriais junto à secretaria de obras e infraestrutura.

4.1.3.2 Saúde da população LGBTQIA+

Observa-se que as principais ações e serviços voltados para esta população ficam restritos aos grandes centros, mais especificamente à capital do Estado, sem continuidade no território do usuário, o que denota talvez um reflexo da resistência de alguns gestores e

profissionais de saúde em buscar recursos e qualificação para atuar diretamente com as demandas dessa população.

O atendimento se dá em forma de encaminhamento para unidades especializadas sem o devido acompanhamento (matriciamento e contrarreferência), muitas vezes focando apenas na questão de gênero ou na queixa clínica apresentada.

Desde o final de 2021, a Macrorregião de Saúde Centro-Oeste possui um Ambulatório Especializado para o Processo Transexualizador, em atuação no Hospital Casa de Saúde, no município de Santa Maria. No momento, esse serviço é referência para a Macrorregião de Saúde Centro-Oeste e Macrorregião Missioneira, estando em processo de ampliação da referência para outras macrorregiões. Atualmente, faz-se necessário alinhar os fluxos de atendimento do ambulatório para receber os usuários de todos os municípios referenciados, bem como levar ao conhecimento das secretarias municipais de saúde a oferta desse serviço, sensibilizando e capacitando as equipes de APS para o acolhimento da população LGBTQIA+ nos serviços de saúde e posterior encaminhamento a este serviço especializado, se for identificada tal necessidade.

Ao analisar os sistemas de informação e registro no SUS, especificamente os dados de saúde provenientes do cuidado à saúde na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, observa-se que os campos específicos para identificação de gênero não são incluídos ou não são preenchidos, sendo por vezes ignorados. Assim, não se tem dados fidedignos sobre as questões de identidade de gênero e, com isso, negligenciam-se as ações voltadas às demandas da população LGBTQIA+. Ocorrem pontualmente ações que contemplam aspectos comuns entre a saúde LGBTQIA+ e outras políticas de saúde, como a questão da violência e do preconceito institucional. Porém, não são ações sistemáticas, nem intersetoriais, como seria comprovadamente mais efetivo. Por fim, destaca-se como potencial o fato de a macrorregião de saúde ser contemplada com polos de universidades públicas, também na área da saúde, que torna possível projetos de pesquisa e extensão voltados a esta população.

4.1.3.3 Saúde da população negra

A Macrorregião de Saúde Centro-Oeste possui 11 municípios habilitados ao Incentivo Estadual do Programa de Incentivos da Atenção Primária à Saúde (PIAPS) - Saúde da população quilombola, com 20 comunidades remanescentes de quilombo reconhecidas pela Fundação Palmares, recebendo mensalmente um recurso de R\$ 1.700,00/mês para ser utilizado na qualificação do acesso à saúde para essas

comunidades. É elaborado um plano de aplicação do recurso para atender as necessidades específicas de cada comunidade, sendo que a construção das ações a serem executadas se dá em conjunto com a própria população quilombola que será atendida.

4.1.3.4 Saúde da população privada de liberdade no sistema prisional

Atualmente, a Macrorregião de Saúde Centro-Oeste tem 18 Instituições Penais. Dentre estas, sete estão distribuídas nos municípios de abrangência da 10ª CRS: Alegrete, Itaqui, Santana do Livramento, Uruguaiana, Quaraí, Rosário do Sul e São Gabriel; e 11 instituições estão localizadas nos municípios pertencentes à 4ª CRS: Santa Maria, Agudo, Cacequi, Jaguari, Júlio de Castilhos, Santiago, São Francisco de Assis, São Sepé e São Vicente do Sul.

Na 4ª CRS, duas unidades prisionais possuem credenciamento de Equipe de Atenção Primária Prisional (EaPP), habilitadas ao incentivo federal junto ao Ministério da Saúde, sendo elas localizadas nos presídios de Cacequi e São Vicente do Sul. A Penitenciária Estadual de Santa Maria, localizada no município de Santa Maria, está em processo de habilitação ao incentivo federal de EaPP e ao cofinanciamento estadual relativo ao PIAPS da SES/RS.

Os Presídios Estaduais da 10ª CRS oferecem os regimes fechado, semiaberto e aberto, estando sete em regime fechado e oito em regime aberto e semiaberto - abrigando apenados masculinos, femininos e misto. Com relação à saúde da pessoa privada de liberdade na 10ª Coordenadoria Regional de Saúde, ela conta com duas Unidades Básicas de Saúde Prisional EaPP, que recebem incentivo Estadual e Federal para manter em atividade as equipes que desenvolvem as ações em saúde dentro das Penitenciárias Estaduais de São Gabriel e Alegrete. O município de São Gabriel tendo aderido à UBS prisional Tipo II, qualificou-se para solicitar quatro leitos da Política da Saúde Prisional a nível Regional, no Hospital "Irmandade da Santa Casa de São Gabriel" dos quais apenas dois ficaram disponíveis para a Coordenadoria Regional de Saúde, haja vista o remanejamento para Passo Fundo devido a pouca demanda pela Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) dos leitos prisionais. A baixa procura pela SUSEPE dos leitos da Saúde Prisional acarreta o encaminhamento do apenado ao hospital geral fazendo uso da vaga do SUS. A maior dificuldade relatada pela SUSEPE quanto à ocupação dos leitos do hospital "Irmandade da Santa Casa de São Gabriel" está relacionada à falta de efetivo para escolta ao usuário privado de liberdade e deslocamento de viatura.

O atendimento à saúde dos encarcerados nos demais municípios que têm presídios estaduais na 10ª CRS, geralmente, são feitos pela UBS que fica mais próxima ao estabelecimento penal. Os profissionais da UBS referência para atendimento à população encarcerada responsabilizam-se pelo acompanhamento da prevenção e promoção da saúde daquela população.

4.1.3.5 Saúde da população em situação de rua

A Macrorregião de Saúde Centro-Oeste conta apenas com 01 equipe de Consultório na Rua (eCR), em Uruguaiana, município pertencente à 10ª CRS. Na 4ª CRS, o município de Santa Maria preenche os critérios para habilitação de equipe de Consultório na Rua (eCR), mas ainda não possui esse dispositivo de atenção à saúde.

Considera-se que um desafio importante consiste em sensibilizar os demais pontos de atenção à saúde para atender a população em situação de rua sem preconceitos e estigmas. Ainda, faz-se necessário sensibilizar as equipes de APS para acolher essa população, especialmente nos municípios em que não há eCR constituídas, de forma a garantir os princípios da universalidade, integralidade e equidade para o acesso à saúde.

4.1.3.6 Saúde da população de imigrantes, refugiados e fronteiriça

São poucos os imigrantes a residir nos municípios de fronteira do Estado do Rio Grande do Sul, porém todos são atendidos pela Atenção Básica (em todas as ações que se fizerem necessárias). A maioria encontra-se dentro das seguintes situações: venezuelanos: de passagem para a Argentina; argentinos: de passagem para centros maiores como Porto Alegre, Santa Catarina e Paraná (em busca de ocupação econômica) - permanecem menos de um ano nas cidades da região; argentinos, uruguaios e chilenos: em férias (raramente acessam nossos serviços de saúde).

A população fronteiriça é composta de argentinos e uruguaios. Há um fluxo grande de gestantes de Paso de Los Libres/Argentina à Uruguaiana para pré-natal e parto. A população de Rivera/Uruguai residente na área limítrofe da cidade acessa toda Rede de Atenção à Saúde. A Atenção Básica da Barra do Quaraí se desloca à Bella Unión/Uruguai para realizar procedimentos a um grupo de brasileiros residentes no Uruguai na época da colheita da cana-de-açúcar. Em Santana do Livramento, profissionais médicos estrangeiros atendem no Hospital Santa de Livramento. Apesar de existir um debate governamental

sobre as políticas de saúde nas áreas de fronteira, ainda não existe solução para o financiamento e atenção destes profissionais nos sistemas de informação do SUS.

4.1.4 Programa Médicos pelo Brasil

O Ministério da Saúde lançou o Programa Médicos pelo Brasil (PMPB), em 2019, que vem substituindo gradativamente o Programa Mais Médicos. Tem se evidenciado uma redução de profissionais médicos na macrorregião de saúde Centro-Oeste, tendo em vista que em abril de 2021 contava com 132 médicos em 42 municípios da Macrorregião, sendo 82 intercambistas e 50 médicos registrados no Conselho Regional de Medicina brasileiro (CRM), e em agosto passou para 84 médicos em 28 municípios, sendo 54 intercambistas, que possuem registro profissional no exterior e 30 com CRM. Esta situação da defasagem de médicos tem impactado no financiamento da APS, com algumas equipes incompletas por falta destes profissionais.

Tal defasagem de profissionais médicos afeta principalmente a Região de Saúde R3 (Fronteira-Oeste), pelos vazios assistenciais em municípios mais remotos, principalmente os de fronteira, como Quaraí, Santana do Livramento, Barra do Quaraí, Uruguaiana e Itaqui. Em um movimento realizado por estes municípios foi enviado o Ofício 075/2021 constando a falta destes profissionais e a atuação de profissionais dos países vizinhos, que não possuem qualquer amparo legal em sua atividade e propondo a regulamentação e procedimentos para registro profissional desses profissionais, amparados pelos decretos federais n. 5.105/2004 e 7.239/2010. Este movimento gerou o SEI nº 25025.001739/2021-14 para tramitação às áreas envolvidas (Assessoria de Assuntos Internacionais e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/Ministério da Saúde), que infelizmente foi analisado de forma individual e possibilitando apenas o provimento pelo PMPB.

4.1.5 Programa academia da saúde

O Programa Academia da Saúde (PAS), lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos onde são ofertadas práticas de atividades físicas para a população. Esses polos fazem parte da rede de Atenção Primária à Saúde e são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia Saúde da

Família, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e a Vigilância em Saúde. O monitoramento do Programa é realizado pela plataforma E-Gestor. Atualmente, 15 municípios da 4ª CRS (Cacequi, Capão do Cipó, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Itacurubi, Ivorá, Jaguarí, Jari, Nova Palma, Mata, Pinhal Grande, São Pedro, São Sepé, São Vicente do Sul e Tupanciretã) tem unidades de saúde com adesão ou estão em processo de adesão ao Programa e existem 4 municípios da 10ª CRS (Alegrete, Barra do Quaraí, Maçambará e São Gabriel) com adesão.

4.1.6 Saúde bucal

4.1.6.1 Organização da atenção à saúde bucal na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste

Nas Regiões de Saúde Verdes Campos (R1), Entre Rios (R2) e Fronteira Oeste (R3) as diretrizes nacional e estadual da Política de Saúde Bucal são aplicadas, e há pelo menos um cirurgião-dentista desenvolvendo ações no âmbito do SUS em cada município.

Abaixo estão informações relacionadas à saúde bucal em termos de cobertura, programas, estrutura e serviços.

Região de Saúde R3 (Fronteira Oeste): 49 equipes de Saúde Bucal: 36,84% de cobertura na Estratégia Saúde da Família e 52,31% na APS (Fonte: MS/EGestor, dezembro/2021); 02 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) municipais (Alegrete e São Gabriel): produção mensal entre 20 a 50 próteses dentárias (cada município), financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) e SES/RS (Fonte: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cidadesatendidas>); 02 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) municipais (Alegrete (Tipo 2) e Uruguaiana (Tipo1, com Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)), financiados pelo MS e SES/RS (Fonte: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/mapas/CEO/RS>); Solicitação de Credenciamento de eSB ao MS: Alegrete - 01 eSB 40 horas, Itaqui - 03 eSB 40 horas, Quaraí - 03 eSB 40 horas, Santana do Livramento - 01 eSB 40 horas.

Figura 21. Relatório de Atendimento, produção SISAB cirurgiões dentistas, Alegrete, julho de 2022.



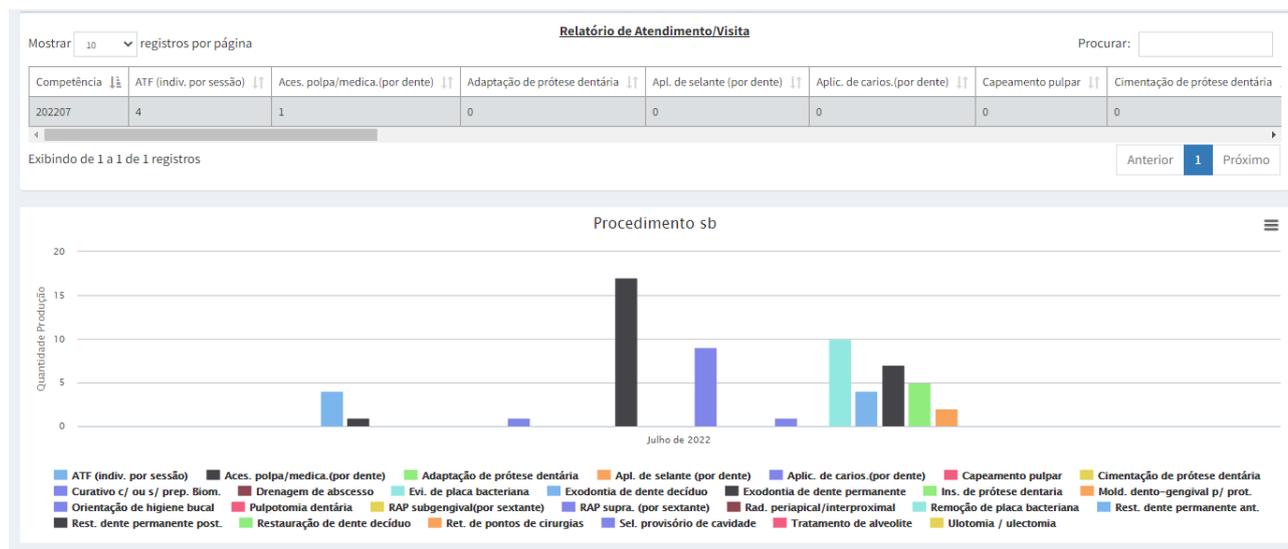
Ministério da Saúde 2022: [Secretária de Atenção Primária à Saúde \(SAPS/MS\)](#)

Versão 2.1.220927rj

Fonte: SAPS/Ministério da Saúde, 2022. Acesso:

<https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/estado/saude/RelSauProducao.xhtml>.

Figura 22. Relatório de Atendimento, produção SISAB cirurgiões dentistas, Uruguaiana, julho de 2022.



Ministério da Saúde 2022: [Secretária de Atenção Primária à Saúde \(SAPS/MS\)](#)

Versão 2.1.220927rj

Fonte: SAPS/Ministério da Saúde, 2022.

Acesso:

<https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/estado/saude/RelSauProducao.xhtml>.

Região de Saúde Verdes Campos (R1): 36 equipes de Saúde Bucal em Estratégia de Saúde da Família (Fonte: MS/E-Gestor, dezembro de 2021); cobertura total de Saúde Bucal 38,38% (UBS +ESF) (Fonte: MS/E-Gestor, dezembro de 2021); cobertura Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: 25,38% (Fonte: MS/E-Gestor, dezembro de 2021); número de dentistas: 95 (não são todos com carga horária de 40 horas) (Fonte: Levantamento 4ª CRS, 2018); número de consultórios: 102 (em atenção básica, CEOs e em algumas escolas) (Fonte: levantamento 4ª CRS, 2018).

Região de Saúde Entre-Rios (R2): 25 equipes de Saúde Bucal em Estratégia de Saúde da Família (Fonte: MS/E-Gestor, dezembro de 2021); cobertura total de Saúde Bucal 77,29% (UBS +ESF) (Fonte: MS/E-Gestor, dezembro de 2021); cobertura Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: 65,06% (Fonte: MS/E-Gestor, dezembro de 2021); número de dentistas: 49 (não são todos com carga horária de 40 horas) (Fonte: levantamento 4ª CRS, 2018); número de consultórios: 42 (em atenção básica, CEOs e em algumas escolas) (Fonte: levantamento 4ª CRS, 2018).

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

A Região de Saúde Verdes Campos (R1) possui dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do tipo 2 - Santa Maria CEO tipo II, cinco consultórios ativos; São Sepé CEO tipo II, cinco consultórios ativos - Santiago CEO tipo I, três consultórios ativos. Na Região de Saúde Entre Rios (R2) há um CEO tipo 1. Nesses locais são realizados procedimentos de média complexidade em Odontologia.

Laboratório Regional de Prótese dentária

Os municípios habilitados a receber os recursos financeiros do Ministério da Saúde referente a implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), para confecção de prótese dentária à população, são descritos abaixo.

Região Verdes Campos (R1) - faixa de produção em unidades (20-50): Quevedos, São Sepé, Vila Nova do Sul, Júlio de Castilhos, Restinga Seca, Toropi. Região Entre-Rios (R2) - faixa de produção em unidades (20-50): Mata, Jari, Cacequi, Santiago, Unistalda, Capão do Cipó (Fonte: Ministério da Saúde - Cidades Atendidas).

A referência para ações de alta complexidade em odontologia é o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) com serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, ofertando cirurgias a nível hospitalar. A região possui o Hospital Casa de Saúde com este serviço, realizando cirurgia tanto a nível hospitalar quanto ambulatorial.

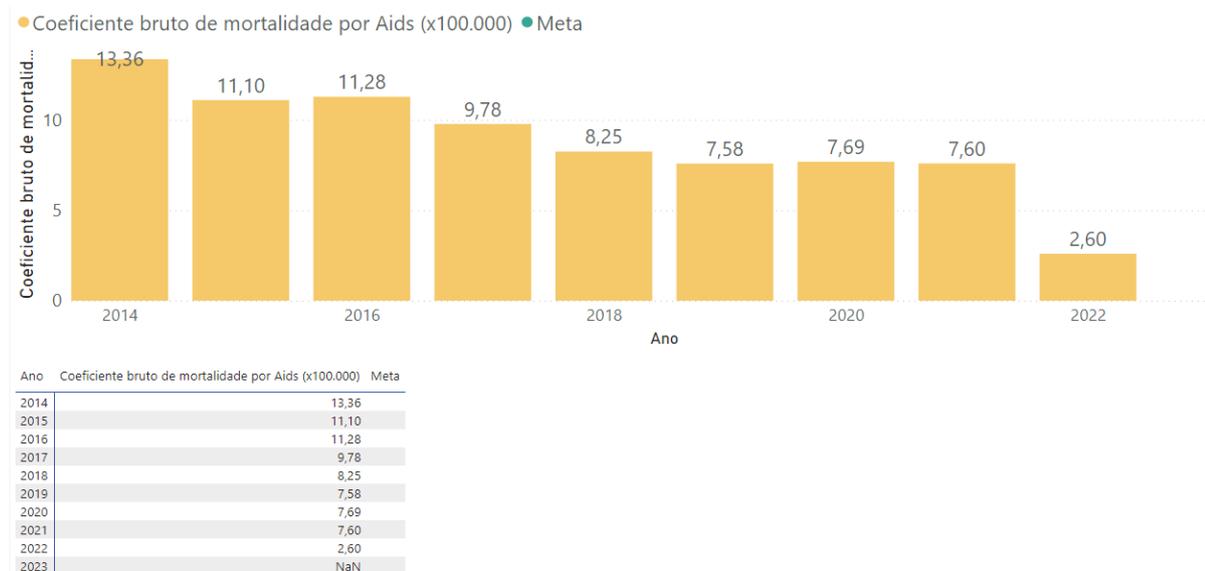
Existem dois serviços de Pronto-Atendimentos (PA) para urgências em Odontologia, ambos localizados no município de Santa Maria. O primeiro é o PA lotado no Pronto Atendimento Flávio Miguel Schneider, no bairro Patronato, que funciona das 19 às sete (7) horas da manhã do dia seguinte, durante a semana. Nos finais de semana e feriados, tem atendimento 24 horas, sendo referência apenas para os moradores do município de Santa Maria. Também há o atendimento de urgência na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizada no bairro Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, anexo ao Hospital Casa de Saúde, sendo realizado durante 24 horas também referência oficial para Santa Maria.

4.1.7 IST/AIDS MAC

4.1.7.1 Indicadores IST HIV

Quanto ao Coeficiente Bruto de Mortalidade por AIDS, por 100.000 habitantes, na Macrorregião de Saúde Centro-oeste, observa-se uma tendência decrescente deste indicador entre 2014 e 2019 - tendo se mantido estável entre 2019 e 2021. Os dados de 2022 ainda preliminares (Figura 23).

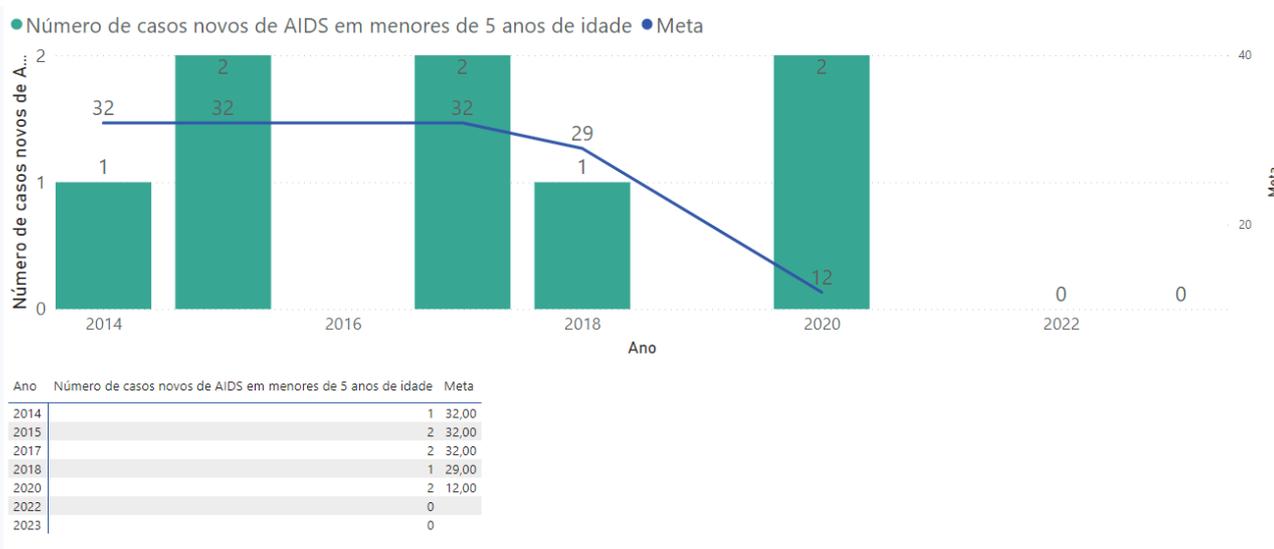
Figura 23. Coeficiente Bruto de Mortalidade por AIDS por 100.000 habitantes, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022.



Fonte: Portal Bi Público - SES/RS.

Em relação ao número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade, na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, observa-se que no ano de 2014 e 2018 ocorreu um (1) caso novo e em 2015, 2017 e 2020, dois (2) casos novos - sendo que, em 2016, 2019 e 2021 não ocorreu nenhum caso novo (Figura 24).

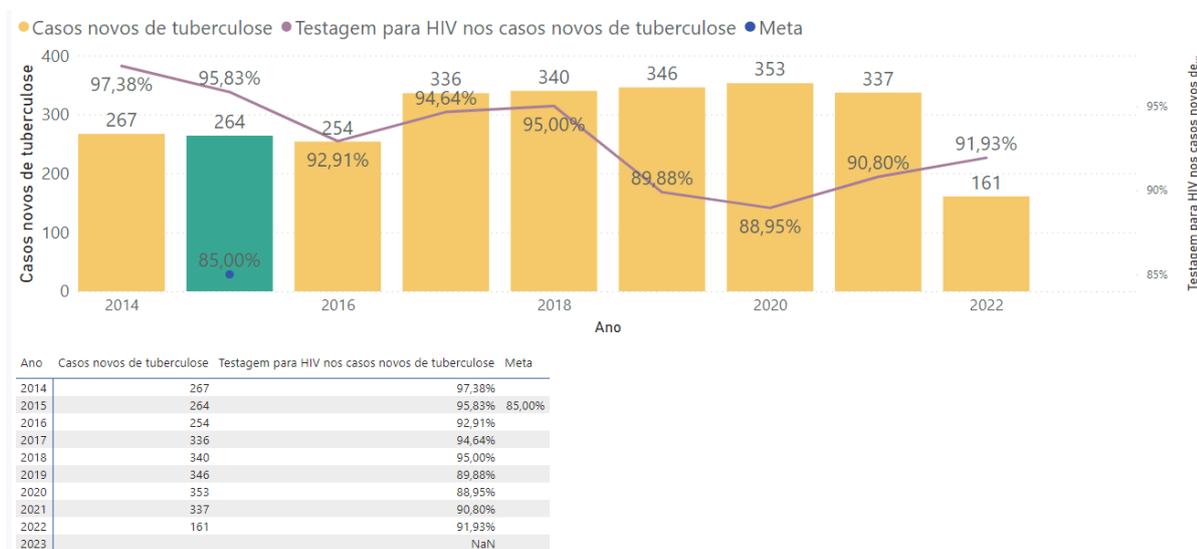
Figura 24. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022.



Fonte: Portal Bi Público - SES/RS.

A testagem para HIV em casos novos de tuberculose na Macrorregião de Saúde Centro-oeste oscilou entre 88,95 a 97,38%, entre os anos de 2014 a 2022, superior à meta estadual de 2015 que era de testar 85% dos usuários com diagnóstico recente de tuberculose.

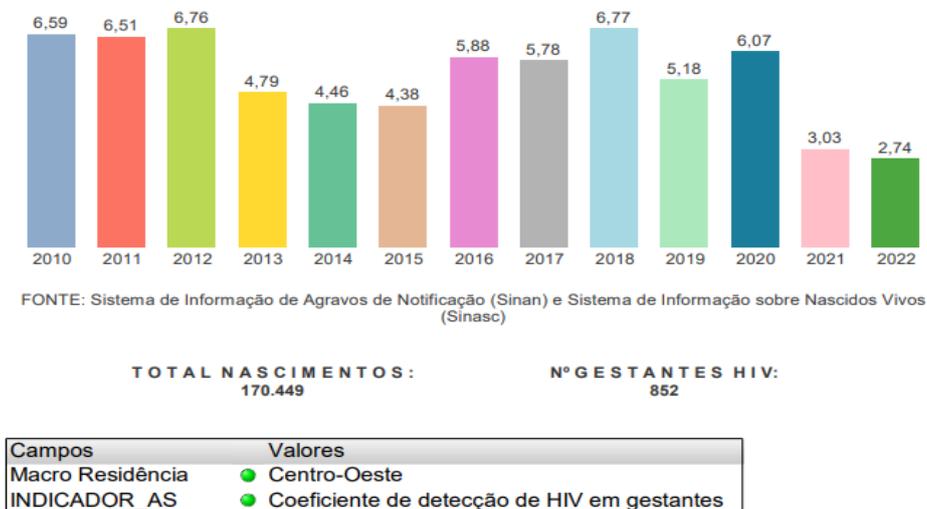
Figura 25. Testagem de HIV em casos novos de tuberculose, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022.



Fonte: Portal Bi Público - SES/RS.

O coeficiente de detecção de HIV em gestante tem oscilado ao longo dos anos (2010-2022) entre 4,38 a 6,77 por 1.000 nascidos vivos na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, tendo reduzido para 3,03 em 2021 (Figura 26).

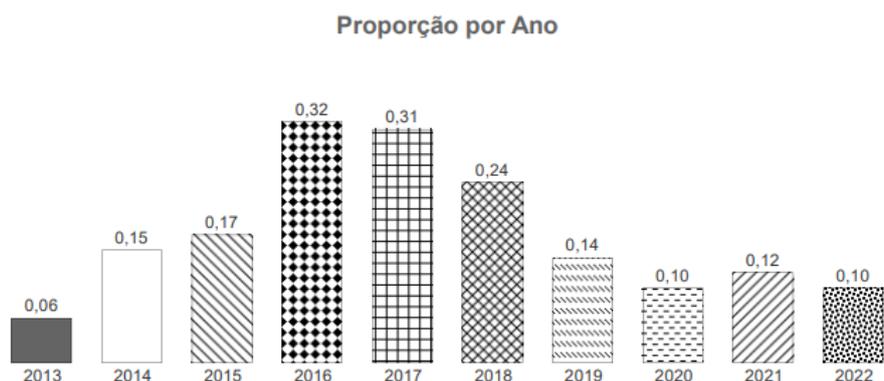
Figura 26. Coeficiente de detecção de HIV em gestantes (*1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2010-2022.



Fonte: SINAN/SINASC, 2022.

Quanto ao número de testes de sífilis por gestante na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, este indicador reflete mostra baixa testagem de Sífilis por gestante, que esteve maior entre 2016 e 2017 e sofreu redução nos anos seguintes (Figura 27).

Figura 27. Número de testes de sífilis por gestante, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2013-2022.



FONTE: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS)

TOTAL PARTOS:
117043

TOTAL TESTES:
13327

Campos	Valores
Macro Residência	● Centro-Oeste
INDICADOR_AS	● Número de testes de sífilis por gestante

Fonte: SIA; SIH/SUS.

Por seu turno, a taxa de incidência de Sífilis em Gestante vem aumentando ao longo dos anos, chegando a 44,78 por 1.000 Nascidos Vivos (Figura 28)

Figura 28. Taxa de incidência de sífilis em gestantes (*1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2010-2022.



FONTE: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

TOTAL NASCIMENTOS:
170.449

Nº CASOS SÍFILIS EM GESTANTES:
3.777

Campos	Valores
Macro Residência	● Centro-Oeste
INDICADOR_AS	● Taxa de Incidência de Sífilis em Gestantes

Fonte: SINAN/SINASC, 2022.

Estrutura da Rede de Atenção às IST/HIV

Todas as equipes de Atenção Primária à Saúde realizam testagem prioritariamente em gestantes. Porém, existe uma lacuna na testagem do parceiro, fato este que também ocorre em maternidades, especialmente as privadas. Também ocorre pouca oferta de testagem em populações chave e prioritárias, com exceção de alguns municípios. Percebe-se pouca demanda por preservativos femininos e de adolescentes, provavelmente por pouco conhecimento dos usuários, bem como dos profissionais de saúde. Ainda, existe uma falta da oferta de gel lubrificante em toda a rede desde que o Ministério da Saúde deixou de disponibilizar este insumo.

Na 10ª CRS, existem Serviço de Assistência Especializada (SAE) em sete municípios: Alegrete (referência para Manoel Viana), Itaqui (referência para Maçambará), Rosário do Sul, Santana do Livramento (referência para Quaraí), São Gabriel (referência para Santa Margarida do Sul) e Uruguaiana (referência para Barra do Quaraí), todos os serviços com UDM (Unidades dispensadoras de medicamentos). Há uma casa de Apoio à Pessoa Vivendo com HIV em São Sepé.

Profilaxia Pós-Exposição (PEP): percebe-se um desconhecimento dos profissionais em relação a situações de exposição (relação sexual desprotegida consensual ou não, acidente de trabalho). Profilaxia Pré-Exposição (PREP): somente o município de Santa Maria instituiu esta modalidade de prevenção na 4ª CRS. Na 10ª CRS, há nos municípios de Uruguaiana e Itaqui.

Existe a necessidade de se trabalhar a Linha de Cuidado para IST/HIV que é muito incipiente na 4ª CRS. No município de Uruguaiana, todas as ESF'S estão com a linha de cuidado implantada. Em Santana do Livramento, Itaqui e Alegrete, somente em algumas ESF's.

A capacidade instalada a nível hospitalar, na abrangência da 10ª CRS é de oito (8) leitos clínicos para pacientes com AIDS, sendo sete SUS na rede de hospitais da região. Há um laboratório que atende a Região de Saúde R3, localizado no município de Uruguaiana LAMINF (Laboratório de Monitoramento de Infecções de HIV) que realiza exames de CD4 e carga viral.

4.1.8 Primeira Infância Melhor - PIM

Política de Estado do Rio Grande do Sul, tem grande importância tanto no componente do pré-natal, seja na captação precoce das gestantes seja por orientações à

gestante em relação ao ciclo gravídico, alimentação da gestante, cuidados na gestação, pós-parto, como também no cuidado à criança com orientações para amamentação, direitos da gestante e da nutriz, entre outras. além do estímulo ao desenvolvimento integral infantil.

Na 4ª CRS, tem 15 municípios habilitados: oito na região Verdes Campos (Dona Francisca, Júlio de Castilhos, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, São João do Polêsine, São Pedro do Sul, São Sepé), e sete na região Entre Rios (Cacequi, Capão do Cipó, Itacurubi, Jaguari, São Francisco de Assis, São Vicente do Sul e Unistalda).

Em 2022, após a nova portaria para adesão ao PIM, mais 3 municípios estão em processo de habilitação (Vila Nova do Sul, da Região Verdes Campos; e Mata e Nova Esperança do Sul, da Região Entre Rios). Também é importante ressaltar que três municípios solicitaram ampliação do PIM: Júlio de Castilhos, Santa Maria e São Francisco de Assis.

Dos 11 municípios da 10ª CRS, oito estão aderidos ao PIM: Alegrete, Uruguiana, Santana do Livramento, São Gabriel, Quaraí, Maçambará, Santa Margarida do Sul e Itaqui, sendo que os dois últimos aderiram por último.

Existe grande dificuldade na manutenção do número de visitantes habilitados em função da forma de contrato ser executada através de estagiários, na maioria dos municípios. Por outro lado, os municípios de Manoel Viana e Barra do Quaraí, no momento desabilitados, realizaram concurso público para a contratação de visitantes, o que não garantiu qualidade, nem manutenção das atividades.

O PIM é responsável pela avaliação e acompanhamento das crianças egressas das UTIs Neonatais da região, por serem crianças de risco para o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Ressalta-se que, a nova forma de financiamento do PIM, através do número de indivíduos atendidos e não mais pelo número de visitantes, levou alguns municípios a buscarem adaptar-se, sendo que nos municípios de São Gabriel e Uruguiana houve redução do número de visitantes.

O município de Maçambará caracteriza-se por ter o atendimento do PIM cerca de 90% na zona rural, com necessidade de grandes deslocamentos dos visitantes em áreas de difícil mobilidade.

A participação das três Secretarias (Educação, Saúde e Assistência Social) na composição do Grupo de Trabalho Municipal (GTM) ainda não é realidade em boa parte dos municípios da 10ª CRS e em alguns casos, como em Alegrete, os Programas PIM e Programa Criança Feliz (PCF) desenvolvem isoladamente suas atividades.

Em suma, nos 21 municípios que desenvolvem ações do PIM na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste 171 visitantes estão habilitados e atendem 2.860 indivíduos, sendo

216 gestantes e 2.644 crianças, com prioridade ao atendimento dos menores de três (3) anos de idade (2.233 crianças).

4.1.9 Saúde da Criança

A Política Nacional da Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove (9) anos de vida, com especial atenção à Primeira Infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

A PNAISC possui sete (7) eixos estratégicos: Eixo 1: Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido. Vem sendo trabalhada na Rede Cegonha, juntamente com a Saúde da Mulher, do Homem, PIM e IST/HIV. A ausência de pediatra em sala de parto é uma realidade frequente junto aos municípios da 10ª CRS. Também há dificuldade na contratação de obstetras para os plantões presenciais. Nos municípios de fronteira, especialmente Santana do Livramento, Barra do Quaraí e Quaraí, a presença de médicos estrangeiros, sem registro para atuação no Brasil, dificulta o registro e a vigilância quanto à qualidade da atenção ao pré-natal e parto.

Eixo 2: Aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Trabalhando em conjunto com a Saúde da Mulher, PIM, Política de Alimentação e Nutrição. Foram realizadas na 4ª CRS 2 oficinas de formação de tutores (1 em 2015 e outra em 2018) da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB), sendo que na região temos 50 tutores. Também foram realizadas oficinas nas unidades de saúde com 25 equipes colocadas no sistema da EAAB. Importante ressaltar também a realização anual do Seminário Integrado de Aleitamento Materno, no mês de agosto em alusão ao Agosto Dourado, abrangendo profissionais da saúde das duas Regiões de Saúde da 4ª CRS - tanto das Secretarias Municipais de Saúde, como das instituições de ensino em saúde e maternidades. Em outubro de 2021 foi aprovada em CIR das regiões Verdes Campos e Entre Rios, o Comitê Regional de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável da 4ª CRS, que prevê realização de atividades continuadas de incentivo ao Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável.

Eixo 3: Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral. Não existe ainda uma linha de cuidado bem estruturada, com diferenças importantes entre municípios, sendo que em muitos ainda se dá o cuidado centralizado no

pediatra, dificultando o acesso. O teste do pezinho é realizado em todos os municípios, porém em alguns ainda é centralizado. O PIM também tem papel fundamental neste eixo, porém muitos municípios não aderiram a essa política. Os recém-nascidos de risco, oriundos das Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) Neonatais são encaminhados ao PIM e Atenção Básica para o acompanhamento do desenvolvimento.

Eixo 4: Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas. Este eixo também precisa ser melhor visto na macrorregião de saúde, pois observa-se que ocorrem muitas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, principalmente na faixa etária pediátrica e em idosos. E as principais causas observadas estavam ligadas a problemas respiratórios infecciosos ou alérgicos e outras causas infecciosas. A estratégia AIDIPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) poderia ser uma ferramenta importante para se enfrentar esta situação. O trabalho integrado com o Programa Saúde na Escola (PSE) também é importante ferramenta na prevenção de doenças crônicas relacionadas a hábitos de vida.

Eixo 5: Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz. Está em processo de implantação um Centro de Referência ao Atendimento Infante Juvenil para atenção aos casos de violência sexual no Hospital Universitário de Santa Maria. Importante também a construção de fluxos para acompanhamento posterior nos municípios, em conjunto com a área de Saúde Mental.

Eixo 6: Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade. A saúde de crianças com deficiência é vista pela Política da Pessoa com Deficiência, mas também muitas situações são trabalhadas no PIM, que também prevê o atendimento prioritário de situações de vulnerabilidade.

Eixo 7: Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. Também é trabalhado na Rede Cegonha em conjunto com a Saúde da Mulher, do PIM, da IST/HIV. Foi reativado, em julho de 2021, o Comitê Regional de prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, tendo reuniões de grupo técnico para discussão dos casos, e posterior apresentação em plenária para todos os participantes. Foi elaborado um boletim para divulgação e também um protocolo de investigação do óbito para instrumentalizar as investigações, baseado nos documentos oficiais. Na Região de Saúde R3 existem cinco (5) Comitês Municipais de Prevenção ao óbito Infantil, Materno e Fetal (Uruguaiana, Rosário do Sul, São Gabriel, Santana do Livramento e Alegrete) e um em formação (Quaraí) que realizam reuniões mensais com a participação da 10ª CRS, sempre que possível. Existe dificuldade na composição e representação do Comitê Regional, devido ao pequeno número de servidores lotados atualmente na 10ª CRS.

4.1.10 Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE), que foi criado a partir do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, vem contribuindo para o desenvolvimento dos estudantes da rede pública de ensino básico, por meio do fortalecimento de ações que integram as áreas de Saúde e Educação no enfrentamento de vulnerabilidades, na ampliação do acesso aos serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida e no apoio ao processo formativo dos profissionais de saúde e de educação.

Todos os municípios da 4ª CRS e da 10ª CRS aderiram ao ciclo 2021-2022 do PSE. Contudo há necessidade de intensificação no desenvolvimento das atividades e principalmente de qualificação no registro no sistema e-SUS. A pandemia da SARS-COVID 19 foi um fator que gerou prejuízos no desenvolvimento do programa, tendo em vista, que o cancelamento das atividades escolares impossibilitou algumas atividades presenciais devido ao distanciamento. Porém, os recursos advindos para auxílio na educação e saúde na pandemia foram de suma importância para garantir um retorno seguro para as crianças e adolescentes às aulas.

Dos 33 municípios da 4ª CRS, 11 apenas tiveram as atividades validadas. Já na 10ª CRS, dos 11 municípios apenas em 5 houve validação. A não validação das atividades acarreta o não recebimento da 2ª parcela do Programa, ou seja, prejuízos à continuidade do mesmo nos municípios. Das 12 atividades previstas no PSE, a atividade de prevenção a COVID-19 nas escolas, obrigatória desde 2020, é a mais realizada. Em segundo e terceiro lugar respectivamente, a alimentação saudável e saúde bucal. Com isso, se faz necessária a intensificação das demais atividades, para coesão no processo de desencadeamento do PSE, evitando lacunas quanto aos temas e atividades em saúde na longitudinalidade do cuidado.

Ainda, deve ser estreitada a integração entre Educação e Saúde, a fim de realizar o planejamento das ações de acordo com a realidade de cada município e da comunidade onde a escola está inserida. Muitas vezes o planejamento, que deveria ser realizado preventivamente, dá lugar a ações mais emergenciais a partir de quadros agudos, como por exemplo a violência. Com isso, a instituição do GTMI (Grupo de Trabalho Municipal Integral) se faz mais que necessário.

4.1.11 Saúde do Adolescente

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes (10 a 19 anos) é desenvolvida de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, trabalhando na perspectiva do fortalecimento da Atenção Básica, integralidade e qualificação do acesso à saúde, que se consolida na transversalidade às demais políticas da saúde. A Saúde do Adolescente e o PSE trabalham muitos temas de forma integrada, dentre eles a Prevenção à Gravidez na Adolescência, devido a sua alta incidência na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste.

4.1.12 Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher

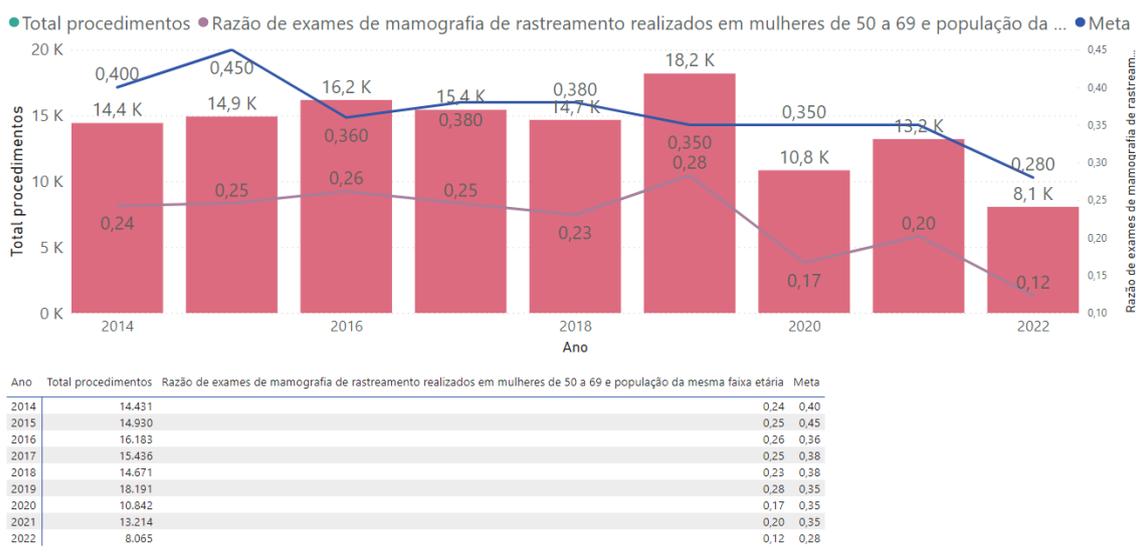
A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher visa promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência e recuperação da saúde. Busca a redução da morbimortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

A atuação da Política desenvolve-se a partir dos seguintes eixos: saúde sexual, considerando a identidade de gênero, sexualidade, diversidade, prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, assim como, as doenças ginecológicas; saúde reprodutiva, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo e na atenção ao abortamento; enfrentamento à violência doméstica e violência sexual; atenção ao câncer de mama e colo do útero. Neste documento, a temática da saúde reprodutiva, com foco na atenção obstétrica da macrorregião de saúde, está contemplada na “Rede de Atenção Materna Infantil”.

4.1.12.1 Indicadores

Conforme a Figura 29, a razão de exames de mamografia de rastreamento na macrorregião de saúde Centro-Oeste teve pouca oscilação, mantendo-se abaixo da meta estadual no período considerado. Os anos de 2020 e 2021 apresentaram os menores valores, chegando à razão de 0,17 e 0,20, respectivamente - especialmente em decorrência da pandemia de covid-19.

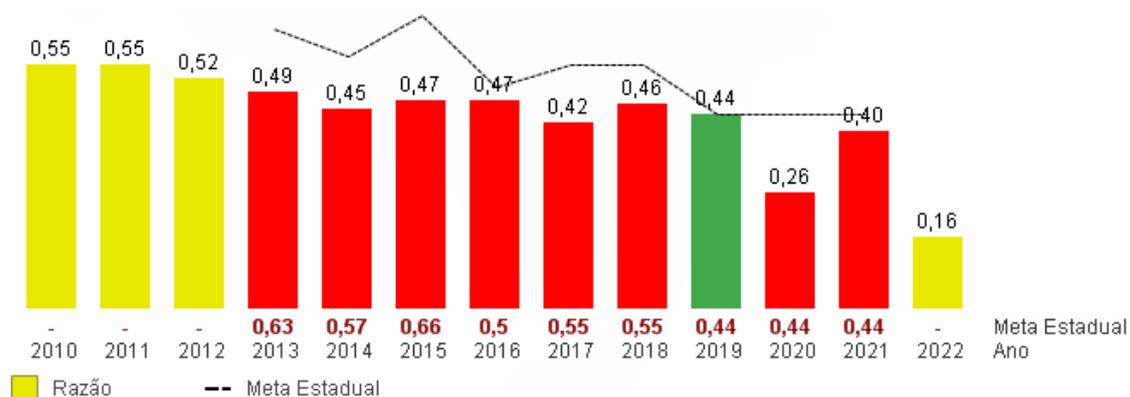
Figura 29. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022.



Fonte: SIA/SUS e População MS/SVS. Disponível em: bi.saude.rs.gov.br. Acesso em 15/09/2022.

Quanto aos exames citopatológicos, conforme a Figura 30, observa-se que o indicador na macrorregião de saúde teve pouca oscilação no período de 2013 a 2019, apresentando uma redução significativa em 2020. O ano de 2019 foi o único em que a meta estadual foi atingida.

Figura 30. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2010-2022.



Fonte: SIA/SUS. Disponível em: bi.saude.rs.com.br. Acesso em: 08/09/2022.

4.1.12.2 Laqueadura Tubária

Os hospitais que realizam a laqueadura tubária na macrorregião de saúde são: 4ª CRS - Hospital Casa de Saúde (Santa Maria), Hospital Nossa Senhora da Piedade (Nova

Palma), Hospital Santo Antônio (São Sepé), Hospital de Caridade de Santiago (Santiago), Hospital São Roque (Faxinal do Soturno); 10ª CRS - Santa Casa de São Gabriel (São Gabriel), Santa Casa de Misericórdia (Santana do Livramento), Santa Casa de Alegrete (Alegrete), Santa Casa de Uruguaiana (Uruguaiana).

Na 4ª CRS, observa-se que há hospitais com habilitação em laqueadura que não tem produção deste procedimento nos últimos anos. A ampliação do acesso à laqueadura é fundamental, devendo ocorrer também nestes hospitais.

4.1.13 Política de Atenção Integral à Saúde do Homem

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem (PEAISH), instituída pela Resolução nº 236 CIB/RS de 2014, tem como base a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. Visa a promoção e qualificação das condições de saúde da população masculina, com idade entre 18 a 59 anos, por meio do enfrentamento aos fatores de risco, com ampliação das ações e do acesso aos serviços de saúde, principalmente da Atenção Primária à Saúde (APS).

Para ampliar e melhorar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, a Política é desenvolvida a partir dos seguintes eixos temáticos: territorialidade e controle social; saúde mental, álcool e outras drogas; sexualidade e reprodução, com estímulo a paternidade participativa; violências (doméstica e urbana) e causas externas (acidentes de transporte e de trabalho); saúde do trabalhador; Envelhecimento Ativo (promoção, prevenção e reabilitação de doenças crônicas e neoplasias).

Na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, somente oito (8) municípios aderiram à PEAISH, sendo estes da 4ª CRS. No entanto, todos os municípios são incentivados a realizar ações contínuas de prevenção e promoção de saúde para o cuidado integral da saúde do homem. Ações de inclusão dos homens, como o pré-natal do parceiro, são estratégias fundamentais para o acolhimento desta população aos serviços ofertados pela APS, porém ainda são pouco utilizadas pelas equipes.

Com relação ao acesso a vasectomia, os hospitais que realizam este procedimento são: 10ª CRS - Santa Casa de São Gabriel (São Gabriel), Santa Casa de Misericórdia (Santana do Livramento), Santa Casa de Alegrete (Alegrete), Santa Casa de Uruguaiana (Uruguaiana); 4ª CRS - Hospital Casa de Saúde (Santa Maria), Hospital Nossa Senhora da Piedade (Nova Palma), Hospital Santo Antônio (São Sepé), Hospital São Roque (Faxinal do Soturno).

Na 10ª CRS, o município de Quaraí foi contemplado com incentivo financeiro federal de custeio para o desenvolvimento de ações de promoção para cuidado integral da saúde do homem e prevenção do Câncer de Pênis, no âmbito da APS (município com maior indicador de câncer da Região).

4.1.14 Saúde do Idoso

A Política Estadual de Saúde do Idoso, tem por objetivo garantir a Atenção Integral à Saúde das pessoas com 60 anos ou mais, promovendo a manutenção da capacidade funcional e da autonomia, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável. A construção de uma sociedade para todas as idades deve incluir ainda a parcela dos idosos frágeis, que apresentam prejuízo funcional, seja por incapacidade ou perda de autonomia, com o gerenciamento de ações também voltado a atender as necessidades desse segmento. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família. A Rede de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Rede de Urgências e Emergências (UPAS e Pronto Atendimentos) também são portas de entrada para atendimento.

Atualmente, na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, todos os municípios possuem referência na Política de Saúde do Idoso. Em relação à caderneta de saúde do Idoso, na 10ª CRS, nove municípios realizaram adesão (Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Sant'Ana do Livramento e Uruguiana) e na 4ª CRS, 8 municípios, aderiram ao uso (Capão do Cipó, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Quevedos, Santa Maria e Unistalda). Todos os municípios pertencentes à 10ª e a 4ª CRS realizaram pelo menos uma Visita Domiciliar (VD) e um atendimento domiciliar (profissional de nível superior) para idosos nos últimos seis meses. No que diz respeito ao Programa de Laboratório de Referência em Prótese Dentária, proposto para Saúde Dental do Idoso, dois municípios da 10ª CRS realizaram adesão (Alegrete e São Gabriel) e 11 municípios da 4ª CRS realizaram adesão (Cacequi, Capão do Cipó, Jari, Mata, Quevedos, Restinga Seca, Santiago, São Pedro do Sul, Toropi, Unistalda, e Vila Nova do Sul).

Quanto ao percentual cobertura vacinal contra influenza em idosos, na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, temos o seguinte resultado: Região de Saúde R1 – Verdes Campos, 76,9%; Região de Saúde R2 - Entre Rios, 77,3%; Região de Saúde R3 - Fronteira Oeste, 64,2% (Fonte: Matriz Avaliativa - Implementação da Política Estadual de Saúde da

Pessoa Idosa, 2022). Observa-se que as Regiões de Saúde R1 e R2 atingiram um percentual de cobertura vacinal na população idosa contra Influenza superior ao percentual atingido no Rio Grande do Sul (72,3%) e no Brasil (70,3%), no mesmo período. Já a R3 ficou abaixo do percentual atingido, tanto no estado, quanto no país. Nenhuma das regiões atingiu a meta pactuada de cobertura de 90% (Base de dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI, 2022).

4.1.14.1 Implementação do ambulatório do idoso

A Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS) estabeleceu, dentre as suas prioridades para o Plano Plurianual (PPA) 2020-2023, a implementação de serviços de referência regional ou macrorregional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa. Concomitantemente, foi publicado decreto e portaria atualizando a forma de incentivo financeiro para os hospitais vinculados ao SUS através da SES/RS (Programa Assistir). Dentre os tipos de serviços contemplados, dentro dos hospitais para recebimento do recurso, mediante observação do regulamento do Programa, encontra-se o ambulatório especializado para adultos com condições crônicas e pessoas idosas (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Considera-se que a organização da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme proposto por Mendes (2012), representa a melhor estratégia de resposta a essa situação de rápido envelhecimento da população, aliada ao aumento da longevidade e à maior carga de doenças crônicas e, particularmente, de incapacidades funcionais. A RAS da pessoa idosa nada mais é do que o conjunto de respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população idosa, capazes de manter ou recuperar sua autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia. Dessa forma, é imprescindível a organização da RAS da pessoa idosa, com foco nos processos integrados da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que propõe a superação de um modelo centrado na oferta de consultas.

Atualmente, está sendo implementado no Hospital Regional de Santa Maria um ambulatório voltado ao cuidado em saúde da pessoa idosa, baseado no modelo MACC, com inauguração no dia 6 de outubro de 2022, onde, inicialmente, serão atendidas as Regiões de Saúde R1 e R2.

4.1.15 Política de Alimentação e Nutrição (PAN)

A alimentação e nutrição constituem-se em requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. A PAN é a Política de Alimentação e Nutrição a nível estadual, e é baseada nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado Brasileiro que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.

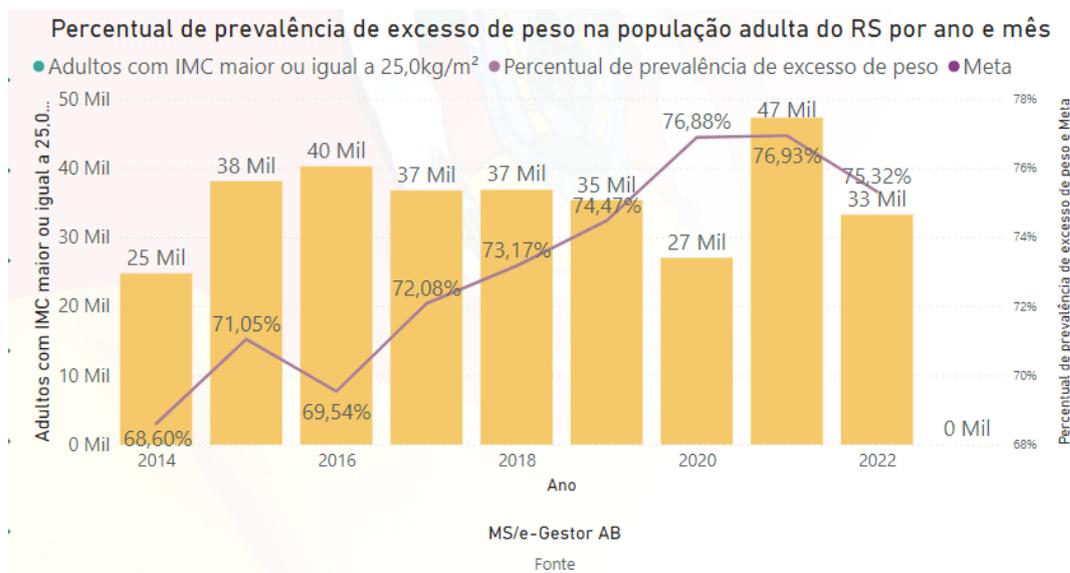
A PNAN tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. É uma política transversal que perpassa todos os ciclos de vida, além de concentrar suas principais ações na Atenção Primária à Saúde (APS).

Atualmente, apenas municípios com mais de 30 mil habitantes recebem incentivo financeiro para a execução plena dessa política (de acordo com Portaria nº 411/2022). Os municípios da 4ª CRS que foram contemplados são: Santa Maria e Santiago; e, da 10ª CRS foram: Alegrete, Rosário do Sul, São Gabriel, Sant'Ana do Livramento e Uruguaiana. Porém, é necessário que cada secretaria municipal de saúde tenha um coordenador responsável pela PAN no município e pelos programas e estratégias que nelas estão inseridos, para, assim, garantir a promoção e a proteção da saúde por meio de uma alimentação adequada e realizar ações voltadas aos objetivos da política. O monitoramento do incentivo é realizado por meio da vigilância alimentar e nutricional (dos seguintes indicadores): registro do estado nutricional (peso e altura) e dos marcadores do consumo alimentar por qualquer profissional da APS ou com cadastro no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

No ano de 2019, o número de adultos avaliados na APS do RS foi 47.458, dos quais 35.343 foram classificados com Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 25kg/m², correspondendo a uma taxa de 74,47% dos adultos avaliados com prevalência de excesso de peso. No ano de 2020, o número de adultos avaliados na APS gaúcha foi 35.129, dos quais 27.008 foram classificados com IMC maior ou igual a 25kg/m², correspondendo a uma taxa de 76,88% dos adultos com prevalência de excesso de peso da população adulta do RS avaliada. No ano de 2021, o número de adultos avaliados na APS foi 61.425, dos quais 47.256 foram classificados com IMC maior ou igual a 25kg/m², correspondendo a uma taxa

de 76,93% dos adultos com prevalência de excesso de peso da população adulta do RS avaliada (Figura 31).

Figura 31. Prevalência de excesso de peso na população adulta, avaliados na Atenção Primária à Saúde, RS, 2014-2022.



Fonte: MS/e-Gestor AB.

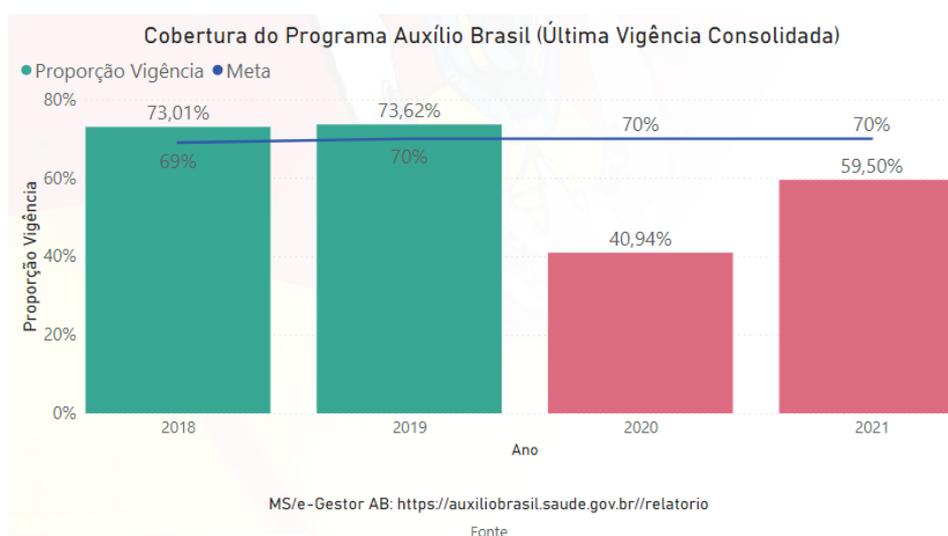
4.1.15.1 Programa Auxílio Brasil

A Lei Nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021 institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil, e dá outras providências. Executado por meio da integração e da articulação intersetorial de políticas, de programas e de ações direcionadas, entre assistência social com as políticas de saúde, de educação, de emprego e de renda. No âmbito do Programa, algumas condicionalidades de saúde precisam ser acompanhadas como critério para recebimento do benefício, ou seja, a manutenção da condição de família beneficiária no Programa Auxílio Brasil dependerá, no mínimo, do cumprimento de tais condicionalidades - dentre elas: I - à realização de pré-natal; II - ao cumprimento do calendário nacional de vacinação e ao acompanhamento do estado nutricional; e III - à frequência escolar mínima.

No ano de 2019, na primeira vigência, dos 80.234 acompanhamentos, 56.945 foram acompanhados. Já na segunda vigência, dos 79.294 acompanhamentos, 58.379 foram acompanhados, resultando em 73,62% da cobertura de acompanhamentos das condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil no período, acima da meta estadual

(70%). No ano de 2020, na primeira vigência, dos 74.380 acompanhamentos, 30.153 foram acompanhados. Já na segunda vigência, dos 78.433 acompanhamentos, 32.109 foram acompanhados, resultando em 40,94% da cobertura de acompanhamentos das condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil, abaixo da meta estadual. No ano de 2021, na primeira vigência, dos 79.233 acompanhamentos, 35.193 foram acompanhados. Já na segunda vigência, dos 86.777 acompanhamentos, 51.632 foram acompanhados, resultando em 59,50% da cobertura de acompanhamentos das condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil, abaixo da meta estadual (Figura 32).

Figura 32. Cobertura do Programa Auxílio Brasil, RS, 2018-2021.



Fonte: MS/e-Gestor AB.

4.1.15.2 Programa de Suplementação de Micronutrientes

4.1.15.2.1 Suplementação de Vitamina A

No Brasil, a deficiência de Vitamina A é um problema de saúde pública moderado. Evidências científicas referentes ao impacto da suplementação com Vitamina A em crianças de seis (6) a 59 meses de idade apontam para redução do risco global de morte em 24%, de mortalidade por diarreia em 28% e mortalidade por todas as causas em crianças HIV positivo em 45%. Diante desse impacto positivo, a Organização Mundial da Saúde recomenda a administração de suplementos de Vitamina A para prevenir a carência, a xeroftalmia e a cegueira de origem nutricional em crianças de 6 a 59 meses.

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) foi instituído oficialmente por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e

controlar a hipovitaminose A, a mortalidade e morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade. Em outubro de 2017, houve a implantação do Sistema de Micronutrientes – módulo Vitamina A, no qual o monitoramento do PNSVA deve ser realizado pelos municípios.

Atualmente, 14 municípios da 4ª CRS (Capão do Cipó, Itacurubi, Dilermando de Aguiar, Jari, Pinhal Grande, Quevedos, São Francisco de Assis, São Martinho da Serra, Toropi, Unistalda, São João do Polêsine, Vila Nova do Sul, Silveira Martins e Tupanciretã) possuem adesão ao programa de suplementação de Vitamina A; e 1 município da 10ª CRS (São Gabriel). Porém, há um déficit em relação ao registro da suplementação no sistema.

4.1.15.2 Ferro (Fe²⁺)

A anemia por deficiência de ferro é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil em virtude das altas prevalências e da estreita relação com o desenvolvimento das crianças. Assim, considerando a relevância do problema e o compromisso que a PNAN assume para a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, são estabelecidas ações de prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro no âmbito do SUS: o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF); a fortificação dos alimentos preparados para as crianças com micronutrientes em pó; a fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico; e, a promoção da alimentação adequada e saudável para aumento do consumo de alimentos fontes de ferro.

O PNSF consiste na suplementação profilática de ferro para todas as crianças de seis a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal, independentemente da idade gestacional até o terceiro mês pós-parto, e na suplementação de gestantes com ácido fólico. A coordenação do PNSF é realizada de forma descentralizada, diretamente com os municípios e a assistência farmacêutica. Atualmente, todos os municípios da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste executam o programa. A Portaria nº 213, de 19 de junho de 2022 regulamenta e protocola a operacionalização da suplementação.

4.1.15.3 Programa Crescer Saudável

O Programa Crescer Saudável, criado em 2017, estabelece um conjunto de ações a serem implementadas com o objetivo de contribuir para o enfrentamento da obesidade infantil no país, por meio de ações a serem realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), para as crianças matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas)

e Ensino Fundamental I. Para realizar adesão ao programa, o coordenador municipal precisa ter aderido ao PSE. Todos os municípios pertencentes à 4ª CRS e à 10ª CRS tem adesão ao PSE, porém, apenas 20 municípios da 4ª CRS (Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Ivorá, Jaguari, Jari, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Quevedos, Santa Maria, Santiago, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente, Silveira Martins, Tupanciretã e Vila Nova do Sul) e nove (9) municípios da 10ª CRS (Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Sant'Ana do Livramento e Uruguaiana) recebem incentivo e tem adesão ao Programa Crescer Saudável, pela Portaria nº 1.320, de 22 de junho de 2021. As atividades de prevenção e cuidado da obesidade são acompanhadas pelo SISAB e pelo SISVAN.

4.1.15.4 Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)

A EAAB foi instituída no Sistema Único de Saúde, a partir da Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, como resultado de uma ação conjunta da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/SAPS) e da Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (COCAM/SAPS), do Ministério da Saúde, em parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde. Os objetivos gerais da estratégia são qualificar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade, aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A EAAB está ancorada nos princípios da Educação Permanente em Saúde e da Educação Crítico-Reflexiva. Na EAAB há o estímulo à educação permanente por meio das oficinas de formação de tutores, oficinas de trabalho nas UBS e outras atividades complementares realizadas pelos tutores. Os principais componentes de implementação estão estruturados em quatro eixos de ação que visam alcançar os objetivos e a efetividade da proposta: 1) Gestão; 2) Formação dos tutores e profissionais da APS; 3) Acompanhamento e Monitoramento das ações; e 4) Certificação das UBSs.

Atualmente, 19 municípios da 4ª CRS (Itaara, Júlio de Castilhos, Nova Palma, Quevedos, Santa Maria, São João do Polêsine, São Pedro do Sul, São Sepé, Silveira Martins, Toropi, Tupanciretã, Cacequi, Capão do Cipó, Itacurubi, Jaguari, Mata, Santiago, São Francisco de Assis e São Vicente do Sul) já formaram tutores pela EAAB. Porém, devido a baixa no registro das atividades e oficinas (em função da pandemia) e a

desvinculação de alguns tutores, nem todos os municípios receberam incentivo financeiro federal para o desenvolvimento das ações. Os indicadores monitorados pela estratégia são o registro do estado nutricional (peso e altura) e dos marcadores do consumo alimentar por qualquer profissional da APS ou com cadastro no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), da população alvo da estratégia.

Tabela 1. Índice de Massa Corporal (IMC) por semana gestacional, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2019-2021.

Ano	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade		Total
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
2019	222	10,96	612	30,21	574	28,33	618	30,5	2026
2020	397	10,49	1057	28,65	1053	28,54	1192	32,31	3689
2021	1862	11,15	5231	31,32	4936	29,55	4675	27,99	16704

Fonte: SISVAN, 2022.

A tabela acima representa o IMC de gestantes de acordo com a idade gestacional, das Regiões de Saúde Verdes Campos, Entre Rios e Fronteira Oeste, nos anos de 2019, 2020 e 2021. É possível notar que nos últimos três anos, cerca de 60% das gestantes estão acima do peso, apenas 30% com peso adequado e aproximadamente 10% de gestantes com baixo peso. Em comparação ao restante do estado, o resultado ficou próximo; porém, em relação ao percentual de baixo peso, ficou menor em relação à região sul (12%) e ao Brasil (14%), nos últimos 3 anos (dados não apresentados na tabela). Em relação ao percentual de peso adequado, ficou menor em relação ao estado (33%) e ao país (35%) - média do mesmo período (SISVAN, 2022).

Tabela 2. Índice de Massa Corporal (IMC) *versus* idade, crianças de zero (0) a dois (2) anos, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2019-2021.

Ano	Magreza acentuada		Magreza		Eutrofia		Risco de sobrepeso		Sobrepeso		Obesidade		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2019	116	2,23%	123	2,36%	2858	54,94%	1.182	22,72%	559	10,75%	364	7,00%	5.202
2020	81	0,98%	185	2,25%	5131	62,33%	1.711	20,78%	729	8,86%	395	4,80%	8.232
2021	132	1,35%	237	2,42%	5921	60,43%	2.113	21,57%	879	8,97%	516	5,27%	9.798

Fonte: SISVAN, 2022.

Em relação ao estado nutricional de crianças de 0 a 2 anos de idade, observa-se que a maioria se encontra em eutrofia. Em comparação ao restante do país, os números são semelhantes nos últimos 3 anos (variação de 55% a 59% - dados não apresentados na tabela) (SISVAN, 2022).

4.1.15.5 Programa PROTEJA

A Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.862, de 10 de agosto de 2021. É uma estratégia brasileira intersetorial que tem como objetivo deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para o cuidado e para a melhoria da saúde e da nutrição das crianças. Os principais responsáveis por essa iniciativa são os gestores municipais de saúde. As ações propostas pela estratégia requerem articulação local para a sua implementação com outros setores tais como educação, assistência social, agricultura, segurança alimentar e nutricional, desenvolvimento urbano, esportes, câmara de vereadores, entre outros, que tenham capacidade de planejar e implementar ações capazes de proporcionar ambientes e cidades favoráveis às escolhas e hábitos de vida saudáveis. Atores não governamentais e organismos internacionais também podem apoiar a prevenção e a atenção à obesidade infantil.

Os municípios que poderiam fazer adesão ao programa foram previamente selecionados pelo Ministério da Saúde, respeitando alguns critérios, dentre eles, um percentual maior de obesidade infantil registrado no sistema. Atualmente, quatro (4) municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (Quevedos, São João do Polêsine, Unistalda e Tupanciretã) possuem adesão, recebem incentivo e desenvolvem ações no âmbito do PROTEJA. Os indicadores monitorados pela estratégia são: número de atendimentos individuais para problema ou condição avaliada obesidade em crianças; registro do estado nutricional (peso e altura); prevalência de crianças com obesidade; e, marcadores do consumo alimentar.

Tabela 3. Índice de Massa Corporal (IMC) *versus* idade, crianças de dois (2) a cinco (5) anos, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2019-2021.

Ano	Magreza acentuada		Magreza		Eutrofia		Risco de sobrepeso		Sobrepeso		Obesidade		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2019	167	1,36%	215	1,76%	7.465	60,94%	2.459	20,07%	1.056	8,62%	888	7,25%	12.250

2020	65	1,45%	86	1,92%	2440	54,39%	902	20%	485	10,81%	508	11,32%	4486
2021	149	1,70%	179	2,04%	4.801	54,79%	1.767	20,16%	841	9,60%	1.026	11,71%	8.763

Fonte: SISVAN, 2022

Na tabela acima, observa-se o estado nutricional de crianças de dois (2) a cinco (5) anos de idade, na macrorregião de saúde Centro-Oeste. As crianças avaliadas estão com uma média de 56% de eutrofia dos últimos três anos, abaixo do que é observado no mesmo período no país, com uma média de eutrofia de mais de 60% (dados não apresentados na tabela). Observa-se também, que cerca de 40% das crianças da faixa etária elucidada estão com risco de sobrepeso, com sobrepeso ou obesidade, um percentual superior ao restante do país nos anos demonstrados (média de 30% - dados não apresentados na tabela) (SISVAN, 2022).

Tabela 4. Índice de Massa Corporal (IMC) *versus* idade, crianças de cinco (5) a 10 anos, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2019-2021.

Ano	Magreza acentuada		Magreza		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		Obesidade grave		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2019	134	0,76%	244	1,39%	10.481	59,62%	3.325	18,91%	2.050	11,66%	1.346	7,66%	17.580
2020	46	0,79%	97	1,66%	3261	55,79%	1113	19,04%	774	13,24%	554	9,48%	5845
2021	122	1,01%	202	1,67%	6.373	52,65%	2.327	19,23%	1.708	14,11%	1.372	11,34%	12.104

Fonte: SISVAN, 2022

Na tabela acima, observa-se o estado nutricional de crianças de cinco (5) a 10 anos de idade, na macrorregião de saúde Centro-Oeste. As crianças avaliadas estão com uma média de 56% de eutrofia dos últimos três anos, abaixo do que é observado no mesmo período no país, com uma média de eutrofia de mais de 63% (dados não apresentados na tabela). Verificou-se também, um aumento ao longo dos três anos do percentual de crianças com risco de sobrepeso, com sobrepeso ou obesidade. Esse mesmo aumento, também é observado no restante do país nos anos analisados, porém, com um percentual total menor do que o das regiões mencionadas (média de 30% - dados não apresentados na tabela) (SISVAN, 2022).

4.1.16 Sistemas de Informação em Saúde para Atenção Primária (SISAB)

Criado em 2013, por intermédio da Portaria MS n. 1412, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, centra-se em agregar, armazenar e processar de forma individualizada, as informações relacionadas à Atenção Básica (AB). A instrumentalização da coleta dos dados que são processados no SISAB ocorre através de sistemas que também integram a estratégia e-SUS APS, como Coleta de Dados Simplificado (CDS); Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e Aplicativos (App) para dispositivos móveis.

A partir do novo modelo de financiamento federal da APS do Programa Previne Brasil, os dados de produção das equipes da Atenção Primária à Saúde são enviados ao SISAB/e-SUS AB e são fundamentais para o repasse financeiro às equipes, por meio da captação ponderada, dos indicadores de desempenho e ações estratégicas, bem como recurso estadual do PIAPS. Os dados extraídos dos SISAB são usados para planejamento de ações e elaboração de políticas públicas de saúde.

4.1.17 Programa de Controle da Tuberculose

O Programa Estadual de Controle da Tuberculose do Rio Grande do Sul (PECT/RS) foi implantado de 1971 a 1974. O PECT/RS possui quatro frentes de trabalho principais: 1) Suporte técnico às equipes de saúde do RS; 2) Vigilância Epidemiológica; 3) Gestão administrativa em saúde; 4) Diagnóstico situacional dos municípios de alta carga de tuberculose. O PECT/RS, juntamente ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT, do Ministério da Saúde), trabalha para que a Tuberculose esteja inserida na trajetória dos princípios do SUS e de que o usuário possa realizar o seu tratamento na atenção básica/Atenção Primária à Saúde, sendo referenciado para centros de referência e hospitais quando necessário.

A Tuberculose (TB), ainda hoje, se mostra como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, e seu controle representa um grande desafio. Mundialmente, em 2018, cerca de dez milhões de pessoas adoeceram por tuberculose e 1,5 milhão de pessoas morreram em decorrência dela, sendo a TB a principal causa de morte por um único agente infeccioso. No Brasil, conforme dados do SINAN, entre 2016 e 2020, ocorreram 453.324 novos casos notificados de tuberculose. A incidência da Tuberculose, em 2018, no Brasil foi de 34,8 casos/100.000 habitantes e o RS estava em 7º lugar na incidência nacional, com 40 casos/100.000 habitantes. No Boletim Epidemiológico da Tuberculose de 2021, do Ministério da Saúde, entre 2011 a 2020, observou-se que houve

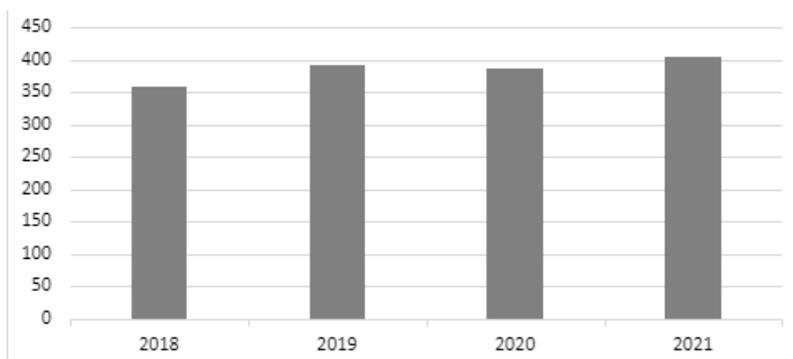
pouca variação do coeficiente de incidência de tuberculose geral - sendo que ocorreu diminuição em 2020 por conta da pandemia do coronavírus.

Nesse cenário, o Brasil vem desenvolvendo diversas ações que visam reduzir a morbimortalidade por TB. Porém, ainda com indicadores bastante preocupantes - de 73.864 casos novos de TB no ano de 2019, o que correspondeu a um coeficiente de incidência de 35 casos/100 mil habitantes. (BRASIL, 2020). Segundo o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2019), o Brasil não possui uma epidemia generalizada, mas está concentrada em algumas populações, como as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), em situação de rua, privadas de liberdade (PPL), a população indígena e pessoas que vivem em aglomerados e em situação de pobreza. Na estratificação por Unidade Federada (UF) evidencia-se uma importante heterogeneidade no país, sendo a taxa de incidência de casos novos do RS de 44,8/100.000 habitantes. (SES, 2017).

O Rio Grande do Sul (RS) tem mantido um número médio de cerca de 5.000 casos novos de tuberculose (pessoas que nunca trataram tuberculose em outra ocasião), o que gera uma taxa de incidência aproximada de 40 casos para cada 100.000 habitantes. Somados a cerca de 1.500 casos de pacientes em retratamento (pacientes que já fizeram um tratamento prévio), o somatório se aproxima de 6.500 casos de tuberculose por ano. Assim como no mundo e no Brasil, a tuberculose no Rio Grande do Sul é um problema de saúde pública com fatores sociais arraigados na sua origem, que também devem ser considerados na tomada de decisões em saúde.

Na macrorregião de saúde Centro-Oeste, 1.543 novos casos de tuberculose foram registrados entre os anos de 2018 e 2021. Como pode-se observar na Figura 33, existe um leve indicativo de que a ocorrência de Tuberculose vem aumentando no último quadriênio. No primeiro ano da série (2018) foram registrados 360 novos casos; no ano de 2021, 405 novos casos, o que representa um aumento na ocorrência de aproximadamente 13%, entre 2018 e 2021.

Figura 33. Ocorrência de tuberculose entre residentes da Macrorregião de Saúde Centro Oeste, RS, 2018-2021.

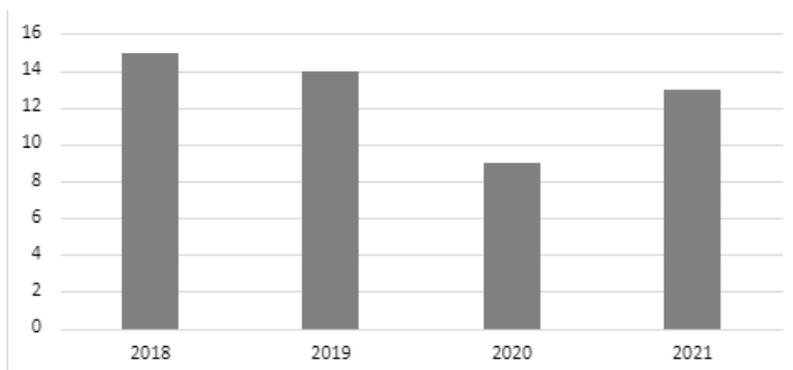


Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

4.1.18 Programa de controle da Hanseníase

No Rio Grande do Sul (RS), entre os anos de 2018 e 2021, 471 novos casos de hanseníase foram registrados. Deste total, 51 (11%) novos casos de hanseníase ocorreram entre residentes circunscritos na Macrorregião de Saúde Centro Oeste. A Figura 34 apresenta a incidência de hanseníase na região. Como pode-se observar, a incidência tem se mantido estável no último quadriênio, tendo sido observado um leve decréscimo no ano de 2020.

Figura 34. Ocorrência de hanseníase entre residentes da Macrorregião de Saúde Centro Oeste, RS, 2018-2021.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

4.1.19 Programa de Controle do Tabagismo

Na Região 3 de Saúde, o Programa de Controle do Tabagismo está implantado em Alegrete, Uruguaiana, Itaqui, Quaraí, Santana do Livramento e Rosário do Sul. Esses municípios desenvolvem grupos para o tratamento dos tabagistas, algumas vezes ligados ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD). Os medicamentos são ferramentas importantes na adesão e permanência ao tratamento, porém ainda se observa uma grande diferença entre o número de usuários que iniciam e terminam o tratamento. O cigarro eletrônico tem sido uma dificuldade para abordagem entre os mais jovens, passando a ser cada vez mais comum o seu uso. O consumo de tabaco nas áreas de fronteira também é influenciado culturalmente pelo hábito do tabagismo nos países vizinhos, além de favorecer a entrada de cigarro de procedência duvidosa, o que vem a agravar ainda mais a saúde dos usuários.

Na Região da 4ª CRS, nos últimos anos, em virtude da pandemia, foi variável o número de municípios que realizaram atendimentos a pessoas que utilizam tabaco. Do período de agosto de 2020 até maio de 2022, apenas três municípios dos 33 não informaram nada nos relatórios quadrimestrais do tabagismo. Esses municípios não sinalizaram o início de tratamentos futuros, ou não trataram pacientes, nem tiveram profissionais participantes das capacitações ocorridas. O tratamento na região é ofertado em unidades básicas de saúde, CAPS e hospitais. Quando iniciado nos hospitais, durante o período de internação, após a alta o usuário é referenciado ao programa municipal para continuidade do tratamento. Quanto aos insumos e medicamentos, principalmente neste ano de 2022, tivemos momentos de escassez de adesivos, bupropiona e gomas, sendo necessário o remanejamento entre coordenadorias regionais de saúde e até mesmo entre municípios.

4.1.20 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

A implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste está ocorrendo gradativamente. Atividades foram prejudicadas devido a pandemia, principalmente as práticas em grupo. Todavia, está ocorrendo um retorno aos movimentos dos estabelecimentos de saúde na oferta das PICS. Dentre as necessidades prioritárias para expansão das PICS na macrorregião de saúde destacam-se: a sensibilização dos gestores, a estruturação das PICS nos serviços e garantia de insumos para o desenvolvimento das mesmas; profissionais com formação em

PICS; o acesso às PICS pelos usuários do SUS; controle social e efetivação do registro de informações, procedimentos e atendimentos em PICS nos sistemas de informação.

4.1.21 Política de Educação Permanente em Saúde

Conforme a Portaria de Consolidação nº 2, anexo XL, (Origem: PRT MS/GM 198/2004) foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. (Origem: PRT MS/GM 344/2002, Art. 1º, caput). Esta política considera as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 1º, Parágrafo Único).

No âmbito da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, que abrange 33 municípios, existem nove (9) Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), instituídos oficialmente no ano de 2014 - sendo: Santa Maria, Dona Francisca, Vila Nova do Sul, Quevedos e São João do Polêsine, da Região de Saúde Verdes Campos (R1); e São Vicente, São Francisco de Assis, Cacequi, Capão do Cipó, da Região de Saúde Entre Rios (R2). No entanto, apenas o núcleo municipal de educação permanente em saúde (NEPES) de Santa Maria é atuante. Os demais permaneceram apenas no papel.

No momento, os esforços estão voltados para reativar os NUMESCs já instituídos e criar novos. Para suprir as demandas locais e fortalecer a política na região, está em fase de finalização, o Plano Regional de Educação em Saúde Coletiva (PRAESC), assim denominado, em função de que o Estado do RS estará em breve, lançando a portaria estadual da Política de Educação em Saúde Coletiva. Sua execução está prevista para os próximos quatro anos.

Na 10ª CRS, dos 11 municípios, seis possuem NUMESCs, instituídos de direito por portaria ou decreto, que são: Uruguaiana, Alegrete, Rosário, Santana do Livramento, Barra do Quaraí e Quaraí.

4.1.21.1 Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES)

Segundo a Portaria de Consolidação nº 2 - Anexo XL (Origem: PRT MS/GM 198/2004) as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e

desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH - SUS (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º, § 2º).

Na 4ª CRS, as reuniões da CIES acontecem a cada dois meses, com representações dos municípios, dos técnicos da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, dos Secretários Municipais de Saúde e Instituições de ensino (docentes e discentes). O Controle Social, até o momento, não enviou representação.

Na 10ª CRS, a CIES está desarticulada interinamente por falta de adesão dos segmentos, que sentem dificuldades de cobrir as despesas de deslocamento - haja vista que a CIES não disponibiliza recurso financeiro para cobrir as mesmas. E, há situação atípica da Regional em relação às distâncias dos municípios, o que poderá ser revisto com reuniões virtuais.

4.1.22 Política de Humanização

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. (Brasil, 2013).

Na 4ª CRS desenvolve-se um trabalho de apoio aos grupos de trabalho de Humanização dos hospitais das duas regiões de saúde e procura-se executar as ações desta política em todos os espaços. No entanto, trata-se de uma política que necessita ser constantemente divulgada e fortalecida em nosso cotidiano. Para tal, busca-se uma representação municipal para esta política, grupos de trabalho de humanização ativos, a fim de que estes possam potencializar a PNH em seus territórios e conseqüentemente na região.

A 10ª CRS, antes da pandemia do Covid-19, ofereceu cursos de humanização para os hospitais do território. Atualmente os cursos são oferecidos pela 10ª CRS através de plataformas. Os municípios retornaram com as capacitações presenciais, que para os mesmos resultaram em melhor aproveitamento. Tanto a Política de Educação Permanente em Saúde quanto a PNH, são políticas transversais e não possuem indicadores para serem monitorados.

4.2 REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

4.2.1 Rede de Atenção Materna e Infantil

A Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), instituída pela Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, visa assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério; e ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável. É constituída pelos seguintes componentes: I- Atenção Primária à Saúde (APS); II- Atenção Ambulatorial Especializada (AAE); III- Atenção Hospitalar (AH); IV- Sistemas de Apoio; V- Sistemas Logísticos; e VI- Sistema de Governança.

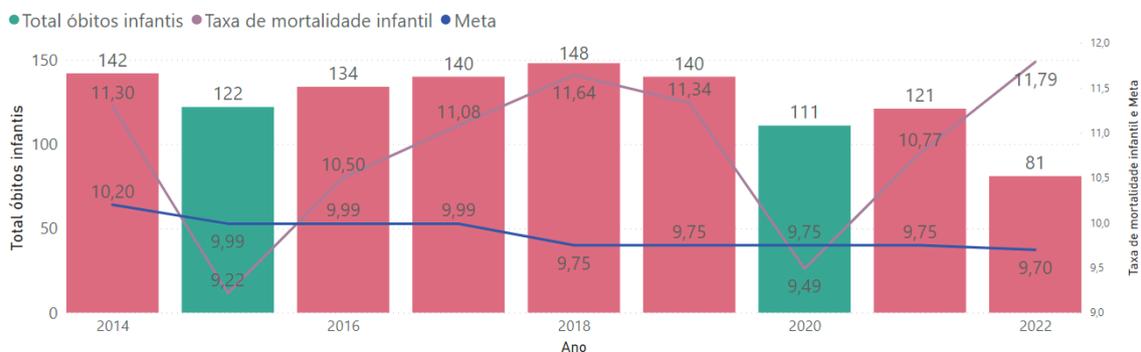
Na macrorregião de saúde Centro-Oeste, a RAMI organiza-se a partir destes componentes, seguindo os princípios e diretrizes preconizados na Portaria supracitada. As ações são voltadas para a qualidade do cuidado no pré-natal, parto e puerpério, bem como ao recém-nascido e à criança, e para a redução da morbimortalidade materna e infantil.

4.2.1.1. Indicadores

4.2.1.1.1 Taxa de Mortalidade Infantil

Conforme a Figura 35, observa-se que a macrorregião de saúde não tem atingido a meta estadual de Taxa de Mortalidade Infantil, ao longo dos anos, tendo ocorrido redução da taxa a partir de 2019.

Figura 35. Taxa de Mortalidade Infantil, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022.



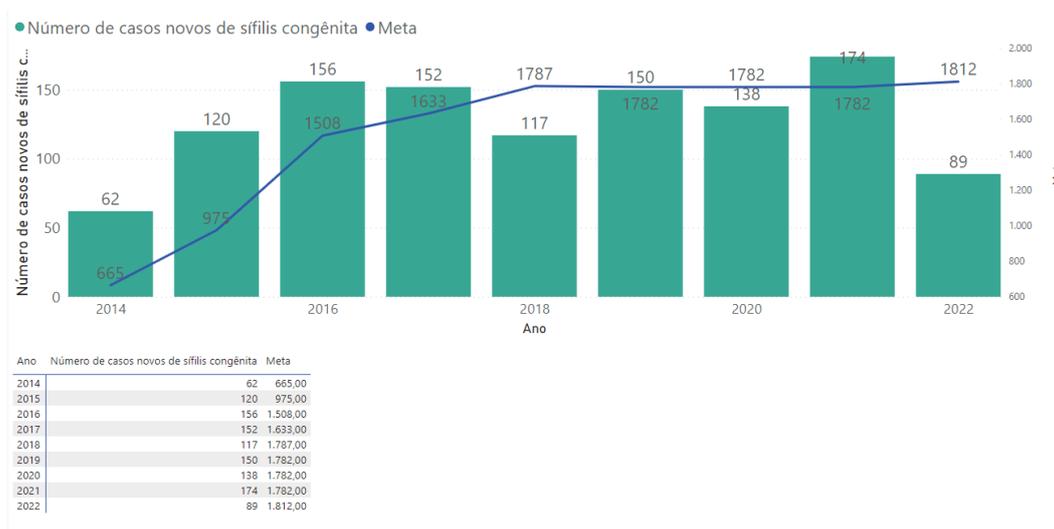
Ano	Total óbitos infantis	Taxa de mortalidade infantil	Meta
2014	142	11,30	10,20
2015	122	9,22	9,99
2016	134	10,50	9,99
2017	140	11,08	9,99
2018	148	11,64	9,75
2019	140	11,34	9,75
2020	111	9,49	9,75
2021	121	10,77	9,75
2022	81	11,79	9,70

Fonte: SIM/SINASC. Disponível em: bi.saude.rs.gov.br. Acesso em: 13/09/2022.

4.2.1.1.2 Número de casos novos de Sífilis Congênita

A Figura 36 demonstra um elevado número de casos novos de sífilis congênita na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste. O indicador ficou de acordo com a meta estadual somente em 2018 e 2020, não atingindo a meta nos demais anos.

Figura 36. Número de casos novos de Sífilis Congênita, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022.

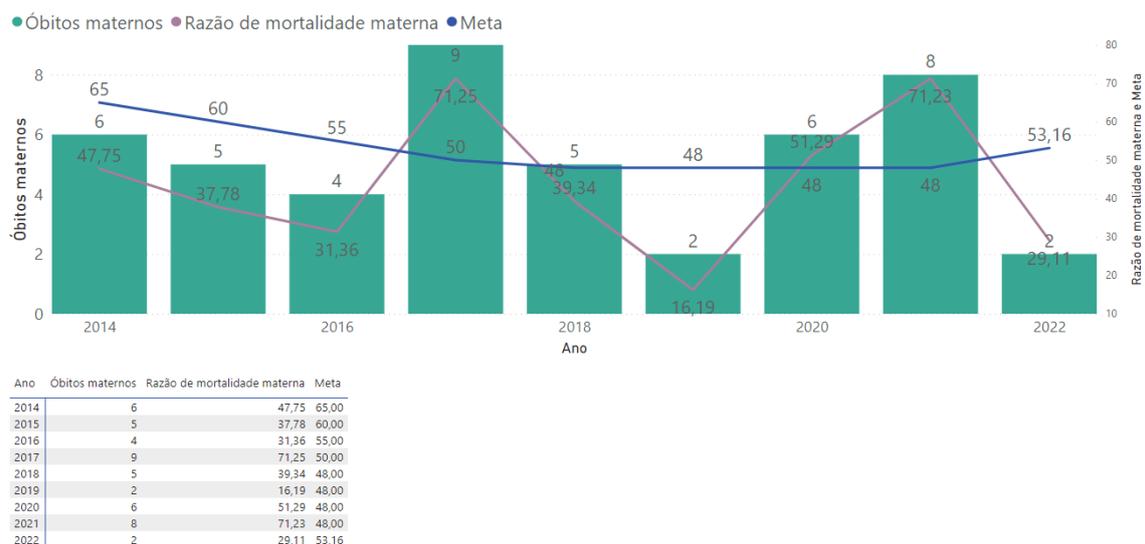


Fonte: SINAN. Disponível em: bi.saude.rs.gov.br. Acesso em: 13/09/2022.

4.2.1.1.3 Razão de Mortalidade Materna

De acordo com a Figura 38, observa-se que a razão de mortalidade materna na macrorregião de saúde Centro-Oeste não teve uma linearidade contínua no período considerado. Houve uma redução significativa do indicador no ano de 2019, chegando à razão de 16,19 (dois óbitos); e um aumento expressivo nos anos seguintes, atingindo a razão de 71,23 (oito óbitos) em 2021. Tal alteração deve-se especialmente à forma de cálculo do indicador. Considerando a meta estadual, o indicador da macrorregião ficou acima da meta nos anos de 2017, 2020 e 2021.

Figura 37. Razão de Mortalidade Materna, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022.

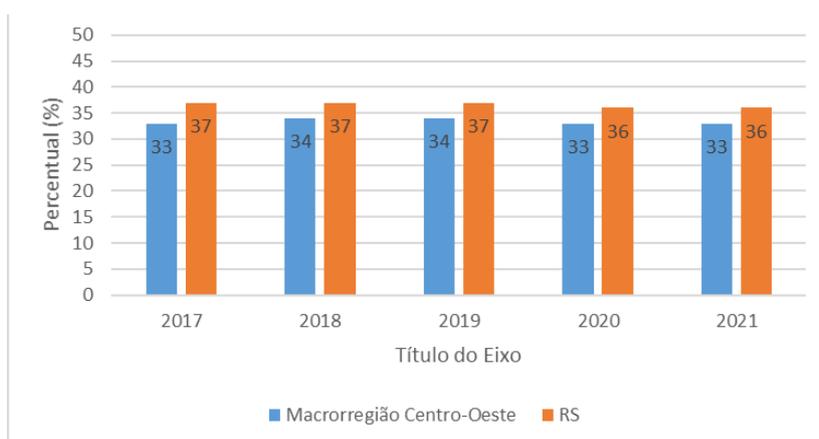


Fonte: SIM/SINASC. Disponível em: bi.saude.rs.gov.br. Acesso em: 13/09/2022.

4.2.1.1.4 Proporção de Parto Vaginal

Com relação ao tipo de parto, observa-se que o percentual de parto vaginal na macrorregião de saúde mantém-se estável ao longo dos anos, em torno de 34%. Há, portanto, um predomínio de partos cesáreos, em percentual muito elevado considerando os valores recomendados pela OMS (15%). Esta prevalência também é observada no Estado, cujo percentual mantém-se em torno de 37% (Figura 38). Cabe destacar que o percentual de parto cesáreo é ainda mais alto na rede privada, ultrapassando 90% (dados não apresentados).

Figura 38. Proporção de Parto Vaginal, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2017-2021.



Fonte: SINASC. Disponível em: bi.saude.rs.gov.br. Acesso em: 08/09/2022.

4.2.1.2 Capacidade Instalada

4.2.1.2.1 Número de leitos

A tabela a seguir descreve o número de leitos existentes e leitos SUS da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, conforme o tipo:

Tabela 5. Número de leitos existentes e leitos SUS, por tipo, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2022.

Tipo de Leito	Leitos Existentes			Leitos SUS		
	4ª CRS*	10ª CRS	Total Macrorregião	4ª CRS*	10ª CRS	Total
Obstétrico cirúrgico	32	65	97	32	40	72
Obstétrico clínico	33	62	95	29	49	78
Gestação de Alto Risco	35	7	42	35	7	42
UCINCO	10	10	20	10	10	20
UCINCA	5	5	10	5	5	10
UTI Neonatal	10	18	28	10	16	26
UTI Pediátrica	10	0	10	10	0	10

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/Ministério da Saúde). *Considerados apenas os leitos dos serviços de referência. UCINCO: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional. UCINCA: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru. UTI: Unidade de Tratamento Intensivo.

Considerando a quantidade de leitos disponíveis na macrorregião de saúde, o número de leitos de UTI Neonatal e de UTI Pediátrica é insuficiente para atender a demanda, sendo que na 10ª CRS há um vazio assistencial de leitos de UTI Pediátrica. Em decorrência disso, há períodos de superlotação dos serviços de referência, principalmente de UTI Neonatal, e demora no acesso aos leitos via regulação estadual, podendo colocar o recém-nascido e a criança em risco.

4.2.1.2.2 Serviços de referência - Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar

Seguem, no quadro abaixo, os serviços de referência da Rede de Atenção Materna Infantil da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste.

	4ª CRS		10ª CRS	
Serviços de referência	Hospital referência	Municípios atendidos	Hospital referência	Municípios atendidos
Ambulatório de Gestação de Alto Risco - AGAR	HUSM (Santa Maria)	Todos	Santa Casa de Caridade de Alegrete (Alegrete)	Todos
Maternidade de Risco Habitual	Hospital Casa de Saúde (Santa Maria)	Dilermando Aguiar, Itaara, Júlio de Castilhos, Quevedos, Santa Maria, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, Toropi, Tupanciretã, Vila Nova do Sul e Jari	Hospital Auxiliadora (Rosário do Sul)	Rosário do Sul
	HUSM (Santa Maria)	Agudo, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Ivor�, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Restinga Seca, São João do Polêsine e Silveira Martins	Santa Casa de Alegrete (Alegrete)	Alegrete, Manoel Viana
	Hospital de Caridade de Santiago (Santiago)	Santiago, Cacequi, Capão do Cipó, Itacurubi, Jaguari, Mata, Nova Esperança do Sul, São Francisco de Assis, São Vicente do Sul, Unistalda	Santa Casa de Uruguaiana (Uruguaiana)	Uruguaiana, Barra do Quaraí
			Funda�o Hospitalar de Caridade de Quaraí (Quaraí)	Quaraí
			Hospital São Patrício de Itaqui (Itaqui)	Itaqui, Maçambará

			Santa Casa de São Gabriel (São Gabriel)	São Gabriel, Santa Margarida do Sul
			Santa Casa de Misericórdia (Santana do Livramento)	Santana do Livramento
Maternidade de Alto Risco	HUSM (Santa Maria)	Todos	Santa Casa de Alegrete (Alegrete) Santa Casa de Uruguaiana (Uruguaiana)	Todos
Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos Egressos de UTI Neonatal	HUSM (Santa Maria)	Todos	Santa Casa de Alegrete (Alegrete)	Todos
Serviço de Referência em Atenção as Pessoas em Situação de Violência Sexual	HUSM (Santa Maria)	Todos	Santa Casa de Alegrete (Alegrete) Santa Casa de Uruguaiana (Uruguaiana) Santa Casa de Misericórdia (Santana do Livramento)	Todos

Sublinha-se que, na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste os seguintes serviços são inexistentes: Centro de Parto Normal (CPN); Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP); Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); Banco de Leite Humano (BLH).

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) está em processo de credenciamento para Serviço de Referência em Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei e implantação de um Centro de Referência em Atendimento Infanto-juvenil (CRAI), que serão referência para os municípios da 4ª CRS.

4.2.1.2.3 Transporte sanitário

O transporte para leitos de gestantes de alto risco e de UTI neonatal é um grande problema na macrorregião de saúde. Na 4ª CRS, o transporte para leitos de UTI Neonatal é realizado por uma ambulância com base em Santana do Livramento, o que leva à demora em sua chegada devido à distância. Com relação às gestantes de alto risco não há um

serviço de referência para este transporte na macrorregião de saúde Centro-Oeste. Outra dificuldade é em relação ao transporte de gestantes dos municípios para as maternidades de referência, que é realizado por ambulância sem infraestrutura e pessoal qualificado, colocando em risco a gestante e o bebê.

4.2.2 Rede de Atenção Psicossocial

A Política de Saúde Mental tem por objetivo definir e executar ações que possibilitem a ampliação e o fortalecimento de atenção integral em saúde mental no Rio Grande do Sul, através da qualificação da rede de serviços considerando a legislação vigente e o perfil epidemiológico. Essa política prevê modalidades de atenção que contemplem ações de promoção, prevenção e reabilitação, de forma contínua, abrindo possibilidades de atendimento integral em Saúde Mental no território.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria MS/GM 3.088/2011, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.2.2.1 Descrição da RAPS da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste

4.2.2.1.1 Região de Saúde R1 - Verdes Campos

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Região de Saúde R1 possui os seguintes serviços, conforme elencado no quadro abaixo.

Município	Serviços
Agudo	01 Oficina Terapêutica tipo 02 (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental)
Dilermando de Aguiar	01 Oficina Terapêutica tipo 02 (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental)
Faxinal do Soturno	01 Equipe NAAB - Núcleo de Apoio à Atenção Básica com ênfase em atenção à saúde mental (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental) 01 Oficina Terapêutica tipo 02 (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental)
Júlio de Castilhos	01 CAPS I

	01 Oficina Terapêutica tipo 01 (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental) Serviço de Psicologia para infância e adolescência
Nova Palma	01 CAPS AD II microrregional de referência para os seguintes municípios, que compõem a 4ª Colônia de Imigração Italiana: Silveira Martins, Ivorá, Faxinal do Soturno, Dona Francisca, Pinhal Grande, Paraíso do Sul, Agudo, São João do Polêsine 01 Policlínica com atendimentos de Psicologia e Psiquiatria 01 Oficina Terapêutica tipo 01 (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental) 01 Unidade de Referência Especializada em Saúde Mental em Hospital Geral com 16 leitos habilitados (Estado e Ministério da Saúde)
Santa Maria	01 CAPS II 01 CAPS infanto-juvenil 02 CAPS AD 01 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental tipo III 02 Policlínicas de Saúde Mental 01 Unidade de Referência Especializada em Saúde Mental em Hospital Geral com 25 leitos habilitados (Estado e Ministério da Saúde) 01 Unidade Psiquiátrica no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) com 30 leitos, porém não habilitada pelo Ministério da Saúde Pronto-Atendimento Municipal com plantão de 12h com médico/a psiquiatra 01 Ambulatório Trans municipal 01 Ambulatório Trans regional no Hospital Casa de Saúde
São João do Polêsine	01 Oficina Terapêutica tipo 02 (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental)
São Pedro do Sul	01 CAPS I 1 Composição de Redução de Danos (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental)
São Sepé	01 CAPS I Serviço de Psicologia para infância e adolescência 01 Oficina Terapêutica tipo 01 (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental) 01 Comunidade Terapêutica para mulheres com idade a partir de 18 anos. 08 vagas para acolhimento contratualizadas com a SES/RS
Vila Nova do Sul	01 Oficina Terapêutica tipo 02 (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental)

4.2.2.1.2 Região de Saúde R2 - Entre Rios

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Região de Saúde R2 possui os seguintes serviços, conforme elencado no quadro abaixo.

Município	Serviços
Cacequi	01 CAPS tipo I (em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde). Serviço de referência microrregional para os municípios de Jari, Mata e São Vicente do Sul 01 Unidade de Referência Especializada em Saúde Mental em Hospital Geral com 10 leitos habilitados (Estado e Ministério da Saúde) 01 Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental) 01 Oficina Terapêutica tipo 02 (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental)
Jaguari	01 Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental)
Mata	01 Oficina Terapêutica tipo 02 (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental)
Santiago	01 CAPS tipo I 01 CAPS ad microrregional referência para os seguintes municípios: Capão do Cipó, Jaguari, Nova Esperança do Sul, São Francisco de Assis e Unistalda 01 Ambulatório de Saúde Mental que pretende ser habilitado como Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental 01 Unidade de Referência Especializada em Saúde Mental em Hospital Geral com 10 leitos habilitados (Estado e Ministério da Saúde)
São Francisco de Assis	01 CAPS tipo I 01 Unidade de Referência Especializada em Saúde Mental em Hospital Geral com 18 leitos habilitados (Estado e Ministério da Saúde) 01 Ambulatório de Saúde Mental que pretende ser habilitado como Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental
São Vicente do Sul	01 Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) (Dispositivo de cuidado da Política Estadual de Saúde Mental)

4.2.2.1.3 Região de Saúde R3 - Fronteira Oeste

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Região de Saúde R3 possui os seguintes serviços, conforme elencado no quadro abaixo.

Alegrete	1 CAPS AD 1 CAPS II 1 CAPSi 1 SRT Tipo 1 e 2 3º Turno de Saúde Mental 20 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral 1 UPA 01 SAMU Mental 20 ESFs 03 Composições de Redução de Danos 04 Oficinas Terapêuticas de Saúde Mental na Atenção Básica
Barra do Quaraí	02 ESFs 01 Oficina Terapêutica de Saúde Mental na Atenção Básica

Itaqui	2 CAPS I 1 Ambulatório de Saúde Mental 5 ESFs 1 Centro Municipal de Saúde 9 Leitos de Saúde Mental na Atenção Básica 1 Pronto Socorro
Maçambará	5 Unidades Básicas de Saúde 1 ESF
Manoel Viana	1 Unidade Básica de Saúde 1 ESF 1 Oficina Terapêutica de Saúde Mental na Atenção Básica
Quaraí	1 CAPS I 1 Pronto Atendimento 4 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral 6 ESFs
Rosário do Sul	1 CAPS I 5 ESFs 4 Postos de Atendimento Médico 1 Pronto Atendimento 4 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral
Santa Margarida do Sul	1 ESF
Santana do Livramento	1 CAPS AD 1 CAPS I 11 ESFs 03 Composições de Redução de Danos 14 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral
São Gabriel	1 CAPS I 16 ESFs 9 UBS 1 Pronto Atendimento 18 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral
Uruguaiana	1 CAPS II 1 CAPS AD 1 Ambulatório de Saúde Mental 23 ESFs 1 Equipe de Consultório na Rua 1 UPA 12 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral

4.2.2.2 Diagnóstico da RAPS na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste

A partir do que foi descrito, em termos dos serviços que compõem a RAPS das Regiões de Saúde R1, R2 e R3, aparece a necessidade de ampliar o Componente Atenção Psicossocial Estratégica, devido aos vazios assistenciais pela decorrência de ausência de CAPS em boa parte do território da macrorregião de saúde. Além disso, destaca-se a carência de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades de Acolhimento na

região, embora já se tenham realizados diversos esforços com as gestões municipais no sentido de buscar a implantação desses serviços. Sendo assim, reforça-se a necessidade desses serviços para diminuir as constantes (re) internações e os processos de institucionalização. Também a implantação de Equipes multiprofissionais especializadas e adequações dos leitos de Saúde Mental, de acordo com a Portaria n. 3.588/2017.

Outra grande necessidade são os processos de educação permanente em saúde mental, especialmente para temas como matriciamento, atenção à crise, cuidado relacionado ao uso de álcool, crack e outras drogas, promoção e prevenção em saúde mental. Para tanto, indicamos a necessidade de ações específicas como oferta de cursos de aperfeiçoamento, reuniões sistemáticas do Grupo Condutor Regional da RAPS e oficinas específicas sobre matriciamento em saúde mental, além de outras ações a serem criadas.

Destaca-se a importância do matriciamento ser o principal indicador pactuado para a RAPS e que, apesar das dificuldades, começou a atingir a meta pactuada no ano de 2020. Ou seja, transparece a necessidade de investimentos em espaços de formação e reflexão juntamente com as equipes de saúde envolvidas. Também se destaca o retorno de financiamento estadual para os dispositivos da RAPS, como Oficinas Terapêuticas, Acompanhante Terapêutico, Composições de Redução de Danos e Núcleo de Apoio à Atenção Básica.

4.2.2.2.1 Indicadores de monitoramento da RAPS

4.2.2.2.1.1 Indicador - Ações de Matriciamento realizadas por CAPS

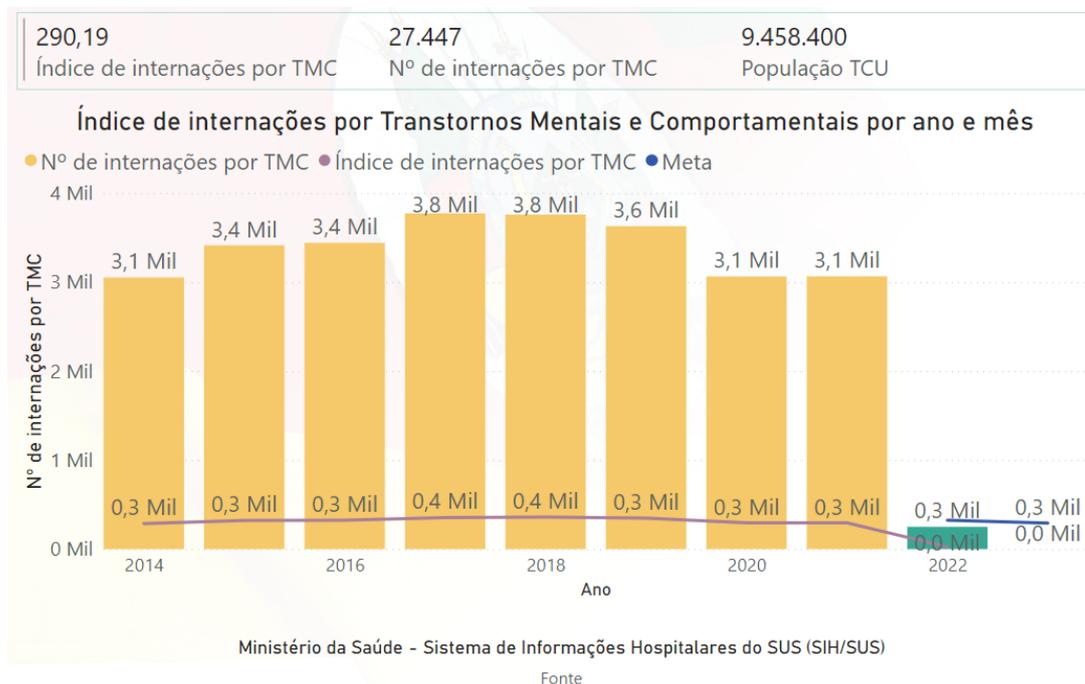
Figura 39. Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022.



Fonte: SIA/SUS, 2022.

4.2.2.2.1.2 Indicador - Índice de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais

Figura 40. Índice de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022.



Fonte: SIH/SUS, 2022.

4.2.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) está regulamentada sob as Portarias de Consolidação (PRC) nºs 1, 3, 5 e 6/32017, que disciplinam e reformulam a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, e a implementação da RUE, bem como sua forma de financiamento. A atenção às Urgências e Emergências deve ser tratada como uma rede composta por diferentes serviços, pelos três níveis de gestão, com regulação pública e controle social. Esta rede deve ser implementada gradativamente em todo território, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

Para organizar e viabilizar a implementação do trabalho em rede, o gestor estadual e os gestores municipais deverão comprometer-se com a promoção de ações de estruturação, integração e a articulação entre os componentes da RUE, com a implantação das linhas de cuidado, do acolhimento com classificação de risco, da qualificação

profissional, da qualificação e integração dos sistemas de informações e com a regulação eficiente de todo Sistema Único de Saúde (SUS).

Considera-se assim que a Rede de Urgência e Emergência tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência aos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

4.2.3.1 Portas de entrada de Urgência

Destaca-se na Portaria de Consolidação nº 3/2017 que, as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência são serviços instalados em uma unidade hospitalar, para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas. Entende-se que classificação de risco é uma estratégia essencial que prioriza o atendimento de acordo com a necessidade em que o usuário apresenta e tem como objetivo garantir o atendimento imediato de acordo com o grau de risco do mesmo, informando aos que não correm risco imediato sobre o tempo de espera, possibilitando uma melhor condição de trabalho para os profissionais e aumentando a satisfação dos usuários (BRASIL, 2009).

O acolhimento com classificação de risco é responsabilidade do profissional de nível superior, médico ou enfermeiro, utilizando o protocolo do Ministério da Saúde na busca de padronizar o processo a ser utilizado nas emergências. Sobre a importância da organização de fluxos, a Portaria nº 4.279/2010, do Ministério da Saúde, reafirma a responsabilidade do SUS por um cuidado integral, apresenta a estratégia de organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a define como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2011, p. 4). Dessa forma, as RAS viabilizam a operacionalização do SUS, promovendo cuidado contínuo.

Para a operacionalização das RAS, pelos serviços de saúde, é preciso o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência (RCR), o qual se refere ao mecanismo para o estabelecimento da comunicação. Ou seja, esse sistema de referência e contrarreferência são fluxos e contrafluxos de informações dos usuários entre os serviços que formam a rede, assim como das pessoas e produtos entre os serviços que compõem as redes, fazendo com que seja eficaz a troca de informações ao longo dos pontos das

RAS, estabelecendo uma comunicação para a constituição da integralidade do cuidado de cada usuário.

No quadro abaixo apresenta-se a situação relativa às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, conforme incentivos estaduais (Programa Assistir) e federais.

Região de Saúde	Municípios	Hospital	Referências
R1 - Verdes Campos	Agudo	Associação Hospital Agudo	Agudo
R2 - Entre-Rios	Cacequi	Associação Santo Onofre	Cacequi
R1 - Verdes Campos	Faxinal do Soturno	Hospital de Caridade São Roque	Faxinal do Soturno
R2 - Entre-Rios	Jaguari	Instituto Riograndense de Desenvolvimento Social Integrado de Saldanha Marinho (IRDESI)	Jaguari
R1 - Verdes Campos	Júlio de Castilhos	Hospital Bernardina Salles de Barros	Júlio de Castilhos
R1 - Verdes Campos	Nova Palma	Sociedade Hospital Nossa Senhora da Piedade	Nova Palma
R1 - Verdes Campos	Restinga Seca	Hospital de Caridade São Francisco	Restinga Seca
R1 - Verdes Campos	Santa Maria	Hospital Universitário de Santa Maria	Todos os municípios da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste
R1 - Verdes Campos	Santa Maria	Associação Franciscana de Assistência à Saúde - Hospital Municipal Casa de Saúde	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, Vila Nova do Sul e Tupanciretã.
R2 - Entre-Rios	Santiago	Hospital de Caridade de Santiago	Todos os municípios da Região de Saúde R2
R2 - Entre-Rios	São Francisco de Assis	Hospital Santo Antônio	São Francisco de Assis
R1 - Verdes Campos	São Pedro do Sul	Hospital Municipal de São Pedro do Sul	Dilermando de Aguiar, Jari, Quevedos, São Pedro do Sul e Toropi

R1 - Verdes Campos	São Sepé	Associação Beneficente Hospital Santo Antônio	São Sepé e Vila Nova do Sul
R1 - Verdes Campos	Tupanciretã	Hospital de Caridade de Brasilina Terra	Tupanciretã

4.2.3.2 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte. É necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para o serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação Médica das Urgências (PRC nº 3/2017, anexo III, livro II, título II, capítulo I, seção I, artigo 40).

Entende-se por Unidade de Suporte Básico (USB) o veículo destinado ao transporte de pacientes com risco de vida, conhecido ou desconhecido, não classificados, com potencial para intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino, tripulado por no mínimo dois profissionais, sendo um o condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

Já a Unidade de Suporte Avançado (USA) é o veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco, em emergências pré-hospitalares e/ou transporte inter-hospitalar, daqueles que necessitam de cuidados médicos intensivos, tripulado por no mínimo três profissionais, sendo um condutor do veículo de urgência, um enfermeiro e um médico.

Na 4ª CRS, o SAMU está sediado em 14 municípios com extensão de atendimento a 16 destes, representando 48,5% de cobertura, no qual atende cerca de 504.375 mil habitantes, conforme estimativa populacional (2021). O município de Santa Maria possui algumas singularidades, pois sua frota é composta por 1 USA, 3 USB, 1 reserva técnica dispendo da Central de Regulação SAMU Santa Maria - que foi implantada em novembro de 2019, com regulação médica local, funcionando diariamente das 7h às 1h. Nos demais horários, a regulação se dá pela Central de Regulação da SES/RS, em Porto Alegre.

Atualmente, está em andamento o processo de expansão do SAMU em Nova Palma, que terá 1 USB estendendo seu atendimento aos municípios de Pinhal Grande e Ivorá. A

tramitação já foi realizada, sendo esta aprovada. O município aguarda a entrega do veículo e a portaria de habilitação para iniciar o serviço.

O município de Santa Maria também possui 1 USA aprovada pelo Ministério da Saúde, cuja proposta tramita desde meados do ano de 2021. Neste momento, o município aguarda a entrega do veículo ambulância e a portaria de habilitação para iniciar o serviço, tendo em vista que a expansão da frota trará maior celeridade e garantia de atendimento imediato para os casos de maior gravidade e que necessitam de assistência médica imediata.

A proposta de regionalização da Central de Regulação SAMU - Santa Maria é uma possível discussão entres gestores municipais, pois garantiria o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel em todo o território da 4ª CRS, favorecendo a celeridade do atendimento e otimização dos recursos e equipes. Esta proposição carece de discussões locais e entendimento dos gestores para pactuação com objetivo da regionalização deste serviço.

Na perspectiva de atualização do Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências, de 2019, será proposta a cobertura de 100% do SAMU aos municípios e a qualificação das unidades já habilitadas que não possuem tal requisito.

Em 2020, buscando ampliar a cobertura do 192, no interior do Estado, a Secretaria da Saúde do RS (SES/RS) implantou o Projeto Chamar 192, voltado a municípios de pequeno porte que ainda não possuem cobertura do SAMU. Com a adesão ao projeto, os municípios foram integrados à rede de urgência do Estado, o que possibilitou a abertura do número 192 para os atendimentos de urgência e emergência - sendo na 4ª CRS os seguintes municípios aderidos: Quevedos, São Martinho da Serra e Toropi.

4.2.3.3 Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, entre as Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família e a Rede Hospitalar. De acordo com a PRC nº 3/2017, anexo III, livro II, artigo 10, inciso I, as UPAs são portas de entrada dos usuários do SUS. Esses estabelecimentos devem cumprir com a garantia de atendimento às demandas de urgência e emergência, no mínimo nas áreas de clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia, traumatologia, clínica cirúrgica e saúde mental, com funcionamento 24 horas, em todos os dias da semana, e com garantia de encaminhamento, sempre que necessário, aos serviços especializados de atenção ambulatorial e hospitalar.

Ressalta-se que a UPA 24h é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências (RAU), sendo suas diretrizes: funcionar de modo ininterrupto nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos; possuir Equipe Assistencial Multiprofissional compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo-resposta, a garantia do acesso ao usuário e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional; acolhimento; e classificação de risco.

Conforme o Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências, de 2019, o município de Santa Maria já possui aprovada a proposta de transformação do Pronto Atendimento Municipal Flávio Miguel Schneider (CNES 2243474) em UPA 24h. Entretanto, para que isto ocorra foi proposta que a regionalização da UPA 24h Santa Maria (CNES 7015887) ocorresse concomitante à transformação do PA Municipal. Houve várias discussões sobre o assunto, porém a proposta não avançou devido às dificuldades de pactuação dos gestores locais.

4.2.3.4 Leitos clínicos de retaguarda

Segundo a PRC nº 6/2017, título VIII, capítulo II, seção I, artigo 682, os leitos de retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência são aqueles organizados em enfermarias clínicas, e que recebem um custeio diferenciado, no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) por diária do novo leito ou qualificado. O quantitativo dos leitos hospitalares gerais pode ser calculado segundo a metodologia constante Capítulo 1 – Item VI do manual da PC Nº 1/2017, título IV, capítulo II.

Não há leitos clínicos de retaguarda habilitados na 4ª CRS e não há proposta de habilitação entre os prestadores locais para este componente. Mediante a atualização do Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências, de 2019 será discutida entre os gestores e prestadores locais a implantação destes leitos em hospitais de menor complexidade para subsidiar a retaguarda de instituições de maior porte e complexidade.

4.2.3.5 Implantação da linha de cuidado em Acidente Vascular Cerebral (AVC) e linha de cuidado em Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

Tabela 6. Índice de mortalidade por doenças cerebrovasculares (I60-I69) por 100.000 habitantes, Regiões de Saúde R1 (Verdes Campos) e R2 (Entre Rios), 2020-2021.

Ano processamento	20 a 29 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	TOTAL
Verdes Campos	-	3	9	15	26	30	83
Entre Rios		2	1	6	3	2	14
Total 2020	0	5	10	21	29	32	97
Ano Processamento	20 a 29 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	TOTAL
Verdes Campos	2	8	13	18	31	38	110
Entre Rios		1	1	1	7	7	17
Total 2021	2	9	14	19	38	45	127

Fonte: DATASUS. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10rs.def>. Acesso em 11/07/2022.

A proposta de habilitação do Centro de Atendimento de Urgência Tipo II na Linha de Cuidados em AVC (05 leitos) no Hospital de Caridade de Santiago (CNES 2244357) será referência abrangendo a Região de Saúde R1 (Verdes Campos) e Região de Saúde R2 (Entre Rios), assistindo a cerca de 585.445 mil habitantes, conforme estimativa (2021). No que tange à esta habilitação, a solicitação de habilitação ao Ministério da Saúde já foi realizada e, neste momento, aguarda a manifestação técnica deste órgão. É importante esclarecer que esta habilitação trará cobertura ao vazio assistencial na Linha de Cuidado em AVC, em virtude da ausência de serviço habilitado nestas Regiões de Saúde, considerando a dificuldade de acesso dos municípios menores aos grandes centros, as longas distâncias percorridas, o sucateamento das rodovias e necessidade de celeridade ao início do tratamento.

Mediante a atualização do Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências, de 2019, será discutida entre gestores locais e representantes dos prestadores de serviço de saúde da 4ª CRS a implantação da Linha de Cuidado em AVC em outros hospitais estratégicos ou serviços que detêm da habilitação do componente Portas de Entrada Hospitalares os quais são a principal via de acesso aos pacientes que necessitam de diagnóstico rápido e celeridade na administração dos trombolíticos.

Quanto à implantação da Linha de Cuidado em IAM, existe a proposta aprovada através do Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências, de 2019. Entretanto, por carência de recursos humanos, capacidade física e técnica instalada neste tipo de

prestador, não houve avanço para aprovação desta linha de cuidado na Região. Dessa forma, é evidente o vazio assistencial na Linha de Cuidado em IAM em virtude da ausência de serviço habilitado nestas Regiões de Saúde.

4.2.3.6 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se numa modalidade de atenção à saúde, que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, em que realizam o cuidado domiciliar na Atenção Primária à Saúde, ambulatorial e hospitalar, nos termos da PRC nº 3/2017, anexo III, livro II, artigo 12.

A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

As PRCs nº 5/2017 e nº 6/2017 estabelecem os requisitos para que os municípios tenham Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): I – apresentar, isoladamente ou por meio de agrupamento de Municípios, conforme pactuação prévia na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, Comissão Intergestores Regional (CIR), população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); II – estar coberto por Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); III – possuir hospital de referência no Município ou Região a qual integra.

Não há este serviço disponível na 4ª CRS e 10ª CRS. Existe proposta de implantação do Serviço de Atenção Domiciliar nos municípios de Santa Maria (4ª CRS) e São Gabriel (10ª CRS), ambas para Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) tipo I. A proposta foi colocada aos gestores destes municípios, porém há dificuldades de custeio e organização das equipes para implantação desta atividade.

Entende-se que a habilitação deste serviço em ambas as regiões potencializaria a desospitalização de internações desnecessárias, ampliando a rotatividade dos leitos hospitalares, buscando diminuir as intercorrências em pacientes crônicos com histórico de reinternação recorrente e cuidados paliativos, proporcionando um conforto maior ao paciente e a família.

4.2.4 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

Na macrorregião de saúde centro-oeste a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) está organizada de modo a contemplar o acesso dos usuários de todos os 44 municípios aos serviços de reabilitação oferecidos. Este acesso ocorre de forma regulada, via Sistema de Regulação, para as quatro modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual).

Além das reabilitações, a Rede oferece atendimento aos pacientes ostomizados, além de possibilitar o acesso dos usuários, residentes no Estado do RS, a serviços assistenciais localizados em outras unidades da Federação (Tratamento Fora do Domicílio).

4.2.4.1 População com deficiência

Abaixo apresenta-se a população com deficiência, por modalidade, na macrorregião de saúde Centro-Oeste.

População total	População com deficiência (6,7%)	População com deficiência visual (3,4%)	População com deficiência física (2,3%)	População com deficiência auditiva (1,1%)	População com deficiência intelectual (1,4%)
1.051.706	70.464	35.758	24.189	11.569	14.724

Destaca-se aqui, dados estatísticos sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA). No Brasil, não há ainda dados oficiais de TEA, porém os números do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos podem servir como indicativo. Em julho de 2022, um estudo publicado na *Jama Pediatrics*, realizado com 12.554 pessoas, revelou um número de prevalência de autismo nos Estados Unidos de 1 autista a cada 30 crianças e adolescentes entre 3 e 17 anos neste país.

4.2.4.2 Componentes da Rede

4.2.4.2.1 Atenção Básica

O acompanhamento das pessoas com deficiência deve ocorrer de forma contínua e sistemática, através do cuidado compartilhado entre as equipes atuantes na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipe

de Atenção Primária (EAP), Primeira Infância Melhor (PIM), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Academia da Saúde e dos serviços especializados de reabilitação priorizando o acesso aos diferentes pontos de atenção da rede de serviços.

Destaca-se ações como as triagens neonatais: Triagem Visual Neonatal (Teste do Olhinho), Triagem Metabólica Neonatal (Teste do Pezinho), Exame de Oximetria de Pulso (Teste do Coraçãozinho), Avaliação do Frênulo Lingual (Teste da Linguinha), Triagem Auditiva Neonatal (Teste da orelhinha).

4.2.4.2 Atenção especializada

A macrorregião de saúde Centro-Oeste conta com os seguintes pontos de atenção na reabilitação auditiva, física, intelectual e visual.

Serviços Componentes - Atenção especializada - Reabilitação					
Macro	CRS	Auditiva	Física	Intelectual	Visual
Centro-Oeste	4ª	HUSM-Santa Maria (média complexidade) HNSC e HCPA (média e alta complexidade) Implante coclear HCPA (Implante coclear)	CERII - APAE Santa Maria	CERII APAE Santa Maria	CERII Hospital São José - Giruá
	10º			Apae de São Sepé	
			Apae de Santana do Livramento		

4.2.4.3 Reabilitação auditiva

A reabilitação auditiva é destinada a usuários que necessitam de prótese auditiva, além de pacientes candidatos ao uso de Sistema Frequência Modulada (FM), conforme Portaria nº 1.274, de 25 de junho de 2013.

4.2.4.3.1 Reabilitação Auditiva - alta complexidade

4.2.4.3.1.1 Reabilitação auditiva - alta complexidade: população pediátrica

Destina-se aos usuários menores de 3 anos de idade que estão em processo de diagnóstico de perda auditiva, ou usuários de até 12 anos de idade com indicação de implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso.

4.2.4.3.1.1.2 Reabilitação auditiva - alta complexidade: população adulta

Destina-se aos usuários a partir de 13 anos de idade com indicação de implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso. Os prestadores de referência para a reabilitação auditiva – alta complexidade, para a macrorregião de saúde Centro-Oeste são o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o Grupo Hospitalar Conceição (GHC Porto Alegre).

4.2.4.3.2 Reabilitação Auditiva – média complexidade

No ano de 2022 foi concluída a construção do CER II de Alegrete, o qual será referência para reabilitação auditiva e física aos municípios da Região de Saúde R3. A Secretaria Municipal de Alegrete ainda está em fase de contratação de equipe para posterior trâmites de habilitação junto ao Ministério da Saúde. Este será um passo significativo para redução do tempo de espera para 1ª consulta de reabilitação física e auditiva na macrorregião.

Atualmente, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) é referência em reabilitação auditiva de média complexidade para todos os municípios da macrorregião de saúde Centro-Oeste. Neste serviço são atendidos usuários a partir de três anos de idade com perda auditiva unilateral ou bilateral, de qualquer tipo, além dos usuários candidatos ao uso do sistema FM (frequência modulada). O encaminhamento para esta consulta segue o critério do médico ou do fonoaudiólogo e a forma de acesso é o Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Para tanto, são adotados critérios para a classificação de risco dos usuários conforme o “Protocolo de Regulação de Acesso SES/RS-Reabilitação Auditiva”. Atualmente há uma média de 20 vagas de primeira consulta.

É importante destacar que o serviço de reabilitação auditiva do HUSM não contempla o diagnóstico audiológico e a intervenção para os usuários menores de três anos de idade, tampouco oferta terapia fonoaudiológica de reabilitação. Tais carências assistenciais impedem a integralidade do cuidado e a celeridade do processo de detecção e intervenção precoces da deficiência auditiva infantil.

Sinaliza-se que a demanda reprimida na macrorregião de saúde é de cerca de 3.000 usuários, sendo todos já submetidos ao protocolo de regulação, ou seja, com a sua necessidade confirmada e classificada em graus de prioridade.

5.2.4.3.3 Reabilitação física

A reabilitação física é 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). A Apae de Santa Maria (CER II) é o serviço de referência em reabilitação física para a macrorregião de saúde centro-oeste desde o ano de 2017.

A regulação das primeiras consultas em reabilitação física é realizada atualmente através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Para tanto, são adotados critérios para a classificação de risco dos usuários conforme o “Protocolo do regulador – Reabilitação Física (versão 2021)”. Abaixo apresenta-se a oferta de primeira consulta em reabilitação física para a macrorregião de saúde Centro-Oeste pelo SISREG, para os anos de 2017 a 2022.

Tabela 7. Oferta de primeira consulta em reabilitação física pelo SISREG, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, 2017-2022.

Ano	Número de vagas*
2017	60
2018	60
2019	40
2020	32
2021	32
2022	20

*40% para a 10^a CRS e 60% para a 4^a CRS, considerando a proporção populacional.

As consultas de retorno (reavaliação), dentro do processo de tratamento, são marcadas diretamente entre usuário(a) e o CER II, sendo que a equipe técnica avalia as necessidades do usuário, dispensando os equipamentos necessários ao tratamento de reabilitação, respeitando o quantitativo estabelecido pelo manual de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do RS. Há uma média de 143 retornos por mês para OPM.

Abaixo segue a série histórica da dispensação de OPM (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC e Bloco de Custeio – Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC) no CER II de Santa Maria, do ano de 2016 a 2021.

Tabela 8. Dispensação de OPM, por financiamento MAC e FAEC, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, 2016-2021.

Ano	MAC		FAEC	
	Quantitativo Físico	Quantitativo Financeiro	Quantitativo Físico	Quantitativo Financeiro
2016	843	R\$ 586.601,10	233	R\$ 356.799,42
2017	1.207	R\$ 913.267,70	416	R\$ 587.584,20
2018	1.919	R\$ 1.198.575,70	321	R\$ 554.533,34
2019	2.151	R\$ 1.272.713,55	217	R\$ 566.836,34
2020	1.346	R\$ 774.753,65	172	R\$ 498.969,68
2021	1.690	R\$ 977.819,20	219	R\$ 523.854,68

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais/DATASUS. Acesso em: 12/07/2022.

4.2.4.3.4 Reabilitação intelectual

É destinada às pessoas com deficiência intelectual e/ou transtorno do espectro autista. Na macrorregião de saúde Centro-Oeste há três serviços de referência para reabilitação intelectual, conforme abaixo.

Serviço	Municípios de referência	Número de vagas no SISREG	Fila interna
CER II	Municípios da R1 exceto Formigueiro, e São Sepé, Vila Nova	15	Psicologia 130 Terapia Ocupacional 290 Fisioterapia 65 Fonoaudiologia 291
Apae de São Sepé	Formigueiro, e São Sepé, Vila Nova	5	10 Neurologia
Apae de Santana do Livramento	Municípios da R3	24	Fonoaudiologia 22 Psicologia 18 Terapia Ocupacional 15 Fisioterapia 05

É importante destacar que após a pandemia de Covid-19 houve um aumento do número de pacientes para a consulta em reabilitação intelectual no SISREG. Cerca de 90% destes pacientes apresentam diagnóstico ou suspeita de TEA.

4.2.4.3.5 TEAcolhe

Os centros de referência em Transtorno do Espectro Autista (TEA) na macrorregião de saúde Centro-Oeste são: Apae de Santa Maria (centro macrorregional); e Apae de Santiago, Prefeitura de São Sepé, Prefeitura de Quaraí (Centros regionais).

4.2.4.4 Reabilitação Visual

A macrorregião de saúde Centro-Oeste não conta com nenhum serviço de reabilitação visual. A referência para essa população é o Hospital São José – em Giruá (14ª CRS). A regulação da reabilitação física é realizada pelo Departamento de Regulação Estadual/SES/RS, através do Sistema de Gerenciamento de Consultas (Gercon), e atualmente são disponibilizadas 10 vagas de primeira consulta. A partir de levantamento realizado nos dois últimos anos, as demandas dos encaminhamentos para o Hospital São José foram de prótese ocular e transtornos da refração e da acomodação.

4.2.4.5 Centro Especializado Odontológico (CEO)

Os Centros Especializados Odontológicos, estabelecimentos habilitados pelo Ministério da Saúde, devem estar aptos a receber pacientes com deficiência. Na macrorregião de saúde Centro-Oeste tem-se CEO Tipo I em Santiago e CEO Tipo II em Alegrete, Rosário do Sul, Santa Maria e São Sepé.

4.2.4.6 Atenção hospitalar e de urgência e emergência

Não há leitos hospitalares específicos para a pessoa com deficiência na região. A região tem como referência, para atendimento de urgências e emergências odontológicas de pessoas com deficiência, bem como o atendimento sob sedação ou anestesia geral, a Casa de Saúde de Santa Maria.

Outros pontos de atenção para retaguarda da urgência e emergência, que incluem atendimentos de reabilitação de pessoas com deficiência, são as Unidades de Cuidados Prolongados (UCP), que se constituem em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio. Na macrorregião existe a proposta de implantação de UCP no Hospital de Jaguari e de São Francisco de Assis.

4.2.4.7 Outras áreas de atuação Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

4.2.4.7.1 Atendimento às Pessoas Estomizadas

A Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), por intermédio da Política da Saúde da Pessoa com Deficiência, instaurou o Programa de Assistência à Saúde da Pessoa Estomizada, em conformidade com o disposto na Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009, que dispõe sobre a necessidade de garantir às pessoas estomizadas a atenção integral à saúde por meio de intervenções especializadas de natureza interdisciplinar, considerando que o pleno atendimento às suas necessidades depende da qualificação dos processos de atenção que incluem prescrição, fornecimento e adequação de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

A 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, por meio deste Programa, fornece uma gama de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para pessoas com estoma intestinal e/ou urinário, assim como para incontinência urinária e fecal aos 33 municípios de sua cobertura. Além disso, é responsável pela gestão do Sistema de Gerenciamento de Usuários com Deficiência (GUD), o qual permite gerenciar o atendimento de usuários com deficiência do SUS/RS para as áreas da deficiência física e mental, contemplando ações que incluem o cadastro do usuário, manejo e controle de estoque até a dispensação destes equipamentos aos municípios.

O serviço de atenção às pessoas estomizadas presta assistência especializada, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, na orientação ao cuidador e/ou familiar, assim como para realização de suas atividades de vida autônoma, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

Atualmente, através do GUD pode-se verificar que há aproximadamente 793 usuários assistidos pelo Programa em relação aos municípios pertencentes à 4ª CRS. É válido destacar que em relação ao Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada, observa-se que devido à alta rotatividade dos profissionais responsáveis pelo programa nos municípios, há a necessidade de constante qualificação da assistência aos profissionais de saúde.

O profissional encarregado pelo Programa, deve possuir capacidade técnica para prestar atenção qualificada que envolve a educação para o autocuidado, avaliação das necessidades biopsicossociais gerais do indivíduo, conhecimento específico em relação ao estoma e pele periestoma, incluindo a indicação e prescrição de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, identificando e prevenindo as possíveis complicações

que possam surgir relacionado às estomias. Como forma de suprir a necessidade da rotatividade dos profissionais responsáveis nos municípios, é essencial fortalecer as estratégias educacionais e qualificações, na qual possibilitem aprimorar o conhecimento sobre o assunto desses profissionais.

4.2.4.7.2 Tratamento Fora do Domicílio

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) possibilita o acesso dos usuários a serviços de saúde localizados em outras unidades da Federação. Entre as principais causas que motivam esses atendimentos estão a deficiência física, doenças genéticas e malformações, que são encaminhados, em sua grande maioria, para a Rede Sarah Kubitschek em Brasília/DF.

4.2.4.8 Análise atual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

A RCPD da macrorregião de saúde Centro-Oeste está organizada de modo a garantir o acesso assistencial em reabilitação aos usuários do SUS dos 44 municípios de abrangência do território. Muitos avanços já foram alcançados desde que a Rede foi instituída. No entanto, em virtude de ter um caráter dinâmico de atuação, onde os usuários circulam por diversos setores da saúde e a prestação de serviço precisa ser constantemente avaliada, assim como os fluxos de acesso precisam ser revistos periodicamente, as necessidades da Rede e os processos de trabalho também são dinâmicos. Ainda há um caminho longo a ser percorrido no que diz respeito a uma excelência no atendimento aos usuários da Rede, principalmente o fomento às ações de prevenção e promoção de saúde, o que impactaria diretamente na redução dos agravos passíveis de serem evitados (amputações decorrentes do diabetes, sequelas de acidente vascular cerebral, perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados, dentre tantos outros), assim como o envelhecimento da população.

Dentre os avanços podemos destacar: a) a elaboração do mapa descritivo com o objetivo de informar a respeito dos serviços da referência da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, bem como atualizar o fluxo de encaminhamento para os respectivos exames e consultas disponíveis; b) a elaboração de protocolos de encaminhamentos/regulação, com o TelessaúdeRS: reabilitação auditiva adulto, reabilitação auditiva pediátrica e reabilitação física; implante coclear e prótese ancorada no osso; c) A implantação do Programa TEAcolhe; os centros de referência em TEA atuam no

fortalecimento e qualificação das equipes das redes locais na assistência social, educação e saúde, por meio do matriciamento no tema do autismo.

Apesar dos avanços citados, alguns aspectos devem ser considerados. Em relação à reabilitação física, no final de 2019, houve limitação do teto financeiro da dispensação de OPM no contrato firmado entre a SES/RS e a Apae de Santa Maria. Contudo, conforme observado na série histórica entre 2016 a 2019, o valor processado ultrapassa esse teto. Em 2020, período da pandemia de Covid-19, onde houve restrições de distanciamento social e isolamento, houve diminuição do número dos atendimentos, fazendo com que o teto financeiro fosse respeitado. Mas, com o retorno dos atendimentos, em 2021, em muitos casos a equipe do CER II teve que optar pelos dispositivos mais relevantes à clínica do usuário, a fim de que a dispensação destes não ultrapassasse o valor financeiro imposto no teto do contrato. Ainda, há um número elevado de usuários (as) já vinculados ao serviço que necessitam de reavaliação e reposição de OPM, e estes atendimentos devem ser previstos dentro de seu teto financeiro mensal. Acrescenta-se o aumento significativo no custo dos produtos/insumos, o que associado à falta de atualização dos valores da Tabela SUS pelo Ministério da Saúde e do custeio cujo valor não sofreu reajuste desde 2012, dificulta ainda mais a operação superavitária do CER II. Estes fatores somados acarretaram na redução de vagas de primeira consulta na reabilitação física para a macrorregião de saúde e conseqüente aumento do tempo em espera na fila para atendimento. Portanto, existe a necessidade urgente do aumento do teto financeiro das OPM, do contrato da SES/RS com o CER II de Santa Maria e da atualização dos valores da Tabela SUS de OPM pelo Ministério da Saúde.

A reabilitação auditiva possui a maior fila de espera de acesso dos serviços de reabilitação, sendo o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) a referência macrorregional, com uma oferta de vagas muito inferior à demanda da macrorregião de saúde Centro-Oeste - o que resulta numa espera de aproximadamente seis (6) anos. Este tempo é considerado inconcebível tendo como referência os prejuízos decorrentes da privação auditiva, os quais extrapolam o campo da comunicação e atingem aspectos emocionais, interferindo no convívio social e desencadeando o surgimento de sentimentos de insegurança, medo, depressão e isolamento.

Assim, é necessário ter maior oferta de reabilitação auditiva para os usuários do SUS, de todas as faixas etárias, sanando uma expressiva carência assistencial da região. Ainda, a reabilitação auditiva em um CER, ao contrário do serviço de modalidade única, abrange todos os procedimentos de reabilitação auditiva, desde a triagem auditiva neonatal, diagnóstico auditivo, intervenção com próteses auditivas e reabilitação com terapia

fonaudiológica, para todas as faixas etárias, promovendo a integralidade do cuidado e a celeridade do processo de detecção e intervenção precoces da deficiência auditiva infantil. Dessa maneira, é urgente e inadiável a habilitação do CER II de Alegrete e do CER II da Apae de Santa Maria, assim como o aumento de vagas do HUSM.

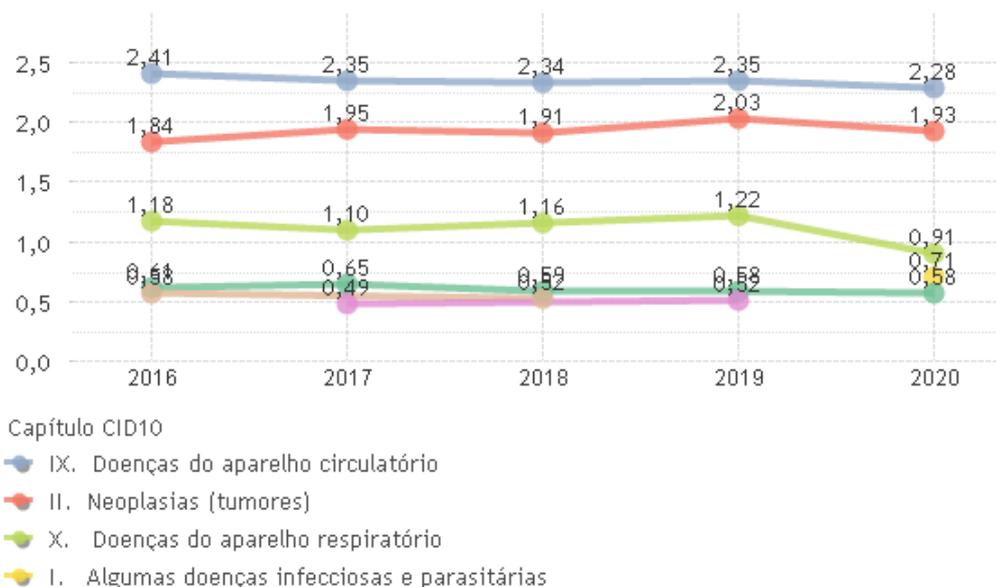
Com relação à Reabilitação Intelectual, a análise macrorregional revela problemas significativos quanto à fila de espera interna e às grandes distâncias percorridas pelos usuários para acessar o serviço, seja no CER II ou seja nas APAEs. Destaca-se que os usuários da reabilitação intelectual necessitam de atendimentos de longa duração, pois as demandas dizem respeito, na maioria das vezes, à habilitação do sujeito nas mais diversas áreas (cognição, linguagem, autocuidado, autonomia, desempenho escolar e de socialização, entre outras). Além do fato desses permanecerem um período de tempo elevado vinculados aos serviços, outra questão importante é a distância - já que para que o tratamento seja viável, é necessário que as distâncias percorridas sejam minimamente aceitáveis. Desta forma, apesar do CER II ser um grande avanço na atenção à pessoa com deficiência, ao ofertarem cuidado integral e compartilhado com outras especialidades há uma grande demanda na especialidade da Reabilitação Intelectual, sem o devido atendimento. Então, entende-se que seria importante e necessário haver a possibilidade de habilitar serviços em modalidade única, principalmente em outras APAES (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) na macrorregião de saúde Centro-Oeste, que são serviços que já compõem os territórios e que já possuem conhecimento do público-alvo e equipe técnica multiprofissional para atuar na Reabilitação Intelectual.

Na reabilitação visual, a longa distância percorrida pelos usuários para a consulta no Hospital São José, em Giruá, é fator de inacessibilidade - considerando que o processo de reabilitação envolve consultas periódicas, envolvendo o treinamento e orientação para o uso de auxílio óptico e não óptico; o acompanhamento em reabilitação visual é multiprofissional e interdisciplinar, com objetivo de fortalecer o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária de maneira independente, bem como por orientações às famílias e às escolas; a população infantil necessita de intervenção conjunta entre equipe multiprofissional, família e escola para a promoção das habilidades visuais, sendo fundamental a proximidade entre todos os envolvidos. Atualmente, a maior demanda é de usuários que buscam adaptação de óculos para problemas visuais de refração, e não reabilitação propriamente dita. Esta realidade aponta para a falta de assistência em reabilitação visual da população da região. Portanto, há a necessidade de habilitar esta modalidade de reabilitação na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste.

5.2.5 Rede de Atenção às Doenças Crônicas

O grupo das doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes) constituem a principal causa de morte mundialmente. Na macrorregião de saúde Centro-Oeste as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de mortalidade, seguidas pelas neoplasias e doenças do aparelho respiratório.

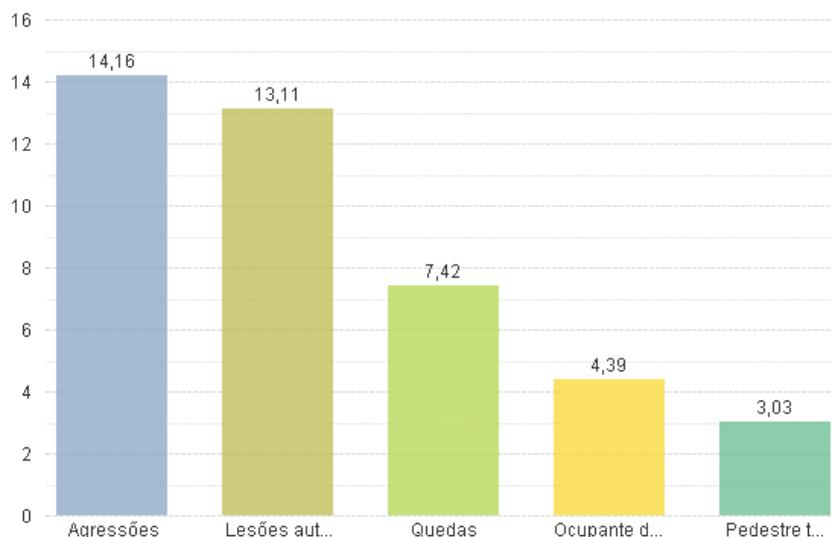
Figura 41. Taxa de Mortalidade da população residente pelos cinco principais capítulos do CID (1.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



Fonte: SIM/DATASUS.

Em relação à taxa de mortalidade por causas externas na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, destaca-se a violência, especialmente as agressões e lesões autoprovocadas (suicídio) - Figura 42. A integração entre os serviços de vigilância e saúde mental tem buscado um trabalho de prevenção ao suicídio em vários municípios da macrorregião de saúde, também aliando-se ao Programa de Saúde na Escola para o trabalho nas escolas, buscando com isso a redução desse indicador.

Figura 42. Taxa de Mortalidade por causas externas, pelos cinco principais grupos (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2020.



Fonte: SIM/DATASUS.

O diabetes ainda é causa importante de redução da qualidade de vida e mortalidade. A abordagem preventiva do diabetes ainda não é uma realidade em todos os municípios da macrorregião de saúde Centro-Oeste. Os principais fatores de risco comportamentais para o adoecimento por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são: tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física. Isso pode ser modificado por meio da mudança de hábitos de vida e conscientização desde a infância, por exemplo, com o Crescer Saudável, bem como programas como Academias de Saúde e demais ações que são desenvolvidas junto aos municípios da macrorregião de saúde.

4.3 PONTOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC)

4.3.1 Assistência de Média e Alta Complexidade

A atenção de Média e Alta Complexidade corresponde às ações e serviços em nível ambulatorial e hospitalar, os quais envolvem tanto os atendimentos especializados como os de maior densidade tecnológica e custeio, sendo relevantes na resolutividade e integralidade da assistência no SUS. A assistência MAC na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste (4ª e 10ª CRS) conta com hemocentros, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, Centros Especializados em Reabilitação (CER), clínicas de hemodiálise, laboratórios de análises clínicas, serviços de fisioterapia e prestadores hospitalares. Em

relação a estes últimos, destaca-se que a 4ª CRS dispõe de 22 prestadores hospitalares contratados pelo Estado do RS, sendo um com gestão plena. Já a 10ª CRS possui sete (7) prestadores hospitalares, sendo cinco (5) com gestão contratualizada entre hospital e Estado e dois (2) com gestão plena. Para uma melhor organização, esta análise foi estruturada a partir de seis (6) eixos que buscam considerar as necessidades estimadas pela macrorregião de saúde Centro-Oeste.

Eixo 1: Ampliação, qualificação e garantia de acesso através da regulação aos serviços especializados: cirurgia geral, ginecologia, pediatria clínica e cirúrgica, cabeça e pescoço, aparelho digestivo, cardiovascular, psiquiatria e neurologia infantil, urologia, oftalmologia, neurocirurgia, neurocirurgia pediátrica, traumatologia e mastologia. Em relação à garantia de acesso às consultas eletivas especializadas, identifica-se a existência de demanda reprimida na macrorregião de saúde Centro-Oeste. Diante disso, compreende haver a necessidade de ampliação das vagas nas especialidades listadas.

Além disso, percebe-se a necessidade de o Hospital Regional de Santa Maria aumentar sua oferta de atendimentos para que a Região de Saúde R3 possa acessar as especialidades que ainda não possuem referência. Ainda, sugere-se uma análise dos contratos de todos os prestadores e uma adequação às suas realidades e serviços ofertados. Também se faz necessário uma ampliação de serviços a serem habilitados nos hospitais, conforme pedidos já realizados e pactuações já discutidas com as CRSs.

Outro aspecto relevante para potencializar a regulação na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste corresponde ao processo de implantação do Sistema de Gerenciamento de Consultas (Gercon). Conforme a Resolução CIB/RS nº 241/2021, tal sistema passa a ser a plataforma oficial da Regulação Ambulatorial, por meio da qual se organizará o fluxo das consultas dos pacientes entre os municípios. Assim sendo, ressalta-se a necessidade de qualificação das CRSs e das secretarias municipais de saúde (SMSs) no uso do Sistema Gercon, que será implantado em novembro/2022. Espera-se que tal sistema possibilite uma maior transparência nas demandas reprimidas e uma garantia de maior acesso às consultas, de acordo com o que existe contratualizado com os prestadores.

A oferta dos exames irá permanecer no Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Percebe-se uma fragilidade no que se refere a estas ofertas, havendo uma necessidade de organização de fluxos e definição de responsabilidades entre municípios e prestadores para o atendimento dos usuários que estão em fase de diagnóstico em alguma especialidade. Prestadores que possuem habilitação e incentivo, muitas vezes, informam que há usuários que acessam o serviço sem diagnóstico e exames. Porém, sabe-se que muitos exames contratualizados não são ofertados via sistema, sendo utilizados apenas para atendimentos

de usuários que chegam nos Pronto Atendimentos dos próprios municípios. Desta maneira, há um atraso para o início do tratamento por falta de acesso aos exames necessários para este encaminhamento.

Em relação aos demais serviços de média complexidade, estes serão situados por Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Na 10ª CRS os laboratórios de exames clínicos, que estão na Região de Saúde R3, todos foram assumidos pelos municípios, sendo que cada um possui um teto municipal para isso, estando sob suas responsabilidades contratar ou utilizar o laboratório municipal para dar conta das demandas. Nessa direção, o mesmo ocorre com os serviços de fisioterapia e terapia ocupacional da região. Já no que diz respeito às clínicas de hemodiálise, apenas uma clínica tem contrato via Estado, sendo que as demais foram assumidas pelos hospitais de referência.

Eixo 2: Articulação e qualificação da Comissão de Acompanhamento de Contratos (CAC's) com efetiva participação dos gestores municipais, Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (Cosems/RS) e CRS. De acordo com a Portaria de Consolidação número 2, Anexo XXIV, Anexo II, Capítulo V, Seção IV foi instituída as Comissões de Acompanhamento de Contratualização (CAC). No estado do Rio Grande do Sul as CAC's têm sua regulamentação pela Resolução CIB/RS nº 205/2022 e seu regimento estabelecido pela Portaria SES/RS nº 378/2022, sendo que neste último encontram-se definidos as regras para a fiscalização dos contratos de prestação de serviços hospitalares celebrados pela gestão estadual do SUS e apuração de irregularidades contratuais. Nesse sentido, ressalta-se que cada prestador da macrorregião de saúde Centro-Oeste possui sua CAC estabelecida seguindo o que consta nas legislações orientadoras.

A partir do material produzido com a 2ª edição do Manual das Comissões de Acompanhamento dos Contratos Hospitalares (CAC) da SES/RS, identifica-se a importância de promover capacitações para os membros das CACs na macrorregião de saúde, com vistas aprimorar o trabalho de acompanhamento, monitoramento e avaliação das metas e indicadores propostos. Além disso, é preciso que seja realizada a efetiva implantação do Sistema SIGAH no Estado junto às Coordenadorias Regionais de Saúde, a fim de que o processo de contratualização se torne mais eficiente e transparente, o que irá contribuir para que as CACs possam monitorar a execução das ações e serviços de saúde pactuados com os respectivos prestadores de referência dessa macrorregião de saúde.

Eixo 3: Qualificar os fluxos de contrarreferência. Verifica-se que ainda é muito falho o encaminhamento de contrarreferência dos usuários que têm alta hospitalar para a Atenção Primária à Saúde, e também dos usuários que são atendidos nos ambulatórios de especialidades. A contrarreferência garante a continuidade do cuidado ao usuário,

diminuindo risco de novas internações. É necessário que a equipe médica e assistencial preencham um documento informando dados importantes sobre a internação e sobre as necessidades de tratamento pós-alta e pós-atendimento que o usuário necessita, e tenha comunicação direta com as secretarias municipais de saúde e outros pontos da rede de saúde. Desta forma, as unidades tomam o conhecimento de que o usuário está voltando ao território, já agendam a primeira consulta e podem traçar o plano de cuidado compartilhado com base nas necessidades.

Logo, para que isso aconteça, percebe-se a necessidade de incentivar os hospitais a formularem e instituírem o documento de contrarreferência. Além disso, reforçar a importância da comunicação e construção do fluxo sobre a maneira que o documento será enviado. A secretaria municipal de saúde, o conselho municipal de saúde e a Coordenadoria Regional de Saúde (4ª e 10ª) devem avaliar se está sendo realizada esta ação pelos hospitais e a Atenção Básica deve garantir o encaminhamento na continuidade do cuidado assim que receber o documento.

Eixo 4: Qualificação dos processos de contratualização hospitalar e aprimoramento das questões contratuais (priorização dos serviços essenciais). Algumas dificuldades são encontradas na maneira em que os instrumentos para firmar os contratos dos hospitais com o Estado do Rio Grande do Sul são feitos. No documento descritivo das metas quantitativas dos contratos com os hospitais, quando códigos são apresentados em grupo, subgrupo ou forma organizacional, pode haver procedimentos incluídos que o prestador não realiza por alguma impossibilidade. Para maior transparência, é necessário haver especificação do que o hospital oferece dentro destes agrupamentos, mas sem a rigidez de abrir o código de cada procedimento dentro das metas quantitativas.

Nestes contratos também não há informação de quais são os municípios de referência que o serviço deve atender. Muitas vezes os gestores e as CRS não têm clareza sobre isso ou não está atualizada uma referência para um determinado procedimento, fazendo com que o usuário perca um tempo valioso ao ser encaminhado por um fluxo incorreto, ou até mesmo que o município tenha gastos desnecessários, pagando por serviços particulares pela falta desta informação.

Sobre a responsabilização do cumprimento do que é ofertado pelo prestador, apesar de ter cláusulas nos contratos a respeito do não cumprimento de algum serviço, não é claro como será a multa, após todas as notificações serem feitas. Atualmente o nível central envia a decisão para que a CAC defina qual será a penalidade. Porém, é necessário que a aplicação desta multa seja mais transparente, a fim de que não se torne algo subjetivo e desleal.

Atualmente, quando não atingem as metas quantitativas, os hospitais sofrem descontos de valores contratuais referente ao valor global do financiamento/complexidade MAC/Média somado aos incentivos federais. Os incentivos estaduais ainda não têm previsão de nenhum tipo de desconto quando não cumpridos, garantindo pagamento integral ao prestador mesmo quando o serviço não está sendo realizado de acordo com os pré-requisitos contratualizados.

Sobre as metas qualitativas existentes nos contratos, elas, até então, permitiam reforçar o papel e compromisso do hospital, pactuar ações entre Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde, hospital e demais pontos, reforçando os fluxos de referência e contrarreferência. Era possível ter foco na melhoria de toda a assistência em saúde para que o hospital fosse, como preconiza o SUS, utilizado como última necessidade, reforçando a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado e resolutiva para cerca de 80% a 90% dos casos. Porém, recentemente os contratos foram alterados, e as metas qualitativas foram substituídas pelos indicadores de qualidade. Esta mudança fez com que se perdesse o foco da discussão e construção das Redes de Atenção à Saúde. Indicadores são importantes para que o próprio prestador avalie seu desempenho, mas o papel do Estado deve ser buscar o trabalho de assistência integral ao usuário, e a ferramenta utilizada para esta assistência deve ser o contrato com o prestador. Os indicadores de qualidade podem ser monitorados de outras formas, sendo alguns diretamente pelo DATASUS (média de permanência e taxa de mortalidade institucional) e outros cabe à Vigilância Sanitária (como taxa de infecção hospitalar e segurança do paciente).

Com relação a novos serviços dos prestadores, o fluxo para solicitar habilitação de incentivos e novos serviços do Programa Assistir é através de processo administrativo (PROA), necessitando do prestador apenas "o pedido de habilitação do Tipo de Serviço pleiteado, por ofício assinado" e um ofício com a "análise do pedido pela área técnica da CRS sobre a necessidade ou não de abertura ou de ampliação de serviços de acordo com os parâmetros da regionalização da saúde e da organização das redes de atenção". Porém, acredita-se que para haver uma análise aprofundada é necessário um Plano Operativo do prestador demonstrando sua capacidade técnica, estrutural e de pessoal, condições de cumprimento, sugestão de quantitativos, previsão de municípios a serem atendidos, entre outros. Além disso, para haver igualdade entre todos os prestadores do estado, é interessante ter uma padronização do que a CRS deve avaliar, podendo existir um documento modelo com tal finalidade.

Atualmente, outra dificuldade encontrada na Média e Alta Complexidade é quanto aos valores dos procedimentos e dos contratos. A respeito dos valores contratuais, há

alguns anos a orientação que as CRSs têm do nível central quando há negociação é de não aumentar os valores de procedimentos, para que os quantitativos financeiros não tenham muito impacto, com algumas exceções. Isto torna a rede frágil, uma vez que o prestador que poderia aumentar sua capacidade de atendimento não o faz por não ter recursos, deixando a população desassistida, e muitas vezes gerando mais custos ainda para o Estado devido à judicialização.

Com relação aos valores dos procedimentos, não há atualização da Tabela SUS na maioria dos códigos há muitos anos, e os valores pagos são muito abaixo dos custos reais. Isso dificulta a contratação de serviços, fazendo com que haja uma grande fila de demanda reprimida para diversas especialidades e sem prestador para atender. Há incentivos estaduais e federais para complementação, porém nem todos os hospitais recebem. E, mesmo os que recebem, em muitos casos não são o suficiente para poderem cobrir os custos. Logo, tem-se a necessidade de rever as formas de financiamento dos prestadores SUS. Ao invés de incentivos específicos para cada prestador, sugere-se uma forma de complementação para todos os procedimentos e cirurgias que qualquer hospital realizar.

Outra necessidade percebida nas Coordenadorias Regionais de Saúde é a aplicação dos valores do Estado. Existem hospitais de grande resolução que possuem um valor de quantitativos físicos e financeiros aquém do que poderiam atender por falta de recursos do Estado. Porém, ao mesmo tempo, é possível verificar que existem contratualização de prestadores que não há resolutividade, não havendo em alguns casos nem exames básicos ofertados. São prestadores que possuem incentivos de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) ou até contratos apenas de valor global mesmo sem incentivo, em municípios menores - que atendem apenas a população local como se fossem uma extensão da Atenção Básica, em horários que as unidades estão fechadas, mas referenciam para outros hospitais de maior porte quando há necessidade de algo direcionado à média complexidade. Caso os valores destes prestadores fossem redirecionados para aqueles com maior resolutividade, estes poderiam ofertar muito mais serviços importantes para as regiões, atingindo mais usuários.

Eixo 5: Qualificação do processo de investimento por meio das Emendas Parlamentares. Os prestadores SUS recebem valores de Emendas Parlamentares Estaduais e Federais. Para a aplicação destes valores, o prestador deve formalizar um Plano Operativo, onde, pelo menos, 20% deve ser aplicado em serviços para a população. A CRS recebe o Plano do prestador, avalia e encaminha ao nível central, que pode aprovar, ou não.

Neste fluxo, muitas vezes a CRS não toma conhecimento mais do que foi aprovado ou não, não havendo um registro oficial sobre onde serão aplicados os valores. Há a publicação do Termo Aditivo do contrato no Diário Oficial do Estado com o valor a ser recebido pelo prestador, porém sem a especificação de onde irão aplicar este recurso. O acompanhamento das Emendas se torna falho a partir do momento que quem deve fiscalizar não tem todas as informações, e que no principal instrumento de gestão não há esta transparência.

Considera-se que as Emendas Parlamentares podem ser uma ferramenta importante para ajudar nos atendimentos essenciais aos usuários como complemento ao contrato. Para que esta ferramenta seja mais eficiente, é fundamental uma melhor orientação para as CRSs e prestadores sobre como deverá ser feito todo o fluxo, qualificando a forma de acompanhamento e prestação de contas. Nessa direção, destaca-se o quão importante seria haver um trabalho articulado com a CAC e a possibilidade de manter alguns servidores responsáveis especificamente para acompanhar a operacionalização das propostas de tais emendas.

Ainda vale mencionar que durante os monitoramentos realizados pelas CAC (no que se pode relacionar a questão das emendas parlamentares) apenas há um acompanhamento se estão realizando os procedimentos, cobrança da abertura dos serviços no sistema da regulação e controle para que o que é produzido por emenda não seja processado junto com os procedimentos das metas de contrato.

Eixo 6: Qualificação do processo de planejamento para inserção de novos municípios na macrorregião de saúde, salvaguardando os direitos no acesso e deveres na oferta de ações e serviços pactuados. De acordo com a Resolução CIB/RS n. 555/12, Art. 1º, Parágrafo Único, “Define-se Região de Saúde como território vivo composto por um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Ainda nesta resolução, o Art. 3º informa sobre quando há necessidade de alteração nas configurações das Regiões de Saúde, definindo que “estas deverão ser analisadas e pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, mediante análise das áreas técnicas da SES/RS.”

A Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011, do Ministério da saúde, que estabelece as diretrizes para instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no Art 4- III, informa a importância da “observância das políticas de saúde na organização e execução das ações e serviços de saúde de atenção básica, vigilância

em saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de outros que venham a ser pactuados, que garantam o acesso resolutivo e em tempo oportuno;

Em julho de 2021 houve uma Resolução CIB/RS (n. 119/21) para alterar a configuração das Regiões de Saúde R1 (Verdes Campos) e R12 (Portal das Missões) com transferência do município de Tupanciretã - pertencente a 9ª CRS, para a 4ª CRS, apesar do parecer negativo dos técnicos das duas Regionais. Na época, a justificativa do Departamento de Gestão da Atenção Especializada (DGAE/SES/RS) se deu com base em um estudo técnico realizado pelo departamento demonstrando a viabilidade desta transferência sem prejuízos para a população, cumprindo com o Art. 3º da CIB/RS n. 555/12.

Os técnicos da 4ª CRS solicitaram diversas vezes este estudo para realizar a passagem de maneira mais correta e assertiva, porém não foi encaminhado. Além disso, reforçaram a importância da alteração contratual de todos os prestadores para atender a nova demanda que chegaria, considerando que Tupanciretã é, atualmente, a 4ª maior população da região, o que, até o momento, não foi feito.

Desta maneira, a vinda do município não está ocorrendo de forma ordenada e bem orientada, além de que a população deste município já está utilizando as vagas existentes nos prestadores da macrorregião de saúde Centro-Oeste, porém sem ter o aumento do quantitativo - impactando em uma diminuição de oferta tanto para a população dos outros 32 municípios da 4ª CRS, quanto para os usuários das outras Coordenadorias Regionais de Saúde que acessam prestadores desta CRS, como, por exemplo, o HUSM, o Hospital São Roque e a Associação Hospital Agudo. Desta maneira, as cotas de vagas de acesso a estes serviços tiveram que ser recalculadas e houve uma diminuição de oferta para os municípios que já utilizavam estes prestadores, ferindo o Art. 4º da Resolução MS n. 01/2011, uma vez que não há garantia do acesso resolutivo em tempo oportuno.

Assim, entende-se que é necessário a qualificação no processo quando há transferência de município entre as regiões de saúde, com um estudo amplo e profundo de impacto para a população e uma real reestruturação nas ofertas de serviço, e reorganização da rede com base nesta análise, para não causar prejuízos àqueles que já utilizavam as ofertas dos prestadores pactuadas.

4.4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF) é definida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional, envolvendo ações desde a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. O financiamento da AF é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, repassados na forma de blocos de financiamento, entre os quais o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, que é constituído por três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

4.4.1 Componentes da Assistência Farmacêutica

Componente Básico: financiado pelas três esferas de gestão (financiamento tripartite) e gerenciado pela esfera municipal, este componente destina-se à aquisição dos medicamentos no âmbito da Atenção Primária à Saúde, com base em valores *per capita*. As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) de cada estado estabelecem o mecanismo de operacionalização dessa sistemática, respeitando a aplicação mínima dos seguintes valores monetários/habitante/ano: R\$ 5,10 pela União, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM); R\$ 2,36 pelos Estados e R\$ 2,36 pelos Municípios. A dispensação destes medicamentos ocorre nas Farmácias Básicas Municipais, Farmácias Distritais e Farmácia Móvel. A Macrorregião de Saúde Centro-Oeste conta com 44 farmácias básicas e 5 farmácias distritais, 4 farmácias móveis. Alguns municípios dispõem de unidade móvel, com dispensação de medicamentos, porém, sem farmacêutico.

Componente Estratégico: financiado pelo Ministério da Saúde (MS) e repassado ao Estado através do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF/SES/RS), localizado em Porto Alegre. Os medicamentos do Componente Estratégico são utilizados para tratamento de patologias contempladas em programas específicos do Ministério da Saúde (MS), sendo definidos por meio de protocolos e normas. É encaminhado para a Coordenadoria Regional de Saúde, conforme necessidade e perfil da região de abrangência. A dispensação destes medicamentos ocorre nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), Farmácias de Medicamentos Especiais (FME). A macrorregião de

saúde Centro-Oeste conta com nove UDM's, onde são dispensados medicamentos para o tratamento do HIV/AIDS; antirretrovirais para a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e Pós-Exposição (PEP); Hepatites Virais e demais insumos para diagnóstico e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). Já o tratamento da toxoplasmose, a dispensação ocorre na FME, via processo administrativo. Medicamentos para o tratamento do H1N1, Tuberculose e tabagismo ficam a critério dos municípios o local de sua dispensação. Ações como notificação, controle de estoque ficam sob responsabilidade da coordenação da respectiva política.

Componente Especializado: este componente visa garantir acesso de medicamentos para doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado com alto custo unitário, sendo definidos por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde. O acesso aos medicamentos para as doenças contempladas é garantido mediante a pactuação do financiamento entre a União, estados, Distrito Federal e municípios. Alguns medicamentos são adquiridos diretamente pelo Ministério da Saúde; para outros há repasse federal às secretarias estaduais de saúde para aquisição e dispensação dos medicamentos; e, por fim, há medicamentos sob a responsabilidade exclusiva dos estados, Distrito Federal e municípios.

Para o tratamento de doenças prevalentes no Rio Grande do Sul, não contempladas nos programas de saúde do Ministério da Saúde, há o programa de medicamentos especiais da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), que inclui medicamentos e terapias nutricionais, selecionados, financiados e adquiridos pela SES/RS. A dispensação dos medicamentos deste componente ocorre nas Farmácias de Medicamentos Especiais (FME). O acesso à eles ocorre via processo administrativo (doenças contempladas por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT) ou via processo judicial. A macrorregião de saúde Centro-Oeste conta com 44 FME's, que em sua maioria, compartilham o mesmo espaço físico com a Farmácia Básica Municipal, somente nos municípios de Santa Maria e São Gabriel a Farmácia Básica e a FME são separadas.

4.4.2 Diagnóstico Situacional da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste

Para identificar as necessidades da AF na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste foi realizado um diagnóstico situacional através de formulário eletrônico, com questões relacionadas à gestão e ciclo da assistência farmacêutica, ações de educação permanente e cuidado farmacêutico. A macrorregião de saúde compreende 44 municípios, destes, 36 municípios responderam ao questionário, totalizando 82%.

Nas questões relacionadas à gestão e ao ciclo da AF, identificou-se que geralmente o farmacêutico participa de todas as etapas do ciclo da AF (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos) e na maioria das vezes a seleção, programação e aquisição dos medicamentos do componente básico atendem as necessidades da população em quantidade e tempo adequado. Porém, em algumas vezes ocorrem faltas de medicamentos, principalmente por atrasos das empresas nas entregas. A maioria dos municípios possuem Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), sendo atualizada a cada ano ou a cada dois anos. Entretanto, aproximadamente 30% dos municípios não possuem REMUME, evidenciando a necessidade desta, a qual orienta a aquisição, prescrição e dispensação dos medicamentos essenciais e também permite melhor gerência dos recursos públicos. Além disso, aproximadamente 50% dos municípios não possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), a qual é importante para atuar na elaboração das listas de medicamentos, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

No diagnóstico situacional da macrorregião de saúde foi evidenciado que em aproximadamente 50% dos municípios o farmacêutico não recebe apoio na promoção de medidas que viabilizem a diminuição da judicialização de medicamentos. Outra necessidade apontada são ações de educação permanente em saúde. Em quase a totalidade dos municípios não estão sendo realizadas capacitações internas com a equipe da AF. Além disso, em quase metade dos municípios não é realizado o planejamento e execução de ações integradas do farmacêutico com os demais profissionais/equipes da atenção básica/Atenção Primária à Saúde.

O farmacêutico e/ou profissional consegue orientar o usuário quanto ao uso do medicamento durante a dispensação, em sua maioria. Entretanto, em alguns municípios há uma grande dificuldade ou mesmo não conseguem realizar orientações adequadas devido à alta demanda de atendimentos e outros serviços, o que conseqüentemente inviabiliza a atenção farmacêutica. Esses dados apontam para a necessidade de mais recursos humanos, principalmente farmacêuticos nas farmácias, a fim de suprir demandas burocráticas e assistenciais. Foi relatado que, quando o farmacêutico está em período de férias o seu respectivo turno fica sem farmacêutico. A alta rotatividade de funcionários também foi apontado como um problema, pois compromete a continuidade dos serviços. Além disso, a maioria das farmácias não possuem local privativo para orientação aos pacientes quando necessário. As linhas de cuidado mais sugeridas a serem desenvolvidas no Cuidado Farmacêutico são principalmente para pessoas com diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Além disso, para idosos, gestantes e pacientes em polifarmácia.

Para contribuir na qualificação da assistência farmacêutica foi instituído em 2021 o Programa Farmácia Cuidar+, que tem o objetivo de ampliar, qualificar e promover os serviços farmacêuticos nas Farmácias de Medicamentos Especiais (FME) dos municípios gaúchos (Portaria SES/RS nº 649/2021). O programa vem beneficiando a estrutura dessas farmácias, através de reforma, obra ou aquisição de equipamentos e materiais permanentes. Ele traz também o destaque inédito para o cuidado farmacêutico, envolvendo a estruturação dos serviços clínicos farmacêuticos, voltado ao cuidado dos usuários com asma e Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Dos 44 municípios pertencentes à Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, 40 aderiram ao programa, trazendo incentivo ao cuidado farmacêutico e benefícios à estrutura física da farmácia básica e FME, visto que grande parte delas compartilham o mesmo espaço físico. A vigência do recurso se estende até dezembro de 2022, quando todos os municípios que aderiram ao programa deverão estar com o valor do recurso liquidado, sob pena de devolução do mesmo em caso de não utilização.

Destaca-se, ainda, a necessidade de recursos humanos em quantidade e qualificação necessária para o atendimento de todas as ações, uma vez que é fator necessário para o adequado abastecimento de farmácias e o cuidado farmacêutico. Além disso, infraestrutura física, a qual vem melhorando, e recursos humanos, com valorização do profissional e qualificação, são fundamentais para o desenvolvimento das ações da AF de forma integral e eficiente.

O cuidado farmacêutico pode beneficiar a saúde dos usuários através de orientações de forma que os mesmos façam o uso correto dos medicamentos, evitando automedicação e problemas relacionados aos medicamentos (PRM), estimulando o autocuidado, contribuindo para segurança e eficácia do tratamento, bem como melhora na qualidade de vida. Além disso, o cuidado farmacêutico permite aumento da aproximação entre profissionais e usuários, integração com a APS e serviços especializados, bem como otimização dos resultados de saúde. Além do mais, pode aumentar a adesão dos usuários ao tratamento, orientando quanto à polifarmácia, bem como promoção do uso racional dos medicamentos, gerando economia de recursos públicos.

4.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Em 2011, o Decreto nº 7508 veio a regulamentar a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento e assistência à saúde e a articulação interfederativa. Nesse contexto, foi sendo fortalecido o conceito de Vigilância em Saúde, entendido tanto como modelo de atenção à saúde, quanto como proposta de gestão de práticas, sendo um dos pilares do princípio da integralidade do cuidado.

Com a finalidade de fortalecer as ações de vigilâncias, em 12 de junho de 2018 foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução n. 588/2018, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A PNVS é um documento norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS, caracterizado pela definição das responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias dessa vigilância. Ela tem caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público e compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença.

Assim, formou-se o conceito atual de Vigilância em Saúde, definindo-a como “o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças” (PNVS, 2018).

Este modelo de Vigilância em saúde concentra esforços na busca efetiva de respostas, a partir da articulação e integração de ações direcionadas às situações específicas de cada território, com o intuito de fortalecer a atenção à saúde dos usuários. Esse processo deve ocorrer de forma coordenada com as demais ações e serviços de todos os níveis de atenção à saúde, de forma transversal, visando a promoção da saúde e integralidade no cuidado, permitindo identificar a realidade de determinada população ou território e definir os problemas existentes, para subsidiar as ações em saúde.

A Vigilância em saúde tem suas práticas e processos de trabalho voltados principalmente às seguintes questões: 1. A situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem planejamento, monitoramento e avaliação das ações

em saúde pública; 2. Detecção e adoção de medidas responsivas às emergências de saúde pública; vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis; 3. Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências; 4. Vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; 5. Vigilância em saúde do trabalhador; vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso do produto, serviços e tecnologias de interesse à saúde; 5. Outras ações de vigilância que possam ser desenvolvidas em serviços públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho, e na própria comunidade, podendo ocorrer de forma rotineira e sistemática (Portaria nº 1378/2013).

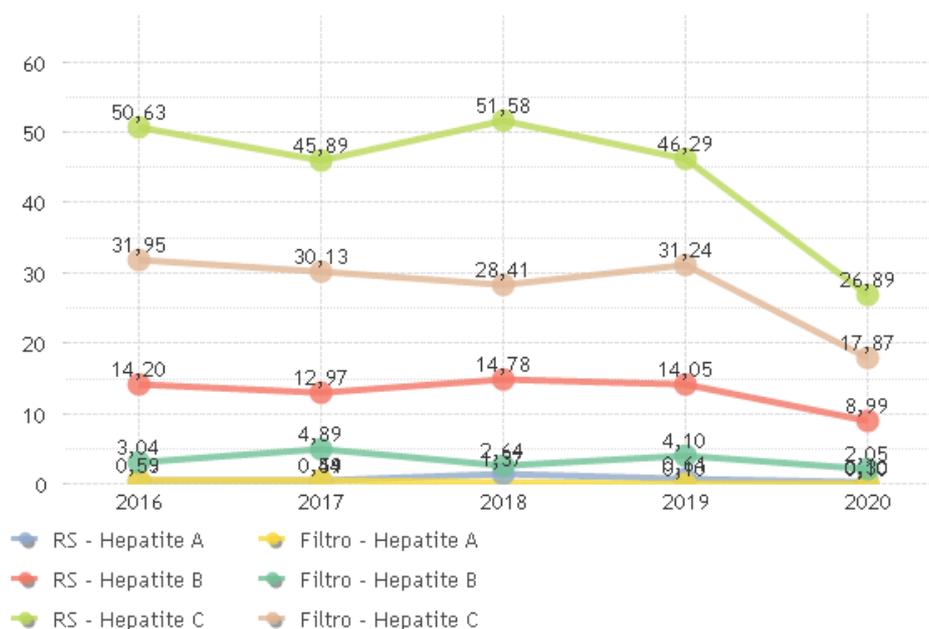
Apesar da abordagem integralizada, a qual é preconizada na PNVS, a Vigilância em Saúde subdivide-se em quatro componentes: Vigilância Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, tendo distintos graus de desenvolvimento e institucionalização.

4.5.1 Vigilância Epidemiológica

4.5.1.1 Hepatites virais

A seguir, apresenta-se a incidência de Hepatite Viral A, B e C (por 100.000 habitantes), na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, para os anos de 2016 a 2020.

Figura 43. Incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



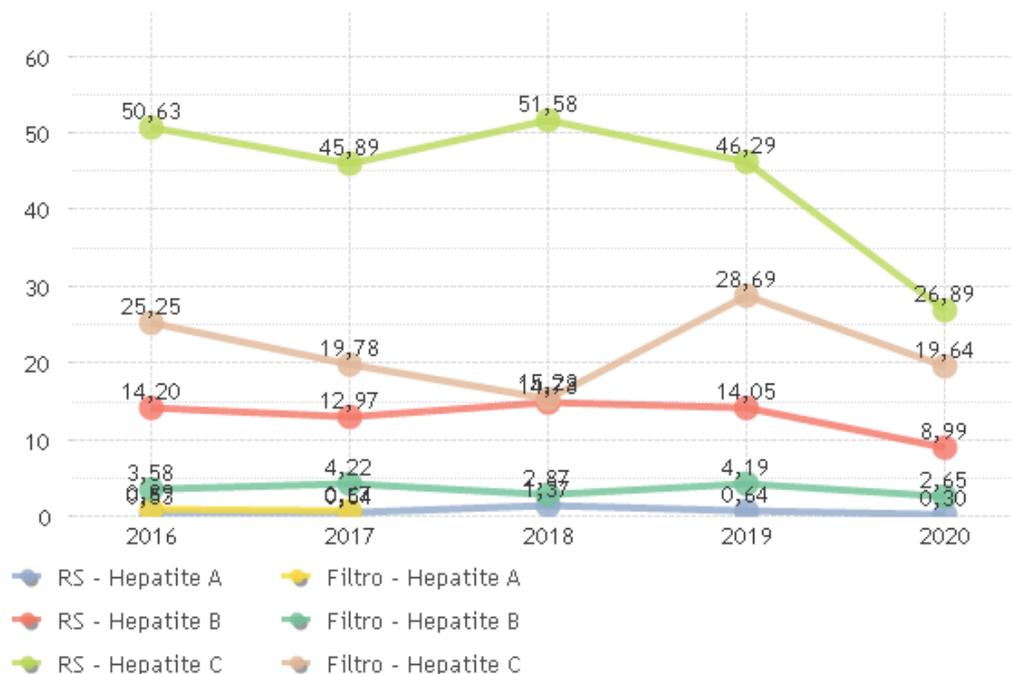
Fonte: SINAN/DATASUS.

Observando-se a Figura 43, nota-se, em relação à Hepatite B, um menor coeficiente macrorregional, comparando-se com o Estado do Rio Grande do Sul, havendo, em 2020, queda nos dois âmbitos analisados. Em relação à Hepatite C, nota-se um acréscimo de casos no Estado, no ano de 2018. A partir do ano de 2019, há uma redução significativa da incidência estadual e macrorregional, o que pode estar relacionada à redução das testagens com o início da pandemia de Covid-19.

Aponta-se que, a implantação da vacina da Hepatite A, em meados de 2014, no calendário nacional de vacinação das crianças e a ampliação do acesso à água potável contribui para o coeficiente da Hepatite A manter-se reduzido na macrorregião à saúde, acompanhando a tendência estadual.

As hepatites virais são doenças silenciosas e seus sintomas se manifestam de maneira lenta. Assim, os municípios devem ampliar a testagem, visando o diagnóstico precoce e o alcance da meta de eliminação da hepatite C até o ano 2030 - estabelecida pela Organização Mundial da Saúde. Necessita-se também garantir constantemente a alta cobertura vacinal das hepatites A e B, disponíveis no calendário nacional de vacinação. A vigilância epidemiológica deve desenvolver um trabalho integrado com a Atenção Primária à Saúde para identificar grupos vulneráveis, através da busca ativa para a realização dos testes rápidos. Além disso, devido às hepatites virais serem infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis e o HIV, nota-se a importância de ampliar o acesso aos preservativos e aos materiais informativos.

Figura 44. Incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes), Região de Saúde Verdes Campos (R1), RS, 2016-2020.



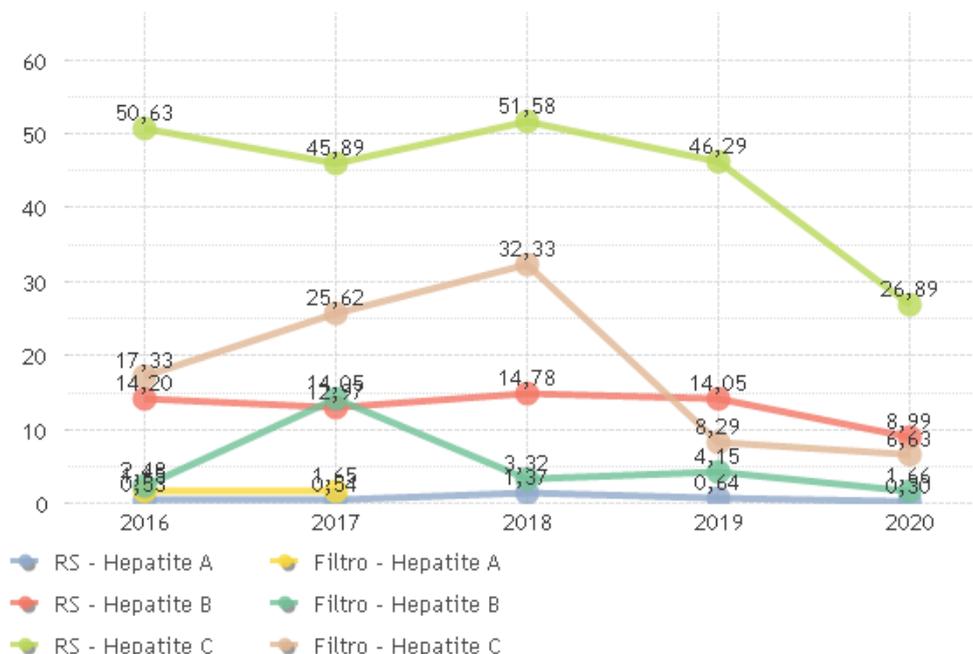
Fonte: SINAN/DATASUS.

Observando-se a Figura 44, nota-se, em relação à Hepatite B, um menor coeficiente na Região, comparando-se com o Estado. Em 2020, observa-se queda regional e estadual, o que pode estar relacionado com o início da pandemia de Covid-19, pela redução das testagens e notificações.

Em relação à Hepatite C, há divergências entre o Estado e a região. A partir de 2018, ocorre queda no coeficiente estadual e, na região, há redução da incidência nos anos de 2017 e 2018, com aumento significativo em 2019, decaindo novamente em 2020, o que também pode estar relacionado com o início da pandemia.

A implantação da vacina da Hepatite A, em meados de 2014, no calendário nacional de vacinação das crianças e a ampliação do acesso à água potável contribuíram para o coeficiente da Hepatite A manter-se reduzido, acompanhando a tendência estadual.

Figura 45. Incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes), Região de Saúde Entre Rios (R2), RS, 2016-2020.



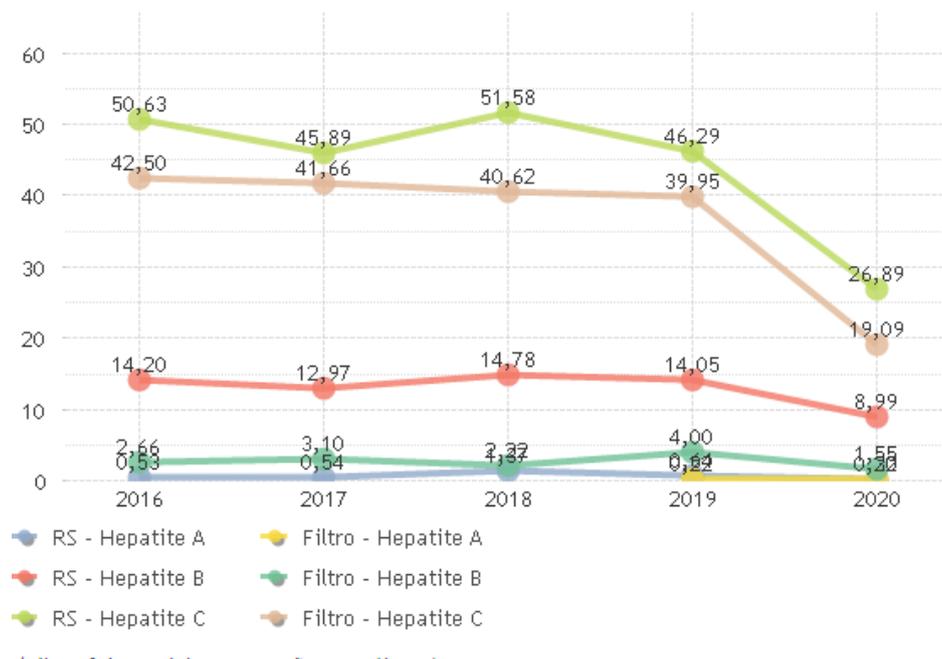
Fonte: SINAN/DATASUS.

Observando-se a Figura 45, nota-se, em relação à Hepatite B, um pico na Região de Saúde Entre Rios (R2), no ano de 2017, seguido por uma queda e estabilização. No Estado, os casos se mantiveram estáveis nos anos pesquisados.

Em relação à Hepatite C, nota-se um pico de incidência regional no ano de 2018, devido a um surto em clínica de hemodiálise. Após esse aumento significativo, observa-se queda no âmbito estadual e regional. Considera-se que a queda de casos entre 2019 e 2020 pode estar relacionada com a pandemia de covid-19, reduzindo-se as testagens.

O Boletim Epidemiológico para as Hepatites publicado pelo Ministério da Saúde, em 2021, demonstra que, no Brasil, a taxa de incidência de Hepatite A e B vem caindo entre 2010 e 2020, enquanto a taxa de incidência de Hepatite C teve um aumento significativo de casos em 2015. Isso se deu por conta da mudança de definição dos casos para fins de vigilância epidemiológica. Após esse pico, a taxa de incidência da Hepatite C também começou a diminuir. Destaca-se ainda, no mesmo Boletim, que a Região Sul tem apresentado a maior taxa de detecção de casos de Hepatite C em relação a outras regiões do país considerando de 2010 a 2020.

Figura 46. Incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes), Região de Saúde Fronteira Oeste (R3), RS, 2016-2020.



Fonte: SINAN/DATASUS.

Na Região de Saúde Fronteira Oeste (R3), o coeficiente de incidência de Hepatite viral C é mais alto que as hepatites virais A e B, seguindo a mesma tendência do coeficiente Estadual. Todavia, ao compararmos as taxas do ano de 2016 com as do ano de 2020 é possível verificar que houve uma queda de 50% na incidência da hepatite C.

As taxas de incidência das hepatites A e B são bem menores, quando comparadas com as de hepatite C. E, isso pode ser atribuído à vacinação que está disponível na rede de saúde, sendo que em 2014 foi introduzida a vacinação contra hepatite A no calendário vacinal das crianças, com isso observamos uma taxa muito baixa de incidência desse tipo de hepatite na R3.

Necessidade de saúde identificada: ampliação da testagem de Hepatite B e C e do acesso à informação. Justificativa: as hepatites virais são doenças evitáveis e deve-se concentrar ações de medidas preventivas. Além disso, seus sintomas se manifestam de maneira lenta e a ampliação da testagem visa o diagnóstico precoce. Necessidade de ação ou serviço: integração da Vigilância Epidemiológica nas Redes de Atenção à Saúde, via ações intersetoriais, principalmente através do Programa de Saúde na Escola (PSE). Igualmente, a ampliação da oferta de testagem rápida para Hepatites Virais e a sensibilização dos profissionais quanto a sua importância; bem como implementar a vacinação contra a Hepatite A e B.

4.5.1.2 Controle das Doenças Diarreicas Agudas (DDA)

Necessidade de saúde identificada: monitoramento das doenças diarreicas agudas e alimentação do Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica de Doenças Diarreicas Agudas (Sivep-DDA). Justificativa: o monitoramento das doenças diarreicas agudas deve ser realizado de forma semanal pelos profissionais atuantes da Atenção Primária à Saúde. Os dados coletados devem ser compilados pela vigilância epidemiológica para posterior alimentação do sistema Sivep-DDA. Essa ação possibilita a identificação de possíveis surtos de doenças diarreicas. Necessidade de ação ou serviço: sensibilizar os profissionais da atenção básica e da vigilância epidemiológica para o monitoramento dos casos e a alimentação semanal do sistema.

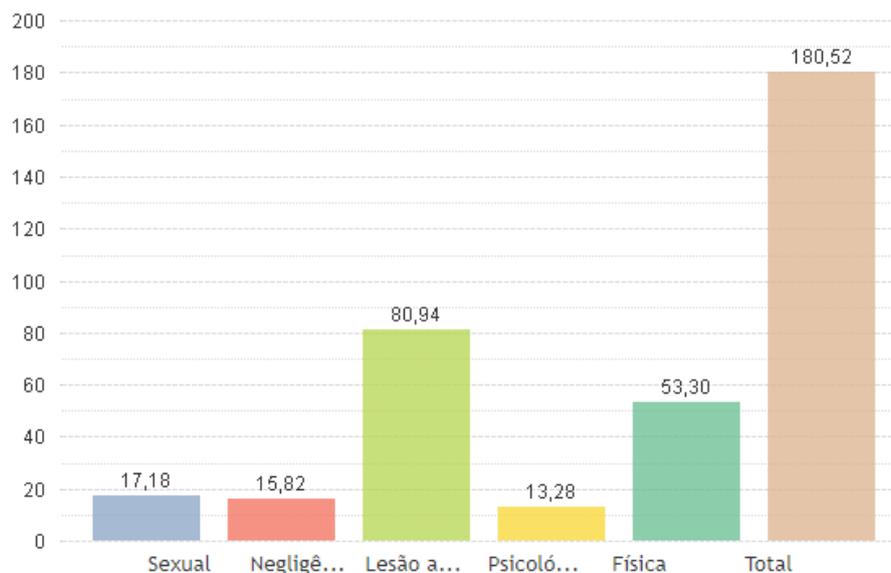
4.5.1.3 Violências

Nas duas últimas décadas têm ocorrido um aumento importante dos estudos na área da saúde sobre a violência. Isso ocorre por conta do reconhecimento da dimensão do fenômeno como um grave problema de saúde pública, por sua alta incidência e pelas consequências que causa à saúde física e psicológica das pessoas que sofrem violência. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a violência como um grave problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos. Trata-se de um fenômeno complexo, que é fortemente influenciado por fatores sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos. Neste sentido, as consequências da violência não se restringem ao campo da saúde, porém afetam de forma significativa este setor, uma vez que muitas vítimas adoecem, apresentam sequelas e demandam assistência/cuidado dos diferentes níveis de atenção à saúde.

A mortalidade e a morbidade por causas externas relacionadas às situações de violência têm aumentado em nosso país. As causas externas são a principal causa de morte entre os jovens de ambos os sexos. No sexo masculino, especialmente entre as causas externas a violência é a primeira causa de morte, atingindo principalmente homens entre 15 e 29 anos (estando o suicídio em segundo lugar se classificarmos as violências de acordo com sua tipologia).

Quanto à taxa de notificação por tipo de violência, na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, considerando o ano de 2020, destacam-se as lesões autoprovocadas (80,94/100.000 habitantes), seguidas das violências físicas (53,30/100.000 habitantes), conforme Figura 47.

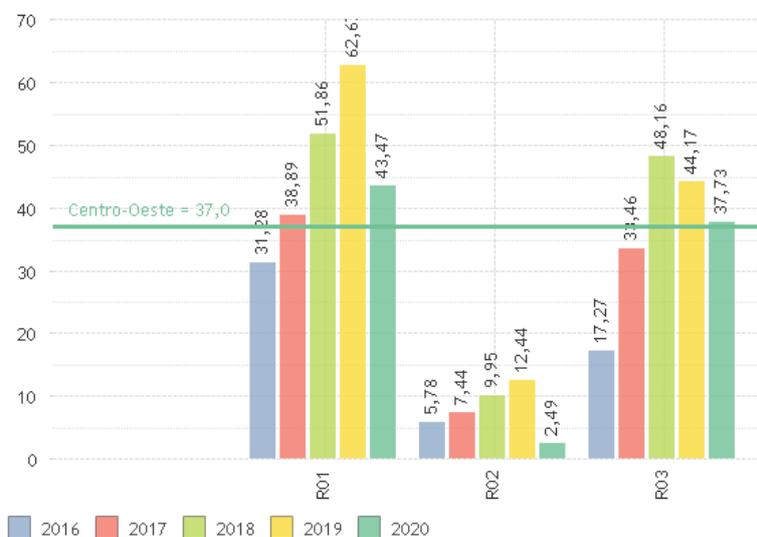
Figura 47. Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2020.



Fonte: SINAN/DATASUS.

Abaixo apresenta-se a taxa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) devido ao risco de suicídio, por 100.000 habitantes, na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, para os anos de 2016 a 2020 (Figura 48). Percebe-se que a Região de Saúde R2 apresentou as menores taxas na série histórica analisada, enquanto a R3 as maiores.

Figura 48. Taxa de internação SUS devido ao risco de suicídio, por 100.000 habitantes, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.

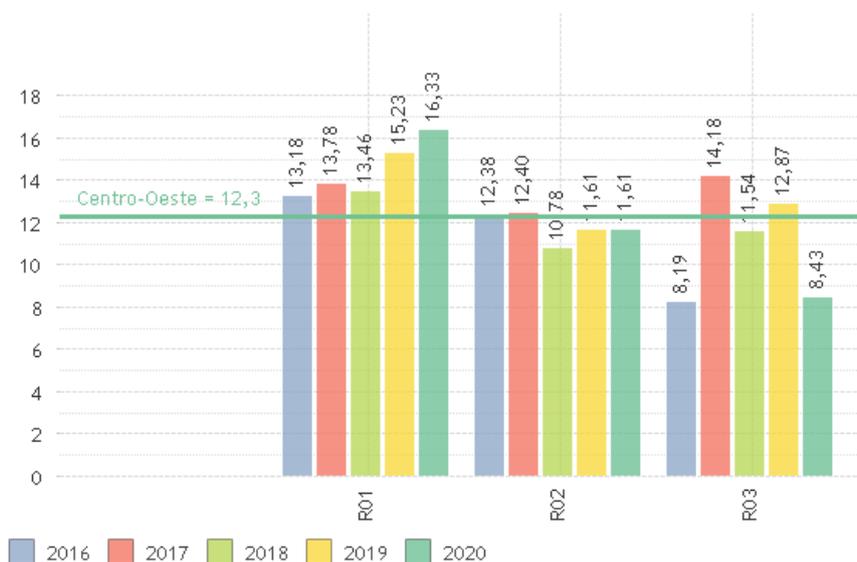


Fonte: SIH/DATASUS.

Fonte: SIH/DATASUS.

Em relação à taxa de mortalidade por suicídio, por 100.000 habitantes, na macrorregião de saúde Centro-Oeste, considerando os anos de 2016 a 2020 (Figura 49), as maiores taxas de suicídio também se concentram na Região de Saúde R1.

Figura 49. Taxa de mortalidade por suicídio (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.

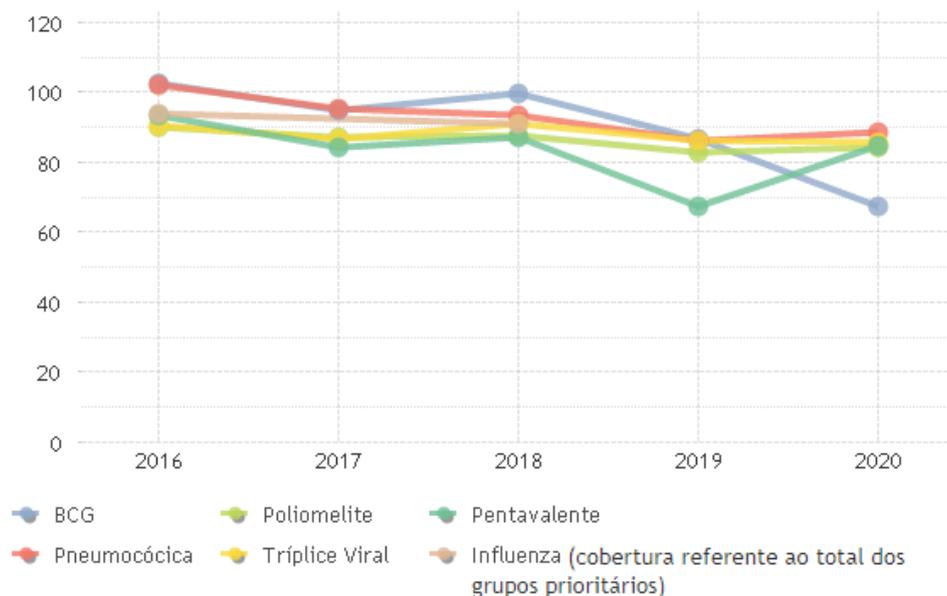


Fonte: SIM/DATASUS.

4.5.1.4 Imunizações

A vacinação é uma das ações mais importantes e impactantes que contribuem para a redução da morbimortalidade causada por doenças imunopreveníveis. Por este motivo é prioridade que a cobertura vacinal se mantenha elevada e os municípios se engajem neste objetivo, incorporando suas ações à atenção primária, fortalecendo assim os muros de proteção contra doenças. Na Figura 50 apresenta-se o percentual de cobertura vacinal por imunobiológico selecionado na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste.

Figura 50. Cobertura vacinal por imunobiológico selecionado (%), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/DATASUS).

Considerando os imunobiológicos analisados e apresentados na Figura 50, entre os anos de 2016 e 2020, é possível observar uma oscilação ao longo da série histórica, apresentando declínio da cobertura vacinal de todos os imunobiológicos. Destaque para a vacina BCG que se manteve em queda desde o ano de 2018. No ano de 2021 não se obteve cobertura vacinal adequada para quase todas as vacinas do calendário nacional de imunizações (dados não apresentados na figura).

4.5.2 Vigilância Ambiental em Saúde

4.5.2.1 *Aedes aegypti* e arboviroses urbanas

Na macrorregião de saúde centro-oeste, 100% dos municípios encontram-se infestados pelo mosquito *Aedes aegypti*. Embora executem as ações de prevenção e controle, previstas no Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes (PEVCA), alguns municípios, das três regiões de saúde, possuem classificação de alto risco de circulação viral para alguma arbovirose urbana (dengue, zika ou chikungunya), com base nos Índices de Infestação Predial (IIP) resultantes dos Levantamentos de Índice Rápido para o *Aedes aegypti* (LIRAA/LIA). Há registros de casos importados e autóctones de dengue, de forma sazonal, e já houve, em anos anteriores, casos de chikungunya e zika.

As ações necessárias para controle da transmissão dessas doenças costumam ser executadas prontamente pela Vigilância Ambiental em Saúde (VAS) dos municípios com apoio da VAS das coordenadorias regionais. Das fragilidades encontradas nas regiões de saúde, a falta de Agentes de Combate às Endemias (ACE) em alguns municípios e a aposentadoria dos Agentes de Saúde Pública que prestam apoio às ações de campo, no nível regional, colocam em risco a continuidade das ações.

Com isso, é necessário o fortalecimento das ações de prevenção e controle do *Aedes aegypti*, através da integração com outras instituições, secretarias e setores (especialmente VAS, Vigilância Epidemiológica - VE - e Atenção Básica - AB -); monitorar o cumprimento das metas pactuadas - conforme o indicador 9 da Resolução CIB/RS 151/22, os municípios devem executar quatro (4) Levantamento de Índices do *Aedes aegypti* (LIRAA/LIA) por ano; com meta de IIP < 1%, o que significa a manutenção de baixo risco de circulação viral das arboviroses urbanas e permite inferir que as ações de combate ao vetor estão sendo executadas adequadamente no município; promover ações de educação permanente em saúde entre VAS e Atenção Primária em Saúde (APS); criar legislação que garanta a manutenção da equipe completa e capacitada para realizar as atividades de tratamento dos pontos estratégicos e bloqueio de transmissão viral, definindo quais os equipamentos mínimos de proteção, máquinas costais, manuais e motorizadas necessárias para a execução das atividades; descrever sanções que podem ser aplicadas em caso de não cumprimento da legislação (Lei n. 6.437/77 e outras sanções cabíveis) e participar de capacitações e cursos promovidos pela SES, incluindo as da macrorregiões de saúde Centro-Oeste (4ª e 10ª CRS).

4.5.2.2 Leishmaniose Visceral

Desde 2008, a Leishmaniose Visceral (LV) está presente no estado e as áreas de transmissão da doença estão em expansão. Na Região de Saúde R1, o município de Santa Maria é área de transmissão com registro de dois casos humanos autóctones, em 2021, sendo um com evolução a óbito (letalidade de 50%). Na Região de Saúde R2, o município de Cacequi é área de transmissão, desde 2018, e até o momento, apresenta apenas casos caninos da doença, Leishmaniose Visceral Canina (LVC). Na Região de Saúde R3, os municípios de Itaqui, Uruguaiana, Barra do Quaraí e Santana do Livramento são considerados áreas de transmissão - sendo que Itaqui e Uruguaiana já registraram casos humanos da doença. Mesmo os quatro municípios da R3 sendo considerados áreas de transmissão, em Santana do Livramento ainda não foi encontrado o vetor *Lutzomyia*

longipalpis, sendo necessário a continuidade das capturas para as investigações, pois seguem ocorrendo casos caninos. Dessa forma, nas três regiões de saúde existem municípios considerados vulneráveis à LV.

São considerados vulneráveis os municípios contíguos às áreas de transmissão, ou que apresentem fluxo migratório intenso com áreas de transmissão, ou ainda, os que integram o mesmo eixo rodoviário. Compete aos municípios classificados como vulneráveis a realização de levantamento entomológico, apoiados pelas Coordenadorias Regionais de Saúde, para identificação das espécies de flebotomíneos, anualmente, e investigar todos os casos caninos suspeitos de LVC. Já nos municípios classificados como área de transmissão, a equipe da VAS municipal deve fortalecer as ações voltadas ao reservatório canino, identificando áreas de maior ou menor risco de transmissão, com base na prevalência canina para LVC e manter alerta os profissionais da RAS (sistema público e privado) para suspeição, diagnóstico e tratamento oportuno dos casos humanos de LV.

Cabe ainda aos municípios, vulneráveis e áreas de transmissão, realizar a investigação de todos os casos humanos suspeitos de LV, em articulação com a Vigilância Epidemiológica, executando simultaneamente a investigação epidemiológica e de ecótopo (investigação ambiental do vetor e de reservatórios); realizar ações de educação em saúde, voltadas à divulgação das medidas de prevenção e controle da LV à população; e, manter equipe capacitada para a execução das ações propostas.

4.5.2.3 Febre Amarela

Após o último registro de Febre Amarela (FA) no estado do Rio Grande do Sul, nos anos de 2008 e 2009, o vírus voltou a estar presente no território gaúcho. Em janeiro de 2021 foi identificado o primeiro caso em primata (epizootia) no município de Pinhal da Serra (5ª CRS). Desde então, foram registradas epizootias em diversos municípios, evidenciando o alastramento da área afetada - até outubro do mesmo ano, quando foi registrado a última epizootia em Morro Reuter (1ª CRS). Durante este período, não houve registro de casos humanos confirmados de FA adquirida no estado. Na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, foram registradas epizootias nos seguintes municípios: Manoel Viana, Restinga Sêca e Santa Maria. Frente ao cenário recente de circulação viral, há necessidade de manutenção das ações de vigilância da FA, em especial da vigilância de primatas. Independentemente do cenário ecoepidemiológico, as VAS municipais devem manter equipe capacitada e material necessário para realização de investigação, notificação da morte e coleta de amostras de primatas não humanos (PNH). Lembrando que a Portaria

GM/MS n. 782, de 15 março de 2017, torna a morte de PNH um evento de saúde pública de notificação compulsória imediata.

4.5.2.4 Raiva

A raiva é uma doença viral que pode ocorrer em qualquer espécie de mamífero. Os humanos podem adquirir a doença pela inoculação do vírus contido na saliva dos animais doentes, principalmente, pela mordedura ou arranhadura. A doença causa encefalite com letalidade muito próxima a 100%. Acidentes envolvendo animais e humanos ocorrem rotineiramente nos municípios da macrorregião de saúde Centro-Oeste e demandam cuidados/ações da Vigilância Epidemiológica (VE), imunizações e Vigilância Ambiental em Saúde (VAS), em nível municipal e regional. Devido ao sistema de vigilância da raiva e aos esquemas de profilaxia pós-exposição, instituídos nos atendimentos antirrábicos, o estado não registra caso de raiva humana desde 1981. Além dos atendimentos antirrábicos, focos de raiva herbívora foram registrados em propriedades rurais de alguns municípios da macrorregião centro-oeste em 2021 e 2022, e costumam ocorrer com uma certa frequência em todo o estado. Tais ocorrências também resultam em demandas aos mesmos setores. Dada a importância, devido à gravidade da doença, as equipes de VAS municipais devem priorizar a investigação ambiental dos registros de atendimento antirrábicos. E, em se tratando de evento envolvendo cão ou gato, orientar o isolamento do animal agressor e observá-lo por 10 dias, mantendo a VE a par das informações; caso não seja possível pelo óbito do animal, coletar e encaminhar para análise amostra de material encefálico, informando a VE do resultado do exame.

Frente a focos de raiva herbívora, a VAS municipal deve realizar a investigação, verificando *in loco*, entre outras informações, a situação vacinal dos cães e gatos da propriedade, presença de animais com sintomatologia neurológica e pessoas expostas aos animais doentes para orientar que essas pessoas busquem atendimento médico e a necessidade de vacinar os animais. Ainda sobre o Programa Estadual de Vigilância e Profilaxia da Raiva, compete às VAS dos municípios receber e encaminhar para análise os morcegos encontrados nos pátios ou interior das residências e orientar a busca imediata por atendimento médico a todas as pessoas que tenham se envolvido em acidente com morcego ou outro animal silvestre, devido ao alto risco de transmissão do vírus da raiva. Nesse contexto, é fundamental que as VAS municipais mantenham equipe capacitada e material necessário para a investigação, coleta e envio de amostras, bem como, realizem

ações de educação em saúde objetivando a prevenção dos acidentes com animais, posse responsável, vacinação animal e prevenção da raiva humana.

4.5.2.5 Estrutura da Vigilância Ambiental em Saúde dos Municípios

Na macrorregião de saúde Centro-Oeste há necessidade de qualificação das ações, serviços, estrutura e equipes de Vigilância Ambiental em Saúde (VAS). De forma geral, os municípios mantêm equipe mínima atuando nas ações e programas da VAS. Porém, a forma de contratação dos servidores atuantes na VAS municipais, muitas vezes, é precária, sob a forma de contrato temporário, resultando em alta rotatividade de profissionais. Cabe lembrar que a presença do Agente Comunitário de Endemias (ACE) na estrutura da VAS é essencial e obrigatória (Lei n. 13.595, de 2018), de modo que todo município deve ter ACE no quadro de servidores da saúde. O impacto negativo dessa rotatividade é a interrupção das ações e serviços da VAS, no município, e a necessidade constante de capacitação de profissionais que não permaneceram muito tempo em exercício. Outros pontos que exigem um cuidado maior são a disponibilidade de veículo para execução adequada das atividades de rotina da VAS e a priorização da aplicação dos recursos de custeio, do bloco de manutenção de ações e serviços públicos de saúde - grupo Vigilância em Saúde, para qualificação dos processos de trabalho da VAS.

Objetivando o aperfeiçoamento das ações, serviços e das condições de trabalho da VAS dos municípios, a gestão municipal deve priorizar a contratação de ACE sob a forma de contratos por tempo indeterminado, com vínculo direto com a administração pública, 40 horas de trabalho semanal dedicadas a atividades inerentes às previstas na Lei n. 11.350, de 2006 e suas alterações, permitindo ao município a captação do recurso da Assistência Financeira Complementar da União; ter veículo próprio ou disponível, sempre que for preciso, e priorizar a utilização do mesmo nas ações da VAS municipal; aplicar e realizar monitoramento do recurso destinado às vigilâncias; valorização dos profissionais ACE's; e, incentivo às atividades de educação permanente e continuada em saúde, com vistas a aprimorar os processos de trabalho da equipe e estabelecer, ou reforçar, o vínculo com outros setores municipais, em especial com a Atenção Primária à Saúde e Vigilância Epidemiológica. Além disso, é importante o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, primordialmente voltadas à população.

4.5.3. Vigilância Sanitária

4.5.3.1 Vigilância Sanitária e sua organização no espaço regional

A Vigilância Sanitária nos formatos atuais foi definida a partir da publicação da Lei nº 9.782, de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assim, o SNVS passa a ser compreendido como conjunto de ações definidas pelo § 1º do art. 6º e pelos arts. 15 a 18 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - devendo ser executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com desempenho de atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área.

Em 2018, devido ao reconhecimento da importância da Vigilância Sanitária no fortalecimento da saúde pública, a mesma passa a ser incorporada à Política Nacional de Vigilância em Saúde, instituída pela Resolução nº 588, que define a Vigilância Sanitária como “o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. 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 e descarte.” (PNVS, 2018).

No Rio Grande do Sul as ações de VISA e as competências nos âmbitos municipais, regionais e estaduais, se dão através da Resolução CIB/RS nº 30/04, alterada pelas Resoluções CIB nº 44/05 e nº 140/07, deliberadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). De acordo com a Resolução CIB nº 30/04, todos os municípios do estado devem implantar, implementar e desenvolver as ações de vigilância sanitária em estabelecimentos de baixa complexidade/baixo risco sanitário. Ainda, devem apresentar trimestralmente as ações desenvolvidas, através do relatório de gestão, mantendo arquivados relatórios de inspeções e alvarás gerados a partir das fiscalizações realizadas.

Os estabelecimentos destacados nas resoluções contemplam diversas áreas de concentração, a saber: 1) Área de água: reservatório de água potável; sistemas de abastecimento público e privado; soluções alternativas, coletivas/individuais de abastecimento de água; firmas de desinfecção de limpeza de reservatórios de água. 2) Área de comércio de alimentos: açougue; alimentos para pronta entrega; bar; beneficiadores e/ou embaladores de grãos e cereais; comércio ambulante; comércio atacadista; comércio de alimentos congelados; comércio de balas, chocolates, caramelos

e similares; comércio de frutas e hortaliças; comércio de produtos de confeitaria; comércio de produtos de panificação/padarias; comércio de secos e molhados; comércio de sorvetes e gelados; depósito de alimentos perecíveis e não perecíveis; depósito de bebidas; depósito de sorvetes e gelados; importadora e distribuidora de alimentos; lancheria; peixaria; restaurante; supermercado; hotel com refeições; motel com refeições; transporte de alimentos. 3) Área de estabelecimentos de saúde: ambulatório de enfermagem; posto de saúde/ambulatório; serviço de ultrassonografia; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); clínica de fisioterapia; clínica de fisioterapia; clínica de vacinas; clínica médica sem procedimentos; clínica e/ou consultório de fonoaudiologia; comunidades terapêuticas; consultório médica; consultório de psicologia; consultório de nutrição; consultório odontológico sem raio X; consultório de enfermagem. 4) Área de cosméticos e saneantes: empresa de transporte; desinsetizadora e desratizadora; distribuição sem fracionamento; comércio em geral. 5) Área de medicamento e correlatos: transportadora de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos; transportadora e comércio de correlatos. 6) Área de estabelecimentos de interesse para a saúde: albergues; barbearia; clínica veterinária; consultório veterinário; gabinete de podólogo/pedicure; hotéis, motéis e pensões; instituto de beleza; lavanderia comum; necrotério; cemitério; crematório; residencial para idosos; saunas; spas; serviços de massoterapia; óticas; escolas de educação infantil; estações rodoviárias e ferroviárias.

Além destas, as Resoluções CIB/RS nº 89/12 e nº 38/16 também definem que fica a cargo das Vigilâncias Sanitárias municipais a fiscalização e comprovação do correto funcionamento dos consultórios odontológicos com serviço de Raio X, serviço de bronzeamento por emissores Radiação ultravioleta (UV) (apenas para fins de interdição, uma vez que o uso de equipamentos para bronzeamento artificial, com finalidade estética, baseada na emissão de radiação UV é proibida em território nacional), comércio de animais e/ou canil, ambulatório veterinário, hospital veterinário, posto de coleta de laboratório, faculdade e curso técnico na área da saúde, clube esportivo e/ou de lazer, casa de diversão e/ou espetáculo, circo, clínica médica com procedimentos não cirúrgicos, unidade prisional, estádio de futebol, ginásio de esportes, academia de ginástica, feiras e eventos e transporte de pacientes (ambulâncias) não caracterizados como de urgência e emergência.

Para execução destas ações de baixa complexidade, definidas pela Resolução CIB/RS nº 250/07 como “ações estruturantes”, o repasse de recurso, denominado Piso Estruturante do Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA), é realizado automaticamente a todos os municípios. A Resolução CIB/RS nº 250/07 define ainda o que são as “ações estratégicas” de Vigilância Sanitária e as competências a nível estadual-

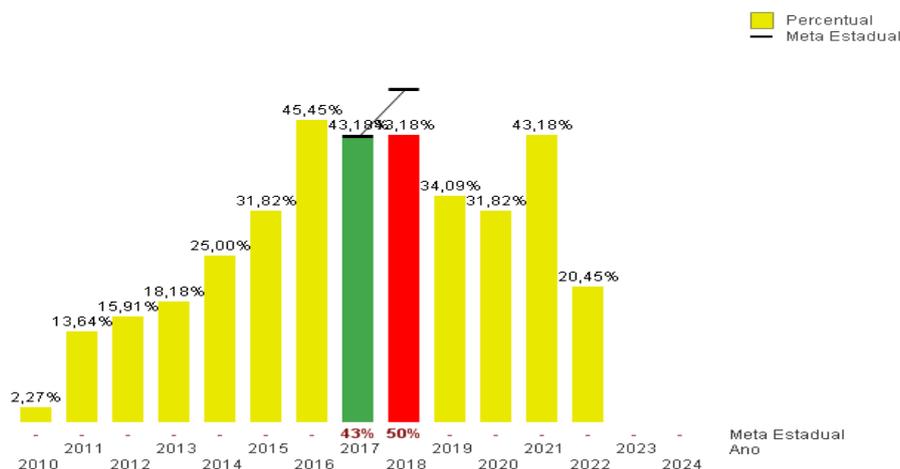
central, estadual-regional e municipal. De acordo com a referida Resolução, os municípios que optarem por desenvolver tais ações receberão incentivo financeiro federal referente ao Piso Estratégico do TFVISA e a partir disso passam a realizar algumas ações de vigilância que compõem as ações estratégicas. As ações desenvolvidas, bem como o incentivo financeiro são baseadas no número de habitantes de cada município e cada atividade, a depender do grau de complexidade, exige equipe adequada para o seu desenvolvimento, definidas pela Portaria SES/RS nº 34/2000, a qual define a equipe mínima para Vigilância em Saúde.

Ficam sob responsabilidade das Vigilâncias Sanitárias Regionais as atividades de inspeção, licenciamento e cadastro de estabelecimentos de alta complexidade, exceto daqueles municípios que optaram pela adesão às ações estratégicas, conforme Resolução CIB/RS nº 250/07.

O Sistema de informação de vigilância utilizado para gerir as atividades de Vigilância Sanitária no estado é o SIVISA, oficializado através da Resolução CIB/RS n.º 123/13, em 22 de abril de 2013, como ferramenta de trabalho para qualificar a gestão dos órgãos de Vigilância Sanitária municipal, regional e estadual do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul. A partir da publicação da referida Resolução todos os municípios devem utilizar o sistema e nele é possível cadastrar todos os estabelecimentos licenciados, bem como todas as atividades realizadas pelas VISA's, sejam elas atividades fiscalizatórias ou educativas e realizar o licenciamento sanitário dos estabelecimentos regulados.

Atualmente, a Pactuação Estadual de Indicadores, deliberada através da Resolução CIB/RS Nº 151/22, para os anos de 2022 e 2023, não possui nenhum indicador referente à Vigilância Sanitária. O último indicador pactuado na área refere-se ao “Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano”, o qual foi excluído da Pactuação Interfederativa de Indicadores no ano de 2019, pelo Ministério da Saúde. Abaixo apresenta-se a análise desse indicador.

Figura 51. Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2010-2024.



Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIASUS/DATASUS).

Ao analisar a série histórica é possível identificar que nos anos em que a pactuação esteve vigente houve aumento no percentual de municípios que realizaram atividades de no mínimo seis dos grupos considerados prioritários. Outro fator importante a ser observado é que no ano de 2020, período mais crítico da Emergência em Saúde Pública causada pelo Coronavírus - momento em que as equipes de Vigilância Sanitária desempenharam um papel importante no combate a disseminação do vírus, houve diminuição significativa no percentual de municípios, quando comparada ao último ano de Pactuação Interfederativa de Indicadores (2017-2021). No entanto, não é possível realizar a análise real da situação atual, considerando que as oscilações destes percentuais podem ter se dado por vários fatores que não são identificáveis através da análise isolada do indicador.

Para realizar análise da situação real e traçar metas contundentes foi necessário levantar outros dados fundamentais, como a existência de normas que proporcionem o desenvolvimento das atividades legais e fiscalizatórias (como a existência de Código Sanitário em todos os municípios), pactuações realizadas, conformação atual das equipes, número de profissionais capacitados para o desempenho de suas atividades e designação formal dos profissionais para o desempenho de todas as atividades que compõem o *rol* de atividades de vigilância (incluindo a fiscalizatória) e a adesão dos municípios ao SIVISA.

Analisando a formalização da adesão dos municípios às ações estruturantes e estratégicas, conforme determina a Resolução CIB/RS nº 250/07, identificou-se que apenas 25 dos 44 municípios formalizaram a adesão. Destes, quatro aderiram às Ações Estratégicas de Vigilância Sanitária e os demais apenas às Ações Estruturantes. Cabe

salientar, ainda, que nenhum dos quatro municípios que formalizaram a realização de atividades consideradas de média e alta complexidade realizam inspeção sanitária em hospitais, ficando estes estabelecimentos sob responsabilidade das equipes de Vigilância Sanitária regionais. Assim, as equipes regionais realizam as atividades fiscalizatórias em estabelecimentos de média e alta complexidade nos 44 municípios da macrorregião de saúde Centro-Oeste, como Unidades de Terapia Intensiva adulto, pediátrica e neonatal; Pronto atendimentos (Urgência e emergência); Endoscopias; Colonoscopias; Serviço de Nutrição Enteral e Parenteral; Central de Esterilização de Materiais (CME); Clínicas Oftalmológicas; Serviços de Terapia Renal Substitutiva/Hemodiálises; Laboratórios Clínicos (laboratório com análises em microbiologia) e Analíticos; Farmácias de manipulação; Banco de Sangue; Agência transfusional; Hemocentros; Serviços de Imagens e radiodiagnóstico (tomografias, ressonâncias, RXs, mamografias); Serviços de radiologia intervencionista; indústrias de Cosméticos e de Saneantes; indústrias de alimentos e agroindústrias familiares e a fiscalização sanitária de todos os hospitais pertencentes ao território.

Além disso, realiza a alimentação do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (SIVISA), recebimento e conferência de documentos para licenciamento sanitário, emissão de alvarás sanitários, elaboração de relatórios técnicos de inspeção e pareceres técnicos, atividades de cooperação técnica entre o Estado e municípios, ações educativas ao setor regulado, capacitações das VISA's municipais, apuração de denúncias, instauração e instrução de processos administrativos sanitários, comunicação e informação de riscos aos municípios, coleta de amostras para análise fiscal, investigação de surtos de DTHAs (Doenças de transmissão hídricas e alimentares) e participação em forças tarefas do Ministério Público mediante solicitação.

Ao analisar a existência de Código Sanitário/Lei que configure as infrações sanitárias e estabeleça sanções, têm-se que alguns municípios não possuem tais dispositivos legais, bem como o estado do Rio Grande do Sul baseia-se na Lei Federal nº 6.437, de 20 agosto de 1977, para configurar as infrações e estabelecer as sanções respectivas.

Tratando-se da conformação das equipes, capacitação profissional e designação formal dos profissionais, temos apenas 40% das equipes municipais compostas conforme a determinação do Anexo 2 da Portaria SES/RS nº 34/2000; apenas 50% dos profissionais municipais estão capacitados e 70% destes possuem designação formal para atuação fiscalizatória. As equipes de fiscalização regionais, da macrorregião de saúde, contam com apenas 17 profissionais, sendo que 29% não possui nomeação formal para o cargo e capacitação, por terem ingressado na equipe em 2022. Ao analisar os municípios que utilizam o SIVISA, identificamos que apenas 31,8% realizam a efetiva utilização, mesmo

que este tenha sido pactuado em Resolução CIB/RS como sistema de informação oficial no estado.

A partir da análise descrita, é possível identificar algumas ações que são consideradas prioridade para a macrorregião de saúde Centro-Oeste, como pactuação da obrigatoriedade de realização de, no mínimo, seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, dos considerados prioritários para todos municípios, com a retomada do monitoramento anual do indicador dos municípios que não atingem a meta; instituir Política de Educação permanente de fiscais sanitários, onde os trabalhos sejam desenvolvidos em conjunto, pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), Coordenadoria Regional e Municípios; implantação do SIVISA em todos os municípios da macrorregião de saúde de forma ordenada e obrigatória, com capacitação dos profissionais e prazo para implantação; pactuação de Resolução CIB/RS que institua a proteção dos recursos financeiros destinados à Vigilância Sanitária para a manutenção dos recursos materiais utilizados e para o desenvolvimento das atividades da Vigilância Sanitária, como carro para uso exclusivo do serviço; revisão das definições pactuadas na Resolução CIB/RS nº 250/2007 e repactuação; publicação de Lei Estadual que configure as infrações sanitárias no Estado do RS e as respectivas sanções e revise os valores das multas, hoje instituídos pela Lei nº 6.437/1977, de acordo com a realidade estadual; publicação de Lei que institua que a arrecadação de taxas e multas, tenham reversão dos valores arrecadados, exclusivamente, para subsidiar a estrutura e as ações da Vigilância Sanitária; pactuação de Resolução CIB/RS que pactue a obrigatoriedade de instituição de Código Sanitário Municipal em todos os municípios; repactuação da Equipe Mínima de Vigilância em Saúde, determinando equipe mínima para atuação em Vigilância Sanitária (de acordo com o perfil do município).

4.5.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador

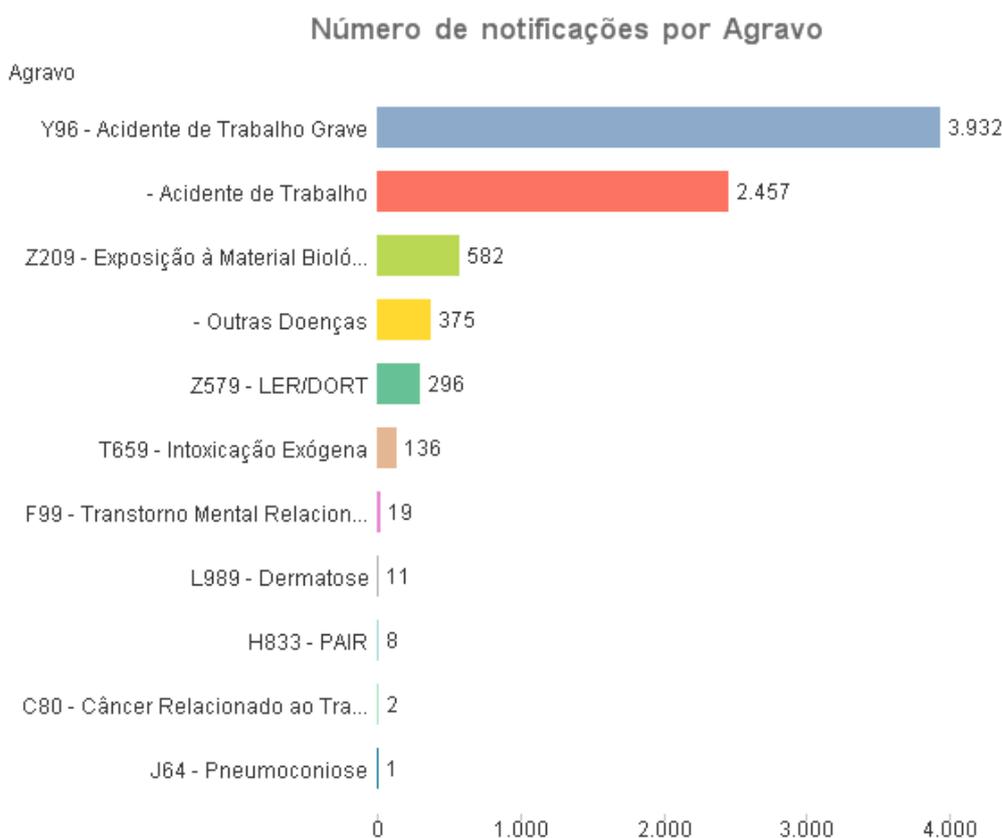
A Saúde do Trabalhador é o conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Com relação à 4ª CRS, 67% dos municípios da regional possuem responsável pela Vigilância em Saúde do Trabalhador, fato fundamental para o fortalecimento da política. Todos os municípios da 10ª CRS apresentam profissionais responsáveis pela Saúde do Trabalhador; entretanto, muitos destes não têm carga horária protegida para realizarem as atribuições da política, e ainda, evidencia-se uma alta rotatividade destes profissionais.

A 4ª CRS conta com o apoio do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST), o CEREST Centro, serviço de abrangência regional, especializado na área de saúde do trabalhador, que atende os 33 municípios da 4ª CRS. A 10ª CRS possui como referência o CEREST Oeste que assiste aos 11 municípios de sua região. Os CERESTs vêm realizando o que é preconizado pela Rede de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (RENAST) de suporte técnico, através de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência.

Aponta-se que algumas ações devem ser prioridade para a macrorregião de saúde Centro-Oeste, tais como: aumentar a integração da 4ª CRS e 10ª CRS, das CRS's e seus municípios, bem como com os demais setores das CRS. Também, é de fundamental importância a implementação/implantação da vigilância em saúde do trabalhador nos municípios da Macrorregião de Saúde.

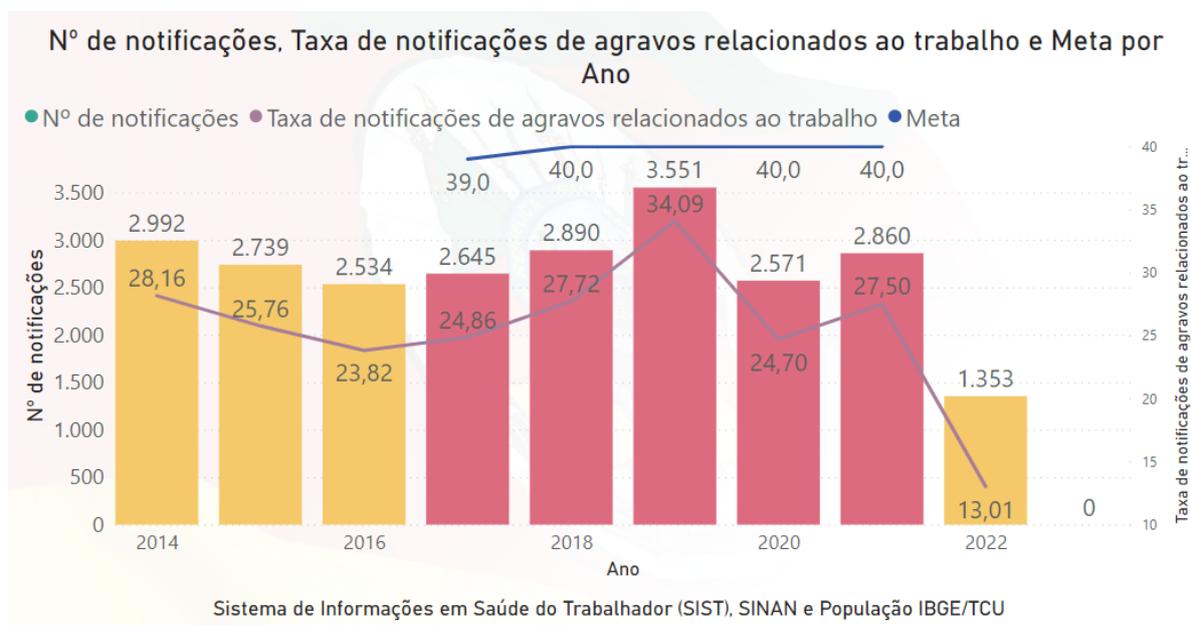
Figura 52. Número de notificações por localidade da empresa e agravo, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2019-2021.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/DATASUS; Relatório Individual de Notificação de Agravos (RINA)/Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST/CEVS/SES/RS).

No ano de 2019 foram realizadas um total de 3.306 notificações por agravo. No ano de 2020 esse número diminuiu para 2.173 notificações - sendo em ambos os anos predominante o acidente de trabalho, seguido de acidente de trabalho grave e exposição à material biológico, respectivamente. No ano de 2021, foram um total de 2.340 notificações, sendo o acidente de trabalho grave o principal agravo notificado, seguido da exposição a material biológico e outras doenças. Do total dos três anos analisados, a 4ª CRS detém um total de 5.144 agravos notificados e a 10ª CRS tem um total de 2.602 notificações.

Figura 53. Taxa de notificações de agravos relacionados ao trabalho, Macrorregião Centro-Oeste, RS, 2014-2022.



Na Figura 53 apresenta-se a taxa e o número de notificações de agravos relacionados ao trabalho do ano de 2014 até o ano de 2022. Serão analisados os últimos três anos, desconsiderando os dados de 2022 que ainda são preliminares. A população base para o cálculo do indicador é de 1.040.136 conforme dados do Tribunal de Contas da União (TCU).

No ano de 2019 o número de notificações de agravos relacionados ao trabalho foi de 3.306 notificações na macrorregião de saúde Centro-Oeste, correspondente a uma taxa de 31,40% de notificações. No ano de 2020 o número de notificações de agravos relacionados ao trabalho foi de 2.571 notificações, corresponde a uma taxa de 24,70% de notificações. No ano de 2021 o número de notificações de agravos relacionados ao trabalho

foi de 2.860 notificações, correspondente a uma taxa de 27,50% de notificações. Observa-se que, em todos os anos analisados a taxa de notificações esteve abaixo da meta estadual.

Figura 54. Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados, Macrorregião Centro-Oeste, RS, 2016-2021.



Observa-se que, desde o ano de 2016, foram registrados um total de 229 óbitos relacionados ao trabalho, sendo apenas 65 óbitos investigados, o que corresponde a um percentual de 28,38%. Serão analisados os anos de 2019, 2020 e 2021. Sinaliza-se que os dados a partir de 2020 são preliminares. No ano de 2019 foram investigados 17 dos 30 óbitos relacionados ao trabalho da macrorregião de saúde Centro-Oeste, correspondendo a uma taxa de investigações de 56,67%. No ano de 2020 foram investigados três (3) dos 12 óbitos relacionados ao trabalho, correspondendo a uma taxa de uma taxa de investigações de 25%. Já no ano de 2021 foram investigados 15 dos 26 óbitos relacionados ao trabalho, correspondendo a uma taxa de investigações de 57,69%. Todos os anos analisados o número de óbitos investigados ficou abaixo da média estadual.

Tais dados fazem parte da Pactuação Estadual de Indicadores 2022-2023, conforme Resolução CIB nº 151, de 11 de maio de 2022. Dos indicadores pactuados, o nº 17 - Taxa de notificações de agravos relacionados ao trabalho e nº 18 - Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados - visam ampliar o número de notificações de agravos relacionados ao trabalho, e com isso, contribuir para que o município consiga fazer uma melhor análise situacional em seu território, além de auxiliar no processo de planejamento e execução de ações de vigilância em saúde do trabalhador. Por esta razão, considera-se

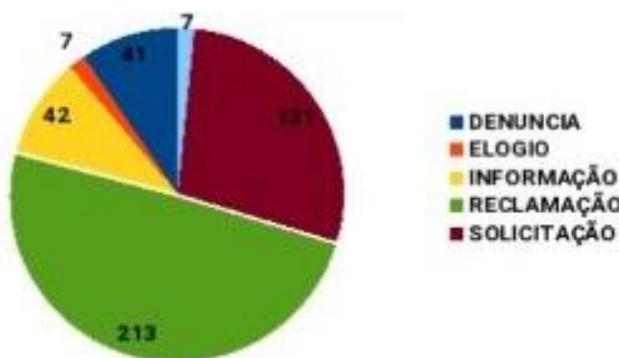
como necessidade macrorregional de saúde implementar a Vigilância em Saúde do Trabalhador nos municípios para garantir a linha de cuidado em nível local e melhoria dos indicadores epidemiológicos.

4.6 GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

4.6.1 Ouvidoria

No período de 2019 a 2021 foram registradas 431 manifestações na Ouvidoria do SUS/SES/RS da Região de Saúde R1 (Verdes Campos), sendo a taxa de resposta do período de 95,82%. Em relação à classificação das demandas, 49,42% são “reclamações”, 28,07% são “solicitações”, 9,74% são pedidos de “informação”, 9,51% são “denúncias”, 1,62% são “sugestões” e 1,62% são “elogios”. A Figura 55 demonstra esses números.

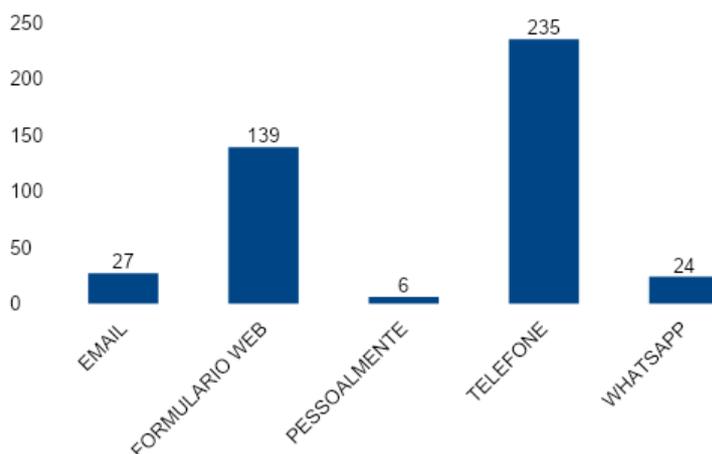
Figura 55. Classificação das demandas de Ouvidoria, Região de Saúde R1, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2019-2021.



Fonte: Atendimentos da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES/RS.

No que se refere aos meios de atendimento, 54,52% dos registros foram recebidos por telefone, 32,25% por formulário web, 6,26% por e-mail, 5,57% por whatsapp e 1,39% pessoalmente, conforme pode-se observar na figura abaixo.

Figura 56. Meio de atendimento das demandas de Ouvidoria, Região de Saúde R1, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2019-2021.



Fonte: atendimentos da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES/RS.

Quanto aos principais assuntos abordados, no período analisado, destacam-se Assistência Farmacêutica, Assistência à Saúde e Gestão, sendo que estes três assuntos juntos representam 65% do total dos registros, conforme quadro abaixo.

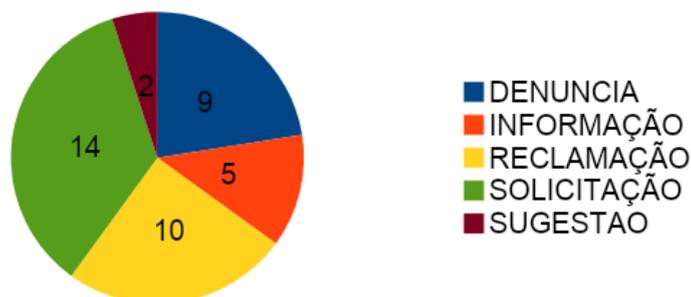
ASSUNTO	Qt Manifestações	%
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	95	22%
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	93	22%
GESTÃO	90	21%
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	43	10%
COMUNICAÇÃO	42	10%
ALIMENTO	22	5%
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	13	3%
SAMU	11	3%
PRODUTOS PARA SAÚDE/CORRELATOS	6	1%
ORIENTAÇÕES EM SAÚDE	3	1%
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	3	1%
TRANSPORTE	2	0%
FINANCEIRO	2	0%
CARTÃO SUS	2	0%
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	2	0%
OUVIDORIA DO SUS	1	0%
OUTROS	1	0%
TOTAL	431	

Fonte: atendimentos da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES/RS.

Quanto à Região de Saúde R2 (Entre-Rios), no período de 2019 a 2021 foram registradas 40 manifestações na Ouvidoria do SUS/SES/RS, sendo a taxa de resposta do período de 100%. Em relação à classificação das demandas, 35% são “solicitações”, 25%

são “reclamações”, 22,50% são “denúncias”, 12,50% são pedidos de “informação”, e 5% são “sugestões”. A Figura 57 demonstra esses números.

Figura 57. Classificação das demandas de Ouvidoria, Região de Saúde R2, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2019-2021.



Fonte: Atendimentos da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES/RS.

No que se refere aos meios de atendimento, 55% dos registros foram recebidos por telefone, 25% por formulário web, 7,5% por e-mail, 7,5% pessoalmente e 5% por whatsapp, conforme pode-se observar na figura abaixo. Quanto aos principais assuntos abordados, destacam-se Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde, sendo que estes dois assuntos juntos representam 60% do total dos registros, conforme quadro abaixo.

ASSUNTO	Qt Manifestações	%
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	16	40%
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	8	20%
SAMU	5	13%
GESTÃO	5	13%
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	3	8%
FINANCEIRO	2	5%
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	1	3%
TOTAL	40	

Fonte: Atendimentos da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES/RS.

6. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Para a identificação das necessidades de saúde da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, foi utilizada a coluna de “Necessidade Regional de Saúde” dos Diagnósticos Regionais de Saúde das Regiões de Saúde R1, R2, e R3, conforme o Anexo X - Orientações para a construção do Plano Macrorregional de Saúde, da SES/RS.

7. AS PRIORIDADES SANITÁRIAS MACRORREGIONAIS E RESPECTIVAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES E PRAZOS DE EXECUÇÃO (DOMI)

Para definir as prioridades sanitárias macrorregionais, foi utilizado o Anexo IX - Metodologia de priorização, da SES/RS. Nesse documento, sinaliza-se que para a priorização das necessidades de saúde advindas dos Diagnósticos Regionais de Saúde deve ser utilizada a coluna de “Ações e serviços de saúde” da matriz de identificação das necessidades regionais constantes nos Diagnósticos Regionais de Saúde”.

No Plano Macrorregional de Saúde, a sugestão foi de trabalhar com até 20 prioridades sanitárias macrorregionais. Este número deve-se à racionalidade de implementar efetivamente ações e serviços para a Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, de forma incremental, no sentido de organizar as Redes de Atenção à Saúde do território - visando, em última análise, melhorar a situação de saúde da população.

Para isso, foi construído um formulário de priorização, no Google Forms, no qual as 275 necessidades sanitárias regionais, das Regiões de Saúde R1, R2 e R3, foram priorizadas pelos gestores municipais de saúde e técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde, no período de 18 a 26/10/2022. Para cada necessidade sanitária regional foi atribuído um valor de 1 a 10, para os seguintes atributos: 1) Magnitude; 2) Gravidade; 3) Tendência; 4) Aceitabilidade; 5) Exequibilidade/Governança das Redes de Atenção à Saúde; 6) Impacto regional, sendo que os atributos 5 e 6 tinham peso dobrado, considerando a perspectiva da regionalização - conforme o Anexo IX (Orientações para a priorização das necessidades de saúde da Macrorregião de Saúde) do Planejamento Regional Integrado, da SES/RS. Foram recebidas 58 respostas, sendo que 34 municípios dos 44 da macrorregião de saúde Centro-Oeste responderam.

Quanto às quatro diretrizes definidas, elas se relacionam com a organização das Redes de Atenção à Saúde, do território da Macrorregião de Saúde. Abaixo apresenta-se as 20 prioridades sanitárias macrorregionais por ordem de pontuação, bem como o quadro das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) relativas a essas prioridades.

Ação/Serviço de saúde	Nota (0-10)
1) Habilitação de leitos de UTI Pediátrica	8,20
2) Consulta em Neurologia – Pediatria: aumentar a possibilidade de acesso buscando outras referências	8,05

3) Manutenção e priorização da presença de pediatra na sala de parto	8,04
4) Ampliação da oferta de exames de ultrassonografia e mamografia	7,76
5) Consulta e exames em cardiologia especializada e consulta em cirurgia cardíaca (acesso a procedimentos de alta e média complexidade)	7,73
6) Ampliação do número de leitos de UTI Neonatal (mais 3 leitos) conforme Plano Regional da Rede Cegonha, que já possui parecer de mérito favorável pelo Ministério da Saúde	7,69
7) Regulação dos leitos obstétricos de alto risco pelo Estado	7,58
8) Promoção de oferta de serviço especializado para remoção de gestantes de alto risco	7,57
9) Captação precoce de gestantes, garantindo maior acompanhamento e número de consultas de pré-natal	7,56
10) Disponibilizar o acesso aos usuários do SUS aos atendimentos nos serviços de cardiovascular	7,54
11) Encaminhamento das gestantes de alto risco ao AGAR	7,48
12) Regulação de acesso aos ambulatórios de alto risco (mortalidade materna)	7,44
13) Habilitação de um Centro Especializado em Reabilitação (CER) II - Física e Intelectual	7,38
14) Ampliar a oferta de exames diagnósticos de cardiologia intervencionista, hemodinâmica e cateterismo cardíaco no Hospital Regional Centro (condições crônicas)	7,35
15) Contratar serviços de referência para diagnóstico e tratamento de neoplasias da cavidade bucal	7,34
16) Conclusão, habilitação e início das atividades do CER II - Alegrete	7,30
17) Habilitação de serviço em reabilitação intelectual	7,28
18) Contratualização de empresa de transporte para recém-nascidos que necessitam UTI neonatal e gestantes de alto risco com ambulância lotada no município sede da região	7,28
19) Aumentar a oferta de consultas em cardiologia clínica e cirúrgica no Hospital Regional Centro (condições crônicas)	7,28
20) Regulação e qualificação dos equipamentos de mamografia dos prestadores de serviço	7,27

Diretriz 1: Fortalecimento da atenção da rede materno, paterna e infantil

Objetivos	Metas	Indicadores	Tipo de Indicador *
Qualificar a assistência ao parto (Saúde Mulher e Criança)	Garantir presença de pediatra em 100% dos partos	Proporção de pediatras em salas de parto	Estrutura
	Garantir regulação de 100% dos leitos obstétricos de alto risco	Número de leitos obstétricos de alto risco regulado	Processo
	Assegurar o número de 6 a 7 consultas de pré-natal	Número de consultas de PN por gestante	Resultado
	Encaminhar 100% das gestantes de alto risco ao AGAR reguladas pelo GERCON	Proporção de gestantes de alto risco atendidas no AGAR (Número de gestantes de alto risco atendidas no AGAR/gestantes de alto risco)	Processo
Ampliar e qualificar exames de ultrasonografia e mamografia	Ampliar os exames de mamografia e de ultrasonografia	Número de exames de mamografia realizados Número de exames de ultrasonografia realizados	Processo
	Regular e qualificar equipamentos de mamografia	Ampliar as conformidades das imagens mamográficas no Programa Ação Permanente de Avaliação da Imagem Mamográfica por Fantoma no Estado do Rio Grande do Sul de 56,6% para 75%	Processo
Ampliar e qualificar a atenção neonatal e pediátrica na RUE	Habilitar 10 Leitos de UTI Pediátrica	Número de leitos de UTI Pediátrica habilitados na macrorregião de saúde	Estrutura
	Habilitar 8 leitos de UTI Neonatal adequado ao Plano Regional da Rede Cegonha	Número de leitos de UTI Neonatal habilitados na macrorregião de saúde	Estrutura

Diretriz 2: Fortalecimento da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

Objetivos	Metas	Indicadores	Tipo de Indicador *
Ampliar e qualificar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (Pessoa com Deficiência)	Habilitar um Centro de Especialidade em reabilitação física, auditiva, intelectual e visual (CER IV) na APAE de Santa Maria	Número de Centros de Especialidade em reabilitação física, auditiva, intelectual e visual habilitado	Estrutura
	Habilitar um Centro de Especialidade em reabilitação física e auditiva (CER II) em Alegrete	Número de centro de especialidade em reabilitação física e auditiva habilitado	Estrutura
	Habilitar um serviço de reabilitação intelectual nas Regiões de Saúde 2 e 3	Número de serviços de reabilitação intelectual habilitados	Estrutura

Diretriz 3: Garantia de acesso e qualidade na atenção secundária e terciária de saúde

Objetivos	Metas	Indicadores	Tipo de Indicador *
Ampliar e qualificar a atenção da rede cardiovascular	Habilitar uma nova referência macrorregional com serviço de assistência de alta complexidade em cardiovascular e intervencionista no Hospital de Caridade de Santiago	Nº de serviços habilitados de alta complexidade em cardiovascular e intervencionista na macrorregião de saúde	Estrutura
	Ampliar a oferta de exames de diagnóstico em cardiologia intervencionista e hemodinâmica para a macrorregião de saúde Centro-Oeste	Nº de exames de diagnóstico em cardiologia intervencionista e hemodinâmica ofertados na macrorregião de saúde	Processo
	Aumentar a oferta de consultas em cardiologia clínica e cirúrgica no Hospital Regional de Santa Maria para a macrorregião Centro-Oeste	Nº de consultas em cardiologia clínica e cirúrgica ofertadas na macrorregião de saúde	Processo
	Garantir 100% de acesso aos usuários do SUS em atendimentos nos serviços de cardiovascular	Nº de atendimentos em cardiovascular na macrorregião de saúde	Processo
Ampliar acesso na especialidade de neurologia pediátrica (MAC)	Habilitar referência em neurologia pediátrica para a macrorregião de saúde centro-oeste	Nº de serviços habilitados em neurologia pediátrica na macrorregião de saúde	Estrutura
Ampliar serviços para diagnóstico e tratamento de neoplasias da cavidade bucal (MAC/Saúde Bucal)	Habilitar serviço de referência macrorregional em oncologia cabeça e pescoço	Nº de serviços habilitados em oncologia cabeça e pescoço na macrorregião de saúde	Estrutura

Diretriz 4: Qualificação da Rede de Urgência e Emergência

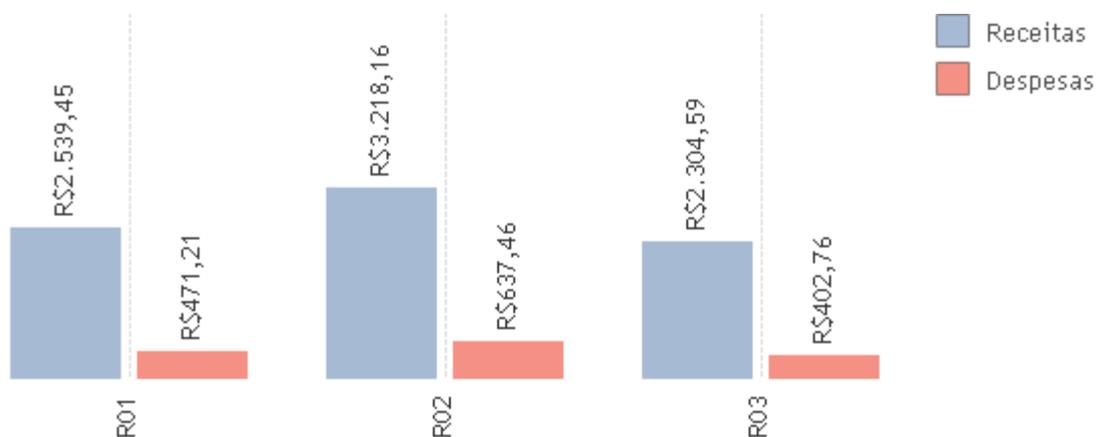
Objetivos	Metas	Indicadores	Tipo de indicador *
Ofertar o transporte sanitário especializado à gestante de alto risco e neonatal (Saúde da Mulher/Criança/R UE)	Garantir o transporte de 100% das gestantes de alto risco reguladas para remoção	Nº de gestantes de alto risco reguladas para transporte	Estrutura
	Contratar empresa de transporte sanitário para RN e gestante de alto risco com sede em cada região de saúde que contemple o tempo/resposta adequado	Nº de empresas de transporte sanitário para RN e gestante de alto risco contratadas por região de saúde	Processo

8. AS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS NO ESPAÇO REGIONAL

Após a Macrorregião de Saúde definir suas prioridades sanitárias, com suas respectivas Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI), é importante que os gestores possam discutir e identificar as responsabilidades individuais e solidárias de cada ente em relação ao que foi pactuado, incluindo questões relativas à operacionalização das pactuações do Plano Macrorregional de Saúde, sejam elas expressas por meio das DOMI, nas Ações e Serviços de Saúde ou no financiamento.

Quanto ao financiamento em saúde da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, observou-se para a análise de dados a série temporal de sete anos (2015 a 2021), disponível no Painel BI PRI (<http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>), na aba Financiamento.

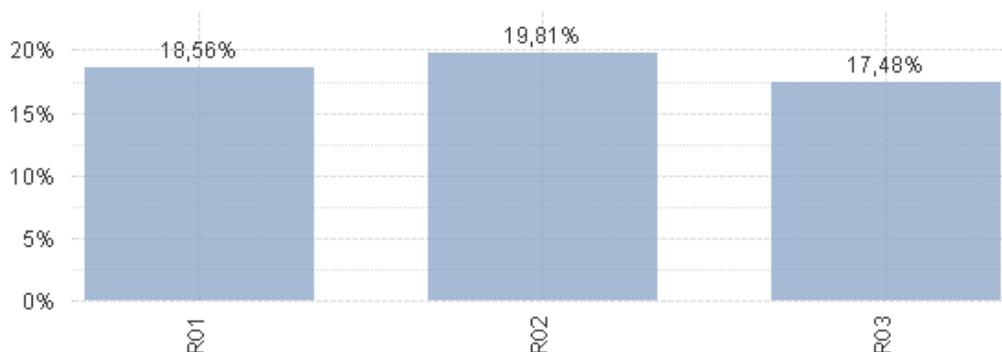
Figura 58. Receita de Impostos Líquida e Transferências Constitucionais e Legais (RLIT) *per capita* e Despesa com recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde *per capita*, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2021.



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Conforme a Figura 58, a maior Receita de Impostos Líquida e Transferências Constitucionais e Legais (RLIT) *per capita* e Despesa com recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde *per capita*, na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, situou-se, no ano de 2021, na Região de Saúde R2, seguida da R1 e R3. Em relação ao Percentual da receita própria municipal aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde, conforme a Emenda Constitucional (EC) 29/2000, considerando o mínimo constitucional de aplicação municipal 15%, *per capita*, tal situação também se manteve (Figura 59).

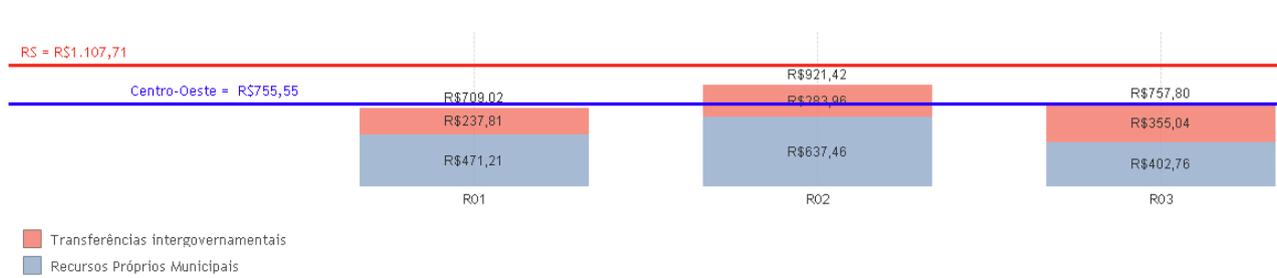
Figura 59. Percentual da receita própria municipal aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde, conforme a Emenda Constitucional (EC) 29/2000, considerando o mínimo constitucional de aplicação municipal 15%, *per capita*, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2021.



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Relativo à despesa total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (recursos municipais, estaduais e federais) *per capita* na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, no ano de 2021, pode ser observado o seguinte cenário apresentado na Figura 60. Apenas a Região de Saúde R1 (Verdes Campos) ficou com um valor abaixo da média da macrorregião de saúde (R\$ 755,55). No entanto, nenhuma das três regiões de saúde alcançou o valor médio do Estado do Rio Grande do Sul (R\$ 1.107,71), estando mais próximo somente a Região de Saúde R2 (Entre-Rios), com o valor de R\$ 921,42 - conforme pode ser observado abaixo.

Figura 60. Despesa total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (recursos municipais, estaduais e federais) *per capita*, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2021.

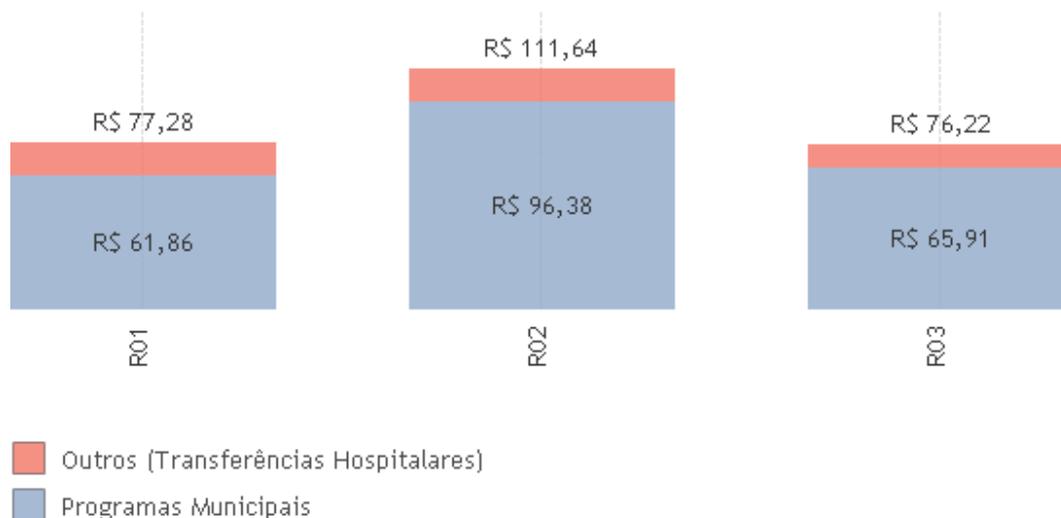


Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Quanto às transferências de recursos estaduais do Tesouro do Estado do Rio Grande do Sul aos fundos municipais de saúde, *per capita*, da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, no ano de 2021, os maiores valores também foram identificados na Região

de Saúde R2 - tanto em relação aos programas municipais quanto às transferências hospitalares (Figura 61).

Figura 61. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde per capita, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2021.



Sistema de Finanças Públicas do Estado (FPE)/Secretaria da Fazenda/RS.

9. PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (PGASS)

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) é uma das etapas do Planejamento Regional Integrado (PRI) e consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores interfederativos, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) a serem desenvolvidos, no âmbito da Macrorregião de Saúde, buscando a otimização dos recursos físicos e financeiros e contribuindo para a conformação e organização da Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Abrange as ações de assistência à saúde (atenção básica/primária à saúde, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar), de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica, da saúde do trabalhador e em saúde ambiental) e de assistência farmacêutica, de interesse regional, constantes na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), a serem realizadas no território (Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado - BRASIL, 2018).

A PGASS é um processo mais amplo e que busca justamente subsidiar a organização do sistema com base em necessidades de saúde, não apenas em série

histórica ou na oferta dos serviços. Há alguns anos o Ministério da Saúde tem trabalhado no desenvolvimento de tecnologias que auxiliem na operacionalização destes processos com base em necessidades de saúde da população e prioridades estabelecidas pelos gestores envolvidos, a exemplo: o ProgramaSUS.

O ProgramaSUS (Sistema de Programação de Ações e Serviços de Saúde) consiste em um sistema que dá suporte à implantação da PGASS, conforme metodologia proposta pelo Ministério da Saúde, a partir de diretrizes aprovadas na Comissão Intergestores Tripartite (Guia do Usuário do ProgramaSUS). Conforme informações do Ministério da Saúde, o ProgramaSUS está passando por um processo de atualização no DATASUS/Ministério da Saúde, e encontrava-se indisponível, até a finalização deste documento. Nesse sentido, considerando que o ProgramaSUS atualmente não se encontra disponível para a modelagem da PGASS, numa próxima revisão ou atualização do Plano Macrorregional de Saúde este item (PGASS) poderá ser contemplado.

10. A IDENTIFICAÇÃO DOS VAZIOS ASSISTENCIAIS E EVENTUAL SOBREPOSIÇÃO DE SERVIÇOS ORIENTANDO A ALOCAÇÃO DOS RECURSOS DE INVESTIMENTO E CUSTEIO DA UNIÃO, ESTADOS, MUNICÍPIOS, BEM COMO DE EMENDAS PARLAMENTARES

Conforme o Anexo X - Orientações para a construção do Plano Macrorregional de Saúde, da SES/RS, este tópico ficará sob a responsabilidade do Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS), considerando-se a dinamicidade da pactuação das referências macrorregionais - e que o planejamento em saúde é processual e um instrumento “vivo”, estando em constante modificação. Nesse sentido, tais temas poderão ser melhor explorados nos Planos de Ação e nos Planos de Governança macrorregionais, a serem desenvolvidos nas próximas etapas do Planejamento Regional Integrado, na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, do Estado do Rio Grande do Sul.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do Planejamento Regional Integrado (PRI), começou em 2018 com a apresentação da realidade sócio sanitária - Diagnósticos Regionais de Saúde - referente a cada uma das Regiões de Saúde (R1, R2 e R3), que estão localizadas na parte Centro-Oeste do Rio Grande do Sul. A partir disso, avançou-se para a constituição de maior amplitude territorial, constituindo assim o espaço macrorregional de saúde, o qual apresenta realidades e necessidades de saúde diferenciadas. Nesse sentido, a formulação e definição das prioridades de saúde que contemplassem as demandas de tais Regiões de Saúde, foi um processo muito desafiador e pedagógico para uma nova cultura de planejamento.

Acredita-se que tenha sido desafiador porque exigiu muito esforço conjunto para agregar os Municípios, pactuar e debater macrorregionalmente o Planejamento Regional Integrado. A respeito da parte pedagógica, esta provocou novos aprendizados e, em especial, o início da mudança da cultura individualista do pensar ações e soluções para a garantia de acesso e qualificação da atenção à saúde da população em uma Macrorregião de Saúde caracterizada por grandes distâncias entre os Municípios (R3, 10ª CRS), por diferenças culturais, a exemplo da população de fronteira e concentração de serviços especializados na Região de Saúde Verdes Campos (R1), a qual contempla o município de Santa Maria.

Na discussão da matriz de necessidades sanitárias macrorregionais foi identificado, a partir da metodologia aplicada com o grupo técnico e gestores, que nossas demandas de organização de serviços, acesso e qualificação se situam em grande parte na média e alta complexidade - especialmente na área da saúde da mulher, doenças crônicas e atenção à saúde das pessoas com deficiências. Entre elas, alguns fortemente demandados pelos gestores municipais de saúde, como os serviços especializados: cirurgia geral, ginecologia, pediatria clínica e cirúrgica, cabeça e pescoço, aparelho digestivo, cardiovascular, psiquiatria e neurologia infantil, urologia, oftalmologia, neurocirurgia, neurocirurgia pediátrica, traumatologia e mastologia.

Inicialmente foram apresentadas e discutidas pelas áreas técnicas da 4ª CRS e 10ª CRS, juntamente com os gestores municipais de saúde, um total de 274 necessidades de saúde. Posteriormente, as mesmas foram revisadas e priorizadas por todos de forma *online* – por meio de um formulário do *google forms* -, onde as 20 prioridades sanitárias mais votadas seriam inicialmente priorizadas para a constituição do Plano Macrorregional de Saúde.

Esta etapa do processo de formulação do plano foi extremamente complexa, pois implicava em necessária integração entre as regiões de saúde. Considerando os prazos e o envolvimento macrorregional apontamos que uma das potencialidades da elaboração deste trabalho foi a possibilidade de reconhecimento dos serviços e Redes de Atenção à Saúde de forma ampliada, demonstrando o quanto estas regiões de saúde com realidades muito diferentes podem aprender e desenvolver ações integradas na busca da concretização da regionalização de saúde, de acordo com as efetivas necessidades destes territórios, visando melhorar a situação de saúde da população.

Assim sendo, buscaremos que as deliberações provenientes deste plano sejam incorporadas aos processos de elaboração, execução e monitoramento já existentes (Plano Estadual de Saúde, Plano Plurianual, entre outros instrumentos de planejamento e gestão), assim o trabalho do planejamento não se esgota com a finalização da escrita deste material, já que este é cíclico, processual e contínuo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado**. Brasília, DF, set. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integrado.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução Nº 10, de 08 de dezembro de 2016. Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, edição 237, Seção 1, pag. 95, 12 dez. 2016, DF, 2016. Disponível em: www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/RESOLUCAO-N_10_16.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução Nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, edição 159, Seção 1, pag. 96, 18 ago. 2017. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução Nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União, edição 58, Seção 1, pag. 135, 26 mar. 2018. Brasília, DF, 2018. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/RESOLUCAO-N-37-DE-22-DE-MARCO-DE-2018.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução Nº 44, de 25 de abril de 2019. Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado. Diário Oficial da União, edição 95, Seção 1, pag. 114, 20 mai. 2019. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2019/resolu-o-n-44-de-25-de-abril-de-2019.pdf/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017. Título IV - Do Planejamento. Capítulo I - Das diretrizes do processo de planejamento no âmbito do SUS (art. 94 ao art. 101) (Origem: PRT MS/GM 2135/2013). Brasília, DF, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF, 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. (Série Articulação Interfederativa; v. 4). Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, pag. 1-3, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Crerios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Avaliação, Regulação e Controle. **EstimaSUS**: Estimativa de Necessidades da Atenção Especializada. Categoria A. Estimativa de Necessidades Ambulatoriais. Tutorial v. 2021. Brasília, Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://estimasus.saude.gov.br/pdf/Manual%20Usua%CC%81rio%20-%20Estimativa%20de%20Necessidades%20Ambulatoriais%20-%202021.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/inicial>



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE METROPOLITANA

Organização: Grupo de Trabalho
Planejamento Regional Integrado da
macrorregião metropolitana/RS

Porto Alegre, ____ de ____ de 2022.

Governador do Estado

Ranolfo Vieira Júnior

Secretária de Estado da Saúde

Arita Bergmann

Secretária Adjunta de Estado da Saúde

Ana Lúcia Pires Afonso da Costa

Presidente do Conselho Estadual da Saúde

Claudio Augustin

Assessoria de Gestão e Planejamento

Cristian Fabiano Guimarães

Assessoria de Comunicação Social

Neemias Freitas

Assessoria Jurídica

Maria Cláudia Mulinari

Fundo Estadual de Saúde

Meriana Farid El Kek

Departamento de Auditoria do SUS

Bruno Leonardo Naundorf Santos

Ouvidoria do SUS/RS

Amanda Ciarlo Ramos

Departamento Administrativo

Vera Lucia da Silva Oliveira

Escola de Saúde Pública

Terezinha Valduga Cardoso

Departamento de Unidades Próprias

Suelen da Silva Arduin

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde

Péricles Stehmann Nunes

Departamento de Gestão da Atenção Especializada

Lisiane Wasem Fagundes

Departamento de Gestão de Tecnologias e Inovação

Maurício Reckziegel

Departamento de Regulação Estadual

Eduardo de Albuquerque Nunes Elsade

Departamento de Assistência Farmacêutica

Simone Pacheco do Amaral

Centro Estadual de Vigilância em Saúde

Tani Maria Schilling Ranieri

Departamento Estadual de Sangue e Hemoderivados

Kátia Maria Minuzzi Brodt

APRESENTAÇÃO

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS), em articulação com os municípios e participação da União, conforme previsto no art. 2º da Resolução CIT nº 37 de 22/03/2018 e considera as definições pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS), através da Resolução CIB/RS nº 188/2018. O início de seu desenvolvimento ocorreu em 2019 com a construção dos Diagnósticos Regionais de Saúde das sete regiões e formação dos Grupos de Trabalho regionais (GT PRI). Com a pandemia, o processo foi retomado somente no último quadrimestre de 2021. De 2021 a 2022, foram atualizadas as necessidades regionais das sete regiões que compõem a macrorregião metropolitana, foram determinadas as prioridades regionais e macrorregionais a partir da utilização da matriz de priorização e da constituição do GT PRI Macrorregional. A última e mais longa etapa constituiu-se na produção deste Plano Macrorregional de Saúde.

O Plano Macrorregional de Saúde é um documento operativo, a fim de que possa nortear efetivamente o processo de planejamento na macrorregião de saúde. O Plano Macrorregional de Saúde da macrorregião Metropolitana foi construído ao longo do ano de 2022, pelos integrantes do Grupo de Trabalho Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Metropolitana (GT PRI). O mesmo é composto por gestores e técnicos municipais de saúde das sete Regiões de Saúde (4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10), técnicos da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), técnicos da 18ª Coordenadoria de Saúde, representantes do Conselho Estadual de Saúde (CES), técnico da Assessoria de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde (AGEPLAN SES/RS), por representante do Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa do Ministério da Saúde (SEINSF/MS) e por três apoiadores do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS).

O presente material foi construído com base no Anexo X (https://ti.saude.rs.gov.br/bi/file/planejamento_regional_integrado/Anexo%20X%20-%20Orienta%C3%A7%C3%B5es%20Plano%20Macrorregional%20de%20Sa%C3%BAde.pdf) e pretende qualificar as discussões acerca de: **a.** A identificação do espaço regional ampliado **b.** A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada; **c.** As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; **d.** As responsabilidades dos entes federados no espaço regional; **e.** A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional; **f.** A programação geral das ações e serviços de saúde; **g.** A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de

investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares, no âmbito da macrorregião metropolitana do RS.

Autores:

Grupo de Trabalho macrorregião metropolitana para o Planejamento Regional Integrado

<i>1 Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)</i>	<i>18 Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)</i>
Ane Nantal: email:ane-nantal@saude.rs.gov.br	Janete Ferri Teixeira email:Janete-teixeira@saude.rs.gov.br
Sergio:Sergio Luiz Silva Bratkowski email:sergio-bratkowski@saude.rs.gov.br	Maristela C R de Lima email: maristela-lima@saude.rs.gov.br
Susana Cristina Nunes email:susana-nunes@saude.rs.gov.br	Ana Cardinale Pereira Souza email: ana-cardinale@saude.rs.gov.br
Ramsés Gazzola de Araujo email:ramses-araujo@saude.rs.gov.br	Anne Andrea Dockhorn Marth email: anne-marth@saude.rs.gov.br
Karina Alida Guisso Vitória: email: karina-vitoria@saude.rs.gov.br	Bruna Rech Wagner email: bruna-wagner@saude.rs.gov.br
<i>Região 06</i> Simone-Igrejinha titular: email:samaral@igrejinha.rs.gov.br	Camila Sebastião Model email: camila-model@saude.rs.gov.br
São Francisco de Paula titular: Marisa Nunes Lima email:smscentralregulacaomarisa@gmail.com	Fernanda Oliveira email: fernanda-oliveira@saude.rs.gov.br
Taquara suplente: Mariane Farias email: gestaosaudetaquara@gmail.com	Maria Aparecida Famer email:maria-famer@saude.rs.gov.br
<i>Região 07</i> Paula Suseli Silva de Bearzi-São Leopoldo email:paulasuseli@yahoo.com.br paula.bearzi@saoleopoldo.rs.gov.br	Silvana Pivatto Medeiros email:silvana-pivatto@saude.rs.gov.br
Novo Hamburgo:Josiane Gisele Bressan - email: josianegb@novohamburgo.rs.gov.br	Valkíria de Lima Braga email: valkíria-braga@saude.rs.gov.br
Vania Horbach email:vaniahb@novohamburgo.rs.gov.br	<i>Região 04 e Região 05</i> Arroio do Sal : Vanusa dos Santos e Secretário Diego Feldmann titular email:aps@arroiodosal.rs.gov.br

Marcelo Secretário SMS: Ivoti-titular email: saude@ivoti.rs.gov.br	Imbé: Vinicius Wundervald Muller titular email: vilu1605@hotmail.com
Marta Reichert: Sapiranga suplente: martareichert@sapiranga.rs.gov.br	Capivari do Sul: suplente Sec.Marinez Borges Marcos de Souza email:
Região 08 Sapucaia do Sul-titular Laercio Kerber email:laercio.kerber@sapucaiaodosul.rs.gov.br	Tavares: Soraia Prestes de Souza email:soraiaklosinski@gmail.com
Maria Cristina de Almeida email:cristinalmeyda@gmail.com	Tramandai: suplente Ana Paula Barrufi email:anabarrufi13@gmail.com
Canoas-titular Eloir Vial email: eloir.vial@canoas.rs.gov.br	Nára Lúcia Konrath email:naralucia@tramandai.rs.gov.br
Amanda Barros email: amanda.barros@canoas.rs.gov.br	Luciano Von Saltiel email: lvsaltiel@hotmail.com
Região 09 Chувисca :Fabricio Soares de Medeiros email: saude@chувисca.rs.gov.br	Ministério da Saúde-SEINSF RS Débora Spalding Verdi-titular email:debora.verdi@saude.gov.br
Charqueadas: Breno Machado email: breno.jmachado@hotmail.com	Cláudia Itaborahy Ferreira-suplente email:
Butiá:Gislaine Zineli email:gislainezineli@gmail.com	Assessoria de Planejamento -AGEPLAN Évilin Costa Gueterres email:evilin-gueterres@saude.rs.gov.br
Minas do Leão :Jociane Puchpon email: jocianepuchpon@hotmail.com	Conselho Estadual de Saúde-CES Titular:Conselheiro Sr. Jaime Braz Bianchin Ziegles email: jbziegler@outlook.com.br
Cristal:Susana krolow Ehlert susanakrolowe@gmail.com	Suplente:Conselheiro: Sr. Paulo Casa Nova: email: paccnova@gmail.com
Região 10 Viamão: Thais Silva Schadek email: thais.schadek@hotmail.com direcaodcaa.saude@viamao.rs.gov.br	COSEMS/RS:
Porto Alegre:Kelma Nunes Soares / Christiane Nunes de Freitas	regiões 04 e 05 Apoiadora Regional de Gestão Pamella

email:kelma@portoalegre.rs.gov.br	Morette email:pamella.morette@cosemrs.org.br
Alvorada: Jociane Hoff email:jociane-hoff@alvorada.rs.gov.br	regiões 06, 07, 08 Apoiador Regional de Gestão Mario Neto email: mario.neto@cosemrs.org.br Michele Eichelberger email:michele.eichelberger@cosemrs.org.br
Gravatá: Simone Stochero Kummer email:simone1974@gmail.com	regiões 09 e 10 Apoiadora Regional de Gestão Violeta Rodrigues Aguiar email:violeta.aguiar@cosemrs.org.br
Patricia Silva da Silva email:sms.direcaoregulacao@gravatai.rs.gov.br	

LISTA DE FIGURAS

Título da Figura	Página
FIGURA 01: Mapa do RS com as macrorregiões e regiões de saúde	
FIGURA 02: População residente na macrorregião metropolitana por região de saúde	
FIGURA 03: Pirâmides etárias das regiões de saúde	
FIGURA 04: Densidade demográfica por região de saúde na macrorregião metropolitana	
FIGURA 05: Relação da população domiciliada e flutuando no litoral gaúcho/RS	
FIGURA 06: Proporção de idosos por região de saúde na macrorregião metropolitana de 1991 a 2017	
FIGURA 07: Renda média domiciliar per capita por região de saúde na macrorregião metropolitana (1991-2010)	
FIGURA 08: Renda média por raça/cor	
FIGURA 09: Proporção de pessoas com baixa renda por região de saúde/macrorregião metropolitana (1991-2010)	
FIGURA 10: Taxa de desemprego por Região de Saúde	
FIGURA 11: Taxa de Trabalho Infantil por Região de Saúde/ macrorregião metropolitana (2013)	
FIGURA 12: Taxa de Analfabetismo por Região de Saúde/ macrorregião metropolitana(1991-2010)	
FIGURA 13: Disposição inadequada de esgoto doméstico por Região de Saúde/ macrorregião metropolitana (1991-2010)	
FIGURA 14: Cobertura de coleta de lixo por Região de Saúde/ macrorregião metropolitana (1991-2010)	
FIGURA 15: Cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção por Região de Saúde/ macrorregião metropolitana (2014 a 2020).	
FIGURA 16: Cobertura vacinal por Região de Saúde/ macrorregião metropolitana (2019 a 2021)	
FIGURA 17: Principais causas de internação na macrorregião metropolitana, 2016 a 2020.	
FIGURA 18: Principais causas de mortalidade masculina na macrorregião metropolitana, 2016 a 2020	
FIGURA 19: Principais grupos de óbitos por causas externas em homens da	

macrorregião metropolitana, 2020	
FIGURA 20: Principais causas de mortalidade feminina na macrorregião metropolitana, 2016 a 2020	
FIGURA 21: Principais grupos de óbitos por causas externas em mulheres da macrorregião metropolitana, 2020	
FIGURA 22: Taxa de notificação por tipos de violência na macrorregião metropolitana e no estado, 2020	
FIGURA 23: Taxa de mortalidade por causas externas na macrorregião metropolitana e no estado, 2020	
FIGURA 24: Taxa de internações SUS devido ao Risco de suicídio, na Macro Metropolitana, 2016-2020	
FIGURA 25: Taxa de mortalidade por suicídio entre as regiões de saúde da metropolitana e no estado, 2016 a 2020	
FIGURA 26: Taxa de mortalidade por suicídio entre as regiões de saúde da metropolitana e no estado, 2016 a 2020	
FIGURA 27: Taxa de Mortalidade Infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), metropolitana e RS, 2016-2020	
FIGURA 28: Tipo de parto (%), metropolitana e RS	
FIGURA 29: Taxa de mortalidade materna metropolitana e RS (100.000 nascidos vivos)	
FIGURA 30: Taxa de internação por diabetes por região de saúde da macrorregião metropolitana	
FIGURA 31: Taxa de mortalidade por Diabetes por região de saúde da macrorregião metropolitana	
FIGURA 32: Taxa de internação por doenças do aparelho circulatório/ macrorregião metropolitana	
FIGURA 33: Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório/ macrorregião metropolitana	
FIGURA 34: Taxa de internação por doenças do aparelho respiratório/ macrorregião metropolitana	
FIGURA 35: Taxa de mortalidade por doenças do ap. respiratório/ macrorregião metropolitana	
FIGURA 36: Taxa de internação por neoplasias nas regiões de saúde da macrorregião metropolitana	
FIGURA 37: Taxa de mortalidade por neoplasias/ macrorregião metropolitana	
FIGURA 38: Número de casos novos notificados de HIV, macrorregião	

metropolitana, RS, 2016 - 2020	
FIGURA 39: Taxa de detecção de HIV em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) segundo região de residência. Rio Grande do Sul, 2019	
FIGURA 40: Número de casos de HIV notificados no SINAN, segundo local de residência e ano de diagnóstico. Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul, 2009- 2019	
FIGURA 41: Taxa bruta de óbito por Aids (100.000 habitantes), macrorregião metropolitana, RS, 2016 - 2020	
FIGURA 42 : Taxa de detecção de casos de hepatite C segundo região de residência e ano de notificação. Brasil, 2010 a 2020	
FIGURA 43 : Coeficiente de incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes). macrorregião de Saúde metropolitana, RS, 2016 -2020	
FIGURA 44 : Coeficiente de Incidência de Hepatite Viral B e C/100.000 hab. - metropolitana (2013- 2017)	
FIGURA 45: Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em gestantes (1.000 nascidos vivos), macrorregião de Saúde metropolitana, RS, 2016 - 2020	
FIGURA 46 : Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), RS, 2015-2019	
FIGURA 47 :Taxa de detecção de casos novos de sífilis em menores de 1 ano (1.000 nascidos vivos, na macrorregião de Saúde metropolitana. RS, 2016-2020	
FIGURA 48 : Taxas de Incidência Sífilis Gestante e Congênita (2013-2017)	
FIGURA 49: Média dos indicadores de desempenho do Previnde Brasil da macrorregião metropolitana do Rio Grande do Sul de 2020-2021	
FIGURA 50: Componentes da Rede de Urgência e Emergências(RUE)	
FIGURA 51: Existência de setor ou grupo de apoio estruturado à gestão municipal, 2022	
FIGURA 52: Situação quanto a existência de NUMESC, 2022	
FIGURA 53: Situação do Plano Municipal de Saúde, agosto 2022	
FIGURA 54: Situação da Programação Anual de Saúde, agosto 2022	
FIGURA 55 - Blocos de financiamento dos recursos financeiros federais, RS, 2022	
FIGURA 56: Financiamento do Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), RS, 2022.	
FIGURA 57- Percentual de gasto em saúde com receita própria dos municípios da macrorregião metropolitana RS, 2022.	
FIGURA 58:Despesa total dos municípios da macrorregião metropolitana, RS, 2020	

FIGURA 59:Despesa total em saúde no âmbito do SUS por região gaúcha, RS	
FIGURA 60:Total de pagamentos realizados com recursos estaduais, 2022	

LISTA DE QUADROS

	Página
QUADRO 01: População por região de saúde, CRS e macrorregião	
QUADRO 02: Cobertura vacinal nas regiões de saúde da metropolitana	
QUADRO 03: Mortalidade da macrorregião metropolitana por principais grupos de causas	
QUADRO 04: Óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório por Grupo CID-10 e faixa etária	
QUADRO 05: Total de Estabelecimentos por tipologia na Macrorregião Metropolitana	
QUADRO 6: Total de Recursos Humanos por CBO segundo Ocupações de Nível Superior na Macrorregião Metropolitana	
QUADRO 7: Total de Recursos Humanos por CBO segundo Ocupações de Nível Técnico e auxiliar na Macrorregião Metropolitana	
QUADRO 8: Total de Recursos Humanos por CBO segundo Ocupações de Nível elementar na Macrorregião Metropolitana	
QUADRO 9: Total de Recursos Humanos por CBO segundo Ocupações administrativas na Macrorregião Metropolitana	
QUADRO 10: Total de Recursos Físicos(Equipamentos) na Macrorregião Metropolitana em 2022	
QUADRO 11: Situação das regiões de saúde quanto ao número de equipes e cobertura populacional, julho de 2022	
QUADRO 12: Relação de estabelecimentos da RUE que constam no SCNES 2022 da macro metropolitana	
QUADRO 13: Relação dos municípios aptos a adesão do Programa Chamar 192 da macrorregião metropolitana	
QUADRO 14: Relação dos municípios da macro metropolitana sem cobertura de SAMU suporte avançado, 2022.	
QUADRO 15: Relação dos municípios com UPA na macrorregião metropolitana do RS, 2022.	
QUADRO 16: Relação de cobertura dos municípios da macrorregião metropolitana com serviço de urgência e emergência local ou de referência	
QUADRO 17: Número de leitos de AVC por hospital	
QUADRO 18: Relação de equipes de atenção domiciliar na macrorregião metropolitana	

QUADRO 19:Relação dos Residenciais terapêuticos da macrorregião metropolitana, 2022.	
QUADRO 20 Situação da macrometroplritana quanto a implantação das PICS	
QUADRO 21:Taxa média de internações por habitante e total por região da macrorregião metropolitana RS, 2022	
QUADRO 22:Situação dos indicadores de desempenho dp Previne Brasil das Regiões que compõem a macrorregião metropolitana	
QUADRO 23:Média regional de cobertura vacinal da COVI-19 a gestantes da macrorregião metropolitana, RS, 2022	
QUADRO 24: Situação dos leitos de UTI neonatal na macrorregião	
QUADRO 25: Situação dos leitos clínicos pediátricos na macrorregião	
QUADRO 26: Situação dos leitos de UTI pediátrica na macrorregião	
QUADRO 27: Situação dos leitos obstétricos na macrorregião metropolitana, RS, 2022.	
QUADRO 28- Situação quanto a disponibilidade de mamógrafo nas regiões da macro metropolitana, 2022	
QUADRO 29:Relação das referências das reabilitações na macro metropolitana, RS, 2022	
QUADRO 30: Referências da macro metropolitana dos Centros de atendimento ao usuários com autismo, 2022	
QUADRO 31: Resultado dos indicadores do Previne Brasil, relacionados às condições crônicas não transmissíveis, 2 quadrimestre 2022.	
QUADRO 32- Intervalo mínimo e máximo de percentual da população abastecida com água tratada em SAA e SAC, por região de saúde	
QUADRO 33:Relação dos municípios da macro metropolitana com código sanitário e instância julgadora	
QUADRO 34: Estimativa de necessidade e produção realizada de consultas médicas, por Região de Saúde, 2019	
Quadro 35: Estimativa de necessidade e produção realizada de consultas médicas, por Região de Saúde, 2019	
QUADRO 36: Estimativa de necessidade e produção realizada de mamografias, por Região de Saúde, 2019	
QUADRO 37: Estimativa de necessidade e produção realizada de ultrassonografia obstétrica, por Região de Saúde, 2019	
QUADRO 38: Estimativa de necessidade e produção realizada de	

ecocardiografias, por Região de Saúde, 2019	
QUADRO 39: Estimativa de necessidade e produção realizada de ultrassonografia, por Região de Saúde, 2019	
QUADRO 40: Estimativa de necessidade e produção realizada de tomografia, por Região de Saúde, 2019	
QUADRO 41. Estimativa de necessidade e produção realizada de ressonância magnética, por Região de Saúde, 2019	
QUADRO 42: Estimativa de necessidade e produção realizada de exames de análises clínicas, por Região de Saúde, 2019	
QUADRO 43: Referências existentes na macrometropolitana RS,2022	
QUADRO 44: Gasto anual dos municípios da macrorregião metropolitana RS, 2021	
QUADRO 45: Recurso de emenda estadual e federal recebida pelos municípios da macrorregião metropolitana, 2022	
QUADRO 46:Relação dos indicadores de pactuação estadual do RS, 2022	

LISTA DE TABELAS

	Página
TABELA 1: Nascimentos por região de saúde da metropolitana, 2020	
TABELA 2 - Casos confirmados e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet 2021	
TABELA 3 : Distribuição dos leitos UTI ADULTO da macrorregião metropolitana, 2022.	
TABELA 4 : Série Histórica dos Leitos de UTI Adulto/Coronariana disponíveis ao SUS por 100 mil habitantes das sete regiões que compõem a macro metropolitana RS de 2009 a 2021	

LISTA DE MAPAS

Título do Mapa	Página
MAPA 1: Distribuição do SAMU suporte basico na macrorregião metropolitana, RS, 2022	
MAPA 2: Distribuição da SAMU suporte avançado na macrorregião metropolitana, RS, 2022	
MAPA 3: Mapa da localização dos hospitais SUS na macro metropolitana e as portas de entrada em 2022	
MAPA 4: Localização dos hospitais da macrorregião metropolitana com atendimento AVC, 2022.	
MAPA 5:Distribuição dos CAPS Tipo I,II e II na macrorregião metropolitana, RS, 2022	
MAPA 6 :Distribuição dos CAPS i na macrorregião metropolitana , RS, 2022	
MAPA 7:Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas na macrorregião metropolitana , RS, 2022	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SIGLA	DEFINIÇÃO
AF	Assistência Farmacêutica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
AMLNORTE	Associação dos Municípios do Litoral Norte
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAC	Comissão de Avaliação do Contrato
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEGRAS	Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CGIAE	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CI	Consórcio Intermunicipal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CIGA	Consórcio Intermunicipal de Gestão Ampliada da Região Carbonífera
CIM	Comissão Intergestores Macrorregional
CIR	Comissão Intergestores Regional
CISCAI	Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí
CMFT	Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONREPAR	Consórcio Regional do Paranhana
CPSINOS	Consórcio Público da Associação dos Municípios do Vale do Rio dos Sinos
CRM	Centros Regionais da Macrorregião
CRR	Centros Regionais de Referência

CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DASNT	Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGAE	Departamento de Gestão da Atenção Especializada
DGTI	Departamento de Gestão de Tecnologias e Inovação
DM	Diabetes Mellitus
DPPNO	Domicílios particulares permanentes não ocupados
EMAD	Equipe multiprofissional de atenção domiciliar
EMAP	Equipe multiprofissional de apoio
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
GRANPAL	Consórcio Público da Associação dos Municípios da Região Metropolitana de Porto
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCP	Hospital de Cuidados Prolongados
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IAC	Incentivo de Adesão à Contratualização
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por condições sensíveis à atenção primária
IIP	Índice de infestação predial
LIRA	Levantamento de Índice Rápido do Aedes aegypti
MAC	Média e alta complexidade
MS	Ministério da Saúde

NIS	Núcleo de Informação em Saúde
NUMESC	Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva
NURESC	Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva
PAS	Programação Anual de Saúde
PEVCA	Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes
PICS	Práticas Integrativas e Complementares à Saúde
PIM	Programa Primeira Infância Melhor
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PNE	Pessoa com Necessidades Especiais
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
PPA	Plano Plurianual
PRI	Planejamento Regional Integrado
PROADESS	Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PT	Portaria
RT-PCR	Transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase
QUALIFAR-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde
R10	Região 10 de Saúde
R4	Região 04 de Saúde
R5	Região 05 de Saúde
R6	Região 06 de Saúde
R7	Região 07 de Saúde
R8	Região 08 de Saúde

R9	Região 09 de Saúde
RAMI	Rede de Atenção Materno Infantil
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RBC	Rede Bem Cuidar
REMUNE	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RS	Rio Grande do Sul
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAC	Solução Alternativa Coletiva
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIA	Sistema Ambulatorial do SUS
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SIH	Sistema de Internações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Mortalidade do SUS
SINASAN	Sistema Nacional de Sangue, componentes e derivados
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose
TCM	Tomografia Computadorizada
TEA	Política Estadual de Atendimento Integrado à Pessoa com Transtornos do Espectro

	Autista
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCO	Unidade Coronariana
UCP	Unidade de Internação em Cuidados Prolongados
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 PERFIL DEMOGRÁFICO

- 1.1.1 População, por faixa etária e sexo
- 1.1.2 Natalidade
- 1.1.3 Envelhecimento

1.2 DETERMINANTES E CONDICIONANTES

- 1.2.1 Trabalho e Renda
 - 1.2.1.1 Trabalho infantil
- 1.2.2 Educação
- 1.2.3 Saneamento
 - 1.2.3.1 Esgoto
 - 1.2.3.2 Lixo
 - 1.2.3.3 Água
- 1.2.4 Cobertura Vacinal

1.3 MORBIMORTALIDADE

- 1.3.1 Internação pelo SUS
 - 1.3.1.1 Taxa de Internação pelo SUS
 - 1.3.1.2 Principais causas de internação por sexo e grupo etário
- 1.3.2 Mortalidade
 - 1.3.2.1 Taxa de Mortalidade
 - 1.3.2.2 Principais causas de mortalidade por sexo e grupo etário
- 1.3.3 Violências
 - 1.3.3.1 Taxa de notificação por tipo de violência
 - 1.3.3.2 Taxa de mortalidade por causas externas
 - 1.3.3.3 Taxa de internação por risco de suicídio
 - 1.3.3.4 Taxa de mortalidade por suicídio
- 1.3.4 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
- 1.3.5 Mortalidade infantil
- 1.3.6 Tipo de parto
- 1.3.7 Mortalidade materna
- 1.3.8 Diabetes
 - 1.3.8.1 Taxa de internação por diabetes
 - 1.3.8.2 Taxa de mortalidade por diabetes
- 1.3.9 Doenças Cardiovasculares
 - 1.3.9.1 Taxa de internação por doenças cardiovasculares
- 1.3.10 Doenças Respiratórias Crônicas
 - 1.3.10.1 Taxa de internação por doenças respiratórias crônicas
 - 1.3.10.2 Taxa de mortalidade por doenças respiratórias crônicas
- 1.3.11 Câncer

- 1.3.11.1 Taxa de internação por câncer
- 1.3.11.2 Taxa de mortalidade por câncer
- 1.3.12 HIV/AIDS
 - 1.3.12.1 Número de casos novos notificados de HIV
 - 1.3.12.2 Taxa bruta de óbitos por AIDS
- 1.3.13 Tuberculose
- 1.3.14 Hepatites
- 1.3.15 Sífilis
 - 1.3.15.1 Taxa de casos novos de sífilis em gestantes
 - 1.3.15.2 Taxa de casos novos de sífilis em menores de 1 ano

2. ESTRUTURA DO SISTEMA

2.1 REDES DE ATENÇÃO

- 2.1.1 Atenção Primária à Saúde
- 2.1.2 Rede de Atenção às Urgências
- 2.1.3 Rede de Atenção Psicossocial
- 2.1.4 Rede Materno Infantil
- 2.1.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
- 2.1.6 Rede de Cuidados à Pessoa com Doenças Crônicas

2.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

2.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

2.4 GESTÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

2.5 REGIONALIZAÇÃO

2.6 ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

2.7 FINANCIAMENTO

- 2.6.1 Situação dos gastos municipais
- 2.6.2 Estudo do Teto MAC/Propostas de alocação de tetos
- 2.6.3 Estudo das emendas parlamentares/Propostas de alocação de tetos

2.8 PACTUAÇÃO DE INDICADORES

3. NECESSIDADES E PRIORIDADES MACRORREGIONAIS

4. ESTRUTURAÇÃO DO DOMI (Diretrizes, Objetivos Metas, Indicadores)

Apêndices

Apêndice 1: Constituição do CEGRAS

Apêndice 2: Planejamento de Oficinas Macrorregionais

Apêndice 3: Planejamento 1 semestre de 2023 das Reuniões do GT MACRO METROPOLITANA

1 ANÁLISE SITUACIONAL

O capítulo Análise Situacional pretende identificar o espaço regional ampliado e identificar a situação de saúde no território da macrorregião metropolitana.

1.1 PERFIL DEMOGRÁFICO

1.1.1 População, por faixa etária e sexo

O estado do Rio Grande do Sul, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2020), possui 11.422.973 habitantes e está dividido político-administrativamente em 18 Coordenadorias Regionais de Saúde/CRS, sendo estas responsáveis pelo acompanhamento de 07 macrorregiões, conforme o Plano Diretor de Regionalização do Estado.

FIGURA 01: Mapa do RS com as macrorregiões e regiões de saúde



A macrorregião de saúde metropolitana conta com 5.051.946 habitantes, que representa 44,23% da população residente no estado, caracterizando-se assim como a macrorregião com o maior número de pessoas residentes no estado, além de ser considerada a maior região metropolitana da Região Sul do Brasil e a quinta mais populosa do país.

É composta por 90 municípios que representam 18% dos municípios do estado, agrupados em 02 Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS e 07 regiões de saúde:

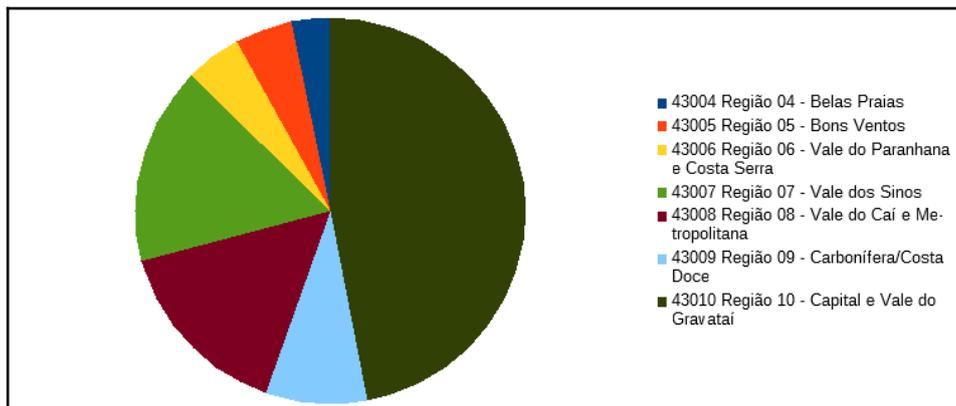
QUADRO 01: População por região de saúde, CRS e macrorregião

CRS	Região de Saúde	Municípios	Pop 2020
1ª CRS	R6 - Vale do Paranhana/Costa da Serra	Cambará do Sul, Igrejinha, Parobé, Riozinho, Rolante, São Francisco de Paula, Taquara e Três Coroas (8 municípios)	236.788
	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 (15 municípios)	835.693
	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 Tupandí (18 municípios)	783.400
	R9 - Carbonífera/Costa Doce	Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chувиска, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Mariana Pimentel, Minas do Leão, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes e Cristal (20 municípios)	423.332
	R10 - Capital/Vale do Gravataí	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão (6 municípios)	2.378.904
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 (12 município)	162.765
	R5 - Bons Ventos	Balneário Pinhal, Capivari do Sul, Caraá, Cidreira, Imbé, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares e Tramandaí (11 municípios)	239.131

FONTE: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE/ 2020

A partir da análise do perfil demográfico, fica evidente a grande variação de população entre as regiões, desde a Região 04 com 162.765 habitantes à Região 10 com 2.378.904 habitantes, onde está inserida a capital, Porto Alegre.

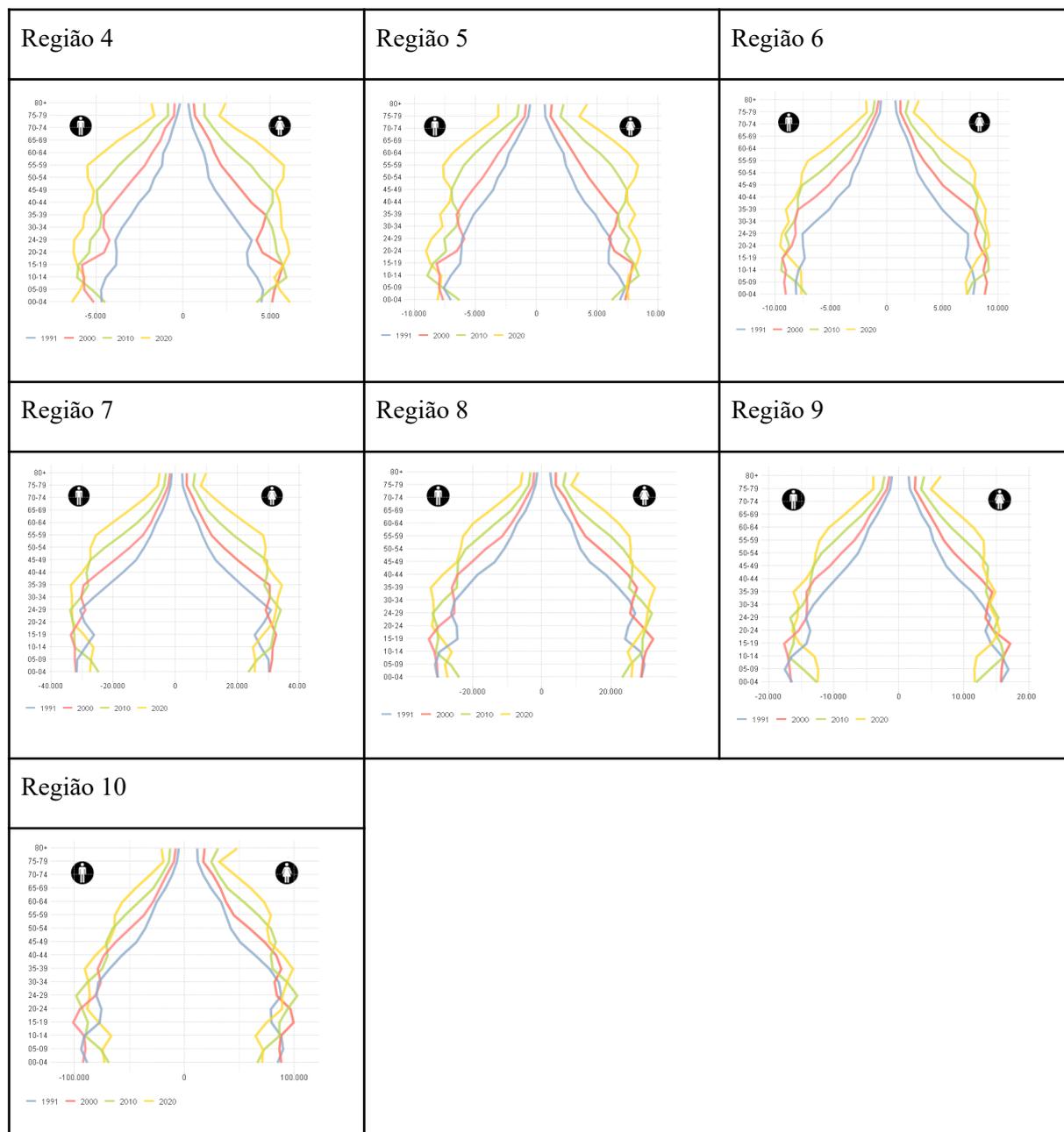
FIGURA 02: População residente na macrorregião metropolitana por região de saúde



FONTE: DATASUS/IBGE, 2020

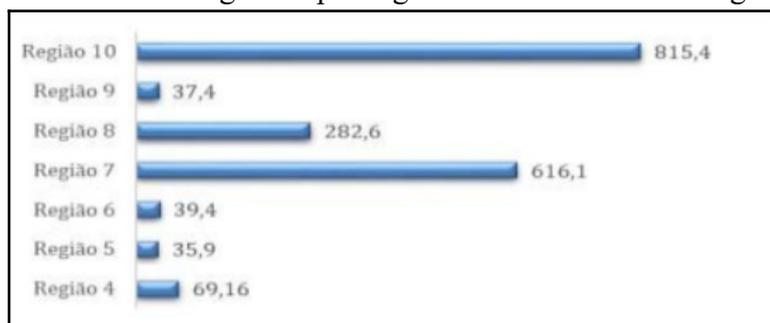
Ao analisar a pirâmide etária (2020) das regiões de saúde que compõem a macrorregião metropolitana, se observa uma semelhança da estrutura quanto à distribuição da população por faixa etária e sexo, sendo que as regiões 06, 07 e 08 apresentam diferença com um alargamento maior na base da pirâmide populacional.

FIGURA 03: Pirâmides etárias das regiões de saúde.



No que se refere à densidade demográfica, em 2018, segundo informações do IBGE, se observa uma variação significativa entre as regiões, como a Região 10 – metropolitana de Porto Alegre, onde há uma concentração da população de forma bastante acentuada, atingindo a densidade de 815 habitantes por km² e outras com menor concentração como a Região 05, com densidade de apenas 36 habitantes por km².

FIGURA 04: Densidade demográfica por região de saúde na macrorregião metropolitana



FONTE: PROADESS/IBGE,2018

Uma situação peculiar da metropolitana, refere-se a abranger os municípios do litoral gaúcho (Belas Praias e Bons Ventos) e municípios da Costa Doce, como Barra do Ribeiro e Arambaré que recebem um incremento populacional no verão. Conforme estudo da Fundação de Economia e Estatística (FEE) de 2018, os aumentos populacionais chegam a mais de 510% em alguns balneários.

FIGURA 05: Relação da população domiciliada e flutuando no litoral gaúcho/RS.

	População Permanente	População Flutuante*	População Total*	Crescimento Populacional**
Capão da Canoa	51.721	58.541	110.262	113,2%
Tramandaí	50.496	46.499	96.996	92,1%
Imbé	22.180	41.880	64.060	188,8%
Torres	39.870	23.768	63.638	59,6%
Cidreira	14.712	27.766	42.478	188,7%
Xangri-lá	14.547	26.671	41.218	183,3%
Balneário Pinhal	12.735	23.269	36.004	182,7%
Arroio do Sal	9.897	21.995	31.892	222,2%
Quintão	3.559	18.339	21.899	515,2%
Atlântida Sul	1.189	6.174	7.363	519,4%
Santa Rita de Cássia	552	930	1.482	168,4%
	221.460	295.832	517.292	133,6%

FONTE:FEE

Os imóveis, em grande número, ficam fechados no período de março a novembro, e podem constituir cerca de 70% das habitações. A projeção do IBGE 2017 para “domicílios particulares permanentes não ocupados”, (DPPNO) no litoral norte totaliza 157.539 domicílios, sendo 153.931

em área urbana e 3.608 em área rural. Considerando os domicílios de área urbana (153.931), em período de verão, de dezembro a fevereiro, com 6 ocupantes, o resultado é de 945.234 pessoas.

Acrescente-se a esse número de pessoas, mais 30.670 vagas na rede de hospedagem, totalizando 975.904 pessoas. Essa “nova” população usa os serviços instalados, sobrecarregando todos os sistemas de apoio (energia elétrica, tratamento de água, coleta de lixo, tratamento de esgoto, postos de saúde, transportes, segurança pública). Os veranistas apresentam duplo registro de cadastro do SUS (na sua cidade de origem e no município onde tem casa de veraneio). Os serviços de atenção primária e referências para média e alta complexidade não tem capacidade instalada para atender essa demanda, exigindo dos gestores municipais despesas muito maiores, comparadas às dos meses de normalidade.

Com a Pandemia de COVID-19 ocorreu uma migração populacional para o litoral ao longo de todo ano de 2020/2021. Muitas famílias além de isolarem a população idosa, também mudaram-se integralmente pela possibilidade do teletrabalho. A SES instituiu aporte de recursos para o Verão, atendendo áreas como SAMU, Urgência e Emergência, Vigilância em Saúde e Atenção Primária, a fim de amenizar as despesas municipais para atendimento dessa população, e disponibilizar equipes de atendimento especialmente nos pronto atendimentos e emergências.

1.1.2 Natalidade

Segundo a Nota Técnica nº 03/2019 da Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão do Estado do Rio Grande do Sul, que diz respeito à análise do panorama demográfico, em comparação com o agregado nacional, o Estado apresenta uma queda da taxa de natalidade em relação aos últimos anos, sendo que em 2018 representou 12,35/1000.

Na macrorregião metropolitana, o coeficiente médio de natalidade no período 2016-2020 foi 11,1/1000, menor que a taxa do estado. Em 2020 a macrorregião apresentou taxas variando de 10,9/1000 na Região 9 a 13,5/1000 na Região 4. O número absoluto de nascimentos em 2020 foi 57.919, enquanto em 2016 foi de 141.494.

TABELA 1: Nascimentos por região de saúde da metropolitana, 2020.

Região de Saúde	Nascimentos
R4	1.841
R5	2.895
R6	2.412
R7	9.655
R8	6.980
R9	2.458
R10	31.678
Total	57.919

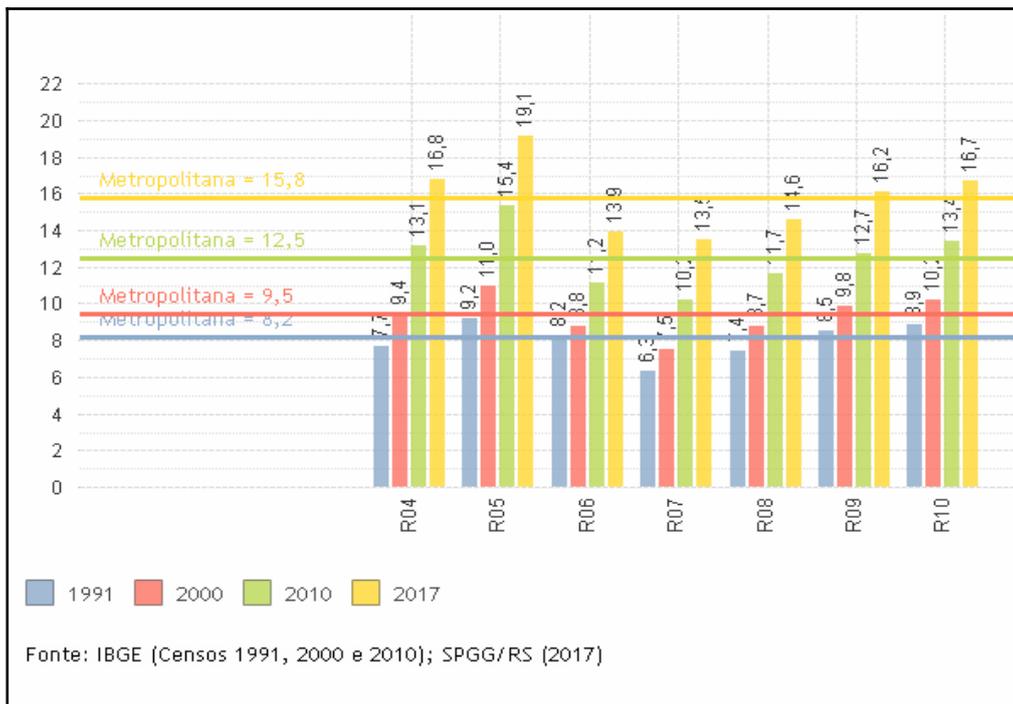
FONTE: NIS/DGTI/SES/RS

1.1.3 Envelhecimento

Em 2018, segundo dados do IBGE, no que diz respeito a proporção de idosos com idade acima de 65 anos, em relação a população total, no Brasil a média foi 9,5%, e no RS foi 12,7%, bem maior que a média brasileira.

A macrorregião metropolitana concentra 40% do total de idosos do estado. Em 2017, a proporção de idosos foi de 15,8%, maior do que a média do estado e do país, com taxas variando nas regiões de saúde de 13,5% na Região 7-Vale dos Sinos a 19,1% na Região 5-Bons Ventos.

FIGURA 06: Proporção de idosos por região de saúde na macrorregião metropolitana de 1991 a 2017.

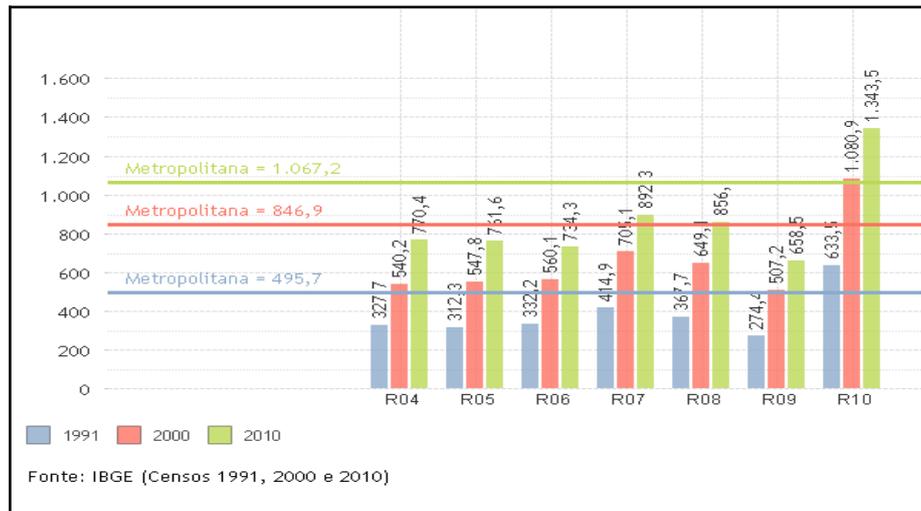


1.2 DETERMINANTES E CONDICIONANTES

1.2.1 Trabalho e Renda

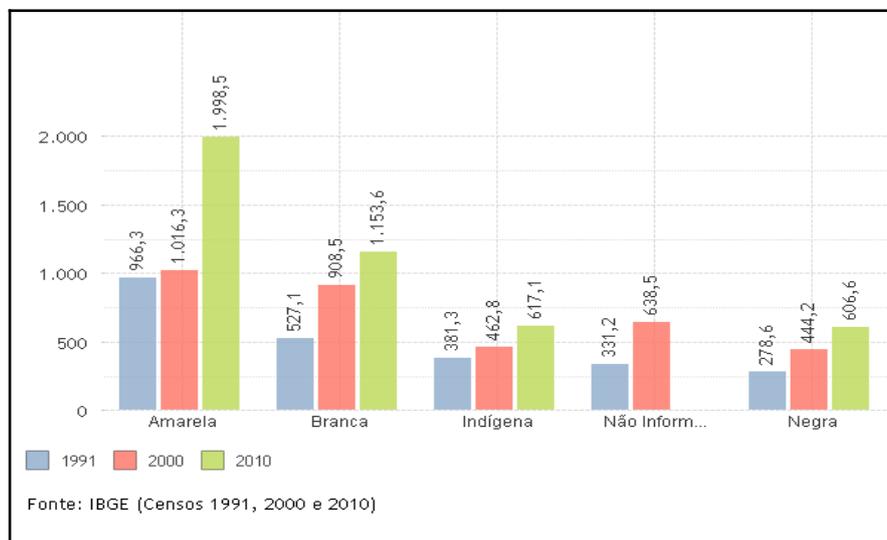
Ao realizar análise quanto à renda domiciliar *per capita* na macrorregião metropolitana, segundo dados do IBGE de 1991 a 2010 observa-se uma média em 2010 de R\$1.067,20, com variação nas regiões de R\$658,50 na Região 9 e R\$1.343,50 na Região 10.

FIGURA 07: Renda média domiciliar *per capita* por região de saúde na macrorregião metropolitana (1991-2010).



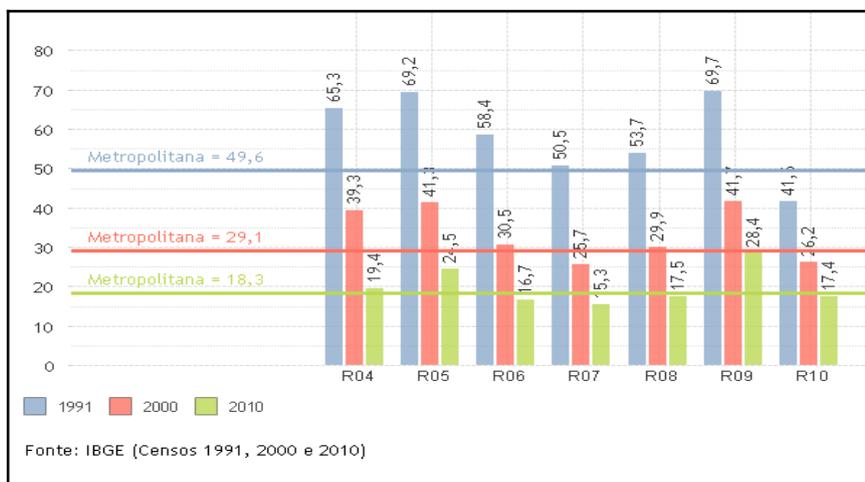
A condição socioeconômica da população da macrorregião metropolitana, levando em consideração o quesito raça/cor de 1991 a 2010, segundo dados do IBGE em 2010, se expressa na maior renda média entre a população amarela (R\$1.998,50) e branca (1.153,60) e a menor na indígena (R\$617,10) e negra (R\$606,60).

FIGURA 08: Renda média por raça/cor.



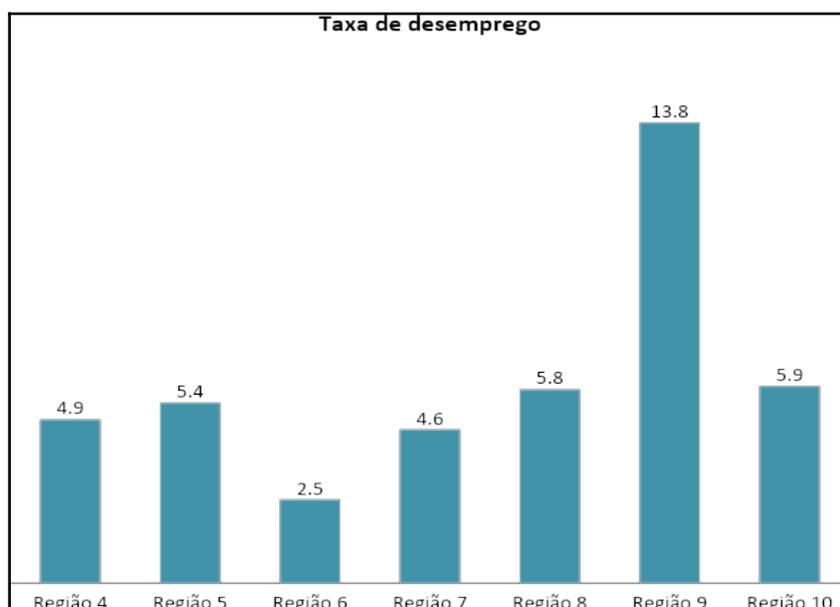
A proporção de pessoas com baixa renda ($\frac{1}{2}$ salário mínimo) na macrorregião metropolitana representa 31,74% em relação a população total, segundo dados do IBGE em 2017. Ao analisar por região, segundo dados de 2010, se observa na Região 7 um percentual menor de pessoas com baixa renda representando 15,3% e na Região 9 um percentual maior, representando 28,4%.

FIGURA 09: Proporção de pessoas com baixa renda por região de saúde/macrorregião metropolitana (1991-2010).



No que diz respeito à taxa de desemprego, o percentual da população residente economicamente ativa de 16 ou mais de idade, segundo dados de 2017 do PNAD/IBGE, no Brasil é de 13,3% e no Estado do Rio Grande do Sul, de 9,1%. Segundo dados do IBGE em 2017, na macrorregião metropolitana a taxa média foi de 6,12%, com variações nas regiões, sendo a menor taxa de 2,5% na Região 6 e a maior taxa na Região 9 de 13,8%.

FIGURA 10: Taxa de desemprego por Região de Saúde



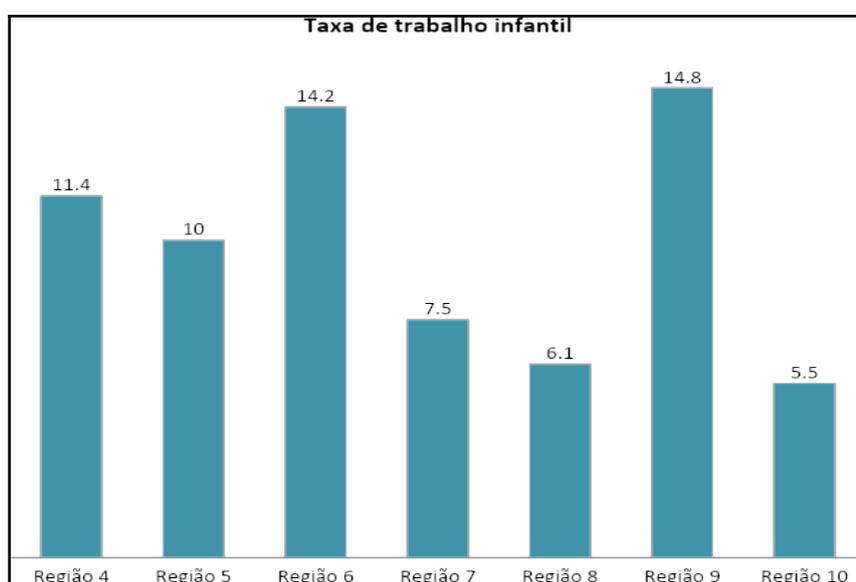
FONTE: IBGE, 2017

1.2.1.1 Trabalho infantil

Referente a taxa de trabalho infantil, se observa nos dados divulgados até 2013 pelo IBGE, que o RS ocupava o 6º lugar entre os estados no país, com 6,2% da população na faixa etária dos 5 aos 17 anos trabalhando ativamente. O estado do RS se mantinha acima da média nacional, que era de 4,5%. Quando analisamos os dados da macrorregião metropolitana, a taxa é de 9,9%, acima da média estadual e nacional.

De acordo com a estratificação por região, é possível observar uma variação significativa, sendo a Região 9 a que apresenta maior taxa (14,8%), enquanto a Região 10 tem a menor taxa (5,5%).

FIGURA 11: Taxa de Trabalho Infantil por Região de Saúde/ macrorregião metropolitana (2013).

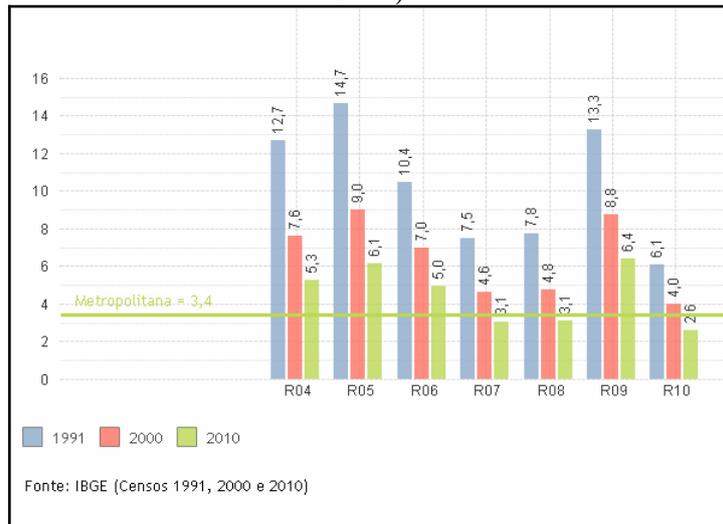


FONTE: IBGE, 2013

1.2.2 Educação

A taxa média de 3,4% de analfabetismo na macrorregião metropolitana, fica abaixo do Estado, que é de 4,39%, segundo dados divulgados até 2013 pelo IBGE. Quando se estratifica os dados por regiões, percebe-se que há uma variação entre as regiões, sendo a Região 9 a que apresenta a maior taxa (6,4%) e a região 10 com a menor taxa (2,6%), segundo dados de 2010.

FIGURA 12: Taxa de Analfabetismo por Região de Saúde/ macrorregião metropolitana(1991-2010).

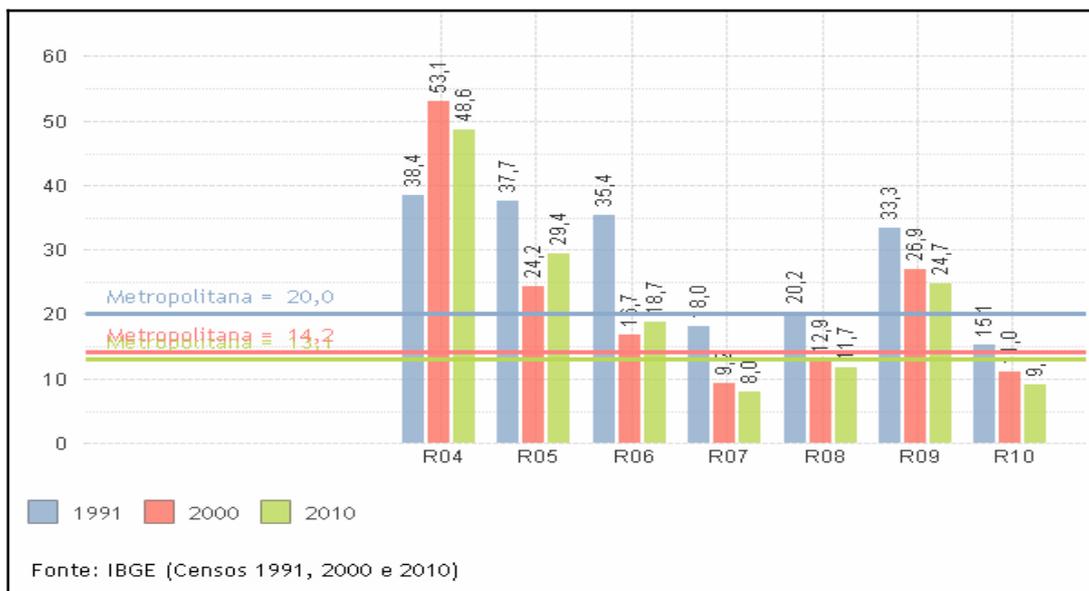


1.2.3 Saneamento

1.2.3.1 Esgoto

Quanto à disposição inadequada de esgoto doméstico, podemos observar que apenas as regiões 7, 8 e 10 possuem taxas menores que a taxa da macrorregião metropolitana, que é de 13,1%. De acordo com as informações do IBGE de 2010, observa-se uma grande discrepância entre as regiões, com a maior taxa sendo na região 4 (48,6%) e a menor na região 7 (8%).

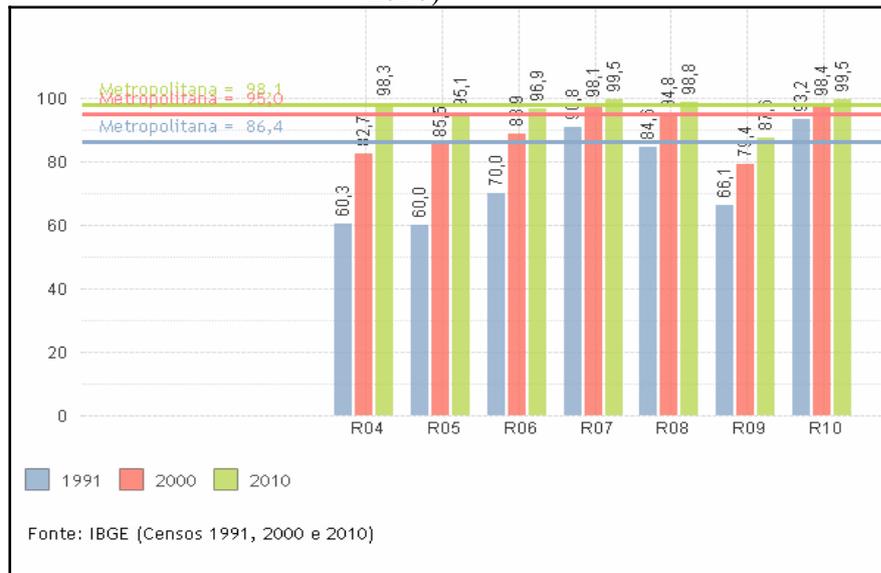
FIGURA 13: Disposição inadequada de esgoto doméstico por Região de Saúde/ macrorregião metropolitana (1991-2010).



1.2.2 Lixo

Quanto à cobertura de coleta de lixo, segundo dados do último censo realizado pelo IBGE em 2010, todas as regiões apresentam cobertura maior que 80%, o que culmina em uma cobertura macrorregional de 98,3%. A Região 9 apresenta a menor cobertura com 87,6% e as regiões 7 e 10 apresentam as maiores coberturas com 99,5%.

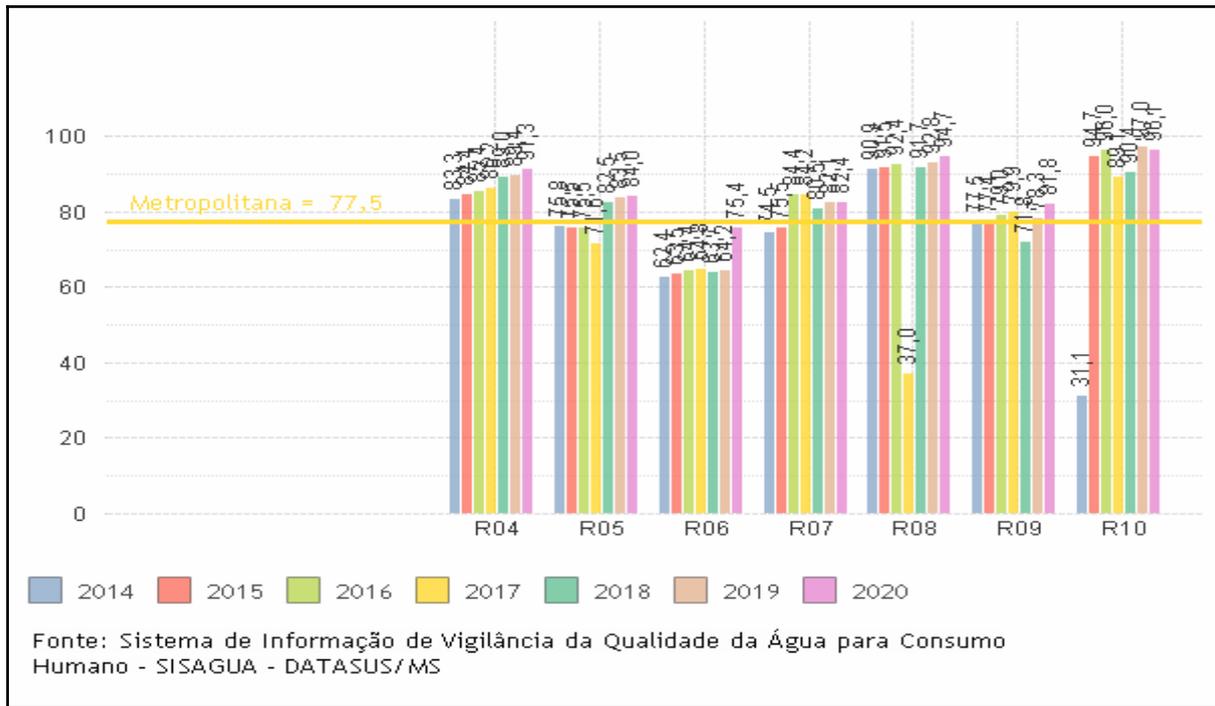
FIGURA 14: Cobertura de coleta de lixo por Região de Saúde/ macrorregião metropolitana (1991-2010)



1.2.3 Água

Em relação a cobertura de abastecimento de água para consumo na macrorregião metropolitana, percebe-se que a Região 10 apresenta a maior cobertura de 96,1% e a Região 6 a menor de 75,6%

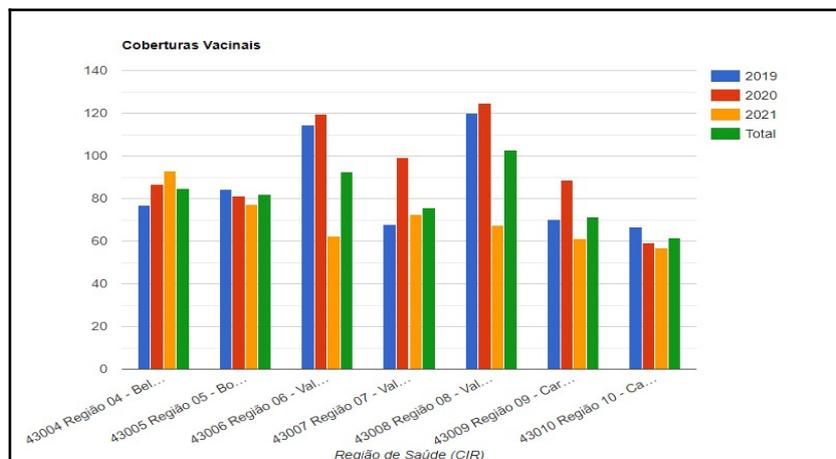
FIGURA 15: Cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção por Região de Saúde/ macrorregião metropolitana (2014 a 2020).



1.2.4 Cobertura Vacinal

No que se refere a média da cobertura vacinal, considerando os anos de 2019 a 2021, observa-se um declínio da cobertura em todas regiões, salvo na Região 4 da macrorregião metropolitana. Sendo as maiores coberturas na Região 6(92,48%) e 8(102,82%) e a menor na Região 10(61,54%).

FIGURA 16: Cobertura vacinal por Região de Saúde/ macrorregião metropolitana (2019 a 2021).



QUADRO 02: Cobertura vacinal nas regiões de saúde da metropolitana

Região de Saúde (CIR)	2018	2019	2020	2021	Total
Total	65,59	69,41	64,97	60,76	65,41
43004 Região 04 - Belas Praias	84,91	76,77	86,72	92,78	84,86
43005 Região 05 - Bons Ventos	85,17	84,39	81,20	77,38	82,14
43006 Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	84,69	114,62	119,53	62,52	92,48
43007 Região 07 - Vale dos Sinos	63,77	67,77	99,19	72,69	75,73
43008 Região 08 - Vale do Cai e Metropolitana	96,64	119,91	124,84	67,47	102,82
43009 Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	66,39	70,25	88,65	61,05	71,49
43010 Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	62,52	66,57	59,32	56,69	61,54

FONTE: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS)

1.3 MORBIMORTALIDADE

1.3.1 Internação pelo SUS

O modelo assistencial no Brasil é formado por redes de atenção à saúde, tendo a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde e os demais pontos da rede assistencial são organizadas de forma hierarquizada e regionalizada. O estudo do perfil de hospitalizações é fundamental para o planejamento e implementação de ações em todo Estado.

Segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar SIH/DATASUS/MS, em 2021, foram aprovadas 11.479.105 internações/SUS no Brasil, tendo como diagnóstico principal conforme a Classificação Internacional de Doenças-CID-10 os seguintes capítulos (os 10 diagnósticos com maior frequência), dados informados através do Tabnet.

(<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrbr.def>):

1. XV. Gravidez parto e puerpério (20,13%)
2. I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,55%)
3. XIX. Lesões envenenamento e alg. outras conseq. causas externas (10,86%)
4. IX. Doenças do aparelho circulatório (8,79%)
5. XI. Doenças do aparelho digestivo (7,99%)
6. II. Neoplasias (tumores) (6,96%)
7. X. Doenças do aparelho respiratório (6,74%)
8. XIV. Doenças do aparelho geniturinário (5,80%)

9. XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (2,84%)
10. XXI. Contato com serviços de saúde (1,89%)

Nesse mesmo ano, no RS ocorreram 709.889 internações hospitalares e uma distribuição diferente conforme a CID-10.

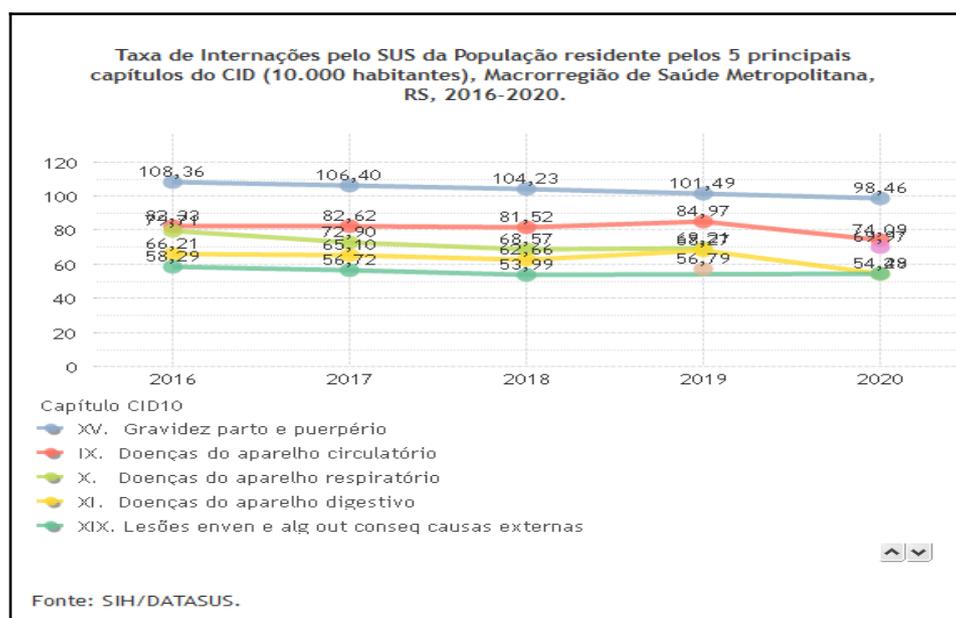
1. I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (16,22%)
2. XV. Gravidez, parto e puerpério (14,31%)
3. IX. Doenças do aparelho circulatório (11,01%)
4. XI. Doenças do aparelho digestivo (9,07%)
5. XIX. Lesões envenenamentos e alg. outras consequências causas externas (8,97%)
6. II. Neoplasias (8,47%)
7. X. Doenças do aparelho respiratório (7,76%)
8. XIV. Doenças do aparelho geniturinário (5,71%)
9. V. Transtornos mentais e comportamentais (4,13%)
10. XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (1,83%)

As doenças infecciosas e parasitárias, que historicamente responderam por cerca de 6% das internações e ocupavam o oitavo lugar em ordem de frequência, em 2020 subiram para o 4º lugar com 9,83% e em 2021 foram a maior causa de internação no RS, com 16,22%, devido ao Covid-19. A macrorregião metropolitana apresentou comportamento semelhante ao do estado, apenas com inversão na ordem do 4º lugar, ocupado pelas Lesões envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas em vez das doenças do aparelho digestivo. (Fonte: Tabwin/RD/SIH/DATASUS/MS).

Foram 322.376 internações, correspondendo a 45,4% das internações do estado. Destas, 2,8% foram para moradores de outras macrorregiões. A maior parte das internações ocorreu entre mulheres (55,7%).

Anteriormente à pandemia, entre internações na metropolitana se observa que o perfil das 05 principais causas se assemelhava ao do Estado, com destaque para as doenças do aparelho circulatório que representavam a segunda causa mais frequente de internações, antecedida pela Gravidez, parto e puerpério, conforme figura a seguir:

FIGURA 17: Principais causas de internação na macrorregião metropolitana, 2016 a 2020.



Observa-se que a maior proporção de internações foram do sexo feminino (55,7%), e o maior quantitativo de internações na faixa etária que compreende dos 60 a 69 anos, tendo como maior ocorrência as Doenças do Aparelho Circulatório com 11.011 internações, superior, inclusive às doenças infecciosas, onde se inclui o Covid-19.

Considerando as internações hospitalares somente por causas selecionadas relacionadas a neoplasias, diabete melito, doenças hipertensivas, doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e pneumonia observa-se que o conjunto dessas doenças equivale a 16,8% do total de internações dos residentes da macro metropolitana; em 2021 foram 52.637 internações.¹

¹ Foram considerados os códigos C00-C97, D46 (neoplasias malignas), E10-E14 (diabete melito), I10-I15 (doenças hipertensivas), I20-I25 (doenças isquêmicas do coração), I60-I69 (doenças cerebrovasculares) e J12-J18 (pneumonia) da CID-10. Fonte: Fichas de Qualificação da RIPS/2012, Indicador D.29.

QUADRO 03: Mortalidade da macrorregião metropolitana por principais grupos de causas

Mortalidade por principais grupos de causas	Macrorregião Metropolitana	Rio Grande do Sul	Brasil
Doenças do aparelho circulatório	22,83	25,10	26,98
Neoplasias	22,39	22,32	17,43
Doenças do aparelho respiratório	11,25	11,96	12,00
Causas externas	8,52	8,53	10,58
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	7,31	6,95	6,18
Doenças do sistema nervoso	5,80	5,10	3,35
Causas mal definidas	5,73	4,74	5,55
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,21	4,08	4,20
Doenças do aparelho digestivo	4,34	4,53	5,09
% acumulado do total de óbitos ocorridos	93,38	93,30	91,37

FONTE: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)/DATASUS/MS

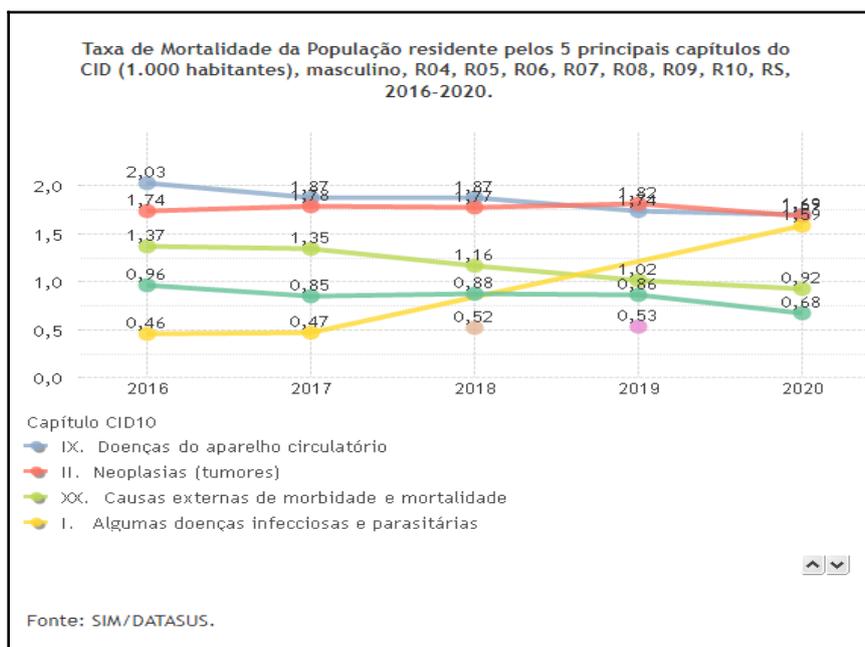
As causas mais frequentes de óbito da macrorregião metropolitana coincidem com as do estado e País, com as doenças circulatórias em primeiro lugar, seguidas das neoplasias, doenças respiratórias e causas externas. As doenças circulatórias representam menor proporção na macro metropolitana do que no estado e País, em contrapartida as neoplasias e as causas mal definidas apresentam maior peso no estado e macrorregião do que no País.

Devido a pandemia de Covid-19, na análise dos óbitos de 2020 as doenças infecciosas e parasitárias aumentaram, sendo a terceira causa mais frequente e representando 17,70% do total de mortes da macrorregião.

1.3.2.2 Principais causas de mortalidade por sexo e grupo etário

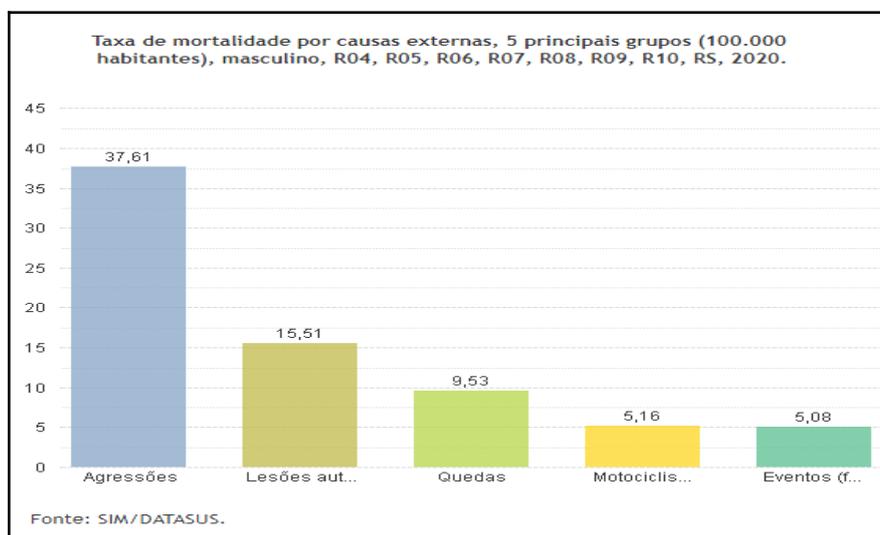
Ao analisar as causas de mortalidade por sexo, obtidas no BI/SES/RS, observa-se o maior número de óbitos em indivíduos do sexo masculino, representando 52,80% em relação a ocorrência total de óbitos no período, que foram de 40.612. As causas mais frequentes foram as doenças do aparelho circulatório seguidas das neoplasias (tumores), conforme mostra a figura abaixo.

FIGURA 18: Principais causas de mortalidade masculina na macrorregião metropolitana, 2016 a 2020



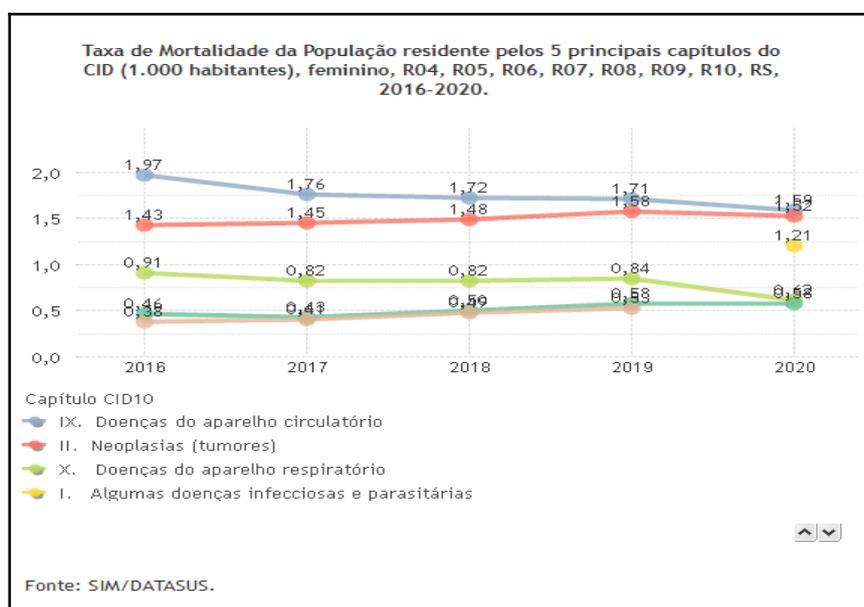
Outra observação foram as ocorrências por causas externas para o sexo masculino, onde a causa mais frequente foram agressões, representando um total de 37,61%, seguidas de lesões autoprovocadas.

FIGURA 19: Principais grupos de óbitos por causas externas em homens da macrorregião metropolitana, 2020



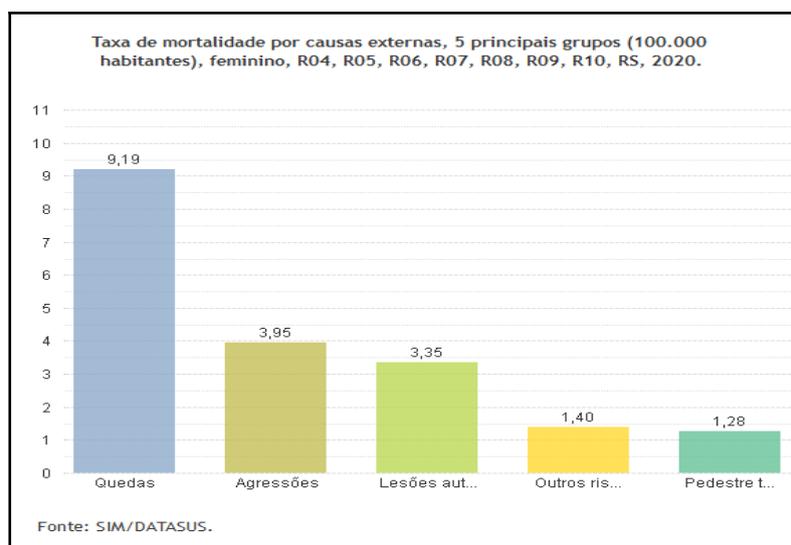
Na análise das principais causas de mortalidade para o sexo feminino, ano de 2020, observa-se que a maior frequência foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas de perto pelas neoplasias (tumores).

FIGURA 20: Principais causas de mortalidade feminina na macrorregião metropolitana, 2016 a 2020



Entre as causas externas, a mais frequente foram as quedas, representando um total de 9,19% seguidas de agressões.

FIGURA 21: Principais grupos de óbitos por causas externas em mulheres da macrorregião metropolitana, 2020

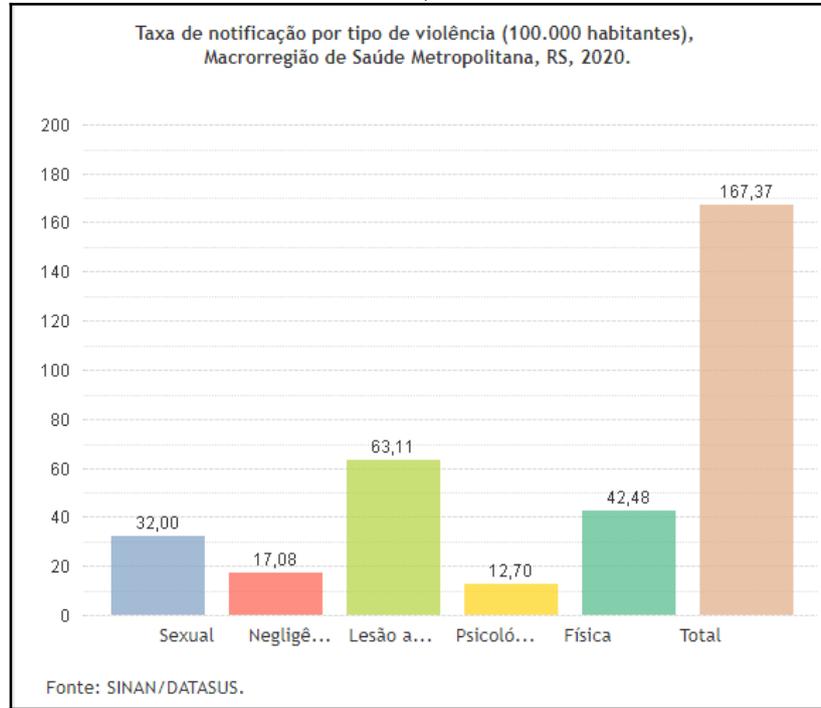


Em ambos os sexos, vale destacar o crescimento da mortalidade por “Algumas doenças infecciosas e parasitárias”, em 2020, devido ao primeiro ano de pandemia de covid-19.

1.3.3 Violências

1.3.3.1 Taxa de notificação por tipo de violência

FIGURA 22: Taxa de notificação por tipos de violência na macrorregião metropolitana e no estado, 2020



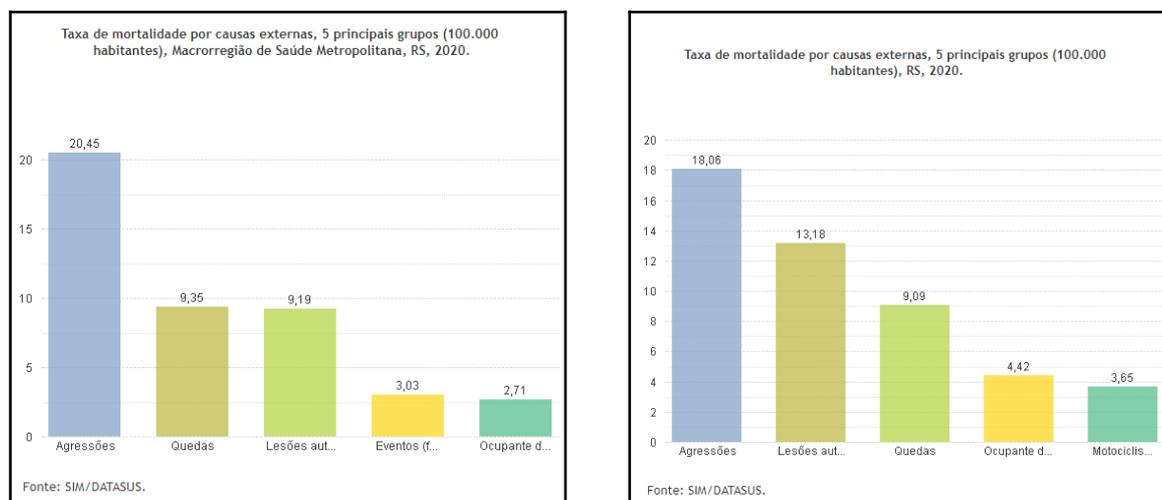
FONTE: SINAN/DATASUS, acessado em <http://bipublico.saude.rs.gov.br/>

Em relação à notificação das violências, destaca-se a lesão autoprovocada em 63% dos casos. Nota-se semelhança entre as proporções observadas na macrorregião e no estado, a exceção da maior taxa de violência sexual, 32% das notificações na metropolitana e 22% no RS.

1.3.3.2 Taxa de mortalidade por causas externas

Em relação à mortalidade por causas externas, há diferenças em relação ao RS, ainda que em ambos se destaque a causa “agressões” com a maior frequência, 20% na metropolitana e 18% no RS. Destaca-se que apesar de “Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte” constar em ambos, não consta nos cinco principais grupos da metropolitana “Motociclista traumatizado em um acidente de transporte”.

FIGURA 23: Taxa de mortalidade por causas externas na macrorregião metropolitana e no estado, 2020

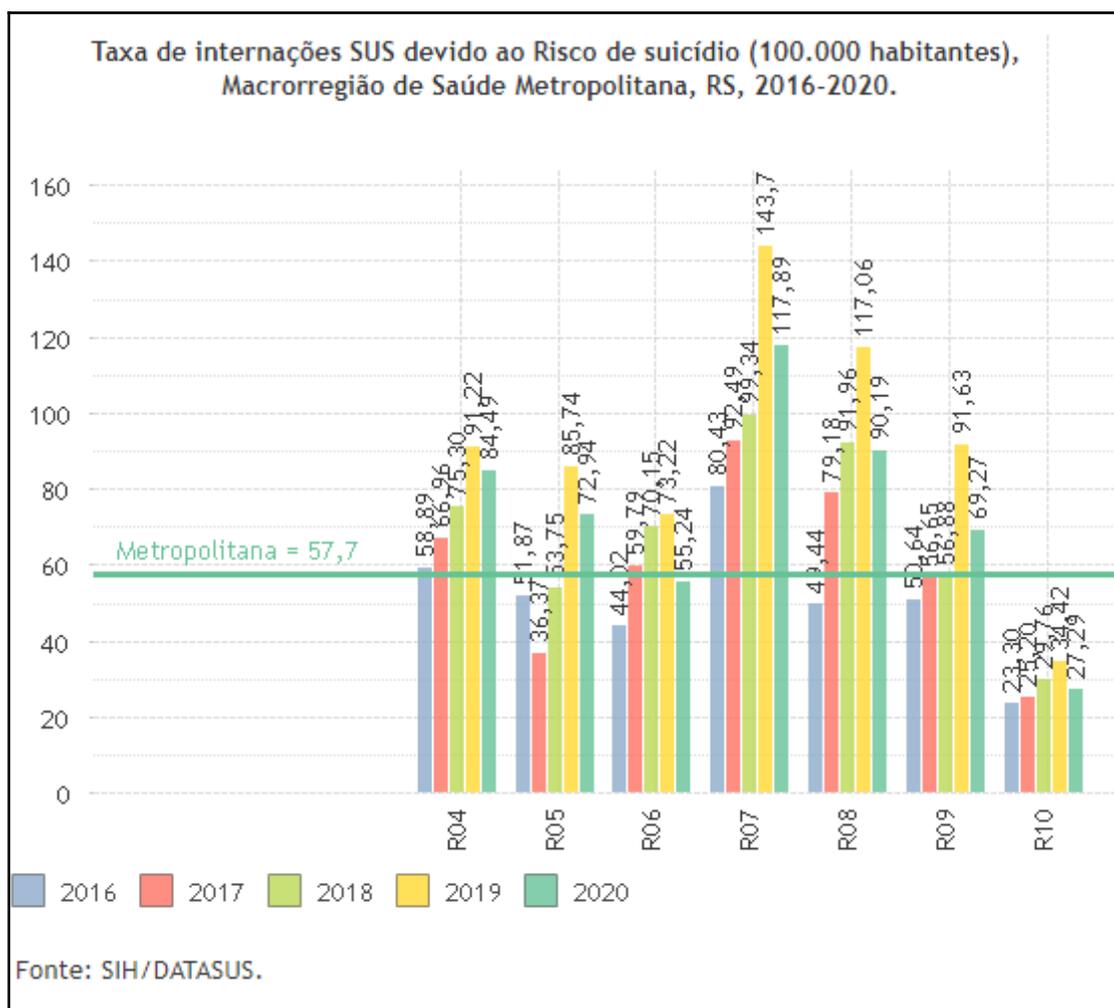


FONTE: SIM/DATASUS, acessado em <http://bipublico.saude.rs.gov.br/>

1.3.3.3 Taxa de internação por risco de suicídio

As taxas de internação por risco de suicídio tiveram tendência de alta em todas as regiões da macrorregião até o ano de 2019, sendo que não é possível saber se a diminuição em 2020 se relaciona a uma diminuição real ou a não procura por serviços de saúde ou mesmo dificuldades de registro dada a emergência da pandemia de covid-19. A Região 07 apresenta taxas notadamente maiores que as das demais regiões, tendo atingido mais que o dobro da média da macrorregião no período. Já na comparação com o estado, a média de 57,7% na metropolitana está próxima a de 64% no estado.

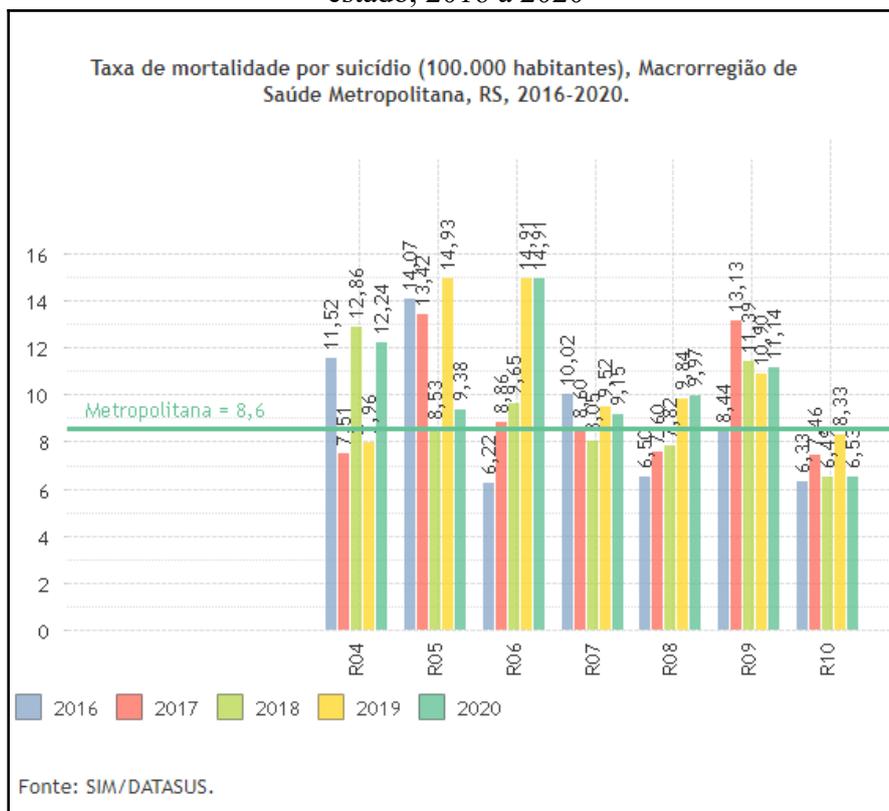
FIGURA 24: Taxa de internações SUS devido ao Risco de suicídio, na Macro Metropolitana, 2016-2020.



1.3.3.4 Taxa de mortalidade por suicídio

Já em relação à mortalidade por suicídio, apresenta maior variação entre as regiões e ao longo dos anos, sendo que a Região 06 é a que aparece com maiores índices, diferentemente das taxas de internação. Em relação ao estado, a metropolitana apresenta menor mortalidade por suicídio, 8,6% em relação à média de 12,3%, no RS.

FIGURA 25: Taxa de mortalidade por suicídio entre as regiões de saúde da metropolitana e no estado, 2016 a 2020

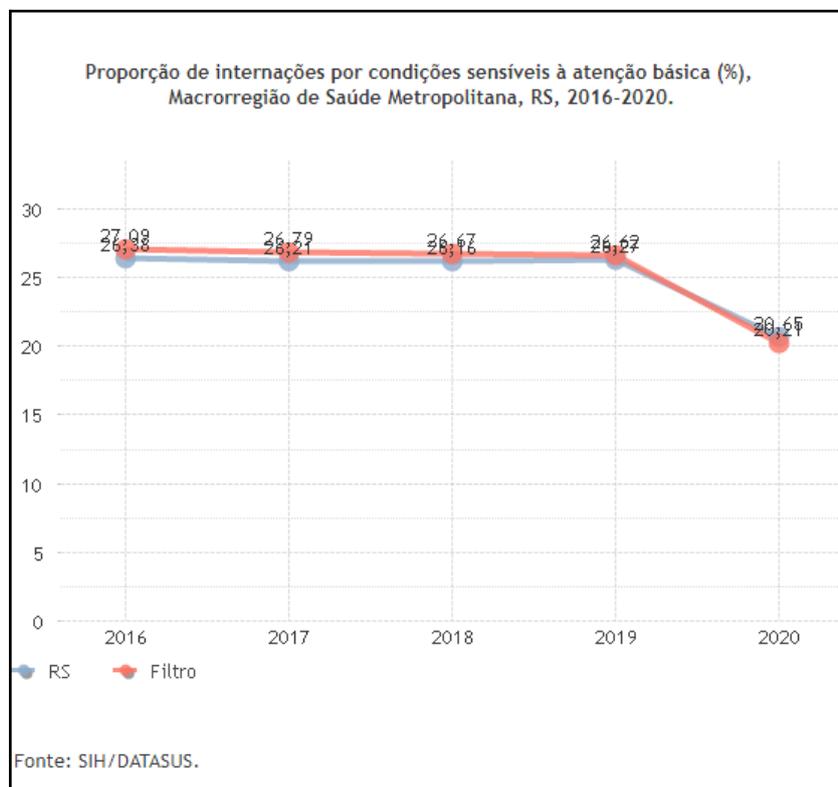


FONTE: SIM/DATASUS, acessado em <http://bipublico.saude.rs.gov.br/>

1.3.4 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Em relação às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), há uma estabilidade na taxa ao longo dos cinco últimos anos, variando apenas em 2020, o que provavelmente se deve ao contexto da pandemia de covid-19. Praticamente não há diferença entre as taxas apresentadas pela região metropolitana e pelo estado.

FIGURA 26: Taxa de mortalidade por suicídio entre as regiões de saúde da metropolitana e no estado, 2016 a 2020

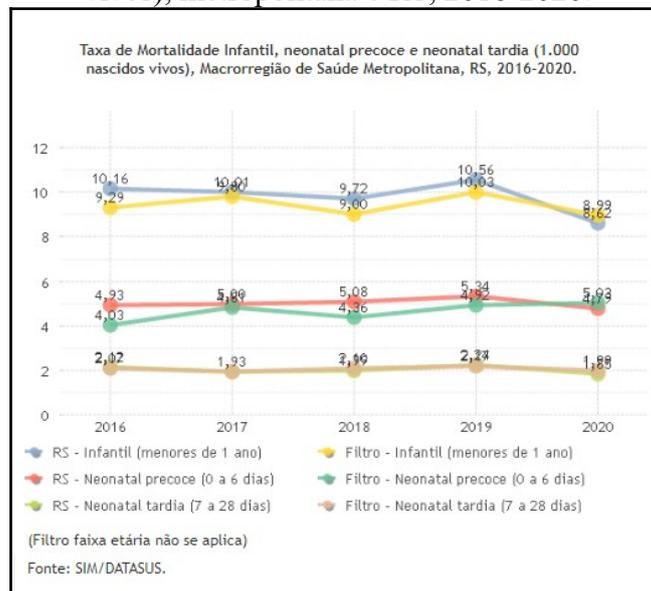


FONTE: SIH/DATASUS, acessado em <http://bipublico.saude.rs.gov.br/>

1.3.5 Mortalidade Infantil

Na macrorregião metropolitana e no RS observa-se pouca variação na mortalidade infantil no período 2016 a 2020.. A redução nas taxas de 2020 espelha uma diminuição nas doenças respiratórias*, fato possivelmente relacionado às medidas de mitigação da pandemia de covid-19, que indiretamente diminuíram o contágio de outras doenças infecciosas.

FIGURA 27: Taxa de Mortalidade Infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), metropolitana e RS, 2016-2020.



FONTE: SIM/DATASUS, acessado em <http://bipublico.saude.rs.gov.br/>

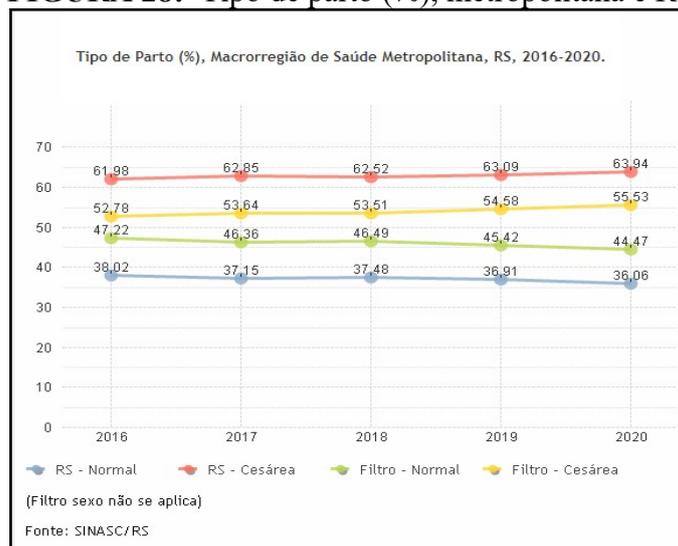
*Boletim Epidemiológico Mortalidade Materna e Infantil, editado pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021. Disponível em:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/11165326-boletim-epidemiologico-mortalidade-materna-e-infantil.pdf>

1.3.6 Tipo de Parto

No que se refere ao tipo de parto, observa-se um alto e crescente percentual de cesáreas, atingindo 55,5% em 2020. Entretanto, a macrorregião ainda apresenta maiores percentuais de parto normal em comparação com a média do estado, 44% e 35% respectivamente.

FIGURA 28: Tipo de parto (%), metropolitana e RS

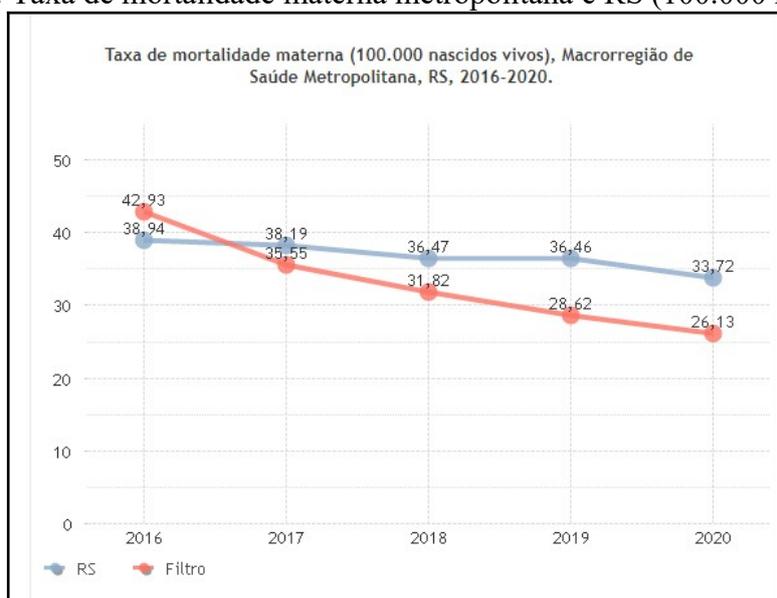


FONTE: SINASC/DATASUS, acessado em <http://bipublico.saude.rs.gov.br/>

1.3.7 Mortalidade materna

Em relação à mortalidade materna, observa-se queda constante nas taxas da região metropolitana, atingindo 26/100.000 em 2020. Ao realizar a estratificação dos dados por região de saúde na macrorregião metropolitana em 2020, observa-se a ausência de óbitos maternos nas regiões 4, 6 e 8, sendo que há grande variação nas regiões ao longo do tempo e entre as regiões. Em 2020, por exemplo, as regiões 5 e 7 tiveram taxas maiores que o dobro da macrorregião.

FIGURA 29: Taxa de mortalidade materna metropolitana e RS (100.000 nascidos vivos)

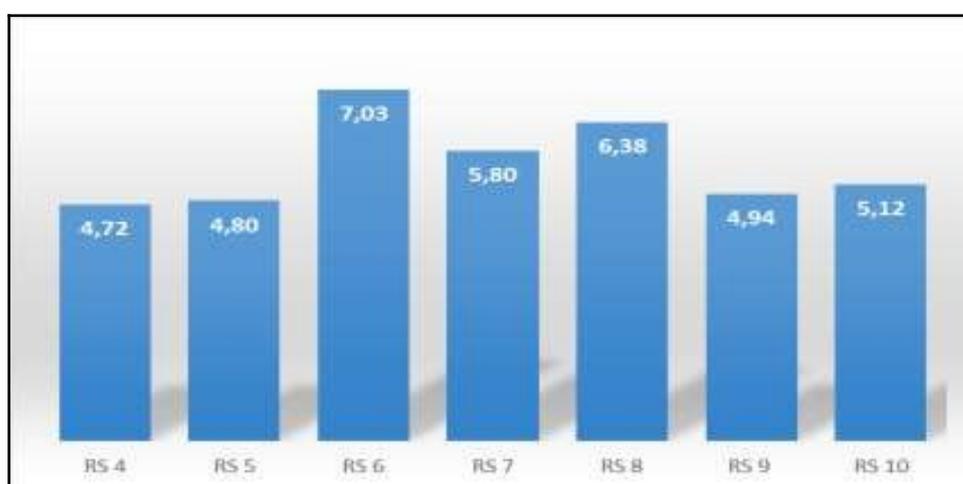


FONTE: SIM/DATASUS, acessado em <http://bipublico.saude.rs.gov.br>

1.3.8 Diabetes

Ao analisar a taxa de mortalidade geral do estado do RS se observa que as ocasionadas por diabetes estão entre as causas mais frequentes de óbitos. Em 2018, segundo dados do SIH/SUS, ocorreram 8.313 internações por diabetes no RS e representaram 1,11% do total de internações. Na macrorregião metropolitana ocorreram 2.619 internações por diabetes em 2018 e representaram 0,83% das internações. A taxa de internação por diabetes em 2018, segundo dados do SIH/SUS, no estado foi de 7,33/10.000 habitantes e na macrorregião metropolitana foi de 5,54/10.000 habitantes. Ao analisar por região de saúde se observa que as regiões 6, 7 e 8 apresentam taxas mais elevadas do que a média da macrorregião metropolitana.

FIGURA 30: Taxa de internação por diabetes por região de saúde da macrorregião metropolitana

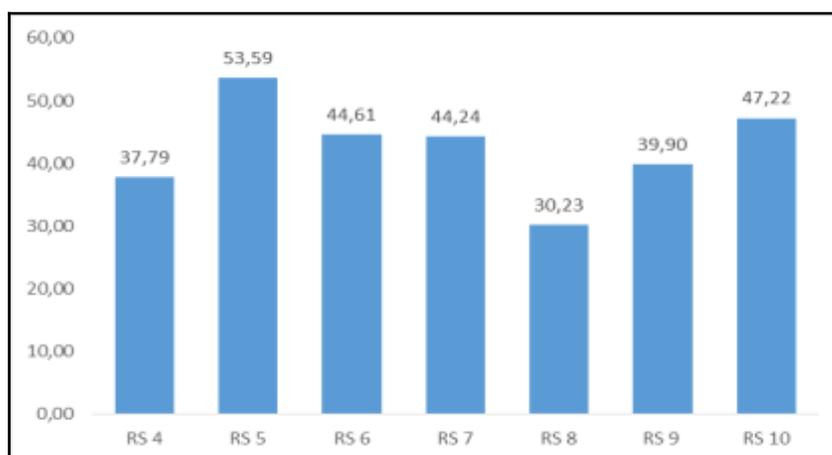


FONTE: SIH/SUS, 2018

Quanto aos óbitos por Diabetes Mellitus, em 2018, segundo dados do SIM/MS, representaram 5,7% do total de óbitos ocorridos no RS e 5,5% na macrorregião metropolitana, sendo a 5ª causa mais frequente de óbitos. Entre os óbitos do Grupo de Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas na macrorregião metropolitana, as mortes ocasionadas por diabetes representaram 85,51% do total. A faixa etária mais acometida é a de pessoas de 60 a 80 anos e mais, representando 83,58% do total de óbitos por diabetes. No que diz respeito ao sexo há uma discreta predominância do sexo feminino, que respondeu por 53,6% do total de óbitos por diabetes.

A taxa de mortalidade por diabetes, em 2018, no RS foi de 44,39/100.000 habitantes e na metropolitana foi de 41,60/100.000 habitantes. Ao realizar análise por região de saúde se observa que as regiões 5 (53,59/100.000 hab.) e 10 (47,22/100.000 hab.) registraram números mais elevados que a taxa do estado.

FIGURA 31: Taxa de mortalidade por Diabetes por região de saúde da macrorregião metropolitana



FONTE: SIM/MS, 2018

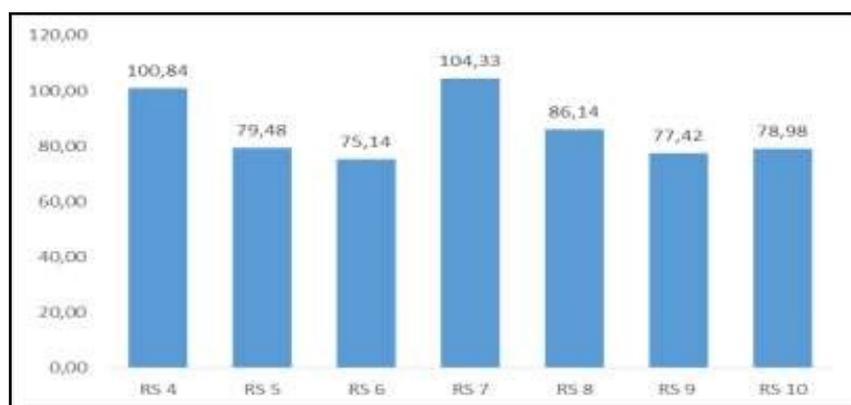
1.3.9 Doenças Cardiovasculares

Segundo dados do SIH/SUS, em 2018, o número de internações hospitalares por Doenças do aparelho circulatório no estado do Rio Grande do Sul foi classificado como a 3ª causa mais frequente de internações, representando 12,25% do total de internações.

Na macrorregião metropolitana, foi classificado como a 2ª causa mais frequente de internações, representando 12,88% do total de internações. Importante correlacionar com a taxa de mortalidade na macrorregião em que se observa que as doenças do aparelho circulatório são as causas mais frequentes de óbitos na metropolitana.

A taxa de internação por doenças do aparelho circulatório no RS, conforme os dados do SIH/SUS em 2018, foi 81,0/10.000 habitantes e na macrorregião metropolitana foi de 80,58/10.000 habitantes. Ao realizar estratificação dos dados por região de saúde se observa que nas regiões 4, 7 e 8 as taxas foram superiores a do estado e da macrorregião.

FIGURA 32: Taxa de internação por doenças do aparelho circulatório/ macrorregião metropolitana



FONTE: SIH/SUS, 2018

Segundo dados do SIM/MS, em 2018, as doenças do aparelho circulatório (D.A.C) representaram a causa mais frequente de óbitos no Brasil, no estado do RS e na macrorregião metropolitana e representaram 24,01% do total de óbitos ocorridos.

Ao analisar os óbitos por doenças do aparelho circulatório por faixa etária, se observa que 84,53% das mortes ocorridas acometeram pessoas de 60 a 80 anos e mais, percentual significativo em pessoas idosas, e considerando que 40% dos idosos do estado se concentram na macrorregião metropolitana.

QUADRO 4: Óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório por Grupo CID-10 e faixa etária

Grupo CID-10	Menor 1 ano a 14 anos	15 a 59 anos	60 a 80 anos e mais	Idade ignorada	Total
Doenças reumáticas crônicas do coração	1	7	29	-	37
Doenças hipertensivas	-	164	1.029	-	1.193
Doenças isquêmicas do coração	-	509	2.339	1	2.849
Doenças cardíaca pulmonar e da circ. pulmonar	1	31	77	-	109
Outras formas de doença do coração	6	161	1.142	-	1.309
Doenças cerebrovasculares	4	435	2.602	-	3.041
Outros transt e os não espec aparelho circulatório	-	72	393	-	465
TOTAL	12	1.379	7.611	1	9.003

FONTE: SIM/DATASUS, 2018

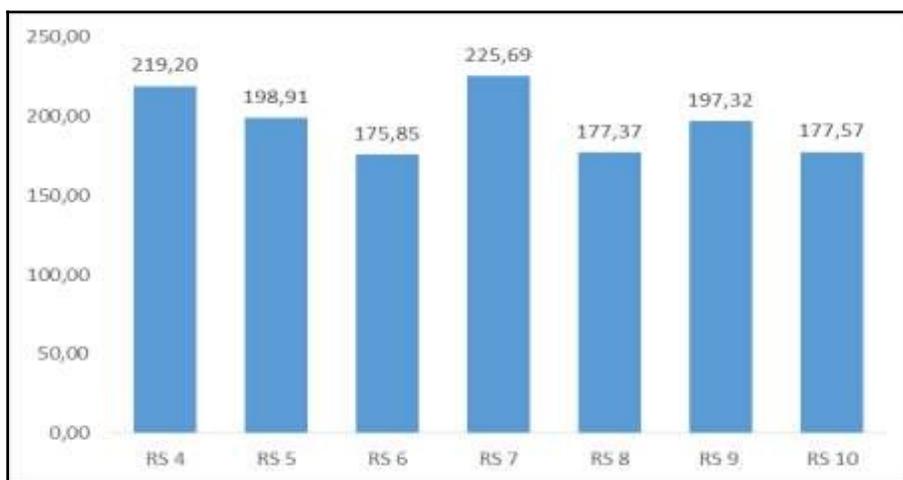
Ao realizar análise dos óbitos por sexo, se observa que 50,37% acometeram pessoas do sexo masculino e 49,63 % do sexo feminino, concluindo que há uma discreta predominância do sexo masculino.

No que diz respeito ao local de ocorrência dos óbitos por DAC se observa que 74,84% ocorreram em Hospitais/Estabelecimento de Saúde, concluindo que um percentual significativo das pessoas tiveram acesso a atendimento hospitalar antes do óbito.

Quando se analisa o grau de escolaridade das pessoas que vieram a óbitos por DAC, se observa que 19,6% das pessoas com 8 a 12 anos e mais de estudo e 80,4% das pessoas tem abaixo de 8 anos de estudo, concluindo um percentual considerável de pessoas com baixa escolaridade e que influencia diretamente no grau de autocuidado.

Em 2018, a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório no estado do RS foi de 203,03/100.000 habitantes, na macrorregião metropolitana foi de 180,30/100.000 habitantes, e quando os dados são estratificados por região percebemos que, três regiões (4, 5 e 7) possuem taxas mais elevadas do que a taxa da macrorregião e que as taxas da regiões 4 e 7 são mais elevada do que a do Estado.

FIGURA 33: Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório/ macrorregião metropolitana



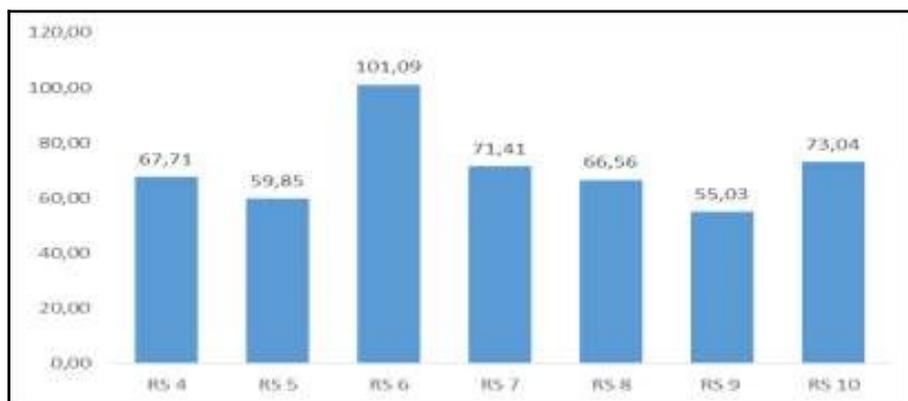
FONTE: SIM/MS, 2018

1.3.10 Doenças Respiratórias Crônicas

As doenças do aparelho respiratório representam a terceira maior causa de morte e a segunda causa mais frequente de internação pelo SUS no Estado. No RS o número de internações por doenças do aparelho respiratório representa 12,46% das internações em 2018, segundo dados do SIH/SUS. Na macrorregião metropolitana foi a 3ª causa mais frequente de internações e

representaram 10,87% do total de internações ocorridas em 2018. A taxa de internação por doenças do aparelho respiratório no estado, em 2018, foi de 82,0/10.000 habitantes e na macrorregião metropolitana foi de 68,0/10.000 habitantes. Ao analisar por região de saúde se observa que as regiões 6, 7 e 10 apresentaram taxas mais elevadas do que a média da macrorregião metropolitana.

FIGURA 34: Taxa de internação por doenças do aparelho respiratório/ macrorregião metropolitana



FONTE: SIH/SUS, 2018

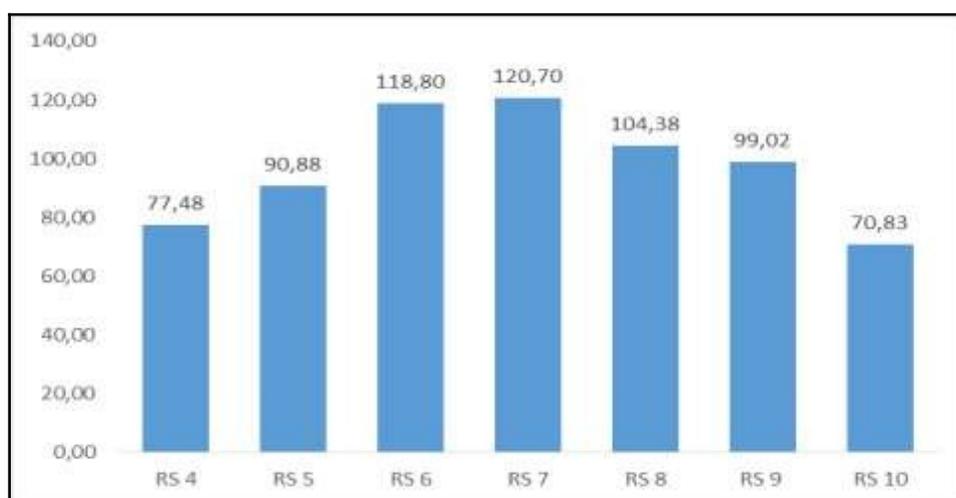
As doenças do aparelho respiratório, em 2018 segundo dados do SIM/MS, responderam por 11,3% do total de óbitos ocorridos. Ao analisar por faixa etária observa que 86,6% acometeram pessoas acima de 60 anos. Por sexo, se observa que 50,01% ocorreram em pessoas do sexo masculino e 49,98% do sexo feminino, não havendo predominância de sexo na ocorrência dos óbitos.

Entretanto, quando se compara os óbitos por sexo e faixa etária, se observa que nos óbitos femininos 50% do total ocorreram em pessoas de 80 anos e mais, e nos masculinos essa faixa etária representou apenas 34% do total de óbitos, possivelmente indicando uma menor atenção no cuidado dos homens quanto às doenças respiratórias.

Quanto ao local de ocorrência dos óbitos, se observa que 88,51% dos óbitos ocorreram nos Hospitais/Unidades de Saúde, concluindo que a grande maioria das pessoas tiveram acesso a atendimento hospitalar antes do óbito.

A taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, em 2018 no RS, foi de 92,92/100.000 hab. e na macrorregião metropolitana foi de 85,13/100.000 habitantes. Ao analisarmos por região de saúde se observa que as regiões 6 (118,80), 8 (104,38) e 9 (99,02) apresentam taxas maiores que a do estado e da macrorregião metropolitana.

FIGURA 35: Taxa de mortalidade por doenças do ap. respiratório/ macrorregião metropolitana



FONTE: SIM/MS, 2018

1.3.11 Câncer

Com tendência crescente, em 2019 as neoplasias representaram a quinta causa mais frequente de internação e a segunda causa de morte, tanto no estado quanto na macrorregião metropolitana.

Quanto às internações as neoplasias representaram 8,84% no estado e 8,53% na macrorregião. Entre os tipos de neoplasias mais comuns no RS as de pele, em 2019, foram as mais frequentes (9,40%), seguidas pelas de cólon, mama e brônquios e pulmões (respectivamente 9,22%, 9,03% e 6,41%). Já na macro metropolitana o câncer de pele também é o mais frequente (10,84%), mas o câncer de mama assume o 2º lugar, com 10,47%, seguido das neoplasias de brônquios e pulmões (7,25%) e de cólon (6,66%). Pode-se considerar que 2019 foi um ano atípico, porque nos anos anteriores e posteriores o câncer de mama foi a causa mais frequente de internação na metropolitana.

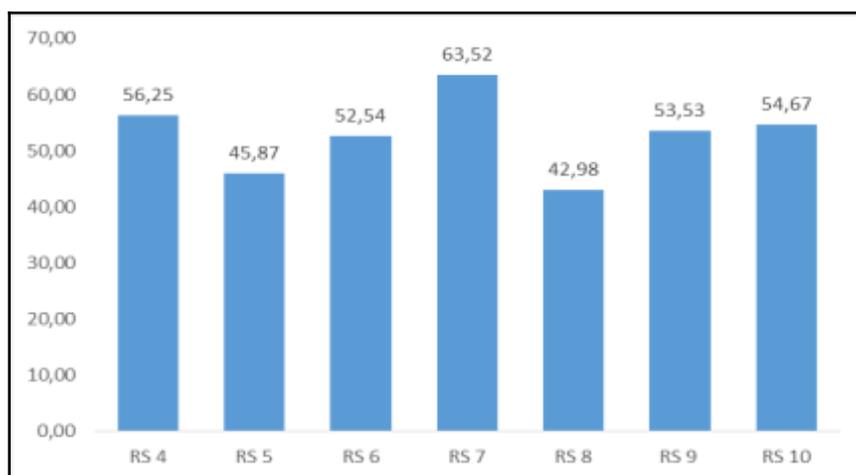
Quanto à mortalidade, as neoplasias representaram 22,07% das mortes do estado e 22,33% (8.657 óbitos) da metropolitana. A neoplasia mais frequente é a de brônquios e pulmões (17,7%), seguida da de mama (7,2%), cólon (6,4%) e pâncreas e próstata (5,9% cada) no estado.

As neoplasias representaram, em 2018, a segunda maior causa de morte no estado do Rio Grande do Sul e na macrorregião metropolitana. As internações por câncer representaram a quinta causa mais frequente, com 8,57% do total de internações no estado; na macrorregião metropolitana representaram 8,19%.

Segundo dados de 2018 do SIH/SUS, a taxa de internação por neoplasias no RS foi de

57,0/10.000 habitantes e na macrorregião metropolitana foi de 51,0/10.000 habitantes. Ao analisar por região de saúde se observa que as regiões 4, 6, 7, 9 e 10 apresentaram taxas mais elevadas do que a média da macrorregião metropolitana.

FIGURA 36: Taxa de internação por neoplasias nas regiões de saúde da macrorregião metropolitana



FONTE: SIH/SUS, 2018

A mortalidade por neoplasias ocupa, assim como nos dados a nível de estado, a segunda causa mais frequente de morte da população na macrorregião metropolitana, representando 21,6% do total de óbitos em 2018, segundo dados do SIM/MS. Do total de óbitos por neoplasias na metropolitana, 90,50% se deu em pessoas na faixa etária de 50 a 80 anos e mais. A neoplasia mais frequente é neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões.

A taxa de mortalidade por neoplasias no estado foi 170,44/100.000 habitantes, na macrorregião metropolitana a taxa foi de 162,26/100.000 habitantes. Ao analisarmos por região de saúde se observa que a Região 10 (171,68/100.000 hab) apresenta taxa maior do que a média da macrorregião metropolitana e que a taxa do estado, e as demais regiões apresentam taxas próximas da macrorregião.

FIGURA 37: Taxa de mortalidade por neoplasias/ macrorregião metropolitana.



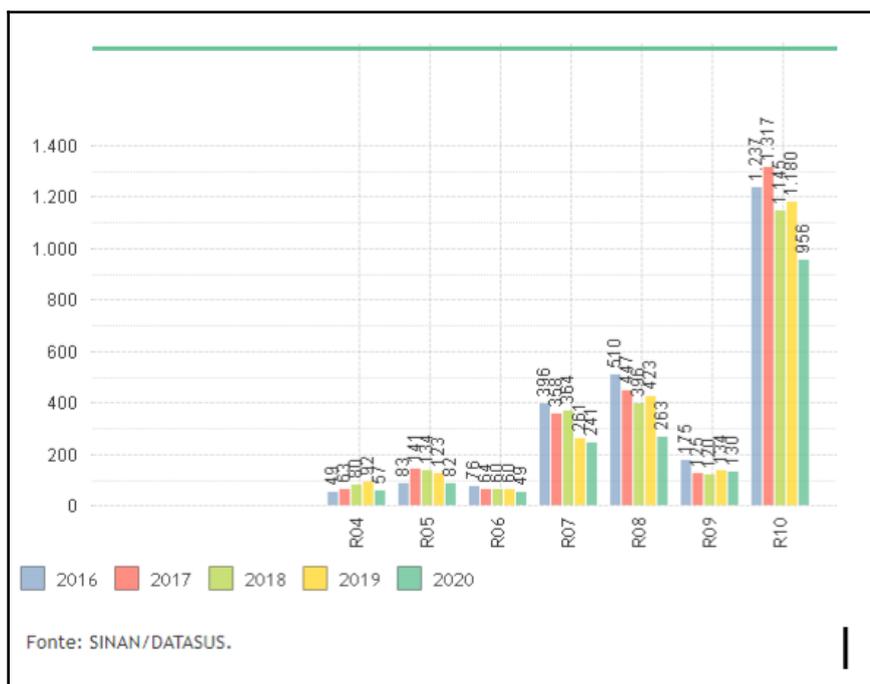
FONTE: SIM/MS, 2018

1.3.12 HIV/AIDS

Segundo o Boletim Epidemiológico HIV/ Aids e Sífilis de 2020, no ano de 2019, identificou-se no Rio Grande do Sul, 3.405 novos casos de HIV e 3.224 casos de Aids, com uma taxa de detecção de 28,3 para cada 100.000 habitantes, totalizando 99.616 casos de Aids, no período de 1980 a junho de 2020.

Ainda no estado, entre o total de casos, 7.349 (30,7%) estão concentrados na Região de Saúde 10 – Capital e Vale do Gravataí, 2.268 (9,5%) na Região 7 – Vale dos Sinos, 2.244 (9,4%) na Região 8 – Vale do Caí e metropolitana (RIO GRANDE DO SUL, 2019). Percebe-se que o maior número de novos casos em 2020 estão nas regiões 8 e 10, conforme o gráfico abaixo.

FIGURA 38: Número de casos novos notificados de HIV, macrorregião metropolitana, RS, 2016 - 2020

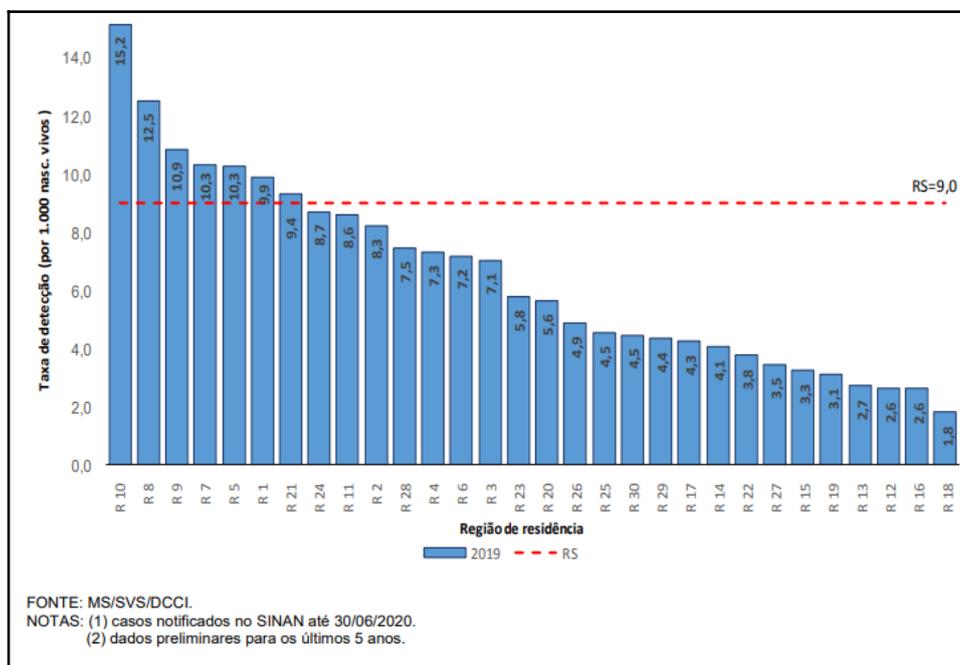


FONTE: BI/SES/RS

Um indicador importante diante da magnitude da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no RS, é a taxa de detecção de HIV em gestantes. De acordo com Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) entre as Unidades da Federação (UF), a taxa de detecção de HIV em gestantes no estado no ano de 2019 foi de 9,0 casos para cada 1.000 nascidos vivos. Sendo assim, o Rio Grande do Sul ocupa o 1º lugar no ranking dos estados com a maior taxa de detecção entre as gestantes, sendo 3,2 vezes maior que a do Brasil (2,8/1.000 nascidos vivos). Em destaque, a taxa de detecção em gestantes de Porto Alegre é de 17,6 casos para cada 1.000 nascidos vivos, quase o dobro da taxa estadual.

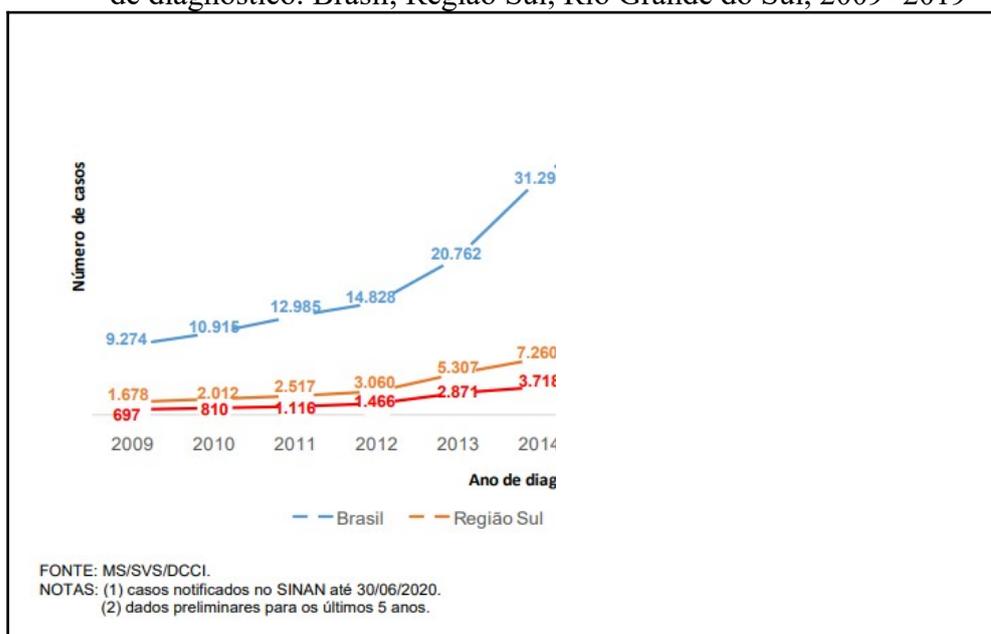
No gráfico abaixo, no ano de 2019, entre as regiões de residência dos casos notificados no RS, a taxa de detecção variou de 1,8 casos/1.000 nascidos vivos a 15,2/1.000 nascidos vivos.

FIGURA 39: Taxa de detecção de HIV em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) segundo região de residência. Rio Grande do Sul, 2019^(1,2)



Chama atenção que as cinco maiores taxas de detecção de HIV entre gestantes estão justamente na nas regiões 10, 8, 9 e 5 da metropolitana, sendo que apenas a Região 4 - Belas Praias e Região 6 - Vale do Paranhana e Costa da Serra estão mais distanciadas destes.

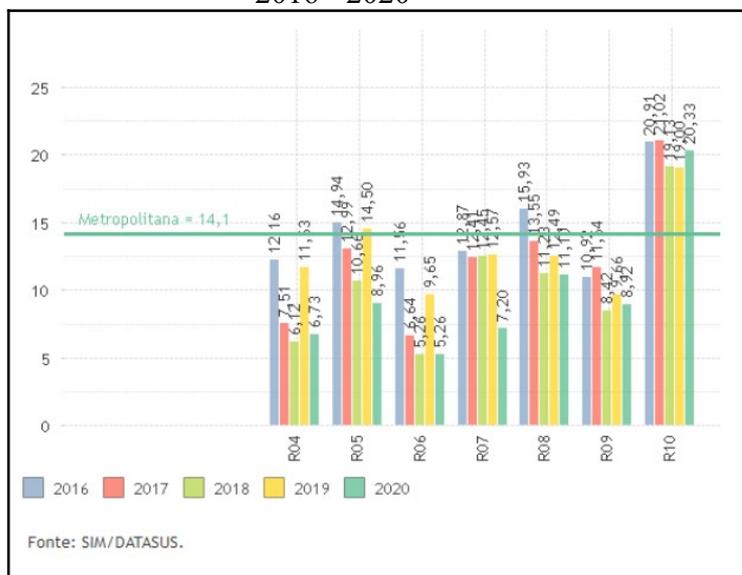
FIGURA 40: Número de casos de HIV notificados no SINAN, segundo local de residência e ano de diagnóstico. Brasil, Região Sul, Rio Grande do Sul, 2009- 2019^(1,2)



Conforme o mesmo boletim, a taxa de mortalidade padronizada por Aids no RS tem sido quase o dobro da mortalidade no Brasil nos últimos anos, porém, é possível observar um declínio de 35,0% nos últimos 10 anos. Em 2009 a taxa de mortalidade foi de 11,7 óbitos a cada 100.000 habitantes, reduzindo para 7,6 óbitos em 2019. Porto Alegre, apesar da redução de 10,6% da taxa de mortalidade bruta entre 2017 e 2019, segue apresentando o maior coeficiente entre as capitais brasileiras em 2019 (22,0 óbitos/100.000 habitantes).

Tendo como foco a macrorregião metropolitana de saúde, em 2020, apenas a Região 10 tem taxa de bruta de óbito por Aids bastante alta no valor de 20,33, sendo que a média de todas as regiões é de 14,1.

FIGURA 41: Taxa bruta de óbito por Aids (100.000 habitantes), macrorregião metropolitana, RS, 2016 - 2020



De janeiro de 1980 a dezembro de 2019, foram notificados no SIM 349.784 óbitos por causa básica Aids no Brasil (CID10: B20 a B24). Deste total, 62.210 (17,8%) são provenientes da Região Sul do país e 34.221 (9,8%) do RS. O estado apresentou nos últimos cinco anos uma média anual de 1.249 casos de óbitos por Aids. Nesse período é possível destacar que 57,2% dos óbitos por Aids no RS estão concentrados na região metropolitana de Porto Alegre, a saber: R10 – Capital e Vale do Gravataí (40,3%), R8 – Vale do Caí e metropolitana (9,1%) e R7 – Vale dos Sinos (7,8%).

1.3.13 Tuberculose

A tuberculose (TB) ainda se mostra hoje como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, e seu controle representa um grande desafio. Mundialmente, em 2018, cerca de

dez milhões de pessoas adoeceram por tuberculose e 1,5 milhão de pessoas morreram em decorrência dela, sendo a TB a principal causa de morte por um único agente infeccioso.

Segundo o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2019), o País não possui uma epidemia generalizada, mas está concentrada em algumas populações, como as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), em situação de rua, privadas de liberdade (PPL), a população indígena e pessoas que vivem em aglomerados e em situação de pobreza.

Na estratificação por estado evidencia-se uma importante heterogeneidade no país, sendo a taxa de incidência de casos novos do RS de 44,8/100.000 habitantes (SES, 2017). No estado, conforme dados do SINAN, entre 2016 - 2020, ocorreram 31.717 novos casos. E na macrorregião metropolitana, em igual período, foram 20.461 de casos novos, o que corresponde a aproximadamente a 64,5% do Estado. Em 2019, no RS, a macrorregião de saúde com maior incidência é a metropolitana, com média de 68,1 casos/100.000 habitantes (PES 2020-2023).

De acordo com último boletim epidemiológico do MS, no RS menos de 40% dos casos foram notificados e acompanhados na APS, refletindo uma concentração de casos novos de TB nos demais níveis de atenção como os Centros de Referência de Tuberculose/CRTB e Hospital Sanatório Partenon de gestão estadual que atende a todo estado dando suporte para atenção a pacientes com quadros de TB resistente e/ou pacientes com extremo grau de vulnerabilidade social, como população de rua, e que necessitam de internação para garantia da efetividade do tratamento. A Tabela 2 apresenta a frequência de casos novos de Tuberculose em todas as regiões da macrorregião metropolitana.

TABELA 2 - Casos confirmados e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet 2021.

Região Residência	Frequência
43004 04 Belas Praias	132
43005 05 Bons Ventos	176
43006 06 V.Paranhana/C. Serra	79
43007 07 Vale dos Sinos	394
43008 08 Vale Caí/Metropolitan	719

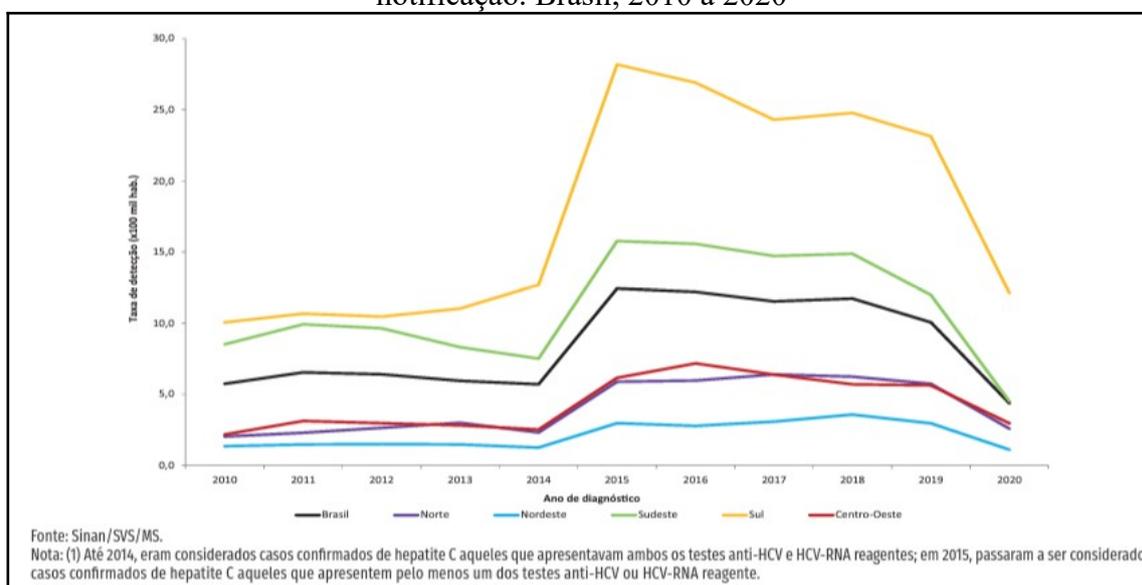
43009 09 Carbonífera/Costa Doc	342
43010 10 Capital/Vale Gravataí	2733
Total	4575

1.3.14 Hepatites

O Boletim Epidemiológico para as hepatites publicado pelo MS em 2021 demonstra que no Brasil a taxa de incidência de Hepatite A e B vem caindo entre 2010 e 2020, enquanto a taxa de incidência de Hepatite C teve um aumento significativo de casos em 2015. Isso se deu por conta da mudança de definição dos casos para fins de vigilância epidemiológica. Após esse pico, a taxa de incidência da Hepatite C também começou a diminuir.

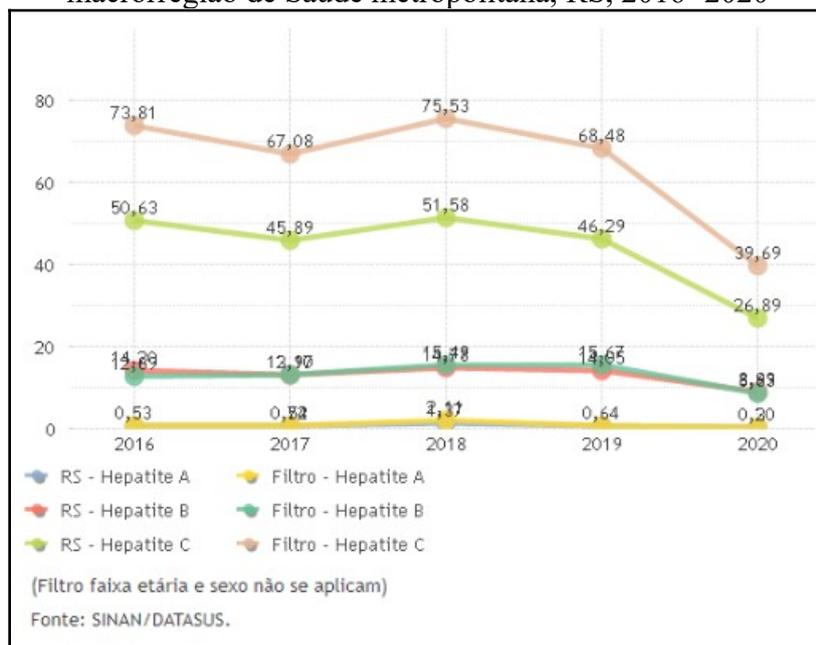
Destaca-se ainda, no mesmo Boletim, que a Região Sul tem apresentado a maior taxa de detecção de casos de Hepatite C em relação a outras regiões do país considerando 2010 a 2020. Conforme o gráfico abaixo, percebe-se que apenas a Região Sul e a Região Sudeste têm taxas acima da média nacional.

FIGURA 42: Taxa de detecção de casos de hepatite C segundo região de residência e ano de notificação. Brasil, 2010 a 2020



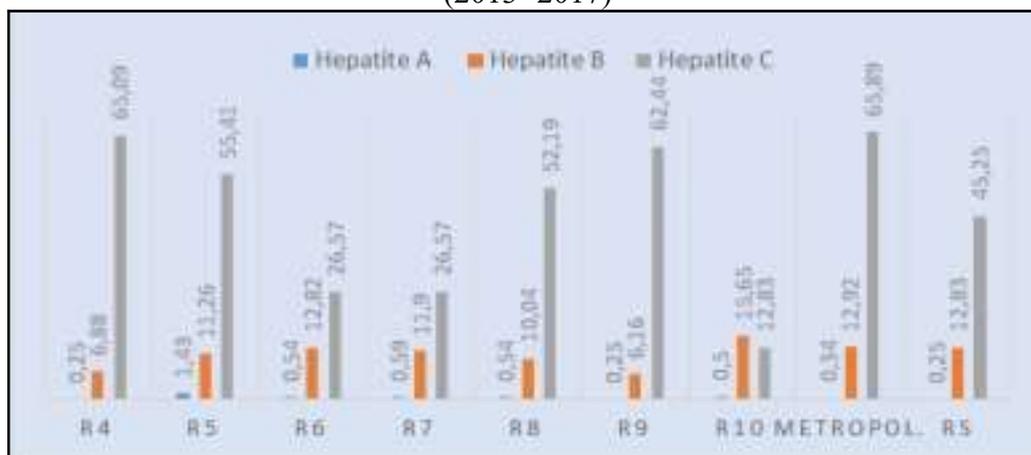
Na macrorregião metropolitana evidencia-se o alto coeficiente de incidência de Hepatite C em relação ao RS no período entre 2016-2020. Os dados de Hepatite A e B acompanham os valores estaduais.

FIGURA 43: Coeficiente de incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes). macrorregião de Saúde metropolitana, RS, 2016 -2020



Esmiucando o coeficiente de incidência das hepatites nas regiões de saúde da macrorregião metropolitana, temos que as Regiões 4, 9 e 10 apresentam os valores mais significativos para Hepatite C.

FIGURA 44: Coeficiente de Incidência de Hepatite Viral B e C/100.000 hab. - metropolitana (2013- 2017)



FONTE : Documentos PRI – 2019 e BI Secretaria Estadual de Saúde

1.3.15 Sífilis

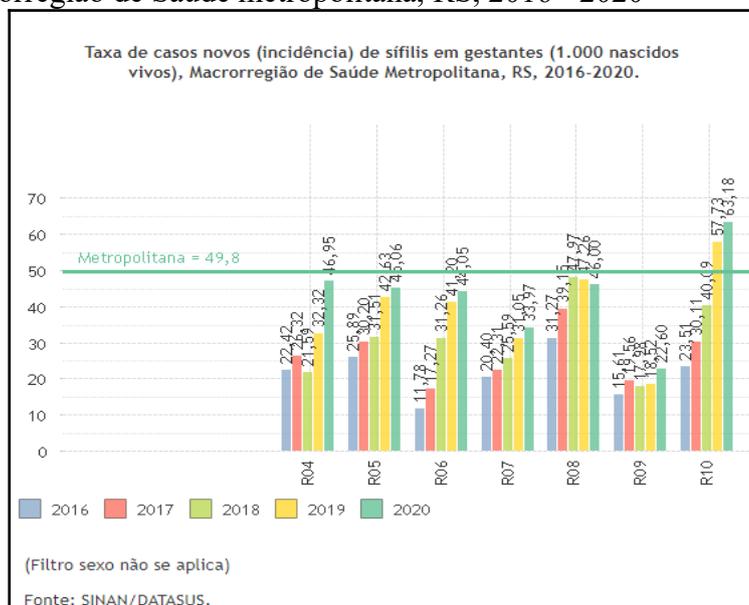
1.3.15.1 Taxa de casos novos de sífilis em gestantes

Segundo a OMS, o contexto da Sífilis no Brasil e no mundo é de grande impacto para as populações, com números de casos preocupantes e a necessidade urgente de controlar a infecção. No Brasil, em 2018, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,4/1.000 nascidos vivos, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,0/1.000 nascidos vivos e taxa de mortalidade por sífilis congênita foi de 8,2/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019⁽²⁾).

No Boletim Epidemiológico de Sífilis, de 2021, do MS, apresenta-se dados do Brasil mostrando um aumento progressivo da sífilis adquirida até 2018 e depois uma diminuição brusca em 2020, um aumento gradativo da taxa de detecção de sífilis em gestantes e da taxa de incidência de sífilis congênita.

Ao analisar a distribuição da taxa de casos novos (incidência) de sífilis em gestantes por região da macrorregião metropolitana, destaca-se que a Região 10-Capital e Vale do Gravataí é a única que ultrapassa a média do Estado.

FIGURA 45: Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em gestantes (1.000 nascidos vivos), macrorregião de Saúde metropolitana, RS, 2016 - 2020

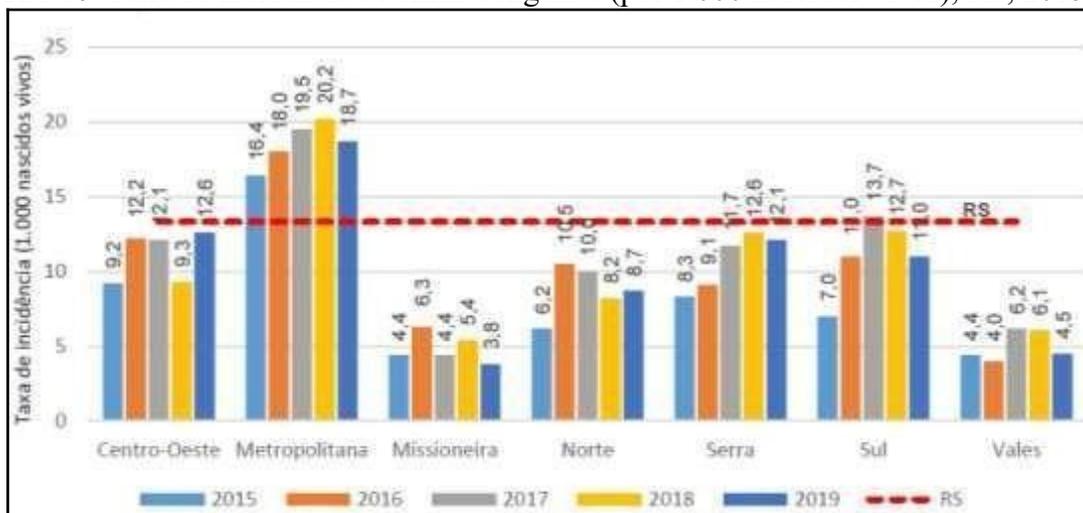


1.3.15.2 Taxa de casos novos de sífilis em menores de 1 ano

De acordo com o Plano de Saúde Estadual para o período de 2020-2023, entre os anos de

2015 e 2019, o RS teve uma taxa média de 13,3 casos novos de sífilis congênita a cada 1.000 nascidos vivos e dentre as regiões a maior foi a da macrorregião metropolitana com 19,5/1.000 nascidos vivos.

FIGURA 46: Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), RS, 2015-2019



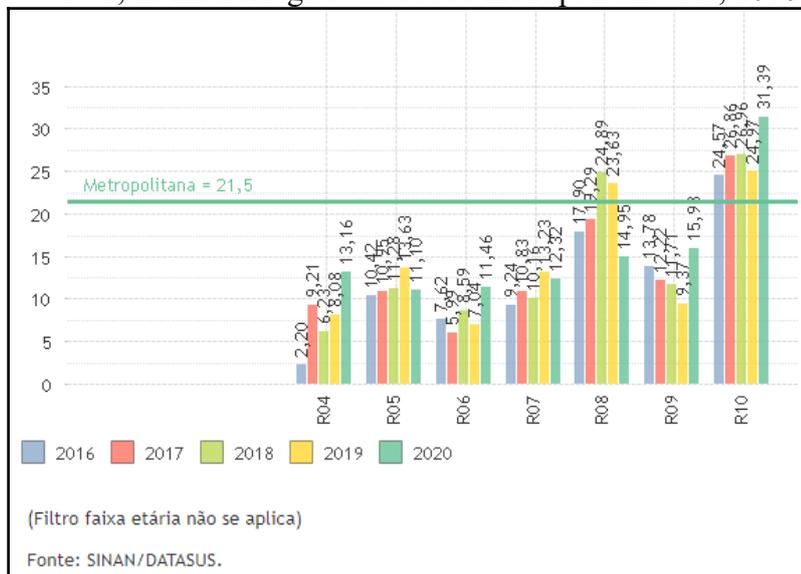
FONTE: PES/SES 2020-2023

De acordo com o Informe Epidemiológico do Rio Grande do Sul (2018), o total de casos registrados de Sífilis Congênita em menores de 1 ano de idade, no período de janeiro de 2011 a junho de 2018 foi de 10.003 casos, dos quais 4.446 (44,4%) são residentes na Região de Saúde 10-Capital e Vale do Gravataí.

Ao analisar a taxa de incidência do RS por mil nascidos vivos, observa-se que passou de 4,4 em 2011 para 14,2 em 2017 e superior à taxa do Brasil que é de 9,0/1.000 nascidos vivos.

Com dados do Painel BI até 2020, vemos que a Região 8 - Vale do Caí e metropolitana diminuiu bastante sua taxa de detecção e a Região 10 - Capital e Vale do Gravataí aumentou ainda mais essa taxa, tornando preocupante a situação.

FIGURA 47: Taxa de detecção de casos novos de sífilis em menores de 1 ano (1.000) nascidos vivos, na macrorregião de Saúde metropolitana. RS, 2016-2020



Cabe salientar que a partir de 2017 foi decretado pelo Brasil o contexto de epidemia de sífilis no território nacional com o lançamento do “Projeto Sífilis Não” como uma importante estratégia para a diminuição dos indicadores e tem por meta o controle da sífilis em gestante, eliminação da sífilis congênita e diminuição da sífilis na população geral (sífilis adquirida).

A Figura abaixo, mostra taxas de incidência de Sífilis Gestante e Sífilis Congênita nas regiões da macrorregião metropolitana, com dados referentes a 2013-2017, retirados dos PRI onde pode-se verificar uma mudança nos valores quando comparados aos descritos no Informe Epidemiológico da SES. Para ocorrência de sífilis gestante, as regiões 05, 08 e 10 apresentam uma taxa superior à Taxa Estadual assim como a Região macrorregião metropolitana. Já para a Sífilis Congênita, a Região macrorregião metropolitana aparece também com taxa acima da taxa estadual, assim como as regiões 08 e 10.

FIGURA 48: Taxas de Incidência Sífilis Gestante e Congênita (2013-2017)



FONTE: Documentos PRI ano 2018 e BI Secretaria Estadual de Saúde

ESTRUTURA DO SISTEMA

O capítulo Estrutura do Sistema pretende caracterizar a capacidade instalada da macrorregião metropolitana, identificar os vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços. Além disso, será possível analisar a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional. Este subcapítulo foi construído com base no levantamento realizado e consolidado nesta planilha:

[https://docs.google.com/spreadsheets/d/1_mwdpc-](https://docs.google.com/spreadsheets/d/1_mwdpc-48OLW703Hn8eidvVUEuer8yGQHsXGm0eVwKA/edit#gid=336519049)

[48OLW703Hn8eidvVUEuer8yGQHsXGm0eVwKA/edit#gid=336519049](https://docs.google.com/spreadsheets/d/1_mwdpc-48OLW703Hn8eidvVUEuer8yGQHsXGm0eVwKA/edit#gid=336519049) e no formulário respondido pelas 90 secretarias municipais de saúde:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfLGv8knEX0ML1jA6lVZfxmnlXNrnF87DO61KZtfQ4JZkBFpQ/closedform>

Considerando as informações existentes nos sistemas de informações oficiais como SCNES (Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) em agosto de 2022 a macrorregião metropolitana apresenta:

QUADRO 5: Total de Estabelecimentos por tipologia na Macrorregião Metropolitana

Tipo de Estabelecimento	Região 04	Região 05	Região 06	Região 07	Região 08	Região 09	Região 10	Total
ACADEMIA DA SAÚDE	3	4	1	9	13	4	3	37
CENTRAL DE REGULAÇÃO	-	-	-	2	2	-	24	28
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	-	-	-	-	-	-	3	3
CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	-	-	-	1	2	1	1	5
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	-	-	-	3	1	-	1	5
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	3	4	7	15	15	10	34	88
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE	48	41	41	98	107	76	223	634
CENTRAL DE NOTIF. CAPTAÇÃO E DISTR. ÓRGÃOS ESTADUA	-	-	-	-	-	-	4	4
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	43	45	48	286	332	100	1786	2640
CONSULTÓRIO	170	165	142	775	886	628	3819	6585
COOPERATIVA	-	-	1	10	1	-	10	22
FARMÁCIA	35	51	39	110	82	54	316	687
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	-	-	-	2	-	11	13
HOSPITAL GERAL	3	5	8	11	10	8	24	69
HOSPITAL DIA	-	-	-	4	1	-	5	10
LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA	-	4	-	3	-	3	2	12
POLICLÍNICA	13	26	11	71	53	21	54	249
OFICINA ORTOPÉDICA	1	-	-	-	1	-	-	2
POSTO DE SAÚDE	10	30	20	37	25	41	6	169
PRONTO ANTEDIMENTO	6	8	-	8	8	4	10	44
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	-	-	-	-	-	-	3	3
PRONTO SOCORRO GERAL	-	-	1	1	-	-	1	3
SECRETARIA DE SAÚDE	12	12	7	15	20	21	9	96
SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO(HOME CARE)	-	-	-	15	8	1	37	61

UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	-	1	-	-	-	1	2	4
UNIDADE DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL	-	-	1	-	-	-	-	1
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	35	32	40	146	127	76	344	800
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	2	-	-	3	4	7	7	23
UNIDADE MISTA	-	-	-	-	-	-	1	1
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCIA	10	10	7	13	19	11	31	101
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1	1	3	6	6	-	16	33
TELESAÚDE	-	-	-	-	1	-	3	4
POLO PREV.DE DOENCAS E AGRAVOS E PROMOCAO DA SAUDE	-	5	4	1	14	3	4	31
Total	395	444	381	1643	1740	1070	6794	12467

QUADRO 6: Total de Recursos Humanos por CBO segundo Ocupações de Nível Superior na Macrorregião Metropolitana

Ocupações de Nível Superior	Região 04	Região 05	Região 06	Região 07	Região 08	Região 09	Região 10	Total
Assistente Social	23	34	30	78	130	76	451	822
Biólogo	3	2	1	10	11	4	119	150
BioMédico	12	26	14	73	66	28	306	525
Cirurgião dentista - auditor	1	-	-	1	-	-	1	3
Cirurgião dentista - clínico geral	91	83	91	417	434	210	1379	2705
Cirurgião dentista - dentística	-	1	-	11	4	-	72	88
Cirurgião dentista - endodontista	2	2	2	12	22	1	115	156
Cirurgião dentista - estomatologista	-	-	-	1	2	-	13	16
Cirurgião dentista - implantodontista	-	1	5	10	3	1	40	60
Cirurgião dentista - odontogeriatra	-	-	-	-	-	-	1	1
Cirurgião dentista - odontologia do trabalho	-	-	-	-	1	1	3	5
Cirurgião dentista - odontologia para pacientes co	-	-	-	1	-	-	8	9
Cirurgião dentista - odontologista legal	-	-	1	-	10	1	21	33

Ocupações de Nível Superior	Região 04	Região 05	Região 06	Região 07	Região 08	Região 09	Região 10	Total
Cirurgião dentista - odontopediatra	-	1	3	5	7	3	56	75
Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista	3	-	5	28	13	7	189	245
Cirurgião dentista - patologista bucal	-	-	-	-	-	-	8	8
Cirurgião dentista - periodontista	-	1	2	9	5	-	71	88
Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial	-	-	-	-	-	-	16	16
Cirurgião dentista - protesista	-	1	-	4	7	2	96	110
Cirurgião dentista - radiologista	2	1	1	7	2	4	21	38
Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial	-	3	-	8	15	1	91	118
Cirurgião dentista de saúde coletiva	-	-	-	-	1	-	8	9
Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família	21	32	12	44	83	16	248	456
Coordenador Pedagógico	-	-	1	1	2	-	-	4
Enfermeiro	230	266	193	767	1054	396	4940	7846
Enfermeiro auditor	-	-	-	1	2	1	29	33
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	30	38	37	122	174	48	467	916
Enfermeiro de centro cirúrgico	-	-	-	4	-	-	23	27
Enfermeiro de terapia intensiva	-	-	-	1	1	3	68	73
Enfermeiro do trabalho	-	2	-	3	10	2	13	30
Enfermeiro nefrologista	-	-	1	2	2	-	9	14
Enfermeiro neonatologista	-	-	-	-	-	-	1	1
Enfermeiro obstétrico	-	-	-	4	3	-	28	35
Enfermeiro psiquiátrico	-	-	-	-	-	-	5	5
Enfermeiro puericultor e pediátrico	-	-	-	-	-	-	16	16
Enfermeiro sanitaria	-	-	-	-	-	-	5	5
Engenheiro Agrônomo	-	-	-	1	-	-	1	2
Farmacêutico	79	77	80	230	231	106	1130	1933
Físico	-	-	-	-	-	-	7	7
Físico (medicina)	-	-	-	-	-	1	9	10
Físico (nuclear e reatores)	-	-	-	1	-	-	7	8

Ocupações de Nível Superior	Região 04	Região 05	Região 06	Região 07	Região 08	Região 09	Região 10	Total
Fisioterapeuta acupunturista	-	-	-	5	2	1	14	22
Fisioterapeuta do trabalho	-	-	1	-	-	-	3	4
Fisioterapeuta esportivo	-	-	-	2	1	-	11	14
Fisioterapeuta geral	97	81	77	293	367	136	1304	2355
Fisioterapeuta neurofuncional	-	-	-	1	1	-	16	18
Fisioterapeuta osteopata	-	-	-	-	-	-	1	1
Fisioterapeuta quiropraxista	-	-	-	1	-	-	-	1
Fisioterapeuta respiratória	-	-	-	-	1	-	5	6
Fisioterapeuta traumato-ortopédica funcional	-	1	-	1	-	-	10	12
Fonoaudiólogo	12	25	14	88	107	27	328	601
Médico acupunturista	-	-	-	3	7	3	35	48
Médico alergista e imunologista	-	-	-	2	1	-	12	15
Médico anatomopatologista	-	1	-	8	4	1	32	46
Médico Anestesiologista	4	1	10	50	121	6	517	709
Médico angiologista	-	-	1	5	1	2	16	25
Médico broncoesofalogista	-	-	-	-	-	-	1	1
Médico cancerologista cirúrgico	-	-	-	-	-	-	4	4
Médico cancerologista pediátrico	-	-	-	1	-	-	8	9
Médico cardiologista	8	7	10	66	100	25	532	748
Médico Cardiologista Intervencionista	-	-	-	-	-	-	24	24
Médico cirurgião cardiovascular	1	-	-	2	7	2	23	35
Médico cirurgião da mão	-	-	-	-	-	-	1	1
Médico cirurgião de cabeça e pescoço	-	-	-	-	-	-	18	18
Médico cirurgião do aparelho digestivo	-	-	-	5	2	-	65	72
Médico Cirurgião Geral	3	7	1	57	48	7	272	395
Médico cirurgião pediátrico	-	-	-	2	2	-	110	114
Médico cirurgião plástico	-	-	-	6	9	1	48	64
Médico cirurgião torácico	-	-	-	-	-	1	13	14

Ocupações de Nível Superior	Região 04	Região 05	Região 06	Região 07	Região 08	Região 09	Região 10	Total
Médico citopatologista	-	-	-	2	-	-	2	4
Médico Clínico	149	217	160	665	1048	302	2228	4769
Médico coloproctologista	-	1	-	3	1	-	32	37
Médico da estratégia de Saúde da Família	25	31	17	79	121	45	390	708
Médico de família e comunidade	-	3	2	13	9	-	80	107
Médico dermatologista	1	3	-	16	45	7	223	295
Médico do trabalho	-	4	1	16	26	4	95	146
Médico em cirurgia vascular	2	2	-	8	18	-	48	78
Médico em endoscopia	-	-	-	-	-	1	2	3
Médico em medicina de tráfego	-	1	-	-	-	-	1	2
Médico em medicina intensiva	1	-	-	1	7	1	118	128
Médico em medicina nuclear	-	-	-	5	2	-	17	24
Médico em medicina preventiva e social	-	-	-	1	-	-	2	3
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	18	9	11	59	81	20	297	495
Médico endocrinologista e metabologista	-	2	2	7	3	1	102	117
Médico fisiatra	-	-	-	3	8	-	32	43
Médico gastroenterologista	3	-	1	10	11	2	109	136
Médico Generalista Alopata	-	1	17	9	17	15	28	87
Médico geneticista	-	-	-	1	-	-	19	20
Médico geriatra	1	-	-	1	4	-	33	39
Médico Ginecologista Obstetra	10	14	13	121	102	27	657	944
Médico hematologista	-	-	1	4	4	-	45	54
Médico homeopata	-	-	-	-	1	-	9	10
Médico infectologista	2	1	2	6	18	2	81	112
Médico legista	-	-	-	-	-	-	2	2
Médico mastologista	-	-	-	1	1	-	11	13
Médico nefrologista	1	2	1	13	34	5	137	193
Médico neurocirurgião	-	-	-	9	13	-	31	53

Ocupações de Nível Superior	Região 04	Região 05	Região 06	Região 07	Região 08	Região 09	Região 10	Total
Pesquisador em Saúde Coletiva	-	-	-	-	-	-	1	1
Preparador Físico	-	4	2	-	2	1	5	14
Professor da Educação de Jovens e Adulto	-	-	-	-	1	-	2	3
Professor de alunos com deficiência mental	-	-	9	2	-	-	-	11
Professor de alunos com deficiência múltipla	-	-	1	-	-	6	2	9
Professor de Artes no Ensino Médio	1	-	-	-	-	-	-	1
Professor de Educação Física Ensino Fund	-	-	-	1	-	-	-	1
Professor de Educação Física Ensino Médio	-	1	-	-	-	2	2	5
Professor de Educação Física Ensino Superior	-	-	-	-	1	-	14	15
Profissionais de Educação Física na Saúde	5	8	4	19	56	8	45	145
Psicanalista	-	2	-	-	1	-	2	5
Psicólogo acupunturista	-	-	-	-	-	-	6	6
Psicólogo Clínico	69	116	83	375	358	182	1217	2400
Psicólogo do Trabalho	-	-	-	1	5	-	16	22
Psicólogo Educacional	1	-	-	1	-	-	1	3
Psicólogo Hospitalar	1	1	4	3	10	1	59	79
Psicólogo Social	-	-	-	-	3	-	5	8
Psicopedagogo	1	6	5	15	30	9	23	89
Químico	-	-	-	1	-	-	2	3
Terapeuta ocupacional	3	15	6	28	34	11	176	273
Total	1004	1254	1039	4544	5918	1979	25081	40819

QUADRO 7: Total de Recursos Humanos por CBO segundo Ocupações de Nível Técnico e auxiliar na Macrorregião Metropolitana

Ocupações de Nível Técnico-Auxiliar	Região 04	Região 05	Região 06	Região 07	Região 08	Região 09	Região 10	Total
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	54	41	10	188	239	36	2639	3207
FISCAL SANITÁRIO	19	10	8	14	11	13	42	117
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	608	833	608	2827	2742	1190	14613	23421
..Tec de enferm. e Socorrista	605	831	607	2821	2721	1182	14482	23249
..Tec de enferm. de Terapia Intensiva	2	-	-	4	8	7	116	137
..Tec de enferm. do Trabalho	1	1	1	2	12	1	15	33
..Tec de enferm. Psiquiátrica	-	1	-	-	1	-	-	2
TÉCNICO E AUXILIAR DE FARMÁCIA	18	4	29	10	154	16	189	420
..Auxiliar de Farmácia de Manipulação	4	1	27	6	1	16	28	83
..Auxiliar de Produção Farmacêutica	-	-	-	-	55	-	4	59
..Auxiliar Técnico em Laboratório de Farm	14	3	-	1	88	-	131	237
..Técnico em Farmácia	-	-	2	3	10	-	25	40
..Técnico em Imunobiológicos	-	-	-	-	-	-	1	1
TÉCNICO E AUXILIAR DE LABORATÓRIO	14	48	30	72	79	19	566	828
..Auxiliar de Laboratório de Análises Clínic	14	45	10	69	48	17	279	482
..Auxiliar de Laboratório de Análises FisQui	-	-	-	-	1	-	1	2
..Auxiliar de Laboratório de Imunobiológicos	-	-	-	-	1	-	2	3
..Auxiliar Técnico em Patologia Clínica Assi	-	3	19	2	7	2	191	224
..Técnico de Laboratório de Análises Físicoq	-	-	-	-	4	-	1	5

..Técnico em Laboratório de Farmácia	-	-	1	-	3	-	1	5
..Técnico em Patologia Clínica Analista Labo	-	-	-	1	15	-	91	107
TÉCNICO E AUXILIAR EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	1	-	-	4	52	3	24	84
TÉCNICO E AUXILIAR EM FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO	-	4	-	11	20	1	53	89
..Técnico de Imobilização Ortopédica	-	4	-	10	14	-	24	52
..Técnico de Ortopedia Téc Prótese e Órtese	-	-	-	1	6	1	20	28
..Técnico em Reabilitação	-	-	-	-	-	-	9	9
TÉCNICO E AUXILIAR EM SAÚDE ORAL	5	11	3	6	29	8	99	161
..Auxiliar de Prótese Dentária	-	-	-	-	1	-	15	16
..Protético Dentário	2	2	-	2	2	2	11	21
..Técnico em Higiene Dental	3	9	3	4	26	6	73	124
TÉCNICO E AUXILIAR EM VIG SANITÁRIA E AMBIENTAL	-	2	-	-	2	3	-	7
TÉCNICO E AUXILIAR EM EQUIP MÉDICO-HOSPITALARES	-	-	-	1	-	-	3	4
TÉCNICO E AUXILIAR EM RADIOLOGIA MÉDICA	49	55	24	152	147	80	729	1236
TÉCNICO E AUXILIAR EM HEMATOLOGIA/HEMOTERAPIA	-	-	-	-	-	-	10	10
TÉCNICO E AUXILIAR EM HISTOLOGIA	-	-	-	-	-	-	9	9
OUTRAS OCUPAÇÕES NÍVEL TÉCNICO E AUXILIAR EM SAÚDE	3	4	12	19	41	13	208	300
..Acupunturista Fitoterapeuta Terap Natural	-	-	1	1	1	-	3	6
..Auxiliar de Desenvolvimento Infantil	-	-	-	1	-	1	2	4
..Auxiliar Geral de Conservação de Vias Perm	-	-	-	-	-	1	-	1
..Instrumentador Cirúrgico	-	2	-	1	26	8	137	174
..Instrutor de Cursos Livres	-	-	-	-	3	-	-	3
..Mecanico de Manutenção de Máquinas em Gera	-	-	-	-	1	-	6	7
..Mecanico de Manutenção e Instalação Aparel	-	-	-	-	1	-	13	14

..Ministro de Culto Religioso	-	-	-	-	-	-	14	14
..Professor de Alunos Com Deficiência Mental	-	-	9	2	-	-	-	11
..Professor de Nível Médio Na Educação Inf	-	-	1	-	-	-	-	1
..Quiropraxista Cinesoterapeuta Eutonista Ho	1	1	-	3	1	-	-	6
..Recreador	-	-	-	-	-	1	6	7
..Técnico de Alimentos	-	-	-	-	1	-	6	7
..Técnico de Desporto Individual e Coletivo	-	-	1	1	3	-	-	5
..Técnico de Saneamento	-	-	-	-	2	-	-	2
..Técnico em Métodos Eletrográficos em Encef	-	-	-	3	-	-	8	11
..Técnico em Métodos Gráficos em Cardiologia	-	-	-	-	-	-	8	8
..Técnico em Óptica e Optometria Contatólogo	2	1	-	5	2	2	3	15
..Técnico Químico	-	-	-	2	-	-	2	4
Total	771	1012	724	3304	3516	1382	19184	29893

QUADRO 8: Total de Recursos Humanos por CBO segundo Ocupações de Nível elementar na Macrorregião Metropolitana

Ocupações de Nível Elementar	43004 Região 04 - Belas Praias	43005 Região 05 - Bons Ventos	43006 Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	43007 Região 07 - Vale dos Sinos	43008 Região 08 - Vale do Cai e Metropolitana	43009 Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	43010 Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	Total
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	171	274	235	507	725	375	790	3077
Agente comunitário de saúde	171	274	235	507	725	375	790	3077
AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	21	28	3	11	18	18	45	144
Agente de saúde pública agente de saneam	21	28	3	11	18	18	45	144
ATENDENTE DE ENFERMAGEM/AUX OPER SERV DIV E	17	61	130	165	211	58	628	1270

ASSEM									
Atendente de consultório dentário	4	22	2	30	35	21	137	251	
Atendente de enfermagem atender berçário	-	3	1	5	5	1	73	88	
Atendente de farmácia balconista	13	36	127	130	171	36	418	931	
OUTRAS OCUPAÇÕES NÍVEL ELEMENTAR EM SAÚDE	-	1	-	1	-	-	12	14	
Gesseiro	-	1	-	1	-	-	12	14	
Total	209	364	368	684	954	451	1475	4505	

QUADRO 9: Total de Recursos Humanos por CBO segundo Ocupações administrativas na Macrorregião Metropolitana

Ocupações Administrativas	43004 Região 04 - Belas Praias	43005 Região 05 - Bons Ventos	43006 Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	43007 Região 07 - Vale dos Sinos	43008 Região 08 - Vale do Cai e Metropolitana	43009 Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	43010 Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	Total
ADMINISTRAÇÃO	357	392	557	1482	1709	677	9143	14317
..Administrador	20	10	16	30	66	38	327	507
..Administrador de banco de dados	-	-	-	1	-	-	1	2
..Administrador de sistemas operacionais	1	3	1	4	2	8	3	22
..Advogado	-	3	-	5	7	-	46	61
..Advogado de empresa	-	-	-	-	1	1	-	2
..Almoxarife	1	-	2	21	21	1	363	409
..Analista de redes e de comunicação de dados	-	-	-	6	-	1	14	21
..Analista de suporte computacional	2	-	-	1	1	-	7	11

..Analista financeiro instituicoes financeir	-	-	-	1	3	1	7	12
..Arquiteto de edificacoes	-	-	-	1	-	-	15	16
..Arquivista	-	-	-	-	-	-	3	3
..Arquivista de documentos	-	-	1	1	1	1	1	5
..Assistente tecnico administrativo	51	186	152	553	481	200	2981	4604
..Atendente de agencia	1	-	-	-	-	-	9	10
..Atendente de ambulatorio atendente de cli	3	4	63	88	105	20	507	790
..Auditor contadores e afins	-	-	-	-	1	-	41	42
..Auxiliar de contabilidade	1	1	1	5	1	2	39	50
..Auxiliar de escritorio em geral auxiliar a	91	31	48	168	233	54	2256	2881
..Auxiliar de faturamento	4	6	12	19	20	5	206	272
..Auxiliar de pessoal	-	2	-	1	1	-	34	38
..Chefe de contabilidade tecnico	-	-	-	-	-	-	2	2
..Cobrador externo	-	-	-	-	-	-	1	1
..Comprador	2	-	2	3	4	-	36	47
..Contador	-	1	2	6	17	2	21	49
..Contínuo	-	-	2	1	2	-	8	13
..Digitador	16	4	2	53	41	17	8	141
..Diretor administrativo	7	5	7	24	37	16	50	146
..Diretor administrativo e financeiro	3	-	2	1	4	1	13	24
..Diretor comercial	-	-	-	-	1	-	4	5
..Diretor de marketing	-	-	-	1	-	-	1	2
..Diretor de pesquisa e desenvolvimento pd	-	-	-	-	-	-	1	1
..Diretor de servicos de informatica	-	1	-	-	-	-	2	3

..Diretor de servicos de saude diretor clin	12	6	16	21	42	14	80	191
..Diretor de servicos sociais	-	-	-	-	-	1	1	2
..Diretor de suprimentos	-	-	-	-	-	-	1	1
..Diretor financeiro	-	-	-	-	1	1	1	3
..Engenheiro civil	-	-	1	4	2	-	58	65
..Engenheiro de seguranca do trabalho	-	1	-	1	3	-	12	17
..Fiscal de tributos municipal	-	-	1	2	3	-	-	6
..Gerente administrativo	10	32	14	63	34	20	164	337
..Gerente comercial	-	1	2	2	1	2	6	14
..Gerente de compras	-	-	1	-	1	-	5	7
..Gerente de comunicacao	-	-	-	1	-	-	2	3
..Gerente de departamento pessoal	-	-	-	1	1	-	2	4
..Gerente de desenvolvimento de sistemas	-	-	-	-	1	-	-	1
..Gerente de marketing	-	-	-	-	-	-	5	5
..Gerente de producao de tecnologia da infor	-	-	-	-	-	-	2	2
..Gerente de producao e operacoes	-	-	-	-	-	-	1	1
..Gerente de projetos de tecnologia da infor	-	-	-	-	-	1	2	3
..Gerente de projetos e servicos de manutenc	-	-	-	1	1	-	1	3
..Gerente de recursos humanos	-	1	2	1	3	1	8	16
..Gerente de rede	-	-	-	-	-	-	3	3
..Gerente de servicos culturais	-	-	-	-	-	-	1	1
..Gerente de servicos de saude administrado	1	1	8	11	35	6	180	242
..Gerente de suporte	-	-	-	1	2	-	3	6

tecnico de tecnologia d									
..Gerente de suprimentos	-	-	-	1	1	-		5	7
..Gerente financeiro	-	-	-	2	2		2	15	21
..Operador de computador inclusive microcomp	-	-	-	1	-		1	-	2
..Operador de radiochamada	-	-	-	-	-	-		23	23
..Operador de telemarketing ativo e receptiv	-	-	-	-	-	-		82	82
..Programador de sistemas de informacao	-	-	-	1	2	-		21	24
..Recepcionista em geral		121	79	171	279	433	215	820	2118
..Secretaria executiva		1	-	4	3	4	3	69	84
..Supervisor administrativo		4	1	1	24	20	6	137	193
..Supervisor de almoxarifado	-	-	-	1	-	-		4	5
..Supervisor de compras	-	-	-	-	-	1	-	3	4
..Supervisor de contas a pagar	-	-	-	-	1	-		1	2
..Supervisor de controle patrimonial	-	-	-	-	-	-		4	4
..Supervisor de recepcionistas	-	-	-	3	2	3	4	18	30
..Supervisor de tesouraria	-	-	-	-	1	1	-	1	3
..Supervisor de transportes	-	-	-	-	-	-	1	-	1
..Tecnico de apoio ao usuario inform helpdes	-	-	1	2	3	4	1	29	40
..Tecnico de contabilidade		1	-	1	-	7	1	22	32
..Tecnico eletronico	-	-	-	-	-	2	2	59	63
..Tecnico em administracao	-	-	-	-	1	7	3	9	20
..Tecnico em manutencao de equip	-	-	3	4	1	15	2	17	42

informatic									
..Tecnico em secretariado	-	-	2	-	-		13	13	28
..Tecnico em seguranca no trabalho		3	5	7	27	20	7	82	151
..Telefonista		1	4	3	32	7	2	164	213
SERVIÇO DE LIMPEZA/CONSERVAÇÃO		9	9	20	54	145	23	472	732
..Agente de higiene e seguranca		4	2	2	22	94	1	76	201
..Ajustador mecanico	-	-	-	-	-	-		3	3
..Atendente de lavanderia	-	-	-	-	-	-		10	10
..Auxiliar de lavanderia		5	5	9	11	19	-	161	210
..Eletricista de instalacoes	-		2	-		3		12	43
..Empregado domestico nos servicos gerais	-	-	-	7	12	-	17	29	65
..Encanador	-	-	-	-	-	-		5	5
..Jardineiro	-	-	-	-	-	1	-	22	23
..Lavadeiro em geral	-	-	-	-	-	-	1	3	4
..Lavador de roupas a maquina	-	-		1	-	-		1	2
..Marceneiro	-	-	-		2	-		13	15
..Operador de caldeira	-	-	-	-		2	-	20	22
..Pedreiro	-	-	-		1	7	2	68	78
..Servente de obras	-	-		1	3	1	1	32	38
..Zelador de edificio	-	-	-	-		9	-	4	13
SEGURANÇA	-		30	11	13	84	18	346	502
..Agente de patio	-	-	-	-		1	-		1
..Agente de seguranca	-		19	-		43	-	33	95
..Porteiro de edificios	-		1	5	13	21	10	35	85
..Vigia	-		4	5		5	3	186	203
..Vigilante	-		6	1		14	5	92	118

OUTRAS OCUPAÇÕES ADMINISTRATIVAS	32	166	78	148	222	172	2456	3274
..Ascensorista	-	-	-	-	-	-	21	21
..Copeiro	-	3	-	-	-	1	5	9
..Copeiro de hospital	-	15	1	75	31	29	492	643
..Costureira de reparacao de roupas	2	-	-	5	2	-	16	25
..Costureiro na confeccao em serie	-	1	-	-	4	-	7	12
..Cozinhador conservacao de alimentos	-	-	-	-	-	-	1	1
..Cozinheiro de hospital	12	2	12	24	13	14	189	266
..Cozinheiro geral	2	-	3	6	27	1	32	71
..Motorista de carro de passeio	9	20	32	5	48	53	98	265
..Motorista de furgao ou veiculo similar	1	5	13	10	40	7	50	126
..Trabalhador de servicos de manutencao de e	6	120	17	23	57	67	1545	1835
Total	398	597	666	1697	2160	890	12417	18825

QUADRO 10: Total de Recursos Físicos(Equipamentos) na Macrorregião Metropolitana em 2022

Equipamento	43004 Região 04 - Belas Praias	43005 Região 05 - Bons Ventos	43006 Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	43007 Região 07 - Vale dos Sinos	43008 Região 08 - Vale do Caí e Metropolitana	43009 Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	43010 Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	Total
.. GAMA CAMARA	-	-	1	5	1	-	24	31
.. MAMOGRAFO COM COMANDO SIMPLES	5	5	5	22	16	9	49	111
.. MAMOGRAFO COM ESTEREOTAXIA	2	-	-	1	2	3	21	29
.. RAI0 X ATE 100 MA	12	6	8	22	23	19	47	137

Equipamento	43004 Região 04 - Belas Praias	43005 Região 05 - Bons Ventos	43006 Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	43007 Região 07 - Vale dos Sinos	43008 Região 08 - Vale do Caí e Metropolitana	43009 Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	43010 Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	Total
.. RAI0 X DE 100 A 500 MA	9	9	12	45	38	11	174	298
.. RAI0 X MAIS DE 500MA	2	6	4	19	8	8	69	116
.. RAI0 X DENTARIO	16	27	29	147	152	58	322	751
.. RAI0 X COM FLUOROSCOPIA	-	-	-	18	6	1	51	76
.. RAI0 X PARA DENSITOMETRIA OSSEA	2	1	2	9	9	3	35	61
.. RAI0 X PARA HEMODINAMICA	-	-	-	7	3	-	21	31
.. TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO	4	8	12	24	23	14	71	156
.. RESSONANCIA MAGNETICA	5	1	4	14	11	8	62	105
.. ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	5	10	19	80	61	26	337	538
.. ULTRASSOM ECOGRAFO	10	17	26	78	46	38	201	416
.. ULTRASSOM CONVENCIONAL	8	6	9	46	33	23	81	206
.. PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	8	3	5	13	12	5	28	74
.. MAMOGRAFO COMPUTADORIZADO	-	1	3	4	4	1	10	23
.. PET/CT	-	-	-	-	-	-	4	4
.. CONTROLE AMBIENTAL/AR-CONDICIONADO CENTRAL	9	14	35	479	156	97	1482	2272
.. GRUPO GERADOR	6	8	11	34	23	17	105	204
.. USINA DE OXIGENIO	1	3	5	15	34	6	42	106
.. ENDOSCOPIO DAS VIAS RESPIRATORIAS	1	-	2	25	18	9	126	181
.. ENDOSCOPIO DAS VIAS URINARIAS	1	-	3	-	8	-	55	67
.. ENDOSCOPIO DIGESTIVO	5	5	13	65	32	17	432	569
.. EQUIPAMENTOS PARA OPTOMETRIA	-	14	3	30	13	18	86	164
.. LAPAROSCOPIO/VÍDEO	2	2	5	45	17	7	304	382

Equipamento	43004 Região 04 - Belas Praias	43005 Região 05 - Bons Ventos	43006 Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	43007 Região 07 - Vale dos Sinos	43008 Região 08 - Vale do Caí e Metropolitana	43009 Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	43010 Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	Total
.. MICROSCOPIO CIRURGICO	1	1	8	33	13	4	98	158
.. CADEIRA OFTALMOLOGICA	-	3	5	28	8	10	51	105
.. COLUNA OFTALMOLOGICA	-	2	5	30	7	8	48	100
.. REFRACTOR	-	3	5	34	7	11	43	103
.. LENSOMETRO	-	3	3	23	6	3	25	63
.. PROJETOR OU TABELA DE OPTOTIPOS	-	3	4	30	18	11	51	117
.. RETINOSCOPIO	-	3	3	29	2	10	34	81
.. OFTALMOSCOPIO	-	4	4	43	9	11	94	165
.. CERATOMETRO	-	4	4	20	4	4	27	63
.. TONOMETRO DE APLANACAO	-	3	5	24	7	6	39	84
.. BIOMICROSCOPIO (LAMPADA DE FENDA)	-	3	4	36	4	9	57	113
.. CAMPIMETRO	-	3	3	17	2	6	17	48
.. ELETROCARDIOGRAFO	29	58	48	166	131	80	612	1124
.. ELETROENCEFALOGRAFO	-	8	3	33	24	12	81	161
.. BOMBA/BALAO INTRA-AORTICO	-	-	-	4	3	2	29	38
.. BOMBA DE INFUSAO	69	209	185	788	1198	166	6985	9600
.. BERÇO AQUECIDO	6	10	21	61	58	17	283	456
.. BILIRRUBINOMETRO	-	1	2	4	3	-	17	27
.. DEBITOMETRO	-	-	-	-	1	-	57	58
.. DESFIBRILADOR	27	23	32	141	140	59	585	1007
.. EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	6	7	12	48	41	10	188	312
.. INCUBADORA	11	20	13	46	48	19	347	504
.. MARCAPASSO TEMPORARIO	1	2	2	9	12	-	147	173
.. MONITOR DE ECG	34	72	48	350	423	116	2510	3553
.. MONITOR DE PRESSAO INVASIVO	3	5	15	186	91	23	411	734

Equipamento	43004 Região 04 - Belas Praias	43005 Região 05 - Bons Ventos	43006 Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	43007 Região 07 - Vale dos Sinos	43008 Região 08 - Vale do Caí e Metropolitana	43009 Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	43010 Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	Total
.. MONITOR DE PRESSAO NAO-INVASIVO	20	87	83	382	400	93	1160	2225
.. REANIMADOR PULMONAR/AMBU	82	124	107	481	498	133	1102	2527
.. RESPIRADOR/VENTILADOR	31	94	79	311	347	81	1795	2738
.. APARELHO DE DIATERMIA POR ULTRASSOM/ONDAS CURTAS	14	18	25	144	120	87	296	704
.. APARELHO DE ELETROESTIMULACAO	38	35	35	228	159	91	361	947
.. BOMBA DE INFUSAO DE HEMODERIVADOS	-	2	-	2	39	2	35	80
.. EQUIPAMENTOS DE AFERESE	13	2	-	121	3	6	37	182
.. EQUIPAMENTO DE CIRCULACAO EXTRACORPOREA	-	-	-	8	1	-	57	66
.. EQUIPAMENTO PARA HEMODIALISE	13	21	19	107	124	48	572	904
.. FORNO DE BIER	7	8	6	23	28	23	102	197
.. EQUIPO ODONTOLOGICO	91	111	119	695	630	246	1887	3779
.. COMPRESSOR ODONTOLOGICO	27	31	58	295	275	134	697	1517
.. FOTOPOLIMERIZADOR	34	42	91	455	384	116	865	1987
.. CANETA DE ALTA ROTACAO	28	39	107	613	566	165	1302	2820
.. CANETA DE BAIXA ROTACAO	29	39	81	501	566	132	1071	2419
.. AMALGAMADOR	11	24	28	135	89	52	414	753
.. APARELHO DE PROFILAXIA C/ JATO DE BICARBONATO	27	25	46	296	276	88	618	1376
.. EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES	1	2	1	6	6	4	11	31
.. EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS POR PRODUTO DE DISTORCAO	1	-	1	6	2	3	10	23
.. POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFALICO AUTOMATICO	-	-	1	2	4	1	10	18

Equipamento	43004 Região 04 - Belas Praias	43005 Região 05 - Bons Ventos	43006 Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	43007 Região 07 - Vale dos Sinos	43008 Região 08 - Vale do Caí e Metropolitana	43009 Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	43010 Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	Total
.. POT EVOCADO AUD TRONCO ENCEF DE CURTA, MEDIA E LONGA LATENCIA	-	-	1	1	-	-	2	4
.. AUDIOMETRO DE UM CANAL	-	-	3	25	9	10	8	55
.. AUDIOMETRO DE DOIS CANAIS	1	1	3	25	19	11	24	84
.. IMITANCIOMETRO	1	3	1	11	5	5	6	32
.. IMITANCIOMETRO MULTIFREQUENCIAL	-	-	1	-	4	1	9	15
.. CABINE ACUSTICA	-	5	7	28	25	12	21	98
.. SISTEMA DE CAMPO LIVRE	-	-	-	2	3	-	11	16
.. SISTEMA COMPLETO DE REFORÇO VISUAL(VRA)	-	-	-	1	1	-	2	4
.. GANHO DE INSERCAO	-	-	-	-	-	-	5	5
.. HI-PRO	-	-	-	7	5	1	6	19
Total	769	1309	1553	8341	7597	2540	29571	51680

A seguir essas informações serão apresentadas de forma mais detalhada dentro das Redes de Atenção à Saúde: Rede de Atenção (Rede Materno-Infantil, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Condições Crônicas, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão e Educação em Saúde, Média e Alta Complexidade (atenção secundária e terciária), Sistema de Apoio e Diagnóstico Terapêutico).

2.1 REDES DE ATENÇÃO

2.1.1 Atenção Primária à Saúde

O Ministério da Saúde aponta a Atenção Primária à Saúde – APS como o primeiro nível de atenção e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, devendo orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade ao sistema, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, do vínculo, da humanização, da equidade e da participação social. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos, oferecendo um conjunto amplo e atualizado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; que está preparada para lidar com os problemas de saúde mais prevalentes da população sob sua responsabilidade e está apta a coordenar o cuidado dos usuários que precisem ser encaminhados para outros níveis de atenção do sistema de saúde.

A Atenção Primária na sua essência, cuida das pessoas, em vez de apenas tratar doenças ou condições específicas. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela possui diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que oferece à atenção integral o mais próximo possível do ambiente cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades. Isso inclui um espectro de serviços que vão desde a promoção da saúde como, por exemplo, orientações para uma melhor alimentação; prevenção, como a vacinação e o planejamento familiar, até o tratamento de doenças agudas e infecciosas, o controle de doenças crônicas, cuidados paliativos e reabilitação.

No quadro abaixo podemos afirmar que a média de cobertura da APS, na Macrometropolitana é de 70,08%, sendo a Região 04 com a maior cobertura, 81,19 % e a Região 07 a menor, 57,88 %. A cobertura da Saúde Bucal da Macro é de 59,30%.

QUADRO 11: Situação das regiões de saúde quanto ao número de equipes e cobertura populacional, julho de 2022

Região de saúde	Teto ESF	nº ESF	nº EAP	Cobertura de APS	ISF >=7
R 4	82	38	2	81.19%	16,7%
R 5	118	44	7	73.93%	9,1%
R 6	115	52	1	72.18%	50,0%
R 7	413	111	29	57.88%	0%
R 8	399	160	32	75.28%	22,2%
R 9	202	76	8	68.55%	25,0%
R 10	1.167	413	79	61.58%	16,7%
Metropolitana	2496	894	158	70,08%	18,8%

FONTE: E-gestor

Atualmente, dentro da APS há uma Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde – CASAPS, disponível para apoiar os gestores municipais na tomada de decisões e levar à população o conhecimento do que encontrar na Atenção Primária. Ela também envolve outras iniciativas de ações estratégicas como: o Programa Saúde na Hora, Médicos pelo Brasil, Programa Saúde na Hora, Previne Brasil, Academias de Saúde, Programa de Saúde na Escola – PSE, entre outros programas.

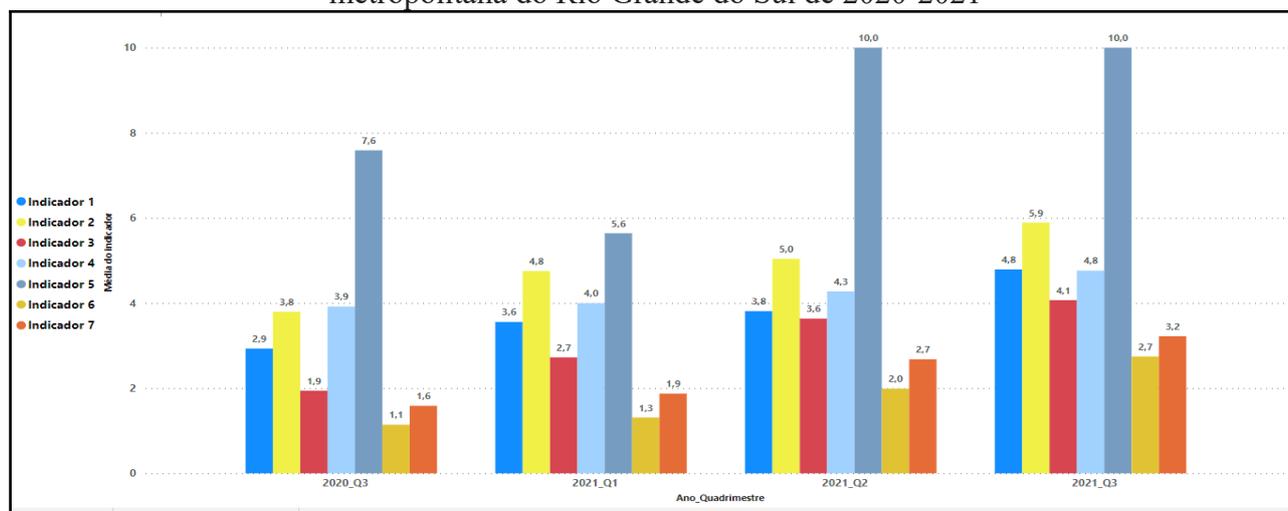
O Previne Brasil, que constitui a nova política de financiamento federal da APS, foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 e, posteriormente, atualizado pela Portaria nº 102, de 20 de janeiro de 2022. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em quatro critérios: (1) captação ponderada, (2) pagamento por desempenho, (3) incentivo para ações estratégicas e (4) incentivo financeiro com base em critério populacional. Para definir o valor que será repassado por este critério, a cada quadrimestre o ministério avalia o desempenho nos indicadores e calcula uma nota de 0 a 10 para cada município, chamada de Indicador Sintético Final - ISF. Caso se encerre um quadrimestre sem ter atingido as metas, o município terá um ISF menor que 10 e receberá um repasse proporcional nos meses seguintes até a próxima avaliação.

Quando analisamos o ISF (que vai medir o desempenho médio do conjunto dos 7 indicadores) da Macrometropolitana podemos constatar que, dos 90 municípios que compõem a

Macro, apenas 17 municípios, ou seja, 18,8% atingiram o índice maior que 7, considerado o mínimo recomendável pelo Ministério da Saúde.

Com base na figura abaixo, a média dos indicadores da macrorregião metropolitana de 2020 a 2021 está em crescente evolução, sendo necessária maior dedicação nos indicadores relacionados às condições crônicas, saúde da mulher e pré-natal.

FIGURA 49: Média dos indicadores de desempenho do Previne Brasil da macrorregião metropolitana do Rio Grande do Sul de 2020-2021



FONTE: <https://liasaude.com.br/painel-regional-previne-brasil/>

- 1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação.
- 2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.
- 3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.
- 4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.
- 5 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo B e poliomielite inativada.
- 6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.
- 7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Em relação ao sistema de informação utilizado na Macro, podemos afirmar que 43,33% possuem sistema gratuito, fornecido pelo Ministério da Saúde. Os demais municípios utilizam sistema próprio/privado 56,67%.

Quanto ao Programa Saúde na Escola, 84 municípios da macrorregião realizaram adesão ao PSE, ou seja, 93,3%.

Com relação a qualificação do processo de trabalho na macrorregião, 11 municípios (12,2%) relataram não possuir nenhum dispositivo de qualificação da APS, 35 municípios (38,9%) possuem apoio institucional, 53 municípios (58,9%) possuem EPS, 16 municípios (17,8%) possuem matriciamento, 11 municípios (12,2%) contam com a Planificação da Atenção e 1 município apontou que o Núcleo de Informação em Saúde é também um dispositivo que auxilia no apoio à gestão da APS.

No que se refere à APS e saúde sexual (métodos contraceptivos), 37 municípios (41,1%) das SMS ofertam DIU e implantes contraceptivos à sua população, 24 municípios (26,6%) ofertam somente DIU na APS, 7 municípios (7,8%) ofertam somente implantes contraceptivos e 22 municípios (24,4%) não oferecem nenhum dos dois métodos.

Em 2021, o Decreto Estadual 56.061 instituiu o Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde - PIAPS, que visa à qualificação da APS, com repasse de recursos financeiros aos municípios, para fins de custeio e investimento, constituído de 5 componentes: (1) sociodemográfico, (2) incentivos às equipes de APS, (3) incentivo à promoção da equidade, (4) incentivo ao Primeira Infância Melhor e (5) componente estratégico de qualificação da APS Rede Bem Cuidar - RBC.

A Rede Bem Cuidar - RBC integra o Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde - PIAPS dentro do componente estratégico e tem como objetivo incentivar a melhoria e o fortalecimento dos serviços da APS com a adesão de uma equipe de Saúde da Família por município, onde cada equipe deverá desenvolver um conjunto de ações previstas para qualificação dos processos de trabalho e de assistência em saúde ofertada à população Gaúcha. Estas ações foram organizadas em quatro eixos estratégicos transversais: (1) Gestão e Processo de Trabalho, (2) Promoção e Educação em Saúde, (3) Comunicação em Saúde e (4) Ambiente e

Participação Social. Na macrorregião metropolitana 70 municípios aderiram ao RBC, destes somente 22 alcançaram o Selo Bronze pelo cumprimento das metas.

O estado do Rio Grande do Sul lançou em 2021 o programa Avançar na Saúde, que é um plano de investimentos para obras e aquisição de equipamentos para a qualificação da rede hospitalar, da assistência farmacêutica e das unidades básicas de saúde, disponibilizando aos municípios recursos financeiros para a qualificação de unidades básicas no caso da atenção primária de unidades que tivessem aderido à RBC como forma de qualificar suas infraestruturas. Em relação a Macrometropolitana, 15 municípios receberam este recurso.

Ainda, buscando aperfeiçoamento, a rede de atenção básica habilitou os municípios através da Portaria SES Nº 395/2022, todos integrantes da RBC receberam os recursos estaduais para aquisição de equipamentos odontológicos para uso pelas Equipes de Saúde Bucal das Unidades Básicas de Saúde, conforme Decreto nº 56.062/2021.

Enfim, o que sabemos com as conclusões presentes nos relatórios de pesquisas recentes é que a importância da expansão e consolidação de uma atenção primária à saúde forte, que pode atender grande parte das necessidades de saúde de um indivíduo ao longo de sua vida, que ordene as redes de atenção e as integre aos sistemas de vigilância em saúde, nos oferece melhores resultados, eficiência, menores custos e maior qualidade de atendimento em comparação com outros modelos. Será impossível alcançar a saúde para todas e todos sem agir sobre os determinantes sociais, econômicos, ambientais e comerciais da saúde, que geralmente estão além do setor da saúde.

2.1.2 Rede de Atenção às Urgências

A Rede de Atenção às Urgências, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso.

Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de

promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (SAS/MS, 2011).

FIGURA 50: Componentes da Rede de Urgência e Emergências(RUE)



As informações referentes à Atenção Básica (Atenção Primária à Saúde) estarão descritas no item 2.1.6 deste subcapítulo Redes de Atenção. A seguir será descrita a situação dos demais componentes da RUE no âmbito da macrorregião metropolitana.

2.1.2.1 SAMU 192

Conforme informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e do Plano de Ação Regional da RUE da macrorregião metropolitana-RS em 2022, a macrorregião metropolitana apresenta 22 unidades de suporte avançado e 64 unidades de suporte básico.

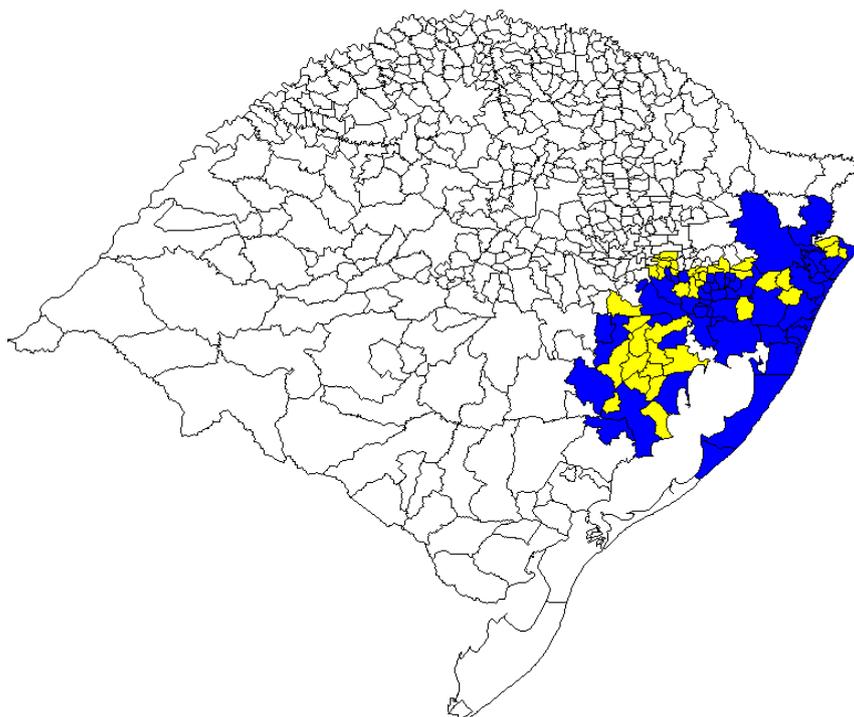
QUADRO 12: Relação de estabelecimentos da RUE que constam no SCNES 2022 da macro metropolitana

Classificação do Serviço	Região 04	Região 05	Região 06	Região 07	Região 08	Região 09	Região 10	Total
103 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS / 001 AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE	-	1	-	1	9	1	1	13

103 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS / 002 UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA TERRESTRE (USB)	6	7	4	7	10	7	23	64
103 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS / 003 UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA TERRESTRE (U)	2	2	1	4	4	2	7	22
103 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS / 006 VEÍCULOS DE INTERVENÇÃO RÁPIDA	-	-	-	-	1	-	-	1
103 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS / 008 AMBULÂNCIA DE RESGATE	-	-	2	-	-	1	1	4
103 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS / 010 MOTOLÂNCIA	2	1	1	2	2	-	-	8
103 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS / 012 SUPORTE AVANÇADO DE VIDA: EQUIPE AEROMÉDICA	-	-	-	-	-	-	1	1
104 REGULAÇÃO DO ACESSO A ACOES E SERVICOS DE SAUDE / 003 CENTRAL DE REGULACAO DAS URGENCIAS	-	-	-	-	-	-	3	3
Total	10	11	8	14	26	11	36	116

Já de acordo com a organização da Rede de Urgência e Emergência da macrorregião metropolitana, dos 90 municípios, 16 (17,8%) apresentam a Unidade de Suporte Avançado (USA), cobrindo 60 dos municípios (66,6%), e 38 (31%) apresentam Unidade de Suporte Básico, cobrindo 64,4% dos municípios(58), portanto 32 municípios estão ainda sem SAMU suporte básico. Conforme mapa abaixo, os municípios em AMARELO não possuem referência de SAMU suporte básico e os municípios em AZUL possuem.

MAPA 1: Distribuição do SAMU suporte basico na macrorregião metropolitana , RS, 2022



No ano de 2020, para esses 32 municípios da macrorregião metropolitana que não possuíam cobertura de suporte básico de atendimento SAMU 192, foi oportunizada a adesão ao Projeto Chamar 192 de acordo com a Resolução CIB nº170/20.

QUADRO 13: Relação dos municípios aptos a adesão do Programa Chamar 192 da macrorregião metropolitana:

CRS		Município	Completo processo de adesão
1ª		Barão	
		Brochier	sim
		Eldorado do Sul	sim
		Estância Velha	
		Harmonia	
		Igrejinha	sim
		Lindolfo Collor	
		Maratá	
		Portão	
		Presidente Lucena	
		Rolante	sim

		Salvador do Sul	
		São Pedro da Serra	
		Três Coroas	
		Tupandi	
		Arambaré	
		Barão do Triunfo	
		Barra do Ribeiro	sim
		Cerro Grande do Sul	
		Chувиска	
		General Câmara	
		Glorinha	
		Mariana Pimentel	
		Riozinho	
		São Jerônimo	
		São José do Hortêncio	
		Sentinela do Sul	
		Sertão Santana	
18 ^a		Caraá	
		Dom Pedro de Alcântara	sim
		Mampituba	
		Morrinhos do Sul	

Do total de 32 municípios da macrorregião metropolitana, até o presente momento, somente 6 (18,75%) municípios fizeram a Adesão e Implantação do Programa Chamar 192. Os demais 26 elegíveis não aderiram porque não foi assegurado um custeio mensal para manutenção do serviço. Até o presente momento, o recurso para este Programa veio em blocos para implantação e de caráter extraordinário foram respectivamente, a partir das Resolução nº 170/20, Resolução nº 034/21 e Resolução nº 340/21.

Os 30(33,3%%) municípios sem cobertura de suporte avançado de forma regional, normalmente, acabam tendo que arcar com transporte medicalizado privado. Segue a relação abaixo por Região:

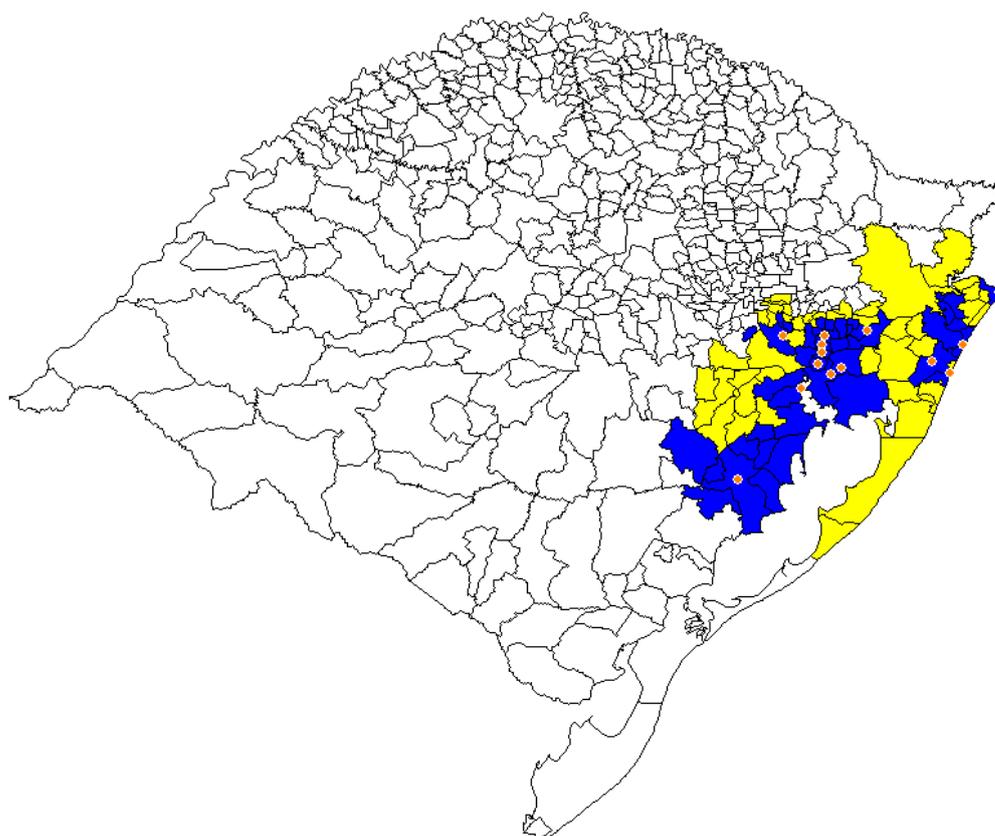
QUADRO 14: Relação dos municípios da macro metropolitana sem cobertura de SAMU suporte avançado, 2022.

Municípios	Região de Saúde
430360 - Cambará do Sul	6
431010 - Igrejinha	6
431575 - Riozinho	6
431600 - Rolante	6
431820 - São Francisco de Paula	6
432170 - Três Coroas	6
431162 - Lindolfo Collor	7
431247 - Morro Reuter	7
431514 - Presidente Lucena	7
431695 - Santa Maria do Herval	7
431848 - São José do Hortêncio	7
430165- Barão	8
430265- Brochier	8
430468 - Capela de Santana	8
430955 - Harmonia	8
431179 - Maratá	8
431650 - Salvador do Sul	8
431935 - São Pedro da Serra	8
431950 - São Sebastião do Caí	8
432200 - Triunfo	8
432225 - Tupandi	8
430110 - Arroio dos Ratos	9
430175- Barão do Triunfo	9
430270 - Butiá	9
430535 - Charqueadas	9

430880 - General Câmara	9
431198 - Mariana Pimentel	9
431225 - Minas do Leão	9
431840 - São Jerônimo	9
430905 - Glorinha	10

Essa informação também pode ser visualizada no Mapa abaixo, onde os municípios da macro metropolitana em AMARELO não possuem referência de SAMU avançada e os em AZUL possuem.

MAPA 2: Distribuição da SAMU suporte avançado na macrorregião metropolitana , RS, 2022.



Observações: SMS Esteio refere não ter cobertura da USA de Sapucaia do Sul, apesar de estar no PAR da RUE(2020). E Sapiranga é atendida pela USA de Taquara, mas acredita que de Novo Hamburgo seria o mais indicado.

2.1.2.2 Pronto Atendimento e UPA 24 Horas

Conforme Nota Técnica nº 002/2018 – DVS/CEVS/SES sobre os alvarás sanitários dos Prontos Atendimento (PA), estes podem ser de urgência de baixa e média complexidade- Unidade:

destinada à assistência de pacientes sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato utilizando-se técnicas simples de assistência. E PA de urgência de alta complexidade e emergência: Unidade destinada à assistência de pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato utilizando-se técnicas complexas de assistência.

Já as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) fazem parte da Rede de Atenção às Urgências co-financiadas pelo Ministério da Saúde. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o SAMU 192. Desta forma, a população terá uma melhoria no acesso, um aumento da capacidade de atendimento do SUS. A UPA 24h oferece estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Se necessário o paciente poderá ser encaminhado para um hospital da rede de saúde, para realização de procedimento de maior complexidade.

Segundo dados do SCNES, há 11 UPA e 39 PAs distribuídos nas sete Regiões de Saúde. Salvo a Região 06 que não possui nenhum serviço habilitado como PA ou UPA.

QUADRO 15: Relação dos municípios com UPA na macrorregião metropolitana do RS, 2022.

Municípios com UPA na macro	Região de Saúde
430463 - Capão da Canoa	4
431350 - Osório(em habilitação)	5
432160 - Tramandaí	5
431340 - Novo Hamburgo	7
430460 - Canoas	8
432000 - Sapucaia do Sul	8
430350 - Camaquã	9
430310 - Cachoeirinha	10
430920 - Gravataí	10
431490 - Porto Alegre	10
432300 - Viamão	10

QUADRO 16: Relação de cobertura dos municípios da macrorregião metropolitana com serviço de urgência e emergência local ou de referência

Região de Saúde	CNES	Estabelecimento	Município
R04	2224356	POSTO 24 HORAS DE XANGRI-LÁ	Xangri-Lá
	7713118	PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS	Torres
	7481373	PA 24h Terra de Areia	Terra de Areia
	2223775	PA 12h CAPÃO NOVO	Capão da Canoa
	0874930	UPA 24h Capão da Canoa (não habilitada)	Capão da Canoa
	2257661	PA 24h ARROIO DO SAL	Arroio do Sal
R05	7897162	UPA 24h TRAMANDAÍ	Tramandaí
	2224127	POSTO DE SAÚDE SUELI SANTOS DE SOUZA	Balneário Pinhal
	2223619	PA 12h Capivari do Sul	Capivari do Sul
	6846386	PA de Quintão	Palmares do Sul
	2257696	PA 24h Imbé	Imbé
	7655169	PA 12h Atlântida Sul (somente pra praia)	Osório
	2223929	PA 24h Dr. Gilberto Braga	Tavares
	0069329	UPA 24h Osório SERGIO DE AZEVEDO SARAIVA (não habilitada)	Osório
R06	2227665	PA DO HOSPITAL BOM PASTOR	Igrejinha
	2257467	PA DO HOSPITAL DR OSWALDO DIESEL	Três Coroas
	2257564	PA DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE ROLANTE	Rolante
	2227762	PA do HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS	Parobé
R07	3263142	UNIDADE BASICA DE SAUDE MARIA EDITH DA COSTA 12h	Araricá
	2232073	HOSPITAL DE CAMPO BOM DR LAURO REUS PA	Campo Bom
	6844138	HOSPITAL SAO JOSE DE DOIS IRMÃOS IBSAU	Dois irmãos
	2231018	UNIDADE BASICA DE SAUDE DE LINDOLFO COLLOR 24h	Lindolfo Collor
	7429703	CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO MUNICÍPIO DE MORRO REUTER	Morro Reuter
	2231751	AMBULATORIO H DOZE DE MAIO SM DO HERVAL	Santa Maria do Herval
	2230844	CENTRO DE SAÚDE FEITORIA	São Leopoldo
	7953917	UPA ZONA NORTE	São Leopoldo
	7369158	MAIS VIDA PRONTO ATENDIMENTO	Ivoti
	2232170	HOSPITAL DE PORTAO	Portão
	2229269	UNIDADE DE SAUDE NOVA HARTZ	Nova Hartz
	7936850	UPA 24 HORAS SAPIRANGA	Sapiranga
	7476426	PRONTO ATENDIMENTO SAO JOSE DO HORTENCIO	Sao Jose do Hortencio
	9361413	UPA CENTRO	Novo Hamburgo
	6867294	UPA 24 HORAS CANUDOS NH IRMÃO ANTÔNIO BORTOLINI	Novo Hamburgo

R08	2227916	PA no HOSPITAL SÃO JOÃO	Brochier
	2227746	SOCIEDADE BENEFICIENTE HOSPITAL SAO JOSE PA	Barão
	7597371	PAME MOINHOS DE VENTO	Triunfo
	7407505	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	Nova Santa Rita
	7376421	UPA 24 HORAS GUAJUVIRAS	Canoas
	7054254	UPA 24 HORAS RIO BRANCO	Canoas
	6177735	UBS CENTRAL	Capela Santana
	2232030	PA DA FUNDACAO DE SAUDE PUBLICA SAO CAMILO DE ESTEIO	Esteio
	2224917	Centro de Saúde 12h	Harmonia
	4067622	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE SAPUCAIA DO SUL UPA	Sapucaia do Sul
	2227681	PA DO HOSPITAL SÃO SALVADOR	Salvador do Sul
	2227908	PA do HOSPITAL SAGRADA FAMÍLIA	São Sebastião do Caí
	2257556	PA do HOSPITAL MONTENEGRO	Montenegro
	2227169	USF 7 CENTRO 12h	Montenegro
	7646704	CENTRO DE ESPECIALIDADES TUPANDI 24H	Tupandi
	2251280	UNIDADE SANITARIA CENTRAL DE TABAÍ 12h	Tabaí
	R09	9344160	UPA 24H MÁRIO NUNES LACERDA
0181927		PRONTO ATENDIMENTO SOLON TAVARES	Guaíba
2224860		Unidade de Saúde 24 Horas	Eldorado do Sul
2227835		PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL 24 HORAS	Barra do Ribeiro
2224836		UNIDADE BASICA DE SAUDE 24 HS	Cerro Grande do Sul
2257572		PA no HOSPITAL NOSSA SENHORA DO CARMO	Tapes
6953689		PA junto ao Hospital ASSOCIACAO DE SAUDE DE DOM FELICIANO	Dom Feliciano
7632193		Policlínica Ambulatório de Especialidades	General Câmara
2224623		UBS 24H	Arambaré
2226782		UBS Dr Rudi Raab que atende 24h	Sertão Santana
2226030		UBS CENTRAL	Sentinela do Sul
6424236		PA no HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JERÔNIMO	São Jerônimo
2989395		PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL	Arroio dos Ratos
2226693		CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE MINAS DO LEÃO	Minas do Leão
2227657		UNIDADE BASICA DE SAUDE BAIRRO CENTRO ATÉ AS 22H	Butiá
2224844		POSTO DE SAÚDE 24H	Chuívisca
9528792		PA no Hospital de Charqueadas	Charqueadas
2226049		POSTO DE SAÚDE MARIANA PIMENTEL 24h	Mariana Pimentel
R10		6796605	PLANTÃO SAÚDE MENTAL IAPI
	6537650	PRONTO ATENDIMENTO BOM JESUS	Porto Alegre
	2237148	PRONTO ATENDIMENTO CRUZEIRO DO SUL	Porto Alegre
	2693402	PRONTO ATENDIMENTO LOMBA DO PINHEIRO	Porto Alegre
	7879679	UPA 24 HORAS VIAMÃO	Viamão
	2231506	PA PAM 8	Alvorada

7114893	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ZONA NORTE MOACYR SCLiar	Porto Alegre
9162267	UPA ABÍLIO ALVES DOS SANTOS	Gravataí
9755969	UPA FRANCISCO DE MEDEIROS	Cachoeirinha

FONTE:CNES/MS

Outros municípios não possuem UPA ou PA habilitado, mas possuem UBS 24 ou 12h para o primeiro atendimento de urgência local, ou seja, há oferta por algum estabelecimento de saúde que atende a população após o horário comercial, conforme quadro abaixo Alguns serviços também são referência para outros municípios, representando ampliação de cobertura.

2.1.2.3 Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e Emergência

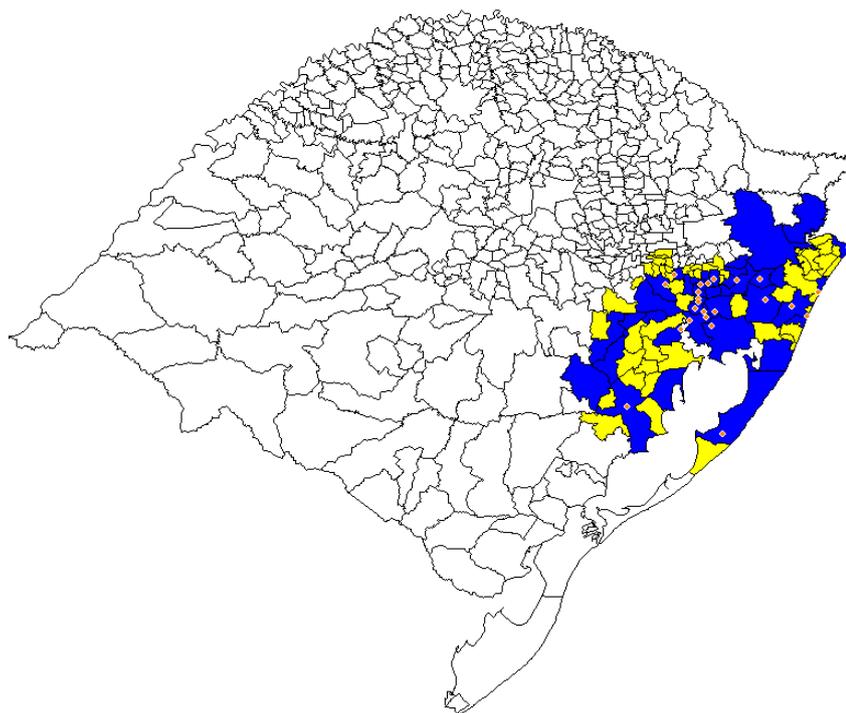
A macrorregião metropolitana apresenta 7 estabelecimentos caracterizados como HOSPITAL ESPECIALIZADO, 1 como PRONTO SOCORRO e 49 estabelecimentos classificados como HOSPITAL GERAL(distribuídos em 40 municípios), nas 7 Regiões de Saúde conforme quadro abaixo:

A Região Capital/Vale do Gravataí conta com a maior quantidade de hospitais, porque concentra os prestadores da capital e maior população, seguido da Região 7 e 6.

Tipo de Estabelecimento	43004 Região 04 - Belas Praias	43005 Região 05 - Bons Ventos	43006 Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	43007 Região 07 - Vale dos Sinos	43008 Região 08 - Vale do Caí e Metropolitana	43009 Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	43010 Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	Total
TOTAL	7	13	8	15	14	10	29	96
HOSPITAL GERAL	2	5	8	8	7	7	12	49
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	-	-	-	1	-	6	7
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	-	-	-	-	-	-	1	1
PRONTO ATENDIMENTO	5	8	-	7	6	3	10	39

Na rede hospital municípios dos 90 que constituem a macro, 40 municípios(44,4) possuem hospital e destes 24(26,6%) possuem porta de entrada, conforme figura abaixo.

MAPA 3: Mapa da localização dos hospitais SUS na macro metropolitana e as portas de entrada em 2022.



Legenda: amarelo sem hospital, azul com hospital e círculos laranjas onde se localizam as portas de entrada hospitalares

2.1.2.4 Leitos UTI, UCO, AVC

Quanto a tipologias e quantidade de leitos no âmbito da macrorregião metropolitana:

TABELA : Distribuição dos leitos UTI ADULTO da macrorregião metropolitana, 2022.

Região	UTI ADULTO SUS	Estimativa UTI ADULTO (EstimaSUS)	Diferença
4	25	26	-1
5	40	35	+5
6	18	36	-15
7	39	55	-16
8	97	57	+40
9	40	63	-23
10	408	190	+218

Total	626	462	+208
-------	-----	-----	------

TABELA : Série Histórica dos Leitos de UTI Adulto/Coronariana disponíveis ao SUS por 100 mil habitantes das sete regiões que compõem a macro metropolitana RS de 2009 a 2021

Regiões	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
RS 4 - Belas Praias	3,6	8,5	8,4	8,3	8,1	8	7,9	7,8	9,6	9,4	9,3	9,2	9,1
RS 5 - Bons Ventos	4,9	4,8	4,8	4,7	4,6	4,5	4,5	4,4	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1
RS 6 - Vale do Paranhana e Costa Serra	0	0	0	3,6	3,6	3,6	3,5	3,5	3,5	3,4	3,4	3,4	3,4
RS 7 - Vale dos Sinos	3,8	4	4	3,6	3,7	3,6	3,6	3,6	4,3	4,2	4,2	4,2	4,4
RS 8 - Vale do Cai e Metropolitana	8,1	9	8,9	8,9	8,8	10,8	11,2	11,1	11,1	11	10,9	10,8	10,8
RS 9 - Carbonífera/Costa Doce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RS 10 - Capital e Vale do Gravataí	16,5	16,5	14,5	15,9	16,8	16,8	17,4	17,4	17,2	15,4	15,1	15,8	15,8
Macro Metropolitana(média)	5,27	6,11	5,8	6,43	6,51	6,76	6,87	6,83	7,14	6,81	6,73	6,8	6,8
Rio Grande do Sul	7,9	7,9	7,6	8,2	8,4	8,7	8,9	8,9	9	8,7	8,6	8,7	8,7
Sul	6,9	7,2	7,1	7,5	7,8	8	8,3	8,4	8,7	8,8	9	9,2	9,2
Brasil	4,9	5,2	5,4	5,7	6,1	6,3	6,4	6,5	6,8	6,9	7,1	7,4	7,3

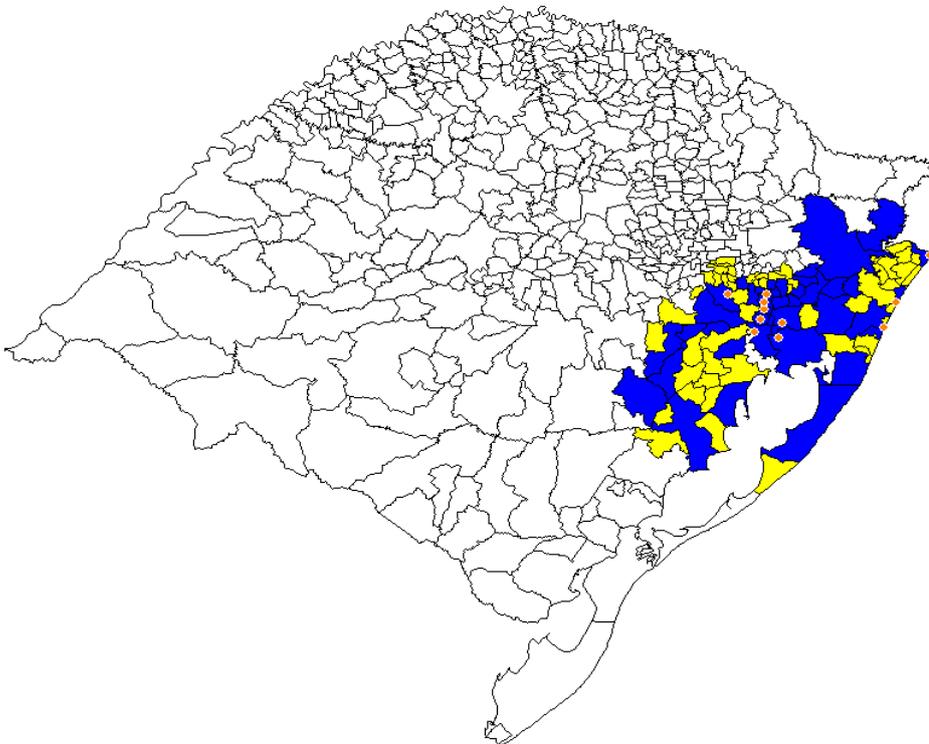
Fonte: Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde - PROADESS(https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=so_proj)

As regiões 10, 08 e 04 apresentam a taxa de oferta superior à do RS. Mas a macro está com taxa inferior, devido aos vazios existentes nas demais Regiões, especialmente na 09.

Referente a linha do Acidente Vascular Cerebral (AVC) a Resolução CIB nº 306/18 aprova as referências de neurocirurgia e estabelece que a regulação da linha de cuidado será de responsabilidade da Central Estadual de Regulação em sua área de atuação e/ou Centrais locais, destinando os pacientes dos municípios referenciados conforme pactuação prévia e preconizando a janela de tempo de início dos sintomas.

A Resolução CIB nº 351/16 aprova o Protocolo de Regulação da Linha de Cuidado do tersecção da linha de cuidados e os serviços habilitados na assistência em Alta Complexidade de NAVOs pacientes com suspeita de AVC, que cheguem aos serviços de Urgência e Emergência por meios próprios, serão encaminhados para a referência estabelecida, levando em consideração o estado geral do paciente conforme segue no mapa abaixo:

MAPA 4: Localização dos hospitais da macrorregião metropolitana com atendimento AVC, 2022.C.



QUADRO 17: Número de leitos de AVC por hospital

RS	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO		AVC	
		CNES	RAZÃO SOCIAL	AGUDO	CRÔNICO
R4	Capão Da Canoa	2707969	Hospital Beneficente Santa Luzia	5	5
R4	Torres	2707950	Hospital Beneficente Nossa Senhora Dos Navegantes	5	0
R5	Tramandaí	2793008	Hospital Tramandaí	5	5
R7	São Leopoldo	2232022	Hospital Centenário	5	5
R7	Novo Hamburgo	2232146	Fundação De Saúde Pública De Novo Hamburgo Fsnh	5	5
R8	Canoas	2232014	Hospital Nossa Senhora Das Gracias	5	5
R8	Montenegro	2257556	Hospital Montenegro	5	5
R8	Sapucaia Do Sul	2232162	Fundação Hospitalar De Sapucaia Do Sul	5	5
R8	Canoas	3626245	Hospital Pronto Socorro De Canoas Dep Nelson Marchezan	5	5
R10	Gravataí	2232049	Hospital Dom João Becker	5	5
R10	Viamão	5223962	Instituto De Cardiologia Hospital Viamão	5	5
R10	Porto Alegre	2265060	Hospital Cristo Redentor Sa	5	5
R10	Porto Alegre	2237601	Hospital De Clínicas	5	5
R10	Porto Alegre	2237571	Hospital Nossa Senhora Da Conceição Sa	5	5
R10	Porto Alegre	2262568	Hospital São Lucas Da Pucrs	5	5
R10	Porto Alegre	2237253	Irmandade Da Santa Casa De Misericórdia De Porto Alegre	5	5
Total de leitos				80	75

FONTE: Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Macrorregião Metropolitana – RS (fev/2020)

Em relação a linha do IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) a Resolução CIB nº 246/17 aprova e atualiza as referências na assistência de alta complexidade cardiovascular. No período de 2012 a 2017, foram habilitados diversos serviços e procedimentos via Portarias SAS e GM/MS, pois era necessário uma atualização de serviços para todas as regiões de saúde do estado, visto que em muitos serviços a região metropolitana é referência. A própria Resolução cita que o estabelecimento das referências é um processo dinâmico; e desta forma, sempre que houver problemas assistenciais, os pacientes serão realocados, temporariamente, em outras unidades que compõem a Rede Estadual de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, com o respectivo remanejamento financeiro, até a que a Unidade de Referência restabeleça seu atendimento. As unidades deverão submeter-se à regulação, controle e avaliação dos gestores estadual e municipal de Saúde.

Em 2018 foram habilitados 8 leitos de Unidade Coronariana (UCO) para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

2.12.5 Leitos Clínicos de Retaguarda

Em relação a oferta de leitos clínicos para adultos, percebe-se um déficit em relação ao estimado, conforme tabela abaixo.

Região	Leitos Clínicos SUS	Estimativa Clínico Adulto (PT1631)	Diferença
4	60	38-96	+22
5	169	55-140	+ 114
6	230	55-138	+175
7	377	193-488	+184
8	652	181-457	+471
9	423	98-248	+325
10	1889	5474-13855	-3585
Total	3800	6094	-2294

A PORTARIA nº 01/2017 traz o cálculo dos Leitos de Cuidados Prolongados na RUE – O cálculo para estabelecer a necessidade de leitos de Cuidados Prolongados será feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros: os Leitos de Cuidados Prolongados correspondem a 5,62% da necessidade total de leitos hospitalares gerais, percentual que deverá ser distribuído da seguinte forma:

- a) 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP; e
- b) 40% (quarenta por cento) para cuidados em Atenção Domiciliar.

LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS				
Necessidade Estimada				
Macrorregião de Saúde / Tipo de Leito Geral	Total de Leitos Gerais*	5,62% do Total de Leitos Gerais(em relação a 1 coluna)	60% para internações Unidades Cuidados Prolongados(em relação a segunda coluna)	Estimada de Leitos de Cuidados Prolongados em UCP
Metropolitana	7326	411,72	247,03	247

TOTAL DE LEITOS GERAL*						
Necessidade Estimada						
Macrorregião de Saúde / Tipo de Leito Geral	LEITO CLÍNICO	LEITO CIRÚRGICO	LEITO PEDIÁTRICO	LEITO OBSTÉTRICO	LEITO NEONATAL	total
Metropolitana	3800	1736	831	583	376	7326

Segundo dados do SCNES em setembro de 2022, na macrorregião metropolitana tem 56 (22,7%)leitos de cuidados prolongados habilitados , e o estimado seria 247.

2.1.2.5 Atenção Domiciliar

A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada 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 redes de atenção à saúde. Pode ser dividida em três modalidades, conforme a demanda de cuidados do usuário atendido.

A Modalidade AD1 é destinada aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD1 é das equipes da Atenção Básica.

As modalidades AD2 e AD3 destinadas aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser provenientes de diferentes serviços da rede de atenção. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e da equipe multiprofissional de apoio (EMAP).

Modalidade AD3 destinada aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos,

podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede. **A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e da equipe multiprofissional de apoio (EMAP).**

Na macrorregião metropolitana há 31 equipes multiprofissionais de atenção domiciliar tipo I, 4 equipes tipo II e 8 equipes multiprofissionais de apoio. Conforme tabela abaixo, há possibilidade de ampliação das três modalidades de equipes.

QUADRO 18: Relação de equipes de atenção domiciliar na macrorregião metropolitana

Tipo de Equipe	Quantidade de possível	Total habilitado	Credenciamentos possíveis
Equipe EMAD I	47	31	16
Equipe EMAD II	12	4	8
Equipe EMAP	43	8	35

FONTE: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES(2022)

2.1.3 Rede de Atenção Psicossocial

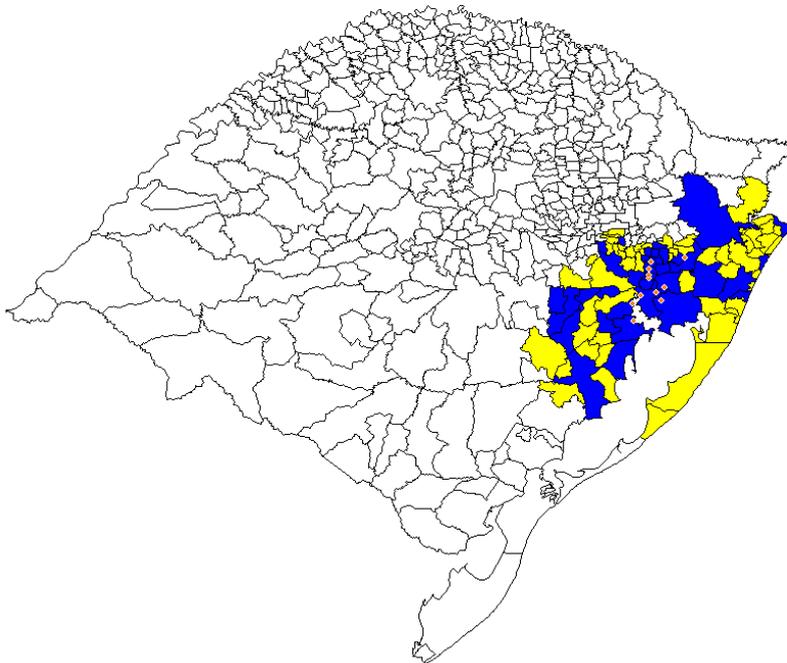
A Portaria n.º 3588/2017 institui, no âmbito do SUS, a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - AMENT como parte da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, constituindo estratégia para atenção integral às pessoas com transtorno mental moderado. A macrorregião metropolitana apresenta AMENT em 35 municípios (38,9%) dos 90 da macrorregião e um total de 52 equipes habilitadas.

Já os Centros de Atenção Psicossocial -CAPS são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário voltados aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias, que se encontram em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial. O objetivo dos CAPS é atender as pessoas com transtorno mental severo e persistente e seus familiares. Na macrorregião 32 municípios possuem CAPS (Tipo I, Tipo II ou Tipo III), 11 do tipo CAPS AD (álcool e drogas) e 9 CAPS tipo i (infantil).

Os municípios com algum CAPS Tipo I,II ou III estão em azul no mapa abaixo. Os municípios em amarelo não possuem. Os pontos laranjas são onde possui CAPS AD na macro

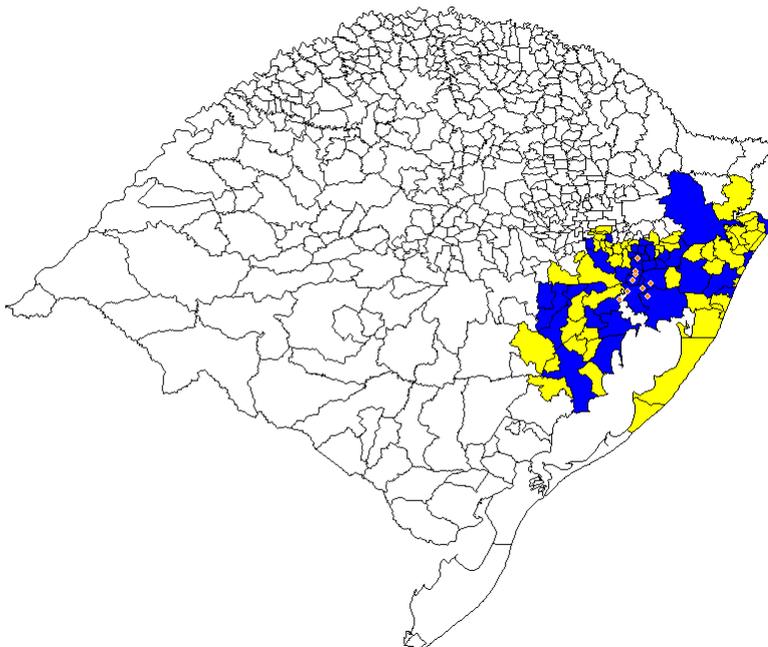
metropolitana. Observa-se uma concentração em torno da Capital, e vazios deste tipos de serviço na macro.

MAPA 5: Distribuição dos CAPS Tipo I,II e II na macrorregião metropolitana, RS, 2022



Neste outro mapa abaixo, os pontos laranjas localizam os CAPS infantil da macro metropolitana, também ao entorno da Capital, mas em menor quantidade ainda a cobertura deste serviço de atendimento ao público infantil.

MAPA 6 : Distribuição dos CAPS i na macrorregião metropolitana , RS, 2022



Os Residenciais Terapêuticos constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contem com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. Temos hoje, no Brasil, um grande número de potenciais beneficiários destas residências. Pessoas que poderiam deixar o hospital psiquiátrico com a garantia de seu direito à moradia e ao suporte de reabilitação psicossocial. Existem também usuários sem histórico de internações prolongadas, mas que por razões diversas precisam de dispositivos residenciais que permitam prover adequadamente suas necessidades de moradia. Dos 90 municípios da macrorregião metropolitana, apenas 10% possuem esse dispositivo dentro da rede de forma habilitada pelo SUS.

QUADRO 19: Relação dos Residenciais terapêuticos da macrorregião metropolitana, 2022.

Região de Saúde	Residenciais Terapêuticos (Tabnet)
10	7
9	1
8	2
7	3
6	2
5	1
4	2
Total	18

Em relação a alta complexidade, a macrorregião possui 863 leitos psiquiátricos, distribuídos em 23 municípios (25,6%). Além dos leitos psiquiátricos, 9 municípios totalizam 203 leitos de saúde mental.

No âmbito das ações desenvolvidas na RAPS, há a pactuação estadual de que os CAPS realizem no mínimo 12 ações de matriciamento para a rede de saúde anualmente. Considerando o ano de 2021, dos 37 municípios que possuem CAPS na macrorregião, 23 (62%) não realizaram

nenhuma ação de matriciamento, 6 (16%) realizaram, mas não foi a quantidade preconizada e 8 (22%) realizaram minimamente as 12 ações. Em relação ao Programa Saúde na Escola, indicador também pactuado, 84 (93,3%) municípios da macrorregião realizaram adesão ao PSE, e destes, pelo menos 32 (38,1%) realizaram alguma ação referente à saúde mental. Já de forma abrangente na APS 38 (42,2%) municípios registraram atividades coletivas (em grupo) de saúde mental.

Considerando que a oferta das Práticas Integrativas e Complementares à população da macrorregião metropolitana pode auxiliar na prevenção e promoção da saúde e auxiliar no acompanhamento de transtornos mentais, 19 municípios oportunizaram algum tipo de PICS a população na média complexidade e 43 (47,7%) na Atenção Primária à Saúde.

QUADRO 20: Situação da macrometropolitana quanto a implantação das PICS

Regiões de saúde	Total de municípios na Região	Municípios com PICS na APS	Possibilidade de implantar
R 4	12	6 (50%)	6
R 5	11	4 (36,6%)	7
R 6	8	1 (12,6%)	7
R 7	15	9 (60%)	6
R 8	18	13 (72,2%)	5
R 9	20	6 (30%)	13
R 10	6	4 (66,6%)	2
Total da macro	90	43	47

FONTE: Questionário respondido pelos municípios.

Em relação às notificações de violência, 79 (87,3%) municípios realizaram alguma notificação de violência em 2021, sendo a quantidade média de 169 notificações/ano. Em relação às internações relacionadas à saúde mental, a média foi de 338/ano.

QUADRO 21: Taxa média de internações por habitante e total por região da macrorregião metropolitana RS, 2022.

Regiões de Saúde	Taxa média de internações/hab* 1000	Quantidade de internações (valor bruto)
R 4	6,71	920
R 5	10,02	1.438
R 6	6,70	2.230
R 7	6,49	4.835
R 8	6,70	4.583
R 9	5,68	2.406
R 10	3,33	14.008
média da macro		

FONTE: Tabnet

Em relação a constituição de um comitê de prevenção e posvenção suicídio, 4 (4,4%) municípios possuem, 16 (17,8) municípios estão tramitando com a proposta e 70 (77,8%) não possuem constituído.

2.1.4 Rede Materno Infantil

A Rede Materno Infantil (RAMI) é uma estratégia do MS que visa implementar uma rede de cuidados voltados às gestantes e puérperas. São ações estruturadas para garantir às mulheres o direito ao planejamento familiar, à atenção segura, qualificada e humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. A estratégia tem também a finalidade de reestruturar e reorganizar a atenção à saúde materno-infantil no País desde a atenção primária à atenção hospitalar, para assegurar acesso, acolhimento e resolutividade, com perspectiva de reduzir a mortalidade materna e infantil e ênfase no componente neonatal.

Segundo as recentes Portarias 795 e 2.228 de 2022, a RAMI abrange ações voltadas para gestantes e recém-nascidos e acontecem na Atenção Primária e na Atenção Especializada: ambulatorial e hospitalar. Os recursos financeiros serão repassados para os serviços oferecidos nesses pontos de atenção da Rede Materna Infantil, sendo:

→ Atenção Primária à Saúde: recursos financeiros para desenvolver ações de cuidado ao pré-natal, para teste rápido de gravidez e exames relacionados à assistência pré natal.

→ Atenção à Gestação de Alto Risco/Agar: recursos financeiros para Ambulatório de Gestação de Alto Risco /AGAR e Maternidades de Alto Risco.

→ Parto e Nascimento: recursos financeiros para as Maternidade de Baixo Risco e Hospital Geral com Leitos Obstétricos, classificadas segundo o número de partos realizados durante o ano: Maternidade tipo I: realização de 500 a 1.200 partos/ano; Maternidade tipo II –1.201 a 2.400 partos/ano; Maternidade tipo III – acima de 2.401 partos/ano.

→ Puerpério e Atenção Integral à Criança com recursos financeiros para atenção ambulatorial especializada do seguimento do RN e crianças prioritariamente egressas da unidade neonatal, vinculado a serviço de alta complexidade ou referência neonatal regional, e para Unidades de Terapia Intensiva/UTI.

→ As UTI Neonatais seguem a classificação da Rede Cegonha: leito qualificado de UTI neonatal (UTINeo), leito qualificado de Unidade de Cuidados Intermediários (UCINCO), e leito qualificado Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCA).

No âmbito da APS, os três primeiros indicadores referem-se à saúde da gestante e o 5º cobertura vacinal até 1 ano de idade da criança. Abaixo segue o quadro com a situação da macrorregião levando em consideração o indicador médio regional.

QUADRO 22: Situação dos indicadores de desempenho dp Previne Brasil das Regiões que compõem a macrorregião metropolitana

Região de Saúde	1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação	2-Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	3-Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	5-Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por <i>haemophilus influenzae</i> tipo b e Poliomielite inativada	Média dos indicadores na Região
R 4	43,16	68,08	49,16	79,33	59,93
R 5	32,81	62,54	47,72	78,54	55,40
R 6	42,00	57,62	49,00	62,87	52,87
R 7	35,86	56,40	29,53	64,60	46,59

R 8	54,72	61,44	48,00	79,00	60,79
R 9	47,00	58,60	46,60	64,40	54,15
R 10	47,16	59,30	57,66	67,30	57,855
Média do indicador	43,24	60,56	46,81	70,86	

FONTE: e-gestor (resultados 2º quadrimestre)

Em relação aos resultados do 2º quadrimestre de 2022, nos quatro indicadores, as melhores médias estão nas Regiões 4 e 8 e as piores nas regiões 6 e 7.

Quanto à cobertura vacinal Covid para gestantes, a macrorregião metropolitana apresenta a média de 0,3 de cobertura, sendo a Região 4 (0,4) com a maior cobertura e a Região 6 com a menor (0,21).

QUADRO 23: Média regional de cobertura vacinal da COVI-19 a gestantes da macrorregião metropolitana, RS, 2022.

Região de Saúde	Média regional da cobertura vacinal
R 4	0,40
R 5	0,34
R 6	0,21
R 7	0,28
R 8	0,30
R 9	0,31
R 10	0,29
Total da macro	0,30

Considerando-se a importância do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) na saúde materno infantil, 46,7% dos municípios da macro metropolitana possuem o PIM implantado e 4,4% estão em processo de implantação, totalizando mais de 51% dos municípios engajados no Programa. A Região 10 possui todos municípios no Programa ou em implantação e na Região 06 falta somente Igrejinha/RS.

Na macrorregião metropolitana, existe ambulatório de Gestação de Alto risco nas regiões 5, 7, 8 e 10, localizados em Tramandaí, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Esteio, Canoas e Porto Alegre. As regiões 4, 6 e 9 são cobertas pelos ambulatórios das regiões adjacentes.

Em relação aos leitos de UTI neonatal, na macrorregião metropolitana, a distribuição de leitos é a seguinte, segundo dados de julho de 2022, com base no SCNES:

QUADRO 24: Situação dos leitos de UTI neonatal na macrorregião

Região de Saúde	Leitos UTI neonatal existentes	Estimativa Leitos UTI neonatal	Diferença
R 4	0	4	-4
R 5	9	6	+3
R 6	0	4	-4
R 7	26	10	+16
R 8	30	7	+24
R 9	0	7	-7
R 10	105	24	+81
Total da macro	170	62	+124, -15

FONTE: SCNES e EstimaSUS

QUADRO 25: Situação dos leitos clínicos pediátricos na macrorregião

Região de Saúde	Leitos clínicos pediátricos existentes	Estimativa Leitos clínicos pediátricos (PT 1631)	Diferença (considerando a estimativa mínima)
R 4	9	10-25	- 1
R 5	37	15-36	+22
R 6	33	14-36	+19
R 7	97	51-126	+46
R 8	88	48-118	+40
R 9	14	24-64	-10
R 10	434	145-360	+289
Total da macro	712	307-729	+416, -11

FONTE: SCNES e parâmetros da Portaria 1.631/2015

QUADRO 26: Situação dos leitos de UTI pediátrica na macrorregião

Região de Saúde	Leitos UTI ped existentes	Estimativa Leitos UTI ped	Diferença
R 4	0	3	-3
R 5	0	4	-4
R 6	0	5	-5
R 7	2	9	-7
R 8	10	7	3
R 9	17	8	9
R 10	90	24	66
Total da macro	119	60	+78, -19

FONTE: MS/EstimaSUS e parâmetros da Portaria 1631/2015

Quanto aos leitos clínicos pediátricos observa-se que a maioria das regiões de saúde da macro metropolitana dispõe de leitos excedentes, exceto a Região 9- Carbonífera e Costa Doce. No total, a macrorregião dispõe, no mínimo, de 400 leitos pediátricos acima dos parâmetros da PT 1631/2015, restando, ainda, avaliar a utilização desses leitos como referência para outras macrorregiões.

Também em relação aos leitos de UTI pediátrica a Região 10 é superavitária atendendo municípios de outras macrorregiões.

QUADRO 27: Situação dos leitos obstétricos na macrorregião metropolitana, RS, 2022.

Região de Saúde	Leitos obstétricos clínicos	Leitos obstétricos cirúrgicos	Total de leitos Obstetrícia	Estimativa Leitos Obstetrícia (Planilha inteligente)	Estimativa Leitos Obstétricos (EstimaSUS)	Diferença
R 4	18	3	21	14-18	42	
R 5	10	18	28	18-23	72	

R 6	16	23	39	17-22	61	
R 7	35	34	69	59-76	102	
R 8	49	61	110	57-74	98	
R 9	16	13	29	27-32	114	
R 10	132	154	286	182-235	237	
Total da macro						

Fonte: SCNES (ago2022) e EstimaSUS

Embora 5 regiões possuam menos leitos obstétricos do que o estimado como necessário, no total a macrorregião dispõe de leitos excedentes para a sua própria população, demonstrando uma distribuição desigual para atender às gestantes.

Quanto ao acesso da população a mamografias, a disponibilidade de aparelhos mamógrafos no SCNES:

QUADRO 28- Situação quanto a disponibilidade de mamógrafo nas regiões da macro metropolitana, 2022, RS.

Equipamento	43004 Região 04 - Belas Praias	43005 Região 05 - Bons Ventos	43006 Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	43007 Região 07 - Vale dos Sinos	43008 Região 08 - Vale do Caí e Metropolitana	43009 Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	43010 Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	Total
MAMOGRAFIA COM COMANDO SIMPLES	5	5	5	22	16	9	49	111

MAMOGRAFIA COM ESTEREOTAXIA	2	-	-	1	2	3	21	29
Total	7	5	5	23	18	12	70	140

A Região 10 apresenta a maior quantidade de aparelhos, seguido das regiões 7, 8 e 9 e as que possuem menos aparelhos são a 6 e 4, respectivamente. Todos os 90 municípios das 7 Regiões de Saúde apresentam referência para o exame dentro da própria Região de Saúde, mas não é a realidade para a consulta com médico especialista e demais exames (ultrassonografia mamária e vaginal e colposcopia) que são realizados na própria Região ou na Região adjacente (mais próxima).

Quanto ao acesso de métodos contraceptivos, no que se refere à APS e saúde sexual (métodos contraceptivos), 41,1% (37) das SMS ofertam DIU e implante contraceptivo à sua população, 26,6% (24) ofertam somente DIU na APS, 7,8% (7) ofertam somente implante contraceptivo e 24,4% (22) não oferecem nenhum dos dois métodos. Na média complexidade

Região de Saúde (CIR)	2020	2021	2022	Total
TOTAL	395	1.339	977	2.711
43004 Região 04 - Belas Praias	2	4	2	8
43005 Região 05 - Bons Ventos	24	3	28	55
43006 Região 06 - Vale do Paranhana e Costa Serra	25	24	1	50
43007 Região 07 - Vale dos Sinos	120	406	287	813
43008 Região 08 - Vale do Cai e Metropolitana	75	360	224	659
43009 Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	2	11	6	19
43010 Região 10 - Capital e Vale do Gravataí	147	531	429	1.107

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

As referidas referências da Rede Materno Infantil estão no subcapítulo REGIONALIZAÇÃO (2.5) deste Plano Macrorregional de Saúde.

2.1.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS. Além de promover cuidados em saúde, especialmente dos trabalhos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, a rede

busca também desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta.

Segundo a Nota Técnica Conjunta SES RS 01/2022: "Atenção Domiciliar - Orientações aos gestores municipais" a macrorregião metropolitana estaria organizada conforme quadro abaixo.

QUADRO 29: Relação das referências das reabilitações na macro metropolitana, RS, 2022.

REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO RS							
Macro	CRS	Reabilitação Auditiva	Reabilitação Física	Reabilitação Intelectual	Reabilitação Visual		
Metropolitana	1ª	HU- Canoas	CER III ACADEF	APAE- São Francisco	CER IV Novo Hamburgo		
		CER III ACADEF		CER III ACADEF		APAE- Esteio	
				CER IV N. Hamburgo		APAE- Barão	
				CER II H. Santa Anna		APAE- Montenegro	
				HCPA- POA		APAE- Sapucaia do Sul	
			GHC- POA	CER IV Novo Hamburgo			
		18ª	CER III SMS Osório	CER III SMS Osório	CER II H. Santa Anna	CER III SMS Osório	
					AACD- POA		CER II APAE Cachoeirinha
					CER II CEREPAL- POA		APAE- Camaquã
					CER II APAE Cachoeirinha		CER II CEREPAL- POA
	APAE- Charqueadas				APAE- Santo Antônio da Patrulha		
				APAE- Osório			
				APAE- Tramandaí			
				APAE- Três Cachoeiras			
				APAE- Torres			

No entanto, percebe-se algumas divergências e lacunas pois há municípios que ainda estão sem referência para deficiência intelectual, concentrados nas regiões 04, 05.

Além disso, no RS, foi instituído pela Portaria SES nº 290/2021 o *Programa Te Acolhe* por meio da Política de Atendimento Integrado à Pessoa com Transtornos do Espectro Autista (TEA), também chamada de programa TEAcolhe, tem o objetivo de qualificar o atendimento no tema do autismo, sensibilizar a sociedade quanto à inclusão da pessoa com autismo e da família e horizontalizar o atendimento multiprofissional integrado à pessoa com autismo e à família. Segue abaixo a relação referente aos Centros Macrorregionais de Referência - CMR e aos Centros Regionais de Referência - CRR em TEA, onde todos os municípios possuem referência pactuada.

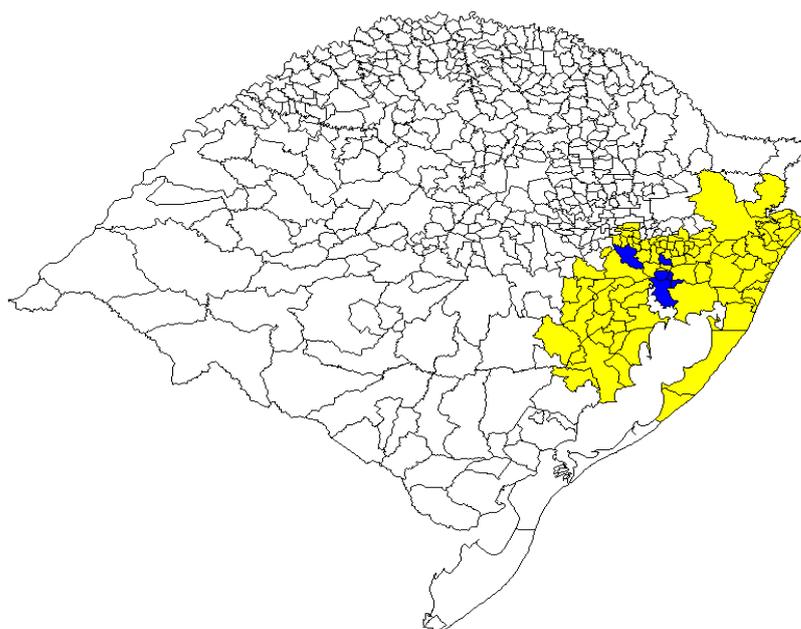
QUADRO 30: Referências da macro metropolitana dos Centros de atendimento ao usuários com autismo, 2022.

Região de Saúde	Município/serviço
R 4	PM Capão da Canoa
R 5	APAE Osório

R 6	PM Igrejinha
R 7	G. Solução N. Hamburgo
R 8	APAE Sapucaia do Sul
R 9	APAE Camaquã
R 10	APAE Porto Alegre

Ainda quanto ao atendimento a pacientes com necessidades especiais, os Centros de Especialidades Odontológicas - CEO são dispositivos integrantes desta rede. Na macrorregião existem CEO em somente 7 municípios, que se concentram em três regiões de saúde: 7, 8 e 10 e cobrem 9 municípios(10% da macro), conforme mapa abaixo(em azul):

MAPA 7: Distribuição dos Centros de Especialidades Odontológicas na macrorregião metropolitana , RS, 2022



Grande parte do atendimento a esse público(PNE) na macrorregião hoje é realizado em prestadores hospitalares em Porto Alegre e Igrejinha, especialmente para os municípios que não possuem CEO e nem referência regional de CEO, ratificando a necessidade de ampliação desse estabelecimento de saúde.

2.1.6 Rede de Cuidados à Pessoa com Doenças Crônicas

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT constituem o grupo de doenças de maior magnitude no País, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e escolaridade. Nesse sentido, em 2021 foi publicado o Plano de Enfrentamento das DCNT com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas.

O plano aborda os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis (doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, neoplasias, obesidade, diabetes, hipertensão, entre outras) e seus fatores de risco modificáveis (tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade) e define diretrizes e ações em três eixos:

- Vigilância, informação, avaliação e monitoramento
- Promoção da saúde
- Cuidado integral

A partir da análise dos dados (item 1.3 da morbimortalidade, neste Plano Macrorregional), percebe-se que as doenças crônicas e a rede de cuidados às pessoas com DCNT é prioridade na macrorregião, bem como nos municípios diante das necessidades elencadas pelos mesmos, sendo a primeira causa de internação e de mortalidade. Portanto, esta rede deve ser priorizada e estruturada para dar conta das necessidades da população da macrorregião metropolitana, com processos de qualificação da atenção básica e a implantação de serviços de média complexidade, ainda inexistentes conforme as metas elencadas neste planejamento.

Considerando que o RS é o estado brasileiro com maior percentual de idosos, a SES/RS instituiu em 2021 (Decreto nº 56.062) a Rede Bem Cuidar - RBC, dentro do componente estratégico de incentivo à qualificação da Atenção Primária à Saúde do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde - PIAPS. O objetivo do projeto é incentivar a melhoria e o fortalecimento dos serviços de APS oferecidos à população e induzir a melhoria das práticas de saúde e o cuidado para o envelhecimento saudável, impactando na qualidade de vida da população gaúcha em todas as idades. Dentro da macrorregião metropolitana 70 (77,8%) municípios aderiram a RBC, havendo ainda potencial para 20 municípios pleitearem a adesão com a SES/RS.

Em relação ao monitoramento da RBC, foi proposto o fomento da atividade Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na APS. Entretanto, dos 70 municípios que aderiram a RBC,

somente 57 registraram produção referente a tal atividade, sendo a média mensal de 27,7 avaliações por município.

Outra proposta potente, inserido no âmbito da Atenção Primária à Saúde e concebido na perspectiva de assistência à saúde, o Programa Academia da Saúde atua como estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado. O programa é implementado em polos que contam com infraestrutura específica, equipamentos e profissionais qualificados. Os polos são, portanto, estabelecimentos de saúde sob a gestão das secretarias. Em relação ao dispositivo Academia da Saúde, 26 dos 90 municípios da macrorregião metropolitana possuem a Academia, sendo possível aumentar o quantitativo de solicitações de credenciamento e oferta desse serviço à população, visto que outros 21 já possuem proposta vigente.

Estudos científicos confirmam benefícios também de práticas integrativas e complementares em saúde no papel coadjuvante para prevenção e tratamento de hipertensão, obesidade e outros problemas crônicos. Na macrorregião metropolitana 19 municípios oportunizaram algum tipo de PICS a população na média complexidade e 43 (47,7%) na Atenção Primária à Saúde.

Outro dispositivo importante nesta rede de atenção, devido a pandemia da Covid-19, é a implantação de serviços de atendimento e acompanhamento pós Covid. Na macrorregião há 32 (35,6%) municípios com algum serviço organizado para acompanhamento pós Covid-19 (informações referentes a agosto de 2022).

Em relação aos indicadores da APS, ressalta-se que o indicador 4, 6 e 7 estão relacionados a prevenção de agravos no âmbito das condições crônicas não transmissíveis:

QUADRO 31: Resultado dos indicadores do Previne Brasil, relacionados às condições crônicas não transmissíveis, 2 quadrimestre 2022.

Região de Saúde	4-Cobertura Citopatológico (%)	6-Hipertensão (PA Aferida) (%)	7-Diabetes (Hemoglobina Glicada) (%)	Média dos indicadores
R 4	28,33	26,91	15	23,41
R 5	18,64	19,45	10,36	16,15
R 6	24,87	26	14	21,62
R 7	25,26	21,06	11,13	19,15
R 8	25,27	26,11	16,11	22,49
R 9	22,95	27,65	12,5	21,03
R 10	18,13	23,16	24,33	21,87

Média do indicador	23,35	24,33	14,78	
--------------------	-------	-------	-------	--

2.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A estruturação da Assistência Farmacêutica é um dos grandes desafios que se apresenta aos gestores e profissionais do SUS, quer pelos recursos financeiros envolvidos como pela necessidade de aperfeiçoamento contínuo com busca de novas estratégias no seu gerenciamento.

As ações desenvolvidas nessa área não devem se limitar apenas à aquisição e distribuição de medicamentos exigindo, para a sua implementação, a elaboração de planos, programas e atividades específicas, de acordo com as competências estabelecidas para cada esfera de governo. É necessário que os gestores aperfeiçoem e busquem novas estratégias, com propostas estruturantes, que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo, além do acesso, o uso racional dos medicamentos e a inserção efetiva da assistência farmacêutica como uma ação de saúde, bem como sua inclusão nos instrumentos de gestão, de forma a produzir resultados efetivos na melhoria dos serviços farmacêuticos.

Apesar dos avanços alcançados, grandes são os desafios que se impõem na gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, tema esse sempre presente nas discussões com destaque para o Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, cujo gerenciamento está sob a responsabilidade dos gestores estaduais.

A eficácia no gerenciamento dessa área pressupõe, além da disponibilidade de recursos financeiros para aquisição dos medicamentos, a organização dos serviços e, de forma muito especial, pessoal capacitado para coordenar as ações por ela desenvolvidas. Na macrorregião metropolitana, 67,8% (61) dos municípios possuem REMUME e 30,8% possuem Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica -CMFT. Destes que possuem CMFT, apenas 24% possuem regimento próprio e 21% possui periodicidade definida nas reuniões. Dentre os 90 municípios, 69,2% possuem coordenação da AF e 64,4 % ofertam atendimento clínico com farmacêutico no município.

No RS, a partir da Portaria Estadual nº 649/2021 foi instituído o Programa de Financiamento Farmácia Cuidar +. Na macrorregião metropolitana somente 17 (18,89%) dos municípios não aderiram.

No âmbito federal, na perspectiva da qualificação da gestão da AF nos municípios, desde 2012 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica – QUALIFAR-SUS. O Programa QUALIFAR-SUS está estruturado em quatro Eixos: Educação, Informação, Cuidado e Estrutura. O QUALIFAR-SUS assume a definição de Assistência Farmacêutica estabelecida pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004) ao realizar financiamento não apenas para a aquisição de medicamentos, mas para estruturação de serviços. Assume, portanto, que o resultado da Assistência Farmacêutica – acesso e uso adequado dos medicamentos – é alcançado por meio de sua organização municipal, envolvendo a força de trabalho, estrutura física, equipamentos e processos de trabalho técnicos e sociais. Na macrorregião metropolitana, 59(65,5%) municípios já aderiram ao QUALIFAR-SUS, ao menos no eixo estrutura, apresentando um potencial ainda possível de adesão de novos municípios.

Nas metas foram previstas várias ações para a qualificação desta área tanto em termos de recursos humanos, quanto de processo de trabalho e de educação permanente e continuada.

2.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Política Nacional de Vigilância em Saúde - PNVS é definida como uma política pública de Estado e função essencial do SUS, de caráter universal, transversal e orientadora do modelo de atenção à saúde nos territórios. É permeada por um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

A PNVS compreende a vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo de saúde doença. A Vigilância em saúde ambiental: 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, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde. Vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora: conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho. E por fim, a Vigilância epidemiológica: conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não transmissíveis, e agravos à saúde.

No âmbito da Vigilância do Trabalhador na macrorregião metropolitana, percebe-se que grande parte dos municípios não possuem um técnico específico de referência dentro da Vigilância, sendo o mesmo técnico responsável por todas as Vigilâncias.

No âmbito da Vigilância Ambiental percebe-se, de acordo com as informações da Análise Situacional da Qualidade da Água para Consumo Humano, que a cobertura de abastecimento de água tratada da macrorregião metropolitana é de 77,5% contemplando Sistema de Abastecimento de Água (SAA) e Solução Alternativa Coletiva (SAC). Cabe ressaltar que na falta de ampliação da

rede de distribuição, as prefeituras têm alternativa de distribuir água às populações em áreas rurais através da instalação de mais SACs com sistema de tratamento adequado.

QUADRO 32- Intervalo mínimo e máximo de percentual da população abastecida com água tratada em SAA e SAC, por região de saúde

Região de Saúde	SAA	SAC
Região 04	0 - 100%	0 - 114,68%
Região 05	16,72 - 100%	0 - 91,95%
Região 06	48,2 - 84,4%	0 - 4,95%
Região 07	0 - 97,7%	0 - 99,82%
Região 08	0 - 100%	0 - 98,89%
Região 09	7,9 - 100%	0 - 8,37%
Região 10	56,2 - 99,98%	0 - 10,51%

FONTE: SISÁGUA 2022

Na Região 04, 6 municípios (50%) não possuem SAA, no entanto mantém boa cobertura de SAC com tratamento.

Na Região 05 apenas um município não possui SAA, no entanto apresenta excelente cobertura de população por SAC com tratamento.

As regiões 6, 7, 8, 9 e 10 apresentam características extremas nos percentuais de população abastecida com água tratada. Em uma mesma região há municípios com alto percentual de população abastecida com água tratada por SAA, no entanto não tem a mesma característica de abastecimento para as áreas com SAC.

Dos 67 municípios da 1ª CRS, 11 não têm SAA, apesar da proximidade com as maiores cidades da região metropolitana. Seis municípios estão na Região 08 - Vale do Caí/Metropolitana.

21 municípios não tem SAC com tratamento, desses, 12 municípios estão na Região 09 - Carbonífera/Costa Doce.

Quanto ao controle do *Aedes aegypti*, o Rio Grande do Sul enfrentou sua maior epidemia de Dengue no primeiro semestre de 2022, com o maior número de casos e óbitos ocorrendo na Macrorregião Metropolitana. Doenças infecciosas mediadas por insetos vetores devem ter sua incidência aumentada nos próximos anos devido ao agravamento das mudanças climáticas. Dessa forma, é de extrema importância manter e fortalecer o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), em consonância com o Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes (PEVCA)

especialmente com avaliações periódicas pelo Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti*, (LIRAA) com a meta de manter o índice de infestação predial (IIP) inferior a 1%. As ações devem se concentrar em campanhas de educação para a população e profissionais de saúde antes do período de sazonalidade, na perspectiva da prevenção de novas epidemias de arboviroses. Além disso, se faz necessário o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais que promovam o saneamento ambiental e a resiliência das cidades no enfrentamento às mudanças climáticas e as alterações ambientais que favorecem a proliferação do inseto-vetor. A perspectiva do desenvolvimento de uma vacina para a dengue nos próximos anos, se confirmada, será um importante instrumento no controle da doença para além do combate ao mosquito *Aedes*.

No âmbito da Vigilância Sanitária, o código sanitário municipal é a legislação que deve contemplar as obrigações do ente público, dos serviços estabelecidos e do cidadão. A municipalização da saúde transferiu competências aos municípios que devem estar descritas no seu próprio código, normatizando deveres e instituindo as possíveis penalidades. É no código sanitário que encontramos as normas sanitárias sujeitas à fiscalização, importantes para coibir o aparecimento de situações de risco à saúde individual e coletiva. No entanto, 27 municípios (30%) , não apresentam código sanitário, e certamente se valem das normatizações estaduais (Decreto Estadual 23.430/1974, e Lei Federal 6.437/1977) para garantir a ordem sanitária local.

QUADRO 33: Relação dos municípios da macro metropolitana com código sanitário e instância julgadora:

Região de Saúde	nº de municípios da região	Possuem Código Sanitário Municipal	Possuem instância julgadora
R 4	12	91,6% (11)	66,6% (8)
R 5	11	100% (11)	72,7% (8)
R 6	8	100% (8)	87,5% (7)
R 7	15	66,7% (10)	66,7% (10)
R 8	18	44,4% (8)	44,4% (8)
R 9	20	60% (12)	(55%) 11
R 10	6	50% (3)	100% (6)
Total da macro	90	70% (63)	64% (58)

Além disso, 30 municípios (33%) não dispõem de instâncias julgadoras nos processos administrativos sanitários (PAS), o que limita o direito de defesa do cidadão ou estabelecimento autuado.

No que se refere à Vigilância Sanitária, no RS, a partir da Portaria Estadual 192/2022 ficou determinada a obrigatoriedade do uso do Sistema de Informação em Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul - SIVISA. Na macrorregião metropolitana 39 (43,3%) dos municípios, ainda não possuem o SIVISA como sistema vigente.

2.4 GESTÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Na macrorregião metropolitana, quanto ao tipo de gestão, 7 (7,8%) municípios possuem a *gestão plena do sistema*, 27 (30%) municípios a *gestão apenas da atenção básica/primária* e 56 (62,2%) municípios com assunção de algum serviço da média complexidade, que intitula-se municípios *com parcial da MAC*.

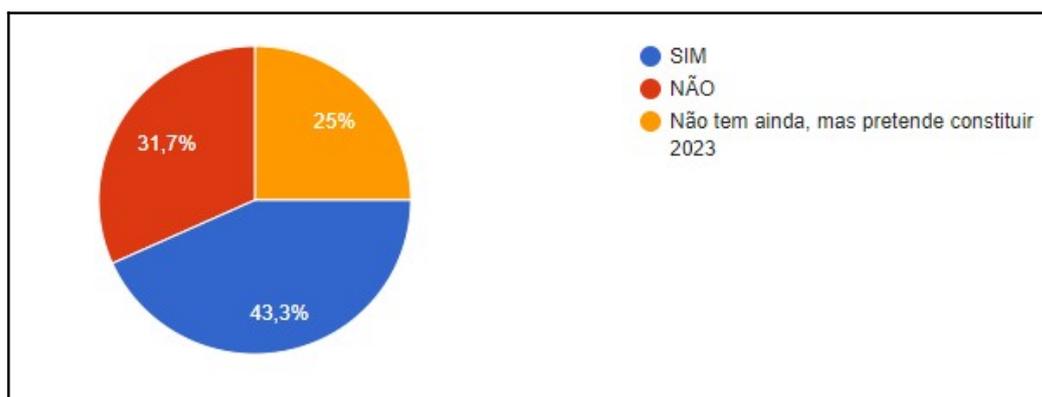
No âmbito da gestão pública, as ouvidorias do SUS são unidades de importância estratégica para a gestão do SUS. Ao possibilitar o diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão, as ouvidorias contribuem para a participação do cidadão na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde. Na macrorregião metropolitana somente 40,4% dos municípios possuem ouvidoria própria para a saúde pública municipal.

Destes que não possuem, as SMS organizam de outras formas essas demandas:

- a) Respondendo por e-mail às questões demandadas pela 1ª e 18ª CRS;
- b) Através das redes sociais da Prefeitura e de forma presencial e por telefone na SMS;
- c) Através de pesquisa de satisfação respondida pelos usuários;
- d) Nas unidades de saúde da família (urna com documento para preenchimento caso tenha alguma reclamação ou elogio);
- e) A população usa os canais de whatsapp, telefones e acesso facilitado aos gestores.

Em relação às SMS da macrorregião disporem de um Setor de Planejamento ou um Grupo de Técnico de Apoio à Gestão formalmente constituído, somente 43,3% dos municípios possuem. Apesar disso, 25% dos gestores responderam que o pretendem constituir em 2023.

FIGURA 51: Existência de setor ou grupo de apoio estruturado à gestão municipal, 2022

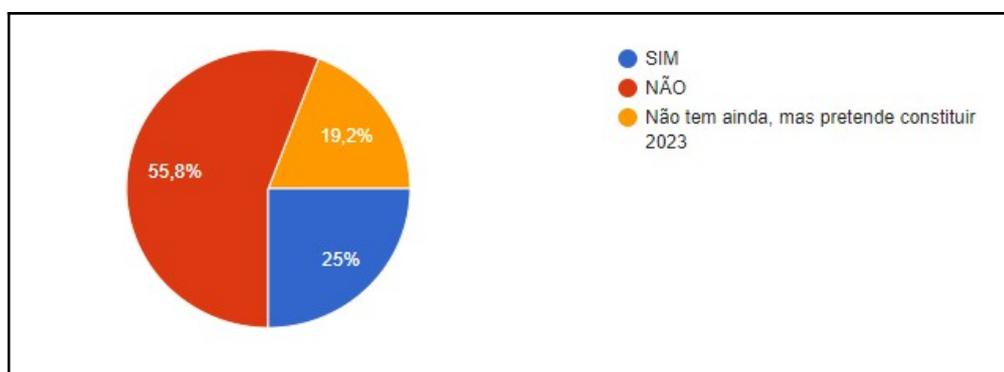


FONTE: Questionário respondido pelos municípios.

Em 2007 o MS criou a Política de Educação Permanente em Saúde, antes disso, ainda em 2000 o RS tinha instituído (Portaria SES nº 039/2000) os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva – NURESC, responsáveis por articular regionalmente ações de educação em saúde. Deriva daí a organização nos municípios dos respectivos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva, os NUMESC.

Aos NUMESC cabe elaborar e implementar a Política Municipal de Educação em Saúde, envolvendo-se com a formação, a qualificação e o aperfeiçoamento dos trabalhadores da saúde, além de desenvolver atividades de pesquisa, avaliar e liberar projetos, organizar atividades de ensino desenvolvidas junto ao município, articulando-se com as instâncias regionais, estaduais e federais de educação permanente, instituições formadoras e controle social. Dos 90 municípios da macrorregião, segundo figura abaixo, apenas 25% possuem NUMESC e 19,2% pretendem implantar até 2023, reforçando a necessidade de priorização desta política a nível macrorregional.

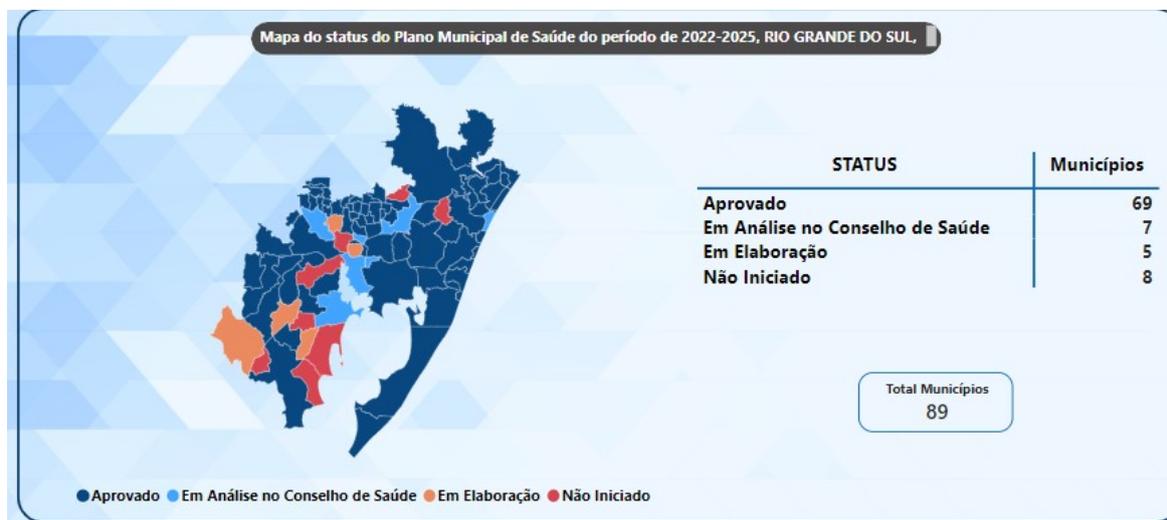
FIGURA 52: Situação quanto a existência de NUMESC, 2022



FONTE: Questionário respondido pelos municípios.

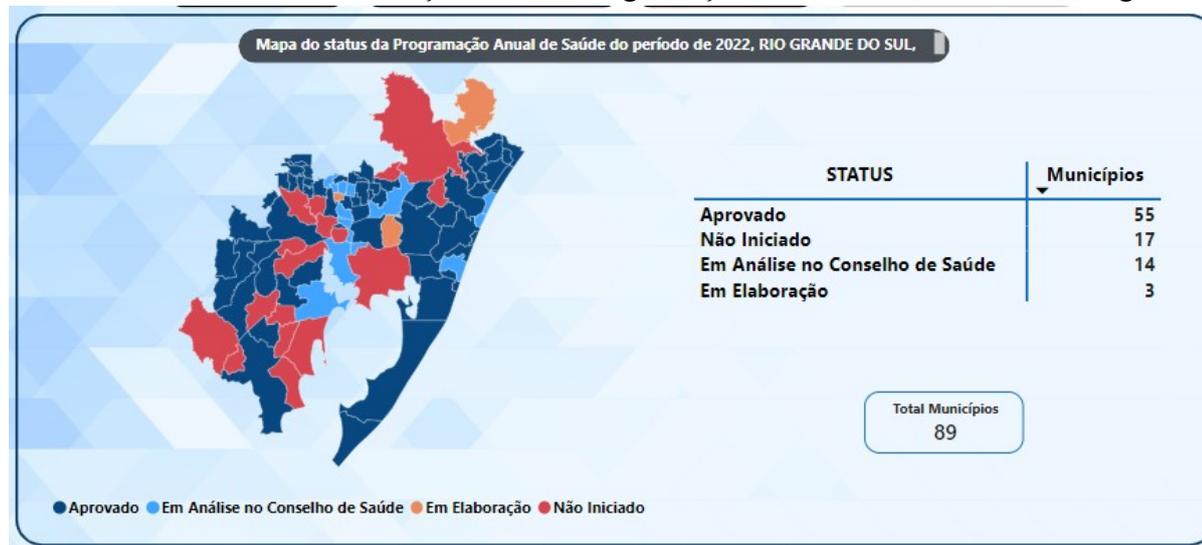
Em relação aos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, em agosto de 2022, 77,8% dos municípios da macrorregião estavam com os Planos Municipais de Saúde - PMS aprovados no sistema DigiSUS, 7,8% em análise no Conselho Municipal de Saúde, 5% em elaboração e aproximadamente 8,9% não tinham iniciado a inserção no sistema.

FIGURA 53: Situação do Plano Municipal de Saúde, agosto 2022²



Quanto à Programação Anual de Saúde - PAS de 2022, 62,2% dos municípios já aprovaram, 18,8% não iniciaram, 15,6% estão com o documento em análise pelo Conselho de Saúde e ainda 3,3% em elaboração.

FIGURA 54: Situação da Programação Anual de Saúde, agosto 2022.



FONTE: <https://liasaude.com.br/paineldgmp/>

2 Obs: O município de Cristal passou a fazer parte da Região 09 recentemente e por isso não consta no monitoramento acima, mas ambos instrumentos do município estão aprovados.

2.5 REGIONALIZAÇÃO

O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada vindo a ser regulamentado através do Decreto 7508/2021.

A regionalização é uma diretriz do SUS que objetiva garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais por meio da identificação e reconhecimento das regiões de saúde.

Para o cumprimento deste princípio e para a organização das Redes de Atenção à Saúde, levando em conta os serviços de saúde ofertados no território, o RS constituiu 30 regiões de saúde, 7 macrorregiões de saúde e 18 coordenadorias regionais de saúde, conforme mapa no Capítulo I- Análise Situacional.

O Estado do RS iniciou em 2022 um processo de pactuação e repactuação das referências já existentes de serviços de média complexidade em todas as regiões através da Resolução CIB 50, a qual *pactua as referências da atenção especializada no Estado do Rio Grande do Sul com o objetivo de instituir formalmente e de fato as referências junto aos prestadores complementares ao SUS*. A mesma já foi alterada/atualizada pela Resolução nº 105/22 - CIB/RS (08/04/22), pela Resolução nº 162/22 - CIB/RS(13/05/22), pela Resolução nº 199/22 - CIB/RS(09/06/22), pela Resolução nº 211/22 - CIB/RS(17/06/22), pela Resolução N°227/22-CIB/RS(13/07/22),pela Resolução nº 255/22 - CIB/RS(26/07/22), pela Resolução N°283/22(15/08/22),pela Resolução N°328/22-CIB/RS(26/09/22), pela Resolução N° 343(13/10/2022), pela Resolução N° 358(24/10/2022), pela Resolução N° 382(25/11/2022)

As referências da macrorregião metropolitana estão sendo ajustadas e expostas na Planilha abaixo:

ANEXO I

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
4	ATENÇÃO MATERNO INFANTIL	MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Capão da Canoa, Itati, Terra de Areia, Maquiné e Xangri-lá
			HOSPITAL BENEFICENTE NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES	TORRES	Arroio do Sal, Dom Pedro de Alcântara, Mampituba, Morrinhos do Sul, Torres, Três Cachoeiras e Três Forquilhas
		AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO I	HOSPITAL TRAMANDAÍ	TRAMANDAÍ	Municípios da 4ª Região de Saúde
		AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO II	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 4ª Região de Saúde
		MATERNIDADE DE ALTO RISCO	HOSPITAL TRAMANDAÍ	TRAMANDAÍ	Municípios da 4ª Região de Saúde
4	ATENÇÃO AO PACIENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE	SERVIÇO HABILITADO PELO MS, COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE OFERECE ASSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA, ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA E A CIRURGIA, INCLUSIVE, ATRAVÉS DE VÍDEO	HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
4	ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	SERVIÇO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR A PACIENTES COM DEFICIÊNCIA SOB ANESTESIA GERAL OU SEDAÇÃO	HOSPITAL BOM PASTOR	IGREJINHA	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO AUDITIVA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA, AUDITIVA E VISUAL - CER III	OSÓRIO	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO AUDITIVA - IMPLANTE COCLEAR	HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO FÍSICA	CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA, AUDITIVA E VISUAL - CER III	OSÓRIO	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO VISUAL	CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA, AUDITIVA E VISUAL - CER III	OSÓRIO	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
4	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO 04.14(CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL) E 04.04.02 (CIRURGIA DA FACE E DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 4ª Região de Saúde
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Municípios da 4ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		BUCOMAXILOFACIAL ATÉ 11 ANOS, 11 MESES E VINTE E NOVE DIAS			
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL A PARTIR DE 12 ANOS	HOSPITAL BRUNO BORN	LAJEADO	Municípios da 4ª Região de Saúde
4	CIRURGIA CARDIOVASCULAR AC	CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA IMPLANTE DE CARDIODESFIBILADOR E MARCAPASSO MULTI-SÍTIO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS DE CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA (HEMODINÂMICA)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA VASCULAR COM SERVIÇO DE ANGIORRADIOLOGIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDÍACA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA EM PACIENTES ATÉ 18 ANOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
4	CIRURGIA GERAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO GERAL E/OU CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVA CIRURGIA	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Capão da Canoa, Itati, Maquiné, Terra de Areia e Xangri-lá
			HOSPITAL BENEFICENTE NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES	TORRES	Arroio do Sal, Dom Pedro de Alcântara, Mampituba, Morrinhos do Sul, Torres, Três Cachoeiras e Três Forquilhas
4	CIRURGIA VASCULAR (TRATAMENTO DE VARIZES)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO VASCULAR, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES	HOSPITAL SANTO ANTÔNIO	SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
4	NEFROLOGIA (TRATAMENTO À DOENÇA RENAL CRÔNICA)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEFROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS COM A ESPECIALIDADE E HEMODIÁLISE AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA.	CLÍNICA CUIDARE	TORRES	Arroio do Sal, Dom Pedro de Alcântara, Itati, Mampituba, Morrinhos do Sul, Terra de Areia, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Torres
			HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	OSÓRIO	Capão da Canoa, Maquiné
4	NEUROCIRURGIA MC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEUROCIRURGIÃO, EXAMES COMPATÍVEIS À	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Municípios da 4ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO			
		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL DO CARPO 04.03.02.012-3	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Capão da Canoa, Itati, Terra de areia, Maquiné e Xangri-lá
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES	TORRES	Arroio do Sal, Dom Pedro de Alcântara, Mampituba, Morrinhos do Sul, Torres e Três Cachoeiras e Três Forquilhas
4	NEUROCIRURGIA AC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA, HABILITAÇÃO MINISTERIAL, CFE. PORTARIA MS/SAS 756/2005, COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE À INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DA EPILEPSIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO ENDOVASCULAR AOS PORTADORES DE DOENÇAS DO SISTEMA NEUROVASCULAR	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTÁXICA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		PLANTÃO PRESENCIAL	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
4	OFTALMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OFTALMOLOGISTA, EXAMES OFTALMOLÓGICOS, CIRURGIAS DO APARELHO DA VISÃO DE MC E AO TRATAMENTO DE CATARATA (Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	HOSPITAL SANTO ANTÔNIO	SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		TRATAMENTO À DOENÇA MACULAR RELACIONADA À IDADE E RETINOPATIA DIABÉTICA	HOSPITAL BANCO DE OLHOS	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		TRATAMENTO CLÍNICO DO GLAUCOMA COM TERAPIA MEDICAMENTOSA	HOSPITAL VILA NOVA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO AC (exceto Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO PARA CORREÇÃO DO ESTRABISMO	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OFTALMOLÓGICA	HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
4	OTORRINOLARINGOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		CIRÚRGICO DO OUVIDO, NARIZ E GARGANTA			
4	ONCOLOGIA	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E/OU CIRÚRGICO), INCLUSIVE NAS INTERCORRÊNCIAS DECORRENTES DO TRATAMENTO, NAS RECIDIVAS, METÁSTASES E CUIDADO PALIATIVO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO RADIOTERÁPICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER HEMATOLÓGICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO, INCLUSIVE DO CÂNCER BUCAL	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER INFANTO JUVENIL (0 A 18 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER RARO (OFTALMOLÓGICO E PRIMÁRIO DE OSSO)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM IODOTERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM BRAQUITERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		UNIDADE PARA REALIZAÇÃO DO EXAME PET-CT (02.06.01.009-5)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
4	PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA CLÍNICA AO PACIENTE EM PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
4	NEUROLOGIA CLÍNICA	CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEUROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROENCEFALOGRAMA E ELETRONEUROMIOGRAFIA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
4	TRAUMATO-ORTOPEDIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO, INCLUSIVE "2º TEMPO" A ADULTOS, ADOLESCENTES E CRIANÇAS	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Capão da Canoa, Itati, Maquiné, Terra de Areia e Xangri-lá
			HOSPITAL BENEFICENTE NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES	TORRES	Arroio do Sal, Dom Pedro de Alcântara, Mampituba, Morrinhos do Sul, Torres e Três Cachoeiras e Três Forquilhas

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS		
		PLANTÃO PRESENCIAL	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde		
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA (STO), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL CRISTO REDENTOR	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
			HOSPITAL INDEPENDÊNCIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DE URGÊNCIA (STOU), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL CRISTO REDENTOR	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
			HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (STOP) PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO À CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (ART. 6º PT MS/SAS 90/2009)	HOSPITAL CRISTO REDENTOR	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
		4	UROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO UROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE BIÓPSIAS, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	HOSPITAL BENEFICENTE NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES	TORRES	Todos os municípios da 4ª região de Saúde
				AVALIAÇÃO URODINÂMICA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde
LITOTRIPSIA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA			PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
5	ATENÇÃO MATERNO INFANTIL	AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO I	HOSPITAL TRAMANDAÍ	TRAMANDAÍ	Municípios da 5ª Região de Saúde		
		AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO II	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 5ª Região de Saúde		
		MATERNIDADE DE ALTO RISCO	HOSPITAL TRAMANDAÍ	TRAMANDAÍ	Municípios da 5ª Região de Saúde		

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL	SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO VICENTE DE PAULO	OSÓRIO	Municípios da 5ª Região de Saúde (Capivari do Sul, Caraá, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha e Tavares)
			HOSPITAL TRAMANDAÍ	TRAMANDAÍ	Balneário Pinhal, Cidreira, Imbé e Tramandaí
5	ATENÇÃO AO PACIENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE	SERVIÇO HABILITADO PELO MS, COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE OFERECE ASSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA, ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA E A CIRURGIA, INCLUSIVE, ATRAVÉS DE VÍDEO	HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
5	ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	SERVIÇO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR A PACIENTES COM DEFICIÊNCIA SOB ANESTESIA GERAL OU SEDAÇÃO	HOSPITAL BOM PASTOR	IGREJINHA	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO AUDITIVA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA, AUDITIVA E VISUAL - CER III	OSÓRIO	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO AUDITIVA - IMPLANTE COCLEAR	HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO FÍSICA	CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA, AUDITIVA E VISUAL - CER III	OSÓRIO	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO VISUAL	CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA, AUDITIVA E VISUAL - CER III	OSÓRIO	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
5	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO 04.14(CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL) E 04.04.02 (CIRURGIA DA FACE E DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 4ª Região de Saúde
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL ATÉ 11 ANOS, 11 MESES E VINTE E NOVE DIAS	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Municípios da 4ª Região de Saúde
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL A PARTIR DE 12 ANOS	HOSPITAL BRUNO BORN	LAJEADO	Municípios da 4ª Região de Saúde
5	CIRURGIA CARDIOVASCULAR AC	CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA IMPLANTE DE CARDIODESFRIBILADOR E MARCAPASSO MULTI-SÍTIO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 5ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA			
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS DE CARDIOLOGIA INTERVENZIONISTA (HEMODINÂMICA)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA VASCULAR COM SERVIÇO DE ANGIORRADIOLOGIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDÍACA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA EM PACIENTES ATÉ 18 ANOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 5ª Região de Saúde
5	CIRURGIA GERAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO GERAL, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVA CIRURGIA	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Capivari do Sul, Caraá, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha e Tavares
			HOSPITAL TRAMANDAÍ	TRAMANDAÍ	Balneário Pinhal, Cidreira, Imbé e Tramandaí
			SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO VICENTE DE PAULO	OSÓRIO	Capivari do Sul, Caraá, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Osório, Mostardas e Tavares
			HOSPITAL SANTO ANTÔNIO	SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA	Caraá e Santo Antônio da Patrulha
5	CIRURGIA VASCULAR (TRATAMENTO DE VARIZES)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO VASCULAR, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVA CIRURGIA	HOSPITAL SANTO ANTÔNIO	SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
5	NEFROLOGIA (TRATAMENTO À DOENÇA RENAL CRÔNICA)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEFROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS COM A ESPECIALIDADE E HEMODIÁLISE AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	OSÓRIO	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
5	NEUROCIRURGIA MC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEUROCIRURGIÃO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS MC	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL DO CARPO 04.03.02.012-3	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
5	NEUROCIRURGIA AC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA, HABILITAÇÃO MINISTERIAL, CFE. PORTARIA MS/SAS 756/2005, COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE Á	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DA EPILEPSIA			
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO ENDOVASCULAR AOS PORTADORES DE DOENÇAS DO SISTEMA NEUROVASCULAR	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTÁXICA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		PLANTÃO PRESENCIAL	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
5	NEUROLOGIA CLÍNICA	CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEUROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
5	OFTALMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OFTALMOLOGISTA, EXAMES OFTALMOLÓGICOS, CIRURGIAS DO APARELHO DA VISÃO DE MC E AO TRATAMENTO DE CATARATA (Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	HOSPITAL SANTO ANTÔNIO	SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		TRATAMENTO CLÍNICO DO GLAUCOMA COM TERAPIA MEDICAMENTOSA	HOSPITAL VILA NOVA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		TRATAMENTO À DOENÇA MACULAR RELACIONADA À IDADE E RETINOPATIA DIABÉTICA	HOSPITAL BANCO DE OLHOS	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO AC (exceto Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª região de Saúde
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO PARA CORREÇÃO DO ESTRABISMO	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OFTALMOLÓGICA	HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
5	ONCOLOGIA	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E/OU CIRÚRGICO), INCLUSIVE NAS INTERCORRÊNCIAS DECORRENTES DO TRATAMENTO, NAS RECIDIVAS, METÁSTASES E PALIATIVO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO RADIOTERÁPICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER HEMATOLÓGICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO, INCLUSIVE DO CÂNCER BUCAL	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER INFANTO JUVENIL (0 A 18 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER RARO (OFTALMOLÓGICO E PRIMÁRIO DE OSSO)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM IODOTERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM BRAQUITERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE PARA REALIZAÇÃO DO EXAME PET-CT (02.06.01.009-5)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
5	OTORRINOLARINGOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRURGICO	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
5	PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA CLÍNICA AO PACIENTE EM PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
5	TRAUMATO-ORTOPEDIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO, INCLUSIVE "2º TEMPO" A ADULTOS, ADOLESCENTES E CRIANÇAS	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Balneário Pinhal e Cidreira
			SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO VICENTE DE PAULO	OSÓRIO	Capivari do Sul, Caraá, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha e Tavares
			HOSPITAL TRAMANDAÍ	TRAMANDAÍ	Imbé e Tramandaí
		PLANTÃO PRESENCIAL	HOSPITAL SANTA LUZIA	CAPÃO DA CANOA	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA (STO), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL CRISTO REDENTOR	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª região de Saúde
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª região de Saúde
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª região de Saúde
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª região de Saúde
HOSPITAL INDEPENDÊNCIA	PORTO ALEGRE		Todos os municípios da 5ª região de Saúde		

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS		
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DE URGÊNCIA (STOU), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL CRISTO REDENTOR	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª região de Saúde		
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª região de Saúde		
			HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª região de Saúde		
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (STOP) PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO À CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (ART. 6º PT MS/SAS 90/2009)	HOSPITAL CRISTO REDENTOR	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª região de Saúde		
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (STOP) PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO À CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS DE COLUNA EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (ART. 6º PT MS/SAS 90/2009)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª região de Saúde		
		5	UROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO UROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE BIÓPSIAS, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO VICENTE DE PAULO	OSÓRIO	Todos os municípios da 5ª região de Saúde
				AValiação URODINÂMICA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
LITOTRIPSIA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA			PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde		

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
6	ATENÇÃO MATERNO INFANTIL	AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO I	FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
			FUNDAÇÃO HOSPITALAR CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
			HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO II	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL	HOSPITAL BOM PASTOR	IGREJINHA	Igrejinha
			SOCIEDADE BENEFICENTE DE PAROBÉ	PAROBÉ	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		MATERNIDADE DE ALTO RISCO	FUNDAÇÃO HOSPITALAR CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
			FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
			HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
6	ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	SERVIÇO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR A PACIENTES COM DEFICIÊNCIA SOB ANESTESIA GERAL OU SEDAÇÃO	HOSPITAL BOM PASTOR	IGREJINHA	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO AUDITIVA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	CER IV NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Cambará do Sul, Riozinho, Rolante, São Francisco de Paula
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Igrejinha, Parobé, Taquara, Três Coroas
		REABILITAÇÃO AUDITIVA - IMPLANTE COCLEAR	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		REABILITAÇÃO FÍSICA	CER IV NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO VISUAL	CER IV NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
6	ATENÇÃO AO PACIENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE	SERVIÇO HABILITADO PELO MS, COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE OFERECE ASSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA, ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA E A CIRURGIA, INCLUSIVE, ATRAVÉS DE VÍDEO	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
6	CIRURGIA CARDIOVASCULAR AC	CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR E MARCAPASSO MULTI-SÍTIO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS DE CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA (HEMODINÂMICA)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA VASCULAR COM SERVIÇO DE ANGIORRADIOLOGIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDÍACA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA EM PACIENTES ATÉ 18 ANOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
6	COLOPROCTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO COLOPROCTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE BIÓPSIA, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	HOSPITAL SÃO FRANCISCO	PAROBÉ	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
6	ENDOCRINOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTOS CLÍNICOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 6ª Região de Saúde
6	HEMATOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO HEMATOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 6ª Região de Saúde
6	INFECTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO INFECTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 6ª Região de Saúde
6	OTORRINOLARINGOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	HOSPITAL BOM PASTOR	IGREJINHA	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
6	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DO SUB GRUPO 04.14 (CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL)	HOSPITAL BOM PASTOR	IGREJINHA	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO 04.14 (CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL) E 04.04.02 (CIRURGIA DA FACE E DOS SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO)	HOSPITAL BOM PASTOR	IGREJINHA	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		BUCOMAXILOFACIAL ATÉ 11 ANOS, 11 MESES E VINTE E NOVE DIAS			
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL A PARTIR DE 12 ANOS	HOSPITAL BRUNO BORN	LAJEADO	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
6	CIRURGIA GERAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO GERAL E/OU CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVA CIRURGIA	HOSPITAL SÃO FRANCISCO	PAROBÉ	Cambará do Sul, Parobé, São Francisco de Paula e Três Coroas
			FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE ROLANTE	ROLANTE	Igrejinha, Riozinho e Rolante
			HOSPITAL BOM JESUS DE TAQUARA	TAQUARA	Cambará do Sul, São Francisco de Paula e Taquara
6	CIRURGIA VASCULAR (TRATAMENTO A VARIZES)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO VASCULAR, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES	HOSPITAL SÃO FRANCISCO	PAROBÉ	Municípios da 6ª Região de Saúde
6	GASTROENTEROLOGIA	COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	CANOAS	Municípios da 6ª Região de Saúde
6	GINECOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO GINECOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ULTRASSONOGRÁFIA MAMÁRIA, ULTRASSONOGRÁFIA TRANSVAGINAL, MAMOGRAFIA, COLPOSCOPIA), TRATAMENTO E CIRURGIA GINECOLÓGICA	HOSPITAL SÃO FRANCISCO	PAROBÉ	Municípios da 6ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
6	NEFROLOGIA (TRATAMENTO À DOENÇA RENAL CRÔNICA)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEFROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS COM A ESPECIALIDADE E HEMODIÁLISE AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA	CENTRO NEFROLÓGICO DE TAQUARA LTDA	TAQUARA	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
6	NEUROLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEUROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETRONEUROMIOGRAFIA, ELETROENCEFALOGRAMA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
6	NEUROCIRURGIA MC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA COM MÉDICO NEUROCIRURGIÃO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Municípios da 6ª Região de Saúde
		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL DO CARPO 04.03.02.012-3	HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS	PAROBÉ	Municípios da 6ª Região de Saúde
6	NEUROCIRURGIA AC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA, HABILITAÇÃO MINISTERIAL, CFE. PORTARIA MS/SAS 756/2005, COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE Á INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DA EPILEPSIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO ENDOVASCULAR AOS PORTADORES DE DOENÇAS DO SISTEMA NEUROVASCULAR	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTÁXICA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
6	ONCOLOGIA	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E/OU CIRÚRGICO), INCLUSIVE NAS INTERCORRÊNCIAS DECORRENTES DO TRATAMENTO, NAS RECIDIVAS, METÁSTASES E PALIATIVO	HOSPITAL BOM JESUS DE TAQUARA	TAQUARA	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO RADIOTERÁPICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER HEMATOLÓGICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO, INCLUSIVE DO CÂNCER BUCAL	HOSPITAL BOM JESUS DE TAQUARA	TAQUARA	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER INFANTO JUVENIL (0 A 18 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER RARO (OFTALMOLÓGICO E PRIMÁRIO DE OSSO)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM IODOTERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM BRAQUITERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE PARA REALIZAÇÃO DO EXAME PET-CT (02.06.01.009-5)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
6	PNEUMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PNEUMOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS	PAROBÉ	Municípios da 6ª Região de Saúde
6	PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA CLÍNICA AO PACIENTE EM PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
6	OFTALMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OFTALMOLOGISTA, EXAMES OFTALMOLÓGICOS, CIRURGIAS DO APARELHO DA VISÃO DE MC E AO TRATAMENTO DE CATARATA (Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	HOSPITAL BOM PASTOR	IGREJINHA	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO AC (exceto Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		TRATAMENTO À DOENÇA MACULAR RELACIONADA À IDADE E RETINOPATIA DIABÉTICA	HOSPITAL BANCO DE OLHOS	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO PARA CORREÇÃO DO ESTRABISMO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		TRATAMENTO CLÍNICO DO GLAUCOMA COM TERAPIA MEDICAMENTOSA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OFTALMOLÓGICA	HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
6	REUMATOLOGIA	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO REUMATOLOGISTA, EXAMES PRÓPRIOS DA ESPECIALIDADE E RESPECTIVO TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
6	TRAUMATO-ORTOPEDIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO, INCLUSIVE "2º TEMPO" A ADULTOS, ADOLESCENTES E CRIANÇAS	HOSPITAL SÃO FRANCISCO	PAROBÉ	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
			FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE ROLANTE	ROLANTE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DE URGÊNCIA (STOU), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HPS DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA (STO), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (STOP) PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO À CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS, EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (20 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS) - ART. 6ª PORTARIA MS/SAS 90/2009	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
6	UROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO UROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE BIÓPSIAS, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	HOSPITAL SÃO FRANCISCO	PAROBÉ	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		AVALIAÇÃO URODINÂMICA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde
		LITOTRIPSIA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 6ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
7	ATENÇÃO MATERNO INFANTIL	AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO I	FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
			FUNDAÇÃO HOSPITALAR CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
			HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO II	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL	HOSPITAL DE CAMPO BOM Dr. LAURO REUS	CAMPO BOM	Campo Bom
			FUNDAÇÃO HOSPITALAR CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Portão, Presidente Lucena e São José do Hortêncio
			HOSPITAL BENEFICENTE SAPIRANGUENSE	SAPIRANGA	Araricá, Nova Hartz e Sapiranga
			FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Dois Irmãos, Morro Reuter, Novo Hamburgo e Santa Maria do Herval
		MATERNIDADE DE ALTO RISCO	FUNDAÇÃO HOSPITALAR CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
			FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
			HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		7	ATENÇÃO AO PACIENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE	SERVIÇO HABILITADO PELO MS, COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE OFERECE ASSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA, ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA E A CIRURGIA, INCLUSIVE, ATRAVÉS DE VÍDEO	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
7	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DO SUB GRUPO 04.14 (CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL)	HOSPITAL BOM PASTOR	IGREJINHA	Municípios da 7ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO 04.14 (CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL) E 04.04.02 (CIRURGIA DA FACE E DOS SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO)	HOSPITAL BOM PASTOR	IGREJINHA	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL ATÉ 11 ANOS, 11 MESES E VINTE E NOVE DIAS	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL A PARTIR DE 12 ANOS	HOSPITAL BRUNO BORN	LAJEADO	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
7	CIRURGIA CARDIOVASCULAR AC	CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA IMPLANTE DE CARDIODEFIBRILADOR E MARCAPASSO MULTI-SÍTIO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS DE CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA (HEMODINÂMICA)	FUNDAÇÃO DE SAUDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Presidente Lucena, São José do Hortêncio, Sapiranga, Santa Maria do

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
					Herval
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Portão e São Leopoldo
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA VASCULAR COM SERVIÇO DE ANGIORRADIOLOGIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDÍACA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA EM PACIENTES ATÉ 18 ANOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
7	ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	SERVIÇO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR A PACIENTES COM DEFICIÊNCIA SOB ANESTESIA GERAL OU SEDAÇÃO	HOSPITAL BOM PASTOR	IGREJINHA	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
			CER III - ACADEF	CANOAS	Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Nova Hartz, Portão, Sapiranga
		REABILITAÇÃO AUDITIVA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	CER IV NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Novo Hamburgo
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Lindolfo Collor, Morro Reuter, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São José do Hortêncio, São Leopoldo
		REABILITAÇÃO AUDITIVA - IMPLANTE COCLEAR	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO FÍSICA	CER III - ACADEF	CANOAS	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde, exceto Novo Hamburgo e Santa Maria do Herval

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			CER IV NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Novo Hamburgo, Santa Maria do Herval
		REABILITAÇÃO VISUAL	CER IV NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
7	CIRURGIA GERAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO GERAL E/OU CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVA CIRURGIA	SOCIEDADE BENEFICENTE SAPIRANGUENSE	SAPIRANGA	Araricá, Nova Hartz, Santa Maria do Herval e Sapiranga
			HOSPITAL DE CAMPO BOM Dr. LAURO REUS	CAMPO BOM	Campo Bom, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Portão, Presidente Lucena e São José do Hortêncio
			HOSPITAL SÃO JOSÉ	DOIS IRMÃOS	Araricá, Dois Irmãos, Estância velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval e São José do Hortêncio
			FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Novo Hamburgo
			FUNDAÇÃO HOSPITALAR CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
7	COLOPROCTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO COLOPROCTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE BIÓPSIA, TRATAMENTOS CLÍNICO E CIRÚRGICO	HOSPITAL SÃO FRANCISCO	PAROBÉ	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde, exceto Novo Hamburgo e São Leopoldo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Novo Hamburgo e São Leopoldo
7	GINECOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO GINECOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA, ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL, MAMOGRAFIA, COLPOSCOPIA), TRATAMENTO CLÍNICO E CIRURGIA GINECOLÓGICA	HOSPITAL SÃO FRANCISCO	PAROBÉ	Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti e Sapiranga
			FUNDAÇÃO HOSPITALAR CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
			FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE	NOVO HAMBURGO	Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			NOVO HAMBURGO		Hamburgo, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval e São José do Hortêncio
7	NEFROLOGIA (TRATAMENTO À DOENÇA RENAL CRÔNICA)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEFROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS COM A ESPECIALIDADE E HEMODIÁLISE AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA	CLÍNICA DO RIM	NOVO HAMBURGO	Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Novo Hamburgo, Presidente Lucena
			HOSPITAL CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
			CLÍNICA DE DIÁLISE DE CAMPO BOM LTDA	CAMPO BOM	Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Morro Reuter, Nova Hartz, Santa Maria do Herval, Sapiranga
			NEFROCLIN	MONTENEGRO	Portão, São José do Hortêncio
7	NEUROLOGIA CLÍNICA	CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEUROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROENCEFALOGRAMA, ELETRO NEUROMIOGRAFIA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
7	NEUROCIRURGIA MC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA COM MÉDICO NEUROCIRURGIÃO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
			HOSPITAL DE CAMPO BOM Dr. LAURO REUS	CAMPO BOM	Campo Bom
			HOSPITAL CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
			FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Municípios da 7ª Região de Saúde, exceto Campo Bom e São Leopoldo
		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL DO CARPO 04.03.02.012-3	HOSPITAL DE CAMPO BOM Dr. LAURO REUS	CAMPO BOM	Campo Bom
			HOSPITAL SAPIRANGA	SAPIRANGA	Ivoti, Presidente Lucena e Sapiranga
			FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE	NOVO HAMBURGO	Municípios da 7ª Região de Saúde, exceto Campo

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			NOVO HAMBURGO		Bom, Ivoti, Presidente Lucena e Sapiranga
7	NEUROCIRURGIA AC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA, HABILITAÇÃO MINISTERIAL, CFE. PORTARIA MS/SAS 756/2005, COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE À INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DA EPILEPSIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO ENDOVASCULAR AOS PORTADORES DE DOENÇAS DO SISTEMA NEUROVASCULAR	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTÁXICA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		PLANTÃO PRESENCIAL	FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
7	OFTALMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OFTALMOLOGISTA, EXAMES OFTALMOLÓGICOS, CIRURGIAS DO APARELHO DA VISÃO DE MC E AO TRATAMENTO DE CATARATA (Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE PORTÃO	PORTÃO	Municípios da 7ª Região de Saúde, exceto Novo Hamburgo e São Leopoldo
			INSTITUTO OFTALMOLOGIA IGREJINHA	NOVO HAMBURGO	Novo Hamburgo e São Leopoldo
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO AC (exceto Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE PORTÃO	PORTÃO	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		TRATAMENTO À DOENÇA MACULAR RELACIONADA À IDADE E RETINOPATIA DIABÉTICA	HOSPITAL BANCO DE OLHOS	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO PARA CORREÇÃO DO ESTRABISMO	HOSPITAL BANCO DE OLHOS	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		TRATAMENTO CLÍNICO DO GLAUCOMA COM TERAPIA	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE PORTÃO	PORTÃO	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		MEDICAMENTOSA			
		ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OFTALMOLÓGICA	HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
7	ONCOLOGIA	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E/OU CIRÚRGICO), INCLUSIVE NAS INTERCORRÊNCIAS DECORRENTES DO TRATAMENTO, NAS RECIDIVAS, METÁSTASES E PALIATIVO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Araricá, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Presidente Lucena, Sapiranga, Santa Maria do Herval
			HOSPITAL BOM JESUS DE TAQUARA	TAQUARA	Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti e Novo Hamburgo
			HOSPITAL CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	Portão, São José do Hortêncio, São Leopoldo
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO RADIOTERÁPICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, Sapiranga
			HOSPITAL CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	Portão, São José do Hortêncio, São Leopoldo
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER HEMATOLÓGICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti e Novo Hamburgo
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Araricá, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Portão, Presidente Lucena, Sapiranga, Santa Maria do Herval, São José do Hortêncio, São Leopoldo e Sapiranga
UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO, INCLUSIVE DO CÂNCER BUCAL	HOSPITAL BOM JESUS DE TAQUARA	TAQUARA	Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Novo Hamburgo		

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			HOSPITAL ANA NERY	SANTA CRUZ DO SUL	Portão, São José do Hortêncio, São Leopoldo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Araricá, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Presidente Lucena, Sapiranga, Santa Maria do Herval
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER INFANTO JUVENIL (0 A 18 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER RARO (OFTALMOLÓGICO E PRIMÁRIO DE OSSO)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM IODOTERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM BRAQUITERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		UNIDADE PARA REALIZAÇÃO DO EXAME PET-CT (02.06.01.009-5)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
7	PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA CLÍNICA AO PACIENTE EM PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
7	TRAUMATO-ORTOPEDIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO, INCLUSIVE "2º TEMPO" A ADULTOS, ADOLESCENTES E CRIANÇAS	SOCIEDADE BENEFICENTE SAPIRANGUENSE	SAPIRANGA	Araricá, Ivoti, Nova Hartz, Portão, Santa Maria do Herval e Sapiranga
			HOSPITAL DE CAMPO BOM Dr. LAURO REUS	CAMPO BOM	Campo Bom, Dois irmãos, Estância Velha, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Portão, Presidente Lucena e São José do Hortêncio
			FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Novo Hamburgo

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			FUNDAÇÃO HOSPITALAR CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde, exceto Novo Hamburgo e São Leopoldo
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DE URGÊNCIA (STOU), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HPS DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde , exceto Novo Hamburgo e São Leopoldo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA (STO), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde , exceto Novo Hamburgo e São Leopoldo
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde , exceto Novo Hamburgo e São Leopoldo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (STOP) PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO À CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS, INCLUSIVE DE COLUNA EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (ART. 6º PT MS/SAS 90/2009)	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde , exceto Novo Hamburgo e São Leopoldo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª região de Saúde
		PLANTÃO PRESENCIAL	SOCIEDADE BENEFICENTE SAPIRANGUENSE	SAPIRANGA	Araricá, Campo Bom, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São José do Hortêncio e Sapiranga

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Dois Irmãos, Novo Hamburgo e Portão
			FUNDAÇÃO HOSPITALAR CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	Estância Velha e São Leopoldo
7	UROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO UROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRURGICO	FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Novo Hamburgo
			FUNDAÇÃO HOSPITALAR CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
			SOCIEDADE BENEFICENTE DE PAROBÉ	PAROBÉ	Municípios da 7ª Região de Saúde, exceto Novo Hamburgo e São Leopoldo
		AVALIAÇÃO URODINÂMICA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
		LITOTRIPSIA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
7	VASCULAR	PLANTÃO PRESENCIAL	FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Todos os municípios da 7ª Região de Saúde
8	ATENÇÃO MATERNO INFANTIL	AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO I	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO II	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL	HOSPITAL MONTENEGRO	MONTENEGRO	Municípios da 8ª Região de Saúde (Barão, Brochier, Capela de Santana, Harmonia, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
					Cai, Tabai, Triunfo e Tupandi)
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
			HOSPITAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Esteio
			FUNDAÇÃO MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS	SAPUCAIA DO SUL	Sapucaia do Sul
		MATERNIDADE DE ALTO RISCO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
8	ATENÇÃO AO PACIENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE	SERVIÇO HABILITADO PELO MS, COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE OFERECE ASSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA, ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA E A CIRURGIA, INCLUSIVE, ATRAVÉS DE VÍDEO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		SERVIÇO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR A PACIENTES COM DEFICIÊNCIA SOB ANESTESIA GERAL OU SEDAÇÃO	HOSPITAL BOM PASTOR	IGREJINHA	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO AUDITIVA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Nova Santa Rita e Tabai
			CER III - ACADEF	CANOAS	Canoas, Nova Santa Rita e Tabai
8	ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	REABILITAÇÃO AUDITIVA - IMPLANTE COCLEAR	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		REABILITAÇÃO FÍSICA	CER II - CEREPAL	PORTO ALEGRE	Barão, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul, Triunfo, Tupandi
			AACD	PORTO ALEGRE	Barão, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul, Triunfo, Tupandi
			CER III - ACADEF	CANOAS	Brochier, Canoas, Capela de Santana, Esteio, Harmonia, Nova Santa Rita, Tabaí
		REABILITAÇÃO VISUAL	CER IV NOVO HAMBURGO	NOVO HAMBURGO	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
8	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	PLANTÃO PRESENCIAL DE BUCOMAXILOFACIAL	HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO	CANOAS	Municípios da 8ª Região de Saúde
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL ATÉ 11 ANOS, 11 MESES E VINTE E NOVE DIAS	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Municípios da 8ª Região de Saúde
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL A PARTIR DE 12 ANOS	HOSPITAL BRUNO BORN	LAJEADO	Municípios da 8ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
8	CIRURGIA CARDIOVASCULAR AC	CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA IMPLANTE DE CARDIODESFIBILADOR E MARCAPASSO MULTI-SÍTIO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS DE CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA (HEMODINÂMICA)	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA VASCULAR COM SERVIÇO DE ANGIORRADIOLOGIA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDÍACA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA EM PACIENTES ATÉ 18 ANOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
8	CIRURGIA VASCULAR (TRATAMENTO DE VARIZES)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO VASCULAR, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
8	COLOPROCTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO COLOPROCTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE BIÓPSIAS, TRATAMENTOS CLÍNICOS E PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
			HOSPITAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Barão, Brochier, Capela de Santana, Esteio, Harmonia, Maratá, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
					Sebastião do Caí, Tabai, Triunfo e Tupandi
			HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS	SAPUCAIA DO SUL	Sapucaia do Sul
			HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS	SAPUCAIA DO SUL	Municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Esteio, Canoas e Nova Santa Rita
8	DERMATOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO DERMATOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTOS CLÍNICOS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	HOSPITAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Esteio
			CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE CANOAS	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
8	GINECOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO GINECOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA, ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL, MAMOGRAFIA, COLPOSCOPIA), TRATAMENTO CLÍNICO E CIRURGIA GINECOLÓGICA	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
			HOSPITAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Esteio
			HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS	SAPUCAIA DO SUL	Sapucaia do Sul
			HOSPITAL MONTENEGRO	MONTENEGRO	Barão, Brochier, Capela de Santana, Harmonia, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
					do Caí, Tabai, Triunfo e Tupandi
8	ENDOCRINOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTOS CLÍNICOS	HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS DE SAPUCAIA DO SUL	SAPUCAIA DO SUL	Municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Canoas e Nova Santa Rita
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
8	NEUROCIRURGIA MC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEUROCIRURGIÃO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Municípios da 8ª Região de Saúde
			HOSPITAL SAGRADA FAMÍLIA	SÃO SEBASTIÃO DO CAÍ	São Sebastião de Caí
		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL DO CARPO 04.03.02.012-3	HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS DE SAPUCAIA DO SUL	SAPUCAIA DO SUL	Sapucaia do Sul
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Municípios da 8ª Região de Saúde, exceto São Sebastião do Caí e Sapucaia do Sul
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Municípios da 8ª Região de Saúde
8	PNEUMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PNEUMOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
			HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS DE SAPUCAIA DO SUL	SAPUCAIA DO SUL	Municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Canoas e Nova Santa Rita

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
8	TRAUMATO-ORTOPEDIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DE URGÊNCIA (STOU), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO	CANOAS	Municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Triunfo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Triunfo
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO, INCLUSIVE "2º TEMPO" A ADULTOS, ADOLESCENTES E CRIANÇAS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Triunfo
			HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Canoas, Nova Santa Rita e Triunfo
			FUNDAÇÃO MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS	SAPUCAIA DO SUL	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Canoas, Nova Santa Rita e Triunfo
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Triunfo
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA (STO), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Triunfo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Triunfo
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Triunfo
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (STOP) PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO À CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS, INCLUSIVE DE COLUNA, EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (ART. 6º PT MS/SAS 90/2009)	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Triunfo

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (STOP) PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO À CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (ART. 6º PT MS/SAS 90/2009)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Triunfo
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE AC PEDIÁTRICA (HABILITAÇÃO DO MS), PARA TRATAMENTO DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS DE COLUNA EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (ART. 6º PT MS/SAS 90/2009)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Triunfo
			HOSPITAL MONTENEGRO	MONTENEGRO	Municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Canoas, Nova Santa Rita e Sapucaia do Sul
8	CIRURGIA GERAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO GERAL E/OU CIRURGIÃO DE APARELHO DIGESTIVO E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVA CIRURGIA	HOSPITAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Canoas, Nova Santa Rita e Sapucaia do Sul
			FUNDAÇÃO MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS	SAPUCAIA DO SUL	Sapucaia do Sul
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
8	NEFROLOGIA (TRATAMENTO À DOENÇA RENAL CRÔNICA)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEFROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS COM A ESPECIALIDADE E HEMODIÁLISE AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA	NEFROCLIN	MONTENEGRO	Barão, Brochier, Capela de Santana, Harmonia, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Cai e Tupandi
			CUIDARE SERVIÇOS DE DIÁLISE LTDA	GUAÍBA	Triunfo

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA SÃO CAMILO DE ESTEIO	ESTEIO	Esteio
			PRORENAL CLÍNICA DE DOENÇAS RENAIAS	CANOAS	Canoas, Nova Santa Rita
			PRO RENAL SAPUCAIA	SAPUCAIA DO SUL	Sapucaia do Sul
			HOSPITAL BRUNO BORN	LAJEADO	Tabaí
8	NEUROCIRURGIA AC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA, HABILITAÇÃO MINISTERIAL, CFE. PORTARIA MS/SAS 756/2005, COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE À INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DA EPILEPSIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO ENDOVASCULAR AOS PORTADORES DE DOENÇAS DO SISTEMA NEUROVASCULAR	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTÁXICA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		PLANTÃO PRESENCIAL	HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO	CANOAS	Todos os municípios da 8ª região de Saúde
8	NEUROLOGIA CLÍNICA	CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEUROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
8	OFTALMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OFTALMOLOGISTA, EXAMES OFTALMOLÓGICOS, CIRURGIAS DO APARELHO DA VISÃO DE MC E AO TRATAMENTO DE CATARATA (Facoemulsificação c/	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE PORTÃO	PORTÃO	Municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Canoas, Esteio, Nova Santa Rita e Sapucaia do Sul)
			HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO	SAPUCAIA DO SUL	Esteio e Sapucaia do Sul

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		implante de lente dobrável)	VARGAS		
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO AC (exceto Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		TRATAMENTO À DOENÇA MACULAR RELACIONADA À IDADE E RETINOPATIA DIABÉTICA	HOSPITAL BANCO DE OLHOS	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO PARA CORREÇÃO DO ESTRABISMO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		TRATAMENTO CLÍNICO DO GLAUCOMA COM TERAPIA MEDICAMENTOSA	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE PORTÃO	PORTÃO	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OFTALMOLÓGICA	HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
8	ONCOLOGIA	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E/OU CIRÚRGICO), INCLUSIVE NAS INTERCORRÊNCIAS DECORRENTES DO TRATAMENTO, NAS RECIDIVAS, METÁSTASES E PALIATIVO	HOSPITAL BRUNO BORN	LAJEADO	Tabaí
			HOSPITAL CENTENÁRIO	SÃO LEOPOLDO	Barão, Brochier, Capela de Santana, Esteio, Harmonia, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul, Triunfo e Tupandi

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Canoas, Nova Santa Rita
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO RADIOTERÁPICO	HOSPITAL BRUNO BORN	LAJEADO	Tabaí
	HOSPITAL CENTENÁRIO		SÃO LEOPOLDO	Barão, Brochier, Capela de Santana, Esteio, Harmonia, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, São José do Sul, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul, Triunfo, Tupandi	
	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Canoas, Nova Santa Rita	
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER HEMATOLÓGICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde	
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde	
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO, INCLUSIVE DO CÂNCER BUCAL	HOSPITAL ANA NERY	SANTA CRUZ DO SUL	Barão, Brochier, Capela de Santana, Esteio, Harmonia, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul, Triunfo e Tupandi	
		HOSPITAL BRUNO BORN	LAJEADO	Tabaí	
		HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Canoas, Nova Santa Rita	
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde	

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		INFANTO JUVENIL (0 A 18 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)			
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER RARO (OFTALMOLÓGICO E PRIMÁRIO DE OSSO)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM IODOTERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM BRAQUITERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		UNIDADE PARA REALIZAÇÃO DO EXAME PET-CT (02.06.01.009-5)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
8	PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA CLÍNICA AO PACIENTE EM PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
8	REUMATOLOGIA	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO REUMATOLOGISTA, EXAMES PRÓPRIOS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVO TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Canoas e Nova Santa Rita
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
8	UROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO UROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CANOAS	Municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Esteio
			HOSPITAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Esteio
		AVALIAÇÃO URODINÂMICA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde
		LITOTRIPSIA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 8ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
9	ATENÇÃO MATERNO INFANTIL	AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO I	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
			HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO II	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL	HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA	CAMAQUÃ	Arambaré, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes
			HOSPITAL DE CARIDADE DE SÃO JERÔNIMO	SÃO JERÔNIMO	Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão e São Jerônimo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Guaíba, Barra do Ribeiro e Eldorado do Sul
		MATERNIDADE DE ALTO RISCO	HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
9	ATENÇÃO AO PACIENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE	SERVIÇO HABILITADO PELO MS, COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE OFERECE ASSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA, ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA E A CIRURGIA, INCLUSIVE, ATRAVÉS DE VÍDEO	HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
9	ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	SERVIÇO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR A PACIENTES COM DEFICIÊNCIA SOB ANESTESIA GERAL OU SEDAÇÃO	HOSPITAL BOM PASTOR	IGREJINHA	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO AUDITIVA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	
		REABILITAÇÃO AUDITIVA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - SOMENTE ADULTOS	CER II - AESC HOSPITAL SANTA ANA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		RABILITAÇÃO AUDITIVA - IMPLANTE COCLEAR	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO FÍSICA	AACD	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO VISUAL	HOSPITAL BANCO DE OLHOS	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
9	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL ATÉ 11 ANOS, 11 MESES E VINTE E NOVE DIAS	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL A PARTIR DE 12 ANOS	HOSPITAL BRUNO BORN	LAJEADO	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
9	CIRURGIA CARDIOVASCULAR AC	CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA IMPLANTE DE CARDIODESFIBILADOR E MARCAPASSO MULTI-SÍTIO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS DE CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA (HEMODINÂMICA)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA VASCULAR COM SERVIÇO DE ANGIORRADIOLOGIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDÍACA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA EM PACIENTES ATÉ 18 ANOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
9	CIRURGIA GERAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO GERAL E/OU CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVA CIRURGIA	HOSPITAL DE CARIDADE DE SÃO JERÔNIMO	SÃO JERÔNIMO	Arroio dos Ratos, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão e São Jerônimo
			HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA	CAMAQUÃ	Arambaré, Barão do Triunfo, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Barra do Ribeiro, Eldorado do Sul e Guaíba
9	CIRURGIA VASCULAR (TRATAMENTO DE VARIZES)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO VASCULAR, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Arambaré, Barra do Ribeiro, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, Guaíba, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			HOSPITAL DE CARIDADE DE SÃO JERÔNIMO	SÃO JERÔNIMO	Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão e São Jerônimo
9	COLOPROCTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO COLOPROCTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE BIÓPSIAS, TRATAMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DA COLOPROCTOLOGIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
9	GASTROENTEROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, COLONOSCOPIA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios de 9ª Região de Saúde.
		COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 9ª Região de Saúde
9	GINECOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO GINECOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ECOGRAFIA TRANSVAGINAL, ECOGRAFIA MAMÁRIA, MAMOGRAFIA, COLPOSCOPIA) TRATAMENTO CLÍNICO E CIRURGIA GINECOLÓGICA	HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA	CAMAQUÃ	Arambaré, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chувиска, Cristal, Dom Feliciano, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes
			HOSPITAL DE CARIDADE DE SÃO JERÔNIMO	SÃO JERÔNIMO	Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão e São Jerônimo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Guaíba, Barra do Ribeiro e Eldorado do Sul
		MAMOGRAFIA	POLICLÍNICA GUAÍBA	GUAÍBA	Guaíba, Barra do Ribeiro e Eldorado do Sul
9	NEFROLOGIA (TRATAMENTO À DOENÇA RENAL CRÔNICA)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEFROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS COM A ESPECIALIDADE E HEMODIÁLISE AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA	NEFROCLINICA LTDA	CAMAQUÃ	Arambaré, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chувиска, Cristal, Dom Feliciano, Sentinela do Sul e Tapes
			CUIDARE SERVIÇOS DE DIÁLISE LTDA	GUAÍBA	Arroio dos Ratos, Barra do Ribeiro, Barão do

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
					Triunfo, Butiá, Charqueadas, Eldorado do Sul, Guaíba, Mariana Pimentel e Sertão Santana
			UNIRIM	SANTA CRUZ DO SUL	General Câmara, Minas do Leão e São Jerônimo
9	NEUROLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEUROLOGISTA A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROENCEFALOGRAMA, ELETRONEUROMIOGRAFIA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTOS CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 9ª Região de Saúde
9	NEUROLOGIA	PLANTÃO PRESENCIAL DE NEUROLOGIA E ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 9ª Região de Saúde
9	NEUROCIRURGIA AC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA, HABILITAÇÃO MINISTERIAL, CFE. PORTARIA MS/SAS 756/2005, COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE À INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DA EPILEPSIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO ENDOVASCULAR AOS PORTADORES DE DOENÇAS DO SISTEMA NEUROVASCULAR	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTÁXICA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª região de Saúde
9	ONCOLOGIA	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E/OU CIRÚRGICO), INCLUSIVE NAS INTERCORRÊNCIAS DECORRENTES DO TRATAMENTO, NAS RECIDIVAS, METÁSTASES E PALIATIVO	HOSPITAL ANA NERY	SANTA CRUZ DO SUL	Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão, São Jerônimo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Arambaré, Barra do Ribeiro, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano,

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
					Eldorado do Sul, Guaíba, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO RADIOTERÁPICO	HOSPITAL ANA NERY	SANTA CRUZ DO SUL	Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão, São Jerônimo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Arambaré, Barra do Ribeiro, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, Guaíba, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER HEMATOLÓGICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL	HOSPITAL ANA NERY	SANTA CRUZ DO SUL	Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão, São Jerônimo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Arambaré, Barra do Ribeiro, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, Guaíba, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO, INCLUSIVE DO CÂNCER BUCAL	HOSPITAL ANA NERY	SANTA CRUZ DO SUL	Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão, São Jerônimo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Arambaré, Barra do Ribeiro, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, Guaíba, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER INFANTO JUVENIL (0 A 18 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER RARO (OFTALMOLÓGICO E PRIMÁRIO DE OSSO)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM IODOTERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM BRAQUITERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		UNIDADE PARA REALIZAÇÃO DO EXAME PET-CT (02.06.01.009-5)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
9	OTORRINOLARINGOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO DO OUVIDO, NARIZ E GARGANTA	HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA	CAMAQUÃ	Arambaré, Barra do Ribeiro, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, Guaíba, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios de 9ª Região de Saúde, exceto ao município de Camaquã e sua referência
9	PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA CLÍNICA AO PACIENTE EM PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	HU SÃO FRANCISCO DE PAULA - UCPEL	PELOTAS	Municípios da 9ª Região de saúde: Arambaré, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Dom Feliciano, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Municípios da 9ª Região de Saúde: Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Charqueadas, Cristal, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Minas do Leão, São Jerônimo
9	REUMATOLOGIA	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO REUMATOLOGISTA, EXAMES	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		PRÓPRIOS DA ESPECIALIDADE E RESPECTIVO TRATAMENTO CLÍNICO			
9	TRAUMATO-ORTOPEDIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO, INCLUSIVE "2º TEMPO" A ADULTOS, ADOLESCENTES E CRIANÇAS	HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA	CAMAQUÃ	Arambaré, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes
			HOSPITAL DE CARIDADE DE SÃO JERÔNIMO	SÃO JERÔNIMO	Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão e São Jerônimo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Barra do Ribeiro, Eldorado do Sul e Guaíba
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CLÍNICO CONSERVADOR	HOSPITAL NELSON CORNETET	GUAÍBA	Guaíba
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA (STO), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DE URGÊNCIA (STOU), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (STOP) PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO À CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (ART. 6º PT MS/SAS 90/2009)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE AC PEDIÁTRICA (HABILITAÇÃO DO MS), PARA TRATAMENTO DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS DE COLUNA EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (ART. 6º PT MS/SAS 90/2009)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª região de Saúde
9	UROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO UROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE BIÓPSIA, TAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	HOSPITAL DE CARIDADE DE SÃO JERÔNIMO	SÃO JERÔNIMO	Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão e São Jeônimo
		AVALIAÇÃO URODINÂMICA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Municípios da Região 9, exceto São Jerônimo e sua referência
		LITOTRIPSIA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OFTALMOLOGISTA, EXAMES OFTALMOLÓGICOS, CIRURGIAS DO APARELHO DA VISÃO DE MC E AO TRATAMENTO DE CATARATA (Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	HOSPITAL DE CARIDADE DE SÃO JERÔNIMO	SÃO JERÔNIMO	Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão e São Jeônimo
9	OFTALMOLOGIA	CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OFTALMOLOGISTA, EXAMES OFTALMOLÓGICOS E CIRURGIAS DO APARELHO DA VISÃO DE MC	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da Região 9, exceto São Jerônimo e sua referência
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO AC, inclusive, Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável	HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA	CAMAQUÃ	Arambaré, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Arambaré, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Mariana

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
					Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO AC (exceto Facemuulsificação c/ implante de lente dobrável)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		TRATAMENTO À DOENÇA MACULAR RELACIONADA À IDADE E RETINOPATIA DIABÉTICA	HOSPITAL BANCO DE OLHOS	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		TRATAMENTO CLÍNICO DO GLAUCOMA COM TERAPIA MEDICAMENTOSA	HOSPITAL VILA NOVA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO PARA CORREÇÃO DO ESTRABISMO	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
		ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OFTALMOLÓGICA	HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 9ª Região de Saúde
9	PNEUMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PNEUMOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL CARIDADE SÃO JERÔNIMO	SÃO JERÔNIMO	Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão e São Jerônimo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 9ª Região de Saúde, exceto São Jerônimo e referência
10	ATENÇÃO MATERNO INFANTIL	AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO I	HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO I E TIPO II	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			HOSPITAL FÊMINA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL	HOSPITAL DOM JOÃO BECKER	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
			HOSPITAL DE ALVORADA	ALVORADA	Alvorada e Viamão
			HOSPITAL PADRE JEREMIAS	CACHOEIRINHA	Cachoeirinha
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL FÊMINA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		MATERNIDADE DE ALTO RISCO	HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO	ESTEIO	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			HOSPITAL PADRE JEREMIAS	CACHOEIRINHA	Cachoeirinha
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL FÊMINA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
10	ATENÇÃO AO PACIENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE	SERVIÇO HABILITADO PELO MS, COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE OFERECE ASSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA, ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA E A CIRURGIA, INCLUSIVE, ATRAVÉS DE VÍDEO	HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Regiões de Saúde
10	ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	SERVIÇO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR A PACIENTES COM DEFICIÊNCIA SOB ANESTESIA GERAL OU SEDAÇÃO	HOSPITAL BOM PASTOR	IGREJINHA	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde, exceto Porto Alegre
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Porto Alegre

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		REABILITAÇÃO AUDITIVA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	
		REABILITAÇÃO AUDITIVA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - SOMENTE ADULTOS	CER II - AESC HOSPITAL SANTA ANA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		RABILITAÇÃO AUDITIVA - IMPLANTE COCLEAR	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO FÍSICA	CER II - APAE CACHOEIRINHA	CACHOEIRINHA	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde, exceto Alvorada, Porto Alegre e Viamão
			CER II - CEREPAL	PORTO ALEGRE	Alvorada, Porto Alegre
			AACD	PORTO ALEGRE	Alvorada, Porto Alegre e Viamão
REABILITAÇÃO VISUAL	HOSPITAL BANCO DE OLHOS	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde		
10	CIRURGIA CARDIOVASCULAR AC	CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA IMPLANTE DE CARDIODESFRIBILADOR E MARCAPASSO MULTI-SÍTIO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS DE CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (HEMODINÂMICA)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA VASCULAR COM SERVIÇO DE ANGIORRADIOLOGIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDÍACA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA EM PACIENTES ATÉ 18 ANOS (17 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
10	CIRURGIA GERAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO GERAL E/OU CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVA CIRURGIA	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - HOSPITAL DE VIAMÃO	VIAMÃO	Alvorada, Cachoeirinha e Viamão
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			HOSPITAL RESTINGA EXTREMO SUL	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			HOSPITAL DOM JOÃO BECKER	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
10	CIRURGIA VASCULAR (TRATAMENTO DE VARIZES)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO VASCULAR, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES (MC)	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão
			IRMANDADE SANTA CASA DE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			MISERICÓRDIA		
			ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão
			HOSPITAL DOM JOÃO BECKER	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO VASCULAR, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES (AC)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE (AC)	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª região de Saúde
10	COLOPROCTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO COLOPROCTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE BIÓPSIAS, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	HOSPITAL FÊMINA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
10	GASTROENTEROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA, EXAMES	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, COLONOSCOPIA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão
			ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão
			CENTRO DE ESPECIALIDADES	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
10	GINECOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO GINECOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão
			INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - HOSPITAL DE VIAMÃO	VIAMÃO	Viamão
			UNIDADES DE GRAVATAÍ	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
			URS PAM 08 ALVORADA	ALVORADA	Alvorada
			SERV DE ECOGRAFIA E RADIOLOGIA CACHO	CACHOEIRINHA	Cachoeirinha
10	OFTALMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OFTALMOLOGISTA, EXAMES OFTALMOLÓGICOS, CIRURGIAS DO APARELHO DA VISÃO DE MC E AO TRATAMENTO DE CATARATA (Facoemulsificação c/	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - HOSPITAL DE VIAMÃO	VIAMÃO	Alvorada, Cachoeirinha e Viamão
			HOSPITAL DOM JOÃO BECKER	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		implante de lente dobrável)	HOSPITAL BANCO DE OLHOS	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha e Porto Alegre
			ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha e Porto Alegre
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha e Porto Alegre
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha e Porto Alegre
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha e Porto Alegre
		TRATAMENTO À DOENÇA MACULAR RELACIONADA À IDADE E RETINOPATIA DIABÉTICA	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - HOSPITAL DE VIAMÃO	VIAMÃO	Alvorada, Cachoeirinha e Viamão
			HOSPITAL DOM JOÃO BECKER	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha e Porto Alegre
			ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha e Porto Alegre
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha e Porto Alegre
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha e Porto Alegre
			HOSPITAL BANCO DE OLHOS	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		TRATAMENTO CLÍNICO DO GLAUCOMA COM TERAPIA MEDICAMENTOSA	HOSPITAL VILA NOVA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO AC (exceto Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO PARA CORREÇÃO DO ESTRABISMO	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OFTALMOLÓGICA	HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
10	NEFROLOGIA (TRATAMENTO À DOENÇA RENAL CRÔNICA)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEFROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS COM A ESPECIALIDADE E HEMODIÁLISE AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA	CLÍNICA DO RIM	ALVORADA	Alvorada
			NEFROCOR SERVIÇOS NEFROLOGIA E CARDIOLOGIA CACHOEIRINHA	CACHOEIRINHA	Cachoeirinha
			SERVIRIM VIAMÃO	VIAMÃO	Viamão
			HOSPITAL DOM JOÃO BECKER	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
			CENTRO DE DIÁLISE E TRANSPLANTE LTDA	PORTTO ALEGRE	Porto Alegre
			CLINIRIM	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			HOSPITAL DE CLÍNICAS	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS	PORTO ALEGRE	Porto Alegre

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
10			IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			SER - SERVIÇO DE DOENÇAS RENAIIS LTDA	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			INSTITUTO DE DOENÇAS RENAIIS LTDA	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			VITARIM CLÍNICA DO RIM	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
	NEUROCIRURGIA AC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA, HABILITAÇÃO MINISTERIAL, CFE. PORTARIA MS/SAS 756/2005, COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL CRISTO REDENTOR	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE À INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DA EPILEPSIA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde		
	HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde		

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			HOSPITAL CRISTO REDENTOR	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO ENDOVASCULAR AOS PORTADORES DE DOENÇAS DO SISTEMA NEUROVASCULAR	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL CRISTO REDENTOR	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTÁXICA	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		PLANTÃO PRESENCIAL	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - HOSPITAL DE VIAMÃO	VIAMÃO	Alvorada, Cachoeirinha e Viamão
			HOSPITAL DOM JOÃO BECKER	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
			ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão
10	ONCOLOGIA	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E/OU CIRÚRGICO), INCLUSIVE NAS INTERCORRÊNCIAS DECORRENTES DO TRATAMENTO, NAS RECIDIVAS, METÁSTASES E PALIATIVO	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL FÊMINA	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO RADIOTERÁPICO	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER HEMATOLÓGICO	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão
			UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO, INCLUSIVE DO CÂNCER BUCAL	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE
		HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
					Viamão
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER INFANTO JUVENIL (0 A 18 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER RARO (OFTALMOLÓGICO E PRIMÁRIO DE OSSO)	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM IODOTERAPIA	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS		
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde		
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde		
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão		
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM BRAQUITERAPIA	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde		
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde		
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão		
		UNIDADE PARA REALIZAÇÃO DO EXAME PET-CT (02.06.01.009-5)	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde		
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde		
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde		
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão		
		10	OTORRINOLARINGOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		CIRÚRGICO	CENTRO DE ESPECIALIDADES DE GRAVATAÍ	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
10	PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA CLÍNICA AO PACIENTE EM PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	CANOAS	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
10	TRAUMATO-ORTOPEDIA	PLANTÃO PRESENCIAL	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - HOSPITAL DE VIAMÃO	VIAMÃO	Alvorada, Cachoeirinha e Viamão
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª região de Saúde
			HOSPITAL DOM JOÃO BECKER	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO, INCLUSIVE "2º TEMPO" A ADULTOS, ADOLESCENTES E CRIANÇAS	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - HOSPITAL DE VIAMÃO	VIAMÃO	Alvorada, Cachoeirinha e Viamão
			HOSPITAL DOM JOÃO BECKER	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA (STO), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª região de Saúde
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª região de Saúde
UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DE URGÊNCIA (STOU), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª região de Saúde		
UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª região de Saúde		

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (STOP) PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO À CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (ART. 6º PT MS/SAS 90/2009)			
10	UROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO UROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE GRAVATAÍ	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO UROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE BIÓPSIAS, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
		AValiação URODINÂMICA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
		LITOTRIPSIA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
10	ALERGIA E IMUNOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO ALERGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
10	CARDIOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CARDIOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROCARDIOGRAMA, ECOCARDIOGRAMA, HOLTER, TESTE DE ESFORÇO, MAPA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
			INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão
10	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	PLANTÃO TRAUMA BUCOMAXILOFACIAL	HOSPITAL CRISTO REDENTOR	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão
			HPS PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DO SUBGRUPO 04.14 (CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL)	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão
			CEO BOM JESUS	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			CEO IAPI	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			CEO GCC	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			CEO SANTA MARTA	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			URS II DISTRITO CEO I	ALVORADA	Alvorada
			CEO OTACÍLIO SILVEIRA	CACHOEIRINHA	Cachoeirinha

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			CEO GRAVATAÍ	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO 04.14 (CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL) E 04.04.02 (CIRURGIA DA FACE E DOS SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO)	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão
			IRMANDADE SANTA CASA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL ATÉ 11 ANOS, 11 MESES E VINTE E NOVE DIAS	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL A PARTIR DE 12 ANOS	HOSPITAL BRUNO BORN	LAJEADO	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão
10	CIRURGIA TORÁCICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA COM MÉDICO CIRURGIÃO TORÁCICO E/OU CIRURGIÃO GERAL E/OU	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
		CIRURGIÃO PEDIÁTRICO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL CRISTO REDENTOR	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 10ª Região de Saúde
10	GASTROENTEROLOGIA	COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL RESTINGA EXTREMO SUL	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
10	HEMATOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO HEMATOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
10	INFECTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO INFECTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO (MC)	URS PAM 08	ALVORADA	Alvorada
			SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DE CACHOEIRINHA	CACHOEIRINHA	Cachoeirinha

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DE VIAMÃO	VIAMÃO	Viamão
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO INFECTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO (AC)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
10	NEUROCIRURGIA MC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEUROCIRURGIÃO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS MC	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL DO CARPO 04.03.02.012-3	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
10	NEUROLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEUROLOGISTA A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROENCEFALOGRAMA, ELETRONEUROMIOGRAFIA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - HOSPITAL DE VIAMÃO	VIAMÃO	Alvorada, Cachoeirinha e Viamão
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
10	PEDIATRIA CIRÚRGICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO PEDIÁTRICO E/OU CIRURGIÃO GERAL, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTES ATÉ 14 ANOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão
	PEDIATRIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PEDIATRA E/OU CLÍNICO GERAL, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CLÍNICO EM PACIENTES ATÉ 14 ANOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Alvorada e Porto Alegre
			HOSPITAL PADRE JEREMIAS	CACHOEIRINHA	Cachoeirinha
			UNIDADES DE VIAMÃO	VIAMÃO	Viamão
		SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí	
10	REUMATOLOGIA	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO REUMATOLOGISTA, EXAMES PRÓPRIOS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVO TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
			HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUC	PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde
			CENTRO DE SAÚDE SANTA MARTA	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			CENTRO DE SAÚDE IAPI	PORTO ALEGRE	Porto Alegre
			CENTRO DE SAÚDE VILA DOS	PORTO ALEGRE	Porto Alegre

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
			COMERCIÁRIOS		

ANEXOII

RS	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	CNES	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
4	ALERGIA E IMUNOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO ALERGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	2237571	PORTO ALEGRE	Municípios da 4ª Região de Saúde
4	CARDIOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CARDIOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROCARDIOGRAMA, ECOCARDIOGRAMA, HOLTER, TESTE DE ESFORÇO, MAPA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL BENEFICENTE SANTA LUZIA	2707969	CAPÃO DA CANOA	Municípios da 4ª Região de Saúde
4	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DO SUB GRUPO 04.14 (CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL)	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE OSÓRIO	7427174	OSÓRIO	Municípios da 4ª Região de Saúde
4	CIRURGIA TORÁCICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO TORÁCICO E/OU CIRURGIÃO GERAL E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	HOSPITAL SANTA LUZIA	2707969	CAPÃO DA CANOA	Arroio do Sal, Capão da Canoa, Itati, Maquiné, Terra de Areia, Três Forquilhas e Xangri-lá
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES	2707950	TORRES	Dom Pedro de Alcântara, Mampituba, Morrinhos do Sul, Torres e Três Cachoeiras

4	COLOPROCTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO COLOPROCTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE BIÓPSIAS, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 4ª Região de Saúde
4	DERMATOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO DERMATOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	POLICLÍNICA DE TRÊS FORQUILHAS	7718721	TRÊS FORQUILHAS	Municípios da 4ª Região de Saúde
4	ENDOCRINOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CLÍNICO	POSTO MÉDICO CENTRAL DE OSÓRIO	2224178	OSÓRIO	Municípios da 4ª Região de Saúde
4	GASTROENTEROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA E COLONOSCOPIA, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL SANTA LUZIA	2707969	CAPÃO DA CANOA	Capão da Canoa, Itati, Maquiné, Terra de Areia, Três Forquilhas e Xangri-lá
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES	2707950	TORRES	Arroio do Sal, Dom Pedro de Alcântara, Mampituba, Morrinhos do Sul, Torres e Três Cachoeiras
		COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 4ª Região de Saúde
4	GINECOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO GINECOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ULTRASSONOGRÁFIA MAMÁRIA, ULTRASSONOGRÁFIA TRANSVAGINAL, MAMOGRAFIA, COLPOSCOPIA), TRATAMENTO E CIRURGIA GINECOLÓGICA	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	2257815	OSÓRIO	Municípios da 4ª Região de Saúde
4	HEMATOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO HEMATOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 4ª Região de Saúde

4	INFECTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO INFECTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	CENTRO DE VIGILÂNCIA	6282679	CAPÃO DA CANOA	Municípios da 4ª Região de Saúde
4	PEDIATRIA CLÍNICA E CIRURGICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PEDIATRA E/OU CLÍNICO GERAL E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO E/OU CIRURGIÃO GERAL, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICOS E CIRÚRGICO EM PACIENTES ATÉ 14 ANOS	HOSPITAL SANTA LUZIA	2707969	CAPÃO DA CANOA	Capão da Canoa, Itati, Terra de areia, Maquiné e Xangri-lá
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES	2707950	TORRES	Arroio do Sal, Dom Pedro de Alcântara, Mampituba, Morrinhos do Sul, Torres e Três Cachoeiras e Três Forquilhas
4	PNEUMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PNEUMOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	POSTO MÉDICO CENTRAL DE OSÓRIO	2224178	OSÓRIO	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
4	REUMATOLOGIA	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO REUMATOLOGISTA, EXAMES PRÓPRIOS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVO TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 4ª Região de Saúde
5	ALERGIA E IMUNOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO ALERGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	2237571	PORTO ALEGRE	Municípios da 5ª Região de Saúde
5	CARDIOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CARDIOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROCARDIOGRAMA, ECOCARDIOGRAMA, HOLTER, TESTE DE ESFORÇO, MAPA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	2257815	OSÓRIO	Municípios da 5ª Região de Saúde

5	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DO SUB GRUPO 04.14 (CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL)	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE OSÓRIO	7427174	OSÓRIO	Municípios da 5ª Região de Saúde
5	CIRURGIA TORÁCICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA COM MÉDICO CIRURGIÃO TORÁCICO E/OU CIRURGIÃO GERAL E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	HOSPITAL TRAMANDAÍ	2793008	TRAMANDAÍ	Municípios da 5ª Região de Saúde
5	COLOPROCTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO COLOPROCTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE BIÓPSIAS, TRATAMENTOS CLÍNICOS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 5ª Região de Saúde
5	DERMATOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO DERMATOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTOS CLÍNICOS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	POSTO MÉDICO CENTRAL DE OSÓRIO	2224178	OSÓRIO	Municípios da 5ª Região de Saúde
5	ENDOCRINOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTOS CLÍNICOS	POSTO MÉDICO CENTRAL DE OSÓRIO	2224178	OSÓRIO	Municípios da 5ª Região de Saúde
5	GASTROENTEROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA E COLONOSCOPIA, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	2257815	OSÓRIO	Capivari do Sul, Caraá, Mostardas, Osório, Palmares do Sul Santo Antônio da Patrulha e Tavares
			HOSPITAL TRAMANDAÍ	2793008	TRAMANDAÍ	Balneário Pinhal, Cidreira, Imbé e Tramandaí

		COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 5ª Região de Saúde
5	GINECOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO GINECOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA, ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL, MAMOGRAFIA, COLPOSCOPIA), TRATAMENTO E CIRURGIA GINECOLÓGICA	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	2257815	OSÓRIO	Municípios da 5ª Região de Saúde
5	HEMATOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO HEMATOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 5ª Região de Saúde
5	INFECTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO INFECTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	POSTO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DE TRAMANDAÍ	2257319	TRAMANDAÍ	Balneário Pinhal, Cidreira, Imbé e Tramandaí
			POSTO MÉDICO CENTRAL DE OSÓRIO	2224178	OSÓRIO	Capivari do Sul, Caraá, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha e Tavares
5	PEDIATRIA CLÍNICA E CIRURGICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PEDIATRA E/OU CLÍNICO GERAL E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO E/OU CIRURGIÃO GERAL, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTOS CLÍNICOS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM PACIENTES ATÉ 14 ANOS	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	2257815	OSÓRIO	Osório
			HOSPITAL TRAMANDAÍ	2793008	TRAMANDAÍ	Municípios da 5ª Região de Saúde, exceto Osório e Santo Antônio da Patrulha
			HOSPITAL SANTO ANTÔNIO	6389104	SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA	Santo Antônio da Patrulha

5	PNEUMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PNEUMOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	POSTO MÉDICO CENTRAL DE OSÓRIO	2224178	OSÓRIO	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
5	REUMATOLOGIA	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO REUMATOLOGISTA, EXAMES PRÓPRIOS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVO TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 5ª Região de Saúde
6	ALERGIA E IMUNOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO ALERGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	2237571	PORTO ALEGRE	Municípios da 6ª Região de Saúde
6	CIRURGIA TORÁCICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO TORÁCICO E/OU CIRURGIÃO GERAL E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 6ª Região de Saúde
6	PEDIATRIA CLÍNICA E CIRURGICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PEDIATRA E/OU CLÍNICO GERAL E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO E/OU CIRURGIÃO GERAL, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTOS CLÍNICOS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM PACIENTES ATÉ 14 ANOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 6ª Região de Saúde
6	CARDIOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CARDIOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROCARDIOGRAMA, TESTE DE ESFORÇO, HOLTER, MAPA, ECOCARDIOGRAMA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	-----	PORTO ALEGRE	Municípios da 6ª Região de Saúde

6	DERMATOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO DERMATOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 6ª Região de Saúde
6	GASTROENTEROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, COLONOSCOPIA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 6ª Região de Saúde
7	ALERGIA E IMUNOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO ALERGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	2237571	PORTO ALEGRE	Municípios da 7ª Região de Saúde
7	CARDIOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CARDIOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROCARDIOGRAMA, TESTE DE ESFORÇO, HOLTER, MAPA, ECOCARDIOGRAMA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	2232146	NOVO HAMBURGO	Municípios da 7ª Região de Saúde, EXCETO São Leopoldo
			HOSPITAL CENTENÁRIO	2232022	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
7	CIRURGIA TORÁCICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA COM MÉDICO CIRURGIÃO TORÁCICO E/OU CIRURGIÃO GERAL E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	HOSPITAL DE CAMPO BOM Dr. LAURO REUS	2232073	CAMPO BOM	Campo Bom
			HOSPITAL CENTENÁRIO	2232022	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
			FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	2232146	NOVO HAMBURGO	Municípios da 7ª Região de Saúde, EXCETO Campo Bom e São Leopoldo
7	CIRURGIA VASCULAR (TRATAMENTO DE VARIZES)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO VASCULAR, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES	HOSPITAL CENTENÁRIO	2232022	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
			FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA	2232146	NOVO	Novo Hamburgo

					HAMBURGO	
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 7ª Região de Saúde, exceto Novo Hamburgo e São Leopoldo
7	DERMATOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO DERMATOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTOS CLÍNICOS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CENTRO DE ESPECIALIDADES CAMPO BOM	2230380	CAMPO BOM	Campo Bom
			CENTRO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE NOVO HAMBURGO	2230925	NOVO HAMBURGO	Novo Hamburgo
			CENTRO DE ESPECIALIDADES DE PRESIDENTE LUCENA	7479263	PRESIDENTE LUCENA	Presidente Lucena
			CENTRO MÉDICO CAPILÉ	7548486	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Araricá, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Portão, Santa Maria do Herval, São José do Hortêncio e Sapiranga
7	ENDOCRINOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CLÍNICO	AMPLAMED	7097875	NOVO HAMBURGO	Novo Hamburgo
			CENTRO MÉDICO CAPILÉ	7548486	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
			SERVIÇOS DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 7ª região de Saúde, exceto Novo Hamburgo e São Leopoldo
7	GASTROENTEROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, COLONOSCOPIA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL CENTENÁRIO	2232022	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Portão
			HOSPITAL SAPIRANGA	2232154	SAPIRANGA	Presidente Lucena, São José de Hortêncio e Sapiranga
			FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA	2232146	NOVO	Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo

					HAMBURGO	Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo e Santa Maria do Herval
		COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	3508528	CANOAS	Municípios da 7ª Região de Saúde
7	HEMATOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO HEMATOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL CENTENÁRIO	2232022	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 7ª Região de Saúde, exceto São Leopoldo
7	INFECTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO INFECTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	2230992	NOVO HAMBURGO	Araricá, Dois Irmãos, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval e São José do Hortêncio
			AMBULATÓRIO DE INFECTOLOGIA	6430570	CAMPO BOM	Campo Bom
			CENTRO DE ESPECIALIDADES	7404980	ESTÂNCIA VELHA	Estância velha
			SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA	2230712	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
			USE SAPIRANGA	2700131	SAPIRANGA	Sapiranga
7	OTORRINOLARINGOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À	HOSPITAL CENTENÁRIO	2232022	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo

		ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO DO OUVIDO, NARIZ E GARGANTA	HOSPITAL BOM PASTOR	2227665	IGREJINHA	Municípios da 7ª Região de Saúde, exceto São Leopoldo
7	PEDIATRIA CLÍNICA E CIRURGICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PEDIATRA E/OU CLÍNICO GERAL E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO E/OU CIRURGIÃO GERAL, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO EM PACIENTES ATÉ 14 ANOS	HOSPITAL DE CAMPO BOM Dr. LAURO REUS	2232073	CAMPO BOM	Campo Bom
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Araricá, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São José do Hortêncio e Sapiranga
			FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO	2232146	NOVO HAMBURGO	Novo Hamburgo
			HOSPITAL CENTENÁRIO	2232022	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
7	PEDIATRIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PEDIATRA E/OU CLÍNICO GERAL E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO E/OU CIRURGIÃO GERAL, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO EM PACIENTES ATÉ 14 ANOS	HOSPITAL SAPIRANGA	2232154	SAPIRANGA	Araricá, Nova Hartz e Sapiranga
7	PNEUMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PNEUMOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	CENTRO MÉDICO CAPILÉ	7548486	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 7ª Região de Saúde, exceto São Leopoldo
7	REUMATOLOGIA	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO REUMATOLOGISTA, EXAMES PRÓPRIOS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVO TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 7ª Região de Saúde, exceto Novo Hamburgo e São Leopoldo
			AMPLAMED	7097875	NOVO HAMBURGO	Novo Hamburgo
			CENTRO MÉDICO CAPILÉ	7548486	SÃO LEOPOLDO	São Leopoldo

8	ALERGIA E IMUNOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO ALERGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	2237571	PORTO ALEGRE	Municípios da 8ª Região de Saúde
8	CARDIOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CARDIOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROCARDIOGRAMA, ECOCARDIOGRAMA, MAPA, HOLTER, TESTE DE ESFORÇO), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA SÃO CAMILO DE ESTEIO	2232030	ESTEIO	Esteio
			HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS DE SAPUCAIA DO SUL	2232162	SAPUCAIA DO SUL	Barão, Brochier, Capela de Santana, Harmonia, Maratá, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul, Tabai, Triunfo e Tupandí
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	3508528	CANOAS	Canoas, Nova Santa Rita e Montenegro
8	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DO SUB GRUPO 04.14 (CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL)	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CANOAS	5526418	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO 04.14 (CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL) E 04.04.02 (CIRURGIA DA FACE E DOS SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO)	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	2232014	CANOAS	Municípios da 8ª Região de Saúde
8	CIRURGIA TORÁCICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO TORÁCICO E/OU CIRURGIÃO GERAL E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS DE SAPUCAIA DO SUL	2232162	SAPUCAIA DO SUL	Sapucaia do Sul
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	3508528	CANOAS	Municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Sapucaia do Sul

8	GASTROENTEROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, COLONOSCOPIA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	3508528	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
			HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	2232014	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
			HOSPITAL SÃO CAMILO	2232030	ESTEIO	Esteio
			HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS	2232162	SAPUCAIA DO SUL	Sapucaia do Sul
			HOSPITAL MONTENEGRO	225755 6	MONTENEGRO	Barão, Brochier, Capela de Santana, Harmonia, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da serra, São Sebastião do Caí, Tabai, Triunfo e Tupandi
		COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	3508528	CANOAS	Municípios da 8ª Região de Saúde
8	HEMATOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO HEMATOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	2232014	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
			HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS DE SAPUCAIA DO SUL	2232162	SAPUCAIA DO SUL	Sapucaia do Sul
			SERVIÇOS DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Canoas, Nova Santa Rita e Sapucaia do Sul
8	INFECTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO INFECTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	3508528	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita
			SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADO DE CANOAS	3217787	CANOAS	Canoas e Nova Santa Rita

			HOSPITAL MONTENEGRO	2257556	MONTENEGRO	Barão, Brochier, Capela de Santana, Harmonia, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Cai, Tabai, Triunfo e Tupandi
			CENTRO DE SAÚDE Dr. BRUNO CASSEL	2227428	SÃO SEBASTIÃO DO CAÍ	São Sebastião de Cai
			AMBULATÓRIO DE INFECTOLOGIA	3922456	SAPUCAIA DO SUL	Sapucaia do Sul
8	OTORRINOLARINGOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO DO OUVIDO, NARIZ E GARGANTA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	3508528	CANOAS	Municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Esteio e Sapucaia do Sul
			HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS	2232162	SAPUCAIA DO SUL	Esteio e Sapucaia do Sul
8	PEDIATRIA CLÍNICA E CIRURGICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PEDIATRA E/OU CLÍNICO GERAL E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO E/OU CIRURGIÃO GERAL, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTES ATÉ 14 ANOS	FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA SÃO CAMILO DE ESTEIO	2232030	ESTEIO	Esteio
			HOSPITAL MONTENEGRO	2257556	MONTENEGRO	Montenegro
			HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS DE SAPUCAIA DO SUL	2232162	SAPUCAIA DO SUL	Sapucaia do Sul
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CANOAS	3508528	CANOAS	Municípios da 8ª Região de Saúde, exceto Esteio, Sapucaia do Sul e Montenegro
9	ALERGIA E IMUNOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO ALERGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 9ª Região de Saúde

9	CARDIOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CARDIOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROCARDIOGRAMA, ECOCARDIOGRAMA, HOLTER, MAPA, TESTE DE ESFORÇO), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 9ª Região de Saúde
9	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DO SUB GRUPO 04.14 (CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL)	HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA	2257548	CAMAQUÃ	Municípios da 9ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO 04.14 (CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL) E 04.04.02 (CIRURGIA DA FACE E DOS SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 9ª Região de Saúde
9	CIRURGIA TORÁCICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO TORÁCICO E/OU CIRURGIÃO GERAL E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 9ª Região de Saúde
9	DERMATOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO DERMATOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTOS CLÍNICOS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 9ª Região de Saúde
9	ENDOCRINOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTOS CLÍNICOS	SERVIÇOS DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 9ª Região de Saúde

9	HEMATOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO HEMATOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 9ª Região de Saúde
9	INFECTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO INFECTOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 9ª Região de Saúde
9	NEUROCIRURGIA MC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEUROCIRURGIÃO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS MC	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 9ª Região de Saúde
		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL DO CARPO 04.03.02.012-3	HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA	2257548	CAMAQUÃ	Arambaré, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Cristal, Chuvisca, Dom Feliciano, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes
			SERVIÇOS DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Barra do Ribeiro, Eldorado do Sul e Guaíba
			HOSPITAL CARIDADE SÃO JERÔNIMO	6424236	SÃO JERÔNIMO	Arroio dos Ratos, Butiá, Barão do Triunfo, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão e São Jerônimo
9	PEDIATRIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PEDIATRA E/OU CLÍNICO GERAL, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTOS CLÍNICOS EM PACIENTES ATÉ 14 ANOS	HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA	2257548	CAMAQUÃ	Arambaré, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Cristal, Chuvisca, Dom Feliciano, Mariana Pimentel, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes
			SERVIÇOS DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Barra do Ribeiro, Eldorado do Sul e Guaíba

			HOSPITAL CARIDADE SÃO JERÔNIMO	6424236	SÃO JERÔNIMO	Arroio dos Ratos, Butiá, Barão do Triunfo, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão e São Jerônimo
	PEDIATRIA CIRÚRGICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO PEDIÁTRICO E/OU CIRURGIÃO GERAL, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM PACIENTES ATÉ 14 ANOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 9ª Região de Saúde
10	DERMATOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO DERMATOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTOS CLÍNICOS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CENTRO DE ESPECIALIDADES DE GRAVATAÍ	2229943	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre, Viamão
10	ENDOCRINOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTOS CLÍNICOS	CENTRO DE ESPECIALIDADES DE GRAVATAÍ	2229943	GRAVATAÍ	Glorinha e Gravataí
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Alvorada, Cachoeirinha, Porto Alegre e Viamão
10	PNEUMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO PNEUMOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 10ª Região de Saúde

2.5.1 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS MACRO METROPOLITANA

Os consórcios administrativos intermunicipais vêm sendo adotados há décadas, tendo a Constituição de 1937 (artigo 29) disposto sobre o agrupamento de municípios para administração de serviços públicos. Entretanto, somente a partir dos anos 80, com o início do processo de descentralização, essa forma de associação tomou vulto, especialmente na busca de soluções de problemas comuns para os municípios.

Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais de dois entes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns. Ao expressar um acordo firmado entre municípios, possibilita aos prefeitos municipais assegurar ações e serviços mediante a utilização dos recursos materiais e humanos disponíveis. A união desses recursos produzirá os resultados desejados, o que não ocorreria se os municípios atuassem isoladamente

A implantação e a operacionalização de serviços de saúde que contemplem integralmente as demandas de uma população representam, para a maioria dos municípios, encargos superiores à sua capacidade financeira. A necessidade de melhoria na infra-estrutura, a contratação de recursos humanos, acesso a consultas Especializadas e a aquisição de equipamentos para oferecer serviços de saúde em todos os níveis de atenção implicam montante significativo de recursos que, quase sempre, não chegam a ser plenamente utilizados por apenas um município, gerando aumento de custos operacionais e impossibilitando o investimento em ações básicas de promoção e proteção. Assim, a prestação de serviços de forma regionalizada pelos consórcios evitará a sobrecarga do município na construção de novas unidades, na aquisição de equipamentos de custos elevados e na contratação de recursos humanos especializados.

Nas regiões metropolitanas, onde se concentram elevado contingente populacional e recursos mais complexos para diagnóstico e tratamento, o consórcio intermunicipal ser um instrumento de otimização da rede disponível, inclusive em relação à organização da referência, possibilitando melhor atendimento às necessidades de saúde das populações. Os resultados dessa associação vão gerar impacto relevante nas condições de saúde, tendo em vista o alcance social da medida, ou seja: melhor distribuição dos recursos; possibilidade de beneficiar maior número de pessoas; e, sobretudo, elevação do nível de satisfação do usuário.

Na macrorregião metropolitana existem os seguintes consórcios:

- 1) Consórcio Intermunicipal CI Centro-Sul (CI Centro-Sul): sede Camaquã
- 2) Consórcio Intermunicipal de Gestão Ampliada da Região Carbonífera (CIGA CARBONÍFERA)a (CIGA CARBONÍFERA): sede São Jerônimo
- 3) Consórcio Público da Associação dos Municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre (GRANPAL sede: Porto Alegre)
- 4) Agência Reguladora Intermunicipal de Saneamento do Estado do Rio Grande do Sul (Agesan-RS) sede: Canoas
- 5) Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí (CISCAÍ) sede : Montenegro
- 6) Consórcio Público da Associação dos Municípios do Litoral Norte (CP AMLINORTE) sede: Osório
- 7) Consórcio Regional do Paranhana (CONREPAR) sede: Taquara
- 8) Consórcio Público de Saneamento Básico da Bacia Hidrográfica do Rio dos Sinos (PRÓ-SINOS) Município sede: Novo Hamburgo
- 9) Consórcio Público da Associação dos Municípios do Vale do Rio dos Sinos (CPSINOS) sede: Novo Hamburgo

Dos consórcios acima, somente os sinalizados em amarelo possuem área de atuação para SAÚDE. Nesse sentido, conforme PORTARIA GM/MS Nº 2.905, DE 13 DE JULHO DE 2022 que Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes e os aspectos operacionais aplicáveis aos consórcios públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) os consórcios :

§ 1º Para o cumprimento de suas finalidades, o consórcio público, no âmbito do SUS, poderá:

I - executar ações e serviços de saúde;

II - firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais e econômicas de outras entidades e órgãos do governo.

§ 2º Cabe aos respectivos gestores locais partícipes estabelecer a atuação dos consórcios públicos no âmbito do SUS, conforme as normas vigentes.

§ 3º Para fins do disposto no § 1º, as ações e os serviços públicos de saúde desenvolvidos pelos consórcios públicos deverão obedecer aos princípios, às diretrizes e às normas do SUS, sendo vedada a cobrança aos usuários." (NR)

"Art. 101-C. A constituição e a organização de consórcios públicos, no âmbito do SUS, devem observar as seguintes diretrizes:

I - estabelecimento de relações de cooperação federativa, com a finalidade de prestar serviços e desenvolver ações conjuntas que visem ao interesse coletivo e a benefícios públicos em saúde;

II - fortalecimento do federalismo cooperativo, do processo de regionalização e da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS;

III - melhoria da articulação e da coordenação entre os entes federados, de forma a potencializar a capacidade do setor público de ofertar ações e serviços de saúde, com ganhos de escala e eficiência; e

IV - observância aos pactos firmados e estabelecidos no Planejamento Regional Integrado (PRI), aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em relação à sua respectiva área de atuação." (NR)

"Art. 101-D. Os consórcios públicos de saúde devem observar as regras financeiro-orçamentárias aplicáveis ao SUS, em especial o seguinte:

I - o protocolo de intenções e o contrato de rateio devem prever a forma de financiamento do consórcio público, conforme pactuado entre os gestores dos entes consorciados, respeitadas a regulamentação e as normas do SUS;

II - a aplicação de recursos da saúde deve observar as disposições da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, e das demais normas aplicáveis;

III - a prestação de contas da execução das receitas e das despesas deve obedecer às normas de direito financeiro aplicáveis às entidades públicas; e

IV - o consórcio submete-se à fiscalização contábil, operacional e patrimonial do Tribunal de Contas competente para apreciar as contas de seu representante legal, inclusive quanto à legalidade, à legitimidade e à economicidade de despesas, atos, contratos e renúncia de receitas, sem prejuízo do controle externo a ser exercido em razão de cada um dos contratos que os entes da Federação consorciados vierem a celebrar com o consórcio público." (NR)

"Art. 101-E. Os consórcios públicos de saúde, para fins de financiamento das ações e dos serviços de saúde por eles desenvolvidos, devem observar:

I - o Planejamento Regional Integrado (PRI), estabelecido nas regiões e macrorregiões de saúde;

II - a oferta de ações e de serviços de saúde, em conformidade com a atuação regional e a programação das ações e dos serviços de saúde; e

III - a Política Nacional de Regulação do SUS." (NR)

Desse modo, percebe-se que os Planos Macrorregionais de Saúde construídos a partir do Planejamento Regional Integrado no país e no RS devem nortear também as prioridades dos consórcios públicos.

2.6 ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

A atenção secundária e terciária se caracteriza como a assistência de ações e serviços de saúde a nível ambulatorial e hospitalar que são realizados mediante procedimentos de maior densidade tecnológica, sendo a base para a organização da regionalização como preconizada no SUS. A oferta de serviços de média e alta complexidade é o principal gargalo do atendimento continuado ao usuário, levando em consideração os princípios do SUS, principalmente de acesso em tempo oportuno, com qualidade e eficácia, que dentro da competência do Estado deve ser melhor estruturada e qualificada para dar conta das necessidades dos municípios e das regiões que foram elencadas pelas mesmas, seja na reorganização de referências de serviços já existentes ou na implantação de novos serviços.

Nesse sentido, a Portaria nº 1.631 de 01/10/2015, aprovou critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Os critérios e parâmetros para o planejamento e a programação das ações e serviços de atenção à saúde constantes deste capítulo são referenciais quantitativos indicativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo. Cabe ressaltar que o conteúdo apresentado não possui caráter impositivo ou obrigatório: corresponde a indicativos que visam a equidade de acesso, a integralidade da atenção e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde. Poderá sofrer adequações de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros. A referida Portaria abrange as áreas temáticas Atenção à gravidez, parto e puerpério; Atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); Atenção à saúde bucal; Atenção especializada; Atenção hospitalar; Equipamentos e, Hematologia e Hemoterapia. Para este Plano foram consideradas especialmente as consultas médicas especializadas e alguns exames, apontados nas Oficinas de Necessidades (Capítulo 3 deste Plano) como prioridades.

Além das necessidades estimadas foi realizado o levantamento no SIA/SUS da produção executada dessas mesmas consultas e exames, permitindo a análise comparativa entre Necessidade X Executado. Para manter a comparabilidade, os dados são relativos ao ano 2019, sem o viés da influência da pandemia Covid-19.

QUADRO 34: Estimativa de necessidade e produção realizada de consultas médicas, por Região de Saúde, 2019

Região de Saúde	Angiologia + vascular necessidade	Angiologia + vascular executado	Cardio necessidade	Cardio executado	Dermato necessidade	Dermato executado	Endócrino necessidade	Endócrino executado	Gastro + Procto necessidade	Gastro + Procto executado	Nefro necessidade	Nefro executado
R4	3.216	1.515	9.649	2.481	6.111	2.527	4.020	0	4.824	1.209	2.573	819
R5	4.725	1.445	14.175	5.794	8.978	1.460	5.906	750	7.088	917	3.780	1.118
R6	4.700	2.861	14.100	3.999	8.930	2.899	5.875	0	7.050	0	3.760	1.423
R7	16.598	2.522	49.794	18.340	31.536	11.334	20.748	0	24.897	3.499	13.278	3.574
R8	15.577	5.772	46.730	11.314	29.596	6.010	19.471	1.520	23.365	3.568	12.461	3.798
R9	8.263	864	24.790	8.244	15.700	3.479	10.329	0	12.395	2.527	6.611	1.425
R10	47.384	8.529	142.153	137.009	90.030	65785	59.231	55.557	71.077	40.728	37.908	34.865
Total	100.463	23.508	301.391	187.181	190.881	93.494	125.580	57.827	150.696	52.448	80.371	47.022

FONTE: Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015 (<https://estimasus.saude.gov.br/#/homesistema>) e produção realizada SIA/SUS/DATASUS/MS, dados de 2019

QUADRO 35: Estimativa de necessidade e produção realizada de consultas médicas, por Região de Saúde, 2019 (continuação)

Região de Saúde	Neurologia+ neurocirurgia+ neurofisiologia necessidade	Neurologia+ neurocirurgia+ neurofisiologia executado	Oftalmo necessidade	Oftalmo executado	Ortopedia necessidade	Ortopedia executado	Otorrino necessidade	Otorrino executado	Pneumo necessidade	Pneumo executado	Reumato necessidade	Reumato executado	Uro necessidade	Uro executado
R4	10.453	924	41.972	1.189	24.122	12.153	5.789	3.730	4.020	205	1608	0	5.628	1.823
R5	15.357	4.502	61.663	15.017	35.438	21.857	8.505	1.893	5.906	2.041	2.363	0	8.269	1.558
R6	15.275	1.055	61.336	7.480	35.251	14.664	8.460	3.828	5.875	0	2.350	0	8.225	2.730
R7	53.944	14.588	216.604	35.755	124.485	44.749	29.876	7.662	20.748	5.819	8.299	13	29.047	13.756
R8	50.624	17.031	203.277	18.923	116.826	88.356	28.038	6.366	19.471	3.151	7.788	924	27.259	7.784
R9	26.856	4.313	107.838	11.094	61.976	24.552	14.874	3.848	10.329	4.507	4.132	0	14.461	2.813
R10	153.999	74.626	618.367	241.649	355.383	190.772	85.292	65656	59.231	37.092	23.692	24438	82.923	56617
Total	326.508	117.039	1.311.057	331.107	753.481	397.103	180.834	92.983	125.580	52.815	50.232	25.375	175.812	87.081

FONTE: Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015 (<https://estimasus.saude.gov.br/#/homesistema>) e produção realizada SIA/SUS/DATASUS/MS, dados de 2019

Inicialmente para esta análise é necessário considerar que enquanto os dados de necessidade refletem a população residente da região em saúde, os dados de execução foram obtidos a partir do local de atendimento, independente da origem do paciente para as consultas médicas e exames de ultrassonografia e análises clínicas, uma vez que para estes a informação residência não está disponível em parte significativa dos dados. Para os demais exames foi possível obter também o dado por residência do usuário, propiciando maior qualidade e especificidade na informação, como pode ser visto nas tabelas dos exames mamografia, ultrassonografia obstétrica, ecocardiografia, tomografia e ressonância magnética. Esta informação é importante para a análise dos quantitativos produzidos pela Região 10, onde se insere a capital, referência em muitos serviços, especialmente os de alta complexidade, para diversas outras regiões do estado.

Também deve ser levada em consideração a compra pelos municípios, com recursos próprios, de serviços de média complexidade, como consultas e exames, nem sempre informados no SIA/SUS e que, por isso, deixaram de ser ponderados aqui.

Os quadros 34 e 35 acima apontam para uma execução média de 41% das consultas médicas estimadas como necessidade na macrorregião metropolitana, considerando a PT 1631/2015. Mesmo a Região 10, onde se encontra Porto Alegre, referência para as demais macrorregiões em serviços de alta complexidade, executou 58% da estimativa. As especialidades angiologia + vascular e oftalmologia apresentam a menor proporção de consultas realizadas, respectivamente 23 e 36%. Esse dado corrobora a lista de espera por consultas no GERCO.

QUADRO 36: Estimativa de necessidade e produção realizada de mamografias, por Região de Saúde, 2019

Região de Saúde	Mamografia necessidade	Mamografia executado	% executado	Mamografia executado por residência	% executado por residência
R4	11.779	4.967	42%	5.893	50%
R5	18.752	9.285	50%	9.459	50%
R6	15.317	1.409	9%	4.529	30%
R7	56.828	31.337	55%	28.846	51%
R8	56.149	11.820	21%	13.178	23%
R9	29.104	7.244	25%	8.975	31%
R10	185.155	80.812	44%	74.699	40%
Total	373.084	146.874	39%	145.579	39%

Realizado para outras regiões	1.017	
-------------------------------	-------	--

FONTE: Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015 (<https://estimamus.saude.gov.br/#/homesistema>) e produção realizada SIA/SUS/DATASUS/MS, dados de 2019

Os dados acima demonstram que estão sendo realizadas menos mamografias do que o esperado pelos parâmetros assistenciais em todas as regiões de saúde da metropolitana, variando de 23 a 50%. Também mostra que a Região 6-Vale do Paranhana/Encosta da Serra realiza poucos exames em seu território, utilizando-se de referência em outra região para atingir 30% das mamografias esperadas.

Pode ser útil fazer comparação com o atingimento das metas pactuadas, já que está ligado diretamente a um indicador estadual.

QUADRO 37: Estimativa de necessidade e produção realizada de ultrassonografia obstétrica, por Região de Saúde, 2019

Região de Saúde	Ultrasson obstétrica necessidade	Ultrasson obstétrica executado	% executado	US obstétrica executada por residência	% executado por residência
R4	3.742	1.544	41%	1.717	46%
R5	4.591	2.531	55%	1.937	42%
R6	4.440	1.734	39%	1.846	42%
R7	15.896	6.744	42%	7.016	44%
R8	15.902	4.268	27%	4.389	28%
R9	7.283	790	11%	1.566	22%
R10	43.980	26.920	61%	24.116	55%
Total	95.834	44.531	46%	42.587	44%
Realizado para outras regiões				1.944	

FONTE: Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015 (<https://estimamus.saude.gov.br/#/homesistema>) e produção realizada SIA/SUS/DATASUS/MS, dados de 2019

Quanto ao ultrassom obstétrico, 44% da necessidade estimada foi executada na macrorregião, mostrando dificuldade de acesso às gestantes. Na comparação entre as regiões de saúde, a Região 8- Vale do Caí e a Região 9-Carbonífera/Costa Doce realizaram menos que 30% do esperado. Também se observa que a R9 utiliza serviços de outra região, enquanto as R5-Bons Ventos e R10-Capital oferecem ultrassonografia obstétrica a outras regiões.

QUADRO 38: Estimativa de necessidade e produção realizada de ecocardiografias, por Região de Saúde, 2019

Região de Saúde	Ecocardio necessidade	Ecocardio executado	% executado	Ecocardio executado por residência	% executado por residência
R4	8.225	6	0%	1.123	14%
R5	12.400	320	3%	1.269	10%
R6	11.718	54	0%	788	7%
R7	41.833	629	2%	2.704	6%
R8	39.627	4.065	10%	6.033	15%
R9	21.062	19	0%	2.175	10%
R10	123.853	28.903	23%	16.437	13%
Total	258.718	33.996	13%	30.529	12%
Realizado para outras regiões				3.467	

FONTE: Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015 (<https://estimamus.saude.gov.br/#/homesistema>) e produção realizada SIA/SUS/DATASUS/MS, dados de 2019

Pertinente aos exames de imagem em cardiologia, apenas 13% da necessidade estimada foi atingida, e a maioria das regiões de saúde sequer realizaram qualquer exame. Todas as regiões realizam esses exames, em sua maior parte, na Região 10-Capital.

QUADRO 39: Estimativa de necessidade e produção realizada de ultrassonografia, por Região de Saúde, 2019

Região de Saúde	US necessidade	US executado	% executado
R4	19.481	6.717	34%
R5	29.838	11.192	38%
R6	27.307	8.898	33%
R7	95.707	32.089	34%
R8	91.451	27.935	31%
R9	49.442	7.700	16%
R10	284.995	140.541	49%
Total	598.221	235.072	39%

FONTE: Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015 (<https://estimamus.saude.gov.br/#/homesistema>) e produção realizada SIA/SUS/DATASUS/MS, dados de 2019

Para o restante das ultrassonografias não foi possível analisar por local de residência, devido a mais de 15% dos exames não discriminarem tal informação.

O total realizado correspondeu a 39% do estimado como necessário, variando entre 16% na Região 9-Carbonífera/Costa Doce a 49% na R10.

QUADRO 40: Estimativa de necessidade e produção realizada de tomografia, por Região de Saúde, 2019

Região de Saúde	Tomo necessidade	Tomo executado	% executado	Tomo executado por residência	% executado por residência
R4	5.762	13.445	233%	15.076	262%
R5	8.514	9.562	112%	13.482	158%
R6	8.373	9.780	117%	12.849	153%
R7	29.576	24.087	81%	27.755	94%
R8	27.825	43.002	155%	45.526	164%
R9	14.784	9.558	65%	18.710	127%
R10	84.932	160.692	189%	128.169	151%
Total	179.766	270.126	150%	261.567	146%
Realizado para outras regiões				8.558	

FONTE: Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015 (<https://estimamus.saude.gov.br/#/homesistema>) e produção realizada SIA/SUS/DATASUS/MS, dados de 2019

Todas as regiões apresentaram produção de tomografias demonstrando haver capacidade instalada suficiente de equipamentos. A macrorregião superou a necessidade estimada em 46% e deve ser salientado a Região 4-Belas Praias, com 262% de realizado, ou seja, 2,5 vezes mais do que o estimado como necessidade. Do total geral executado somente 3,2% das tomografias foram realizadas para residentes em outras regiões de saúde.

QUADRO 41. Estimativa de necessidade e produção realizada de ressonância magnética, por Região de Saúde, 2019

Região de Saúde	RM necessidade	RM executado	% executado	RM executado por residência	% executado por residência
R4	705	570	81%	846	120%
R5	1.085	0	0%	1.041	96%
R6	982	111	11%	1.245	127%
R7	3.475	4.935	142%	4.222	121%
R8	3.332	1.762	53%	3.921	118%
R9	1.789	0	0%	1.635	91%
R10	10.420	25.917	249%	18.661	179%
Total	21.788	33.295	153%	31.571	145%
Realizado para outras regiões				1.724	

FONTE: Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015 (<https://estimamus.saude.gov.br/#/homesistema>) e produção realizada SIA/SUS/DATASUS/MS, dados de 2019

Também quanto às ressonâncias, a macrorregião executou 45% a mais do que o estimado e, embora diversas regiões tenham executado poucos exames, sua população foi atendida nas regiões 7 e 10. Os exames realizados para residentes de outras macros corresponderam a 5,4% do total.

QUADRO 42: Estimativa de necessidade e produção realizada de exames de análises clínicas, por Região de Saúde, 2019

Região de Saúde	Análises clínicas necessidade	Análises clínicas executado	% executado
R4	1.054.800	397.457	38%
R5	1.560.832	712.465	46%
R6	1.506.021	459.155	30%
R7	5.417.213	2.354.823	43%
R8	5.105.427	3.137.448	61%
R9	2.679.827	679.167	25%
R10	15.884.174	12.274.787	77%
Total	33.208.294	20.015.302	60%

FONTE: Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015 (<https://estimamus.saude.gov.br/#/homesistema>) e produção realizada SIA/SUS/DATASUS/MS, dados de 2019

Para os exames de análises clínicas, da mesma forma, não foi possível análise por local de residência, devido a mais de 50% dos exames não discriminarem tal informação. Foram realizados 60% da necessidade estimada, variando de 25% na Região 9-Carbonífera/Costa Doce a 77% na Região 10-Capital e Vale do Gravataí.

Portanto, a análise da produção ambulatorial comparada à estimativa de necessidade aponta um déficit de produção executada. Como a partir de julho de 2022 as metas dos prestadores do SUS serão novamente monitoradas, é necessário esse monitoramento e cobrança pelas CAC's.

No âmbito da Atenção especializada do cuidado da saúde bucal, a macrorregião metropolitana tem 10% dos municípios com referência de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 18,9% de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).

O Estado do RS em 2021 instituiu através do decreto 56.015/2012 o Programa de incentivo financeiro estadual instituído pelo Decreto nº 56.015/2021 e regulamentado pela Portaria nº 537/2021 alterada pela Portaria SES/RS 882/2021 que se destina ao fomento de ações e de serviços de saúde nos hospitais contratualizados para prestação de serviços no SUS.

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.

:Art. 2º O ASSISTIR tem por objetivo a destinação de recursos financeiros aos hospitais vinculados ao SUS de forma equânime e transparente, independentemente da gestão ser estadual ou municipal, devendo o montante a ser repassado observar ao regramento do Programa e atender cumulativamente aos seguintes critérios: I - a regionalização da saúde; II - a capacidade instalada e resolutive de cada hospital

QUADRO 43: Referências existentes na macrometropolitana RS,2022

Ambulatórios	Regiões de Saúde						
	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10
Gestação de alto risco	X	X					
Dermatologia							
Traumato-ortopedia	X	X					

Cirurgia geral							
Urologia		X					
Urologia Litotripsia							
Bucomaxilo							
Odontologia hospitalar para pessoas com deficiência	X	X	X	X	X		
Endocrinologia							
Gastroenterologia							
Pediátrica							
Genética							
Ginecologia							
Neurologia adulto	X	X					
Neurologia infantil							
Cardiologia							
Oftalmologia	X	X					
Otorrino	X	X					
Pneumologia							
Cirurgia torácica							
Reumatologia							

Proctologia							
Plástica reparadora							
Cirurgia Vascular	?	?					
Cirurgia Bariátrica							
Especialidade no processo transexualizador							
Ambulatório de especialidades Pós-Covid.							
Ambulatório e condições crônicas para adultos e pessoas idosas;							
Ambulatório de UTI neonatal							
Ambulatório da pessoa com deficiência	CER	CER					
Centro de referência ao atendimento infanto-juvenil							

2.7 FINANCIAMENTO

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo, como determina a Constituição Federal de 1988. No que se refere à participação da União, as transferências de recursos aos estados, Distrito Federal e municípios estão disciplinadas pela Portaria MS 204/2007, cujo texto foi transcrito para a Portaria de Consolidação nº 6, com a modificação dada pela Portaria GM/MS nº 3992/2017.

Com base na Análise Situacional e na Estrutura do Sistema, o subcapítulo Financiamento pretende orientar a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares, no âmbito da macrorregião metropolitana do RS.

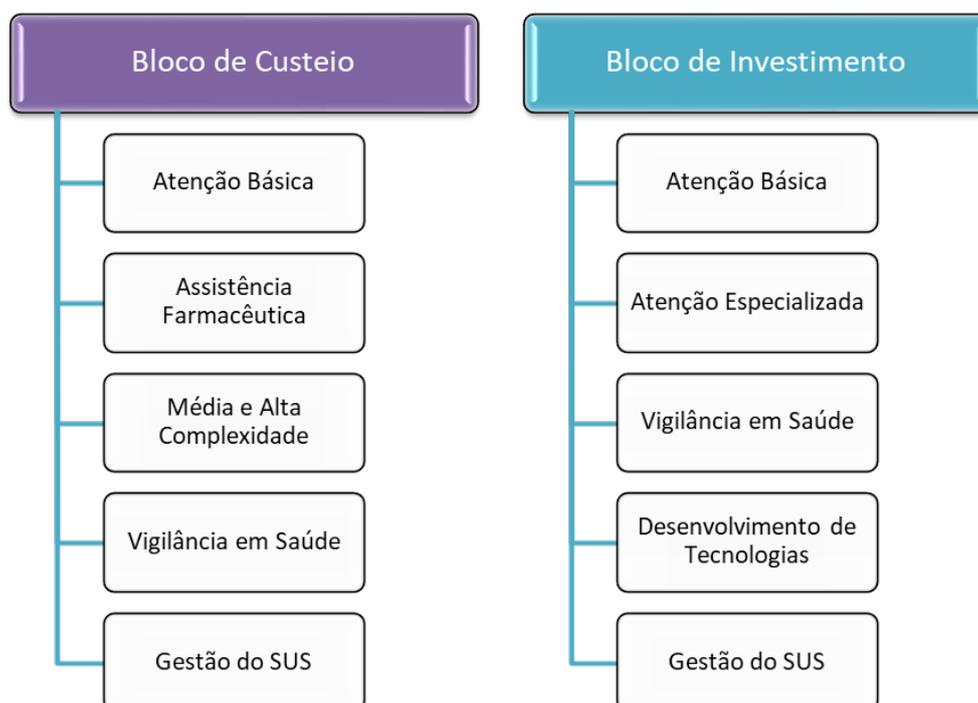
De acordo com a Portaria MS/GM 3.992/2017, os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos através de dois blocos de financiamento:

I – Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde;

II – Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos fundo a fundo, em conta única para cada bloco de financiamento. Para fins de transparência, registro de série histórica e monitoramento, o FNS informa as transferências de recursos federais para o custeio e investimento de ações e serviços públicos de saúde, organizando-as e identificando-as por grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação, tais como:

FIGURA 55 - Blocos de financiamento dos recursos financeiros federais, RS, 2022



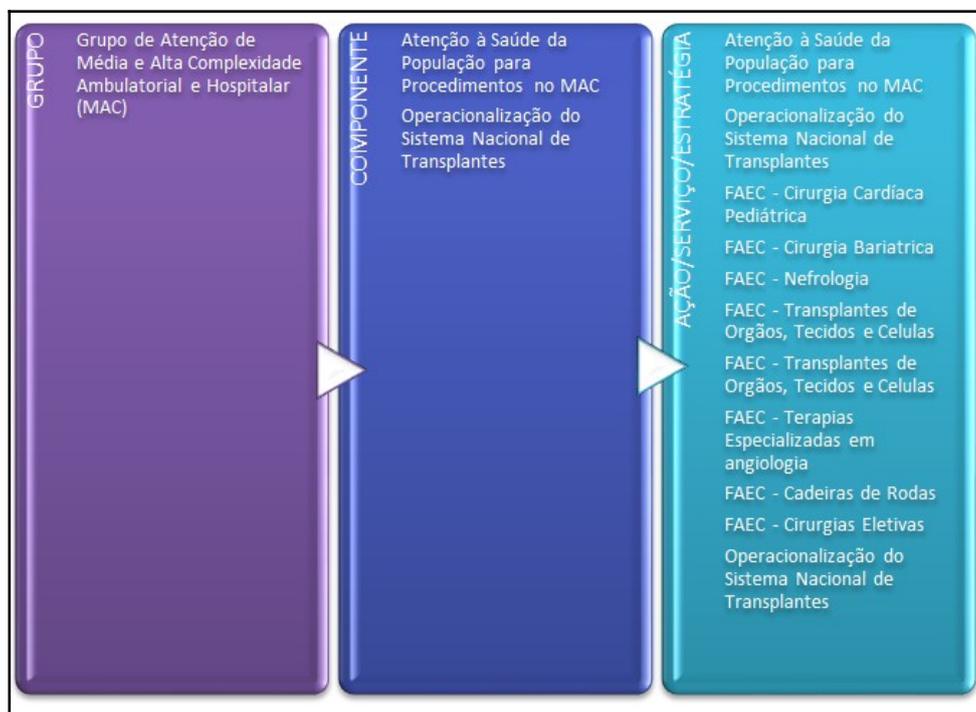
O Grupo da Atenção Básica, referente ao Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, é transferido aos municípios, do Fundo Nacional da Saúde ao Fundo Municipal da Saúde, para financiamento de ações de atenção básica à saúde (Estratégia de saúde da família, agentes comunitários de saúde, saúde bucal, entre outros).

O Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), referente ao Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, é transferido aos Estados, do

FNS para o Fundo Estadual da Saúde. É destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos federais (Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos - IAC, Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS, entre outros), transferidos mensalmente. O Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar está organizado em Componentes e Ações/Serviços/Estratégias, onde encontramos o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, que é composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

- I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC;
- II - transplantes e procedimentos vinculados;
- III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e
- IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

FIGURA 56– Financiamento do Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), RS, 2022.



O Estado do Rio Grande do Sul encontra-se com a gestão de seus serviços de saúde desde setembro de 2003. Em conformidade com o processo de descentralização dos serviços de saúde, muitos municípios já assumiram a gestão de serviços localizados em seu território. Nesse sentido, são responsáveis pelo faturamento, contrato, monitoramento/fiscalização dos prestadores de saúde pactuados. (Fonte: Manual das Comissões de Acompanhamento dos Contratos SES/RS. / Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Departamento de Gestão da Atenção Especializada. – 2 ed. – Porto Alegre: DGAE/DCASS, 2022)

2.7.1. Situação dos gastos municipais

Segundo a Lei Complementar 141, o mínimo constitucional a ser investido pelos municípios é de 15% e 12% pelos estados. A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. No entanto, em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional 95, que limita por 20 anos os gastos públicos na saúde pública.

Na macrorregião metropolitana, todos os municípios investiram o mínimo constitucional em 2021. Segundo o Painel de Apoio à gestão do CONASEMS - Perfil Municipal, com base no SIOPS, o município que mais investiu conforme tabela abaixo foi Esteio/RS (34,82%) e o que menos investiu foi Barão/RS (15,53%). A média da macrorregião foi de 21,45%.

QUADRO 44: Gasto anual dos municípios da macrorregião metropolitana RS, 2021.

Região de Saúde	Município	Mínimo constitucional (2021, SIOPS)
8	430770 - Esteio	34,82
5	430545 - Cidreira	34,40
5	430163 - Balneário Pinhal	33,30
5	432160 - Tramandaí	33,03
5	432135 - Tavares	30,21
7	430760 - Estância Velha	29,8
6	432170 - Três Coroas	29,64

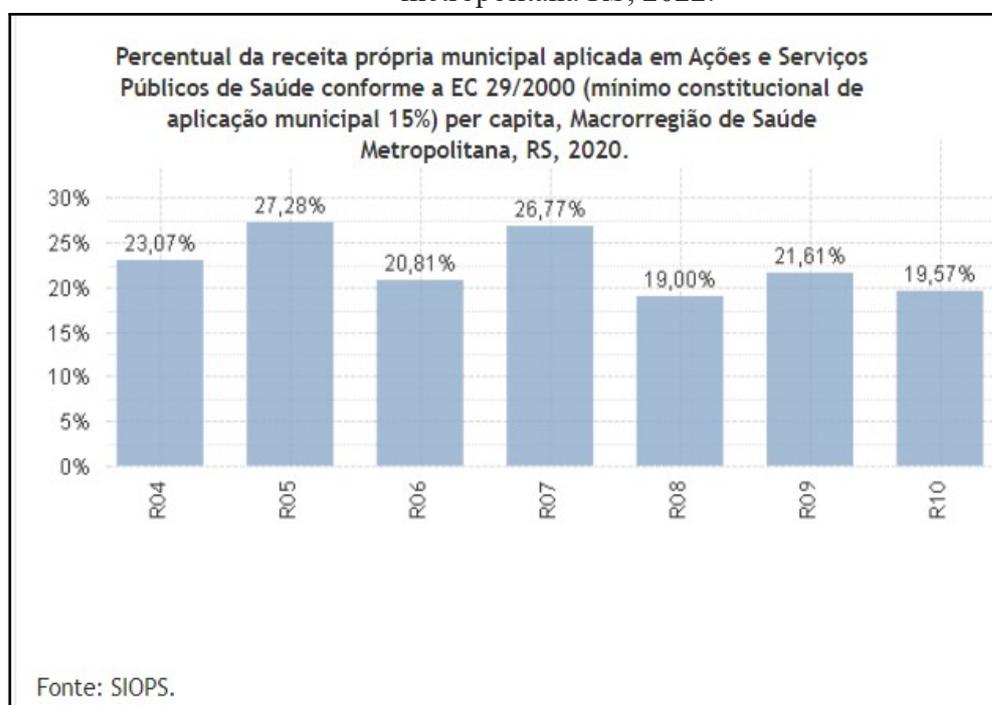
9	430270 - Butiá	28,46
7	431870 - São Leopoldo	28,17
9	430110 - Arroio dos Ratos	27,96
5	431033 - Imbé	26,93
6	430360 - Cambará do Sul	26,2
5	431350 - Osório	25,58
7	431340 - Novo Hamburgo	25,34
7	431306 - Nova Hartz	25,25
8	430468 - Capela de Santana	24,92
6	431010 - Igrejinha	24,77
7	430087 - Araricá	24,73
9	430544 - Chuvisca	24,73
5	431365 - Palmares do Sul	24,69
8	431950 - São Sebastião do Caí	24,63
5	431250 - Mostardas	24,20
7	431848 - São José do Hortêncio	24,17
7	431162 - Lindolfo Collor	23,94
4	430105 - Arroio do Sal	23,89
4	432150 - Torres	23,66
7	430390 - Campo Bom	23,32
10	432300 - Viamão	22,94
9	430676 - Eldorado do Sul	22,91
7	430640 - Dois Irmãos	22,84
10	430920 - Gravataí	22,74
4	431244 - Morrinhos do Sul	22,73
5	430467 - Capivari do Sul	22,62
9	432035 - Sentinela do Sul	22,02
9	430085 - Arambaré	21,97
9	430190 - Barra do Ribeiro	21,95
4	431177 - Maquiné	21,93
7	431990 - Sapiranga	21,76
9	430517 - Cerro Grande do Sul	21,55
9	430175 - Barão do Triunfo	21,51
4	430463 - Capão da Canoa	21,33
4	432380 - Xangri-lá	21,26
4	431065 - Itati	21,05
8	432200 - Triunfo	20,99
9	430605 - Cristal	20,93

9	430535 - Charqueadas	20,59
7	431247 - Morro Reuter	20,36
8	431650 - Salvador do Sul	19,99
8	431240 - Montenegro	19,95
4	432143 - Terra de Areia	19,95
4	432166 - Três Cachoeiras	19,90
8	432000 - Sapucaia do Sul	19,29
6	432120 - Taquara	19,14
10	430310 - Cachoeirinha	18,95
10	430060 - Alvorada	18,93
7	431480 - Portão	18,77
6	431600 - Rolante	18,76
8	430265 - Brochier	18,73
4	431173 - Mampituba	18,64
5	431760 - Santo Antônio da Patrulha	18,61
8	431403 - Pareci Novo	18,56
4	432183 - Três Forquilhas	18,53
10	431490 - Porto Alegre	18,34
9	431225 - Minas do Leão	18,14
10	430905 - Glorinha	18,13
9	431840 - São Jerônimo	18,06
9	431198 - Mariana Pimentel	18,03
7	431695 - Santa Maria do Herval	18,00
6	431575 - Riozinho	17,84
7	431080 - Ivoti	17,81
7	431514 - Presidente Lucena	17,74
8	430460 - Canoas	17,45
8	431861 - São José do Sul	17,3
9	432110 - Tapes	17,23
5	430471 - Caraá	17,22
8	432085 - Tabaí	17,19
9	430880 - General Câmara	17,12
4	430655 - Dom Pedro de Alcântara	16,76
9	430930 - Guaíba	16,48
9	432055 - Sertão Santana	16,46
6	431405 - Parobé	16,44
8	430955 - Harmonia	16,38
9	430350 - Camaquã	16,33
8	432225 - Tupandi	16,32
8	431179 - Maratá	16,31

6	431820 - São Francisco de Paula	16,17
8	431337 - Nova Santa Rita	16,02
8	431935 - São Pedro da Serra	16,02
9	430650 - Dom Feliciano	15,71
8	430165 - Barão	15,53

Ao analisar o gráfico abaixo, observa-se que em 2020 a Região Bons 05 (Bons Ventos) foi a que mais aplicou receita própria em Ações e Serviços Públicos de Saúde (27,28%) e a Região 08 (Vale do Caí/Metropolitana) foi a que menos aplicou (19%).

FIGURA 57- Percentual de gasto em saúde com receita própria dos municípios da macrorregião metropolitana RS, 2022.



Já ao avaliar a despesa total em 2020 percebe-se que a macrorregião metropolitana (R\$ 982,02) investiu mais do que a média estadual (R\$ 976,93) nas Ações e Serviços Públicos de Saúde por região de saúde, mas as regiões 06 (R\$ 587,41) e 09 (R\$ 694,48) aplicaram menos do que a média da macrorregião.

FIGURA 58: Despesa total dos municípios da macrorregião metropolitana, RS, 2020.

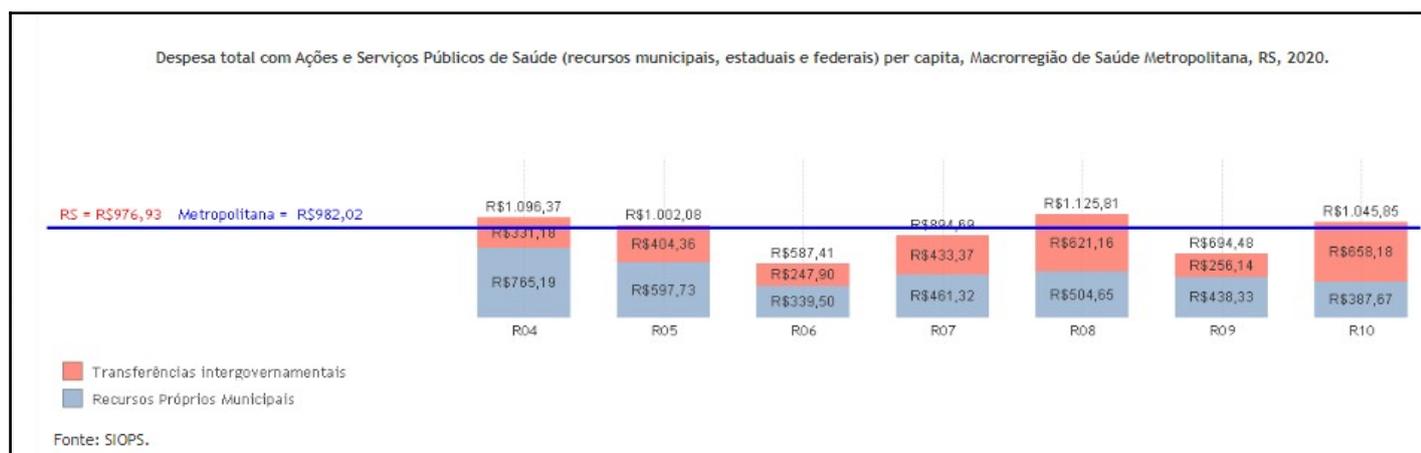
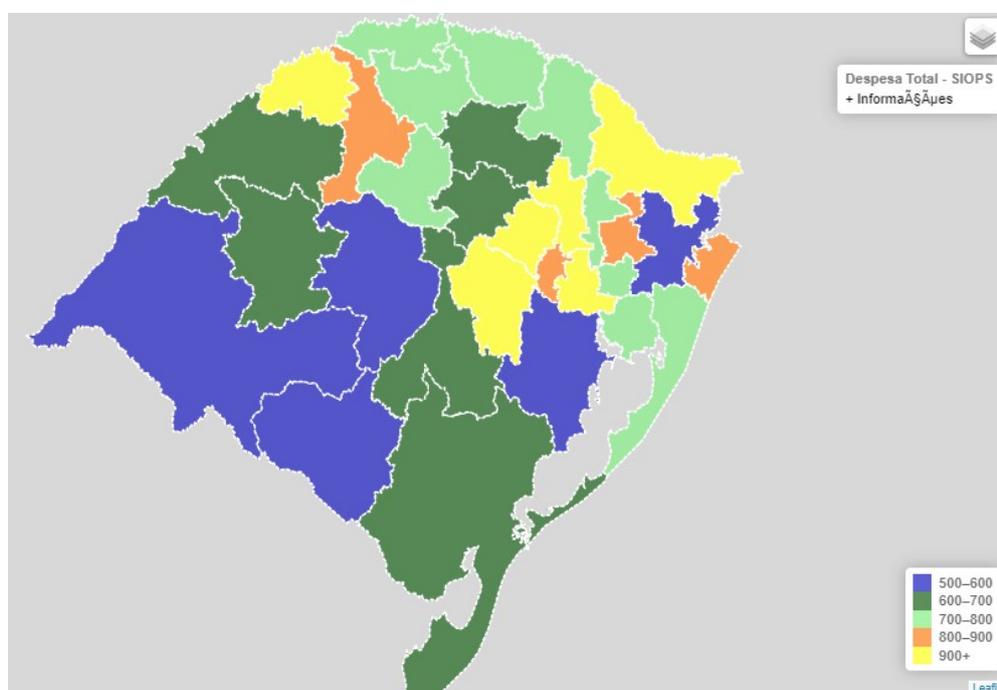
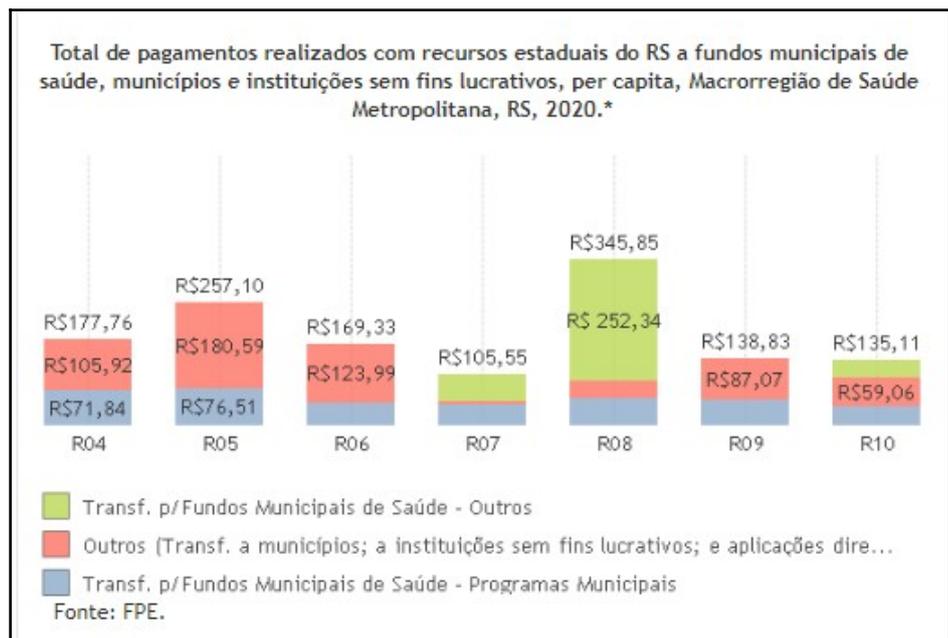


FIGURA 59:



Ao avaliar a transferência *per capita* em 2020 de recursos estaduais aos fundos municipais, instituições hospitalares e devido a programas municipais, observa-se que a Região 08 recebeu maior recurso do FES ao FMS e apresenta o maior repasse *per capita* (R\$ 345,85), e que a Região 05 recebeu maior recurso estadual para as instituições sem fins lucrativos (hospitais e prestadores) e por programas municipais.

FIGURA 60: Total de pagamentos realizados com recursos estaduais, 2022



2.7.2 Estudo do Teto MAC/Propostas de alocação de tetos

A Portaria GM/MS nº 3992/2017, que transforma o que eram blocos em grupos de financiamento que integram um único bloco de custeio, neste está o que se destina às ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, conhecido como Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade, ou Teto MAC. O teto MAC é um valor cumulativo e não o resultado de um cálculo, baseado em um algoritmo e refeito a cada ano.

Os estados e municípios são livres para apresentar solicitações de incremento do valor do teto MAC, ao Ministério da Saúde, explicitando o valor, finalidade, justificativa e manifestação de apoio ao pleito, por parte da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do estado. Considerando que a CIB tem a prerrogativa de aprovar a programação assistencial, bem como o remanejamento de recursos MAC no interior do estado, a Resolução CIB que acompanha os pedidos de aumento desta contribuição federal deveria ser emitida somente após esgotadas todas as possibilidades de realocação dos recursos disponíveis. Face às solicitações de incremento do Teto MAC, o MS compara o montante recebido com o montante da produção apresentada e caso seja demonstrada produção elevada em todo o estado, o atendimento da solicitação fica condicionado à disponibilidade orçamentário-financeira do MS.

Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar estão atualmente organizados em dois componentes:

- Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) que inclui os incentivos de custeio e é transferido de forma regular e automática aos fundos de saúde dos estados, DF e municípios;
- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Os recursos financeiros são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrados pelos respectivos gestores dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH.

Diante do exposto, a planilha abaixo apresenta informações em duas abas: *a primeira* traz Teto Financeiro MAC - Valores Anuais (R\$) dos municípios gaúchos com base no Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade SISMAL e *a segunda aba* elucida as possíveis alocações (2021) dos respectivos tetos MAC dos municípios da macrorregião metropolitana com base nas informações dos sistemas ambulatoriais e hospitalares (SIA/SUS e SIH/SUS).

[20220410230656_relatorioTetoFinanceiroBrasilExcel \(1\).xlsx](#)

2.7.3 Estudo das Emendas parlamentares/Propostas de alocação de tetos

A emenda parlamentar é o instrumento que permite aos deputados e senadores realizarem alterações no orçamento anual. As emendas individuais impositivas apresentadas ao projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) poderão alocar recursos a órgãos ou entidades da administração pública direta ou indireta da União, dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, consórcio público, organização da sociedade civil ou serviço social autônomo. As emendas são chamadas impositivas porque a União é obrigada a executá-las quando aprovadas.

Os recursos decorrentes das emendas parlamentares individuais impositivas são repassados ao ente federado beneficiário por meio de transferência com finalidade definida, vinculadas à programação estabelecida na emenda e aplicados nas áreas de competência constitucional da União.

Os recursos não integrarão a receita do ente beneficiário para fins de repartição e para o cálculo dos limites da despesa com pessoal ativo e inativo e de endividamento do ente federado. O autor de emenda individual deverá indicar ou atualizar os beneficiários de suas emendas e a ordem de prioridade no módulo Emendas Individuais do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento - SIOP, no prazo estabelecido pelo órgão central do Sistema de Planejamento e de Orçamento Federal – SPOF, observadas as leis de diretrizes orçamentárias anuais.

Na transferência com finalidade definida, os recursos das emendas parlamentares individuais serão repassados ao ente federado beneficiado por meio de celebração de convênio ou de instrumento congênere com Órgãos da União e com especificação de programações finalísticas, segundo a Lei do Plano Plurianual (PPA) 2020 - 2023.

Segundo o Painel de Apoio à gestão do CONASEMS - Perfil Municipal, das propostas realizadas, o município que mais recebeu recurso absoluto por emenda parlamentar federal em 2021* foi a capital gaúcha (R\$20.859.993,00) e os que menos receberam foram Brochier e Pareci Novo (R\$50.200,00). Ao comparar com as emendas estaduais, percebe-se que respeitam as mesmas proporções que a federal em relação aos municípios.

Já na avaliação *per capita* total (emenda federal e estadual) percebe-se que Morrinhos do Sul e Itati receberam maior valor referente a 2021 e Tabai, Viamão e Três Coroas os menores repasses, conforme planilha abaixo.

QUADRO 45: Recurso de emenda estadual e federal recebida pelos municípios da macrorregião metropolitana, 2022.

Município	Região de Saúde	Total recebido em 2021 por emendas (federal+estadual)	Total emenda per capita
431490 - Porto Alegre	10	22109993	14,85635027
430460 - Canoas	8	6931500	19,90620549
430920 - Gravataí	10	3000000	10,57999534
432000 - Sapucaia do Sul	8	2551000	17,98911204
430463 - Capão da Canoa	4	2353059	43,53405117
430770 - Esteio	8	2231200	26,7918683
431870 - São Leopoldo	7	1850000	7,75200295
430350 - Camaquã	9	1763924	26,53395108
430390 - Campo Bom	7	1699033	25,26593403
431990 - Sapiranga	7	1584000	19,25859281
432166 - Três Cachoeiras	4	1451200	130,5623032
430930 - Guaíba	9	1431911	14,57578966

431820 - São Esco de Paula	6	1349993	61,97176827
431760 - Santo Atº da Patrulha	5	1329371	30,82242059
431405 - Parobé	6	1314266	22,32943695
431600 - Rolante	6	1300000	60,48199498
431240 - Montenegro	8	1250000	19,0197958
431340 - Novo Hamburgo	7	1191000	4,821237734
431840 - São Jerônimo	9	1182579	48,44252826
432160 - Tramandaí	5	1150000	21,8498252
432120 - Taquara	6	1100000	19,08595621
430676 - Eldorado do Sul	9	1045000	24,93914372
430060 - Alvorada	10	950088	4,495287482
431250 - Mostardas	5	920000	71,61204951
432300 - Viamão	10	900000	3,511482548
431010 - Igrejinha	6	861250	23,07125636
432150 - Torres	4	850000	21,75916445
430468 - Capela de Santana	8	840000	69,62864721
431177 - Maquiné	4	800000	119,7425535
431337 - Nova Santa Rita	8	800000	26,75137937
430190 - Barra do Ribeiro	9	750000	55,32605488
430517 - Cerro Grande do Sul	9	750000	60,42052687
430545 - Cidreira	5	732000	44,14159079
430605 - Cristal	9	711218	88,16387753
430310 - Cachoeirinha	10	700000	5,333739714
431350 - Osório	5	692328	14,91636144
430087 - Araricá	7	673749	116,7473575
431247 - Morro Reuter	7	659986	102,0386518
432143 - Terra de Areia	4	651000	57,53424658
431695 - Santa Maria do Herval	7	650000	102,4267255
430110 - Arroio dos Ratos	9	600000	42,32207096
430270 - Butiá	9	600000	28,63688431
430650 - Dom Feliciano	9	600000	38,74217085
431244 - Morrinhos do Sul	4	593000	203,1517643
431575 - Riozinho	6	575000	122,968349
430165 - Barão	8	550000	88,68107062
430471 - Caraá	5	550000	65,86826347
430535 - Charqueadas	9	550000	13,33074798
430880 - General Câmara	9	550000	65,78160507

430360 - Cambará do Sul	6	490220	76,52513269
431033 - Imbé	5	472000	20,28275536
431065 - Itati	4	471151	196,5586149
430640 - Dois Irmãos	7	450000	13,58736677
430760 - Estância Velha	7	450000	8,880644143
432200 - Triunfo	8	450000	15,07234727
431162 - Lindolfo Collor	7	447110	72,99755102
431173 - Mampituba	4	439392	147,7941473
430085 - Arambaré	9	400200	112,3526109
431080 - Ivoti	7	400000	16,20089105
431306 - Nova Hartz	7	400000	18,26400621
432183 - Três Forquilhas	4	400000	149,8688647
430655 - Dom Pedro de Alcântara	4	385993	152,7475267
430105 - Arroio do Sal	4	350000	34,05000486
431365 - Palmares do Sul	5	350000	30,89143866
431950 - São Sebastião do Caí	8	350000	13,51560086
432380 - Xangri-lá	4	350000	20,86438152
430905 - Glorinha	10	300000	36,56752804
431179 - Maratá	8	300000	111,0288675
431198 - Mariana Pimentel	9	300000	77,16049383
431480 - Portão	7	300000	7,973633851
431650 - Salvador do Sul	8	300000	38,02763341
432035 - Sentinela do Sul	9	300000	53,48546978
430175 - Barão do Triunfo	9	262000	34,84505918
432110 - Tapes	9	250000	14,42418648
432135 - Tavares	5	250000	45,59547693
432225 - Tupandi	8	245000	49,60518324
431225 - Minas do Leão	9	200320	24,72170801
431514 - Presidente Lucena	7	198156	67,46884576
432055 - Sertão Santana	9	180000	27,53556677
430163 - Balneário Pinhal	5	150000	10,44350066
431935 - São Pedro da Serra	8	150000	39,04216554
430544 - Chувиска	9	148176	27,03941606
431848 - São José do Hortêncio	7	100200	20,59609455
430955 - Harmonia	8	100000	20,33760423
431861 - São José do Sul	8	100000	41,03405827
432170 - Três Coroas	6	100000	3,495770118

430467 - Capivari do Sul	5	56000	11,84433164
430265 - Brochier	8	50200	9,835423197
431403 - Pareci Novo	8	50200	12,9984464
432085 - Tabaí	8	0	0

**Os valores abaixo são referentes aos valores pagos em 2021 nos fundos municipais de saúde. Esses valores podem ser de propostas de 2021 ou de anos anteriores que só foram pagas posteriormente em 2021. O município de Tabai/RS não recebeu valor de emenda federal em 2021.*

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.263/2021 e a Portaria GM/MS nº 684/2022 que dispõem sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao SUS, para a realização de transferências do FNS aos fundos de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no exercício de 2021 e de 2022 respectivamente, os recursos oriundos de emendas parlamentares poderão ser destinadas para: I - incremento temporário ao custeio dos serviços de atenção primária à saúde e de Atenção Especializada à Saúde, para cumprimento de metas, nos termos do Capítulo II; II - financiamento do transporte de pacientes no âmbito do SAMU 192 e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, nos termos do Capítulo III; III - financiamento do transporte sanitário eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realização de procedimentos de caráter eletivo, nos termos do Capítulo IV; IV - financiamento de ações voltadas para a melhoria da qualidade do Sistema Nacional de Sangue, componentes e derivados - SINASAN no âmbito do SUS, nos termos do Capítulo V; V - financiamento da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, destinada às ações de vigilância laboratorial, nos termos do Capítulo VI; VI - financiamento das Unidades de Vigilância de Zoonoses - UVZ, nos termos do Capítulo VII; VII - financiamento para coleiras impregnadas com inseticida para o uso em cães, visando à prevenção e ao controle da leishmaniose visceral, nos termos do Capítulo VIII; VIII - financiamento para as unidades de vigilância de arboviroses no âmbito do SUS, nos termos do Capítulo IX; IX - financiamento de ações voltadas para manutenção e fomento de estudos, pesquisas e capacitações no âmbito da vigilância em saúde, nos termos do Capítulo X; X - financiamento dos programas estaduais, distritais e municipais de vigilância, prevenção, controle e eliminação da malária no âmbito do SUS, nos termos do Capítulo XI; XI - financiamento para o fortalecimento dos serviços estaduais, distritais e municipais de vigilância epidemiológica de covid-19, influenza e outros vírus respiratórios, nos termos do Capítulo XII; XII - financiamento de ações de coordenação, implementação e acompanhamento de políticas de vigilância em saúde ambiental, saúde do trabalhador e emergências em saúde pública, nos termos do Capítulo XIII; e XIII - financiamento de ações voltadas para a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis (IST), nos termos do Capítulo XIV.

A execução dos recursos deverá observar a legislação sobre execução orçamentária e financeira, devendo ser observados: I - o disposto no art. 3º da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017; II - a vedação à aplicação de recursos oriundos de emendas individuais no pagamento de despesas com pessoal e encargos sociais relativas a ativos e inativos, com pensionistas e com encargos referentes ao serviço da dívida; e III- os requisitos e limites estabelecidos nesta Portaria, que, uma vez não atendidos, configurarão impedimentos de ordem técnica à obrigatoriedade da execução orçamentária e financeira das emendas parlamentares. Diante da Análise Situacional e da

Estrutura do Sistema, sugere-se que os recursos de emenda parlamentar de 2023-2024 sejam prioritariamente destinados para:

- Hospitais Regionais
- Ampliação de cobertura da Rede de Saúde Bucal (atenção primária e média complexidade), considerando recursos para comprar equipamentos odontológicos, prédios para ampliação de Centro de Especialidades Odontológicas e equipes de saúde bucal)
- Ampliação da Rede de Urgência e Emergência: Aquisição de veículos medicalizados para transporte
- Ampliação dos atendimentos na Estratégia de Saúde da Família: Aquisição de veículos para visitas domiciliares
- Ampliação de cobertura da Rede de Saúde Mental, considerando recursos para a construção/reforma/ampliação de prédios, especialmente para a implantação de CAPS ad III, aquisição dos equipamentos, incluindo as camas hospitalares.
- Consultas especializadas e exames (como Tomografias, Ressonâncias, Mamografias, entre outros.)

2.8 PACTUAÇÃO DE INDICADORES

Esse subcapítulo versa sobre a Pactuação Estadual de Indicadores 2022-2023 da Resolução CIB/RS 151, de 11 de maio de 2022.

QUADRO 46:Relação dos indicadores de pactuação estadual do RS, 2022:

Nº	Indicador	Unidade de Medida
1	Taxa de mortalidade infantil	Taxa/1.000hab.
2	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Absoluto
3	Testagem para HIV nos casos novos de tuberculose notificados no SINAN	Proporção
4	Razão de Mortalidade Materna – RMM	Taxa/100.000hab.
5	Coefficiente bruto de mortalidade por Aids	Coefficiente Bruto
6	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade	Absoluto
7	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária	Razão
8	Cobertura vacinal da vacina tríplice viral, primeira dose, para crianças de 01 ano de idade.	%
9	Índice de Infestação Predial pelo Aedes aegypti	Percentual
10	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10-19 anos (proporção de nascidos vivos de mulheres entre 10-19 anos)	%
11	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	%
12	Índice de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC)	Proporção
13	Percentual de idosos com registro do procedimento “Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa”	Percentual
14	Percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta do RS	Percentual
15	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil	%
16	População abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC) com tratamento em relação à população abastecida por SAC	Percentual
17	Taxa de notificações de agravos relacionados ao trabalho	Taxa/10.000hab.
18	Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados	%
19	Percentual de coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG	Percentual
20	Cinco coletas de amostras por semana com RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) realizado dos casos de síndrome gripal (SG) atendidos em cada unidades sentinelas (US)	Absoluto

A descrição e fórmula de cálculo de cada indicador pode ser pesquisada: https://ti.saude.rs.gov.br/bi/file/fichas_2022-2023/Fichas%20indicadores%20reunidas.pdf

A pactuação de cada indicador por Região de Saúde e por município, bem como o acompanhamento dos indicadores pode ser realizado de forma assíncrona pelo link: https://ti.saude.rs.gov.br/pactuacao_indicador/painel.html.

3 NECESSIDADES E PRIORIDADES MACRORREGIONAIS

Este capítulo versa sobre as necessidades sanitárias das sete regiões de saúde que compõem a macrorregião metropolitana. Na planilha a seguir, também é possível averiguar as prioridades que foram apontadas por mais de uma Região de Saúde, reforçando a predileção daquelas necessidades. Na planilha que segue as prioridades estão apresentadas em cada aba por Rede de Atenção (Rede Materno-Infantil, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Condições Crônicas, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão e Educação em Saúde, Média e Alta Complexidade (atenção secundária e terciária), Sistema de Apoio e Diagnóstico Terapêutico) e há a primeira aba que apresenta de forma condensada.

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1AWEH4j67IH8FMak6UR6eTQ3zq3cb9NIN/edit#gid=564078494>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
RUE	Reorganizar a RUE em seus vários componentes deixando claro as responsabilidades dos prestadores	Regionalização e Organização das RAS	<p>Averiguar vazios assistencias e revisar as pactuações sobre referências nos vários componentes da RUE</p> <p>Reorganizar os fluxos e redimensionar o SAMU (básico e avançado), considerando a questão populacional e geográfica</p> <p>Organizar a porta de entrada pré-hospitalar de urgência em todos os municípios (APS, Pronto-atendimentos, UPAS) explicitando os fluxos</p> <p>Detalhar as responsabilidades dos hospitais que recebem o incentivo de Portas Abertas</p> <p>Aumentar leitos de UTI e AVC, avaliando a possibilidade de habilitação definitiva dos leitos de UTI covid</p> <p>Organizar o transporte inter-hospitalar revendo a CIB 005/2018 e avaliando a inclusão desta responsabilidade dentro dos contratos com os hospitais ou a disponibilização uma ambulância UTI regional com apoio da SES e MS</p> <p>Capacitação técnica das equipes hospitalares e melhoria tecnológica para aumentar a resolutividade</p> <p>Apoio financeiro estadual e federal para implementar adequações</p> <p>Apoio financeiro do estado aos municípios e hospitais da orla marítima que apresentam intenso afluxo populacional durante a temporada de veraneio, para adequar a estrutura e a capacidade para o atendimento de urgência e emergência</p> <p>Aumentar o número e incrementar o custeio das equipes de EMAD</p>	<p>Consta em todas as 7 regiões de saúde:</p> <p>Região 4 (surge 4xx, no 5º, 19º, 20º e 24º lugar)</p> <p>Região 5 (1º, 4º e 25º lugar)</p> <p>Região 6 (3º lugar)</p> <p>Região 7 (1º, 5º e 15º lugar)</p> <p>Região 8 (7º lugar)</p> <p>Região 9 (surge 4xx, no 7º, 18º, 25º e 26º lugar)</p> <p>Região 10 (13º e 26º lugar)</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
REDE DE ATENÇÃO PSICOS SOCIAL	Fortalecimento e qualificação da Atenção à Saúde Mental/violências	<p>Aumento da incidência de transtornos mentais e notificação de violências com a chegada da Pandemia, em todas as regiões do RS.</p> <p>Alguns leitos na macrorregião metropolitana não estão disponíveis para regulação. Lista de espera para acessar um leito em Saúde Mental na região da 18ªCRS.</p> <p>Alto consumo de medicamentos psicotrópicos (medicalização da população)</p> <p>Sobrecarga dos CAPS (Demanda Reprimida)</p> <p>Aumento dos casos de suicídio entre adolescentes.</p> <p>Negativas de acesso de prestadores (Hospitais devem acolher todos os ciclos de vida)</p> <p>Carência de vagas em Comunidades Terapêuticas conveniadas.</p>	<p>*Acolhimento e atendimento na APS de usuários com transtornos mentais de baixo risco.</p> <p>* Garantia de ações de matriciamento para a APS, com o objetivo de qualificar o cuidado e reduzir os encaminhamentos</p> <p>* Estímulo para a oferta de ações de saúde mental nos municípios onde não há CAPS/Cuidado especializado</p> <p>Estímulo à política de PICS.</p> <p>*Articulação intersetorial para prevenção às doenças mentais e violência.</p> <p>*Incentivo à políticas de prevenção e posvenção do suicídio e auto lesão.</p> <p>Expansão e fortalecimento do PSE</p>	Consta em todas as 7 regiões de saúde.
	Ampliação da Atenção à Saúde Mental/violências : aumento da capacidade de atendimento e implementação de	<p>Aumento da incidência de transtornos mentais e notificação de violências com a chegada da Pandemia, em todas as regiões do RS.</p> <p>Alguns leitos na macrorregião metropolitana não estão disponíveis</p>	<p>*Regulação de saúde mental deveria funcionar no final de semana</p> <p>* Implantação e ampliação de AMENT (18ª CRS Implementando em 13 dos 23 municípios)</p> <p>Aumentar o número de CAPS AD III, CAPS I, III e CAPS i (Municipal e Regional)</p>	Consta em todas as 7 regiões de saúde.

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
	novos dispositivos	<p>para regulação. Lista de espera para acessar um leito em Saúde Mental na região da 18ªCRS.</p> <p>Alto consumo de medicamentos psicotrópicos (medicalização da população)</p> <p>Sobrecarga dos CAPS (Demanda Reprimida)</p> <p>Aumento dos casos de suicídio entre adolescentes.</p> <p>Negativas de acesso de prestadores (Hospitais devem acolher todos os ciclos de vida)</p> <p>Carência de vagas em Comunidades Terapêuticas conveniadas.</p>	<p>Aumentar o número das vagas nos Residenciais Terapêuticos Regionais e nos leitos para crianças e adolescentes;</p> <p>- Elaboração dos POPS (Protocolos Operacionais Padrão);</p> <p>-Ampliar números de Leitos em Saúde Mental: Hosp de Osório aguarda implementação de mais 10 novos leitos (tramitando no MS) Butiá aguarda implementação de 09 novos leitos Guaíba também planeja implementação em 2022 (10 leitos)</p>	
REDE MATERNO - INFANTIL	Cuidado da mulher	<p>1)Baixa cobertura de exames preventivos de câncer de mama e útero.</p> <p>2)Aumento das notificações de violência contra a mulher.</p>	<p>1)Sensibilização para o autocuidado e uso dos serviços ofertados pela APS.</p> <p>2)Monitorar a contratação de mais prestador de serviço para realização de exames citopatológicos (L.Fontana).</p> <p>3)Qualificação para o acolhimento da vítima de violência na APS e pronto-atendimentos.</p> <p>4)Constituição de rede para prevenção/atendimento à vítima de violência.</p> <p>5)Garantia de oferta dos métodos contraceptivos (principalmente Laqueadura, a Região tem somente 1 prestador com agenda super</p>	<p>Mesmo item está na APS Proposta que fique apenas aqui.</p> <p>Consta na região 4 (6º lugar)</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
			reduzida). 6)Atualização ou Renovação de contrato para Mamografia para Região 7)Sensibilização aos profissionais de saúde quanto a importância das notificações e desmistificar questões relacionadas as notificações	
	Cuidado à gestante com qualificação do atendimento pré-natal na APS	1)Mortalidade materna e infantil alta, alto percentual de cesáreas e prematuridade, sífilis e toxoplasmose na gestação 2)Gestantes e puérperas vulneráveis devido a COVID 19 e outras devido a condição social e uso abusivo de álcool e outras drogas 3) Altas taxas de internações ligadas ao pré-natal, parto e puerpério. Cuidado de gestantes de baixo risco por especialistas. Tratar o pré-natal de baixo risco dentro das UBS, só referenciar o que realmente for necessário	* Busca ativa para captação precoce das gestantes. * Qualificação da Rede de Atenção a Saúde para o atendimento ao pré-natal, reduzindo o encaminhamento para o atendimento especializado. * Utilização do Guia do pré-natal. * Qualificar o pré-natal na Atenção Primária * Oferta do teste rápido e tratamento adequado para a sífilis, HIV e hepatites a gestante e ao parceiro. *Estímulo a atualização vacinal da gestante * Ações de Educação Permanente em Saúde para uma gestação e parto saudável e natural. * Estímulo à amamentação e ao acompanhamento de puericultura. * Estratificação de risco da gestante, com encaminhamento em tempo hábil para o serviço de referência de alto risco. * Vinculação da gestante à maternidade de referência. * Articulação intersetorial, especialmente com assistência social para os casos de maior vulnerabilidade.	Consta em 4 regiões: Região 10 (4º lugar) Região 7 (13º lugar) Região 4 (15º lugar), Região 5 (24º lugar),

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
	Qualificação do cuidado à criança	<p>Baixa redução da taxa de mortalidade infantil.</p> <p>Aumento de casos de sífilis congênita e HIV.</p> <p>Busca por consulta de pediatria nos pronto-atendimentos.</p> <p>Baixa cobertura vacinal.</p> <p>Demanda reprimida para oftalmologia e neuro pediátrica. Sobrecarga na APS de encaminhamentos para neuro A Região tem PIM somente em 7 municípios</p>	<p>* Qualificação das equipes de APS para o atendimento à criança, com base nos instrumentos normativos.</p> <p>*Necessidade de referência para egressos da UTI neo</p> <p>* Qualificação PSE e Expansão do PIM, especialmente nas áreas de vulnerabilidade social.</p> <p>* Sensibilização para a importância da vacinação, com busca ativa e regularidade na oferta de imunobiológicos.</p> <p>* Consulta de oftalmologia e neuro pediátrica. (levar pra MAC)</p> <p>* Aumento da oferta de leitos de UTI neonatal.</p> <p>* Ações intersetoriais entre saúde, educação e assistência social.</p> <p>*Qualificar o "diagnóstico", a demanda trazida pelas escolas da região, com organização de fluxo de encaminhamentos para neuro pediatria</p>	Região 4 (21º lugar)
	Necessidade de referência de pré-natal de alto risco na Região	<p>Pré-natal de alto risco da região são encaminhados a Poa .Há poucas referências em todo estado, para muitas gestantes. As mulheres estão deixando para ter filhos mais tarde, depois dos 35 anos. NH é referência para parto de alto risco na região.</p>	<p>- Ampliar a rede de atenção à gestação de alto risco, tanto ambulatorial como leitos hospitalares;</p> <p>- Implantação de Ambulatório de Alto Risco Obstétrico na Região 6.</p> <p>- Rever as referências pactuadas para a região e os fluxos do pré-natal de alto risco;</p> <p>- Rever a demora no atendimento das consultas de pré-natal, quando agendado pelo GERCON;</p> <p>- Casa da gestante de NH ser referência para outros municípios da região;</p>	<p>Consta em 3 regiões:</p> <p>Região 7 (6º lugar)</p> <p>Região 6 (10º lugar)</p> <p>Região 8 (16º lugar)</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
			<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o número de leitos de alto risco, na região. - Melhorar fluxos e disponibilidade de leitos. - Retomar os encontros do grupo de trabalho da Rede Cegonha. 	
	<p>Redimensionamento de UTI NEONATAL e Ampliação acesso aos Leitos Canguru, Obstétricos, UCI neonatal, UTI neonatal</p>	<p>A baixa cobertura, conforme observado no quadro abaixo em que o Executado por residência fica sempre abaixo do Parâmetro, é um obstáculo para o enfrentamento dos desafios para reabilitação e cuidados necessários a estes usuários.</p> <p>O índice de partos da região 9 apresenta um alto número de cesariana, mostrando a importância das boas práticas de atenção ao parto e nascimento e a implementação do acolhimento com classificação de risco nas maternidades e o monitoramento das maternidades.</p> <p>O alto índice de cesarianas reflete no aumento de números de leitos nas maternidades e UTI adulta e UTI Neonatal.</p> <p>Em relação ao índice de mortalidade materna esta região apresenta um número superior ao do Estado, reforçando a importância do cuidado no pré e pós-natal na atenção básica, fortalecendo a busca ativas das gestantes faltosas, a visita dos dez primeiros dias pós-parto e o cuidado subsequente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar os serviços descritos nas necessidades com maior aproximação dos territórios. - Qualificar o pré-natal. 	<p>Consta em 2 regiões:</p> <p>Região 9 (16º lugar)</p> <p>Região 10 (24º lugar)</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
REDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS	Atenção às condições crônicas, com a qualificação do cuidado aos usuários com doenças não transmissíveis e ampliação e qualificação das equipes de saúde	<p>Envelhecimento da população com alta prevalência de agravos/doenças com DCNT (HAS, DM, neoplasias, doenças respiratórias)</p> <p>Necessidade de mudanças no estilo de vida para controlar e evitar crises de agudização das doenças crônicas</p> <p>Aumento na demanda por atendimento às pessoas com doenças crônicas degenerativas, exigindo serviços de saúde que estejam preparados para acolher estes usuários.</p>	<p>* Qualificação das equipes de APS para o acolhimento, estratificação de risco e tratamento.</p> <p>* Utilização da tecnologia de autocuidado apoiado e atendimento multiprofissional dentro da APS.</p> <p>- Incentivar a equipe na promoção a saúde destes usuários, com busca ativa se necessário;</p> <p>* Estímulo às atividades coletivas de promoção/prevenção (aproveitar a equipe da Rede Bem Cuidar para fomentar).</p> <p>- Implantação de programas que visem a mudança no estilo e na qualidade de saúde, como por exemplo, as PICS, oficinas terapêuticas e academia de saúde</p> <p>* Ações para captação e diagnóstico precoce de neoplasias.</p> <p>* Implantação da linha de cuidado aos pacientes portadores de doenças crônicas, com serviço de referência para casos de médio e alto risco.</p> <p>* Implantação de ambulatório para condições crônicas, especialmente atendimento a pacientes com diabetes e hipertensão arterial, encaminhados pela APS conforme diretrizes clínicas.</p> <p>"Pensar em serviços como um serviço, como um "NASF" regional, multiprofissional; Pensar em qualificação linkada com a Rede Bem Cuidar * Utilização das notas técnicas estaduais (HAS e DM);</p> <p>* Implementação das linhas de cuidado e usos dos protocolos, com olhar preventivo;</p> <p>- Fortalecimento das ações em Educação em Saúde, com foco no autocuidado e na pessoa idosa</p>	<p>Consta em 5 regiões:</p> <p>região 9 (6º lugar), região 7 e 10 (9º lugar), região 5 (14º lugar), região 4 (18º lugar)</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
	Implantação de ambulatório para condições crônicas, especialmente atendimento a pacientes com diabetes e hipertensão arterial, encaminhados pela APS conforme diretrizes clínicas.	Envelhecimento da população. Alta prevalência de HAS e DM na população Oferta inferior à demanda	Implantação da linha de cuidado aos pacientes portadores de doenças crônicas, com serviço de referência qualificado para casos de médio e alto risco. Ampliação de oferta de exames e consultas especializadas	Consta em 2 regiões: região 10 (15º lugar), região 5 (19º lugar)
	Organização, qualificação e implantação da rede de serviços para o atendimento aos usuários com sequelas da COVID-19 .	Grande número de pacientes pós-covid demandando atendimento de média complexidade; Necessidade de atendimento a pacientes com sequela de covid Rede existente de atendimento especializado não tem capacidade para absorver essa demanda	Qualificar a rede de serviços de média complexidade para atender às diversas necessidades/particularidades advindas após Covid-19, organizando um fluxo para acolhimento desses pacientes com necessidade de atendimento especializado; Ampliação de serviços ambulatoriais de pós covid; Aumentar os serviços de atendimento domiciliar para pacientes pós-covid; Co-financiamento (estadual e federal) específico para essas demandas	Consta em 3 regiões: região 10 (5º lugar), região 4 (29º lugar), região 5 (33º lugar)
	Fortalecimento da Linha de Cuidado de Oncologia com ampliação no diagnóstico e tratamento	Regionalização e Organização das Redes de Atenção; Distância do local das consulta e tratamentos; A pandemia piorou o acesso dos usuários aos especialistas e aumentou a	Organizar a linha de cuidado de oncologia, revendo e definindo referências e fluxos Detalhar as responsabilidades do prestador dentro da Linha de Cuidado Hierarquização da Regulação, qualificação da regulação local e estadual	Consta em 4 regiões: Região 8 (6º lugar) Região 7 (7º lugar) Região 6 (8º e 15º lugar) Região 9 (19º lugar)

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
		<p>demanda reprimida, inclusive de 1 consulta ao especialista;</p> <p>Dificuldade quando o usuário necessita de exames de diagnósticos mais específicos para estratificar os tipos de câncer.</p> <p>Há demora para conseguir o exame e posterior a isto, dificuldade no acesso ao tratamento integral.</p>	<p>Reduzir o tempo de espera dos resultados nos exames diagnósticos (tipo biopsia)</p> <p>Ampliar o acesso à primeira consulta e reduzir o tempo para início de tratamento</p> <p>Ampliação de vagas para o tratamento, incluindo cirurgias necessárias</p> <p>Acesso aos municípios dos planos de execução dos serviços pago em 2020-2021 e que não foram realizados</p> <p>Implantar de Serviço de Radioterapia na Região 6</p>	
	Ampliação do Serviço de Hemodiálise a Região 6	<p>Regionalização e Organização das Redes</p> <p>Ampliação de serviço de hemodiálise em Taquara para a Região 06</p>	Adequação da área Física e Ampliação de Vagas	apenas na região 6 (7º lugar)
REDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	Ampliação da RCPcD, com aumento da ofertas de vagas nos serviços habilitados e habilitação de novos serviços	<p>População com deficiência apresenta maior vulnerabilidade;</p> <p>Demanda reprimida para a especialidade de Otorrinolaringologia para a Região 09;</p> <p>Insuficiência de diagnóstico para crianças com deficiência visual.;</p> <p>Demanda reprimida de crianças com necessidade de estimulação precoce;</p> <p>Demanda reprimida para diagnóstico e atendimento de crianças e jovens com Transtorno do Espectro Autista (TEA);</p> <p>Demanda reprimida de idosos com perda auditiva aguardando protetização;</p>	<p>Implementação dos Centros Macrorregional e Regional de Referência para TEA, contemplados pelo TEAcolhe;</p> <p>Sugestão de realizar alguma pactuação SJ;</p> <p>Ampliar e qualificar a os serviços de assistência e cuidado à PcD;</p> <p>Ampliar os contratos e pactuações existentes e buscar novos prestadores na região capazes de ampliar a oferta para ORL na Região 9;</p> <p>Capacitação dos profissionais do CER para atuação na estimulação precoce de pessoas com deficiências;</p> <p>Ampliação de recursos financeiros para aquisição de OPM nos estabelecimentos que realizam este serviço;</p>	Retirado do SUM, ranking e região de saúde, respectivamente: 68 23 9 57 22 10 60 30 9 68 23 4 59 28 5 70 22 4 64 10 8

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
		<p>Insuficiência no financiamento para órteses, próteses e meio de locomoção (OPM);</p> <p>Aumento da judicialização para atendimento a pacientes com TEA e idosos com perda auditiva;</p> <p>Vazio assistencial de atendimento de PcD intelectual em 11 municípios da Região 4;</p> <p>Demanda reprimida para o atendimento de PcD intelectual.;</p> <p>Regionalização e Organização das Redes;</p>	<p>Ampliação do CER de Osório de 3 para 4, visando incluir o atendimento a deficientes intelectuais e pessoas com TEA;</p> <p>Matriciamento do CER para as equipes de APS, visando a identificação precoce das deficiências e continuidade do cuidado às PcD;</p> <p>Acompanhamento do cumprimento dos contratos vigentes com as APAEs, especialmente quanto à oferta de vagas;</p> <p>Realização de novos contratos com as APAEs de Mostardas, Capão da Canoa e Terra de Areia para dar conta de residentes de 11 municípios da Região 4 que não estão contemplados em contratos estaduais com as APAEs;</p>	
	Cuidado à PcD com fortalecimento da APS	<p>Alta demanda reprimida nos sistemas e dificuldades de acesso ao GERCON, GERINT e SISREG;</p> <p>É importante haver uma rede de Atenção Primária que assista e cuide da PcD e sua família em seu cotidiano com equipes de saúde da família, que é o modelo que melhor acompanha, identifica promove ações para reabilitação para essa população. A baixa cobertura de ESF é um obstáculo para o enfrentamento dos desafios para reabilitação e cuidados necessários a estes usuários;</p> <p>Falhas na identificação e de captação precoce de crianças com suspeita de perda auditiva e visual;</p> <p>Diagnóstico tardio de perda auditiva em crianças;</p>	<p>Apoio às equipes da APS;</p> <p>Definição e qualificação nos protocolos de regulação das especialidades para ser referenciados;</p> <p>Incentivar e fortalecimento o uso de ferramentas do Telessaúde;</p> <p>Reavaliar e ajustar os contratos com prestadores de acordo com a real necessidades dos municípios;</p> <p>Capacitação da APS para identificação precoce, busca ativa e adequada referência de atendimento para as PcD.</p>	<p>Retirado do SUM, ranking e região de saúde, respectivamente:</p> <p>80 2 7</p> <p>68 24 4</p> <p>57 31 5</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
		<p>Demanda reprimida para identificação precoce e atendimento de deficientes intelectuais e pessoas com TEA; Aumento da judicialização para atendimento a pessoas com TEA; Sobrecarga no atendimento das APAEs; Falta de serviço de referência para alguns municípios.</p>		
	Fortalecimento dos serviços de reabilitação intelectual	<p>* Demanda reprimida para pessoas com transtorno do espectro autista. * Judicialização para atendimento a pacientes autistas. * Demanda reprimida para o atendimento de deficiente intelectual. Sobrecarga das APAEs Falta de serviço de referência para alguns municípios</p>	<p>Capacitação da APS para identificação precoce e busca ativa de pessoas com deficiências. Criação de serviço especializado no atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista. Organizar o fluxo de encaminhamento para as APAE, visando organizar o atendimento para os municípios que não dispõem de referência. Ampliação das vagas e regulação dos serviços ofertados pelas APAE. Acompanhamento do cumprimento dos contratos das APAE, especialmente quanto a oferta de vagas.</p>	esta parte estava no bloco da RAPS, foi trazida pra cá
MAC - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Garantir e ampliar a oferta de consultas e cirurgias nas especialidades: Angiologia, Cardiologia, Cirurgia vascular, Dermatologia,	<p>Necessidade de organização das diversas redes de atenção, especialmente a rede das pessoas com doenças crônicas, saúde materno-infantil, urgência e emergência e a rede de pessoas com deficiência Perfil epidemiológico aponta para a alta mortalidade por neoplasias e alta</p>	<p>Ampliar acesso a consultas especializadas nas regiões de saúde ou pactuar referências em outras regiões, garantindo a realização de cirurgias quando necessário Definir serviços de referência para as especialidades, organizando e/ou ampliando a contratação de prestadores Reavaliar e ajustar os contratos com prestadores de acordo com a necessidades das regiões</p>	<p>Consta em 7 regiões: região 8 (1º e 14º lugar), região 4 (2º lugar), região 7 (4º lugar), região 6 (5º lugar), região 5 (6º e 32º lugar), região 10 (16º e 20º lugar), região 9 (17º e 27º lugar), região 10 (18º lugar)</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
	Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia cirúrgica, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Proctologia, Reumatologia, Urologia.	<p>morbidade com internações por doenças dos aparelhos digestivo e endócrino.</p> <p>Oferta de consultas especializadas abaixo dos parâmetros preconizados, gerando demanda reprimida.</p> <p>Inexistência de referências regionais para algumas especialidades.</p>	<p>Utilização de parâmetros como norteador dos quantitativos contratados com os prestadores.</p> <p>Definição de fluxo para o encaminhamento aos serviços especializados</p>	
	Ampliação da oferta de exames complementares para o diagnóstico de baixa e média complexidade conforme parâmetros (mamografia, ecografias, ecografia com doppler, teste ergométrico, endoscopia, colonoscopia, tomografia, ECG, EEG, exames de patologia clínica)	<p>Necessidade de organização das diversas redes de atenção (especialmente a rede das pessoas com doenças crônicas, saúde materno-infantil, urgência e emergência e a de pessoas com deficiência)</p> <p>Redução dos encaminhamentos ampliando a resolutividade da APS.</p> <p>Falta de referência organizada dificultando o acesso.</p> <p>Oferta de exames especializados abaixo dos parâmetros preconizados, com cotas insuficientes para atender a necessidade, gerando demanda reprimida com longo tempo de espera.</p>	<p>Ampliar acesso a exames especializados nas regiões de saúde ou pactuar referências em outras regiões</p> <p>Revisar e redimensionar a capacidade instalada e a demanda reprimida desses exames, utilizando parâmetros como norteadores dos quantitativos contratados com os prestadores</p> <p>Utilizar a estratificação de risco para Regulação</p> <p>Adoção de protocolos para solicitação de exames complementares nas diversas especialidades em parceria com o Telessaúde</p>	<p>Consta em 6 regiões:</p> <p>Regiões 4 (2º e 9º lugar), região 10 (2º lugar), regiões 7 e 8 (4º lugar), região 5 (6º e 12º lugar), região 9 (8º, 17º e 28º lugar)</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
		<p>Aumento da demanda após a pandemia de Covid-19</p> <p>Inexistência de referências regionais para diversos exames especializados, fazendo com que os municípios encaminhem os pacientes via GERCON utilizando uma consulta para conseguir obter um exame diagnóstico em algum serviço que o ofereça</p>		
	<p>Estabelecimento de referência para exames de alta complexidade (Ressonância, retinografia colorida binocular, fundoscopia, arteriografias de membros, cateterismo cardíaco, ecocardiografia transtorácica, videolaringoscopia, CPRE, eletroneuromiografia, cintilografias, angiorressonância cerebral)</p>	<p>Falta de referência organizada dificultando o acesso.</p> <p>Cotas insuficientes para a necessidade, gerando demanda reprimida com longo tempo de espera.</p> <p>Aumento da demanda após a pandemia de Covid-19</p>	<p>Contratação de prestadores para aumentar a oferta de exames complementares</p> <p>Revisar e redimensionar a capacidade instalada e a demanda reprimida desses exames</p> <p>Utilizar a estratificação de risco para Regulação</p> <p>Adoção de protocolos para solicitação de exames complementares nas diversas especialidades em parceria com o Telessaúde</p>	<p>Consta em 6 regiões:</p> <p>Região 4 (2º, 9º e 11º lugar), região 10 (2º lugar), região 8 (4º lugar), região 5 (6º e 8º lugar), região 9 (8º e 27º e 28º lugar), região 10 (14º e 19º lugar)</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
	Ampliar e qualificar a Atenção à Saúde Bucal	<p>Necessidade de constituir uma Rede de Saúde Bucal Regional</p> <p>Dificuldade de acesso a ações de recuperação e reabilitação</p>	<p>Implantar Centros de Especialidades Odontológicas nas regiões de saúde</p> <p>Disponibilizar referências para a atenção especializada em saúde bucal</p> <p>Organizar a referência para atendimento ao trauma bucomaxilofacial</p> <p>Incentivo aos laboratórios de prótese dentária</p>	<p>Consta em 5 regiões:</p> <p>Região 6 (4º lugar), região 8 (5º lugar), região 4 (13º lugar), região 9 (24º lugar), região 4 (30º lugar)</p> <p>Região 8 (5º lugar) para o incentivo ao laboratório de prótese</p>
	Organizar e fortalecer a rede de traumato-ortopedia nas regiões de saúde	<p>Os serviços existentes não contemplam na integralidade as necessidades da região</p> <p>Dificuldade de acesso aos serviços especializados de média e alta complexidade</p> <p>Dificuldade de acesso pela porta de entrada para casos de urgência e emergência</p>	<p>Aumentar a oferta de serviços de média e alta complexidade nas regiões de saúde, garantindo atendimento a casos de urgência e eletivos</p> <p>Definir as competências considerando a capacidade de cada serviço, estabelecendo referências e contra-referências</p> <p>Reavaliar e pactuar os fluxos da traumato-ortopedia em CIB</p> <p>Avaliar o aumento do financiamento para a traumato-ortopedia, levando em consideração as diversas sub-especialidades que ela contempla</p>	<p>Consta em 5 regiões:</p> <p>região 5 (1º lugar), região 6 (1º e 2º lugar), região 8 (2º lugar), região 4 (4º lugar), região 7 (8º lugar)</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
		<p>Falta de clareza nos contratos hospitalares discriminando o rol de procedimentos a serem realizados</p> <p>Impacto da sazonalidade (verão) no acesso e na oferta eletiva dessa especialidade</p>		
GESTÃO E GOVERNANÇA	Qualificação do processo de Gestão e Governança	<p>Rotatividade de gestores.</p> <p>Ausência de setor de planejamento nas Secretarias Municipais de Saúde.</p> <p>Falta de profissionais de carreira na área técnica da gestão municipal</p> <p>Incompatibilidade entre os instrumentos de gestão (PMS, PAS) com as ações efetivamente realizadas.</p> <p>Reduzida participação popular nos Conselhos Municipais de Saúde.</p>	<p>Qualificação dos gestores e conselheiros municipais de saúde (já consta no bloco Educação em Saúde)</p> <p>Uso efetivo dos instrumentos de gestão para monitoramento e avaliação.</p> <p>Estruturação de um setor de planejamento dentro das SMS para elaboração dos instrumentos de gestão, acompanhamento dos indicadores e uso correto dos recursos financeiros.</p> <p>Criação e manutenção de um quadro com profissionais técnicos efetivos para a gestão municipal.</p> <p>Aproximação dos instrumentos de gestão e planejamento com a execução orçamentária</p>	<p>Consta em 2 regiões:</p> <p>região 4 (12º lugar) e região 5 (17º lugar)</p>
	Qualificação da gestão financeira nos municípios, monitorando a despesa municipal, estadual e federal (global) <i>per capita</i> em saúde, com vistas a ampliação do gasto	<p>Saldo de recursos vinculados em contas estaduais e federais.</p> <p>Emendas parlamentares de aplicação livre pelos prestadores, sem pactuação dos municípios e CRS.</p> <p>Alteração na forma de computação dos serviços terceirizados que passarão a incidir no índice de pessoal dos</p>	<p>Capacitação para qualificação da gestão financeira, otimizando a utilização dos recursos vinculados.</p> <p>Monitoramento e avaliação dos gastos em saúde através do DIGISUS.</p> <p>Desenvolvimento de uma metodologia para o acompanhamento do gasto do recurso das emendas parlamentares</p> <p>Qualificação do processo licitatório para melhor aproveitamento dos recursos financeiros</p>	<p>Consta em 4 regiões: região 10 (3º lugar), região 5 (5º lugar), região 9 (12º lugar) e região 4 (25º lugar)</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
		<p>municípios. A região 10 apesar de possuir a maior receita, é uma das regiões que menos investe.</p> <p>Região 9 apresenta a 3ª menor transferência(97,79) da macro metropolitana.</p>	<p>Ampliar os recursos para a saúde na região 10 e comparar os gastos entre as esferas</p>	
	<p>Avançar na regionalização da saúde melhorando o acesso aos serviços de saúde, especialmente aos de média e alta complexidade, considerando a necessidade das regiões de saúde no processo de contratação de prestadores e explicitando claramente as responsabilidades de cada prestador de serviço.</p>	<p>Regionalização e Organização das Redes.</p> <p>Cumprir a legislação do SUS, regionalizando os serviços, diminuindo vazios assistenciais, aumentando a resolutividade e oferecendo serviços mais próximos aos usuários</p> <p>Baixa eficácia na organização e gerenciamento das filas de espera levando ao agravamento do quadro clínico do paciente.</p> <p>Falta de conhecimento técnico por parte dos servidores municipais responsáveis pela Regulação.</p> <p>Levantamento das especialidades realizado em 2021 evidenciou serviços pactuados que não estavam sendo referência e também serviços sendo ofertados sem pactuação.</p> <p>Maior clareza sobre as referências e pactuações entre os prestadores e</p>	<p>A contratação de novos prestadores deve atender às necessidades apontadas pelas regiões de saúde e os serviços devem ser regulados <i>(bloco da MAC)</i></p> <p>Incentivo à implantação e organização da Regulação Municipal, com responsável técnico e capacitando e reduzindo a rotatividade dos trabalhadores <i>(bloco da MAC)</i></p> <p>Revisar as pactuações e dados do SCNES, dando transparência aos serviços referenciados e municípios atendidos</p> <p>Formar comissão técnica regional para monitorar, avaliar e ajustar referências e pactuações</p>	<p>Consta em 3 regiões:</p> <p>região 8 (2º, 3º, 8º e 12º lugar), região 5 (10º lugar), região 9 (29º lugar),</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
		municípios referenciados		
	Implementar avanços nos Sistemas de Informação possibilitando a integração entre os serviços dos diversos níveis de atenção (APS e MAC) para melhor acompanhamento do cuidado do usuário, viabilizando o monitoramento das diversas linhas de cuidado.	<p>Serviços de Saúde que se limitam às informações prestadas pelos usuários, no momento da consulta, não permitem fornecer um diagnóstico mais preciso, necessitando de mais tempo para avaliação, deixando insegura a equipe quanto à terapêutica mais indicada para o paciente.</p> <p>Evitar excessivos gastos em duplicidade de exames ao mesmo usuário devido a falta de integração entre os diversos prestadores de serviços (baixa e alta complexidade)</p> <p>As Vigilâncias tem o sistema de informação mais frágil no SUS;</p> <p>Baixa qualidade do registro nos sistemas de informação e integração com a base de dados.</p> <p>Financiamento da APS atrelado a base de dados dos municípios</p>	<p>Acesso das informações do usuário tanto pela Atenção Básica quanto pela Alta Complexidade.</p> <p>Interoperabilidade dos sistemas de informação, de forma que não fossem separados e não comunicáveis entre si</p> <p>Investir em um sistema tecnológico integrado que dê conta das necessidades de informações pertinentes à Vigilância em Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adequar a estrutura lógica das redes, nas UBS; - incentivar um profissional de TI nas UBS, com olhar na saúde; - Qualificação profissional para os registros; - Criar grupos de monitoramento e avaliação dos dados municipais e estaduais 	<p>Consta em 3 regiões:</p> <p>região 10 (7º e 27º lugar), região 7 (14º lugar) região 9 (22º e 31º lugar)</p>
	Melhoria no cumprimento das contratualizações dos prestadores.	<p>Demanda reprimida no GERCON e SISREG por consultas médicas especializadas e exames de diagnóstico não disponíveis na região.</p> <p>Controle, avaliação e monitoramento dos contratos com os prestadores com</p>	<p>Acesso dos gestores aos contratos dos prestadores e à lista interna dos hospitais após a primeira consulta</p> <p>Demandar um plano de compensação aos prestadores de serviço de serviços já pagos e não realizados</p> <p>Cumprimento das metas quantitativas dos contratos com os hospitais e</p>	<p>Consta em 3 regiões:</p> <p>região 4 (1º lugar), região 9 (4º lugar) e região 5 (30º lugar),</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
		a retomada das reuniões das CAC	serviços especializados; Retomada das CACs	
	Ouvidoria do SUS	Pequena utilização pela população da Ouvidoria do SUS. Lei 13.460 (Código de defesa do usuário do serviço público). Ausência de resposta dos municípios em prazo legal.	* Considerando o porte populacional, implementar Ouvidoria do SUS no município de Capão da Canoa com indicação e capacitação de um servidor para atuar como ouvidor para as demandas da saúde. * Para os demais municípios da região 4 designação de um servidor interlocutor, responsável pelo recebimentos das demandas e registro das respostas via sistema OuvidorSUS. * Oferta de pelo menos uma capacitação anual para os servidores municipais que atuem em ouvidorias municipais da saúde. * Realização da divulgação da Ouvidoria do SUS para a população da região. * Orientação para a elaboração e estímulo à utilização dos relatórios anuais da Ouvidoria como instrumentos de gestão. * Designação/manutenção de um servidor interlocutor, responsável pelo recebimentos das demandas e registro das respostas via sistema OuvidorSUS. * Oferta de pelo menos uma capacitação anual para os servidores que atuem em ouvidorias municipais da saúde. * Realização da divulgação da Ouvidoria do SUS para a população da região. * Orientação para a elaboração e estímulo à utilização dos relatórios anuais da Ouvidoria como instrumentos de gestão. * Melhorar o tempo de resposta das SMS.	Consta em 2 regiões: na região 5 (21º lugar) e região 4 (34º lugar)
	Qualificação das demandas judiciais	Boa parte do orçamento municipal dos municípios da Região são gastos com os processos judiciais, sem critérios técnicos, para tratamentos e medicamentos	- Necessidade de intervenção das 3 esferas de governo para ampliar o diálogo; - Promover a interlocução com o judiciário e rever os fluxos para reverter a judicialização na saúde.	Região 7 (3º lugar)
EDUCAÇÃO	Implantar a Política de	Pouca utilização do processo de educação permanente.	Formação articulada dos diferentes atores envolvidos no SUS: gestores, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços, controle	Consta em 6 regiões:

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
EM SAÚDE	Educação Permanente em Saúde nos territórios, articulada entre municípios e SES/RS.	<p>Alta rotatividade e baixa qualificação dos trabalhadores do SUS.</p> <p>Falta de multiplicação do conhecimento adquirido em cursos/capacitações.</p> <p>Baixa motivação e adesão dos trabalhadores.</p> <p>Necessidade de revisão dos fluxos dos serviços e processos de trabalho.</p> <p>Baixa participação nas instâncias de pactuação (Setec, CIR, CIB)</p>	<p>social e instituições formadoras na saúde.</p> <p>Capacitação dos gestores para o fortalecimento da gestão do SUS, com ênfase na participação dos gestores nos espaços de pactuação (Setec, CIR, CIB, pactuações de indicadores)</p> <p>Estímulo às práticas de educação permanente conforme demanda dos trabalhadores, especialmente na APS, como proposta para transformação das práticas de serviço.</p> <p>Estímulo à reuniões de equipes visando organização do processo de trabalho e aprimoramento da atenção à saúde.</p> <p>Capacitações baseadas no alcance de indicadores de saúde, demanda e perfil epidemiológico do município.</p> <p>Capacitações dos profissionais para utilização dos protocolos do Telessaúde.</p> <p>Acolhimento e capacitação aos novos servidores municipais.</p> <p>Estímulo para o uso de tecnologias de ensino como o EAD.</p> <p>Implantação de Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva - NUMESC.</p> <p>Implementação dos Planos de Integração Ensino-Serviço.</p> <p>Fortalecimento do controle social articulando e democratizando o conhecimento entre profissionais, gestores e conselheiros</p> <p>Realização de XX capacitações para as equipes hospitalares (veio da RUE)</p> <p>Elaboração de um Plano Macrorregional de Educação em Saúde</p>	<p>região 9 (1º, 3º e 32º lugar)</p> <p>região 8 (11º lugar)</p> <p>região 10 (12º lugar)</p> <p>região 5 (13º lugar)</p> <p>região 7 (16º lugar) região 4 (26º lugar)</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
			Coletiva Desenvolvimento de um sistema de informação para ações de educação em saúde	
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	Ampliar cobertura de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias. Capacitação destes profissionais	<p>ACS em número inferior à necessidade.</p> <p>A ausência de vigilância nas Violências impede conhecer, prevenir e realizar intervenções neste campo, gerando mais violência e prejuízos físicos, psicológicos e sociais à sociedade.</p> <p>A ausência de Política da Vigilância em Saúde do Trabalhador impede conhecer os efeitos que o trabalho possui nos indicadores da morbimortalidade no território.</p> <p>Na área das Imunizações é fundamental os Agentes Comunitários de Saúde se capacitarem a realizarem leitura da carteira de vacinação para realizarem busca ativa da população prioritária.</p> <p>Ampliar a capacidade dos ACS de dialogar com o território para potencializar a produção de saúde na comunidade.</p> <p>Oferecer melhor assistência aos usuários do território em situação de maior vulnerabilidade.</p>	<p>Aproximação da comunidade no território.</p> <p>Ampliar e qualificar o trabalho e a formação do ACS. Vínculo Fortalecido, com Plano de Carreira do RH no SUS.</p> <p>Na área das Imunizações é fundamental os Agentes Comunitários de Saúde se capacitarem a realizarem leitura da carteira de vacinação para realizarem busca ativa da população prioritária.</p> <p>Agentes Comunitários capacitados para realização de busca ativa, principalmente em populações mais vulneráveis, realizando acompanhamento qualificado ao pré-natal e adequado atendimento no território ao puerpério e recém-nascido.</p>	<p>A região 10 priorizou duas vezes (ranking 8 e 17) Regiões 4 e 5 mencionam aumento de cobertura de ACS nas ações do item aumento de cobertura de APS</p> <p>REgião 9 (21º lugar), região 10 (23º lugar) (veio da GESTão)</p>
	Ampliar cobertura de Saúde Bucal na APS	Muito baixa cobertura de saúde bucal, tanto na ESF quanto na AB em geral. Pós covid, aumento de casos de bruxismo, falta de acesso aos serviços	<p>Implantação de novas equipes de Saúde bucal em todos os municípios, priorizando ações de promoção e prevenção.</p> <p>Ampliação de serviços Básicos e especificamente Buco-facial e acesso</p>	Consta em 4 regiões - na região 4 (33º lugar), região 5 (23º lugar), região 9 (15º lugar) e região 10 (21º lugar)

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
		básicos e de maior complexidade	ao CEO.	
	Ampliar cobertura vacinal Ampliar e qualificar a cobertura vacinal de crianças e adolescentes	A baixa cobertura vacinal, conforme verificado nos indicadores. Cobertura abaixo do preconizado em diferentes imunobiológicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico situacional e busca ativa das equipes/ACS; - Divulgação do calendário e estímulo à vacinação, com usuários e profissionais; - Facilitação do acesso às salas de vacina, com horário estendido e ampliação de salas, - Verificação da situação vacinal em salas de espera ou outros espaços de atendimento, aproveitar a janela de oportunidade; - Fortalecimento das ações do Programa Saúde na Escola; - Regularização do quantitativo de imunobiológicos ofertados aos municípios. <p>* Combate às fake news sobre imunização.</p> <p>* Ampliar a oferta de capacitação para os profissionais de sala de vacina.</p> <p>* Aproveitar os atendimentos nas unidades de saúde para conferir a situação vacinal</p>	Consta em 3 regiões - na região 4 (14º lugar), região 5 (15º lugar), região 7 (11º lugar)
	Ampliar, qualificar o diagnóstico e tratamento das doenças transmissíveis	<ul style="list-style-type: none"> * Aumento de novos casos de HIV, tuberculose, sífilis, Covid-19, especialmente no ambiente prisional. * Abandono ao tratamento de tuberculose * Admissão na Penitenciária Modulada de Osório de pacientes oriundos de outras unidades prisionais sem histórico. * Aumento da incidência de sífilis em todas idades, adulto, sífilis congênita, gestantes 	<ul style="list-style-type: none"> * Sensibilização dos profissionais para o diagnóstico precoce e tratamento humanizado, aumentando as testagens * Busca ativa e acompanhamento para o tratamento precoce. * Prescrição de tratamento para a sífilis conforme a classificação clínica. * Realização do tratamento diretamente observado para a tuberculose na APS. * Transferência do paciente da unidade prisional com seu histórico e continuidade de tratamento de tuberculose * Implantação da CCIH em todos os hospitais da região com capacitação permanente para seus membros. 	Consta em 2 regiões - na região 4 (27/35º lugar), região 5 (11º lugar),

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
			* Referência na região (hoje só sanatório Partenon)	
	Qualificação da Rede de Atenção ao cuidado à criança, ao adolescente e à mulher	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa redução da taxa de mortalidade infantil. - Aumento de casos de sífilis congênita e HIV. - Busca por consulta de pediatria nos pronto-atendimentos. - Baixa cobertura vacinal. - Demanda reprimida para oftalmologia pediátrica. - Baixa utilização de serviço de saúde pelos adolescentes. - Aumento da incidência de violências, auto-lesões provocadas e demais questões de saúde mental nos adolescentes. - Gravidez na adolescência. - Padronização no atendimento do pré natal - Baixa cobertura de exames preventivos de câncer de mama e útero. - Aumento das notificações de violência contra a mulher. 	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa redução da taxa de mortalidade infantil. - Aumento de casos de sífilis congênita e HIV. - Busca por consulta de pediatria nos pronto-atendimentos. - Baixa cobertura vacinal. - Demanda reprimida para oftalmologia pediátrica. - Baixa utilização de serviço de saúde pelos adolescentes. - Aumento da incidência de violências, auto-lesões provocadas e demais questões de saúde mental, nos adolescentes. - Gravidez na adolescência. - Padronização no atendimento do pré natal - Baixa cobertura de exames preventivos de câncer de mama e útero. - Aumento das notificações de violência contra a mulher. - Qualificação das equipes de APS para o atendimento à criança, com base nos instrumentos normativos. - Expansão do PSE e do PIM, especialmente nas áreas de vulnerabilidade social. - Sensibilização para a importância da vacinação, com busca ativa. - Consulta de oftalmologia pediátrica (rever o prestador e aumentar a oferta). - Aumento da oferta de leitos de UTI neonatal. - Ações intersetoriais entre saúde, educação e assistência social. - Qualificação das equipes de APS para o atendimento ao adolescente. - Desenvolvimento de ações junto à comunidade com temas de interesse do adolescente. - Oferta regular e ampla de métodos contraceptivos. Fortalecimento das Ações intersetoriais 	Consta em 3 regiões região 4 (37º lugar), região 5 (16,17 1 18º lugar), região 6 (16º lugar)

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
			<ul style="list-style-type: none"> - Expansão e fortalecimento do PSE e ações de Educação Permanente em Saúde com foco à saúde mental, gravidez, DSTs e importância das imunizações. <li style="padding-left: 20px;">- Criação de protocolo regional - Sensibilização para o autocuidado e uso dos serviços ofertados pela APS. - Contratação de mais prestador de serviço para realização de exames citopatológicos. <li style="padding-left: 20px;">- Cumprimento da obrigatoriedade da notificação de violência. - Qualificação para o acolhimento da vítima de violência na APS e pronto-atendimentos. <li style="padding-left: 20px;">- Constituição de rede intersetorial para prevenção/atendimento à vítima de violência. 	
	Ampliar cobertura de Equipe de Saúde da Família/APS, bem como qualificar os profissionais que compõem estas equipes	<ul style="list-style-type: none"> - O aumento do número de equipes não acompanhou o aumento populacional das regiões. - Garantir a resolutividade neste nível de atenção. - Fortalecimento das ações de prevenção e promoção em saúde e do financiamento da APS. - A importância da APS como ordenadora do cuidado. - Baixa resolutividade da APS, consequente agudização das condições crônicas e alta demanda de consultas de urgências e especializadas que poderiam ser resolvidas na APS. - Melhorias no processo de trabalho das Equipes. - Equipes incompletas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar e fortalecer a Atenção Básica no território. - Fortalecer Atenção Básica com financiamento, Matriciamento SADT e ampliação de serviços no território. - Fazer solicitação dos serviços e equipes via egestor. - Retomar as oficinas da planificação em saúde; - Qualificação para uso dos sistemas de informação da APS, com suporte técnico; - Fortalecer a APS como porta de entrada, com foco na prevenção; - Incentivar a implantação dos NUMESC para promover a educação continuada dentro das equipes e/ou parcerias com universidades/educação em saúde; - Incentivar a cultura das reuniões de equipes; - Fomentar o uso do Telessaúde por todos profissionais, dentro das equipes; - Incrementar e fortalecer os "Mais Médicos". - Retorno das atividades em grupo e atividades de Educação Permanente. - Estimular a implementação das PICS nos municípios. 	<p>Consta em 6 regiões</p> <p>região 4 (3º/7º lugar), região 5 (20º/ 17ºlugar), região 7 (12º lugar), região 8 (15º lugar), região 9 (11º lugar) e região 10 (10º lugar)</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
		<ul style="list-style-type: none"> - Baixa cobertura de APS em algumas regiões. - Falta de apoio financeiro, matricial e serviços de apoio de diagnóstico. - Usuários sem vínculo com uma equipe de saúde da família, possui, portanto, menor adesão ao tratamento. - Alta taxa de morbi mortalidade por DCNT, e por situações sensíveis à APS - Agudização de pacientes crônicos, aumentando a demanda nos Pronto-atendimentos. - Alto número de encaminhamentos para atenção especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuidade da utilização de metodologias para qualificação do atendimento na APS, como a Planificação da Atenção à Saúde e/ou Rede Bem Cuidar - Utilização de um instrumento para identificação de risco familiar(ex:Escala Coelho ou outra). - Estratificação do risco dos pacientes portadores de doenças crônicas. - Qualificação das equipes de APS, com ações de educação permanente e continuada. - Garantia da APS como ordenadora do cuidado. - Matriciamento da APS pelos profissionais de atenção especializada. - Utilização do Telessaúde como suporte técnico. - Adesão e expansão das ações do Rede Bem Cuidar a todas as unidades de saúde do município - Qualificação dos registros nos sistemas oficiais de informação. - Adoção de fluxos de atendimento dentro da rede municipal de saúde com adoção de protocolos. - Qualificação da APS para o acolhimento e acompanhamento dos pacientes pós covid. 	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Organização da Vigilância em Saúde	<p>Falta de profissionais</p> <p>Alta rotatividade</p> <p>Ausência de instâncias julgadoras</p> <p>Ausência de padronização dos registros</p>	<p>Qualificação das equipes municipais</p> <p>Formação de equipes por concurso</p> <p>Sensibilização dos gestores/reg. no CNES</p> <p>Organizar protocolos de VS</p> <p>Adesão e capacitação para o uso do SIVISA</p>	<p>Consta em 4 regiões:</p> <p>R04 (10º e 31º lugar)</p> <p>R05 (22º e 37º lugar)</p> <p>R06 (14º lugar)</p> <p>R09 (20º lugar)</p>
	Qualificação da Vigilância Sanitária	<p>Construção e reforma de estabelecimentos de saúde sem aprovação de projeto arquitetônico</p> <p>Serviços de radiologia sem controle de qualidade</p>	<p>Sensibilizar gestores para a elaboração de proj. arquitetônico e cumprimento do projeto</p> <p>Aplicação de instrumento de ambiência</p> <p>Exigência dos controles de qualidade</p>	<p>R04 (31º lugar)</p> <p>R05 (37º lugar)</p>

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
		Ausência de cadastros interligados ao Estado (utiliz. como ferramenta de gestão)	Adesão ao SIVISA	
	Ações em Saúde do Trabalhador	PMS não contempla ações em saúde do trabalhador Baixa notificação de doenças e agravos		R04 (32º lugar) R05 (26º lugar)
	Ampliação do fornecimento de água tratada	SAC sem tratamento e presença de E. coli Expansão das áreas urbanas sem cobertura de SAA	Tratamento das SACs e monitoramento contínuo da qualidade Desenv. de ações intersetoriais para expansão de redes de distribuição de água tratada	R04 (17º lugar) R05 (29º lugar)
	Destinação adequada de resíduos	Comprometimento do solo e mananciais Transporte de resíduos sólidos para SC e outras regiões do RS	Ampliação da coleta seletiva Educação para redução e separação Ações intersetoriais para destinação adequada.	R04 (22º lugar) R05 (27º lugar)
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Qualificação da Assistência Farmacêutica	*Alto índice de Judicialização. *Falta de gestão farmacêutica nas UBS gerando custos, resíduos e falta de acompanhamento do tratamento do usuário: Uso irracional de medicamentos *Ausência de profissionais para dispensação dos medicamentos nas UBS *Falta de logística: atraso na entrega por parte do estado	* Utilização efetiva da REMUME para aquisição de medicamentos pelos municípios. * Implantação de um sistema informatizado para dispensação e acompanhamento do uso de medicamentos. Buscar espaços de diálogo para uma aproximação com a Defensoria Pública e Ministério Público * Supervisão técnica nas Unidades. * Criação de um fluxo padronizado para atendimento ao usuário.	(Camila:) Aglutinei todos como uma única prioridade, pois as justificativas eram comuns a todas as regiões. Obs: Os colegas da AF concordaram com essas ações/serviços a serem adotados 6 regiões: região 9 (5º lugar) região 4 (7º lugar) região 5 (9º lugar) região 8 (9º lugar)

BLOCO	PRIORIDADES	Justificativa/ embasamento	Ação ou serviço de saúde	Regiões
		*Não utilização da REMUME para aquisição de medicamentos.	* Implantação de logística para a dispensação dos medicamentos. * Estímulo à implantação de farmácia viva. * Estímulo à implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica nos municípios: Buscar legitimar trocas de medicamentos e insumos estratégicos entre municípios da Região *Realização de Pregão regional . *Adesão ao Farmácia Cuidar+ Criação de uma Comissão Regional para a Assistência Farmacêutica e insumos estratégicos	região 10 (11º lugar) região 6 (13º lugar)

4 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES - DOMI

O capítulo DOMI trará as respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; as responsabilidades dos entes federados no espaço regional; e a programação geral das ações e serviços de saúde foram elaboradas tendo como base o diagnóstico regional iniciado em 2018 e revisado em 2021 e as necessidades de saúde identificadas e priorizadas no GT PRI. Em relação à Análise Situacional de Saúde, em especial ao cenário epidemiológico, algumas situações não foram incluídas como metas no DOMI em função de estarem contempladas nas metas pactuadas em âmbito estadual (descrito no capítulo 2.8).

DIRETRIZ 1: Ampliação e qualificação das **Redes de Atenção à Saúde** na macrorregião metropolitana.

OBJETIVO 1.1 - Reorganizar e qualificar a Rede de Urgência e Emergência em seus vários componentes.

Nº META	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
---------	-------------------	------------------	-----------	--------------------------------------

1.1.1	Ampliar de 64% para 80% a cobertura das unidades de SAMU básico.	80% de cobertura	Número de equipes ampliadas	RS MS Municípios
1.1.2	Ampliar de 66% para 80% de cobertura de SAMU avançado na macrorregião metropolitana 0 na 18ª, Viamão e Cachoeirinha na região 10, 1 para Região Carbonífera região 9, 1 na região 6, 1 na região 7, 1 na região 8,	80% de cobertura (22 municípios com USA)		
Ação 1	Pactuar em CIB novos pedidos de habilitação regional, com cobertura para, no mínimo, mais 06 municípios			
Ação 2	Atualização do PAR da macrorregião metropolitana, apontando a necessidade da revisão das pactuações financeiras dos três entes federados.			SES RS MS SMS
Ação 3	Reorganização das referências regionais do SAMU com pactuação em CIR e CIB.			SES RS SMS
Ação 4	Incentivo da Implantação e necessária atualização do repasse do MS aos municípios			
Ação 5	Coordenação de Urgências da SES avaliar as demandas e definir, juntamente com os municípios, as ampliações de forma regional e conforme a situação e necessidades de saúde.			
Ação 6	Propor criação de central de regulação macrorregional com incentivo de implantação e custeio			

Ação 7	Criação de protocolos (fluxos) para organização da porta de entrada pré-hospitalar de urgência em todos os municípios			Estado/MS/
Ação 8	Revisão da CIB 005/2018 redefinindo os responsáveis pelo transporte para transferência inter-hospitalar.			
Ação 9	Criação de fluxos com as responsabilidades dos hospitais que recebem o incentivo de Porta Aberta			
1.1.3	Ampliar a adesão dos municípios ao Chamar 192 de 20% para 50%, mediante financiamento permanente do Programa (considerar os elegíveis)	50% (16 municípios)	Adesão de 100% dos municípios elegíveis	SES RS SMS
Ação 1	Incentivo de custeio mensal e permanente do estado ao Chamar 192			Estado
1.1.4	Ampliação em 40% dos leitos de UTI adulto nas Regiões 06, 07 e 09	10% ao ano 40% ao final dos 04 anos		
Ação	Qualificação das regulações			
Ação	Assegurar que a regulação seja feita com base na especialidade fim da UTI (ex: por especialidades)			
Ação	Centrais interligadas de posse de todos os leitos (UTI, leitos clínicos, cirúrgicos, cuidados prolongados e internação domiciliar)			
Ação	Retomada da atuação do Grupo Condutor no estado			
1.1.5	Ampliação em 30% de leitos UCO na macro metropolitana		em 4 anos	

Ação	Pactuar referência hospitalar de cardiologia no litoral (R04 e R05)			
1.1.6	Ampliar em 20% os leitos habilitados na linha de cuidado do AVC na macro metropolitana		em 4 anos	
Ação	Pactuar referências nas regiões 6 e 9			
	Ampliação em xx dos leitos IAM			
Ação				
1.1.7	Ampliação em 20 % dos leitos clínicos na macrorregião de saúde metropolitana			
Ação 1	Realizar qualificação e fiscalização dos leitos que não sejam de UTI, de forma a contemplarem os requisitos mínimos de funcionamento			
Ação 2	Verificar o subsídio técnico para identificar necessidade de ampliação de leitos UCO			
1.1.8	Aumentar de 22,6% para 40% leitos de cuidados prolongados na macrorregião metropolitana conforme parâmetros assistenciais	ao final de 4 anos		
	Levar para discussão junto ao MS e CIT adequação dos critérios de habilitação dos leitos prolongados de forma que permitam habilitação em hospitais de pequeno porte			
Ação	Investimento para melhoria tecnológica com o objetivo de aumentar a resolutividade dos hospitais conforme o desenho das RAS			

Ação	Revisar os critérios epidemiológicos e sociodemográficos devido à sazonalidade da Operação Verão, considerando as necessidades territoriais com aporte financeiro adequado			
1.1.9	Aumentar de 35 para 55 Equipes Multiprofissionais de Atendimento Domiciliar (EMAD) na macrorregião metropolitana	2024:5 2025:5 2026:5 2027:5		MS SES Municípios
1.1.10	Aumentar de oito para 12 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) na macrorregião metropolitana	2024:1 2025:1 2026:1 2027:1		
Ação	Apoio financeiro de custeio e investimento do estado para o co-financiamento das EMAD e EMAP			
Ação	Definir referência para o atendimento ao trauma bucomaxilo facial.			
1.1.11	Regularizar os Pronto-atendimentos na macrorregião de saúde, conforme Note Técnica VS 02			
Ação 1	Apresentar a legislação vigente para habilitação de PA no RS			
Ação 2	Apresentar outras possibilidades de organização da RAS para atendimento de urgências de baixa e média complexidade (ex:EAPS,s)			

OBJETIVO 1.2 - Fortalecer e qualificar a atenção à saúde mental.

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
1.2.1	Atingir 55% de equipes da Atenção Básica realizando no mínimo 4 (quatro) atividades em grupo relativas ao tema da saúde mental, em todos os municípios com menos de 200 mil habitantes da macrorregião metropolitana.	55% de equipes	Proporção de equipes com atividades coletivas de saúde mental realizadas	SES Municípios
1.2.2	Atingir 30% de equipes da Atenção Básica realizando no mínimo 4 (quatro) atividades em grupo relativas ao tema da saúde mental, em todos os municípios acima 200 mil habitantes da macrorregião metropolitana.	30% de equipes	Proporção de equipes com atividades coletivas de saúde mental realizadas	SES Municípios
1.2.3	Aumentar de 38,1% para 100% os municípios que realizam no mínimo uma atividade de saúde mental anual no PSE.	100% dos municípios com PSE	Proporção de municípios com adesão ao PSE que realizam ações de saúde mental	SES Municípios
1.2.4	Realizar no mínimo 12 ações anuais de matriciamento para a Atenção Básica por todos os CAPS da macrorregião metropolitana.	100% dos CAPS	Proporção de CAPS com no mínimo 12 ações de matriciamento para AB	SES Municípios
1.2.5	Implantar Comitê Municipal de Prevenção e Posvenção ao Suicídio em 40% dos municípios da macrorregião metropolitana	40% dos municípios (36 municípios). 8	Nº de municípios com comitê implantado	SES Municípios

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
		municípios ao ano		

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
1.2.6	Realizar ao menos uma ação de educação em saúde mental para os trabalhadores da rede de atenção à saúde ao ano.	100% dos municípios	Proporção de municípios com no mínimo uma ação de educação em saúde mental aos trabalhadores da saúde	SES Municípios
1.2.7	Aumentar de 87,3% para 100% os municípios com notificações de casos de violência.	100% nos quatro anos	Proporção de municípios com notificação de casos de violência	MS SES Municípios
1.2.8	Ampliar de 43 para 60 Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) em funcionamento nos municípios da macrorregião metropolitana.	60 equipes	Número de AMENT implantados	MS SES Municípios
1.2.9	Ampliar de 52 para 60 o número de CAPS na Atenção Especializada da RAPS. (32 municípios possuem CAPS (Tipo I, Tipo II ou Tipo III), 11 do tipo CAPS AD (álcool e drogas) e 9 CAPS tipo i (infantil)- olhar mapa para ver distribuição., 18 CRS: tem 4 CAPSI e 1 CAPSII META 5 CAPS I (intenção em IMBÉ)		Número de CAPS implantados	MS SES Municípios

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
1.2.10	<p>Ampliar de 9 para 15 o número de dispositivos Residenciais Terapêuticos Públicos na Atenção Especializada da RAPS.</p> <p>Somente 10% com Residencial, 18aCRS: não tem e não terá</p> <p>(Susana verá no PAR da RAPS o que está previsto para a 1ª CRS.)</p>		Número de Residenciais terapêuticos implantados	MS SES Municípios
1.2.11	<p>Ampliar de 1.066 para 1200 o número de leitos de Saúde Mental na Atenção Especializada da RAPS</p> <p>(Aguardar Susana ver no PAR da RAPS o que está previsto para a 1ª CRS e totalizar.)</p>		Número de leitos implantados	MS SES
Ação 1	Ampliar de 10 para 20 o número de leitos de saúde mental no hospital de Osório	10 leitos novos	Número de leitos implantados	
Ação 2	Implantar 10 leitos de saúde mental no hospital de Guaíba	10 leitos novos	Número de leitos implantados	
Ação 3	Ampliar de 9 para 17 leitos de saúde mental no hospital de Charqueadas	8 leitos novos	Número de leitos implantados	
Ação 4	Ampliar de 10 para 15 leitos de saúde mental no hospital de Novo Hamburgo	5 leitos novos	Número de leitos implantados	

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
Ação 5	(Susana verá no PAR da RAPS o que está previsto para a 1ª CRS.) Avaliar aumento de leitos em Cambará do Sul, São Leopoldo, Taquara, Considerar parâmetros assistenciais (PT 1631/2015)			
1.2.12	Manter a Taxa de internação por Transtorno Mental e Comportamental em 338/100.000 habitantes	338/100.000 hab	Taxa de internação por Transtorno Mental e Comportamental	

OBJETIVO 1.3 - Qualificar e ampliar a Rede Materno-Infantil

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
1.3.1	Ampliar de 51% (45 municípios) para 70% (63 municípios) o número de municípios com adesão ao PIM	63 municípios (70%)	Nº de municípios com PIM implantado	SES Municípios
Ação 1	Realizar espaços de experiências exitosas entre municípios para auxiliar na adesão/implantação do PIM			
Ação 2	Manutenção dos editais de adesão ao programa			
Ação 3	Coordenação da APS trabalhar em parceria com a coordenação do PIM			
1.3.2	Atingir 50 % de cobertura vacinal da covid em mulheres em idade fértil.	70%	Nº de gestantes com vacina covid	MS SES Municípios
Ação 1	Instituir campanhas para a sensibilização para a importância da imunização de acordo com o calendário vacinal da gestante.			
Ação 2	Alinhar a forma de registro das gestantes pelas equipes de saúde dos municípios da macro metropolitana			
1.3.3	Ofertar no mínimo 1 capacitação anual sobre acolhimento às vítimas de violência, para APS e pronto-atendimentos, em todos os municípios da metropolitana.	4	Nº de capacitação ofertadas para AB sobre violência	SES Municípios
Ação 1	Articular encontros sobre o tema com as secretarias da assistência social,			

N°	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
	definindo o papel de proteção de cada serviço da rede			

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
1.3.4	Ofertar no mínimo um encontro anual sobre acolhimento e manejo das infecções sexualmente transmissíveis as equipes de saúde dos municípios da macro metropolitana em situações de violência	4	Nº de encontros realizados	SES CRS Municípios
1.3.5	Aumentar de 39% para 50 % a realização/oferta de exames de mamografia de rastreamento, conforme estimado pelos parâmetros assistenciais preconizados (INCA) para a macrorregião metropolitana			
1.3.6	Contratualizar no mínimo 1 prestador hospitalar para a realização de cirurgias de métodos contraceptivos definitivos (laqueadura e vasectomia) por região de saúde	7 prestadores	Nº de prestadores contratualizado para laqueadura e vasectomia	MS SES Prestadores
Ação	Mapear os potenciais prestadores das Regiões para propor pactuação em CIR			
Ação	Atualização da Tabela SUS			
Ação	Proposta de protocolo estadual para realização do procedimento pós parto			
1.3.7	Atingir no mínimo 45% de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação na média dos municípios da metropolitana	45%	Proporção de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação	MS SES CRS Municípios
Ação 1	Adotar protocolos técnicos (saúde da mulher, pré-natal, saúde da criança) pelas equipes municipais de APS e equipes de apoio (gineco e pediatra)			

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
Ação 2	Capacitar as equipes de APS de acordo com Notas Técnicas e/ou protocolos do MS e/ou SES			
Ação 3	Retomada das atividades do Grupo Condutor da RAMI-Rede de atenção materno-infantil			
1.3.8	Implantar uma referência de AGAR tipo I em cada Região da macrorregião metropolitana	2023: um Agar Tipo I para Regiões 6,7,8 2024:um Agar 2025: 2026:		
Ação	Identificação dos potenciais prestadores nas Regiões e considerar viabilidade técnica para pactuação			
1.3.9	Pactuar habilitação de leitos de Gestaçao de Alto Risco em todas Regiões da metropolitana			MS
Ação 1	Habilitação de 15 leitos GAR no hospital de Tramandaí (tem processo tramitando)			
Ação 2	Ampliação de leitos de XX para XX GAR em Novo Hamburgo, São Leopoldo e Canoas(no mínimo +2 leitos)			
1.3.10	Implantar leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal e leitos canguru em todas as regiões da metropolitana			

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
1.3.11	Ampliar a implantação do ambulatório para egressos de UTI neonatal			este serviço está contemplado no assistir
	Ampliar ambulatório para egressos de UTI neonatal nas regiões do litoral (não há na 4 e 5)			
Ação	Pactuação com Canoas pelo Assistir para a Região 6,7,8			
1.3.12	<p>Adequar a utilização dos leitos pediátricos para a utilização para a finalidade contratualizada</p> <p>Reestruturar os leitos pediátricos adaptados durante a Pandemia da Covid-19.</p> <p>[uma vez que a macro apresenta a quantidade necessária, mas eles muitas vezes estão sendo ocupados por outras demandas]</p>		Nº de leitos de pediatria implantados	MS SES Municípios Prestadores
Ação	Incentivo a atualização e adequação do Scnes pelos prestadores para o que foi proposto			
1.3.13	Aumentar de 23,55 para 40% de proporção de mulheres com coleta de citopatológico (ISSO É NA SAUDE DA MULHER)			

OBJETIVO 1.4 - Ampliar e qualificar a rede de atenção aos usuários com condições crônicas não transmissíveis

Nº	Descrição da Meta	Meta 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
----	-------------------	-------------	-----------	--------------------------------------

1.4.1	Implantar ambulatório regional para condições crônicas, especialmente atendimento a pacientes com diabetes e hipertensão arterial, encaminhados pela APS conforme diretrizes clínicas para casos de médio e alto risco	1 por região	Número de ambulatórios implantados	SES CRS SMS Prestadores
Ação 1	Aporte de recursos financeiros por parte do estado para implantação e custeio do ambulatório(Assistir e outros)			
Ação 2	Implantação da linha de cuidado aos pacientes portadores de doenças crônicas, com serviço de referência qualificado para casos de médio e alto risco			
Ação 3	Utilização da metodologia da Planificação da Atenção à Saúde para qualificação do cuidado			
1.4.2	Implantar grupo de tabagismo em 50% dos municípios da macrorregião	46 municípios	Nº de municípios com grupo de tabagismo implantado	MS SES SMS
Ação 1	Mapear quais municípios da Macro Metropolitana possuem ao menos 1 grupo/município			
Ação 2	Instrumentalizar os municípios sobre constituição de grupo de Tabagismo			
1.4.3	Implantar PICS na Rede de Atenção em pelo menos 80% dos municípios (hoje pelo Tabnet 19=21% possuem)	69 municípios	nº de municípios com PICS implantadas	SES CRS SMS
Ação	Realizar oficina com municípios que tem experiência exitosa em PICS para compartilhar com os que não tem implantado			

Ação	Realizar oficina sobre a forma de registro aos municípios que implantaram PICS na média complexidade(SIA) ou na Atenção Primária à Saúde(SISAB)			
1.4.4	Ampliar de 26 para 50 municípios com academia de saúde em funcionamento (em abril 26 possuíam e outros 21 tinham propostas vigentes=47/90→ 52%)	50 municípios	Nº de municípios com academia de saúde em funcionamento	MS SES CRS SMS
Ação	Realizar oficina com municípios da macro metropolitana sobre o passo a passo da implantação do serviço , custeio e processo de credenciamento.			
1.4.5	Reduzir 1,5% ao ano a proporção de internações por DM, DPOC/asma e doenças cardiovasculares e cerebrovasculares e neoplasias, partindo de 16,8%	1,5 ao ano	Proporção de internações por DM,DPOC/asma e doenças cardiovasculares e cerebrovasculares	MS SES CRS Municípios
1.4.6	Reduzir em 2% ao ano a mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT			
1.4.7	Aumentar de 25% ao ano de municípios que realizaram o procedimento “03.01.09.003-3 – Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa” em no mínimo 10% da sua população idosa cadastrada	100% ao final dos 4 anos		
Ação	Realizar oficinas orientando os municípios da Macro metropolitana quanto a forma de registro das atividades de monitoramento da RBC			
1.4.8	Ampliar os indicadores 6 e 7 do Previne Brasil (dm e has) na macrometroplitana			

	<p>Aumentar de 24,33 para 50% a proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre</p> <p>Aumentar de 14,78 para 50% a proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.</p> <p>Aumentar o número de avaliações multidimensionais da pessoa idosa de 10% para 20% dos idosos do território (IBGE) nos municípios que aderiram a RBC.</p> <p>Aumentar o número de avaliações multidimensionais da pessoa idosa de 10% para 15% dos idosos do território (IBGE) nos municípios que não aderiram a RBC.</p>			
Ação	Realizar oficinas sobre a forma correta de registro			

OBJETIVO 1.5 - Qualificar e fortalecer a rede de atenção às pessoas com deficiência

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
1.5.3	Aumento em XX% da oferta de atendimentos na Atenção Primária à Saúde em reabilitação pelos profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional.	(Método de cálculo: somatório de atendimentos com o problema/condição avaliada “reabilitação” individuais pelos CBO xxx registrados no SISAB		
	Aumento em XX% da oferta de atendimentos na Atenção Ambulatorial Especializada em reabilitação pelos profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional.	somatório de atendimentos individuais pelos CBO xxx com os procedimentos xxx registrados no SIA		
Ação 1	Garantia do fornecimento de OPMs em todos os serviços habilitados para reabilitação da macrorregião metropolitana.			
1.5.4	100% da macrorregião com referência para reabilitação intelectual.	100%	Nº	

Ação 1	Habilitação do CER regional de Osório passando de tipo 3 para tipo 4, contemplando a reabilitação intelectual			
Ação 2	Ampliação da oferta de serviços que realizam reabilitação intelectual na macrorregião			
1.5.5	Reabilitação física			
1.5.6	Ampliação do acesso aos serviços de reabilitação auditiva, passando de XX para XX primeiras consultas.			
Ação 1	Ampliar os contratos e pactuações existentes e busca de novos prestadores na região 9 capazes de ampliar a oferta para essa especialidade de otorrino (avaliação auditiva)			
1.5.7	Realizar, no mínimo, 01 capacitação anual para a APS na linha de cuidado à pessoa com deficiência	04	Número de capacitações realizadas	MS SES CRS
Ação 1	Divulgação e fortalecimento do uso de ferramentas do Telessaúde (consultoria e Protocolos de Encaminhamento do RegulaSUS) para demandas relacionadas a essa população alvo.			
Ação 2	Matriciamento da APS para identificação precoce, busca ativa e estimulação precoce de pessoas com deficiências pelo serviço especializado.			
Ação 3	Realizar uma capacitação no ano visando a qualificação do cuidado aos ostomizados.			

1.5.8	Ampliação do número de CEO regionais com a especialidade PNE na macrometropolitana			
-------	--	--	--	--

OBJETIVO 1.6 - Qualificar e fortalecer a Rede de Atenção Primária à Saúde

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
1.6.1	Ampliar de 70% para 85% de cobertura de APS em todas as regiões de saúde	85%	85% de cobertura de APS	MS SES Municípios
Ação 1	Instrumentalização das SMS sobre as etapas para solicitação de credenciamento junto ao sistema e-Gestor			
Ação 2	Instrumentalização das SMS sobre o financiamento da APS			
Ação 3	Instrumentalização das SMS sobre a diferença entre equipe credenciada e homologada			
Ação 4	Ampliação dos cadastros válidos no âmbito do Previne Brasil para as equipes não homologadas (não só as homologadas)			
1.6.2	Ampliar de 59% para 70% na cobertura de saúde bucal no âmbito da APS na macrorregião metropolitana	70%	70% de cobertura de atenção básica	MS RS Municípios

Ação 1	Instrumentalização das SMS sobre as etapas para solicitação de credenciamento das equipes de saúde bucal via ofício por email ou Correios			
Ação 2	Instrumentalização das SMS quanto às solicitações de credenciamento das modalidades de equipe móvel, e de carga horária diferenciada 20 ou 30h			
1.6.3	Ampliar de 18,8% para 100% de municípios com Indicador Sintético Final igual ou maior que 7	25% a cada ano	100% de municípios com ISF maior que 7	
Ação 1	Promoção de oficinas técnicas sobre o Previne Brasil, qualificação dos indicadores			
Ação 2	Adoção da estratificação do risco dos pacientes portadores de doenças crônicas cardiovasculares, conforme Notas Técnicas e Protocolos			
1.6.4	Criar 1 Fórum Macrorregional de APS	1 fórum	Criação de 1 fórum regional	MS SES CRS SMS
Ação 1	Ampliação das práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da gestão da APS			
Ação 2	Capacitação para a formação de profissionais referência para a qualificação do monitoramento dos indicadores via e-Gestor.			
Ação 3	Qualificação para uso dos sistemas de informação da APS, com suporte técnico.			
1.6.5	Ampliar de 70 para 80 municípios com adesão a RBC	80 municípios	80% dos municípios com adesão a RBC	SES CRS SMS

Ação 1	Promoção de oficinas que expliquem os objetivos, co-financiamento e experiências exitosas da RBC			
1.6.6	Utilizar em todos os municípios de dispositivos e ferramentas que qualificam as práticas na Atenção Primária à Saúde (Planificação, apoio institucional, educação permanente, matriciamento).	100 municípios	100% dos municípios com algum dispositivo	MS SES CRS
Ação 1	Oficinas com municípios sobre esses dispositivos			
1.6.7	Qualificar a APS na metropolitana através de oficinas macrorregional	10 oficinas	Número de oficinas realizadas	MS SES CRS
Ação 1	Ampliação do uso do Telessaúde por outros profissionais de nível superior dentro das equipes			
Ação 2	Qualificação das equipes de APS com base nos instrumentos normativos e protocolos			
Ação 3	Capacitação de profissionais para colocação/implantação de métodos contraceptivos (DIU/Implanon)			
Ação 4	Qualificação para o acolhimento da vítima de violência na APS			
Ação	Ampliação do manejo dos com DCNT na APS			
Ação	Ampliação do diagnóstico, manejo e tratamento das IST na APS			
Ação 7	Qualificação para o acolhimento e acompanhamento dos pacientes pós-Covid			

Ação 8	Ampliação da oferta de Práticas Integrativas e Complementares no âmbito da APS na macrorregião metropolitana			
Ação 9	Aumento do número de municípios com adesão ao PSE especialmente nas áreas de vulnerabilidade social, saúde mental, gravidez, ISTs e imunizações; e/ou Aumento do número de ações desenvolvidas pelo PSE (Sisab) (talvez seja repetitivo)			
Ação 10	Ampliação da ocorrência de equipes com reuniões periódicas			
1.6.6	Atingir 95% de cobertura da vacina tríplice viral	95%	95% de cobertura da vacina tríplice viral	MS SES CRS Municípios

DIRETRIZ 2: Fortalecimento da **atenção especializada**, dentro da lógica das Redes de Atenção à Saúde, otimizando o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e integralidade.

OBJETIVO 1: Organizar a atenção especializada sob a lógica das RAS dentro da macrorregião metropolitana

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
1.1.1	<p>Reavaliação de 100% dos contratos com os prestadores ambulatoriais e hospitalares de acordo com a necessidade/parâmetros assistenciais das regiões de saúde(Considerar a efetivação das Comissões de Avaliação dos Contratos (CAC)Resolução nº 205/22 – CIB/RS)</p> <p>Avaliar bimensal ou mensal 100% dos contratos de prestadores ambulatoriais para verificação do cumprimento dos quantitativo físico e financeiro contratualizados através das CAC</p> <p>Avaliar semestral ou bimensal 100% dos contratos de prestadores hospitalares para verificar o cumprimento dos quantitativos físicos e financeiro contratualizados através da CAC</p>		ao final dos 4 anos	
1.1.2	Regulação de todos os serviços (novos) contratados			

	(Regular 100% dos serviços novos contratados (discutir esta meta) Regular 100% dos serviços novos contratados através do GERCON e SISREG (Confirmar se continuaremos a ter SISREG)			
Ação 1	Organização das regulações municipais com definição de responsável técnico e capacitação para os trabalhadores			
1.1.2	Definir serviços de referência de média e alta complexidade para as especialidades com maior demanda, garantindo toda a linha de cuidado, incluindo consultas, exames, tratamento e/ou cirurgia conforme as necessidades conforme a Portaria 1631/2015 na macrometropolitana. Considerar as especialidades: angiologia, cardiologia, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia cirúrgica, nefrologia, neurologia, oftalmologia, oncologia, traumato-ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, reumatologia, urologia. As especialidades em vermelho não tem dados no estimasus		Número de consultas realizadas ou número de serviços implantado	MS SES CRS Prestadores do SUS
	Aumentar em 76,61% as consultas de angiologia vascular			
	Aumentar em 37,90 as consultas de cardiologia			
	Aumentar em 50% as consultas de dermatologia			
	Aumentar em 53,96 as consultas de endocrinologia			

	Aumentar de 65,20 de consultas de gastroentelogia			
	Aumentar 41 % as consultas de nefrologia			
	Aumentar em 64% as consultas de neurologia			
	Aumentar em 74 % as consultas de oftalmologia			
	Aumentar em 47,30 das consultas de ortopedia			
	Aumentar em 49% as consultas de otorrino			
	Aumentar em 57,95 as consultas de Pneumologia			
	Aumentar em 49,49 as consultas de reumatologia			
	Aumentar em 50,47 aa consultas de uro			
1.1.3	<p>Ampliação da oferta de exames complementares para o apoio a APS conforme parâmetros assistenciais e adoção de protocolos de solicitação. Considerar mamografia, ecografias com e sem doppler, tomografia e exames de análises clínicas.</p> <p>Mamografia conforme apresetnação da saude do mulher do estado não se precisa mais aumentar o número de mamografias,pois não falta. quanto a tomografia e ressonancia também não tem necessidade de ampliação de oferta pelo dados no texto</p> <p>-quanto as ultranossografia obstetrica diz no texto de que há a necessidade de aumentar em 54% .(ver se temos serviços sufucente ou não)</p> <p>-Quanto ecocardio aumentar em 87% a oferta do exame</p>			

	-Quanto a ultrassonografia geral teria que ter um aumento de 61% nos exames -deveria ter aumento de 40% em relação aos exames de análises clínicas (aqui tem uma questão de utilização de protocolos clínicos pelos municípios para prescrição dos exames)			
Ação 1	Adoção de protocolos com fluxos para o encaminhamento aos serviços especializados, considerando a hierarquia e complexidade dos serviços de referência.			
Ação 2	Medir a taxa de resolutividade através de fluxos instituídos oficialmente e mediação de encaminhamentos. Qualificação do processos de encaminhamento a serviços especializados			
1.1.5	Aumentar a cobertura de 10% para 50% CEOs para os municípios da macrometropolitana sugestão: CEO REGIONAL nas regiões: 09, 06, 04 e 05. de 7 municípios CEO para 13 municípios cobrindo a região, 9 tem referência de serviço Osorio tinha e se desabilitou	ao final de 4 anos		
Ação	Ampliar a oferta do CEO da R07			
Ação	Oficinas técnicas orientação sobre implantação de CEO			
Ação	Oficinas técnicas de pactuação regional via consorcio ou convênios			
1.1.6	Aumento de 17 para 30 laboratório de prótese dentária na macrorregião metropolitana	AO FINAL DE 4 ANOS		

	<p>Municípios com interesse: Sapiroanga de habilitar</p> <p>(Nas regiões 4 e 5 há interesse de 4 municípios (Capão da Canoa, Mampituba, Xangri-lá, Osório) Osorio tinha e se desabilitou</p> <p>Ofertar oficinas orientando o passo a passo da implantação do LRPD</p>			
1.1.7	Implantar 1 serviço de oncologia na região do litoral norte (regiões 4 e 5)			

Ação 1	Organização da linha de cuidado de oncologia definindo referências e fluxos			
Ação 2	Ampliação do acesso à primeira consulta de oncologia e redução do tempo para início do tratamento			
Ação 3	Redução do tempo de espera dos resultados nos exames diagnósticos			
Ação 4	Solicitação de plano de recuperação das consultas e ou procedimentos aos prestadores de oncologia não realizados nos anos de 2020-2021			
Ação 5	Pensar usar um SISCAN e SISMAMA para rastreamento de exames alterados			
1.4.9	Implantação 1 serviço de radiologia na Região 6			
1.4.10	Ampliação de serviço de hemodiálise na Região 6			
1.4.11	Garantir consultas especializadas de nefrologia junto aos prestadores de hemodiálise na região 10,4 e 5 Esta meta poderia ficar dentro da consultas de nefrologia acima			

DIRETRIZ 3: Fortalecimento da **Vigilância em Saúde**

OBJETIVO 1: Qualificar as equipes municipais de Vigilância em Saúde

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
1.1.1	Capacitação de 100% das equipes de Vig. Epidemiológica, Vig. Sanitária, Vig. Ambiental e Vig. Saúde do Trabalhador das secretarias municipais de saúde	100% ao final dos 4 anos	Número de equipes capacitadas	SES CEVS CRS Municípios
Ação 1	Ofertar capacitação para gestores e servidores para o registro e atualizações no CNES, SIAH, SINAN, EPI-INFO e outros sistemas afins à vigilância em saúde;			
Ação 2	Ofertar capacitação em uso de ferramentas (sistemas) de análise de banco de dados em saúde			
Ação 3	Atualização dos profissionais acerca dos fluxos e protocolos existentes da SES/RS e MS no âmbito da Vigilância em Saúde			
1.1.2	Criar de um repositório institucional (biblioteca pública digital) para os protocolos estaduais e municipais	7 bibliotecas	Número de bibliotecas implementadas	SES CRS Municípios
Ação 1	Revisão e inclusão de 100% dos protocolos existentes em vigilância em saúde e inclusão num domínio público			
1.1.3	Ampliar de 70% para 100% o número de municípios com Código	100%	Número de municípios com código sanitário	SES SMS

	Sanitário Municipal e atualizar nos municípios que já possuem		implantado e atualizado	
Ação 1	Instrumentalizar os municípios como construir seu Código Sanitário			
1.1.4	Ampliar de 65% a 100 % de constituição de instâncias julgadoras dos processos administrativos na macro metropolitana	100%	Percentual de municípios com instâncias julgadoras	SMS
Ação 1	Instrumentalizar os municípios como constituir as instâncias julgadoras			
1.1.4	Implantar o SIVISA em 100 % dos municípios da macro metropolitana	chegar a 100 % ao final de 2023	Número de municípios com SIVISA implantado	SMS
Ação 1	Instrumentalizar as SMS da macro metropolitana para uso do SIVISA a partir de Oficinas Regionais ou Macrorregionais			SMS
Ação 2	Alimentação do SIVISA por 100% dos municípios da macro metropolitana que possuem adesão			
1.1.5	Implantar núcleos de segurança do paciente conforme RDC 36/2013 Anvisa em 100% dos hospitais	100% ao final de 2024	Número de hospitais com núcleo de segurança do paciente implantado	MS SES CRS
Ação 1	Instrumentalizar e qualificar os hospitais da macrorregião sobre a implantação no núcleo			
Ação 2	Mapear os hospitais da macro metropolitana que não possuem núcleo de segurança do paciente implantado			
1.1.6	Reduzir o número de casos de sífilis congênita em menores de um ano		Taxa de incidência de	MS

			sífilis em menores de 1 ano	SES Municípios
1.1.7	Reduzir em XX a incidência de casos de sífilis em gestantes		Taxa de incidência de sífilis em gestantes	MS SES Municípios
1.1.7	Diminuir o número de casos de aids em menores de 5 anos		Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade	MS SES Municípios
1.1.8	Realizar testagem de HIV em 100% dos casos novos de tuberculose	100%	Testagem para HIV nos casos novos de tuberculose notificados no SINAN	SES CRS Municípios
1.1.9	Atingir 60 ou 80% de cura dos casos novos de tuberculose	60 ou 80%	Percentual de cura de casos novos de tuberculose	SES CRS Municípios
1.1.10	Colocar meta da hepatite C (ampliar testagem para hepatite C)			

OBJETIVO 2:Fortalecimento da Vigilância Saúde do Trabalhador

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
2.1.1	Constituir a referência técnica para desenvolver as atribuições da vigilância em saúde do Trabalhador em 100% dos municípios	100% dos municípios	<i>Nº de municípios com referência técnica na saúde do trabalhador</i>	SES Municípios
Ação 2	Realizar o monitoramento e avaliação das notificações de agravos e doenças relacionadas ao trabalho			
Ação 3	Implementar, dentre as atribuições, as inspeções sanitárias nos ambientes e processos de trabalho			
2.1.2	Investigar 100% dos óbitos relacionados ao trabalho	100% (90)	Nº de óbitos relacionados ao trabalho investigados	MS SES Municípios
2.1.3	Atingir em 100% dos municípios (90), a taxa de notificações de agravos relacionadas ao trabalho conforme pactuação estadual	100%(90)	Nº de municípios que atingiram a	SES Municípios

			taxa de notificações de agravos relacionados ao trabalho	
--	--	--	--	--

OBJETIVO 3- Fortalecimento da vigilância ambiental

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
3.1.1	Ampliar de 87% para 90% o percentual de residências com acesso a água tratada em relação ao total de residências atendidas por SAA e SAC	90%	Percentual de residências com acesso à água tratada	MS SES Municípios
Ação	Incentivar os municípios a ampliar o abastecimento de água com tratamento, para populações desfavorecidas.			
3.1.2	Realizar inspeção sanitária em SAA e SAC cadastradas no SISAGUA	100% (25% a cada ano)	Percentual ou número de SAA e SAC cadastrados no SISAGUA com inspeção realizada	SES Municípios
Ação 1	Inspeccionar 100% de SAA anualmente			

Ação 2	Ampliar inspeção sanitária de 50% para 70% de SACs, anualmente			
3.1.3	Reduzir a infestação predial do <i>Aedes aegypti</i> para índice inferior a 1% na macrorregião	< 1%	Percentual de municípios com índice inferior a 1%	MS SES Municípios
Ação 1	Manter as supervisões e capacitações das ações de campo em vigilância e controle do <i>Aedes aegypti</i> nos municípios;			
Ação 2	Realizar uma (1) reunião anual com as referências municipais para mobilização e preparação da rede de saúde e vigilância antes do período de sazonalidade para dengue.			
Ação 3	Organizar oficinas da VS e APS conjuntas, para as SMS da macrorregião.			
Ação 4	Incentivar a instalação de laboratórios de entomologia municipais.			
Ação 5	Priorizar atividades em municípios com alto índice de infestação e com circulação de mais de uma arbovirose ou sorotipo de dengue.			
3.1.4	Manter o funcionamento adequado do laboratório regional Lacen na 18 CRS	100%	laboratório com funcionamento adequado	SES CRS
Ação 1	Avaliar 100% das amostras de água do Plano de Amostragem Mensal preconizado pelo Ministério da Saúde			
Ação 2	Identificar 100% das amostras entomológicas enviadas.			

DIRETRIZ 4: Qualificação da **Assistência Farmacêutica**

OBJETIVO 1: Promover ações que garantam e ampliem o acesso da população a medicamentos com qualidade, segurança, eficácia e em tempo oportuno.

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
4.1.1	Implantar a REMUME em 100% municípios	100%	quantidade de municípios com REMUNE atualizada	SES CRS Municípios
Ação 1	Realizar oficina com as SMS sobre as etapas de construção de uma REMUME			
4.1.2	Aumentar de 30% para 50% os municípios com Comissões de Farmácia-Terapêutica	50%	Nº de municípios com CFT implantadas	SES CRS Municípios
Ação 1	Realizar oficina com municípios que já tenham experiência exitosa em CFT			
4.1.3	Criar uma Comissão Macrorregional de Assistência Farmacêutica e insumos estratégicos	1 comissão	Criação da comissão de farmácia na macrorregião	SES CRS Municípios
Ação 1	Definição de lista de medicamentos fitoterápicos e de plantas de interesse ao SUS na macrorregião metropolitana			

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
Ação 2	Realização um estudo para a criação de um Consórcio Macrorregional Metropolitano para aquisição de medicamentos e insumos em saúde			
4.1.3	Adesão de 100% dos municípios ao programa estadual Farmácia Cuidar + (ver nº de potenciais municípios, 17)	100% (90 Municípios)	Nº de municípios que aderiram ao programa farmácia cuidar +	SES CRS Municípios
Ação 1	Instrumentalização das SMS quanto aos compromissos do gestor municipal ao aderir ao Farmacia Cuidar +			
Ação 2	Ofertar acesso a atendimento individual com farmacêutico			
4.1.4	Implantar em 100% de integração com a Base Nacional de Dados de Ações de e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS.	100%		
Ação	Envio por 100% dos municípios dos dados de dispensação ao BNAFAR			
4.1.6	Inscrever 80% dos municípios elegíveis ao programa Qualifar-SUS (31 potenciais municípios)	80% 31 municípios	Nº de municípios elegíveis inscritos no programa qualifar-SUS	MS SES CRS Municípios
4.1.9	Implantar em 90% dos municípios da macrorregião metropolitana à	90%	nº de	MS

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsabilidade dos entes federados
	Coordenação da Assistência Farmacêutica na estrutura organizacional da rede de atenção à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS		municípios com a assistência farmacêutica implantada na rede de atenção a saúde	SES CRS Municípios

DIRETRIZ 5: Fortalecimento das ações de **educação em saúde****OBJETIVO 1:** Fortalecer a política de educação em saúde

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicador	Responsável
1.1.1	Ampliação de 20% para 80% de Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva	80%	Nº de numesc implantados	SES CRS Municípios
Ação 1	Instrumentalizar as SMS sobre passo a passo para implantar NUMESC			
Ação 2	Constituição de Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva compartilhados entre municípios de pequeno porte e adjacentes das Regiões da Macrometropolitana			
1.1.2	Qualificar os NURESC das Coordenadorias Regionais de Saúde (1ª e 18ª)	2	nº de qualificação ofertada aos NUresc regionais	SES CRS
Ação 1	Designação de um servidor exclusivo (equipe) para atuação nos NURESC na 1ª e 18ª CRS			
Ação 2	Oferta de no mínimo 1 ação de apoio anual a cada NUMESC, realizada pelos NURESCs ou ESP			
Ação 3	Retomada das CIES-Comissões de Integração Ensino-Serviço na macrorregião			
Ação 4	Orientação aos técnicos da CRS para elaboração de capacitações, seminários e eventos (documentação, registros, metodologias, uso de equipamentos)			

1.1.3	Desenvolver um sistema de informação que possibilite o registro das ações de educação em saúde realizadas pelos municípios, coordenadorias e estados.	1 sistema	Implantação de 1 sistema de registro das ações de educação em saúde	MS SES CRS
Ação 1	Realizar reuniões entre municípios com experiências exitosas na organização e sistematização das ações promovidas pelos NUMESC e o setor responsável na Secretaria Estadual de Saúde com intuito de propor um sistema estadual			
Ação 2	Estímulo ao registro das informações sobre ações de educação em saúde nos sistemas já existentes, notadamente, SISAB e SIA			
1.1.4	Realizar no mínimo 2 ações anuais de educação em saúde na política da assistência farmacêutica e do uso racional de medicame	8 ações	Nº de ações de educação em saúde na área de assistência farmacêutica	SES CRS Municípios
1.1.5	Realizar no mínimo 2 ações anuais de Educação em Saúde em todas as Redes de Atenção, Vigilância em Saúde, e Gestão.	64 ações	Nº de ações de educação em saúde nas redes de atenção, vigilância em saúde e gestão	MS SES CRS Municípios

DIRETRIZ 6: Qualificação dos **processos de gestão** na macrorregião metropolitana

Objetivo 1: Qualificar o processo de gestão e governança na macrorregião metropolitana

Nº	Descrição da Meta	Meta para 4 anos	Indicadores	Responsável
1.1.1	Realizar um encontro mensal (12 ao ano) do Grupo de Trabalho macrorregional do Planejamento Regional Integrado para monitoramento e avaliação das metas e ações propostas.	48 encontros	Número de encontro realizados	GT PRI macrometropolitano
1.1.2	Implantar Comitê Executivo de Governança da RAS Metropolitano (CEGRAS)	1 comitê	Comitê implantado e em funcionamento	Nível central 1ª CRS 18ª CRS
1.1.3	Realizar uma reunião conjunta das CIR da macrorregião metropolitana a cada semestre (CIM-Comissão Intergestores Macrorregional), no mínimo	08 CIM nos quatro anos	Número de CIM realizadas	
1.1.4	Estruturar no mínimo em 80% dos municípios um Grupo Técnico ou Setor de Planejamento responsável pela elaboração dos instrumentos de gestão, monitoramento dos indicadores, uso correto dos recursos financeiros e apoio ao gestor municipal.	72 municípios	Número de municípios com GT de planejamento, monitoramento e avaliação em funcionamento	1ª e 18ª CRS
1.1.5	Ofertar 2 capacitações ao ano à gestão municipal, incluindo instrumentos de gestão, com foco no planejamento, monitoramento e avaliação em saúde	8 capacitações nos quatro anos	Número de capacitações realizadas	SES, SEMS e CRS
Ação 1	Realizar encontros de qualificação dos profissionais e gestores para o monitoramento dos indicadores de saúde (PREVINE Brasil, PIAPS, PQAVS e Pactuação de Indicadores Estaduais)			

Ação 2	Realizar eventos de qualificação aos Conselhos Municipais de Saúde			
1.1.6	Implementar Ouvidoria do SUS em todos os municípios acima de 40 mil habitantes	9	Número de ouvidoria implantadas	MS SES Municípios
1.1.8	Implementar núcleos ou grupos de trabalhos regionais com gestores do SUS, prescritores, controle social e operadores do direito, para o estudo, a avaliação e os relatórios das demandas judiciais.	02, um por CRS	Número de núcleos implantados	SES Municípios

3. NECESSIDADES E PRIORIDADES MACRORREGIONAIS

A elaboração do plano macro regional se deu num processo coletivo integrado através do grupo de GT PRI instituído com representação dos diversos atores fundamentais neste processo desde o diagnóstico situacional de saúde até a transformação deste em diretrizes, objetivos e metas diante das necessidades das regiões, com o objetivo de servir como subsídio à elaboração do novo ciclo de planejamento do Estado e das regiões diante de suas especificidades e peculiaridades.

POTENCIALIDADES:

A Macrorregião de Saúde Metropolitana de Saúde conta com 5.051.946 habitantes, que representa 44,23% da população residente no Estado, caracterizando-se como a macrorregião com maior número de pessoas residentes no Estado, além de ser considerada a maior região metropolitana da região sul do Brasil e a quinta mais populosa do país. É composta por 90 municípios que representam 18% dos municípios do Estado, agrupados em duas Coordenadorias Regionais de Saúde e 7 regiões de saúde. (sem considerar novo censo).

Salientamos de que este plano é dinâmico e deverá estar sempre em atualização diante das especificidades inerentes do setor saúde e suas competências, bem como de novos projetos e programas a nível federal e estadual.

Portanto o processo de revisão e de monitoramento e avaliação do plano deverá ser contínuo pelo GT PRI da macrorregião metropolitana que realizará reuniões mensais para este processo em 2023, bem como para a elaboração de processos de educação permanente na macrorregião como forma de fortalecer os vínculos entre as regiões e os diversos segmentos participantes do grupo.

Um dos desafios deste trabalho é de que todo este processo participativo realmente sirva como embasamento a todas as ações do Estado e que seja a base dos diversos programas estratégicos do governo, bem como para a organização das redes de atenção à saúde. E por último não menos importante que é outro desafio seria a implementação do CEGAS (comitê de governança das redes de atenção à saúde) e da CIM (Comissão Intergestores macrorregional) como novos espaços de governança das redes de atenção à saúde.

Umas das potencialidades da microrregião é o GT pri regional que é um grupo coeso, com o comprometimento dos técnicos da duas coordenadoria regionais de saúde para o gerenciamento do processo de atualização constante e monitoramento e avaliação do mesmo, com a participação do ministério da saúde, do controle social e dos diversos profissionais das rede de atenção dos municípios que compõem as regiões e que representam as mesmas no grupo.

A macrorregião apresenta boa estrutura organizacional de secretários municipais de saúde, com envolvimento no levantamento de prioridades regionais e tomada de decisões. Estão engajados e acompanhando a evolução do Planejamento Regional Integrado, com grande adesão aos programas estaduais. O que sugere uma boa perspectiva quanto ao acompanhamento e avaliação de metas futuramente, consolidando a responsabilidade de todos os entes federados e participação nos novos espaços de governança.

Nesta macrorregião está o maior número de prestadores do Estado. O que poderá favorecer a ampliação de serviços propostos e a melhor distribuição destes serviços, de forma a atender com equidade todas as 7 regiões de saúde, evitando os deslocamentos dispendiosos e demais custos que interferem na qualidade do atendimento.

A Macrorregião Metropolitana também conta com grande número de escolas técnicas e universidades para apoio e formação de profissionais e educação continuada, qualificando as equipes de saúde.

A organização da Rede de Atenção à Saúde em espaço ampliado macrorregional busca racionalizar tempo, custos, ampliar a qualidade e reduzir ou eliminar os vazios assistenciais e evitar a sobreposição de serviços, assim como organizar de forma articulada os serviços de média complexidade existentes na Região 10-Capital, para referência de outras macrorregiões do Estado.

Considerações finais

O processo do planejamento em saúde é tarefa de grande complexidade dado o grande número de fatores envolvidos direta ou indiretamente tanto nas causas dos problemas a serem abordados, quanto nos resultados obtidos. Determinantes sociais como as condições de saneamento básico, moradia, educação, além da própria situação epidemiológica e do acesso (ou falta dele) aos serviços de saúde interferem-se mutuamente, assim como criam obstáculos ou amplificam o efeito de determinadas políticas de saúde. Assim, realizar o planejamento de ações e serviços de saúde é

um grande desafio e um esforço sempre inacabado, tendo em vista as alterações permanentes do cenário e das intervenções.

A regionalização agrega ainda maior complexidade a esse processo. Ainda que esteja prevista desde as normas fundantes do SUS, até o momento tem sido um princípio pouco efetivado, em função das grandes dificuldades para sua operacionalização. O Planejamento Regional Integrado (PRI) propõe algumas ferramentas e métodos como a análise da situação de saúde (ASIS) e a Programação Geral de Ações e Serviços em Saúde (PGASS), dentre outras, de forma a dar coerência ao processo, mas sua formulação de fato, encontra obstáculos no cotidiano do SUS como a falta de informações integradas baseadas em dados agregados e oportunos ou o financiamento ainda fortemente baseado na produção de ações.

Em relação às informações em saúde, embora muitos dados estejam disponíveis, considerando a multiplicação de sistemas e mesmo a informatização de diversos processos, ainda há grande carência de dados disseminados de forma integrada ou ponderada por parâmetros ou indicadores que auxiliem na interpretação. Na elaboração do plano macrorregional, contamos com um painel de Business Intelligence (BI) elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde ([:: Portal BI Publico :: \(saude.rs.gov.br\)](http://PortalBIPublico.saude.rs.gov.br)) que foi um grande avanço especialmente para a descrição das condições epidemiológicas e demográficas, bem como utilizamos dados disseminados pelo Datasus, do Ministério da Saúde, gerados em boa parte no Tabwin ou no Sisab (SISAB (saude.gov.br)). Entretanto, para uma ASIS mais aprofundada e condizente com a realidade e para uma programação mais baseada nas necessidades de saúde do que na oferta ou simplesmente série histórica da produção, é fundamental o acesso a dados mais agregados, por exemplo, do trânsito do usuário nos diferentes níveis de atenção, da real capacidade instalada dos serviços, incluindo não apenas a estrutura, mas a força de trabalho, apoio logístico e resolutividade.

Cabe destaque especial para o fato de esse processo ter sido entremeado pela pandemia de covid-19. Tal fato interferiu não apenas gravemente nas condições epidemiológicas, mas também a própria organização do sistema de saúde para buscar respostas à demanda inesperada e provocará efeitos ainda imensuráveis tanto pelas próprias sequelas da covid-19, quanto pelo impacto no atendimento as demais condições de saúde, especialmente as crônicas. Séries históricas, para questões já anteriormente acompanhadas, e linhas de base e parâmetros, para novas intervenções, ficam significativamente alteradas ou inexistem e, portanto, análises mais aprofundadas sobre a efetividade de certas escolhas e ações ficam bastante fragilizadas. Da mesma forma, estimativas sobre o futuro, ao menos de curto ou médio prazo, também se tornam um grande desafio, dadas as

mudanças tanto na situação epidemiológica, quanto do próprio sistema, a exemplo das variações na quantidade de leitos ou a criação de serviços específicos para atendimento a pessoas com covid-19.

Além disso, a pandemia interferiu no próprio desenvolvimento do PRI. Ele foi iniciado em 2018 com as pactuações de prazos em CIB e com a realização dos diagnósticos e necessidades regionais. Entretanto, em função das demandas urgentes, foi suspenso, sendo retomado a partir de outubro de 2021. Além disso, a partir de 2021, houve uma nova configuração, dada a contratação de prestadoras de serviços por parte da SES RS, dedicadas exclusivamente ao PRI. Houve ainda a conformação dos Grupos de Trabalho Macrorregionais do PRI (GTMPRI), com participação de representantes de gestores municipais diretamente e por meio do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do RS (Cosems RS), da Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES RS), das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS/SES/RS) envolvidas, do Serviço de Apoio Institucional da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no RS (SEINSF/SEMS/RS) e do Conselho Estadual de Saúde (CES). No caso da macrorregião metropolitana, um aspecto positivo foi que a prestadora contratada já era apoiadora do Cosems RS, assim como parte significativa dos representantes da gestão estadual e municipais também terem participado no momento anterior.

Dessa forma o PRI acabou um pouco fragmentado entre esse momento inicial e a retomada. Ainda que em boa medida os levantamentos e registros feitos em 2018 tenham sido aproveitados, houve necessidade de atualização das informações e mesmo de contextualização para os novos atores envolvidos. E pela necessidade de avançar as etapas para a elaboração do plano macrorregional no prazo pactuado, houve trabalho em subgrupos paralelos, que por vezes precisou ser revisto a fim de garantir a congruência entre as necessidades e prioridades identificadas e as metas definidas.

Outro fator que vale destaque, no desenvolvimento do PRI na macrorregião metropolitana, foi a participação ampliada em diversos encontros. A agenda notadamente atribulada de gestores de todos os níveis é um desafio para participação constante em espaços de planejamento, em especial em um espaço que ainda está se constituindo e que não produzirá mudanças imediatas na realidade da macro ou dos municípios. Ainda assim, mesmo em momento de reuniões semanais, houve grande adesão dos membros do GT PRI e de demais técnicos e gestores envolvidos com os temas em pauta. Uma dificuldade observada foi com a participação de representantes de áreas técnicas específicas da SES RS, o que demandará apoio posterior para qualificação de algumas metas ou mesmo revisão de prioridades em função da agregação de conhecimento que pode ser aportada por essas áreas.

Por fim, é fundamental considerar que mais do que gerar um produto, o plano macrorregional de saúde, o PRI na macrorregião metropolitana vem desencadeando envolvimento e integração de diferentes atores no planejamento em saúde. Em função das lacunas do próprio processo, seja da insuficiência de informações, ou da descontinuidade, seja das fragilidades mais amplas da regionalização, como a ausência de uma definição de financiamento correspondente, será necessariamente um processo a ser revisitado e complementado permanentemente. Além disso, parte importante do plano que deve tratar da programação geral das ações e serviços de saúde e a identificação dos vazios assistenciais para direcionamento de investimentos não foi incluída nesse momento. Nesse sentido, a revisão de referências de especialidades (resolução CIB RS 50/2022) e pactuações na regulação, no âmbito do RS, sem dúvidas evidenciarão novos elementos e cenários, especialmente sobre os gargalos e vazios assistenciais a serem considerados para o aprofundamento e concretização do PRI.

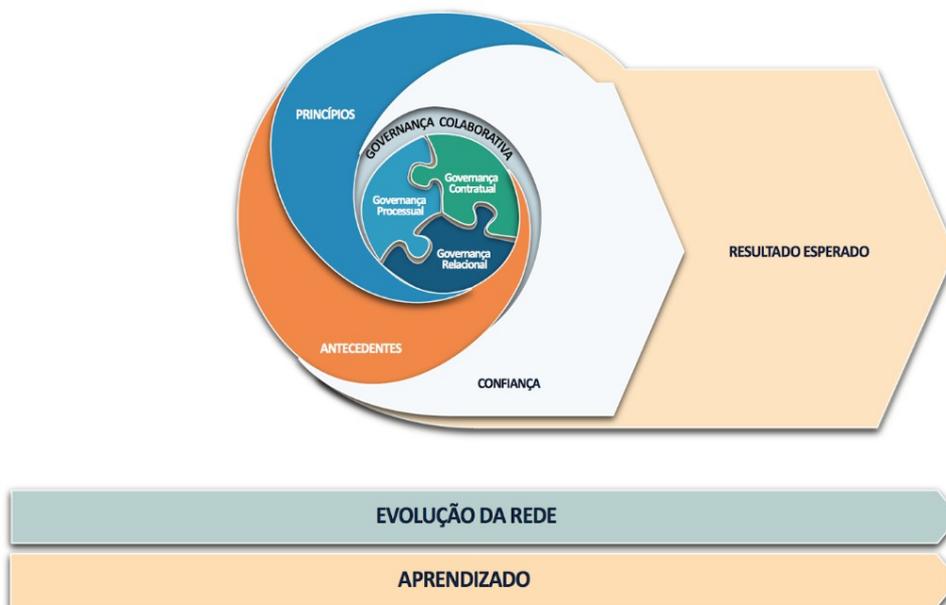
Apêndices

Apêndice 1: Constituição do CEGRAS

Implicações/sugestões para a implantação dos Comitês Executivos de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS)



MODELO DE GOVERNANÇA NA REGIÃO DE SAÚDE- CONASS





Governança contratual

A governança contratual é formada pelos contratos e estrutura de coordenação, ou seja, é a parte formal da relação, em que vão estar estabelecidas normas, cláusulas e regras, divisão de papéis e dos produtos



Governança processual

É o que dá ritmo e pulsação à rede, que toca a operação no dia a dia e, por isso, é formada por instrumentos, rotinas, processos, coordenação, tomada de decisão, resolução de conflitos, divulgação de informações etc.



Governança relacional

é a ambiência da colaboração. É a alma da governança, em que está a identidade da rede, os contratos psicológicos, a visão coletiva, o sentimento de justiça, pertencimento e acolhimento, ou seja, a criação de ambiente para compartilhamento de recursos, informações e conhecimento.

FONTE: CONASS- A governança na Região de Saúde. Disponível em :<https://www.conass.org.br/consensus/governanca-na-regiao-de-saude/>

Modelo adaptado dialogando com CEGRAS, o mesmo seria composto pelas três governanças

Governança contratual

A partir das **CAC(COMISSÕES DE AVALIAÇÕES DE CONTRATO)**

[Portaria SES nº 378, de 09/06/2022, Regimento das Comissões de Acompanhamento dos Contratos](#)

[Resolução CIB/RS nº 205, de 09/06/2022, Composição Mínima das Comissões de Acompanhamento dos Contratos](#)

Observação: Outro aspecto importante é a Lei 14400 de 8-7-2022 que suspende a obrigatoriedade do cumprimento das metas dos prestadores até final de junho de 2022, ratificando a retomada das CAC's

Governança processual

A partir dos espaços das **Comissões Intergestores Regionais(CIR)**

Com a proposição de uma **CIR Macrorregional** ao menos a cada quadrimestre ou a cada semestre ao ano.

[estudos prévios de BA e CE reforçam que o espaço de governança deveria ser CIR]

Governança relacional

Com base na literatura e na prática de desenvolvimento deste Plano a sugestão das duas CRS(1 e 18) é de que fosse um Comitê Executivo constituído por alguns atores que já compõem o **GT PRI Macrorregional**.

*Garantindo a manutenção dos encontros 1x/mês

Referências

Nogueira, Maria Sônia Lima, Oliveira, Lucia Conde de e Costa, Liduína Farias Almeida da Comissão Intergestores Regional como mecanismo de governança da política de saúde no Ceará. Saúde em Debate [online]. v. 45, n. 129 [Acessado 29 Julho 2022] , pp. 263-274. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112901>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112901>.

Santos, Adriano Maia dos e Giovanella, Ligia. Regional governance: strategies and disputes in health region management. Revista de Saúde Pública [online]. 2014, v. 48, n. 4 [Acessado 29 Julho 2022] , pp. 622-631. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045>>. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045>.

CONASS- A governança na Região de Saúde. Disponível em :<https://www.conass.org.br/consensus/governanca-na-regiao-de-saude/>

Apêndice 2: Planejamento de Oficinas Macrorregionais 2023

MÊS	TEMA
JANEIRO(23/01/2022)	MAC
FEVEREIRO	EMENDAS PARLAMENTARES
MARÇO	MONITORAMENTO INDICADORES APS -REDE MATERNO INFANTIL
ABRIL	RAPS
MAIO	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (REMUME, -rede dos cronicos

JUNHO	GESTÃO (APOIO, OUVIDORIA ,MATRICIAM
JULHO	RUE/(PA, EMAD, EMAP)
AGOSTO	IMPLANTAÇÃO SIVISA
SETEMBRO	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
OUTUBRO	EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (Incluind
NOVEMBRO	
DEZEMBRO	

*Observação: Buscar trazer colaboradores das três esferas (município, secretaria estadual estado e MS)

Apêndice 3:Planejamento 1º semestre de 2023 das Reuniões do GT MACRO METROPOLITANA (Proposta: última segunda feira de cada mês)

Mês	Data
JANEIRO	30/01/2023
FEVEREIRO	27/02/2023
MARÇO	27/03/2023
ABRIL	24/04/2023

MAIO	29/05/2023
JUNHO	26/06/2023
JULHO	24/07/2023

REFERÊNCIAS

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. : il. ISBN 978-85-334-1997-1

Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030[recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.118 p. : il



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

ATA 03/2022 CIR Conjunta

1. Aos vinte e cinco do mês de novembro do ano de 2022 realizou-se a reunião conjunta da CIR, no município de Tramandaí, de forma presencial, tendo como pauta os seguintes assuntos: planejamento regional integrado - PRI, referências regionais, hospitais, situação da covid-19 na região e vacinação. Janete, Coordenadora da CRS, faz a abertura da reunião falando sobre as pautas da reunião acima citadas. Luciano, secretário de Tramandaí, anfitrião da reunião, faz uma fala sobre a média complexidade que os municípios estão arcando com os custos. Diego, secretário de saúde de Arroio do Sal, assume a palavra falando da importância das reuniões presenciais e do planejamento regional integrado. Questiona também a manifestação sobre apoio a sazonalidade do verão para a alta complexidade. Após, Anne inicia a apresentação do PRI: história, definições, constituição do grupo GT PRI macrorregional e suas diretrizes e uso de tecnologias para integração e interesse dos municípios no planejamento regional integrado. Pâmela, apoiadora do COSEMS, das regiões 4 e 5, discorre sobre os próximos passos do GT PRI da macrometropolitana, a importância deste para servir de subsídio ao Plano Estadual de Saúde dos próximos quatro anos. Foi ainda discutido a questão das oficinas macrorregionais para janeiro que não se teve respostas, aceitando a região 4 e 5 as oficinas elencadas no PRI e entrarão em contato com a apoiadora. Janete ressalta a importância do PRI e da presença dos municípios nas reuniões. Também é fundamental a voz do COSEMS regional para a busca de soluções para as questões e problemas regionais. Pâmela cita a importância do COSEMS para integrar ainda mais os municípios e chegar na CIR com as pautas prontas já discutidas. Secretário de Tramandaí, Luciano, apoia a ideia de trazer pronta para a CIR pela reunião do COSEMS. Elogia a mostra de experiências exitosas e com isso a importância dos encontros regionais. Diante disso ficou decidido que as reuniões do COSEMS seria no mesmo dia da CIR, sendo esta pela manhã e a CIR à tarde. Após, teve um intervalo para o café. A reunião reinicia com a equipe da Epidemio da 18ª CRS, que traz o levantamento dos casos de COVID-19 na região. Naiara apresenta o aumento dos casos. Falou ainda sobre a questão da testagem e sua importância, a data de validade dos testes e o aumento dos testes nas farmácias, que compromete o registro dos casos. Este momento se abre para a discussão sobre os testes. Municípios alegam preocupação com os novos casos e a falta de retaguarda. Naiara volta a falar da vacinação e cita casos recentes de meningite. Secretários discutem a importância de divulgar as doenças que podem ser evitadas pela vacinação e fazer campanhas. Secretários falam dos períodos prolongados de campanha. Adriana assume a palavra expondo as diferenças entre influenza e Covid-19. Explicou que depois de 120 dias a eficácia da vacina cai e é por isso que são necessárias as doses de reforço. Dose de reforço foi anunciada pelo Estado. Adriana sobre a

53 vacinação pediátrica. Falou sobre o plano do estado que é: terminar a
54 segunda dose de reforço, para ir para a terceira dose de reforço. Municípios
55 pediram que seja maior a transparência e campanhas por parte do Estado
56 quanto às vacinas. Após entram na discussão do transporte medicalizado.
57 Pedido de revisão 05/2018. Flexibilização para o estado usar a terceirizada.
58 Acordado pelos municípios: secretário de Tramandaí pede reavaliação dos
59 repasses de recursos, devido a migração da população para as praias, e
60 também devido o censo ter repasse só em 2024. Janete, Coordenadora,
61 faz a apresentação sobre as referências e as pactuações das
62 especialidades, apresentando o que ficou para cada prestador: Hospital de
63 Tramandaí ficou com a cardiologia clínica ginecologia, Hospital de Santo
64 Antônio da Patrulha: oftalmologia, cirurgia mais. Em negociação com
65 Osório e SAP os leitos de retaguarda. Discussões sobre o telessaúde:
66 orientações e discussões abertas de como usar o telessaúde e sua
67 importância para a regulação do GERCON. Após passou a ser discutido a
68 questão das CAT. Enfermeira de Terra de Areia relata caso de paciente em
69 estado crítico que aguardava atendimento e só conseguiu via extraordinária
70 por contato direto, mas precisou fornecer o contraste para realizar o
71 procedimento. Capão da Canoa informa que perderam dois pacientes no
72 aguardo da realização de procedimento. Luciano de Tramandaí informa
73 caso de paciente internado por 40 dias aguardando por cateterismo que
74 acabou sendo liberado com alta para aguardar em casa. Relata a alta
75 ocupação de leitos por pacientes que aguardam realização de cateterismo.
76 A 18ª CRS explica junto com o Diego, do COSEMS, as dificuldades as quais
77 foram conversadas com a secretaria da saúde do Estado e que será feita
78 uma reunião com a secretaria do estado da fazenda. Discussão sobre a
79 oficialização dos relatórios de problemas com o Estado, ficando decidido
80 que é preciso ser oficializado o Estado. O secretário Diego ficou de
81 conversar com a secretaria da saúde para ver a possibilidade de aumentar
82 o valor da tabela do CAT. Nada mais havendo a tratar, encerro a presente
83 ata que vai por mim assinada, com a lista de presença em anexo. Maria
84 Aparecida Famer.....



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
1ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

Região 06 – Vale do Paranhana e Encosta da Serra
Região 07 – Vale do Sinos
Região 08 – Vale do Caí
Região 09 – Carbonífera/Costa Doce
Região 10 – Capital/Vale do Gravataí

DELIBERAÇÃO CONJUNTA Nº 02/2022

A Comissão Intergestores Regional da 1ª CRS, no uso de suas atribuições legais e, considerando:

A Lei nº 8.080 /90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

O Decreto nº 7.508/11, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

o Artigo 17 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que visa reduzir as desigualdades na oferta de Ações e Serviços de Saúde e garantir a integralidade da Atenção à Saúde;

Portaria GM nº 1631/2015 – Critérios e Parâmetros para o Planejamento e a Programação;

Resolução CIT 37/2018;

Resolução CIB/RS nº 188/2018 e atualizado pela Resolução CIB/RS nº 150/2022;

A Reunião da CIR 07 realizada em 21/11/2022;

A Reunião da CIR 06 realizada em 22/11/2022;

A Reunião da CIR 08 realizada em 23/11/2022;

A Reunião da CIR 09 e 10 realizada em 24/11/2022,

DELIBERA:

Artigo Único– O Planejamento Regional Integrado da Macro metropolitana, conforme consta no Processo PROA nº **22/2000-0153668-3**.

Porto Alegre, 15 de dezembro 2022.

Helen Susana do Nascimento Pontes
Presidente da CIR 6 7 8 9 e 10





Nome do documento: DELIBERACAO CIR CONJUNTA 02 2022.doc

Documento assinado por	Órgão/Grupo/Matrícula	Data
Helen Susana Do Nascimento Pontes	SES / 01-CRS-GAB / 4294602	15/12/2022 14:38:25





GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

Macrorregião Missioneira

2022-2023



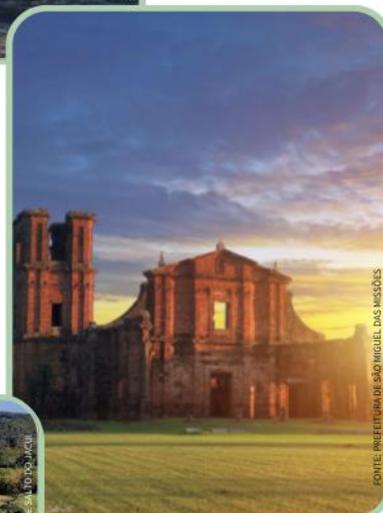
Rio Uruguai, Porto Vera Cruz (R14)



União das Etnias, Ijuí (R13)



Barragem da Usina Hidrelétrica Passo Real - Salto do Jacuí (R12)



Sítio Arqueológico de São Miguel Arcanjo,
São Miguel das Missões (R11)

- Região de Saúde 11 - Sete Povos das Missões
- Região de Saúde 12 - Portal das Missões
- Região de Saúde 13 – Região das Diversidades
- Região de Saúde 14 - Fronteira Noroeste

Governador do Estado do Rio Grande do Sul

Ranolfo Vieira Júnior

Secretária de Estado da Saúde

Arita Bergmann

Secretária Adjunta de Estado da Saúde

Ana Lúcia Pires Afonso da Costa

Presidente do Conselho Estadual de Saúde

Claudio Augustin

Assessoria de Gestão e Planejamento

Cristian Fabiano Guimarães

Assessoria de Comunicação Social

Neemias Freitas

Assessoria Jurídica

Maria Claudia Mulinari

Fundo Estadual de Saúde

Meriana Farid El Kek

Departamento de Auditoria do SUS

Bruno Naundorf

Ouvidoria do SUS/RS

Amanda Ciarlo Ramos

Departamento Administrativo

Vera Lucia da Silva Oliveira

Escola de Saúde Pública

Teresinha Valduga Cardoso

Departamento de Unidades Próprias

Suelen da Silva Arduin

**Departamento de Atenção
Primária e Políticas de Saúde**

Péricles Stehmann Nunes

**Departamento de Gestão
Da Atenção Especializada**

Lisiane Wasem Fagundes

**Departamento de Gestão da
Tecnologia e Informação**

Maurício Reckziegel

Departamento de Regulação Estadual

Eduardo de Albuquerque Nunes Elsade

Departamento de Assistência Farmacêutica

Simone Pacheco do Amaral

Centro Estadual de Vigilância em Saúde

Tani Maria Schilling Ranieri

**Departamento Estadual de
Sangue e Hemoderivados**

Katia Maria Minuzzi Brodt

**Coordenadores Regionais de Saúde
Macrorregião Missioneira**

9ª Coordenadoria Regional de Saúde

Débora Teichmann Rodrigues

12ª Coordenadoria Regional de Saúde

Rodrigo Reis

17ª Coordenadoria Regional de Saúde

Janaína da Silva

14ª Coordenadoria Regional de Saúde

Daiane da Rocha

Sumário

Introdução	7
I. ANÁLISE SITUACIONAL	11
1. Organização Do Território	11
2. Perfil Demográfico	12
3. Determinantes e Condicionantes	14
4. Perfil Epidemiológico	15
4.1. Morbidade e Mortalidade	15
5. Redes de Atenção à Saúde	24
5.2. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	24
5.1. Rede de Urgência e Emergência (RUE)	26
5.3. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).....	29
5.4. Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil (RAMPI).....	33
5.5. Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas.....	37
6. Capacidade Instalada	43
6.1. Atenção Primária em Saúde	43
6.2. Média e Alta Complexidade	49
6.3. Vigilância em Saúde	58
6.4. Assistência Farmacêutica	75
6.4. Educação Permanente	79
6.5. Ouvidoria do SUS	80
II. PRIORIZAÇÃO DAS NECESSIDADES	81
1. Prioridades Sanitárias e Respectivas Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores e Prazos de Execução.....	92
2. Responsabilidade Financeira dos Entes Federados.....	101
3. Organização dos Pontos de Atenção da RAS para Garantir Integralidade.....	105
4. Comitê Executivo de Governança das RAS.....	107
5. Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde	108
III. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	109
Considerações Finais	110
Referências	111

Quadros

Quadro 1. Coordenadorias regionais de saúde, regiões de saúde e municípios	12
Quadro 2. Ações e serviços da rede de atenção ao parto e nascimento.....	35
Quadro 3. Referências para atenção secundária e terciária relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis	42
Quadro 4. Referências por especialidade e por região de saúde.....	50
Quadro 5. Habilitações de especialidades pelo programa ASSISTIR RS	55
Quadro 6. Organização da Assistência Farmacêutica por componente.....	77
Quadro 7. Identificação das necessidades e ações ou serviços nas Redes de Atenção à Saúde	81
Quadro 8. Identificação das necessidades e ações ou serviços na capacidade instalada	85

Tabelas

Tabela 1. Número de serviços da Rede de Apoio à Saúde Mental.....	25
Tabela 2. Serviços da Rede de Atenção da Urgência e Emergência.....	27
Tabela 3. População com deficiência.....	29
Tabela 4. Serviços de referência de reabilitação auditiva, física, visual e intelectual.....	30
Tabela 5. Adesão a programas e linhas de cuidados relacionadas às doenças crônicas na APS.....	38
Tabela 6. Indicadores 6 e 7 do Programa Previne Brasil.....	40
Tabela 7. Série histórica de exames diagnósticos do trato gastrointestinal.....	41
Tabela 8. Série histórica da realização de exame citopatológico para rastreamento do câncer do colo de útero.....	41
Tabela 9. Série histórica da realização de exame de mamografia para rastreamento do câncer de mama.....	41
Tabela 10. Coberturas da Rede de Atenção Primária em Saúde nas regiões de saúde.....	43
Tabela 11. Percentual de municípios com adesão ao programa Rede Bem Cuidar.....	45
Tabela 12. Municípios com adesão ao programa Academia de Saúde.....	45
Tabela 13. Número de vagas do Programa Médicos pelo Brasil por região de saúde.....	46
Tabela 14. Adesão ao Programa Primeira Infância Melhor.....	47
Tabela 15. Municípios com unidades de saúde prisional.....	48
Tabela 16. Municípios com aldeias indígenas e unidades de saúde ESF/ESB com cobertura de população indígena por região de saúde.....	48
Tabela 17. Número de municípios com aldeias quilombolas e unidades de saúde ESF/ESB com cobertura população negra.....	48
Tabela 18. Número de estabelecimentos licenciados e em processo de licenciamento pelas Vigilâncias Sanitárias Estaduais.....	60
Tabela 19. Número de estabelecimentos licenciados e em processo de licenciamento pelas Vigilâncias Sanitárias dos municípios registrados no SIVISA.....	60
Tabela 20. Proporção de Salas de Vacinas no SI-PNI por região de saúde.....	62
Tabela 21. Casos de hanseníase por ano de diagnóstico e região.....	63
Tabela 22. Casos acumulados e óbitos por covid-19.....	68
Tabela 23. Cobertura vacinal contra covid-19 com esquema vacinal completo.....	68
Tabela 24. Percentual de serviços de saúde que realizaram notificação de violência.....	69
Tabela 25. Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.....	70
Tabela 26. Proporção de óbitos por acidentes de trabalho investigados.....	70
Tabela 27. Taxa de notificações de agravos (acidentes e doenças) relacionadas ao trabalho.....	71
Tabela 28. Número de casos confirmados de dengue por região de saúde.....	73
Tabela 29. Porcentagem de pessoas abastecidas por SACs que possuem água com desinfecção, ...	74
Tabela 30. Adesão dos municípios ao Programa Farmácia Cuidar+.....	79
Tabela 31. Recursos financeiros repassados para cada coordenadoria regional de saúde.....	104

Figuras

Figura 1. Mapa das regiões de saúde.....	11
Figura 2. Distribuição da população por faixa etária e sexo.....	12
Figura 3. Coeficiente de natalidade.....	13
Figura 4. Proporção de idosos na população.....	13
Figura 5. Percentual de cobertura vacinal por imunológico selecionado	14
Figura 6. Taxa de internação pelo SUS da população residente pelos 5 principais capítulos do CID	15
Figura 7. Taxa de mortalidade da população residente pelos 5 principais capítulos do CID	16
Figura 8. Cinco principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulo do CID.....	17
Figura 9. Cinco principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID	18
Figura 10. Taxa de mortalidade por causas externas, 5 principais grupos do CID	19
Figura 11. Taxa de notificação por tipo de violência.....	19
Figura 12. Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia.....	20
Figura 13. Tipo de parto.....	21
Figura 14. Taxa de mortalidade materna	21
Figura 15. Taxa de internações SUS dos tipos de câncer mais prevalentes	22
Figura 16. Taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes.....	22
Figura 17. Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis.....	23
Figura 18. Cobertura populacional estimada pelas equipes de APS.....	43
Figura 19. Atividades educativas de vigilância em saúde preenchidas no SIA/SUS.....	59
Figura 20. Procedimentos de recebimento e atendimento a denúncias/reclamações aprovados no SIA/SUS.....	59
Figura 21. Proporção de causas de óbitos com causa básica definida por ano	62
Figura 22. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticada.....	63
Figura 23. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar	65
Figura 24. Número de notificações de casos de hepatites virais por ano.....	66
Figura 25. Número de casos e óbitos de SRAG por Influenza.....	66
Figura 26. Proporção de amostras de água com presença de <i>Escherichia coli</i> em soluções alternativas coletivas.....	75
Figura 27. Receita de impostos e transferências constitucionais e legais (RLIT) <i>per capita</i> e despesas com recursos municipais em ações e serviços públicos de saúde <i>per capita</i>	101
Figura 28. Percentual da receita própria municipal aplicada em ações e serviços públicos de saúde	102
Figura 29. Despesa total com ações e serviços públicos de saúde.....	102
Figura 30. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde,.....	103
Figura 31. Crescimento da transferência de recursos estaduais do RS aos fundos municipais.....	103
Figura 32. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde por subfunção orçamentária	104

Introdução

O Plano Regional Integrado (PRI) da Macrorregião para 2022-2023 é um instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que define as diretrizes, objetivos e metas para o período. É parte do processo de planejamento do SUS, a ser realizado no âmbito das macrorregiões de saúde, que servirá de base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, conforme §2º, art. 30, da Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2022). Visa promover a equidade macrorregional, bem como contribuir para a concretização do planejamento ascendente do SUS.

Esse processo requer um olhar local, para a população usuária e os serviços disponibilizados a nível macrorregional, extrapolando o contexto regional. Nessa lógica, a construção do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião envolveu a participação de servidores das quatro Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): 9ª, 12ª, 14ª e 17ª CRS, além da representação dos gestores e conselhos municipais de saúde. O documento está embasado nas informações do Portal Business Intelligence (BI), da Secretaria Estadual de Saúde (SES), que reúne dados relevantes sobre o diagnóstico macrorregional.

O plano está organizado de acordo com a Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 01/2017 (BRASIL, 2022), que orienta o processo de planejamento no SUS, dividindo-se em três partes. A primeira trata da análise situacional da saúde da Macrorregião; a segunda contém a diretriz, os objetivos, as metas e os indicadores de resultado para o período; por fim, a terceira parte dispõe sobre o método de monitoramento e avaliação das ações propostas.

Este Planejamento Regional Integrado teve como metodologia de trabalho as oficinas macrorregionais, com a discussão das etapas a serem desenvolvidas conforme documento de orientação Anexo X do portal BI-RS. O desenvolvimento das etapas do Plano Macrorregional do PRI teve a participação de todos os servidores das Coordenadorias Regionais de Saúde da macrorregião, conforme área técnica de atuação.

Para elaboração deste documento, o grupo adotou como ferramenta o Office 365, com edição de arquivo de texto compartilhado, sendo feita a alimentação de dados pelas respectivas áreas técnicas e apreciação nas oficinas macrorregionais.

Desejamos que este documento sirva de base para o planejamento e organização das redes de cuidado em saúde, fortalecendo o sistema como um todo, no contexto da regionalização do SUS.

Os representantes de cada região de saúde foram aprovados pelas respectivas Comissões Intergestores Regionais (CIR), conforme registro nos seguintes documentos:

- Deliberação da CIR Região 12 - Portal das Missões nº 09/2022, 9ª Coordenadoria Regional de Saúde, aprovada em 27 de abril de 2022;
- Deliberação da CIR Região 11 - Sete Povos das Missões nº 07/2022, 12ª Coordenadoria Regional de Saúde, aprovada em 05 de maio de 2022;
- Deliberação da CIR Região 13 - Diversidades nº 10/2022, 17ª Coordenadoria Regional de Saúde de Ijuí, aprovada em 28 de abril de 2022;
- Deliberação da CIR Região 14 - Fronteira Noroeste nº 10/2022, 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, aprovada em 17 de maio de 2022.

A seguir, detalhamos a composição do Grupo de Trabalho deste Planejamento Regional Integrado, formado por servidores das coordenadorias regionais e representantes dos municípios.

Grupo de Trabalho - Planejamento Regional Integrado Macrorregião Missioneira

Nome	Instituição	Titular/Suplente
Camila Manzotti	12ª Coordenadoria Regional de Saúde	Titular
Paula Cristina Hollweg	12ª Coordenadoria Regional de Saúde	Suplente
Walquiria Kessler Moscon	Entre-Ijuís	Titular
Daniana Pompeo	Santo Ângelo	Suplente
Ione Alles Ames	14ª Coordenadoria Regional de Saúde	Titular
Marcio Ceconi	14ª Coordenadoria Regional de Saúde	Suplente
Sandra Rodrigues Aquino	Tuparendi	Titular
Glaucia Milani Carmona	Porto Vera Cruz	Suplente
Adriana Poloniatto	Cruz Alta	Titular
Joice Marques	Ibirubá	Suplente
Priscila Bündchen Tirloni	9ª Coordenadoria Regional de Saúde	Titular
Patrícia Murussi de Abreu	9ª Coordenadoria Regional de Saúde	Suplente
Romário Heitor Malheiros	Panambi	Titular
Alison Sperotto	Ajuricaba	Suplente
Rozeli Rita Rodrigues	17ª Coordenadoria Regional de Saúde	Titular
Alexandre Atkinson	17ª Coordenadoria Regional de Saúde	Suplente

Gislaine Mella - Apoiadora do Planejamento Regional Integrado no período de dezembro de 2021 a dezembro de 2022.

Destacamos que, no desenvolvimento deste plano macrorregional, os Conselhos Municipais foram convidados a participar das oficinas, para acompanhamento dos trabalhos. A partir de agosto de 2022, o Conselho Estadual de Saúde deliberou a indicação da senhora Luciane Santuri Antes, Conselheira do Conselho Municipal de Saúde de Ijuí, como membro do Planejamento Regional Integrado.

Evolução do Planejamento Regional Integrado na Macrorregião

O Planejamento Regional Integrado na Macrorregião se iniciou em 2019, com a formação dos diagnósticos regionais de saúde das quatro regiões: Portal das Missões, Sete Povos das Missões, Região da Diversidade e Fronteira Noroeste. No entanto, devido à pandemia de covid-19, o governo do Estado do Rio Grande do Sul através da Secretaria Estadual de Saúde interrompeu o desenvolvimento do processo para focar no combate da pandemia.

Em julho de 2021, a SES, através da Assessoria de Gestão e Planejamento (Ageplan), realizou o processo seletivo para contratação de prestadores de serviços para apoio na construção dos sete planos macrorregionais do Estado do Rio Grande do Sul, sendo que, para a macrorregião, a apoiadora selecionada foi Gislaine Mella, contratada em 06 de dezembro de 2021.

O retorno do desenvolvimento dos trabalhos do processo do PRI ocorreu em dezembro de 2021, com a apresentação da apoiadora nas quatro Coordenadorias Regionais de Saúde (9ª, 12ª, 14ª, 17ª), e apresentação das legislações vigentes e alinhamento dos trabalhos. No mês de janeiro de 2022, foram realizadas as reuniões regionais e a formação dos grupos de monitoramento e avaliação, os

grupos do PRI das regiões de saúde e a pactuação nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), com aprovações dos grupos de trabalho.

Entre fevereiro e março de 2022, foram realizadas em todas as regionais de saúde, a atualização dos diagnósticos regionais, com oficinas online e presenciais para discussão do processo. Houve a participação dos técnicos das regionais, apoiadoras do Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), gestores dos municípios e conselhos de saúde, escolhidos na CIR.

Em 18 de março de 2022, na sede da 14ª CRS, em Santa Rosa, realizou-se primeira oficina com a presença dos coordenadores e técnicos das coordenadorias regionais de saúde, para organização e alinhamento dos trabalhos a serem desenvolvidos na construção do Planejamento Regional Integrado Macrorregião. Nesse encontro foi apresentada a legislação e notas técnicas do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde que disciplinam o processo, e definida a metodologia de trabalho com organização de reuniões online e presencial. Também ocorreu a solicitação formal de escolha e aprovação em CIR dos membros do Planejamento Regional Integrado Macrorregional, com resolução CIR.

Posteriormente, na data de 13 de abril de 2022, na sede da 12ª CRS, em Santo Ângelo, com a participação dos técnicos de cada área de atenção à saúde, membros do Planejamento Regional Integrado dos Municípios, conselhos de saúde e apoiadoras do COSEMS, foi iniciada a análise da identificação de necessidades elencadas por cada região de saúde para, após, realizar a priorização conforme matriz do portal BI-RS, com as 24 identificações de necessidades da macrorregião.

Na região Portal das Missões, em 05 de maio, foi finalizada a etapa de definições da identificação de necessidades, totalizando 24 propostas definidas pelo GTPRI macrorregional, bem como definição da metodologia que foi adotada através da ferramenta OneDrive, onde cada área técnica inseriu as primeiras informações do plano macrorregional do PRI e pactuação de mini reuniões com cada área técnica de forma online.

Em 1º de julho, na oficina PRI na sede da 17ª CRS, em Ijuí, foram verificadas as informações inseridas no documento e discutido o perfil demográfico e perfil epidemiológico. Na oportunidade, foi definido que neste ano não seriam inseridos os dados sociais e econômicos, visto que estão desatualizados há mais de 10 anos; diante do que, o grupo se comprometeu a inserir as informações na atualização do plano em 2023, após a divulgação dos dados do Censo Demográfico 2022 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Na data de 13 de julho, na sede da 14ª CRS, iniciou-se a verificação dos dados inseridos da capacidade instalada das redes de atenção em saúde e a discussão de quais seriam incluídos pelos técnicos das áreas de atenção primária, vigilâncias em saúde, assistência farmacêutica, ouvidoria e educação permanente.

Na sede da 9ª CRS, em Cruz Alta, no dia 05 de agosto, foi apresentada a capacidade instalada, sendo feitas alterações com base em solicitações da apoiadora do Ministério da Saúde, Bárbara Elisa Zwetsch. Ainda no mês de agosto, foi finalizado o levantamento da capacidade instalada, além da permanente revisão de todos os dados incluídos no plano.

Entre os meses de setembro e outubro, foi desenvolvida a análise das prioridades sanitárias e diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI), sendo exposta a parte conceitual e as definições de quais as metas seriam pactuadas na macrorregião. Houve reuniões presenciais nas quatro regiões de saúde e duas reuniões online para apresentação do Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção em Saúde (CEGRAS) aos membros do GTPRI macrorregional; e outra reunião com os coordenadores de saúde, para indicação de membros do CEGRAS e forma de funcionamento, conforme apresentado à Ageplan.

Na fase final do processo, na data de 25 de novembro de 2022 para realizadas as revisões do plano da macrorregião do Planejamento Regional Integrado e configurações do documento para sua entrega, na data de 30 de novembro de 2022.

Podemos destacar que, em relação ao desenvolvimento das redes de atenção à saúde na macrorregião, tivemos uma maior dificuldade em relação à rede da atenção às condições crônicas, por não haver planos regionais e macrorregionais; e das vigilâncias em saúde e assistência farmacêutica.

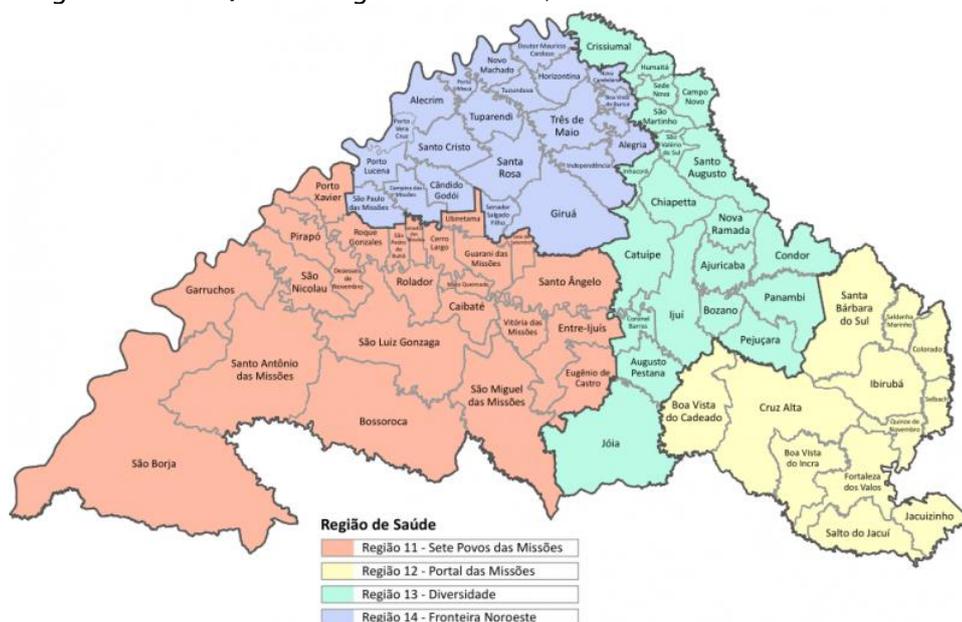
Por fim, em relação ao CEGRAS, o GTPRI macrorregional realizou algumas sugestões, que deverão ser analisadas no ano de 2023, referente a importantes dados da identificação de necessidades que não foi possível incluir na DOMI. Essas discussões devem ser feitas junto à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Cosems, por serem instâncias com maior poder de decisão. A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) será efetuada no ano de 2023, quando houver definição do novo orçamento do Estado e o CEGRAS implantado.

I. ANÁLISE SITUACIONAL

1. Organização Do Território

A macrorregião abrange 78 municípios, organizados geograficamente em quatro regiões de saúde: R11 - Sete Povos das Missões (24 municípios), R12 - Portal das Missões (12 municípios), R13 - Região da Diversidade (20 municípios) e R14 - Fronteira Noroeste (22 municípios), conforme figura 1 abaixo.

Figura 1. Mapa das regiões de saúde, Macrorregião Missioneira, 2022



Fonte: SES/RS

A organização dos municípios por coordenadorias regionais de saúde e por regiões de saúde pode ser visualizada no Quadro 1. Em destaque, o município sede de cada coordenadoria.

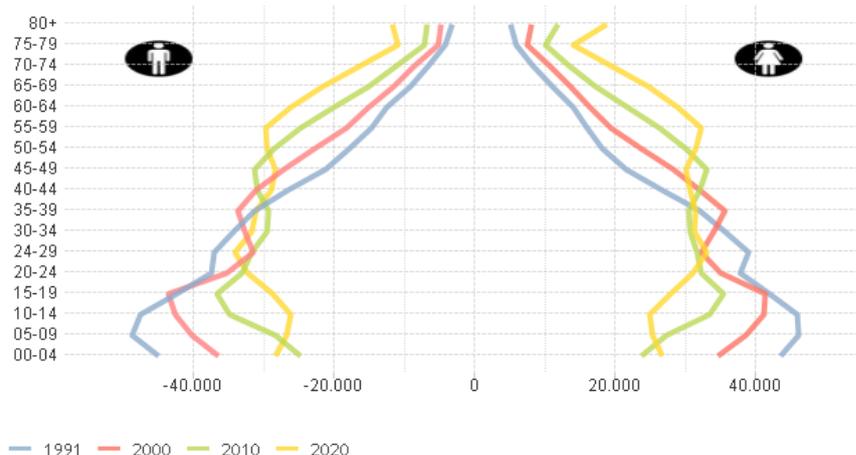
Quadro 1. Coordenadorias regionais de saúde, regiões de saúde e municípios da Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS
9ª CRS	R12 Portal das Missões	Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta , Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul e Selbach
12ª CRS	R11 Sete Povos das Missões	Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Dezesesseis de Novembro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo , Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama, Vitória das Missões
14ª CRS	R14 Fronteira Noroeste	Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Campinas das Missões, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa , Santo Cristo, São José do Inhacorá, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva e Tuparendi
17ª CRS	R13 Região da Diversidade	Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuípe, Coronel Barros, Chiapetta, Condor, Crissiumal, Humaitá, Ijuí , Inhacorá, Jóia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul e Sede Nova

2. Perfil Demográfico

A macrorregião possui uma população total de 904.646 habitantes. Dentre as regiões, a R11 é a maior, com população de 290.783 habitantes, equivalente a 32,1% da macrorregião. Já a R12, com 131.850 habitantes, é a de menor percentual populacional (14,6%). A R13 possui 241.798 habitantes, proporção de 26,7%, quase equivalente à R14, que tem população de 240.215 habitantes (26,6%).

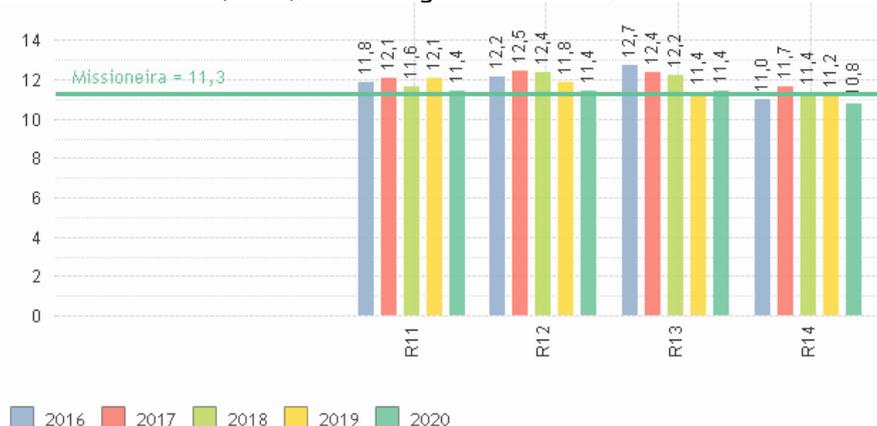
Figura 2. Distribuição da população por faixa etária e sexo, **Macrorregião Missioneira, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020**



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000, 2010); SPGG/RS (2020)

Quanto à distribuição da população por faixa etária (Figura 02), observa-se que de 1991 a 2020 houve uma redução significativa da população na faixa etária de 0 a 19 anos para ambos os sexos e um aumento significativo da população na faixa etária acima de 50 anos para ambos os sexos, mudando a configuração da base da pirâmide. Na faixa etária dos 20 aos 54 anos a população de ambos os sexos não apresentou variação significativa no período. Destaque para a população feminina de 20 a 44 anos, que em 2020 foi praticamente a mesma de 2010. A partir dos 60 anos percebe-se também um crescimento diferenciado na população feminina. Na distribuição da população por sexo, não se verifica diferença significativa entre os gêneros feminino e masculino.

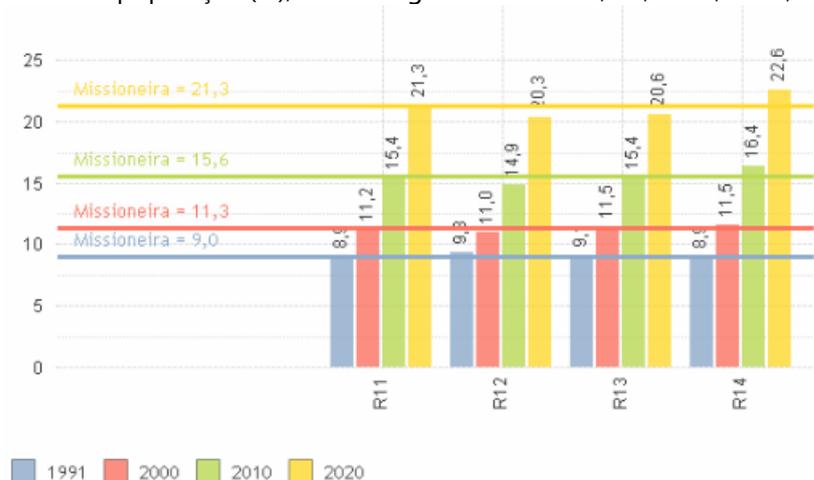
Figura 3. Coeficiente de natalidade (1.000), Macrorregião Missioneira, 2016-2020



Fonte: NIS/DTI/SES-RS

Em relação ao coeficiente geral de natalidade da macrorregião (Figura 03) o mesmo foi em média de 11,3 por 1.000 nascidos vivos no período de 2016 a 2020, abaixo do coeficiente de natalidade médio do Estado do RS (11,4). Não há variação significativa do coeficiente entre as quatro regiões de saúde, no entanto, verifica-se que as regiões 12 e 13 foram as que tiveram queda maior no coeficiente no período de 2016 a 2020. Da mesma forma, nas demais macrorregiões do estado também podemos observar uma queda no coeficiente de natalidade no período avaliado. A R14 foi a região que apresentou o menor coeficiente no ano de 2020, último ano avaliado, com taxa de 10,8 para cada 1.000 nascidos vivos, enquanto nas demais regiões de saúde o coeficiente foi de 11,4.

Figura 4. Proporção de idosos na população (%), Macrorregião Missioneira, RS, 1991, 2000, 2010, 2020



Fonte: IBGE (Censo 1991, 2000, 2010); SPGG/RS (2020)

Conforme figura 4, podemos verificar que a proporção de idosos na população, em média, foi de 21,3% em 2020, na macrorregião. Isso representa aumento de 136% dessa população em relação ao ano de 1991, quando a proporção era de 9,0%; e também está acima do dado estadual, considerando que no Estado do RS, em 2020, a proporção média foi de 18,8%.

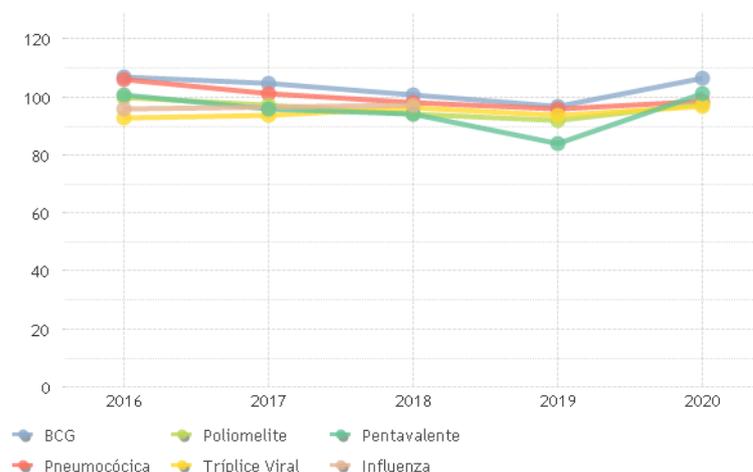
Em todas as regiões de saúde da macrorregião observa-se um aumento do percentual da população idosa durante o período de 1991 a 2020, sendo que a R14 foi a região que apresentou maior aumento, passando de 8,9% em 1991 para 22,6% em 2020 (variação de 154%). No Estado também podemos observar o crescimento da população idosa durante o período de 1991 a 2020, passando de 8,9% para 18,8% (aumento de 111% em 30 anos).

3. Determinantes e Condicionantes

Ao avaliar as coberturas vacinais na macrorregião (Figura 05), verifica-se que as vacinas BCG e Pneumocócica apresentaram coberturas acima de 95% em todos os anos avaliados. No entanto, também é possível apurar que no ano de 2019 três vacinas apresentaram coberturas abaixo de 95% na macrorregião: poliomielite, tríplice viral e pentavalente. Em relação à vacina da poliomielite, o resultado atingido foi de apenas 92,11%. Da mesma forma, a cobertura da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) atingiu a cobertura de 93,47%.

No caso da vacina pentavalente, os percentuais de cobertura ficaram abaixo do percentual esperado em 2019, devido à interdição pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 3.250.000 doses de imunizante, conforme Resolução CIB/RS nº 1.545/2019. Após essa medida, foi aberto um processo junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) com a solicitação de substituição dos imunobiológicos interditados, e a regularização se deu com o recebido de um novo quantitativo de outro laboratório (Serum Institute – Índia), sendo possível atender uma demanda extra rotina de aproximadamente 27% do solicitado pelo Estado.

Figura 5. Percentual de cobertura vacinal por imunológico selecionado (%), Macrorregião Missioneira, RS, 2016 a 2020.



Fonte: SI-PNI/DATASUS

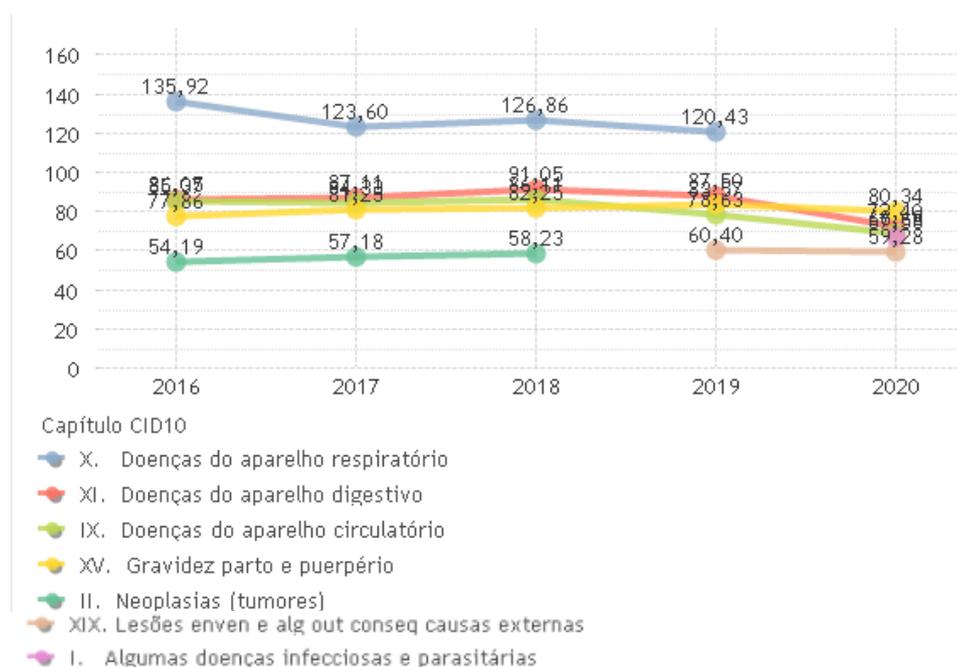
Cumpra mencionar que, embora existam dados populacionais mais atualizados, a saber, a estimativa populacional do Tribunal de Contas da União (TCU) de 2021, o qual inclusive é um dado acessível no site do departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o presente plano utilizou-se da mesma referência que é utilizada pelo Portal BI. Ao escolher esse padrão buscou-se evitar a produção de uma eventual assimetria analítica ao utilizar dois parâmetros distintos de base populacional, o que poderia inclusive produzir quiproquós aos leitores.

O Grupo de Trabalho que conduziu o Planejamento Regional Integrado na Macrorregião definiu que, em relação aos determinantes e condicionantes, renda média domiciliar, per capita e per capita por raça e cor; proporção de pessoas de baixa renda menor de ½ salário mínimo; taxa de desemprego por raça e cor; taxa de analfabetismo; níveis de escolaridade na população de 15 anos ou mais; disposição de esgotos domésticos e cobertura do lixo, serão incluídos no Plano Macro Regional do Planejamento Regional Integrado após os dados serem disponibilizados pelo Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) com base no Censo que está sendo realizado em 2022. Os dados disponíveis atualmente são referentes ao ano de 2010, portanto, devido ao lapso de 12 anos, não refletem a realidade atual.

4. Perfil Epidemiológico

4.1. Morbidade e Mortalidade

Figura 6. Taxa de internação pelo SUS da população residente pelos 5 principais capítulos do CID (10.000 habitantes), Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.

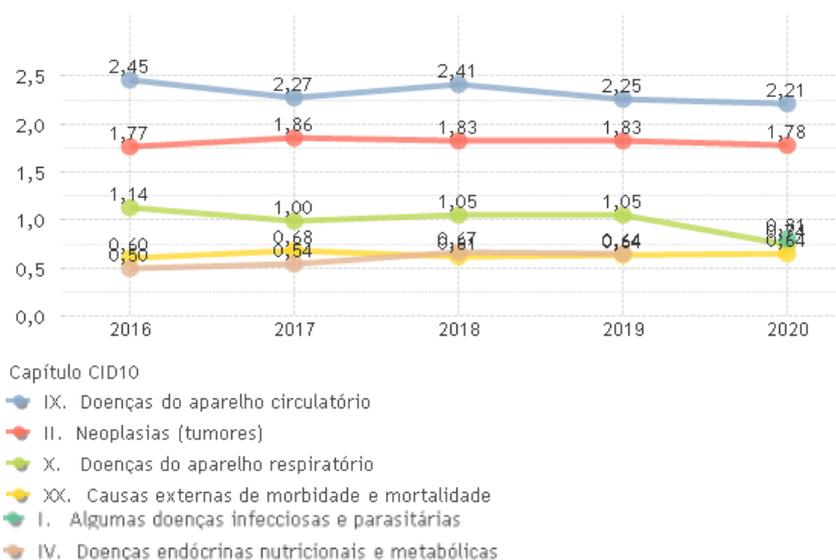


Fonte: SIH/DATASUS

Em relação às taxas de internação pelo SUS apresentadas na Figura 06, verificamos que durante o período de 2016 a 2018 os cinco principais grupos de causas de internação, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10) foram: doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho circulatório, gravidez, parto e puerpério e neoplasias (tumores). Já no ano de 2019, o grupo das neoplasias deixa de estar entre as principais causas de internação, sendo substituído pelas lesões por envenenamento e algumas outras consequências e causas externas.

No ano de 2020 também tivemos modificações importantes nas internações por grupos de causas, sendo que o grupo da gravidez, parto e puerpério passou a ocupar o primeiro lugar dentre os cinco principais grupos de causa de internação, com taxa de 80,34. Em segundo lugar, permanecem as internações do grupo das doenças do aparelho digestivo, com uma taxa de 72,4, conforme os anos anteriores. Em terceiro lugar estão as doenças do aparelho circulatório, com uma taxa de 68,68. Em quarto lugar tivemos a incorporação de um novo grupo dentre as principais causas de internação, algumas doenças infecciosas e parasitárias, com taxa de 67,58, o que decorre das internações por covid-19 terem sido inseridas nesse grupo. Em quinto lugar, da mesma forma que em 2019, tivemos as internações por lesões de envenenamento e algumas outras consequências e causas externas, com uma taxa de 59,28 para cada 10.000 habitantes.

Figura 7. Taxa de mortalidade da população residente pelos 5 principais capítulos do CID (1.000), Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: SIM / DATASUS.

Quanto às taxas de mortalidade (Figura 07) pelos cinco principais grupos de causa, no período de 2016 a 2020, temos em primeiro lugar os óbitos do grupo das doenças do aparelho circulatório, em segundo as neoplasias, em terceiro as doenças do aparelho respiratório e em quarto lugar os óbitos do grupo das causas externas de morbidade e mortalidade. O único grupo que teve variação significativa de queda na taxa foi o das doenças do aparelho respiratório, com redução aproximada de 25%. Como quinta causa de óbitos durante o período de 2016 a 2019 tivemos as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, sendo que este grupo foi substituído no ano de 2020 pelos óbitos do grupo de algumas doenças infecciosas e parasitárias, na qual foi inserido a doença do covid-19, podendo este fato também estar relacionado à redução da taxa de mortalidade do grupo das doenças do aparelho respiratório.

Figura 8. Cinco principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulo do CID (%), Macrorregião Missioneira, RS, 2020

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (53,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (14,3%)	X. Doenças do aparelho respiratório (12,7%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (5,3%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (4,2%)
01-09	X. Doenças do aparelho respiratório (22,6%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (16,8%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (15,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,5%)	II. Neoplasias (tumores) (7,1%)
10-19	XVI. Gravidez parto e puerpério (31,0%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (14,1%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (12,5%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (10,9%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (7,5%)
20-29	XV. Gravidez parto e puerpério (49,5%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (10,6%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (9,9%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (8,3%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (6,2%)
30-49	XV. Gravidez parto e puerpério (20,5%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (12,9%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (12,4%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (11,0%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (8,5%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (15,0%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (14,6%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (13,5%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,8%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (10,2%)
60-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (19,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (14,0%)	II. Neoplasias (tumores) (13,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (11,9%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (11,5%)
80+	X. Doenças do aparelho respiratório (20,7%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (20,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (17,0%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (8,2%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (7,7%)

Fonte: SIH/DATASUS

Em relação às internações processadas em 2020 pelo DATASUS (Figura 08) pelos cinco principais grupos de causa por faixa etária, na macrorregião, podemos destacar que, nos menores de 1 ano, o primeiro grupo de causa esteve relacionado às internações originadas no período perinatal (53%); e na faixa etária de 01 a 09 anos as doenças do aparelho respiratório (22,6%). Na população entre 10 e 39 anos, estão em primeiro lugar as internações do grupo da gravidez, variando apenas os índices: 31% na faixa de 10 a 19 anos; 49,5% no grupo de 20 a 29 anos; e 20,5% na população de 30 a 49 anos.

Na faixa etária de 50 a 59 anos temos dois grupos de causas em destaque com percentuais semelhantes: neoplasias (15%) e doenças do aparelho digestivo (14,6%). Na faixa etária dos 60 a 79 anos, há também duas causas principais: doenças do aparelho circulatório (19%) e doenças infecciosas e parasitárias (14%). Na faixa etária acima dos 80 anos, sobressaem as internações dos grupos de doenças do aparelho respiratório (20,7%) e doenças do aparelho circulatório (20,7%).

Importante destacar o índice de internações por transtornos mentais e comportamentais, que representa a terceira causa com maior prevalência na faixa etária dos 10 a 49 anos. Da mesma forma, destaca-se também que as decorrentes de lesões por envenenamento e algumas outras consequências e causas externas aparece como causa de internação em todas as faixas etárias, exceto nos menores de 1 ano e entre 60 e 79 anos. As internações do grupo das doenças infecciosas e parasitárias, em que estão incluídas as internações do Covid-19, também aparecem em várias faixas etárias, principalmente na faixa etária dos menores de 10 anos e acima dos 50 anos.

Figura 9. Cinco principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião Missioneira, RS, 2020.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (71,3%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (18,8%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (5,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (3,8%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (1,3%)
01-09	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (45,0%)	VI. Doenças do sistema nervoso (20,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,0%)	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár (5,0%)	X. Doenças do aparelho respiratório (5,0%)
10-19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (62,3%)	II. Neoplasias (tumores) (7,5%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (5,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (3,8%)	VI. Doenças do sistema nervoso (3,8%)
20-29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (63,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,2%)	II. Neoplasias (tumores) (7,0%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (6,5%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (3,8%)
30-49	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (29,2%)	II. Neoplasias (tumores) (23,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,6%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (11,9%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (5,4%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (28,3%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (20,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,6%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (10,4%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (7,1%)
60-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (27,3%)	II. Neoplasias (tumores) (26,9%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,9%)	X. Doenças do aparelho respiratório (8,4%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (8,3%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (33,7%)	II. Neoplasias (tumores) (14,5%)	X. Doenças do aparelho respiratório (13,1%)	VI. Doenças do sistema nervoso (8,0%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (7,4%)

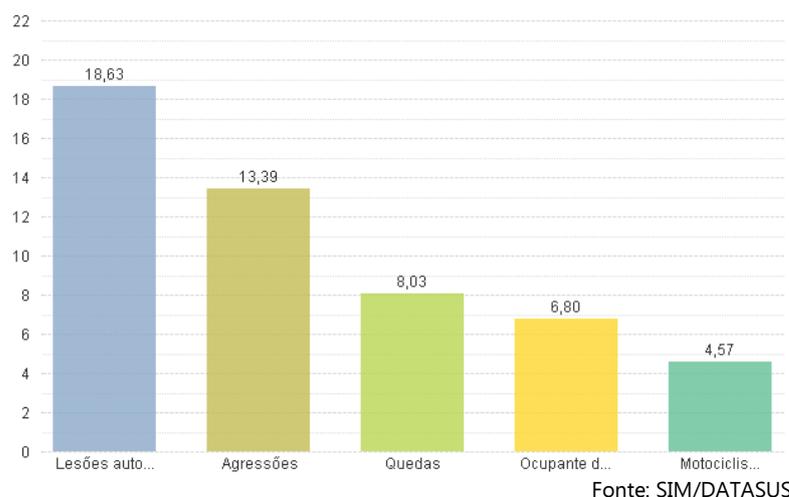
Fonte: SIM/DATASUS.

Fonte: SIM /DATASUS

Em relação aos óbitos de 2020 pelos cinco principais grupos de causa e faixa etária (Figura 09), destacamos que na faixa etária menor de 1 ano o principal grupo de óbito está relacionado às afecções originadas no período perinatal (61%). Nas faixas etárias de 01 a 19, 10 a 19, 20 a 29 e 30 a 49

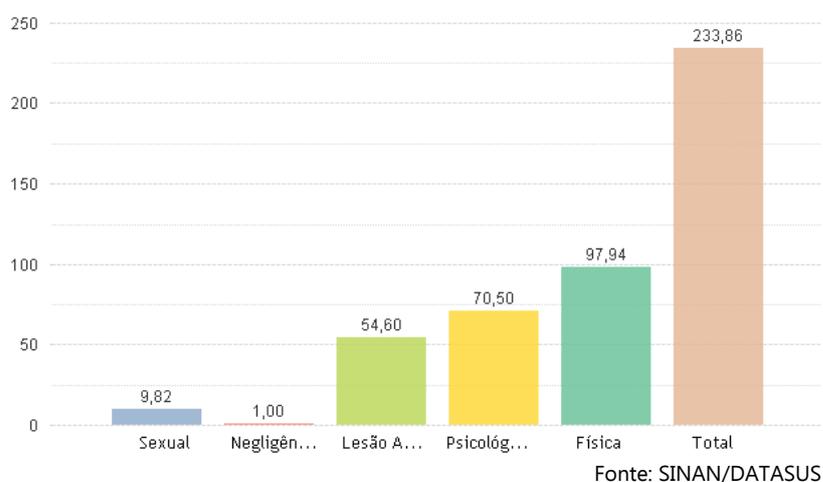
anos aparecem como principal grupo de causa os óbitos relacionados às causas externas de morbidade e mortalidade. Destacamos também os óbitos por neoplasias, que aparecem nas faixas etárias de 10 a 19 anos e de 30 a 49 anos como segunda causa de óbito, e na faixa etária de 20 a 29 anos como terceira causa. Já na faixa etária de 50 a 59 anos, representou a primeira causa de óbito (28,3%). Nas faixas etárias de 60 a 79 e acima de 80 anos, as doenças do aparelho circulatório aparecem como grupo principal de óbitos representando respectivamente 27,3 e 33,7%. Em segundo lugar para estas faixas etárias, estão também os óbitos relacionados ao grupo das neoplasias, representando 26,9% na faixa etária de 60 a 79 anos e 14,5% na faixa etária acima de 80 anos.

Figura 10. Taxa de mortalidade por causas externas, 5 principais grupos do CID (100.000 habitantes), Macrorregião Missioneira, RS, 2020.



Quanto à taxa de mortalidade por causas externas, no ano de 2020, na região de saúde (Figura 10) a causa que foi mais elevada foi lesões autoprovocadas com taxa de 18,63 seguida de agressões com 13,92. Outras causas foram quedas com 8,03, ocupante de automóvel traumatizado em um acidente de transporte com 6,8, e por último, motociclista traumatizado em um acidente de transporte com 4,57.

Figura 11. Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 Habitantes), Macrorregião Missioneira, RS, 2020.



Em relação à taxa de notificação por violência (Figura 11), a maior parte está relacionada à violência física (97,94%), seguida pela violência psicológica, com taxa de 70,50 – calculada para cada 100.000 habitantes.

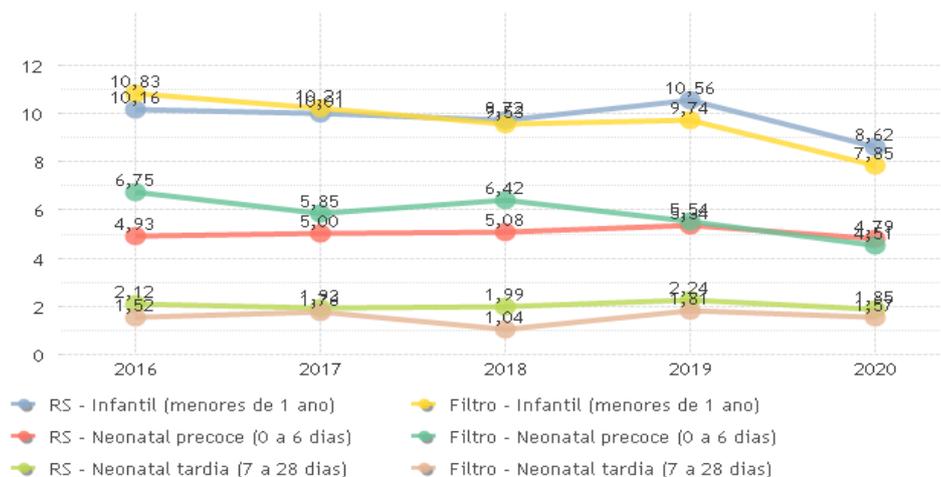
Em levantamento realizado junto ao Portal BI-RS, em relação às notificações de violência junto à Macrorregião, verifica-se que ocorreram 1.717 notificações no ano de 2020, no total. O maior número de notificações (841) foi na R13, cerca de 50% da macrorregião. Na R14 foram 524 notificações (31%); na R12, 270 notificações e na R11 apenas 82 notificações.

O maior volume de notificações foi do sexo feminino (1.364 notificações), equivalente a 79,4% do total. Quanto à faixa etária, a maior parte foi entre 20 e 59 anos, tendo sido realizadas 1.234 notificações (71,9%); seguido da faixa de 10 a 19 anos, com 289 notificações (16,8%).

Quanto ao local de ocorrência das violências, chama a atenção que a maior parte ocorreu na residência, 1.353 notificações, representando 78,8%. Em segundo lugar estão as notificações por violência em vias públicas, que representaram 8,7% do total.

No contexto das violências, destaca-se também a ocorrência de suicídios, que tem apresentado tendência de crescimento durante os últimos 5 anos, passando de 119 em 2016 para 166 em 2020. Dados preliminares de 2021 apontam número ainda maior, com registro de 180 suicídios.

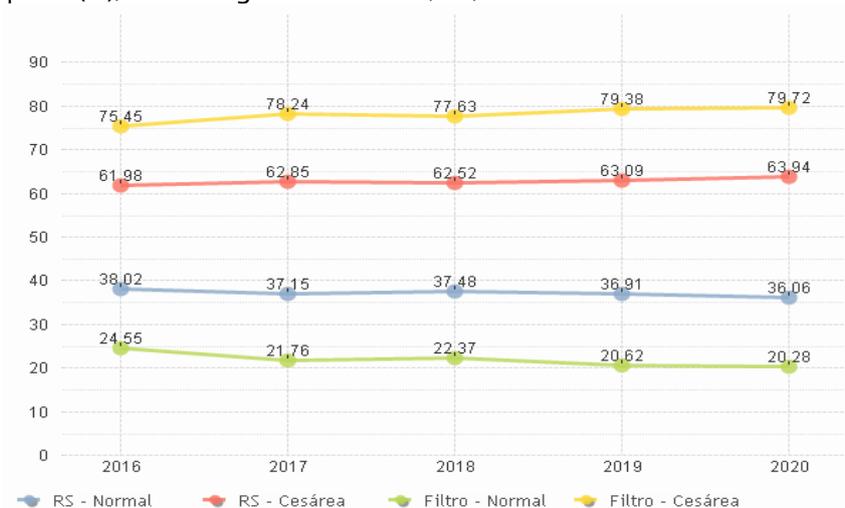
Figura 12. Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: SIM/DATASUS

As taxas de mortalidade infantil dizem respeito aos óbitos ocorridos até um ano de vida. Dados da figura 12 demonstram o total de óbitos infantis ocorridos na Macrorregião e no Estado, onde podemos verificar uma queda gradativa no período de 2016 (10,83) a 2020 (7,85) na macrorregião, no estado também se observa essa redução. A mortalidade neonatal, que são os óbitos ocorridos até 28 dias de vida, representam o maior número tanto na macrorregião quanto no Estado. Ainda, desse total de óbitos, o coeficiente maior está nos óbitos neonatais precoces, que são óbitos ocorridos de 0 a 6 dias, nos quais também há uma tendência de queda tanto na macrorregião quanto no Estado.

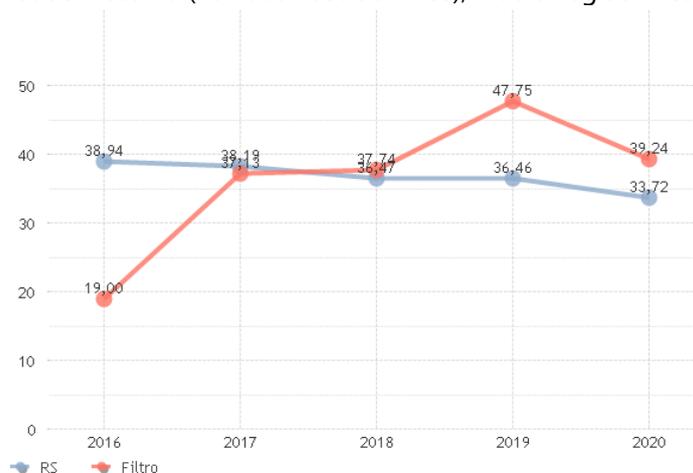
Figura 13. Tipo de parto (%), Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: SINASC/RS

Em relação à condição do parto, o percentual de partos cesáreos (Figura 13) aumentou gradativamente na macrorregião ao longo dos anos, passando de 75,45% em 2016 para 79,72% em 2020, variação de 4,27%. Além disso, observa-se que os percentuais de cesárea na macrorregião mantiveram-se em média 15% acima dos dados estaduais.

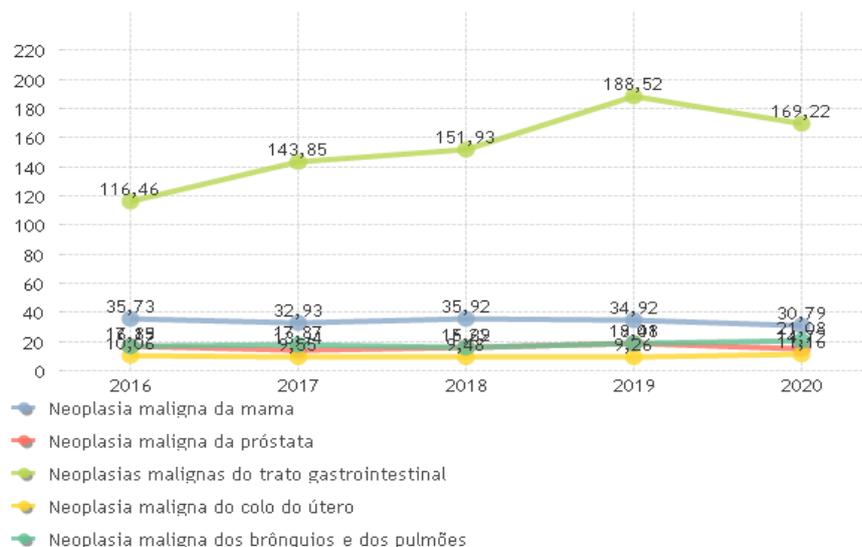
Figura 14. Taxa de mortalidade materna (100.000 nascido vivos), Macrorregião Missioneira, RS, 2016 a 2020.



Fonte: SIM/DATASUS

Analisando-se a variação da Taxa de Mortalidade Materna (Figura 14), verifica-se que a macrorregião saiu de um padrão abaixo para uma taxa acima da média do Estado, destacando-se o ano de 2019. Quanto aos dados estaduais, há um padrão de queda nos últimos anos, enquanto na macrorregião, embora tenha havido uma redução de 2019 para 2020, verifica-se um padrão de aumento da taxa.

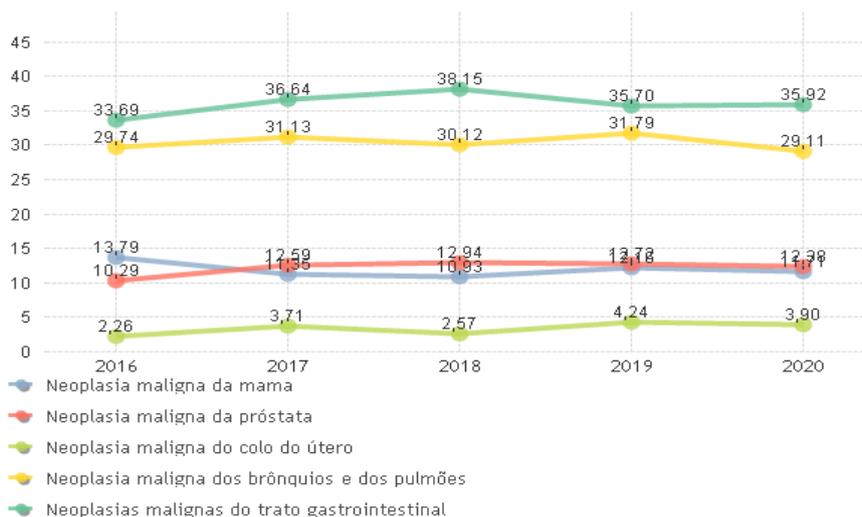
Figura 15. Taxa de internações SUS dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020



Fonte: SIH/DATASUS

Em relação às taxas de internação pelos diferentes tipos de câncer (Figura 15), as mais elevadas foram as internações relacionadas a neoplasias malignas do trato gastrointestinal. A taxa passou de 116,46 em 2016 para 169,22 em 2020, com aumento mais acentuado em 2019, quando a incidência foi de 188,52 para cada 100.000 habitantes. Em segundo lugar estão as internações por neoplasias malignas por câncer de mama, destacando-se a taxa de 30,79 em 2020, ano com redução significativa. Em terceiro lugar estão as internações por neoplasias malignas de brônquios e dos pulmões, taxa de 21,08 em 2019. Exceto pelas internações por neoplasias do trato gastrointestinal, as demais mantêm tendência linear estável durante período avaliado.

Figura 16. Taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.

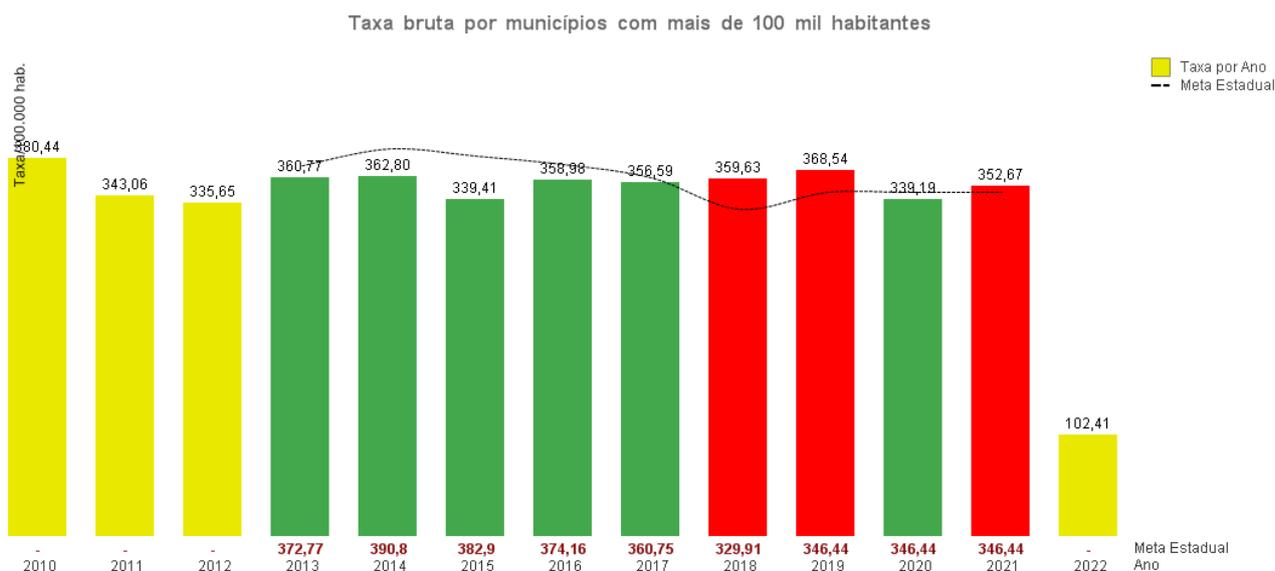


Fonte: SIM/DATASUS

Quanto à mortalidade por tipo de câncer (Figura 16), observa-se que, nas internações, prevalecem os óbitos por neoplasias malignas do trato gastrointestinal, com tendência linear estável no

período avaliado de 2016 a 2020; a taxa de 2020 foi de 35,92 para cada 100.000 habitantes. Em segundo lugar estão os óbitos por neoplasias malignas dos brônquios e dos pulmões, cuja taxa em 2020 foi de 29,11; em seguida ficam os óbitos por neoplasia maligna de próstata, com taxa de 12,38, acometendo homens; e os óbitos por neoplasia maligna de mama, com taxa de mortalidade 11,71, acometendo o grupo das mulheres.

Figura 17. 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), Macrorregião Missioneira RS, 2010-2022.



Fonte: SIM/ DATASUS, DGTI /RS

Conforme figura 17, observa-se tendência variável nos óbitos prematuros (faixa etária de 30 a 69 anos), decorridos das doenças não transmissíveis, sendo elas as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

Conforme informações levantadas junto ao Portal BI-RS, referentes ao ano de 2020, a R11 foi a região com a maior taxa de óbitos prematuros da macrorregião, com registro de 543 óbitos, levando à taxa de 364,49. Em segundo lugar está a R13 com 400 óbitos, taxa de 336,31. Em terceiro lugar a R14, com 407 óbitos, taxa de 326,57. A região com a menor ocorrência foi a R12, com 210 óbitos e taxa de 311,69 para cada 100.000 habitantes.

5. Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279/10, estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As redes estabelecidas na portaria dividem-se em: Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil (RAMPI), estabelecida por meio da Portaria nº 1.459/11; Rede de Urgência e Emergência (RUE), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.600/11; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 3.088/11, para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 793/12; e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, pela Portaria GM/MS nº 438/14.

5.2. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um instrumento para o cuidado integral à saúde mental da população. Pela diversidade dos estabelecimentos e serviços, as diretrizes e princípios da RAPS estão ancorados nos direitos humanos, e a execução de ações acontece via meios intra e inter-setoriais, em redes capilarizadas nos territórios. É instituída por meio da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (Portaria de origem nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011) e pela Portaria nº 3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017, que estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas.

A política busca promover uma maior integração e participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na RAPS, que é organizada pelos seguintes componentes: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada, Atenção às Urgências e Emergências, Atenção Residencial de Caráter Transitório e Atenção Hospitalar.

Os objetivos da RAPS são, principalmente, ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

As portas de entrada para o cuidado em saúde mental são os serviços da APS, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e os serviços de urgência e emergência, onde as pessoas são acolhidas, sejam elas referenciadas ou pela demanda espontânea. Na tabela 2 apresenta-se o quantitativo de serviços da RAPS da macrorregião, que está adequada quanto aos principais serviços, especialmente leitos em unidades especializadas em hospitais gerais.

Tabela 1. Número de serviços da Rede de Apoio à Saúde Mental, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

AÇÕES E SERVIÇOS	R11	R12	R13	R14	MACRO
Equipes de Redução de Danos (RD)	1	0	00	0	1
Leitos de Psiquiatria em Hospital Geral como serviço de referência (SHR) / nº de hospitais	72 (5)	11 (2)	58 (6)	62 (4)	203
Leitos de Psiquiatria Infanto Juvenil	0	0	0	10 (1)	10
Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB)	8	5	11	7	31
Oficina Terapêutica tipo 1	10	2	1	2	15
Oficina Terapêutica tipo 2	2	11	10	5	16
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	0	0	0	1	1
Unidade de Acolhimento (UA) Psicossocial Adulto	0	1*	0	0	1
Unidade de Acolhimento Psicossocial Infanto-Juvenil	0	0	0	0	0
CAPS AD	2	1	1	1	5
CAPS AD III	1	0	1	0	2
CAPS I	3	3	2	3	11
CAPS i	1	1	1	0	3
CAPS II	2	0	1	1	4
CAPS III	0	0	0	0	0
Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)	0	0	3	0	3

Fonte: Plano Macrorregional da RAPS – SES-RS

Identifica-se na macrorregião o vazio assistencial de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). É comum o problema da insuficiência ou ausência de apoio familiar, havendo uma grande dificuldade no cuidado dos pacientes portadores de transtorno mental. Acredita-se que a habilitação de SRT pode contribuir significativamente para a aquisição de autonomia e acompanhamento.

Identifica-se também a necessidade de serviços intermediários entre a atenção primária e especializada. Os municípios têm carência de profissionais e isso gera listas de espera, principalmente para atendimentos psicológicos e psiquiátricos. Nesse sentido, compreende-se a necessidade de diversificar os serviços do SUS através de ambulatórios de saúde mental, bem como de aprimorar os já existentes (NAAB, Oficinas Terapêuticas e CAPS), para incrementar a atenção integral às pessoas portadoras de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, propiciar assistência multiprofissional, ampliar os atendimentos individuais, promover a inserção através dos trabalhos de grupo, fortalecendo a coletividade.

Referente aos NAABs, há a necessidade de maior articulação entre equipes de referência e equipes matriciais para a efetivação da retaguarda técnica do NAAB e do cuidado compartilhado. É premente em relação a isso evitar a incompletude e rotatividade frequentes das equipes de apoio. Também em relação ao matriciamento, há a necessidade de ampliar e melhorar a articulação entre a APS e os CAPS. Por fim, com as melhorias na RAPS pretende-se diminuir as internações hospitalares, através do trabalho conjunto entre equipes especializadas e APS, bem como reduzir a judicialização em saúde mental, especialmente as internações hospitalares compulsórias.

Os Planos de Ação Regionais (PAR) da RAPS elaborados em 2022 traduzem a necessidade de novos serviços. Na R11 foram apontados principalmente os ambulatórios de saúde mental, as equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental (eMAESM) incentivadas pelo Ministério da Saúde. Cinco municípios da região manifestaram interesse em implantar: Cerro Largo, São Borja, São Luiz Gonzaga, Santo Antônio das Missões e Vitória das Missões. Ainda quanto a serviços custeados pelo MS, São Luiz Gonzaga indicou intensão de implantar SRT. Há também municípios que manifestaram interesse em equipes de custeio estadual, embora não haja recurso financeiro previsto

para isso até o momento. São Luiz Gonzaga e Santo Antônio das Missões citaram as oficinas terapêuticas e Cerro Largo o NAAB, equipe de apoio matricial.

Na R12, dentre as demandas que estão em andamento há uma unidade de acolhimento (UA) no município de Fortaleza dos Valos e um CAPS no município de Ibirubá, ambos já em fase de implantação. Porém, durante a formulação do PAR da RAPS, foram elencadas novas demandas com incentivo estadual: em Ibirubá, duas oficinas terapêuticas tipo II; em Quinze de Novembro, um NAAB; em Salto do Jacuí, uma equipe de composição de redução de danos (RD) e um acompanhante terapêutico (AT); em Cruz Alta um AT e uma equipe RD; e tanto em Saldanha Marinho quanto em Fortaleza dos Valos um novo serviço AT.

Há também propostas de implantação de novos serviços com custeio federal na R12: em Salto do Jacuí, implantação/habilitação de um CAPS 1, uma Ament tipo 1, e habilitação de 8 a 10 leitos hospitalares de referência em Saúde Mental; em Fortaleza dos Valos uma Ament tipo I; e em Santa Bárbara do Sul uma Ament tipo I.

As necessidades apontadas pelos vinte municípios da R13 foram: solicitações de 13 EMAESMs (Ambulatórios de Saúde Mental) nos municípios de Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Catuípe, Condor, Coronel Barros, Humaitá, Joia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto e São Valério do Sul. Já os municípios de Campo Novo, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Nova Ramada, Panambi, São Martinho e Sede Nova, oito no total, solicitaram SRTs e implantação e/ou habilitação de um CAPS tipo I para o município de Santo Augusto.

Foi também solicitada pelos municípios a implantação/ habilitação de serviços estaduais, como acompanhantes terapêuticos em Ajuricaba, Catuípe, Campo Novo, Ijuí, Nova Ramada, Chiapetta, Pejuçara e Sede Nova; oficinas terapêuticas nos municípios de Chiapetta e Crissiumal e, por fim foi, equipes RD nos municípios de Campo Novo e Pejuçara.

Na R14 as demandas levantadas e/ou necessidades de novos dispositivos foram: um CAPS 1 Regional para os municípios de Novo Machado, Tucunduva, Tuparendi, Dr. Maurício Cardoso e Porto Mauá; três AMENTs nos municípios de Nova Candelária, Santo Cristo e Alecrim; 20 oficinas terapêuticas para os municípios de Santa Rosa, Horizontina, Tuparendi, Porto Vera Cruz, Dr. Maurício Cardoso, Santo Cristo, Tucunduva, Boa Vista do Buricá, Campina das Missões e Três de Maio; e terceiro turno no CAPS II de Santa Rosa.

5.1. Rede de Urgência e Emergência (RUE)

Quanto à Rede de Urgência e Emergência, constitui-se o modelo de atenção na macrorregião mediante um diagnóstico dos serviços existentes, levando em consideração a quantidade de serviços ofertados, localização, acesso, complexidade e capacidade operacional e técnica conforme preconiza o Ministério da Saúde. O objetivo do diagnóstico situacional é subsidiar a compreensão dos arranjos organizativos de ações e serviços de saúde da rede no território e da coerência da solicitação dos pleitos de recursos financeiros.

A partir do Decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2022), que estabelece as regiões de saúde, verificou-se a necessidade de implantação, reestruturação e qualificação dos serviços dentro das regiões de saúde ou da macrorregião. Desta forma, apresentamos a tabela 3 expondo a capacidade instalada na macrorregião, bem como análise dos dados e os vazios assistenciais da RUE.

Tabela 2. Serviços da Rede de Atenção da Urgência e Emergência, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

AÇÕES E SERVIÇOS	R11	R12	R13	R14	MACRO
Cobertura de SAMU – Atendimento pré-hospitalar primário em Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA)	50%	0 %	65%	100%	60%
Cobertura de SAMU – atendimento pré-hospitalar primário em Unidade de Suporte Básico de Vida (USB)	100%	80 %	100%	100%	95%
Número de SAMU (USA)	02	0	01	01	04
Número de SAMU (USB)	10	02	04	08	24
Chamar – 192	0	08	0	0	08
Porta de Entrada Hospitalar Urgência e Emergência/ASSISTIR/RS (Porte Geral Tipo I)	06	05	07	08	26
Porta de Entrada Hospitalar Urgência e Emergência/ASSISTIR/RS (Porte Geral Tipo II)	0	01	0	04	05
Porta de Entrada Hospitalar Urgência e Emergência/ASSISTIR/RS (Porte Geral Tipo III)	02	0	0	01	03
Porta de Entrada Hospitalar Urgência e Emergência/ASSISTIR/RS (Porte Especializado I)	01	01	01	01	04
Porta de Entrada Hospitalar Urgência e Emergência/ASSISTIR/RS (Porte Especializado II)	01	0	0	0	0
Porta de Entrada Hospitalar Urgência e Emergência/MS (Tipo: Especializado Tipo I)	0	0	01	0	01
Porta de Entrada Hospitalar Urgência e Emergência/MS (Tipo: Especializado Tipo II)	0	1	0	0	1
Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 HORAS) (Opção de Custeio: II)	1	1	1	1	4
Leitos de Unidade de Cuidados Prolongados - UCP	0	0	25	40	65
Leitos de AVC	5 (III)	5 (III)	10 (III)	0	20
Leitos de Retaguarda	0	0	0	0	0
Leitos de UTI Adulto tipo II	20	20	13	26	79
Leitos de UTI Pediátrica Tipo II	0	0	0	10	10
Leitos de UTI Unidade Coronariana	0	0	2	0	2
EMAD (Equipe Multi. de Atenção Domiciliar) Tipo 1	0	0	0	1	1

FONTES: Plano Macrorregional da RUE – SES/RS

Conforme informações compiladas na tabela 2, a macrorregião possui um total de quatro bases de Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) Unidade de Suporte avançado, com cobertura de 60% da população. Somente a R14 possui 100% de cobertura populacional, tendo sua base localizada em Santa Rosa como referência para os 22 municípios da região.

A R11 possui duas bases Unidade de Suporte Avançado (USA), localizadas nos municípios de São Borja (atende somente o município sede); e de Santo Ângelo, que atende também os municípios de Eugênio de Castro, Sete de Setembro, São Miguel das Missões e Vitória das Missões. Dessa forma, há cobertura de USA a seis municípios e 54% da população regional, sem solicitação de ampliação.

A R12 no momento encontra-se sem cobertura populacional de transporte em USA. Há pleito aprovado no MS (SAIPS 130961) de uma USA que atuará junto à base já existente em Cruz Alta, que atualmente tem uma Unidade de Suporte Básico de Vida (USB) com cobertura para a população residente no município. A implantação da USA prevê uma cobertura de 100% da população residente na

R12, para esse tipo de serviço. Os municípios que não possuem cobertura SAMU 192 têm acesso à Central Estadual de Regulação das Urgências e Emergências através do Projeto Chamar 192, que possibilita o acesso das equipes que atuam nas ambulâncias municipais ao suporte do profissional regulador. No momento, há a adesão de oito dos nove municípios aptos ao projeto.

A R13 possui uma USA que está situada no município de Ijuí, com cobertura de 12 municípios e percentual de cobertura de 65% da população regional. Não possui solicitação de ampliação.

Em relação à cobertura de suporte básico, somente a R12 não possui cobertura de 100% da população. Os municípios que não têm cobertura SAMU acessam à Central de Regulação Estadual através do Projeto Chamar 192, dos municípios elegíveis na R12 apenas Boa Vista do Cadeado não aderiu. No total são 24 USB em toda macrorregião.

Quanto ao programa ASSISTIR Portas Abertas, a macrorregião possui um total de 37 unidades de porta de entrada hospitalar urgência e emergência/ASSISTIR/RS, sendo 26 unidades porte geral tipo I; cinco de porte geral tipo II; três de porte geral tipo III; e três de porte especializado tipo I.

Referente a portas de entrada, há duas unidades de porta de entrada hospitalar urgência e emergência porte especializado habilitadas pelo MS, junto ao Hospital de Caridade de Ijuí - HCI (tipo I) e Hospital São Vicente de Paulo de Cruz Alta (tipo II). O Hospital Vida e Saúde (HVS) de Santa Rosa possui solicitação para o MS de habilitação de porta de entrada especializada tipo I, aguardando diligências. Cada região de saúde possui uma unidade de pronto atendimento (UPA 24h).

Em relação aos leitos de cuidado prolongado, a Macrorregião possui um total de 65 leitos. Quarenta estão localizados na R14, sendo 20 no Hospital de Caridade de Alecrim e 20 leitos no Hospital São José, de Giruá, ambos referência para os 22 municípios da R14. Os demais 25 leitos são na R13, habilitados junto ao hospital de Ajuricaba. Importante mencionar que a R12 possui solicitação em processo de habilitação de leitos de unidade de cuidado prolongado (UCP) junto ao hospital Santa Barbara Beneficente, de Santa Bárbara do Sul.

Os leitos monitorados para o atendimento ao AVC somam um total de 25 habilitados para a macrorregião, todos de tipo III, desta forma divididos: 10 leitos para a R11, no Hospital de Santo Ângelo (2015); cinco na R12, junto ao Hospital São Vicente de Paulo de Cruz Alta (2018); e 10 leitos no HCI, pertencente à R13. A R14 não possui habilitação de leitos de AVC, porém tem solicitação junto ao MS de cinco leitos tipo II, aguardando deliberação de diligência.

Em relação a unidade de tratamento intensivo (UTI) adulto tipo II, todas as regiões de saúde possuem leitos, totalizando 79. Nesse quantitativo estão incluídos os leitos remanejados do enfrentamento à covid-19 aguardando habilitação definitiva pelo MS, sendo 10 do HVS/Abosco de Santa Rosa; 10 no Hospital São Vicente de Paulo de Cruz Alta e 10 leitos no Hospital Bom Pastor, de Ijuí.

Em relação a leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) pediátrico tipo II, há somente 10 leitos em toda macrorregião, no HVS, de Santa Rosa, pertencente à R14.

A macrorregião possui ainda dois leitos de UTI unidade coronariana, habilitados junto ao HCI, o qual também é referência em Hemodinâmica para toda a macrorregião.

Na R14, o município de Santa Rosa possui também uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) tipo I habilitada pelo MS.

Ao avaliar a capacidade instalada detalhada, observa-se que a macrorregião tem como vazio assistencial na Rede de Urgência e Emergência a necessidade de ampliação, qualificação e manutenção dos leitos de UTI adulto e pediátrico, onde encontramos dificuldades em obter leitos quando necessário, devido à elevada demanda. Além disso, é importante qualificar os serviços existentes de UTI, ofertando um serviço de qualidade tanto em estrutura física quanto na assistência ao paciente.

5.3. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

Estima-se que existam em todo mundo mais de um bilhão de pessoas com deficiência, o que corresponde, aproximadamente, a 15% da população mundial (OMS, 2012). No Brasil, 45,6 milhões de pessoas (24% da população brasileira) declararam ter alguma deficiência auditiva, física, visual e/ou intelectual (IBGE, 2010).

O IBGE publicou a Nota Técnica 01/2018, que traz a releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington, onde identificam-se como pessoas com deficiência apenas os indivíduos que responderam ter muita dificuldade ou não conseguir de modo algum em uma ou mais questões no Censo 2010. Sendo assim, ao aplicar esta nova linha de corte, o percentual da população com alguma deficiência no Rio Grande do Sul passa a ser de 6,7%.

Tabela 3. População com deficiência, Macrorregião Missioneira, RS, 2019.

POPULAÇÃO	MACRORREGIÃO MISSIONEIRA	RS
TOTAL	945.020	11.377.23
COM DEFICIÊNCIA (6,7%)	63.316	762.275
COM DEFICIÊNCIA VISUAL (3,4%)	32.131	386.826
COM DEFICIÊNCIA FÍSICA (2,3%)	21.735	261.676
COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA (1,1%)	10.395	125.148
COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (1,4%)	13.230	159.280

Fonte: IBGE/Plano de Ação da Rede de Cuidados à Saúde da PcD do RS-2020

Os profissionais da área da saúde devem estar preparados para oferecer um tratamento adequado e de qualidade, dessa forma, fica clara a importância de conhecer o usuário com deficiência que irá receber cuidado para que o tratamento transcorra sem intercorrências.

A linha de cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho, sendo o trabalho em equipe um de seus fundamentos mais importantes. Essa estratégia de organização da atenção tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade das ações e dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (BRASIL, 1989; BRASIL, 2004).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), amparada pela portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012, visa ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, estomia e múltiplas deficiências, por meio de uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com deficiência, assim como iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades.

O SUS oferece uma RCPCD nas áreas auditiva, física, intelectual e visual, além de dispensação de bolsas e adjuvantes para pessoas com estomia. Os serviços de reabilitação contam com equipe multidisciplinar, onde o usuário é avaliado e contemplado com tratamento de acordo com suas necessidades, com o objetivo de garantir tanto a integralidade do cuidado quanto o fortalecimento da autonomia do usuário.

A RCPCD tem como porta de entrada a APS, que encaminha os usuários para os serviços especializados e hospitais de acordo com a necessidade de atendimento de cada um. Os casos são

cadastrados no sistema de gerenciamento de consultas (Gercon) e, a partir das informações descritas, são regulados através de classificação de risco e agendados automaticamente, conforme disponibilidade de agenda em cada serviço de reabilitação de referência.

Tabela 4. Serviços de referência de reabilitação auditiva, física, visual e intelectual, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

SERVIÇOS DE REFERÊNCIA	R11	R12	R13	R14
Reabilitação Auditiva	- CER II, São Borja - Centro Auditivo Pro Audi, Ijuí	- Centro Auditivo Pro Audi, Ijuí	- Centro Auditivo Pro Audi, Ijuí	- CER II, Santa Rosa - CER II, Três de Maio
Reabilitação Física	- CER II, São Borja - CER II - Hospital São José, Giruá	- CER III – UNIR, Ijuí	- CER III – UNIR, Ijuí	- CER II – Hospital São José, Giruá
Reabilitação Visual	- CER II – Hospital São José, Giruá	- CER III – UNIR, Ijuí	- CER III – UNIR, Ijuí	- CER II – Hospital São José, Giruá
Reabilitação Intelectual	- APAE, Santo Ângelo - APAE, São Borja	- CER III – UNIR, Ijuí - APAE, Santa Bárbara do Sul	- CER III – UNIR, Ijuí - APAE, Ijuí - APAE, Ajuricaba - APAE, Panambi	- APAE, Alegria - APAE, Boa Vista do Buricá - APAE, Giruá - APAE, Independência - APAE, Horizontina - APAE, Santa Rosa - CER II, Santa Rosa - CER II, Três de Maio

Fonte: Plano Macrorregional da Pessoa com Deficiência

Conforme apontado na tabela 4, a macrorregião possui um cenário distinto no que se refere à distribuição de serviços de reabilitação. São 12 serviços contratados em modalidade única para a reabilitação intelectual; dois centros especializados em reabilitação (CER) tipo II para reabilitação auditiva e intelectual, um CER II para física e visual, um CER II para auditiva e física e um CER III para física, intelectual e visual.

Entre as quatro regiões de saúde, observa-se que a R14 possui a maior cobertura de serviços para atendimento à população com deficiência, tendo nove serviços, enquanto a R13 conta com cinco, a R11 conta com três e a R12 somente um serviço, uma APAE (associação de pais e amigos dos excepcionais), referência apenas para dois municípios, o que aponta esta como a região de maior vazio assistencial.

A partir da Portaria 290/2021 SES/RS, que trata da Política de Atendimento Integrado à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, foram credenciados recentemente um Centro Macrorregional de Referência (CMR) localizado em Santa Rosa, junto à Fundação Municipal de Saúde (FUMSSAR), e quatro centros regionais de referência (CRR) para atendimento aos usuários com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Os CRRs estão localizados em Santa Rosa (APADA - R14); Santo Ângelo (Centro Missioneiro de Equoterapia - R11); em Ijuí (CAPS – R13) e em Cruz Alta (Prefeitura Municipal de Cruz Alta - R12). Dessa forma, como os usuários com TEA são atendidos na RCPD, haverá uma interface com esses novos serviços.

A atenção primária tem um papel muito importante na rede, desde a avaliação para o encaminhamento do usuário à atenção especializada até o acompanhamento/monitoramento dos pacientes no território. Nesse sentido, é essencial que os municípios contem com uma equipe multiprofissional adequada para atender essa demanda específica. Identificou-se que é preciso ampliar o número de profissionais na APS da área de reabilitação, especialmente fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, para desenvolver ações de prevenção das deficiências, detecção precoce e acompanhamento do processo de reabilitação e continuidade do cuidado após alta.

O programa Primeira Infância Melhor (PIM) desempenha uma função importante junto à APS na detecção precoce de atraso no desenvolvimento infantil e suspeita de deficiência e casos de TEA, os quais são encaminhados para a rede. Após o diagnóstico confirmado, o PIM continua atendendo sob orientação do profissional de referência da criança da atenção primária ou serviço especializado onde a criança esteja recebendo atendimento. Infelizmente, não há adesão de todos os municípios da macrorregião ao Programa, que funciona atualmente em apenas 33 do total de 78 municípios.

Há necessidade no que se refere à implantação/reestruturação dos serviços odontológicos para usuários com deficiência (CEO). Através do Programa Assistir, a macrorregião foi contemplada com um ambulatório para atendimento odontológico à pessoa com deficiência, no Hospital de Caridade de Crissiumal, o qual está em processo de implantação.

Existe ainda a necessidade urgente de reajustar os recursos financeiros destinados aos serviços especializados (APAEs e CERs). Os valores atuais são defasados, o que impacta diretamente na qualidade dos atendimentos ofertados, pois limita o número de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPMS) dispensadas por mês e o número de profissionais atuantes, e, assim, gera filas internas.

Triagens Neonatais

A triagem neonatal é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de diversas doenças congênitas, sintomáticas e assintomáticas, no período neonatal a tempo de interferir no curso das doenças, permitindo, desta forma, a instituição do tratamento precoce específico e diminuição ou eliminação das sequelas. O Ministério da Saúde preconiza que alguns testes devem ser feitos ainda na maternidade, porém identifica-se dificuldade para que sejam realizados desta forma, principalmente o teste do olhinho. Na macrorregião os serviços e organização das Triagens Neonatal estão descritos abaixo.

A triagem neonatal biológica (TNB), corriqueiramente conhecida como teste do pezinho, é um procedimento responsável por identificar precocemente indivíduos com doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológica, para que possa ser tratada em tempo oportuno, evitando as sequelas e até mesmo a morte. Os exames das crianças ainda hospitalizadas são coletados no próprio hospital, e as demais crianças buscam atendimento na unidade de saúde – nos municípios maiores em mais de uma unidade de saúde. Os materiais coletados são transportados ao Hospital Presidente Vargas, em Porto Alegre, e os resultados são enviados por sistema diretamente para os municípios. Posteriormente, são disponibilizados os relatórios para as coordenadorias regionais, a cargo do profissional responsável pela Rede Saúde da Criança.

Já a triagem auditiva neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação, o mais precocemente possível, da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Os exames são realizados nos serviços de referência nos municípios maiores, enquanto nos municípios menores os usuários são encaminhados para o serviço mais próximo. No caso de o bebê falhar no exame, é agendado o reteste no mesmo

serviço e, se necessário BERA triagem, BERA diagnóstico, imitanciometria ou consulta de otorrinolaringologista, estes são realizados no serviço de reabilitação auditiva credenciado. Os testes são feitos no período de até 30 dias após o nascimento.

A triagem visual neonatal (teste do olhinho) é realizada nos primeiros meses de vida do bebê e, no máximo, até a criança completar um ano de idade. Isso porque estudos mostram que 90% da visão se desenvolve nos dois primeiros anos de vida, enquanto o desenvolvimento dos outros 10% acontece entre os sete e nove anos de idade. O teste do olhinho é realizado nos recém-nascidos em algumas unidades de saúde nos municípios e em alguns hospitais vinculados às coordenadorias regionais.

O exame de oximetria de pulso (teste do coraçãozinho) é realizado nos recém-nascidos em algumas maternidades dos hospitais vinculados às coordenadorias regionais. Por fim, a avaliação do frênulo lingual (teste da linguinha) é realizada nos recém-nascidos, em maternidades de alguns hospitais da macrorregião ou, caso necessário, posteriormente, em algumas unidades de saúde nas consultas de puericultura.

Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas

O cuidado à pessoa com estomia acontece na atenção primária, de média e alta complexidade. O acompanhamento, cuidado e entrega dos dispositivos às pessoas estomizadas ou com incontinência urinária é feito na APS de cada município. O Estado gerencia o sistema de cadastro e solicitação dos dispositivos, bem como o seu envio às Secretarias Municipais de Saúde.

Nesse serviço, existem fragilidades quanto à alimentação e gestão dos sistemas. Entre os fatores que podem contribuir para isso está a constante rotatividade de profissionais nos municípios, o que dificulta a operacionalização dos sistemas - GUD (Gerenciamento de Usuários com Deficiência). Outro fator a destacar é que na maioria dos municípios ainda não foi implementada a Portaria N° 400, de 16 de novembro de 2009 do Ministério da Saúde, logo, poucos possuem uma equipe de profissionais capacitados como estomaterapeutas.

Na 12ª CRS foi pactuado em CIR que os municípios que integram a Regional de Saúde 11, possuam uma equipe de referência em atenção a pacientes estomizados, equipe composta por um médico(a) e um enfermeiro(a), neste sentido, atualmente tem-se 19 municípios com equipe de referência.

Assistência de Média e Alta Complexidade à Pessoa com Deficiência

O acesso da pessoa com deficiência aos serviços de reabilitação acontece através do sistema de regulação do Estado (GERCON). A solicitação de atendimento parte da atenção primária e é regulado e agendado pela regulação estadual.

Podemos destacar que evoluímos em relação à RCPD na regulação dos casos, através da padronização com um protocolo de saúde específico de encaminhamento, adotado na atenção primária para os pacientes que necessitam desse cuidado. Os profissionais da atenção primária, ao realizar os encaminhamentos, podem utilizar os protocolos de regulação ambulatorial para reabilitação auditiva (adulto/pediátrica), física, intelectual e visual, que estão disponíveis no site do TelesaúdeRS. Tratam-se de instrutivos que auxiliam os profissionais a realizar a descrição mínima e adequada dos encaminhamentos nas áreas de reabilitação.

Os bebês que nascem com fissura labiopalatina na macrorregião são encaminhados para a Fundação para Reabilitação das Deformidades Crânio-Faciais (FUNDEF), serviço localizado em Lajeado/RS. O primeiro acesso se dá através da coordenadoria regional de saúde, mediante uma ficha específica de encaminhamento enviada pela secretaria municipal de saúde.

Referente ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD), na macrorregião houve uma diminuição da demanda de usuários com deficiências que necessitam de atendimento especializado fora do Estado do Rio Grande do Sul. Avalia-se que isso decorre do avanço das referências no território estadual.

Quanto aos atendimentos de porta de entrada, eletivos e de urgência e emergência, os serviços novos contam com estrutura física adaptada para o atendimento de pessoas com deficiência. No que se refere à prioridade do atendimento aos usuários com deficiência, pacientes com mais de uma deficiência são priorizados e depende do protocolo de cada serviço/especialidade.

5.4. Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil (RAMPI)

No âmbito do SUS, a Rede Cegonha foi instituída por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, com objetivo de reafirmar a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses. Atualmente, a Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil (RAMPI), conforme o estabelecido na Portaria GM/MS n. 715/2022, conta com os seguintes componentes: Atenção Primária à Saúde (APS); Atenção Ambulatorial Especializada (AAE); Atenção Hospitalar (AH); Sistemas de Apoio; Sistemas Logísticos e Sistema de Governança.

Atenção Primária em Saúde

A APS realiza todo o pré-natal de risco habitual (PN), bem como introduz o acompanhamento do parceiro no pré-natal, mantendo o vínculo com a família, e após o parto realiza o atendimento de puericultura dos recém-nascidos e crianças. Além disso, as equipes de saúde da APS são orientadas para o cuidado especial de gestantes e recém-nascidos de risco, coordenando ações importantes para a redução da morbimortalidade e visando a melhoria da qualidade de vida da população atendida.

Na macrorregião, o pré-natal de risco habitual e o atendimento em puericultura são realizados na sua maioria pelos profissionais das equipes de estratégias de saúde da família (médicos e enfermeiros). Alguns municípios contam com ginecologista e pediatras de apoio na rede da APS. Durante o pré-natal, a gestante é orientada sobre os serviços de referência na emergência obstétrica e também sobre a maternidade de referência para o parto (conforme deliberações da regionalização do parto e especificidades regionais).

No pré-natal preconiza-se o cuidado prioritário com início precoce, estratificação de risco e reavaliação frequente, em conformidade ao Guia do Pré-natal na APS (2018), implementado na macrorregião. Quanto ao PN do parceiro, esse deve ser acolhido com consulta e exames conforme avaliação individual. Já o cuidado ao recém-nascido realizado pela equipe da APS, que inicia na primeira semana de vida e se mantém em toda a puericultura, é fundamentado na Nota Técnica 01/2019 - Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 anos na Atenção Básica.

Nos últimos dois anos vem se trabalhando a qualificação das equipes da APS na Macrorregião para os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil. Atualmente são avaliados três

indicadores relacionados ao cuidado das gestantes e um relacionado à imunização das crianças menores de 1 ano:

- Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação;
- Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- Indicador 5: Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenza e tipo B e Poliomielite Inativada.

Atenção Especializada - Média e Alta Complexidade

As gestantes estratificadas com alto risco são acompanhadas pelas equipes do Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR), sendo o cuidado compartilhado com as equipes de APS. Quanto ao acesso à atenção secundária, a primeira consulta no AGAR é regulada pelo sistema GERCON, através do documento de referência, e o reagendamento do seguimento é realizado pelo AGAR. Já o acesso ao plantão de emergência obstétrica (hospitais de referência para o parto) geralmente se dá via comunicação telefônica entre os serviços.

Quanto aos serviços especializados de RAMPI, analisando o quadro 2, observa-se que a macrorregião conta com estrutura adequada ou suficiente para alguns serviços, a exemplo de leitos obstétricos de risco habitual, AGAR e Ambulatório de Egressos de UTI Neonatal. No entanto, existem dificuldades quanto à oferta de outros serviços, havendo ausência de leitos canguru, de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal, de Centro de Parto Normal e de Casa da Gestante Bebê e Puérpera. Outro problema na rede é a insuficiência de leitos de UTI Neonatal, considerando que a espera por vaga implica nos óbitos neonatais.

Quadro 2. Ações e serviços da rede de atenção ao parto e nascimento, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

Ações e Serviços	R11	R12	R13	R14
Plano de Ação Regional Rede Cego-nha	Aprovado - Resoluções CIR nº 058/17 e 088/18 e CIB nº 028/19; aguarda Portaria MS	Aprovado - Resolução CIR 12 nº 21/2017	Aprovado - Resolução CIB/RS 25/2016 com entrada no MS em 01/03/16 – SIPAR 25000029958/16-89	Aprovado - Portaria GM/MS nº 3.209, de 5 de dezembro de 2019
Regionalização do Parto: Adesão a Política de Cofinanciamento da Rede da Atenção ao Parto e Nascimento (Portaria SES/RS nº359/2017), Referências no parto de risco habitual	Adesão de três maternidades, conforme CIR11/RS nº 038/17 e 052/19: Hospital Santo Ângelo; Hospital de São Luís Gonzaga; Fundação Ivan Goulart (São Borja)	Não houve a regionalização do parto	Adesão de 06 Maternidades, conforme CIB 016/17: Hospital de Caridade de Ijuí; Hospital Santo Antônio (Tenente Portela); Hospital de Caridade de Crissiumal; Hospital Bom Pastor (Santo Augusto); Hospital Panambi; Hospital de Caridade de Três Passos	Adesão de cinco Maternidades: Associação Hospitalar Padre Benedito Meister (Campina das Missões); Associação Hospitalar Oswaldo Cruz (Horizontalina); Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa); Hospital de Caridade de Santo Cristo; Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio)
Leitos obstétricos	35	23	30	37
Leitos obstétricos (GAR)	07 leitos (aguardando reestruturações para habilitação - Hospital Santo Ângelo)	Referência no Hospital de Caridade de Ijuí	Aguardando Habilitação para o Hospital Caridade Ijuí, 06 leitos GAR II – MS, NUP/SEI:2500000048495/2018-16, segundo portaria 1020/2013 MS	11 leitos - Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Maternidade de Alto Risco-ASSISTIR	0	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Centro de Parto Normal	0	0	0	0
Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR)	Hospital Santo Ângelo	Referência – Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Casa da Gestante Bebê e Puerpera	0	0	0	0
Leito canguru	0	0	0	0
UCI neonatal	0	0	0	0
Leitos UTI neonatal	08 - Hospital Santo Ângelo	Referência – Hospital de Caridade de Ijuí	08 - Hospital de Caridade de Ijuí	08 - Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Banco de Leite	01 - Hospital Santo Ângelo	0	01 - Hospital de Caridade de Ijuí	01 - Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Ambulatório de Egressos de UTI neonatal	01 - Hospital Santo Ângelo - Referência Macrorregional		01 - Hospital Vida e Saúde e Hospital Santo Ângelo para palivizumabe	
Comitê de Vigilância do Óbito	Comitê regional de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal	Comitê municipal de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal de Cruz Alta	Comitê regional de prevenção da mortalidade materna infantil e fetal; Comitê municipal de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal de Ijuí	Comitê municipal de mortalidade materna, infantil e fetal de Santa Rosa; Grupo Técnico de Análise e Monitoramento do Óbito Materno, Fetal e Infantil da 14ª CRS
Capacitações e oficinas às equipes	Guia do Pré-natal da APS para profissionais e coordenadores da APS			
	Previne Brasil e indicadores de desempenho para gestores, profissionais e coordenadores da APS		Revisão das rotinas do pré-natal com APS	
		Capacitação para inserção de DIU na APS para 7 profissionais da APS na 9ªCRS		

Fonte: CNES e SES/RS

Especificidades das Regiões de Saúde

Na R11, o desenho da linha de cuidado da gestante e do recém-nascido/criança está definido há algum tempo com as pactuações da rede cegonha. A última atualização se deu em 2019 com as definições das três maternidades de referência para parto de risco habitual e seus respectivos municípios de abrangência, conforme a proximidade geográfica e possibilidade de acesso aos usuários/municípios. Com relação ao parto de alto risco, o serviço de referência realiza a assistência aguardando reestruturações para habilitação federal. Já o PAR está aprovado no âmbito estadual e aguarda portaria federal. Destaca-se a insuficiência de leitos de UTI Neonatal na região, situação que se complica pelo vazio assistencial em Unidade de Cuidado Intermediário (UCI), que poderia liberar alguns leitos da UTI-Neo. Temos na região o Ambulatório de Egressos de UTI-Neo, serviço de referência macrorregional, embora muito atrelado à administração de Palivizumabe. Pontua-se a necessidade de capacitação das equipes para a inserção de dispositivo intrauterino (DIU) e de aumentar a resolutividade da APS no planejamento reprodutivo.

Para atendimento das gestantes de alto risco e partos nessas situações, a R12 é referenciada ao HCI, conforme pactuado em Deliberação CIR-12 nº 017/2021 e Resoluções CIB/RS nº 020/2022 e 050/2022. Porém, a referência não é resolutiva no que tange à assistência hospitalar e realização do parto de alto risco. Dessa forma, as gestantes acompanhadas no AGAR são encaminhadas para realização do parto de alto risco em maternidades de risco habitual da regional. Mesmo após várias discussões entre gestores e profissionais, municípios e a coordenadoria, não houve avanço nas negociações para regionalização dos partos. Apenas um hospital da R12 assumiu a regionalização dos partos, porém, após algum tempo solicitou desabilitação, alegando falta de profissionais e baixa remuneração. Alguns municípios menores custeiam os partos com recursos próprios, em hospitais locais ou através de convênio com hospitais de municípios vizinhos.

Na R13, a RAMPI é constituída através das equipes de ESF e das maternidades que são referência regional. Os 20 municípios realizam a captação, acompanhamento e pré-natal nas equipes de APS e ESF. Naqueles que possuem médico obstetra em seus quadros, o atendimento pré-natal é compartilhado com as ESFs. Os exames na atenção secundária são efetuados através de contratualização municipal ou estadual. Contudo, o quantitativo atualmente ofertado não é suficiente, ocorrendo complementação por parte dos municípios. Verifica-se, então, que o desafio é ofertar os exames de acordo com os parâmetros mínimos preconizados dentro da rede.

Através do programa Assistir, conforme deliberação CIR-13 nº 32/2021, aprovada em 25 de novembro de 2021, a HCI passa ser referência para AGAR e para maternidade de Alto Risco para os municípios da R12 e R13. Então, em decorrência das mudanças macrorregional atreladas ao GERCON, a regulação das consultas para o AGAR-HCI passou a ser feita pela 9ª CRS. Em relação a leitos GAR, a R13 segue aguardando habilitação federal para o HCI.

A R14, por sua vez, possui PAR da Rede Cegonha aprovado com retificações através da Deliberação CIR nº 30/2018, Resolução CIB-RS nº 029/2019 e Portaria GM/MS nº 3.209, de 05 de dezembro de 2019. Ficaram estabelecidas cinco maternidades da região como referência para atendimento ao parto de risco habitual. O Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa foi estabelecido como referência para a gestação de alto risco (GAR) para todos os municípios pertencentes à R14. De acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a R14 possui necessidade de 28 leitos obstétricos, sendo seis de alto risco e 22 de risco habitual.

O PAR da R14 prevê solicitação de 16 leitos obstétricos de risco habitual para o HVS e ampliação de seis leitos de referência para atendimento GAR, além de solicitação de qualificação de dois leitos de UTI Adulto Tipo II. Em relação a UTI-Neo, a R14 possui cadastrados no Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (CNES) dez leitos, sendo oito habilitados para o SUS e qualificados como UTI-Neo Tipo II junto ao HVS. A região não possui Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo), com proposta de implementação de cinco leitos junto ao HVS, assim como a implantação de dois leitos na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINca).

A Portaria SES-RS nº 886/2021, com base na Portaria SES-RS nº 537/2021, a qual regulamentou o Programa de Incentivos Hospitalares – Assistir, habilitou o AGAR para o HVS de Santa Rosa, com referência para todos os municípios da R14. Além disso, o HVS, através do Of. 440/2021, fez solicitação para habilitação da Maternidade de Alto Risco através do programa Assistir como referência para todos os municípios da R14. A Resolução CIB/RS nº 211/2022 estabeleceu o HVS referência como Maternidade de Alto Risco, porém sem impacto financeiro até o momento.

O HVS também possui Banco de Leite Humano (BLH) e integra a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR), que se configura como ação estratégica da Política Nacional de Aleitamento Materno. Além de coletar, processar e distribuir leite humano a bebês prematuros e de baixo peso, os BLHs realizam atendimento de orientação e apoio à amamentação.

5.5. Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas

O Brasil atravessa uma transição demográfica importante, com o envelhecimento da população e seu alto impacto na saúde das pessoas idosas, bem como maior prevalência das doenças crônicas, aumento do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes, que pode acarretar o aumento de doenças crônicas na fase adulta. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o principal grupo de causa de morte no mundo. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por essas doenças.

As DCNT, principalmente as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, são causadas por vários fatores ligados às condições de vida dos sujeitos. Os principais fatores de risco comportamentais para o adoecimento por DCNT são: tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física. Todos podem ser modificados pela mudança de comportamento e por ações governamentais.

A formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tem se mostrado como forma de organização de sistemas de saúde eficaz para responder a alguns desses desafios estruturais e epidemiológicos, trazendo melhores resultados para os indicadores de saúde. A implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas ocorre por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando agravos de maior magnitude.

Conforme a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada pelos seguintes componentes: atenção primária, atenção especializada (ambulatorial especializada e hospitalar e urgência e emergência), sistema de apoio; sistemas logísticos; regulação e governança. Nesse contexto, existem alguns programas e incentivos para a promoção, prevenção e monitoramento da população acometida com essas condições, os quais são apresentados na tabela 5.

Tabela 5. Adesão a programas e linhas de cuidados relacionadas às doenças crônicas na APS, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

		Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade	Obesidade Infantil			Controle do Tabagismo	Estratégia Saúde Cardiovascular**	Academias de Saúde	Incentivo Atividade Física
			PSE	Crescer Saudável	PROTEJA*				
R11	Nº mun.	24	24	23	2	23	4	9	16
	% mun.	100	100	95,33	100	95,33	100	37,5	66,66
	Nº unid.	-	-	-	-	-	-	11	17
R12	Nº mun.	12	12	12	3	7	5	8	11
	% mun.	100	100	100	100	58,3	100	66,7	91,6
	Nº unid.	-	-	-	-	-	-	11	17
R13	Nº mun.	20	20	10	0	11	2	11	8
	% mun.	100	100	50	0	55	100	55	40
	Nº unid.	-	-	-	-	-	-	14	9
R14	Nº mun.	22	22	14	0	10	3	16	13
	% mun.	100	100	36,6	0	45,5	100	72,7	59,1
	Nº unid.	-	-	-	-	-	-	15	5

*PORTARIA GM/MS Nº 2.670, DE 13 DE OUTUBRO DE 2021 Define e habilita municípios com adesão ao recebimento de incentivo financeiro federal de custeio destinado à implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil no âmbito da Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA).

**A Portaria GM/MS nº 1.054, de 9 de maio de 2022 que instituiu incentivo financeiro federal para a implementação de ações da Estratégia de Saúde Cardiovascular na APS, definiu a lista de municípios elegíveis para o incentivo.

Conforme a tabela 5, todos os municípios das quatro regiões de saúde possuem implantada a Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade. Já no que se refere a programas que combatem à obesidade infantil, o programa Crescer Saudável apresenta uma adesão de 75,64% dos municípios da macrorregião (59), sendo que a R11 possui adesão de 23 municípios (95,33%); R12 de 100% dos municípios (12); R13 de 50% dos municípios (10) e R14 adesão de 14 municípios (63,6%). Já a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) apresenta adesão de 100% dos municípios da R11 e R12, enquanto que R13 e R14 não tiveram nenhum município elegível.

Todos os municípios da macrorregião têm adesão ao PSE, que possui várias ações, dentre elas a promoção da alimentação saudável e de práticas corporais e atividade física, que contribuem para a prevenção da obesidade. Outras ações relacionadas à prevenção de doenças crônicas são a prevenção e redução do consumo do álcool, prevenção do uso de drogas, controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer.

Em relação ao controle do tabagismo, 51 municípios da macrorregião (65,38%) possuem equipe capacitada para realizar o tratamento de pessoas para cessação do tabagismo. A R11 se destaca com profissionais capacitados em 23 municípios (95,33%); enquanto a R12 possui em 7 municípios (58,3%); R13 em 11 municípios (55%); e R14 em 10 municípios (45,5%).

Quanto à atividade física, existe o Incentivo à Atividade Física (IAF), ao qual 54 dos 78 municípios da macrorregião fizeram adesão, uma proporção de 69,23%. A maior taxa de adesão é na R12, com 11 municípios (91,6%) municípios; seguido da R11, com 16 municípios (66,66%); da R14, com adesão de 13 municípios (59,1%); enquanto na R13 houve adesão de 8 municípios (40%). Outra estratégia é o programa Academia de Saúde, que está implementado em 56,41% dos municípios da macrorregião: 9 municípios (37,5%) da R11; 8 da R12 (66,7%); 11 da R13 (55%); e 16 da R14 (72,7%).

Cumprir destacar, ainda, que todos os municípios elegíveis da macrorregião fizeram adesão ao incentivo financeiro Estratégia Saúde Cardiovascular.

5.5.1. Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO)

Na APS, destaca-se a implantação das Linhas de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no SUS (LCSO), que orientam o itinerário de cuidados dos usuários do SUS nas Redes de Atenção à Saúde. A LCSO busca promover, aos indivíduos com excesso de peso, o acesso a diversas ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O tratamento integral da obesidade é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal. A Portaria nº 424, de 19 março de 2013, redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Em seu anexo estabelece as indicações e critérios para o tratamento cirúrgico, apontando como um dos critérios os casos de indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal que devem realizar ações na APS e/ ou atenção ambulatorial especializada por no mínimo dois anos.

A Resolução CIB/RS nº 589/2014 habilita o Hospital Santo Ângelo como estabelecimento com Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade para a macrorregião. O serviço deve oferecer apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade, prestando, ainda, entre outros procedimentos, o serviço de cirurgia reparadora pós cirurgia bariátrica. Quanto à cirurgia reparadora pós-bariátrica, embora a habilitação exija que ocorra no serviço, o prestador não vem realizando, perante o que a Comissão de Avaliação de Contratos está solicitando que se cumpra os critérios da habilitação.

O Programa Assistir trouxe aporte financeiro para o Hospital Santo Ângelo, aumentando o número de cirurgias a serem realizadas, e ampliando a população que acessa este serviço, sendo referenciados os municípios de abrangência das seguintes coordenadorias regionais de saúde: 2ª CRS (Frederico Westphalen), 4ª CRS (Santa Maria), 9ª CRS (Cruz Alta), 10ª CRS (Alegrete) 11ª CRS (Erechim), 12ª CRS (Santo Ângelo), 14ª CRS (Santa Rosa), 15ª CRS (Palmeira das Missões) e 17ª CRS (Ijuí), totalizando uma população de 2.481.469. O acesso a esta especialidade se dá através do sistema GERCON, com regulação estadual.

5.5.2. Diabetes e Hipertensão

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, estima-se que 24,9% da população do Rio Grande do Sul maior de 18 anos tenha hipertensão e 7% tenha diabetes. Diante disso, o Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde da CRS, através da Coordenação Estadual de APS, elaborou e publicou duas notas técnicas referentes à diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), anexos às Resoluções CIB-RS nº 302/18 e nº 303/2018, respectivamente, a fim de orientar a organização do cuidado ao indivíduo portador dessas patologias a partir da atenção primária.

Com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de DM e HAS, faz-se necessária a normatização para acompanhamento na RAS. Em algumas situações, poderá haver a necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária, como nefrologia, cardiologia e endocrinologia, no caso de HAS, ou endocrinologia, no caso de DM. Algumas dessas especialidades, as regiões da macrorregião não possuem referência de serviço, como mostra a tabela 5.

A Portaria 2.979, de 12 novembro de 2019, instituiu o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Os indicadores 6 e 7 desse programa estão relacionados à atenção ao portador de DM e HAS. O indicador 6, Proporção de pessoas com

hipertensão com consulta e pressão arterial aferida no semestre, tem por objetivo identificar o contato entre a pessoa com hipertensão arterial e o serviço de saúde para atendimento e realização do procedimento de aferição da PA, que permite avaliar se a condição está controlada, visando a prevenção da morbimortalidade. Já o indicador 7, proporção de pessoas com diabetes com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre, tem por objetivo identificar o contato entre a pessoa com diabetes e o serviço de saúde para atendimento e solicitação do exame de hemoglobina glicada, com vistas à avaliação dos níveis glicêmicos e determinação se a condição está controlada, visando a prevenção da morbimortalidade. Para avaliar esses indicadores são utilizados dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Os dados da macrorregião estão apresentados na Tabela 6, em forma de média regional.

Tabela 6. Indicadores 6 e 7 do Programa Previne Brasil, Macrorregião Missioneira, RS, 2022 (1º quadrimestre)

INDICADOR	PERCENTUAL MÉDIO REGIONAL			
	Média regional do Q1 de 2022	R11	R12	R13
Proporção de pessoas hipertensas com consulta e pressão arterial aferida no semestre	26,7%	27,58%	22,35%	14,22%
Proporção de pessoas com diabetes com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	11,9%	19,41%	14,94%	6,45%

Fonte: SISAB

Pelo Programa Assistir, os hospitais têm a possibilidade de solicitar habilitação para Ambulatório de Condições Crônicas para Adultos e Pessoas Idosas, o qual terá foco na atenção à saúde e na estabilização das condições para a hipertensão arterial, diabetes e obesidade. No entanto, nenhum hospital da macrorregião solicitou habilitação.

5.5.3. Neoplasias

As estratégias para a detecção precoce do câncer são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença) e o rastreamento (aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar os pacientes com resultados alterados para investigação diagnóstica e tratamento) (WHO, 2007). A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer (WHO, 2017). Nessa estratégia, destaca-se a importância de a população e os profissionais estarem aptos para o reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos de câncer, bem como haver acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. O rastreamento do câncer é uma estratégia dirigida a um grupo populacional específico em que o balanço entre benefícios e riscos dessa prática é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade.

Os tipos de câncer que apresentaram maior taxa de mortalidade na macrorregião entre 2016 e 2020 foram neoplasia maligna do trato gastrointestinal e neoplasia maligna de brônquios e pulmões. Exames para diagnóstico de neoplasia do trato gastrointestinal, como endoscopia digestiva alta com biópsia e colonoscopia, estão com demanda reprimida. Os exames podem não estar sendo ofertados em número suficiente, como mostra a Tabela 7, visto a alta taxa de mortalidade por neoplasia do trato gastrointestinal que, se detectada precocemente, poderia ser tratada de forma resolutiva. Conclui-se que ambos exames deveriam ser mais acessíveis na APS para um rastreamento ou diagnóstico precoce adequados.

Tabela 7. Série histórica de exames diagnósticos do trato gastrointestinal (endoscopia, colonoscopia, retossigmoidoscopia - subgrupo 020901), Macrorregião Missioneira, 2017-2022.

Região	Parâmetro/ necessidade anual (2.350 exames/ 100.000 hab.)	2017		2018		2019		2020	
		PRODUÇÃO	%	PRODUÇÃO	%	PRODUÇÃO	%	PRODUÇÃO	%
R11	6.833	570	8	919	13	904	13	1.141	17
R12	3.098	491	16	661	21	476	15	313	10
R13	5.682	2.715	48	2.609	46	2.873	50	2.267	40
R14	5.645	2.047	36	1.394	25	1.368	24	714	13
Total Macro	21.258	5.823	27	5.583	26	5.621	26	4.435	21

Fonte: SIA/SUS

Na macrorregião, a população feminina tem acesso a exames preventivos, como o citopatológico do colo do útero, e exames de rastreamento, como mamografia. Porém, quanto aos exames em que exigem maior densidade tecnológica, como a mamografia, a cota não é suficiente. Há um falso resultado de que se disponibiliza cota suficiente, pois não há demanda reprimida, mas nota-se que muitas mulheres procuram os serviços privados para realizarem esse exame.

Também há deficiência no seguimento da usuária já diagnosticada com câncer. O hospital de referência não atende de maneira satisfatória e não realiza punções biópsias em número suficiente.

Tabela 8. Série histórica da realização de exame citopatológico para rastreamento do câncer do colo de útero, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.

Região	Parâmetro/ necessidade (39,80% da pop. fem. 25-64 anos)	2016		2017		2018		2019		2020	
		PRODUÇÃO	%								
R11	25.129	14.287	57	13.623	54	13.073	52	12.009	48	8.063	32
R12	13.772	6.477	47	6.489	47	6.241	45	5.944	43	3.436	25
R13	20.710	13.614	65	10.902	53	12.215	59	10.637	51	6.299	30
R14	20.700	12.405	60	12.762	62	11.966	58	12.108	58	8.378	40
Total Macro	80.311	46.783	58	43.776	55	43.495	54	40.698	51	26.176	33

Fonte: (SIA/SUS)

Tabela 9. Série histórica da realização de exame de mamografia para rastreamento do câncer de mama, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.

Região	Parâmetro/ necessidade (39,80% da pop. fem. 25-64 anos)	2016		2017		2018		2019		2020	
		PRODUÇÃO	%								
R11	15.835	11.207	71	10.922	69	10.982	69	11.637	73	7.104	45
R12	8.402	4.157	49	3.600	43	3.236	39	3.425	41	2.027	24
R13	12.729	8.584	67	8.058	63	8.736	69	7.842	62	4.182	33
R14	13.690	11.911	87	9.680	71	10.646	78	9.636	70	5.871	43
Total Macro	50.656	35.859	71	32.260	64	33.600	66	32.540	64	19.184	38

*Faixa Etária De 35 a 39 anos, de 40 a 44 anos, de 45 a 49 anos (1%), de 50 a 54 anos, de 55 a 69 anos (50%).

Fonte: (SIA/SUS)

Observa-se nas tabelas com a série histórica dos dois exames iniciais para rastreamento e detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama que, na macrorregião, ainda temos que

avançar na busca ativa das mulheres para oportunizar estes exames a partir do cuidado da APS. Verifica-se também uma diminuição expressiva nos exames em 2020 relacionada à pandemia. De maneira geral, na macrorregião, existe uma boa oferta de exames e procedimentos, no entanto, mantém-se a ocorrência de óbito por câncer de colo de útero e alta taxa de mortalidade por câncer de mama entre as mulheres.

Destacamos que nos indicadores de desempenho o Programa Previne Brasil traz o Indicador 4, que avalia a cobertura do procedimento de coleta de citopatológico de colo uterino nos últimos três anos, na faixa etária preconizada. Nos próximos ciclos, espera-se que provavelmente apresentará indicador relacionado a mamografias. Contudo, neste pouco tempo de avaliação do indicador 4, verifica-se a necessidade de ampliar a busca ativa das mulheres que não estão acessando o exame.

5.5.4. Atenção Secundária e Terciária

Quadro 3. Referências para atenção secundária e terciária relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

Especialidade		R11	R12	R13	R14
Oncologia	Consulta médica	Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí	UNACON: Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
	Quimioterapia	Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde
	Radioterapia	Hospital de Caridade de Ijuí		Hospital Vida e Saúde	
Hematologia		Sem referência	Sem referência	Oncológico Hospital de Caridade de Ijuí	Oncológico: Hospital Vida e Saúde (exceto casos agudos)
Nefrologia	Consulta, internação, cirurgia, hemodiálise	Tratamento de doença renal crônica: Clínica Renal Dr. Gatz (Santo Ângelo); Nefrologia clínica: Hospital Vida e Saúde	Tratamento de doença renal crônica e nefrologia clínica: Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Tratamento de doença renal crônica: Hospital de Caridade de Ijuí	Tratamento de doença renal crônica e nefrologia clínica: Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Pneumologia		Sem referência			
Obesidade	Cirurgia Bariátrica; Cirurgia Plástica Reparadora	Hospital Santo Ângelo			
Cardiologia	Alta Complexidade	Hospital de Caridade de Ijuí			
	Média Complexidade	Hospital de Caridade de Ijuí Ambulatório ASSISTIR			
	Cardiologia Infantil	GERCON/Porto Alegre			
Endocrinologia		Sem referência			

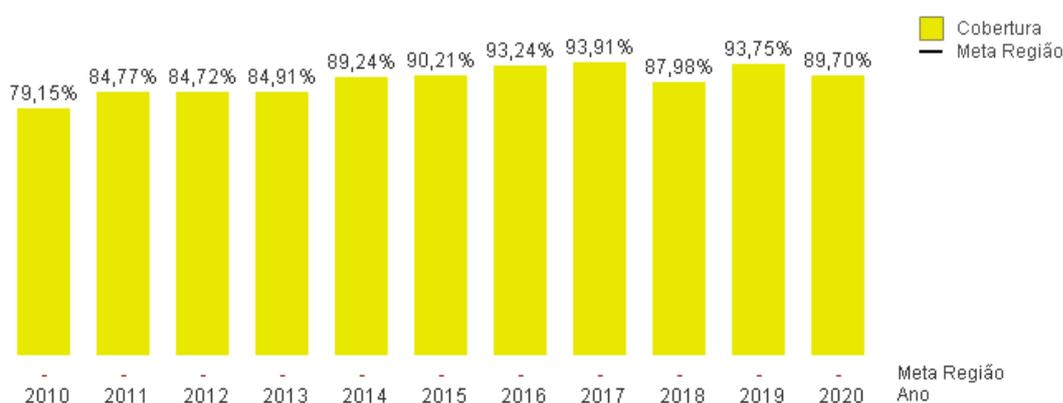
6. Capacidade Instalada

6.1. Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS), antes denominada Atenção Básica (AB), é principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Orienta-se pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, corresponsabilidade e humanização. Para atender esses princípios, a APS desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários.

As ações e os serviços da APS estão ofertados em todos os municípios de abrangência da macrorregião. O MS e o Estado do RS elencaram a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso da população ao SUS.

Figura 18. Cobertura populacional estimada pelas equipes de APS, por ano, Macrorregião Missioneira, RS, 2010 a 2020



Fonte: CNES/Datasus

Tabela 10. Coberturas da Rede de Atenção Primária em Saúde nas regiões de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2020.

Coberturas	R11	R12	R13	R14
Cobertura de ACS	81,53%	94,60%	84%	79,72%
Nº Equipes ESF	75	41	60	72
% Cobertura ESF	88,24%	94,89%	78,11	87,06%
Nº Equipes ESF c/ SB (40h)	46	28	52	35
% Cobertura SB	65,27%	79,84%	79,62%	65,08%
Nº Equipes eAP 20h	7	0	1	0
Nº Equipes eAP 30h	0	0	3	0
Nº Equipes ESB 20H	2	0	1	0
Nº Equipes ESB 30h	0	0	0	0
Equipe Saúde na Hora	0	0	0	2
CEO	3	0	3	0
LRPD	12	5	14	12

Fonte: Portal BI e Estema e-Gestor AB

A cobertura populacional pelas equipes de APS da macrorregião no ano de 2020, conforme figura 18, foi de 89,7%. Em comparação com a meta pactuada no Estado, que foi de 77,6%, a macrorregião apresenta excelente cobertura para a população. Destaca-se que a cobertura de ESF está em 81,92% em 2020 na macrorregião, conforme Tabela 11.

A principal prioridade é fortalecer a APS como ordenadora do cuidado garantindo o acesso, acolhimento, classificação de risco, estratificação de risco, identificação das necessidades de cuidado da população de referência da área adscrita da equipe de equipes de Saúde da Família (ESF) e de Atenção Primária (EAP), a organização da equipe para que essas necessidades dos usuários sejam supridas/atendidas, qualificação do planejamento, avaliação e o registro das informações através de protocolos e reunião de equipes.

Quanto às plataformas de gestão e registro, o SISAB é o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas da APS. Já o e-SUS é uma estratégia para reestruturar as informações da APS em nível nacional. Essa ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos sistemas de informação em saúde do MS, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

O Informatiza APS faz parte da estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde, o Conecte SUS. O programa apoia a informatização das unidades de saúde e a qualificação dos dados da Atenção Primária à Saúde de todo o país. O investimento na tecnologia da informação vai subsidiar a gestão dos serviços de saúde e a melhoria da clínica.

6.1.1. Programa Previne Brasil

O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Seu novo modelo de financiamento altera o cálculo das transferências aos municípios, que passam a ser distribuídas com base em quatro critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem.

O Previne Brasil equilibra valores financeiros *per capita* referentes à população efetivamente cadastrada nas ESFs e EAPs, com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal (ESB), informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, dentre outros programas.

6.1.2. Programa Estadual de Incentivos para a APS

O Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS) foi instituído no Estado do RS pelo Decreto Estadual nº 56.061, de 29 de agosto de 2021, e implementado através da Portaria SES nº 635/2021 (alterada pelas Portarias SES nº 754/2021, nº 843/2021 e nº 230/2022), a qual define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do programa, voltado à qualificação da APS no SUS. O PIAPS consiste no repasse de recursos financeiros aos municípios, para fins de custeio e investimento em serviços e ações de saúde, que fortaleçam e qualifiquem o processo de trabalho da APS no âmbito municipal, sendo constituído pelos componentes: sociodemográfico; incentivo para equipes da APS, incentivo à promoção da equidade em saúde, incentivo ao

Primeira Infância Melhor (PIM); e o componente estratégico de incentivo à qualificação da APS: Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS).

Tabela 11. Percentual de municípios com adesão ao programa Rede Bem Cuidar, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

	R12	R11	R13	R14
Número de municípios com adesão	11	24	20	20
Percentual de adesão	91,66%	100%	100%	90,90%

Fonte: SES/RS

A RBC/RS consiste em um projeto inserido no PIAPS que visa à integração entre a gestão estadual, os gestores municipais, os trabalhadores da saúde e as comunidades no fortalecimento dos atributos da APS. Na macrorregião, houve adesão de 96% dos municípios à RBC. Conforme Tabela 12, apenas três municípios não realizaram adesão.

6.1.3. Saúde Bucal

A Política Nacional de Saúde Bucal, através do “Programa Brasil Sorridente”, organiza a APS na saúde bucal, com Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Unidade Odontológica Móvel (UOM). No ano de 2020, a macrorregião contava com 164 ESB e uma UOM credenciada no MS e em funcionamento, alcançando cobertura de saúde bucal de 75,31%, superior à do Estado do RS, que foi de 44,62%.

Na atenção especializada, o programa é organizado em média complexidade, com centros de especialidade odontológica (CEO) e laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPD); e alta complexidade, com a assistência hospitalar. A macrorregião, em 2020, apresentava cinco CEOs municipais e um CEO Regional; bem como 39 municípios com o programa LRPD.

6.1.4. Academia de Saúde e Incentivo à Atividade Física na APS

Dentre as ações de promoção da Saúde na APS, uma das principais é estimular a população à redução do sedentarismo e prática de atividades físicas. Para isso, temos incentivos do MS do programa Academia de Saúde e Incentivo à Atividade Física na APS (IAF).

O programa Academia da Saúde tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados. A iniciativa estimula a criação de espaços públicos adequados para a prática de atividade física e de lazer, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais em nossa macrorregião temos poucas academias implantadas e em funcionamento. Na macrorregião, temos um total de 44 municípios que implantaram academias de saúde, conforme demonstrado na Tabela abaixo.

Tabela 12. Municípios com adesão ao programa Academia de Saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2022 (agosto).

		R11	R12	R13	R14	Macrorregião
Municípios com adesão	Número	9	8	11	16	48
	Proporção do total	37,5%	66,7%	55%	72,7%	62%

FONTE: Sistema e-Gestor AB de 12/08/2022

O IAF foi instituído pelo MS por meio da Portaria 1.105/2022 com o objetivo de incentivar a implementação de ações de fomento a atividades físicas na APS, incluindo a contratação de educadores físicos, compra de materiais de consumo e qualificação de ambientes relacionados à atividade física. A iniciativa também visa melhorar o cuidado das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, com a inserção de atividade física na rotina dos usuários das unidades de saúde.

Conforme Tabela 12, na macrorregião há 48 municípios com adesão às ações de atividade física na APS, o que representa uma cobertura de 62% do total. A região com o maior percentual de adesão é a R14, com 16 municípios aderidos (72,7% do total). Na sequência fica a R12, com adesão de 8 municípios (66,7%); a R13, onde há adesão de 11 municípios (55%); e a R11 possui o menor percentual de cobertura de municípios com adesão, sendo 9 (37,5% do total).

6.1.5. Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos à saúde e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Trata-se de uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as ESFs e EAPs. Na macrorregião, 100% dos municípios aderiram ao PSE.

6.1.6. TelessaúdeRS

O objetivo do TelessaúdeRS é possibilitar às pessoas um atendimento mais ágil e qualificado no SUS, por meio da telemedicina/telessaúde. Busca qualificar o trabalho das equipes de APS, ajudar na tomada de decisão clínica e gerencial e aumentar a resolutividade, fortalecendo os atributos da APS, orientados pelos princípios do SUS e pela melhor e mais atual evidência científica. Dentre as ações estão a teleducação, telediagnóstico e teleconsultoria, voltadas para todos os profissionais que trabalham na APS.

6.1.7. Programa Médicos pelo Brasil

O Programa Médicos pelo Brasil, antes denominado Programa Mais Médicos (PMM), é uma iniciativa do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS. Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBSs), além de novas vagas de graduação e residência médica para qualificar a formação desses profissionais. Assim, o programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam o SUS. Na Tabela 13 pode-se visualizar o dimensionamento de vagas do Programa Médicos pelo Brasil por região de saúde que compõe a macrorregião.

Tabela 13. Número de vagas do Programa Médicos pelo Brasil por região de saúde, Macrorregião Missio-
neira, RS, 2020.

	R11	R12	R13	R14
Número de municípios contemplados	23	12	19	20
Número total de vagas	39	21	26	31

Fonte: Portaria GM/MS Nº 3.352

6.1.8. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Essas importantes práticas são transversais em suas ações no SUS e podem estar presentes em todos os pontos da RAS, prioritariamente na APS com grande potencial de atuação.

Na macrorregião, está sendo estimulada a implementação dessas práticas nas UBSs/ESFs, buscando a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. Atualmente, a grande maioria dos municípios desenvolvem alguma prática integrativa e complementar, dentre as quais pode-se citar: auriculoterapia, dança circular, meditação, yoga, aromaterapia, arteterapia, Reiki, constelação familiar, musicoterapia, terapia comunitária integrativa, terapia de florais, quiropraxia, homeopatia, massoterapia e acupuntura.

6.1.9. Programa Primeira Infância Melhor

Política pública intersetorial de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) tem como objetivo apoiar as famílias que vivem em situação de vulnerabilidade, a partir de sua cultura e experiências, na promoção do desenvolvimento integral das crianças, desde a gestação até os seis anos de idade. A atuação do PIM se dá por meio de visitas domiciliares e atividades grupais, realizadas a partir de planos singulares de atendimento e articulação de ações em rede.

Atualmente o PIM é um dos componentes do PIAPS, de forma que está fortalecido como estratégia intersetorial da APS. Houve ampliação do recurso e o financiamento do programa passou a ser feito por indivíduo gestante e criança menor de seis anos atendido. Além disso, o PIM abriu processo para adesão de novos municípios e/ou ampliação/redução de meta de indivíduos atendidos.

O panorama da macrorregião em julho de 2022 é de 32 municípios com adesão ao PIM, com meta de atendimento de 2.870 indivíduos que corresponde a 10% da meta do Estado. No período analisado, alcançou-se 80% dessa meta, atendendo 2.292 indivíduos. Para esse atendimento às famílias, a macrorregião conta com 121 visitantes, que atendem em média 18,9 indivíduos cada.

Considerando que houve adesão de mais dois municípios no mais recente processo de novas adesões, Ijuí e Santo Ângelo, a macrorregião totalizará 34 municípios com PIM. Ijuí já está em fase de implementação, em vias de contratação de 16 visitantes e de capacitação da equipe.

Tabela 14. Adesão ao Programa Primeira Infância Melhor por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, Julho-2022.

		R11	R12	R13	R14
Número de Municípios	Com adesão	7	6	7	12
	Sem adesão	17	6	13	10
Números de Visitadores		28	39	44	34
Número de indivíduos	Meta	512	820	828	653
	Percentual atingido	102%	102%	53%	77,64%

Fonte: SISPIM

Há necessidade de ampliar o número de municípios com adesão ao programa na macrorregião, e para tanto contamos com a sensibilidade dos gestores com as questões da primeira infância e o empenho dos profissionais nas coordenadorias. Busca-se que novos municípios venham a aderir, de forma a abranger gestantes e as crianças de até três anos que estão em vulnerabilidade social e

afetiva e que não frequentam escolas de educação infantil. Atualmente, especialmente gestantes e crianças da zona rural - que é extensa na macrorregião - ficam desassistidas.

6.1.10. Equidade em Saúde

As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são formadas por um conjunto de programas e ações governamentais de saúde, no âmbito do SUS, pensados para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. Por ser a principal porta de entrada no SUS, cabe à APS ser espaço de fomento à implementação de políticas e ações intersetoriais de promoção da equidade em saúde, acolhendo e articulando as demandas de grupos em situação de iniquidade no acesso e na assistência à saúde.

A promoção da equidade em saúde busca o enfrentamento do racismo, do racismo institucional, do preconceito e da discriminação no âmbito da APS, contra as seguintes populações específicas: população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis e intersexo (LGBTI); população negra, povos indígenas, população privada de liberdade e egressa do sistema prisional, população em situação de rua, migrantes, refugiados, apátridas, vítimas do tráfico de pessoas, povo cigano, população do campo, da floresta e das águas.

No território da macrorregião, com relação à população privada de liberdade, há oito unidades prisionais, as quais contam com uma equipe de Atenção Básica Prisional. A macrorregião conta também com um Centro de Atendimento Socioeducativo, localizado em Santo Ângelo (R11).

Tabela 15. Municípios com unidades de saúde prisional por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2021.

	R11	R12	R13	R14
Número de municípios	04	01	01	02

Fonte: Portaria GM/MS nº 2298/2021

Quanto aos povos indígenas, existem 11 comunidades na macrorregião, coordenadas pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Os serviços de atenção à saúde indígena são gerenciados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), vinculados aos DSEIs onde encontram-se os polos-base. Aos polos-base, por sua vez, estão vinculadas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que atuam nas UBSs localizadas dentro das áreas indígenas.

Referente à população remanescente de quilombos, existem seis comunidades certificadas pela Fundação Cultural Palmares na macrorregião, distribuídas conforme tabela 17.

Tabela 16. Municípios com aldeias indígenas e unidades de saúde ESF/ESB com cobertura de população indígena por região de saúde, Macrorregião Missioneira, 2022.

	R11	R12	R13	R14
Municípios com Aldeia Indígena	02	01	01	0
Unidades de Saúde ou ESF/ESB	01	01	01	0

Fonte: FUNAI (2022)

Tabela 17. Número de municípios com aldeias quilombolas e unidades de saúde ESF/ESB com cobertura população negra por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2021.

	R11	R12	R13	R14
Municípios com comunidade quilombola	0	04	01	01
Unidades de Saúde ou ESF/ESB	0	01	01	01

Fonte: IBGE

6.2. Média e Alta Complexidade

Cada CRS possui dois reguladores macrorregionais, os quais trabalham baseados nos protocolos de encaminhamento do Telessaúde/RegulaSUS, utilizando o critério de classificação de risco. Todos os casos devem ser cadastrados no GERCON, com um mínimo de informações compatíveis à doença, necessidade de atendimento, bem como anexados exames pertinentes, assim os reguladores avaliam caso a caso, classificando o risco e priorizando os mais graves. O agendamento é feito de forma automática pelo sistema, conforme disponibilidade de agenda e cotas disponíveis. Quanto aos exames, a maioria é agendada direto pelo prestador solicitante, algumas ofertas são distribuídas através de cotas, via sistema de regulação (SISREG). Percebe-se vazio assistencial na oferta de alguns exames, tanto de média quanto de alta complexidade, entre os quais cita-se endoscopia digestiva alta e baixa, ressonância magnética e tomografia.

O quadro 3 apresenta a distribuição das principais referências de especialidades junto à macrorregião, descritas por região de saúde. Dentre os prestadores que possuem maiores quantitativos de serviços e especialidades contratadas com referência para a macrorregião estão o Hospital Santo Ângelo, localizado na R11, Hospital de Caridade de Ijuí, pertencente à R13; Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio) e Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa, ambos pertencentes à R14.

Destaca-se que as referências de reumatologia, bucomaxilofacial, e na especialidade de odontologia hospitalar para atendimento à pessoa com deficiência são conquistas recentes e estão em fase de implantação.

A macrorregião possui um cenário distinto no que se refere à distribuição de serviços de reabilitação. Atualmente, conta com 12 serviços contratados em modalidade única para a reabilitação intelectual (APAEs de Alegria; Giruá; Santa Rosa; Independência; Horizontina; Boa Vista do Buricá; Santa Bárbara do Sul; Ajuricaba; Ijuí; Panambi; Santo Ângelo e São Borja); dois centros especializados em reabilitação (CER) Tipo II para reabilitação auditiva e intelectual, junto à FUMSSAR Santa Rosa e APAE Três de Maio; um CER Tipo II para reabilitação física e visual (Hospital São José de Giruá); um CER Tipo II para reabilitação auditiva e física (São Borja) e um CER Tipo III para física, intelectual e visual (UNIR Ijuí). O acesso dos usuários com deficiência aos serviços especializados é regulado através do sistema GERCON. A descrição detalhada dos serviços está no capítulo 5, das RAS.

Em relação às necessidades mais relevantes apontadas para a macrorregião estão a implantação de serviços nas especialidades de hematologia clínica e aguda, endocrinologia, gastroenterologia e referência para onco-hematologia aguda conforme pactuado. Nas áreas diagnósticas, a necessidade maior está na ampliação da oferta de exames de endoscopia digestiva alta e colonoscopia, especialmente para ampliação do diagnóstico precoce dos cânceres do aparelho digestivo.

Quadro 4. Referências por especialidade e por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

Especialidades	R11	R12	R13	R14
Cirurgia Vascular MC (Tratamento de Varizes)	Fundação Ivan Goulart (São Borja)	Sem referência CIB	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa); Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio)
Angiologia Vascular AC	Hospital de Caridade de Ijuí			
Cardiologia Clínica MC	Hospital de Caridade de Ijuí			
Cardiologia AC Geral	Hospital de Caridade de Ijuí			
Cirurgia Cardiovascular Pediátrica	Unidades de POA			
Cirurgia Cardiovascular Implante Cardio desfibrilador e marcapasso multissítio	Hospital São Vicente de Paulo (Passo Fundo)			
Neurologia Clínica	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)	Hospital São Vicente Paulo (Cruz Alta)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Neurocirurgia AC - Geral	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Neurocirurgia AC – Tratamento endovascular doenças sistema neurovascular	Hospital São Vicente de Paulo (Passo Fundo)			
Neurocirurgia AC/Cirurgia Funcional Estereotáxica	Unidades de Porto Alegre			
Traumatologia Média Complexidade	Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital São Luiz Gonzaga; Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí; Hospital de Caridade de Crissiumal; Hospital Panambi	Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio), Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Traumatologia AC Geral – STO/ STOU	Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Traumatologia AC Pediátrica - STOP – Deformidades Congênitas	Hospital Santo Ângelo			

Especialidades	R11	R12	R13	R14
Traumatologia AC (Casos Exclusivos Fratura Acetábulo e Deformidades Congênitas de Coluna até 21 anos)	Hospital São Vicente de Paulo (Passo Fundo)			
Cirurgia Geral	Hospital Ivan Goulart (São Borja); Hospital São Luiz Gonzaga; Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente Paulo (Cruz Alta); Hospital Aderbal Schneider (Salto do Jacuí); Hospital Annes Dias (Ibirubá); Hospital Santa Bárbara Beneficente (Santa Bárbara do Sul)	Hospital Bom Pastor (Santo Augusto); Hospital de Caridade de Ijuí; Hospital Bom Pastor (Ijuí)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa); Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio); Hospital Boa Vista (Boa Vista do Buricá); Hospital Padre Benedito Meister (Campina das Missões); Hospital Santo Afonso (Cândido Godói); Hospital São José (Giruá); Hospital Oswaldo Cruz (Horizontina); Hospital de Caridade de Santo Cristo; Associação Franciscana de Assistência à Saúde (São Paulo das Missões); Hospital Centro de Assistência Médico Social (Tuparendi)
Otorrinolaringologia Média Complexidade	Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio); Centro Auditivo Pró Audi (Ijuí)		Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Urologia Geral	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)	Hospital de Caridade de Ijuí		Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Urologia Litotripsia	Hospital de Caridade de Ijuí			
Urologia Avaliação Urodinâmica	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre			
Hematologia Clínica; Hematologia Oncológica	Sem oferta	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Sem referência	Sem oferta
Hematologia Oncológica	CACON – HCI	* Sem oferta	CACON – Hospital de Caridade de Ijuí	
Gastroenterologia	Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital Santo Ângelo * Sem oferta	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí * Sem oferta	Sem referência (gastro geral)

Especialidades	R11	R12	R13	R14
Gastro - Colangeopancreatografia	Unidades de Porto Alegre			
Coloproctologia	Hospital de Caridade de Ijuí * Sem oferta	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta) - oferta apenas para oncologia	Hospital de Caridade de Ijuí * Sem oferta	Sem referência CIB
Nefrologia	Clínica Renal Ivan Goulart (São Borja); Clínica Renal Dr. Gatz (Santo Ângelo)	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Bucomaxilofacial	Hospital Vida e Saúde/Abosco (Santa Rosa) - possui habilitação ainda sem oferta	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital Vida e Saúde/Abosco (Santa Rosa) - possui habilitação ainda sem oferta
Pneumologia	Hospital de Caridade de Ijuí - sem oferta			
Infectologia Clínica	Centro Especializado São Luiz Gonzaga; Centro de Especialidade de São Borja; Hospital Santo Ângelo * Sem oferta	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta) *Sem oferta	Hospital de Caridade de Ijuí * Sem oferta	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa) * Sem oferta
Atenção ao Paciente com Sobrepeso e Obesidade - Cirurgia Bariátrica; Cirurgia Plástica Reparadora - Pós Bariátrica	Hospital Santo Ângelo			
Oncologia	UNACON Fundação Ivan Goulart (São Borja) - onco geral; UNACON Hospital Santo Ângelo - onco geral; CACON Hospital de Caridade de Ijuí - hemato	Hospital São Vicente Paulo (Cruz Alta) - onco geral + hemato	CACON Hospital de Caridade de Ijuí - onco geral + hemato	UNACON Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa) - onco geral + radio + hemato
Onco Neurologia	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)	Hospital São Vicente Paulo- Cruz Alta	CACON Hospital de Caridade Ijuí	UNACON Hospital Vida e Saúde-
Onco Cabeça e Pescoço + Iodoterapia + braquiterapia + radioterapia	CACON Hospital de Caridade de Ijuí			
Onco Infante Juvenil	Hospital São Vicente de Paulo (Passo Fundo)			
Onco/Raro (Oftalmo, ossos)	Unidades de Porto Alegre			
Onco-PET CT	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre			

Especialidades	R11	R12	R13	R14
Endocrinologia	Hospital Santo Ângelo *Sem oferta			
Reumatologia	Hospital de Caridade de Ijuí *Possui habilitação ainda sem oferta			
Oftalmologia MC e AC	Hospital Santo Ângelo - MC geral e trat. de Glaucoma; Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio) = FACO/AC + trat. de retinopatia diabética + plantão urgência e emergência	Hospital São Roque (Faxinal do Sorturno) - MC geral + cirurgias de FACO/AC + trat. de Glaucoma + trat. retinopatia diabética + urgência e emergência	Hospital Bom Pastor (Ijuí) - MC Geral; Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio) - FACO/AC + trat. de retinopatia diabética + plantão urgência e emergência Hospital Santo Ângelo - trat. de glaucoma	Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio); MC Geral + FACO/AC + trat. de retinopatia diabética + plantão urgência e emergência; Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa) - oftalmo MC geral + urgência e emergência
Oftalmologia TTT e correção de estrabismo	Hospital de Olhos Lions (Passo Fundo)			
Ginecologia	Fundação Ivan Goulart (São Borja)	Sem definição em Resolução CIB	Sociedade Hospitalar Bom Pastor (Santo Augusto)	Hospital São José (Giruá)
Processo Transsexualizador	Hospital Municipal Casa de Saúde (Santa Maria)			
Dermatologia	Hospital Santo Ângelo	Hospital de Caridade de Ijuí		Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Alergia Imunológica	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)	Hospital de Caridade de Ijuí		Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Cirurgia Torácica	Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital São Luiz Gonzaga; Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo de Cruz Alta	Hospital de Caridade de Ijuí; Hospital Panambi	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)

MC= Média Complexidade; AC=Alta complexidade

Fonte: Resolução CIB RS 283/2022

6.2.1. Tele Oftalmologia

A plataforma do TeleOftalmo – Olhar Gaúcho é um recurso de grande valia para a regulação das filas de espera em oftalmologia, já que pacientes na grande lista de espera para consulta oftalmológica podem ser encaminhados para atendimento telediagnóstico. Cabe ao médico assistente do paciente acessar a plataforma do Telessaúde, disponível em www.plataformatelessaude.ufrgs.br, para solicitar o acesso. A equipe do TelessaúdeRS-UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) realiza o agendamento para uma das unidades remotas do estado. Posteriormente, a avaliação é feita por telemedicina pelos oftalmologistas do TelessaúdeRS-UFRGS, com apoio presencial da equipe de enfermagem do consultório remoto. Após o atendimento, o paciente recebe o encaminhamento adequado ao seu diagnóstico. Na macrorregião, esse serviço realiza atendimento somente para a R14.

6.2.2. Programa ASSISTIR RS

O Programa Estadual de Incentivos Hospitalares – ASSISTIR RS foi lançado em 02 de agosto de 2021 com a publicação dos Decretos nº 56.015/2021/RS e nº 56.016/2021/RS. O incentivo financeiro estadual, regulamentado pelas Portaria SES/RS nº 537/2021 e retificado pela Portaria SES/RS nº 882/2022, destina-se ao fomento de ações e de serviços de saúde nos hospitais contratualizados para prestação de serviços no SUS. No quadro 5 estão descritas as habilitações do programa ASSISTIR por especialidade E por região de saúde da macrorregião.

Quadro 5. Habilitações de especialidades pelo programa ASSISTIR RS por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2022

Especialidades	R11	R12	R13	R14
Porta de Entrada - RUE	Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital São Luiz Gonzaga; Hospital Santo Ângelo; Sociedade Hospitalar Roque Gonzales (Caibaté); Hospital de Caridade Santo Antônio (Roque Gonzales); Sociedade Hospitalar de Caridade Nossa Senhora dos Navegantes (Porto Xavier); Sociedade Hospitalar Santa Tereza (Guarani das Missões); Associação Hospitalar de Caridade Serro Azul (Cerro Largo)	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta); Hospital Annes Dias (Ibirubá); Hospital Santa Bárbara Beneficente (Santa Bárbara do Sul); Associação Hospitalar 15 de Novembro (Quinze de Novembro)	Hospital de Caridade de Ijuí; Hospital de Panambi; Hospital de São Martinho	Hospital de Caridade de Alecrim; Hospital de Caridade de Boa Vista do Buricá; Hospital Santo Afonso de Cândido Godoi; Hospital Padre Benedito Meister (Campina das Missões); Hospital São José (Giruá); Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa); Hospital Vida e Saúde/Abosco (Santa Rosa); Hospital São José (Porto Lucena); Associação Franciscana de Assistência à Saúde (São Paulo das Missões); Hospital de Caridade de Santo Cristo; Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio); Associação Hospitalar Tucunduva e Novo Machado (Tucunduva); Centro de Assistência Médico Social (Tuparendi)
Ambulatório Gestante de Alto Risco Tipo I	Hospital Santo Ângelo	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Maternidade de risco habitual	Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital São Luiz Gonzaga; Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí; Sociedade Hospitalar Bom Pastor (Santo Augusto); Hospital Panambi; Hospital Santo Antônio (Tenente Portela); Hospital de Caridade de Três Passos	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa); Hospital de Caridade de Santo Cristo; Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio)

Especialidades	R11	R12	R13	R14
Maternidade de alto risco	-	-	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Ambulatório de Especialidades - Ginecologia	Fundação Ivan Goulart (São Borja)	-	Hospital Bom Pastor (Santo Augusto)	Hospital São José (Giruá)
Ambulatório de Especialidades Clínicas - Cardiologia			Hospital de Caridade de Ijuí	
Ambulatório de Especialidades - Cirurgia Vascular	Fundação Ivan Goulart (São Borja)	-	-	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Ambulatório de Especialidades - Urologia		-	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Ambulatório de Especialidades Prioritárias - Cirurgia Geral	Hospital São Luiz Gonzaga; Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta); Hospital Santa Bárbara Beneficente (Santa Bárbara do Sul); Hospital Municipal Dr. Aderbal Schneider (Salto do Jacuí); Associação Hospitalar Annes Dias (Ibirubá)	Hospital Bom Pastor (Ijuí)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Ambulatório de Especialidades - Traumatologia	Hospital São Luiz Gonzaga (MC); Fundação Ivan Goulart (São Borja) (MC); Hospital Santo Ângelo (MC + AC)	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta) (MC + AC + Urgência)	Hospital de Caridade de Ijuí (MC) - Plantão Presencial + Ambulatório	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa) (MC + AC); Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio) (MC)
TS: Saúde Mental	Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital São Luiz Gonzaga; Hospital Santo Ângelo	Hospital Santa Bárbara Beneficente (Santa Bárbara do Sul); Associação Hospitalar 15 de Novembro (Quinze de Novembro)	Hospital Bom Pastor de Ijuí	Hospital Padre Benedito Meister (Campina das Missões); Hospital Vida e Saúde/Abosco (Santa Rosa)
SD: SM em hospital geral	Hospital Ivan Goulart, Hospital São Luiz Gonzaga	Hospital Santa Bárbara Beneficente (Santa Bárbara do Sul); Associação Hospitalar 15 de Novembro (Quinze de Novembro)	Hospital Bom Pastor de Ijuí	Hospital Padre Benedito Meister (Campina das Missões); Hospital Vida e Saúde/Abosco (Santa Rosa)
SD: Internação para Criança e Adolescente SM	-	-	-	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)

Especialidades	R11	R12	R13	R14
UTI e UCI	Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí; Hospital Bom Pastor (Ijuí)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa); Hospital Vida e Saúde/Abosco (Santa Rosa); Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio)
Ambulatório de Especialidades – Cirurgia Reparadora	Hospital Santo Ângelo	-	-	-
Ambulatório de Especialidades Prioritárias - Oftalmologia	Hospital Santo Ângelo	-	Hospital Bom Pastor (Ijuí)	Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio) (Oftalmo MC + AC + DRMI + Plantão Presencial)
Ambulatório de Bucomaxilofacial/Plantão presencial	-	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	-	-
Bucomaxilofacial	-	-	-	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Ambulatório de Especialidades - Otorrinolaringologia	-	-	-	Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio)
Ambulatório de especialidades Clínicas em Neurologia	-	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	-	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Reumatologia	-	-	Hospital de Caridade de Ijuí	-
Centro de Referência Rede da Pessoa com Deficiência - Odontologia (Hospitalar)	-	-	Hospital de Caridade de Crissiumal	-
Oncologia (Exames)	Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Transplante - Captadores de Órgãos	-	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	-	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)

MC= Média Complexidade; AC= Alta complexidade

Fonte: SES-RS

6.3. Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios. As responsabilidades e diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios são regulamentadas pela Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013. No âmbito das coordenadorias regionais de saúde, os núcleos regionais de vigilância em saúde são constituídos pela integração funcional, técnica, administrativa, operacional e de recursos dos setores de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica/imunizações, vigilância ambiental em saúde e vigilância em saúde do trabalhador, foram implantados através da Portaria SES/RS nº 22/2004.

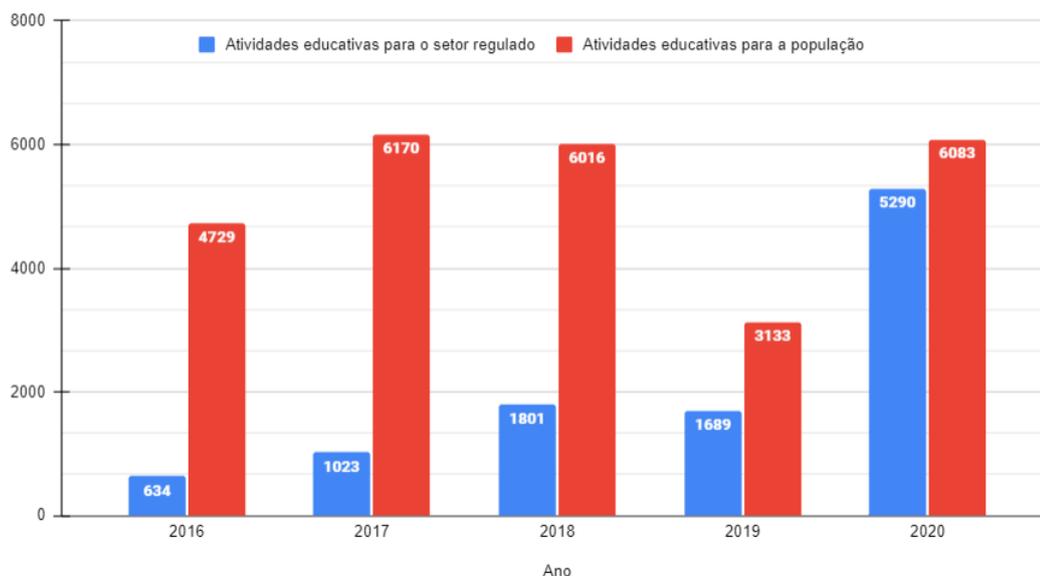
6.3.1. Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária (VISA) é definida como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde (Art. 6º, § 1º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). São desenvolvidas ações de orientação, fiscalização e monitoramento, recebimento e apuração de denúncias, atendimento às demandas judiciais e do Ministério Público, instauração de processo administrativo sanitário, análise e aprovação de projetos arquitetônicos e participação em ações intersetoriais em conjunto com as Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental e da Saúde do Trabalhador e demais órgãos.

A Resolução nº 250/07-CIB/RS disciplina a responsabilidade sanitária do Estado e dos municípios quanto às ações de Vigilância Sanitária. As ações estruturantes, definidas nas Resoluções nº 30/04-CIB/RS, nº 44/05-CIB/RS, nº 89/12-CIB/RS, nº 152/12-CIB/RS e nº 38/16-CIB/RS, são realizadas por todos os municípios do Estado. As ações estratégicas, definidas no Anexo V da Resolução nº 250/07-CIB/RS, são realizadas pela VISA do Estado e pelos municípios que as aderiram.

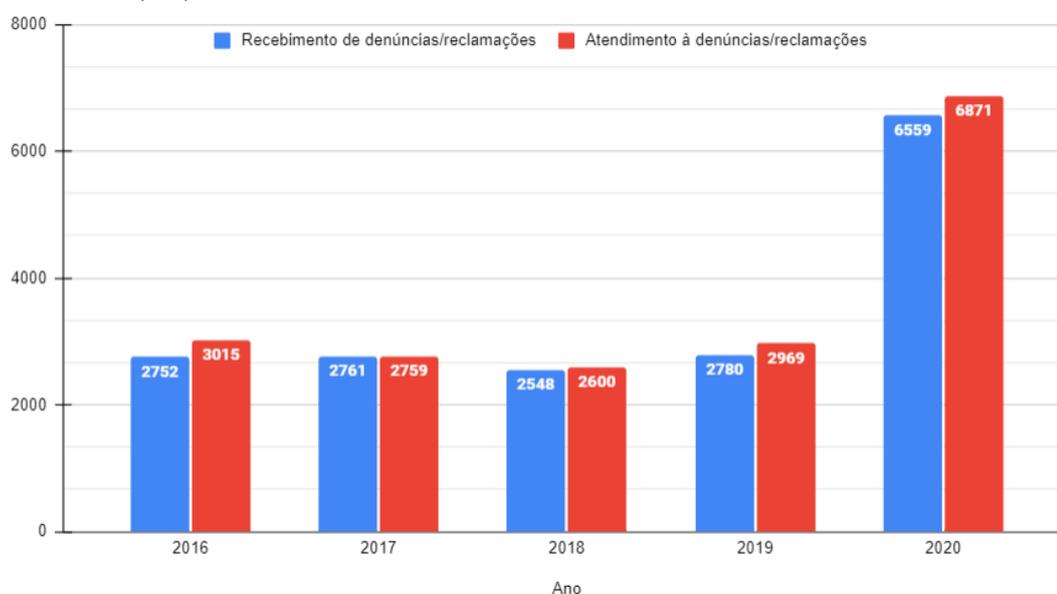
Os procedimentos de vigilância sanitária realizados pelo Estado e pelos municípios são registrados, mensalmente, no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). As Figuras 19 e 20 apresentam um levantamento dos procedimentos relativos às atividades educativas e às denúncias e reclamações preenchidas no período de 2016 a 2020, referentes às vigilâncias sanitárias integrantes da macrorregião. O conteúdo está filtrado pela variável "quantidade aprovada" no portal Tabnet/DATASUS.

Figura 19. Atividades educativas de vigilância em saúde preenchidas no SIA/SUS, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: Tabnet/DATASUS

Figura 20. Procedimentos de recebimento e atendimento a denúncias/reclamações aprovados no SIA/SUS, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: Tabnet/DATASUS

Nota-se um aumento expressivo no número de atividades educativas promovidas para a população (aumento de 94,16% em relação a 2019) e para o setor regulado (aumento de 213,20% em relação a 2019) em 2020, e das denúncias e reclamações recebidas (aumento de 135,93% em relação a 2019) e atendidas (aumento de 131,42% em relação a 2019) pela VISA em 2020, muitas das quais associadas à pandemia de covid-19.

Eventuais inconsistências no preenchimento do SIA/SUS ocorrem, muitas vezes, em virtude de dificuldades frequentemente encontradas pela VISA, tais como a indisponibilidade de recursos humanos em número suficiente e devidamente capacitados, a alta rotatividade de fiscais sanitários nos

municípios, a indisponibilidade de veículos, de equipamentos e de materiais adequados ao desenvolvimento das atividades. Nesse sentido, as informações do SIA/SUS podem não demonstrar a realidade das ações desenvolvidas pela VISA.

A quantidade mínima de fiscais nos municípios deve atender aos requisitos da Portaria SES nº 34/2000. Contudo, essa Portaria não prevê apenas o quantitativo de fiscais que devem compor a VISA, mas a Vigilância em Saúde como um todo, encontrando-se criticamente defasada em relação à real necessidade de equipes mínimas de VISA, tanto em relação à diversificação de atividades e de sua complexidade sanitária, quanto em relação ao aumento expressivo da demanda de atendimentos.

Em conformidade ao Art. 4º da Resolução nº 250/07-CIB/RS, todos os níveis do Sistema de Vigilância Sanitária do Estado do RS devem alimentar os sistemas nacionais e estaduais de informação. No âmbito estadual, esse sistema é o SIVISA-RS, conforme pactuação estabelecida pela Resolução nº 123/13-CIB/RS.

As Tabelas 18 e 19 apresentam, respectivamente, o número de estabelecimentos licenciados e em processo de licenciamento no SIVISA-RS pelas VISAs das CRSs e dos municípios integrantes da macrorregião.

Tabela 18. Número de estabelecimentos licenciados e em processo de licenciamento pelas Vigilâncias Sanitárias Estaduais, por área técnica e região de saúde, Macrorregião Missioneira, 09/05/2022.

Área Técnica	R11	R12	R13	R14	Total Macro
Alimentos	95	27	104	80	306
Cosméticos, Produtos de Higiene e Saneantes	1	3	2	6	12
Estabelecimentos de Saúde	65	30	50	72	217
Medicamentos	24	13	30	25	92
Produtos para Saúde	1	1	0	1	3
Radiações	43	27	71	56	197
Sangue	8	4	7	14	33
TOTAL	237	105	264	254	860

Fonte: SIVISA-RS

Tabela 19. Número de estabelecimentos licenciados e em processo de licenciamento pelas Vigilâncias Sanitárias dos municípios registrados no SIVISA, por região de saúde, Macrorregião Missioneira, 10/05/2022.

R11	Bossoroca	97	Mato Queimado	22	São Borja	885
	Caibaté	87	Pirapó	0	São Luiz Gonzaga	311
	Cerro Largo	333	Porto Xavier	250	São Miguel das Missões	0
	Dezesseis de Novembro	0	Rolador	0	São Nicolau	0
	Entre-Ijuís	115	Roque Gonzales	178	São Pedro do Butiá:	132
	Eugênio de Castro	34	Salvador das Missões	89	Sete de Setembro	22
	Garruchos	34	Santo Ângelo	0	Ubiretama	15
R12	Guarani das Missões	187	Santo Antônio das Missões	147	Vitória das Missões	2
	Boa Vista do Cadeado	1	Fortaleza dos Valos	82	Saldanha Marinho	67
	Boa Vista do Incra	42	Ibirubá	330	Salto do Jacuí	68
	Colorado	48	Jacuzinho	17	Santa Bárbara do Sul	2
	Cruz Alta	1228	Quinze de Novembro	45	Selbach	150

R13	Ajuricaba	87	Coronel Barros	26	Panambi	0
	Augusto Pestana	0	Crissiumal	249	Pejuçara	0
	Bozano	0	Humaitá	0	Santo Augusto	292
	Campo Novo	76	Ijuí	1075	São Martinho	0
	Catuípe	77	Inhacorá	11	São Valério do Sul	0
	Chiapetta	22	Jóia	0	Sede Nova	35
	Condor	0	Nova Ramada	16		
R14	Alecrim	47	Horizontina	440	Santa Rosa	50
	Alegria	78	Independência	53	Santo Cristo	1
	Boa Vista do Buricá	130	Nova Candelária	50	São José do Inhacorá	54
	Campina das Missões	123	Novo Machado	89	Senador Salgado Filho	26
	Cândido Godói	177	Porto Lucena	32	Três de Maio	353
	Doutor Maurício Cardoso	77	Porto Mauá	0	Tucunduva	199
	Giruá	472	Porto Vera Cruz	0	Tuparendi	74

Fonte: SIVISA-RS

Em relação aos municípios que ainda não licenciaram estabelecimentos através do SIVISA-RS, os respectivos fiscais sanitários têm sido treinados pelas CRSs e deverão aderir ao sistema para cumprimento da pactuação estabelecida pela Resolução nº 123/13-CIB/RS.

6.2.2. Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

Proporção de Salas de Vacinas no SI-PNI

De acordo com o Programa Nacional de Imunizações, a macrorregião possui uma boa proporção de salas de vacinas com equipes atuando nas ações de vacinação que são propostas pelo MS com o objetivo de erradicar, controlar eliminar doenças imunossupressoras. Pode-se destacar que a R12 tem a maior proporção de sala de cadastradas no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), com 78,04%; enquanto a R14 fica com o menor valor, tendo 54,16% de salas cadastradas. Quanto a salas de vacinas privadas, o maior número (15) está cadastrado na R11, enquanto a R12 tem o menor quantitativo de salas de vacinas privadas: 7.

Identificamos em nossas necessidades que não possuímos na macrorregião um Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), mas existe demanda para criação, como abrangência Macrorregional.

Tabela 20. Proporção de Salas de Vacinas no SI-PNI por região de saúde, Macrorregião Missioneira, 2022.

		R11	R12	R13	R14
Rede pública	ESFs	75	41	71	72
	EAPs	-	-	5	-
	Salas de vacina	52	32	44	39
	Proporção de salas cadastradas no SI-PNI	69,3%	78,04%	62%	54,16%
Salas de vacina privadas		15	7	10	12

Fonte: SI-PNI

Proporção de registro de óbitos por causa definida

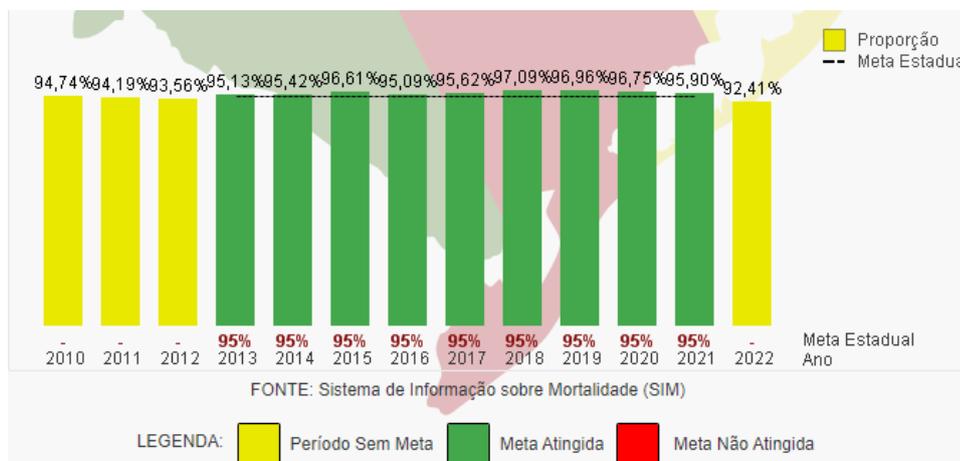
A proporção de óbitos por causas mal definidas é expressa através do percentual dos óbitos por causas mal definidas, ocorridos em determinado local e período, sendo um indicador da qualidade das estatísticas de causas de morte e que tem por objetivo avaliar indiretamente o acesso e da disponibilidade dos serviços de saúde. As causas mal definidas originam-se de declarações de óbitos, diagnósticos imprecisos e expressões dúbias, nada significativos, impossibilitada a determinação da causa básica. A preconização é de que ao menos 95% dos óbitos sejam de causas definidas.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi desenvolvido pelo MS para coletar dados sobre mortalidade no país, sendo que ainda nem todos os municípios possuem acesso ao sistema. Nesses casos, as informações são registradas manualmente em planilhas de acordo com o calendário epidemiológico e remetidas à respectiva CRS. O objetivo é, no decorrer do tempo, descentralizar a digitação das declarações de óbitos para mais alguns municípios de médio porte.

A SES disponibiliza treinamento específico de capacitação em causa básica de óbito para os profissionais que atuam na codificação das Declarações de Óbito (DOs). O codificador, tendo em mãos uma DO, deverá atribuir, na parte médica, um código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) a cada doença e elencar a causa básica do óbito.

As DOs codificadas por causas mal definidas são encaminhadas ao município de residência do paciente para que o setor responsável realize a investigação do óbito, a fim de qualificar esse dado, através do preenchimento da Ficha de Investigação de Óbito com Causa Mal Definida.

Figura 21. Proporção de causas de óbitos com causa básica definida por ano, Macrorregião Missioneira, RS, 2010-2022.



Fonte: SIM/DATASUS

A macrorregião atingiu a meta de 95% de proporção de registros de óbitos com causa bem definida no ano de 2016 a 2020 (Figura 21). Ressalta-se a importância e esforço para manter a meta

de óbitos com causas bem definidas, através das investigações dos óbitos com causas mal definidas, tanto em nível domiciliar, ambulatorial e hospitalar, como também o preenchimento adequado da causa do óbito na declaração de óbito e digitação dos dados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em tempo oportuno.

Hanseníase

Na macrorregião, no período de 2016 a 2021, foram diagnosticados um total de 86 casos da doença. A R14 apresentou o maior número de casos notificados no período, no total de 32, o que representou 37% do total de casos da macrorregião. Na R11 foram notificados 22 casos; na R13, 14 casos; e na R12 apenas oito casos no período, conforme detalhado na Tabela 22.

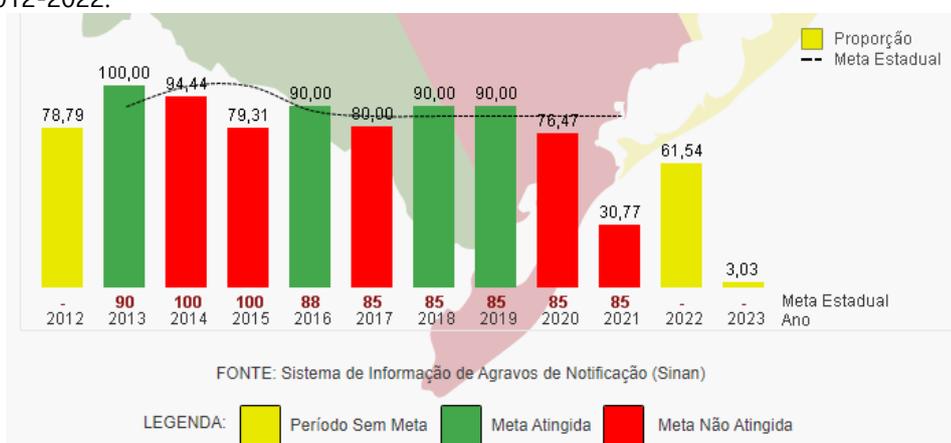
Tabela 21. Casos de hanseníase por ano de diagnóstico e região, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2021.

Região de Saúde	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
R11	1	4	2	5	6	4	22
R12	-	2	4	1	-	1	08
R13	5	4	1	1	1	2	14
R14	9	5	9	7	1	1	32
TOTAL	15	15	16	14	8	8	86

Fonte: SINAN/DATASUS

Observa-se que a macrorregião vem oscilando quanto à proporção de cura dos casos novos de hanseníase, não atingindo a meta nos anos de 2020 e 2021 provavelmente pela pandemia de covid-19, que acarretou na demora diagnóstica e também no registro desatualizado nos sistemas de informação. O cotidiano de trabalho mostra que as doenças se mantiveram presentes paralelamente à pandemia da covid-19, bem como a distribuição dos tratamentos. Porém, devido ao foco voltado às ações de enfrentamento à pandemia e sobrecarga de trabalho profissional, visto que os trabalhadores foram designados a atuar quase que inteiramente no enfrentamento da pandemia, esses dados possivelmente não tenham sido atualizados nos sistemas de informação, acarretando no indicador abaixo da meta estadual. Vale salientar que as informações para os anos de 2021 e 2022 são parciais, pois o ano de corte se encerra nove meses após o encerramento do ano.

Figura 22. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticada nos anos de corte, Macrorregião Missioneira, RS, 2012-2022.



Fonte: SINAN/DATASUS

Nas regiões R11, R12 e R13 não existem ambulatórios de referência regional, sendo que alguns municípios possuem referências no seu Serviço de Atendimento Especializado (SAE) municipal. Os

demais atendem na rede de APS, com encaminhamento a profissionais da rede privada ou ao Ambulatório de Dermatologia Sanitária do município de Porto Alegre. Na R14, por sua vez, foi aprovado em CIR a implantação de um ambulatório de dermatologia no HCI. Atualmente, no entanto, na R14 também não há um ambulatório dermatoneurológico que sirva de referência para atendimentos de hanseníase. O atendimento é realizado na APS quando há profissionais capacitados para fazê-lo e, quando necessário, o município encaminha para a especialidade conforme serviço contratualizado localmente.

Desse modo, visto que há um número considerável de casos diagnosticados de hanseníase na macrorregião, e devido à distância da macrorregião do município de Porto Alegre, mostra-se importante a implementação de um serviço de apoio diagnóstico de referência a nível macrorregional para dar suporte a esses casos, quando necessário, e desse modo aumentar aceitação do tratamento e consequente evolução para a cura. Além disso, é de suma importância que se invista em capacitação dos profissionais de saúde para, assim, manter-se um registro adequado e atualizado dos casos de hanseníase nos sistemas de informação. É necessário também orientar melhor sobre a importância da busca ativa de contatos, uma vez que dessa forma serão identificados muitos casos silenciosos; bem como propor ações de acompanhamento das doses supervisionadas, pois são essas as ações importantes para uma boa evolução da doença e sua consequente cura.

Tuberculose

Percebe-se que nos últimos cinco anos não foi possível atingir, na macrorregião, a meta preconizada pelo MS de no mínimo de 75% de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar, e pela OMS de 85%, para redução da incidência. Vários aspectos podem estar relacionados à queda das taxas de cura das pessoas com tuberculose, destacando-se a população em situação de rua (PSR), pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), população privada de liberdade (PPL) e pessoas que convivem com extrema pobreza. A Nota Informativa Conjunta 01/2021/ SES-RS - Tuberculose na Atenção Básica reforça a necessidade de cada vez mais agregar as ações de prevenção e controle na APS.

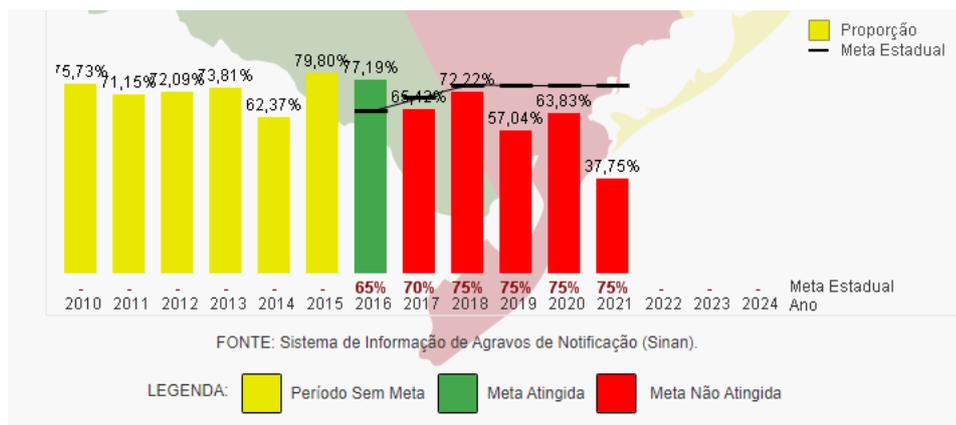
A referência primária para a atenção a pessoas com tuberculose é realizada na sua maioria pelos serviços de Vigilância Epidemiológica e APS. A logística de distribuição de medicamentos, vacinas e insumos para os serviços municipais é realizada pelas coordenações regionais de tuberculose. Está estabelecida como referência terciária para toda a macrorregião o Hospital Sanatório Partenon (Porto Alegre) para matriciamento às equipes e atendimento de casos, quando necessário.

Quanto às especificidades regionais, na R11 a atenção aos usuários se dá de forma centralizada em alguns municípios, nos SAEs, e com descentralização de algumas ações, como TDO e busca ativa. Os demais municípios o fazem na APS. Já na R12, o município de Cruz Alta centraliza os tratamentos de tuberculose, realizando busca ativa e Tratamento Diretamente Observado (TDO) na APS, enquanto os demais municípios realizam o atendimento de tuberculose na rede de APS.

Na R13, a APS realiza o atendimento a pacientes e, nos casos mais complicados, conta com o apoio - tanto matricial quanto com agendamento de consultas - do Hospital Sanatório Parthenon. Nos casos em que existe dificuldade do paciente em acessar esse serviço na Capital, alguns municípios realizam o custeio de serviço suplementado com especialistas da região.

Por fim, na R14 o município Santa Rosa centraliza os casos de tuberculose desse município no SAE, não sendo referência secundária para a região.

Figura 23. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar, Macrorregião Missioneira, RS, 2012-2022



Fonte: SINAN/DATASUS

Observa-se que há necessidade de ampliar a busca de sintomáticos respiratórios, pois o diagnóstico precoce possibilita o aumento da chance de cura. Nas regiões R11, R12 e R14 a meta de 1% de sintomáticos respiratórios sendo testados (baciloscopias de escarro) não está sendo alcançada. Na R11 e R13 há alguns municípios que não coletaram baciloscopias no ano de 2021 e, dentre aqueles que coletaram, mesmo para indivíduos em tratamento, avalia-se que a capacidade de resposta do laboratório em relação à realização dos exames e liberação dos resultados em tempo oportuno está aquém do ideal.

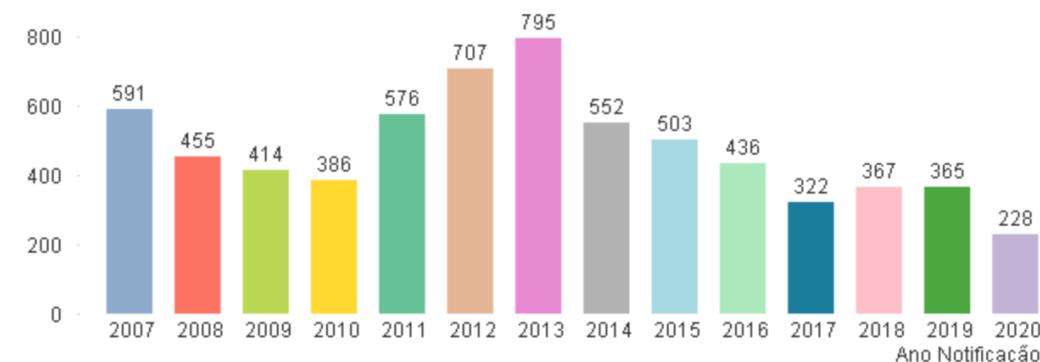
Outra estratégia importante para o aumento da cura da tuberculose é o TDO, que objetiva vincular o indivíduo aos cuidados e ao serviço, identificar dificuldades enfrentadas e intervir oportunamente frente a situações que representem riscos à tomada dos medicamentos. No período de 2016 a 2020 foram notificados na macrorregião 881 casos de tuberculose; e desse total, 182 pessoas (20,1%) tiveram acesso ao TDO.

Hepatites Virais

As Hepatites Virais (HVs) são um conjunto de doenças de distribuição universal com características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais heterogêneas que tem em comum o tropismo primário pelos tecidos hepáticos. O Rio Grande do Sul apresenta a maior taxa de detecção de casos de Hepatite C do país, e está comprometido, assim como o restante do país, com a implementação da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) para o alcance dos objetivos do desenvolvimento sustentável com vistas à eliminação das hepatites como problema de saúde pública, até o ano de 2030. Algumas das ações que estão sendo articuladas e vêm sendo implantadas na macrorregião são: a articulação de fluxos de trabalho para aprimorar a busca ativa de indivíduos localizados nos bancos de sangue, o estabelecimento de planos de trabalho para a microeliminação da hepatite C em serviços de diálise, o incentivo da testagem rápida para hepatite C durante a gestação e nas unidades que realizam parto.

Na macrorregião, os municípios de Cruz Alta, Ijuí, Santa Rosa, Santo Ângelo e São Borja estão entre os de maior risco, pois o somatório de carga das doenças hepatite B e hepatite C é considerado muito relevante pelo MS.

Figura 24. Número de notificações de casos de hepatites virais por ano, Macrorregião Missioneira, RS, 2007-2020



Fonte: SINAN/DATASUS

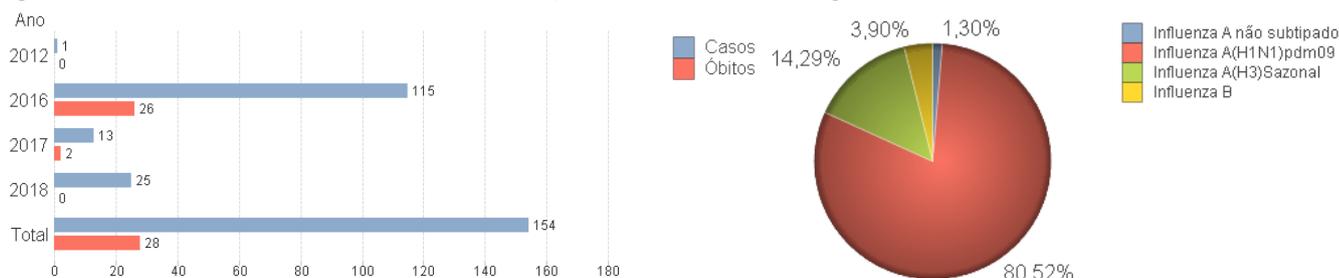
Apesar dos esforços para identificar e tratar os casos de hepatites, conforme o gráfico acima, houve queda nas notificações em 2020. Na macrorregião, o número de notificações diminuiu em 37,5% comparativamente aos valores atingidos no ano de 2019.

Quanto à rede de atenção, cumpre citar que o SAE de Santo Ângelo (R11) e o SAE de Ijuí (R13) somente realizam atendimentos às hepatites virais para o próprio município sede. O mesmo também ocorre com São Borja e São Luiz Gonzaga, ambos pertencentes à R11. Para os demais municípios, não há serviço de referência estabelecido para atendimento específico a hepatites virais, mas existe a oferta para agendamento via GERCON nas especialidades de gastroenterologia para hepatites virais adulto e pediátrica e infectologia, com prestadores de Porto Alegre. O mesmo ocorre na R14, visto que o SAE de Santa Rosa não realiza atendimento às hepatites virais, nem para Santa Rosa tampouco para o restante da região. Além da oferta das especialidades citadas pelo Gercon, existe também a possibilidade de compra de serviço suplementado com especialistas da própria região. Por outro lado, na R12, após o diagnóstico o SAE Regional de Cruz Alta realiza todo o atendimento de hepatites virais aos pacientes.

Influenza

A vigilância da influenza no Estado do RS está estruturada em três estratégias: (a) vigilância universal de casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) hospitalizados, (b) vigilância em unidades sentinelas da síndrome gripal (SG) e (c) vigilância de surtos de SG em instituições/comunidades fechadas. A detecção dos vírus influenza por esses sistemas de vigilância permite avaliar como os agentes estão circulando na comunidade, quais locais são mais atingidos e quais pessoas estão sendo mais acometidas. Possibilita, também, o monitoramento da ocorrência de possíveis alterações genéticas nos vírus, a avaliação do impacto da vacinação e do uso de antiviral no desfecho de gravidade.

Figura 25. Número de casos e óbitos de SRAG por Influenza, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: SINAN INFLUENZA – BI-RS

No período de 2012 a 2019 foram notificados na macrorregião 278 casos de SRAG por influenza e, desses, 48 evoluíram para óbito. Houve predominância da Influenza A H1N1. Já no período de 2020 e 2021, devido à pandemia, foram priorizados os diagnósticos de SRAG por covid-19 pelos laboratórios de saúde pública, impossibilitando a identificação da Influenza entre os casos de SRAG.

A estratégia de vacinação contra a influenza foi incorporada no Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 1999, com o propósito de reduzir internações, complicações e óbitos na população-alvo. A vacinação contra a influenza permite minimizar a carga e prevenir o surgimento de complicações decorrentes da doença, reduzindo os sintomas nos grupos prioritários, que podem ser confundidos com os da covid-19, além de reduzir sobrecarga sobre os serviços de saúde. Em 2022, realizou-se a 24ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza para os grupos prioritários estabelecidos no informe técnico do MS.

As campanhas de vacinação contra a Influenza ocorreram mesmo durante o período de Pandemia. No entanto, identificou-se a queda nas coberturas vacinais, não sendo possível vacinar pelo menos 90% dos grupos elegíveis. Entre as possíveis causas da baixa cobertura vacinal percebe-se a divulgação de notícias falsas a respeito dos imunizantes, causando insegurança à população. Associado a isto, a sobrecarga dos profissionais de saúde com a vacinação contra a covid-19 dificulta a busca ativa de faltosos.

Percebe-se a necessidade de maior investimento na estrutura das salas de vacina nas regionais, considerando o número cada vez maior de imunizantes a serem armazenados e distribuídos. Para a manutenção adequada da rede de frio, há necessidade de investir na segurança dos imunobiológicos com geradores ou equipamentos que possam ser acionados quando houver falta de energia elétrica.

Covid-19

A doença coronavírus 2019 (covid-19), causada pelo vírus SARS-CoV-2, foi detectada inicialmente em Wuhan, na China, em dezembro de 2019 e declarada pela OMS, em 30 de janeiro de 2020, como uma emergência de saúde pública de importância internacional. No dia 11 de março foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, mantendo-se até o momento (agosto de 2022).

A pandemia de covid-19 no Brasil teve início no final de fevereiro de 2020. Ainda no mês de março de 2020 as coordenadorias regionais de saúde iniciaram, junto com os municípios de abrangência, a construção de planos de contingência municipais e regionais. No mesmo período, foram instituídos os Centros de Operações de Emergências da Saúde (COEs) dos níveis estadual, regional e municipal.

Houve a necessidade de organizar a rede de atenção para as SGs e SRAGs, destacando-se: sistemas de informação (SIVEP, E-SUS notifica), estrutura ambulatorial e hospitalar (UBSs, pronto-atendimentos, leitos de internação e UTI), equipes de APS, vigilância epidemiológica, atenção hospitalar, apoio para o diagnóstico (fluxos para coletas e envio de amostras), EPIs, e tantas outras ações na rede de apoio. Além disso, a estrutura de atendimento hospitalar, tanto de leitos clínicos como de UTI, teve que ser adaptada à nova realidade, sendo disponibilizados para a macrorregião um total de 111 leitos de UTI.

Tabela 22. Casos acumulados e óbitos por covid-19 por região de saúde, RS, 2020 a 23/08/2022.

Região de Saúde	Número de Casos Confirmados	Incidência Acumulada (100 mil hab.)	Óbitos	Mortalidade Acumulada (100 mil hab.)
R11	66.727	23.861,8	1.076	384,8
R12	48.390	31.867,8	595	391,8
R13	66.933	29.191,0	742	323,6
R14	59.697	26.661,2	599	267,5
RS	2.694.453	23.682,8	40.733	358,0

Fonte: SES/RS

Tabela 23. Cobertura vacinal contra covid-19 com esquema vacinal completo por região de saúde, RS, 23/08/2022.

Região de Saúde	População Residente (%)	Adultos (18 ou mais %)	Adolescentes (12 – 17 anos %)	Crianças (5 a 11 anos %)
R11	69,6	71,4	95,6	57,5
R12	64,0	66,1	86,7	53,3
R13	57,6	59,9	84,0	41,4
R14	57,2	58,7	86,9	42,8
RS	57,6	60,2	75,8	45,8

Fonte: SES/RS

Conforme pode-se visualizar na tabela 23, o grupo etário com melhores coberturas para covid-19 na macrorregião é o dos adolescentes. Populações mais vulneráveis apresentam menores coberturas. A falta de autonomia das equipes das CRSs para distribuir e/ou redistribuir as doses nas diversas faixas etárias ainda não contempladas pode ser um entrave para a melhoria das coberturas. Além disso, a comunicação oportuna às equipes de saúde sobre as estratégias definidas para a vacinação poderia contribuir para a melhoria das coberturas. Aliado a isso, as informações falsas, constantemente divulgadas à população causam insegurança, impactando na cobertura vacinal.

Vigilância das Violências

No que se refere à Vigilância Epidemiológica das Violências, observou-se que no ano de 2021 76% dos municípios da macrorregião realizaram pelo menos uma notificação de caso de violência. Ainda assim, de modo geral, ao fim do ano de 2021, 72% dos serviços encontravam-se “silenciosos” no que concerne às notificações de qualquer tipologia de violência. Atualmente, a macrorregião não possui serviço especializado para atenção à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei, como também serviços especializados para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual.

A partir desses dados epidemiológicos faz-se necessário a discussão entre os profissionais responsáveis pelo Grupo de Trabalho das Violências nas regiões de saúde (vigilância epidemiológica, ações em saúde e educação permanente), afim de planejar as ações e possibilidades de enfrentamento dessa situação na macrorregião. Identificou-se o baixo percentual de serviços que notificam casos de violência, tendo a partir dessa análise os seguintes objetivos a serem alcançados: qualificar a rede de atenção às pessoas vítimas de violência, ampliar o percentual de serviços que notificam casos de violência e estabelecer fluxos municipais de atenção à pessoa vítima de violência. Os dados levantados encontram-se na tabela 24.

Tabela 24. Percentual de serviços de saúde que realizaram notificação de violência por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2021.

Região de Saúde	Número de serviços de saúde	Número de serviços de saúde com notificação de violência	% de serviços de saúde com notificação de violência	Número de notificações ano base 2021
R11	233	40	17	183
R12	92	24	26	199
R13	119	38	32	1066
R14	169	41	24	535
Total Macro	517	143	28	1983

Fonte: BI-RS/CNES

6.2.3. Vigilância em Saúde do Trabalhador

A saúde do trabalhador é o conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e a recuperação e reabilitação da saúde daqueles submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, sendo a vigilância em saúde do trabalhador (VISAT) um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. A macrorregião conta com profissionais de referência técnica que dão suporte técnico para as ações de VISAT nos municípios de suas respectivas áreas de abrangência, sendo que compete a cada um dos municípios definir o(s) servidor(es) público(s) que é(são) responsável(eis) pelas ações de VISAT em seu território.

Da mesma forma, a Portaria nº 1363, de 24 de dezembro de 2014 institui a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Estado do Rio Grande do Sul, sendo que no Art. 2º – A Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará as seguintes diretrizes:

- I – Promover a saúde, o ambiente e o processo de trabalho saudável;
- II – Garantir a integralidade na atenção da saúde do trabalhador e da trabalhadora;
- III – Fortalecer a participação da comunidade, dos trabalhadores e das trabalhadoras e do controle social;
- IV – Respeitar os princípios da prevenção e da precaução.

Indicadores pactuados relacionados à saúde do trabalhador (2016 – 2020)

Dentre os indicadores pactuados no RS na série de histórica de 2016 a 2020, constam três relacionados à saúde do trabalhador, que são: proporção do preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho; proporção de óbitos por acidentes de trabalho investigados; e taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho. Tais indicadores foram definidos estabelecendo metas a serem alcançadas, de modo a reforçar e intensificar pontos fragilizados nos processos relacionados à VISAT, as quais são de suma importância para se diagnosticar fragilidades da região e assim se estabelecer ações e estratégias preventivas. A seguir, detalha-se a série histórica dos indicadores mencionados.

O indicador 23 refere-se à proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. Como pode ser observado na tabela 25, apenas no ano de 2020 a macrorregião conseguiu alcançar a meta de no mínimo 95% de preenchimento, a qual era pactuada para o período da série histórica.

Tabela 25. Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.

MACRORREGIÃO MISSIONEIRA	ANO	PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO
	2016	92,99%
	2017	91,42%
	2018	94,86%
	2019	94,25%
	2020	97,99%

Fonte: Portal BI-RS.

Quanto ao indicador RS 03 - Proporção de óbitos por acidentes de trabalho investigados, cumpre destacar que o Protocolo Técnico de Investigação de Óbitos Relacionados ao Trabalho no Rio Grande do Sul (2020) descreve que a expressão de maior gravidade do acidente de trabalho é a morte do trabalhador, existindo impacto social na família e na comunidade. Os óbitos de trabalhadores são passíveis de prevenção, e são indicadores de condições de risco no trabalho que precisam ser eliminadas. A investigação de cada um deles impõe-se a fim de que se corrijam as condições que os ocasionaram e seja evitado a ocorrência de novos casos. Para isso, a VISAT do município onde ocorreu o acidente necessita realizar a investigação do óbito relacionado ao trabalho no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST).

Tabela 26. Proporção de óbitos por acidentes de trabalho investigados (indicador RS 03) por ano e região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020

Região de Saúde	2016	2017	2018	2019	2020
R11	30,77%	40,00%	25,00%	40,00%	50,00%
R12	66,67%	20,00%	50,00%	100,00%	50,00%
R13	80,00%	57,14%	62,50%	100,00%	66,67%
R14	0,00%	88,89%	100,00%	100,00%	100,00%
Média Macrorregião	43,48%	62,50%	60,00%	80,65%	76,00%

Fonte: BI-RS e SIM/DATASUS.

Como pode ser observado na tabela 26, a macrorregião não conseguiu atingir a meta de 100% nas investigações dos óbitos relacionados ao trabalho, em nenhum dos anos. Apenas algumas regiões de saúde, isoladamente, em diferentes anos, conseguiram atingir a porcentagem de 100%.

Entre as dificuldades encontradas para satisfazer o indicador RS 03 - Proporção de óbitos por acidentes de trabalho investigados, destaca-se a rotatividade de profissionais e também o acúmulo de funções pelos responsáveis das VISATs municipais. Referente à rotatividade, percebe-se que, quando ocorre óbito por acidente de trabalho, o novo responsável pela VISAT municipal possui dúvidas para acesso ao sistema de investigação e em como realizar a investigação. Cabe ressaltar que nesses casos tanto as VISATs das regionais como os CERESTs estão à disposição para sanar as possíveis dúvidas e realizar os auxílios cabíveis. Quanto ao acúmulo de funções, muitos profissionais acabam priorizando outras ações, como imunizações, atendimentos ambulatoriais, relegando a VISAT.

Referente ao indicador RS 04 - Taxa de Notificações de Agravos (acidentes e doenças) relacionadas ao trabalho, atualmente, a Resolução CIB/RS nº 189/2020 e Nota Técnica de Orientações para Notificações de Agravos nº 01/2020 DVST/CEVS/SES (2020), bem como a NOTA INFORMATIVA Nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS de 26 de julho de 2019, trazem as orientações sobre as notificações dos agravos relacionados ao trabalho.

A definição do sistema para a notificação desses agravos relacionados ao trabalho sofreu alterações no período da série histórica, conforme normativas citadas. Quase a totalidade dos agravos eram notificados no SIST/RINA, e passaram a ser notificados conforme definição da Nota Técnica de Orientações para Notificações de Agravos nº 01/2020 DVST/CEVS/SES:

3. ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO

Os sistemas SIST e SINAN são complementares e excludentes, portanto os agravos notificados no SIST não serão notificados no SINAN, e os agravos notificados no SINAN não serão notificados no SIST.

3.1. Notificações através do SINAN (por todos os profissionais e estabelecimentos de saúde, públicos e privados)

- Acidente de trabalho - **todos**
- Acidente de trabalho com exposição a material Biológico
- Intoxicação Exógena, relacionadas ao trabalho, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados
- Violência doméstica e/ou outras violências, incluindo trabalho infantil

- Câncer relacionado ao trabalho
- Dermatoses ocupacionais
- Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT)
- Perda auditiva induzida por ruído (PAIR), relacionada ao trabalho
- Pneumoconioses relacionadas ao trabalho
- Transtornos mentais relacionados ao trabalho

Conforme o Portal BI-RS, referente às notificações de saúde do trabalhador (SINAN e SIST/RINA), a partir do ano de 2018 os municípios necessitam atingir a taxa de 40 notificações para cada 10.000 habitantes. O indicador é mensurado pelo RS 4 - Taxa de Notificações de Agravos (acidentes e doenças) relacionadas ao trabalho. Na tabela 27, é apresentada a série histórica das informações sobre as taxas de notificações dos agravos relacionados ao trabalho no período de 2016 a 2020. Observa-se que, a partir de 2017, a macrorregião conseguiu atingir a taxa mínima de 40, conforme pactuação com seus municípios. A região de saúde com a menor taxa de notificações é a R11.

Tabela 27. Taxa de notificações de agravos (acidentes e doenças) relacionadas ao trabalho (indicador RS 04) por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.

Região de Saúde	2016	2017	2018	2019	2020
R11	12,52	21,93	23,43	19,23	15,26
R12	30,77	48,44	50,55	52,58	48,37
R13	34,41	56,39	75,47	61,70	54,01
R14	55,40	80,69	94,02	106,54	118,28
Média Macrorregião	32,16	50,23	59,49	58,10	57,23

Fonte: BI-RS, Sistema de informação em saúde do trabalhador (SIST), SINAN e População IBGE/TCU

Referente às dificuldades em satisfazer o indicador da taxa de notificações de agravos relacionadas ao trabalho, percebe-se, pelos relatos dos responsáveis pelas VISATs municipais, a necessidade de constante conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância da realização das referidas notificações, bem como a redução da rotatividade de profissionais de saúde, principalmente nos hospitais. Isso requer que as VISATs municipais precisem reforçar, aos estabelecimentos de saúde, a necessidade de realizar a notificação dos agravos relacionados ao trabalho quando ocorrem nos seus municípios.

Também é possível ampliar as atuações em prevenção por parte dos municípios, com o desenvolvimento de palestras ou campanhas educativas, juntamente a VISAT a nível regional e CERESTs, buscando primar pelo trabalho preventivo na diminuição dos óbitos e agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho.

Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), criados a partir da Portaria Ministerial nº 1.679/2002, têm o papel de prover retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS, juntamente às áreas técnicas de saúde do trabalhador, nos âmbitos estaduais e municipais de saúde. São centros articuladores e organizadores das ações intra e intersectoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e base epidemiológica.

Na macrorregião, há dois centros de referência: o CEREST Fronteira Noroeste, com sede em Santa Rosa, possui abrangência de 22 municípios pertencentes à R14; e o CEREST Missões, em Ijuí, possui abrangência de 56 municípios da R11, R12 e R13. Ambos têm o objetivo principal de fornecer retaguarda técnica em saúde do trabalhador aos municípios das respectivas áreas de abrangência, desenvolvendo, para tanto, ações de assistência especializada, como avaliação multidisciplinar para nexos causais, realização de terapias e metodologias de reabilitação; e ações de vigilância, como inspeções nos locais de trabalho, auxílio nas investigações dos óbitos relacionados ao trabalho e notificações dos agravos relacionados ao trabalho, dentre outras.

Quanto ao acesso ao serviço desenvolvido pelos CERESTs, é dirigido a todos os trabalhadores das áreas rural e urbana, autônomos, domésticos ou aposentados oriundos do mercado formal ou informal, encaminhados pela rede básica de saúde.

6.2.4. Vigilância Ambiental

A Vigilância Ambiental em Saúde é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana. Tem a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde. A Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde está organizada de acordo com os fatores ambientais de risco à saúde.

Vigilância dos Riscos e Agravos Ambientais Biológicos

A vigilância ambiental dos fatores de riscos biológicos possui três áreas de concentração: vetores, hospedeiros e reservatórios, e animais peçonhentos. Dentre essas três áreas, a vigilância de vetores é a que demanda atenção especial na macrorregião.

A finalidade da vigilância de fatores de riscos biológicos relacionados aos vetores (*Anopheles*, *Aedes aegypti*, *Culex*, flebótomos e triatomíneos) transmissores de doenças (malária, febre amarela, dengue, zika, chikungunya, leishmanioses, entre outras) é o mapeamento de áreas de risco em determinados territórios utilizando a vigilância entomológica (características, presença, índices de infestação, avaliação da eficácia dos métodos de controle), bem como suas relações com a vigilância epidemiológica quanto à incidência e prevalência dessas doenças e do impacto das ações de controle, além da interação com a rede de laboratórios de saúde pública e a inter-relação com as ações de saneamento, visando o controle ou a eliminação dos riscos.

Quanto aos vetores presentes na macrorregião, evidencia-se a presença do *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, nos 78 municípios. Como pode ser visto na Tabela 28, as quatro regiões pertencentes à macrorregião apresentaram casos de dengue nos últimos anos.

Tabela 28. Número de casos confirmados de dengue por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2017-2021

Região de Saúde	2017	2018	2019	2020	2021
R11	1	2	44	683	32
R12	0	1	11	42	55
R13	0	1	88	198	58
R14	1	1	64	601	23
Total Macrorregião	2	5	207	1524	168

Fonte: SINAN NET/CEVS - DGTI/SES-RS

Além da Dengue, registram-se também alguns casos de Chikungunya e Zika vírus, arboviroses igualmente transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Para o controle dos casos dessas arboviroses, existe o Programa Estadual de Vigilância e Controle do *Aedes aegypti*, o qual realiza continuamente ações para redução dos índices de infestação nos municípios, bem como atividades de monitoramento da presença do vetor. Essas ações são executadas pelas equipes municipais de vigilância ambiental em saúde, por meio dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), supervisionadas pelas equipes das coordenadorias regionais de saúde. As atividades são norteadas pelas visitas domiciliares, as quais devem abranger, no mínimo, 80% do território cadastrado a cada dois meses, e pelo levantamento do índice de infestação predial (IIP). Em relação a esse indicador, com levantamento feito trimestralmente, a macrorregião apresentou valores entre 0% a 14% no período de 2017 a 2021, uma vez que o MS preconiza valores abaixo de 1%. Essa variação sujeita-se à sazonalidade, aos recursos humanos insuficientes nas vigilâncias municipais e ao envolvimento de gestores e da população no combate à infestação.

Devido à complexidade do controle das arboviroses, considera-se fundamental a implementação de ações baseadas na intersetorialidade, com envolvimento e responsabilização dos gestores e da sociedade, uma vez que o controle dos vetores é uma ação de responsabilidade coletiva, não se restringindo ao setor saúde. A contratação de equipes de ACE com vínculo direto com os executivos municipais, a composição de comitês municipais de enfrentamento de arboviroses, a criação de arcabouço legal efetivo para respaldar ações da vigilância em saúde, bem como a realização de práticas educativas e de mobilização social são medidas necessárias para prevenção e controle dos casos de arboviroses na macrorregião.

Apesar do controle de arboviroses ser a prioridade das equipes de vigilância ambiental em saúde, merece destaque a ocorrência de casos de raiva herbívora, felina e em animais silvestres, bem como casos de leishmaniose visceral canina e acidentes ocasionados por escorpião amarelo (*Tityus serrulatus*). Realiza-se ainda a vigilância de epizootias com foco na circulação do vírus da febre amarela. Esses agravos também são alvos de ação de vigilância permanente por parte das equipes municipais e regionais.

Vigilância dos Riscos e Agravos Ambientais Não Biológicos

A vigilância ambiental dos fatores de riscos e agravos ambientais não biológicos, por sua vez, é voltada a quatro áreas: água para consumo humano, exposição a solos contaminados, exposição a poluentes atmosféricos e substâncias prioritárias (agrotóxicos, mercúrio, chumbo, benzeno e outros). Nesse contexto, destaca-se o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA), visto sua importância na macrorregião.

A água utilizada para consumo humano é um bem essencial que garante saúde e qualidade de vida à população, quando distribuída em quantidade suficiente e com qualidade que atenda ao padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente (Portaria de Consolidação nº 5, Anexo XX,

alterado pela Portaria GM/MS nº 888 de 04 de maio de 2021). Diante disso, cabe ressaltar que, dentre as enfermidades relacionadas com a água, destacam-se aquelas transmitidas pela ingestão de água contaminada por microrganismos, situação que pode ser minimizada, ou até mesmo evitada, mediante a adoção do tratamento das águas de abastecimento.

Diversos municípios da macrorregião são abastecidos exclusivamente por poços (soluções alternativas coletivas - SAC). As SAC captam água em aquíferos freáticos, bastante susceptíveis à contaminação direta, tanto pela inexistência de redes coletoras de esgotos, acarretando o emprego extensivo de fossas negras, como pela escavação e revestimento inadequados dos poços. A contaminação pode ocorrer também na etapa de distribuição da água, pois existe a possibilidade de corrosão biológica dos dutos, causada tanto pela ação de algas quanto de bactérias.

Nesse sentido, o VIGIAGUA desenvolve ações para assegurar a qualidade dos sistemas e soluções alternativas de abastecimento de água, identificando e intervindo em situações de risco à saúde dos consumidores. Quanto ao controle da presença de organismos em águas de abastecimento, esse pode ser feito de forma preventiva ou corretiva e o método mais utilizado é a desinfecção. À vista disso, o Art. 24 da Portaria nº 888/2021 determina que toda água para consumo humano fornecida coletivamente deverá passar por processo de desinfecção ou adição de desinfetante para manutenção dos residuais mínimos na rede de distribuição.

Considerando a população total da macrorregião, estima-se que aproximadamente 195 mil pessoas são abastecidas por soluções alternativas coletivas (SAC), e, dessas, aproximadamente 105 mil, ou seja, 54% do total, possuem abastecimento por água com desinfecção, conforme dados de 2021. Na tabela 29 apresenta-se a série histórica do indicador.

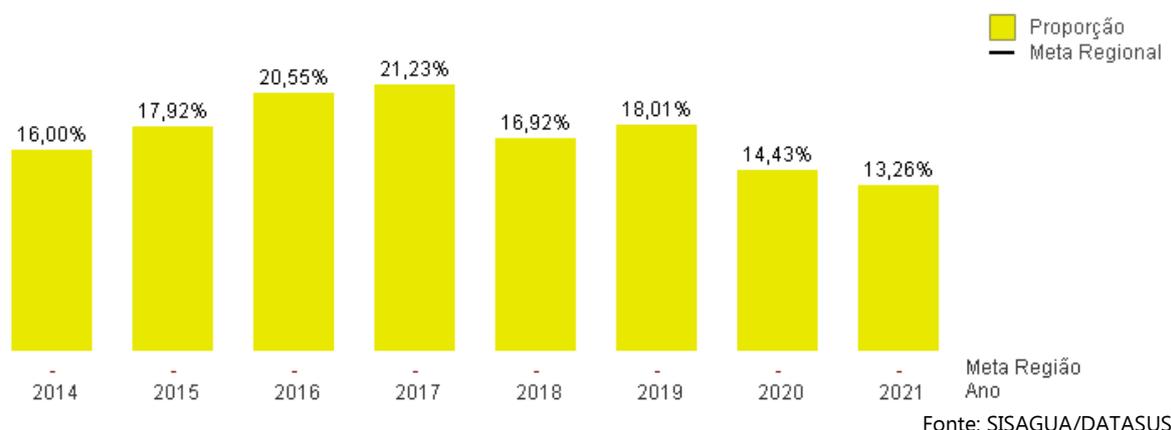
Tabela 29. Porcentagem de pessoas abastecidas por SACs que possuem água com desinfecção, por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2017-2021

Região de Saúde	2017	2018	2019	2020	2021
R11	36%	41%	41%	45%	51%
R12	52%	52%	55%	61%	65%
R13	27%	28%	32%	34%	35%
R14	36%	41%	52%	64%	66%
Média Macrorregião	38%	41%	45%	51%	54%

Fonte: SISAGUA/DATASUS

Sabe-se que a presença de *Escherichia coli* ocorre devido à ausência ou ineficiência da etapa de desinfecção. Entretanto, tal contaminação pode ocorrer pela recontaminação da água durante sua distribuição ou armazenamento. Dessa forma, vale destacar a importância da manutenção sanitária adequada dos sistemas de captação e dos reservatórios de água, bem como a promoção de educação sanitária, a fim de orientar a população sobre a adoção de hábitos de higiene pessoal, alimentar e doméstica. Na figura 26, segue informação da proporção de amostras de água com presença de *E. coli*, em SACs, no período de 2014 a 2021, verificando-se percentuais elevados em relação aos parâmetros ideais.

Figura 26. Proporção de amostras de água com presença de *Escherichia coli* em soluções alternativas coletivas na Macrorregião Missioneira, RS, 2014-2021.



Não apenas na macrorregião, mas em todo o Brasil, no geral, vigiar e monitorar a água consumida apresenta alguns obstáculos que comprometem o alcance dos objetivos propostos pelo Programa, tais como: o reduzido número ou a falta de profissionais qualificados e específicos para o programa; o baixo aporte financeiro; a deficiência nas coletas de amostras de água e análises de dados gerados pela vigilância; a deficiência de instrumentos de georreferenciamento para mapeamento dos poços; e a integração ineficiente entre departamentos e setores, restringindo-se isso basicamente a situações de surto. Portanto, faz-se necessário repensar as ações articuladas entre as três esferas (federal, estadual e municipal), e dessas com os demais setores que possuem competências relacionadas ao abastecimento de água, como por exemplo o setor de saneamento e o de recursos hídricos, para que haja um amparo, de fato, aos profissionais e gestores municipais na tomada de decisões e execução das ações.

6.4. Assistência Farmacêutica

No âmbito do SUS, a Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e outros profissionais de saúde, tendo o medicamento como insumo essencial, visando seu acesso e uso racional. Além das atividades logísticas, que envolvem o abastecimento de medicamentos através do ciclo da assistência farmacêutica, entre as atribuições dos profissionais farmacêuticos estão o trabalho em prol da segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação do uso, bem como a educação permanente dos profissionais de saúde e educação em saúde ao paciente e à comunidade.

A organização da Assistência Farmacêutica está fundamentada na descentralização da gestão, sendo o financiamento de responsabilidade das três esferas de governo, de acordo com a pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) através da Portaria de Consolidação GM/MS nº 06/2017. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é o instrumento norteador para a garantia do acesso à assistência farmacêutica e para promoção do uso racional de medicamentos nos diferentes níveis de complexidade das Redes de Atenção à Saúde.

A esfera municipal é a porta de entrada dos usuários para o acesso aos medicamentos elencados na RENAME. Para a resolutividade de problemas comuns e menos complexos da população, são disponibilizados medicamentos através da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), cujo

financiamento é tripartite, conforme Portaria de Consolidação nº 3193/2019 e Resoluções CIB/RS nº 459/2017 e nº 008/2020 (Componente Básico). O controle de doenças e agravos específicos, com potencial perfil endêmico, engloba um conjunto de medicamentos e insumos de programas definidos e subsidiados pelo MS (Componente Estratégico). Além disso, para os tratamentos de doenças raras e/ou de uso crônico prolongado, o MS estabelece linhas de cuidados descritos através de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), com características e responsabilidades que envolvem os três entes federativos (Componente Especializado).

Importante mencionar a fitoterapia, que é um dos recursos terapêuticos que integram as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). A Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PIPMF) foi instituída pela Lei Estadual 12.560/2006 e, em 2017, através da Portaria SES/RS Nº 588/2017, foi instituída a Relação Estadual de Plantas Medicinais de Interesse do Sistema Único de Saúde (REPLAME/RS), cujo objetivo é a seleção de plantas medicinais e fitoterápicos em Farmácias Vivas e nortear as ações da política na Assistência Farmacêutica. O modelo "Farmácia Viva", financiado pelo MS por meio de Projeto Arranjo Produtivo Local de Plantas Medicinais, não está presente na macrorregião, enquanto que a fitoterapia com medicamentos industrializados segue a dinâmica da aquisição dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

O acesso aos medicamentos oncológicos, por sua vez, acontece através dos estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). A aquisição é de responsabilidade dessas unidades, ocorrendo a dispensação diretamente aos usuários do SUS, sendo que o ressarcimento é realizado pelo MS conforme o código do procedimento registrado no subsistema Autorização de Procedimento de Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial (APAC-SIA). Por outro lado, em situações específicas, o MS realiza a aquisição de seis fármacos, totalizando nove apresentações, que são distribuídos às secretarias estaduais de saúde, responsáveis pelo repasse aos hospitais habilitados.

O quadro 5 detalha a organização da Assistência Farmacêutica na macrorregião, de acordo com os componentes pactuados em Resolução CIT, bem como a estruturação e acesso ao elenco fornecido pelo Estado do RS, além de informações de gestão e acesso aos medicamentos oncológicos.

Quadro 6. Organização da Assistência Farmacêutica por componente na Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

Componente Assistência Farmacêutica	Elenco de Medicamentos e Insumos	Responsáveis Pela Gestão	Local de Dispensação	Nº de unidades executoras	Nº de municípios	População de abrangência
Componente Básico (CBAF)	Medicamentos fornecidos para os principais agravos de saúde e programas da Atenção Primária.	Municípios: aquisição, programação e dispensação. Exceção: Insulinas NPH/Regular e contraceptivos seguem a mesma logística do Componente Estratégico.	Farmácias Municipais	R11: 24 farmácias	24	290.783
				R12: 12 farmácias	12	131.850
				R13: 24 farmácias	20	241.798
				R14: 22 farmácias	22	240.215
Componente Estratégico (CESAF)	Medicamentos e insumos disponibilizados para programas específicos do Ministério da saúde para o controle de doenças e agravos específicos e com potencial impacto endêmico como Hanseníase, Hepatites Virais B e C, HIV/Aids, Sífilis, Influenza, Tabagismo, Toxoplasmose, Tuberculose, Vírus Sincicial Respiratório (VSR), além de hemoderivados e pró-coagulantes e o programa de alimentação e nutrição.	MS: aquisição e distribuição; SES: programação e distribuição; SMS: programação e dispensação.	Farmácias Municipais	Idem CBAF	Idem CBAF	Idem CBAF
			Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM): atendimento dos usuários sob terapia antirretroviral (HIV e Hepatites B e C), tratamento de doenças oportunistas (doenças secundárias ao HIV), e distribuição de fórmula infantil para filhos de mães HIV positivo.	R11: 3 UDM	24	290.783
				R12: 1 UDM	12	131.850
				R13: 1 UDM	20	241.798
				R14: 2 UDM	22	240.215
			Serviço de Atendimento Especializado (SAE): distribuição de preservativos, testagem para HIV e Sífilis e sessões de aconselhamento.	R11: 3 SAE	24	290.783
				R12: 1 SAE	12	131.850
				R13: 1 SAE	20	241.798
				R14: 1 SAE	22	240.215
			Serviço de Saúde de Referência para Aplicação de Palivizumabe: polo de aplicação do medicamento Palivizumabe, indicado para prevenção da infecção respiratória pelo vírus sincicial respiratório em crianças que atendem os critérios de inclusão, e demais acompanhamentos.	Hospital de Caridade de Santo Ângelo: é a referência macrorregional para a aplicação do medicamento Palivizumabe	78	904.646

Componente Assistência Farmacêutica	Elenco de Medicamentos e Insumos	Responsáveis Pela Gestão	Local de Dispensação	Nº de unidades executoras	Nº de municípios	População de abrangência
Componente Especializado (CEAF)	Acesso aos medicamentos de acordo com critérios definidos em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) publicados pelo Ministério da Saúde. Busca garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para algumas situações clínicas, principalmente, agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade.	MS: aquisição e distribuição do elenco do grupo 1A; SES: aquisição, programação e distribuição do elenco dos grupos 1B e 2; Municípios: Aquisição, programação e dispensação do grupo 3; encaminhamento de processos administrativos para o acesso e dispensação dos Grupos 1 e 2.	Farmácias de Medicamentos Especiais (FME)	R11: 24 farmácias	24	290.783
				R12: 12 farmácias	12	131.850
				R13: 20 farmácias	20	241.798
				R14: 22 farmácias	22	240.215
Programa de Medicamentos Especiais SES/RS	Grupo de medicamentos e terapias nutricionais para o tratamento de doenças de prevalência no Estado do Rio Grande do Sul, não contemplados nos programas de saúde do MS.	SES: aquisição, programação e dispensação	Farmácias de Medicamentos Especiais (FME)	Idem CEAF	Idem CEAF	Idem CEAF
Medicamentos Oncológicos	O fornecimento de medicamentos ocorre de 2 formas: - Medicamentos são adquiridos pelos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia, com ressarcimento pelo Ministério da Saúde conforme o código do procedimento registrado na APAC- SIA. - Aquisição centralizada pelo MS e fornecimento aos hospitais habilitados.	UNACON e CACON: Aquisição, programação e dispensação; MS: Aquisição centralizada e distribuição; SES: Programação e Distribuição aos hospitais habilitados.	UNACON e CACON	R11: Hospital Santo Ângelo e Hospital Ivan Goulart (São Borja) são habilitados UNACON	24	290.783
				R12: Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta) é habilitado UNACON	12	131.850
				R13: Hospital de Caridade de Ijuí está habilitado CACON	78	
				R14: Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa) é habilitado UNACON.	22	240.215

Fonte: DEAF-SES-RS

Há uma demanda por indicadores que permitam uma avaliação da qualidade sob os aspectos de estrutura, processos e resultados no âmbito da Assistência Farmacêutica. A estrutura apresentada no quadro 6, quando comparada à população adscrita às respectivas regiões, permite ampliar o olhar crítico sobre a mesma. Nessa perspectiva, o DEAF instituiu a Divisão de Monitoramento e Avaliação das Ações e Serviços de Assistência Farmacêutica (DAMA), que permitirá a definição de indicadores claros, de fácil mensuração, consistentes, válidos e, sobretudo, úteis para o processo de aprimoramento da Assistência Farmacêutica na SES/RS.

Com a finalidade de contribuir para a ampliação, qualificação e promoção dos serviços farmacêuticos nas farmácias de medicamentos especiais (FME) nos municípios, o Estado do RS instituiu, através da Portaria SES nº 649/2021, o Programa Farmácia Cuidar+. Os recursos destinados ao financiamento do programa foram transferidos na modalidade fundo a fundo aos municípios, mediante assinatura de um termo de adesão. Em contrapartida, os municípios se comprometeram no cumprimento de algumas responsabilidades, entre elas a prestação de serviços farmacêuticos. Além das transferências financeiras mencionadas na Portaria SES/RS nº 649/21, os municípios que aderiram ao programa também receberam complementação de recursos através da Portaria SES/RS nº 928/2021, totalizando a transferência de R\$ 70 mil a R\$ 200 mil de acordo com o porte do município. A tabela 30 apresenta o número de municípios por região de saúde que aderiram ao Programa, bem como a proporção de adesão com relação ao total de municípios.

Tabela 30. Adesão dos municípios ao Programa Farmácia Cuidar+ nas regiões de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

Região de Saúde	Número de municípios que aderiram	Percentual de adesão
R11	21	87,5%
R12	12	100%
R13	19	95%
R14	20	90,9%
Total Macrorregião	72	92,3%

Fonte: DEAF-SES/RS

As atividades de aquisição e de distribuição consolidaram-se, histórica e institucionalmente, como foco e limite das atividades relacionadas aos medicamentos no país. No entanto, a situação de saúde da população brasileira e a atual organização do SUS em redes com foco na ação e serviços de saúde impõem aos gestores e profissionais o desafio da garantia da integralidade do cuidado. Sendo assim, considerando que o cuidado farmacêutico é operacionalizado por meio dos serviços farmacêuticos e ações de educação em saúde, o seu desenvolvimento e implantação ainda são desafios para as equipes da Assistência Farmacêutica.

6.4. Educação Permanente

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004, tem como estratégia a formação e o desenvolvimento de ações educativas para os trabalhadores do SUS. No RS, o Plano Estadual de Educação Permanente foi aprovado através da Resolução nº 020/2019 - CIB/RS, 24 de janeiro de 2019. Em 2022, no dia 08 de novembro, foi publicada no Diário Oficial a Portaria nº 1.112/2022, que institui a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva do Estado do RS.

Os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESCs) atuam, juntamente com a Escola de Saúde Pública, na execução da política de educação em saúde no Estado, sendo que todas as coordenadorias regionais possuem essa referência organizando, planejando e avaliando a política de educação em saúde nos territórios de abrangência.

Atualmente, na R11 o processo de educação permanente em saúde está parcialmente em funcionamento, necessitando de reestruturação. Dos municípios pesquisados, quatro tem portaria para funcionamento dos núcleos municipais (NUMESCs), mas a maioria está inativa. Já na R12, nenhum município tem NUMESC implantado e atuante. Além disso, alguns municípios sequer possuem representação da educação permanente, devido à rotatividade de funcionários nas secretarias de saúde.

Na R13 há 17 municípios com NUMESCs, cujo foco está no fortalecimento da qualificação profissional dos trabalhadores da saúde para a transformação das práticas cotidianas, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho. Por fim, na R14 existem quatro NUMESCs criados em lei, mas apenas no município de Santa Rosa o núcleo municipal atua de maneira efetiva.

6.5. Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria do SUS constitui um espaço democrático onde o cidadão pode solicitar informações sobre ações e serviços de saúde ou registrar suas sugestões, elogios, solicitações, reclamações ou denúncias. Usuários do SUS, profissionais de saúde, gestores, prestadores de serviço e organizações da sociedade civil podem acessar os diversos canais de atendimento: telefone, e-mail, carta, formulário web, pessoalmente. Cabe à Ouvidoria gerenciar o recebimento e registro das demandas, encaminhando-as aos responsáveis e zelando pelo sigilo no tratamento dos dados e pela eficiência nas respostas. Diante da necessidade apresentada pelo cidadão, a Ouvidoria orienta, encaminha, acompanha a demanda e responde ao usuário sobre as providências adotadas. Além disso, os dados levantados são compilados em relatórios gerenciais, que contribuem como subsídio à gestão na avaliação dos serviços e ações de saúde, bem como em iniciativas para suprir as necessidades identificadas.

No período de 2016 a 2020, houve registro e tratamento de 1.706 manifestações na macrorregião, conforme dados do sistema OuvidorSUS. Todas as demandas são protocoladas nesse sistema, o qual permite o encaminhamento aos pontos de análise e resposta, que estão organizados em rede a nível nacional. Na macrorregião, a rede da Ouvidoria do SUS é constituída por quatro ouvidorias regionais, cinco ouvidorias municipais, 63 interlocutores de sub-rede nos municípios, 22 interlocutores de sub-rede em hospitais e sete interlocutores em setores internos das coordenadorias regionais de saúde.

Faz-se necessário fortalecer a Ouvidoria do SUS como canal para acolhimento e registro das manifestações dos cidadãos, bem como sensibilizar a sociedade, trabalhadores de saúde e gestores acerca do trabalho desenvolvido. Para tanto, é imprescindível a divulgação ampla e permanente dos diferentes meios de atendimento, em unidades de saúde, dependências de prestadores de serviço e nas instâncias de gestão do SUS.

II. PRIORIZAÇÃO DAS NECESSIDADES

A organização de um sistema de saúde, bem como o planejamento das ações a serem desenvolvidas e dos serviços necessários para a população, deve ser pensada de acordo com as carências e vulnerabilidades de determinado espaço. Conhecer o perfil demográfico, social e de saúde de uma região permite identificar as necessidades em saúde desta comunidade.

A identificação das necessidades da Macrorregião Missioneira foi classificada através do anexo IX do Portal BI-RS, sendo aplicado o método em 85 necessidades identificadas nas quatro regiões de saúde através dos diagnósticos regionais. Dessas, foram priorizadas 24 necessidades para compor o Plano Macrorregional de Saúde, conforme apresentado nos quadros 7 e 8.

Quadro 7. Identificação das necessidades e ações ou serviços nas Redes de Atenção à Saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)		
Serviços de suporte para RAPS visando melhorar e qualificar o acesso na atenção à saúde mental, impactando redução mental.	É necessário criar serviços de suporte principalmente para as situações que não se configuram demanda para CAPS, direcionando os fluxos de forma dinâmica e correta. Portaria de Consolidação nº 3.	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação de dispositivos da RAPS (NAAB, OT, AMENT) e habilitação conforme demanda e necessidade do serviço de origem; - Adequar a carga horária das equipes e dos serviços habilitados para fortalecer estratégias de serviços/ atendimentos visando a redução das internações/tratamento compulsório.
Rede de Urgência e Emergência (RUE)		
Ampliação, qualificação, e manutenção dos incentivos financeiros de UTI	A macrorregião está geograficamente distante de outras regiões que possuem serviços de UTIs contratualizados, como a Metropolitana de Porto Alegre, necessitando manter de forma qualificada os leitos de UTI na macrorregião para garantir o acesso de pacientes graves.	Ampliar o quantitativo de leitos disponibilizados para a macrorregião através de habilitação federal e garantir recursos de custeio, qualificação e incentivos para manutenção dos leitos existentes e/ou novos a serem implantados.
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)		
Ampliar e qualificar o número de profissionais da área de reabilitação na APS, especialmente fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.	Grande demanda na área da reabilitação em todos os níveis de atenção.	Desenvolver ações de prevenção das deficiências, detecção precoce, acompanhamento do processo de reabilitação e continuidade do cuidado após alta.

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
Implantação/reestruturação dos serviços odontológicos para usuários com deficiência.	Atualmente a macrorregião não possui um serviço habilitado para atender pessoas com deficiência que necessitam de atendimento odontológico com sedação. A atenção integral à saúde das pessoas com deficiência inclui a saúde bucal e a assistência odontológica, acompanhadas de procedimentos anestésicos e outros. Em casos específicos, deve ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da seqüela assim o exigir, conforme Portaria nº 2 de 28/09/2017.	Implantação de serviço ambulatorial e hospitalar para atendimento odontológico à população com deficiência da macrorregião.
Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil (RAMPI)		

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
Ampliação dos leitos de UTI Neonatal e ampliação de leitos canguru, qualificando e humanizando a assistência materno-paterno-infantil.	Portaria GM/MS nº 930 de 10/05/2012, que institui o cuidado progressivo neonatal; Portaria SAS/MS nº 650 de 5/10/11, que formata o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha; Portaria GM/MS nº 569 de 01/06/00, que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias de incentivos para implantação e funcionamento dos leitos de UTI neonatal, UCI neonatal e leito canguru; - Qualificação/humanização do Pré-Natal na APS; - Constituição e implementação do Grupo Condutor da RAMPI; - Fortalecimento do Comitê Regional de Prevenção e Enfrentamento da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal; - Estímulo à criação/reativação dos comitês municipais; - Orientação às gestões municipais para garantir o acesso das gestantes aos hospitais (principalmente em feriados/final de semana); - Reestruturação do AGAR para a assistência às gestantes de alto risco com uma estrutura física e equipe exclusiva para o ambulatório; - Aprimoramento da avaliação das metas qualitativas dos contratos hospitalares; - Promoção de capacitações e incentivos para doulas no SUS; - Qualificação das equipes de saúde através de educação permanente; - Realização de campanhas, entre outras ações, para humanização do parto e diminuição dos partos cesarianos desnecessários.
Rede de Atenção às Pessoas com Condições e Doenças Crônicas		
Melhorar a estrutura dos serviços para o atendimento dos portadores de DCNT, promover formação profissional e educação permanente e implantar em cada região de saúde um ambulatório de especialidades para usuários com doenças crônicas HAS e DM.	As condições crônicas são as principais causas de morbimortalidade e necessitam postura proativa das equipes, frente às condições de saúde. Existem equipes despreparadas, com estrutura física e materiais inadequados. Há necessidade de investimento em serviço de referência regional de apoio diagnóstico e terapêutico para	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a estrutura do serviço investindo em espaço físico, equipamentos, profissionais qualificados, materiais e exames para atendimentos aos crônicos na APS; - Promover qualificação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição e atualização de conhecimentos, habilidades e atitudes

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
	casos de risco elevado para HAS e DM, com atendimento multiprofissional.	dos profissionais para o cuidado em saúde; - Pactuar, habilitar e contratar serviços para efetivar os ambulatórios de especialidades HAS e DM na lógica das RAS.
Reduzir a taxa de internação e mortalidade por neoplasias	<p>O tipo de câncer que apresenta maior taxa de internação no SUS é o das neoplasias malignas do trato gastrointestinal, para ambos os sexos.</p> <p>Para as mulheres, o segundo tipo que mais internou foi a neoplasia maligna de mama, e, para os homens, neoplasias malignas de próstata e de brônquios e pulmões.</p> <p>Os tipos de cânceres que apresentaram maior taxa de mortalidade entre 2016 e 2020 foram neoplasia maligna do trato gastrointestinal e neoplasia maligna de brônquios e pulmões. Exames para diagnóstico de neoplasia do trato gastrointestinal, como endoscopia digestiva alta e colonoscopia, estão com demanda reprimida.</p>	<p>- Utilizar o Programa Saúde na Escola (PSE) para orientar as crianças desde pequenas a adquirirem hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada e prática de atividade física, visando a promoção da saúde e prevenção de doenças como o câncer;</p> <p>- Revisar o número de exames diagnósticos disponíveis para neoplasias pelo SUS para uma possível adequação nos contratos dos prestadores.</p>

Quadro 8. Identificação das necessidades e ações ou serviços na capacidade instalada, Macrorregião Missio-
neira, RS, 2022

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
Atenção Primária em Saúde		
<p>Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, aumentando a resolutividade.</p>	<p>Garantir a integralidade do cuidado ao usuário, aumentando o acesso e a resolutividade da APS.</p> <p>Garantir a compatibilidade e integração dos sistemas de informações na APS Portaria nº 2.436, 21 de setembro de 2017.</p> <p>Portaria nº 3194, de 28 de novembro de 2017;</p> <p>Decreto nº 56.062, de 29 de agosto de 2021 – Rede Bem Cuidar RS;</p> <p>Portaria SES nº 635/2021 – Portaria PI-APS;</p> <p>Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016;</p> <p>Portaria GM nº 702 de 21 de março de 2018 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – MS;</p> <p>Nota Técnica PEPIC- RS/ DAS nº 01/2017 Orientações Para a Inserção de Práticas Integrativas e Complementares nas Redes de Atenção à Saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar um atendimento humanizado e acolhedor nos serviços de saúde, nas ESFs e UBSs; - Reivindicar junto ao MS a implementação e integração dos sistemas de informação E-SUS/RAS, CNES, CADSUS, SIASI, SIA-SUS; - Sensibilizar os gestores municipais da importância das equipes com todos os profissionais exigidos em Portaria Ministerial, e manter carga horária completa desses profissionais, sem rotatividade técnica (médicos, enfermeiros ...); - Qualificar e fortalecer o Telessaúde, visando incentivar o uso dessa ferramenta como recurso para aumento da resolutividade na APS; - Incentivar estratégias que reduzam a rotatividade de profissionais na APS, através de concursos públicos (planos de carreira, cargos e salários); - Estimular os profissionais das equipes da APS na realização e participação de ações de educação permanente, através das ações do NUMESC e ou reuniões de equipe, inserindo temas como: incentivo de realização de pequenos procedimentos ambulatoriais, inserção do DIU e tratamento de feridas; - Qualificação do acolhimento no atendimento da APS, através de capacitações, cursos, discussões com as equipes de saúde e gestão e adoção de fluxos de acolhimento, envolvendo a participação da comunidade no processo.

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
Aumentar o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB), para que 100% das ESF e EAP tenham ESB vinculadas, e ampliar a rede de atenção secundária em SB nas regiões de saúde R12, R13 e R14.	Todas as ESF e EAP devem ter ESB vinculadas para que todos os usuários dessas equipes tenham acesso ao atendimento odontológico.	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o número de ESBs em todos os municípios que ainda tem ESFs ou EAPs sem ESB, e ampliar o incentivo financeiro para a ESB; - Implantar Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e referências hospitalares para atendimento odontológico.
Atenção Secundária e Terciária		
Implantar referência ambulatorial e hospitalar (linha de cuidado) nas seguintes especialidades, por ordem prioritária: <ul style="list-style-type: none"> - Hematologia Clínica; - Endocrinologia; - Gastroenterologia; - Onco-hematologia aguda (referência regional). 	As especialidades, elencadas por ordem de maior necessidade, são muito importantes para o atendimento dos usuários da macrorregião, considerando principalmente a distância dos demais centros habilitados e a fila de espera considerável para acessar esses serviços, já que a maioria são inexistentes ou disponibilizados em quantitativo insuficiente frente à demanda.	Ampliar o quantitativo contratualizado dessas especialidades com os prestadores de serviço e pactuar uma referência fora da macrorregião para especialidade de onco-hematologia aguda, já que não há disponível no território da macrorregião.
Ampliar oferta de exames de endoscopia digestiva alta e colonoscopia	Os cânceres do aparelho digestivo estão entre as neoplasias que mais acometem a população da macrorregião, sendo necessário o acesso ao diagnóstico precoce.	Ampliar o quantitativo de exames contratualizados com os prestadores de serviço da região, priorizando os UNACONs e CACONs.
Vigilâncias em Saúde		
Vigilância Sanitária		
Reformulação e reestruturação das vigilâncias sanitárias regionais e municipais, garantindo-se a aplicação dos recursos para o fortalecimento das ações desenvolvidas.	A alta demanda de ações de vigilância sanitária contrasta com o número insuficiente de fiscais sanitários nos municípios, assim como o acúmulo de funções por esses profissionais, que, muitas vezes, assumem responsabilidades relativas a outras áreas, como obras, tributária, epidemiológica e/ou ambiental, além de suas atribuições na área sanitária. Além disso, faz-se necessária a disponibilidade de infraestrutura compatível com as atividades desenvolvidas (veículos, computadores, tablets, internet, entre outros).	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da qualificação e do número mínimo de fiscais sanitários que devem compor as equipes municipais e regionais; Regulamentação e a padronização dos processos de trabalho, inclusive no tocante à exclusividade de atuação dos fiscais sanitários na área sanitária; - Aplicação de recursos financeiros para aparelhamento das vigilâncias sanitárias municipais e regionais.
Vigilância Ambiental		
Número de agentes de combate às endemias em número adequado (1 ACE para cada 800 imóveis), vinculados através de concurso ou contratos por	É necessário desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção de arboviroses, como as provocadas pelo <i>Aedes aegypti</i> , sendo que a macrorre-	<ul style="list-style-type: none"> - Integração das atividades ACS/ACE. - Constituição de equipes permanentes e em número adequado para a realização das ações dentro

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
<p>tempo indeterminado, estabelecendo um vínculo duradouro do agente com a vigilância no município, podendo, dessa forma, realizar as ações no que tange a diminuir o índice de infestação do <i>Aedes aegypti</i> e no controle de outras arboviroses.</p>	<p>gião tem 100% dos municípios infestados. Além disso, realizar a vigilância do <i>Triatoma infestans</i> (vetor da doença de Chagas); da presença de flebotomíneos (vetores da Leishmaniose); de <i>Tityus serrulatus</i> (escorpião amarelo) e acidentes por outros animais peçonhentos nos municípios. Os programas trabalhados na Vigilância Ambiental englobam diversas demandas. Dessa forma, faz-se necessário que as equipes de ACEs dos municípios tenham condições de realizar as ações rotineiras dos programas, ou atender as ocorrências assim que elas aconteçam, como preconizado, por exemplo, no Programa Estadual de Controle e Prevenção da Raiva, Febre Amarela, Leishmaniose, entre outros. Para a execução dessas atividades, é necessário conhecimento específico, que se adquire com capacitações, mas sobretudo com o tempo de experiência na execução dos programas.</p>	<p>da Vigilância Ambiental, através da realização de concursos públicos ou contratação de ACEs por tempo indeterminado, considerando que os municípios podem utilizar, para a constituição das suas equipes, recursos da Assistência Financeira Complementar da União aos ACEs (AFC), definida pela Lei nº 12.994/2014, e regulamentada pelo Decreto nº 8.474/2015.</p>
<p>Ampliação da cobertura de abastecimento de água para consumo humano com desinfecção.</p>	<p>Na maioria dos municípios a cobertura de abastecimento de água para consumo humano com desinfecção não atinge a totalidade do abastecimento. A desinfecção, se aplicada da maneira correta, garante a diminuição efetiva do risco que a população do município corre em relação a doenças de veiculação hídrica, causadas por patógenos presentes na água.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir o acesso a água tratada para a população urbana e rural; - Maior investimento em tratamento de água com cloro em poços artesianos principalmente nas áreas rurais; - Ampliar o percentual de análises em amostras de água para consumo humano, conforme Diretriz Nacional do Plano de Amostragem do VIGIAGUA; - Manter 100% de inspeções em ETA; - Promover ações intersetoriais estimulando as secretarias responsáveis pelo saneamento básico dos municípios; - Implantar a desinfecção nas formas de abastecimento de água para consumo humano; - Estimular as equipes de vigilância epidemiológica municipais a ampliar a investigação dos surtos de doenças de transmissão hídrica

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
		<p>e alimentar, aumentando as notificações;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar recursos para desinfecção da água; - Realizar atividades educativas junto à população, orientando sobre a necessidade de realizar o tratamento (desinfecção) da água para consumo humano.
Vigilância em Saúde do Trabalhador		
<p>Implantação/ampliação/fortalecimento das vigilâncias em saúde do trabalhador (VISATs) nos municípios da macrorregião.</p>	<p>Há municípios que não possuem a VISAT implantada efetivamente, visto que os servidores designados para tal função acumulam várias outras atividades no município, de forma a não conseguir cumprir todas as atribuições designadas. Existem municípios que, em determinados anos, sequer realizam alguma notificação de agravo relacionado ao trabalho, tampouco fazem a investigação dos óbitos possivelmente relacionados ao trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar gestões municipais para a importância da efetiva implantação dessa vigilância, no intuito de possibilitar que os servidores designados para a VISAT possuam carga horária suficiente à realização das atividades, mesmo que não sejam exclusivos para tal função, ou ainda designar servidores para atuação exclusiva na VISAT; - Aumentar o número de notificações dos agravos relacionados ao trabalho; - Realizar a investigação de todos os óbitos relacionados ao trabalho, com a devida notificação nos sistemas SIST e SINAN.
Vigilância Epidemiológica		
<p>Assegurar as condições adequadas à Rede de Frio, visando garantir a qualidade dos imunobiológicos oferecidos à população.</p>	<p>Os imunobiológicos são produtos termolábeis e fotossensíveis. Assim, devem percorrer toda a Cadeia de Frio de forma a manter sua eficácia e potência, ou seja, sua capacidade de resposta. Nesse contexto, as Centrais Regionais de Rede de Frio (CRRF), subordinadas à SES, ocupam posição estratégica no armazenamento e distribuição dos imunobiológicos, visando abastecer os municípios. Essas centrais preservam um valioso estoque, o qual precisa ser mantido, rigorosamente, entre 2º e 8ºC. Apesar dessa expressiva importância, em nenhuma das CRRF da macrorregião os sistemas de condicionamento de emergência estão em</p>	<p>Agilizar o processo de aquisição e manutenção dos grupos geradores de energia elétrica para as CRRF da macrorregião.</p>

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
	condições de funcionar com autonomia, em caso de falha na energia elétrica.	
Qualificar a atenção integral à pessoa em situação de violência	Violência é considerada um problema de saúde pública e violação dos direitos humanos, gerando graves consequências no âmbito individual e social. Atualmente, as ações de vigilância enfatizam as notificações, que são compulsórias a todos os profissionais de saúde. No entanto, por se tratar de um fenômeno complexo, deve ser analisada sob os aspectos individuais, sociais, ambientais e jurídicos, necessitando de uma ação multiprofissional e intersetorial. Apesar disso, são identificados municípios silenciosos mesmo quanto às notificações.	<ul style="list-style-type: none"> - Designar um profissional de referência para vigilância da violência em cada município; - Esclarecer o preenchimento da ficha de notificação e familiarizar os profissionais com este documento como parte da rotina dos serviços; - Identificar e monitorar os casos de violência notificados; - Identificar fatores de risco, áreas e população de maior vulnerabilidade; - Monitorar os encaminhamentos para rede de atenção; <p>Intervir nos casos para prevenir recidivas e as consequências.</p>
Assistência Farmacêutica		
Fortalecimento da Assistência Farmacêutica nos municípios, com foco na valorização da equipe.	<p>As atividades da Assistência Farmacêutica (comissão de farmácia terapêutica municipal, elaboração da REMUME e protocolos de acesso aos medicamentos do componente básico, gerenciamento das etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, implementação do cuidado farmacêutico, educação permanente da equipe e comunidade) requerem profissionais qualificados e experientes, na busca pela qualidade do serviço, segurança do paciente e garantia do uso correto de medicamentos. A implementação de serviços farmacêuticos demanda uma equipe de apoio para o profissional farmacêutico.</p> <p>A atual condição de trabalho dos profissionais farmacêuticos, como a infraestrutura das farmácias, organização dos serviços, força de trabalho e capacidade de gestão, não são suficientes para garantir a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir previsão orçamentária para investimentos prioritários na ampliação e qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica, com estímulo à educação permanente e continuidade de servidores concursados no setor, especialmente no âmbito municipal, responsável pelo acolhimento de todas as demandas relacionadas aos medicamentos; - Assegurar a estruturação da ambiência dos serviços de farmácia, visando a humanização do atendimento e a melhoria das condições de trabalho aos profissionais.

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
<p>Implementar as unidades e centros de assistência de alta complexidade em oncologia (UNACONS e CACONS) como órgãos dispensadores de medicamentos oncológicos judicializados.</p>	<p>O acesso a medicamentos oncológicos no SUS ocorre através dos CACONS/UNACONS que, de acordo com a portaria SAES/MS Nº 1399 de 17 dezembro de 2019, devem estabelecer protocolos para tratamento das diferentes condições de saúde, baseados nas recomendações da Conitec. Há, entretanto, um volumoso número de prescrições fora dos protocolos, com geração de inúmeras ações judiciais contra os três entes (município, estado e união). Quando a SES é parte no processo, os tratamentos são cadastrados no sistema AME, que faz o gerenciamento dos medicamentos do componente Especial e especializado da Assistência Farmacêutica. Nos casos em que o órgão adquire os medicamentos, esses são enviados para os municípios através das CRSs. O paciente, ao receber na farmácia de medicamentos especializados do seu município, leva o seu medicamento até o CACON/UNACON, para aplicação. Quando se trata de medicamentos termolábeis, há uma preocupação com o acondicionamento dos mesmos pelo paciente, já que o acondicionamento fora das especificações compromete a segurança e eficácia do produto, não sendo permitido, inclusive, o uso por outro paciente em caso de interrupção do tratamento.</p>	<p>- Estabelecer um fluxo de dispensação de medicamentos termolábeis adquiridos pela SES para atendimento de demandas judiciais, através dos CACONS/UNACONS. Esses centros e unidades seriam órgãos dispensadores de medicamentos através do sistema AME, gerenciando estoque com a possibilidade, inclusive, de otimização de doses entre pacientes.</p>
Gestão e Financiamento		
<p>Incentivar a criação e qualificação de equipes administrativa de gestão em todos municípios para planejar e direcionar o desenvolvimento das atividades de forma alinhada, maximizando o uso dos recursos e promovendo de forma coerente toda instituição.</p>	<p>É visível a qualidade e bom andamento dos trabalhos nos municípios que montaram uma equipe administrativa com a finalidade de organizar a instituição com planejamento, utilizando metodologias de administração de empresas. Esses se destacam com relação aos municípios que não têm equipe com profissionais ligados à área administrativa, usando de forma descoordenada os recursos físicos, financeiros e de pessoas.</p>	<p>Criar legislação que defina uma equipe mínima de administração com profissionais da área, para desenvolver e manter a continuidade das atividades de gestão, pois a frequente troca de Secretários de Saúde, afeta drasticamente o andamento dos serviços nos municípios. Grupos com um profissional de administração, um de contabilidade e um de técnico nível médio aprimorariam muito os serviços da saúde.</p>

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
Educação em Saúde		
Recurso fixo	Necessidade de destinação de recurso fixo específico para a educação em saúde.	Alocar recurso fixo para investimento em educação em saúde, destinado aos municípios.
Educação continuada para trabalhadores de saúde do SUS	Qualificação continuada de servidores municipais e estaduais.	Prever ações de educação em saúde em planos e programas.
Criação de indicadores	Avaliar as ações de educação em saúde através de indicadores quantitativos e qualitativos.	Criar indicadores quantitativos e qualitativos a nível municipal e estadual.
Ouvidoria do SUS		
Fortalecimento e divulgação permanente da Ouvidoria do SUS como canal de atendimento e registro das manifestações dos usuários.	Muitas reclamações, solicitações e sugestões chegam todos os dias aos mais diversos setores da assistência e gestão em saúde, mas se não forem direcionadas à Ouvidoria não é possível o encaminhamento para o(s) setor(es) responsável(is), e desta forma também não ocorre o registro para fins estatísticos e de subsídio à gestão.	Sensibilização dos trabalhadores sobre o papel da ouvidoria e a importância de direcionar os usuários para os canais de atendimento; Inclusão, como cláusula nos contratos com prestadores de serviço, da afixação obrigatória de material visual informando o credenciamento ao SUS e os canais de atendimento da Ouvidoria; Inserção de informações sobre a Ouvidoria em materiais visuais de demais setores, programas e campanhas da SES/RS.

1. Prioridades Sanitárias e Respectivas Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores e Prazos de Execução

Rede de Atenção às Urgências e Emergências

• **Diretriz 1:** Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão de serviços, articulada às redes de atenção à saúde.

Objetivo 1.1: Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Ampliar o número de leitos de UTI de Adulto 79 para 109 na macrorregião	Número de leitos novos de UTI adulto habilitados.	Número absoluto	2022	0	10	10	10	MS SES
Ampliar a qualificação de 24 para 56 leitos de UTI Adulto Tipo II	Número de leitos qualificados	Número Absoluto	2022	16	8	8	0	MS

Rede de Atenção Psicossocial

• **Diretriz 2:** Ampliar e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial

Objetivo 2.1: Implementar ações para qualificar a assistência em Saúde Mental

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Implantar de 103 para 161 dispositivos da RAPS	Número de serviços habilitados em Saúde Mental	Número absoluto	2018	14	14	14	16	SMS SES
Reduzir a taxa de internação por TMC de 437,52 para 338,21	Taxa de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC)	Taxa/ 100.000	2018	437,45	393,71	375,79	338,21	SMS SES
Ampliar a integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental, através das ações de matriciamento realizadas pelo CAPS nas equipes da Atenção Básica de 54,17% para 62,60%	Percentual de ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipe de atenção básica.	Percentual	2021	56,14	58,43	60,30	62,60	SMS SES

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

• **Diretriz 3:** Assistência integral e promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Objetivo 3.1: Fomentar e ampliar o acesso da população aos serviços da rede de cuidado a pessoa com deficiência.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Implementar a qualificação profissionais da APS em saúde e dos serviços especializados na RPD de 0 para 16	Número de capacitações	Número absoluto	2022	4	4	4	4	SMS SES
Ampliar os serviços especializados na reabilitação intelectual, na R11; R12; e R13 de 07 para 10	Número de serviços habilitados na reabilitação intelectual - APAES	Número absoluto	2014	0	1	2	0	SES MS
Ampliar o serviço de atendimento odontológico hospitalar à população com deficiência no Hospital de Caridade de Crissiumal de 0 para 360.	Número de atendimentos em consultas e cirurgias.	Número absoluto	2022	360	360	360	360	SES

Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil

• **Diretriz 4:** Promoção da atenção à saúde da mulher e da criança.

Objetivo 4.1: Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna-Paterno-Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Ampliar o número de leitos de UTI Neonatal de 24 para 34 na macrorregião	Número de leitos novos habilitados	Número Absoluto	2022	0	0	0	10	SES MS
Implantar leitos de UCINCO de 0 para 10.	Número de leitos novos habilitados.	Número Absoluto	2022	0	0	0	0	SES MS
Implantação e Habilitação de Leitos Gestação de Alto Risco de 11 para 24.	Número de leitos novos habilitados.	Número Absoluto	2022	0	13	0		SES MS
Aumentar o percentual de partos normais de 19,28% para 30%	Proporção de partos normais	Percentual	2021	20%	22%	25%	30%	SES
Reduzir a gravidez na adolescência na faixa	Proporção de gravidez na	Percentual	2021	9,20	8,95	8,45	8,30	SES SMS

etária de 10 a 19 anos de 9,45 para 8,30%	adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos							
Desenvolver atividades de educação permanente para equipes de saúde de APS e maternidades de 0 para 32.	Número de Ações de Educação permanente desenvolvidas	Número Absoluto	2021	8	8	8	8	SES
Reduzir o número de casos de sífilis congênita de 37 para 30	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Número Absoluto	2021	34	3	32	30	SMS SES
Reduzir o número de óbitos maternos – Taxa de 132,38 para 37,78/100.000	Razão de mortalidade materna	Taxa/100.000	2021	91,65	61,10	61,10	37,78	SES SMS
Manter taxa de óbitos infantis abaixo de 9,65/1.000 por ano	Taxa de mortalidade infantil	Taxa/1.000 habitantes	2021	9,65	9,65	9,3	9,3	SES SMS
Manter o número de casos de AIDS em menores de 5 anos inferior a 1 caso por ano	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	Número absoluto	0	0	0	0	0	SES SMS

Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas

• **Diretriz 5:** Garantia da atenção à saúde dos portadores de doenças crônicas, com estímulo do fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Objetivo 5.1: Melhoria das condições das pessoas com doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Realizar o Plano Macrorregional da RADCC, de 0 para 1.	Número de planos da macrorregião	Número Absoluta	2022	0	1	0	0	SES MS
Reduzir a prevalência de excesso de peso na população adulta de 75,27 para 72,00% através da implementação de ações preventivas e assistenciais	Percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta do RS	Percentual	2021	74,02	73,04	73,00	72,00	SMS SES

Promover formação profissional e educação permanente RADCC de 4 para 16	Número de ações de educação permanente desenvolvidas	Número absoluto	2022	4	4	4	4	SMS SES MS
Implantar Ambulatório de especialidades para usuários com doenças crônicas HAS e DM em cada região de saúde de 0 para 4.	Número de ambulatórios implantados	Número absoluto	2022	1	1	1	1	SES
Reduzir taxa de internação por neoplasias de 58,23 para 53,2	Taxa de internação por neoplasias	Taxa/1.000	2018	58,0	56,8	55,5	53,2	SMS SES MS
Reduzir taxa de mortalidade por neoplasias de 1,78 para 1,6	Taxa de mortalidade por neoplasias	Taxa/10.000	2021	1,75	1,7	1,65	1,6	SMS SES MS

Atenção Primária em Saúde

• **Diretriz 6:** Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, aumentando a resolutividade.

Objetivo 6.1: Fortalecer a APS como ordenadora do cuidado das Redes de Atenção à Saúde.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Criar comitês de avaliação da APS, municipais, regionais e macrorregional, de 0 para 20.	Número de comitês instituídos e atuante	Número Absoluto	-	5	5	5	5	SMS SES
Ampliar o percentual de município com uso dos protocolos na APS, conforme as Redes de Atenção à Saúde de 15% para 30%.	Percentual de município com implementação e uso dos protocolos na APS, conforme as RAS	Percentual	2022	15%	20%	25%	30%	SMS SES
Desenvolver ações de educação permanente de acolhimento no atendimento da APS nas regiões de saúde de 0 para 16	Número de ações em educação permanente para as equipes APS.	Número absoluto	-	4	4	4	4	SES
Aumentar o número de equipes de saúde bucal (ESBs) vinculadas a ESF e EAP de 62% para 100%	Cobertura de equipe de ESB em todas as ESF e EAP.	Percentual	2021	70%	80%	90%	100%	SMS SES

Ampliar a rede de atenção secundária em Saúde Bucal com implantação de CEOs nas regiões 11, 12 e 14, de 3 para 7	Número de CEOs Regionais e/ou municipais implantados	Número Absoluto	2021	0	1	1	2	SES MS SMS
Aumentar o rastreamento de mamografias realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de 0,33 para 0,42	Razão de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Razão	2021	0,36	0,38	0,40	0,42	SES SMS
Aumentar o percentual de registro de procedimento multidimensional da pessoa idosa de 0% para 15%	Percentual de idosos com registro do procedimento multidimensional da pessoa idosa	Percentual	2021	10	12	14	15	SES SMS
Aumentar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil de 75,41 para 85,5%	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil	Percentual	2021	76	82,84	84	85,5	SES SMS

Atenção Secundária e Terciária em Saúde

• **Diretriz 7:** Garantia de acesso da população a serviços de qualidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante implementação de serviços de atenção especializada

Objetivo 7.1: Garantir acesso a serviços da atenção especializada em saúde

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Ampliar o quantitativo contratualizado das especialidades A, B, C de 0 para 9	A) Número de serviços especializado de hematologia implementados - referências macro.	Número Absoluto	2022	0	1	0	0	SES MS
	B) Número de serviços especializados de	Número Absoluto	2022	0	2	2	0	SES MS

	endocrinologia regionais implementados.							
	C) Número de serviços especializados de gastroenterologia regionais implementados	Número Absoluto	2022	0	2	2	0	SES MS
Pactuar referência para especialidade de onco-hematologia, de 0 para 1.	Número de serviços de onco-hematologia pactuados na macrorregião	Número Absoluto	2022	0	01	0	0	SES MS
Ampliar a oferta do quantitativo de exames de endoscopia (grupo 020901) de 4.435 para 5.765	Número ofertado de endoscopias do grupo 020901	Número	2021	4.878	5.100	5.322	5.765	SES MS
Ampliar a oferta do quantitativo de exames de colonoscopia partindo do quantitativo de 1.278 exames-SIA de 2021 para 1661	Percentual de oferta ampliada dos serviços de endoscopia	Percentual	2021	10% (.1405)	15% (1.469)	20% (1.533)	30% (1.661)	SES MS

Vigilância em Saúde

• **Diretriz 8:** Fortalecimento e qualificação das ações de vigilância em saúde, visando a promoção e a proteção da saúde da população e a prevenção de doenças e agravos.

Objetivo 8.1: Fortalecer, qualificar e ampliar as equipes e as ações de vigilância em saúde.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Aumentar o percentual de municípios que utilizam o SI-VISA-RS na macrorregião de 71,8% para 95%	Percentual de municípios que utilizam o SI-VISA-RS	Percentual	75%	80%	85%	90%	95%	SMS
Aumentar o percentual de municípios com publicação de ato legal com definição das instâncias hierárquicas para análise e julgamento das defesas e recursos no	Percentual de municípios com publicação de ato legal com definição das instâncias hierárquicas para	Percentual	-	70%	80%	85%	90%	SMS

âmbito dos processos administrativos sanitários na macrorregião de 70% para 90%	análise e julgamento das defesas e recursos no âmbito dos processos administrativos sanitários							
Aumentar o percentual de municípios com publicação de ato legal com designação oficial dos servidores que realizam ações de fiscalização em Vigilância Sanitária na macrorregião de 70% para 100%	Percentual de municípios com publicação de ato legal com designação oficial dos servidores que realizam ações de fiscalização em Vigilância Sanitária, habilitando-os a exercê-las	Percentual	-	70%	80%	90%	100%	SMS
Aumentar o acesso a água tratada para a população urbana e rural de 55,55% para 84%	População abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC) com tratamento em relação à população abastecida por SAC	Percentual	2021	75 %	78%	82 %	84%	SMS SES
Aumentar a taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) pactuada relacionados ao trabalho de 40 para 42	Taxa de notificações de agravos relacionados ao trabalho	Taxa/ 10.000	2022	42	42	42	42	SMS SES
Aumentar percentual de investigações dos óbitos relacionados ao trabalho de 76,77% para 90%	Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados	Percentual	2021	80%	80%	90%	90%	SMS SES
Realizar aquisição de geradores de energia elétrica para as Centrais de Frios de 0 para 4.	Número de geradores adquiridos	Número absoluto	2022	0	2	2	0	SES
Aumentar percentual de municípios com referência de profissional capacitado para vigilância da violência de 80% nas ESFs para 95%.	Percentual de municípios com referência de profissional capacitado para vigilância da violência nas ESFs	Percentual	2022	80%	90%	95%		SMS

Aumentar o número unidades notificadas das Violências de 20% para 35%.	Percentual de unidades notificadas.	Percentual	2021	20%	25%	30%	35%	SMS SES
Realizar atividades de educação permanente para os profissionais das redes de atenção à violência de 0 para 16.	Número de ações em educação permanente desenvolvidas para profissionais das redes de atenção à violência	Número Absoluto	2022	4	4	4	4	SMS SES MS
Ampliar o número de testagens de HIV em pacientes com tuberculose de 72,9% para 90% a fim de possibilitar o início do uso de antirretrovirais em tempo oportuno	Testagem para HIV nos casos novos de tuberculose notificado no SINAN	Proporção	2021	85	90	90	90	SES SMS
Ampliar a cobertura vacinal da tríplice viral primeira dose para crianças de 12 meses de 84,75% para 95%	Cobertura vacinal para vacina da tríplice viral	Percentual	2021	95%	95%	95%	95%	SES SMS
Reduzir índice de infestação predial pelo <i>Aedes aegypti</i> de 1,8 para menos que 1	Índice de infestação predial pelo <i>Aedes aegypti</i>	Percentual	2021	1	1	1	1	SES SMS
Manter percentual de coleta de amostra por RT-PCR de 95%	Percentual de coleta de amostra por RT-PCR (diagnósticos padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG	Percentual	2021	95%	95%	95%	95%	SES SMS
Manter o coeficiente bruto de mortalidade por AIDS abaixo de 5,82	Coeficiente bruto de mortalidade por AIDS	Coeficiente Bruto	2021	5,67	5,10	5,10	5,10	SES SMS

Assistência Farmacêutica

- **Diretriz 9:** Fortalecimento da Assistência Farmacêutica.

Objetivo 9.1: Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios, capacitando equipes de atenção farmacêutica visando a promoção de assistência humanizada.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Aumentar o número de capacitações da Assistência Farmacêutica na macrorregião de 1 para 2.	Número de capacitações anuais da Assistência Farmacêutica na macrorregião	Número absoluto	2022	1	1	2	2	SMS SES
Realizar levantamento de municípios que possuem REMUME.	Número de levantamentos realizados	Número absoluto	2022	1	-	-	-	SMS SES
Estabelecer e monitorar indicadores macrorregionais e estaduais para AF de 0 para 5	Número de indicadores da AF implantados	Número absoluto	2022	1	1	1	2	SMS SES MS
Habilitar centros de oncologia (UNACONs e CACONs) como órgãos dispensadores de medicamentos oncológicos no sistema AME de 0 para 5.	Número de UNACONs e CACONs habilitados à dispensação no sistema AME	Número absoluto	2022	0	1	1	3	SES

Educação Permanente e Ouvidoria

- **Diretriz 10:** Fortalecimento das ações de educação em saúde e a utilização dos canais de atendimento da Ouvidoria do SUS

Objetivo 10.1: Promover e fortalecer a Política de Educação em Saúde.

Objetivo 10.2: Fortalecer a Ouvidoria do SUS.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Aumentar o número de ações de educação permanente em saúde com envolvimento dos NURESCs de 7 para 26 ao ano.	Número de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	Número absoluto	2021	25	25	26	26	SMS SES MS
Realizar levantamento de número de estabelecimentos vinculados ao SUS	Número de levantamentos realizados.	Número absoluto	-	1	-	-	-	SMS SES

(CNES) com divulgação da Ouvidoria								
Ampliar o número de estabelecimentos vinculados ao SUS (CNES) com divulgação da Ouvidoria de 10% para 50%	Percentual de estabelecimentos com identificação visual dos canais de atendimento da Ouvidoria do SUS	Percentual	2023	-	30%	40%	50%	SMS SES

2. Responsabilidade Financeira dos Entes Federados

De acordo com a Lei Complementar nº 141 de 2012, interfere-se a responsabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) como tripartite (União, Estados e Municípios), exigindo-se, no repasse de recursos aos fundos de saúde, os percentuais mínimos de acordo com cada esfera governamental, de forma a garantir a continuidade dos trabalhos realizados. Os valores mínimos da arrecadação de impostos estão definidos em: municípios 15%, estados 12% e à União valor empenhado no exercício anterior, acrescido de no mínimo o percentual de variação do PIB do ano anterior.

Nas figuras 27 a 32 são analisados indicadores financeiros da macrorregião, no período de 2016 a 2020.

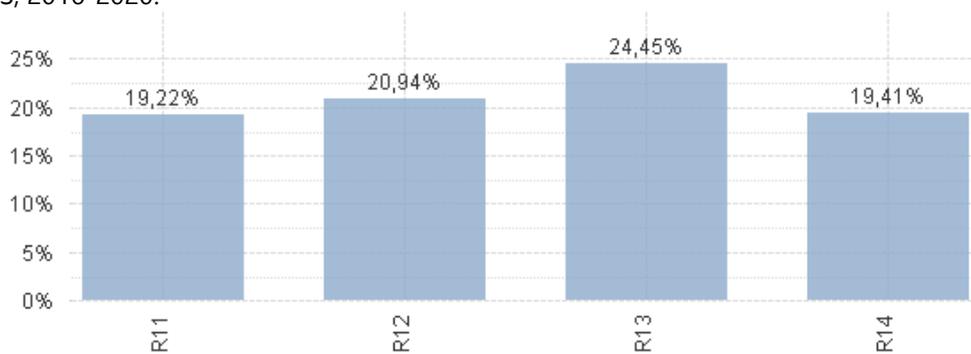
Figura 27. Receita de impostos e transferências constitucionais e legais (RLIT) *per capita* e despesas com recursos municipais em ações e serviços públicos de saúde *per capita*, por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2016 a 2020.



Fonte: SIOPS

Em relação às receitas de impostos líquidos e transferências legais, conforme figura 27, verifica-se que a R12 apresentou o maior valor no período de 2016 a 2020, de R\$ 2.706,13 *per capita*. Por outro lado, a região com menor valor foi a R11, com R\$ 2.162,24. A R13 e 14 atingiram receitas muito semelhantes. Referente aos recursos próprios municipais aplicados em ações e serviços públicos de saúde, observa-se que a R13 apresentou o maior valor *per capita* transferido, atingindo R\$ 584,79, enquanto a R11 foi a região de saúde com menor percentual recursos próprios aplicados em saúde.

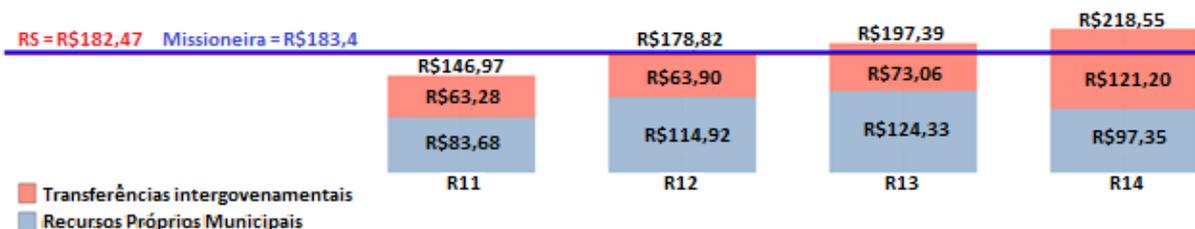
Figura 28. Percentual da receita própria municipal aplicada em ações e serviços públicos de saúde conforme a EC 29/2000 (mínimo constitucional de aplicação municipal 15%) per capita, por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: SIOPS

O artigo 7 do capítulo III, seção I da Lei Complementar nº 141 determina que os municípios devem aplicar no mínimo 15% da arrecadação de impostos em ações e serviços públicos de saúde. Observando informações constantes no Figura 28, no período de 2016 a 2020 verifica-se que todas as regiões de saúde da macrorregião atendem ao estabelecido pela lei. A R13 teve o maior percentual de recursos aplicados em saúde, de 24,45%, quase 10% superior ao mínimo estabelecido. Em segunda posição ficou a R12, com o percentual de 20,94%, seguida da R14 (19,41%) e R11 (19,22%).

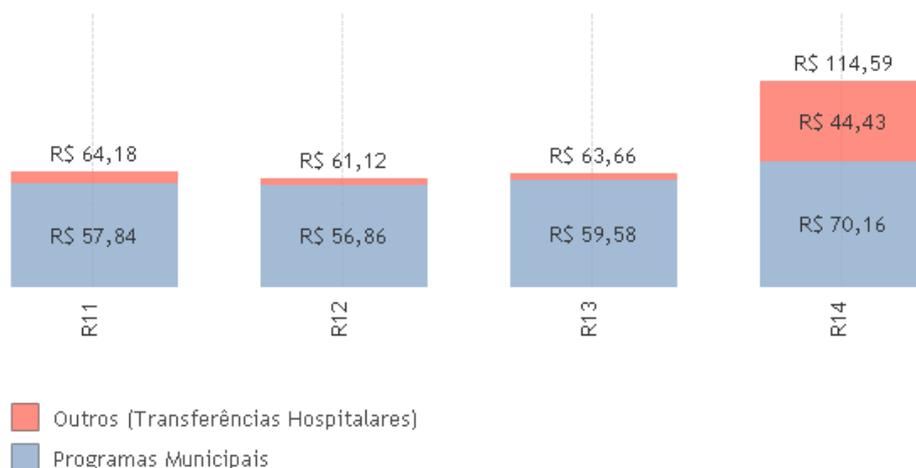
Figura 29. Despesa total com ações e serviços públicos de saúde (recursos municipais, estaduais e federais) *per capita*, por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020



Fonte: SIOPS

Quanto ao total despesas com ações e serviços públicos de saúde (Figura 29), observa-se que a média de recursos per capita aplicado na macrorregião foi de R\$ 183,41 *per capita*, acompanhando tendência do Estado, que teve resultado semelhante. Dentre as regiões, a R14 teve o maior valor de despesa *per capita*, tendo aplicado R\$ 218,55, acima da média do Estado e da macrorregião, da mesma forma que a R13, que teve despesa de R\$ 197,39 *per capita*. Na R12, a despesa foi de R\$ 178,82, ficando próximo a média da macrorregião, enquanto a menor despesa por habitante foi na R11, de R\$ 146,97. Referem-se a estes recursos de despesa as transferências intergovernamentais (Estado e União) e recursos próprios municipais.

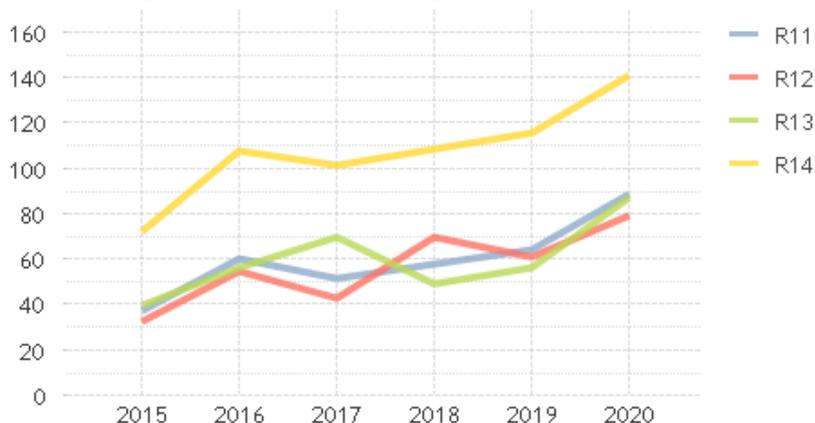
Figura 30. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde, *per capita*, por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: FPE/RS

Em relação às transferências de recursos estaduais para os fundos municipais de saúde, conforme figura 30, podemos verificar que a R14 foi a região com maior quantitativo de recursos repassados *per capita*, sendo que para programas municipais foram R\$ 70,16 e para transferências hospitalares R\$ 44,43 totalizando, R\$ 114,59. Na demais regiões de saúde o quantitativo total foi de aproximadamente R\$ 63,00 *per capita*, somando recursos de programas municipais e transferências hospitalares.

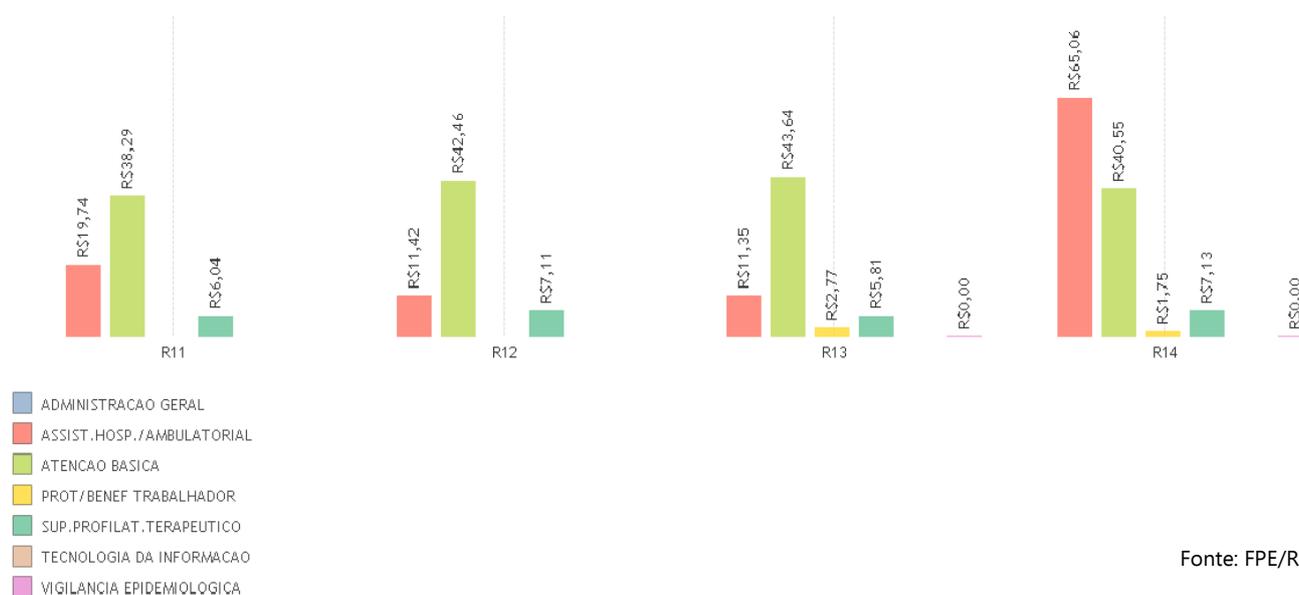
Figura 31. Crescimento da transferência de recursos estaduais do RS aos fundos municipais (programas municipais e outros) *per capita*, por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2015-2020.



Fonte: FPE/RS

Nas transferências de recursos estaduais para os fundos municipais de saúde (figura 31), pode-se verificar que a R14 foi a região com maior volume de recursos repassados no período de 2015 a 2020, com tendência de crescimento. Nas demais regiões de saúde, as transferências são em níveis próximos, com tendência de crescimento especialmente de 2019 a 2020.

Figura 32. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde por subfunção orçamentária, *per capita*, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Em relação às transferências de recursos estaduais por subfunção orçamentária *per capita*, conforme figura 32, constata-se que nas regiões R11, R12 e R13 o maior quantitativo de transferências foi para a subfunção atenção básica (APS), sendo que na R13 foi de R\$ 8,76, na R12 de R\$ 8,22 e na R11 de R\$ 7,33 *per capita*. Na R14, a transferência de recurso maior foi para a subfunção da assistência hospitalar e ambulatorial, em que o valor *per capita* foi de R\$ 12,93. Nas demais regiões essa subfunção representou também o segundo lugar na transferência de recursos estaduais.

Tabela 31. Recursos financeiros repassados para cada coordenadoria regional de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2021 a 31/06/2022

Programa Assistir					
Ano	R11	R12	R13	R14	Total Macro
2021	R\$ 9.649.466,38	R\$ 3.150.876,75	R\$ 6.651.216,21	R\$ 8.730.989,87	R\$ 28.182.549,21
2022	R\$ 17.930.845,73	R\$ 5.900.516,02	R\$ 12.437.291,02	R\$ 19.641.462,05	R\$ 55.910.114,82
Programa Avançar					
	R11	R12	R13	R14	Total Macro
2021	R\$ 4.364.877,69	R\$ 4.405.624,44	R\$ 4.789.619,20	R\$ 3.495.778,04	R\$ 17.055.899,37
2022	R\$ 2.270.000,00	R\$ 1.130.000,00	R\$ 4.451.816,60	R\$ 6.001.071,12	R\$ 13.852.887,72
Emendas Parlamentares Estaduais					
	R11	R12	R13	R14	Total Macro
2021	R\$ 1.963.000,00	R\$ 490.000,00	R\$ 1.942.000,00	R\$ 1.870.000,00	R\$ 6.265.000,00
2022	R\$ 1.885.000,00	R\$ 670.000,00	R\$ 880.000,00	R\$ 1.790.000,00	R\$ 5.225.000,00
Emendas Parlamentares Federais					
	R11	R12	R13	R14	Total Macro
2021	R\$ 7.516.608,00	R\$ 1.155.000,00	R\$ 4.404.062,00	R\$ 4.162.780,00	R\$ 17.238.450,00
2022	R\$ 9.908.117,00	R\$ 3.693.203,00	R\$ 10.539.461,00	R\$ 6.176.495,00	R\$ 30.317.276,00
Pagamentos MAC					
	R11	R12	R13	R14	Total Macro
2021	R\$ 39.248.266,31	R\$ 12.101.055,87	R\$ 61.430.062,20	R\$ 16.890.973,33	R\$ 129.670.357,71
Programas Municipais					
	R11	R12	R13	R14	Total Macro
2021	R\$ 19.880.371,38	R\$ 8.729.061,32	R\$ 17.446.213,50	R\$ 19.102.349,15	R\$ 65.157.995,35

Fonte: SES/RS

O orçamento do Estado não se restringe por macrorregião, este levantamento foi feito com base nos repasses do ano de 2021 e 1º semestre de 2022, contendo valores fixos e variáveis, assim a previsão orçamentária de 2023 e 2024 certamente será diferente do somatório destes aqui expostos, mas proverão de acordo com as políticas de saúde aderidas pelos municípios e entidades conveniadas ao Estado do Rio Grande do Sul, e estabelecidas nas respectivas portarias e contratos que as regem.

3. Organização dos Pontos de Atenção da RAS para Garantir Integralidade

As **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** organizam-se por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, locais onde são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação dos pontos de atenção secundária e terciária. Nas RAS o centro de comunicação é a **Atenção Primária à Saúde (APS)**, sendo esta ordenadora do cuidado.

A macrorregião possui uma boa cobertura da APS e de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Identifica-se a necessidade de ampliação das Equipes de Saúde Bucal e de alguns programas de saúde voltadas a prevenção à saúde, como Academia de Saúde e Incentivo à Atividade Física. Quanto aos desafios da APS, as novas modalidades de financiamento têm suscitado mudanças no modelo por vezes ainda médico-centrado e voltado a questões curativas para um modelo mais voltado às necessidades do usuário, à prevenção e busca ativa. O principal desafio da APS é aumentar o acesso das pessoas, vínculo entre população e equipe, e criar mecanismos que induzam à responsabilização dos gestores, profissionais e usuários para garantir a qualidade e resolutividade do cuidado. Pode-se citar processos de educação permanente como a planificação da saúde; implementação de protocolos clínicos; priorização de profissionais concursados e planos de carreira, cargos e salários para os profissionais da APS com a finalidade de reduzir a rotatividade, possibilitar o vínculo entre usuários e profissionais mais implicados à APS; e uma gestão que se compromete com uma equipe ampliada podem contribuir para a qualidade desse nível de atenção à saúde.

A **Rede de Atenção às Urgências (RUE)** tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas. A RUE responde pelo atendimento de necessidades em diferentes condições: agudas e ou crônicas agudizadas, podendo ser de ordem clínica, e ou cirúrgica. Conforme avaliação do perfil epidemiológico e demográfico levantado na macrorregião evidencia-se que os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência estão relacionados à alta morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório, como infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), além do aumento relativo às violências e aos acidentes de trânsito.

O enfrentamento das situações de urgência e emergência e de suas causas requer não apenas a assistência imediata, mas inclui ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, o tratamento contínuo das doenças crônicas, a reabilitação e os cuidados paliativos. Em relação aos componentes que constituem a RUE, a macrorregião possui 60% de cobertura SAMU suporte avançado e 95% suporte básico, cuja regulação é realizada pela Central Estadual Médica de Regulação das Urgências. Os municípios que não atendem os critérios para implantação de base SAMU podem aderir

ao Projeto Chamar 192, o que possibilita a qualificação das equipes existentes nos municípios, a aquisição de equipamentos e insumos, além do acesso regulado ao serviço de transporte e resgate. Cada região de saúde possui uma UPA 24 horas. A macrorregião conta com um total de 47 unidades hospitalares, sendo que destas 38 com habilitação estadual de portas abertas de urgência e emergência e dois hospitais com incentivo federal de porta de entrada de urgência. Os hospitais também disponibilizam serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório pelas linhas de cuidados prioritárias. Em relação aos leitos de cuidado intensivo, a macrorregião tem um total de 79 leitos de UTI adulto e 10 leitos de UTI pediátricos. Existem ainda 65 leitos de Unidade de Cuidado Prolongado (UCP), com referência para duas regiões de saúde (R13, R14). Em relação ao componente de atenção domiciliar, existe apenas uma equipe em toda a macrorregião.

A macrorregião está geograficamente distante de outras regiões que possuem serviços de UTIs contratualizados, como por exemplo a Metropolitana de Porto Alegre, necessitando, dessa forma, qualificar os leitos existentes e ampliar com novos leitos, afim de garantir o acesso de pacientes graves. Acrescenta-se que a qualificação dos profissionais é indispensável, assim como os processos de acolhimento e regulação de acesso dos usuários.

Em relação à **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, pela complexidade das situações clínicas e psicossociais que envolvem o trabalho em saúde mental na APS, principalmente após a pandemia de covid-19, identifica-se como demanda a implantação de equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental e de serviços residenciais terapêuticos. As estratégias de implantação desses novos serviços visam a melhoria na qualidade dos atendimentos e efetivação das ações de matriciamento, bem como a reabilitação psicossocial dos usuários com quadros moderados e graves, assistindo-os, acompanhando-os e contribuindo para (re)integrá-los socialmente. O objetivo é proporcionar um serviço qualificado e com redução dos vazios assistenciais, fortalecendo a rede com os serviços em andamento: CAPS, NAAB, OT, UA e Hospitais.

A **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência** na macrorregião apresenta cenário distinto em suas regiões de saúde no que se refere à distribuição dos serviços de reabilitação. Nesse sentido, é preciso fortalecer os vazios assistenciais existentes, com a implantação e qualificação dos serviços, com ênfase para reabilitação intelectual e assistência odontológica à pessoa com deficiência.

Em todos os seus níveis de atenção, a macrorregião demanda por profissionais especializados nas diferentes áreas de reabilitação, especialmente fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Somado a isso, tem-se a necessidade de garantir qualificação aos profissionais que atuam na APS e nos serviços especializados da RCPD.

Conforme a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, a **Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas** é estruturada pelos componentes da atenção primária, atenção especializada, sistema de apoio; sistemas logísticos; regulação e governança. Na macrorregião, não se tem muito bem estabelecida essa rede, pois não há referência para todas as especialidades que são preconizadas para as linhas de cuidado do DM e HAS, por exemplo. A macrorregião não tem referência para endocrinologia para o cuidado da pessoa com diabetes e hipertensão, e pneumologia para as doenças pulmonares. Como apresentado no DOMI, objetiva-se elaborar o Plano Macrorregional da Rede de Atenção às Condições e Doenças Crônicas, organizando todos os pontos da rede e buscando referências nessas especialidades para, assim, atender às demandas preconizadas para essa rede.

O plano macrorregional no âmbito da **Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil** identificou que essa rede está em organização, com alguns vazios assistenciais em determinadas regiões e serviços. Prioriza-se a ampliação de leitos de UTI neonatal, bem como leitos de unidade de cuidado intermediário convencional. Outras demandas em destaque se referem à capacitação dos profissionais para a qualificação e humanização do cuidado em toda a rede.

4. Comitê Executivo de Governança das RAS

O GT-PRI da Macrorregião Missioneira analisou a legislação vigente referente ao Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS), conforme Resoluções CIT 37/2018 e CIT 23/2017 e CIB/RS nº 150/2022, referente ao modelo de governança que será instituído a partir do planejamento e discussões do CEGRAS. A partir disso, o grupo de trabalho do PRI e os coordenadores regionais de saúde efetuaram o estudo conceitual e realizaram duas reuniões com intensa discussão sobre o CEGRAS. Durante esse processo, houve alguns posicionamentos e questionamentos sobre o CEGRAS, por ser um processo novo, mas concluiu-se que as dúvidas serão supridas conforme o comitê for constituído, em 2023.

Na construção das prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI), o GT-PRI macrorregional observou que algumas das propostas apontadas na identificação de necessidades não poderiam ser incluídas, mas que são de grande importância no processo de construção do PRI. Dessa forma, o GT-PRI sugere que essas demandas sejam consideradas para que em 2023 o CEGRAS possa, junto às CIR R111, R12, R13 e R14, à CIB/RS e ao COSEMS, avaliar e formular propostas que venham contemplar estas demandas importantes, sendo elas:

Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil:

- Aumentar o valor referente às unidades de cuidado intermediário neonatal canguru, sendo que a macrorregião possui necessidade desse serviço, mas os prestadores hospitalares não pactuam devido ao valor de custeio ser muito baixo.

Rede de Atenção Psicossocial:

- Reduzir judicialização em saúde mental;
- Regularização de repasse financeiro do MS aos hospitais habilitados para saúde mental, em atraso há mais de um ano e meio.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

- Garantir e ampliar o número de profissionais de reabilitação efetivos;
- Ampliar e garantir o financiamento para os serviços habilitados com aumento dos valores da tabela SUS para consultas, exames e OPMs.

Vigilância Sanitária:

- Encaminhar para CIB/RS e COSEMS proposição de pactuação das equipes mínimas que devem compor as vigilâncias sanitárias municipais, no que se refere ao número de profissionais e sua qualificação, em virtude da fragilidade de regulamentações sobre o tema.

- Criar comitê(s) estadual e/ou regional(is) para realização de ações de planejamento, revisão e atualização das normativas sanitárias e padronização dos processos de trabalho das vigilâncias sanitárias das coordenadorias regionais de saúde e dos municípios.

- Ampliação dos recursos financeiros das VISAs.

Vigilância Ambiental:

- Constituir equipes com quadro efetivo e em número adequado para a realização das ações dentro da Vigilância Ambiental

Assistência Farmacêutica:

- Assegurar e ampliar recursos para contratação e efetivação de profissionais da Assistência Farmacêutica.

- Constituir legislação para equipe mínima para Assistência Farmacêutica.

Gestão e Financiamento:

- Incentivar a criação e qualificação de uma equipe administrativa de gestão em todos municípios, que buscará planejar e direcionar o desenvolvimento das atividades de forma alinhada, maximizando o uso dos recursos, e promovendo de forma coerente toda instituição.

O grupo de trabalho do PRI da Macrorregião Missioneira não definiu o planejamento e funcionamento do CEGRAS, aguardando as orientações da Ageplan/SES-RS, após aprovação dos planos macrorregionais, e da aprovação pela CIB/RS com definição dos membros e modo de funcionamento. Dessa forma, essa etapa ficará para desenvolver no ano de 2023.

5. Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde

Na Macrorregião Missioneira, o grupo de trabalho do Planejamento Regional Integrado não chegou a realizar a análise e discussões da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), sendo proposto pelo departamento da Ageplan/SES-RS será desenvolvida em 2023.

III. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Os membros do GTPRI Macrorregião Missioneira deverão atualizar o Plano Macrorregional do Planejamento Regional Integrado no ano de 2023 para inclusão das informações do perfil demográfico. Além disso, após quatro anos todos os itens do documento deverão ser revisados, ou a qualquer tempo por solicitação do CEGRAS para alteração ou nova pactuação. A coordenação desse trabalho se dará pelas quatro coordenadorias regionais de saúde, junto com os membros do GTPRI Macrorregional.

O CEGRAS será pactuado pela SES/RS e COSEMS/RS através da CIB/RS. O monitoramento deverá ocorrer através de envio de relatórios e avaliação, conforme a necessidade e no quadrimestre.

Considerações Finais

Avalia-se que o Planejamento Regional Integrado (PRI) cumpriu com o objetivo proposto, uma vez que promoveu a equidade regional, contribuiu significativamente para a concretização do planejamento ascendente do SUS e com certeza será essencial como embasamento para o Plano Estadual de Saúde 2023-2026.

As reflexões suscitadas a partir da metodologia proposta permitiram uma compreensão mais ampla acerca de todos os componentes que permeiam a saúde no âmbito regional. Além disso, evidenciou alguns desafios latentes no que tange às regiões de saúde estarem cada vez mais comprometidas e organizadas de forma integrada na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Também através deste estudo foi possível perceber a importância da necessidade de ampliar a discussão sobre a organização do modelo de regionalização e governança, bem como a necessidade de definição de estratégias de mecanismos que promovam mais cooperação entre os entes federados.

Espera-se, no mínimo, que esse processo desenvolvido fomente profundas reflexões sobre a premência da institucionalização do PRI, na medida em que individualmente os entes municipais, onde de fato ocorre a experimentação do planejamento em saúde, encontram-se de certa forma fragilizados politicamente e deficientes de condições técnicas para ampliar articulações e garantir a integralidade e equidade da atenção à saúde.

Conclui-se, portanto, que o processo do Planejamento Regional Integrado Macrorregional foi desenvolvido de forma participativa com todos os integrantes das coordenadorias regionais de saúde, representantes dos municípios, conselhos municipais de saúde e apoiadores do COSEMS. O foco é um SUS humanizado, qualificado e organizado, sempre buscando a melhoria contínua e as condições econômicas necessárias para a ampliação de serviços nas RAS, Atenção Primária em Saúde, Vigilâncias em Saúde, Assistência Farmacêutica, Educação Permanente e Ouvidoria.

Por fim, constatou-se que o processo do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Missioneira foi uma construção ascendente e em busca de um planejamento organizado e qualificado para os próximos quatro anos.

Referências

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe 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 três (três) esferas de governo. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em 2022.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm. Acesso em 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12994.htm. Acesso em 2022.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015. Regulamenta o disposto no § 1º do art. 9º-C e no § 1º do art. 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/d8474.htm. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 01, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização

e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 05, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017_comp.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 06, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html#TITULOI.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3193, de 09 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). Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3.193-de-9-de-dezembro-de-2019-232399751>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 888, de 04 de maio de 2021. Altera o Anexo XX da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2021/prt0888_24_05_2021_rep.html. Acesso em: 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.105, de 15 de maio de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à

Saúde (APS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1105_17_05_2022.html#:~:text=PORTARIA%20GM%20FMS%20N%201.105%2C%20DE%2015%20DE%20MAIO,atividade%20f-sica%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20%28APS%29. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único do SUS a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

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). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 2022.

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). Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em 2022.

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. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.209, de 5 de dezembro de 2019. Aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC do Estado do Rio Grande do Sul e Municípios de Cachoeira do Sul e Santa Rosa. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/12/portaria3209.pdf>. Acesso em 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.670, de 13 de outubro de 2021. Define e habilita municípios com adesão ao recebimento de incentivo financeiro federal de custeio destinado à implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil no âmbito da Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2670_15_10_2021.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.054, de 9 de maio de 2022. Institui incentivo financeiro federal de custeio para apoio à implementação de ações da Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.054-de-9-de-maio-de-2022-400449596>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: 2004. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.298, de 9 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). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2298_10_09_2021.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 424 de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada a 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 SUS. Disponível em:

<https://observatoriahospitalar.fiocruz.br/sites/default/files/biblioteca/PORTARIA%20SAES%20N%201399%2C%20DE%2017%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202019.pdf#:~:text=PORTARIA%20SAES%2FMS%20N%201399%2C%20DE%2017%20DE%20DEZEMBRO,ESPECIALIZADA%20À%20SAÚDE%2C%20no%20uso%20de%20suas%20atribuições%2C>. Acesso em 24 outubro 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 364 p.: il. ISBN 978-85-334-2696-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. NOTA INFORMATIVA Nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS de 26 de julho de 2019. Orientação sobre as novas definições dos agravos e doenças relacionados ao trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Disponível em: <https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/Nota-Informativa-94-definicao-de-casos.pdf>. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.679/2002. Dispõe sobre a estrutura da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/rede-nacional-atencao-integral-saude-trabalhador-renast>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 - Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Disponível em PNEPS - Português (Brasil) (www.gov.br).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS Nº 650 de 5 de outubro de 2011 que formata o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 930 de 10/05/2012 que instituiu o cuidado progressivo neonatal. 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). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html#:~:text=Define%20as%20diretrizes%20e%20objetivos,%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html#:~:text=Define%20as%20diretrizes%20e%20objetivos,%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.436, 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). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3194, de 8 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Ambulatorial. (SIA/SUS) Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. TABNET. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qars.def>. Acesso em: 09 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRASIL. CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo 2010. Resultados. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo Demográfico 2010. Nota técnica 01/2018. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf. Acesso em 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank - São Paulo: SEDPcD, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 290 de 05 de abril de 2021. Define as normas para implantação e funcionamento e institui incentivo financeiro estadual para os Centros de Referência em Transtorno do Espectro do Autismo, em Macrorregionais e Regionais, do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202104/07164524-portaria-290-05-04-21-tea.pdf>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Atenção Básica do RS. Guia do pré-Natal na Atenção básica. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Atenção Básica do RS. Nota Técnica 01/2019 - Assistência à saúde da criança de 0 a 2 anos na atenção básica. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/18161725-nota-tecnica-saude-da-crianca.pdf>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Resolução CIB nº 029/2019. Aprovar a atualização do Plano de Ação da Rede Cegonha da 14ª CRS, que compõe a região de saúde 14 – Fronteira Noroeste. Disponíveis em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190216/06111659-cibr029-19.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Resoluções CIB. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/resolucoes-cib>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução CIB/RS nº 020/2022. Aprova a Associação Hospital de Caridade de Ijuí (HCI) como referência para Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) e para Maternidade de Alto Risco para todos os municípios da 9ª e 17ª CRS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202201/28112752-cibr020-22.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução CIB/RS nº 050/2022. Pactuar as referências da atenção especializada no Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202203/16093836-cibr050-22.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria nº 537/2021. Regulamenta, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR - Programa de Incentivos Hospitalares. PROA 21/2000-0079506-0. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/23104422-portaria-ses-n-537-2021.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria nº 886/2021 Altera a Portaria SES/RS nº 639, de 14 de setembro de 2021, que habilita os hospitais prestadores de serviç s SUS ao recebimento dos recursos financeiros do ASSISTIR - Programa de Incentivos Hospitalares, e habilita novos prestadores ao recebimento dos recursos financeiros do ASSISTIR - Programa de Incentivos Hospitalares.

PROA nº 21/2000- 0097797-4. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/23104646-886.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução CIB/RS nº 211/2022 Pactua a atualização dos Anexo I e II da Resolução nº 050/22 – CIB/RS, que estabelecem as referências da atenção especializada no estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/17092734-cibr211-22.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS nº 589/2014. Habilita o Hospital Santo Ângelo como estabelecimento com Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade para a macrorregião. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120317-resolucao-cib-589-2014-aprova-a-linha-de-cuidado-do-sobrepeso-e-obesidade.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS nº 302 de 09 de agosto de 2018. Aprovar a Nota Técnica de atenção ao indivíduo portador de Diabetes Mellitus na Atenção Básica no Rio Grande do Sul, conforme Anexo desta Resolução. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201911/22151908-cib302-2018-versao-com-figura.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS nº 303 de 09 de agosto de 2018. Aprovar a Nota Técnica de atenção ao indivíduo portador de Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica no Rio Grande do Sul, conforme Anexo desta Resolução. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201812/11115617-cib-303-18-reformulada-has.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Decreto Estadual nº 56.061 de 29 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.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=589370>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria SES Nº 635/2021. 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 de 29 de agosto de 2021. PROA 21/2000-0093086-2. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=589879>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 754/2021. Altera a redação do Art. 13 do CAPÍTULO II - Das Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), do Anexo II do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), conforme instituído na Portaria SES-RS nº 635 de 29 de agosto de 2021. PROA 21/2000- 0118662-8. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202110/29163619-754.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 843/2021. Altera a Portaria SES nº 635, de 01 de setembro de 2021, que 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). PROA 21/2000- 0093086-2. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/03143749-843.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 230/2022. Revoga o Art. 4º, altera a redação do Art. 7º e acrescenta os §§3º e 4º ao Art. 10 todos do Anexo IV – Componente de Incentivo ao Primeira Infância Melhor da Portaria SES nº 635/21 de 01 de setembro de 2021, que 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). PROA 21/2000-0093086- 2. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202204/27100824-230.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB RS 283/2022. Pactuar a atualização dos Anexo I e II da Resolução nº 050/22 – CIB/RS, que estabelecem as referências da atenção especializada no estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/15162217-cibr283-22.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Decreto nº 56.015, de 2 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. Texto Original (*atualizado em 11/07/21*) | Texto Compilado (*atualizado em 13/07/22*). Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/03114804-decreto-56-015.pdf>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Decreto nº 56.016, de 2021. Estabelece a Unidade de Incentivo Hospitalar (UIH) de que trata o financiamento do Programa de Incentivos Hospitalares – ASSISTIR. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/03114943-decreto-56-016.pdf>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES/RS nº 882/2022. 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. PROA 21/2000-0079506-0. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/17151047-portaria-882-537-alteracao-v6-para-publicacao-1.pdf>. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 22, de 29 de junho de 2004. Define a implantação dos Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde nas Coordenadorias Regionais, estabelece sua estrutura básica, atribuições e diretrizes para sua administração, gerenciamento, funcionamento e integração. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202102/01151028-22-04-122-2906-2906.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 30, de 6 de outubro de 2004. Define a rede de baixa complexidade da VISA. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170243/23104332-1340912627-cibr030-04.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 44, de 4 de maio de 2005. Altera a Resolução nº 30/04-CIB/RS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170240/23104056-1340906000-cibr044-05.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 140, de 22 de agosto de 2007. Altera a Resolução nº 44/05-CIB/RS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170246/23104652-1340744190-cibr140-07.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 250, de 5 de dezembro de 2007. Aprova o Regulamento Técnico que disciplina a responsabilidade sanitária de municípios em relação às ações de Vigilância Sanitária, e dispõe sobre critérios e parâmetros relativos à organização, hierarquização, regionalização, e descentralização dos Serviços do Sistema de Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170247/23104757-1340812965-cibr250-07.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 89, de 9 de março de 2012. Altera a Resolução nº 250/07-CIB/RS, do Regulamento Técnico das ações de VISA correspondentes ao Piso Estruturante. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170211/23101141-1338843754-cibr089-12.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 152, de 19 de abril de 2012. A fiscalização de Drogarias passa a integrar a relação de ações de Vigilância Sanitária correspondentes ao Piso Estruturante. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170212/23101202-1338845317-cibr152-12.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 123, de 22 de abril de 2013. Sistema de Informação em Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul (SIVISA/RS). Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170251/23105156-1367335244-cibr123-13.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 38, de 22 de fevereiro de 2016. Acrescenta ao Artigo 1º da Resolução nº 089/12 – CIB/RS, no item clínica médica com procedimentos, a expressão “não cirúrgicos”. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170217/23111701-1456321823-cibr038-16.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 34/2000, de 22 de setembro de 2000. Dentre outros assuntos, estabelece, em seus Anexos 2 e 3, as equipes mínimas para Vigilância em Saúde. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202102/17145038-34-00-184-2209-1509.pdf>

SIVISA-RS, Sistema de Informação em Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul, 2022. Disponível em: <<https://secweb.procergs.com.br/vis/logon.xhtml>>. Acesso em: 09/05/2022 e 10/05/2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria nº 1363, de 24 de dezembro de 2014 institui a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://cevs.rs.gov.br/dvst-pe>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Nota Técnica Conjunta 01, de outubro de 2021. Em revisão. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Protocolo Técnico de Investigação de Óbitos Relacionados ao Trabalho no Rio Grande do Sul. 2020. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/trabalhador>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Nota Técnica de Orientações para Notificações de Agravos nº 01/2020 DVST/CEVS/SES. 2020. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/trabalhador>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução CIB/RS nº 189/2020. Institui a notificação universal de todos os agravos de notificação compulsória relacionados ao trabalho no Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/trabalhador>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de 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. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171031/18113141-cibr459-17.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Resolução CIB nº 008, de 17 de janeiro de 2020. Dá nova redação ao Art. 4ª da Resolução nº 459/17 – CIB/RS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/23160601-cibr008-20.pdf>.

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. Disponível em: <https://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/12.560.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Portaria nº 588/2017, de 05 de dezembro de 2017. Institui a Relação Estadual de Plantas Medicinais de interesse do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul e listas complementares. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171201/22110143-portaria-replame-rio-grande-do-sul.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Portaria nº 649/2021, de 14 de setembro de 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. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/21113922-649-republicacao.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Portaria nº 928/2021, de 30 de dezembro de 2021. Dispõe sobre o repasse financeiro estadual de complementação ao recurso aplicado aos Eixos Estrutura e Cuidado Farmacêutico do Programa Farmácia Cuidar+. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202201/07140045-928-republicacao.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Resolução nº 020/19 – CIB/RS, de 24 de janeiro de 2019.- Aprovar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, Porto Alegre – RS. Disponível em 020 (saude.rs.gov.br).

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. Decreto nº 56.062, de 29 de agosto de 2021. Institui Rede Bem Cuidar RS, dentro do componente estratégico de incentivo à qualificação da Atenção Primária à Saúde do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde - PIAPS - no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rs/decreto-n-56062-2021-rio-grande-do-sul-institui-rede-bem-cuidar-rs-dentro-do-componente-estrategico-de-incentivo-a-qualificacao-da-atencao-primaria-a-saude-do-programa-estadual-de-incentivos-para-atencao-primaria-a-saude-piaps-no-sistema-unico-de-saude-sus>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Portaria nº 1.112/2022, 08 de novembro de 2022 - Institui a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva do Estado do Rio Grande do Sul. Diário Oficial do Estado.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES nº 635, de 1º de setembro de 2021. 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 o Decreto Estadual nº 56.061, 29 de agosto de 2021. PROA 21/2000- 0093086-2. Disponível em <https://atencao-basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202205/23152407-portaria-ses-rs-635-2021-e-suas-alteracoes.pdf>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Nota Técnica PEPIC- RS/ DAS nº 01/2017 Orientações Para a Inserção de Práticas Integrativas e Complementares na Rede de Atenção à Saúde. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1146515>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Plano de Ação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do Estado do Rio Grande do Sul - Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202209/27165610-30093438-cibr270-20.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/trabalhador>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Painel Coronavírus RS. Disponível em <https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>. Data de acesso: 03/08/2022

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2020-2023/ Organização Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão - Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portal Bi. Disponível em: <https://ti.saude.rs.gov.br/qlikview/PortalBI/index.php>. Acesso em maio de 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. 9ª Coordenadoria Regional de Saúde. Deliberação nº 09/2022 – CIR/Região 12 - Portal das Missões, de 27 de abril de 2022. Aprova indicação de representantes para o Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado Macrorregional.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. 12ª Coordenadoria Regional de Saúde. Deliberação nº 07/2022 – CIR/Região 11 - Sete Povos das Missões, de 05 de maio de 2022. Aprova indicação de representantes para o Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado Macrorregional.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. 17ª Coordenadoria Regional de Saúde. Deliberação nº 10/2022 – CIR/Região 13 - Diversidades, de 28 de abril de 2022. Aprova indicação de representantes para o Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado Macrorregional.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. 14ª Coordenadoria Regional de Saúde. Deliberação nº 10/2022 – CIR/Região 14 - Fronteira Noroeste, de 17 de maio de 2022. Aprova indicação de representantes para o Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado Macrorregional.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Early detection. Geneva: WHO, 2007. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes, module 3). Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43743/9241547338_eng.pdf... Acesso em: 28/07/2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Registro de Reunião Ordinária CIR – Região 11 – 06/12/2022

Aos seis dias do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e dois, reuniram-se no auditório da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), com sede em Santo Ângelo/RS, situada na Av. Brasil 622, centro, às nove horas da manhã, o coordenador regional e presidente desta comissão Sr. Rodrigo Reis, servidores(as) da 12ªCRS; gestores(as) e representantes dos municípios de abrangência da Região de Saúde 11; representante do Hospital Santo Ângelo; representante do Hospital de Porto Xavier, conforme lista de presença. Após saudar os presentes, Rodrigo convida o servidor Ronaldo Arnold para passar informes gerais. Arnold fez um chamado sobre as Conferências Municipais de Saúde que ocorrem a cada dois anos nos municípios; a etapa municipal deve ocorrer entre os meses de novembro de 2022 e março de 2023, os municípios devem informar ao Conselho Estadual de Saúde a data que pretendem realizar a conferência, o link para acesso ao cadastro e demais orientações serão enviados por e-mail aos municípios desta regional. Arnold, menciona também sobre a atuação dos Núcleos de Educação em Saúde Coletiva Estadual e Municipais (NURESC; NUMESC) e divulga a Portaria de nº 1.112/2022 que institui a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva do Estado do Rio Grande do Sul, desta forma, tem-se metas a serem atingidas em relação a este âmbito e para tanto está previsto que o Estado passará a custear estas ações de forma mais efetiva. Rodrigo, presidente da comissão, passa para as pautas deliberativas, segue com a palavra a servidora Carla Bortolini que apresenta a **primeira deliberação**, que refere-se a pactuação do acesso à especialidade de oncologia para tumores ósseos primários para o município de Passo Fundo, sendo referência para os municípios da Região de Saúde 11, que após colocada em votação é aprovada por unanimidade entre os presentes. A pedido do presidente Carla também faz alguns destaques sobre o sistema de gerenciamento de consultas (GERCON), fala da necessidade de realizar encaminhamentos com informações qualificadas, sendo primordial utilizar dos protocolos do telessaúde disponíveis na internet, fazer uso do guia que apresenta informações das referências regionais para o adequado cadastro do paciente. Enfatiza que, de acordo com o setor jurídico da 12ªCRS, é elevado o índice de judicialização de atendimentos que podem ser disponibilizados administrativamente, e na grande maioria, são casos que nunca foram encaminhados e/ou registrados no sistema, reforça que a solicitação deve ser feita de forma adequada pela atenção básica, a qual precisa ter o conhecimento da rede de serviços disponível. O presidente reforça que a 12ªCRS está com defeitos em suas linhas telefônicas, nas próximas semanas será instalado um sistema de voip (ligação via internet), para corrigir essa falha. Seguindo as deliberações, a **segunda deliberação** é exposta por Aline Sommerfeldt, Coordenadora Administrativa da Associação Hospital de Caridade Nossa Senhora dos Navegantes do município de Porto Xavier, e se refere ao pedido de solicitação para habilitar ambulatório de cardiologia para o Hospital, Aline oportuniza aos presentes assistir um vídeo gravado pelo médico cardiologista que atende no hospital o qual esclarece com maiores detalhes sobre a proposta de implantação do ambulatório em cardiologia. Após ser colocada em votação, a proposta é aprovada por unanimidade entre os presentes. A **terceira deliberação**, é apresentada pela servidora Liliane Schnorrenberger, versa sobre a pactuação de referência para ambulatório de egressos de UTI Neonatal para o Hospital Santo Ângelo que atenderá todos os municípios da Região de Saúde 11, que após colocada em votação é aprovada por unanimidade entre os presentes. Retomando

os informes, a servidora Camila Manzotti, passa informes referente ao monitoramento da “rede bem cuidar”, reforça sobre a necessidade de atingir as metas do programa, uma vez que a Região de Saúde 11 está com baixa classificação no que se refere ao cumprimento de metas do programa em nível de Estado. Reforça sobre a composição das equipes, cargas horárias e funções; o material utilizado pra explanação será disponibilizado aos gestores e coordenadores da atenção básica. Rodrigo Reis, reforça que dia nove deste mês, nesta cidade acontece a entrega do selo bronze da “rede bem cuidar” aos nove municípios que atingiram as metas, convida a todos a se fazer presentes, a entrega da premiação será realizada pela Secretaria de Saúde Arita Bergmann, que também fará a inauguração do centro de imagem do Hospital Santo Ângelo. Com a palavra a servidora Liliane enfatiza sobre a publicação do guia da saúde do homem, que vai ser enviado por e-mail, uma ferramenta de orientação para implementar ações em saúde para esse público. Trouxe dados das ações realizadas pelos municípios da regional e faz um chamado para que se intensifiquem as ações neste âmbito. Rodrigo Reis destaca da necessidade de criar estratégias para envolver esse público e desenvolver ações de cuidado e prevenção a saúde do homem de forma contínua, rompendo com as barreiras culturais e sensibilizando o público masculino para o cuidado em saúde todo ano. A servidora Carla Bortolini destaca que os atendimentos eletivos para cateterismo ainda não foram retomados em função da falta de insumo para os procedimentos, e para esse ano ainda não há previsão de retomada, portanto, neste momento seguem os atendimentos de emergência pelo plantão de cardiologia do Hospital de Caridade de Ijuí. De parte dos presentes houve um questionamento sobre a situação das cirurgias de otorrinolaringologia, Rodrigo Reis destaca que estas cirurgias não foram previstas em contrato, por esse motivo não estão ocorrendo. Após questionamento sobre cirurgia vascular média, Carla reforça sobre a necessidade do correto encaminhamento do paciente, descrição do quadro de forma detalhada, utilizar dos protocolos do telessaúde para haver a correta classificação do paciente; aproveita para reforçar que os procedimentos de endoscopia e colonoscopia são agendados dez atendimentos eletivos mês, porém, ainda sobraram vagas, destaca aos municípios ficar atentos ao e-mail que estão sendo enviados para não perder as vagas. Na sequência a servidora Paula Hollweg fez uma apresentação geral do Planejamento Regional Integrado Macrorregional realizado no decorrer do ano de dois mil e vinte e dois, que envolveu um trabalho entre servidores, gestores, conselheiros de saúde da macrorregião missioneira. O documento final foi disponibilizado aos gestores e coordenadores da atenção básica por e-mail e aplicativo de mensagem, para que estes possam ter conhecimento deste material. O presidente da comissão lembra aos gestores a necessidade de manter os sistemas Digisus e MGS atualizados para evitar inserção no CADIN e bloqueio de recursos. Por fim, a servidora Lisete dos Anjos apresentou uma mensagem alusiva ao Natal e Final de Ano, e Rodrigo Reis agradece a presença de todos, deseja boas festas e um excelente ano novo. Sem mais para o momento, dá-se por encerrada a reunião da comissão.



Rodrigo Reis

Presidente da CIR R11

Coordenador Regional de Saúde – 12ª CRS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
9ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE - CRUZ ALTA

Cruz Alta, 14 de dezembro de 2022.

DELIBERAÇÃO CIR - 25/2022

A Comissão Intergestores Regional – CIR 12 – Portal das Missões, pertencente a 9 CRS, no uso de suas atribuições, delibera:

- Pela aprovação do Documento Final do PRI – Planejamento Regional Integrado da Macro Região de Saúde Missioneira.


Débora Teichmann Rodrigues

Presidente - CIR 12



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
CIR – 13ª Região de Saúde
17CRS - Ijuí**

DELIBERAÇÃO Nº 24/2022 - CIR

A CIR - Comissão Intergestores Regional da 13ª Região de Saúde, pertencente a 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, no uso de suas atribuições legais e, considerando:

a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

a Resolução CIT nº 10, de 08 de dezembro de 2016, que dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

a Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde;

a Resolução CIB/RS nº 188/2018 que aprova a proposta de cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado, e define as Macrorregiões de Saúde do Rio Grande do Sul;

a Resolução CIT nº 44, de 25 de abril de 2019, que define que o acordo de colaboração entre os entes

federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado;

a Portaria nº 1.812, de 22 de julho de 2020, que institui, para o exercício de 2020, incentivo financeiro de custeio, aos Estados e ao Distrito Federal, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

a Portaria nº 3.065, de 11 de novembro de 2020, que homologa o resultado da Avaliação de Projetos, nos termos da Portaria nº 1.812/GM/MS, de 22 de julho de 2020, e autoriza a transferência de incentivos financeiros de custeio aos estados e ao Distrito Federal, com projeto homologado, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde – RAS, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

RESOLVE:

Art. 1º – Deliberar *ad referendum*, junto a Comissão Intergestores Regional – CIR, enquanto espaço de gestão compartilhada do SUS, pela aprovação do PRI - Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Missioneira 2022-2023, contemplando as regiões de saúde: Região de Saúde 11 - Sete Povos das Missões, Região de Saúde 12 - Portal das Missões, Região de Saúde 13 – Região das Diversidades e Região de Saúde 14 - Fronteira Noroeste.

Art. 2º - Esta deliberação entrará em vigor a partir da aprovação da Comissão Intergestora Bipartite – CIB/RS.

Ijuí, 19 de dezembro de 2022.


Janaina da Silva
Coordenadora da CIR – 13ª Região de Saúde



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
Macrorregião de Saúde – Missioneira
Coordenadoria Regional de Saúde – 14ª CRS**

DELIBERAÇÃO Nº 26/2022 – CIR – 14ª CRS

A **Comissão Intergestores Regional – CIR**, da Região de Saúde R14 pertencente a 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, no uso de suas atribuições legais e, considerando:

a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que 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;

o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

a Resolução CIT nº 10, de 08 de dezembro de 2016, que dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

a Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde;



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
Macrorregião de Saúde – Missioneira
Coordenadoria Regional de Saúde – 14ª CRS**

a Resolução CIB/RS nº 188/2018 que aprova a proposta de cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado, e define as Macrorregiões de Saúde do Rio Grande do Sul;

a Resolução CIT nº 44, de 25 de abril de 2019, que define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado;

a Resolução CES/RS nº 12/2020 que aprova o Plano Estadual de Saúde 2020-2023;

a Resolução CIB/RS nº 150/2022, que aprovou a proposta de atualização do cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI);

a pactuação realizada na Reunião da CIR da Região de Saúde – R14 no dia 20 de dezembro de 2022.

DELIBERA:

Art. 1º – Aprovar o PRI – Planejamento Regional Integrado em Saúde da Macromissioneira compreendendo as Regiões 11 – Sete Povos das Missões, Região 12 – Portal das Missões, Região 13- Diversidade e Região 14- Fronteira Noroeste .

Art. 2º – Esta deliberação será encaminhada, conforme estabelecido na Resolução CIB/RS nº 174/2016.

Daiane da Rocha Ferreira
Coordenadora Regional da Saúde
ID: 4799518/01
14ª CRS - Santa Rosa - RS

Santa Rosa, 20 de Dezembro de 2022.


Daiane Ferreira da Rocha

Presidente da Comissão Intergestora Regional (CIR) - Fronteira Noroeste



Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria da Saúde
Macrorregião de Saúde Norte

Plano Macrorregional de Saúde

2022

Governador do Estado do Rio Grande do Sul
Ranolfo Vieira Júnior

Secretária de Estado da Saúde
Arita Bergmann

Secretária Adjunta de Estado da Saúde
Ana Lúcia Pires Afonso da Costa

Presidente do Conselho Estadual de Saúde
Claudio Augustin

Assessoria de Gestão e Planejamento
Cristian Fabiano Guimarães

Assessoria de Comunicação Social
Neemias Freitas

Assessoria Jurídica
Maria Claudia Mulinari

Fundo Estadual de Saúde
Meriana Farid El Kek

Departamento de Auditoria do SUS
Bruno Naundorf

Ouvidoria do SUS/RS
Amanda Ciarlo Ramos

Departamento Administrativo
Vera Lucia da Silva Oliveira

Escola de Saúde Pública
Teresinha Valduga Cardoso

Departamento de Unidades Próprias
Suelen da Silva Arduin

**Departamento de Atenção Primária e
Políticas de Saúde**
Péricles Stehmann Nunes

**Departamento de Gestão da Atenção
Especializada**
Lisiane Wasem Fagundes

**Departamento de Gestão da Tecnologia
e Informação**
Maurício Reckziegel

Departamento de Regulação Estadual
Eduardo de Albuquerque Nunes Elsade

**Departamento de Assistência
Farmacêutica**
Simone Pacheco do Amaral

**Centro Estadual de Vigilância em
Saúde**
Tani Maria Schilling Ranieri

**Departamento Estadual de Sangue e
Hemoderivados**
Katia Maria Minuzzi Brodt

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
CAPÍTULO I - IDENTIFICAÇÃO DO ESPAÇO REGIONAL AMPLIADO	8
1.1 PERFIL DEMOGRÁFICO	8
1.1.1 População, por faixa etária e sexo	10
1.1.2 Natalidade	10
1.1.3 Envelhecimento	11
1.2 MORBIMORTALIDADE	13
1.2.1 Internação pelo SUS	13
1.2.1.1 Taxa de Internação pelo SUS	13
1.2.1.2 Principais causas de internação por sexo e grupo etário.....	14
1.2.2 Mortalidade.....	17
1.2.2.1 Taxa de Mortalidade	17
1.2.2.2 Principais causas de mortalidade por sexo e grupo etário	17
1.2.3 Violências	20
1.2.3.1 Taxa de notificação por tipo de violência.....	20
1.2.3.2 Taxa de mortalidade por causas externas	20
1.2.3.3 Taxa de internação por risco de suicídio	21
1.2.3.4 Taxa de mortalidade por suicídio	22
1.2.4 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica.....	22
1.2.5 Mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia.....	23
1.2.6 Tipo de parto	24
1.2.7 Mortalidade materna.....	24
1.2.8 Diabetes	25
1.2.8.1 Taxa de internação por diabetes	25
1.2.8.2 Taxa de mortalidade por diabetes.....	25
1.2.9 Doenças cardiovasculares.....	26

1.2.9.1	Taxa de internação por doenças cardiovasculares.....	26
1.2.9.2	Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares	27
1.2.10	Doenças Respiratórias Crônicas	28
1.2.10.1	Taxa de internação por doenças respiratórias crônicas.....	28
1.2.10.2	Taxa de mortalidade por doenças respiratórias crônicas	28
1.2.11	Câncer	29
1.2.11.1	Taxa de internação por câncer	29
1.2.11.2	Taxa de mortalidade por câncer.....	30
1.2.12	HIV/AIDS.....	30
1.2.12.1	Número de casos novos notificados de HIV.....	30
1.2.12.2	Taxa bruta de óbitos por AIDS.....	31
1.2.13	Tuberculose.....	32
1.2.14	Hepatites	32
1.2.15	Sífilis.....	33
1.2.15.1	Taxa de casos novos de sífilis em gestantes	33
1.2.15.2	Taxa de casos novos de sífilis em menores de 1 ano.....	34
1.3	IDENTIFICAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA E VAZIOS ASSISTENCIAIS	34
1.3.1	Dados de cobertura da Atenção Primária à Saúde:.....	34
1.3.2	Rede de Atenção às Urgências	39
1.3.3	Rede de Atenção Psicossocial	41
1.3.4	Rede Materno Infantil.....	41
1.3.5	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	42
1.3.6	Rede de Cuidados à Pessoa com Doenças Crônicas e suas Linhas de Cuidado	43
1.3.7	Atenção Especializada	49
1.3.8	Assistência Farmacêutica.....	51

1.3.9	Vigilância em Saúde	55
1.3.9.1	Exposição ao Agrotóxico.....	55
1.3.10	Gestão e Educação em Saúde	55
1.4	PRIORIDADES SANITÁRIAS E NECESSIDADES MACRORREGIONAIS	58
CAPÍTULO II - ESTRUTURAÇÃO DAS DOMI (Diretrizes, Objetivos Metas, Indicadores)		70
CAPÍTULO III - RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS NO ESPAÇO REGIONAL E PROPOSTAS DO TETO PARA A EXECUÇÃO DAS DOMI		80
CAPÍTULO IV - ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS PARA GARANTIR INTEGRALIDADE		90
4.1	Atenção Primária à Saúde	90
4.2	Atenção às Urgências	91
4.3	Atenção Psicossocial	91
4.4	Atenção Materno-Infantil.....	91
4.5	Atenção à Pessoa com Deficiência.....	91
4.6	Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.....	92
4.7	Assistência Farmacêutica	92
4.8	Vigilância em Saúde.....	92
4.9	Atenção Especializada.....	93
CAPÍTULO V - PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....		94
CAPÍTULO VI - CONSOLIDADO GERAL DE IDENTIFICAÇÃO DOS VAZIOS ASSISTENCIAIS		95
CONSIDERAÇÕES FINAIS		96

APRESENTAÇÃO

O Planejamento Regional Integrado (PRI) na Macrorregião de Saúde Norte foi retomado em novembro de 2021 com a atualização das necessidades de saúde por Região de Saúde, que já haviam sido levantadas nos Diagnósticos Regionais de Saúde elaborados em 2019.

O reinício dos trabalhos do PRI foi formalizado nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), com o propósito de apresentar o PRI aos Gestores Municipais e articular a composição dos Grupos de Trabalho (GT) do PRI nas Regiões de Saúde, para posteriormente formar o GT PRI da Macrorregião de Saúde Norte.

Em seguida o GT PRI iniciou a construção do Plano Macrorregional de Saúde da Macrorregião de Saúde Norte, que será apresentado neste documento.

O Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado, foi constituído pelos seguintes representantes:

REGIÃO 15 – CAMINHO DAS ÁGUAS

MUNICÍPIO/CRS	REPRESENTANTE
Tenente Portela	Magna Aparecida de Almeida Sinhori Secretaria Municipal de Saúde
Seberi	Gracielli Ana Minto Fiametti Enfermeira/Vigilância Epidemiológica
2ª CRS	Andressa Conterno Rodrigues - Planejamento Max Carvalho - Vigilância Ambiental

REGIÃO 16 – ALTO URUGUAI GAÚCHO

MUNICÍPIO/CRS	REPRESENTANTE
Nonoai	Ana Cláudia Ferrão Secretaria Municipal de Saúde Nonoai-RS
11ª CRS	Renato Luis Zis - Gestão em Saúde Eliana Lira - Nuresc

REGIÃO 17 - PLANALTO

MUNICÍPIO	REPRESENTANTE
Carazinho	Anelise Schell Almeida
São Domingos do Sul	Gilmar Tasca

REGIÃO 18 - ARAUCÁRIAS

MUNICÍPIO	REPRESENTANTE
Tapejara	Francielli Rudkowski
Vila Lângaro	Patrícia dos Santos Zimmermann

REGIÃO 19 - BOTUCARAÍ

MUNICÍPIO	REPRESENTANTE
Campos Borges	Liamara Toledo Lira Cristina da Silva Schneider
Soledade	Edinara França

6ª CRS (Região de Saúde R17, R18 e R19)	ÁREA TÉCNICA - CRS
Aline Perin Cândida Escosteguy Sheldon Hiller	Planejamento
Bruna Giacomelli Jônatas Delphini Samuel Butzge	Vigilância em Saúde
Gabrielle Magnan Camila Campana	Atenção Especializada
Jusceli Seidler Michele Crestani Neto	Ações em Saúde
Tobias Barzotto	Assistência Farmacêutica

REGIÃO 20 – ROTA DA PRODUÇÃO

MUNICÍPIO/CRS	REPRESENTANTE
Palmeira das Missões	Izaías Malheiros, Secretário Municipal de Saúde de Palmeira das Missões
Nova Boa Vista	Daiane Desingrini, Secretária Municipal de Saúde de Nova Boa Vista
15ª CRS	Patrícia De Carli - Assessora Jurídica Guilherme Fortes Machado - Planejamento

O Plano Macrorregional de Saúde foi desenvolvido considerando a proposta do Anexo X - Orientações para a construção do Plano Macrorregional de Saúde, disponibilizado no painel BI (<http://bipublico.saude.rs.gov.br/>).

Desta forma, foram levantadas as informações e elaborados pelas áreas técnicas das Coordenadorias Regionais de Saúde, todos os itens preconizados no Anexo. A partir do mês de maio, semanalmente, o GT das áreas técnicas reuniu-se a fim de escrever este documento, que mensalmente foi validado com contribuições/sugestões dos demais representantes do GT PRI da Macrorregião de Saúde Norte (representantes municipais, do Conselho Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde).

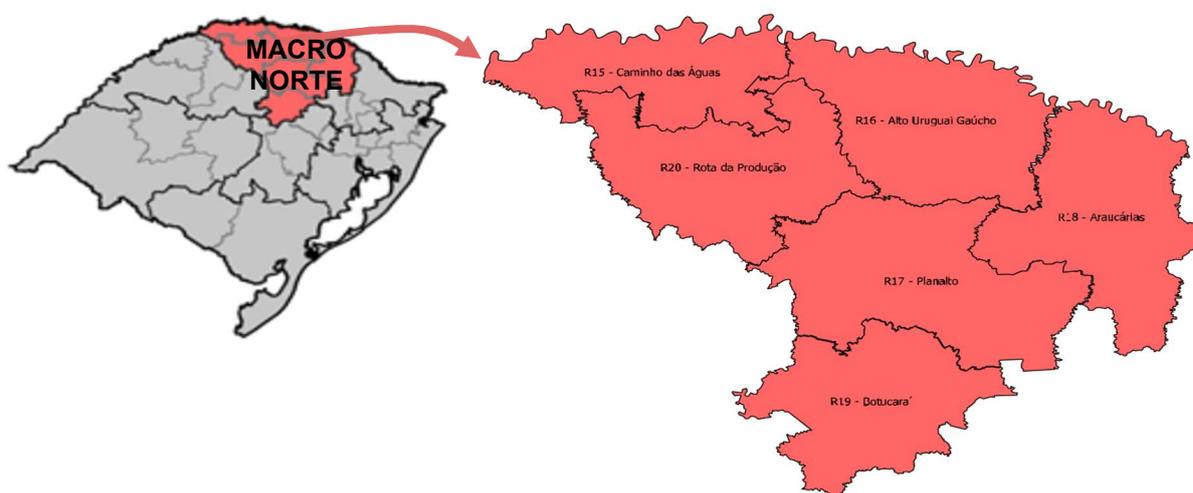
O presente Plano está organizado em sete capítulos, que apresentam a análise situacional de saúde, as necessidades prioritárias de saúde e as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores da Macrorregião de Saúde Norte. A seguir discutem-se as responsabilidades dos entes federados no espaço regional propondo os tetos financeiros e a organização dos pontos de atenção da RAS na Macrorregião de Saúde Norte do Estado do Rio Grande do Sul.

CAPÍTULO I - IDENTIFICAÇÃO DO ESPAÇO REGIONAL AMPLIADO

1.1 PERFIL DEMOGRÁFICO

A Macrorregião de Saúde Norte, indicada na Figura 1, é composta por seis Regiões de Saúde distribuídas em quatro Coordenadorias Regionais de Saúde: 2ª CRS com sede em Frederico Westphalen (Região 15 – Caminho das Águas); 6ª CRS em Passo Fundo (Região 17 - Planalto, 18 - Araucárias e 19 - Botucaraí); 11ª CRS em Erechim (Região 16 – Alto Uruguai Gaúcho); e 15ª CRS em Palmeira das Missões (Região 20 – Rota da Produção).

Figura 1. Macrorregião de Saúde Norte e suas Regiões de Saúde, Rio Grande do Sul.



Fonte: SES/RS.

Fazem parte desta Macrorregião de Saúde 147 municípios (Quadro 1), o que corresponde aproximadamente a 30% do total de municípios gaúchos.

Quadro 1. Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Municípios da Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022.

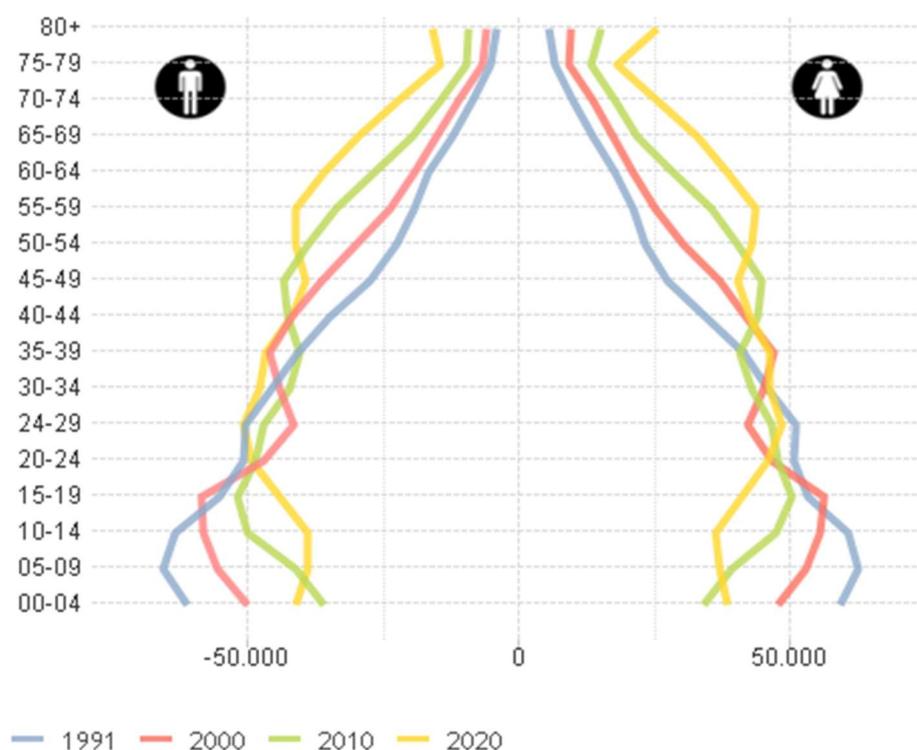
Coordenadoria Regional de Saúde	Região de Saúde	Municípios
2ª CRS	R15 – Caminho das Águas	Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rodeio Bonito, Seberi, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre e Vista Gaúcha.
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 Castelhana, 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.
6ª CRS	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.
6ª CRS	R19 - Região do Botucaraí	Alto Alegre, Arvorezinha, Barros Cassal, Campos Borges, Espumoso, Fontoura Xavier, Ibirapuitã, Itapuca, Lagoão, Mormaço, Soledade, Tapera, Tio Hugo e Tunas.
11ª CRS	R16 - Alto Uruguai Gaúcho	Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Azul, Benjamin Constant do Sul, Campinas do Sul, Carlos Gomes, Centenário, Charrua, Cruzaltense, Entre Rios do Sul, Erebang, Erechim, Erval Grande, Estação, Faxinalzinho, Floriano Peixoto, Gaurama, Getúlio Vargas, Ipiranga do Sul, Itatiba do Sul, Jacutinga, Marcelino Ramos, Mariano Moro, Nonoai, Paulo Bento, Ponte Preta, Quatro Irmãos, Rio dos Índios, São Valentim, Severiano de Almeida, Três Arroios e Viadutos.
15ª CRS	R20 - Rota da Produção	Barra Funda, Boa Vista das Missões, Braga, Cerro Grande, Chapada, Constantina, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Miraguaí, Nova Boa Vista, Novo Barreiro, Novo Xingu, Palmeira das Missões, Redentora, Ronda Alta, Rondinha, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Sarandi, Três Palmeiras e Trindade do Sul.

Fonte: SES/RS.

1.1.1 População, por faixa etária e sexo

Em 2020, a população total era de 1.289.914 habitantes (Fonte: SPGG/RS). Observa-se, pela Figura 2, uma diminuição nos nascimentos entre 1991 e 2020. Ainda, neste período, nota-se um aumento da proporção da população de 35 anos ou mais, especialmente em relação à população idosa, o que demonstra um notável envelhecimento da população. A Figura 2 também demonstra um equilíbrio entre a população masculina e feminina ao longo das faixas etárias, com uma pequena diferença no ano de 2020.

Figura 2. Distribuição da população por faixa etária e sexo, Macrorregião de Saúde Norte, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020.



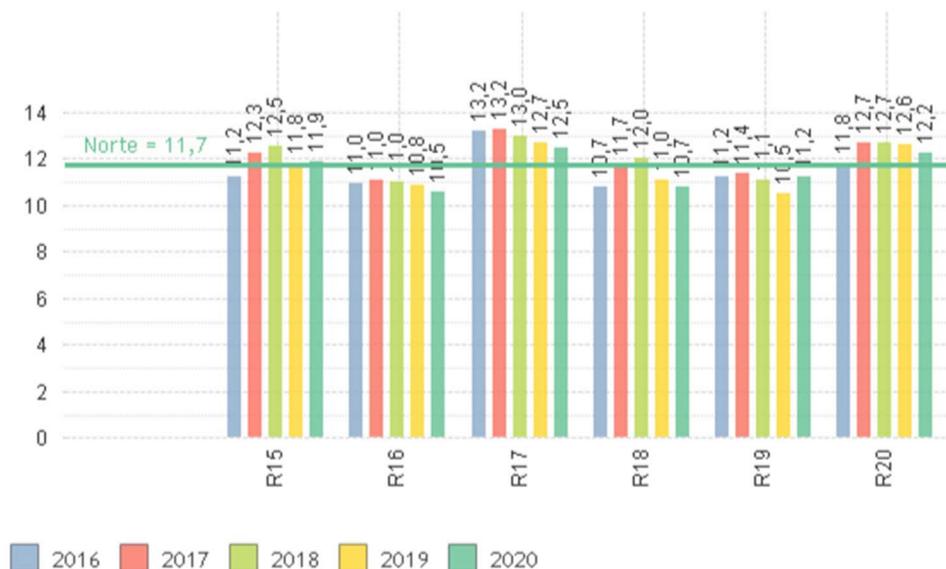
Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010); SPGG/RS (2020).

1.1.2 Natalidade

Para o período entre 2016 e 2020, conforme pode-se observar na Figura 3, o Coeficiente Geral de Natalidade da Macrorregião de Saúde Norte apresentou uma média de 11,7 nascimentos por 1.000 habitantes, ligeiramente superior à média estadual (11,4/1.000 habitantes). Porém tal coeficiente teve diferentes comportamentos nas regiões de saúde no

período analisado: houve um aumento nas Regiões de Saúde R15 e R20, uma diminuição nas Regiões de Saúde R16 e R17, e uma estabilidade nas Regiões de Saúde R18 e R19. A Região de Saúde R17 foi a que apresentou o maior valor em 2020 (12,5/1.000 habitantes), e a R16 o menor índice (10,5/1.000 habitantes).

Figura 3. Coeficiente Geral de Natalidade (1.000 habitantes), por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.



Fonte: NIS/DGTI/SES/RS.

1.1.3 Envelhecimento

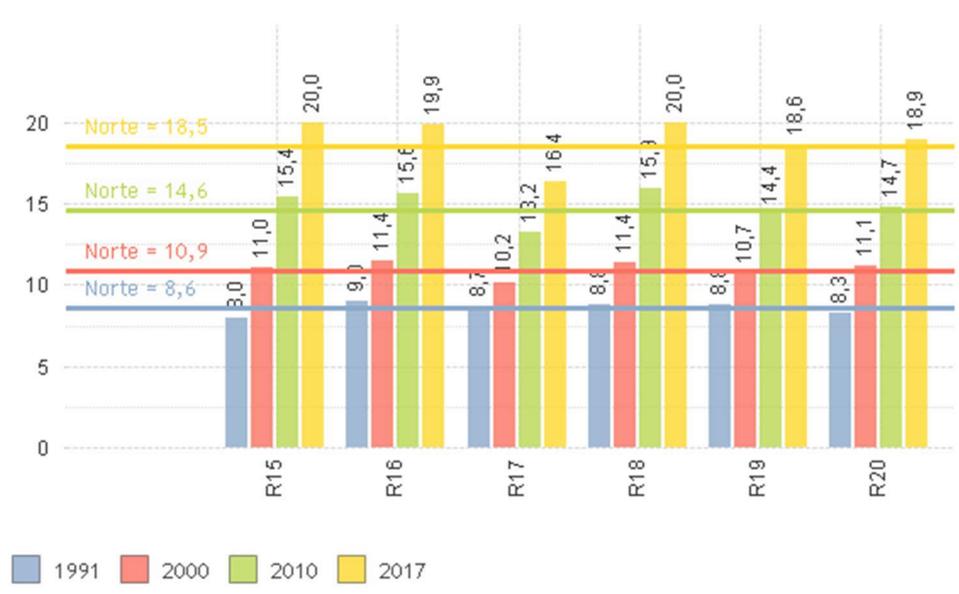
Observando a Figura 4, podemos concluir que a proporção de idosos na população da Macrorregião de Saúde Norte mais que dobrou entre 1991 e 2017, saindo de uma média de 8,6% para 18,5%, ligeiramente inferior à média estadual de 18,8%.

Em 2017, as Regiões de Saúde apresentaram uma proporção de idosos entre 18,6% e 20%, exceto a Região de Saúde 17 com 16,4%. Nesta Região de Saúde estão localizados os municípios de maior porte populacional, como Passo Fundo e Carazinho, que são compostos por uma população mais jovem.

Ao analisar a proporção de idosos por sexo, nota-se uma maior proporção na população feminina do que na masculina, conforme observa-se na Figura 5.

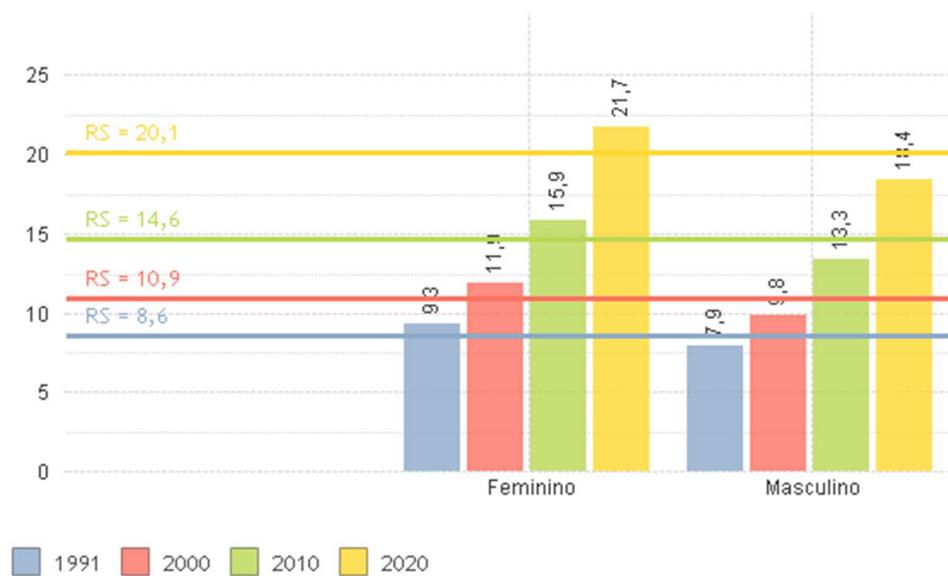
Observa-se pela Figura 6 uma maior concentração de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos. É importante destacar que a população com 80 anos ou mais aumentou sua proporção em quatro vezes no período entre 1991 e 2020.

Figura 4. Proporção de idosos na população (%), por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 1991, 2000, 2010 e 2020.



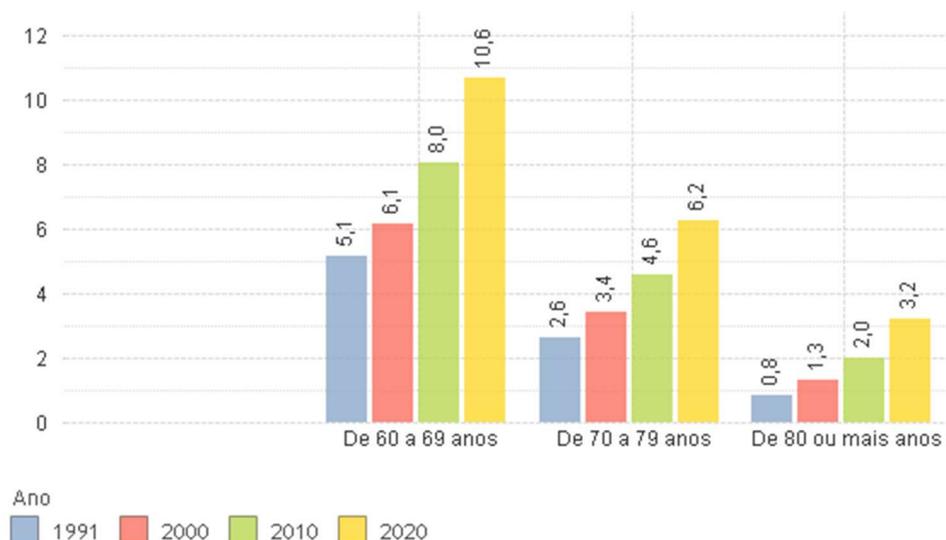
Fonte: Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010); SPGG/RS (2020).

Figura 5. Proporção de idosos na população (%), por sexo, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 1991, 2000, 2010 e 2020.



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010); SPGG/RS (2020).

Figura 6. Proporção de idosos na população (%), por faixa etária, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 1991, 2000, 2010 e 2020.



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010); SPGG/RS (2020).

1.2 MORBIMORTALIDADE

A morbimortalidade indica a incidência de doenças e/ou óbitos em determinada população. Os dados a seguir descrevem o perfil do adoecimento e as causas prevalentes de óbitos na Macrorregião de Saúde Norte e sua análise se reveste de especial importância para que possam ser priorizadas ações e serviços de saúde que impactem na prevenção e no cuidado de toda população residente.

1.2.1 Internação pelo SUS

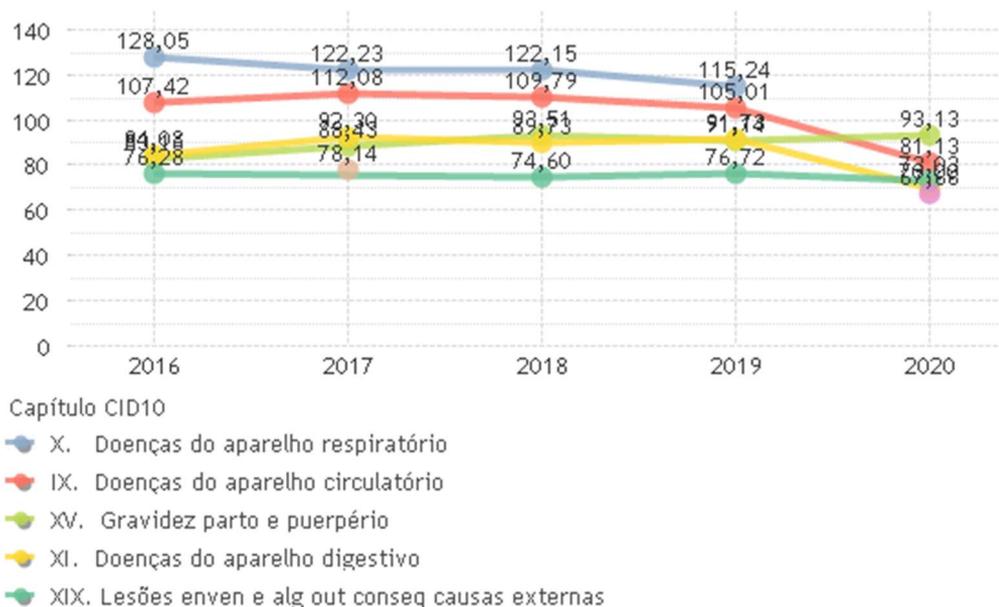
O presente tópico tem por objeto de análise da taxa de internação pelo SUS da população residente identificando as suas principais causas e as características da população por grupo etário e sexo.

1.2.1.1 Taxa de Internação pelo SUS

A partir da análise da Figura 7 é possível verificar que ao longo da série histórica (2016-2019) as doenças que mais resultaram em internações pelo SUS da população da Macrorregião de Saúde Norte foram as doenças do aparelho respiratório e circulatório. Essa tendência não se manteve para o ano de 2020. Salienta-se que, o contexto pandêmico foi

responsável por uma aceleração e necessidade de ampliação de leitos para atendimento de doenças respiratórias decorrentes da infecção da COVID-19, o que leva a constatação de que essas doenças já prevalentes na Macrorregião de Saúde Norte em períodos de normalidade foram amplificadas pelo contexto pandêmico e representam demandas relevantes para a gestão do SUS.

Figura 7. Taxa de Internações pelo SUS da população residente pelos cinco principais capítulos do CID (10.000 habitantes), Rio Grande do Sul, 2016-2020.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/DATASUS.

No que se refere às internações por doenças do aparelho circulatório, o ano de 2020 apresenta uma elevada queda. O mesmo padrão pode ser percebido nas internações por doenças do aparelho digestivo. Já as lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas seguem uma linha constante ao longo de toda a série histórica. Ademais, no período recente (2020) a taxa de internação SUS em decorrência de gravidez, parto e puerpério apresentou uma pequena elevação em relação aos anos anteriores.

1.2.1.2 Principais causas de internação por sexo e grupo etário

Quando analisadas as principais causas de internação, a partir das características da população, em uma classificação que leva em consideração o grupo etário e o sexo, as principais causas de internação no contexto macrorregional podem ser visualizadas conforme descrição nos quadros 2 e 3 a seguir. O primeiro apresenta os dados relativos à população masculina e o segundo os dados referentes à população feminina.

Quadro 2. Cinco principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), masculino, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2020.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (57,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,8%)	X. Doenças do aparelho respiratório (9,9%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (6,4%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (4,8%)
01-09	X. Doenças do aparelho respiratório (20,9%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (17,3%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (13,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,5%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (7,3%)
10-19	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (27,4%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (14,0%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (11,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (8,1%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (7,9%)
20-29	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (30,0%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (20,1%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (10,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (6,5%)	X. Doenças do aparelho respiratório (5,2%)
30-49	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (20,7%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (16,7%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (12,3%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,1%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (6,9%)
50-59	IX. Doenças do aparelho circulatório (15,5%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (14,1%)	II. Neoplasias (tumores) (11,9%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (11,9%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,5%)
60-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (22,0%)	II. Neoplasias (tumores) (15,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (11,9%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,8%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (10,0%)
80+	X. Doenças do aparelho respiratório (22,9%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (20,3%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (14,6%)	II. Neoplasias (tumores) (10,2%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (7,4%)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/DATASUS.

Quadro 3. Cinco principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), feminino, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2020.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (59,9%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (14,8%)	X. Doenças do aparelho respiratório (6,3%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (4,4%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (4,2%)
01-09	X. Doenças do aparelho respiratório (24,3%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,0%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (14,9%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (11,7%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (5,1%)
10-19	XV. Gravidez parto e puerpério (53,8%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (8,1%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (7,8%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (5,2%)	X. Doenças do aparelho respiratório (4,7%)
20-29	XV. Gravidez parto e puerpério (68,9%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (6,5%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (6,2%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (3,1%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (2,8%)
30-49	XV. Gravidez parto e puerpério (35,5%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (10,2%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (9,5%)	II. Neoplasias (tumores) (8,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (5,9%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (15,5%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (14,9%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (13,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,9%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (9,3%)
60-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (21,1%)	II. Neoplasias (tumores) (14,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,2%)	X. Doenças do aparelho respiratório (10,7%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (9,5%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (20,8%)	X. Doenças do aparelho respiratório (18,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (14,7%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (12,1%)	II. Neoplasias (tumores) (7,0%)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/DATASUS.

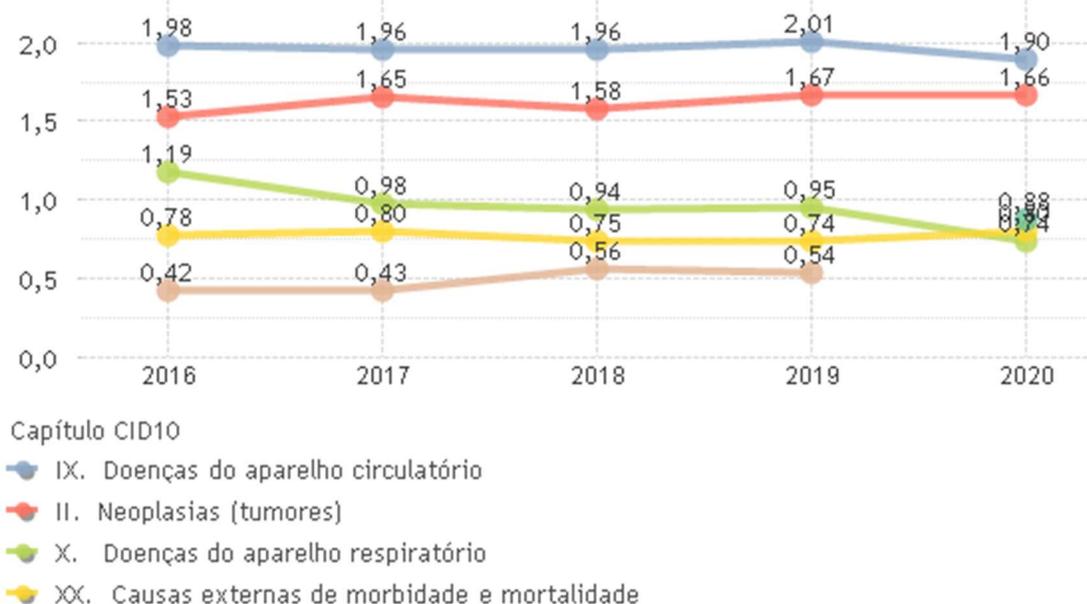
1.2.2 Mortalidade

O tópico a seguir analisa a taxa de mortalidade da população residente na Macrorregião de Saúde Norte, identificando as suas principais causas e a incidência por faixa etária e sexo.

1.2.2.1 Taxa de Mortalidade

Analisando a Figura 8, podemos concluir que as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias/tumores, correspondem às duas principais causas que conduzem ao óbito no território da Macrorregião de Saúde Norte. A taxa de mortalidade de ambas as doenças vem se mantendo aproximadamente constante, com pouca variação, ao longo de toda a série histórica analisada. As doenças do aparelho respiratório e as causas externas de morbidade e mortalidade também se encontram listadas como causas de incidência relevante no indicador de mortalidade da população.

Figura 8. Taxa de Mortalidade da População residente pelos cinco principais capítulos do CID (1.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS.

1.2.2.2 Principais causas de mortalidade por sexo e grupo etário

Quando analisadas a partir das características da população em uma categorização que leva em consideração a faixa etária e o sexo, as principais causas de mortalidade no contexto macrorregional podem ser visualizadas conforme descrição a seguir. O Quadro 4 apresenta os dados relativos à população masculina e a segunda os dados referentes à população feminina.

Quadro 4. Cinco principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), sexo masculino, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2020.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (67,6%)	XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (25,7%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (2,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (1,4%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (1,4%)
01-09	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (27,8%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (16,7%)	VI. Doenças do sistema nervoso (11,1%)	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (11,1%)	XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (11,1%)
10-19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (67,8%)	II. Neoplasias (tumores) (10,2%)	VI. Doenças do sistema nervoso (6,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (3,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (3,4%)
20-29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (78,0%)	II. Neoplasias (tumores) (4,4%)	VI. Doenças do sistema nervoso (3,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (2,7%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (2,7%)
30-49	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (42,3%)	II. Neoplasias (tumores) (12,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,6%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (10,0%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (8,2%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (21,5%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (19,3%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (16,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (13,6%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (10,0%)
60-79	II. Neoplasias (tumores) (27,5%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (24,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,7%)	X. Doenças do aparelho respiratório (8,8%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (6,2%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (27,7%)	II. Neoplasias (tumores) (19,6%)	X. Doenças do aparelho respiratório (15,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,4%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (6,0%)

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS.

Quadro 5. Cinco principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), sexo feminino, Macrorregião de Saúde Norte, RS, 2020.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (50,0%)	XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (41,7%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (4,2%)	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár (2,1%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (2,1%)
01-09	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (40,0%)	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (20,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,0%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (10,0%)	XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (10,0%)
10-19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (57,1%)	II. Neoplasias (tumores) (14,3%)	X. Doenças do aparelho respiratório (7,1%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (3,6%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (3,6%)
20-29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (39,7%)	II. Neoplasias (tumores) (15,5%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,3%)	VI. Doenças do sistema nervoso (6,9%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (5,2%)
30-49	II. Neoplasias (tumores) (25,7%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (19,8%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (14,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,6%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (6,3%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (34,8%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (20,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,3%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (7,1%)	X. Doenças do aparelho respiratório (6,8%)
60-79	II. Neoplasias (tumores) (26,9%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (25,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,9%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (9,1%)	X. Doenças do aparelho respiratório (8,3%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (30,6%)	X. Doenças do aparelho respiratório (13,0%)	II. Neoplasias (tumores) (11,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,4%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (7,9%)

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS.

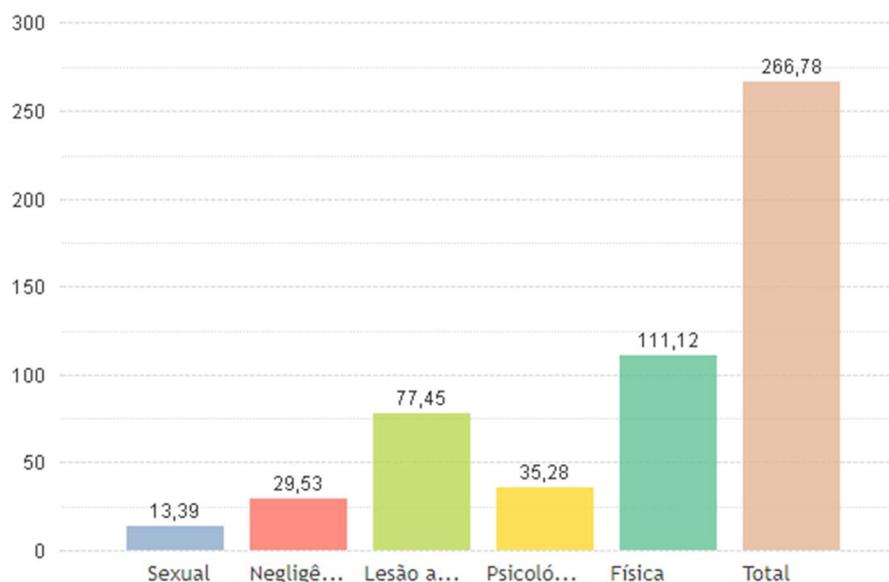
1.2.3 Violências

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias). A partir dos subtópicos, pretende-se identificar como as violências se manifestam no cenário da Macrorregião de Saúde Norte.

1.2.3.1 Taxa de notificação por tipo de violência

Analisando a Figura 9, na Macrorregião de Saúde Norte, a taxa de notificação indica uma preponderância de violência física, seguida de lesões autoprovocadas, violência psicológica, negligência/abandono e violência sexual.

Figura 9. Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2020.

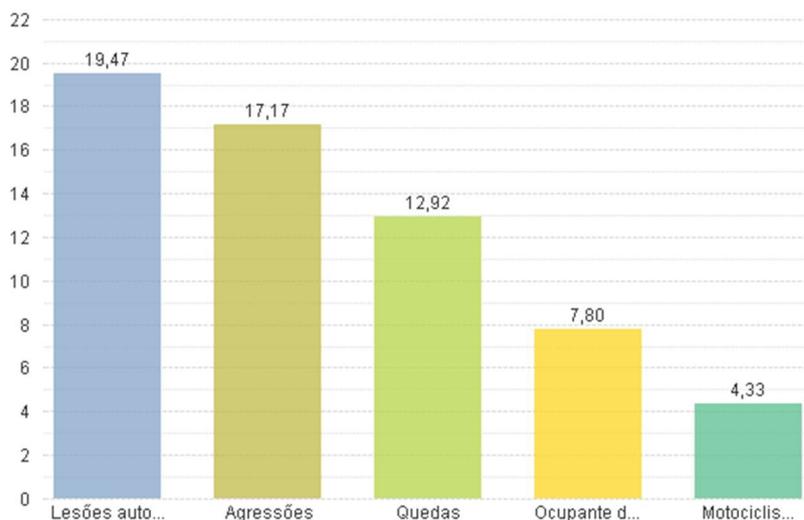


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/DATASUS/Ministério da Saúde.

1.2.3.2 Taxa de mortalidade por causas externas

Quanto à taxa de mortalidade por causas externas, chama a atenção que as lesões autoprovocadas intencionalmente lideram o ranking macrorregional, seguidas pelas agressões, quedas, acidentes sofridos por ocupantes de veículos automotores e motociclistas, como podemos concluir da análise da Figura 10.

Figura 10. Taxa de mortalidade por causas externas, cinco principais grupos (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2020.

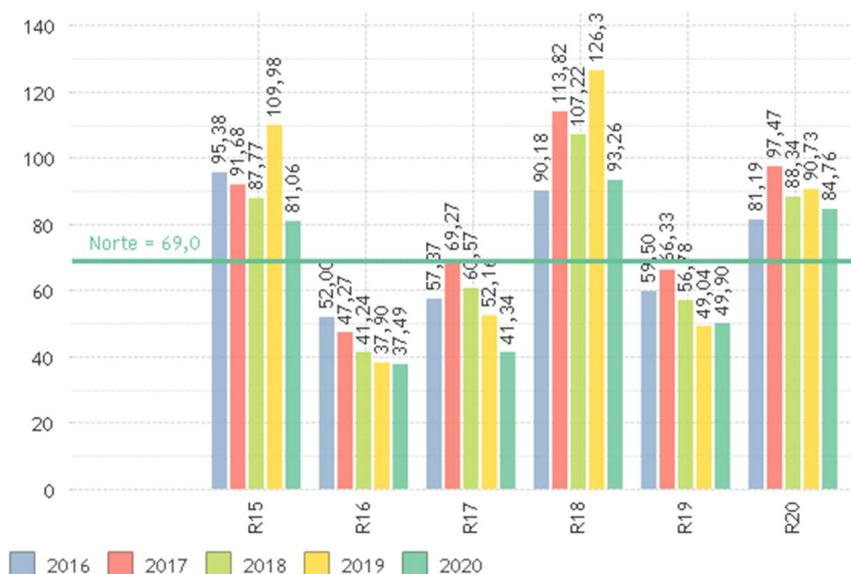


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS/Ministério da Saúde.

1.2.3.3 Taxa de internação por risco de suicídio

Analisando a Figura 11, pode-se concluir que a taxa de internação no SUS por risco de suicídio na Macrorregião de Saúde Norte é de 69 por 100.000 habitantes. Contribuem significativamente para esse percentual elevado os indicadores das Regiões de Saúde 15, 18 e 20.

Figura 11. Taxa de internações SUS devido ao risco de suicídio (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.

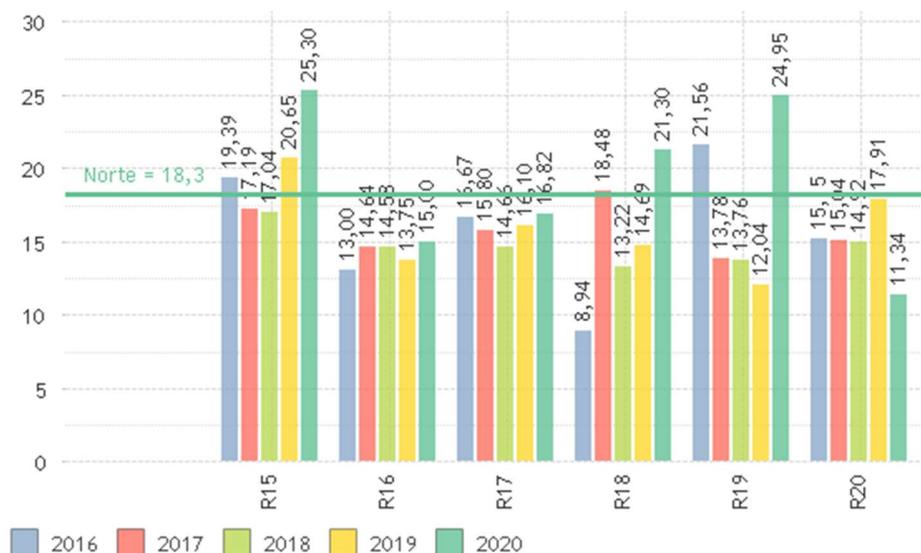


Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/DATASUS.

1.2.3.4 Taxa de mortalidade por suicídio

A taxa de mortalidade por suicídio na Macrorregião de Saúde Norte é de 18,3 por 100.000 habitantes, com maior incidência nas Regiões de Saúde 15, 18 e 19, como podemos concluir através da análise da Figura 12.

Figura 12. Taxa de mortalidade por suicídio (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.



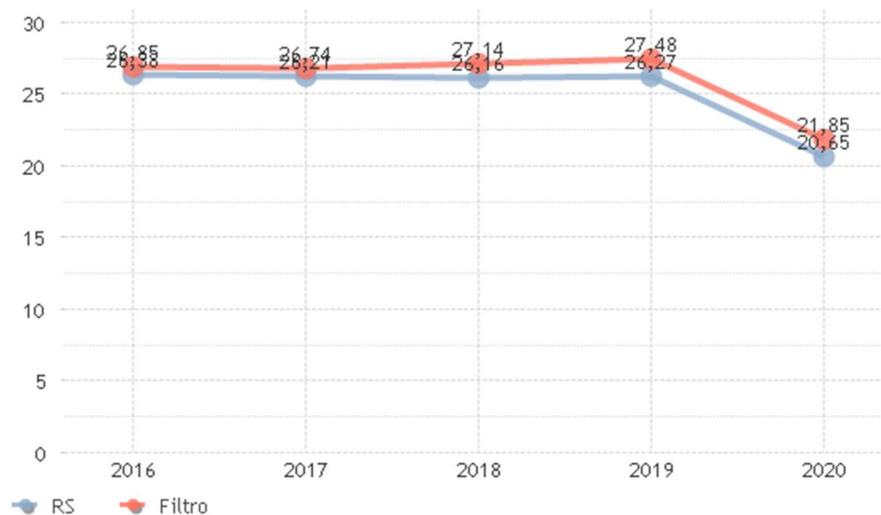
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS.

1.2.4 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

Observando a Figura 13, conclui-se que a proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica apresenta uma série histórica (2016-2019) com pouca oscilação ao longo do tempo. No entanto, no ano de 2020 verifica-se uma expressiva queda.

O mesmo processo em percentuais semelhantes é percebido no contexto estadual. O fenômeno pode ser atribuído, sobretudo, à pandemia da Covid-19, uma vez a maior demanda de atendimento nos hospitais foram direcionadas principalmente para o cuidado de pacientes contaminados pelo coronavírus.

Figura 13. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (%), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.

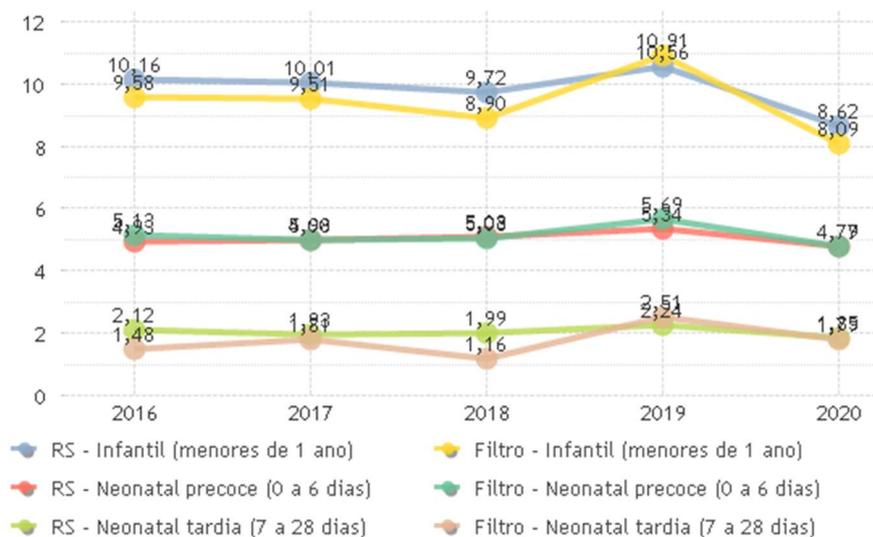


Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/DATASUS.

1.2.5 Mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia

Após um pico no ano de 2019, verifica-se que a taxa de mortalidade infantil (menores de um ano) no ano de 2020 apresentou uma queda expressiva tanto na Macrorregião de Saúde Norte quanto no Estado do Rio Grande do Sul. O mesmo fenômeno pode ser observado no que se refere a mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias) e a neonatal tardia (7 a 28 dias), em que os percentuais da macrorregião e do estado são semelhantes.

Figura 14. Taxa de Mortalidade Infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.

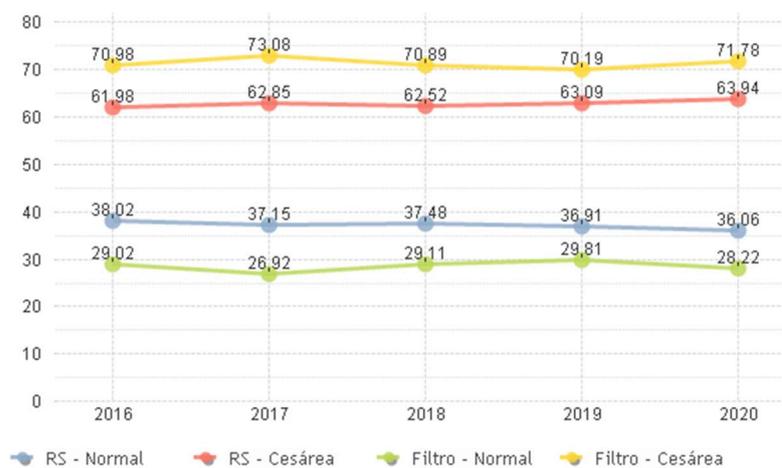


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS.

1.2.6 Tipo de parto

O percentual de partos cesáreos (63,94%) no Rio Grande do Sul é significativamente superior ao de partos normais (36,06%), como se conclui a partir da análise da Figura 15. No entanto, o indicador da Macrorregião de Saúde Norte demonstra dados ainda mais alarmantes, considerando que nesse cenário o percentual de partos cesáreos é de 71,78%, sendo que apenas 28,22% da totalidade dos partos realizados é normal.

Figura 15. Tipo de Parto (%), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.

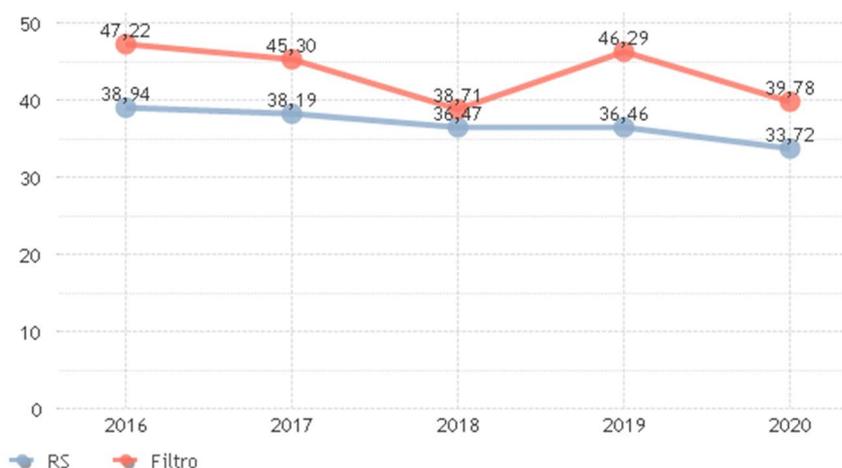


Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)/RS.

1.2.7 Mortalidade materna

Observando a Figura 16, conclui-se que, embora o último ano da série histórica (2020) tenha apresentado uma queda expressiva em relação ao ano anterior, a taxa de mortalidade materna na Macrorregião de Saúde Norte (39,78%) ainda supera a taxa estadual (33,72%).

Figura 16. Taxa de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS.

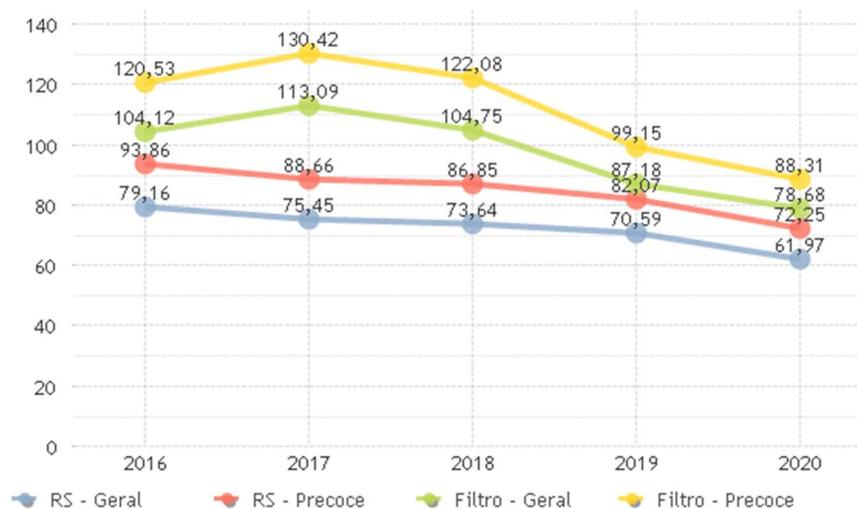
1.2.8 Diabetes

Os subtópicos que seguem analisam as taxas de internação e de mortalidade por Diabetes na Macrorregião de Saúde Norte.

1.2.8.1 Taxa de internação por diabetes

A taxa de internação no SUS por Diabetes, embora tenha apresentado expressiva queda a partir do ano de 2018, ainda apresenta números bastante expressivos se comparados à taxa estadual, sobretudo, no que se refere a taxa de internação por diabetes precoce, como se pode perceber analisando a Figura 17.

Figura 17. Taxa de internação no SUS por Diabetes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.

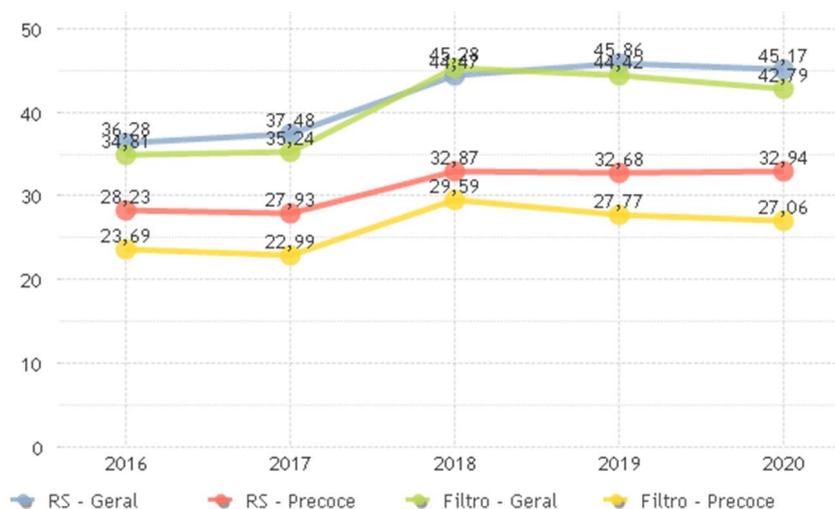


Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/DATASUS.

1.2.8.2 Taxa de mortalidade por diabetes

Quando analisada a Figura 18, que ilustra a taxa de mortalidade por diabetes, é possível visualizar um quadro inverso ao das internações pela doença, ainda que a taxa estadual seja superior à da Macrorregião de Saúde Norte, verifica-se uma elevação no ano de 2018, seguida de uma leve queda e estabilidade nos anos seguintes no que se refere à mortalidade precoce por diabetes.

Figura 18. Taxa de mortalidade por Diabetes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS.

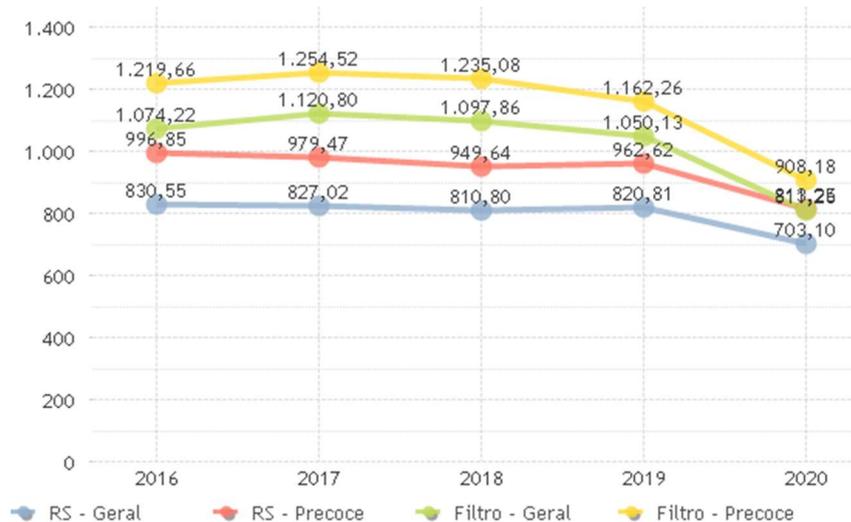
1.2.9 Doenças cardiovasculares

Os subtópicos que seguem analisam as taxas de internação e de mortalidade por Doenças Cardiovasculares na Macrorregião de Saúde Norte.

1.2.9.1 Taxa de internação por doenças cardiovasculares

A taxa de internação por doenças cardiovasculares, como se pode concluir da análise da Figura 19, embora tenha apresentado expressiva queda no ano de 2020, ainda apresenta números expressivos se comparados à taxa estadual, sobretudo, no que se refere a taxa de internação por doenças cardiovasculares precoce. Salienta-se que, o resultado para o ano de 2020 pode estar associado à pandemia de Covid-19 provavelmente quando muitos procedimentos eletivos foram adiados.

Figura 19. Taxa de internação por doenças cardiovasculares (100.000 habitantes),
Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.

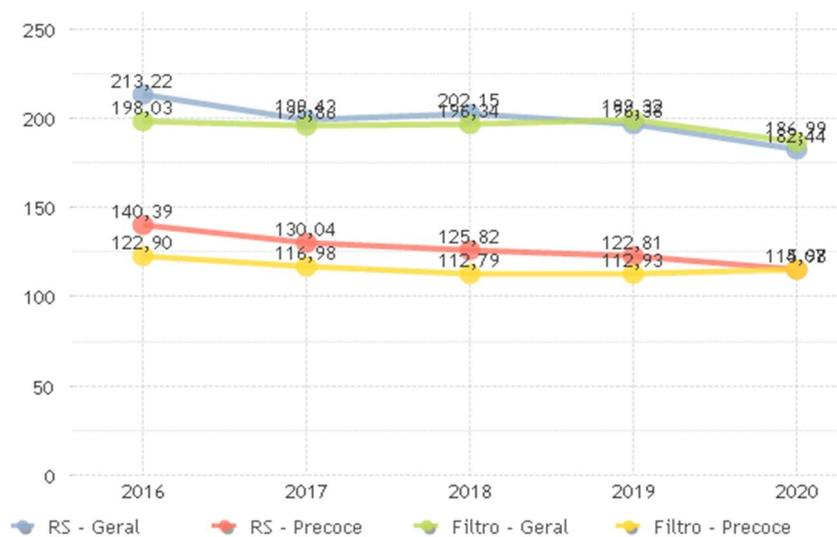


Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/DATASUS.

1.2.9.2 Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares

Observando a Figura 20, podemos afirmar que a taxa de mortalidade geral por doenças cardiovasculares apresentou uma diminuição no ano de 2020, sendo, porém, um pouco maior que a estadual. Quanto à taxa de mortalidade precoce, os números da Macrorregião de Saúde e do Estado são aproximadamente iguais.

Figura 20. Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS.

1.2.10 Doenças Respiratórias Crônicas

Os subtópicos que seguem analisam as taxas de internação e de mortalidade por Doenças Respiratórias crônicas na Macrorregião de Saúde Norte.

1.2.10.1 Taxa de internação por doenças respiratórias crônicas

Quando analisada a série histórica (2016 a 2020), na Figura 21, a taxa de internação por doenças respiratórias crônicas mostra-se bem expressiva em relação à estadual. Porém em 2020 houve uma queda em todos os parâmetros analisados em relação aos anos anteriores.

Figura 21. Taxa de internação no SUS por doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/DATASUS.

1.2.10.2 Taxa de mortalidade por doenças respiratórias crônicas

A série histórica (2016 a 2020) demonstra a taxa de mortalidade por doenças respiratórias crônicas do território macrorregional acima dos valores estaduais, mesmo apresentando queda a partir do ano de 2019, como se pode perceber da análise da Figura 22. Quanto à taxa de mortalidade precoce, os percentuais da macrorregião e do Estado são semelhantes na série temporal, com diferença em 2020 para o Estado do Rio Grande do Sul.

Figura 22. Taxa de mortalidade por doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.



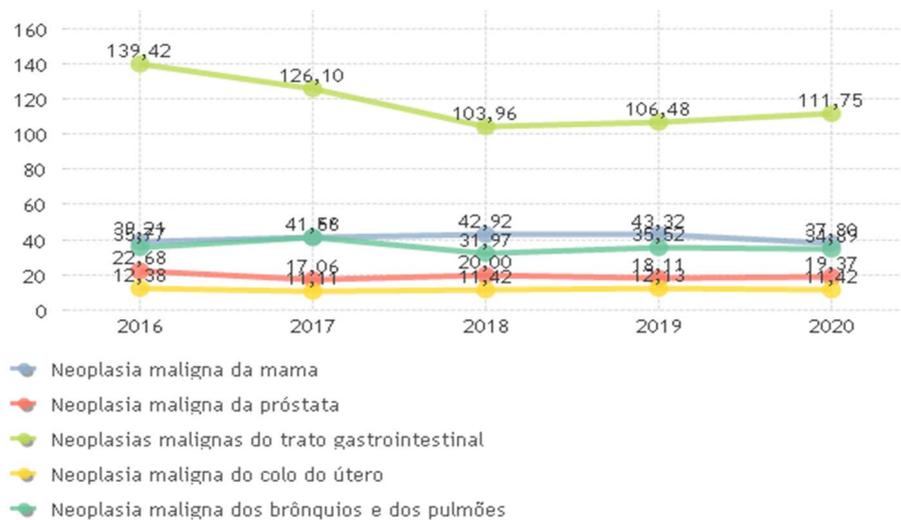
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS.

1.2.11 Câncer

1.2.11.1 Taxa de internação por câncer

A Figura 23 ilustra as taxas de internação SUS dos tipos de câncer mais prevalentes na Macrorregião de Saúde Norte, destacando o grupo das neoplasias malignas do trato gastrointestinal. A taxa das demais neoplasias demonstradas vêm mantendo uma linha horizontal, com poucas oscilações numéricas, ao longo de toda a série histórica analisada.

Figura 23. Taxa de internação SUS dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.

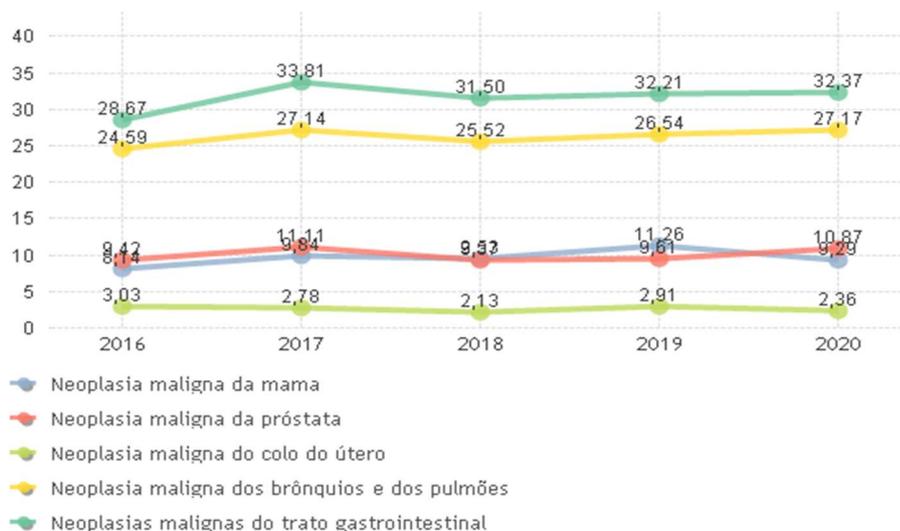


Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/DATASUS.

1.2.11.2 Taxa de mortalidade por câncer

A partir da análise da Figura 24, conclui-se que a taxa de mortalidade por neoplasias malignas do trato gastrointestinal apresenta maior predominância, seguida por neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões, na Macrorregião de Saúde Norte. As demais taxas de mortalidade por neoplasias apresentam pequenas variações na série histórica.

Figura 24. Taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.



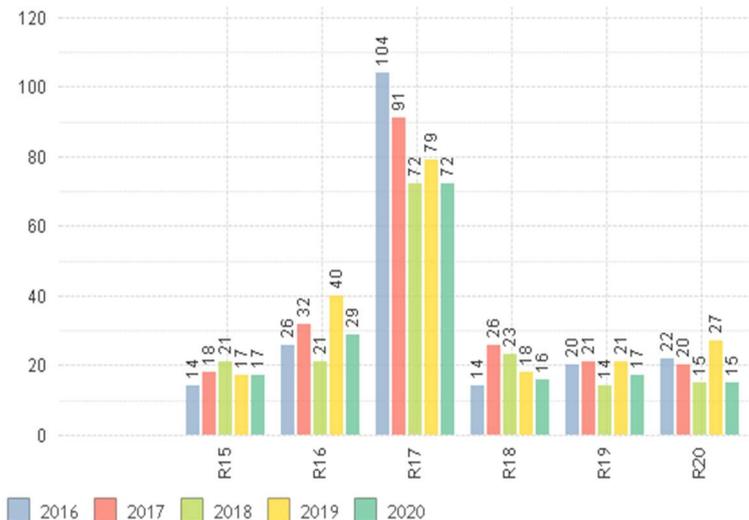
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS.

1.2.12 HIV/AIDS

1.2.12.1 Número de casos novos notificados de HIV

O número total de casos novos notificados de HIV na Macrorregião de Saúde Norte na série histórica foi de 200 novos casos em 2016, 208 em 2017, 180 em 2018, 202 em 2019 e 166 em 2020. Com maior incidência de notificação de casos novos na Região de Saúde R17.

Figura 25. Número de casos novos notificados de HIV, por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.

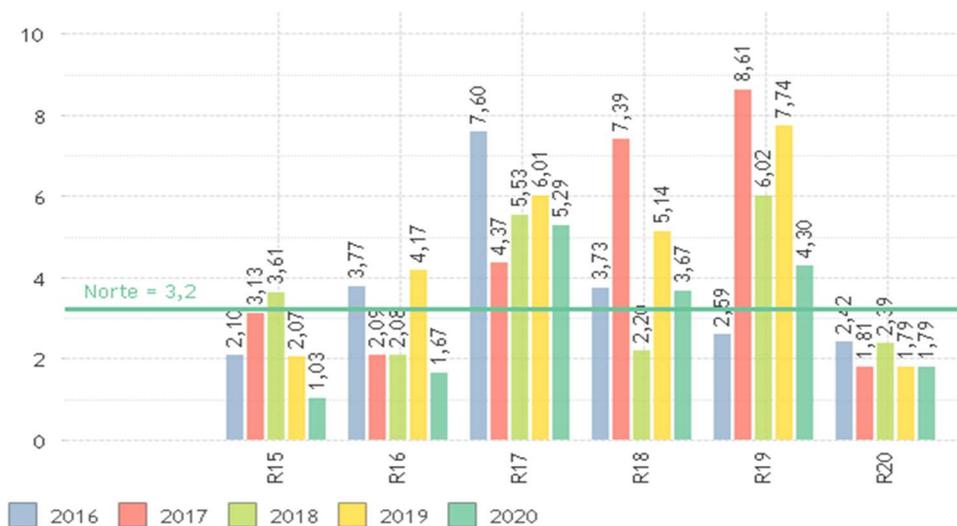


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/DATASUS.

1.2.12.2 Taxa bruta de óbitos por Aids

A Figura 26 mostra na série histórica (2016 a 2020) as taxas brutas de óbitos por Aids por Regiões de Saúde da Macrorregião de Saúde Norte. Observam-se variações nos anos analisados nas regiões, com maiores taxas nas Regiões de Saúde R17, R18 e R19.

Figura 26. Taxa bruta de óbitos por Aids (100.000 habitantes), por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS.

1.2.13 Tuberculose

Os dados mostram os casos novos de tuberculose distribuídos na série temporal (2016 a 2020) das Regiões de Saúde que constituem a Macrorregião de Saúde Norte. Observa-se maior taxa ao longo dos anos na Região de Saúde 17, seguida da 19. As Regiões de Saúde 16, 18 e 20 apresentam variações na série temporal e na Região de Saúde 15 houve redução da taxa de casos novos de tuberculose no decorrer dos anos analisados.

Figura 27. Taxa de casos novos de tuberculose (100.000 habitantes), por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.



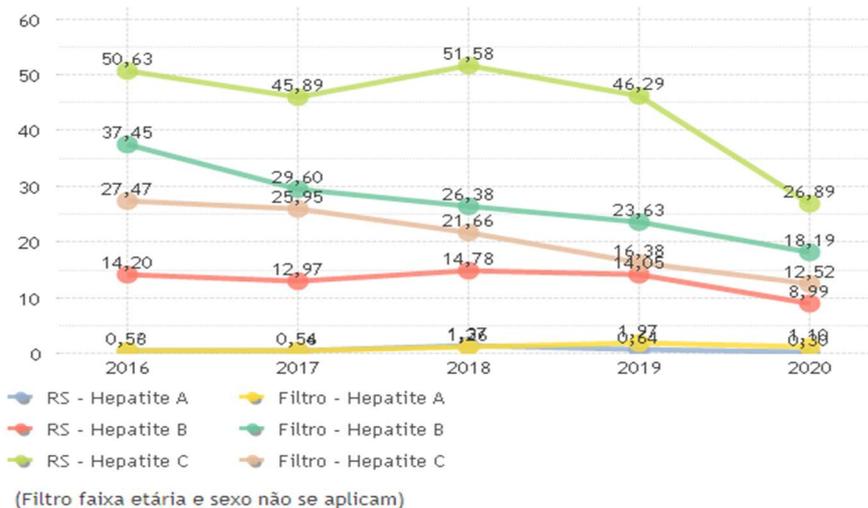
(Filtro faixa etária e sexo não se aplicam)

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/DATASUS

1.2.14 Hepatites

A Figura 28 mostra a incidência das hepatites virais do território da Macrorregião de Saúde Norte em relação à incidência estadual na série temporal (2016 a 2020). A série histórica apresenta maior incidência da Hepatite B e Hepatite C na Macrorregião de Saúde Norte, em detrimento à Hepatite A, apesar de ambas apresentarem queda ao longo dos anos. Destaca-se que a incidência da Hepatite B na Macro é maior que a estadual. A incidência da Hepatite A na Macrorregião de Saúde Norte e no Estado apresentam o mesmo padrão na série temporal.

Figura 28. Coeficiente de incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.



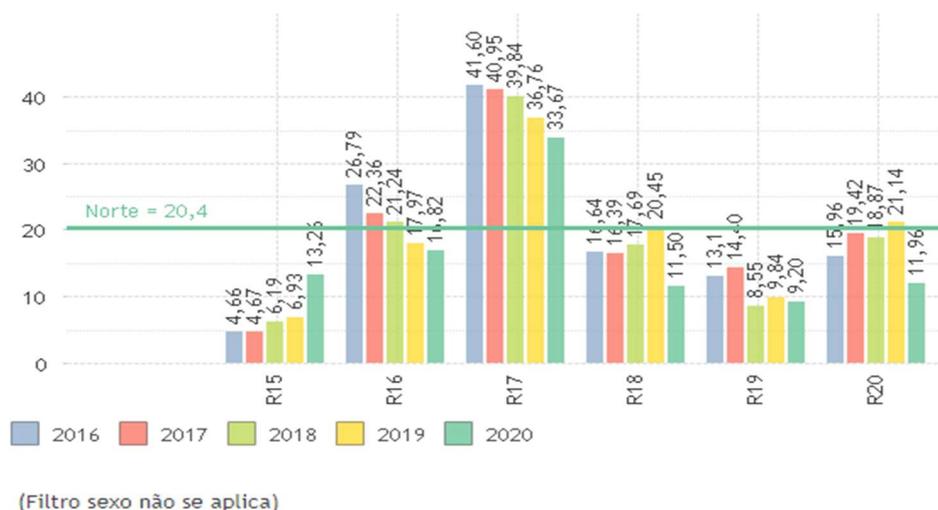
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/DATASUS

1.2.15 Sífilis

1.2.15.1 Taxa de casos novos de sífilis em gestantes

A série temporal, da Figura 29, mostra a taxa de casos novos de sífilis em gestantes no território da Macrorregião de Saúde Norte, com maior incidência na Região de Saúde 17 mesmo com queda nos anos analisados. Demais Regiões de Saúde apresentam variações nas incidências na série temporal, porém com queda no ano de 2020, com exceção na Região de Saúde 15, a qual apresentou elevação em todo o período em análise.

Figura 29. Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em gestantes (1.000 nascidos vivos), por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, RS, 2016-2020.

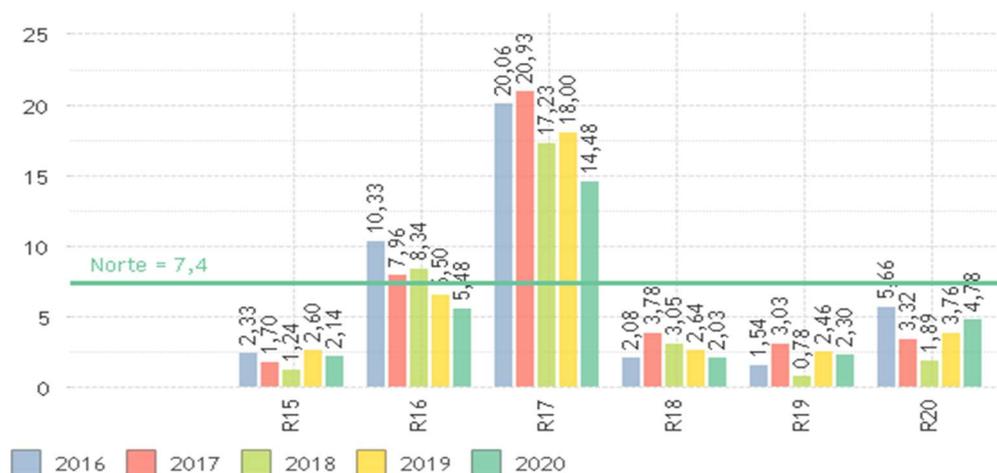


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/DATASUS.

1.2.15.2 Taxa de casos novos de sífilis em menores de 1 ano

Os dados de casos novos de sífilis em menores de 1 ano na Macrorregião de Saúde Norte, observados na Figura 30, mostram maior incidência na Região de Saúde 17, porém com queda no ano de 2020. A incidência na Região 16 apresentou queda a partir de 2018. As demais Regiões de Saúde apresentaram variações semelhantes na série histórica.

Figura 30. Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em menores de 1 ano (1.000 nascidos vivos), por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2016-2020.



(Filtro faixa etária não se aplica)

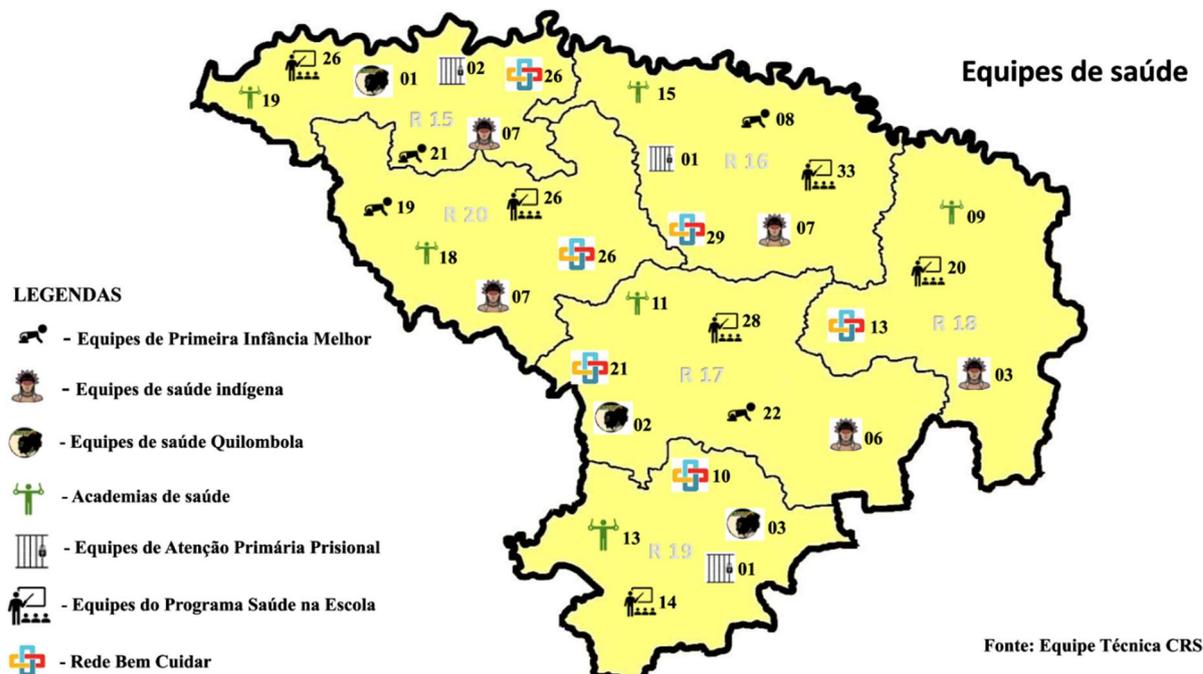
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/DATASUS.

1.3 IDENTIFICAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA E VAZIOS ASSISTENCIAIS

1.3.1 Dados de cobertura da Atenção Primária à Saúde:

- 72,26% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (DAB, 2020);
- 67,21% de cobertura de Equipe de Saúde Bucal (SCNES, ano 2021);
- 87,83% de cobertura estimada de Atenção Básica (SCNES, 2020);
- 64,60% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (DAB, 2020).

Figura 31. Equipes de Atenção Primária à Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022

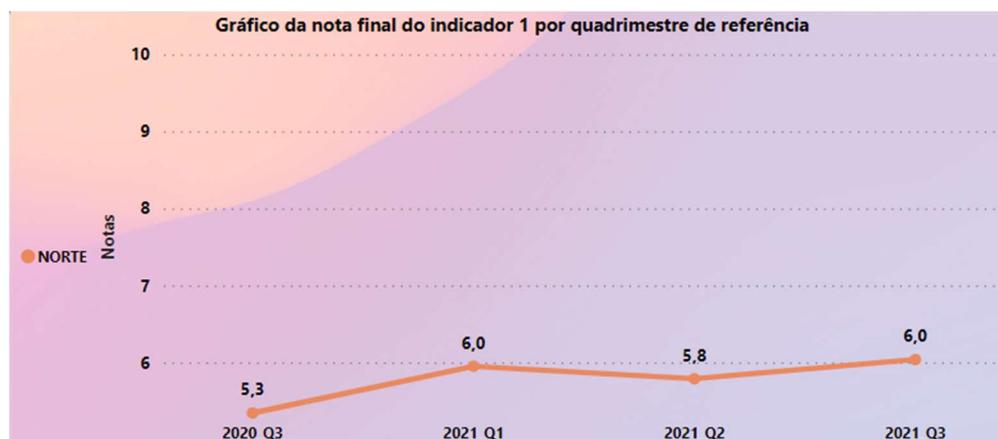


Indicadores do Previne Brasil

Indicadores relacionados ao Pré-Natal (Fonte: Painel Regional dos Indicadores do Previne Brasil – Ministério da Saúde, 2022)

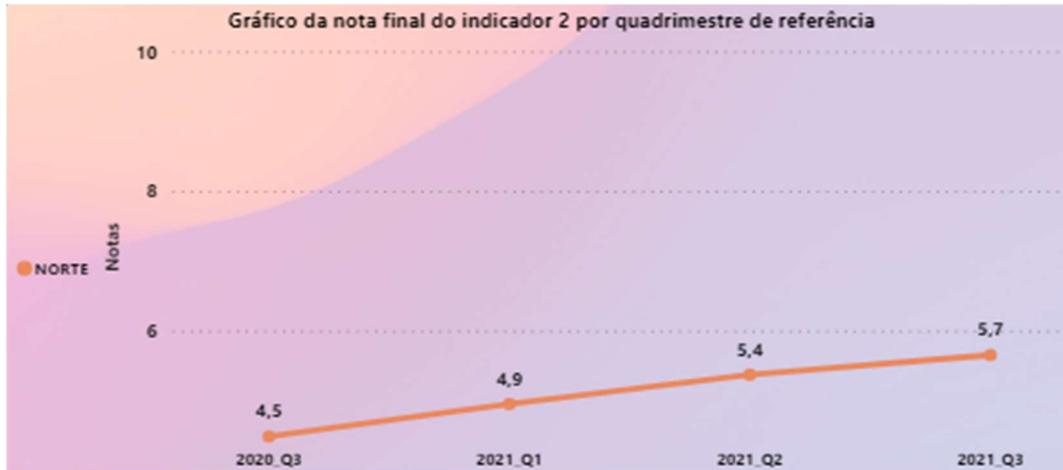
Indicador 1 - Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas.

A Macrorregião de Saúde Norte apresentou leve elevação na nota final no 3º quadrimestre de 2021 - sendo que dos 147 municípios, 34 municípios apresentam nota igual a zero; 22 municípios notas entre 1 e 4,6; 38 municípios notas entre 4,7 e 9,9; e, apenas 53 municípios nota igual a 10.



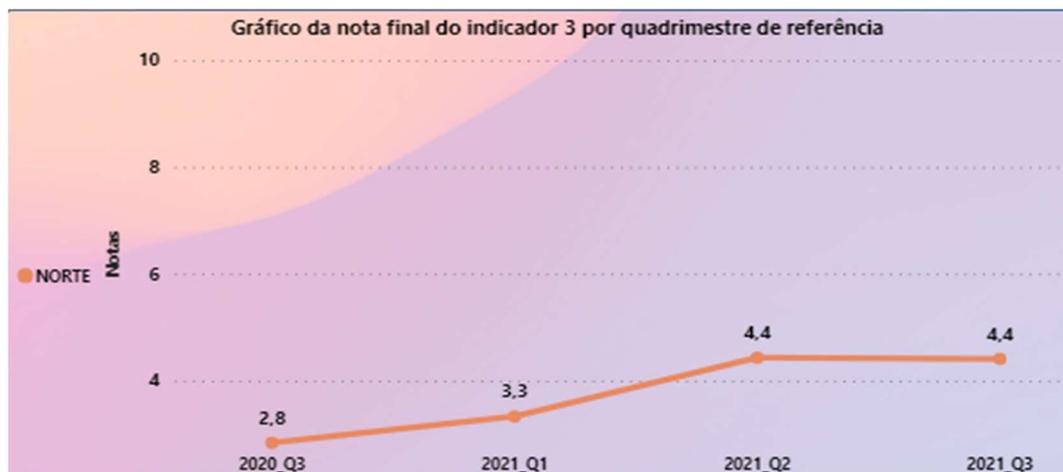
Indicador 2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.

A Macrorregião de Saúde Norte apresentou melhora na proporção do 3º quadrimestre de 2020 (4,5) para o 3º quadrimestre de 2021 (5,7) - sendo que dos 147 municípios no 3º quadrimestre de 2021, 35 municípios apresentam nota igual a zero; 22 municípios notas entre 1 e 4,6; 56 municípios notas entre 4,7 e 9,9; e, apenas 34 municípios nota igual a 10.



Indicador 3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.

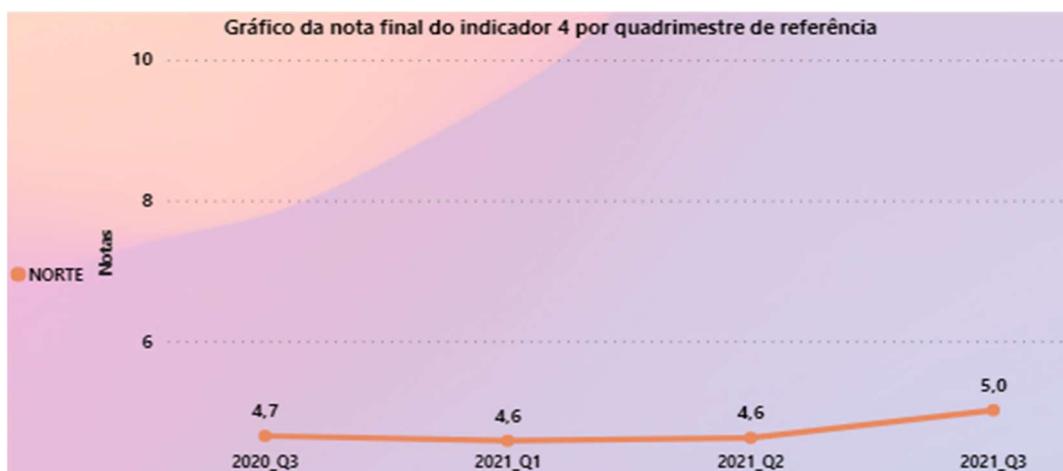
A Macrorregião de Saúde Norte apresentou importante melhora na proporção do 3º quadrimestre de 2020 a 3º quadrimestre de 2021 - sendo que dos 147 municípios, 35 municípios apresentam nota igual a zero; 48 municípios notas entre 1 e 4,6; 41 municípios notas entre 4,7 e 9,9; e, apenas 23 municípios nota igual a 10.



Indicador 4 – Cobertura de exame citopatológico.

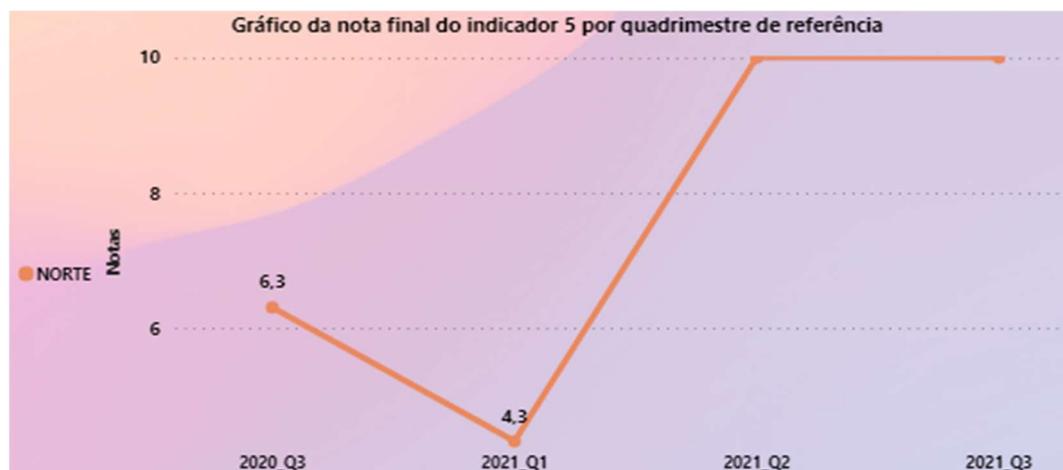
A Macrorregião de Saúde Norte apresentou leve elevação na nota final no 3º quadrimestre de 2021 - sendo que dos 147 municípios, 02 municípios apresentam nota igual a

zero; 64 municípios notas entre 1 e 4,6; 72 municípios notas entre 4,7 e 9,9; e, apenas 09 municípios nota igual a 10.



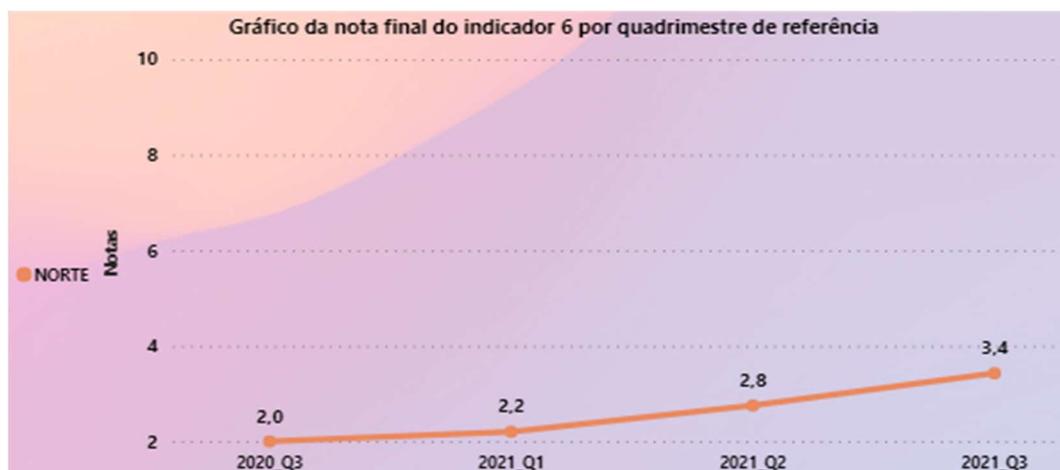
Indicador 5 – Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente.

A Macrorregião de Saúde Norte apresentou considerável elevação na nota final no 3º quadrimestre de 2021, sendo que dos 147 municípios, todos obtiveram nota igual a 10.



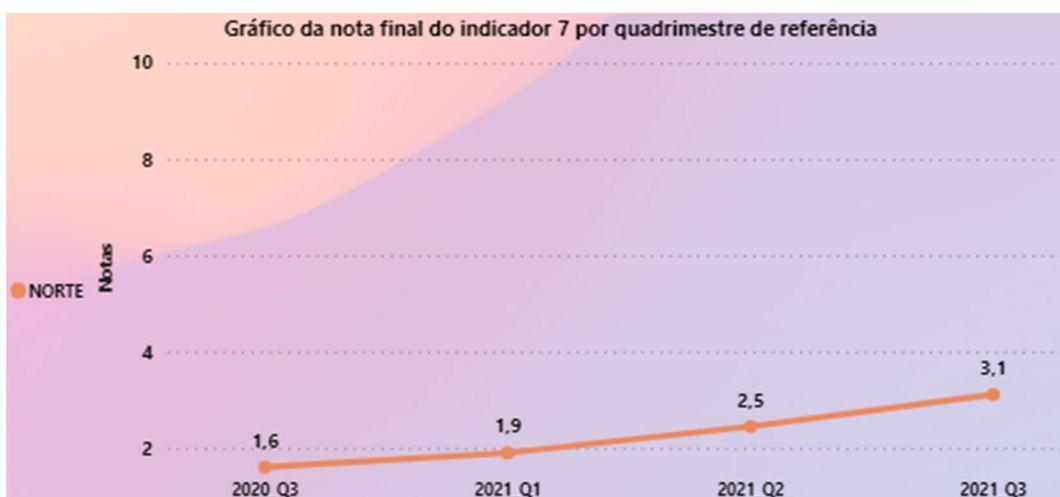
Indicador 6 – Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.

A Macrorregião de Saúde Norte apresentou elevação das notas ao longo da série histórica - sendo que no 3º Quadrimestre de 2021 dos 147 municípios, 04 municípios apresentam nota igual a zero; 103 municípios notas entre 1 e 4,6; 36 municípios notas entre 4,7 e 9,9; e, apenas 04 municípios nota igual a 10.



Indicador 7 – Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

A Macrorregião de Saúde Norte apresentou elevação das notas ao longo da série histórica - sendo que no 3º Quadrimestre de 2021 dos 147 municípios, 22 municípios apresentam nota igual a zero; 85 municípios notas entre 1 e 4,6; 28 municípios notas entre 4,7 e 9,9; e, apenas 12 municípios nota igual a 10.



Indicadores do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS)

O monitoramento dos resultados dos Indicadores abaixo ainda está em fase de construção, atendendo ao preconizado na Portaria SES/RS nº 635/2021 (serão avaliados 180 dias após o término da vigência do estado de emergência em saúde).

Quadro 6. Parâmetros e metas dos indicadores do PIAPS, Rio Grande do Sul, 2021.

Indicador	Parâmetro	Meta 2021
Indicador 1: Percentual de equipes de Atenção Básica que realizaram pelo menos 1 (uma) atividade com o tema alimentação saudável	100% das equipes de Atenção Básica do município	75% das equipes da AB para os municípios com até 30.000 habitantes. 50% das equipes da AB com mais de 30.000 habitantes.
Indicador 2: Percentual de equipes de Atenção Básica (INE) com registro de oferta de Procedimentos, Atendimento Individual e Atividade Coletiva em PICS	100% das equipes de Atenção Básica do município	25% do total de equipes de Atenção Básica do município
Indicador 3: Percentual de equipes de Atenção Básica que realizaram pelo menos 4 (quatro) atendimentos em grupo relativos ao tema da saúde mental.	100% das equipes de Atenção Básica do município	50% das equipes para municípios com até de 200.000 hab. 25% das equipes para municípios com mais de 200.000 hab.
Indicador 4: Percentual de sífilis em gestantes com prescrição de tratamento conforme a classificação clínica.	100% das prescrições	80% prescrições
Indicador 5: Percentual de realização de tratamento diretamente observado para tuberculose	100% dos casos	30% dos casos

Quanto ao Componente Estratégico de incentivo à Qualificação da Atenção Primária à Saúde - Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS), 125 municípios realizaram adesão ao incentivo, o que representa aproximadamente 85%, apresentados na tabela abaixo por Região de Saúde.

Tabela 1. Número de municípios que realizaram adesão ao componente da Rede Bem Cuidar (Portaria nº SES 635/2021) por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2021.

R15	R16	R17	R18	R19	R20	Total
26	29	21	13	10	26	125

1.3.2 Rede de Atenção às Urgências

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) da Macrorregião de Saúde Norte foi aprovada pela Resolução CIB/RS nº 134/20, de 14 de julho de 2020. Componentes da RAU: Portas de Entrada, Leitos de Retaguarda, Cuidados Prolongados, Linha de Cuidado de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Linha de Cuidado Trauma, Sala de estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Atenção Domiciliar.

Tabela 2. Rede de Atenção às Urgências, por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022.

Região de Saúde	SAMU	UPA	Porta de Entrada Incentivo Estadual
R15	07 Suporte Básico 01 Suporte Avançado	01	09
R16	06 Suporte Básico		06
R17	05 Suporte Básico 01 Suporte Avançado 01 Motolância	01	08
R18	03 Suporte Básico		05
R19	04 Suporte Básico		04
R20	07 Suporte Básico 02 Suporte Avançado 01 Motolância		8

Fonte: Coordenadorias Regionais de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul.

Tabela 3. Leitos de Terapia Intensiva, por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022.

CRS	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	CNES	Nº LEITOS UTI		
					Adulto	Pediátrico	Neonatal
6 ^a	R17	Passo Fundo	Hospital São Vicente de Paulo	2246988	40	12	18
			Hospital de Clínicas	2246929	23	-	8
		Carazinho	Hospital Comunitário de Carazinho	2262274	7	-	-
11 ^a	R16	Erechim	Fundação Hospitalar Santa Terezinha	2707918	20	7*	10
2 ^a	R15	Três Passos	Hospital de Caridade	2228726	10	-	-
2 ^a	R15	Tenente Portela	Hospital Santo Antônio	5384117	8	-	-
2 ^a	R15	Frederico Westphalen	Hospital Divina Providência	2228602	8	-	-
15 ^a	20	Palmeira das Missões	Hospital de Caridade de Palmeira das Missões	2235323	10	-	-

Fonte: Coordenadorias Regionais de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul.

*Na Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim há sete leitos de UTI pediátrica registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que se encontram inativos. O Hospital conclui reforma da ala de UTI, porém solicitou utilizar tal espaço para Leitos de UTI Adulto provisórios para enfrentamento da COVID-19. A situação foi tratada no processo administrativo nº. 19/2000-0042869-4, no âmbito da SES/RS.

Sublinha-se que a Macrorregião de Saúde Norte possui leitos de cuidados prolongados nos hospitais de Marcelino Ramos (11ª CRS), com 20 leitos, e em Palmitinho (2ª CRS), com 15 leitos, habilitados pela Portaria GM/MS nº. 3.185, de 05 de dezembro de 2019).

1.3.3 Rede de Atenção Psicossocial

Tabela 4. Rede de Atenção Psicossocial, por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022.

Rede de Atenção Psicossocial	R15	R16	R17	R18	R19	R20
Serviços de CAPS na macro norte	3	2	6+1*	2	1	2
Leitos de saúde mental / álcool e drogas (rede hospitalar)	76	34	30	20	18	45
Vagas em Comunidades Terapêuticas	35	25	35	0	0	0
Serviço Residencial Terapêutico	0	0	0	0	0	0
Oficina Terapêutica	4	5	9	7	4	14
AMENT (Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental)	2	0	3	0	2	0
Leitos em Hospital Psiquiátrico	50					

*em fase de implantação

1.3.4 Rede Materno Infantil

A Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami), conforme o estabelecido na Portaria GM/MS nº 715/2022, conta com os seguintes componentes: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), Atenção Hospitalar (AH), Sistemas de apoio, Sistemas Logísticos e Sistema de Governança.

Tabela 5. Rede de Atenção Materna e Infantil, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022.

CRS	UTI Neonatal Tipo II			UTI Neo Tipo I				Unidade Cuidados Intermediários Neonatal – UCINCo				Unidade Cuidados Intermediários Neonatal – Canguru				Leitos Gestantes de Alto Risco – GAR		
	HC PF	HSVP PF	HST Erechim	HC PF	HSVP PF	HST Erechim	HSA Tenente Portela	HC PF	HSVP PF	HST Erechim	HSA Tenente Portela	HC PF	HSVP PF	HST Erechim				
	Tot SUS	Tot SUS	Tot SUS	Tot SUS	Tot SUS	Tot SUS	Tot SUS	Tot SUS	Tot SUS	Tot SUS	Tot SUS	Tot SUS	Tot SUS	Tot SUS				
2ª																		
6ª																		
11ª	8	18	10	0	10	0	5	0	5	0	2	12	18	6				
15ª																		

Há Leitos de UTI Pediátrica no HSVP (12) e Hosp. Santa Terezinha (07?) e não há Casa da Gestante, Bebê e Puérpera na Macro;

1.3.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A atenção à saúde da pessoa com deficiência no SUS contempla os seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Além disso, há os pontos de atenção no nível secundário e terciário, os Centros Especializados em Reabilitação (CER) que devem estar articulados aos demais pontos da Redes de Atenção à Saúde (RAS), mediante regulação de acesso.

O atendimento às pessoas estomizadas é fornecido pelo Estado do Rio Grande do Sul e conta com serviços de dispensação em todos os municípios gaúchos. O Estado também disponibiliza o serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) interestadual destinado a pacientes que necessitam de tratamento em serviços assistenciais do SUS localizados em outras unidades da federação, sendo disponibilizado o deslocamento e ajuda de custo.

No âmbito da Atenção Especializada a rede da Macrorregião de Saúde Norte é composta por 02 CER, sendo 1 CER III (Auditiva, física e visual) e 1 CER IV (Auditiva, física, visual e intelectual), 1 Oficina Ortopédica. Além disso há serviços de modalidade única que são as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs) para reabilitação intelectual e a PróAudi para reabilitação auditiva.

Tabela 6. Distribuição das referências para reabilitações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por Coordenadoria Regional de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, 2022.

CRS	Auditiva	Física	Intelectual	Visual
2 ^a	CER III – Hospital Santo Antônio – Tenente Portela	CER III – Hospital Santo Antônio – Tenente Portela	APAE Erval Seco	CER III – Hospital Santo Antônio – Tenente Portela
6 ^a	Próaudi – Passo Fundo e CER IV – ACD Passo Fundo	CER IV – ACD Passo Fundo e Oficina Ortopédica	APAE Carazinho	CER IV – ACD Passo Fundo
			Apae Casca	
			APAE Marau	
			APAE Soledade	
			CER IV – ACD Passo Fundo	
APAE Passo Fundo				
11 ^a	Próaudi – Passo Fundo e CER IV – ACD Passo Fundo	CER IV – ACD Passo Fundo e Oficina Ortopédica	APAE Erechim	CER IV – ACD Passo Fundo
			APAE Getúlio Vargas	
			APAE Nonoai	

15 ^a	CER III – Hospital Santo Antônio – Tenente Portela	CER III – Hospital Santo Antônio – Tenente Portela	APAE Palmeira das Missões	CER III – Hospital Santo Antônio – Tenente Portela
			APAE Sarandi	
			APAE Três Passos	
			APAE Frederico Westphalen	
			APAE Tenente Portela	

Os objetivos da Política de Atendimento Integrado à Pessoa com Transtornos do Espectro Autista (TEAcolhe) são qualificar os profissionais das diferentes áreas que lidam com o autismo, sensibilizar a sociedade quanto à inclusão da pessoa com autismo e da família e horizontalizar o atendimento multiprofissional integrado à pessoa com autismo e à família. Dessa forma, há na Macrorregião de Saúde Norte 01 Centro Macrorregional de Referência em TEA, que visa trabalhar a partir da estratégia de matriciamento, promovendo a organização e o fortalecimento das redes municipais de saúde, educação e assistência social e 05 Centros Regionais de Referência em TEA, com foco no atendimento dos casos severos/refratários da região de saúde e dos casos do município-sede além do fortalecimento das redes municipais de saúde, educação e assistência social em conjunto com o Centro Macrorregional.

Tabela 7. Programa TEAcolhe, por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, 2022.

Centro Macrorregional	Região de Saúde	Centros Regionais
ACD de Passo Fundo	R15	APAE Frederico Westphalen
	R16	APAE Nonoai
	R17	APAE Passo Fundo
	R18	-
	R19	SMS Espumoso
	R20	APAE Constantina

Fonte: Coordenadorias Regionais de Saúde

1.3.6 Rede de Cuidados à Pessoa com Doenças Crônicas e suas Linhas de Cuidado

Quanto ao Programa de Controle do Tabagismo, temos o seguinte número de municípios com adesão na Macrorregião de Saúde Norte, no ano de 2021: 24 na Região 15, 10 na Região 16, 14 na Região 17, 7 na Região 18, 5 na Região 19 e 26 na Região 20, totalizando aproximadamente 58 % dos municípios pertencentes à Macrorregião.

Em relação às referências hospitalares para a atenção ao paciente com sobrepeso e obesidade, por Região de Saúde, na Macrorregião de Saúde Norte, estas estão dispostas na Tabela 8. Já as referências para a atenção à pessoa com doença renal crônica são apresentadas na Tabela 9.

Tabela 8. Atenção ao paciente com sobrepeso e obesidade, por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, 2020.

Região de Saúde	Estabelecimento
R15	Hospital de Caridade de Santo Ângelo
R16	Hospital de Caridade de Santo Ângelo
R17	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
R18	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
R19	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
R20	Hospital de Caridade de Santo Ângelo/ Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2020-2023.

Tabela 9. Atenção à pessoa com doença renal crônica, por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, 2020.

Região de Saúde	Estabelecimento
R15	Hospital de Caridade de Ijuí/Hospital Divina Providência de Frederico Westphalen
R16	Hospital Santa Terezinha Erechim
R17	HCC(Carazinho)/HCPF/HSVP (Passo Fundo)
R18	HCPF/HSVP (Passo Fundo)
R19	Hospital Frei Clemente (Soledade)
R20	Hospital de Caridade De Ijuí/ HCC (Carazinho)/HCPF/HSVP (Passo Fundo)

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2020-2023.

Na Tabela 10 apresenta-se, por Região de Saúde, as referências para a Atenção às Doenças Cardiovasculares da Macrorregião de Saúde Norte e na Tabela 11 está a Distribuição dos Serviços de Atenção Oncológica.

Tabela 10. Atenção às Doenças Cardiovasculares, por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, 2020.

Região de saúde	Cirurgia cardiovasc	Procedimento intervenc	Cirurgia vascular	Procedimento endovasc	Lab. Eletrofisiologia	Centro de referência
R17	HCPF HSVP					HSVP
R18						
R19						HCPF e HSVP
R16	HSVP HCPF	Hospital Santa Terezinha (Erechim)	HSVP			
R20	HSVP, HCPF					
R5						

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2020-2023.

Tabela 11. Distribuição dos Serviços de Atenção Oncológica, Macrorregião de Saúde Norte, 2020.

Estabelecimento	UNACON	Radioterapia	Hematologia	Pediatria
Hospital Santa Terezinha (Erechim)	X	X	X	-
HCC Carazinho	X	-	-	-
HSVP	X	X	X	X
HCPF	X	-	-	-

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2020-2023.

A Tabela 12 apresenta a distribuição das referências hospitalares para tratamento dos cânceres de cabeça e pescoço (câncer bucal) e do Sistema Nervoso Central (SNC), por Região de Saúde, da Macrorregião de Saúde Norte.

Tabela 12. Distribuição das referências hospitalares para tratamento dos cânceres de cabeça e pescoço (câncer bucal) e do Sistema Nervoso Central (SNC), por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, 2019.

Região de saúde	Cabeça e pescoço (bucal)	Sistema nervoso central
R15	Hospital de Caridade De Ijuí	HSVP
R20		HCPF
R17, R18 e R19	HSVP HCPF	HSVP HCPF
R15 e R16	Hospital Santa Terezinha (Erechim)	
R20	HCC Carazinho	

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2020-2023.

Na Figura 32 apresenta-se a cobertura de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos. Observa-se na série histórica (2013-2021) que apenas nos anos de 2015 e 2020 a meta para esse indicador na Macrorregião de Saúde Norte não foi atingida. Nos demais anos a meta atingida superou a meta estadual.

Figura 32. Cobertura de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos e na população da mesma faixa etária, Macrorregião de Saúde Norte, 2013-2021.



Fonte: BI/DGTI/SES/RS.

Em relação ao indicador da razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária (Figura 33) este não atingiu a meta nos anos 2015, 2020 e 2021 – sendo que nos demais anos o resultado atingido foi superior

à meta estadual. Cabe salientar que, no ano de 2020 teve início a pandemia do COVID-19, o que pode ter tido impacto sobre esses resultados.

Figura 33. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 ano e população da mesma faixa etária, Macrorregião de Saúde Norte, 2013-2021.



Fonte: BI/DGTI/SES/RS.

A Tabela 13 apresenta a distribuição das Unidades de Assistência/Atendimento de Alta Complexidade em Neurologia e Neurocirurgia, por Região de Saúde, na Macrorregião de Saúde Norte. Já a Tabela 14 ilustra a distribuição dos hospitais habilitados na Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC). Por fim, na Tabela 15 está disposta as referências para a atenção à traumatologia-ortopedia, por Região de Saúde, na Macrorregião de Saúde Norte.

Tabela 13. Distribuição das Unidades de Assistência/Atendimento de Alta Complexidade em Neurologia e Neurocirurgia, por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, 2020.

Região de saúde	Prestadores de serviço
R15, R16, R17, R18, R19 e R20	HSVP e HCPF

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2020-2023.

Tabela 14. Distribuição dos hospitais habilitados na Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC), por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, 2020

Região de Saúde	Prestadores de serviço - Tipo III
R15	Hospital de Caridade de Três Passos
R16	Hospital Santa Terezinha de Erechim
R17, R18 e R19	HCPF
R20	HSVP

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2020-2023.

Tabela 15. Atenção à traumatologia-ortopedia, por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, 2020.

Região de Saúde	Prestadores de serviço	Complexidade
R15	Associação Hospitalar São José Rodeio Bonito	MC em Traumato-ortopedia
	Associação Hospitalar Santo Antônio de Tenente Portela	MC em Traumato-ortopedia
	Associação Hospital de Caridade Três Passos	MC em Traumato-ortopedia AC em Traumato-ortopedia STO/STOU
R16	Hospital Santa Terezinha de Erechim	MC em Traumato-ortopedia AC em Traumato-ortopedia STO/STOU
	Assoc. Hospitalar Comunitária de Nonoai Hospital São Roque – Getúlio Vargas	MC em Traumato-ortopedia MC em Traumato-ortopedia
R17	HSVP/HCPF	MC em Traumato-ortopedia AC em Traumato-ortopedia STO/STOP/STOU
	Hospital São João Sananduva	MC em Traumato-ortopedia
R18	HSVP/HCPF	MC em Traumato-ortopedia AC em Traumato-ortopedia STO/STOP/STOU
	Hospital São João Sananduva	MC em Traumato-ortopedia
R19	HSVP/HCPF	MC em Traumato-ortopedia AC em Traumato-ortopedia STO/STOP/STOU
	Hospital Frei Clemente de Soledade	MC em Traumato-ortopedia
R20	Hospital de Caridade de Palmeira Das Missões	MC em Traumato-ortopedia
	Associação dos Trabalhadores de Ronda Alta	MC em Traumato-ortopedia
	Hospital Comunitário de Sarandi	MC em Traumato-ortopedia

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2020-2023. MC: Média Complexidade; AC: Alta Complexidade; STO: Serviço de Traumatologia e Ortopedia; STOP: Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica; STOU: Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência.

1.3.7 Atenção Especializada

Tabela 16. Referências de especialidades, reguladas através do GERCON, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022.

ESPECIALIDADE	R15	R16	R17	R18	R19	R20
Alergia e imunologia	X	X	X	X	X	X
Atenção Materno Infantil	X	X	X	X	X	X
Atenção ao paciente com sobrepeso e obesidade	X	X	X	X	X	X
Cirurgia plástica reparadora	X	X	X	X	X	X
Cardiologia clínica	X	X	X	X	X	X
Cirurgia cardiovascular AC	X	X	X	X	X	X
Cirurgia bucomaxilofacial	X	X	X	X	X	X
Atenção à pessoa com deficiência	X	X	X	X	X	X
Cirurgia geral	X	X	X	X	X	X
Cirurgia torácica	X	X	X	X	X	X
Cirurgia vascular (varizes)	X	X	X	X	X	X
Coloproctologia	X	X	X	X	X	X
Dermatologia	X	X	X	X	X	X
Endocrinologia	X	X	X	X	X	X
Gastroenterologia	X	X	X	X	X	X
Ginecologia	X	X	X	X	X	X
Hematologia clínica	X	X	X	X	X	X
Infectologia	X	X	X	X	X	X
Nefrologia (D. Renal crônica)	X	X	X	X	X	X
Neurocirurgia MC	X	X	X	X	X	X
Neurocirurgia AC	X	X	X	X	X	X
Neurologia Clínica	X	X	X	X	X	X
Oncologia	X	X	X	X	X	X

Otorrinolaringologia	X	X	X	X	X	X
Oftalmologia	X	X	X	X	X	X
Urologia	X	X	X	X	X	X
Pediatria clínica e cirúrgica	X	X	X	X	X	X
Pneumologia	X	X	X	X	X	X
Reumatologia	X	X	X	X	X	X
Traumato-ortopedia	X	X	X	X	X	X

Fonte: Resolução CIB/RS Nº 255/2022. GERCON: Sistema de Gerenciamento de Marcação de Consultas

Tabela 17. Distribuição dos Serviços de Atenção Especializada (SAEs) e Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022.

Região de Saúde	SAES	UDM
R15	Frederico Westphalen	Frederico Westphalen
R16	Erechim	Erechim
R17	Carazinho Passo Fundo	Carazinho Marau Passo Fundo
R18	Lagoa Vermelha	Lagoa Vermelha
R19	Soledade	Soledade
R20	Palmeira Das Missões	Palmeira Das Missões

Fonte: Coordenadorias Regionais de Saúde/SES/RS.

Tabela 18. Número de Laboratórios Regional de Próteses Dentárias (LRPD) e Centros de Especialidade Odontológica (CEO), por Região de Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022.

Região de Saúde	LRPD	CEO
R15	20	01 em Tenente Portela
R16	04	01 em Erechim 01 em Getúlio Vargas
R17	0	01 em Passo Fundo

R18	06	0
R19	02	01 em Tapera
R20	10	0

Fonte: Coordenadorias Regionais de Saúde/SES/RS.

1.3.8 Assistência Farmacêutica

Os 147 municípios da Macrorregião de Saúde Norte desenvolvem o trabalho de Assistência Farmacêutica (AF), através de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e o uso racional por meio de disponibilidade regular e oportuna para uma assistência terapêutica integral.

O acesso aos medicamentos no SUS é baseado na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) que engloba medicamentos do componente da Atenção Básica, estratégico e especializado, os quais norteiam as ações de planejamento e seleção de medicamentos em todos os níveis de atenção. Os estados e os municípios podem adotar relações de medicamentos específicas e complementares, de acordo com as características epidemiológicas da região.

A fim de caracterizar a Assistência Farmacêutica da Macrorregião de Saúde Norte, foi elaborado um questionário através da plataforma Google Forms com questões referentes à Assistência Farmacêutica, e enviado a todos os municípios da macrorregião. O questionário foi construído pelo Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado (GTPRI) da Macrorregião de Saúde Norte, considerando a inexistência de fontes oficiais com informações pertinentes com dados para a atualização das necessidades de saúde na área da Assistência Farmacêutica. O questionário eletrônico foi enviado, para os farmacêuticos das Coordenadorias Regionais de Saúde, que por sua vez, encaminharam para os farmacêuticos ou responsáveis pela farmácia dos municípios de suas Regiões de Saúde.

O questionário ficou aberto por um período de 11 dias (28 de junho a 8 de julho de 2022). Após este período os dados foram analisados e os resultados quanto à participação dos municípios no preenchimento do questionário, estão apresentados na Tabela 19.

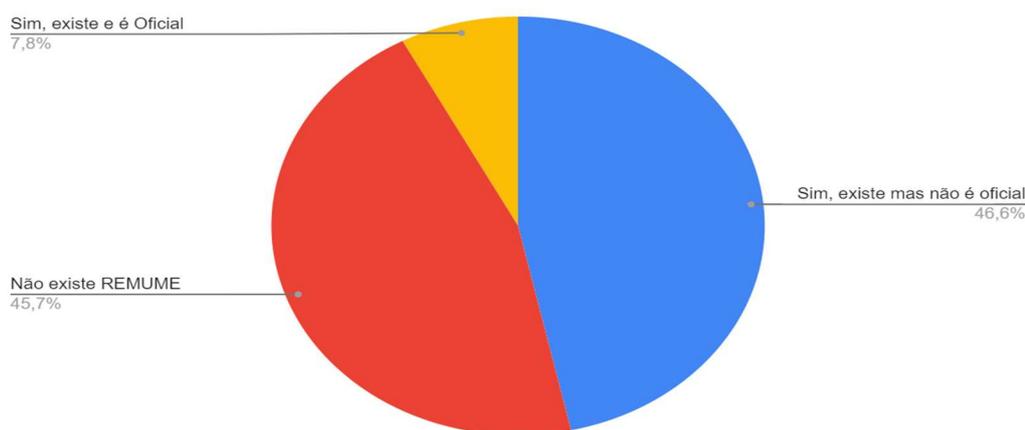
Tabela 19. Participação de municípios, por Região de Saúde, no questionário online sobre Assistência Farmacêutica, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022.

Região de saúde	Número de município por Região de Saúde	Número de municípios participantes da pesquisa	Participação por Região de Saúde (%)
R15	26	22	84,61%
R16	33	31	93,93%
R17	28	20	71,43%
R18	20	15	75%
R19	14	6	42,85%
R20	26	22	84,61%
Total	147	116	78,91%

Fonte: dados da pesquisa realizada pelas CRS em julho de 2022.

Para melhor avaliar a estrutura e a organização da Assistência Farmacêutica municipal, é necessário saber se o município possui uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). A REMUME padroniza o uso entre os prescritores, além de permitir a compra de medicamentos de uma forma que assegura o uso racional do medicamento, garantindo itens prioritários à saúde da população. É um instrumento mestre para as demais ações da Assistência Farmacêutica. As informações referentes a existência da REMUME nos municípios da Macrorregião de Saúde Norte do RS, podem ser observadas na Figura 34.

Figura 34. Existência de Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) nos municípios da Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022.



Fonte: dados da pesquisa realizada pelas CRS em julho de 2022.

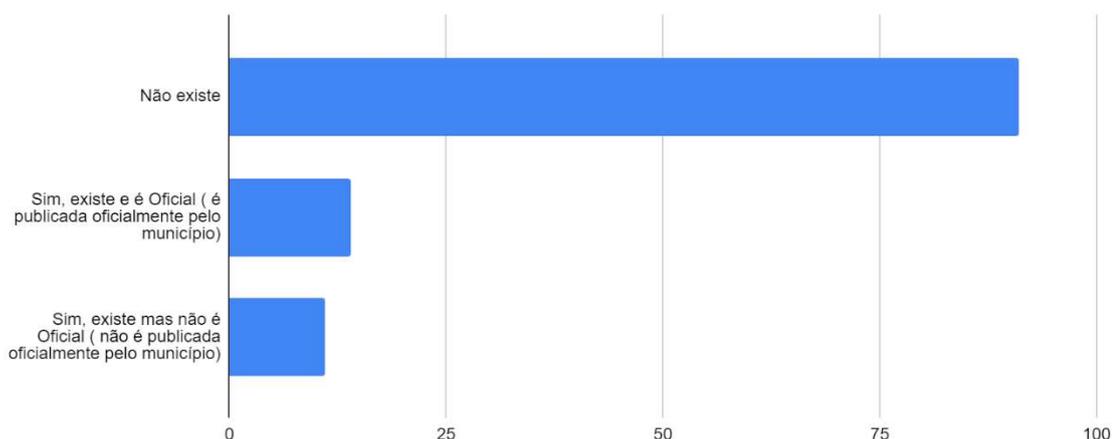
Conforme pode ser observado, na figura acima, ainda é alta a quantidade de municípios da Macrorregião de Saúde Norte em que não existe a REMUME. Naqueles municípios em que

existe (46,6%), o documento ainda não é oficial (não foi publicado oficialmente pelo município).

A fim de verificar se este instrumento é utilizado adequadamente (isto é, se realmente são comprados apenas medicamentos da REMUME), foi perguntado aos que responderam ter REMUME (REMUME oficial 7,8% e REMUME não oficial 46,6%) se este instrumento é respeitado na hora das compras de medicamentos. Considerando os municípios que responderam ter REMUME, 46,03% deles declararam que a REMUME é um instrumento de compra de medicamentos respeitado, 20,63% que não é respeitada, e 33,33% responderam que às vezes é respeitada na hora da compra de medicamentos.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é responsável pela condução técnica, política e administrativa de todo o processo de avaliação de incorporação de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. A CFT é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que decidirá sobre os itens que irão compor a REMUME. Na Figura 35 podemos observar os resultados do questionário sobre a CFT.

Figura 35. Existência de Comissão de Farmácia e terapêutica (CFT) nos municípios da Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022.

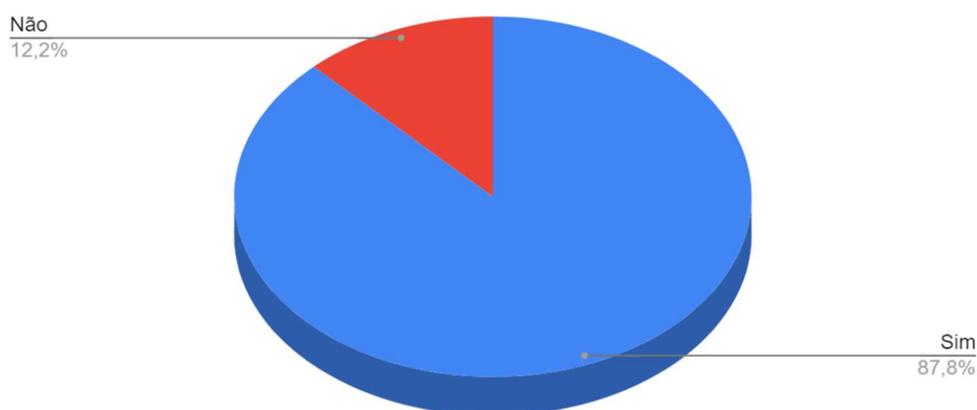


Fonte: dados da pesquisa realizada pelas CRS em julho de 2022.

De acordo com a Figura 35, é possível visualizar que a maioria dos municípios que responderam ao questionário não possuem a CFT (78,44%). Logo, 21,56% responderam que a CFT existe em seus municípios. Destes 21,56% que responderam que a CFT existe (seja de forma oficial ou não), 60% responderam que a comissão existe e é respeitada, 24% responderam que a CFT não é respeitada, e 16% responderam que a CFT é respeitada às vezes.

Referente à presença do farmacêutico nas farmácias dos municípios, questionou-se se existe farmacêutico em todas as farmácias do município, e o resultado é apresentado na Figura a seguir.

Figura 36. Presença do farmacêutico nas farmácias dos municípios da Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022.



Fonte: dados da pesquisa realizada pelas CRS em julho de 2022.

Já em outra pergunta, foi questionado se o farmacêutico está presente durante todo o horário de funcionamento da farmácia, e o resultado obtido para esta questão foi de que 12,1% não estão presentes em horário integral, e 87,8% dos farmacêuticos estão presentes em horário integral do funcionamento da farmácia municipal.

No ano de 2021 foi instituído o Programa Farmácia Cuidar+, através da Portaria SES/RS N° 649/2021, o qual consiste em um programa de transferência de recursos para a ampliação, qualificação e a promoção dos serviços farmacêuticos nas Farmácias de Medicamentos Especiais dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul.

Aderiram ao Programa Farmácia Cuidar+, conforme dados atualizados em 29/12/2021: 26 municípios – 2ª CRS; 51 municípios – 6ª CRS; 27 municípios – 11ª CRS; 25 municípios – 15ª CRS. No total, 129 municípios aderiram ao programa na Macrorregião de Saúde Norte, o que representa 88%, aproximadamente.

1.3.9 Vigilância em Saúde

Tabela 20. Números da Vigilância em Saúde, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R15	R16	R17	R18	R19	R20
PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM ADESÃO AO SIVISA	95%	100%	90%	95%	86%	65%
NÚMERO DE SALAS DE VACINAS	100%	*	*	*	*	100%
PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM ACE	95%	67%	71%	50%	50%	65%

Fonte: Coordenadorias Regionais de Saúde/SES/RS em 17/08/2022. SIVISA: Sistema de Informação em Vigilância Sanitária. ACE: Agente de Combate de Endemias.

1.3.9.1 Exposição ao Agrotóxico

Entre 2019 e 2021, segundo dados do Tabnet, 27% das notificações de intoxicação por agrotóxicos agrícolas no Rio Grande do Sul foram realizadas na Macrorregião de Saúde Norte - das quais 166 foram feitas em 2019, 112 em 2020 e 81 em 2021. Destaca-se que 48% destas notificações indicaram que as intoxicações ocorreram por meio acidental e 13% por tentativa de suicídio. Ainda, 17% destas notificações não tiveram preenchidas as evoluções (cura/óbito) ou estavam marcadas como ignoradas. Dos 16 óbitos por intoxicação por agrotóxicos agrícolas que ocorreram no RS entre 2019 e 2021, sendo que nove óbitos foram de residentes da Macrorregião de Saúde Norte.

1.3.10 Gestão e Educação em Saúde

O Plano Estadual de Educação Permanente do Estado do Rio Grande do Sul, construído no ano de 2019, apresentou as propostas e ações previstas como prioritárias pelas macrorregiões de saúde e constam relacionadas no quadro 8 a seguir:

Quadro 8. Propostas da Macrorregião de Saúde Norte para a Educação em Saúde, Rio Grande do Sul, 2019.

Proposta	Ações
Gestão da Política de Educação Permanente em Saúde	Sensibilizar e formar trabalhadores da SES e CRS para utilização de metodologias ativas nas diversas ações de seu processo de trabalho (preceptorial, ações de educação em saúde, formações etc.).

(Continuação) Gestão da Política de Educação Permanente em Saúde	<p>Criar uma comissão (sugere-se o GT de elaboração do PEEPS) para elaborar indicadores estaduais de EPS, quantitativos e qualitativos que respondam a política de EPS.</p>
	<p>Planejar e implementar a descentralização de vagas das residências em saúde da ESP para as CRS.</p>
	<p>Dar continuidade, fortalecer e estabelecer diretrizes para a articulação da ESP/NURESC com outros setores da SES/Nível Central para estabelecer o delineamento das diretrizes da Política de Educação Permanente no Estado.</p>
	<p>Implantar o acolhimento com classificação e estratificação de risco na Unidade Básica de Saúde dos municípios da região.</p>
	<p>Reorganizar o processo de trabalho na Atenção Básica (AB), na região.</p>
	<p>Desenvolver ações de integração da AB, qualificando os profissionais quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A Saúde Indígena, respeitando suas singularidades culturais; - A assistência pré-natal; - Ao cuidado com o usuário de saúde mental; - A humanização da atenção obstétrica e neonatal nas maternidades; - A importância do parto normal para diminuir riscos do parto por cesárea e prematuridade; - Aos índices de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica – ICSAB, avaliando a resolutividade na AB; e, - A organização dos serviços e equipamentos disponíveis e o acesso da população.
	<p>Utilizar as informações da ouvidoria para qualificar os serviços e estimular os municípios a criar e divulgar canais de ouvidoria.</p>
	<p>Criar fluxos de encaminhamento e referenciamento dos serviços de Urgência e Emergência para a AB a fim de garantir a continuidade do tratamento e a criação de vínculos entre os usuários e a AB.</p>
Financiamento	<p>Definir investimentos em ações voltadas para a perspectiva da EPS para as políticas de saúde, especialmente atenção básica e especializada, vigilância em saúde, urgência e emergência, rede de apoio e diagnóstico e redes prioritárias.</p>
	<p>Integração entre os serviços de saúde e os diferentes níveis de ensino técnico graduação, pós-graduação e residências (através de garantia de bolsa para preceptoria, financiamento para o VER-SUS incentivo para adesão do COAPES).</p>

Fonte: Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. Rio Grande do Sul, 2019. SES/RS: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; CRS: Coordenadoria Regional de Saúde; GT: Grupo de Trabalho; PEEPS: Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; EPS: Educação Permanente em Saúde; ESP: Escola de Saúde Pública/SES/RS; NURESC: Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva; VER-SUS: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde; COAPES: Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde.

Na Macrorregião de Saúde Norte existem quatro (4) NURESCs (Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva) implantados, um em cada CRS, no entanto, todos encontram-se com limitações de funcionamento em decorrência da falta de recursos humanos vivida pelas Coordenadorias Regionais de Saúde.

Ainda, neste território existem 04 Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC). A Região 19 possui um Núcleo; a Região 17 possui dois Núcleos; A Região 15 possui um Núcleo formalizado, mas não atuando no momento; as Regiões 16, 18 e 20 não possuem Núcleos;

Segundo a Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Na Macrorregião de Saúde Norte encontra-se ativa apenas a CIES da Região de Saúde 16.

Já o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) e suas diretrizes foram publicadas em conjunto pelos Ministérios da Saúde e da Educação na Portaria Interministerial Nº 1.127, de 04 de agosto de 2015. A Macrorregião de Saúde Norte possui dois COAPES celebrados com Universidades, um na Região 16 e outro na Região 20.

Ademais, importa ressaltar que as Coordenadorias Regionais de Saúde, a partir de seus NURESCs e áreas técnicas, realizam periodicamente diversos momentos e espaços voltados para a educação em saúde e a qualificação da gestão e a atenção à saúde, com o intento de incentivar, promover o desenvolvimento e qualificar os trabalhadores e gestores da saúde.

1.4 PRIORIDADES SANITÁRIAS E NECESSIDADES MACRORREGIONAIS

Este tópico apresenta as necessidades prioritárias de saúde da população da Macrorregião de Saúde Norte. O processo de priorização ocorreu durante o ano de 2022 com a atualização das prioridades de saúde dos Diagnósticos Regionais de Saúde (2019), em seguida, com a aplicação da Matriz de Priorização pelo Grupo Técnico Planejamento Regional Integrado (GTPRI) macrorregional e validado nas Comissões Intergestores Regionais (CIRs). Dessa forma, foi possível chegar nas 23 necessidades de saúde prioritárias na Macrorregião, que serão apresentadas no quadro a seguir, ordenadas de forma decrescente, conforme sua prioridade.

Quadro 9. Necessidades de saúde, em ordem de prioridade, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2022.

Necessidades da Macrorregional	Justificativa/Embasamento	Necessidade de macrorregional de ações ou serviços de saúde
<p>1. Qualificação da Atenção Primária à Saúde;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relação entre os dados Demográficos, Determinantes e Condicionantes e Epidemiológicos provenientes do Painel BI. • Análise da série histórica das Regiões. • Relação com outros Indicadores de Saúde. • Dados provenientes de Informações Adicionais das políticas de equidades. • Magnitude dos atendimentos realizados pela Atenção Primária em Saúde enquanto ordenadora do cuidado nos territórios. 	<p>1.1 Instituir como política pública o Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária em Saúde (PIAPS);</p> <p>1.2 Educação Permanente em Saúde: capacitar as equipes para acolhimento com estratificação de risco voltado para as linhas de cuidado, ciclos de vida e Redes de Atenção à Saúde; promover atividades educativas voltadas para o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde; qualificar o Programa Saúde na Escola; Garantir a implantação e o funcionamento dos NUMESC nos municípios; oportunizar a realização da Planificação da Saúde no âmbito da Macrorregião Norte;</p> <p>1.3 Prevenção e promoção da saúde: intensificar ações de promoção de saúde; desenvolver ações e práticas de cuidado aptas a promover o envelhecimento saudável; fortalecimento das políticas transversais como forma de cuidado;</p>

		<p>qualificar os atendimentos de saúde da criança e o pré-natal na Atenção Básica; Fortalecer a política de atenção à saúde do homem; desenvolver ações voltadas para a saúde da mulher; fortalecer a saúde do adolescente; estimular a implantação das PIC's nos municípios;</p> <p>1.4 Capacitar a APS para busca ativa e estimulação precoce das pessoas com deficiência, bem como para o diagnóstico e o tratamento precoce dos casos de toxoplasmose na comunidade;</p> <p>1.5 Expandir o PIM;</p> <p>1.6 Processo de trabalho: Qualificar o atendimento de saúde à população focando no trabalho interdisciplinar da equipe, (modificando o modelo de atendimento médico centrado), promovendo o autocuidado do usuário e a educação em saúde; Garantir a APS como ordenadora do cuidado; Desenvolver ações intersetoriais entre saúde, educação e assistência social; Capacitar para a realização com qualidade do Projeto Terapêutico Singular (PTS), com olhar interdisciplinar, apoio matricial e responsabilização das ESFs quanto ao cuidado;</p> <p>1.7 Oportunizar o acesso aos serviços de saúde básicos nos municípios, flexibilizando e/ou ampliando o horário de atendimento da UBS;</p> <p>1.8 Fortalecer a Política de Equidades, qualificando a oferta de ações e serviços em saúde na Atenção Básica voltados à Política de Equidades, promovendo o atendimento qualificado à população negra, população indígena, população LGBTQ+, população</p>
--	--	--

		<p>prisional e população de imigrantes; realizar levantamento de dados sobre a distribuição geográfica e condições de saúde da população de imigrantes;</p> <p>1.9 Sensibilizar os municípios para a importância de utilização do Telessaúde para qualificação dos encaminhamentos.</p>
2. Ampliação da oferta de serviços de neurologia adulto e infantil;	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência na oferta de serviços e demanda reprimida na especialidade. 	2.1 Habilitar ambulatório de Neurologia adulto e infantil na Macronorte - Programa ASSISTIR;
3. Ampliação da oferta de serviço de traumatologia de Média Complexidade e Alta Complexidade;	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência na oferta de serviços e demanda reprimida na especialidade. 	<p>3.1 Habilitar unidades de Média e Alta Complexidade em traumatologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Caridade de Carazinho (R17); • Hospital São João de Sananduva (R 18); • Hospital Frei Clemente de Soledade (R 19); <p>3.2 Contratar o aumento de cirurgias no Hospital de Caridade de Três Passos (R 15).</p>
4. Ampliação de leitos de UTI Neonatal e Pediátrico;	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência de leitos. • Judicialização de pedidos para fornecimento de leitos em caráter de urgência. 	<p>4.1 Implantar/habilitar leitos de UTI pediátrica e neonatal, com respectivo investimento, na macrorregião;</p> <p>4.2 Garantir o acesso na referência para egresso de UTI neo.</p>
5. Hospital Público Regional de Palmeira das Missões;	<ul style="list-style-type: none"> • Vazio assistencial para a região de saúde onde o hospital se encontra inserido, sobrecarregando os demais prestadores da Macrorregião. • Distância e custos excessivos em transporte sanitários para os municípios da macrorregião. 	<p>5.1 Garantir a implantação do Hospital Público Regional Lourenço Ardenghi Filho, com a conclusão das obras, equipamentos e equipe técnica;</p> <p>5.2 Credenciar e inserir o Hospital Público Regional Lourenço Ardenghi Filho, de Palmeira das Missões, como um ponto da rede de atenção à saúde, garantindo acesso da população macrorregional aos serviços de média e alta</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Humanização no atendimento mais próximo da residência do usuário. • Atendimento aos preceitos da regionalização da saúde com a oferta de todos os níveis de complexidade no território. 	<p>complexidade, atualmente inexistentes ou que necessitam de ampliação de atendimentos no contexto territorial da macrorregião;</p> <p>5.3 Habilitar neste serviço as especialidades de Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Endocrinologia, Fisiatria, Urologia, Nefrologia (com o serviço de Hemodiálise), Neurologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Oncologia Traumatologia e um CER para atendimento aos usuários da região de saúde 20.</p>
<p>6. Diminuição da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análise da série histórica da Macrorregião. • Análise dos resultados do Indicador 1 da Pactuação Interfederativa. • Envelhecimento populacional, conforme dados demográficos. • Transição nutricional da população. 	<p>6.1 Garantir o acompanhamento nutricional para atingir os objetivos da vigilância alimentar e nutricional, com atenção especial e direcionada para ações de prevenção da obesidade;</p> <p>6.2 Estabelecer protocolo de atenção à pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica na USB, fomentando ações de acompanhamento dos usuários;</p> <p>6.3 Implantar a Linha de Cuidado da pessoa com Sobrepeso e Obesidade e da Linha de Cuidado da oncologia;</p> <p>6.4 Implantar protocolo de atenção às pessoas com doenças respiratórias;</p> <p>6.5 Qualificar as equipes de APS para acolhimento, estratificação de risco, tratamento e utilização de tecnologias de autocuidado apoiado.</p>
<p>7. Ampliação dos serviços especializados em saúde bucal;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência na oferta de serviços e demanda reprimida na especialidade. 	<p>7.1 Fomentar o credenciamento e a habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) na macrorregião;</p> <p>7.2 Habilitar ambulatório de especialidade em odontologia hospitalar para pessoas com</p>

		<p>deficiência, na macrorregião (Programa ASSISTIR);</p> <p>7.3 Habilitar de ambulatório de especialidade em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial para a macrorregião (Programa ASSISTIR);</p> <p>7.4 Implantar serviços para diagnóstico precoce de Câncer Bucal (Programa ASSISTIR);</p>
8. Oferta de serviço de Alta Complexidade em Cardiologia Pediátrica;	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência do serviço. 	8.1 Habilitar o serviço de alta complexidade em Cardiologia Pediátrica para atendimento da Macrorregião Norte.
9. Ampliação da oferta de serviço de endocrinologia;	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência na oferta de serviços e demanda reprimida na especialidade. 	9.1 Implantar ambulatórios de endocrinologia para a macrorregião de saúde (Programa ASSISTIR).
10. Ampliação da oferta de serviços de oftalmologia	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência na oferta de serviços e demanda reprimida na especialidade. 	<p>10.1 Habilitar 01 ambulatório de oftalmologia para a Região 19 (Programa ASSISTIR);</p> <p>10.2 Ampliar a oferta de consultas na especialidade de oftalmologia pediátrica para a macrorregião;</p> <p>10.3 Ampliar a oferta de exames na especialidade de oftalmologia adulto e pediátrica.</p>
11. Ampliação da oferta de serviço em Hematologia Geral	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência na oferta de serviços e demanda reprimida na especialidade. 	<p>11.1 Habilitar um ambulatório de Hematologia na Macrorregião;</p> <p>11.2 Propor a inclusão da hematologia no Decreto do Programa Assistir.</p>
12. Fortalecimento e qualificação do cuidado à gestante do pré-natal ao puerpério	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de 31,8% nas causas de internação pelo SUS na população da faixa etária de 10 a 19 anos; • Taxa de 20,5% nas causas de internação pelo SUS na 	12.1 Garantir a integralidade do cuidado à mulher/gestante/puérpera, assegurando pré-natal humanizado e qualificado; vinculação da gestante à maternidade de referência; qualificação das práticas assistenciais; realização de estratificação de risco da gestante com encaminhamento em tempo hábil para o serviço de refe-

	<p>população da faixa etária de 30 a 49 anos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em 2020, 71,78% dos partos foi cesárea na Macronorte, valor superior aos índices do estado do Rio Grande do Sul que foi de 63,94% • Insuficiência na oferta de serviços e demanda reprimida para o encaminhamento de consultas de alto risco. 	<p>rência em alto risco; e, atendimento na referência ao pré-natal e parto de alto risco;</p> <p>12.2 Implantar um Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) na Macrorregião de Saúde.</p>
<p>13. Aumento da oferta de consultas e exames de apoio diagnóstico em diferentes áreas e especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência na oferta de Exames de Apoio Diagnóstico com demanda reprimida. 	<p>13.1 Buscar e garantir referências para consultas, exames e procedimentos eletivos nas seguintes especialidades: Hematologia; Pneumologia; Urologia pediátrica; Mastologia; Endocrinologia; Proctologia, Cabeça e Pescoço e Psiquiatria; Ecodoppler transtorácica; holter 24 horas; teste ergométrico de esteira; colangiopancreatografia; Litotripsia percutânea; Polissonografia; Angiotomografia; Fibrobroncoscopia; coleta de biópsias: punção de mama, tireóide, fígado, renal;</p> <p>13.2 Contratação de novos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), com prioridade para os seguintes exames: Tomografia, Ressonância Magnética, Raio X, Ultrassonografia, PET CT, Endoscopia, Colonoscopia, colposcopia, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica do pâncreas (CPRE), Aspiração por Agulha Fina (PAFF);</p> <p>13.3 Revisar e redimensionar a capacidade instalada e demanda reprimida de exames;</p>

		13.4 Qualificar a utilização de protocolos de regulação e encaminhamentos pelos profissionais da APS para solicitação de exames;
14. Fortalecimento e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Análise de indicadores e do processo de construção do PAR da RAPS. 	<p>14.1 Fortalecer a RAPS regional (Rede de Atenção Psicossocial) através do aumento do financiamento, garantindo efetividade e execução dos protocolos de referência e contrarreferência para a atenção básica;</p> <p>14.2 Fortalecer ações de enfrentamento ao risco/tentativa de suicídio e de suicídio nas Regiões, com parceiras intersetoriais e campanhas de educação em saúde;</p> <p>14.3 Capacitar as equipes de Atenção Básica, Especializada e Hospitalar para o manejo de situações que envolvam a Saúde Mental;</p> <p>14.4 Implantar Serviços Residenciais Terapêuticos Públicos voltados ao cuidado transitório e reinserção social;</p> <p>14.5 Realizar ações de educação permanente visando a articulação do CAPS com os demais pontos da rede e garantindo ações de matriciamento para a APS;</p> <p>14.6 Manter o número de leitos de saúde mental na região;</p> <p>14.7 Habilitar leitos de saúde mental exclusivos para adolescentes;</p> <p>14.8 Realizar ações de articulação intersetorial para prevenção às doenças mentais e violência;</p>
15. Diminuição da transmissão das Infecções Sexualmente Transmissíveis -ISTs e ampliação e	<ul style="list-style-type: none"> • Custeio insuficiente para a manutenção dos SAEs municipalizados. 	15.1 Assegurar fortalecimento financeiro e profissional dos SAEs regionais, assim como garantir referência em Infectologia;

<p>fortalecimento dos SAEs</p>		<p>15.2 Diminuir a transmissão das ISTs na macrorregião por meio da atenção especializada, seguindo os protocolos vigentes com periódica capacitação das equipes e alimentação adequada dos sistemas de informação;</p>
<p>16. Redução dos índices de Infestação e risco de Epidemia das arboviroses transmitidas pelos mosquitos do gênero Aedes (Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análise dos resultados dos Levantamentos de Índice Rápido de Aedes aegypti – LIRAA • Análise do Indicador 22 da Pactuação Interfederativa. 	<p>16.1 Intensificar as ações de vigilância e controle do Aedes e da Febre Amarela;</p> <p>16.2 Capacitar os municípios na vigilância do Simulídeo;</p> <p>16.3 Estabelecer um comitê multissetorial permanente e ativo para a condução de ações de combate ao Aedes;</p> <p>16.4 Garantir a contratação de Agentes de Combate às Endemias de forma não precária (Concurso Público/CLT);</p> <p>16.5 Qualificar e capacitar as equipes de Agentes Combate de Endemias (ACE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para controle do vetor;</p> <p>16.6 Desenvolver ações de educação ambiental em saúde.</p>
<p>17. Fortalecimento e qualificação do processo de planejamento, monitoramento e avaliação nas gestões municipal, regional e macrorregional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dados provenientes de Informações adicionais das áreas técnicas responsáveis pelo monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento na macrorregião. 	<p>17.1 Garantir a coparticipação das macrorregiões na discussão financeira em relação às ações de média e alta complexidade, bem como a alocação de recursos de forma descentralizada para as macrorregiões/regiões de saúde;</p> <p>17.2 Fortalecer e qualificar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação nas gestões municipal, regional e macrorregional.</p> <p>17.3 Assegurar de forma permanente e contínua a força de trabalho do quadro da SES e implantar plano de carreira, cargos e salários,</p>

		<p>assegurando garantia de pessoal e estrutura adequada para as Coordenadorias Regionais de Saúde;</p> <p>17.4 Qualificar e fortalecer os recursos humanos das Secretarias Municipais de Saúde;</p> <p>17.5 Participação efetiva do controle social nesse processo.</p>
<p>18. Aumento da cobertura vacinal preconizada pelo Calendário Nacional de Imunizações</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análise da série histórica da macrorregião que demonstra não atingimento de metas preconizadas. 	<p>18.1 Garantir a permanência de profissionais qualificados nas salas de vacina, sem rotatividade, com dedicação exclusiva, que garantam a imunização e alimentação regular e adequada dos sistemas de informações, bem como fornecer os instrumentos e recursos necessários, envolvendo a equipe multiprofissional nas ações;</p> <p>18.2 Realizar periodicamente a vigilância e monitorização das coberturas vacinais municipais referentes às vacinas disponíveis no Calendário Nacional de Imunizações, descentralizando as informações através de boletins, garantindo o feedback aos serviços vacinadores, notificadores e de gestão;</p> <p>18.3 Ampliar o acesso ao serviço de vacinação (horários e dias acessíveis);</p> <p>18.4 Qualificar os sistemas de informação utilizados no programa, a fim de garantir agilidade e estabilidade do e-SUS e SIPNI Web para a realização dos registros de forma oportuna;</p>
<p>19. Implementação com incentivo de referências de urgência e emergência prioritariamente nas áreas de traumatologia, urologia, neurologia,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de serviços. 	<p>19.1 Implementar com incentivo financeiro referência de urgência e emergência nas áreas de traumatologia, urologia, neurologia, oftalmologia e cardiologia;</p>

oftalmologia e cardiologia		19.2 Rever o Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência;
20. Qualificar a vigilância de populações expostas aos agrotóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 2019 e 2021, segundo dados do Tabnet, 27% das notificações de intoxicação por agrotóxicos agrícolas no RS foram realizadas na Macro Norte, das quais 166 foram feitas em 2019, 112 em 2020 e 81 em 2021. Destaca-se que 48% destas notificações indicaram que as intoxicações ocorreram por meio acidental e 13% por tentativa de suicídio. Ainda, 17% destas notificações não tiveram preenchidas as evoluções (cura/óbito) ou estavam marcadas como ignoradas. Por fim, dos 16 óbitos por intoxicação por agrotóxicos agrícolas que ocorreram no RS entre 2019 e 2021, 9 óbitos foram de residentes da Macro Norte. 	<p>20.1 Intensificar a vigilância dos agrotóxicos em água para consumo humano, ar e alimentos;</p> <p>20.2 Ampliar o percentual de municípios notificadores de intoxicação por agrotóxicos;</p> <p>20.3 Qualificar as notificações de intoxicação por agrotóxicos</p>
21. Organização da Assistência Farmacêutica com qualificação e dimensionamento adequado nos serviços de saúde visando o melhor acesso a medicamentos e serviços farmacêutico e a redução da judicialização.	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamento é o principal insumo terapêutico utilizado para os tratamentos em saúde; • Altos índices de judicialização de Medicamentos na Macrorregião; • Uso irracional de medicamentos, que causam problemas de saúde; • Falta de padronização na seleção de medicamentos. 	<p>21.1 Garantir a presença de profissional farmacêutico e auxiliar/atendente de farmácia em número adequado nos serviços de saúde para o serviço de atenção e clínica farmacêutica;</p> <p>21.2 Dispor de infraestrutura adequada para o trabalho de toda a equipe de AF, com espaço para armazenamento, trabalho interno e atendimento privado aos pacientes (através de uma sala de atendimento farmacêutico), incentivando o município a aderir ao QUALIFAR e ao CUIDAR +;</p> <p>21.3 Implantar efetiva Assistência Farmacêutica à população, com</p>

		<p>Cuidado Farmacêutico, Uso Racional de Medicamentos, descarte e gerenciamento adequado de medicamentos. Para tanto, garantir, nos municípios que aderiram, a implantação dos serviços do Programa Farmácia Cuidar+, e nos municípios que não aderiram, outros serviços de Assistência Farmacêutica;</p> <p>21.4 Implantar a Comissão de Farmácia e Terapêutica, multidisciplinar, que irá discutir, com base em critérios epidemiológicos, as necessidades farmacoterapêuticas da população, publicando a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais;</p> <p>21.5 Capacitar toda a equipe de saúde sobre as listas de medicamentos do SUS, seus critérios para inclusão/exclusão, e sobre cuidados básicos no uso de medicamentos;</p> <p>21.6 Ampliar o elenco de medicamentos disponibilizados pela SES e Publicar a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais;</p>
22. Atendimento pós-Covid-19	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência na oferta deste serviço. 	<p>22.1 Organizar um fluxo na rede existente para acolher pacientes pós-covid com necessidade de atendimento especializado e linha de cuidado;</p> <p>22.2 Fomentar a criação de um cofinanciamento (estadual e federal) específico para essas demandas.</p>
23. Ampliação do tratamento de água para consumo humano nas Soluções Alternativas Coletivas (SACs).	<ul style="list-style-type: none"> • Sem o tratamento da água por cloração, a população fica exposta às doenças de veiculação hídrica como cólera, febre tifóide, Hepatite A, doenças diarreicas agudas (DDA), dentre outras. Porém, o 	<p>23.1 Estender a cobertura de tratamento (cloração) de água para consumo humano no interior dos municípios por meio de ação intersetorial;</p> <p>23.2 Fomentar a realizar de trabalhos educativos com a população para demonstrar a sua importância para a</p>

	<p>acesso à água tratada não é realidade de muitos moradores da Macro Norte. Em 2020, 7,6% da população total da Macro Norte não tinha acesso à água tratada, ou seja, 98 mil habitantes, sendo que a grande maioria deles são abastecidos por Soluções Alternativas Coletivas (SACs). (Fonte: https://dados.gov.br/dataset?tags=CCOBERTURA+DE+ABASTECIMENTO&tags=SISAGUA).</p> <ul style="list-style-type: none"> • A pactuação de indicadores 2022-2023 apresenta o indicador 16, que calcula a porcentagem de pessoas abastecidas em domicílios permanentes por Soluções Alternativas Coletivas (SAC) que possuem água com desinfecção. Esse indicador ficou em 76,9% em 2021, sendo que a meta proposta é de 75% em 2022 e 78% em 2023. 	<p>saúde e, assim, reduzir a resistência ao consumo da água após o seu tratamento;</p> <p>23.3 Aumentar as inspeções sanitárias municipais em todas as formas de abastecimento de água para consumo humano e de uso coletivo;</p> <p>23.4 Ampliar o número de municípios atendidos através do subprograma estadual de melhoria da qualidade da água (PEMQA).</p>
--	---	--

CAPÍTULO II - ESTRUTURAÇÃO DAS DOMI (Diretrizes, Objetivos Metas, Indicadores)

O presente tópico apresenta as diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução construídos a partir da priorização de necessidades macrorregionais. As diretrizes foram definidas a partir das necessidades prioritárias de saúde da população da Macrorregião de Saúde Norte, da análise das características epidemiológicas, de organização dos serviços, do sistema de saúde e os marcos da política de saúde, considerando os eixos transversais, contemplando questões como a promoção, prevenção e recuperação da saúde e o planejamento em gestão. Inclui as redes temáticas prioritárias, quais sejam: a) materno infantil; b) urgências e emergências; c) atenção psicossocial; d) pessoa com deficiência; e) atenção às doenças e condições crônicas.

Com o intuito de monitorar e avaliar as ações realizadas no território, de acordo com as Diretrizes, os Objetivos e as Metas estabelecidos no presente planejamento, foram elencados indicadores contemplando a pactuação estadual, conforme Resolução CIB/RS Nº 151/22. O processo de pactuação de indicadores integra a estratégia do Planejamento Regional de Saúde no Rio Grande do Sul e reforça as responsabilidades de cada gestor, em função das necessidades de saúde da população no território, reconhecidas de forma bipartite, e fortalece a integração dos instrumentos de planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS).

O prazo de execução das metas é o período de até quatro anos.

Diretriz 1- Fortalecer o SUS na Macrorregião Norte, com foco nas redes temáticas prioritárias, visando à promoção da saúde, à prevenção dos riscos a doenças.

Objetivo 1- Qualificar a Atenção Primária à Saúde		
Metas	Indicador	Prazo de Execução
Promover 05 ações descentralizadas de Educação Permanente em Saúde destinadas a trabalhadores do SUS e gestores municipais, nas áreas apontadas no presente plano como prioritárias conforme levantamento das necessidades macrorregionais.	Número de atividades realizadas.	2 anos

Ampliar o percentual de equipes de APS que ofertam PICS em 5%.	Percentual de equipes de APS com registro de oferta de procedimentos, atendimento individual e atividade coletiva em PICS.	4 anos
Ampliar o percentual de idosos com registro de avaliação multidimensional e acompanhamento pela APS em 20%.	Percentual de idosos com registro do procedimento “Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa”.	4 anos
Aumentar a cobertura vacinal preconizada pelo Calendário Nacional de Imunizações por meio da qualificação e fortalecimento das salas de vacina.	Cobertura vacinal da vacina tríplice viral, primeira dose, para crianças de 1 ano de idade. Proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B e poliomielite inativada.	4 anos
Fortalecer a saúde do adolescente.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10-19 anos e proporção de nascidos vivos de mulheres entre 10-19 anos	4 anos
Organizar a Assistência Farmacêutica com qualificação e dimensionamento adequado nos serviços de saúde visando o melhor acesso a medicamentos e serviços farmacêuticos e a redução da judicialização.	Número de municípios com Comissão de Farmácia e Terapêutica constituídas e em funcionamento. Número de municípios que desenvolvem práticas clínicas no âmbito da Assistência Farmacêutica.	4 anos

Objetivo 2 – Fortalecer e qualificar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)		
Metas	Indicador	Prazo de execução
Ampliar as ações em saúde mental e qualificar o atendimento realizado nos diferentes pontos de atenção da RAPS.	<p>Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica.</p> <p>Índice de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC).</p> <p>Percentual de equipes de Atenção Básica que realizaram pelo menos 4 (quatro) atendimentos em grupo relativos ao tema da saúde mental ao ano.</p>	4 anos

Objetivo 3 – Realizar ações de enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus agravos		
Metas	Indicador	Prazo de Execução
Garantir o acompanhamento nutricional para atingir os objetivos da vigilância alimentar e nutricional, com atenção especial e direcionada para ações de prevenção da obesidade e implantar a linha de cuidado da pessoa com Sobrepeso e Obesidade.	<p>Percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta do RS.</p> <p>Percentual de equipes da Atenção Básica que realizaram pelo menos 1 (uma) atividade com o tema alimentação saudável.</p>	4 anos
Reduzir a prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.	<p>Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.</p> <p>Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.</p>	4 anos

Objetivo 4 – Qualificar as ações direcionadas à saúde da mulher, gestante e criança		
Metas	Indicador	Prazo de Execução
Reduzir a mortalidade infantil em 10% na macrorregião de saúde.	Taxa de mortalidade infantil.	4 anos

Reduzir a mortalidade materna em 10% na macrorregião de saúde.	Razão de Mortalidade Materna.	4 anos
Garantir pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação.	Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação.	4 anos
Realizar atendimento odontológico em no mínimo 85% das gestantes.	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	4 anos
Realizar exame citopatológico em no mínimo 80% das mulheres cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente em uma equipe no e-SUS, com idade entre 25 e 64 anos.	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.	4 anos
Ampliar os exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69, em 20%.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária.	4 anos

Objetivo 5 – Desenvolver ações de enfrentamento às Doenças Transmissíveis e às IST/AIDS

Metas	Indicador	Prazo de Execução
Realizar exames para sífilis e HIV em no mínimo 95% das gestantes.	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	4 anos
Garantir que no mínimo 80% do número de casos de sífilis detectados em gestantes tenha prescrição de tratamento adequado conforme a classificação clínica.	Percentual de sífilis em gestantes com prescrição de tratamento conforme a classificação clínica.	4 anos

<p>Diminuir a transmissão das Infecções Sexualmente Transmissíveis - ISTs, ampliar e fortalecer os SAEs, garantindo referência em infectologia na macrorregião de saúde.</p>	<p>Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.</p> <p>Coefficiente bruto de mortalidade por Aids.</p> <p>Testagem para HIV nos casos novos de tuberculose notificados no SINAN.</p> <p>Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade.</p>	<p>4 anos</p>
<p>Garantir atendimento Covid-19 e pós-Covid-19.</p>	<p>Percentual de coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG.</p> <p>Cinco coletas de amostras por semana com RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) realizado dos casos de síndrome gripal (SG) atendidos na unidade sentinela (US).</p>	<p>4 anos</p>
<p>Utilizar a realização do Tratamento Diretamente Observado como ferramenta para melhoria dos indicadores de Tuberculose (TB) no Município, através da adequada identificação/in-vestigação de contatos, redução das taxas de abandono de tratamento, aumento das taxas de cura, redução dos óbitos e dos casos que evoluem para tuberculose drogarresistente.</p>	<p>Percentual de realização de tratamento diretamente observado para tuberculose.</p>	<p>4 anos</p>

Objetivo 6 - Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde		
Metas	Indicador	Prazo de Execução
Reduzir os índices de Infestação e risco de Epidemia das arboviroses transmitidas pelos mosquitos do gênero Aedes (Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela).	Índice de Infestação Predial pelo Aedes aegypti.	4 anos
Ampliar o tratamento de água para consumo humano nas Soluções Alternativas Coletivas (SACs) e o número de municípios atendidos através do subprograma estadual de melhoria da qualidade da água (PEMQA)	População abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC) com tratamento em relação à população abastecida por SAC.	4 anos
Qualificar a vigilância de populações expostas aos agrotóxicos.	<p>Percentual de municípios notificadores de intoxicação por agrotóxicos;</p> <p>Proporção de notificações com a evolução como cura ou óbito;</p> <p>Percentual de municípios que realizam anualmente a vigilância de agrotóxicos em água para consumo humano.</p>	4 anos

Diretriz 2- Ampliar a rede de atenção especializada garantindo o acesso integral à população residente

Objetivo 1- Ampliar a oferta de serviços especializados na Macrorregião de Saúde		
Meta	Indicador/Ação	Prazo de execução
Habilitar ambulatório de Neurologia adulto e infantil - Programa ASSISTIR.	Habilitação de um ambulatório de especialidades.	2 anos

<p>Habilitar unidades de Média e Alta Complexidade em traumatologia-ortopedia.</p>	<p>Habilitação de ambulatórios de especialidades e aumento contratual de cirurgias nos seguintes prestadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospital de Caridade de Carazinho (Região 17); - Hospital São João de Sananduva (Região 18); - Hospital Frei Clemente de Soledade (Região 19); - Contratualizar o aumento de cirurgias no Hospital de Caridade de Três Passos (Região 15). 	<p>2 anos</p>
<p>Implantar/habilitar leitos de UTI pediátrico e neonatal, com respectivo investimento, na macrorregião.</p>	<p>Implantação e habilitação de leitos.</p>	<p>2 anos</p>
<p>Garantir o acesso na referência para egresso de UTI neonatal.</p>	<p>Pactuação de referência.</p>	<p>2 anos</p>
<p>Implantar e inserir na Rede de Atenção à Saúde o Hospital Público Regional de Palmeira das Missões.</p>	<p>Monitoramento do andamento da obra e implantação do serviço.</p> <p>Inserção do Hospital na rede de atenção à saúde macrorregional mediante estudos das especialidades necessárias e contratualização para prestação de serviços aos usuários do SUS.</p>	<p>2 anos</p>
<p>Habilitar ambulatório de especialidade em odontologia hospitalar para pessoas com deficiência na macrorregião (Programa ASSISTIR).</p>	<p>Habilitação de um ambulatório de especialidades.</p>	<p>2 anos</p>

Habilitar ambulatório de especialidade em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial para a macrorregião (Programa ASSISTIR).	Habilitação de um ambulatório de especialidades.	2 anos
Implantar serviços para diagnóstico precoce de Câncer Bucal (Programa ASSISTIR).	Implantação de serviço.	2 anos
Fomentar o credenciamento e a habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) na macrorregião.	Implantação de serviço.	2 anos
Habilitar o serviço de alta complexidade em Cardiologia Pediátrica para atendimento da Macrorregião Norte.	Habilitação de um ambulatório de especialidades.	2 anos
Implantar ambulatórios de endocrinologia para a macrorregião de saúde (Programa ASSISTIR).	Habilitação de um ambulatório de especialidades.	2 anos
Habilitar um ambulatório de oftalmologia para a Região 19 (Programa ASSISTIR);	Habilitação de um ambulatório de especialidades.	2 anos
Ampliar a oferta de consultas na especialidade de oftalmologia pediátrica para a macrorregião;	Ampliação contratual.	2 anos
Ampliar a oferta de exames na especialidade de oftalmologia adulto e pediátrica.	Ampliação contratual.	2 anos
Habilitar um ambulatório de Hematologia na Macrorregião;	Habilitação de um ambulatório de especialidades.	2 anos
Implantar um Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) na Macrorregião de Saúde.	Implanta�o de serviço com amplia�o contratual.	2 anos

<p>Implementar com incentivo financeiro referência de Urgência e Emergência nas áreas de traumatologia, urologia, neurologia, oftalmologia e cardiologia.</p>	<p>Implantação de serviço com ampliação contratual.</p>	<p>2 anos</p>
<p>Buscar e garantir referências para consultas, exames e procedimentos eletivos nas seguintes especialidades: Hematologia; Pneumologia; Urologia pediátrica; Mastologia; Endocrinologia; Proctologia; Cabeça/Pescoço; Psiquiatria; Ecodoppler transtorácica; holter 24 horas; teste ergométrico de esteira; colangiopancreatografia; Litotripsia percutânea; Polissonografia; Angiotomografia; Fibrobroncoscopia; coleta de biópsias: punção de mama, tireóide, fígado, renal.</p>	<p>Ampliação contratual.</p>	<p>2 anos</p>
<p>Contratação de novos serviços de SADT, com prioridade para os seguintes exames: Tomografia, Ressonância Magnética, Raio X, Ultrassonografia, PET CT, Endoscopia, Colonoscopia, colposcopia, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica do pâncreas (CPRE), Aspiração por Agulha Fina (PAFF).</p>	<p>Ampliação contratual.</p>	<p>2 anos</p>

Diretriz 3- Fortalecer e qualificar a gestão em saúde

Objetivo 1- Fortalecer e qualificar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação nas gestões municipal, regional e macrorregional.

Metas	Indicadores	Prazo de execução
Qualificar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação nas gestões municipal, regional e macrorregional.	Monitoramento dos instrumentos de gestão.	4 anos
Garantir a coparticipação das macrorregiões na discussão financeira em relação às ações de média e alta complexidade, bem como a alocação de recursos de forma descentralizada para as macrorregiões/regiões de saúde.	Instituição e atuação do Comitê Executivo de Governança da RAS.	4 anos

CAPÍTULO III - RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS NO ESPAÇO REGIONAL E PROPOSTAS DO TETO PARA A EXECUÇÃO DAS DOMI

Neste capítulo, considera-se relacionar o quadro das DOMI prioritárias da Macrorregião de Saúde Norte, elencadas no Capítulo II, com as responsabilidades dos entes federativos para a efetivação das ações que atendam às necessidades de saúde prioritárias e o seu respectivo financiamento. Sublinha-se que as responsabilidades dos entes federados estão elencadas na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no Capítulo IV – Da Competência e das Atribuições.

Considerando o financiamento tripartite das metas do Objetivo 1 - Qualificar a Atenção Primária à Saúde e as redes temáticas prioritárias, da Diretriz 1, destaca-se:

- A promoção das ações descentralizadas de Educação Permanente em Saúde destinadas a trabalhadores do SUS e gestores municipais, está sob responsabilidade da SES, através de articulação entre as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e a Escola de Saúde Pública (ESP/SES/RS);
- A ampliação do percentual de equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) que ofertam Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), a ampliação do percentual de idosos com registro de avaliação multidisciplinar e acompanhamento pela APS e diminuição da gravidez na adolescência, possui dupla responsabilidade: através das ações do município e do financiamento estadual do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS) e Rede Bem Cuidar (RBC);
- A redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna, a realização das consultas de pré-natal e de exames para sífilis e HIV nas gestantes, está sob responsabilidade dos municípios, financiamento estadual através do PIAPS e federal, através dos repasses do Previne Brasil;
- O atendimento odontológico em gestantes, a realização do exame citopatológico em mulheres entre 25 e 64 anos, está sob responsabilidade dos municípios e financiamento federal (Previne Brasil), já a ampliação dos exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69, além da responsabilidade municipal e federal, conta com os repasses estaduais através de contratualização de prestadores de serviço;
- A diminuição da transmissão das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), ampliação e fortalecimento dos Serviços de Assistência Especializada (SAEs),

possui tripla responsabilidade: através das ações do município, do financiamento estadual e federal, garantindo referência em infectologia;

- O aumento da cobertura vacinal preconizada pelo Calendário Nacional de Imunizações conta com financiamento federal e a ampliação do tratamento de água para consumo humano, baseia-se prioritariamente nas ações desenvolvidas pelo município com financiamento municipal;
- A redução dos índices de infestação e risco de Epidemia das arboviroses transmitidas pelos mosquitos do gênero *Aedes* (Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela), baseia-se prioritariamente nas ações desenvolvidas pelo município com financiamento federal; e a qualificação da vigilância de populações expostas aos agrotóxicos, baseia-se em iniciativas sob responsabilidade estadual;
- O fortalecimento e a qualificação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), possui tripla responsabilidade: através das ações do município, do financiamento estadual (PIAPS) e federal;
- O acompanhamento nutricional, as ações de prevenção da obesidade e vigilância nutricional, a implantação da linha de cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade, possui tripla responsabilidade: através das ações do município, do financiamento estadual (PIAPS) e federal (Política de Alimentação e Nutrição);
- O atendimento Covid-19 e pós-Covid-19, conta com tripla responsabilidade: através do financiamento municipal, estadual (através da contratualização dos prestadores) e federal;
- A redução da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, acontece prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS), com financiamento estadual (PIAPS) e federal (Previne);
- As ações para organização da Assistência Farmacêutica visando o melhor acesso a medicamentos e serviços farmacêuticos e a redução da judicialização, possuem tripla responsabilidade: através das ações do município, do financiamento estadual (Rede Cuidar+) e federal (Qualifar);
- As ações de qualificação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose (TB), são de dupla responsabilidade: municípios e estado (PIAPS);

Considerando o financiamento tripartite solidário das metas do Objetivo 1 - Ampliar a oferta de serviços especializados na Macrorregião de Saúde, da Diretriz 2, destaca-se que as habilitações dos ambulatorios de especialidades de média complexidade estão vinculadas e sob responsabilidade estadual através do Programa ASSISTIR, contando com avaliações trimestrais realizadas pelas Comissões de Avaliação de Contrato (CACs). O aumento de oferta de exames em várias especialidades e de serviços de Serviços Auxiliares, Diagnósticos e Terapêuticos (SADT), são de responsabilidade estadual, através da realização de contratos com prestadores.

As habilitações de serviços/habilitações em alta complexidade estarão sob responsabilidade do financiamento federal, bem como, o aumento de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) pediátricos e neonatais, a implantação de um Ambulatório de Gestão de Alto Risco (AGAR) e a Urgência e Emergência na Macrorregião de Saúde Norte. As ampliações de oferta de consultas e exames na especialidade oftalmologia adulta e pediátrica são de responsabilidade compartilhada do financiamento estadual e federal, assim como, a habilitação de novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) na macrorregião de saúde. A inserção do Hospital de Palmeira das Missões na rede de atenção à saúde macrorregional e sua contratualização são ações de responsabilidade estadual.

Considerando o financiamento tripartite das metas do Objetivo 1 - Fortalecer e qualificar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação nas gestões municipal, regional e macrorregional, da Diretriz 3, destaca-se: a qualificação do processo de planejamento, monitoramento e avaliação nas gestões municipal, regional e macrorregional como responsabilidade dos três entes federados envolvidos, sendo que o Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS) será responsável por garantir a coparticipação das macrorregiões de saúde na discussão financeira em relação às ações de média e alta complexidade, bem como a alocação de recursos de forma descentralizada para as macrorregiões/regiões de saúde.

Na Macrorregião de Saúde Norte do Estado há vários consórcios intermunicipais que são utilizados pelos municípios, especialmente para aquisição de medicamentos, exames e consultas. Alguns municípios da Região de Saúde 17 utilizam o Consórcio Intermunicipal da Região do Planalto Médio (CIPLAM), que abrange os municípios de Camargo, Casca, Ciriaco, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Gentil, Marau, Mato Castelhanos, Muliterno, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Santo Antônio do Palma, São Domingos do Sul, Serafina Córrea, Vanini e Vila Maria.

A Região de Saúde 16 conta com o Consorcio Público Intermunicipal da Região do Alto Uruguai (CIRAU), que tem atuação em várias áreas da gestão municipal, não só na saúde. No seu estatuto de 2021 constavam 24 municípios (23 da Região 16 e Sertão que pertence a AMAU). Informa ainda que há 30 municípios atuantes.

A Região de Saúde 18, conta com o Consórcio Intermunicipal da Região Nordeste (CIRENOR), que atende os municípios de Água Santa, Barracão, Cacique Doble, Caseiros, Capão Bonito do Sul, Ibiaçá, Ibiraiaras, Lagoa Vermelha, Machadinho, Maximiliano de Almeida, Paim Filho, Sananduva, Santo Expedito do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro, Santa Cecília do Sul, Tapejara, Tupanci do Sul e Vila Lângaro.

Alguns municípios das Regiões de Saúde 17 e 19, utilizam os serviços do Consórcio de Desenvolvimento Intermunicipal dos Municípios do Alto Jacuí e do Alto da Serra do Botucaraí (COMAJA): Alto alegre, Barros Cassal, Campos Borges, Carazinho, Espumoso, Fontoura Xavier, Ibirapuitã, Itapuca, Lagoa dos Três Cantos, Mormaço, Não-me-toque, Soledade, Tapera, Tio Hugo, Tunas e Victor Graeff.

Já o Consórcio Intermunicipal do Médio Alto Uruguai (CIMAU) e o Consórcio Intermunicipal do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (CISA), atendem as Regiões de Saúde 15 e 20. O CIMAU contempla os seguintes municípios consorciados: Alpestre, Ametista do sul, Barra do Guarita, Boa Vista das Missões, Caiçara, Cerro Grande, Cristal do Sul, Derrubadas, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Seberi, Tenente Portela, Vista Alegre, Dois Irmãos das Missões, Erval seco, Frederico Westphalen, Iraí, Jaboticaba, Liberato Salzano, Miraguaí, Novo Tiradentes, Palmeira das Missões, Palmitinho, Rodeio Bonito, Taquaruçu do Sul, Vicente Dutra e Vista Gaúcha.

Já o CISA, é composto por 45 municípios: Ajuricaba, Alegria, Augusto Pestana, Barra do Guarita, Boa Vista do Cadeado, Bom Progresso, Bozano, Braga, Campo Novo, Catuípe, Chiapeta, Condor, Coronel Barros, Coronel Bicaco, Crissiumal, Derrubadas, Dois Irmãos das Missões, Esperança do Sul, Horizontina, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Independência, Jóia, Miraguaí, Nova Ramada, Nova Candelária, Novo Machado, Palmitinho, Panambi, Pejuçara, Pinheirinho do Vale, Redentora, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul, Sede Nova, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Três de Maio, Tucunduva, Vista Alegre e Vista Gaúcha.

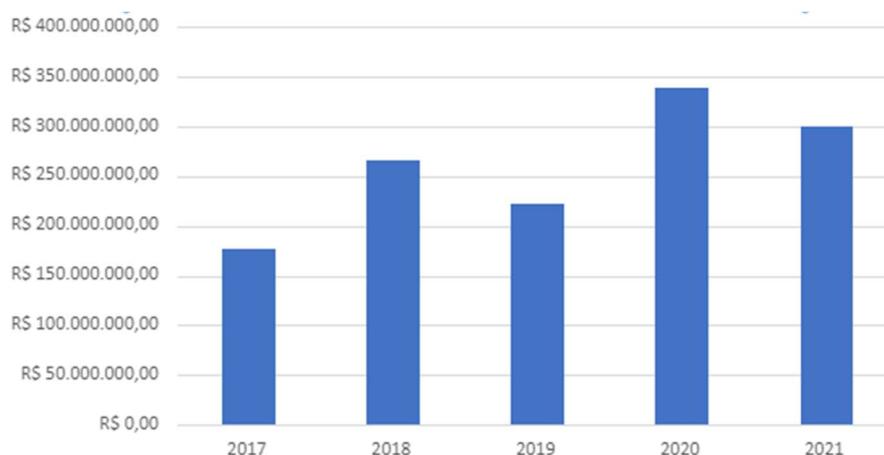
Para melhor organizar a assistência (redes de atenção e financiamento), é necessário que as macrorregiões disponham de informações sobre os contratos que os municípios

estabelecem diretamente com os hospitais e estabelecimentos assistenciais no seu território ou em município próximo, principalmente quando a gestão do estabelecimento é estadual ou dupla.

Alguns destes contratos preveem atendimentos fora do horário de funcionamento das UBS, principalmente em finais de semana e até serviços de urgência e emergência.

A seguir serão apresentadas informações a respeito do financiamento do SUS, considerando repasses estaduais e federais, além da aplicação de recursos próprios dos municípios.

Figura 37. Repasses do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, Blocos de Estruturação e Manutenção, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2017-2021.



Fonte: Fundo Estadual de Saúde/SES/RS.

Os repasses do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde são majoritariamente para manutenção das ações (Custeio). Percebe-se, na Figura 37, aumento nos repasses nos anos 2020 e 2021 que estão, provavelmente, relacionados aos recursos enviados aos municípios para enfrentamento da Covid-19.

Nas tabelas 22 e 23 são apresentados os repasses estaduais e federais para o financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade repassados aos hospitais da Macrorregião de Saúde Norte e os repasses estaduais dos programas Assistir e Avançar.

Tabela 22. Repasses financeiros da Média e Alta Complexidade, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2020 a junho de 2022

Ano	Repasso
2020	R\$ 310.606.903,78
2021	R\$ 330.480.315,14
2022 (até junho)	R\$ 174.428.880,55

Fonte: Fundo Estadual de Saúde/SES/RS.

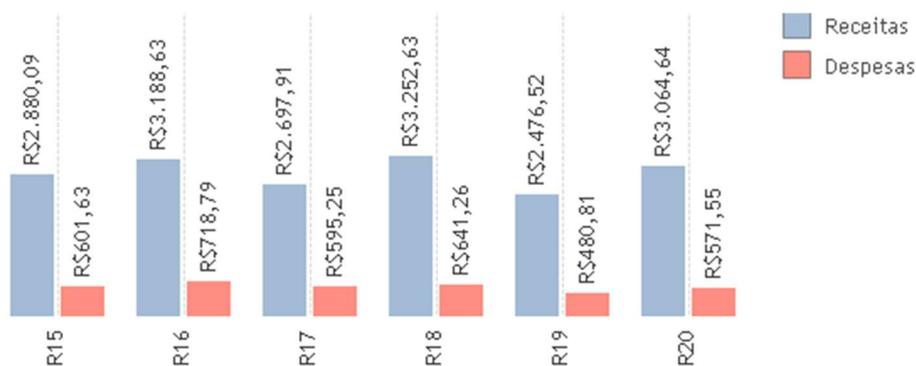
Tabela 23. Repasses financeiros dos Programas Assistir e Avançar, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, outubro de 2021 a junho de 2022

Programa	Repasso
Assistir	R\$ 114.053.196,00
Avançar	R\$ 77.119.447,09

Fonte: Fundo Estadual de Saúde/SES/RS.

Analisando a Figura 38 de receita de impostos e gastos em saúde, municipais, pode-se observar que as Regiões de Saúde possuem variações de até 50% nos gastos *per capita* em saúde, enquanto existe uma variação de aproximadamente 31% na receita per capita. Destacam-se as Regiões de saúde 17, 19 e 20 como as que menos realizam despesas com recursos próprios per capita na Macrorregião de Saúde Norte.

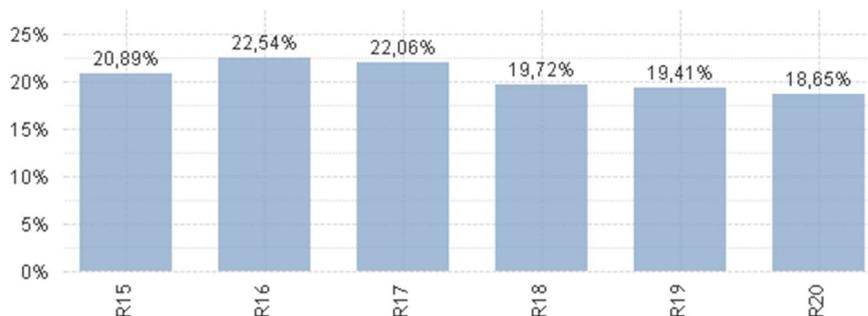
Figura 38. Receita Líquida de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (RLIT) *per capita* e Despesa com recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde *per capita*, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2020.



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Evidencia-se, ao se analisar a figura 39, que a aplicação dos recursos próprios (ASPS) dos municípios, quando verificada de forma macrorregional, ultrapassa o percentual mínimo de 15% de receita aplicada própria em saúde. No ano de 2020 a Região de Saúde 20 apresentou o menor percentual de 18,65% e a Região de Saúde 16 fez o maior investimento, registrando 22,54%.

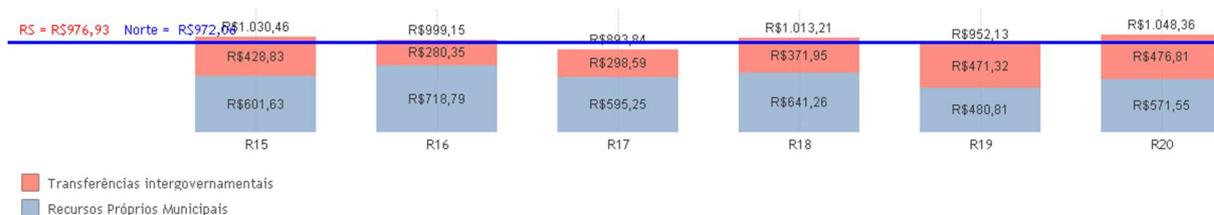
Figura 39. Percentual da receita própria municipal aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) conforme a Emenda Complementar 29/2000 (mínimo constitucional de aplicação municipal 15%) per capita, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2020.



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Os dados da Figura 40 mostram que os municípios, na maioria das Regiões de Saúde, utilizam um valor *per capita*, significativamente superior do recurso próprio em comparação com o valor das transferências intergovernamentais. Destaca-se a Região de Saúde 16 com um valor 2,5 vezes maior de investimento *per capita* de recursos próprios em relação às transferências intergovernamentais. Ao se analisar a média das despesas dos municípios da Macrorregião de Saúde Norte percebe-se que esta é semelhante à média dos demais municípios do Estado do Rio Grande do Sul, sendo ligeiramente menor.

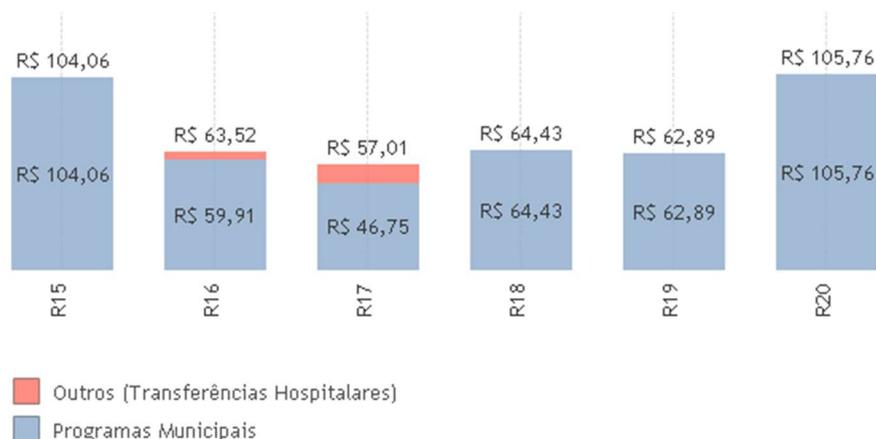
Figura 40. Despesa total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (recursos municipais, estaduais e federais) *per capita*, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2020.



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Na Figura 41 percebe-se que houve significativa diferença nas transferências de recursos estaduais entre as Regiões de Saúde da Macrorregião de Saúde Norte, destacando-se a região de saúde 17 com o menor valor repassado per capita e as Regiões de saúde 15 e 20 com os maiores valores recebidos do Estado no ano 2020.

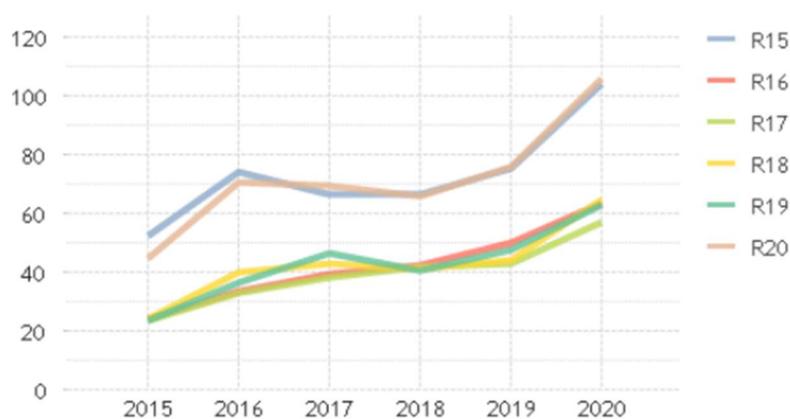
Figura 41. Transferências de recursos financeiros estaduais aos fundos municipais de saúde *per capita*, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2020.



Fonte: Finanças Públicas do Estado/ Secretaria da Fazenda (FPE/SEFAZ/RS).

Quando analisado o período de 2015 até 2020, na Figura 42, observa-se significativo aumento de transferência de recursos financeiros estaduais aos fundos municipais de saúde das seis Regiões de Saúde, destacando-se as Regiões 15 e 20, com o maior aumento nos repasses, principalmente a partir de 2019. As demais Regiões mantiveram um padrão de crescimento semelhante.

Figura 42. Transferências de recursos financeiros estaduais aos fundos municipais de saúde *per capita*, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2015-2020.

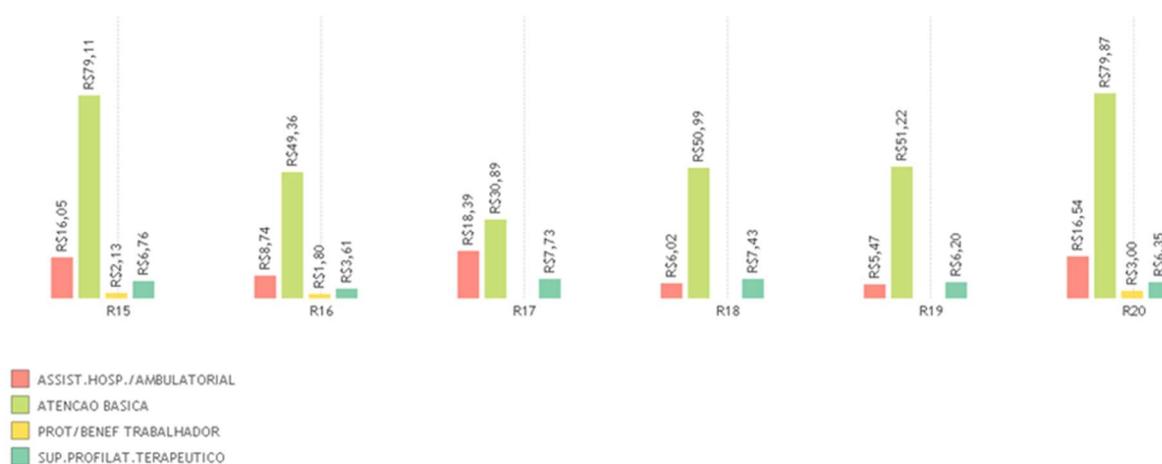


Fonte: Finanças Públicas do Estado/ Secretaria da Fazenda (FPE/SEFAZ/RS).

Entre as subfunções orçamentárias evidenciadas na Figura 43, destaca-se o repasse da Atenção Básica com o maior valor repassado em todas as seis Regiões de Saúde da Macrorregião de Saúde Norte. No entanto, esse repasse para a atenção básica se comparado ao repasse à assistência ambulatorial mostra-se muito diferente entre as regiões de saúde. Enquanto

na Região de Saúde 17 o valor repassado para a atenção básica é somente 168% maior que o repasse para a assistência ambulatorial, na 19 esse repasse chega a ser 936% maior, aproximadamente.

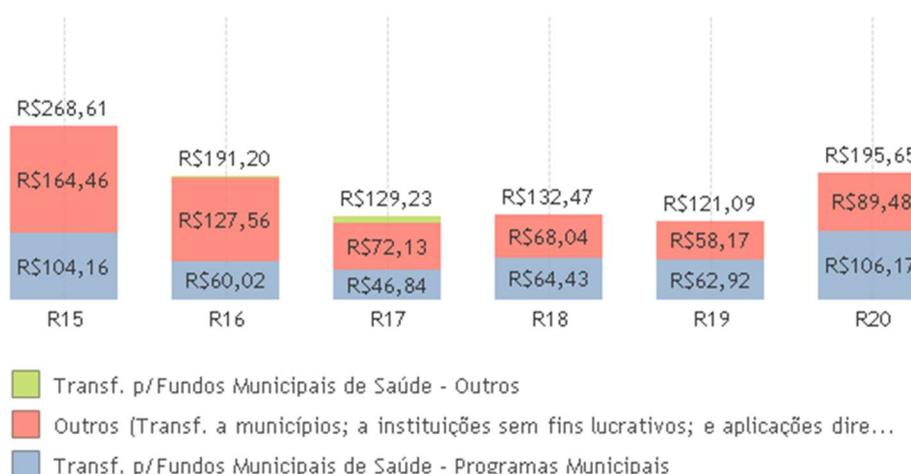
Figura 43. Transferências de recursos financeiros estaduais aos fundos municipais de saúde por subfunção orçamentária per capita, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2020.



Fonte: Finanças Públicas do Estado/ Secretaria da Fazenda (FPE/SEFAZ/RS).

Na figura 44, destacam-se as Regiões de Saúde 15 e 16 com os maiores valores pagos aos fundos municipais de saúde e instituições sem fins lucrativos e a Região de Saúde 19 com os menores valores.

Figura 44. Total de pagamentos realizados com recursos financeiros estaduais a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, *per capita*, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2020.



Fonte: Finanças Públicas do Estado/ Secretaria da Fazenda (FPE/SEFAZ/RS).

Na figura 45, observa-se um significativo aumento de transferência de recursos financeiros estaduais aos fundos municipais de saúde das seis Regiões de Saúde da Macrorregião de Saúde Norte, destacando-se as Regiões de saúde 15 e 16.

Figura 45. Total de pagamentos realizados com recursos financeiros estaduais a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, *per capita*, Macrorregião de Saúde Norte, Rio Grande do Sul, 2015-2020.



Fonte: Finanças Públicas do Estado/ Secretaria da Fazenda (FPE/SEFAZ/RS).

CAPÍTULO IV - ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS PARA GARANTIR INTEGRALIDADE

Quando se analisa o contexto macrorregional é possível perceber que na região de saúde com maior oferta de serviços hospitalares existe a menor cobertura de Atenção Básica e Equipes de Saúde da Família (ESF). Esse desenho demonstra a pertinência da priorização das necessidades de saúde onde se identifica a necessidade de pulverização e qualificação dos serviços desde a Atenção Primária à Saúde até a Atenção Terciária, conforme a identificação dos vazios geográficos e assistenciais que ainda persistem no âmbito da Macrorregião de Saúde Norte. A organização dos pontos de atenção da Redes de Atenção à Saúde (RAS) se mostra como fundamental para a garantia da integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional.

4.1 Atenção Primária à Saúde

Assim, partindo de uma estrutura operacional da RAS, que tem como ordenadora do cuidado a Atenção Primária à Saúde, se identifica que, em relação à cobertura de ESF no Rio Grande do Sul, 19 Regiões de Saúde apresentam proporção acima da média estadual (59%), a maioria delas está localizada na Macrorregião de Saúde Norte e em municípios de pequeno porte. Por outro lado, 11 Regiões de Saúde apresentam cobertura de ESF menor que a média estadual dentre elas está a Região 17 (55,35%). Ainda, em relação à cobertura de AB, por Região de Saúde, verifica-se que a Região 17 (67,74%) também apresenta cobertura inferior à média estadual (74,29%). Importante referir que mesmo que a ESF esteja presente na maioria dos municípios, e que seja o modelo prioritário para a organização e qualificação da Atenção Básica (AB), muitos são os desafios para instituir diretrizes de acesso, de qualificação dos processos de trabalho e de cuidado e resolutividade nesse nível de atenção. Além disso, há diferenças expressivas entre os municípios em relação à cobertura de ESF, o que exige apoio para execução dos planos municipais de saúde e qualificação da AB (RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde, PES 2020-2023). De modo que os dados apresentados neste Plano por ocasião da descrição da capacidade instalada do território e do levantamento das demandas prioritárias em saúde orientam que este ponto de atenção da RAS demanda ampliação de cobertura (AB, ESF, equipes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde) e qualificação contínua dos processos de trabalho para que possa assumir efetivamente o protagonismo enquanto ordenador do cuidado, assegurando a integralidade.

4.2 Atenção às Urgências

No que se refere a atenção às urgências é possível verificar que embora exista uma boa organização do serviço do território persiste a necessidade de ampliação e pulverização no âmbito das regiões de saúde de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) pediátricos e neonatais, além de leitos de cuidado prolongados. Além da implementação com incentivo financeiro de referência de urgência e emergência nas especialidades, tendo como prioridade traumatologia, urologia, neurologia, oftalmologia e cardiologia.

4.3 Atenção Psicossocial

Com relação a atenção psicossocial se identifica como demanda para garantia fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da integralidade no cuidado a habilitação de leitos exclusivos de saúde mental para adolescentes, a implantação de Serviços de Residencial Terapêutico e a ampliação do quantitativo de equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental.

4.4 Atenção Materno-Infantil

A atenção materno-infantil no espaço macrorregional demanda a garantia do acesso na referência para egresso de UTI neonatal e a implantação de um Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) na Macrorregião de Saúde a fim de que possa haver o encaminhamento e assistência em tempo oportuno das gestantes de alto risco.

4.5 Atenção à Pessoa com Deficiência

No âmbito da atenção à pessoa com deficiência verifica-se que existe uma rede organizada de serviços no território da Macrorregião de Saúde Norte. Considerando que a Região de Saúde 20 não possui Centro Especializado em Reabilitação (CER), compartilhando o acesso com a Região de Saúde 15, a fim de aproximar o acesso dos usuários foi pensada a habilitação deste serviço no território por ocasião da definição da vocação do Hospital Público Regional de Palmeira das Missões.

4.6 Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

As doenças crônicas não-transmissíveis desafiam uma prática de cuidado voltada para os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença no território, motivo pelo qual a articulação de diversos pontos da RAS se faz necessária. Em relação a capacidade instalada da Rede de Cuidados à Pessoa com Doenças Crônicas e suas Linhas de Cuidado, é possível observar que a macrorregião de saúde possui uma rede organizada, mas que demanda ainda o incremento de serviços como ampliação de consultas, exames e especialidades, já listadas no DOMI como: Neurologia adulto e infantil; unidades de Média e Alta Complexidade em traumatologia-ortopedia; implantação de serviços para diagnóstico precoce de Câncer Bucal; serviço de alta complexidade em Cardiologia Pediátrica; e, implantação de ambulatórios de endocrinologia.

4.7 Assistência Farmacêutica

Embora todos os municípios da macrorregião de saúde possuam farmácias para fins de dispensação de medicamentos aos usuários do SUS, é possível verificar que ainda existem desafios como a garantia da presença do profissional farmacêutico em alguns municípios, a constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e a existência de uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) que contemple o contexto epidemiológico local. As ações de cuidado farmacêutico, trazem consequências positivas a saúde das comunidades, além de garantir melhor adesão ao tratamento, diminuir problemas relacionados aos medicamentos, entre outros, por isso, entender que o profissional farmacêutico deve estar presente além do ciclo da assistência farmacêutica, mas garantindo também a possibilidade de realizar a clínica farmacêutica, dando condições para isso, é essencial para a melhora da qualidade do tratamento das doenças, e a qualidade de vida das comunidades.

4.8 Vigilância em Saúde

Os dados e demandas prioritárias levantadas pela Macrorregião de Saúde Norte demonstram a importância da ampliação e qualificação das ações de vigilância em saúde. Dentre as questões levantadas como fundamentais para a garantia da integralidade do cuidado destaca-se: a ampliação do tratamento de água para consumo humano nas Soluções Alternativas Coletivas (SACs); ampliação do número de municípios atendidos através do subprograma

estadual de melhoria da qualidade da água (PEMQA); qualificação da vigilância de populações expostas aos agrotóxicos; aumento da cobertura vacinal preconizada pelo Calendário Nacional de Imunizações; e, a redução dos índices de Infestação e risco de Epidemia das arboviroses transmitidas pelos mosquitos do gênero Aedes (Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela).

4.9 Atenção Especializada

Por fim, no que se refere à atenção especializada, diversas prioridades são apontadas e sistematizadas na diretriz 02 “Ampliar a rede de atenção especializada garantindo o acesso integral à população residente” do Capítulo II que trata das DOMIs para que se possa resolver vazios geográficos e assistenciais que impactam diretamente na integralidade do atendimento.

CAPÍTULO V - PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

O ProgramaSUS atualmente encontra-se indisponível para a modelagem da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), então, sugere-se que numa próxima revisão ou atualização do Plano Macrorregional de Saúde do PRI, este item possa ser contemplado.

Já o EstimaSUS, poderá ser utilizado como uma ferramenta capaz de colaborar nas discussões e análises que os gestores venham a fazer sobre as ASPs existentes, pactuadas e as possíveis necessidades de ações e serviços na Macrorregião de Saúde Norte, uma vez que se baseia nos “parâmetros da Portaria GM nº 1.631 de 01/10/2015 (incorporada nos artigos 102 e 103 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28/09/2017) e apresenta um conjunto de parâmetros, relacionados à Atenção Ambulatorial Especializada” (Caderno de Parâmetros Assistenciais – BRASIL, 2017, p.4) e que podem auxiliar os gestores no mapeamento das ações ainda não disponíveis na macrorregião, podendo realizar estimativas futuras de ações de média e alta complexidade.

CAPÍTULO VI - CONSOLIDADO GERAL DE IDENTIFICAÇÃO DOS VAZIOS ASSISTENCIAIS

Considerando o que já foi identificado como vazio assistencial e sobreposição de ações e serviços de saúde da Macrorregião de Saúde Norte, sugere-se que o Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS) seja responsável pelo monitoramento destes itens do Plano Macrorregional de Saúde, para que possa acompanhar a dinamicidade das realidades sanitárias e das referências macrorregionais, considerando que o planejamento em saúde é processual e “vivo”, em constante modificação dos seus cenários sanitários. O Plano Macrorregional de Saúde requer um caráter operacional, oferecendo informações que tornem assertivas as ações a serem realizadas pelo CEGRAS no tempo adequado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção do Plano Macrorregional de Saúde envolveu diversos atores comprometidos com a qualificação do SUS na Macrorregião Norte. Destaca-se, nesse envolvimento, a representação dos(as) Gestores(as) Municipais, do Conselho Estadual de Saúde, dos técnicos do Ministério da Saúde e dos técnicos estaduais (2ª, 6ª, 11ª e 15ª CRS e AGEPLAN) na formação do GT PRI Macro. A proposta de discussão, elaboração e priorização das necessidades de saúde da macrorregião foi assumida pelos atores citados, que inseriram essas atividades no seu cotidiano de trabalho, além de tantas outras atividades sob sua responsabilidade.

Considerando que este processo de planejamento regional caracterizou-se por ser inédito no território macrorregional, enfatiza-se como potencialidades do processo:

- O empenho dos técnicos das CRS na execução do cronograma proposto pelo GT PRI Regional, que foi sendo ampliado à medida que novas atividades eram exigidas, oportunizando reuniões online e presenciais. Da mesma forma, os técnicos das Regionais participaram de encontros internos sistemáticos propostos pela AGEPLAN e junto das áreas técnicas de cada CRS, consolidando uma agenda permanente de troca e construção coletiva;
- O Planejamento Regional Integrado foi ponto permanente de pauta abordado nas reuniões das seis CIRs da Macro, durante este período de elaboração e finalização do Plano Macrorregional; no espaço da CIR foi possível sensibilizar os demais gestores sobre a importância da temática;
- A participação do Ministério da Saúde nas reuniões periódicas do GT PRI Macro, no acompanhamento e sugestões técnicas, auxiliando para ampliar a noção do território e das normativas;
- A participação de duas representações oficiais do Conselho Estadual de Saúde (CES), indicadas formalmente no espaço regional, o que aponta para um reconhecimento de que as necessidades de saúde da população precisam ecoar na abrangência dos 147 municípios, fortalecendo o controle social;
- A contratação da prestadora de serviço pela AGEPLAN para o PRI foi fundamental na condução do processo como um todo, pois oportunizou a construção de um caminho planejado que contava com múltiplos atores, para se obter um produto final dentro do prazo estabelecido;

- A oportunidade de reunir e integrar a Macro Norte para discutir a regionalização no seu sentido mais amplo, enquanto diretriz organizativa do SUS no território;
- A possibilidade de os gestores municipais ampliarem sua percepção de planejamento do SUS regional, alcançando um reconhecimento territorial e de resultados de indicadores e serviços ofertados;
- A utilização de tecnologias para o desenvolvimento de trabalhos online de forma coletiva, compartilhando documentos no OneDrive, bem como realizando encontros virtuais;
- A difusão do conhecimento da situação de saúde da Macrorregião Norte e o reconhecimento do Plano como instrumento de planejamento permanente.

As perspectivas para a continuidade e qualificação do Planejamento Regional Integrado na Macro Norte para o próximo ciclo de planejamento do SUS regional e estadual estão relacionadas a diversos elementos intrínsecos ao ineditismo do processo.

Pode-se atentar para elementos internos da SES e CRS, relacionados ao quanto haverá de apoio institucional e governamental para o seguimento do PRI. Considera-se, por exemplo, a garantia de mecanismos de logística para manutenção de espaços de encontros, seminários, reuniões e o custo orçamentário dessas atividades. Por outro lado, a implementação de processos internos de apoio e integração entre as áreas técnicas do nível central e as áreas técnicas das CRS, buscando o fortalecimento dos Grupos Condutores das Redes de Atenção à Saúde no espaço macrorregional.

Da mesma forma, existem elementos externos relacionados à adesão pluri-institucional de diferentes atores, como os(as) Gestores(as) Municipais, a representação do Conselho Estadual de Saúde e dos prestadores de serviço, no reconhecimento das necessidades de saúde identificadas e que estas devem ser atendidas prioritariamente no território macrorregional.

Por fim, cabe destacar sobre a consolidação do papel do CEGRAS em acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS no território, fornecendo subsídios capazes de apoiar a tomada de decisão na Macrorregião Norte em uma nova perspectiva de governança.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
2ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
CIR – COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
REGIÃO DE SAÚDE 15 CAMINHO DAS ÁGUAS
RESOLUÇÃO Nº 25/2022 – CIR 15 CAMINHO DAS ÁGUAS - 2ª CRS

**Aprova o Plano Macrorregional de Saúde da macro
Norte**

A Comissão Intergestores Regional – CIR da Região de Saúde 15 Caminho das Águas composta pela 2ª Coordenadoria Regional de Saúde, no uso de suas atribuições legais e:

Considerando a Lei nº 8080/90 de 19/09/1990 dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Resolução CIT nº 37/2018, que dispõe sobre o planejamento regional integrado e a organização das macrorregiões de saúde;

Considerando a Resolução CIT nº 44/2019, que define o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do artigo 2º do Decreto nº 7.508/2011, resultado do planejamento regional integrado;

Considerando a Resolução CIB/RS nº 188/2018, que aprova o cronograma do processo do planejamento regional integrado e define as macrorregiões de saúde no RS;

Considerando a Resolução CIB/RS nº 150/2022, que aprova a proposta de atualização do cronograma, define periodicidade dos encaminhamentos do grupo de trabalho de planejamento regional integrado (GT PRI), e do monitoramento a ser realizado pelo CEGRAS dos planos macrorregionais, focando no acompanhamento das prioridades sanitárias macrorregionais;

Considerando a contínua apreciação dos documentos produzidos pelo GT PRI da macro Norte (formado por representantes das SMS, CRS, CES/RS e MS), pelas CIRs da macrorregião;

Considerando a apresentação do pleito e reunião ordinária da Comissão Intergestores Regional da região Caminho das Águas realizada em 8 de novembro de 2022, na sede da CIR/15 localizada no município de Frederico Westphalen.

Resolve:

Art. 1º. **APROVAR** o Plano Macrorregional de Saúde da macro Norte.

Art. 2º. Esta resolução será encaminhada conforme estabelecido na Resolução CIB/RS nº 174/16.

Art. 3º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Frederico Westphalen, 09 de novembro de 2022.


Marly Vendruscolo
Delegada Regional de Saúde
2ª CRS



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

DELIBERAÇÃO nº. 30/2022

"Aprova o Plano Macrorregional da Região Macro Norte."

A Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde 16/RS no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a Lei nº 8080/90, de 19/09/1990 e o Decreto nº 7.508/11, de 28/06/2011;

a Portaria de Consolidação GM/MS nº 01, de 28/09/2017, que trata das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS, no Título III, Capítulo I, afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22/02/06, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios a partir da data de publicação da Portaria nº 1.580/GM/MS, de 19/07/12;

a Portaria GM/MS nº 3.992, de 28/12/2017, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28/09/2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS;

a pactuação realizada na Reunião da CIR R16 do dia 22 de novembro de 2022

DELIBERA

Art. 1º – Fica aprovado o Plano Macrorregional da Região Macro Norte.

Art. 2º – Esta Deliberação entra em vigor na data de sua aprovação.

Erechim, 22 de novembro de 2022.

Mario Luiz Ceron
Presidente da CIR R16
Alto Uruguai Gaúcho



**SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
6ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

DELIBERAÇÃO Nº 024/2022 - CIR/RS

A Comissão Intergestores Regional 17 - Planalto, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que 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;

a Resolução CIT nº 37/2018, que dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado e a organização das Macrorregiões de Saúde;

a Resolução CIT nº 44/2019, que define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado;

a Resolução CIB/RS nº 188/2018, que aprova o cronograma do processo do Planejamento Regional Integrado e define as Macrorregiões de Saúde no RS;

a Resolução CIB/RS 150/2022, que aprova a proposta de atualização do cronograma, define a periodicidade dos encaminhamentos do Grupo de Trabalho de Planejamento Regional Integrado (GT PRI), e do monitoramento a ser realizado pelo CEGRAS dos Planos Macrorregionais, focando no acompanhamento das prioridades sanitárias macrorregionais;

a contínua apreciação dos documentos produzidos pelo GT PRI da Macro Norte (formado por representantes das SMS, CRS, CES/RS, MS), pelas CIRs da macrorregião;

a apresentação do pleito em reunião ordinária da Comissão Intergestores Regional da Região do Planalto realizada em 27 de outubro de 2022, na sede da CIR/17 localizada no município de Passo Fundo;

DELIBERA:

Art. 1º– Aprovar o Plano Macrorregional de Saúde da Macro Norte.

Art. 2º- Esta Deliberação será encaminhada conforme estabelecido na Resolução CIB/RS nº 174/16.

Passo Fundo, 27 de outubro de 2022.

Pedro Antonio Danelli
Delegado Regional Adjunto
ID 3541711 / 3
6ª CRS - Passo Fundo

Presidente da Comissão Intergestores Regional do Planalto - 17



**SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
6ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

DELIBERAÇÃO Nº 017/2022 - CIR/RS

A Comissão Intergestores Regional 18 - Araucárias, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que 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;

a Resolução CIT nº 37/2018, que dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado e a organização das Macrorregiões de Saúde;

a Resolução CIT nº 44/2019, que define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado;

a Resolução CIB/RS nº 188/2018, que aprova o cronograma do processo do Planejamento Regional Integrado e define as Macrorregiões de Saúde no RS;

a Resolução CIB/RS 150/2022, que aprova a proposta de atualização do cronograma, define a periodicidade dos encaminhamentos do Grupo de Trabalho de Planejamento Regional Integrado (GT PRI), e do monitoramento a ser realizado pelo CEGRAS dos Planos Macrorregionais, focando no acompanhamento das prioridades sanitárias macrorregionais;

a contínua apreciação dos documentos produzidos pelo GT PRI da Macro Norte (formado por representantes das SMS, CRS, CES/RS, MS), pelas CIRs da macrorregião;

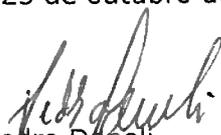
a apresentação do pleito em reunião ordinária da Comissão Intergestores Regional da Região das Araucárias realizada em 25 de outubro de 2022, na sede da CIR/18 localizada no município de Passo Fundo;

DELIBERA:

Art. 1º– Aprovar o Plano Macrorregional de Saúde da Macro Norte.

Art. 2º– Esta Deliberação será encaminhada conforme estabelecido na Resolução CIB/RS nº 174/16.

Passo Fundo, 25 de outubro de 2022.


Pedro Danelli

Presidente da Comissão Intergestores Regional das Araucárias - 18

Pedro Antonio Danelli
Delegado Regional Adjunto
ID 3541711 / 3
6ª CRS - Passo Fundo

Pedro Antonio Danelli
Delegado Regional Adjunto
ID 3541711 / 3
6ª CRS - Passo Fundo



**SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
6ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

DELIBERAÇÃO Nº 016/2022 - CIR/RS

A Comissão Intergestores Regional 19 - Botucaraí, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que 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;

a Resolução CIT nº 37/2018, que dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado e a organização das Macrorregiões de Saúde;

a Resolução CIT nº 44/2019, que define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado;

a Resolução CIB/RS nº 188/2018, que aprova o cronograma do processo do Planejamento Regional Integrado e define as Macrorregiões de Saúde no RS;

a Resolução CIB/RS 150/2022, que aprova a proposta de atualização do cronograma, define a periodicidade dos encaminhamentos do Grupo de Trabalho de Planejamento Regional Integrado (GT PRI), e do monitoramento a ser realizado pelo CEGRAS dos Planos Macrorregionais, focando no acompanhamento das prioridades sanitárias macrorregionais;

a contínua apreciação dos documentos produzidos pelo GT PRI da Macro Norte (formado por representantes das SMS, CRS, CES/RS, MS), pelas CIRs da macrorregião;

a apresentação do pleito em reunião ordinária da Comissão Intergestores Regional da Região do Botucaraí realizada em 25 de outubro de 2022, na sede da CIR/19 localizada no município de Passo Fundo;

DELIBERA:

Art. 1º– Aprovar o Plano Macrorregional de Saúde da Macro Norte.

Art. 2º- Esta Deliberação será encaminhada conforme estabelecido na Resolução CIB/RS nº 174/16.

Passo Fundo, 25 de outubro de 2022.


Pedro Danéli

Pedro Antonio Danéli
Delegado Regional Adjunto
ID 3541711 / 3
6ª CRS - Passo Fundo

Presidente da Comissão Intergestores Regional do Botucaraí - 19



15ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

DELIBERAÇÃO Nº20, CIR R20 – ROTA DA PRODUÇÃO

Aprova o Plano Regional Integrado - PRI
da Macrorregião de Saúde Norte

A Comissão Intergestores Regional – CIR da Região de Saúde 20 – Rota da Produção, no uso das suas atribuições legais e considerando:

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

A Resolução CIT nº 37/2018, que dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado e a organização das Macrorregiões de Saúde;

A Resolução CIT nº 44/2019, que define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado.

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar o Plano Regional Integrado - PRI da Macrorregião de Saúde Norte.

Art. 2º – Esta deliberação passa a produzir efeitos a partir da data de sua assinatura.

Palmeira das Missões, 26 de outubro de 2022.


Fernando De Carli
Coordenador Regional de Saúde - 15ª CRS

Fernando Cezar de Carli
Coordenador Regional de Saúde
I.D. 4677536
15.ª CRS



RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE SERRA

Caxias do Sul
2022

Governador do Estado do Rio Grande do Sul
Ranolfo Vieira Júnior

Secretária de Estado da Saúde
Arita Bergmann

Secretária Adjunta de Estado da Saúde
Ana Lúcia Pires Afonso da Costa

Presidente do Conselho Estadual de Saúde
Claudio Augustin

Assessoria de Gestão e Planejamento
Cristian Fabiano Guimarães

Departamento de Atenção Primária e
Políticas de Saúde
Péricles Stehmann Nunes

Assessoria de Comunicação Social
Neemias Freitas

Assessoria Jurídica
Maria Claudia Mulinari

Departamento de Gestão da Atenção
Especializada
Lisiane Wasem Fagundes

Fundo Estadual de Saúde
Meriana Farid El Kek

Departamento de Gestão da Tecnologia e
Informação
Maurício Reckziegel

Departamento de Auditoria do SUS
Bruno Naundorf

Ouvidoria do SUS/RS
Amanda Ciarlo Ramos

Departamento de Regulação Estadual
Eduardo de Albuquerque Nunes Elsade

Departamento Administrativo
Vera Lucia da Silva Oliveira

Departamento de Assistência
Farmacêutica
Simone Pacheco do Amaral

Escola de Saúde Pública
Teresinha Valduga Cardoso

Centro Estadual de Vigilância em Saúde
Tani Maria Schilling Ranieri

Departamento de Unidades Próprias
Suelen da Silva Arduin

Departamento Estadual de Sangue e
Hemoderivados
Katia Maria Minuzzi Brodt

**PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO – MACRORREGIÃO DE SAÚDE
SERRA**

Elaboração: Marta Miranda e Thiago Zambenedetti Kuse.

Grupo Técnico Macrorregião de Saúde Serra

Coordenadora Regional de Saúde – Claudia Regina Daniel

Coordenadora Regional Substituta – Solange Sonda

Técnicos da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde - Camila Sebben, Gelson Antônio Iob, Isabel Cristina Bertelli Rigon, Leonardo Gandolfi, Machline Paim Paganella, Marta Miranda, Otávio Lüdtke Lauffer, Paula Elisa Werpp, Shauana Griebeler e Thiago Zambenedetti Kuse.

Apoiadora do COSEMS –Pollyanna Guedes

Gestores municipais

Região 23 – Caxias e Hortênsias

Canela – Leandro Gralha da Silva

Caxias do Sul – Daniele Meneguzzi

Gramado – Jeferson Willian Moschen

Nova Petrópolis - Martim Wissmann

Região 24 – Campos de Cima da Serra

Bom Jesus – Renata Zamban Paim

Campestre da Serra – Juliano Casanova

Jaquirana – Josiane Castilhos Vieira Pereira

Vacaria – Silvano Porto da Fonseca

Região 25 – Vinhedos e Basalto

Bento Gonçalves - Tatiane Misturini Fiorio

Carlos Barbosa – Lisiane Debona

Garibaldi – Clarisse Fatima Lagunaz

Guaporé - Ronaldo Invernizzi

Nova Prata – José Cavagnollo

Pinto Bandeira – Juliane Ferrari Guizzo

Veranópolis - Vanessa Calioni

Região 26 – Uva e Vales

Bom Princípio - Lilian Juchem

Farroupilha – Clarimundo Grundmann

Flores da Cunha – Jane Baggio

São Marcos – Maristela Lunedo

Vale Real – Jorge Grierson Spessatto

Apoio Técnico

André Luis Alves de Quevedo - AGEPLAN

Mathias Schwertner Holz – AGEPLAN

Apoio Técnico Macrorregional

João Gauer Júnior - 5ªCRS

Rejane Maria Schlindwein Eglor - 5ªCRS

Colaboração

Técnicos da 5ªCRS - Ana Maria Porto, Ângela Moreira Corezola Flôres, Deise Karine Muller, Edson Pedro Berti, Eduardo Kieling, Erika Ribeiro da Silva, Fabiane Luz de Carvalho, Gabriela Merlotti Chaves, João Gauer Júnior, Meiri Brum Lima, Patrícia Jardim Machado, Patrício Hoyos, Rejane Schlindwein Eglor, Vanessa Trintinaglia.

Técnicos municipais - Catiana Benetti Foss Holdorf, Crislane Guimarães da Silva, Crislei Gerevini, Cristiani Patrícia Stange da Silva Valle, Daiane dos Santos Alves, Gilberto Junior, Márcio Tramontina, Marguit Weber Meneguzzi, Rogério Cardoso, Simone Soares, Thaís Maria Zini.

Revisão e Formatação: Machline Paim Paganella e Marta Miranda.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	11
2. ANÁLISE SITUACIONAL DA 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE	11
2.1. Organização do território.....	11
2.2. Perfil demográfico	13
2.2.1. Distribuição da população por faixa etária e sexo.....	13
2.2.2. Coeficiente Geral de Natalidade	13
2.2.3. Proporção de idosos na população	14
2.3. Determinantes e condicionantes	15
2.3.1. Renda média domiciliar per capita	15
2.3.2. Proporção de pessoas com baixa renda	16
2.3.3. Taxas de desemprego.....	16
2.3.4. Taxa de trabalho infantil	17
2.3.5. Taxa de analfabetismo	18
2.3.6. Níveis de escolaridade	19
2.3.8. Disposição inadequada de esgotos domésticos	20
2.3.9. Cobertura de coleta de lixo	20
2.3.10. Cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção	21
3. MORBIDADE E MORTALIDADE	22
3.1. Taxa de internações pelo sus da população residente	22
3.2. Taxa de mortalidade	24
3.5. Taxa de notificação por tipo de violência.....	25
3.6. Taxa de mortalidade por causas externas.....	26
3.7 Taxa de internações pelo sus devido ao risco de suicídio	27
3.8 Taxa de mortalidade por suicídio.....	27
3.9 Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica	28
3.10 Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia	29
3.11 PROPORÇÃO de partos vaginais e cesáreas.....	30
3.12 Taxa de mortalidade materna	31
3.13 Taxa de internação pelo sus por diabetes.....	31
3.14 Taxa de mortalidade por diabetes	32
3.15 Taxa de internação no sus por doenças cardiovasculares	32
3.16 Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares.....	33
3.17 Taxa de internação pelo sus por doenças respiratórias crônicas	33
3.18 Taxa de mortalidade por doenças respiratórias crônicas.....	34
3.19 Taxa de internação pelo sus dos tipos de câncer mais prevalentes do rs	34
3.20 Taxa de mortalidade por neoplasias malignas	35
3.21 Número de casos novos notificados de hiv.....	35
3.22 Taxa bruta de óbitos por aids	35
3.23 Taxa de casos novos de tuberculose	36
3.24 Coeficiente de incidência de hepatite viral	37
3.25 Taxa de casos novos de sífilis em gestantes.....	37
3.26 Taxa de casos novos de sífilis em menores de 01 ano	38
4. ESTRUTURA E REDES DE ATENÇÃO DA 5ª CRS	38
4.1 Atenção Primária à Saúde	38
4.1.1 Academias da Saúde	40
4.1.2 Saúde da Mulher	40
4.1.3 Assistência ao Planejamento Familiar	42
4.1.4 Saúde do Homem.....	44
4.1.5 Saúde do Adolescente.....	46

4.1.6 Saúde da Criança.....	49
4.1.7 Saúde do Idoso	52
4.1.8 Equidades.....	53
4.1.9 Políticas Transversais	55
4.1.10 Saúde Bucal	55
4.1.11 Política de Alimentação e Nutrição.....	57
4.1.12 Programa IST/Aids	58
4.1.13 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	61
4.2 Sistemas de apoio.....	64
4.2.1 Laboratório Regional.....	64
4.3 Atenção Secundária e Terciária	66
4.3.1 Rede da Pessoa com Deficiência	66
4.3.2 Serviços de Reabilitação.....	66
4.3.3 Atenção à Pessoa Ostomizada	69
4.3.4 Tratamento Fora de Domicílio.....	69
4.3.5 Instâncias de Pactuação Intergestores.....	70
4.3.6 Rede de Atenção às Urgências e Emergências.....	71
4.3.7 Componentes da Rede de Urgência e Emergência	72
4.3.8 Componente Hospitalar.....	73
4.4 Vigilância em Saúde.....	76
4.4.1 Vigilância Epidemiológica.....	76
4.4.2 Imunizações	77
4.4.3 Vigilância Ambiental em Saúde	78
4.4.4 Saúde do Trabalhador	83
4.4.5 Vigilância Sanitária	84
4.5 Assistência Farmacêutica.....	86
5. NECESSIDADES REGIONAIS	88
6. FINANCIAMENTO	96
7. GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	100
7.1 Auditoria.....	100
7.2 Ouvidoria.....	100
7.3 Regulação	102
8. NURESC.....	102
9. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMIs).....	103
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
11. REFERÊNCIAS	116
12. IMAGENS DA MACROSSERA	117

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 Distribuição da população por faixa etária e sexo, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020.
- Gráfico 2 Coeficiente Geral de Natalidade (1.000), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 3 Proporção de idosos na população (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020.
- Gráfico 4 Renda média domiciliar per capita (RS), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 5 Renda média domiciliar per capita (RS), por raça, cor, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 6 Proporção de pessoas com baixa renda, <1/2 salário mínimo (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 7 Taxa de desemprego (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 8 Taxa de desemprego (%), por raça/cor, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 9 Taxa de trabalho infantil (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 10 Taxa de trabalho infantil (%), por raça/cor, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 11 Taxa de Analfabetismo (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, Brasil, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 12 Taxa de Analfabetismo (%), por sexo, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 13 Níveis de escolaridade na população de 15 anos ou mais (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 14 Disposição inadequada de esgotos domésticos (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 15 Cobertura de Coleta de Lixo (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.
- Gráfico 16 Cobertura de Abastecimento de Água para consumo com desinfecção (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2014-2020.
- Gráfico 17 Taxa de Internações pelo SUS da População residente pelos 5 principais capítulos do CID (10.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 18 Taxa de Mortalidade da População residente pelos 5 principais capítulos do CID (1.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 19 Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.
- Gráfico 20 Taxa de mortalidade por causas externas, 5 principais grupos (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.
- Gráfico 21 Taxa de internações SUS devido ao Risco de suicídio (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 22 Taxa de mortalidade por suicídio (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 23 Proporção de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica na Macrosserra (2016-2020).
- Gráfico 24 Taxa de Mortalidade Infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2013-2016
- Gráfico 25 Proporção de partos vaginais, meta estadual.
- Gráfico 26 Tipo de Parto (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 27 Taxa de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.

- Gráfico 28 Taxa de internação no SUS por Diabetes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 29 Taxa de mortalidade por Diabetes (100.000), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 30 Taxa de internação no SUS por Doenças cardiovasculares (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 31 Taxa de mortalidade por Doenças cardiovasculares (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 32 Taxa de internação no SUS por Doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 33 Taxa de Mortalidade por Doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 34 Taxa de internação SUS dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 35 Taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 36 Número de casos novos notificados de HIV, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 37 Taxa bruta de óbitos por Aids (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 38 Taxa de casos novos de tuberculose (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 39 Coeficiente de incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 40 Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em gestantes (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 41 Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em menores de 1 ano (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 42 Razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos – Macrosserra.
- Gráfico 43 Razão de exames de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos, Macrosserra.
- Gráfico 44 Proporção de Internações por Capítulo CID na Macrosserra em Homens de 20 a 59 anos (2019-2021).
- Gráfico 45 Óbitos na Macrosserra por Capítulo CID, por idade (2019-2020).
- Gráfico 46 Série histórica de proporção de gravidez de adolescentes na Macrosserra.
- Gráfico 47 Série histórica de proporção de gravidez de adolescentes na região 24 - Campos de Cima da Serra.
- Gráfico 48 Proporção de Internações por Capítulo CID na Macrosserra em Adolescentes de 10 a 19 anos (2019-2021).
- Gráfico 49 Porcentagem da população da Macrosserra coberta por saúde bucal na APS.
- Gráfico 50 Notificações por agravo, 5ª CRS, 2019-2021.
- Gráfico 51 Notificações, ano, 5ª CRS.
- Gráfico 52 Percentual de cobertura vacinal por imunobiológico, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.
- Gráfico 53 Cobertura de Abastecimento de Água para consumo com desinfecção (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2014-2020.
- Gráfico 54 Proporção de Amostras de Água com Presença de *E. Coli* em SACs (Por ano).
- Gráfico 55 Número de pacientes e número de tratamentos administrativos ativos do CEAF da 5ª CRS.
- Gráfico 56 Receita de Impostos Líquida e Transferências Constitucionais e Legais (RLIT) per capita e Despesa com recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019,

2020.

- Gráfico 57 Percentual da receita própria municipal aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde conforme a EC 29/2000 per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020.
- Gráfico 58 Despesa total em Ações e Serviços Públicos de Saúde per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.
- Gráfico 59 Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.
- Gráfico 60 Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais (programas municipais e outros) per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2015 – 2021.
- Gráfico 61 Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde (programas municipais e outros) por subfunção orçamentária per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.
- Gráfico 62 Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.
- Gráfico 63 Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2015-2021.
- Gráfico 64 Manifestações Ouvidoria 5ªCRS, 2019-2021.
- Gráfico 65 Manifestações por Região 5ªCRS.
- Gráfico 66 Manifestações por tipo, 5ªCRS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Cinco principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.
Tabela 2	Cinco 5 principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.
Tabela 3	Cobertura de ESF e AB, por região de saúde, na 5ª CRS (dezembro/2020).
Tabela 4	Habilitação do PIM na Macrosserra.
Tabela 5	Municípios da Macrosserra participantes da Rede Bem Cuidar.
Tabela 6	Municípios da Macrosserra participantes da Rede Bem Cuidar.
Tabela 7	Amostras/nº de identificação.
Tabela 8	Serviços habilitados em Modalidade Única – Reabilitação Auditiva e Física.
Tabela 9	Serviços habilitados em Modalidade Única – Reabilitação Intelectual
Tabela 10	Serviço de deformidades craniofaciais.
Tabela 11	Propostas Centro Especializado em Reabilitação (CER)
Tabela 12	Instituições Hospitalares Regionais da Macrorregião de Saúde do RS SERRA.
Tabela 13	Instituições Hospitalares Regionais da Macrorregião de Saúde do RS SERRA com habilitação em alta complexidade.
Tabela 14	Situação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192) e Centrais de Regulação das Urgências na Macrosserra.
Tabela 15	Unidades de Pronto Atendimento 24hs da Macrosserra.
Tabela 16	Leitos de UTI Adulto tipo II e Pediátrico tipo II.
Tabela 17	Necessidade de Leitos de Cuidados Prolongados (IBGE, 2019).
Tabela 18	Necessidade de Leitos (U-AVC Agudo e Integral) para Macro Serra.
Tabela 19	Atenção Domiciliar na Macrosserra.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde, RS, 2019.
- Figura 2 Mapa da Macrorregião Serra, RS, 2019.
- Figura 3 Causas de internações por condições sensíveis à atenção básica, na Macrosserra, no ano de 2020.
- Figura 4 Quantidade de estabelecimentos cadastrados como Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde e Posto de Saúde na Macrosserra, por região de saúde, em janeiro de 2022.
- Figura 5 Cobertura da APS nas quatro regiões de saúde da Macrosserra.
- Figura 6 Cobertura da APS no RS.
- Figura 7 Cobertura de ESF e APS do município de Caxias do Sul.
- Figura 8 Planilha de regionalização do parto de risco habitual e alto risco Macro Serra 2022.
- Figura 9 Hospitais com habilitação para vasectomia e laqueadura.
- Figura 10 Estimativa da população residente do sexo masculino na Macrosserra de 20 a 59 anos no ano de 2021.
- Figura 11 Estimativa da população residente de 10 a 19 anos na Macrosserra, por sexo, em 2020.
- Figura 12 Série histórica de proporção de gravidez de adolescentes na Macrosserra
- Figura 13 Frequência de notificação de violência sexual na Macrosserra, por faixa etária, região de saúde entre 2019-2021.
- Figura 14 Cobertura de Saúde Bucal Macrosserra (dividido em regiões).
- Figura 15 Cooperação e articulação para segurança alimentar e nutricional.
- Figura 16 Panorama RAPS Região 23.
- Figura 17 Panorama RAPS Região 24.
- Figura 18 Panorama RAPS Região 25.
- Figura 19 Panorama RAPS Região 26.
- Figura 20 Municípios infestados Macrorregião de Saúde Serra, 2022.
- Figura 21 Mapa de ocorrência de Febre Amarela em primatas, 2021, Macrosserra.

1. APRESENTAÇÃO

A Comissão Intergestora Regional da Macrorregião de Saúde Serra em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que visa a organização através do planejamento da saúde, a assistência à saúde, a articulação interfederativa, a regionalização e hierarquização, apresenta o Plano Macrorregional da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, a qual integra o Planejamento Regional Integrado Secretaria de Estado Saúde do Rio Grande do Sul (RS).

O Planejamento Regional Integrado (PRI) conforme a Resolução CIT nº 37/2018, será instituído e coordenado pela Secretaria Estadual da Saúde (RS) em articulação com os municípios e participação da União, a partir das definições realizadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização das RAS. No RS, as etapas deste processo, acompanhado do cronograma de execução e a definição das macrorregiões de saúde, foram pactuados pela CIB através da Resolução CIB/RS nº 188/2018. O PRI prevê a elaboração de 30 Diagnósticos Regionais de Saúde e 7 Planos Macrorregionais de Saúde.

A Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Após a publicação do Decreto nº 7.508/2011, o Rio Grande do Sul instituiu, através da Resolução CIB/RS nº 555/2012, alterada pelas Resoluções CIB/RS nº 26/2013 e nº 499/2014, suas 30 Regiões de Saúde, que são territórios definidos com o intuito de melhorar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) compõem a Macrorregião de Saúde Serra e está localizada na região nordeste do Estado. É formada por 4 regiões de saúde (Caxias e Hortênsias: Região 23, Campos de Cima da Serra: Região 24, Vinhedos e Basalto: Região 25 e Uva e Vale: Região 26), divididas em 49 municípios. Segundo estimativas do IBGE (2018), a população total da macrorregião é de 1.214.330 habitantes. Possui uma área territorial de 24.886,697 km² e densidade demográfica de 48,79 hab/km² (IBGE, 2018).

2. ANÁLISE SITUACIONAL DA 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

2.1. ORGANIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

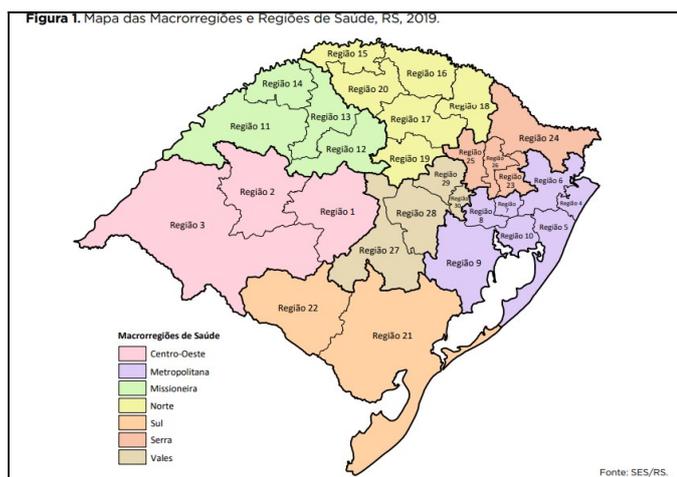
A 5ª CRS, a qual compreende a Macrorregião Serra, é composta por 49 municípios, distribuídos em 04 Regiões de Saúde:

Região 23 - Caxias e Hortênsias: Canela, Caxias do Sul, Gramado, Linha Nova, Nova Petrópolis e Picada Café.

Região 24 - 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.

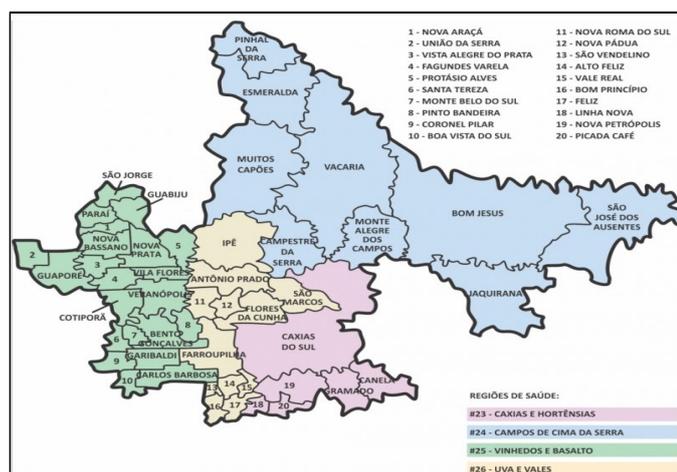
Região 25 - Vinhedos e Basalto: Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Carlos Barbosa, Coronel Pilar, Cotiporã, Fagundes Varela, Garibaldi, Guabiju, Guaporé, Monte Belo do Sul, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Prata, Paraí, Pinto Bandeira, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, União da Serra, Veranópolis, Vila Flores e Vista Alegre do Prata.
 Região 26 - Uva e Vales: 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.

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



Fonte: SES, RS, 2019.

Figura 2. Mapa da Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2019.



Fonte: SES, RS, 2019.

2.2. PERFIL DEMOGRÁFICO

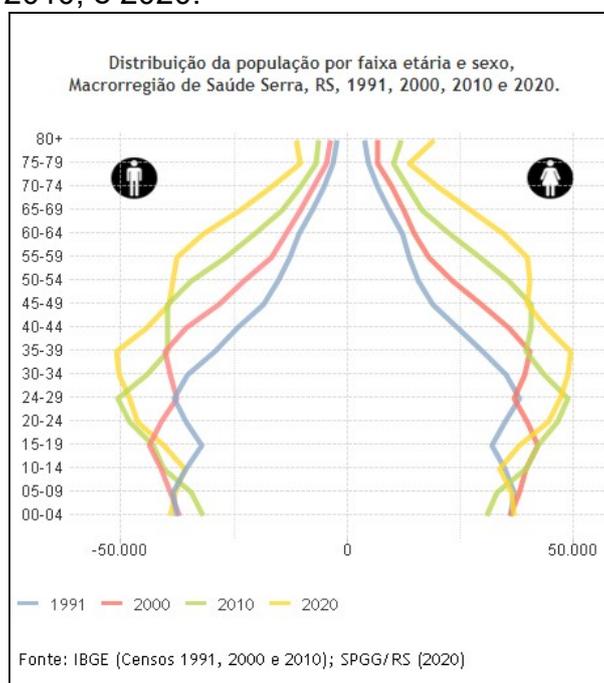
A população da Macrorregião de Saúde Serra, tendo como fonte a SPGG – Secretaria de Planejamento Governança e Gestão, para o ano de 2020 é de 1216.307 habitantes.

2.2.1. Distribuição da população por faixa etária e sexo

Em relação à população da Macrorregião de Saúde Serra (Gráfico 01), de acordo com SPGG/RS (2020), a faixa etária predominante é entre 35-39 anos, em ambos os sexos, sendo a população feminina de 49.518 e a masculina de 51.060. Nota-se também o aumento da população acima de 50 anos.

Apesar da diminuição da população de 0-4 anos em 2010, em 2020 esta voltou a crescer em relação à proporção de 1991 e 2000.

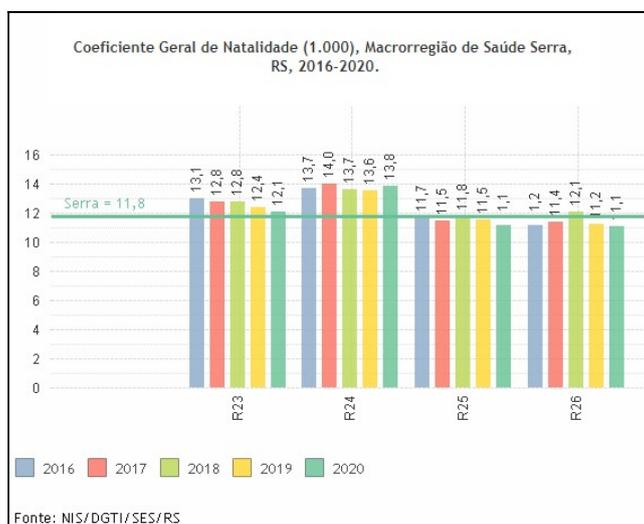
Gráfico 01. Distribuição da população por faixa etária e sexo, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000, 2010, e 2020.



2.2.2. Coeficiente Geral de Natalidade

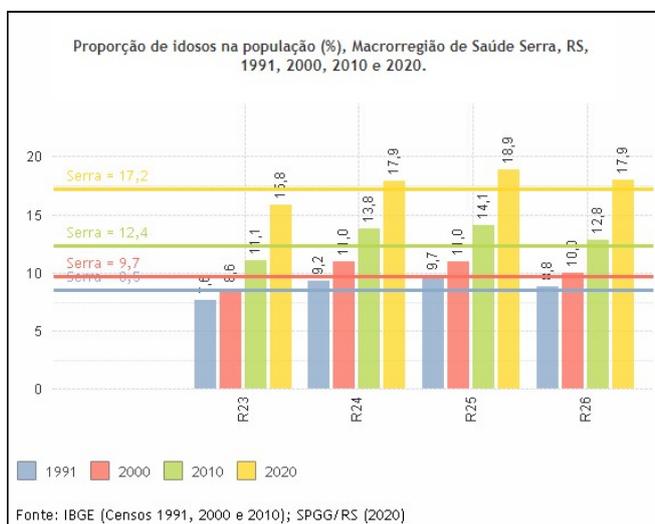
Sobre o coeficiente de natalidade (Gráfico 02) no período analisado 2016 a 2020, houve aumento somente na Região 24, sendo que as demais se mantiveram estáveis.

Gráfico 02. Coeficiente Geral de Natalidade (1.000), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



2.2.3. Proporção de idosos na população

Gráfico 03: Proporção de idosos na população (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020.



A 5ª CRS possui uma expressiva proporção de pessoas acima de 60 anos, especialmente nos municípios pequenos. O gráfico 03 apresenta a população idosa estimada da Macrosserra, assim como a respectiva proporção das pessoas acima de 60 anos.

Além disso vários municípios superam a proporção de idosos do Estado (18,7%, segundo estimativa IBGE 2020). Por fim, verifica-se que a Região de Saúde 25 apresenta as maiores proporções de idosos comparada as demais regiões de saúde da 5ª CRS.

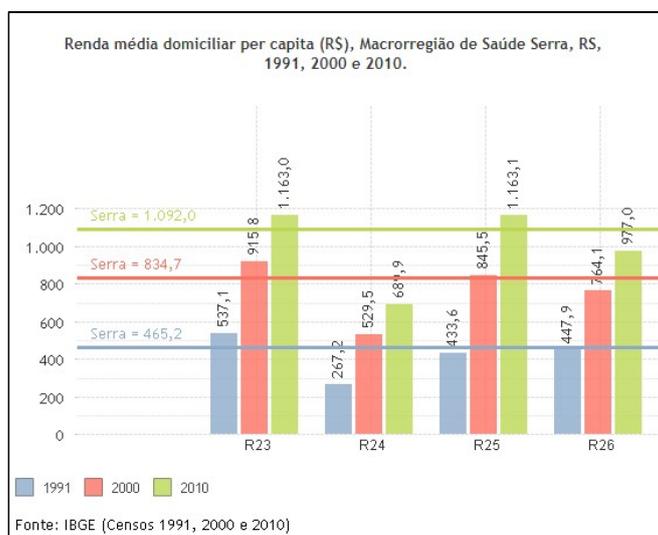
2.3. DETERMINANTES E CONDICIONANTES

Os determinantes e condicionantes referem-se às condições de vida e de trabalho e como elas interferem no processo saúde-doença.

2.3.1. Renda média domiciliar per capita

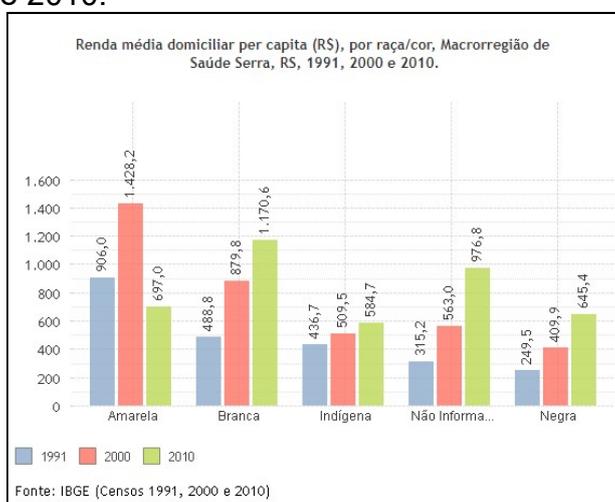
De acordo o Gráfico 04, mesmo não sendo na mesma proporção, todas as regiões tiveram aumento na Renda média domiciliar entre 1991 e 2010.

Gráfico 04. Renda média domiciliar per capita (RS), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



Porém, quando se fala em Renda média domiciliar per capita por raça/cor, houve a diminuição da renda em 2010 para a raça amarela.

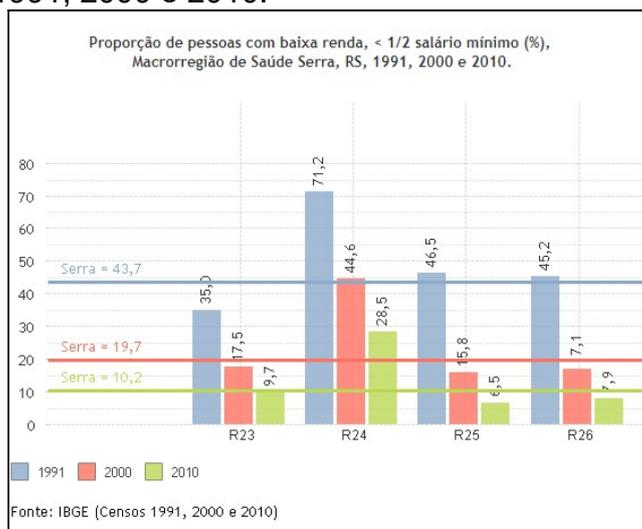
Gráfico 05. Renda média domiciliar per capita (RS), por raça, cor, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.2. Proporção de pessoas com baixa renda

Em relação à renda menor que $\frac{1}{2}$ salário mínimo (%) entre 1991 e 2010 é possível verificar que em todas as regiões houve decréscimo na proporção e nos anos analisados (Gráfico 06).

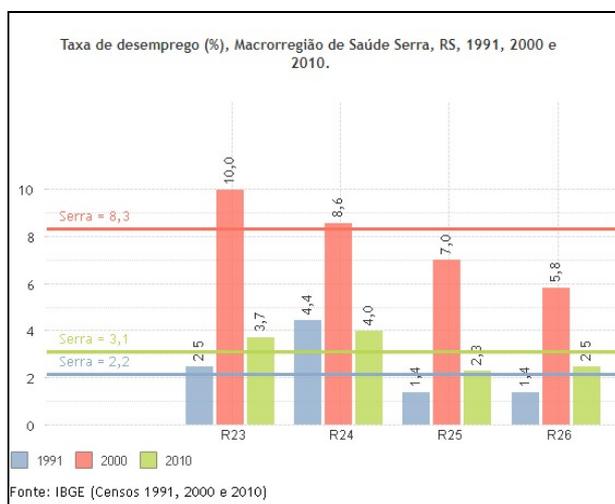
Gráfico 06. Proporção de pessoas com baixa renda, $< \frac{1}{2}$ salário mínimo (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.3. Taxas de desemprego

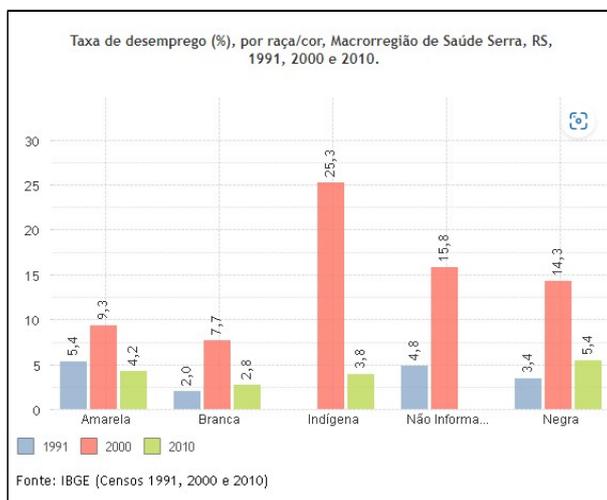
A taxa de desemprego teve seu ápice maior em 2000, diminuindo em todas as regiões em 2010, conforme Gráfico 07.

Gráfico 07. Taxa de desemprego (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



De acordo com o gráfico abaixo, a diminuição da taxa de desemprego foi uniforme de acordo com a raça/cor. Porém, a menor taxa de desemprego em todos os anos analisados foi da raça branca.

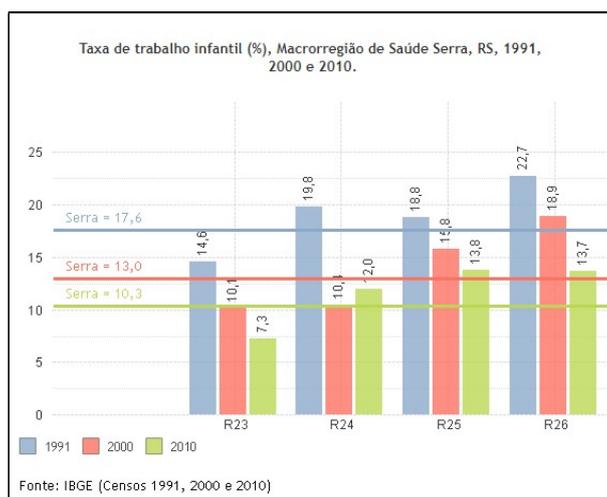
Gráfico 08. Taxa de desemprego (%), por raça/cor, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.4. Taxa de trabalho infantil

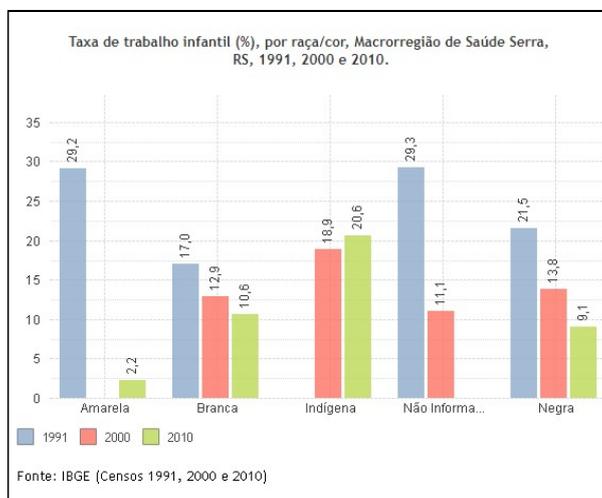
Em relação ao trabalho infantil, todas as regiões tiveram diminuição na proporção entre 1991 e 2010, exceto a Região 24 que apresentou taxa de 10,4 em 2000 e 12,0 em 2010.

Gráfico 09. Taxa de trabalho infantil (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



Referente à raça/cor houve redução ao longo dos anos da taxa para todas as etnias, exceto para indígenas, o qual teve um leve aumento entre 2000 e 2010.

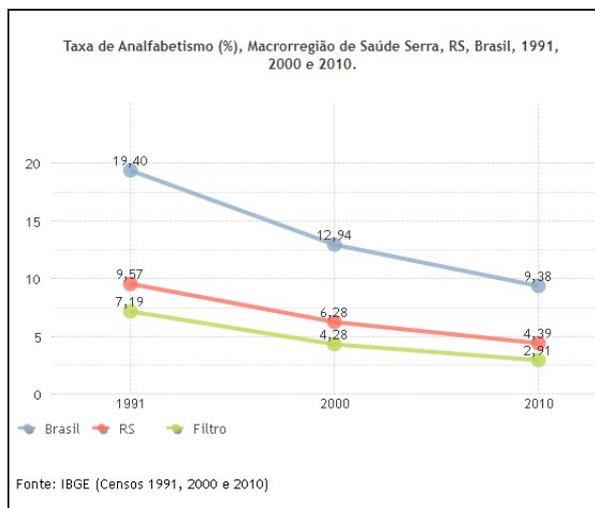
Gráfico 10. Taxa de trabalho infantil (%), por raça/cor, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.5. Taxa de analfabetismo

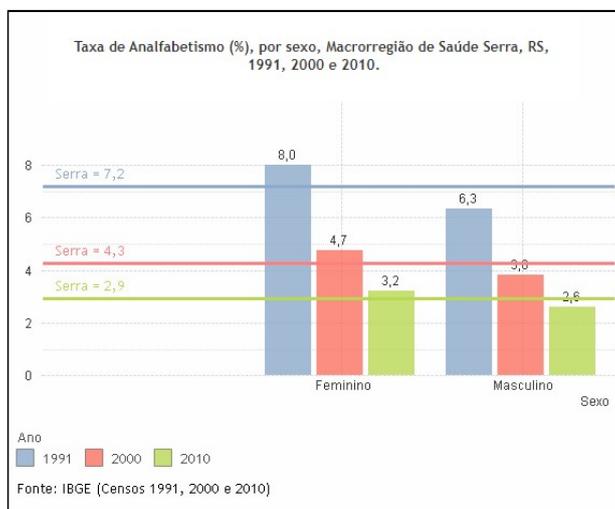
De acordo com o gráfico 11, houve diminuição progressiva na taxa de analfabetismo de 1991 a 2010 na Macrorregião de Saúde Serra.

Gráfico 11. Taxa de Analfabetismo (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, Brasil, 1991, 2000 e 2010.



E no gráfico 12, abaixo, a diminuição foi observada também na variável sexo.

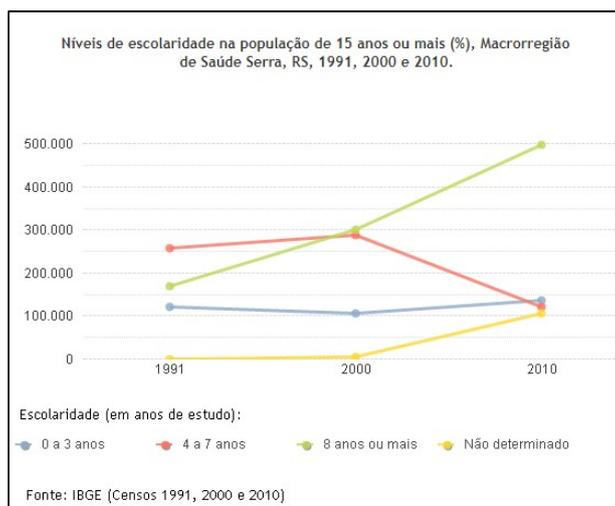
Gráfico 12. Taxa de Analfabetismo (%), por sexo, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.6. Níveis de escolaridade

Ao analisar o nível de escolaridade (gráfico 13), nota-se que a partir do ano 2000, houve a inversão na população que tinha de 4 a 7 anos de estudo (queda acentuada) para a população que tinha 8 anos ou mais de estudo. Entretanto, percebe-se que os analfabetos funcionais, com menos de três anos de escolaridade, não diminuíram na década de 2001 a 2010, pelo contrário, houve um aumento.

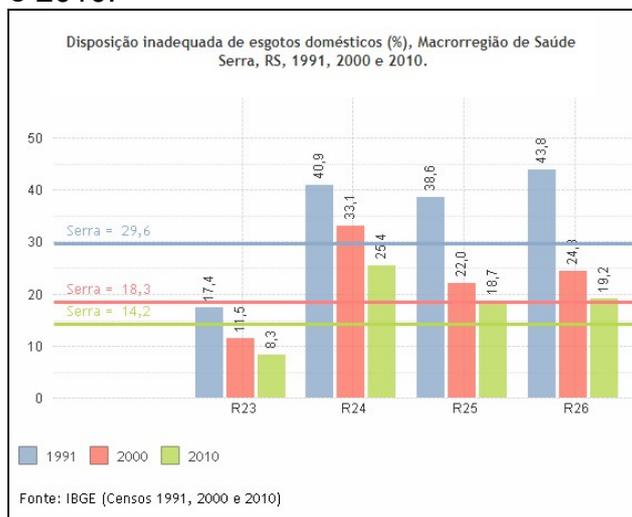
Gráfico 13. Níveis de escolaridade na população de 15 anos ou mais (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.8. Disposição inadequada de esgotos domésticos

É possível observar pelo gráfico abaixo que ainda há uma inadequada quantidade de esgotos domésticos na Macrorregião, apesar do decréscimo nas duas últimas décadas.

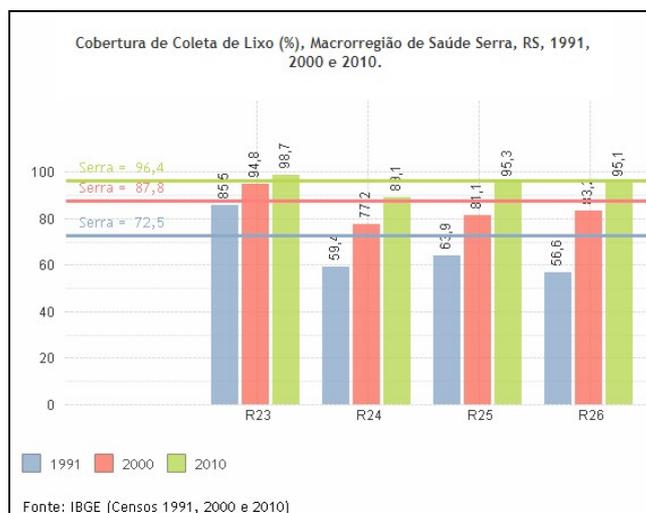
Gráfico 14. Disposição inadequada de esgotos domésticos (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.9. Cobertura de coleta de lixo

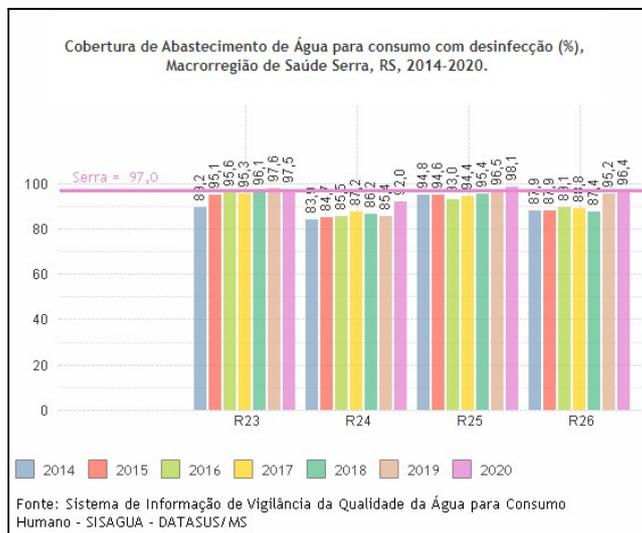
A cobertura da coleta de lixo aumentou significativamente em toda região, apesar de não obter o ideal que seria 100%. Destaca-se que apenas a Região 23 não alcançou acima de 95% em 2010.

Gráfico 15. Cobertura de Coleta de Lixo (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 1991, 2000 e 2010.



2.3.10. Cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção

Gráfico 16. Cobertura de Abastecimento de Água para consumo com desinfecção (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2014-2020.



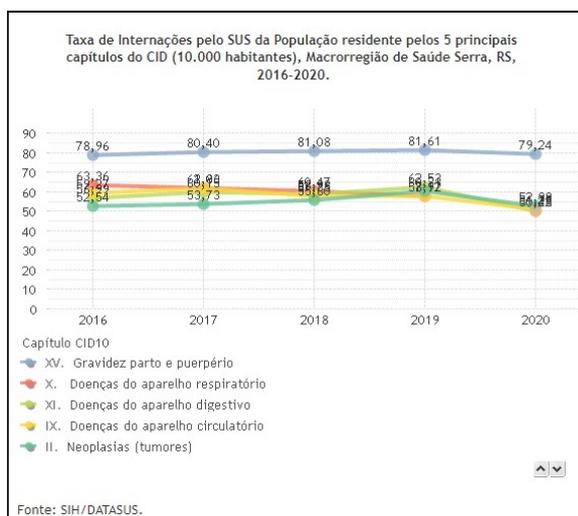
Quanto à cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção, o Gráfico 16 mostra que 03 regiões de saúde tiveram resultado acima de 95% em 2019 e 2020, o que não aconteceu com a região 24, a qual mantinha um percentual abaixo de 90 % na série histórica de 2014-2019, obteve 92% em 2020.

3. MORBIDADE E MORTALIDADE

3.1. TAXA DE INTERNAÇÕES PELO SUS DA POPULAÇÃO RESIDENTE

O gráfico abaixo mostra que em 2020 a taxa de internações pelo SUS da População residente pelos cinco principais capítulos do CID (10.000 habitantes) na Macrorregião de Saúde Serra foi por Gravidez parto e puerpério (79,24), Doenças do aparelho digestivo (50,28), Doenças do aparelho circulatório (51,28), Neoplasias/tumores (52,99) e Lesões envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (50,42). Em relação a 2019, manteve-se estável na primeira causa. A segunda foi por Doenças do aparelho respiratório (58,12). A terceira maior taxa foi por Doenças do aparelho digestivo (62,53). A quarta, Doenças do aparelho circulatório (57,97) e a quinta maior taxa Neoplasias/tumores (60,31).

Gráfico 17. Taxa de Internações pelo SUS da População residente pelos 5 principais capítulos do CID (10.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



Abaixo, a descrição das 5 principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.

Tabela 01. Cinco principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.

5 principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.					
	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (53,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (13,7%)	X. Doenças do aparelho respiratório (8,8%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (5,2%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (5,0%)
01-09	X. Doenças do aparelho respiratório (22,9%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (19,0%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (12,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,0%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (5,9%)
10-19	XV. Gravidez parto e puerpério (36,4%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (11,5%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (11,1%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (10,7%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (6,3%)
20-29	XV. Gravidez parto e puerpério (53,2%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (10,6%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (8,8%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (7,6%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (4,5%)
30-49	XV. Gravidez parto e puerpério (21,3%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (12,5%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (12,1%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (10,7%)	II. Neoplasias (tumores) (7,8%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (16,2%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (13,4%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (11,8%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (10,5%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (9,9%)
60-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (18,4%)	II. Neoplasias (tumores) (18,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,1%)	X. Doenças do aparelho respiratório (10,2%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (9,8%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (22,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (16,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (16,3%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (8,5%)	II. Neoplasias (tumores) (8,4%)

Fonte: SIH/DATASUS.

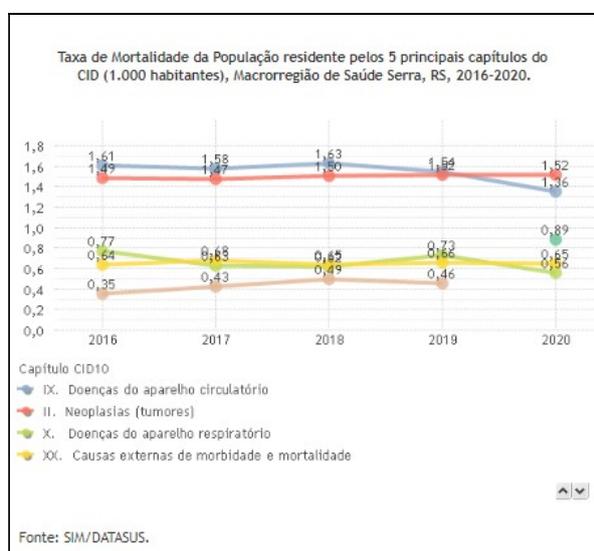
Chama a atenção a causa de internações de adolescentes e adultos jovens, onde as causas externas e transtornos mentais e comportamentais prevalecem.

3.2. TAXA DE MORTALIDADE

Quanto à taxa de mortalidade, os óbitos por Neoplasias/ tumores mantiveram-se estáveis entre 2019 e 2020. Houve diminuição na taxa de óbitos por doenças do sistema circulatório em relação a 2019, passando de primeiro para segundo lugar em 2020.

Porém, a terceira maior taxa de mortalidade foi por Algumas Doenças infecciosas e parasitárias, capítulo o qual foi inserido os óbitos em decorrência da SARS Cov2 (Covid-19). Os óbitos por causas externas mantiveram se em quarto lugar em 2020 e em quinto ficaram os óbitos em decorrência de doenças do aparelho respiratório, o qual em 2019 ficou em quarto lugar. Esta mudança justifica-se pelo fato de que mesmo a Covid-19 sendo uma doença predominantemente respiratória, a classificação no Capítulo CID se deu por algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Gráfico 18. Taxa de Mortalidade da População residente pelos 5 principais capítulos do CID (1.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



Quanto à faixa etária, descreve-se abaixo as 5 principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020. Os percentuais mais elevados das causas de mortalidade de crianças e adultos jovens são as causas externas, de 50-79 anos são as neoplasias (tumores) e acima dos 80 anos são as doenças do aparelho circulatório.

Tabela 2. Cinco principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.

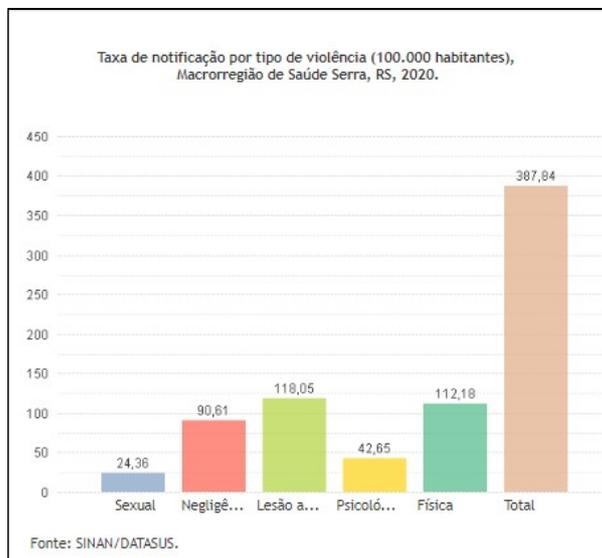
5 principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.					
	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (62,6%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (24,3%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (3,5%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (3,5%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (1,7%)
01-09	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (40,9%)	II. Neoplasias (tumores) (13,6%)	VI. Doenças do sistema nervoso (13,6%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (13,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,1%)
10-19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (64,3%)	II. Neoplasias (tumores) (9,5%)	VI. Doenças do sistema nervoso (6,0%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (4,8%)	X. Doenças do aparelho respiratório (3,6%)
20-29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (70,5%)	II. Neoplasias (tumores) (6,5%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (5,6%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (4,8%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (2,2%)
30-49	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (32,1%)	II. Neoplasias (tumores) (17,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,0%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (10,3%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (5,7%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (31,3%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (15,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,8%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (11,7%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (8,1%)
60-79	II. Neoplasias (tumores) (28,9%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (20,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (14,1%)	X. Doenças do aparelho respiratório (8,2%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (7,1%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (25,1%)	II. Neoplasias (tumores) (14,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (13,3%)	X. Doenças do aparelho respiratório (11,7%)	VI. Doenças do sistema nervoso (9,2%)

Fonte: SIM/DATASUS.

3.5. TAXA DE NOTIFICAÇÃO POR TIPO DE VIOLÊNCIA

De acordo o gráfico 19, as lesões autoprovocadas foram o tipo de violência mais notificada em 2020, apresentando uma taxa de 118,05/100.000 habitantes. Seguido de violência física com uma taxa de notificação de 112,18/100.000 habitantes.

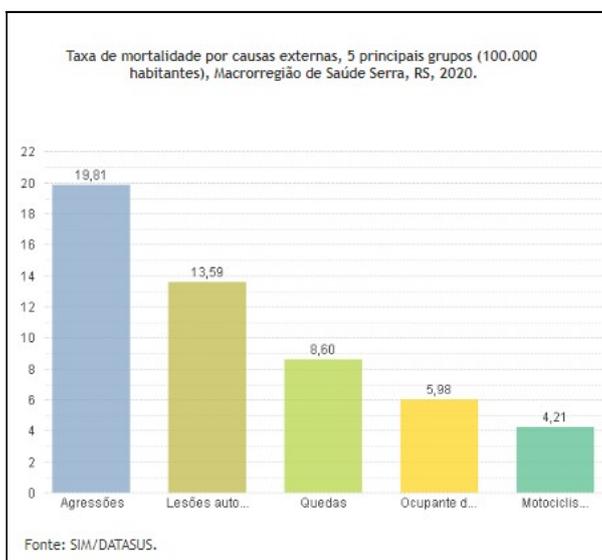
Gráfico 19. Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.



3.6. TAXA DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

Em relação à taxa de mortalidade por causas externas pelos 5 principais grupos (100.000 habitantes), no ano de 2020, observa-se a prevalência das agressões, seguida por lesões autoprovocadas intencionalmente, quedas, ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte e motociclista traumatizado em acidente de transporte. (Gráfico 20).

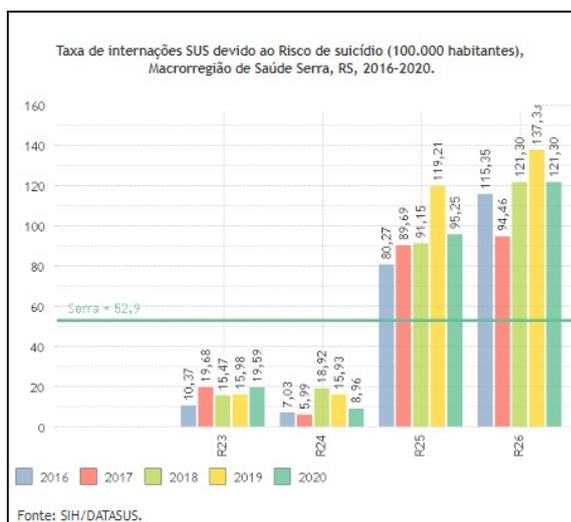
Gráfico 20. Taxa de mortalidade por causas externas, 5 principais grupos (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2020.



3.7 TAXA DE INTERNAÇÕES PELO SUS DEVIDO AO RISCO DE SUICÍDIO

Quanto à taxa de internações SUS devido ao risco de suicídio, o gráfico 21, abaixo mostra que as maiores taxas continuam sendo nas regiões 25 e 26.

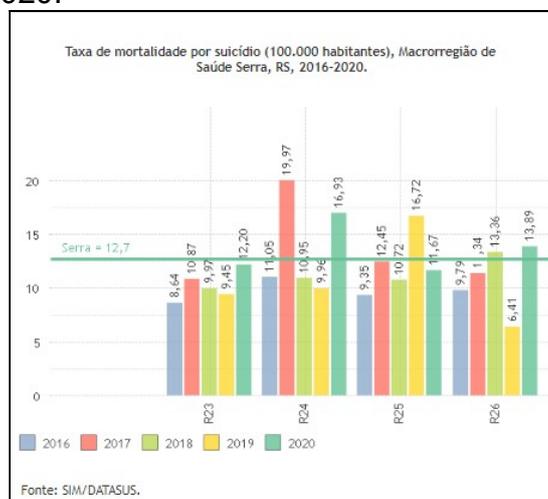
Gráfico 21. Taxa de internações SUS devido ao Risco de suicídio (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.8 TAXA DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO

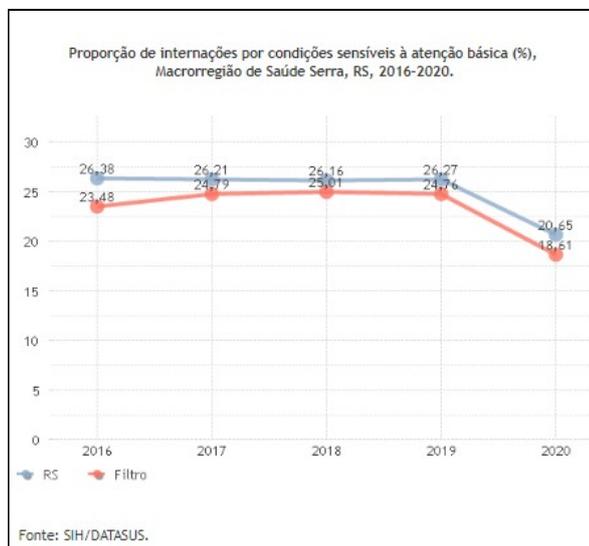
O gráfico abaixo mostra que a taxa de mortalidade por suicídio na Macrorregião de Saúde Serra apresentou aumento de 2019 para 2020 nas regiões 23 (9,45; 12,20), região 24 (9,96; 16,93) e região 26 (6,41; 13,89). Sendo assim, somente a região 25 apresentou diminuição de 16,72 para 11,67.

Gráfico 22. Taxa de mortalidade por suicídio (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.9 PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA

Gráfico 23: Proporção de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica na Macrosserra (2016-2020).



Observa-se a redução das taxas de internação por condições sensíveis à APS no início do período pandêmico, ou seja, no ano de 2020. Importante ressaltar que na Macrorregião, a Região 24 apresenta as maiores taxas de internação mesmo a menor população se dispendo de menos serviços hospitalares, em comparação às demais regiões. Já, a Região 23, registra o maior contingente populacional e possui mais serviços hospitalares, apresenta a menor proporção de internações.

Acrescenta-se, ainda, que a Região 24 apresenta cobertura de APS acima de 70%, de modo que não é possível estabelecer relação entre a maior disponibilidade de serviços da atenção primária e um menor índice no ICSAB. Pode-se supor uma resolutividade insuficiente das equipes da APS no atendimento às necessidades de saúde da população.

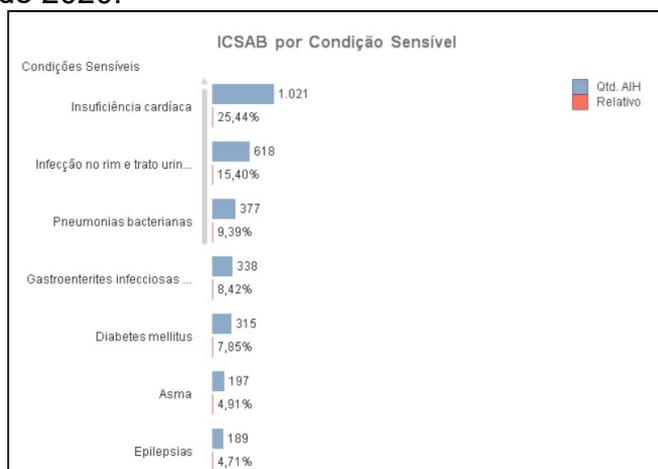
Tabela 03: Cobertura de ESF e AB, por região de saúde, na 5ª CRS (dezembro/2020)

Região de Saúde	Popul.	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
Região 23	620.945	71	237.545	38,25%	408.669	65,81%
Região 24	99.809	16	50.115	50,21%	71.025	71,16%
Região 25	317.563	46	145.939	45,95%	222.338	70,01%
Região 26	189.350	30	96.404	50,91%	145.278	76,72%

Fonte: Ministério da Saúde/SAPS.

Entre as cinco principais causas de internações por condições sensíveis à atenção básica, na Macrosserra, no ano de 2020, destacam-se: insuficiência cardíaca, infecção no rim e trato urinário, pneumonias bacterianas, gastroenterites infecciosas e diabetes mellitus (Figura 03).

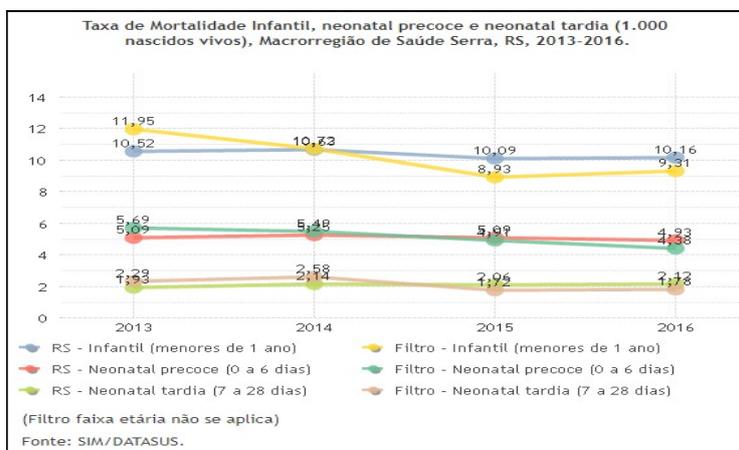
Figura 03: Causas de internações por condições sensíveis à atenção básica, na Macrosserra, no ano de 2020.



Fonte: Portal BI/RS

3.10 TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, NEONATAL PRECOCE E NEONATAL TARDIA

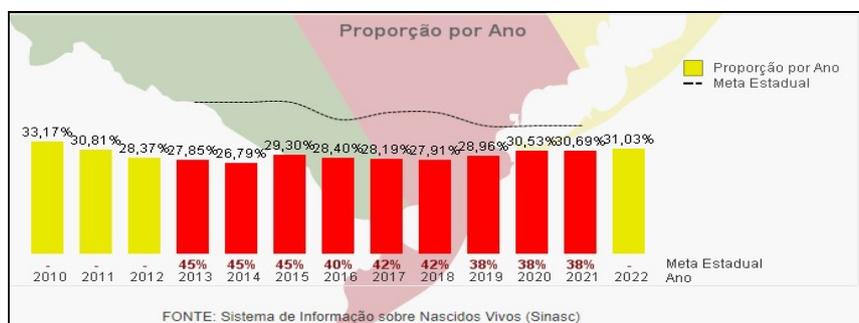
Gráfico 24. Taxa de Mortalidade Infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2013-2016.



Em relação à taxa de mortalidade Infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos) no período de 2013 a 2016 a Macrorregião de Saúde Serra apresentou em 2016 taxa abaixo dos resultados do estado nas três classificações.

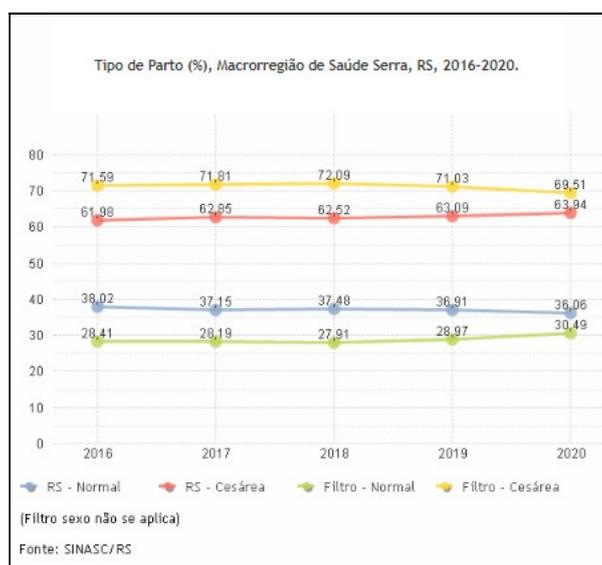
3.11 PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS E CESÁREAS

Gráfico 25. Proporção de partos vaginais, meta estadual.



O Gráfico 25 mostra os resultados referentes às metas estaduais na série histórica da Macrorregião de Saúde Serra, de 2010 a 2022.

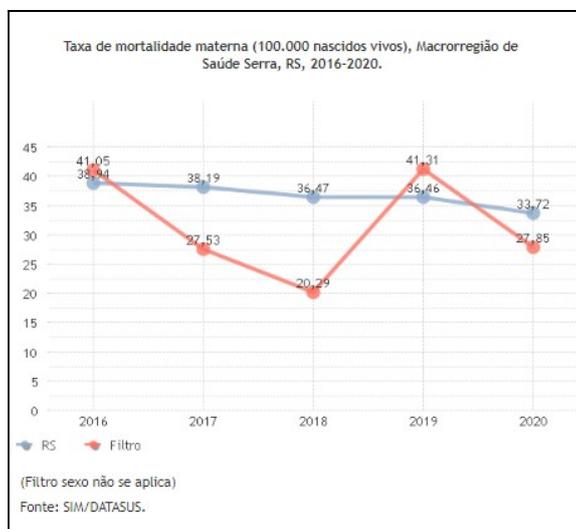
Gráfico 26. Tipo de Parto (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



Em relação ao tipo de parto, os dados acima demonstram que na Macrorregião de Saúde Serra, a proporção de partos normais está abaixo do estado, assim como a proporção de partos cesáreos está acima da proporção registrada no estado. Há de considerar que o resultado em 2020 está melhor que nos anos anteriores, porém, apesar de positivo, esse dado não implica em redução da taxa de mortalidade infantil, a qual segue acima do RS na região. Isso pode ser influenciado, em parte, pela assistência à gestante e criança na maternidade, bem como ao cuidado no primeiro ano de vida, influenciado negativamente pelas condições de vida da população.

3.12 TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

Gráfico 27. Taxa de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.

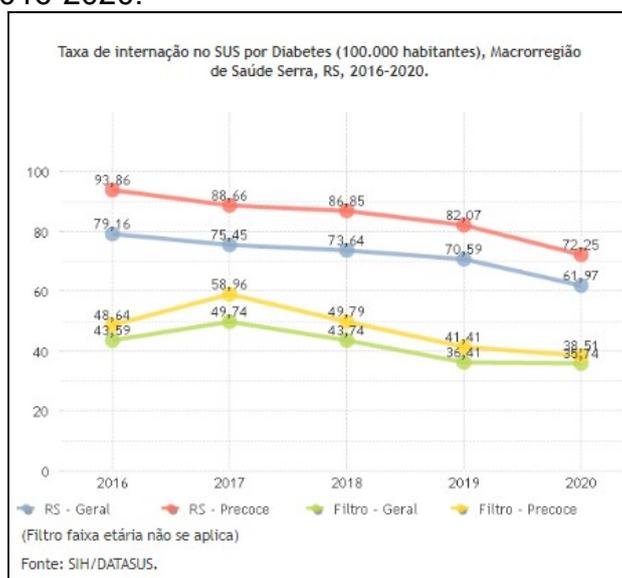


A mortalidade materna na Macrorregião apresentava taxas decrescentes entre 2016 e 2018. Contudo, em 2019 observou-se um aumento inclusive retornando a valores semelhantes a 2016.

3.13 TAXA DE INTERNAÇÃO PELO SUS POR DIABETES

As internações por diabetes mostraram pouca alteração entre os anos de 2019 e 2020. No entanto, em 2020, registrou-se evidente redução nas internações por essa patologia, o que pode ter sido influenciado pela pandemia, situação não observada em 2018 e 2019.

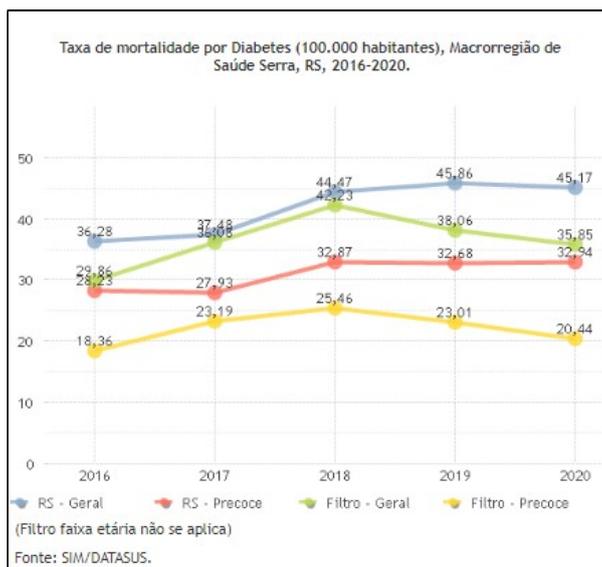
Gráfico 28. Taxa de internação no SUS por Diabetes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.14 TAXA DE MORTALIDADE POR DIABETES

Quanto à taxa de mortalidade por Diabetes, houve uma leve diminuição entre 2019 e 2020, porém, neste período, isso não pode ser levado em consideração quando houve aumento de óbitos no geral, principalmente por covid e de pessoas portadoras de doenças crônicas como doenças cardiovasculares e diabetes.

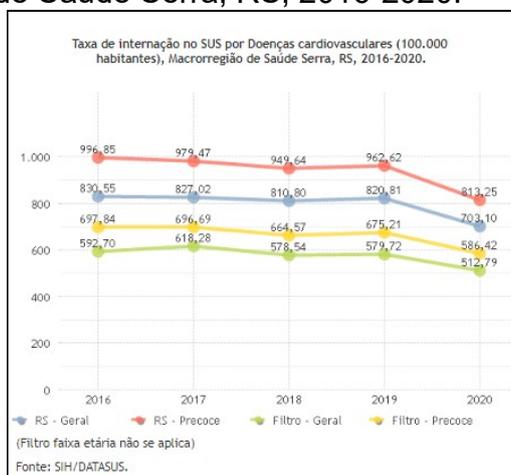
Gráfico 29. Taxa de mortalidade por Diabetes (100.000), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.15 TAXA DE INTERNAÇÃO NO SUS POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Segue abaixo a taxa de internação no SUS por Doenças cardiovasculares, as quais houve uma diminuição em 2020 em relação a 2019, visto que por conta da pandemia, não se sabe explicar se houve diminuição de internação ou se houve a reclassificação nas internações por estes terem internado devido à descompensação no caso de serem infectados por Covid-19.

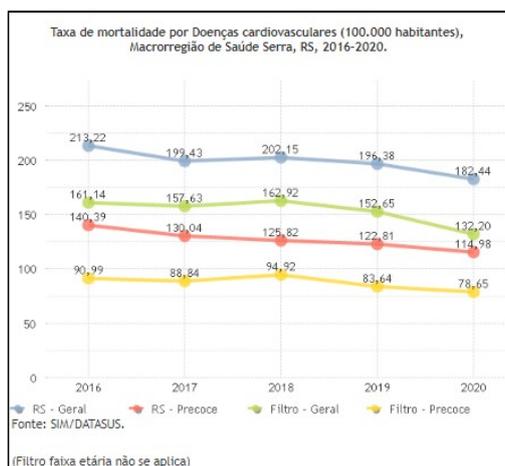
Gráfico 30. Taxa de internação no SUS por Doenças cardiovasculares (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.16 TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Abaixo, taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares.

Gráfico 31. Taxa de mortalidade por Doenças cardiovasculares (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.

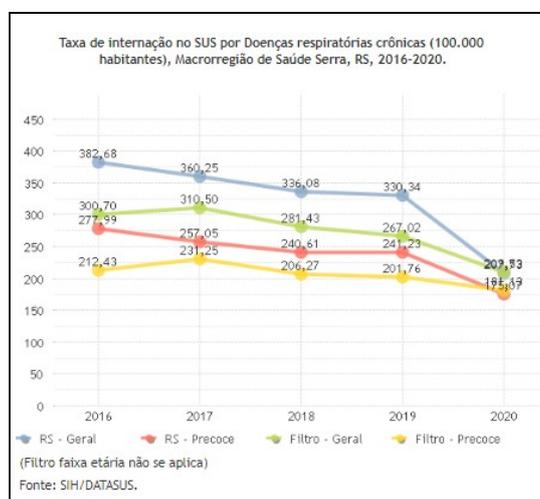


De acordo com o Gráfico 31, a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares teve um decréscimo em 2020, porém, neste período, isso não pode ser levado em consideração pois houve aumento de óbitos no geral, principalmente por covid, sendo geralmente de pessoas portadoras de doenças crônicas como as cardiovasculares e diabetes.

3.17 TAXA DE INTERNAÇÃO PELO SUS POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS

De acordo com o Gráfico 32, houve diminuição da taxa de internação no SUS por Doenças respiratórias em 2020 em relação em 2019. Porém, há de se lembrar que os pacientes que internam por Covid-19 não estão contemplados neste CID.

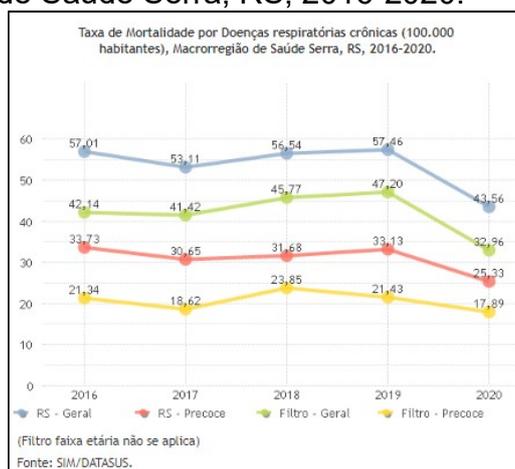
Gráfico 32. Taxa de internação no SUS por Doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.18 TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS

De acordo com o gráfico abaixo, houve diminuição na taxa de mortalidade por Doenças respiratórias crônicas em 2020 em relação a 2019. Porém, há de se destacar que os óbitos por Covid que ocorreram após 2020 com o advento da pandemia, são classificados em outro grupo que não o das doenças respiratórias.

Gráfico 33. Taxa de Mortalidade por Doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.19 TAXA DE INTERNAÇÃO PELO SUS DOS TIPOS DE CÂNCER MAIS PREVALENTES DO RS

Quanto à taxa de internação SUS dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), houve uma leve queda em todos os tipos de 2019 para 2020, exceto por Neoplasia maligna do colo do útero que teve um leve aumento em 2020.

A diminuição pode ter a ver com o período de pandemia em que houve menos diagnóstico devido à menor procura aos serviços de saúde, a não ser em casos graves ou respiratórios.

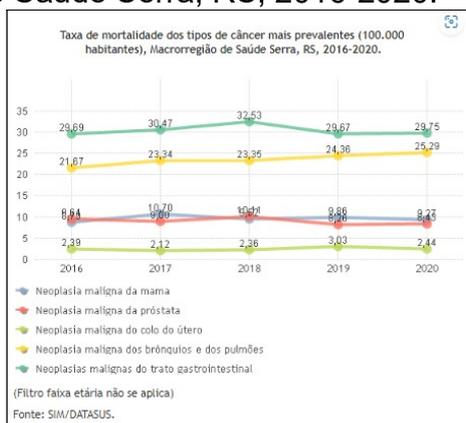
Gráfico 34: Taxa de internação SUS dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.20 TAXA DE MORTALIDADE POR NEOPLASIAS MALIGNAS

A taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes, manteve-se com mínima diferença entre 2019 e 2020.

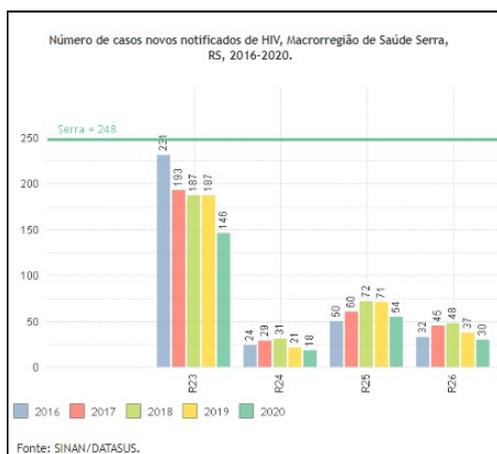
Gráfico 35. Taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.21 NÚMERO DE CASOS NOVOS NOTIFICADOS DE HIV

Analisando a série histórica, após certa estabilidade entre os anos de 2017 e 2019, no ano de 2020 houve uma queda no número de casos novos notificados de HIV. A diminuição pode estar relacionada a baixa testagem no período devido à pandemia.

Gráfico 36. Número de casos novos notificados de HIV, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.

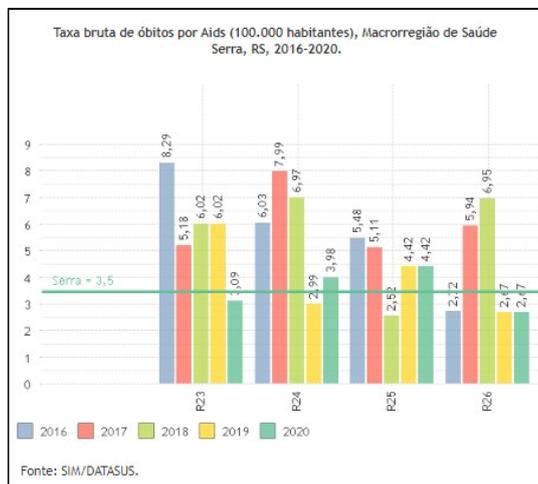


3.22 TAXA BRUTA DE ÓBITOS POR AIDS

Quanto aos óbitos por AIDS, observa-se que em 2019 e 2020, a Região 24 teve aumento na taxa bruta de óbitos em relação a 2019 (2,99/3,98). Quanto à região 23, os dados não se confirmam, pois, apesar de ter havido aumento de óbitos devido à Covid-19,

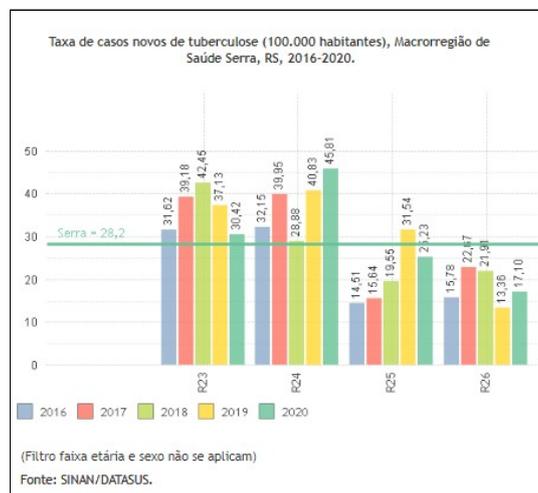
nesta região a taxa bruta caiu quase pela metade. Sugere-se avaliar com o setor responsável.

Gráfico 37. Taxa bruta de óbitos por Aids (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



3.23 TAXA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE

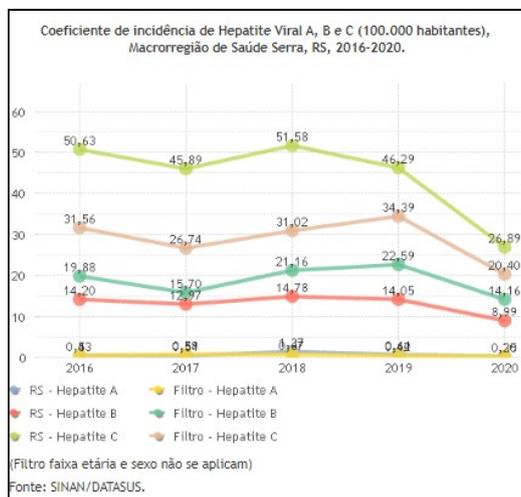
Gráfico 38. Taxa de casos novos de tuberculose (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



De acordo com o gráfico acima, a taxa de casos novos de tuberculose (100.000 habitantes) teve aumento em 2020 nas Regiões 24 e 26.

3.24 COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE VIRAL

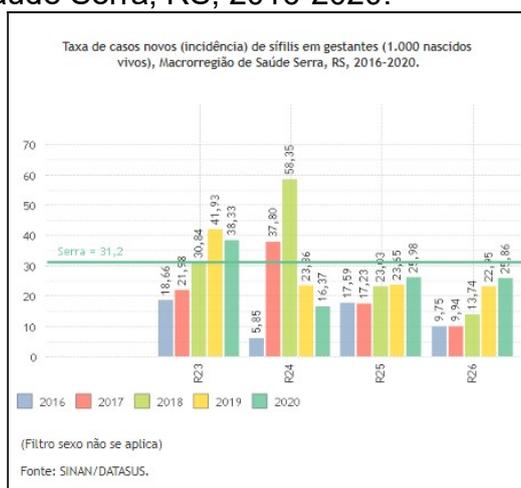
Gráfico 39. Coeficiente de incidência de Hepatite Viral A, B e C (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



Nota-se uma diminuição importante no número de notificações em 2020 em relação a 2019. Porém, não se pode afirmar que houve diminuição no número de casos, visto que a pandemia dificultou a busca por parte da população aos serviços de saúde. Salienta-se que a incidência de Hepatite B em 2020 foi maior que no estado.

3.25 TAXA DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS EM GESTANTES

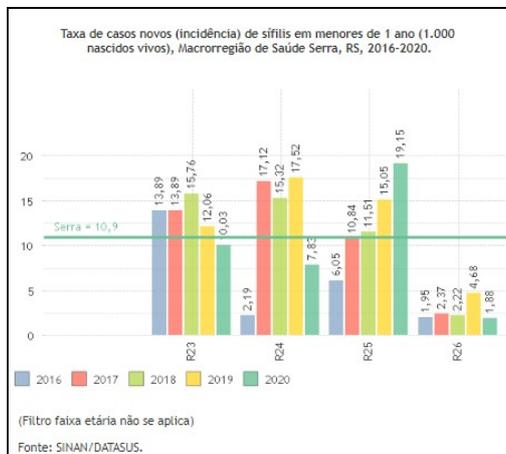
Gráfico 40. Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em gestantes (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



De acordo com o gráfico, em 2020, as Regiões 23 e 24 tiveram diminuição na incidência de sífilis em gestantes em relação a 2019, enquanto que as Regiões 25 e 26 tiveram um leve aumento no mesmo período.

3.26 TAXA DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS EM MENORES DE 01 ANO

Gráfico 41. Taxa de casos novos (incidência) de sífilis em menores de 1 ano (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020.



Quanto à incidência de sífilis em menores de 1 ano, todas as regiões tiveram um decréscimo em 2020 em relação a 2019, exceto a Região 25, a qual teve um aumento de 4,10.

4. ESTRUTURA E REDES DE ATENÇÃO DA 5ª CRS

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS são considerados como termos equivalentes de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) sendo o nível de atenção responsável pelo cuidado e pela resolução das principais condições de saúde das pessoas e a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua principal estratégia de organização.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde de janeiro de 2022, a Macrosserra contava com 239 estabelecimentos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) como Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde ou Posto de Saúde. O número de estabelecimentos de APS se mostra proporcional ao tamanho populacional nas diferentes regiões da Macrosserra.

Figura 04: Quantidade de estabelecimentos cadastrados como Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde e Posto de Saúde na Macrosserra, por região de saúde, em janeiro de 2022.

Região de Saúde (CIR)		Quantidade
TOTAL		239
43023 Região 23 - Caxias e Hortênsias		78
43024 Região 24 - Campos de Cima da Serra		36
43025 Região 25 - Vinhedos e Basalto		77
43026 Região 26 - Uva Vale		48

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2022, a Macrosserra possuía 66,80% de sua população coberta pela APS, tendo uma cobertura comparativamente menor que o Estado do RS que possui 71,16% da população coberta pela APS.

Ao avaliarmos a cobertura por Estratégia de Saúde da Família (ESF) que é o modelo de atenção prioritário percebe-se uma significativa diminuição da população coberta, sendo 54,30%. Tendo, novamente uma cobertura comparativamente menor que o Estado do RS que possui 63,56%.

Figura 05: Cobertura da APS nas quatro regiões de saúde da Macrosserra.

Cobertura da Atenção Primária							
Região de Saúde	População	Qt. eAP financiada	Qt. eSF financiada	Qt. Cadastros eAP financiada	Qt. Cadastros eSF financiada	Qt. Total de Cadastros (lim.pop.IBGE)	Cobertura APS
Região 23 - Caxias e Hortênsias	635.758	34	71	96.441	250.055	341.241	53,67%
Região 24 - Campos de Cima da Serra	100.366	0	26	0	100.214	93.303	92,96%
Região 25 - Vinhedos e Basalto	323.831	17	56	48.996	203.665	246.481	76,11%
Região 26 - Uva Vale	192.500	18	39	34.712	126.249	156.113	81,09%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica/MS

Figura 06: Cobertura da APS no RS

UF	População	Qt. eAP financiada	Qt. eSF financiada	Qt. Cadastros eAP financiada	Qt. Cadastros eSF financiada	Qt. Total de Cadastros (lim.pop.IBGE)	Cobertura APS
RS	11.466.630	466	2.301	1.066.878	7.288.722	8.159.996	71,16%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica/MS

Grande parte dessa menor cobertura de APS na Macrosserra deve-se a região 23 - Caxias e Hortênsias com 53,67% devido ao município de Caxias do Sul que possui o

maior contingente populacional (523.716 habitantes) e cobertura de APS de 48,91% e cobertura de ESF de 32,79% (Figura 07).

Figura 07: Cobertura de ESF e APS do município de Caxias do Sul.

Cobertura da Atenção Primária							
Município	População	Qt. eAP financiada	Qt. eSF financiada	Qt. Cadastros eAP financiada	Qt. Cadastros eSF financiada	Qt. Total de Cadastros (lim.pop.IBGE)	Cobertura APS
CAXIAS DO SUL	523.716	28	49	84.461	171.728	256.189	48,91%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica/MS

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil. A partir de 2020, as equipes NASF-AB deixaram de receber repasse financeiro específico, o qual foi incorporado ao recurso total para custeio da APS.

Por isso, a maioria das equipes foram descontinuadas. Os municípios que permaneceram com equipe de NASF-AB no SCNES são: Bom Princípio, Farroupilha, Jaquirana, Picada Café e Nova Petrópolis. Observa-se, portanto, a necessidade de fortalecimento das equipes multiprofissionais na APS e na rede de atenção da Macrosserra.

4.1.1 Academias da Saúde

O Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção à saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços com estrutura para a prática de atividades corporais e estímulo à adoção de hábitos saudáveis. Esses locais fazem parte da rede de Atenção Primária à Saúde e complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção à saúde em articulação com as outras equipes do território. Atualmente, 10 municípios possuem polos em funcionamento: Cotiporã, Farroupilha, Jaquirana, Monte Alegre dos Campos, Nova Roma do Sul, Picada Café, Pinhal da Serra, Nova Petrópolis (2), Vale Real e Veranópolis.

4.1.2 Saúde da Mulher

A Rede Materno-Paterno-Infantil visa a dispor de fluxo adequado para o atendimento ao planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e primeira infância, com o propósito de qualificar a assistência e reduzir as taxas de mortalidade materna, infantil e fetal, e proporcionar acesso do homem aos serviços de saúde. Está vinculada à Rede Cegonha, estratégia do MS e na qual mulheres, homens, recém-nascidos e crianças têm direito ao acesso ampliado, ao acolhimento e ao pré-natal de qualidade (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha prevê financiamento para ampliação dos exames de pré-natal (incluindo teste rápido de gravidez e de detecção da Sífilis e HIV), ampliação e qualificação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, de Unidades de

Cuidados Intermediários (UCI) e UTI neonatal, de leitos de gestação de alto risco, assim como adequação da ambiência das maternidades, construção e custeio de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas (CGBP). Possui ainda espaços deliberativos, tanto em nível estadual quanto regional, tais como o Grupo Condutor da Rede Cegonha e os Colegiados de Maternidades e Fóruns Perinatais (BRASIL, 2011).

Tem como estratégia de acesso da Gestante no Pré-Natal na Atenção Básica ao Ambulatório de Gestante de Alto Risco (AGAR) conforme Protocolo Estadual, porém mesmo após referenciamento para o serviço especializado, a gestante deve manter o vínculo com a equipe da APS (Portaria SES/RS Nº 660/2012), Incentivo ao Alto Risco Hospitalar (Portaria SES/RS Nº 371/2008) e Regionalização do Parto e Nascimento (Resolução CIB/RS Nº 206/2017 e Portaria SES/RS Nº 359/2017), bem como os Ambulatórios de Seguimento de Egressos (Resolução CIB/RS Nº 105/2011).

Pré-natal do parceiro: tem pôr objetivo a participação efetiva do pai/parceiro no período da gestação, parto e puerpério, também como forma de proteção, prevenção, cuidado, autocuidado e tratamento de agravos e Infecções Sexualmente Transmissíveis (HIV e/ou sífilis) (BRASIL, 2016).

A Linha de Cuidado da Mulher Privada de Liberdade: abrange todas as mulheres que estão no sistema prisional no estado do RS. Quanto ao acompanhamento do PIM às famílias extensas, a oferta e a coleta dos dados são realizadas pelos profissionais dos estabelecimentos prisionais, e a visita domiciliar ocorre nos municípios que possuem o PIM habilitado. Para que a APS possa ordenar a RAS, é essencial integrar a rede de atenção perinatal, a partir da definição de responsabilidades em todos os níveis de atenção e integração do cuidado entre a APS e a Atenção Hospitalar.

Em relação ao Ambulatório da Gestante de Alto Risco (AGAR) existem duas referências para Macrosserra - uma pactuada no Hospital Geral de Caxias do Sul, para Região 23, 24 e 26 e outra sendo estruturada no município de Bento Gonçalves especificamente para Região 25. Além da função assistencial, o ambulatório deve realizar matriciamento para a rede e supervisão e educação permanente aos profissionais e às usuárias, compartilhando o cuidado das gestantes com a APS.

Ressalta-se, portanto, a necessidade de efetivar o processo de educação permanente às equipes da APS dos municípios referenciados para esses serviços.

Ambulatórios de Seguimento de Egressos (ASE) de Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), instituídos pela Resolução CIB/RS Nº 324/2010, sua finalidade é garantir e oportunizar o acompanhamento diferenciado aos recém-nascidos, após a alta hospitalar das UTIN, pelo período de dois anos, devido ao maior risco de morbimortalidade dessa população. Os ASE de UTIN utilizam a estrutura de um hospital de referência regional ou macrorregional, no caso da Macrosserra, o ASE foi estruturado no Ambulatório do Hospital Geral e disponibilizam consultas nas especialidades pediátricas (neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e cirurgia pediátrica) e é composto por equipes multidisciplinares, incluindo fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, psicologia e/ou nutrição. O acompanhamento especializado deve ser compartilhado com a APS, ordenadora do cuidado.

Atendimento ao parto na Macrosserra existem 122 leitos obstétricos pelo SUS, conforme consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES 2022), sendo necessários 86 leitos para a Rede Cegonha. Quanto ao atendimento de alto risco ao neonato, encontram-se habilitados no SUS 27 leitos de UTI Neonatal (CNES, 2022).

Os quantitativos de leitos de UTI Neonatal e de leitos obstétricos estão em suficiência para a assistência à população da Macrosserra (Portaria GM/MS Nº 1.631, de 2015) (BRASIL, 2015). Em 2017, iniciou-se a implementação do processo de regionalização do parto e nascimento no RS (Resolução CIB/RS Nº 206/2017, Portaria SES/RS Nº 359/2017 e Nota Técnica 001/2017, que apresenta recomendações da SES/RS para serviços que atendem parto de risco habitual e alto risco).

Figura 048. Planilha de regionalização do parto de risco habitual e alto risco Macrosserra 2022

CRS	Região	CNES	UNIDADE	MUNICÍPIO	Habilitação	Tipo de Serviço	Referência
51	R25	2241021	SOCIEDADE DR BARTHOLOMEU TACCHINI	Bento Gonçalves	Portaria SES 865/2021	Maternidade de Alto Risco	Todos os municípios da 25ª Região de Saúde
	R25	2241021	SOCIEDADE DR BARTHOLOMEU TACCHINI	Bento Gonçalves	Portaria SES 865/2021	Maternidade de Risco Habitual	Bento Gonçalves, Santa Tereza, Pinto Bandeira, Monte Belo do Sul, Carlos Barbosa
	R25	2241021	SOCIEDADE DR BARTHOLOMEU TACCHINI	Bento Gonçalves	Portaria SES 865/2021	Ambulatório Gestante de Alto Risco	Todos os municípios da Região de Saúde 25
	R23	2235609	HOSPITAL DE CARIDADE DE CANELA	Canela	Portaria SES 45/2022	Maternidade de Risco Habitual	Canela
	R23	2223546	PRO SOCIAL DAMAS CARIDADE MANTENEDORA HOSP N 5 DE POMPEIA	Caxias do Sul	Portaria SES 639/2021	Maternidade de Risco Habitual	Caxias do Sul
	R26	2240335	HOSPITAL BENEFICENTE SÃO CARLOS	Farrópilha	Portaria SES 639/2021	Maternidade de Risco Habitual	Todos os municípios da 26ª Região de Saúde
	R25	2257645	HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO	Garibaldi	Portaria SES 639/2021	Maternidade de Risco Habitual	Garibaldi, Boa Vista do Sul, Coronel Pilar
	R23	2241153	SOC EDUC E CARIDADE HOSPITAL ARCANJO SÃO MIGUEL	Gramado	Portaria SES 639/2021	Maternidade de Risco Habitual	Gramado
	R25	2793237	SOC BENEF. MANOEL FRANCISCO GUERREIRO	Guaporé	Portaria SES 45/2022	Maternidade de Risco Habitual	Guaporé, União da Serra, Vista Alegre do Prata
	R25	2241161	HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA	Nova Prata	Portaria SES 45/2022	Maternidade de Risco Habitual	Nova Prata, Protásio Alves, Nova Araçá, São Jorge, Guabiju, Parai
	R24	2241048	SOCIEDADE CARIT UTI SÃO JOSÉ HOSPITAL NOSSA S DA OLIVEIRA	Vacaria	Portaria SES 639/2021	Maternidade de Risco Habitual	Todos os municípios da 24ª Região de Saúde
	R25	2707977	HOSPITAL COMUNITARIO SÃO PELEGRINO LAZZIOZI	Verandópolis	Portaria SES 45/2022	Maternidade de Risco Habitual	Verandópolis, Vila Flores, Fajundes Varela, Cotporã, Nova Bassano
	R23	2241102	HOSPITAL DE NOVA PETRÓPOLIS	Nova Petrópolis		Maternidade de Risco Habitual	Nova Petrópolis, Picada Café e Linha Nova
	R23	2223538	HOSPITAL GERAL	Caxias do sul		Ambulatório Gestante de Alto Risco	Todos os municípios da R23, R24 e R26
	R23	2223538	HOSPITAL GERAL	Caxias do Sul		Maternidade de Alto Risco	Todos os municípios da R23, R24 e R26
R23	2223538	HOSPITAL GERAL	Caxias do Sul		Maternidade de Risco Habitual	Caxias do Sul	

Fonte: Saúde da Mulher -5ª CRS

De acordo com a CIB 50/2022, deliberação conjunta da Macrosserra nº 10/2022, na maternidade de risco habitual, Parai tem como referência o Hospital Beneficente Nossa Senhora Aparecida, no mesmo município.

4.1.3 Assistência ao Planejamento Familiar

A ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para que possamos garantir o exercício dos direitos reprodutivos. Para que isto se efetive, é preciso manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para auxiliar a mulher a fazer sua opção contraceptiva em cada momento da vida.

Os serviços de saúde devem fornecer todos os métodos anticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde, assim como o acesso a Vasectomia e Laqueadura. Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde devem empenhar-se em bem informar aos usuários para que conheçam todas as alternativas de anticoncepção e possam participar ativamente da escolha do método. Considerando que a AIDS vem se tornando uma das principais causas de morte entre mulheres jovens, é fundamental que se estimule a prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive a infecção pelo HIV/AIDS e a gravidez indesejada. Isso pode se traduzir no uso dos preservativos masculino e feminino ou na opção de utilizá-los em associação a outro método anticoncepcional da preferência do indivíduo ou casal.

Figura 09. Hospitais com habilitação para vasectomia e laqueadura

HOSPITAIS	MUNICÍPIO
HOSPITAL ARCANJO SÃO MIGUEL	GRAMADO
HOSPITAL DE CANELA	CANELA
HOSPITAL FÁTIMA	FLORES DA CUNHA
HOSPITAL GERAL	CAXIAS DO SUL
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA OLIVEIRA	VACARIA
HOSPITAL SÃO CARLOS	FARROUPILHA
HOSPITAL SÃO ROQUE	CARLOS BARBOSA
HOSPITAL SCHLATTER	FELIZ
HOSPITAL SÃO PEDRO	GARIBALDI

Fonte: Saúde da Mulher- 5ª CRS

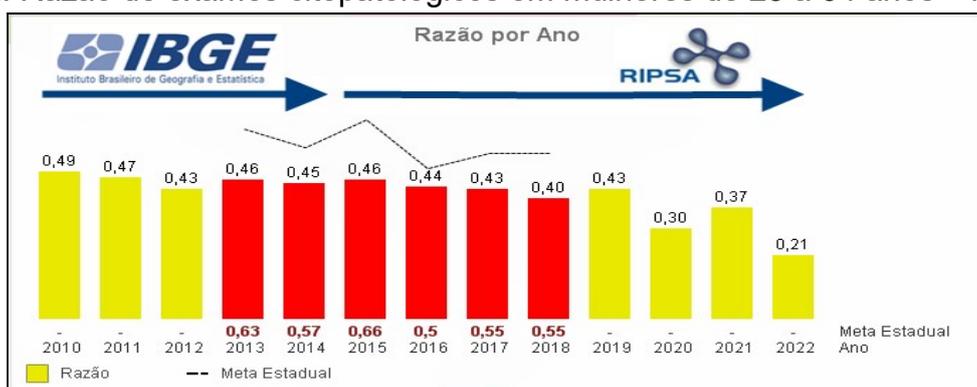
Apesar de termos nove Hospitais habilitados para realização dos procedimentos e Vasectomia e Laqueadura, nos deparamos com vários municípios da Região 23, 25 e 26 sem referência pactuada para realização destes procedimentos.

Câncer de Mama

O câncer do colo do útero é uma doença com elevado potencial de prevenção e cura, pois apresenta lesões precursoras e uma progressão, na maioria dos casos, lenta. O método eleito para rastreamento do câncer do colo do útero é o exame cito patológico (exame de Papanicolau) ou “preventivo”, que deve ser realizado, prioritariamente, por mulheres na faixa dos 25 aos 64 anos.

O processo de rastreamento tem por finalidade abordar uma população assintomática, aparentemente saudável, para identificar o momento do adoecimento.

Gráfico 42. Razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos – Macroserra.

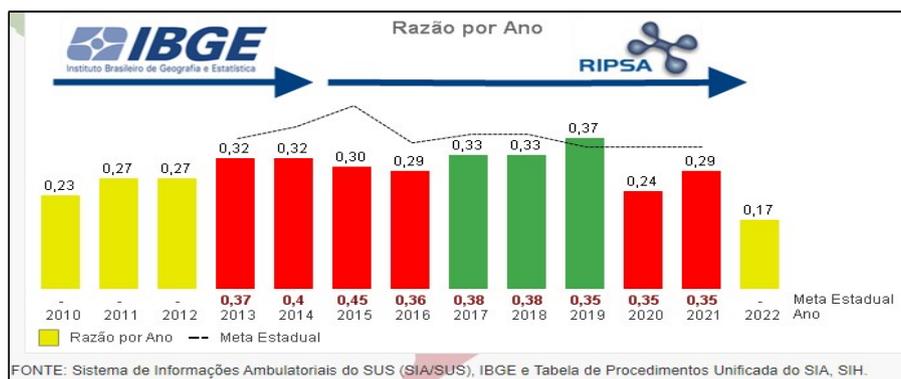


Fonte: SIA/SUS

Em análise aos dados, observamos que as Regiões de Saúde da Macroserra não atingem a meta Estadual no decorrer de anos. Em 2019 apresentou pequena elevação, com uma queda expressiva em 2020 e uma leve recuperação em 2021.

A realização de mamografias destina-se a população feminina residente com idade entre 50 e 69 anos no RS, faixa etária a que se destina o programa de rastreamento conforme diretrizes do MS.

Gráfico 43. Razão de exames de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos, Macrosserra.



Observamos que ocorreu um aumento na razão de exames de rastreamento a partir de 2017, atingindo 0,37 em 2019, com um aqueda brusca em 2020 com a pandemia. No ano de 2021 os municípios retomaram de forma tímida no avanço ao alcance da meta, porém ainda necessitam implementar muita articulação para atingir o público alvo e o alcance da meta.

4.1.4 Saúde do Homem

Segundo estimativas elaboradas pelo Ministério da Saúde, no ano de 2021 a Macrosserra contava com 363.323 homens de 20 a 59 anos (Figura 10).

Figura 10 - Estimativa da população residente do sexo masculino na Macrosserra de 20 a 59 anos no ano de 2021.

POPULAÇÃO RESIDENTE - ESTUDO DE ESTIMATIVAS POPULACIONAIS POR MUNICÍPIO, IDADE E SEXO 2000-2021 - BRASIL

População residente segundo Macrorregião de Saúde
 Macrorregião de Saúde: 4310 SERRA
 Sexo: Masculino
 Faixa Etária 2: De 20 a 24 anos, De 25 a 29 anos, De 30 a 34 anos, De 35 a 39 anos, De 40 a 44 anos, De 45 a 49 anos, De 50 a 54 anos, De 55 a 59 anos
 Período: 2021

Macrorregião de Saúde	População residente
TOTAL	363.323
4310 SERRA	363.323

Fonte:
 • 2000 a 2021 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem (PEAISH) incentiva os municípios a implementarem ações de prevenção e promoção de saúde, principalmente, com medidas na APS que evitem as internações por condições sensíveis à APS.

Ações de inclusão dos homens nos serviços de saúde, tais como o pré-natal do parceiro, podem se configurar como instrumentos de acolhimento e desenvolvimento de consciência masculina tanto na promoção de saúde, quanto na prevenção de doenças e tem sido divulgado pela 5ª Coordenadoria Regional de Saúde como uma das estratégias para sensibilização em relação à saúde do homem.

Na Macrosserra, as principais causas de internações em homens de 20 a 59 anos entre os anos de 2019 a 2021, segundo capítulo do CID-10 foram as provocadas por: lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas seguidas por doenças do aparelho digestivo, transtornos mentais e comportamentais, algumas doenças infecciosas e parasitárias e neoplasias.

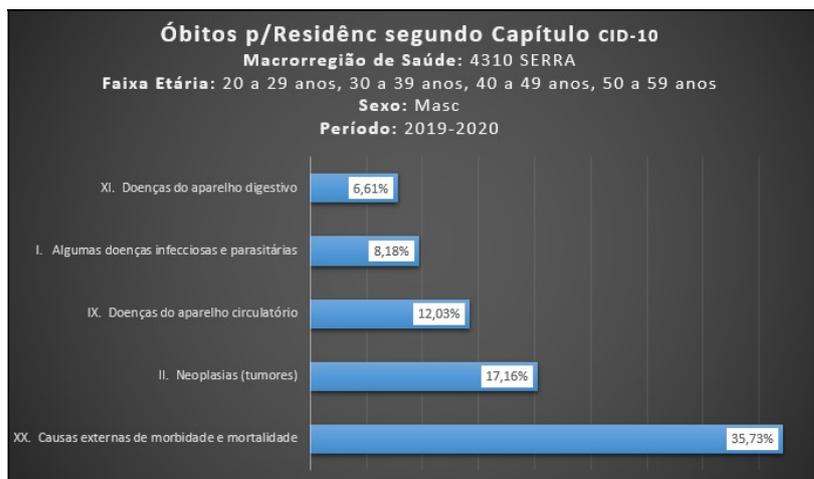
Gráfico 44: Proporção de Internações por Capítulo CID na Macrosserra em Homens de 20 a 59 anos (2019-2021).



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Em relação à mortalidade na Macrosserra, as principais causas em homens de 20 a 59 anos entre os anos de 2019 a 2020, segundo o capítulo do CID-10 foram as provocadas por causas externas de morbidade e mortalidade, neoplasias, doenças do aparelho circulatório, algumas doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo.

Gráfico 45: Óbitos na Macrosserra por Capítulo CID, por idade (2019-2020).



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Partindo dos dados epidemiológicos expostos observa-se a necessidade de minimizar barreiras e ampliar o acesso do público masculino às ações de prevenção e promoção de saúde com o objetivo de prevenir internações, em particular, as provocadas por causa externas (traumatismos, fraturas, intoxicações), assim como as provocadas pela saúde mental dos homens da Macrosserra.

A prevenção e promoção da saúde se mostram fundamentais em relação aos óbitos provocados por neoplasias, doenças do aparelho circulatório e causas externas.

Estratégias de aprimoramento do acesso ao público masculino na APS como: horário estendido, ações no território das Unidades Básicas de Saúde, inclusive, em empresas em conjunto com a saúde do trabalhador; a implantação do pré-natal do parceiro e ações relacionadas ao Programa Saúde na Escola (PSE) podem ser estratégias para o público masculino.

4.1.5 Saúde do Adolescente

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde circunscrevem a adolescência no período de 10 a 19 anos.

Segundo estimativas do Ministério da Saúde, no ano de 2020, a Macrosserra contava com 157.821 adolescentes de 10 a 19 anos, correspondendo a 12,7% da população total. Existe uma discreta prevalência da população adolescente masculina em relação à feminina, inclusive em todas as regiões da Macrosserra.

Figura 11: Estimativa da população residente de 10 a 19 anos na Macrosserra, por sexo, em 2020.

POPULAÇÃO RESIDENTE - ESTUDO DE ESTIMATIVAS POPULACIONAIS POR MUNICÍPIO, IDADE E SEXO 2000-2020 - BRASIL

População residente por Sexo segundo Região de Saúde (CIR)
 Região de Saúde (CIR): 43023 Região 23 - Caxias e Hortêntas, 43024 Região 24 - Campos de Cima da Serra, 43025 Região 25 - Vinhedos e Basalto, 43026 Região 26 - Uva Vale
 Macrorregião de Saúde: 4310 SERRA
 Sexo: Masculino, Feminino
 Faixa Etária 1: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos
 Período: 2020

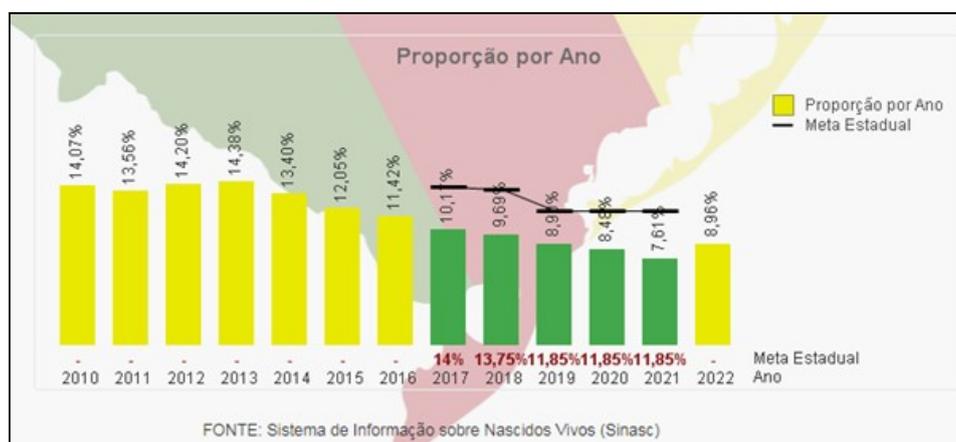
Região de Saúde (CIR)	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	81.362	76.459	157.821
43023 Região 23 - Caxias e Hortêntas	43.391	41.191	84.582
43024 Região 24 - Campos de Cima da Serra	6.913	6.605	13.518
43025 Região 25 - Vinhedos e Basalto	19.206	17.660	36.866
43026 Região 26 - Uva Vale	11.852	11.003	22.855

Fonte:
 • 2000 a 2020 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASHT/CGIAE

Fonte: MS/SVS/DASNT/CGIAE

Em relação à proporção de gravidez na adolescência, a Macrosserra apresentou 7,61% de nascimentos de mães adolescentes do total de nascimentos no ano de 2021, demonstrando uma leve tendência de queda ao longo da última década. Esta proporção de gravidez na adolescência apresentou melhores resultados que a proporção do Estado no ano de 2021 que foi de 9,62% (Figura 12).

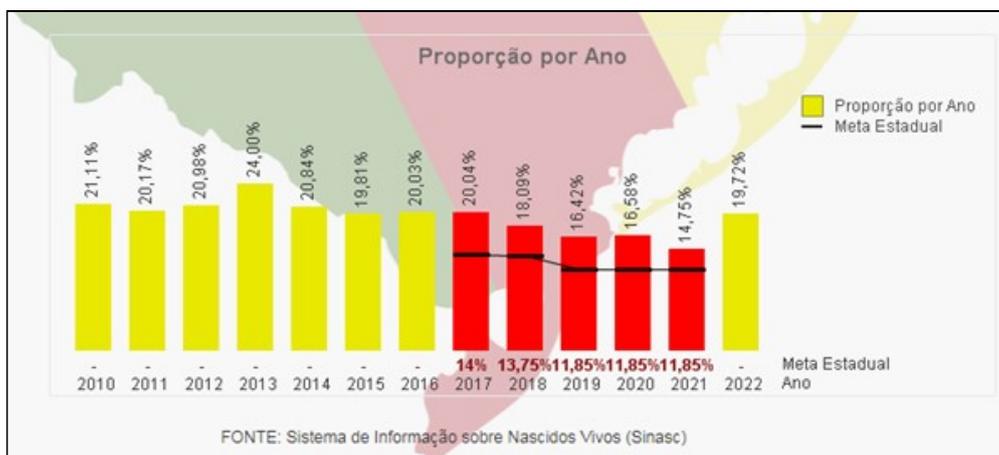
Figura 12. Série histórica de proporção de gravidez de adolescentes na Macrosserra.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

Ainda em relação à gravidez na adolescência, destaca-se, negativamente, os dados da Região 24, com 14,75% de nascimentos de mães adolescentes no total de nascimentos no ano de 2021, acima da média do Estado.

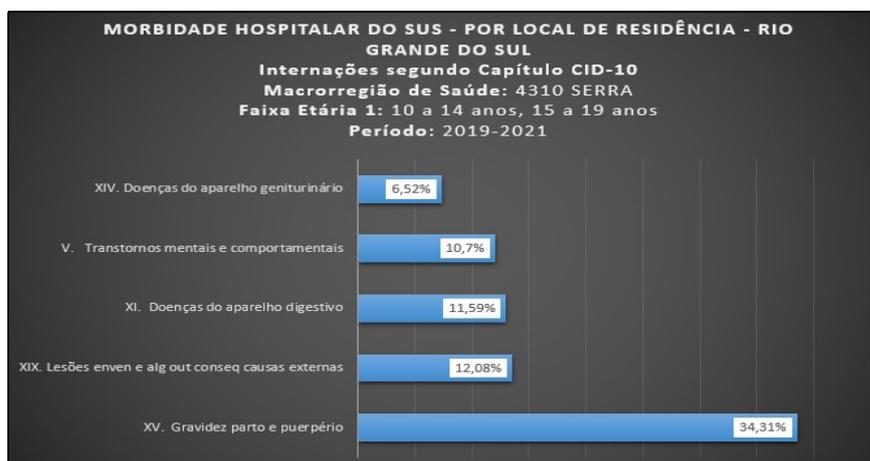
Gráfico 47: Série histórica de proporção de gravidez de adolescentes na região 24 - Campos de Cima da Serra.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Na Macrosserra, entre os anos de 2019 a 2021, ocorreram 11.225 internações de adolescentes de 10 a 19 anos. As principais causas de internação, segundo capítulo do CID-10, foram as provocadas por: gravidez, parto e puerpério, seguidas por lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, doenças do aparelho digestivo, transtornos mentais e comportamentais e doenças do aparelho geniturinário.

Gráfico 48: Proporção de Internações por Capítulo CID na Macrosserra em Adolescentes de 10 a 19 anos (2019-2021).



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

Em relação às notificações de violência sexual na Macrosserra, entre 2019-2021, observa-se um maior número de notificações na faixa etária de 10-14 anos comparando-se a todas as faixas etárias no somatório das quatro regiões de saúde.

Figura 13: Frequência de notificação de violência sexual na Macrosserra, por faixa etária, região de saúde entre 2019-2021.

VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA - RIO GRANDE DO SUL

Frequência por Faixa Etária segundo Região de Saúde (CR) de notif
 Macrorreg. de Saúde de notifi: 4310 SERRA
 Viol Sexual: Sim
 Período: 2019-2021

Região de Saúde (CR) de notif	<1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 e mais	Total
TOTAL	9	139	188	203	102	78	45	20	16	7	807
43023 Região 23 - Caxias e Hortênsias	5	89	109	103	47	45	24	9	5	2	438
43024 Região 24 - Campos de Cima da Serra	2	9	5	7	5	5	5	-	1	1	40
43025 Região 25 - Vinhedos e Basalto	1	28	59	77	42	23	14	10	7	3	204
43026 Região 26 - Uva Vale	1	13	15	16	8	5	2	1	3	1	65

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan

Observa-se uma discrepância no número de notificações de violência na Região de Saúde 24 em relação às demais.

Dentre as ações voltadas à saúde do adolescente na Macrosserra, destaca-se o Programa Saúde na Escola (PSE), programa para integração entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de APS e da Educação Básica. No ciclo 2021/2022 do PSE, a Macrosserra teve 501 escolas inseridas no PSE em 46 municípios, totalizando 107.472 alunos. Dentre as 13 ações do PSE podemos citar, inclusive, aquelas que trabalham a prevenção das principais causas de morbimortalidade entre o público adolescente.

Alguns municípios da Macrosserra, mediante solicitação à 5ª CRS, distribuem a Caderneta de Saúde de Adolescentes, nas versões masculina e feminina como um instrumento de apoio aos profissionais e aos adolescentes, abordando temas como sexualidade, uso de tabaco, álcool e outras drogas, atividades físicas, alimentação, saúde bucal, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, e também projetos de vida, preconceitos e diferenças.

Outra ação voltada ao público adolescente na Macrosserra ocorre em três municípios elegíveis pelo Programa RS Seguro - Caxias do Sul, Bento Gonçalves e Farroupilha - através do Eixo de Prevenção do Programa. Neste caso, o programa RS Seguro é voltado à população de adolescentes de 22 escolas e profissionais das áreas da saúde e educação. O objetivo principal é trazer temáticas importantes não só para a prevenção das IST/HIV/Aids, mas também de saúde integral, como a saúde reprodutiva, uso de álcool e outras drogas, diversidade, estigma e discriminação, violência e bullying, através de estratégias inovadoras que provoquem o interesse e sejam eficazes na mudança de atitudes.

4.1.6 Saúde da Criança

PIM MACROSSERRA

O PIM tem como objetivo apoiar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, na promoção do desenvolvimento integral das crianças, desde a gestação até os seis anos de idade.

Eixos de atuação:

Vigilância e promoção do desenvolvimento integral infantil;

Interação parental positiva;

Articulação em rede;

A atuação do PIM se dá por meio de visitas domiciliares e atividades grupais periódicas de viés lúdico, que são realizadas a partir de planos singulares de atendimento, e da articulação de ações em rede.

Tabela 04. Habilitação do PIM na Macrosserra

Cód. IBGE	CRS	Município	PIM MACRO SERRA DEZ 2021		
			Número de Visitadores		
			20h	30h	40h
4302105	05ª	Bento Gonçalves	0	0	9
4302303	05ª	Bom Jesus	0	0	6
4302352	05ª	Bom Princípio	0	1	0
4305108	05ª	Caxias do Sul	0	50	0
4307401	05ª	Esmeralda	0	0	4
4307906	05ª	Farroupilha	0	8	0
4308102	05ª	Feliz	0	0	1
4309100	05ª	Gramado	0	8	0
4312906	05ª	Nova Bassano	0	2	0
4314464	05ª	Pinhal da Serra	0	1	4
4318622	05ª	São José dos Ausentes	0	0	1
4319000	05ª	São Marcos	0	0	2
4322509	05ª	Vacaria	0	0	9

Fonte: Coordenação do PIM 5ª CRS

O público-alvo para atendimento do PIM são famílias com gestantes e/ou com crianças menores de seis anos de idade.

Nota-se, portanto, que há pouca adesão ao PIM, já que são apenas 13 municípios que permanecem no programa. Na última etapa de Adesão 2022, 04 municípios da Macrosserra realizaram a adesão, totalizando 17 se ocorrer a habilitação.

Atenção à Saúde do Recém-Nascido

Um dos maiores desafios do Brasil para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio é a sua alta taxa de mortalidade perinatal, em particular nas regiões mais pobres. A organização da rede integral de assistência à mulher, à gestante e ao recém-nascido é premissa básica para a promoção da saúde e a redução dos agravos e mortes precoces e evitáveis de mulheres e crianças.

Vigilância da mortalidade infantil e fetal

É uma importante estratégia para a redução da mortalidade infantil e fetal, que possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. Tem sido estimuladas ações de mobilização das equipes de saúde para a identificação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações, investigação e análise de evitabilidade dos óbitos e identificação das medidas necessárias para a prevenção de novas ocorrências. Recomenda-se a criação de Comitês Estaduais e Municipais de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal como uma importante estratégia de melhoria na organização da assistência de saúde para a redução das mortes preveníveis, bem como a melhoria dos registros sobre a mortalidade.

Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz

Os acidentes e as agressões na faixa etária de zero a nove anos ocupam a quinta causa de mortalidade na infância, configurando-se em relevante problema de saúde pública. É prioritária a prevenção de violências à criança por meio da formulação de diretrizes e parâmetros de atenção à saúde, prevenção e cuidados de crianças em situação de risco, e a disponibilização de metodologias voltadas ao acolhimento e à proteção de crianças, articulando essas ações com a rede intersetorial.

Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, propiciando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno.

A Caderneta de Saúde da Criança-Passaporte da Cidadania a todas as crianças nascidas no território nacional, é um instrumento de registro e orientações que auxilia nesse acompanhamento. Seu uso adequado é importante para estreitar e manter o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde.

Os municípios da Macrosserra estão sem o abastecimento de Cadernetas de Criança desde o ano de 2021, pelo Ministério da Saúde, comprometendo o processo de acompanhamento e registro do desenvolvimento das crianças.

Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno

O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. Recomenda-se o aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses. Os esforços de diversos organismos nacionais e internacionais favoreceram o aumento desta prática ao longo dos últimos vinte e cinco anos. A Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno contempla as seguintes estratégias:

- Rede Amamenta Brasil

- Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
- Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- Proteção legal ao aleitamento materno e mobilização social
- Monitoramento dos indicadores de aleitamento materno

Observa-se a necessidade de aperfeiçoamento no monitoramento das estratégias e dos indicadores do aleitamento materno na Macrosserra em todos os níveis de atenção à saúde.

4.1.7 Saúde do Idoso

A Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa objetiva promover a manutenção da capacidade funcional, da autonomia e independência, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável, priorizando a população acima de 80 anos, em consonância ao Estatuto do Idoso (SES/RS, 2021).

APS e Saúde do Idoso

Ao se considerar que as pessoas idosas apresentam frequentemente condições de saúde crônicas, a APS precisa ofertar a assistência que vise à integralidade do cuidado.

A Rede Bem Cuidar, instituída pelo Decreto Estadual nº 56.062, de 29 de agosto de 2021, visa induzir a melhoria das práticas de saúde e o cuidado para o envelhecimento saudável, impactando na qualidade de vida da população gaúcha. A tabela descreve os municípios da Macrosserra que são participantes:

Tabela 05: Municípios da Macrosserra participantes da Rede Bem Cuidar.

Região 25	Bento Gonçalves	Região 23	Canela
	Carlos Barbosa		Caxias do Sul
	Guabiju		Gramado
	Guaporé		Nova Petrópolis
	Monte Belo do Sul		Picada Café
	Nova Araçá		Bom Jesus
	Nova Bassano		Esmeralda
	Nova Prata		Jaquirana
	Paráí		Monte Alegre dos Campos
	Pinto Bandeira		Muitos Capões
	Protásio Alves		Pinhal da Serra
	Santa Tereza		São José dos Ausentes
	São Jorge		Vacaria
	União da Serra		
	Veranópolis		
	Vila Flores		
	Vista Alegre do Prata		
Região 26	Alto Feliz		
	Bom Princípio		
	Farroupilha		
	Feliz		
	Ipê		
	Nova Roma do Sul		
	São Vendelino		
Vale Real			

Fonte: SES/RS.

Destaca-se, no entanto, que alguns municípios não puderam realizar a adesão à Rede Bem Cuidar, mesmo com considerável população idosa, devido ao número reduzido de profissionais nas equipes multiprofissionais, não cumprindo os critérios mínimos para a adesão. Isso prejudica o cuidado integral a essa população, que apresenta demandas que transcendem a atenção à saúde ofertada pelas equipes mínimas da APS.

Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

As ILPI são instituições de moradia exclusivas para idosos, originadas a partir dos antigos “asilos”.

Na Macrosserra, 20 municípios que apresentam ILPI no território são: Antônio Prado, Bento Gonçalves, Bom Jesus, Bom Princípio, Canela, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Farroupilha, Feliz, Garibaldi, Gramado, Guaporé, Nova Petrópolis, Nova Prata, Picada Café, Pinto Bandeira, São Marcos, Vacaria, Veranópolis e Vila Flores, num total de 80 ILPIs.

Ressalta que apenas quatro ILPIs são filantrópicas (uma instituição em Bento Gonçalves, duas em Gramado, uma em Vacaria e outra em Veranópolis), no município de Caxias do Sul, a Fundação de Assistência Social adquire vagas em ILPIs privadas.

Atenção especializada

Alguns municípios têm o profissional geriatra que realiza a atenção à saúde da pessoa idosa (Bento Gonçalves e Caxias do Sul), entretanto, não há um serviço ou ambulatório de referência regional para os demais municípios.

Observa-se, portanto, que há um vazio assistencial na atenção ao idoso em nível especializado.

4.1.8 Equidades

Política de Promoção das Equidades

Através da Portaria SES nº 512/2020, tem-se a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES), com o objetivo de promover a equidade no acesso e na atenção à saúde de populações específicas, tais como:

- Política de Saúde da População Negra: a Comunidade Quilombola de Mato Grande no município de Muitos Capões é a única pertencente à 5ª CRS e conta com 145 pessoas remanescentes de quilombos. A ESF do município busca superar as barreiras de acesso aos serviços e desenvolve ações de enfrentamento ao racismo, apesar de ainda estarmos aquém de efetivamente promover a equidade étnico-racial em saúde a nível de Macrosserra.
- Política de Saúde Indígena: as comunidades indígenas aldeadas são acompanhadas pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena vinculadas à SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena –, prestando apoio à APS de forma itinerante nas aldeias e nos acampamentos. O Estado, assim como os municípios, atua de maneira complementar na atenção à saúde; porém, a média e

a alta complexidade são prestadas pela rede municipal. As Comunidades Indígenas presentes na Macrosserra estão sediadas em Bento Gonçalves, Canela e Farroupilha, e as lideranças indígenas esforçam-se para que o sistema de saúde leve em consideração as especificidades culturais e epidemiológicas a fim de promover cuidado integral e equânime aos povos aldeados.

- Política de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT: apesar dos marcos legais que contribuem para o avanço da pauta e da tentativa de romper com o histórico de desigualdade, discriminação e preconceito social, ainda existem inúmeras lacunas, como, por exemplo, fragilidade no mapeamento dos dados referentes à situação de saúde dessa população.
- Política de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas: embora a abrangência da política seja para todo o Estado, não há financiamento próprio nem equipe de saúde específica. Observa-se que há uma fragilidade no mapeamento em nível estadual para o acompanhamento do referido público.
- Política de Saúde da População Privada de Liberdade: existem penitenciárias em Bento Gonçalves, Canela, Caxias do Sul (duas equipes), Guaporé, Nova Prata e Vacaria, acompanhadas pelas equipes de APS. No entanto, apenas os municípios de Caxias do Sul e Guaporé possuem equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) credenciadas e recebendo recursos de custeio. Ainda há um caminho longo a percorrer no tocante do acesso integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, principalmente pelo estigma e discriminação pelos quais enfrentam.
- Política de Saúde da População em Situação de Rua: devido ao fato de ser o único município da Macrosserra com mais de 300.000 habitantes, somente Caxias do Sul conta com Equipe de Consultório na Rua (eCR). Outro dispositivo importante no que tange o acesso à saúde dessa população é a Equipe de Redução de Danos (eRD), e esta pode ser solicitada por todos os municípios que contam com mais de 16.000 habitantes. Ambos os serviços fortalecem ações de controle de doenças infectocontagiosas e demais agravos de saúde das pessoas que se encontram em situação de rua.
- Política de Saúde de Migrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas do Tráfico de Pessoas: há muito que se avançar nesta política, tendo em vista a crescente demanda de migrantes e refugiados em nossa Macrosserra. Apesar de cartilhas e materiais elaborados com o intuito de facilitar a comunicação, há muitos desafios ainda para um aprimoramento do acesso aos serviços de saúde e das práticas profissionais voltadas para essa população.
- Política de Saúde do Povo Cigano/Romani: com a publicação da POPES, o povo cigano foi incluído como uma das populações específicas abrangidas por essa legislação. Porém, não há financiamento próprio nem equipe de saúde específica, e há uma fragilidade no mapeamento em nível estadual para o acompanhamento do referido público. A realidade e os costumes dos povos ciganos ainda carecem de maior compreensão por parte dos órgãos competentes.

Embora a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES) tenha sido um marco importantíssimo para assegurar e ampliar os direitos à saúde de forma integral e equânime dessas populações específicas, há ainda grandes desafios na tentativa de engajar intersetorialmente os municípios e seus dispositivos do SUS. Apesar de algumas ações compensatórias no intuito de corrigir injustiças históricas produzidas ao longo dos séculos contra essas populações, ainda é um público com certa invisibilidade no âmbito do acesso e direito à saúde. Há que se aprimorar a percepção e sensibilidade por parte dos trabalhadores e gestores do SUS, a fim de compreenderem que o modo de vida, a cultura, a orientação sexual, e os modos de vida das pessoas precisam ser considerados no processo de saúde e doença.

4.1.9 Políticas Transversais

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)

As PICS objetivam a integralidade em todas as suas dimensões, atuando na prevenção de agravos e na promoção e recuperação da saúde, com uma concepção ampliada do processo saúde-doença.

Na Macrosserra a implantação das PICS tem tido destaque na APS com registros de atendimentos, procedimentos e atividades coletivas. Em relação aos procedimentos, no ano de 2021, houve registros de PICS em 26 municípios da Macrosserra, nos quais, constam: acupuntura, massoterapia, tratamento termal/crenoterápico, quiropraxia, aromaterapia, imposição de mãos, terapia de florais, fitoterapia, medicina tradicional chinesa, práticas corporais, antroposofia, bioenergética, constelação familiar e termalismo. Destaque para auriculoterapia como PICS mais ofertada na APS da Macrosserra.

Entretanto, há ciência de que ainda existe um sub-registro das PICS ofertadas, existindo um maior número de municípios da Macrosserra que já ofertam tais práticas, necessitando capacitar os profissionais em relação ao correto registro das ações realizadas além de disseminar as informações em relação às PICS para os municípios que ainda não ofertam e do estímulo para troca de experiências e visibilidade às ações já ofertadas.

4.1.10 Saúde Bucal

O indicador de cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal (eSB) na APS é utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de saúde bucal nesse ponto de atenção com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com a última estimativa de dezembro de 2021 do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), a Macrosserra contava com 543.062 pessoas cobertas por saúde bucal na APS, totalizando 43,78% das pessoas da Macrosserra, ligeiramente menor que a cobertura estadual de 50,42%.

Figura 14 - Cobertura de Saúde Bucal Macrosserra (dividido em regiões)

MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família - DESF
 Unidades Geográficas: REGIÕES DE SAÚDE - RS - Região 23 - Caxias e Hortênsias
 Período: Dezembro de 2021

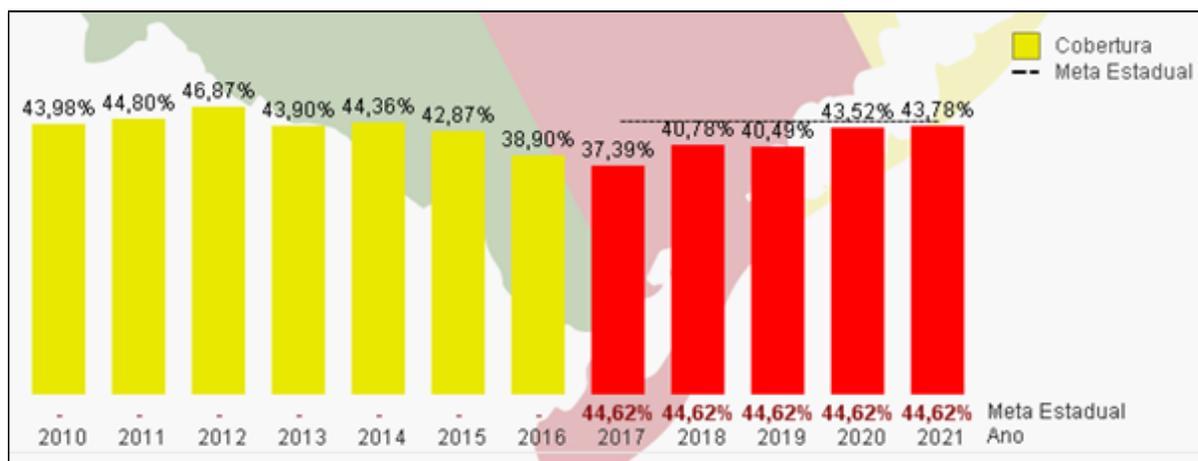
Cobertura de Saúde Bucal

Competência	Macrorregião	UF	Código Reg. Saúde	Região de Saúde	População	Nº eSFB Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF SB	Cobertura ESF SB	Estim. Pop. Cob. SB AB	Cobertura SB AB
DEC/2021	SUL	RS	43023	Região 23 - Caxias e Hortênsias	620.407	39	134.230	21,46%	228.520	34,77%
DEC/2021	SUL	RS	43024	Região 24 - Campos de Cima da Serra	230.094	4	21.064	21,87%	57.367	57,20%
DEC/2021	SUL	RS	43025	Região 25 - Urubitinga e Bonito	220.760	38	123.376	37,82%	170.304	53,40%
DEC/2021	SUL	RS	43026	Região 26 - Unaí/Una	290.909	31	60.251	31,37%	95.709	50,22%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica/MS

A avaliação da série histórica de cobertura de saúde bucal na APS da Macrosserra torna preocupante a cobertura de saúde bucal. Ao longo da última década não ocorreu avanço da cobertura de saúde bucal, mesmo com a grande demanda reprimida e com a responsabilidade de ações relacionadas à prevenção e promoção em saúde bucal.

Gráfico 49: Porcentagem da população da Macrosserra coberta por saúde bucal na APS.



Fonte: BI, RS.

A Região 23 – Caxias e Hortênsias que tem uma cobertura de apenas 34,77%, impactada principalmente pela cobertura de apenas 27,37% do município de Caxias do Sul que possui o maior contingente populacional da região.

Na atenção especializada, o tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) é responsável pelos serviços de média complexidade em saúde bucal. A Macrosserra apresenta atualmente um vazio assistencial enquanto macrorregião. Atualmente há a habilitação de apenas dois CEOs municipais que prestam assistência exclusivamente aos municípios das duas maiores cidades da macrorregião: Caxias do Sul e Bento Gonçalves. De acordo com o contingente populacional da macrorregião se faz necessário idealmente, a longo prazo, a pactuação de ao menos um CEO Regional para cada região de saúde que compõem a Macrosserra.

A Macrosserra possui apenas dois municípios com Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) habilitados – Caxias do Sul e Guaporé, fundamentais para a reabilitação protética em saúde bucal. Dentre as ações prioritárias da política de saúde bucal está a ampliação de LRPD na Macrosserra.

Na atenção terciária, a resolução CIB/RS 50/2022 pactuou a referência ao atendimento odontológico em nível hospitalar para pacientes portadores de deficiência sob anestesia geral ou sedação no Hospital Bom Pastor em Igrejinha aos municípios da Macrosserra, exceto município de Caxias do Sul, cuja referência é o Hospital Geral de Caxias do Sul. O Hospital de Igrejinha, também, é referência a procedimentos de média e alta complexidade do grupo 04.14 (cirurgia bucomaxilofacial) e 04.04.02 (cirurgia da face e do sistema estomatognático).

4.1.11 Política de Alimentação e Nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) apresenta-se com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira. Está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a Atenção Básica como ordenadora das ações.

Figura 15. Cooperação e articulação para segurança alimentar e nutricional



Fonte: Diretrizes da PNAN, disponível em <https://aps.saude.gov.br/politicas/pnan/diretrizes>

Em termos de Políticas e Estratégias que compõem a PAN, podemos citar: Programa Auxílio Brasil, Programa de Suplementação de Ferro e Ácido Fólico, Programa de Suplementação de Vitamina A, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Programa Crescer Saudável, Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), recursos oriundos do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN, para custeio), recursos destinados a compra de materiais antropométricos para Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN).

A obesidade, pelos percentuais crescentes de acometimento da população, se tornou um grave problema de saúde pública. O diagnóstico precoce do sobrepeso e da obesidade tem grande importância no contexto do controle e prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), uma vez que essas condições consistem em fatores de risco para outras doenças e acarretam prejuízos para a saúde dos indivíduos, impactando no aumento da morbimortalidade.

Segundo dados obtidos nos relatórios públicos do SISVAN de 2021, em relação aos índices de sobrepeso e obesidade na população adulta das quatro regiões de saúde que compõem a 5ª CRS, a média de prevalência é de 79,16%. Esse índice supera a média estadual, que foi, no mesmo período, de 73,49%. Resultado esse que alerta para um grave problema de saúde pública em nossa coordenadoria regional.

Sob a ótica de acompanhamento de saúde, incluindo vigilância alimentar e nutricional, o Programa Auxílio Brasil propõe acompanhar os beneficiários com "perfil saúde" em pelo menos 1x a cada semestre. Em termos percentuais, vemos que, em 2021, a Macrosserra pontuou 68,80% de acompanhamento das condicionalidades de saúde, superando a média estadual, que foi de 63,01%. Entretanto, ainda está abaixo do que vem sendo pactuado entre municípios e estado, que para 2022 foi 75,5% de cobertura.

É recomendação dos técnicos da PAN no RS que cada município possua no mínimo 01 profissional nutricionista com carga horária destinada às secretarias municipais de saúde, e que possa ser a referência municipal da Alimentação e Nutrição, ou seja, que faça a gerência dos programas, estratégias e portarias publicadas relativas à Alimentação e Nutrição (que incluem, ou não, recursos financeiros), participe de oficinas, cursos, capacitações, e consiga replicar em seu território o que for necessário para o desenvolvimento da PAN.

4.1.12 Programa IST/Aids

Com o avanço do cuidado às Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) e com a simplificação do tratamento, a infecção pelo HIV foi desenvolvendo características de uma condição crônica e o modelo centrado unicamente em serviços especializados passou a apresentar deficiências. Desta forma, é de fundamental importância o atendimento integral dos usuários também pelos serviços especializados, porém, a continuidade do cuidado deve acontecer na Atenção Básica. Torna-se fundamental a reestruturação dos serviços de atenção às PVHIV de acordo com a realidade local com a implantação de um novo modelo de atenção passando a envolver diferentes níveis de atenção. Assim, nesse modelo de atenção, os serviços especializados continuam sendo fundamentais, mas a linha de cuidado envolve outros serviços de saúde, em especial da Atenção Básica, com o suporte dos Serviços de Atendimento Especializado (SAEs). Esta lógica, apesar de amplamente discutida pelo Ministério da Saúde, não ocorre desta forma nos municípios que compõem a Macrosserra. Sendo que, na maioria das vezes, os PVHIV são acompanhados nos Serviços de Referência e a Atenção Básica acredita não ter responsabilidade no processo. Incluir a Atenção Básica no cuidado compartilhado do HIV/Aids com os serviços especializados é fundamental para a melhoria do atendimento às PVHIV, pois garante maior acesso e vínculo com o sistema de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Frente ao cenário epidemiológico das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) na Macrorregião de saúde, a linha de cuidado (LC) para pessoas vivendo com HIV/Aids é uma estratégia potente de articulação de recursos e práticas de saúde entre as Unidades de Atenção no território. Assim, é importante que a Rede de Atenção (RAS) seja fortalecida através do processo de organização das ações e serviços de saúde visando o fortalecimento e desenvolvimento da Linha de Cuidado das PVHIV. A LC poderá conduzir de forma adequada as possibilidades de diagnóstico e terapia, respondendo oportunamente às necessidades epidemiológicas no território da Macrorregião.

O atendimento à gestante e à criança exposta na maternidade já é estabelecido no *PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. Às maternidades, cabe realizar, de forma obrigatória, testagem para diagnóstico de HIV e exame de sífilis na admissão do parto em todas as gestantes, puérperas, nas internações por abortamento e ofertar nas parcerias sexuais, a fim de evitar oportunidades perdidas para diagnóstico, tratamento e seguimento desses agravos. As vinte maternidades da macrorregião realizam testagem em todas as gestantes e oferta de testes aos parceiros.

A PEP (Profilaxia Pós-Exposição de Risco) 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). Na Macrosserra existem 22 instituições hospitalares que atendem pelo SUS no território, sendo que todas possuem habilitação como Porta de Entrada da Rede de Urgência e Emergência, seja estadual ou federal. Todas devem estar capacitadas para execução adequada da PEP, assim como todas as Unidades de Pronto Atendimento, bem como as UBSs.

O Hospital Geral, localizado em Caxias do Sul está habilitado no serviço CNES com os códigos 1101- Serviço Hospitalar para tratamento da AIDS e 1104 - Tratamento da Lipodistrofia do portador de HIV/AIDS sendo referência para a população da Macrosserra.

A Macrosserra possui um Comitê de Investigação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais coordenado pela 5ª CRS com a participação dos municípios representantes e maternidades. Neste comitê são discutidos dados epidemiológicos de casos de transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C que ocorreram no território da Macrosserra e verificado a necessidade de sua investigação

De acordo com a lógica da RAS, a regionalização visa estabelecer fluxos de atendimento no âmbito municipal e regional, de modo que o atendimento integral do usuário ocorra dentro da região de saúde, com ações resolutivas e atendimento de qualidade em todos os níveis de atenção. No processo é preconizado que o atendimento às PVHIV inicie na atenção básica e que o serviço especializado da região de saúde possa servir como retaguarda, atuando na lógica do compartilhamento do cuidado. A Macrosserra conta com cinco Serviços de Atenção Especializada no atendimento integral da PVHIV. Todos atendem de forma regionalizada, porém o processo de regionalização dos SAEs no Estado iniciou somente no ano de 2017. O único serviço formalmente regionalizado até o momento é o de Farroupilha.

SAEs Macrosserra

SAE Bento Gonçalves: atende os Municípios da Região 25 - Vinhedos e Basalto

SAE Canela: atende os Municípios da Região 23 - Caxias e Hortênsias, exceto Caxias do Sul

SAE Caxias do Sul: atende somente o Município de Caxias do Sul

SAE Farroupilha: atende os Municípios da Região 26 - Uva e Vales

SAE Vacaria: atende os Municípios da Região 24 - Campos de Cima da Serra

Programa de Controle da Tuberculose

Embora o cuidado integral às pessoas com tuberculose esteja, na maioria dos municípios, centralizado na unidade de referência (Programa Municipal de Controle da Tuberculose), cabe ressaltar que a AB deve ser capaz de realizar todas as ações envolvendo o cuidado a esses pacientes. Descentralizar as ações de tratamento da TB para a AB tem potencial para fortalecimento da adesão e redução de situações de vulnerabilidades, contribuindo para maior controle da doença. Ações na AB devem ser reforçadas pelos gestores municipais da Macrosserra.

O acompanhamento dos casos de TB faz parte das ações da AB com potencial de interferir positivamente na adesão ao tratamento. Assim sendo, recomendamos que o processo de descentralização seja estimulado de forma segura. Inicialmente com a busca ativa de sintomáticos respiratórios, realização de TDO e a avaliação de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar, sempre compartilhando estas ações com o PMCT.

Caxias do Sul está entre os dez municípios gaúchos chamados prioritários para intensificação das ações de controle da tuberculose, conforme orientação do MS. Estes municípios compreendem mais de 70% da carga de tuberculose no RS.

Além das ações relacionadas à promoção da saúde e realização do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno da doença, ações de proteção social são fundamentais para o controle da tuberculose.

O preenchimento responsável e cuidadoso dos dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) implica em grandes diferenças nos indicadores epidemiológicos e operacionais municipais e, conseqüentemente, macrorregional.

O estado do Rio Grande do Sul permanece como um dos estados de alta carga de tuberculose e de coinfeção TB-HIV. Os Serviços de Assistência Especializada (SAE) realizam o cuidado à coinfeção TB-HIV. As equipes do SAE têm papel importante em desenvolverem ações de prevenção e detecção oportuna da tuberculose entre pessoas que vivem com HIV.

A realização do exame de baciloscopia é de responsabilidade do gestor municipal, necessitando de contratualização deste serviço. A cultura para micobactérias, identificação e teste de sensibilidade é realizado pelo Laboratório Regional da 5ª CRS. Já o TRM, quando necessário, é realizado pelo Sanatório Partenon em Porto Alegre. A Prova tuberculínica pode ser organizada de forma regionalizada, conforme disponibilidade de profissional habilitado e necessidade entre os municípios. O frasco de PPD (derivado protéico purificado) é fornecido pelo Ministério da Saúde em ampolas contendo 10 doses

que precisam ser otimizadas através dessa organização entre os gestores municipais objetivando a utilização eficaz dos recursos.

O serviço secundário e terciário no atendimento ao usuário com TB para as Macrorregiões do Estado é o Sanatório Partenon em Porto Alegre, uma vez que não temos serviços habilitados no interior do Estado. No território da Macrosserra possuímos alguns profissionais médicos parceiros, que auxiliam nas orientações de conduta clínica, quando solicitados por profissionais da AB nos municípios.

Programa de Controle da Hanseníase

Os principais desafios para o combate à doença são a demora na detecção de novos casos e a discriminação e preconceito contra os infectados. Ainda assim, diversas medidas são tomadas para estimular o diagnóstico precoce, o que pode levar à cura sem a presença de nenhuma sequela. Uma linha importante é a educativa, outra é a detecção precoce através de capacitação da rede de saúde.

A referência para atendimento dos pacientes com hanseníase é o Ambulatório de atendimento da Universidade de Caxias do Sul para todos os municípios da Macrosserra.

4.1.13 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

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

Em se tratando da implantação da RAPS na 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, a referida linha de cuidado em Saúde Mental conta com dispositivos previstos na legislação federal, dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil (Uaa e Uaij), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM). Ainda pertencendo à Atenção Secundária, há vagas em Comunidades Terapêuticas (CT) contratualizadas através de Edital. Já no quesito Atenção Terciária, tem-se os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e os Leitos em Hospital Psiquiátrico. Além destes, a RAPS conta com dispositivos exclusivos no RS: no componente da Atenção Básica, possui os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), as Oficinas Terapêuticas (OT), as Composições de Redução de Danos (RD) e os Acompanhantes Terapêuticos (AT).

Importante ressaltar que alguns dispositivos previstos consideram porte populacional para sua implantação, impedindo que alguns municípios em nossa Regional habilitem tais dispositivos - daí a sigla NSA (não se aplica) - descrito em alguns serviços na tabela abaixo, a qual permite uma melhor visualização dos serviços ofertados pela RAPS em cada região de saúde da Macrosserra:

Figura 16. Panorama RAPS Região 23

PANORAMA DA RAPS – 5ª CRS															
REGIÃO 23 – CAXIAS E HORTÊNSIAS															
Município	Atenção Básica (Custeio Estadual)				Atenção Secundária (Custeio Estadual e Federal)						Atenção Terciária (Custeio Estadual e Federal)				
	NAAB	OT	RD	AT	CAPS	EMAESM	UA	SRT	CT			Nome	Qtd. Leitos de SM	Especificidades	
									Qtd. de CTs	Total de vagas SUS	Qtd. vagas que atendem telepsiquiatria				
Canela	NSA	0	0	0	CAPS Tipo I – 01 sem CAPS - NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Caridade de Canela	04	01 estadual / 03 federais
Caxias do Sul	NSA	0	0	0	CAP 3 Tipo II – 01 CAP 3 Tipo III AD – 02 CAPS Tipo I – 01	0	Tipo I – 01 Tipo II – 0	04	04	60	15	0	Clinica Professor Paulo Guedes Lida	160	não atendem usuários dependentes de drogas ilícitas
													Hospital Geral	08	referência infantojuvenil / gestante
Gramado	NSA	0	0	0	CAPS Tipo I – 01 sem CAPS - NSA	Tipo I – 01	NSA	0	02	25	0	0	Arcanjo São Miguel	0	Sem leitos de SM
Linha Nova	0	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
Nova Petrópolis	NSA	0	0	0	CAPS Tipo I – 01 sem CAPS - NSA	0	NSA	0	01	05	0	0	Nova Petrópolis	04	01 estadual / 03 federais
Picada Café	01	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		

Atenção Básica: NAAB – Núcleo de Apoio à Atenção Básica
OT – Oficina Terapêutica
RD – Recuperação de Danos
AT – Acompanhante Terapêutico

Atenção Secundária: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
EMAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
UA – Unidade de Acolhimento
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
CT – Comunidade Terapêutica

Figura 17. Panorama RAPS Região 24

PANORAMA DA RAPS – 5ª CRS															
REGIÃO 24 – CAMPOS DE CIMA DA SERRA															
Município	Atenção Básica (Custeio Estadual)				Atenção Secundária (Custeio Estadual e Federal)						Atenção Terciária (Custeio Estadual e Federal)				
	NAAB	OT	RD	AT	CAPS	EMAESM	UA	SRT	CT			Nome	Qtd. Leitos de SM	Especificidades	
									Qtd. de CTs	Total de vagas SUS	Qtd. vagas que atendem telepsiquiatria				
Bom Jesus	01	0	NSA	0	CAPS Tipo I – 01 sem CAPS - NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Fundação Amigos do Hospital de Bom Jesus	06	04 estaduais / 02 federais
Campeste de Serra	0	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
Esmeralda	0	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
Jaquirana	0	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
Monte Alegre dos Campos	01	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
Muitos Capões	0	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
Pinhal da Serra	01	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
São José dos Ausentes	0	0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Não há Hospital		
Vacaria	NSA	0	0	0	CAP 3 Tipo I – 01 sem CAPS - NSA	0	NSA	0	0	0	0	0	Nossa Senhora da Oliveira	0	Sem leitos de SM

Atenção Básica: NAAB – Núcleo de Apoio à Atenção Básica
OT – Oficina Terapêutica
RD – Recuperação de Danos
AT – Acompanhante Terapêutico

Atenção Secundária: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
EMAESM – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
UA – Unidade de Acolhimento
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
CT – Comunidade Terapêutica

Figura 18. Panorama RAPS Região 25

PANORAMA DA RAPS – 5ª CRS													
REGIÃO 25 – VINHEDOS E BASALTO													
Município	Atenção Básica (Custeio Estadual)				Atenção Secundária (Custeio Estadual e Federal)					Atenção Terciária (Custeio Estadual e Federal)			
	NAAB	OT	RD	AT	CAPS	EMAESM	UA	SRT	CT		Nome	Custo Leitos de SM	Especificidades
									Qtd de CTs	Qtd de vagas SUS			
Bento Gonçalves	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	0	CAPS Tipo I - 01 CAPS Tipo II - 01 CAPS Tipo III - 01	0	NSA	0	0	0	Tachini	15	04 estaduais / 11 federais
Boa Vista do Sul	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Carlos Barbosa	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	0	CAPS Tipo I - 01 CAPS Tipo II - 01 CAPS Tipo III - 01	0	NSA	0	0	0	São Roque (filial do Tachini)	0	Sem leitos de SM
Coronel Pilar	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Cotiporã	01	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Fagundes Varela	01	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Garibaldi	NSA	Tip I - NSA Tip II - 0	0	0	CAPS Tipo I - 0 CAPS Tipo II - 0	0	NSA	0	0	0	São Pedro	0	Sem leitos de SM
Guabiju	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Guaporé	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	0	CAPS Tipo I - 01 CAPS Tipo II - 01 CAPS Tipo III - 01	0	NSA	0	0	0	Marcos Francisco Guerreiro	04	03 estaduais / 01 federal
Monte Belo do Sul	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Nova Araçá	01	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Nova Bassano	01	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Nossa Senhora de Lourdes	0	Sem leitos de SM
Nova Prata	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	0	CAPS Tipo I - 0 CAPS Tipo II - 0	0	NSA	0	0	0	São João Batista	0	Sem leitos de SM
Pará	01	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Nossa Senhora Aparecida	04	01 estadual / 03 federais
Pinto Bandeira	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Protásio Alves	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Santa Tereza	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
São Jorge	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
União da Serra	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Versópolis	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	0	CAPS Tipo I - 01 CAPS Tipo II - 01 CAPS Tipo III - 01	0	NSA	0	0	0	São Peregrino Laziosi	06	02 estaduais / 04 federais
Vila Flores	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Vista Alegre do Prata	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		

Atenção Básica: NAAB - Núcleo de Apoio à Atenção Básica
OT - Oficina Terapêutica
RD - Redução de Danos
AT - Acompanhante Terapêutico

Atenção Secundária: CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
EMAESM - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
UA - Unidade de Atendimento
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
CT - Comunidade Terapêutica

Figura 19. Panorama RAPS Região 26

PANORAMA DA RAPS – 5ª CRS													
REGIÃO 26 – UVA E VALES													
Município	Atenção Básica (Custeio Estadual)				Atenção Secundária (Custeio Estadual e Federal)					Atenção Terciária (Custeio Estadual e Federal)			
	NAAB	OT	RD	AT	CAPS	EMAESM	UA	SRT	CT		Nome	Custo Leitos de SM	Especificidades
									Qtd de CTs	Qtd de vagas SUS			
Alto Feliz	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Antônio Prado	01	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	01	10	São José	0	Sem leitos de SM
Bom Princípio	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	São Pedro Canálio	0	Sem leitos de SM
Farraposinha	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	02	CAPS Tipo I - 01 CAPS Tipo II - 01 CAPS Tipo III - 01	0	NSA	01	0	0	São Carlos	10	03 estaduais / 07 federais (Unidade Fechada)
Feliz	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Schlatter	17	02 estaduais / 15 federais (Unidade Fechada)
Flores da Cunha	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	0	CAPS Tipo I - 01 CAPS Tipo II - 01	0	NSA	0	0	0	Nossa Senhora de Fátima	04	01 estadual / 03 federais
Ipê	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Nova Pádua	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Nova Roma do Sul	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
São Marcos	NSA	Tip I - 0 Tip II - NSA	0	0	CAPS Tipo I - 0 CAPS Tipo II - 0	0	NSA	0	0	0	São João Bosco	0	Sem leitos de SM
São Vendelino	01	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		
Vale Real	0	Tip I - NSA Tip II - 0	NSA	0	NSA	0	NSA	0	0	0	Não há Hospital		

Atenção Básica: NAAB - Núcleo de Apoio à Atenção Básica
OT - Oficina Terapêutica
RD - Redução de Danos
AT - Acompanhante Terapêutico

Atenção Secundária: CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
EMAESM - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
UA - Unidade de Atendimento
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
CT - Comunidade Terapêutica

Em dados quantitativos, em toda a Macrosserra tem-se:
 Equipe de Consultório na Rua (eCR) = 01
 Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) = 11
 Oficina Terapêutica (OT) tipo I = 16
 Oficina Terapêutica (OT) tipo II = 13
 Equipe de Redução de Danos (eRD) = 02
 Acompanhante Terapêutico (AT) = 02

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I = 11
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II = 02
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III AD = 02
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo AD = 02
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo i = 02
Equipe Multiprofissional de Atenção Especializ. em Saúde Mental (eMAESM) tipo I = 02
Unidade de Acolhimento (UA) tipo I = 01
Serviço Residencial Terapêutico (SRT) = 05
Comunidade Terapêutica (CT) = 06
Leitos Hospitalares de Saúde Mental = 82 (além dos leitos na Clínica Professor Paulo Guedes).

Diante do exposto, percebe-se as potencialidades e as fragilidades da RAPS nos territórios. Sendo assim, é de extrema importância que se analise esse cenário da Saúde Mental para que surjam possibilidades de implantação de novos serviços e qualificação dos já existentes, fortalecendo a RAPS e conseqüentemente, investindo no atendimento e acompanhamento dos usuários que dependem da Rede.

4.2 SISTEMAS DE APOIO

4.2.1 Laboratório Regional

O **Laboratório Regional de Caxias do Sul - 5ªCRS** pertence a Rede Estadual de Laboratórios/LACEN/CEVS e está situado dentro da divisão administrativa na área da saúde representada pela 5ªCRS. É coordenado e supervisionado em suas atividades pelo LACEN/CEVS, garantindo a realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância em saúde.

O Quadro Funcional é composto por um profissional de nível superior/especialista em saúde, e um de nível médio/auxiliar de laboratório. Conta com o auxílio de estagiários do curso de Biomedicina.

Competências: Interagir com as Vigilâncias em Saúde; Realizar análises laboratoriais de interesse das vigilâncias em saúde; Atender as demandas dos Programas de Notificação Compulsória; Referência Laboratorial para os agravos de NC e interesse epidemiológico; Supervisionar e assessorar a rede de laboratórios municipais, promovendo capacitação de recursos humanos; Armazenar e transportar amostras para o LACEN/CEVS; Promover capacitações para profissionais municipais das Vigilâncias em Saúde.

Atividades desenvolvidas:

- 1) Análises de água para o consumo humano contemplando o Programa VIGIÁGUA. Atendimento dos 49 municípios com aproximadamente 470 amostras/mês, realizando os seguintes ensaios: Fluoreto, Turbidez e Análises Microbiológicas (Coliformes Totais e Escherichia coli);

Tabela 06. Ensaio realizados 2019, 2020, 2021

Ensaio Realizados	2019	2020	2021
Coliformes Totais	5496	5394	5331
Escherichia coli	5496	5394	5453
Fluoreto	3403	3038	3049
Turbidez	5472	5372	5433
Total Geral	19567	19198	19272

2) Monitoramento Ambiental *Vibrio cholerae* no município de Caxias do Sul. Coletas mensais realizadas em 3 Estações de Tratamento de Esgoto – ETEs. Tem como objetivo a vigilância ativa da circulação do patógeno. O isolado bacteriano é encaminhado ao LACEN para confirmação do *V. cholerae* e posteriormente encaminhado para tipificação da espécie no Laboratório de Referência – IOC/ FIOCRUZ/RJ. Somente os sorotipos O1 e O139 são toxicogênicos.

3) Criação da Central de Triagem Testar RS Caxias do Sul para atender a demanda de exames RT-PCR - COVID-19, iniciando as atividades em 2020 e encerrando em maio/2022. Neste período foram recebidas 102.717 amostras e encaminhadas para processamento nas plataformas de testagem nacional, abrangendo os 49 municípios da 5ªCRS.

4) Identificação dos vetores da Dengue, Zika, Chikungunya. Recebemos amostras de 41 municípios. Oito municípios tem laboratório próprio. Dos municípios que compreendem a 5ªCRS, 38 são considerados infestados pelo mosquito *Aedes aegypti*.

Tabela 07. Amostras/nº de identificação

Ano	Amostras Recebidas(Tubitos)	NºIdentificaçãoLarvas/Pupas/Adultos
2019	4886	33040
2020	1797	11519
2021	3124	20430

5) Realização de culturas para micobactérias / TUBERCULOSE. A cultura é um método sensível e específico para o diagnóstico da Tuberculose Pulmonar e Extrapulmonar, além das MNT (Micobactérias Não Tuberculosas). É realizada a semeadura primária. O isolado bacteriano é encaminhado para identificação e teste de sensibilidade para Micobactérias/LACEN. É preciso que haja sensibilização para a solicitação deste exame.

Nos últimos três anos (2019-2021), somente na área abrangente da 5ªCRS tivemos 830 novos casos de tuberculose; 267 solicitações de culturas de escarro nos casos de retratamento e reingresso.

Neste ano, 2022, até o momento realizamos 178 culturas de escarro. Destas houve crescimento em 57 culturas. Os isolados bacterianos foram encaminhados para Micobactérias/LACEN para identificação e teste de sensibilidade.

6) Realização do Controle Externo da Qualidade da Baciloscopia na Rede de Laboratórios que realizam a microscopia para Tuberculose e monitoramento do envio dos Informes Mensais (dados mensais de baciloscopias realizadas, culturas e casos novos) pelos municípios, que são enviados posteriormente ao MS.

- 7) Liberação de Laudos pelo GAL - Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – Módulos Ambiental e Biologia Médica; Executar treinamentos no Sistema GAL aos municípios da 5ªCRS
- 8) Executar supervisões técnicas na Rede de Laboratórios Públicos e Privados nos agravos de notificação obrigatória (Tuberculose, Meningite e Bactérias Multirresistentes);
- 9) Pesquisa de Plasmodium – Malária;
- 10) Atuar como posto avançado do LACEN na captação de demandas e direcionamento das mesmas, conforme o nível de complexidade das análises;
- 11) Promover a capacitação de recursos humanos da Rede de Laboratórios e servidores municipais das vigilâncias.

4.3 ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

4.3.1 Rede da Pessoa com Deficiência

Conceitualmente, considera-se Pessoa com deficiência aquela que tem comprometimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, 2006).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) foi instituída em 2012, através da Portaria GM/MS nº 793/2012 (atual Portaria de Consolidação nº 03/2017 – Anexo VI) na lógica das Redes de Atenção à Saúde, para fortalecer, ampliar e qualificar as ações de reabilitação e de prevenção precoce das deficiências.

A estrutura preconizada na constituição da RCPcD, visa oferecer atenção à saúde das pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, de forma integrada, articulada e efetiva. Com foco na integralidade do cuidado, a RCPcD está organizada a partir dos três componentes de atenção: Atenção Primária em Saúde; Atenção Especializada de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Ostomia e Múltiplas Deficiências; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Com essa Rede, estabelece-se a articulação dos serviços de saúde, com a garantia de ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação.

4.3.2 Serviços de Reabilitação

Considerando que cada ponto da Rede tem suas atribuições específicas, no que tange a pessoa com deficiência, a Atenção Primária em Saúde tem o papel de identificar as pessoas que necessitam de atendimento especializado, proporcionar acesso aos profissionais que trabalham a reabilitação propriamente dita (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional), prestar assistência nas demais necessidades de saúde da pessoa.

A Atenção Especializada compreende os serviços de média e alta complexidade e que são responsáveis pela dispensação de órteses, próteses e meios de locomoção. Estes serviços podem ser classificados, conforme sua habilitação, como de modalidade única, no qual a instituição presta atendimento a somente um tipo de deficiência, e

Centros Especializados em Reabilitação (CER) onde estão envolvidas aos menos dois tipos de reabilitação.

A capacidade instalada dos pontos de atenção especializada em reabilitação da pessoa com deficiência no Rio Grande do Sul compreende atualmente 89 serviços, sendo 76 de modalidade única, 13 Centros Especializados em Reabilitação e 3 Oficinas Ortopédicas. Sendo que a Macrorregião de Saúde Serra possui dois serviços habilitados em Modalidade Única para atendimento das demandas de Reabilitação Física e Reabilitação Auditiva e seis APAE's habilitadas pelo SUS e que prestam o atendimento às pessoas com deficiência intelectual. Quanto a reabilitação Visual, a referência para a população desta macrorregião de Saúde é o Hospital Banco de Olhos, localizado no município de Porto Alegre, sendo o acesso mediante cadastro do usuário no Sistema GERCON, especialidade Reabilitação Visual.

O acesso as consultas dos Serviços de Reabilitação Física e Auditiva, de média e alta complexidade, habilitados pelo Ministério da Saúde, ocorre através do cadastro do paciente no sistema de Regulação do município de Caxias do Sul, sistema SIGSS. Todo o processo regulatório fica sob responsabilidade deste município que possui a gestão municipal da saúde.

Tabela 08. Serviços habilitados em Modalidade Única – Reabilitação Auditiva e Física

Serviço Habilitado em Modalidade Única						
Região de Saúde	Município Sede	Estabelecimento	CNES	Habilitação	Portaria	Municípios referenciados
23	Caxias do Sul	Clínica de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul – CLIFI	3259838	Serviço de Reabilitação Física - Nível Intermediário	SAS/MS nº 253/2007	Todos os municípios da Macrorregião Serra
23	Caxias do Sul	Unidade de Saúde Auditiva Clélia Manfro	6022138	Reabilitação Auditiva - Média Complexidade	SAS/MS nº 1.462/2013	Todos os municípios da Macrorregião Serra

Fonte: 5ªCRS

Tabela 09. Serviços habilitados em Modalidade Única – Reabilitação Intelectual

Serviço Habilitado em Modalidade Única				
Região de Saúde	Município Sede	Estabelecimento	CNES	Municípios referenciados
25	Bento Gonçalves	APAE Bento Gonçalves	3675033	Bento Gonçalves e Pinto Bandeira
	Garibaldi	APAE Garibaldi	3888908	Garibaldi
	Guaporé	APAE Guaporé	5939747	Guaporé e Vista Alegre do Prata
	Veranópolis	APAE Veranópolis	3888924	Cotiporã, Veranópolis e Vila Flores
26	Antônio Prado	APAE Antônio Prado	3624420	Antônio Prado, Ipê e Nova Roma do Sul
	São Marcos	APAE São Marcos	5124662	São Marcos

Fonte: 5ªCRS.

A Serra conta ainda com serviço habilitado para atendimento das deficiências craniofaciais.

Tabela 10. Serviço deformidades craniofaciais.

Serviço Habilitado em Modalidade Única						
Região de Saúde	Município Sede	Estabelecimento	CNES	Habilitação	Portaria	Municípios referenciados
23	Caxias do Sul	Hospital do Círculo	2223570	Centro de Tratamento Má formação Labio Palatal	Portaria SAS/MS nº 505/2011	Todos os municípios da Macrorregião Serra

Fonte: 5ªCRS.

Em 2020 foi aprovado o Plano da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul, Resolução nº 270/20 – CIB/RS. Este Plano apresentou um escalonamento das prioridades para habilitações de Centros Especializados em Reabilitação. A Macrorregião de Saúde Serra ficou classificada como prioridade 1, por ser a única Macrorregião de Saúde do RS sem CER habilitado.

Frente a isso, dois serviços, ambos localizados na Região 23 – Caxias e Hortênsias, apresentaram proposta para habilitação de CER, a APAE de Gramado com proposta para CER II – Reabilitação Física e Intelectual e Unidade de Saúde Auditiva Clélia Manfro para CER II – Reabilitação Auditiva e Intelectual.

Tabela 11. Propostas Centro Especializado em Reabilitação (CER)

Propostas habilitação CER					
Região de Saúde	Município	Estabelecimento	CNES	Tipo	Situação atual
23	Gramado	APAE Gramado	211214	CER II – Reabilitação Física e Intelectual	Proposta cadastrada no SAIPS
	Caxias do Sul	Unidade de Saúde Auditiva Clélia Manfro	6022138	CER II – Reabilitação Auditiva e Intelectual	Proposta aprovada na CIR Conjunta Macro Serra, encaminhada para Deliberação do Grupo Condutor Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência e posteriormente à CIB

Fonte: 5ªCRS.

Estas propostas são de suma importância considerando a demanda reprimida que temos em toda a Macrorregião para o atendimento tanto na Reabilitação Auditiva quanto Física e também pela ótica de trabalho dos Centros Especializados em Reabilitação que busca atender as necessidades do indivíduo dentro de um mesmo ambiente, vinculando a uma única equipe de profissionais.

Quanto a Reabilitação Intelectual, a Serra possui um importante vazio assistencial. Com apenas 06 APAE's habilitadas pelo SUS, dando cobertura a somente 12 dos 49 municípios da macrorregião de saúde, o que representa um percentual de apenas 21.50% da população com cobertura para reabilitação intelectual.

O Decreto nº 55.824/2021, que regulamenta a Lei nº 15.322/2019 que institui a Política de Atendimento Integrado à Pessoa com Transtornos do Espectro Autista no Estado do Rio Grande do Sul, no seu Art. 15 institui incentivo estadual para implantação e custeio de Centros de Referência em TEA, Macrorregionais e Regionais. A Portaria Ses nº290/2021 estabeleceu as normas para implantação, funcionamento e monitoramento dos Centros de Referência em Transtorno do Espectro do Autismo, lançando, assim o Programa TEAcolhe, com previsão de habilitação de um Centro Regional para cada

Região de Saúde, totalizando 04 centros regionais para a Serra e 01 centro macrorregional.

Os Centros Regionais vão trabalhar no atendimento dos casos refratários de TEA que não tem boa resolutividade em seu território e os Centro Macrorregionais farão o matriciamento dos centros regionais, de modo que continua sendo necessário o fortalecimento da dos serviços de reabilitação intelectual pois estes que darão o atendimento primário ao paciente com TEA e, somente casos que maior complexidade e que demandem outras intervenções que serão encaminhados para os Centros Regionais.

O processo de habilitação está ocorrendo mediante adesão ao edital de seleção de propostas. Sem definição das instituições habilitadas até o momento.

4.3.3 Atenção à Pessoa Ostomizada

O Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, classificou as pessoas com estomias como “deficientes físicos”, considerando sua limitação e/ou incapacidade para o desempenho de atividades, passando assim, a ter toda a proteção social conferida a uma Pessoa com Deficiência no ordenamento jurídico, nas esferas federal, estadual e municipal.

A Portaria SAS/MS nº 400 de 16 de novembro de 2009 estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, porém não houve aporte de recurso federal aos tetos dos estados. Sendo que caso do RS a responsabilidade do Estado está no fornecimento, mensal, das bolsas de estomia e acessórios, mediante cadastro do paciente no Sistema de Gerenciamento do Usuário com Deficiência – Sistema GUD. O município deve prestar a assistência direta ao paciente, desde a orientação para uso, adaptação e constante avaliação do estoma a fim de direcionar

São objetivos dos serviços de assistência às pessoas com estoma: reabilitação do usuário, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

O cuidado à pessoa ostomizada no Estado se dá desde a realização da estomia até a reversão para os pacientes com indicação para tal. Destacamos que para realizar o procedimento de reversão, deve-se priorizar o agendamento com o serviço que confeccionou o estoma. Mas, para os usuários que perderam o vínculo com o serviço, por vários fatores, foi implementado, em 2012, Projeto Piloto de Reversão de Ostomia em parceria com a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas de Sapucaia do Sul, com o intuito de qualificar o acesso às consultas de avaliação para reversão da ostomia.

4.3.4 Tratamento Fora de Domicílio

A Portaria SAS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, dispõe sobre a rotina de Tratamento Fora de Domicílio. Esta normatização tem por objetivo garantir o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais em outro município, ou ainda, em caso especiais, de um Estado para outro Estado. O TFD pode envolver a garantia de transporte para tratamento e hospedagem, quando indicado. O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública e referenciada. Nos casos em que houver indicação médica, será autorizado o pagamento de despesas para acompanhante.

A Resolução nº 005/2018 CIB-RS readequa as diretrizes estaduais para Organização da Rede de Transporte sanitário no SUS, no âmbito do Estado do RS. Conforme Resolução, o transporte interestadual para a realização de procedimentos agendados em outro estado é de responsabilidade da Secretaria Estadual da Saúde/RS mediante disponibilização de passagem aérea para paciente e acompanhante, quando necessário, e pagamento de ajuda de custo mediante comprovação de gastos com alimentação e hospedagem.

4.3.5 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 Estado do Rio Grande do Sul, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) foi instituída pela Portaria SES/RS nº 09/1993, sendo a instância colegiada de pactuação consensual, com caráter deliberativo para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, mantendo contato permanente com as Comissões Intergestores Regionais (CIR), para acompanhamento e assessoramento do processo organizacional de regionalização das Políticas Públicas no Estado e para acompanhar, analisar e homologar as questões pactuadas nas CIR.

A Macrorregião de Saúde Serra está subdividida em quatro Regiões de Saúde, sendo: Região 23 – Caxias e Hortênsias; Região 24 – Campos de Cima da Serra; Região 25 – Vinhedos e Basalto e Região 26 – Uva e Vales, cujas CIR's são compostas por todos os municípios membros de cada região, realizando reuniões mensais. Em conjunto, os municípios das quatro Regiões de Saúde supracitadas compõem a Comissão Intergestores Regional Conjunta da Macrosserra, realizando encontros a cada dois meses, que são precedidos da reunião da Secretaria Técnica – SETEC, sendo esta composta, além da Coordenação e corpo técnico da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, por representantes eleitos das quatro Regiões de Saúde da Macrosserra. A SETEC define os assuntos que serão levados para avaliação e aprovação da plenária da CIR Conjunta.

Compete às Comissões Intergestores Regionais, bem como à CIR Conjunta da Macrosserra: tomar decisões, sempre por consenso, definindo prioridades e pactuando estratégias para a implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde nas respectivas regiões; instituir processo de planejamento regional, que defina o Mapa da Saúde, com as prioridades e as responsabilidades de cada ente, as bases para a Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação de controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local; participar do processo de contratualização dos serviços de abrangência regional e macrorregional; analisar e discutir os pleitos de municípios a recursos federais e estaduais, emitindo Deliberação, quando aprovados; criar Grupos de Trabalho, quando e se necessário, para estudo de temas específicos referentes à operacionalização do SUS nas regiões, bem como grupos com a finalidade de controle, avaliação e fiscalização da execução dos serviços prestados; articular-se com outras Comissões Intergestoras Regionais, com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento do SUS macrorregional e estadual e, quando tratar-se de assuntos comuns a mais de uma CIR, realizar plenárias

conjuntas; manifestar-se sobre todos os assuntos de sua competência, e exercer outras competências que venham a ser definidas na legislação e normas do SUS.

A Presidência das CIR's das quatro Regiões de Saúde, é exercida pelo (a) Coordenador(a) Regional de Saúde da 5ª CRS e a vice-presidência pelo gestor eleito entre os municípios da Região, em eleição direta, ocorrendo sempre na primeira reunião de cada exercício, com gestão pelo período de um ano.

A 5ª Coordenadoria Regional de Saúde é a responsável pela estrutura operacional e administrativa das CIR's, sendo de sua responsabilidade proporcionar condições técnicas e físicas para o funcionamento das reuniões da SETEC e do plenário da CIR, estabelecendo, no início do ano, o calendário de reuniões compatibilizado com as datas da CIB/RS e CIT, com no mínimo uma reunião mensal ordinária, sendo as reuniões extraordinárias definidas quando necessário, por convocação de seu Presidente, Vice-Presidente ou requerimento da maioria simples de seus membros.

A Secretaria-Executiva da CIR deve oficializar as pactuações acertadas em plenário, na forma de Deliberações, assinadas pela presidência e encaminhar aos Setores da SES/Nível Central para análise de conteúdo e verificação de viabilidade técnica e posterior confirmação através de Resoluções. As Deliberações emitidas pela CIR contém a fundamentação, citações legais, considerações administrativas e o parecer atingido em consenso pela SETEC e pelos membros da CIR.

4.3.6 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Esta rede visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento 24 horas - UPA 24h; Porta de Entrada; Leitos de Retaguarda (leitos clínicos de retaguarda à RUE, leitos de terapia intensiva de retaguarda à RUE, e leitos de cuidados prolongados); Linhas de Cuidados Prioritárias à RUE (linha cerebrovascular, linha cardiovascular, e linha do trauma).

Através da pactuação entre gestores regional e macrorregional, em consonância com a equipe técnica, são elencados os pontos/áreas prioritários, definindo fluxos e referências, bem como a articulação entre os diversos serviços sem saúde, visando melhor organização da assistência. O Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Urgência e Emergência (RUE) da Macrosserra tem como objetivo organizar a rede de forma que atenda os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência, sendo resolutivo e tendo como base indicadores epidemiológicos e demográficos.

A Macrorregião de Saúde do RS Serra possui em seu território 22 instituições hospitalares de saúde, sendo que destes, 5 são considerados hospitais regionais e 4 possuem habilitação em alta complexidade de alguma linha de cuidado da Rede de Urgência e Emergência.

Tabela 12. Instituições Hospitalares **Regionais** da Macrorregião de Saúde do RS SERRA

Instituições Hospitalares Regionais da Macrorregião de Saúde do RS SERRA				
Região de Saúde	Município	CNES	Instituição Hospitalar	Habilitação Alta Complexidade
23	Caxias do Sul	2223538	Hospital Geral	x
		2223546	Hospital Pompéia	x
	Gramado	2241153	Hospital Arcanjo São Miguel	
24	Vacaria	2241048	Hospital Nossa Senhora da Oliveira	
25	Bento Gonçalves	2241021	Hospital Tacchini	x
26	Farroupilha	2240335	Hospital São Carlos	x

Fonte: 5ªCRS.

Tabela 13. Instituições Hospitalares Regionais da Macrorregião de Saúde do RS SERRA com habilitação em alta complexidade

Instituições Hospitalares Regionais da Macrorregião de Saúde do RS SERRA	
Hospital	Habilitação Alta Complexidade
Hospital Pompéia	0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular 0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista 1504 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise 1505 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com diálise ritoneal 1601 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/neurocirurgia 2301 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional 1706 UNACON 2420 Retirada de Órgãos e Tecidos 2422 Transplante de tecido musculoesquelético 2407 Córnea/Esclera 2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia/Ortopedia
Hospital Geral	0203 Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade 0801 Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular 0803 Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista 1504 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise 1505 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com diálise ritoneal 1707 UNACON com serviço de radioterapia 1708 UNACON com serviço de hematologia 1709 UNACON com serviço de oncologia pediátrica 1718 Oncologia cirúrgica Hospital Porte B 2301 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional 2407 Córnea/Esclera 2420 Retirada de Órgãos e Tecidos
Hospital Tacchini	1504 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise 1505 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com diálise ritoneal 1706 UNACON 1707 UNACON com serviço de radioterapia 1718 Oncologia cirúrgica Hospital Porte B 2301 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional 2422 Transplante de tecido musculoesquelético
Hospital São Carlos	2501 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia/Ortopedia

Fonte: 5ªCRS.

4.3.7 Componentes da Rede de Urgência e Emergência

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 e Centrais de Regulação das Urgências

A Macrosserra conta com Serviço Móvel de Urgência implantado em 17 municípios, das 4 regiões que a compõem. Considerando a cobertura por número de municípios, a Macrosserra apresenta 34,7% e considerando o número populacional a cobertura chega a 89,2%. O município de Caxias do Sul conta com uma Central de Regulação Médica de Urgência, que faz a regulação em seu território e abrange a USB do município de Vacaria também. A cobertura da CRMU do Estado tem cobertura na Macrosserra de 42,2%.

Tabela 14. Situação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192) e Centrais de Regulação das Urgências na Macrosserra.

REDE DE ATENÇÃO AS URGENCIAS							
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU							
REGIÃO	IBGE	MUNICÍPIO	CRMU	USB	USA	VT	MT
23	430510	CAXIAS DO SUL	CRMU / Caxias		5	2	1
	430910	GRAMADO	CRMU /RS		1		
	430440	CANELA	CRMU /RS		1		
	431320	NOVA PETROPOLIS	CRMU /RS		1		
24	430230	BOM JESUS	CRMU /RS		1		
	432250	VACARIA	CRMU / Caxias		1		
25	430480	CARLOS BARBOSA	CRMU /RS		1		
	430860	GARIBALDI	CRMU /RS		1		
	430210	BENTO GONÇALVES	CRMU /RS		2	1	
	430940	GUAPORE	CRMU /RS		1		
	431330	NOVA PRATA	CRMU /RS		1		
26	430810	FELIZ	CRMU /RS		1		
	430235	BOM PRINCÍPIO	CRMU /RS		1		
	430790	FARROUPILHA	CRMU /RS		1		
	430820	FLORES DA CUNHA	CRMU /RS		1		
	431900	SÃO MARCOS	CRMU /RS		1		
	430080	ANTONIO PRADO	CRMU /RS		1		

Fonte: 5ªCRS.

Unidade de Pronto Atendimento UPA 24hs

A Macrosserra possui quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24hs), habilitadas e qualificadas. Estas quatro UPAs estão distribuídas uma em cada região de saúde que compõem a macrorregião, porém somente a UPA de Bento Gonçalves e de Vacaria possuem atendimento regionalizado. O município de Farroupilha, que havia construído uma UPA 24hs, solicitou cancelamento da mesma, aprovado cancelamento por Resolução CIB/RS 053/2018. O município de Caxias do Sul implantou uma UPA 24hs onde funcionava um PA 24hs, porém até o momento não foi habilitada pelo Ministério da Saúde.

Tabela 15. Unidades de Pronto Atendimento 24hs da Macrosserra

UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DA MACROSSERRA				
CRS	REGIÃO	MUNICÍPIO	UPA Tipo I	UPA Tipo III
5ª CRS	23	CAXIAS DO SUL		Habilitada e Qualificada
	24	VACARIA	Habilitada e Qualificada	
	25	BENTO GONÇALVES		Habilitada e Qualificada
	26	BOM PRINCÍPIO	Habilitada e Qualificada	

Fonte: 5CRS.

4.3.8 Componente Hospitalar

O Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências deverá estar organizado de forma a qualificar o atendimento à demanda espontânea e/ou referenciada de outros pontos de atenção de menor complexidade no atendimento aos pacientes em situação de urgência ou emergência. Sua configuração deve assegurar a retaguarda no atendimento de média a alta complexidade, com a oferta de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e Leitos de

UTI. Estabelecendo como prioridade as linhas de cuidado em traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, sendo reforçada a garantia do cuidado hospitalar em cada uma delas.

Porta de Entrada Hospitalar

A Macrosserra possui 5 Portas de Entrada Hospitalar habilitadas pelo Ministério da Saúde em seu território: Hospital Pompéia (Caxias do Sul), tipo II, Hospital Geral (Caxias do Sul), tipo I, Hospital São Carlos (Farroupilha), tipo I, Hospital Nossa Senhora da Oliveira (Vacaria), porte Geral e Hospital Tacchini (Bento Gonçalves), porte Geral.

O programa Estadual Assitir aprovou em 2020 a habilitação como Porta de Entrada Hospitalar em todos os hospitais no território da macrorregião, concedendo financiamento conforme o porte (número de leitos), de cada instituição.

Leitos de Retaguarda de UTI Adulto e Pediátrico

Conforme Portaria 1.631/15 que estabelece os parâmetros do SUS, a área técnica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul realizou o cálculo das necessidades de leitos da Macrosserra conforme o Cenário 3, em 2016. Desta forma destaca a necessidade de 120 leitos de UTI Adulto e 252 leitos clínicos para esta macrorregião de saúde. Em 2022 a Macrosserra conta com 100 leitos de UTI Adulto tipo II e 16 leitos de UTI Pediátrica tipo II.

A Macrosserra em 2018 foi contemplada com a habilitação de 4 leitos de retaguarda de UTI da Unidade Coronariana, através da Portaria 1.894/18. Houve a habilitação de 2 leitos UTI/UCO no Hospital Geral e 2 leitos UTI/UCO no Hospital Pompéia, ambos no município de Caxias do Sul.

Através da aprovação do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência da Macrosserra, foram habilitados pelo Ministério da Saúde a qualificação de 52 leitos de UTI Adulto tipo II e 12 leitos de UTI Pediátrica no território da Macrorregião de saúde, através da Portaria nº 3.186/2019.

Houve, com a pandemia de COVID19 a ampliação de 30 novos leitos de UTI Adulto tipo II, conforme Portaria nº 220/2022.

Tabela 16. Leitos de UTI Adulto tipo II e Pediátrico tipo II

LEITOS DE UTI MACRO SERRA – COMPONENTE RUE						
CRS	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	Nº LEITOS UTI Adulto Tipo II	Qualificados pela RUE	Nº LEITOS UTI Pediátrico Tipo II	Qualificados pela RUE
5ª	CAXIAS DO SUL	HOSPITAL VIRVI RAMOS	10	3		
	CAXIAS DO SUL	HOSPITAL GERAL	20	8	9	6
	CAXIAS DO SUL	HOSPITAL POMPEIA	20	14		
	GRAMADO	HOSPITAL ARCANJO SÃO MIGUEL	7	5		
	VACARIA	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA OLIVEIRA	8	6		
	BENTO GONÇALVES	HOSPITAL TACCHINI	13	10	7	6
	GARIBALDI	HOSPITAL SÃO PEDRO	6			
	FARROUPILHA	HOSPITAL SÃO CARLOS	16	6		
	Total de leitos na Macro Serra			100	52	16

Fonte: 5ªCRS.

Leitos de Cuidados Prolongados

A necessidade de Leitos de Cuidados prolongados foi calculada de acordo com as Portarias de Consolidação nº 3 e 6 de 2017 (com base na Portaria 2.809/2012), apresentada na tabela abaixo. Assim, considerando a população total da Macrosserra, e

calculando a necessidade total de leitos gerais conforme portarias citadas acima, na proporção de 2,5 leitos gerais para cada 1.000 habitantes, chegamos ao valor total de leitos gerais de 3.035. Destes, 5,62% serão destinados a cuidados prolongados (170 leitos), sendo 102 (60%) pra internações em Unidades de Cuidados Prolongados.

Tabela 17. Necessidade de Leitos de Cuidados Prolongados (IBGE, 2019)

LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS MACRO SERRA			
Necessidade Estimada			
Macrorregião de Saúde	Total de Leitos Gerais	5,62% do total de leitos gerais	60% para internações em UCP
Serra	3.035	170	102

Fonte: 5^oCRS.

Linha de Cuidado do AVC

A Linha de Cuidado Cerebrovascular da Rede de Urgência e Emergência prevê a habilitação de Centros de Atendimento de Urgência ao paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) nos hospitais de referência regional. Segundo a Portaria de Consolidação nº 6/2017 que tem como texto base a Portaria 665/2012, art. 10, cujo parâmetro é de 20 (vinte) leitos ou fração para cada 800 (oitocentas) internações por AVC/ano, a necessidade total de leitos (U-AVC Agudo/Integral) da Macrosserra seria de 28 leitos. Em 2022, o Hospital Pompéia (Caxias do Sul) possui habilitação em Centro de Atendimento de Urgência a pacientes com AVC tipo II, com 5 leitos U-AVC Agudo sendo referência para as regiões de Saúde 23 Caxias Hortênsias, 24 Campos de Cima da Serra e 25 Vinhedos e Basalto. O Hospital São Carlos (Farroupilha) possui habilitação em Centro de Atendimento de Urgência a pacientes com AVC tipo II, com 5 leitos U-AVC Agudo sendo referência para a região de Saúde 26 Uva e Vales.

Tabela 18. Necessidade de Leitos (U-AVC Agudo e Integral) para Macrosserra

Necessidade de Leitos (U-AVC Agudo e Integral) para a Macro Serra	
28 leitos – 5 leitos U-AVC já habilitados = 23	
800 internações (parâmetro Portaria)	20 leitos
928 internações em 2018 (código 0303040149)	+ 20% das internações (código 0303040300)
1.114 internações	28 leitos
Pop Macro Serra 1.214.330	43.368 habitantes/leito

SIH, 2019.

Programa de Atenção Domiciliar

A Macrosserra conta com equipes do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD nos municípios de Caxias do Sul, Bento Gonçalves, Farroupilha, Guaporé e Canela, conforme descrição abaixo.

Tabela 19. Atenção Domiciliar na Macrosserra.

ATENÇÃO DOMICILIAR NA MACRO SERRA					
CRS	REGIÃO	MUNICÍPIO	EMAD Tipo I	EMAD Tipo II	EMAP
5ª CRS	25	Bento Gonçalves	2		1
	23	Canela	1		1
	23	Caxias do Sul	2		1
	26	Farroupilha	1		1
	25	Guaporé		1	1

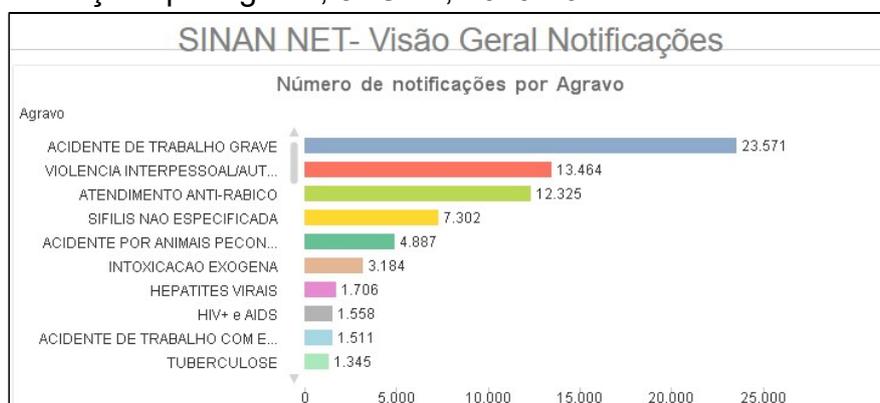
Fonte: 5ªCRS.

4.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

4.4.1 Vigilância Epidemiológica

Coordena as ações de Vigilância Epidemiológica a nível regional, mantendo atualizado o conhecimento da situação epidemiológica das doenças e dos fatores que as condicionam. Atua na divulgação de informes epidemiológicos e suporte operativo nas situações epidêmicas de doenças de notificação compulsória e de agravos inusitados à saúde, tanto na parte assistencial como nos sistemas de informação, prestando assessoria aos municípios do território de abrangência. Segue abaixo os dados epidemiológicos da 5ª CRS, os quais são monitorados pelo setor.

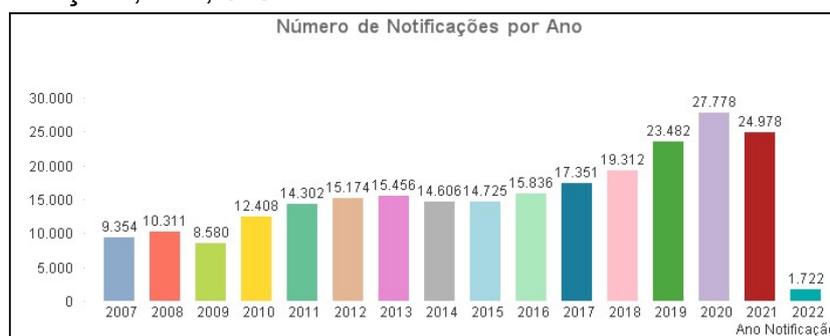
Gráfico 50: Notificações por agravo, 5ª CRS, 2019-2021



Fonte: BI, 2022.

O número elevado de notificações de Acidente de Trabalho no período, pode estar ligado aos casos de Covid-19 em profissionais de saúde ou pessoas que se contaminaram no trabalho. Houve diminuição nas notificações de violência, as quais no contexto da pandemia, é questionável, devido à diminuição do acesso aos serviços de saúde, assistência social e à rede escolar, por causa do *lockdown*.

Gráfico 51: Notificações, ano, 5ªCRS



Fonte: BI, 2022.

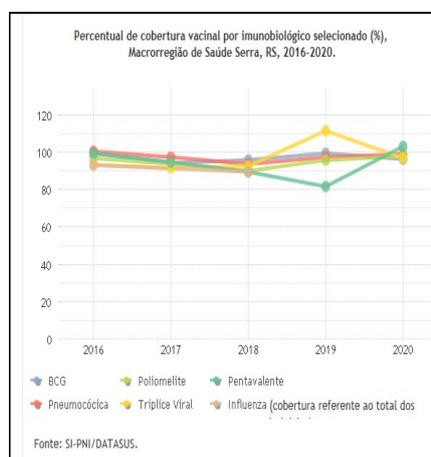
4.4.2 Imunizações

Estimulado pelo êxito nas ações de imunização contra Varíola na década de 1970, em 1973 foi fundado o Programa Nacional de Imunizações com objetivo de coordenar as ações de imunização. Atualmente o PNI oferta 44 imunobiológicos entre soros, vacinas e imunoglobulinas, divididos em calendário infantil, adolescente, gestante, adulto, idoso, convivendo com HIV, Indígena e Especial (CRIE). Normalmente temos no primeiro semestre, além das ações dos calendários de rotina, a campanha contra influenza e no segundo semestre uma campanha de seguimento onde, por estratégia do Ministério da Saúde, se estabelecem ações de vacinação que visam fortalecer a prevenção de agravos que no cenário atual demonstra potencial de risco mundial e/ou nacional.

Seguindo as premissas do PNI no Estado do RS as ações de imunização no estado são coordenadas e desenvolvidas pelo Núcleo de Imunização da Vigilância Epidemiológica localizado em POA e com braços nas 18º CRS que estão distribuídas pelo estado.

O Setor de Imunizações da 5ª CRS é responsável pela coordenação, distribuição, orientações, monitorização de coberturas e educação continuada em imunizações para os 49 municípios que compõem a Macrosserra. Para isso, o setor conta com um técnico especialista em saúde e dois estagiários de enfermagem remunerados que dividem suas atividades entre as ações de imunização e vigilância epidemiológica.

Gráfico 52. Percentual de cobertura vacinal por imunobiológico, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016-2020



Fonte: SI-PNI/DATASUS.

Conforme observado no gráfico, desde 2016 o percentual mantinha uma certa estabilidade da cobertura vacinal em aproximadamente 100%, independentemente do imunobiológico. Em 2019 observa-se um aumento na cobertura de tríplice viral para 111,32% a qual em 2020 retorna à faixa de aproximadamente 100%. Ainda em 2019, observa-se a diminuição na cobertura de Pentavalente, a qual também retorna à 103,20% em 2020.

No que tange às campanhas vacinais observamos quedas significativas de coberturas. Temos na 5ª CRS no ano de 2019 uma cobertura atingida de 94,36%, 2020 - 94,21%, 2021 - 70% e até o momento na campanha contra influenza os municípios da 5ª CRS somam cobertura de 67% nos públicos alvo da campanha.

No seguimento da campanha de sarampo que ocorreu no ano de 2022 a 5ª CRS atingiu 51% de cobertura no público de crianças de 6 meses até 4 anos 11 meses e 29 dias.

No seguimento de campanha covid-19 também enfrentamos na 5ª CRS dificuldades em manter coberturas adequadas. Temos hoje 82% da população vacinável com 1ª dose, 73% com 2ª dose, 43% com primeiro reforço e somente 11% com segundo reforço. Dados extraídos do painel de monitorização estadual de Vacinação contra covid-19 em consulta dia 19 de agosto de 2022.

Somando-se à todos esses desafios a serem superados, os quais muitos, CRS ou município, temos o hiato de 02 anos nas ações de capacitação aos servidores de imunização municipal por parte do Estado RS. Tivemos inúmeras substituições dos profissionais atuantes nas imunizações, profissionais que trabalhavam em salas de vacina e hoje a 5ª CRS tem mais de 50% dos profissionais que atuam em sala de vacinas sem nenhuma capacitação para tal tarefa. Compreendendo que essa fragilidade impacta tanto nas coberturas quanto na qualidade dos serviços ofertados pelas imunizações a 5ª CRS vem trabalhando em um projeto de capacitação de seus agentes, juntos aos municípios, visando fortalecer os colaboradores que atuam em sala de vacinas e conseqüentemente melhorar coberturas vacinais de rotinas e campanhas.

4.4.3 Vigilância Ambiental em Saúde

Para um melhor entendimento, definimos o conceito de Vigilância Ambiental em Saúde como um conjunto de ações e serviços que proporcionam o conhecimento e a detecção de fatores de risco do meio ambiente que interferem na saúde humana.

Considerando que tais fatores ambientais abrangem componentes físicos, químicos, biológicos e antrópicos, programas foram implementados e nomeados em:

-Vigilância e Controle dos Fatores de Risco Biológicos: Vetores, Hospedeiros e Reservatórios, Animais Peçonhentos

-Vigilância e Controle dos Fatores de Risco Não-Biológicos: Contaminantes Ambientais, Qualidade da Água para Consumo Humano, Qualidade do Ar, Qualidade do Solo (incluindo os Resíduos Tóxicos e Perigosos), Desastres Naturais e Acidentes com Produtos Perigosos

Dentre os Programas da Vigilância e Controle dos Fatores de Risco Biológicos, aqueles que os municípios têm apresentado maiores atividades são: vetores (*Aedes aegypti*/ Dengue, Chikungunya e Zika Vírus); hospedeiros (roedores/ Leptospirose);

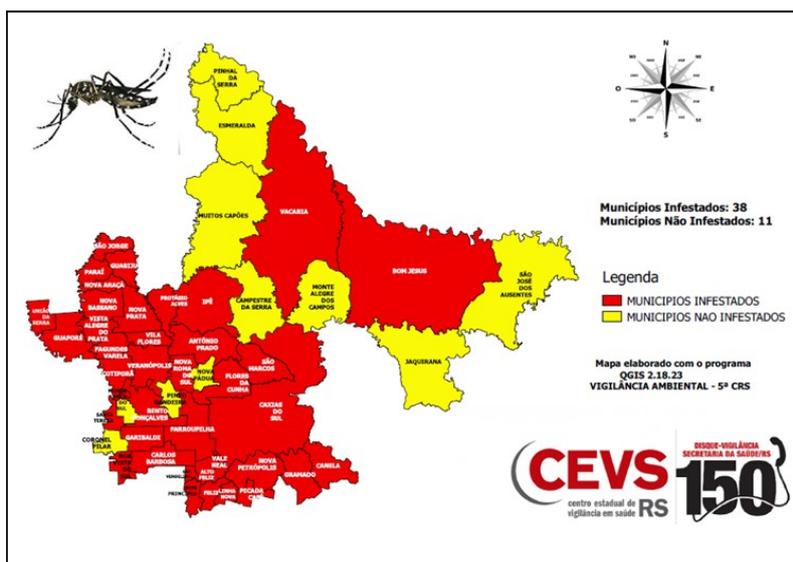
reservatório (primatas não-humanos/ Febre Amarela; caninos, felinos, quirópteros, animais de produção e silvestres/ Raiva Animal); e Animais Peçonhentos (aranhas, cobras, escorpiões, lagartas).

Com relação aos Programas da Vigilância e Controle dos Fatores de Riscos Não-Biológicos, Qualidade da Água para Consumo Humano é a que apresentou maior destaque, tanto na sua execução como os resultados apresentados.

Assim, a equipe técnica da Coordenadoria Regional de Saúde desenvolve supervisões periódicas e apoio técnico aos municípios, acompanhando a execução e tabulação de dados (Programa SiSPNCD/Ministério da Saúde) das atividades desenvolvidas no seu território segundo NTO/MS.

Segundo a NTO/MS, os municípios são classificados em infestados ou não Infestados pelo *Aedes aegypti*, obedecendo critérios técnico-ambientais. O número de municípios considerados infestados pelo *Aedes aegypti* na Macrosserra é de 38, representando 78% dos 49 municípios pertencentes a nossa regional (Figura 01).

Figura 20. Municípios infestados Macrorregião de Saúde Serra, 2022.



Fonte: SiSPNCD/MS; CEVS/SES/RS; 5ªCRS/SES/RS.

A partir da classificação de infestação municipal, as atividades a serem realizadas pelos agentes de endemias e/ou agentes comunitários de saúde são conduzidas tomando como critério a sua situação epidemiológica local.

Quanto ao número de Agentes de Controle de Endemias (ACE), a proporção para municípios infestados é de 1:800 imóveis, e para os não infestados, 1: 6.500 imóveis serão necessários para podermos desenvolver as atividades de campo de forma adequada.

Dos 15 municípios não infestados, 07 municípios ainda não possuem ACE; além disso, dos 34 municípios infestados, 03 não possuem ACE, ACS ou número insuficiente de ACS para a realização das atividades de campo.

O número de ACEs e ACSs atuantes nos municípios têm se mostrado insuficiente para desenvolver as atividades preconizadas. Além disso, alguns municípios que ainda permanecem na condição de não-infestados não informam ou não mantêm regularmente as atividades necessárias para o controle ambiental do *Aedes aegypti*.

Desta forma, questiona-se se o fato destes municípios permanecerem na condição de não-infestados pelo *Aedes aegypti* ocorre porque realmente não há o vetor, ou porque estes municípios não possuem ACS ou ACE e, portanto, não executam as atividades de campo.

Com relação aos municípios infestados, as atividades de Levantamento de Índice mais Tratamento (LI+T) devem ser realizadas bimestralmente (06 ciclos por ano), com cada ciclo atingindo 100% na sua execução. No entanto, de um modo geral, alguns municípios não atingiram as suas metas, apresentando apenas ciclos pontuais com atendimento das metas.

Na Macrosserra, há um questionamento em relação a Região de Saúde 24 (Campos de Cima da Serra). Esta região concentra o maior número de municípios não infestados pelo *Aedes aegypti*.

Durante a supervisão desses municípios, constatamos várias dificuldades de ordens técnicas e burocráticas para sanar e efetivar a implementação e execução, a contento, do Programa de Controle Ambiental do *Aedes aegypti* municipal: Contratação de ACE ou ACS; Coordenador responsável pelo acompanhamento na execução das atividades de campo por parte dos ACE e ACS; correta e oportuna digitação dos dados de campo no Programa SiSPNCD/MS.

Frente a essas deficiências observadas, surgem dúvidas quanto à condição de municípios não infestados, como: os municípios não têm o vetor *Aedes aegypti*? As atividades de campo estão sendo realizadas de forma adequada? Os municípios têm ACS e ACE ou algum outro profissional desenvolvendo as atividades; o Gestor Municipal, apesar de estar ciente da necessidade da contratação de ACE, está disposto a implementar e executar o Programa no seu território?

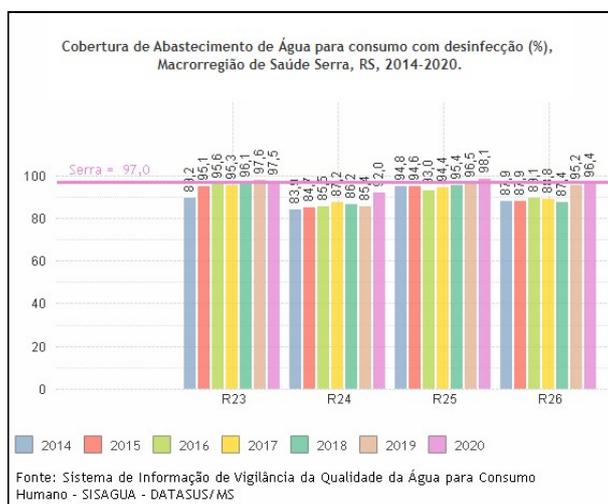
Quanto à realização da atividade de Levantamento de Índice Rápido (LIRA/LIA), também é observado o baixo desempenho realizado pela Região Campos de Cima da Serra. A execução dessa atividade é a que têm apresentado maior sensibilidade quanto à presença do *Aedes aegypti* na localidade trabalhada, devida a sua rápida execução, propiciando maior coleta de larvas e imediato diagnóstico ambiental.

No nosso acompanhamento e avaliação dessa atividade, o seu baixo desempenho, aliado a fatores já anteriormente citados, prejudica o Programa de Controle Ambiental do *Aedes aegypti* municipal pois não temos critérios técnicos suficientes para realizar um diagnóstico ambiental do vetor.

PROGRAMA VIGIÁGUA

Todos os municípios da 5º CRS possuem o VIGIÁGUA implantado em suas secretarias de saúde.

Gráfico 53. Cobertura de Abastecimento de Água para consumo com desinfecção (%), Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2014-2020.



Quanto à cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção, o Gráfico mostra que 03 regiões de saúde tiveram resultado acima de 95% em 2019 e 2020, o que não aconteceu com a região 24, a qual mantinha um percentual abaixo de 90 % na série histórica de 2014-2019, obtendo 92% em 2020.

População abastecida por Sistema de Abastecimento de Água(SAA): 1.147.855(91,65%);

População abastecida por Solução Alternativa Coletiva(SAC): 74.756(5,97%);

População abastecida por Solução Alternativa Individual(SAI): 23.504(1,88%);

População sem informação: 6.340(0,51%);

População com água tratada na 5º CRS: 1.214.125(96,94%);

População sem água tratada na 5º CRS: 31990(2,55%);

População abastecida por SAC sem tratamento: 8.486(0,68%)

População sem água tratada por Região de Saúde(SAC + SAI):

Região 23 Caxias e Hortênsias: 15.568(2,45%)

Região 24 Campos de Cima da Serra: 7.290(7,26%)

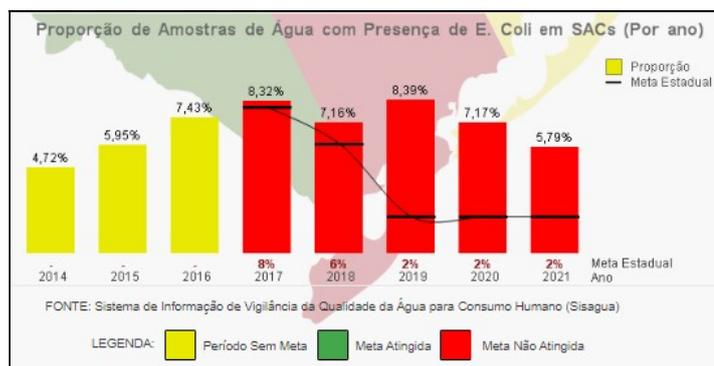
Região 25 Vinhedos e Basalto: 3.196(0,99%)

Região 26 Uva e Vale: 5.935(3,08%)

FONTE: SISAGUA

Indicador 2: Proporção de amostras de água com presença de *Escherichia coli* em SAC's:

Gráfico 54. Proporção de Amostras de Água com Presença de *E. Coli* em SACs (Por ano).



Fonte: BI, 2022.

5º CRS(2021): 5,79%

Região 23 Caxias e Hortênsias: 0,76%

Região 24 Campos de Cima da Serra: 10,24%

Região 25 Vinhedos e Basalto: 5,80%

Região 26 Uva e Vale: 4,53%

FONTE: B.I (Meta: 2%)

Existe a necessidade do tratamento da água de todas as Soluções Alternativas coletivas da 5º CRS. No SISAGUA existem 807 SAC's cadastradas, destas 167 não recebem tratamento, representando um risco sanitário muito grande para a população, uma vez que a água não tratada pode ser fonte de veiculação de vírus, bactérias, protozoários e parasitos a população.

Programa de controle de Simulídeos

21 municípios com o projeto finalizado e aprovado;

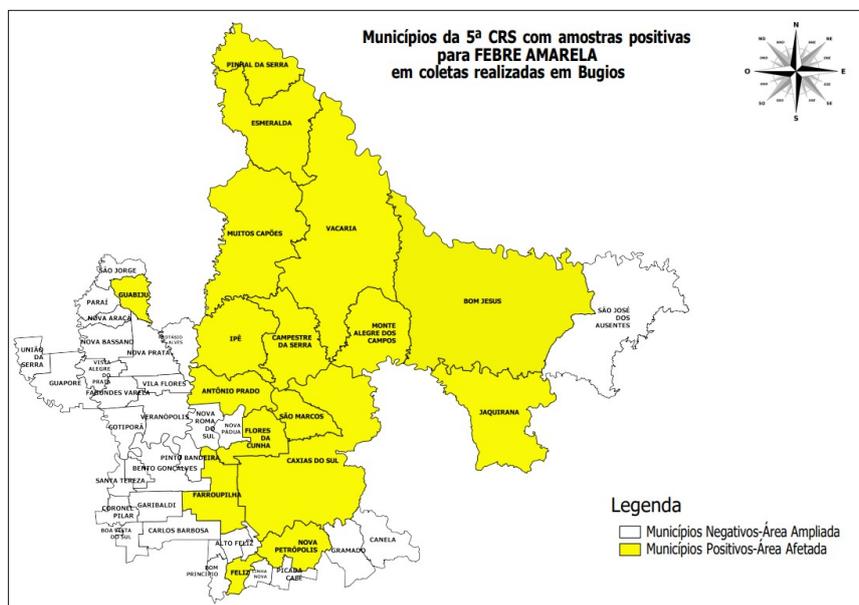
07 municípios em fase de finalização;

Conforme Resolução nº 467, de 16 de julho de 2015 do Conselho Nacional do Meio Ambiente(CONAMA) para aplicar BTI em arroios é necessário ter um projeto aprovado, onde consta o nome do Gestor Responsável pelo projeto, assim como, o Responsável Técnico pelo projeto e pela aplicação do produto. Estamos a disposição para auxiliar no que for necessário para a implantação do programa nos municípios.

Programa de controle da Febre Amarela

Em 2021 tivemos a ocorrência da Febre Amarela Silvestre em macacos (bugios), onde foi detectada a presença do vírus amarelo através de exame laboratorial em 86 bugios de 18 municípios.

Figura 21. Mapa de ocorrência de Febre Amarela em primatas, 2021, Macrosserra.



4.4.4 Saúde do Trabalhador

A VISAT (Vigilância em Saúde do Trabalhador) da 5ª CRS assessora o CEREST (Centro Regional Especializado em Saúde do Trabalhador) e as 49 Vigilâncias municipais na identificação de agravos, investigações de óbito, execução de Vigilância em Ambientes de Trabalho, educação continuada das Vigilâncias Municipais, seminários e demais demandas da área. Somos uma das regiões que mais notifica agravos, embora alguns municípios ainda estejam abaixo das metas pactuadas. Em 2020 foram notificados 11.331 agravos, e em 2021 foram 11.797, e foram investigados 46 (2020) e 76 (2021) óbitos possivelmente relacionados ao trabalho.

Com relação à equipe da Vigilância em Saúde do Trabalhador da 5ª CRS, a mesma é composta apenas por um servidor, da área da Engenharia, dificultando o auxílio na área clínica para os municípios. Essa área clínica atualmente está sendo exercida de maneira plena pelo CEREST.

Tendo em vista a obrigatoriedade de notificação da maioria dos agravos em Saúde do Trabalhador no SINAN, é de suma importância que sejam disponibilizados acessos do SINAN exclusivos para a Saúde do Trabalhador aos municípios que não os tenha, bem como colocar pelo menos um funcionário responsável exclusivo pelas demandas da Saúde do Trabalhador (a grande maioria dos municípios não tem um ou mais funcionários responsáveis exclusivos para a Vigilância em Saúde do Trabalhador). Já com relação ao CEREST, é importante que eles possam retomar as atividades interrompidas em 2018, quando o espaço para consultas, exames e anamneses especializadas foi retirado do serviço e nunca disponibilizado novamente pelo município-sede do serviço, Caxias do Sul. O CEREST Serra é um dos serviços regionais mais atuantes do tipo no Estado (comprovado pelos relatórios quadrimestrais do programa federal Qualifica CEREST), sendo também destaque entre os CEREST nacionalmente, mesmo sem poder exercer as atividades já mencionadas. O serviço vem se mantendo ativo desde 2012, e sua atuação

tem fomentado as notificações de agravos relacionados ao trabalho de maneira muito significativa.

4.4.5 Vigilância Sanitária

A Vigilância sanitária da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde coordena e executa as ações de vigilância de 49 municípios. Conforme Resolução CIB nº 250/07, e exemplificado na Tabela 1, não houve adesão das ações estratégicas pela maioria dos municípios ligados a esta regional de saúde, não havendo, nenhum dos 49 municípios que realize 100% das ações estratégicas. Desse modo, a vigilância sanitária da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde executa inspeções sanitárias nos 49 municípios pertencentes a ela, sendo: todas ações de industrialização de alimentos em 36 municípios; farmácias de manipulação e laboratório clínico em 45 municípios; distribuidoras e importadoras de medicamentos em 46 municípios; indústria de correlatos e distribuição de correlatos em 48 municípios; radiações em 46 municípios; indústria de saneantes em 46 municípios e indústria de cosméticos em 48 municípios, os quais totalizam, no momento, 592 estabelecimentos. Com relação aos estabelecimentos de saúde, são fiscalizados pela 5ª Coordenadoria Regional de Saúde: 19 hospitais, 11 clínicas cirúrgicas, 03 serviços de diálise, 07 serviços de quimioterapia, 18 agências transfusionais, 02 bancos de tecido ocular, 02 serviços de terapia de nutrição enteral e parenteral, 05 unidades de terapia intensiva adulto e 13 serviços de endoscopia. Dessa forma, há atualmente 672 estabelecimentos de interesse à saúde sob competência de fiscalização estadual.

A regional ainda orienta e coordena as ações desenvolvidas pelas Vigilâncias Sanitárias Municipais na fiscalização de escolas, creches, academias, Instituições de Longa Permanência para Idosos, lavanderias, cemitérios e funerárias, clínicas estéticas, clínicas médicas, restaurantes, lancherias, mercados e drogarias, entre outros estabelecimentos de interesse à saúde de baixa complexidade, conforme estabelecido pela Resolução CIB nº 30/2004. São executadas também ações em atendimento a denúncias, inspeções conjuntas com outros órgãos e acompanhamento de relevantes programas de monitoramento da qualidade de produtos e serviços. A vigilância em saúde possui diversas ações integradas na atenção especializada da Rede de Atenção à Saúde como o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente da Vigilância Sanitária que tem por objetivo o monitoramento da qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde e a investigação dos eventos adversos, sobretudo eventos graves e resultantes em óbitos. Até abril de 2020, 26% dos hospitais com UTI Adulto do RS estavam classificados como alta adesão às práticas de segurança do paciente, evidenciando a importância de atuar junto aos serviços a fim de ampliar este universo.

Desta forma, seriam medidas resolutivas que viriam a otimizar a produtividade das atividades de fiscalização e vigilância sanitária na região:

1. Adesão dos municípios ao sistema SIVISA (Sistema de Informação em Vigilância Sanitária), para emissão dos alvarás sanitários (padronização e acessibilidade de informações);
2. Adesão dos municípios as ações estratégicas conforme estabelecido na Resolução CIB nº 250/2002, descentralizando as ações (maior proximidade e conhecimento da realidade do município, permitindo também à 5ª Coordenadoria Regional de Saúde exercer a atividade de coordenação, orientação e monitoramento das ações municipais com maior frequência a partir da redução da execução das ações), incluindo a adesão a ação aprovação de projetos

arquitetônicos relacionados aos estabelecimentos de saúde. Com relação à adesão a ação estratégica de Indústria de Alimentos, cabe destacar que o profissional necessita de nível superior em qualquer área desde que devidamente capacitado. A equipe do setor de alimentos da regional se disponibiliza para capacitar o profissional através de reuniões e fiscalizações conjuntas, sempre que necessário;

- Vínculos empregatícios que incentivem os profissionais da fiscalização a permanecerem no cargo, tais como disponibilidade de equipe mínima para as inspeções e disponibilidade de recursos físicos (máquina fotográfica para registro das inspeções, computadores, veículo, telefones, papelarias e outros). Salienta-se também que os servidores com vínculo estatutário possuem estabilidade e estão respaldados de interferências pessoais e políticas no exercício de suas funções.

Quadro 01: Municípios que assumiram Ações Estratégicas em Vigilância Sanitária conforme Resolução CIB 250/2007. Atualizado março/2020.

Antônio Prado CIB 376/2015	✓ Indústrias de Alimentos
Bento Gonçalves (>100.000) CIB 048/2012	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indústrias de Alimentos ✓ Farmácias ✓ Laboratórios clínicos ✓ Serviços de Radiodiagnóstico médico e odontológico ✓ Indústrias de Saneantes
Caxias do Sul (>100.000) <u>piso estratégico</u> CIB 200/2008	✓ Todas ações estratégicas municipais
Farroupilha (>50.000) CIB 048/2012	✓ Indústrias de Alimentos
Flores da Cunha CIB 313/2015	✓ Indústrias de Alimentos
Gramado <u>piso estratégico - turístico população flutuante</u> CIB 169/2009 CIB 075/2015	✓ Indústrias de Alimentos
Guaporé <u>piso estratégico</u> CIB 327/2011 CIB 203/2014	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Farmácias ✓ Laboratórios clínicos ✓ Indústrias de Alimentos e de Embalagens de Alimentos ✓ Fracionamento de medicamentos e de insumos farmacêuticos ✓ Distribuidoras de medicamentos e de insumos farmacêuticos ✓ Importadoras e exportadoras de medicamentos e insumos farmacêuticos ✓ Industrialização e reembalagem de saneantes com grau de risco I e II ✓ Atendimento Imediato de Urgência de Alta Complexidade e Emergência (inclusive os veículos) ✓ Radiodiagnóstico Médico (Raio-X, Tomografia, Mamografia e Densitometria Óssea) e estabelecimentos que utilizam equipamentos emissores de radiação que não se incluam naqueles de responsabilidade de nível estadual-central
Monte Belo do Sul CIB 204/2014	✓ Indústrias de Alimentos
Nova Bassano CIB 652/2014	✓ Indústrias de Alimentos
Nova Pádua CIB 58/2020	✓ Indústrias de Alimentos
Nova Petrópolis <u>piso estratégico - turístico população flutuante</u> CIB 169/2009 CIB 327/2011	✓ Indústrias de alimentos
Paráí CIB 379/2015	✓ Indústrias de alimentos
Picada Café CIB 307/2014	✓ Indústrias de alimentos
Santa Tereza	✓ Indústrias de Alimentos

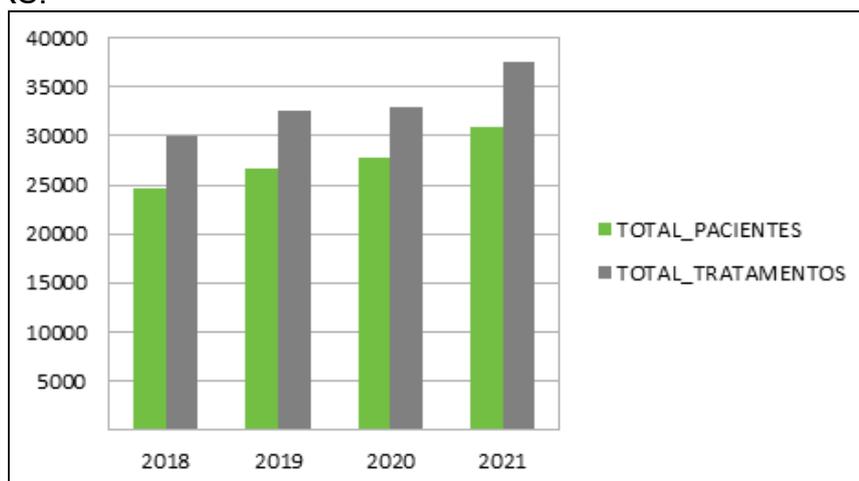
CIB 525/2014	
Vacaria (>50.000) CIB 048/2012 CIB 206/2014	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Farmácias ✓ Laboratórios clínicos ✓ Distribuidoras de medicamentos e de insumos farmacêuticos ✓ Importadoras e exportadoras de medicamentos e insumos farmacêuticos ✓ Fracionamento de medicamentos e insumos farmacêuticos
Canela <u>piso estratégico - turístico população flutuante</u> CIB 169/2009	
Garibaldi <u>piso estratégico - turístico população flutuante</u> CIB 169/2009	
São José dos Ausentes <u>piso estratégico - turístico população flutuante</u> CIB 169/2009	

4.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica materializa-se como sendo uma política transversal nas Redes de Atenção à Saúde - RAS, que deve trabalhar de forma articulada e integrada com os programas e serviços de saúde na promoção, proteção e recuperação de saúde.

A oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica (AF) – Básico (CBAF), Estratégico (CESAF) e Especializado (CEAF). De modo complementar, o estado do RS disponibiliza medicamentos e fórmulas nutricionais constantes no Programa de Medicamentos Especiais, que constitui um grupo para tratamento de outras doenças não contempladas nos programas de saúde definidos de forma tripartite. Estes medicamentos são dispensados nas farmácias especializadas (FMEs) descentralizadas nos municípios visando a ampliar o acesso dos usuários aos medicamentos disponibilizados no Estado.

Gráfico 55. Número de pacientes e número de tratamentos administrativos ativos do CEAF da 5ª CRS.



Fonte: Sistema AME - Administração de Medicamentos

Todos os 49 municípios da macrorregião Serra possuem farmácia estruturada para dispensação de medicamentos do componente especializado (financiados pelo Ministério da Saúde e distribuídos pelo Estado do RS) e medicamentos e fórmulas nutricionais do componente especial (financiados pelo Estado do RS) para tratamento de doenças

prevalentes regionalmente, não contempladas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do MS. Cada farmácia também realiza a distribuição de medicamentos do componente estratégico de compra centralizada pelo MS e distribuídos pelo Estado do RS para atendimento às doenças de perfil endêmico como tuberculose, hanseníase, endemias e outras. No território, existem cinco Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) vinculadas aos Serviços de Atendimento Especializado (SAE).

Os municípios da região 24 destacam que deve ser mantida a regularidade na distribuição dos medicamentos que são de atribuição estadual e federal, visto que a quantidade entregue é insuficiente e o fornecimento irregular. A AMUCSER (Associação dos Municípios dos Campos de Cima da Serra) firmou o CONDESUS, consórcio que viabiliza a compra de medicamentos do componente básico por preços mais acessíveis. Com relação aos medicamentos e insumos de obrigação do Estado e União ocorrem muitos casos de judicialização, obrigando os municípios a adquirirem com recursos próprios.

O Programa de Financiamento Farmácia Cuidar+ que tem como objetivo ampliar, qualificar e promover os serviços farmacêuticos nas Farmácias Especializadas de Medicamentos (FME) teve adesão de 90% dos municípios na Macrorregião Serra. Os municípios que não realizaram a adesão foram Alto Feliz, Cotiporã, Feliz, Fagundes Varela e Nova Roma do Sul, sendo que os dois últimos não atenderam um dos requisitos obrigatórios que é possuir farmacêutico responsável técnico na farmácia (para concessão do Certificado de Regularidade Técnica perante o Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul). O valor do incentivo financeiro repassado aos municípios foi calculado de acordo com o porte da FME.

O estado do Rio Grande do Sul foi o primeiro a implementar, no País, uma plataforma digital para que os usuários do SUS realizem a primeira solicitação de alguns medicamentos e terapias nutricionais do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e do Programa de Medicamentos Especiais da SES/RS, sem a necessidade de abertura presencial de processo administrativo em uma Farmácia de Medicamentos Especiais no município. Através da plataforma **Farmácia Digital RS** os usuários que possuem tratamentos cadastrados com medicamentos disponibilizados pela Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) também podem realizar a renovação pela internet. Segundo o AME, na macrorregião Serra, os municípios de Bento Gonçalves, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Farroupilha, Feliz e Flores da Cunha tiveram a adesão de usuários na plataforma Farmácia Digital RS para a primeira solicitação de medicamentos e renovação.

A Farmácia Solidare localizada no município de Farroupilha, é pioneira no Estado, tendo iniciado suas atividades em junho de 2015 e serviu de base para a formulação da lei Estadual 15.339/2019 que instituiu o Programa Solidare - Farmácia Solidária, que consiste no recebimento de doações de medicamentos por parte da comunidade, triagem e realocação dos insumos gratuitamente para a população mais vulnerável, sob responsabilidade técnica de um profissional farmacêutico.

As ações da Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PIPMF) no RS são financiadas pela Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), por meio do Projeto Arranjo Produtivo Local de Plantas Medicinais e o objetivo da política é garantir à população o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.

A Macrosserra é uma das regiões mais avançadas e promissoras do Estado quanto à implementação da PIPMF com quatro municípios contemplados em editais do MS relacionados à política. Alguns municípios da Macrosserra já possuem a dispensação de

chás medicinais e trabalham a fitoterapia a partir de hortos municipais e atividades de educação em saúde com a população. Dentre esses, o município de Nova Petrópolis é pioneiro servindo de modelo para outras regiões do Estado.

A 5ª CRS tem acompanhado os municípios contemplados nos referidos editais das Farmácias Vivas com o objetivo de assessorar na implantação dos projetos contemplados.

Destaca-se, entretanto que durante o ano de 2021, apenas cinco municípios da Macrosserra informaram no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) a fitoterapia como uma racionalidade em saúde utilizada no atendimento individual dos pacientes.

Tabela 20: Municípios da Macrosserra com informação de fitoterapia na APS no ano de 2021.

MUNICÍPIO	FITOTERAPIA
FLORES DA CUNHA	228
FELIZ	2
VALE REAL	10
VERANÓPOLIS	8
BENTO GONÇALVES	5

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB

Os dados apresentados demonstram um sub-registro das ações em fitoterapia na Macrosserra, estabelecendo a necessidade de permanecer capacitando os profissionais em relação ao correto registro das ações de fitoterapia realizadas.

Além disso, torna-se fundamental o papel da 5ª CRS na disseminação das informações em relação à fitoterapia para os municípios que ainda não ofertam e também do estímulo para troca de experiências e visibilidade às ações já ofertadas.

5. NECESSIDADES REGIONAIS

A seguir, as necessidades de saúde por região, elencadas nos diagnósticos regionais em 2019. As mesmas foram revistas e atualizadas conforme mostra o capítulo das DOMIs.

Região 23

Necessidade Regional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/Embasamento	Necessidade Regional de Ação ou Serviço de Saúde (descrever qual ação ou serviço)
Alta Complexidade Traumato ortopedia	Dificuldade no acesso ao serviço de referência na Macrosserra, pois a capacidade instalada é insuficiente, gerando vários processos judiciais.	Verificar outros prestadores da Macrosserra que possuam condições técnicas para solicitar a habilitação nesta especialidade.

Alta Complexidade Neurologia	Dificuldade no acesso ao serviço de referência na Macrosserra, pois a capacidade instalada é insuficiente.	Verificar outros prestadores da Macrosserra que possuam condições técnicas para solicitar a habilitação nesta especialidade.
Alta Complexidade Cardiologia	Dificuldade no acesso ao serviço de referência na Macrosserra, pois a capacidade instalada é insuficiente.	Verificar outros prestadores da Macrosserra que possuam condições técnicas para solicitar a habilitação nesta especialidade.
Consultas médicas em especialidades(dermatologia, endocrinologia, pneumologia, gastroenterologia, proctologia)	Muitos municípios adquirem estes serviços utilizando recursos livres da área da saúde, fora de seu território,oucontratamprofissionaispara atender, mas que não possuem vínculo com a SMS. Isso dificulta a cobrança via SIA/SUS, e prejudica os registros de produção ambulatorial.	Organizar de forma regional as referências, através de consórcios intermunicipais, pactuação de referência entre municípios, entre outros.
Urologia média e alta complexidade	Não há serviço habilitado dentro da Macrosserra.	Alta complexidade poderia ser habilitadas e num dos hospitais de grande porte da Macrosserra.
Endoscopia/ Colonoscopia	Insuficiência assistencial na região. Os serviços não conseguem absorver toda a demanda para estes exames, gerando lista de espera com tempo superior a um ano, fato preocupante uma vez que existe grande incidência de neoplasias na população.	Reorganização do teto MAC/FPO municipal e contratualização de novos prestadores.
Bucomaxilofacial	Não há serviço habilitado dentro da Macrosserra.	Alta complexidade poderia ser habilitada e num dos hospitais de grande porte da Macrosserra. Sugere-se o Hospital Pompéia de Caxias do Sul, uma vez que já realiza atendimentos nesta área para os município de Caxias do Sul. O Hospital Arcanjo São Miguel, Gramado, aguarda aprovação do Estado para habilitação do serviço de ambulatório clínicocirúrgico de média complexidade eletivo, para ser referência para a MacroSerra.
Cabeça e Pescoço	Esta especialidade foi desmembrada da traumato ortopedia, deixando a Macrosserra sem referência.	Hospital Pompéia possui capacidade técnica para absorver esta demanda.
PediatriaUrgência/ret aguarda	Sem referência na Macrosserra.	Hospital Geral poderia absorver esta demanda, uma vez que possui capacidade técnica e atende a população de Caxias doSul.

Pediatria Cirúrgica geral	Sem referência na Macrosserra.	Caxias do Sul apresenta série histórica desta área, porém ao longo dos anos esta referência foi perdida na Macrosserra. Sugere-se novas discussões e pactuações no conselho inter gestormunicipal.
Tomografia por emissão de Pósitrons - PET-CT	OPET_CT realizado no Hospital Pompéia é referência para as Regiões de Saúde 15, 16, 17, 18, 19, 20 e para toda a Macrosserra. A Portaria Nº1.631/15 estabelece um equipamento para cada 1,5milhão de habitantes. Portanto, verifica-se que este serviço é insuficiente para atender toda a demanda das regiões citadas.	Sugere-se que este serviço permaneça sendo referência somente para a Macrosserra.
Colangiopancreatografi aretrógrada-CPRE	Sem referência na Macrosserra. Este exame é realizado na rede privada por muitas instituições filantrópicas da região e Macrosserra. Entretanto, este exame não foi previsto quando distribuído o teto MAC pelo MS na assinatura do pacto de gestão.	Buscar a integralização do teto MAC para absorver esta demanda e organizar de forma regional as referências.
Implementação da RedeCegonoa	Existe vazio assistencial para parto enascimento de risco habitual para osmunicípios de Nova Petrópolis, Picada Café e Linha Nova. As maternidades de Gramado e Canela necessitam de adequações.	Habilitar o Hospital de Nova Petrópolis para atendimento regionalizado do parto. Adequar os hospitais de Gramado e Canela para atendimento da população própria
Ampliação de cobertura deCAPS	O município de Canela e Caxias do Sul tem possibilidade de ampliar a cobertura de CAPS, pois os serviços hoje existentes estão com a capacidade de atendimento esgotada.	Habilitar 01 CAPS álcool e drogas em Canela Habilitar mais 01 CAPS tipo II no município de CaxiasdoSul
LeitosdeSaúdeMental	A região possui dois hospitais com leitos habilitados em enfermarias clínicas não estruturadas, o que dificulta o atendimento de casos mais graves e internações compulsórias. Além disso, Caxias do Sul possui leitos em hospital geral que funcionam sem habilitação federal.	Habilitar duas enfermarias especializadas em saúde mental, com 8 a 10 leitos Habilitar leitos existentes no município de Caxias do Sul
ESF	Melhorar a cobertura populacional.	Adesão dos gestores municipais e ampliação de recursos federais e estaduais repassados mensalmente para custeio deste programa.

SAD	Melhorar a cobertura populacional.	Adesão dos gestores municipais e ampliação de recursos federais e estaduais repassados mensalmente para custeio deste programa. Sugere-se ampliar o serviço já existente em Caxias do Sul em mais duas EMADtipol.
Linha de Cuidado Cerebrovascular	A Macrosserra possui 5 leitos habilitados no Hospital Pompéia, em Caxias do Sul. No entanto, não é suficiente para atender toda a demanda.	Conforme Portaria 665/2012, a Macrosserra necessitaria de mais 23 leitos.

Região 24

Necessidade Regional de Saúde	Justificativa/ Embasamento	Necessidade Regional de Ação ou Serviço de Saúde
Melhorar o cuidado na AB do Diabetes	Dificuldade de aderência dos usuários ao tratamento/autocuidado.	Ambulatório regional para a prevenção dos agravos da diabetes e cuidados básicos realizados na AB.
Estratificação dos pacientes com doenças crônicas	É muito importante sabermos a realidade através de dados concretos para planejamento das ações.	Qualificação do processo de trabalho das equipes da AB.
Ampliar os dispositivos do território de promoção da saúde.	Ampliação do acesso	Ampliação do número de academias da saúde em funcionamento
Rotatividade dos profissionais nos municípios menores, principalmente médicos.	Aumento do vínculo com os usuários e do cuidado ofertado na AB, continuidade do processo de trabalho.	Planos de carreiras para fixação dos profissionais em municípios menores.
Revisão do teto MAC da Região 24	Identificar deficiências e a não oferta de serviços. Tornar visível a cota financeira de cada município por especialidade.	Aporte financeiro adequado por parte da SES e MS.
Fortalecimento da rede de atenção da Região 24, com mais	Estruturação profissional do centro de especialidades, visando	Aporte financeiro adequado por parte da SES e MS (os

referências no território	contratação de profissionais para atendimento regional.	municípios financiam separadamente através do CONDESUS)
Regularidade no fornecimento de medicamentos e insumos do componente especializado.		SES e MS planejar processos licitatórios visando manter o fornecimento adequado.
Rever as cotas das consultas de retorno para protetizados na saúde Auditiva de referência em Caxias do Sul.	Cotas insuficientes devido os retornos programados para regulagem e manutenção nas próteses.	Revisão de cotas (Secretaria de Saúde Caxias do Sul)
Rever cotas de consultas e procedimentos de Alta Complexidade de referência em Caxias do Sul.	Única especialidade com cotas suficientes é na oncologia.	Revisão de cotas (Secretaria de Saúde Caxias do Sul). Aporte financeiro adequado por parte da SES e MS.

Região 25

Necessidade Regional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/Embasamento	Necessidade Regional de Ação ou Serviço de Saúde (descrever qual ação ou serviço)
Alta Complexidade Traumatologia ortopedia	Dificuldade no acesso ao serviço de referência na Macrosserra, pois há capacidade instalada insuficiente. Uma das principais especialidades que gera judicialização.	O Hospital Tacchini possui condições técnicas para solicitar a habilitação nesta especialidade.
Alta Complexidade Neurologia	Dificuldade no acesso ao serviço de referência na Macrosserra, pois há capacidade instalada insuficiente.	O Hospital Tacchini possui condições técnicas para solicitar a habilitação nesta especialidade.
Alta Complexidade Cardiologia	Dificuldade no acesso ao serviço de referência na Macrosserra, pois há capacidade instalada insuficiente.	O Hospital Tacchini possui condições técnicas para solicitar a habilitação nesta especialidade.
Cirurgia Vasculare Venoso	Não há referência pactuada na região 25.	Hospitais de médio porte poderiam realizar estes procedimentos, desde que fossem incorporados valores ao teto MAC.
Consultas médicas em especialidades (dermatologia, endocrinologia, pneumologia, gastroenterologia, proctologia)	Muitos municípios adquirem estes serviços utilizando recursos livres da área da saúde, fora de seu território, ou contratam profissionais para atender, mas que não possuem vínculo com a SMS. Isso dificulta a cobrança via SIA/SUS, e prejudica os registros	Organizar de forma regional as referências, através de consórcios intermunicipais, pactuação de referência entre municípios, entre outros.

	de produção ambulatorial.	
Urologia média e alta complexidade	Não há serviço habilitado dentro da Macrosserra.	Alta complexidade poderia ser habilitadas em um dos hospitais de grande porte da Macrosserra. Quanto a média complexidade, o Hospital de Garibaldi manifestou interesse em habilitar ambulatório clínico cirúrgico nesta especialidade.
Endoscopia/Colonoscopia	Insuficiência assistencial na região. Os serviços não conseguem absorver toda a demanda para estes exames dentro da região.	Reorganização do teto MAC/FPO municipal e contratualização de novos prestadores.
Bucomaxilofacial	Não há serviço habilitado dentro da Macrosserra.	Alta complexidade poderia ser habilitada em um dos hospitais de grande porte da Macrosserra. Sugere-se o Hospital Pompéia de Caxias do Sul, uma vez que já realiza atendimentos nesta área para os municípios de Caxias do Sul. O Hospital Arcanjo São Miguel, Gramado, aguarda aprovação do Estado para habilitação do serviço de ambulatório clínico cirúrgico de média complexidade eletivo, para ser referência para a Macro Serra.
Cabeça e Pescoço	Esta especialidade foi desmembrada da traumatologia ortopedia, deixando a Macrosserra sem referência.	Hospital Pompéia possui capacidade técnica para absorver esta demanda.
Pediatria Urgência/retaguarda	Sem referência na Macrosserra.	Hospital Geral poderia absorver esta demanda, uma vez que possui capacidade técnica e atende a população de Caxias do Sul. Hospital Tacchini também poderia absorver a demanda da região de saúde 25.
Pediatria Cirúrgica geral	Sem referência na Macrosserra.	Caxias do Sul apresenta série histórica desta área, porém ao longo dos anos esta referência foi perdida na Macrosserra. Sugere-se novas discussões e pactuações no conselho Inter gestor municipal.
Tomografia por emissão de Pósitrons -PET-CT	O PET_CT realizado no Hospital Pompéia é referência para as Regiões de Saúde 15, 16, 17, 18, 19, 20 e para toda a Macrosserra. A Portaria Nº 1.631/15 estabelece um equipamento para cada 1,5 milhão de habitantes. Portanto, verifica-se que este serviço é insuficiente para atender toda a demanda das regiões citadas.	Sugere-se que este serviço permaneça sendo referência somente para a Macrosserra.
Colangiopancreatografia retrógrada - CPRE	Sem referência na Macrosserra. Este exame é realizado na rede privada por muitas instituições filantrópicas da região e Macrosserra. Entretanto, este	Buscar a integralização do teto MAC para absorver esta demanda e organizar de forma regional as referências.

	exame não foi previsto quando distribuído o teto MAC pelo MS na assinatura do pacto de gestão.	
SAMU	Melhorar a cobertura populacional.	Adesão dos gestores municipais e ampliação de recursos federais e estaduais repassados mensalmente para custeio deste programa.
CAPS	Melhorar a cobertura populacional.	Adesão dos gestores municipais e ampliação de recursos federais e estaduais repassados mensalmente para custeio deste programa.
SAD	Melhorar a cobertura populacional.	Adesão dos gestores municipais e ampliação de recursos federais e estaduais repassados mensalmente para custeio deste programa.
ESF	Melhorar a cobertura populacional.	Adesão dos gestores municipais e ampliação de recursos federais e estaduais repassados mensalmente para custeio deste programa.

Região 26

Necessidade Regional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/Embasamento	Necessidade Regional de Ação ou Serviço de Saúde (descrever qual ação ou serviço)
ESF	Melhorar a cobertura populacional	Ampliar o nº de Equipes de ESF nos municípios maiores
Angiologia e Cirurgia Vascular	Falta de referência para atendimento em Media Complexidade	Habilitação do serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular pelo SUS, assim como a oferta de exame
Cardiologia	Oferta de consultas e exames insuficientes para demanda da Região	Ampliação e ou habilitação de novos serviços para consultas, exames e procedimentos em cardiologia
Dermatologia	Falta de referência para atendimento em Media Complexidade	Habilitação de serviço de Ambulatório para consultase biópsias
Endocrinologia	Falta de referência para consultas em Media Complexidade	Habilitar serviço de consultas médicas em Endocrinologia, assim como ampliar o acesso aos exames
Gastrologia /proctologia	Falta de referência para exames e consultas	Habilitar serviço de referência para consultas e exames de Endoscopia, colonoscopia, retossigmoidoscopia, e colangiopancreatografiaretrograda.
Neurologia	Falta de referência para atendimento em Media	Habilitar serviço de referência para consultas e

	Complexidade para consultas e exames	exames em Neurologia, em especial eletroneuromiografia e ultrassonografia trans fontanela)
Nefrologia	Acesso restrito aos exames de ecografia paravias urinárias	Ampliação de recursos para atendimento da demanda reprimida
Oftalmologia/Traumatologia/ortopedia	Acesso insuficiente por falta de recursos *Sem referência para emergência na Macro Serra, em oftalmologia	*Ampliação de recursos financeiros para atender a demanda reprimida de consultas e exames. *Habilitação de Serviço de Urgência/emergência em oftalmologia
Pneumologia	Falta de referência para atendimento em Media Complexidade	Habilitar serviço de referência para consultas e exames como broncoscopia, expirometria. Ampliar os exames de RM, TC de Tórax.
Otorrinolaringologia/Reumatologista	Falta de referência para atendimento em Media Complexidade	Habilitar serviço de referência para consultas e exames em Media Complexidade em otorrino
Urologia Pediátrica Urologia Adulto	Falta de profissional médico para atendimento em pediatria na especialidade *Não possuem referência para exames de cistoscopia, estudo urodinâmico e uretrocistografia miccional	*Construção de uma rede de referência para urologia Pediátrica; * Habilitar referência para exames específicos em urologia *Ampliação do recursos para ultrassonografia abdominal de próstata e trans retal de próstata
Buco-maxilo-facial	Falta de referência para atendimento em Media Complexidade	Habilitar serviço de consulta e cirurgias
UTI Adulto/ Pediátrica	Falta de leitos	Habilitação e ampliação de novos leitos pelo SUS

6. FINANCIAMENTO

Segue abaixo, descritivo dos repasses de recursos estaduais e federais para a Macrorregião de Saúde Serra.

Gráfico 56. Receita de Impostos Líquida e Transferências Constitucionais e Legais (RLIT) per capita e Despesa com recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.

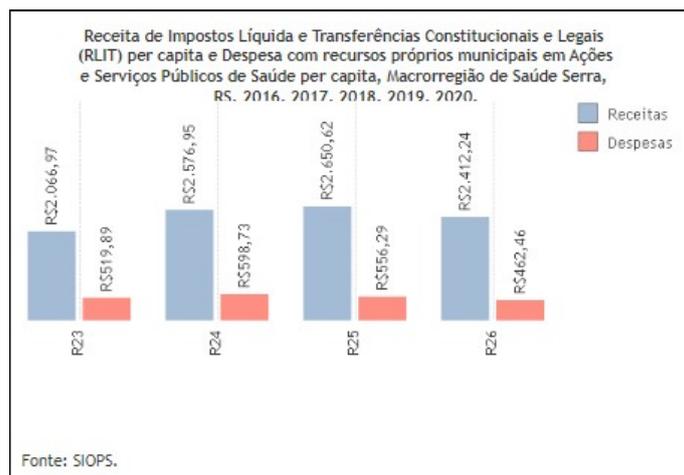


Gráfico 57. Percentual da receita própria municipal aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde conforme a EC 29/2000 per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.

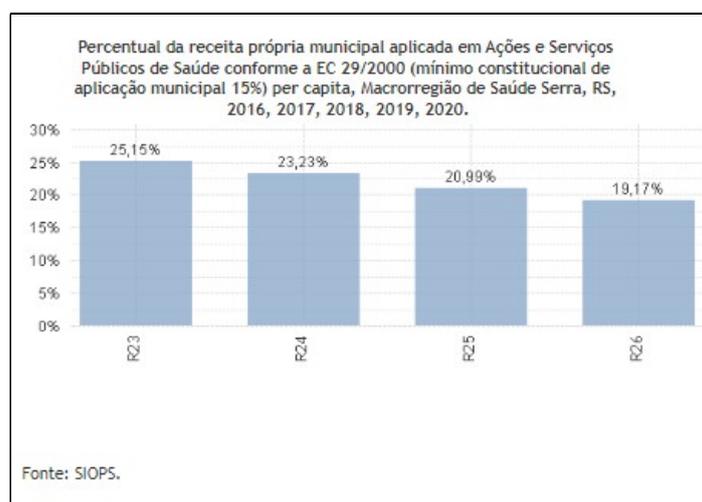


Gráfico 58. Despesa total em Ações e Serviços Públicos de Saúde per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.

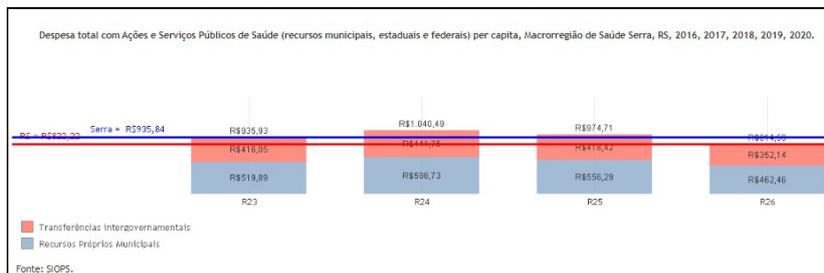


Gráfico 59. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.

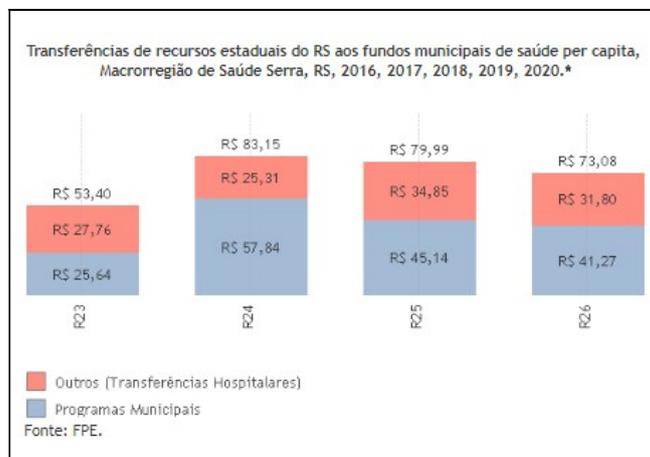


Gráfico 60. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais (programas municipais e outros) per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2015 – 2021.

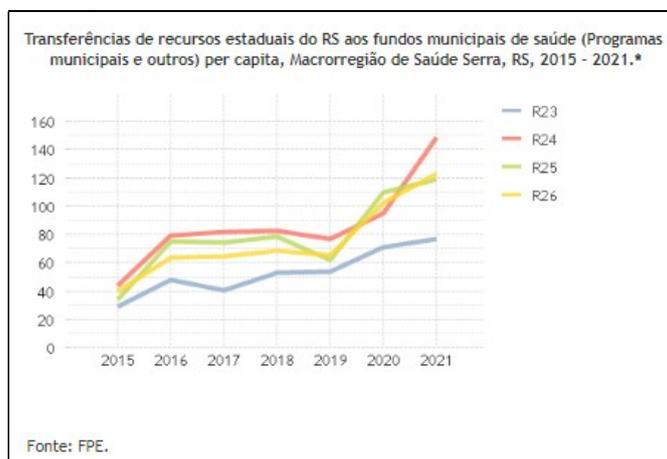


Gráfico 61. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde (programas municipais e outros) por subfunção orçamentária per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020.

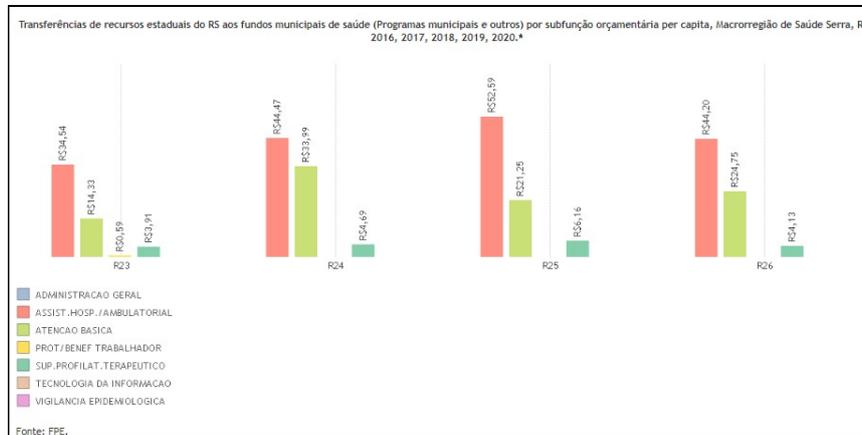


Gráfico 62. Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020

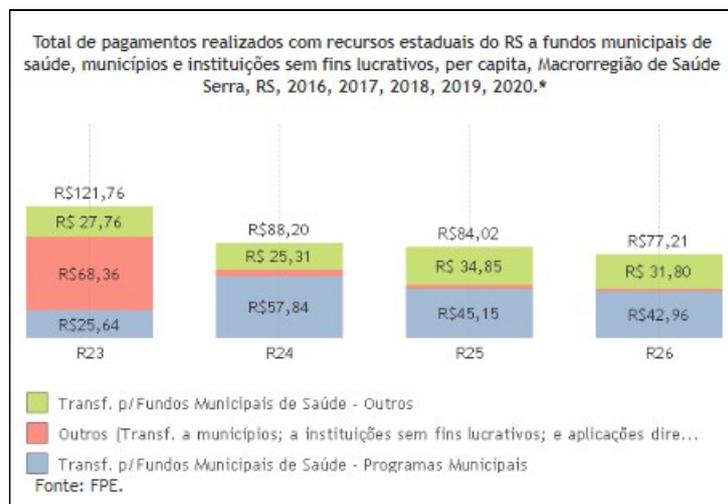


Gráfico 63. Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, Macrorregião de Saúde Serra, RS, 2015-2021.



Segue abaixo a descrição dos recursos recebidos através do Programa Avançar na Saúde/RS, para municípios da Macrorregião de Saúde Serra.

HOSPITAL	MUNICÍPIO	CR ^º	EDIÇÃO	OBJETO	TIPO	VALOR	TIPO DE GESTÃO
Hospital São José	Antônio Prado	5ª	2	Reforma da Central de Material Esterilizado (CME).	OBRA	200.000,00	Municipal
Hospital Geral de Caxias do Sul	Caxias do Sul	5ª	1	Ampliação de leitos clínicos e de UTI adulto, pediátrica e neonatal, amenizando a fila de espera dos pacientes. Capacidade atual de 237 leitos e prevista de 355 leitos, 100% SUS.	OBRA	10.000.000,00	Municipal
Hospital Geral de Caxias do Sul	Caxias do Sul	5ª	1	Ampliação de leitos clínicos e de UTI adulto, pediátrica e neonatal, amenizando a fila de espera dos pacientes. Capacidade atual de 237 leitos e prevista de 355 leitos, 100% SUS.	EQUIPAMENTO	5.000.000,00	Municipal
Hospital Beneficente São Pedro	Garibaldi	5ª	2	Ampliação do Centro Cirúrgico e dos serviços de média complexidade, adequação de espaço para ampliação de atendimento do Programa Assistir	OBRA	4.000.000,00	Municipal

Fonte: SES/RS.

7. GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

7.1 AUDITORIA

O setor de Auditoria do SUS da 5ª CRS está vinculado ao Departamento de Auditoria do SUS (DEASUS), e desempenha atividades a nível estadual, em cumprimento ao Decreto Estadual RS n.º 38.546, de 05 de junho de 1998, que instituiu e regulamentou o Sistema Estadual de Auditoria, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A demanda para realização de auditoria do SUS decorre da programação de Auditorias do DEASUS, com definição, em geral, trimestral; e de solicitações do Ministério Público Federal e Estadual, Procuradoria-Geral do Estado, Ministério da Saúde, autoridade policial (federal e estadual), Tribunal de Contas do Estado, demandas da gestão estadual do SUS e encaminhadas de outros departamentos da SES, denúncias via Ouvidoria do SUS, Coordenadoria Regional de Saúde ou encaminhadas diretamente ao DEASUS.

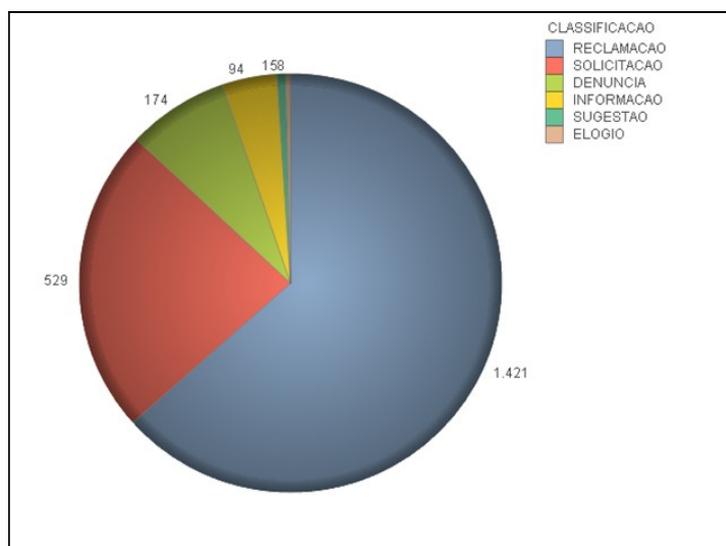
Qualquer estabelecimento de saúde, seja ele público ou privado, que receba recursos do SUS pode ser objeto de auditoria.

Considerando que os municípios da Macro Serra assinaram o Pacto de Gestão, e com isso assumiram a gestão dos prestadores de serviços de saúde situados em seu território, o DEASUS atua apenas em caráter complementar.

7.2 OUVIDORIA

Com o propósito de detalhar melhor as manifestações desta Ouvidoria, foram utilizados os dados disponíveis no BI Público, competências de 01 de janeiro 2019 à 31 de dezembro de 2021. Foram registradas 2.241 manifestações, sendo a taxa de resposta do período de 99,02%. Em relação à classificação das demandas, 63,40% são RECLAMAÇÕES, 23,60% são SOLICITAÇÕES, 7,76% são DENÚNCIAS, 4,19% são pedidos de INFORMAÇÕES, 0,66% são SUGESTÕES e 0,35% são ELOGIOS. O gráfico abaixo mostra esses números.

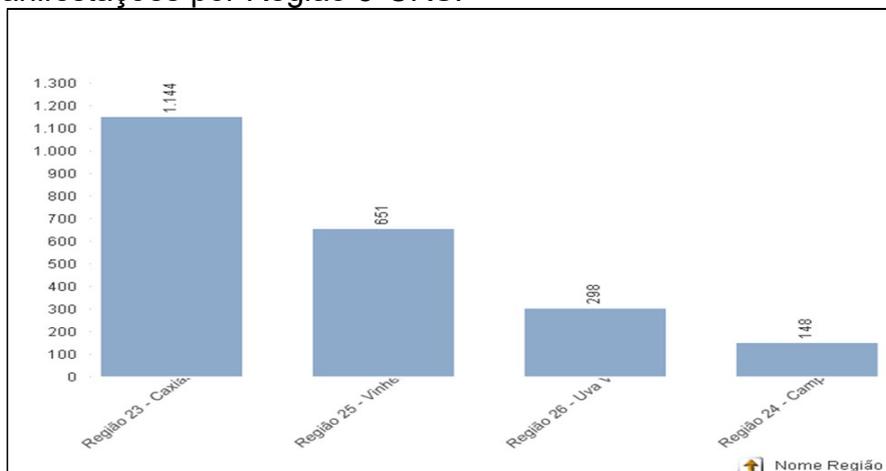
Gráfico 64. Manifestações Ouvidoria 5ª CRS, 2019-2021.



Fonte: BI, 2022.

Quantidade de manifestação por Região 23 Caxias e Hortências com 1.144 protocolos, Região 24 Campos de Cima da Serra com 148 protocolos, Região 25 Vinhedos e Basalto com 651 protocolos e Região 26 Uva e Vale com 298 protocolos.

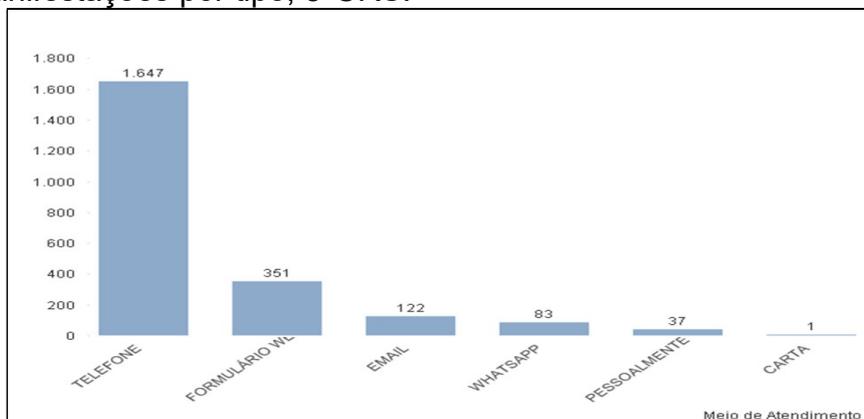
Gráfico 65. Manifestações por Região 5ªCRS.



Fonte: BI, 2022.

No que se refere aos Meios de Atendimento, 73,49% dos registros foram recebidos por TELEFONE, 15,66%, por FORMULÁRIO WEB, 5,44%, por EMAIL, 3,70% por WHATSAPP, 1,65%, PESSOALMENTE e 0,04% por CARTA, conforme pode-se observar na figura abaixo.

Gráfico 66. Manifestações por tipo, 5ªCRS.



Fonte: BI, 2022.

Quanto aos principais assuntos abordados, destacam-se ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, GESTÃO e ASSISTÊNCIA À SAÚDE, sendo que estes três assuntos juntos representam 75,01% do total dos registros. E os demais assuntos estão relacionados na tabela abaixo:

Tabela 21. Manifestações por assunto, 5ªCRS.

Manifestações por Assunto		
ASSUNTO	Absoluto	Relativo
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	1.185	52,88%
GESTÃO	269	12,00%
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	227	10,13%
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	175	7,81%
ALIMENTO	120	5,35%
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	75	3,35%
COMUNICAÇÃO	67	2,99%
PRODUTOS PARA SAÚDE/CORRELATOS	52	2,32%
SAMU	22	0,98%
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	12	0,54%
FINANCEIRO	7	0,31%
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	6	0,27%
CARTÃO SUS	6	0,27%
ORIENTAÇÕES EM SAÚDE	6	0,27%
OUIDORIA DO SUS	4	0,18%
PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	3	0,13%
TRANSPORTE	3	0,13%
ASSUNTOS NÃO PERTINENTES	1	0,04%
-	1	0,04%

Fonte: BI, 2022.

7.3 REGULAÇÃO

A regulação regional foi implantada na 5ªCRS em 2022, contando com duas servidoras, especialistas em saúde, que realizam a regulação de toda a macro.

Todos os municípios da macrosserra acessam o GERCON nas mais diversas especialidades. O GERINT está em fase de implantação.

8. NURESC

O Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) é a estrutura da regional de saúde responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e qualificação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, através da

educação permanente em saúde, junto aos Municípios, seguindo as diretrizes e princípios do SUS (Escola de Saúde Pública/SES/RS).

O NURESC/5ª CRS atua em cooperação com os Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), além de fomentar as ações de Educação Permanente em Saúde nos municípios da 5ª CRS.

Atualmente, estão ativos apenas seis NUMESC, a saber: Bento Gonçalves, Caxias do Sul, Feliz, Nova Prata, Veranópolis e Vila Flores. Aponta-se a necessidade de ampliação e fortalecimento dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva.

9. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMIs)

As Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores surgiram das necessidades abaixo elencadas, as quais foram retiradas dos diagnósticos regionais (04 Regiões de Saúde) realizados em 2019, atualizadas pelo GT-PRI Macro e aprovadas em CIR conjunta.

Esta matriz deu origem a um formulário no Google Forms, o qual foi enviado a todos os gestores municipais e técnicos da 5ªCRS, a fim de realizar a priorização de acordo com a metodologia “Análise Multicritério da Tomada de Decisão ou *Multi-criteria Decision Analysis* (MCDA)”, definido como “um conjunto de métodos de apoio à tomada de decisão em que dois ou mais critérios são considerados simultaneamente e de forma explícita.” (CAMPOLINA et al, 2017).

Segue abaixo o quadro por ordem de priorização.

Quadro 2: Ordem das prioridades, conforme Matriz de Priorização, Macrorregião de Saúde Serra.

1 - Ampliação da oferta com habilitação de prestadores e financiamento estadual e federal no âmbito da Macrosserra nas especialidades de Alta Complexidade que apresentam vazio assistencial ou demanda reprimida importante (Traumato-ortopedia, Neurologia/Neurocirurgia, Cirurgia Cardiovascular, entre outras). (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
2 - Ampliação da oferta de consultas, exames e procedimentos, com diminuição no tempo de acesso ao tratamento e fortalecimento da Rede de Atenção na especialidade de Oncologia. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
3 - Habilitação e ampliação de novos leitos de UTI, Adulto e Pediátrica, em prestadores hospitalares da Macrosserra. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
4 - Revisão do Teto MAC para reestabelecer o aporte financeiro adequado por parte do Ministério da saúde, considerando a série histórica desde a oficialização da ‘Gestão Plena’ na Macrosserra. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
5 – Implementar as referências pactuadas de Média Complexidade (Urologia, Otorrinolaringologia, Reumatologia, Cabeça e Pescoço, cirurgia vascular – varizes, Endocrinologia, Cirurgia torácica, Hematologia, Infectologia, entre outras, adequando-as à região e mais próxima ao usuário (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
6 - Ampliação da oferta e financiamento para a habilitação de prestadores no âmbito da Macrosserra de exames de Média e Alta Complexidade que apresentam vazio assistencial ou demanda reprimida importante (Endoscopia, Colonoscopia, Broncoscopia, Espirometria, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Retossigmoidoscopia, CPRE – Colangiopancreatografia Retrógrada). (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
7 - Estabelecer na Macrosserra implementação das pactuações para atendimento pediátrico em consultas, exames, atendimento de Urgência e Emergência e cirurgia de Média e Altas Complexidades, adequando-as à região e mais próxima do usuário. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
8 – Implementação às pactuações das referências aos Serviços de Urgência e Emergência em Oftalmologia, Cabeça e Pescoço, Cirurgia Torácica, Urologia, Bucomaxilo, adequando-as à região e mais

perto do usuário. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
9 - Ampliação do número de leitos na Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral – AVC. (REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)
10 - Fortalecer e qualificar a atenção à Saúde Mental, com aumento da capacidade de oferta de atendimentos e implementação de novos serviços, buscando financiamento para os mesmos. (REDE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)
11 - Habilitar Ambulatórios de Especialidade em Cardio/ Pneumologia e/ou Pós-Covid-19, em ambiente hospitalar, conforme Programa Assistir. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
12 - Ampliação da oferta de Terapia Renal Substitutiva – Hemodiálise, no âmbito da Macrosserra, com prospecção de recursos para atendimento da demanda reprimida. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
13 - Fortalecimento e qualificação da Atenção Primária através do financiamento estadual e federal para a manutenção de equipes cadastradas, adesão a novas equipes, visando ações de prevenção e promoção em saúde. (REDE ATENÇÃO PRIMÁRIA)
14 - Busca de financiamento para viabilizar as especialidades não obrigatórias na Porta de Entrada. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
15 - Qualificar a Rede Materno-Infantil, fortalecendo o pré-natal na Atenção Primária e no Alto Risco, habilitando hospitais nos vazios assistenciais para atendimento regionalizado do parto e Habilitação de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários – UCI e UTI Neonatal. (REDE MATERNO-PATERNAL- INFANTIL)
16 - Habilitação de Leitos de Cuidados Prolongados, conforme Portaria GM/MS nº 2.395/2011. (REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)
17 - Qualificação e estruturação da gestão da Assistência Farmacêutica nos municípios e Coordenação Regional e nível central, visando manter o fornecimento adequado e regularidade no fornecimento de medicamentos e insumos do componente Especializado/Especial. (REDE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA)
18 - Implementação e estruturação da Rede de Cuidado para Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DANT's, em todos os níveis. (REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS)
19 - Estruturação e fortalecimento da Vigilância em Saúde, em todas as suas bases, Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador. (REDE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE)
20 - Padronização dos contratos firmados entre municípios e prestadores da Macrosserra, conforme Portaria GM/MS nº 3.410/2013. (REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR)
21 - Ampliar e qualificar os serviços de reabilitação Física, Auditiva, Visual, Intelectual, entre outras, na Macrosserra. (REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA)
22 - Adesão e ampliação de recursos federais e estaduais para custeio do SAMU e estabelecimento de Central Regional de Regulação. (REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)
23 - Estruturação do Laboratório Regional para ampliar a oferta de análises clínicas e entomológicos municipais. (REDE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE)
24 - Definição de estratégias para fixação e qualificação dos profissionais, principalmente médicos, em municípios menores. (REDE ATENÇÃO PRIMÁRIA)
25 - Fortalecimento do NURESC e NUMESC, para qualificação contínua de profissionais da área da saúde. (REDE ATENÇÃO À EDUCAÇÃO EM SAÚDE)

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Diretriz 1: MATERNO INFANTIL

Garantia do fluxo adequado para o atendimento ao pré-natal de Risco Habitual e Alto Risco, parto e puerpério, a fim de minimizar e enfrentar a mortalidade materna, infantil e fetal.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Qualificar e fortalecer as Equipes da APS	Meta 1. Realizar capacitação anual para todas as equipes da APS da Macrorregião de Saúde Serra para o acolhimento, seguimento dos protocolos e linha de cuidado do trinômio.	% de equipes capacitadas.
Objetivo 2. Qualificar equipes e as estruturas físicas das maternidades	Meta 2. Realizar programa de educação continuada em 100% das maternidades.	% maternidades com programa de educação continuada instituída.
	Meta 3. Monitorar 100% das maternidades quanto à execução do programa de educação em Saúde, na Instituição.	% de inspeções em maternidades.
	Meta 4. Regionalizar as maternidades que tenham estrutura conforme RDC 36/2008.	Nº de maternidades com adequação de área física, para o parto humanizado.
Objetivo 3. Implantar leitos de UCI neonatal na macroserra	Meta 5. Habilitar 15 leitos de UCI neonatal em Hospitais com UTI neonatal na Macrorregião de Saúde Serra.	Nº de leitos de UCI neonatal em Hospitais com UTI neonatal habilitados.
Objetivo 4. Implantar novas maternidades nos vazios assistenciais para habilitação do serviço.	Meta 6. Habilitar 02 novas maternidades com estrutura conforme RDC 36/2008, em vazios assistenciais.	Nº de maternidades com estrutura conforme

		RDC 36/2008, em vazios assistenciais habilitadas.
Objetivo 5. Fortalecer o atendimento das gestantes no AGAR de referência e contrarreferência pactuadas.	Meta 7. Implantar o matriciamento em 100% das equipes do AGAR com as equipes das APS.	% de municípios com ações de matriciamento realizadas pelo AGAR com equipes de APS.

Diretriz 2. URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Tem a finalidade de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna, assim como a regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Garantir o atendimento integral aos usuários na urgência e emergência.	Meta 1. Ampliar a cobertura da Central Regional de Regulação médica do SAMU mediante ampliação de recursos federais para custeio do SAMU.	Nº de municípios cobertos.
	Meta 2. Habilitar 60 Leitos de Cuidados Prolongados, conforme Portaria GM/MS nº 2.395/2011.	Nº de Leitos de Cuidados Prolongados novos habilitados.
	Meta 3. Ampliar o número de leitos de 10 para 28 na Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral – AVC.	Nº de leitos novos habilitados na Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral.

Diretriz 3. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Meta 1. Ampliar a oferta de leitos hospitalares de Saúde Mental de 265 (duzentos e sessenta e cinco) para 300 (trezentos) com prioridade para leitos infanto juvenil e gestantes.	Nº de leitos hospitalares de saúde mental implantados.
	Meta 2. Habilitar no mínimo 01 (um) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) regional para cada uma das 04 Regiões de Saúde.	Nº de CAPS Regionais habilitados em cada região de saúde.
	Meta 3. Ampliar a oferta de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), passando de 19 para 27 CAPS, habilitando no mínimo 08 (oito) novos CAPS = 01 Regional; 01 Álcool e Drogas; 05 Tipo I; 01 Infantil.	Nº de CAPS implantados.
	Meta 4. Ampliar a oferta de eMAESM (Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental), passando de 02 para 15, habilitando no mínimo 13 (treze) novas equipes = 09 Tipo I; 01 Tipo II; 03 Tipo III.	Nº de eMAESM implantadas.
	Meta 5. Ampliar a oferta de SRT (Serviço Residencial Terapêutico), passando de 05 para 07, habilitando no mínimo 02 (dois) novos SRT = 01 Tipo I; 01 Tipo II.	Nº de SRT implantados.
	Meta 6. Habilitar 05 (cinco) AT (Acompanhante Terapêutico), sendo que no momento não há nenhum.	Nº de AT implantados.
	Meta 7. Ampliar a oferta de RD (Composição de Redução de Danos), passando de 2 para 6, habilitando no mínimo 04 (quatro) novos RD.	Nº de RD implantadas.
	Meta 8. Ampliar a oferta de NAAB (Núcleo de Apoio à Atenção Básica), passando de 11 para 23, habilitando no mínimo 12 (doze) novos NAAB.	Nº de NAAB implantados.
	Meta 9. Ampliar a oferta de OT (Oficina Terapêutica), passando de 31 para 58, habilitando no mínimo 27 (vinte e sete) novas OT = 13 Tipo I; 14 Tipo II.	Nº de OT implantadas.

Diretriz 4. PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Garantir o atendimento integral na Rede da Pessoa com Deficiência.	Meta 1. Habilitar no mínimo dois Centros Especializados em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual na Macrosserra.	Nº de serviços novos habilitados na área de reabilitação Física, Auditiva e Intelectual.

Diretriz 5. ATENÇÃO ÀS DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS

Estruturação dos Serviços e Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1: Garantir o acesso à Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas.	Meta 1. Implementar e estruturar a Rede de Cuidado para Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DANT's na 5ªCRS.	Rede de cuidado implantada na Macrorregião.

Diretriz 6. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E LABORATÓRIO

Acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e laboratorial aos usuários do SUS no âmbito da Macrorregião de Saúde Serra.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Qualificar e estruturar a Assistência farmacêutica na Macrosserra.	Meta 1. Elaborar a Política Municipal de Assistência Farmacêutica (PMAF) em 50% dos municípios maiores de 30.000 habitantes.	Nº de municípios que construíram a PMAF.
	Meta 2. Garantir em 100% dos municípios, um profissional farmacêutico responsável pela Assistência Farmacêutica.	% de municípios com no mínimo um farmacêutico atuando na Assistência Farmacêutica.

	Meta 3. Implementar o cuidado farmacêutico em 100% dos municípios acima de 30.000 habitantes tendo como base o Programa Farmácia Cuidar +.	% de municípios com mais de 30.000 habitantes com o cuidado farmacêutico implantado.
Objetivo 2: Ampliar a estrutura física da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) dos medicamentos especializados / especiais /estratégicos da 5ªCRS.	Meta 4. Ampliar o espaço físico da CAF da 5ª CRS.	Espaço físico da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) ampliado.
	Meta 5. Distribuir a remessa mensal aos municípios em até 14 dias após o recebimento da remessa da Divisão de Abastecimento Farmacêutico (DAF).	Nº de dias até a distribuição do medicamento/insumo farmacêutico para os municípios.
	Meta 6. Fornecer 100% dos itens do componente de Medicamentos Especiais e Especializados aos municípios.	% de itens distribuídos.
	Meta 7. Ampliar de 03 para 07 almoxarifés para a separação dos pedidos de medicamentos na 5ªCRS.	Nº de almoxarifés contratados.
	Meta 8. Inserir um nutricionista na AF da 5ªCRS.	Nº de nutricionista da AF.

Diretriz 7: ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ampliação das equipes de APS objetivando o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde como principal porta de entrada do SUS, completando-se na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Fortalecer o processo de trabalho multiprofissional e intersetorial, melhorando a resolutividade das necessidades agudas e crônicas nos diferentes ciclos vitais.	Meta 1. Ampliar em no mínimo 10% o número atual de 1.449 profissionais em Postos de Saúde/UBS, em especial, profissionais de nível superior que não componham	% de profissionais de nível superior em Postos de Saúde/UBS na

	obrigatoriamente as equipes mínimas das eSFs e eAPs.	Macrosserra através de relatório no Datasus.
	Meta 2. Ampliar em 25% a cada ano a utilização de Teleconsultas ao Telessaúde/RS como apoio diagnóstico e ajuda na tomada de decisão clínica pela APS, aumentando a resolutividade e fortalecendo os atributos da APS.	Taxa de tele consultas por 1.000 habitantes/a no da Macrosserra
Objetivo 2. Ampliar o acesso à APS.	Meta 3. Aumentar de 04 para no mínimo 12 UBSs com horário estendido, entre aquelas que se enquadram nas regras do Programa Saúde na Hora.	Nº de UBSs implantadas ao Programa Saúde na Hora.
	Meta 4. Instituir protocolos de enfermagem em 50% dos municípios que ainda não possuem, visando abordar condutas e orientações técnicas para a prática de enfermagem na APS, ampliando o acesso da população.	Nº de municípios com protocolo de enfermagem instituído.
	Meta 5. Ampliar gradativamente em, no mínimo, 28 Equipes de Saúde Bucal (eSB).	Nº de eSB implantadas na Macrosserra através de relatório do Datasus.
	Meta 6. Ampliar em 10% a cobertura de APS na Macrorregião de Saúde Serra.	% de cobertura de APS.

Diretriz 8: EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Reestruturação dos serviços, a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos, mas sobretudo de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Qualificar os	Meta 1. Capacitar 100% dos profissionais	% de

profissionais para atendimento às demandas dos usuários e do território de atuação.	anualmente.	profissionais com cursos de, no mínimo, 40 horas.
Objetivo 2. Promover educação em saúde para a população, de forma que se qualifique o autocuidado para as doenças crônicas mais prevalentes na população.	Meta 2. Realizar anualmente ações de Educação em Saúde para 100% das equipes das eSFs e eAPs.	% de eSFS que realizam atividades coletivas de Promoção e Educação em Saúde.

Diretriz 9: VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Execução das ações de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador, estabelecimento de prioridades para a alocação de recursos e orientação programática.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Incentivar e apoiar a adesão dos municípios às ações estratégicas de fiscalização pelas vigilâncias sanitárias.	Meta 1. Adesão de 10% dos municípios a pelo menos uma das ações estratégicas conforme resolução CIB 250/2007.	Nº de municípios que assumiram as ações estratégicas.
	Meta 2. Realizar no mínimo uma capacitação anual em vigilância sanitária por área prioritária, conforme cronograma pré-estabelecido.	Nº de capacitações realizadas anualmente.
	Meta 3. Implementar em 100% dos municípios no mínimo 01 fiscal sanitário efetivo.	Nº de municípios com no mínimo um fiscal sanitário efetivo.
Objetivo 2. Fortalecer o CEREST e as VISATs como as principais ferramentas de Vigilância em Saúde do Trabalhador.	Meta 4. Ampliar espaço físico ao CEREST para que o serviço possa executar de maneira completa suas atribuições (apoio às VISAT municipais, Notificação de Agravos, atendimento especializado e Vigilância Especializada em Ambientes de Trabalho).	% de espaço físico ampliado.
	Meta 5. Capacitar 100% das Vigilâncias em Saúde do Trabalhador municipais nos sistemas de notificação e investigação.	% municípios com servidores capacitados

		e com acesso ao SINAN e ao SIST.
Objetivo 3. Garantir o acesso a água potável à população.	Meta 6. Implantar tratamento em 78% das SACs e gradativamente chegar a 100%.	% de SACs tratadas.
	Meta 7. Reduzir a 2% a presença de <i>E. coli</i> nas análises de amostras de água das SACs.	% de <i>E. coli</i> nas análises de amostras de água das SACs.
Objetivo 4. Qualificação das ações de Vigilância Ambiental no combate às arboviroses.	Meta 8. Elaborar Plano de Contingência de Arbovírozes em 100% dos municípios.	% de municípios com Plano de Contingência elaborado.
	Meta 9. Implantar laboratório de entomologia em 20% dos municípios infestados, anualmente.	% de municípios com laboratório de entomologia implantado.
	Meta 10. Capacitar 100% dos municípios com agentes de endemias.	% de municípios capacitados.
Objetivo 5. Ampliação de análises realizadas no Laboratório Regional.	Meta 11. Implantar a realização de Teste Elisa IgM para dengue no Laboratório Regional.	Nº de Teste Elisa IgM para dengue realizados no Laboratório Regional.
Objetivo 6. Garantia da qualidade nas ações da Vigilância Epidemiológica.	Meta 12. Capacitar 100% dos municípios nos novos Sistemas de Informação da Vigilância Epidemiológica.	% de municípios capacitados nos Sistemas de Informação da Vigilância Epidemiológica.
	Meta 13. Realizar no mínimo uma atualização/capacitação/aperfeiçoamento anual de Sistemas de Informação já existentes.	Nº de atualizações realizadas anualmente.
Objetivo 7. Qualificação de profissionais de Sala de Vacinas	Meta 14. Realizar curso anual de formação de 86 horas para profissionais de Sala de Vacinas.	Nº de cursos de formação realizados

		para profissionais de Sala de Vacinas.
	Meta 15. Capacitar 25% dos municípios (salas de vacina).	% de municípios capacitados.
	Meta 16. Capacitar ao menos um profissional de sala de vacinas apta para aplicação de BCG.	Nº salas de vacinas com profissional capacitado para a aplicação de BCG.

Diretriz 10: ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR

Integralidade da assistência à saúde com início e fim na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores Regionais/Bipartite.

Objetivos	Metas	Indicadores
Objetivo 1. Garantir o acesso integral à Rede de Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar.	Meta 1. Habilitar ao menos um serviço novo de cada especialidade em Alta Complexidade: Traumatologia-ortopedia, Neurologia/Cirurgia Neurológica, Cirurgia Cardiovascular, Oftalmologia e Oncologia.	Nº de serviços novos habilitados.
	Meta 2. Ampliar a oferta de consultas, exames e procedimentos em Oncologia em 30% em relação ao praticado na Macrosserra no ano base de 2019 nos serviços habilitados.	% de aumento anual de consultas, exames e procedimentos em oncologia em relação ao ano anterior.
	Meta 3. Habilitar 31 novos leitos de UTI Adulto na Macrosserra, aumentando a oferta de 89 leitos para o parâmetro de 120 e pediátricos de 14 para 24 leitos.	Nº de novos leitos de UTI Adulto e Pediátricos habilitados.
	Meta 4. Revisar o Teto MAC dos 49 municípios da Macrosserra, visando ampliação de recursos.	Nº de municípios com teto

		MAC revisado.
	Meta 5. Manutenção e implementação das referências conforme CIB 50/2022 para as especialidades na Média Complexidade (Cardiologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Reumatologia, Cabeça e Pescoço, Cirurgia Vascul ar – varizes, Endocrinologia, Cirurgia torácica, Hematologia, Infectologia, Proctologia entre outras), adequando à região da serra e mais próxima ao usuário.	Nº de novos serviços de referência para as especialidades na Média Complexidade.
	Meta 6. Ampliar a habilitação, financiamento e oferta regular de exames de Média e Alta Complexidade que apresentam vazio assistencial ou demanda reprimida importante dentro das Linhas de Cuidado, em 30% acima dos níveis praticados em 2019 no âmbito da Macrosserra (Endoscopia, Colonoscopia, Broncoscopia, Espirometria, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Retossigmoidoscopia, CPRE – Colangiopancreatografia Retrógrada e Ecocardiografia, EcoDoppler outros).	% de exames de Média e Alta Complexidade ofertados.
	Meta 7. Estabelecer na Macrosserra ao menos duas referências para Cirurgia Geral pediátrica de Média e Altas Complexidades, eletivo e de urgência, contemplando consultas e exames.	Nº de referências habilitadas em atendimento pediátrico.
	Meta 8. Habilitar no mínimo um Serviço de Urgência e Emergência dentro da Macrosserra nas especialidades de Oftalmologia, Urologia e Bucomaxilofacial.	Nº de novos serviços habilitados.
	Meta 9. Habilitar no mínimo um Ambulatório de Especialidade em Pneumologia, em ambiente hospitalar, conforme Programa Assistir.	Nº de novos serviços habilitados.
	Meta 10. Ampliar anualmente em 10% a oferta de vagas em Terapia Renal Substitutiva – Hemodiálise, partindo do número atual de 433 vagas.	% de vagas novas ofertadas.
	Meta 11. Padronizar os contratos firmados entre municípios e os 22 prestadores hospitalares da Macrosserra, conforme Portaria GM/MS nº 3.410/2013.	Nº de contratos padronizados.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração que, o planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS, expressando as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica.

Sendo assim, a tarefa de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho.

O caráter integrado das atividades de planejamento no SUS valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo o processo deve ser conduzido de maneira ascendente, desde os Municípios até a União.

Partindo destes princípios, o maior desafio dos gestores municipais e estaduais é cumprir com a agenda deste macroprocesso e executá-la de forma integrada aos demais entes federados que compõem a região ou macrorregião de saúde.

Portanto, apesar do atraso no desenvolvimento do processo de Planejamento Regional Integrado por esta macrorregião, incluindo o tempo reduzido em relação as outras macrorregiões, mesmo assim o aproveitamento na elaboração e produção deste documento foi de grande valia para os profissionais envolvidos ativamente no mesmo.

Sugere-se que a partir deste aprendizado, os servidores públicos das regionais de saúde, tenham mais acesso aos processos de Educação Permanente e Continuada, a fim de aperfeiçoar os conhecimentos técnico-científicos necessários para o desenvolvimento de projetos, planos, documentos, enfim, tudo o que se faz necessário para que o Planejamento Regional Integrado seja construído e colocado em prática de acordo com os princípios do SUS.

Sobre a participação dos gestores municipais na análise e construção deste documento, é importante salientar que, quando convocados, sempre estiveram disponíveis para realizar as discussões propostas.

Ainda, quanto ao dimensionamento de pessoal na 5ª CRS, apesar da implantação da Regulação Regional, não houve incremento importante no número de servidores.

Concluindo, o Planejamento Regional Integrado, veio para fortalecer as relações nas diversas instâncias de gestão e governança, oportunizando a identificação da necessidade de rever as estruturas de gestão e patrimônio intelectual das regionais.

11. REFERÊNCIAS

RIO GRANDE DO SUL (RS). Secretaria da Saúde. **Painel BI**. Disponível em <<https://bi.saude.rs.gov.br/qlikview/FormLogin.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

RIO GRANDE DO SUL (RS). Secretaria da Saúde. **Sistema AME – Administração de Medicamentos Especiais**. Disponível em <<https://secweb.procergs.com.br/ame/ame/Interface/Html/Logon.jsp>>. Acesso em: 3 mar. 2022.

Resolução CIB 30 de 2004.
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170243/23104332-1340912627-cibr030-04.pdf>. Acesso em 05/10/2022.

Resolução CIB 250 de 2007.
<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201903/29081545-cib-rs-250-2007.pdf>. Acesso em 05/10/2022.

12. IMAGENS DA MACROSSERA





**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
5ª COORDENADORIA REGIONAL DA SAÚDE**

ATA Nº 10/2022 – CIR CONJUNTA MACRO-SERRA (08/12/2022)

Aos oito dias do mês de dezembro de 2022, às 9h40min, no Centro Municipal de Saúde de Gramado, reuniram-se os membros da CIR Conjunta da Macro-Serra em encontro ordinário para tratar da pauta seguinte: **inclusão de pauta:**

Habilitação UTI: gestora de Caxias do Sul informa a conclusão do processo de habilitação de 10 novos leitos de UTI no Hospital Geral, a serem instalados no prédio anexo em obras na fase final, bem como habilitação de novos leitos no Hospital Virvi Ramos, que atende somente municípios de Caxias do Sul, mas que agora liberará leitos nos hospitais de referência para os demais municípios.

Regulação SAMU: gestora de Caxias do Sul lembra os gestores que a regulação da Central de Regulação do município foi habilitada para o mínimo de 700 mil habitantes, sendo que propõe ampliar gradativamente a cobertura da Central, iniciando pelos municípios de Farroupilha, Flores da Cunha, Bom Jesus, São Marcos, em 2023 e, em 2024, para os municípios de Canela, Gramado e Nova Petrópolis, ou após a implantação dos municípios iniciais, se tudo ocorrer a contento. Equipe técnica da 5ª CRS informa que a inclusão do município de Bom Jesus significa que a Região de Saúde 24 inteira estaria incluída e que a absorção de Nova Petrópolis, Canela e Gramado significa a Região de Saúde 23 inteira. Gestor de Carlos Barbosa questiona o critério de escolha dos municípios citados. Gestora de Caxias do Sul informa que o critério inicial foi o limite geográfico com o município sede da Central de Regulação, informando ainda que será necessário ampliar a equipe e espaço físico para o seguimento das atividades da Central, o que já está previsto no plano de governo do município de Caxias do Sul. Gestor de Gramado informa que foi realizada simulação de acidente no município e solicita intervenção na Central do Estado, para sensibilizar e flexibilizar a regulação dos municípios de Gramado e Canela, sugerindo a união dos serviços de ambulância do SAMU e Bombeiros Voluntários, ressaltando que a credibilidade do serviço do SAMU seguirá declinando, se não houver reformulação do serviço. Gestora de Caxias do Sul informa que a Central do município já regula o SAMU e os Bombeiros Voluntários, sendo que em alguns municípios as ambulâncias dos seus entes ficam na mesma central. Equipe técnica da 5ª CRS lembra o processo histórico da habilitação da Central de Regulação de Caxias do Sul, sendo esta qualificada para atender de 700 mil a 1,5 milhão de habitantes, ressaltando que há necessidade de definir cronograma para atender a totalidade da população

da Macro-Serra, considerando que a Resolução CIB nº 473/2010 já define desta forma. Gestora de Monte Belo do Sul questiona se é possível considerar a adição dos municípios menores antes. Equipe técnica da SMS de Gramado, por sua vez, solicita a consideração de incluir o município na primeira leva de inclusões à regulação. Equipe técnica da 5ª CRS lembra que, anteriormente, não houve entendimento entre as Administrações dos municípios de Flores da Cunha e Nova Pádua, para aumentar a cobertura da Macro-Serra com a Central de Flores da Cunha e as posições podem se revisadas. Gestor de Nova Petrópolis sugere presença de equipe do nível central para discutir essa questão, considerando que a realidade é mais complexa que as demandas oficiais, pois o atendimento dos Bombeiros Voluntários é mais ágil e faz parecer que as bases do SAMU são inoperantes. Gestores presentes manifestam acordo com o cronograma apresentado. **Inclusão de pauta: oncologia:** Delegada da 5ª CRS informa reunião com o nível central onde foi definido ações de contingência para a falta de equipe de cirurgia oncológica no Hospital Geral. Devido ao número de casos de cânceres de pele, indica-se a utilização do TeleSaúde – DermatoNet, bem como o Ambulatório de Especialidade recentemente habilitado no município de Paraí. Cogitou-se a transferência temporária de teto MAC para outra habilitação, notadamente Bento Gonçalves. Gestora do município de Caxias informa que oficiou, novamente, o Hospital Geral sobre a reposição da equipe de cirurgia oncológica, ainda aguardando retorno. **Inclusão de pauta: Hemodiálise:** Delegada da 5ª CRS informa a necessidade de levantamento da demanda reprimida para diálise nos municípios, solicitando aos gestores a resposta de email enviado, pois o Hospital Geral está ofertando o 3º turno para a saúde suplementar e entende-se que não há capacidade excedente para tal. **Planejamento Regional Integrado – PRI:** equipe técnica da 5ª CRS projeta a versão final do Plano Macrorregional de Saúde da Macro-Serra, fazendo breve histórico do processo e os próximos passos, informando que o Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção a Saúde – CEGRAS será formalizado no próximo ano, a partir da publicação de Resolução CIB. A ciência é, então, dada aos gestores nesta CIR, sendo que o documento foi encaminhado aos gestores, para avaliação. **GERCON – Fluxos:** equipe técnica da 5ª CRS informa que o sistema não foi implantado no município de Caxias do Sul, em gestão plena, sendo que os encaminhamentos a esta referência devem ser cadastrados no sistema próprio do município, com emissão da Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento – DITA, com a devida descrição dos casos, para geração de novo cadastro no sistema de Caxias. Equipe técnica da 5ª CRS reforça que as DITAS precisam estar preenchidas com todas as informações pertinentes, pois sem as mesmas não é possível fazer a regulação dos pacientes, solicitando que os gestores orientem os prestadores sobre esta importância. Gestora de Flores da Cunha levanta a questão do transporte para referências distantes, notadamente à Dermatologia em Paraí, pois não é possível organizar grupos de pacientes, o que torna inviável financeiramente as

viagens individuais. Equipe técnica da 5ª CRS informa que alguns casos sendo encaminhados a Parai poderiam ser resolvidos dentro da Atenção Primária, solicitando aos gestores triagem dos pacientes e orientação aos médicos no sentido de preencher os encaminhamentos com informações pertinentes e completas. Equipe técnica da 5ª CRS solicita ainda cadastrar a Traumatologia dentro das subespecialidades, em vez da genérica "ortopedia adulto", para agilizar a regulação, informando que as especialidades sem referência serão pendenciadas, sendo que as definições da Resolução CIB nº 050/2022 e atualizações foram definidas pelo nível central com base na produção apresentada pelos prestadores hospitalares. Gestora de Gramado exemplifica que as produções utilizadas são de casos isolados e acabaram por definir referência para toda a especialidade. Equipe técnica da 5ª CRS ressalta que será necessário definir referências dentro da Macro-Serra. A especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço conta com profissional em Vacaria, sendo raro de encontrar, ao que se sugere fazer uma compensação com outras especialidades para Vacaria, considerando que a especialidade não mais será acessada em Porto Alegre. Os quantitativos serão definidos a partir do aceite dos gestores. Equipe técnica da 5ª CRS solicita o encaminhamento da demanda dos municípios para a especialidade. Equipe da 5ª CRS relata ainda a baixa oferta de consultas para cirurgias ginecológicas, com cadastros sendo direcionados a cirurgia geral, que tem uma fila de espera muito grande. **CIB 050/2022 – atualizações:** equipe técnica lembra que o Departamento de Regulação Estadual – DRE se guia pela Resolução CIB nº 050/2022, sendo que o que consta nesta Deliberação não repercute exatamente a realidade da Macro-Serra, sendo solicitado ao nível central seguir as definições da CIR 010/2022, elaborada após ampla discussão no âmbito da Macro-Serra equipe técnica da 5ª CRS aponta o esgotamento das possibilidades técnicas de negociação para com o nível central, sendo necessário envolvimento de outras entidades, como o COSEMS ou a tentativa de reunião com a Secretária de Estado da Saúde, com a possibilidade de elaboração de documento desta Macro-Serra solicitando o seguimento das definições da Deliberação supracitada. Delegada da 5ª CRS sugere que na próxima reunião do COSEMS seja solicitado para a entidade fazer o movimento neste sentido. Será elaborada moção para que o nível central siga o determinado na Deliberação CIR 010/2022 da Macro-Serra, sendo que o assunto será da mesma forma abordado na reunião com o COSEMS. Gestora de Garibaldi ressalta que as referências definidas na Resolução CIB nº 050/2022 trata de atendimentos eletivos, sendo que seguem as tentativas de encaminhamento de atendimentos de urgência. A moção será elaborada pela 5ª CRS e assinada pelos quatro vice-presidentes. **Qualificação de Leitos de UTI – Hospital São Pedro:** gestora de Garibaldi comunica a solicitação de qualificação de 80% dos 6 leitos de UTI habilitados no Hospital São Pedro. Equipe informa que será necessário alterar o Plano de Ação Regional – PAR e aguardar a finalização dos trâmites de habilitação como UTI Adulto Tipo II. Deliberação aprovada por consenso.



Traumatologia Congênita – referência em Canoas: equipe técnica esclarece que o município de Canoas tem a Gestão Plena da saúde e é necessário cadastro no sistema próprio do município para os encaminhamentos, não bastando envio de e-mails à 5ª CRS ou cadastro no GERCON. Nos últimos meses, identificou-se diminuição drástica na oferta de consultas por parte do Hospital Universitário – HU para a Macro-Serra, sendo que estão sendo elaboradas ações junto à 1ª CRS para elucidar a questão junto ao HU. O e-mail para a solicitação de login ao sistema próprio de Canos é marcacoesmunicipios@gmail.com. Para solicitar consultas de retorno, o e-mail é agendamentosnir@hucanoas.com.

Inclusão de pauta: Litotripsia: equipe técnica da 5ª CRS informa que o prestador de Erechim definiu que não atenderá o procedimento até ter o Ambulatório de Especialidade habilitado, nos termos do Programa Assistir, sendo que o município de referência definido na Resolução CIB nº 050/2022 é Porto Alegre.

Programa Assistir – Ambulatórios de Especialidade: equipe técnica da 5ª CRS levanta a necessidade de padronização no funcionamento dos Ambulatórios de Especialidades, sugerindo que, com o incentivo financeiro estadual, sejam garantidas as consultas e exames, sendo cofinanciados apenas os procedimentos cirúrgicos, pois, no âmbito da Macro-Serra, os Ambulatórios estão funcionando com lógicas diferentes, dependendo de cada município e prestador. Equipe técnica da 5ª CRS ressalta que alguns prestadores têm o entendimento de que o incentivo seja para cobrir serviços já executados e não para incremento de serviço.

Retaguarda Média Complexidade Traumatologia – Regiões 25 e 26: equipe técnica da 5ª CRS dá a ciência que foi definido pelas Regiões de Saúde envolvidas separar a Deliberação aprovada anteriormente, que definia retaguarda da Média Complexidade em Traumatologia em Farroupilha e o repasse do recurso remanescente no FMS de Bento, que soma cerca de 1,5 milhão de reais. Gestora de Bento Gonçalves informa atendimento de quatro pacientes remanescentes, quando foi utilizado parte do recurso. Os valores foram divididos para os municípios da Região 25 por critério *per capita* e serão acessados conforme tabela de valores estabelecida pelo Hospital São Carlos de Farroupilha. Equipe técnica da 5ª CRS ressalta que a definição para referência no Hospital São Carlos ocorreu após comparação das tabelas de Veranópolis, Garibaldi e Farroupilha e que, após, houve aumento posterior pelo prestador de Farroupilha, o que demandará nova avaliação dos gestores.

Inclusão de pauta: Equipe Saúde Bucal: gestor de Nova Petrópolis solicita revisão da habilitação de equipe de Saúde Bucal, explicando que esta havia sido habilitada mas posteriormente desabilitada pelo Ministério da Saúde. Deliberação aprovada por consenso.

Assuntos Gerais: Delegada da 5ª CRS solicita aos gestores se entendem pertinente a realização de novas reuniões de CIR apenas em março de 2023, pois não é inda sabido se haverá trocas na Secretaria Estadual de Saúde e Coordenadores Regionais. Gestores presentes entendem que, se não houver trocas importantes, a reunião da CIR conjunta seja realizada ainda em fevereiro. Neste caso, fica



definido que esta ocorrerá no dia 16/02, no município de Nova Pádua. **Rede Bem Cuidar – Fechamento 2º Ciclo:** equipe técnica da 5ª CRS informa que as equipes precisam preencher a autoavaliação até o final do mês, sendo que no dia 09/12 ocorrerá orientação online sobre o sisRBC, sistema onde deverão constar os comprovantes das ações obrigatórias previstas. **Sistema Testes Rápidos (Sífilis, HIV, Hepatites) - fechamento mensal:** equipe técnica da 5ª CRS Informar aos gestores a necessidade de realizar o fechamento mensal no SisLogLab, sistema de testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites), sendo que alguns municípios não estão respeitando a data para inserção, 1º dia útil do mês e outros estão há alguns meses sem digitar. Sem mais a constar, a reunião é encerrada às 12h20min e eu, Thiago Kuse, lavro esta ata que segue acompanhada da lista de presença.





Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria de Estado da Saúde
3ª e 7ª Coordenadorias Regionais de Saúde

Macrorregião Sul

Plano Macrorregional de Saúde



Fotos: Dóris Marcos Schuch e Lucia Vieira

30 de novembro de 2022

Redação/Organização:

Maria Carolina da Costa Pinheiro e Mauro Kloppenburg Martin - GT PMA- 3ª e 7ª CRS/SES/RS

Apoio:

Janise Fagundes - Cosems/RS/Sul; Renata Varela - AGEPLAN/SES/RS; Cristiane Moraes e Priscila Farfan - Apoio Institucional do PRI; Jaqueline Siqueira e Jairo Luiz Silveira Filho - Seção de Apoio Institucional e Articulação Interfederativa/MS; Catarina Vidal, Edson Chaves do Amaral, Lucas da Silva Dellalibera e Gabriel Ribeiro - Acadêmicos de Enfermagem - FEN/UFPeL.

Elaboração:

Grupos de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação – GT PMA (3ª e 7ª CRS)

Grupos de Trabalho Planejamento Regional Integrado

GT PRI R21	GT PRI R22	GT PRI MACRO
<p>3ª CRS/SES/RS: Cíntia Osório — Coordenação Regional de Saúde Maria Carolina Pinheiro - Planejamento/Ações em Saúde Arion Nunes - Planejamento Miguel Piedras – Planejamento Susana Vieira — Planejamento Karen Prestes - Ações em Saúde Inês Soria Marques: Ações em saúde Camila Mulazzani - Ações em Saúde Mara Fredes – Nuresc/Ações em Saúde Marcia Nunes Andrade - Vigilância em Saúde Luan Hernandez Bork - Vigilância em Saúde Ary Gustavo V. Real - Vigilância em Saúde Luan Hernandez Bork - Vigilância em Saúde Vivian Antunes Beneri Freitas: Assessoria Jurídica</p> <p>Cosems/RS/Região Sul: Pedras Altas: Celso Caetano Arroio Grande: João Carlos Caldeira/Bibiana da Silva Lisboa; São José do Norte: Lucas Oliveira Pentead; Rio Grande: Zelionara Pereira Branco; Morro Redondo: Sílvia Augusto Wahast Islabão; Canguçu: Eliezer Timm Jaguarão: Gilcelii Soares Machado.</p> <p>Secretarias Municipais de Saúde: Amaral Ferrador: Salathiele Borges; Arroio do Padre: Marjuris Otto; Arroio Grande: Jaqueline Viviam Canguçu: Andréia Beletti; Capão do Leão: Adrine Maciel Rosa da Costa; Cerrito: Clediane da Rosa; Chui: Ricardo Ernesto Pose; Cristal: Susana Krolow; Herval: Luana Garcia Braga Jaguarão: Sabrina Vaz; Morro Redondo: Fabiana Ferraz Pedras Altas: Tamiris da Silva Hessel Pedro Osório: Crithian Lucas Pelotas: Caroline Hoffmann/Roberta Paganini; Pinheiro Machado: Carolina Aquino Alves Faria; Piratini Daniela Peligrinoti Vaz Rio Grande: Dioneli Reis e Paula Neves; Santa Vitória do Palmar: Débora Nogueira/ Tanise Grill Santana da Boa Vista: Sílvia da Silva Carvalho; São José do Norte: Bruna Abbud da Silva São Lourenço do Sul: Ane Beatriz Scholl; Turuçu: Jennifer Pollnow.</p>	<p>7ª CRS/SES/RS: Eliana Antônia Valente Silveira — Coordenação Regional de Saúde Carlos Magno Henquer Cesarino - Coordenação Regional de Saúde Mauro Kloppenburg Martin - DAPPS Fernanda Alves Machado - DAPPS Livia Faria Barbeiro Rolim - DAPPS/Vigilância em Saúde Milena Moreira Ferreira - DAPPS/Planejamento Evelyn de Sousa Araújo - DAPPS Andreza Nunes - DAPPS Lúcia Azambuja Saraiva Vieira - Planejamento Cecília Angélica Fritsch - Planejamento Laura Prestes - Planejamento Lorraine da Rosa Machado - DAPPS/Planejamento Marisa Flores de Quadros - DAPPS/Vigilância Eloísa Azambuja Simão - Educação Permanente Cândida Regina de Oliveira Britto - Vigilância em Saúde Lisiane Cassol Raguzzoni Sousa - Vigilância em Saúde Flávia Marzola da Silveira - Vigilância em Saúde Tanise Freitas Bianchi - Farmácia</p> <p>Cosems/RS/Região Pampa: Aceguá: Maurício Larrascaim Porto Bagé: Michelon Garcia Apoitia Candiota: Fabrício Moraes Dom Pedrito: Lillian de Loreto Camponogara Hulha Negra: Volney Coelho Jorge Lavras do Sul: Cacildo Freitas Delabary Apoiadora COSEMS: Janise Fagundes</p> <p>Secretarias Municipais de Saúde: Aceguá: Diego Codevilla Teixeira Aceguá: Carla Dias Dutra Bagé: Liliane Gasparini Bagé: Geraldo Leal Gomes Candiota: Camila de Leon Severo Candiota: Ariadne Meira da Costa Candiota: Alice Bittencourt Dom Pedrito: Maria Salete Schardong Hulha Negra: Carla Lugo Hulha Negra: Josiane Roso Lavras do Sul: Luiz Antônio Lencina Machado</p>	<p>3ª CRS/SES/RS: Cíntia Osório — Coordenadora Regional de Saúde Maria Carolina Pinheiro - Planejamento/Ações em Saúde Arion Nunes - Planejamento Miguel Piedras – Planejamento Susana Vieira – Planejamento Inês Soria – Ações em Saúde Mara Fredes – Nuresc/Ações em Saúde Luan Hernandez Bork - Vigilância em Saúde Ary Gustavo V. Real - Vigilância em Saúde Vivian Antunes Beneri Freitas: Assessoria Jurídica</p> <p>Cosems/RS/Região Sul: Canguçu: Eliezer Timm</p> <p>Secretarias Municipais de saúde: Morro Redondo: Fabiana Ferraz Pelotas: Caroline Hoffmann Pinheiro Machado: Carolina Aquino Alves Faria; Rio Grande: Dioneli Reis Santa Vitória do Palmar: Débora Nogueira/Tanise Grill Santana da Boa Vista: Sílvia da Silva Carvalho São Lourenço do Sul: Ane Beatriz Scholl Aceguá: Diego Codevilla Teixeira Bagé: Liliane Gasparini Candiota: Camila de Leon Severo Dom Pedrito: Maria Salete Schardong Hulha Negra: Carlo Lugo Lavras do Sul: Luiz Antônio Lencina Machado</p> <p>Conselho Municipal de saúde: Fabiane Silva – São Lourenço do Sul César Lima – Pelotas Luciane Varela Gomes - Bagé</p> <p>7ª CRS/SES/RS: Eliana Antônia Valente Silveira — Coordenação Regional de Saúde Carlos Magno Henquer Cesarino - Coordenação Regional de Saúde Mauro Kloppenburg Martin - DAPPS Fernanda Alves Machado - DAPPS Livia Faria Barbeiro Rolim - DAPPS/Vigilância em Saúde Milena Moreira Ferreira - DAPPS/Planejamento Lúcia Azambuja Saraiva Vieira - Planejamento Marisa Flores de Quadros - DAPPS/Vigilância</p> <p>Cosems/RS/Região Pampa: Aceguá: Maurício Larrascaim Porto Candiota: Fabrício Moraes Hulha Negra: Volney Coelho Jorge Lavras do Sul: Cacildo Freitas Delabary Apoiadora COSEMS: Janise Fagundes</p>

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Figura 02: Macrorregião Sul.

Figura 03: Pirâmide etária por faixa etária e sexo.

Figura 04: Proporção de Idosos na população.

Figura 05: Modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead.

Figura 06: Renda média domiciliar per capita das macrorregiões de saúde do Rio Grande do Sul, 2010.

Figura 07: Percentual de pessoas com baixa renda (até $\frac{1}{2}$ salário-mínimo) nas macrorregiões de saúde do Rio Grande do Sul, 2010.

Figura 08: Taxa de desemprego em maiores de 16 anos nas macrorregiões de saúde do Rio Grande do Sul, 2010.

Figura 09: Taxa de analfabetismo.

Figura 10: Taxa de analfabetismo por sexo e situação.

Figura 11: Proporção de Municípios por Região de Saúde que se encontram em situação crítica na classificação de Município de Risco do IIMR, em 2017.

Figura 12: Taxa de notificações no Rio Grande do Sul em 2017.

Figura 13: Coeficiente Geral de Natalidade.

Figura 14: Proporção de Parto Normal e Cesárea.

Figura 15: 5 Principais causas de internações pelo SUS por faixa etária e capítulo do CID.

Figura 16: 5 Principais causas de mortalidade por faixa etária e capítulo do CID.

Figura 17: 5 Principais causas de mortalidade por faixa etária, sexo, e capítulo do CID.

Figura 18: Taxas de Internações e de Mortalidade por Diabetes.

Figura 19: Taxas de Internações e de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares.

Figura 20: Taxas de Internações e de Mortalidade por Doenças Respiratórias Crônicas.

Figura 21: Taxas de Internações e de Mortalidade por Neoplasias (sexo masculino).

Figura 22: Taxas de Internações e de Mortalidade por Neoplasias (sexo feminino).

Figura 23: Taxas de notificação por tipo de violência e de mortalidade por causas externas.

Figura 24: Taxas de internação e mortalidade por Suicídio.

Figura 25: Taxas de Mortalidade Infantil, neonatal precoce e neonatal tardia.

Figura 26: Taxas de Mortalidade Materna.

Figura 27: Proporção de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica.

Figura 28: Número de casos novos de HIV e taxa de óbitos por Aids.

Figura 29: Taxa de casos novos de Sífilis.

Figura 30: Taxa de casos novos de Tuberculose.

Figura 31: Coeficiente de incidência de Hepatite Viral A, B e C.

Figura 32: Cobertura APS, por município, R21, agosto de 2022.

Figura 33: Cobertura APS, por município, R 22, agosto de 2022.

Figura 34: Receita de Impostos Líquida e Transferências Constitucionais e Legais (RLIT) per capita e Despesas com recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde per capita, RS, 2020.

Figura 35: Total de despesas em saúde per capita, por regiões, RS, 2020.

Figura 36: Transferência de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde per capita, RS, 2015-2020.

Figura 37: Transferência de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde por subfunção orçamentária per capita, RS, 2020.

Figura 38: Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, RS, 2015-2020.

Figura 39: Repasses FNS bloco manutenção, por grupo, Regiões 21 e 22, setembro de 2022.

Figura 40: Repasses FNS bloco estrutura, por grupo, Regiões 21 e 22, setembro de 2022.

Figura 41: Transferências de recursos federais 2022, R21 e R22/município.

Figura 42: Ações do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO), 2022.

Figura 43: Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO).

Figura 44: Valores estaduais totais pagos, por município, por região, setembro de 2022.

Figura 45: Projetos e Ações com Cofinanciamento SES/RS, setembro de 2022.

Figura 46: Programa Assistir.

Figura 47: Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde.

Figura 48: Situação APS, por município, R21, AGOSTO DE 2022.

Figura 49: Referências da Atenção Especializada - Painel Power BI/MS.

Figura 50: Referências da Atenção Especializada - Painel DGTI/SES/RS.

Figuras 51, 52 e 52. Situação do Instrumentos de gestão da Macrorregião Sul, outubro de 2022.

Lista de Tabelas

Tabela 01: População “SUS-Dependente” Macrorregião Sul, RS, setembro de 2022.

Tabela 02: Número e percentual de partos em mães adolescentes (< 20 anos).

Tabela 03: Número de Estabelecimentos, por Região de Saúde, agosto de 2022.

Tabela 04 - Número de Médicos, por Região de Saúde, agosto de 2022.

Tabela 05 - Odontologia, por Região de Saúde, agosto de 2022.

Tabela 06 - Serviços Diagnósticos, por Região de Saúde, agosto de 2022.

Tabela 07 - Serviços Atenção Especializada, por Região de Saúde, agosto de 2022.

Tabela 08 - Número de Leitos, por Região de Saúde, agosto de 2022.

Tabela 09: Recursos de Emendas parlamentares.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01- Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região R21 – Atenção Básica.

Quadro 02 - Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 21 – Redes Temáticas.

Quadro 03 - Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 21 - MAC.

Quadro 04 - Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 21 - VS.

Quadro 05 - Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 21 - Financiamento.

Quadro 06 - Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 22 - Pampa.

Quadro 07 - Número de Médicos SUS, por Região de Saúde, agosto de 2022.

Quadro 08: Diretriz 1: Fortalecimento da atenção primária como ordenadora do cuidado e atenção integral em diferentes ciclos de vida.

Quadro 09: Diretriz 2: Redução e prevenção de riscos e agravos à saúde da população, por meio de ações de vigilância, promoção e proteção da saúde.

Quadro 10: Diretriz 3: Garantia de acesso com qualidade a rede de atenção Secundária e Terciária.

Quadro 11: Ações.

Quadro 12: municípios com gestão de recurso federal, grupo de atenção especializada, aderidos ao pacto, gestão plena do sistema municipal e outros. CRS, conforme Decreto 55.606/2020 e Regiões de Saúde conforme as Resoluções 555/2012, 499/2014 CIB/RS e 119/21 CIB/RS, atualizados até competência setembro de 2022.

Quadro 13: Referências em IST/AIDS.

Quadro 14: Pontos de Atenção da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência.

Quadro 15: Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas.

Quadro 16: Pontos de Atenção da Rede de Atenção às Urgências.

Quadro 17: Transporte para transferência entre serviços de urgência ou de serviços de urgência para internação.

Quadro 18: Rede de Atenção Psicossocial.

Quadro 19: Rede Materno Infantil.

Quadro 20: Número de médicos necessários X número de médicos existentes.

Quadro 21: Indicadores Pactuação Estadual 2022-2023-Região 21.

Quadro 22: Indicadores Pactuação Estadual 2022-2023-Região 22.

LISTA DE SIGLAS

- CIB** Comissão Intergestores Bipartite
- CIR** Comissão Intergestores Regional
- CIT** Comissão Intergestores Tripartite
- CNS** Conselho Nacional de Saúde
- COAP** Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
- COFINS** Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
- CONASEMS** Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CONASS** Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
- CRS** Coordenadoria Regional de Saúde
- DATASUS** Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DOMI** Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
- DSEI** Distrito Sanitário Especial Indígena
- FPE** Fundo de Participação dos Estados
- FPM** Fundo de Participação dos Municípios
- FNS** Fundo Nacional de Saúde
- ICMS** Imposto Sobre a Circulação de Mercadorias
- IDSUS** Índice de Desempenho do SUS
- IE** Imposto Sobre Exportação
- II** Imposto Sobre Importação
- IOF** Imposto Sobre Operações Financeiras
- IPI** Imposto sobre Produtos Industrializados
- IPTU** Imposto sobre Propriedade Territorial Urbana
- IPVA** Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores
- IR** Imposto de Renda
- IRRF** Imposto de Renda Retido na Fonte
- ISS** Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
- ITBI** Imposto sobre Transmissão de Bens “Inter Vivos”
- ITCD** Imposto sobre Transmissão “causa mortis” e Doação
- ITR** Imposto Sobre a Propriedade Territorial Rural

LC Lei Complementar

LDO Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA Lei Orçamentária Anual

MS Ministério da Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

PAS Programação Anual de Saúde

PASEP Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PES Planejamento Estratégico Situacional

PGASS Programação Geral das Ações e Serviços
de Saúde

PIB Produto Interno Bruto

PPA Plano Plurianual

RCL Receita Corrente Líquida

RDQA Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

RG Relatório de Gestão

RREO Relatório Resumido de Execução Orçamentária

SARGSUS Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão

SES Secretaria de Estado de Saúde

SIOPS Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SSPDOMI Sispacto Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

SUMÁRIO

I – ESPAÇO REGIONAL AMPLIADO	16
1.1 Organização do Território Macrorregional	16
II - ANÁLISE SITUACIONAL	18
2.1 Necessidades de saúde da população	18
2.1.1 Panorama demográfico	18
2.1.2 Determinantes e Condicionantes do processo saúde-doença	19
2.1.3 Perfil Epidemiológico	26
2.2 Necessidades de Saúde da Região Sul e da Região Pampa	42
2.3 Capacidade Instalada	75
III- DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	85
IV – RESPONSABILIDADE DOS ENTES FEDERADOS	102
4.1 Instâncias de Pactuação Intergestores	102
4.2 Participação Social e Auditoria e Ouvidoria	102
4.3 Vigilância em Saúde	103
4.3.1 Vigilância Epidemiológica	103
4.3.1.1 Núcleos Hospitalares de Epidemiologia	104
4.3.1.1.1 Rede Sentinela da Gripe	104
4.3.2 Vigilância Ambiental em Saúde	104
Vigilância Ambiental em Saúde de Escorpiões de Interesse em Saúde Pública	106
4.3.3 Vigilância Sanitária	108
4.3.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador	110
4.4 Assistência Farmacêutica	110
4.4.1 Assistência Farmacêutica na Atenção Primária	110
4.4.2 Assistência Farmacêutica na Rede Materno-Infantil	112
4.4.3 Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção Psicossocial	113
4.4.4 Assistência Farmacêutica na Rede de Urgência e Emergência	113
4.4.5 Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção às Doenças Crônicas	114
4.4.6 Assistência Farmacêutica nos Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários	115
4.5 Educação Permanente em Saúde	116
4.6 Financiamento	118
V – ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DAS RAS	133
5.1 Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde	134
5.2 Redes Temáticas de Atenção à Saúde	138
VI – PGASS	161
6.1 Regionalização da Média e Alta Complexidade	161

6.2 Regulação em Saúde	12
197	
VII – VAZIOS ASSISTENCIAIS	200
IV- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	201
REFERÊNCIAS	207

APRESENTAÇÃO

O processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) no Estado do Rio Grande do Sul, conforme a Resolução nº 37, de 22 de março de 2018, tem sido instituído e coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde em articulação com os municípios e a União, a partir da configuração das regiões e macrorregiões de saúde, definidas na Comissão Intergestora Bipartite, CIB/RS nº 55/2012. Sendo, de extrema relevância, o papel das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRSs) na execução desse processo, com a devida apropriação das necessidades destes espaços territoriais, em função das suas atividades de coordenação locorregional, em articulação e consonância com o nível central da SES/RS.

Fortalecer e consolidar o Sistema Único de Saúde é ainda um importante desafio da gestão em saúde, que necessita entre outras demandas, a estruturação de uma rede de atenção à saúde resolutiva e de qualidade, pautada pelos princípios doutrinários de universalidade, integralidade, equidade, participação comunitária e pelo princípio organizativo de regionalização, com o qual pretende-se avançar no processo de planejamento regional integrado, baseado nos instrumentos e no planejamento ascendente do SUS.

A construção e elaboração deste Plano macrorregional contou com a participação de diversos atores que atuam no cenário da gestão regional, envolvendo diretamente os trabalhadores da 3ª e 7ª Coordenadorias Regionais de Saúde, representantes dos gestores, trabalhadores e conselhos de saúde dos municípios das Regiões 21 e 22, além do Cosems-RS/Sul e da Seção de Apoio Institucional e Articulação Interfederativa do Ministério da Saúde(MS).

As ações do Planejamento Regional Integrado iniciaram no final de setembro de 2018, com reuniões sistemáticas e oficinas de construções coletivas de ambas as regiões de saúde. Em 2019 foram construídos os Diagnósticos de Regiões de Saúde 21 e 22, incluindo análise situacional e identificação de necessidades de saúde. De 2020 a 2021 a continuidade das ações foi dificultada em função da Pandemia da Covid 19, mas mantiveram-se as reuniões de Grupos de Trabalho (GT), dedicados ao processo de regionalização da média e

alta complexidade e demais demandas de planejamento regional.

A partir de janeiro de 2022, foi retomado o trabalho de construção do plano macrorregional com a recomposição dos GTs regionais e macrorregionais, que se mantêm atuantes e conscientes, de que se trata de um processo contínuo e permanente do trabalho da gestão regional, que não se esgota neste Plano macrorregional.

Durante a realização dos primeiros encontros com os GTs PRI das Regiões de Saúde 21 e 22, foi estabelecido um cronograma de atividades de fortalecimento do processo de Planejamento Regional Integrado, e de atividades de composição do Grupo de Trabalho Planejamento Macrorregional Integrado da Macro Sul (GT PRI MACRO) e de Oficinas de Alinhamento Conceitual, com definição de Necessidades de Saúde Regionais e Macrorregionais, que se realizaram em março/22 em Pelotas e maio/22 em Candiota. Deste então, sucessivamente, além das reuniões de GT regionais, há reuniões do GT PRI MACRO mensais, com alternância das regiões, dando continuidade a atualização dos diagnósticos regionais, e da construção do conjunto de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI), e a versão final do Plano.

Deste modo, apresenta-se o presente Plano Macrorregional de Saúde, como instrumento do PRI, que busca expressar as responsabilidades dos gestores de saúde da macrorregião em relação à integração do SUS, pela definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores que norteiam ações e serviços para atenção às necessidades prioritárias das regiões envolvidas. Os Planos Estaduais de Saúde de 2016-2019 e de 2020-2023, foram utilizados como bases norteadoras para o trabalho desenvolvido, além dos Planos Municipais de Saúde 2018-2021 e 2022-2025, contribuindo com a realização de um planejamento ascendente.

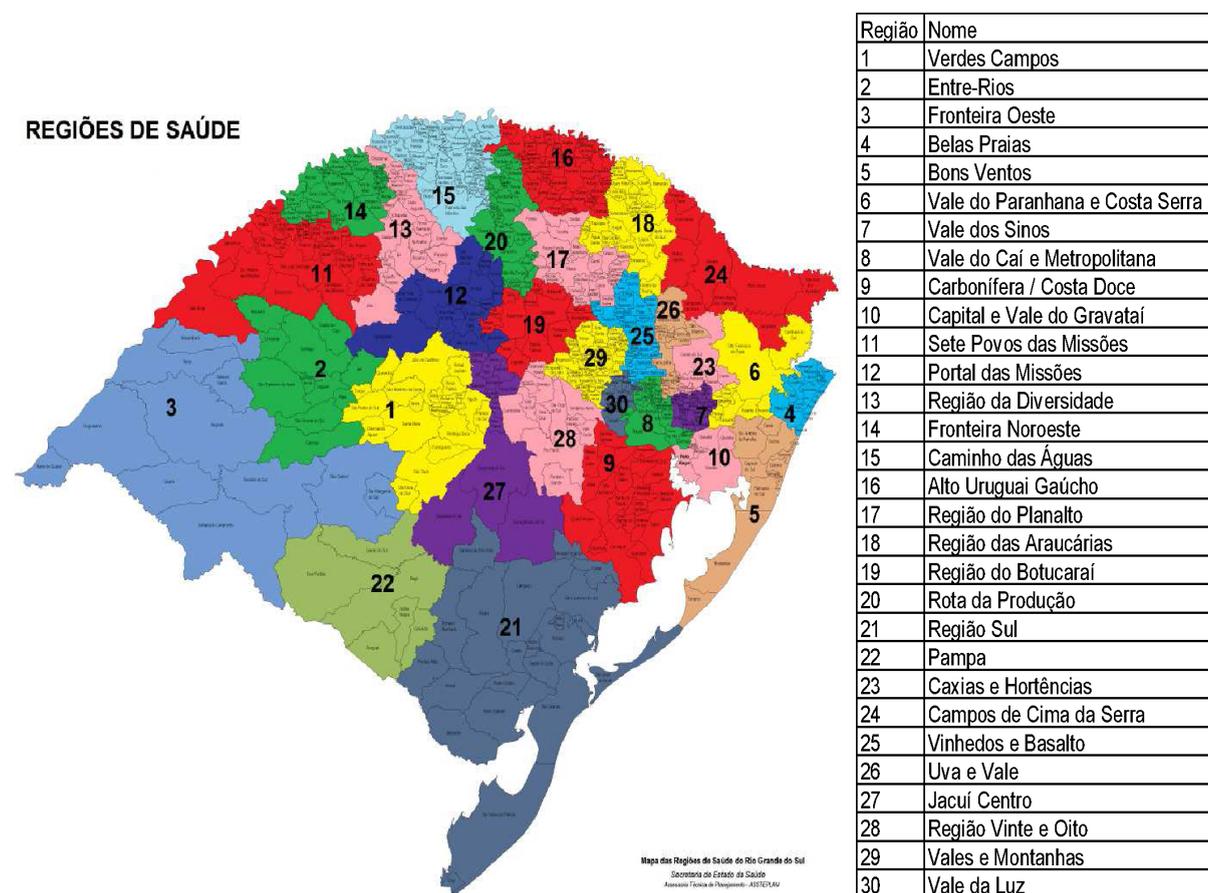
O texto está basicamente constituído de 08 capítulos, desde a - descrição do espaço regional ampliado, que compõem a macrorregião sul de saúde, seguido da - análise situacional sobre as condições de saúde da população da macrorregião, com dados demográficos e epidemiológicos de morbimortalidade, as necessidades de saúde das Regiões 21 e 22, e a capacidade instalada. Posteriormente apresenta-se o - conjunto de DOMI, - as responsabilidades dos entes federados, - a organização dos pontos de atenção da RAS, - a programação geral dos serviços e a ações em saúde (PGASS), - os vazios assistenciais e por fim - o capítulo de monitoramento e avaliação. A construção e elaboração

deste conteúdo, tem sido compartilhado num Grupo de WhatsApp GT PRI, numa pasta de Google drive, apresentado e discutido nas diversas reuniões do GT macorregional, tendo sido aprovada versão final na reunião de Aceguá no dia 30 de novembro de 2022 e pelas Comissões Intergestoras Regionais - CIR, conforme deliberação CIR da CIR R21 e CIR da R22.

I – ESPAÇO REGIONAL AMPLIADO

1.1 Organização do Território Macrorregional

O Rio Grande do Sul está dividido em 30 Regiões de Saúde e 07 Macrorregiões de Saúde (Resolução CIB 555/2012), e 18 Regiões Administrativas da Secretaria Estadual da Saúde, correspondente às CRS. Entende-se por Região de saúde o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Decreto nº 7.508/2011).



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS

Figura 01 – Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

O espaço regional abrangido pelo presente plano é a **Macrorregião Sul** que compreende as Regiões de Saúde: Sul (R21) e Pampa (R 22), visualizados na figura 02 abaixo:

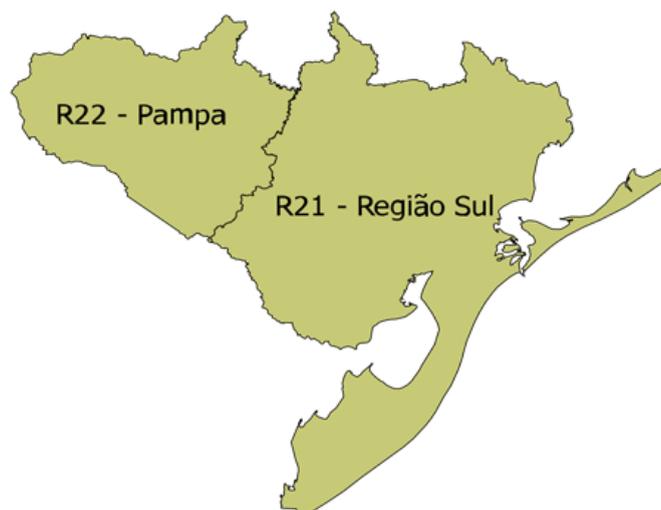


Figura 02 – Macrorregião Sul.

A Região Sul (R21), com a sede administrativa (CRS) em Pelotas é composta pelos seguintes 21 municípios: 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.

A Região Pampa (R22), com a CRS em Bagé, é composta pelos seguintes 06 municípios: Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra e Lavras do Sul.

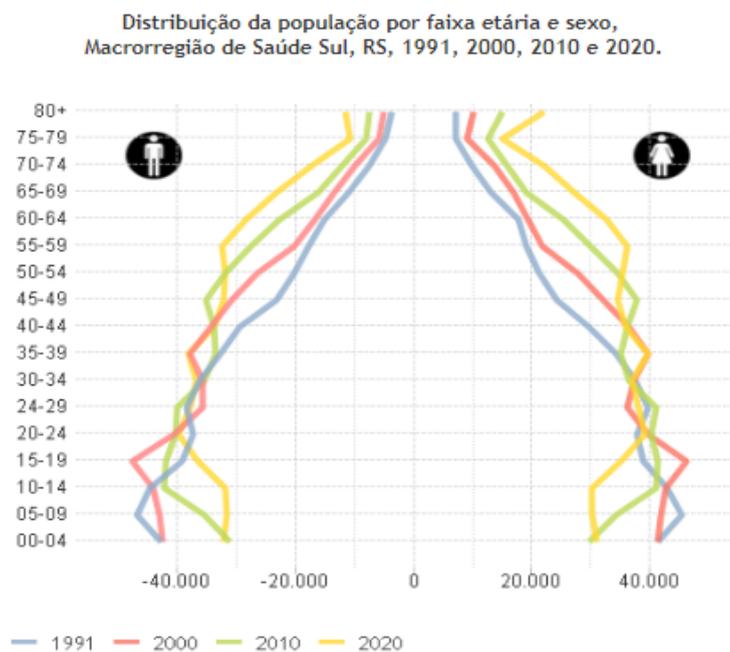
Trata-se de uma macrorregião relativamente diversa entre as regiões, e especialmente entre os municípios da R21. Apresenta significativas diferenças geográficas, culturais, econômicas e demográficas. As grandes distâncias entre os municípios e as cidades que possuem maior capacidade instalada, com concentração da Alta Complexidade nos municípios de Pelotas e Rio Grande que se localizam no mesmo extremo geográfico da macrorregião, têm se constituído em grandes desafios para regionalização.

II - ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 Necessidades de saúde da população

2.1.1 Panorama demográfico

A população da Macrorregião Sul soma um total de 1.046.810 habitantes (estimativa SPGG/RS 2020), distribuídos da seguinte forma:



Fonte: IBGE (Censos 1991, 2000 e 2010); SPGG/RS (2020)

Figura 03 – Pirâmide etária por faixa etária e sexo.

Os dados apresentados demonstram que a região tem uma baixa densidade demográfica em relação ao índice estadual, por ser composta por municípios com característica de grande extensão territorial, e com uma população rural maior que o percentual estadual, e distribuídas em extensas áreas territoriais, menor número de municípios e distâncias que variam de 15 a 300 km.

A tendência demográfica aponta diminuição da natalidade, do número crianças, e uma certa manutenção de adultos em idade produtiva, e aumento da população de idosos que deve ser cada vez mais considerada como prioritária para as políticas públicas de saúde. É sem dúvida aquela que necessita e demanda complexos cuidados de saúde, como serviços comunitários de suporte e cuidados de longo prazo, pelo risco aumentado de doenças crônicas.

A proporção de idosos na população da Macrorregião é de 20,0% (SPGG/RS 2020), apresentando crescimento em relação aos dados dos censos anteriores do IBGE, estando acima da proporção estadual que foi de 18,8% (SPGG/RS 2020), conforme figura 04 abaixo:

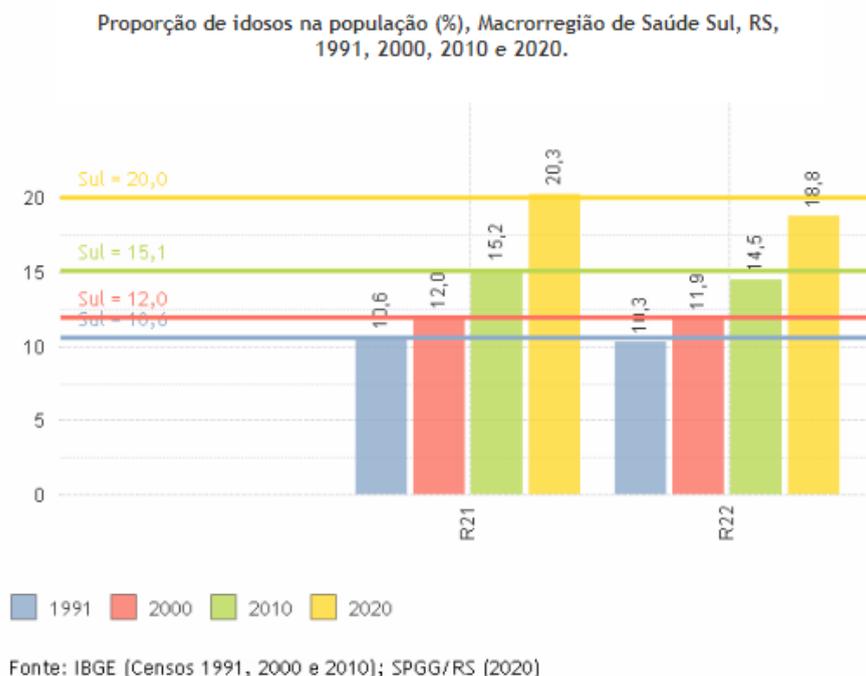


Figura 04 – Proporção de Idosos na população.

2.1.2 Determinantes e Condicionantes do processo saúde-doença

Com relação ao modelo para análise dos determinantes e condicionantes sociais da saúde foi escolhido o modelo abaixo:



Figura 05: Modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead.

Fatores Socioeconômicos

Em relação às condições socioeconômicas, de acordo com os dados do Censo de 2010, a Macrorregião Sul exibia menor renda média domiciliar per capita (747,00 reais) do Estado, como pode ser verificado na figura 06.

A figura abaixo mostra a renda média domiciliar per capita das macrorregiões de saúde do Rio Grande do Sul, 2010.

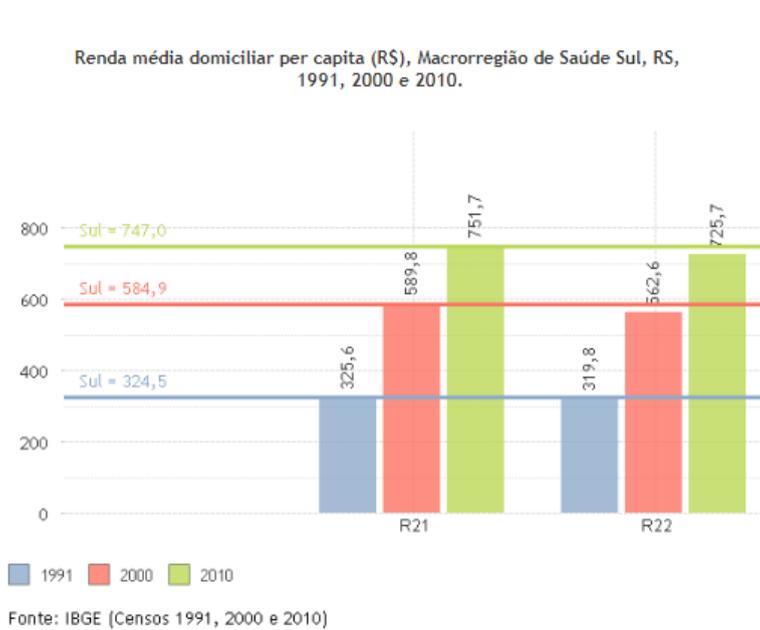


Figura 06: Renda média domiciliar per capita das macrorregiões de saúde do Rio Grande do Sul, 2010.

Quando observado o percentual de pessoas que vivem com até $\frac{1}{2}$ salário-mínimo, a Macrorregião Sul possui o segundo maior percentual (28,2%), atrás somente da Macrorregião Centro-Oeste (28,7%).

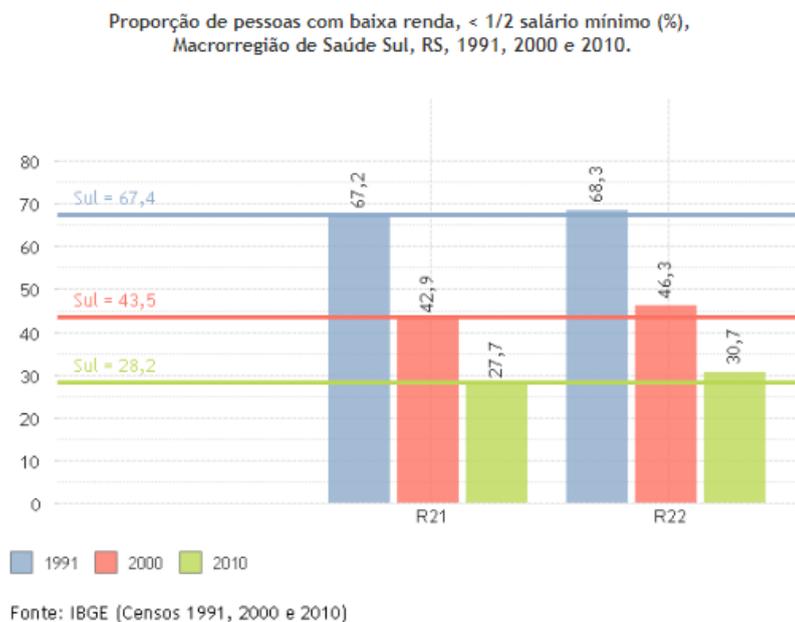


Figura 07: Percentual de pessoas com baixa renda (até $\frac{1}{2}$ salário-mínimo) nas macrorregiões de saúde do Rio Grande do Sul, 2010.

Corroborando com os dados anteriores, de acordo com o Censo de 2010, a Macrorregião Sul exibe a maior taxa de desemprego (6,9%) do Estado, conforme pode ser visto na Figura 08.

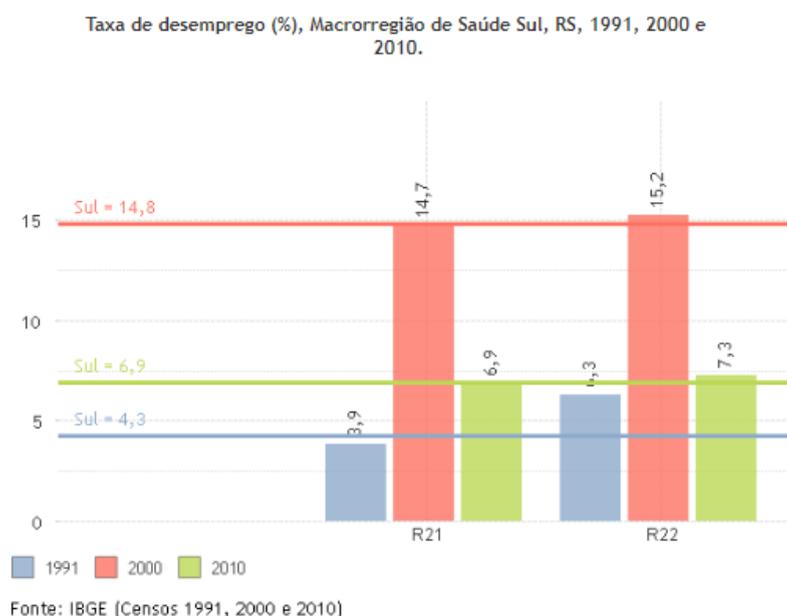


Figura 8: Taxa de desemprego em maiores de 16 anos nas macrorregiões de saúde do Rio Grande do Sul, 2010.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é um indicador composto que analisa três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda, sendo que quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. O apêndice 4 apresenta os IDHM dos municípios da Macrorregião Sul. Observa-se que a média geral do IDHM do Rio Grande do Sul é influenciada diretamente pelo aumento da expectativa de vida, que a população apresenta. Entretanto, percebe-se que a média da Macrorregião Sul é menor em todos os indicadores do IDHM, quando comparada ao Estado. Em relação às condições de saneamento da Macrorregião Sul, segundo dados de 2010, cerca de 33,38% dos domicílios apresentavam esgotamento sanitário ausente ou inapropriado, aproximadamente 27% não contavam com coleta de lixo e 32,4% não apresentavam abastecimento de água canalizado. A razão de moradores por domicílio foi de 2,93, a taxa de analfabetismo foi de 5,9%, significativamente maior que a média do Estado, 4,4%. Em 2010, a renda média era de 808,7 reais, enquanto a média do Estado era de 940,28 reais.

Educação

A taxa de analfabetismo na Macrorregião é maior do Estado (5,9 na Macro Sul x 4,4 no RS), sendo que também apresenta números superiores ao estado quanto à população sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto e 1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto, evidenciando as fragilidades regionais quanto à escolaridade e suas consequências na saúde da população.

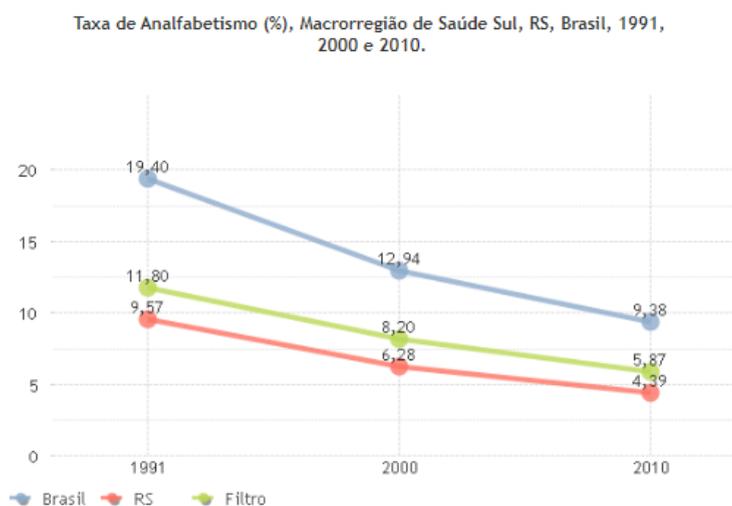


Figura 09: Taxa de analfabetismo.

Os gráficos apresentados na figura abaixo, demonstram a taxa de analfabetismo em maior proporção no sexo feminino e na população da zona rural, onde no caso da Macrorregião Sul, que possui parte da população vivendo na zona rural tem influência direta na atuação da saúde pública quanto ao cuidado e forma de abordagem quanto à situação epidemiológica da população.

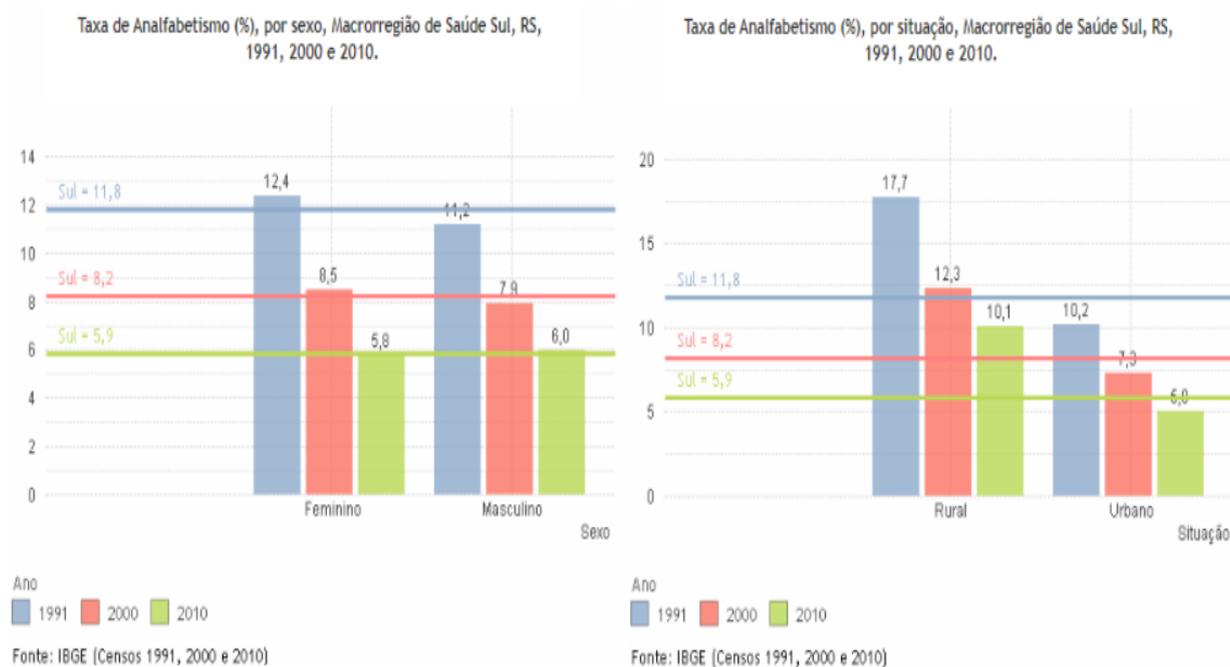


Figura 10: Taxa de analfabetismo por sexo e situação.

Ambiente

A figura abaixo elucida a proporção de municípios por região de saúde que se encontram em situação crítica na classificação de Município de Risco do IIMR, em 2017.

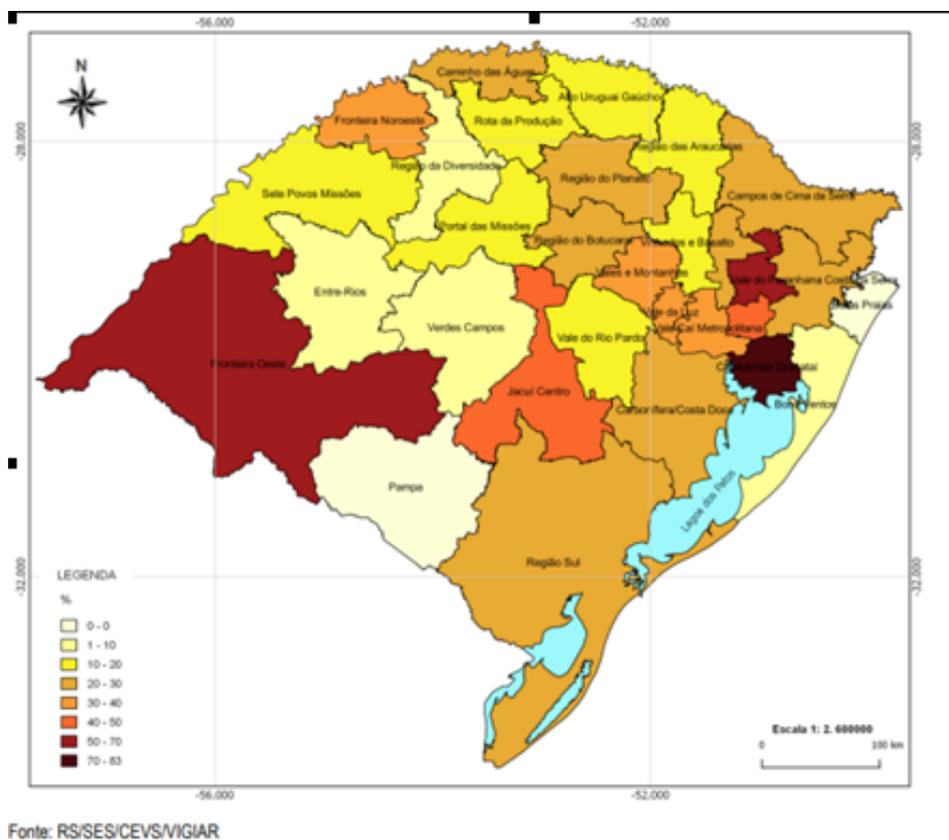


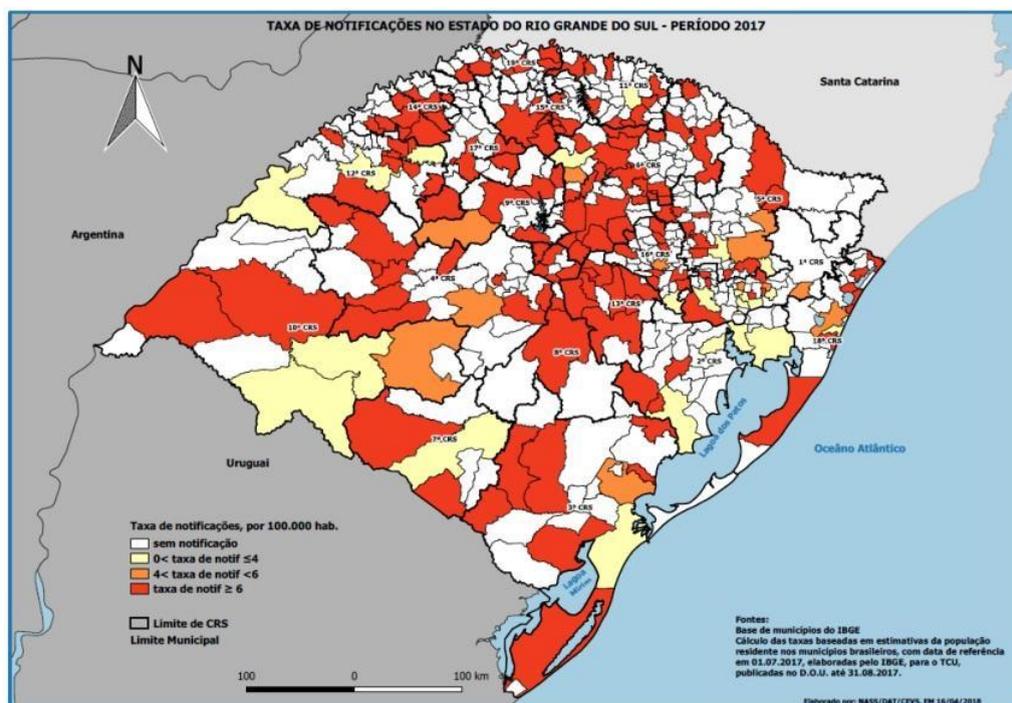
Figura 11: Proporção de Municípios por Região de Saúde que se encontram em situação crítica na classificação de Município de Risco do IIMR, em 2017.

VIGISOLO

As publicações mais recentes da Organização Internacional do Trabalho/Organização Mundial da Saúde destacam o Brasil, desde 2009, como o maior consumidor mundial de agrotóxico. Estima-se que, entre trabalhadores de países em desenvolvimento, os agrotóxicos causam anualmente 70 mil intoxicações agudas e crônicas que evoluem para óbito. E pelo menos 07 milhões de doenças agudas e crônicas não-fatais, devido aos pesticidas.

A notificação por intoxicação por agrotóxico está instituída no SINAN que é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº

204, de 17 de fevereiro de 2016), que, dentre essas, está à intoxicação exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados). Os últimos dados sobre intoxicações por agrotóxicos publicados no RS foram no ano de 2017, conforme a figura a seguir.



Mapeamento das Informações: Paulo Renato da Silva Abbad.

Figura 12: Taxa de notificações no Rio Grande do Sul em 2017.

Os municípios destacados na cor branca no mapa, não registraram nenhuma Intoxicação no ano retrasado. Estes municípios são chamados de municípios silenciosos, cujo risco do uso destes produtos não é identificado pelo setor saúde, pela ausência de registro.

Considerando ainda, os determinantes e condicionantes de saúde da macrorregião sul, destaca-se o que denominamos de população SUS dependente, a partir de dados da saúde suplementar apresentadas na tabela abaixo, que demonstram que o território macrorregional possui apenas cerca 15% da população com plano de saúde, sendo menor ainda na Região 22 e chega a menos de 1% em alguns municípios, o que explica uma expressiva demanda de serviços de média complexidade, como consultas especializadas exames, e justifica a necessidade maiores investimentos de MAC nestas regiões do estado do RS.

Tabela 1. População “SUS-Dependente” Macrorregião Sul, RS, setembro de 2022.

Região	Municípios	População	Beneficiados Planos		População não vinculada		Plano de
			de Saúde/SS	N	Saúde/SS	%	
R21	Amaral Ferrador	7136	45		7091	99,40%	
	Arroio do Padre	2966	36		2930	98,80%	
	Arroio Grande	18185	763		17422	95,80%	
	Canguçu	56370	859		55511	98,50%	
	Capão do Leão	25462	1566		23896	93,80%	
	Cerrito	6005	77		5928	98,70%	
	Chuí	6832	103		6729	98,50%	
	Herval	6807	110		6697	98,40%	
	Jaguarão	26327	1174		25153	95,50%	
	Morro Redondo	6609	195		6414	97,00%	
	Pedras Altas	1928	22		1906	98,90%	
	Pedro Osório	7683	304		7379	96,00%	
	Pelotas	343826	55732		288094	83,80%	
	Pinheiro Machado	12122	872		11250	92,80%	
	Piratini	20743	436		20307	97,90%	
	Rio Grande	212881	57634		155247	72,90%	
	Santa Vitória do Palmar	29298	1343		27955	95,40%	
Santana da Boa Vista	8037	74		7963	99,10%		
São José do Norte	27866	1738		26128	93,80%		
São Lourenço do Sul	43501	4685		38816	89,20%		
Turuçu	3408	77		3331	97,70%		
Total R21		873992	127845		746147	85,38%	
R22	Aceguá	4981	65		4916	98,70%	
	Bagé	121518	9876		111642	91,90%	
	Candiota	9707	1672		8035	82,80%	
	Dom Pedrito	38222	1839		36383	95,20%	
	Hulha Negra	6894	131		6763	98,10%	
Lavras do Sul	7410	263		7147	96,50%		
Total R22		188732	13846		174886	92,66%	
Total Macrorregião Sul		1062724	141691		921033	86,66%	

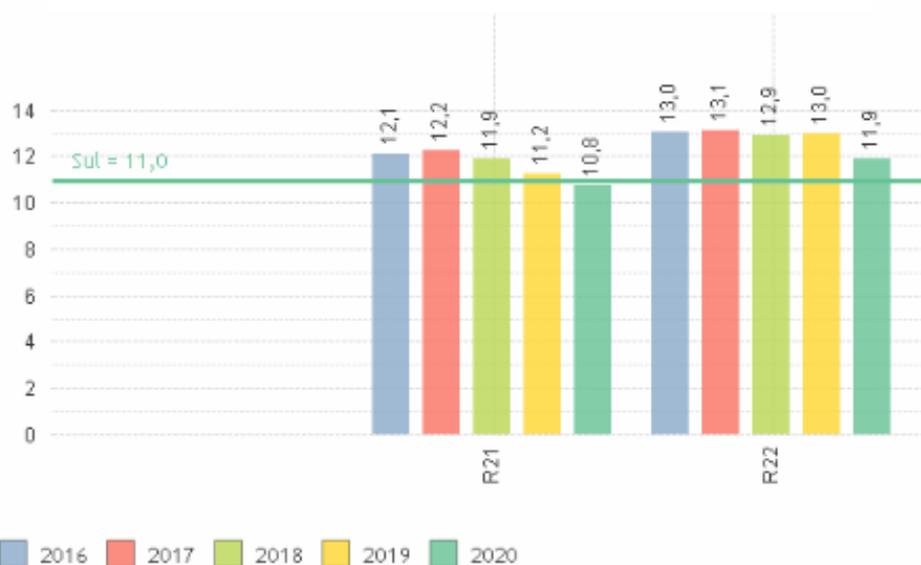
Fonte: ANSS

2.1.3 Perfil Epidemiológico

– Nascimentos

O coeficiente geral de natalidade da Macrorregião observa-se uma redução dos índices nos últimos anos, conforme figura a seguir:

Coeficiente Geral de Natalidade (1.000), Macrorregião de Saúde Sul, RS,
2016-2020.



Fonte: NIS/DGTI/SES/RS

Figura 13: Coeficiente Geral de Natalidade.



Figura 14: Proporção de Parto Normal e Cesárea.

Embora a Macrorregião esteja com percentual de partos normais abaixo do

percentual estadual (36,6% em 2020), há grande heterogeneidade, pois a Região Pampa (R22) apresentou no ano de 2020 percentual de 22,5% de parto normal enquanto a Região Sul (R21) apresentou no mesmo período o percentual de 38,4%, acima do valor estadual.

Gravidez Adolescência - 10 a 19 anos - (%)				
Região	2018	2019	2020	2021
Sul (R21)	12,81	12,12	11,26	10,29
Pampa (R22)	14,33	13,08	13,44	12,79
Macro Sul	13,10	12,31	11,68	10,77
Rio Grande do Sul	11,96	11,10	10,40	9,61

Fonte: <http://bi.saude.rs.gov.br/> Acesso em 15/08/2022

Tabela 02: Número e percentual de partos em mães adolescentes (< 20 anos).

As regiões mantêm-se acima da média estadual. Com destaque negativo para a Região Pampa (R22), que embora apresente uma ligeira tendência decrescente é pouco significativa, conforme mostra o quadro acima.

Internações e Mortalidade

Quando analisamos as internações em geral, no sexo masculino dos 20 aos 49 anos transtornos mentais e comportamentais e causas externas são as principais, enquanto que no sexo feminino na mesma faixa etária são as Doenças do Aparelho Digestivo e do Aparelho Geniturinário. Na faixa etária dos 50 aos 59 anos no sexo feminino as Neoplasias predominam, enquanto no sexo masculino na faixa etária acima dos 50 anos são as Doenças do Aparelho Circulatório, que também prevalecem acima dos 60 anos no sexo feminino.

A figura abaixo apresenta as cinco principais causas de internações pelo SUS por faixa etária e capítulo do CID.

5 principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Sul, RS, 2020.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (54,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (17,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (6,1%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (5,4%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (3,7%)
01-09	X. Doenças do aparelho respiratório (17,2%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (14,1%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (11,9%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,5%)	II. Neoplasias (tumores) (7,4%)
10-19	XV. Gravidez parto e puerpério (46,9%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (9,5%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (8,7%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (8,5%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (5,6%)
20-29	XV. Gravidez parto e puerpério (60,7%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (9,5%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (7,1%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (5,7%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (4,7%)
30-49	XV. Gravidez parto e puerpério (27,0%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (15,2%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (9,9%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (8,5%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (8,2%)
50-59	IX. Doenças do aparelho circulatório (17,3%)	II. Neoplasias (tumores) (13,4%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (12,5%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (12,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,1%)
60-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (24,5%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (13,6%)	II. Neoplasias (tumores) (12,8%)	X. Doenças do aparelho respiratório (9,8%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (9,0%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (23,1%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (17,9%)	X. Doenças do aparelho respiratório (17,0%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (9,6%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (7,4%)

Fonte: SIH/DATASUS.

Figura 15: 5 Principais causas de internações pelo SUS por faixa etária e capítulo do CID.

A figura seguinte se refere às cinco principais causas de mortalidade pelo SUS por faixa etária e capítulo do CID.

5 principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Sul, RS, 2020.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (56,9%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (22,9%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (9,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (3,7%)	X. Doenças do aparelho respiratório (2,8%)
01-09	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (21,1%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,8%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (15,8%)	II. Neoplasias (tumores) (10,5%)	VI. Doenças do sistema nervoso (10,5%)
10-19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (53,0%)	II. Neoplasias (tumores) (16,7%)	VI. Doenças do sistema nervoso (9,1%)	X. Doenças do aparelho respiratório (9,1%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (6,1%)
20-29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (53,3%)	II. Neoplasias (tumores) (10,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (8,6%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (6,1%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (5,6%)
30-49	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (20,4%)	II. Neoplasias (tumores) (18,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,5%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (13,8%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (9,5%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (29,7%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (21,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,6%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (8,7%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (7,9%)
60-79	II. Neoplasias (tumores) (25,7%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (25,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (9,4%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (8,1%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (29,8%)	II. Neoplasias (tumores) (13,9%)	X. Doenças do aparelho respiratório (13,7%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (10,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (7,3%)

Fonte: SIM/DATASUS.

Figura 16: 5 Principais causas de mortalidade por faixa etária e capítulo do CID.

As Causas Básicas de Óbito na Macrorregião predominantes são as Causas Externas na faixa etária entre 01 aos 49 anos, seguido de Neoplasias na faixa etária de 10 aos 49 anos.

Já na faixa etária acima dos 50 anos são Neoplasias e Doenças do Aparelho Circulatório.

Em sequência apresentamos as cinco principais causas de mortalidade por faixa etária, sexo, e capítulo do CID.

5 principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), masculino, Macrorregião de Saúde Sul, RS, 2020.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (60,7%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (23,0%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (8,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (1,6%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (1,6%)
01-09	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (28,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (14,3%)	II. Neoplasias (tumores) (14,3%)	VI. Doenças do sistema nervoso (14,3%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (14,3%)
10-19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (64,4%)	II. Neoplasias (tumores) (17,8%)	VI. Doenças do sistema nervoso (6,7%)	X. Doenças do aparelho respiratório (4,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (2,2%)
20-29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (65,4%)	II. Neoplasias (tumores) (6,6%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (6,6%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (6,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (5,1%)
30-49	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (28,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,2%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (12,0%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (11,2%)	II. Neoplasias (tumores) (11,0%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (24,4%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (21,7%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (10,8%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (10,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,7%)
60-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (25,6%)	II. Neoplasias (tumores) (25,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,5%)	X. Doenças do aparelho respiratório (9,4%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (8,6%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (27,9%)	II. Neoplasias (tumores) (17,5%)	X. Doenças do aparelho respiratório (16,1%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (9,3%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (7,7%)

Fonte: SIM/DATASUS.

5 principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), feminino, Macrorregião de Saúde Sul, RS, 2020.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (32,1%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (22,9%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (10,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (6,3%)	X. Doenças do aparelho respiratório (4,2%)
01-09	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (16,7%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (16,7%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (16,7%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (16,7%)	II. Neoplasias (tumores) (8,3%)
10-19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (28,6%)	X. Doenças do aparelho respiratório (19,0%)	II. Neoplasias (tumores) (14,3%)	VI. Doenças do sistema nervoso (14,3%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (14,3%)
20-29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (26,2%)	II. Neoplasias (tumores) (19,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (16,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (8,2%)	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo (4,9%)
30-49	II. Neoplasias (tumores) (29,8%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (16,9%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,9%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (7,8%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (6,8%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (38,4%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (19,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,4%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (6,7%)	X. Doenças do aparelho respiratório (6,2%)
60-79	II. Neoplasias (tumores) (26,4%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (24,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,2%)	X. Doenças do aparelho respiratório (9,4%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (8,8%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (30,9%)	X. Doenças do aparelho respiratório (12,1%)	II. Neoplasias (tumores) (11,6%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (11,6%)	VI. Doenças do sistema nervoso (7,3%)

Fonte: SIM/DATASUS.

Figura 17: 5 Principais causas de mortalidade por faixa etária, sexo, e capítulo do CID.

Quanto ao sexo chama a atenção o destaque que assumem as neoplasias no sexo

feminino, sendo a principal causa de óbito em três das oito faixas estratificadas. Observa-se que embora ocorra acesso ao serviço presume-se deficiências na detecção precoce.

Diabetes

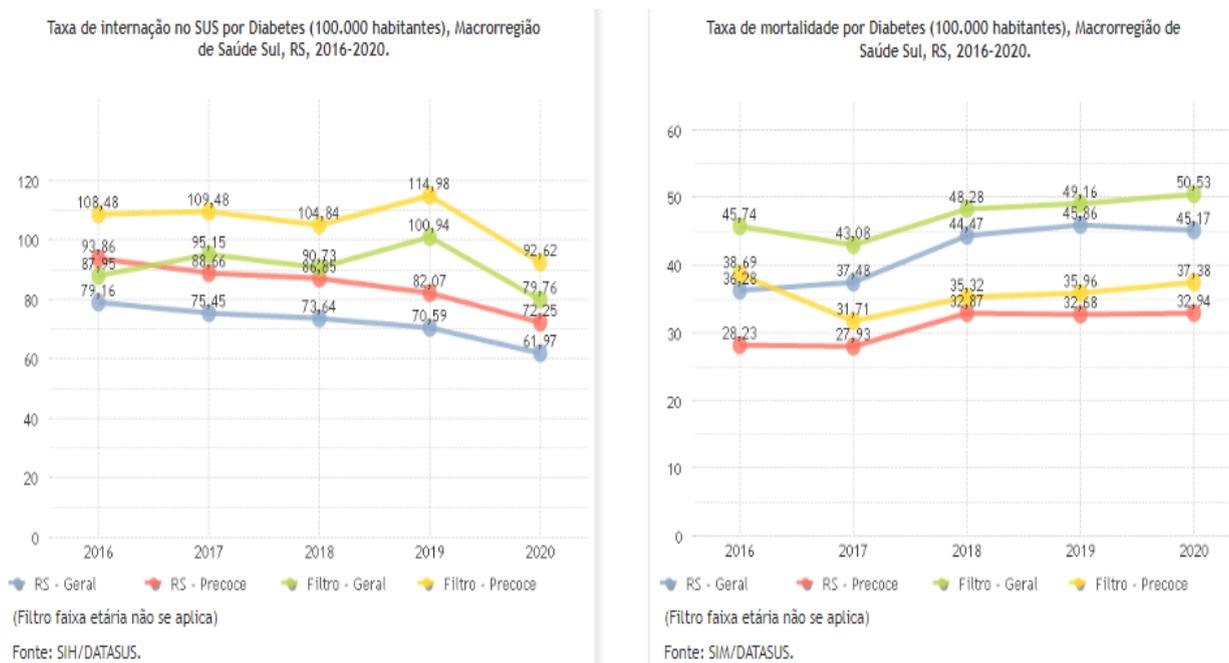


Figura 18: Taxas de Internações e de Mortalidade por Diabetes.

Em relação à Diabetes na Macrorregião Sul em comparação com o estado do RS, tanto nas internações quanto nos óbitos, observa-se índices relevantemente superiores aos do estado, sendo que a mortalidade apresenta tendência crescente. Neste caso, destaca-se a necessidade de qualificação da atenção básica, quanto à educação nutricional, exercícios físicos e medidas de prevenção e promoção da saúde.

Doenças Cardiovasculares

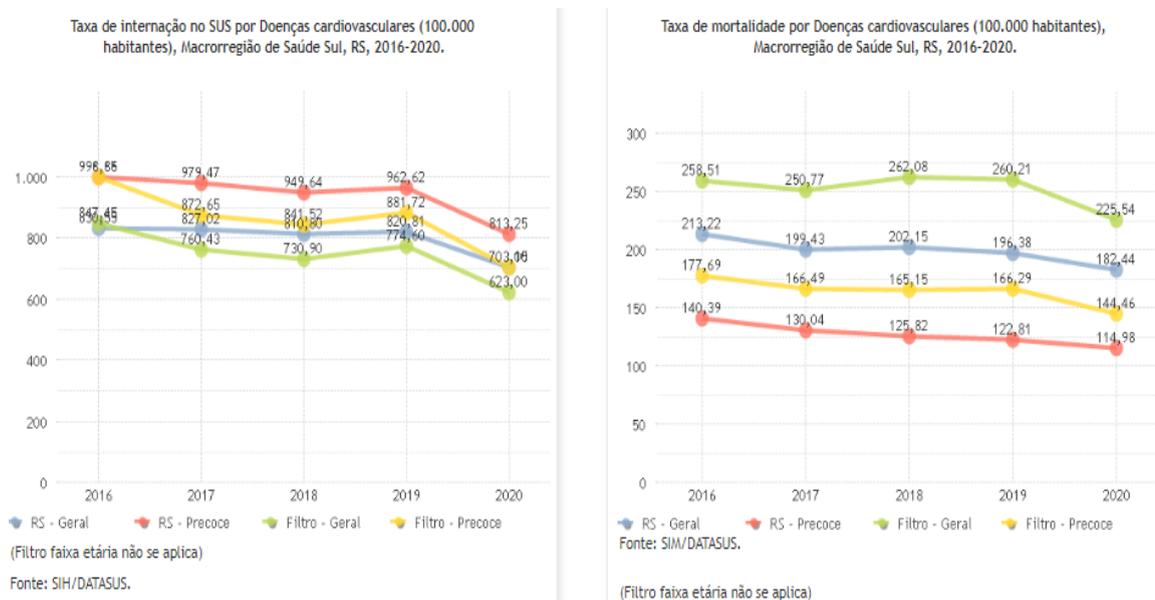


Figura 19: Taxas de Internações e de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares.

Em relação às taxas de internação e mortalidade por doenças cardiovasculares seguem uma tendência de redução tanto na Macrorregião quanto no Estado. Porém a mortalidade é bem superior na Macrorregião em relação ao Estado, o que sugere a necessidade de qualificação na prevenção, diagnóstico e tratamento em todos os níveis de atenção.

Doenças Respiratórias Crônicas

Em relação às taxas de internação e mortalidade por doenças respiratórias seguem uma forte tendência de redução tanto na Macrorregião quanto no Estado. Porém a mortalidade é superior na Macrorregião em relação ao Estado, o que sugere a necessidade de qualificação na prevenção, diagnóstico e tratamento em todos os níveis de atenção.

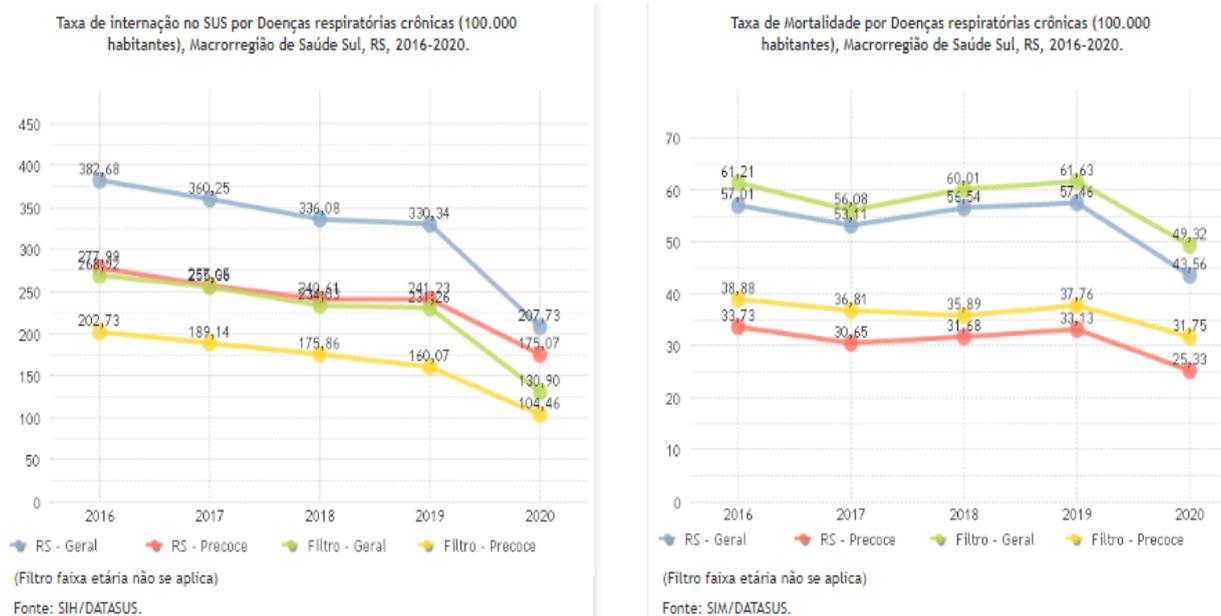


Figura 20: Taxas de Internações e de Mortalidade por Doenças Respiratórias Crônicas.

Neoplasias

Na Macrorregião Sul as neoplasias mais prevalentes no sexo feminino são a de Mama, Trato Gastrointestinal, Brônquios e Pulmões e Colo de Útero, apresentando taxa de mortalidade acima da taxa estadual em todos os tipos. Quanto ao sexo masculino, as neoplasias mais prevalentes são do Trato Gastrointestinal, Brônquios e Pulmões e de Próstata, com taxas de mortalidade acima da taxa estadual em todos os tipos.

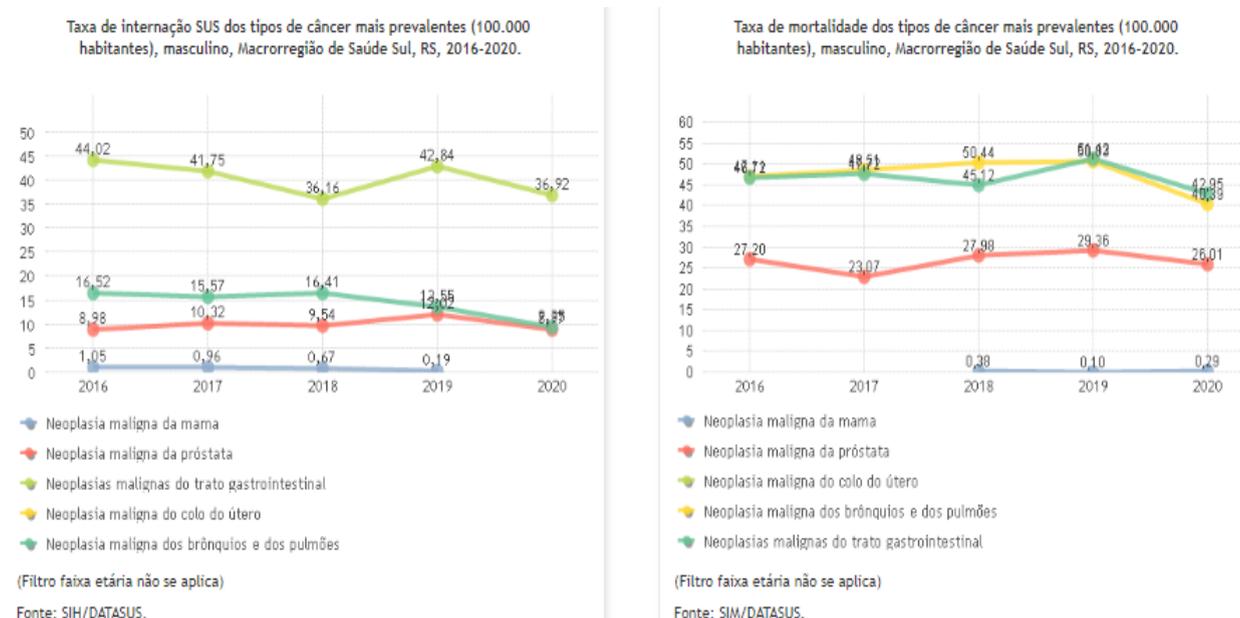
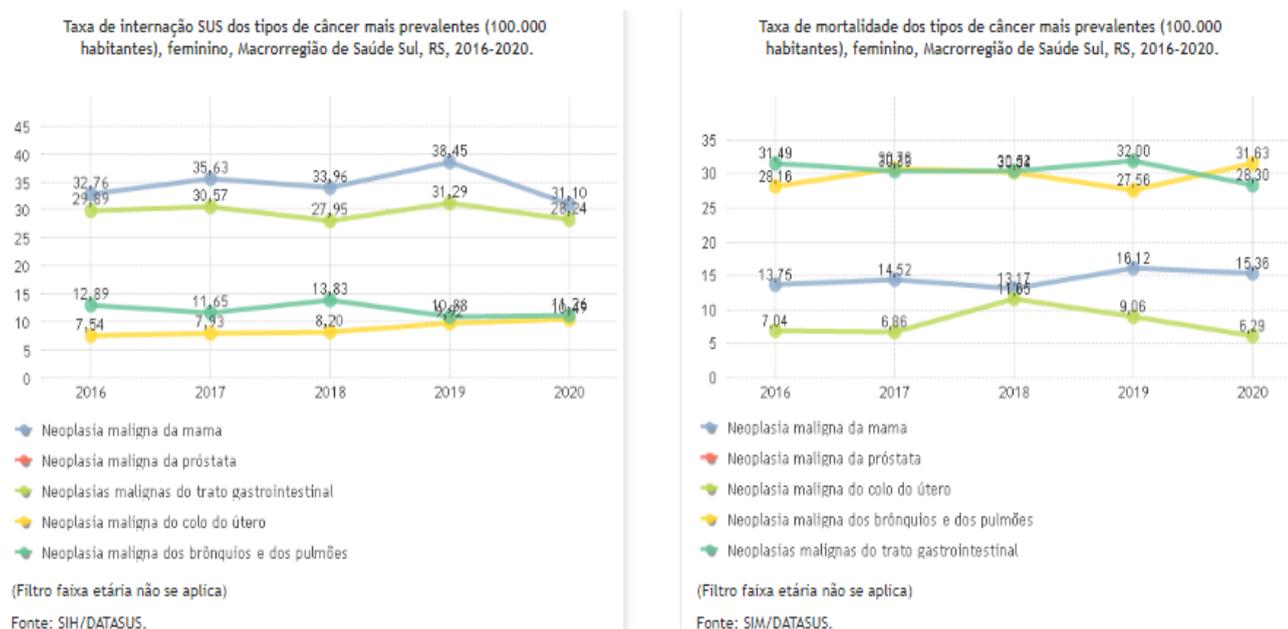


Figura 21: Taxas de Internações e de Mortalidade por Neoplasias (sexo masculino).**Figura 22:** Taxas de Internações e de Mortalidade por Neoplasias (sexo feminino).

Violências e Causas Externas

As causas mais freqüentes: lesão autoprovocada (tentativa de suicídio), violência física, psicológica, violência sexual e negligência, respectivamente.

Esta temática deve ser avaliada por um viés de discussão interseccional em saúde, com olhar especial para as vulnerabilidades, buscando identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Há também de se avaliar a subnotificação destes casos e a qualidade no preenchimento da ficha de notificação.

A figura abaixo mostra as taxas de notificação por tipo de violência e de mortalidade por causas externas.

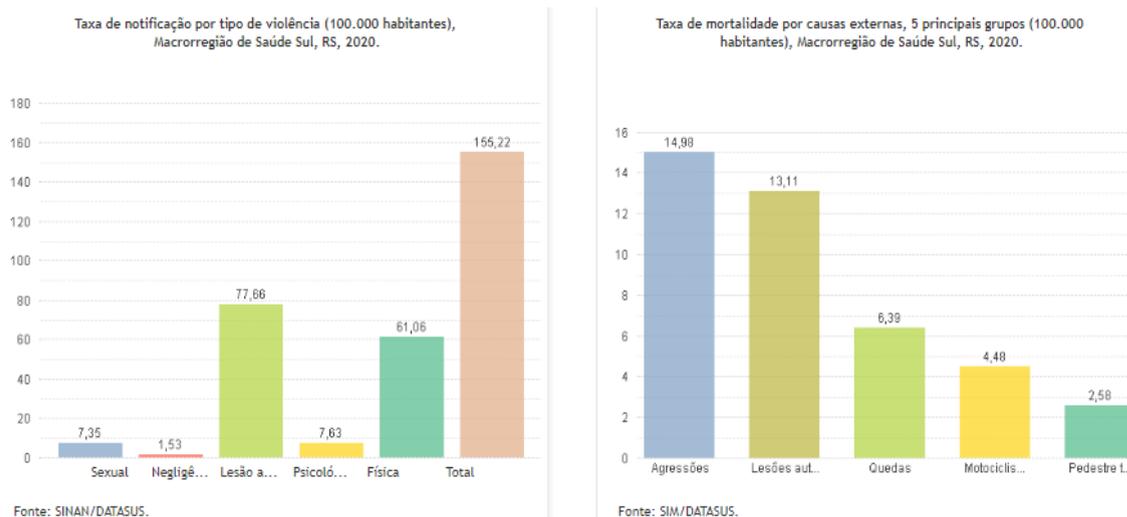


Figura 23: Taxas de notificação por tipo de violência e de mortalidade por causas externas.

A mortalidade por causas externas chama a atenção pelo número alto de agressões, seguido de lesões autoprovocadas, quedas e acidentes, revelando assim a necessidade de intervenções relacionadas à violência e fomento de cultura de paz, à saúde mental, ao cuidado de idosos (acessibilidade, prevenção de quedas) e à maior conscientização no trânsito.

Suicídio

Nas taxas de internação e mortalidade por suicídio, a Região Sul (R21) apresenta taxa compatível com a taxa estadual, sendo da Região Pampa (R22) bem abaixo a taxa estadual e da Macrorregião.

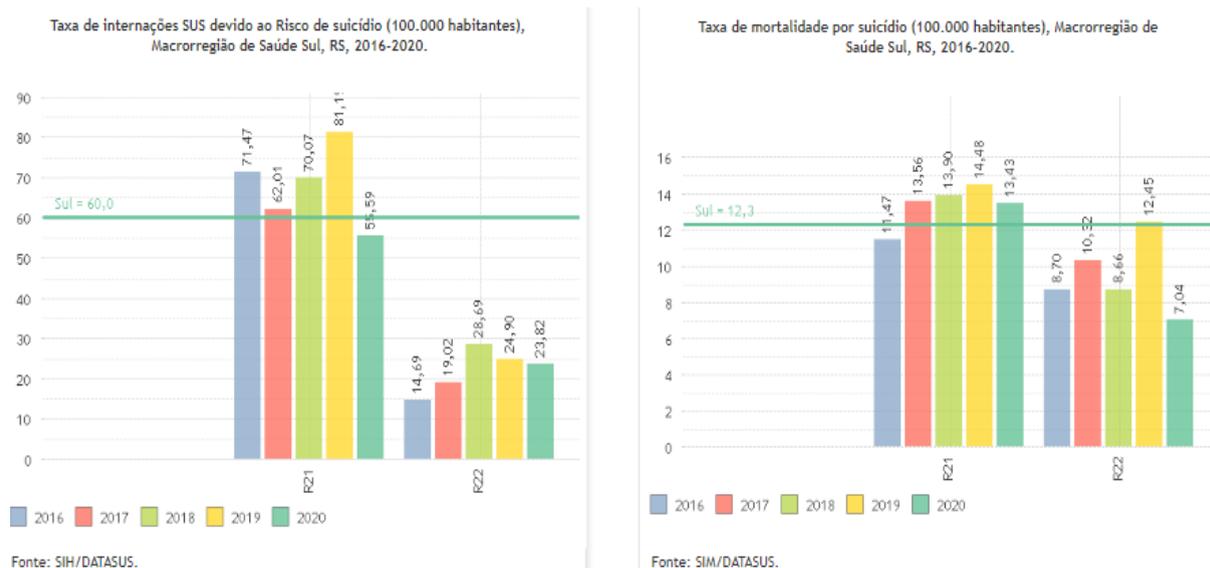


Figura 24: Taxas de internação e mortalidade por Suicídio.

Mortalidade Materna e Infantil

Ao analisarmos os gráficos, notamos que as taxas da Macrorregião são todas superiores às do RS na série histórica, o que remete a qualidade de pré-natal, planejamento familiar e assistência ao parto. Observamos um decréscimo no ano de 2020 sobre o efeito da Pandemia de Covid-19 que modificou hábitos da população no geral.

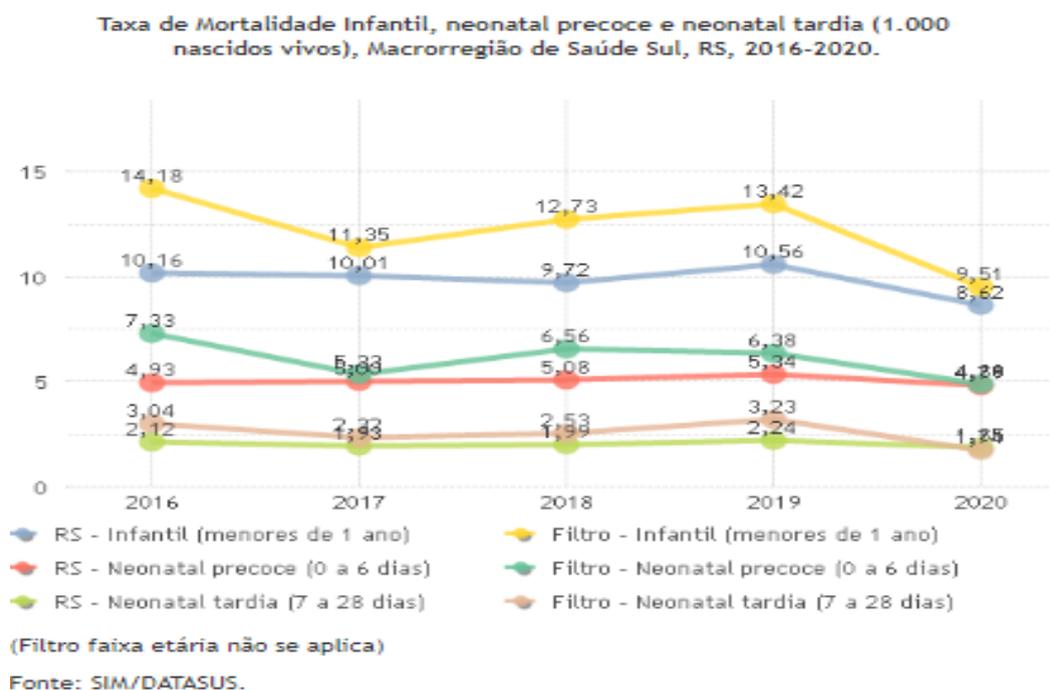
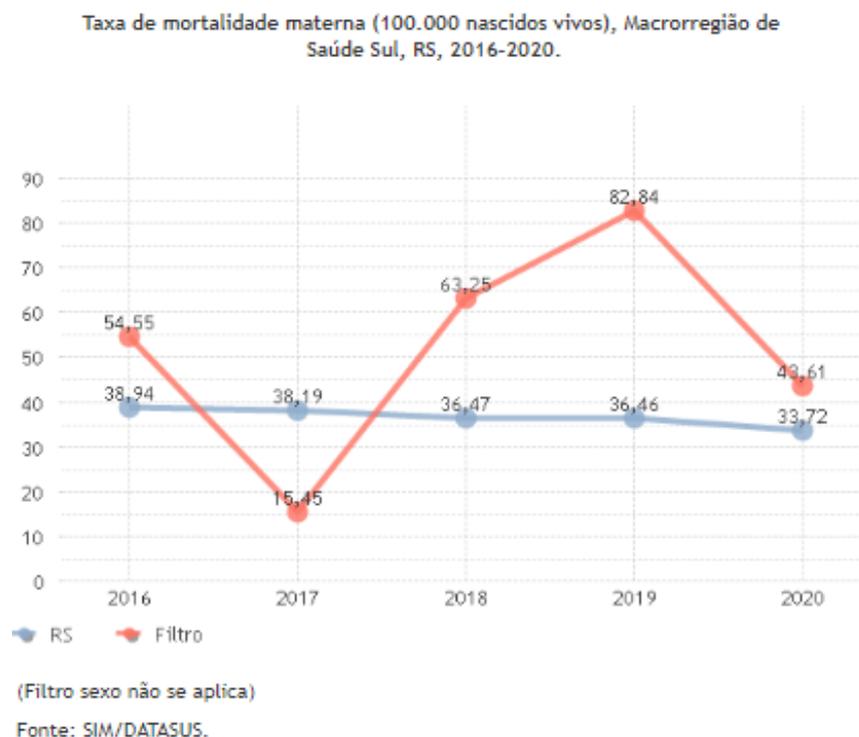


Figura 25: Taxas de Mortalidade Infantil, neonatal precoce e neonatal tardia.**Figura 26:** Taxas de Mortalidade Materna.

A Macrorregião apenas no ano de 2017 teve taxas melhores que a estadual, demonstrando fragilidades na linha de cuidados quanto à atenção à saúde da mulher, aos cuidados de pré-natal e assistência ao parto, espelhando o que ocorre com a Mortalidade Infantil.

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)

A figura abaixo apresenta a evolução entre os anos de 2016 a 2020 da Proporção de internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica:

A Macrorregião apresenta proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica em valores acima dos valores estaduais nos últimos anos, reforçando a necessidade de ações que visem à qualificação da Atenção Básica.

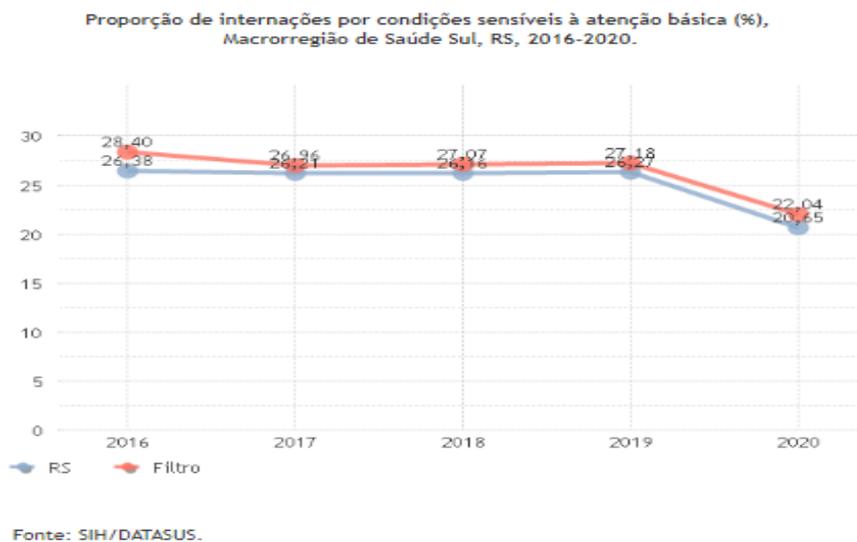


Figura 27: Proporção de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica.

HIV/Aids

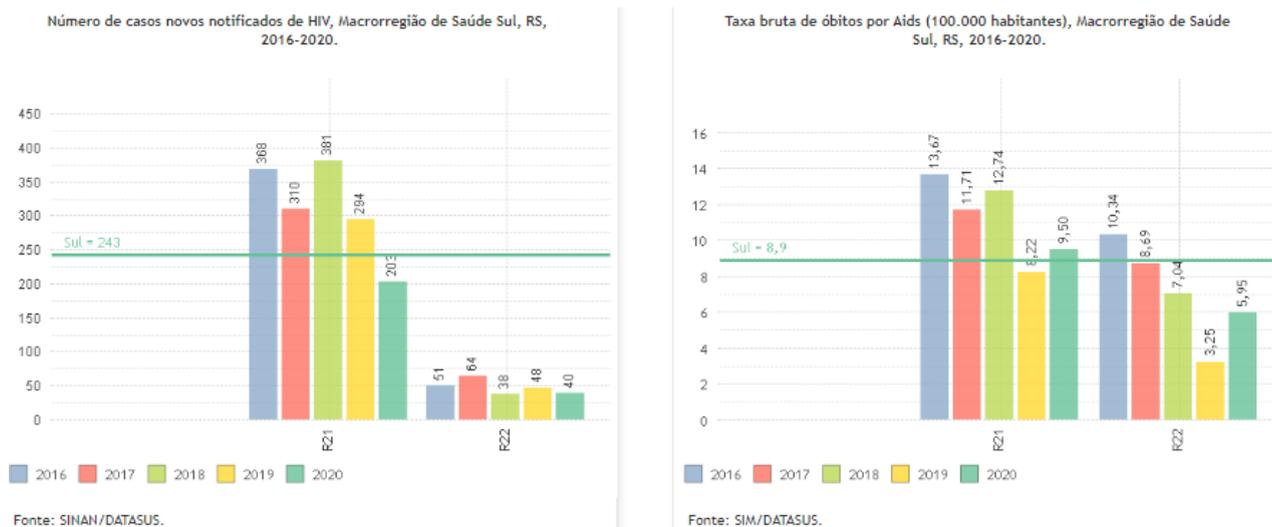


Figura 28: Número de casos novos de HIV e taxa de óbitos por Aids.

A taxa de óbitos da Macrorregião apresenta tendência de redução na série histórica, sendo menor que a taxa estadual, que foi de 9,5 no ano de 2020, isso se deve ao aumento da testagem e o diagnóstico precoce que possibilita tratamento em tempo oportuno.

Sífilis

Com a implantação do teste rápido em toda a rede, houve aumento das notificações e do diagnóstico de Sífilis em gestantes, considerando que a realização de 03 testes durante

o pré-natal, preconizada pelo MS, podendo se relacionar com o fato da macrorregião estar apresentando aumento nos casos nos últimos anos acima da taxa estadual.



Figura 29: Taxa de casos novos de Sífilis.

A taxa de sífilis em menores de 01 ano da Macrorregião (12,0) é menor que a taxa estadual no ano de 2020 (14,2), sendo na Região Pampa (R22) taxas menores em relação a Região Sul (R21), isso se deve ao aumento da testagem e o diagnóstico precoce que possibilita tratamento em tempo oportuno na gestação.

Tuberculose

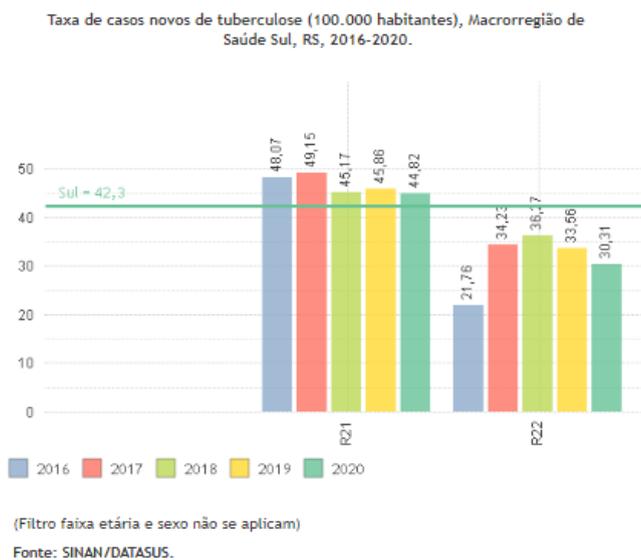


Figura 30: Taxa de casos novos de Tuberculose.

A Macrorregião historicamente apresenta prevalência elevada de tuberculose, possivelmente devido ao diagnóstico tardio, afetado pelas grandes distâncias e características heterogêneas dos municípios.

Hepatite

Quando avaliamos a série histórica do coeficiente de incidência das Hepatites Virais no Rio Grande do Sul, percebemos que estas patologias caracterizam-se como um dos agravos transmissíveis mais notificados e, portanto, de extrema importância para o cenário epidemiológico do estado. Ao realizarmos um recorte e direcionarmos o olhar na Macrorregião Sul - observamos que o cenário parece se repetir, com altos índices de incidência, como demonstra a figura abaixo:

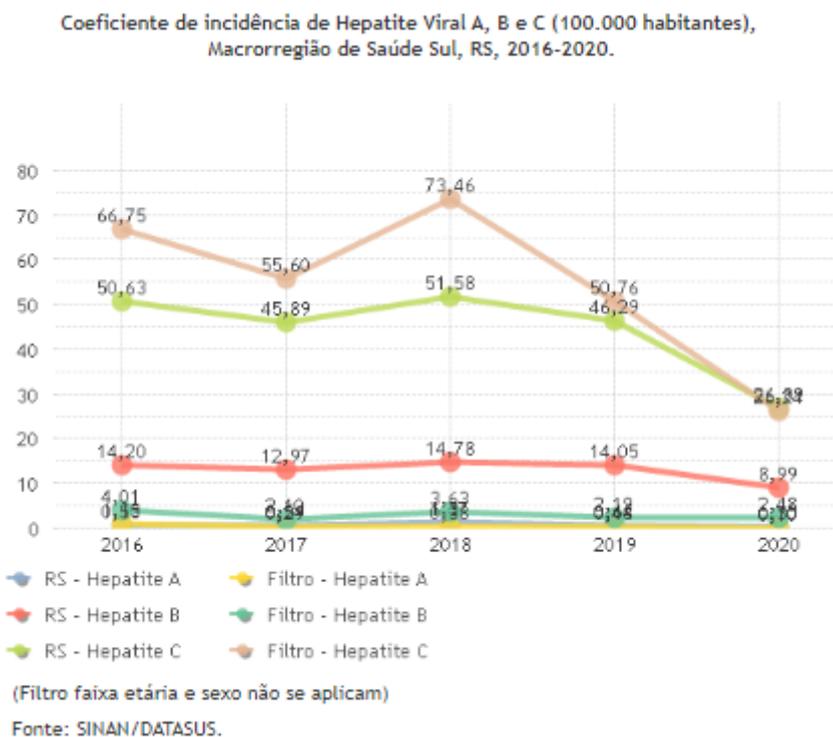


Figura 31: Coeficiente de incidência de Hepatite Viral A, B e C.

A Hepatite C, nos anos de 2019 e 2020 apresenta tendência de queda na Macrorregião e no Estado.

É de fundamental importância implementar as ações que constam no Plano de Microeliminação da hepatite C até 2030, objetivando desta forma, diagnósticos e acesso ao tratamento o mais precocemente possível.

2.2 Necessidades de Saúde da Região Sul e da Região Pampa

As necessidades de saúde identificadas a partir das oficinas regionais e macrorregionais estão apresentadas de acordo com os anexos das respectivas CIR R21 nº 013/2022 e CIR R22 nº 003/2022, que deliberaram sobre este importante processo de discussões, levantamento de problemas e priorização de necessidades do espaço macrorregional de saúde, dando origem ao próximo capítulo de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.

Quadro 1: Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região R21 – Atenção Básica.

Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região R21 – Atenção Básica		
Necessidade de saúde identificada na Análise Situacional	Justificativas / Embasamentos	Necessidade de ação ou serviço de saúde
Acesso e resolutividade da atenção primária à saúde	Crescimento da proporção de internações por condição sensível à atenção básica; filas para atendimento espontâneo, agendamentos com longos prazos de espera; As ações do Programa Previne Brasil precisam ser mais bem implementadas.	Modificação no modelo assistencial da APS
		Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco na APS
		Responsabilização sanitária dos territórios pelas equipes da APS
		Implementação de ações de Educação Permanente em Saúde para qualificação das equipes de APS
		Ampliação do quantitativo de enfermeiros para organizar as ações de gestão, atenção e educação.
		Implementação de ações de Educação Popular em Saúde
		Utilização de indicadores e sistemas de informação em saúde da APS
		Articulação e pactuação de financiamento para manutenção das equipes multiprofissionais (NASF)
		Ampliação e qualificação das equipes multiprofissionais para suporte a ESF e APS
		Manutenção do quantitativo 1 ACS para 750 pessoas, por meio de novas contratações
		Ampliação e qualificação de equipes especializadas e multiprofissionais para realizarem tecnologias de matriciamento;
		Criação de protocolos clínicos orientadores da APS para encaminhamentos a especialidades
		Ampliação da utilização do Telesaúde;
Pactuação das linhas de cuidado com ajustes de protocolos regionais entre as referências regionais e estadual		

		Implementação da planificação na APS
		Implantação de sistemas de informação da RAS
		Investimento em estrutura da APS
Acesso e cobertura da ESB	Disparidade entre a cobertura de ESF e a cobertura de ESB	Ampliação das ESB na APS
		Reavaliação de ações coletivas da ESB
		Cumprimento das diretrizes da ESB
		Articulação e pactuação no financiamento da ESB
Acesso e cobertura de ESF	Ainda não há cobertura de ESF suficiente para garantir a resolutividade das ações e o acesso aos serviços na APS; com a implementação do Programa Previne Brasil houve diminuição do aporte financeiro.	Ampliação da cobertura de ESF
		Qualificação e aumento das equipes de ESF
		Ampliação das ações de EPS na ESF
		Articulação e pactuação de recursos financeiros para custeio das ações gerenciais da ESF
	Falta de Médicos atuando na atenção básica	Ampliação do quantitativo médico na ESF
		Adesão ao Programa Médicos pelo Brasil
		Regionalização dos residentes em medicina da família e comunidade
		Revisão das necessidades de territorialização para adesão ao Programa Médicos pelo Brasil
		Qualificação e capacitação dos médicos da ESF
Acesso e cobertura de exames citopatológicos	Razão de exames citopatológico de rastreamento abaixo das metas pactuadas pela maioria dos municípios da região 21; Oferta insuficiente de realização de análise de material de citopatológico, apenas dois prestadores para 21 municípios; 20 municípios da Região 21 não atingiram a meta pactuada para faixa etária de 25 a 64 anos de idade no ano de 2018, tendo elevado este índice com a situação vivenciada durante a pandemia de COVID-19.	Contratualização de prestadores de serviço
		Ampliação da oferta e qualificação dos exames citopatológicos
		Captação das mulheres na faixa etária prioritária

		Qualificação e capacitação das equipes de ESF na coleta de material para citopatológico, análise de resultados e condutas de tratamento
Qualificação e ampliação das ações em saúde da mulher	21 municípios da Região 21 não atingiram a meta pactuada para o ano de 2018, com piora nos indicadores durante a pandemia de COVID-19 diminuindo o acesso e a realização de exames de mamografia	Regulação do acesso aos exames de mamografia e ultrassonografia
		Ampliação da oferta de exames de mamografia para rastreamento precoce de CA de mama
		Ampliação da oferta de ultrassonografia de mama
		Priorização da faixa etária de realização do exame (50 aos 69 anos)
	Ausência de regulação dos serviços de vasectomia e laqueadura; colocação de DIU pós-aborto, pós-parto e como contraceptivo, já sendo realizado pelo HU FURG e algumas unidades básicas de saúde, com regulação do acesso a estes procedimentos, mas necessitando de ajustes e ampliação da oferta.	Regulação dos serviços de referência em saúde da mulher
		Ampliação de acesso e oferta dos métodos do planejamento familiar
		Qualificação das equipes de saúde para colocação de DIU e outros métodos de planejamento familiar
	Aumento da proporção de gravidez na adolescência em diversos municípios da região	Redução dos índices de gravidez na adolescência
		Ampliar acesso das adolescentes aos serviços de saúde da APS
		Ampliação da busca ativa de adolescentes para acesso às ações de planejamento familiar
		Promoção de ações educativas intersetoriais - serviço de saúde e escola
		Ampliação de ações no PSE e PIM voltados para planejamento familiar e gravidez na adolescência

Qualificação de ações voltadas a saúde do idoso	A população idosa aumentou em todos os municípios da R21, principalmente em Arroio do Padre, Cerrito, Morro Redondo e Santana da Boa Vista, significativamente acima da média da Região, em 2020.	Intensificação da Política Nacional do Idoso e fortalecimento da Política Estadual da Pessoa Idosa
		Ampliação das ações de saúde à pessoa idosa
		Qualificação e capacitação das equipes de saúde da APS e ESF
		Qualificação e ampliação do conselho municipal do idoso
Ampliação da cobertura vacinal	Em 2015 a R21 apresentou aumento da cobertura vacinal Bacillus Calmette-Guérin (BCG), em contrapartida todos outros imunobiológicos apresentaram uma queda em 2015, sendo que a tríplice viral apresentou a maior queda. Em 2021 a cobertura continuou em queda, agora com a maior queda na BCG e o único imunobiológico com leve aumento de cobertura em 2017 foi contra a poliomielite.	Qualificação dos sistemas de informação
		Ampliação da oferta regular de insumos e imunobiológicos
		Ampliação do acesso aos imunobiológicos
		Construção de ações intersetoriais (saúde x educação x comércio)
		Ampliação das equipes de vacinação e dos horários de atendimento
		Ampliação e qualificação das ações de busca ativa dos faltosos
		Aproveitamento de oportunidade de vacinação quando usuário adentra o serviço de saúde
Desenvolvimentos de ações e campanhas de vacinação diárias e/ou semanais		
Qualificação e ampliação das ações relacionadas à saúde prisional, saúde da população indígena, população quilombola e LGBTQIA+	A região possui 5 casas prisionais, sendo que apenas 3 delas possui equipe de atenção primária prisional; Subnotificação dos dados nos sistemas de informação; Cobertura vacinal da população indígena abaixo do preconizado.	Ampliação das equipes de saúde prisional. Apoiar e incentivar os municípios quanto a importância da adesão para visibilidade às populações das políticas de equidade. Apoiar municípios, aldeias indígenas e SESAI na construção dos planos, bem como monitorar e avaliar os mesmos. Apoiar municípios e comunidades quilombolas na construção dos planos, bem como monitorar e avaliar os mesmos.

Quadro 2: Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 21 – Redes Temáticas

Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 21 – Redes Temáticas		
Necessidade de saúde identificada na Análise Situacional	Justificativas / Embasamentos	Necessidade de ação ou serviço de saúde
Reduzir Taxa de Mortalidade Materna	Apesar da Região 21 ter atingido a meta estadual, é importante ressaltar que existe oscilação nesses índices e que as principais causas de morte materna são hemorragia e pré-eclâmpsia.	Capacitação dos profissionais de saúde para identificação de risco no pré-natal
		Regulação de acesso aos ambulatórios de alto risco
		Regulação dos leitos obstétricos de alto risco pelo Estado
		Regulação dos leitos obstétricos de risco habitual pelo Estado
	A proporção de parto normal da Região 21 em 2018 ficou abaixo da meta estadual.	Reativação do Comitê Regional e Municipal de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal
		Qualificação a atenção ao pré-natal com vistas a aumentar a adesão das mulheres e dos profissionais ao parto normal Parto Seguro (SOGIRGS)
Reduzir incidência de sífilis congênita	Metade dos municípios da Região 21 não atingiu a meta pactuada em 2018	Redução do parto cesáreo
		Capacitação contínua e permanente do guia de pré-natal na APS
	Até agosto de 2018 foram analisados 37 casos de sífilis congênita, sendo 22 (60%) confirmados.	Realização de diagnóstico precoce e tratamento da sífilis
		Realização de testes rápidos conforme protocolo do pré-natal
		Ampliação da testagem rápida de HIV e Sífilis no pré-natal, parto e puerpério (gestante e parceiro)
	Ampliação do acesso da população masculina aos serviços de saúde	
	Capacitação contínua e permanente do guia de pré-natal na APS	

Reduzir taxa de mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil da região 21 acima da taxa do Estado. Elevado número de partos prematuros	Qualificação da atenção ao pré-natal para identificação do risco
		Capacitação dos profissionais de saúde para identificação de risco no pré-natal
		Integralidade das ações de saúde da mulher e da criança na atenção ao pré-natal, parto e puerpério
		Qualificação das investigações de óbito, a fim de identificar os problemas e causas dos óbitos
		Retomada do comitê regional e municipais de mortalidade materno, infantil e fetal
Garantir acesso a RAPS	Dificuldade de acesso por parte dos municípios pequenos as referências de serviços de saúde mental em função de desconhecimento ou entendimento sobre os fluxos e serviços pactuados na RAPS	Ampliação do acesso aos serviços de saúde na RAPS
		Qualificação da regulação na RAPS
	Ausência de referências para consultas em psiquiatria	Atualização do Plano da RAPS
		Regulação das referências e contra referências da RAPS
		Ampliação dos recursos financeiros para reorganização da RAPS
		Implantação de equipes especializadas em saúde mental nos municípios sem cobertura de CAPS ou outro tipo de acesso à atenção especializada

	<p>A elevada taxa de internações do sexo masculino por transtornos mentais e comportamentais na R21, possivelmente seja influenciada por significativa oferta de leitos de psiquiatria/saúde mental na região, com 01 leito para cada 03 mil habitantes em contraponto com parâmetros assistenciais que indicam 23 mil habitantes/leito</p>	<p>Ampliação da resolutividade dos serviços especializados da RAPS</p> <p>Implementação de ações para redução das internações psiquiátricas</p> <p>Ampliação a utilização dos leitos nos Hospitais gerais</p> <p>Manutenção dos recursos financeiros dos HG estaduais e federais</p> <p>Qualificação da regulação das internações psiquiátricas</p> <p>Qualificação e capacitação dos profissionais da RAPS</p>
<p>Acesso a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência</p>	<p>Dificuldade de acesso por parte dos municípios sem serviços no território para atendimentos de pessoas com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista aos serviços habilitados por desconhecimento ou entendimento de fluxos pactuados</p> <p>Existência de serviços especializados na R21 qualificados que atendem a integralidade da linha de cuidado da Reabilitação Auditiva</p>	<p>Qualificação da regulação da RAS em Reabilitação Intelectual</p> <p>Aumento na oferta e habilitação de novos prestadores de serviço em reabilitação</p> <p>Ampliação do acesso aos serviços de reabilitação</p> <p>Implementação do Programa TEACOLHE no atendimento de pessoas com deficiência</p> <p>Qualificação e capacitação das equipes de saúde</p> <p>Habilitação de novo serviço de reabilitação auditiva</p>

Reduzir mortalidade por AIDS	Entre os anos de 2014 e 2017, foram registrados 437 óbitos por AIDS como causa básica na Região 21, o que reflete em coeficientes brutos de mortalidade (*100.000) maiores que o Estado do RS.	Qualificação e ampliação dos serviços especializados
		Qualificação e capacitação dos profissionais de saúde
		Ampliação da testagem, diagnóstico e tratamento precoce

Quadro 3 - Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 21 - MAC

Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 21 - MAC		
Necessidade de saúde identificada na Análise Situacional	Justificativas / Embasamentos	Necessidade de ação ou serviço de saúde
Diagnóstico precoce de neoplasias	Além da fragmentação da linha de cuidado em oncologia, há identificação tardia de agravos que elevam as taxas de internação por câncer de mama, colo uterino, próstata e aparelho digestivo; dentre as causas está a diminuição da oferta e cobertura de exames diagnósticos, e, dificuldade de acesso aos serviços especializados, apesar da regulação via GERON	Ampliação do acesso e oferta de serviços de apoio diagnóstico e consultas junto aos prestadores
		Qualificação regulação em saúde
		Fiscalização da capacidade técnica ofertada
		Qualificação dos processos de contratualização e habilitação de prestadores de serviço
Acesso ao Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	Baixa cobertura de serviços especializados da saúde bucal na região 21, apesar de ter serviço de referência em Rio Grande	Ampliação da oferta de consultas com bucomaxilofacial
		Ampliação da oferta de contrapartida municipal para financiamento de procedimentos do CEO
		Ampliação dos serviços especializados de saúde bucal

Acesso ao processo transexualizador	Ausência de prestador na região. Processo de habilitação no HU-FURG e no HE-UFPEL; Interesse dos hospitais SPB de Pelotas e HM de São José do Norte, em adesão ao Assistir. Ambulatório LGBT da SMS de Pelotas e Rio Grande atendem as demandas municipais em nível ambulatorial.	Qualificação dos encaminhamentos para o processo transexualizador
		Habilitação do processo transexualizador do HU/FURG, HE/UFPEL e adesão ao Assistir
		Criação e/ou adequação dos serviços especializados (ambulatórios LGBTI) para tratamento hormonal na RAS
Insuficiência da capacidade de diagnóstico pelos serviços de imagem	Demanda reprimida de acesso aos exames a tratamentos que demandam deste apoio diagnóstico; necessidade de revisão e readequação dos contratos junto ao HU-FURG e Santa Casa de Rio Grande	Adequação dos parâmetros conforme necessidades de saúde para contratualização de prestadores de serviços
		Acompanhamento e regulação da prestação dos serviços contratualizados
		Ampliação da oferta de exames contratualizados
		Articulação e pactuação de financiamento para implementação de serviço de raio x nos municípios da região 21
		Distribuição equânime das ofertas entre os municípios
Acesso a leitos clínicos e especialidades	Demora no acesso e insuficiência de leitos clínicos, cardiológicos e neurológicos, conforme parâmetros assistenciais	Qualificação da regulação de acesso aos leitos hospitalares
		Ampliação da oferta de leitos hospitalares em todas as especialidades
		Ampliação das ações de controle social do acesso aos leitos

Acesso ao tratamento, recuperação e reabilitação de pacientes com sequelas pós-covid	Aumento nas doenças crônicas e/ou comorbidades pós infecção pelo SARS-Cov 2; Ambulatórios Pós-Covid HU-FURG e HE-UFPEl só atendem pacientes que internaram nos leitos covid por eles regulados, além da falta de capacidade física para ampliar serviço para referência e contrarreferência	Criação, pactuação e habilitação de ambulatório PÓS-COVID
		Articulação, pactuação e contratualização com ambulatórios Pós-Covid HU-FURG e HE-UFPEl
Acesso a consultas especializadas	Insuficiência de consultas que são ofertadas na média complexidade para áreas de urologia, dermatologia, oftalmologia, traumatologia e vascular; aumento na demanda reprimida nos municípios	Ampliação do financiamento de ações e serviços de saúde na região sul
		Ampliação da oferta de consultas pelos prestadores de serviço
		Qualificação da regulação de acesso às consultas especializadas
		Avaliação de serviços já oferecidos

Quadro 4 - Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 21 - VS

Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 21 - VS		
Necessidade de saúde identificada na Análise Situacional	Justificativas / Embasamentos	Necessidade de ação ou serviço de saúde
Reduzir casos de tuberculose	Incidência de tuberculose na região 21 está acima da média estadual, sendo uma das regiões mais preocupantes do RS	Qualificação e expansão do programa de controle de tuberculose
	Baixa taxa de cura e alta taxa de abandono do tratamento, influenciando na alta incidência (Drogas; HIV/AIDS)	Descentralização do programa de controle da tuberculose para a APS

	Equipes incompletas do programa de controle de tuberculose, dificultando a busca ativa bem como o acompanhamento dos usuários em tratamento; dificuldade de acesso aos registros sistematizados por falta ou baixa quantidade de notificações; aumento nas taxas de internação e reincidência por agravamento dos casos confirmados	Ampliação das equipes do programa de controle da tuberculose
		Ampliação das ações de busca ativa dos pacientes
		Sensibilização das equipes de saúde da RAS na notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados
		Ampliação das ações de notificação compulsória
		Qualificação e capacitação das equipes de saúde na identificação precoce de pacientes sintomáticos
		Criação e ampliação dos comitês municipais de tuberculose e comorbidades infectocontagiosas
	Decreto 9716/2019, referente à política sobre drogas extingue a redução de danos, para fortalecimento de ações de controle de doenças infectocontagiosas nas RAS com populações de risco	Ampliação e regulação de oferta de baciloscopia
		Ampliação e manutenção das equipes de redução de danos, de consultório na rua e de saúde prisional
		Capacitação e qualificação dos profissionais na coleta de escarro para baciloscopia
	Insuficiência na regulação do acesso ao apoio diagnóstico.	Qualificação da regulação do acesso aos exames de raio x e tomografia de tórax
		Ampliação da oferta de exames de raio-x e tomografia de tórax

		Habilitação de prestadores de serviço para o apoio diagnóstico
Reduzir índices de mortalidade por causas externas	Maior causa de internação na população jovem das lesões por envenenamento e agressões. 1ª causa na faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade e 2ª causa dos 20 aos 49 anos de idade. As causas externas são responsáveis pela principal causa de mortalidade nas faixas etárias dos 10 aos 49 anos de idade.	Implantar e implementar ações e políticas intersetoriais de saúde, assistência social e educação voltadas a prevenção das causas externas, em especial da violência interpessoal e autoprovocada
		Fortalecimento do GT intersetorial da saúde regional e implantar GTs municipais
		Desenvolvimento de um plano piloto das linhas de cuidado para uma rede intersetorial de atendimento às pessoas em situação de violência
		Garantia de efetivas ações dos Programa Vida no Trânsito
Qualificação e adequação da informação em saúde para manutenção dos recursos financeiros	Subnotificação de dados em sistemas de informação	Qualificação e utilização dos SIS
Confiabilidade no uso dos sistemas de informação para subsidiar o planejamento e avaliação em saúde	Inconsistência das informações nos diversos sistemas de informação	

Ampliação do preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalhador	Municípios não atingem a meta de proporção do preenchimento do campo ocupação	Capacitação e sensibilização da gestão e da RAS para o preenchimento do campo ocupação nas notificações
Ampliação das notificações dos agravos à saúde no SIST/SINAN	Subnotificação de dados	Ações de capacitação da RAS em notificação da saúde do trabalhador
Qualificação da investigação de óbitos por acidentes de trabalho	Baixa taxa de notificação de agravos relacionados à saúde do trabalhador	Investimento em equipes das VISATs em investigações de óbitos relacionados ao trabalho
	Carência de dados importantes nas investigações de óbitos relacionados ao trabalho	
Qualificação da vigilância em saúde do trabalhador	Carência em ações de educação preventiva e vigilância em ambientes de trabalho, com foco em acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho.	Ações de educação permanente em saúde e vigilância em ambientes de trabalho
	Municípios sem responsáveis pela VISAT	Cobrar a nomeação e capacitação de responsáveis pelas VISATs.
	Crescimento das morbimortalidades relativas ao trabalho, acidentes ou doenças.	Monitoramento e intervenção nos ambientes de trabalho para promoção da saúde.
	Baixo envolvimento do controle social na vigilância da saúde do trabalhador	Criação das CISTS nos CMS e capacitação para o funcionamento destas.

		Ações de divulgação da importância da saúde do trabalhador para sindicatos, associação de trabalhadores e CIPAs.
		Acompanhamento e avaliação do CEREST com revisão dos fluxos de atendimento
Qualificar o Saneamento Básico	Cerca de 50% dos municípios da R21 em 2010, possuem inadequação de esgoto doméstico abaixo da média regional, ainda que a região se encontre acima da média estadual de 65%;	Investimento em ações e serviços de saneamento básico
	As condições de saneamento se constituem em importantes fatores sociais determinantes de saúde, e influenciam diretamente a demanda por serviços de saúde. Condições inadequadas estão relacionadas a doenças diarreicas, hepatite A, dengue, Zika vírus, conjuntivites, leptospirose, dentre outras. Resíduos sólidos com destino inadequado contribuem para a proliferação de vetores e transmissão de doenças.	Qualificação das ações do VIGIAGUA incluindo: Capacitação anual dos servidores municipais; Cobranças intermediárias do atendimento dos indicadores (trimestrais); Realização de atividades educativas mencionando a importância do consumo da água tratada e sua relação com Doenças de Veiculação Hídrica; Cobrança de resultados dos prestadores de serviços quanto às inconformidades observadas nas inspeções; Estabelecimento de meios para o abastecimento com água potável aos municípios que não tenham acesso à água tratada através de rede de abastecimento
Qualificar as informações e o atendimento às vítimas de violência sexual	Subnotificação de violência sexual. Apesar do aumento de sensibilidade para a notificação ocorridas nos últimos períodos, a violência sexual permanece com notificações baixas em alguns municípios ainda são silenciosos para este agravo (14/22 municípios no ano de 2017)	Fortalecimento do grupo de trabalho regional das violências
		Ações de EPS para o acolhimento e linha de cuidado
		Protocolos padronizados em todos os níveis de atenção, referente a linha de cuidado para violência sexual e notificação

Número adequado de fiscais sanitários	Os fiscais sanitários não exercem somente atividades na vigilância sanitária	Contratação de fiscais sanitários efetivos, em número suficiente, de acordo com o universo de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária na sua região.
---------------------------------------	--	---

Quadro 5: Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 21 - Financiamento

Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 21 - Financiamento		
Necessidade de saúde identificada na Análise Situacional	Justificativas / Embasamentos	Necessidade de ação ou serviço de saúde
Qualificar gestão de recursos financeiros na APS	A cobertura populacional por equipes de AB na região é de 73%, contudo há indicadores sensíveis à resolutividade da AB, que não possuem metas alcançadas; comparativo das aplicações de recursos por função, demonstra uma expressiva parte dos investimentos na assistência hospitalar e ambulatorial em detrimento da APS.	Ampliação de ações e serviços que contemplem o alcance das metas dos indicadores sensíveis a APS
		Ampliação dos recursos financeiros para saúde na R21
		Fiscalização dos recursos financeiros destinadas à região 21
		Qualificação da gestão dos recursos na APS
		Planificação da APS
		Ampliação de ações de prevenção e promoção da saúde
		Remuneração dos profissionais de saúde da APS compatível com teto profissional de cada categoria
Qualificar Auditoria em Saúde	O processo de auditoria é demorado e fere o sigilo de investigação, pois necessita solicitar dados de saúde a diversos "setores"	Ampliação do acesso aos dados e informações em saúde
		Qualificação dos sistemas de informação públicos e privados

Qualificar ouvidoria	Municípios sem ouvidoria ou sem estrutura para implementar o serviço. Além disso, dados da ouvidoria não são utilizados pela gestão municipal, as respostas são inadequadas, inconclusivas e com demora no cumprimento dos prazos para as demandas da população. A R21 é a região com maior demanda reprimida de respostas, sendo que em torno de 80% são do município de Pelotas.	Utilização dos dados provenientes da ouvidoria para qualificação dos investimentos municipais
		Implicação do controle social nas demandas de ouvidoria, no intuito de democratizar a informação
		Implantação e qualificação de equipes profissionais para o serviço de ouvidoria
		Ampliação de estrutura física, equipamentos e pessoal nos serviços de ouvidoria
		Qualificação dos processos de recebimento, análise e resolutividade das demandas da ouvidoria
		Utilização dos dados da ouvidoria como ferramenta de gestão
		Sensibilização de gestores sobre o papel da ouvidoria
Fortalecer controle social	Fragilidade na capacidade avaliativa para análise, emissão de parecer e aprovação de planos, relatórios e instrumentos de gestão pelos Conselhos Municipais de Saúde, inclusive DIGSUS; insuficiência de encontros entre os conselheiros municipais nas atividades regionais	Qualificação das comissões técnicas dos CMS
		Qualificação e capacitação dos conselheiros municipais de saúde
		Reestruturação dos CMS
		Ampliação das plenárias regionais e macrorregionais dos CMS
	Descumprimento da lei 8142/1990 e da Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde	Ampliação dos investimentos na participação dos conselheiros de saúde em atividades regionais
	Ampliação do quantitativo de conselheiros municipais de saúde a partir dos marcos legais	

Qualificar a comunicação entre níveis de atenção	Usuários encaminhados para alguns serviços ou internação sem estratificação do grau de risco ou regulação do acesso	Implantação de protocolos assistenciais
		Qualificação da gestão e regulação em saúde
		Contratualização dos serviços e equipes para ações de matriciamento na RAS
	Sobreposição de serviços regionalizados	Ampliação e qualificação das habilitações e contratualização de serviços de saúde regionalizados
		Qualificação e fortalecimento das Comissões de Acompanhamento de Contratos
		Qualificação e acesso aos sistemas de informação e gestão em saúde
	Fragilidades da gestão, das relações e da governança em nível local e regional	Qualificação e capacitação dos gestores em nível local e regional
		Qualificação dos processos e encaminhamentos na SETEC e CIR
		Utilização da SETEC e CIR como espaços de EPS

Quadro 6: Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 22 - Pampa

Matriz de Identificação de Necessidades de Saúde da Região 22 - Pampa		
Necessidade de saúde identificada na Análise Situacional	Justificativas / Embasamentos	Necessidade de ação ou serviço de saúde
Cobertura Populacional de Atenção Básica	A Atenção Primária é a principal porta da RAS; Melhorar os índices de Morbimortalidades, como mortalidade pelas principais DCNT's; Melhorar os Indicadores de Saúde, como as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB);	Implantação de novas Equipes de Saúde da Família; Manter cobertura populacional adequada de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por Equipe de Saúde da Família (ESF); Manter quantidade suficiente de médicos por Equipe de Saúde da Família;
Garantir acesso qualificado na Atenção Primária em Saúde	Atuação integrada com Equipes de ESF permite, amplia e qualifica as intervenções no território; Melhorar os índices de Morbimortalidade (DCNT's) e Indicadores de Saúde (ICSAB). Falta de homogeneidade na cobertura vacinais; Desconhecimento e falta de comprometimento dos profissionais que atuam nas UBS; Necessidade de qualificação dos profissionais; Melhorar os índices de Morbimortalidade e Indicadores de Saúde.	Remanejamento de Profissionais do "NASF" para compor Equipes de Atenção Básica e Equipes de Saúde da Família; Ampliação do Escopo de ações na Atenção Primária em Saúde; Qualificação dos profissionais para a abordagem à questões relacionadas ao Covid-19; Qualificação dos profissionais quanto ao Programa Previne Brasil, Rede Bem Cuidar e outros programas de saúde que sejam implantados; Estratégia de Educação Continuada embasadas na Política de Educação Permanente em Saúde para os Profissionais da Equipe de Atenção Básica.
Dificuldade de acesso ao Programa Academia da Saúde	Melhorar os índices de Morbimortalidade e Indicadores de Saúde; Estimular práticas de promoção à Saúde.	Implantação de Academias da Saúde nos Municípios

Baixa Cobertura Populacional de Saúde Bucal na Atenção Básica	<p>A Atenção Primária é a principal porta da RAS;</p> <p>Diminuir os índices de Extrações e indicadores de saúde relacionados à Odontologia;</p> <p>Garantir assistência aos pacientes acamados e domiciliados.</p>	<p>Implantação de novas Equipes de Saúde Bucal nos Municípios com baixa cobertura;</p> <p>Implantar e/ou Pactuar Laboratório de Próteses Dentárias com atendimento regional ou municipal para atingir toda população da Região;</p> <p>Adquirir consultório móvel para propiciar atenção à Saúde Bucal nos domicílios.</p>
Dificuldade de Acesso à rede de Odontologia Especializada	<p>Falta de formalização de referência especializada para os municípios da Região exceto Bagé;</p> <p>Diminuir os índices de Extrações e melhorar os indicadores de saúde à Odontologia.</p>	<p>Formalizar a referência em Odontologia Especializada para os municípios;</p>
Qualificar o acesso para Vítimas de Violência Sexual e Acidente com Material Biológico para tratamento de HIV e IST's	<p>Organizar o fluxo dos pacientes de acordo com a realidade de cada município;</p> <p>Reduzir os índices de transmissão do HIV e outras ISTs nos casos de violência sexual ou exposição a material biológico;</p>	<p>Implantação PEP (Protocolo Pós Exposição ao HIV para Vítimas de Violência Sexual e Acidente com Material Biológico) no Pronto Socorro de Hospital São Luiz em Dom Pedrito;</p> <p>Inserção da temática nas ações de Educação Permanente em Saúde.</p>
Qualificação do atendimento quanto ao HIV e IST's	<p>Atendimento qualificado aos pacientes que vivem com HIV/Aids e outras ISTs;</p> <p>Adesão ao tratamento com terapias antirretrovirais;</p> <p>Espaço físico adequado e equipe mínima completa.</p>	<p>Manter Estrutura adequada dos Serviços de Referência em Bagé e Dom Pedrito;</p>
Baixa Cobertura do PIM e Programa Criança Feliz	<p>Garantir o crescimento e desenvolvimento infantil com qualidade.</p>	<p>Implantação do PIM/Criança Feliz nos Municípios que não possuem;</p> <p>Aumento de Cobertura do Programa em Municípios que já possuem programa implantado;</p>

	Melhorar os índices de Morbimortalidade e Indicadores de Saúde relacionados à atenção às crianças em situação de vulnerabilidade;	Estabelecer Estratégias de fixação dos profissionais;
Ampliação do acesso ao Programa Saúde na Escola	Melhorar os índices de Morbimortalidade e Indicadores de Saúde relacionados à atenção às crianças e adolescentes. Redução do percentual de Gravidez na Adolescência.	Desenvolver todas as ações previstas no programa; Aumentar a cobertura do Programa para escolas que não possuem.
Qualificação do acesso à Saúde do Homem	Melhorar os índices de Morbimortalidade e Indicadores de Saúde relacionados à população masculina.	Implantar ações específicas e continuadas de saúde do Homem em todos os Municípios da Região; Aumentar o quantitativo de serviços em horário estendido de atendimento.
Qualificação do acesso à Saúde do Idoso	Melhorar os índices de Morbimortalidade e Indicadores de Saúde relacionados à população idosa; Aumento da longevidade e consequente aumento do percentual de população idosa.	Promover Educação Permanente em Saúde para profissionais sobre a Avaliação Integral à Saúde do Idoso, promoção da Saúde e quanto à prevenção de quedas; Avaliar a necessidade de implantação de Leitos de Geriatria.
Qualificação do acesso à Política de Alimentação e Nutrição e Programa Auxílio Brasil	Melhorar os índices de Morbimortalidade relacionados às Doenças Crônicas; Internações Hospitalares por agravos relacionados à Alimentação e Nutrição; Elevados Índices de Estado Nutricional quanto à magreza e Obesidade; Melhorar o indicador e cobertura de avaliação do Programa Auxílio Brasil.	Aumento da Cobertura de avaliação do Programa Auxílio Brasil na Saúde; Desenvolvimento de programas de alimentação saudável juntos a todos os municípios da Região; Ampliação e qualificação das ações do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e Ferro; Qualificação dos profissionais da Rede sobre o SISVAN, com estímulo dos usos do sistema e suas ferramentas.
Ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares	Melhorar os índices de Morbimortalidade no geral;	Implantação de Política de Plantas Medicinais em Municípios da Região;

	Inclusão de práticas integrativas e complementares de tratamento na Atenção Básica; Ampliar possibilidades de cuidados para além dos medicamentos.	Desenvolvimento de programas de práticas integrativas e complementares junto à Atenção Básica.
Elevados Índices de Morbimortalidades na População Privada de liberdade	Cobertura de ESF Prisional; Índices de morbimortalidade elevados na população privada de liberdade.	Habilitação da Equipe de Saúde Prisional de Dom Pedrito; Implantação e Habilitação de Equipe de Saúde Prisional em Bagé.
Qualificação do acesso à Saúde para a população indígena	Aumento do fluxo de indígenas na região; Necessidade de lidar com esta população considerando o viés cultural; Qualificar a atenção primária no intuito de promover a saúde dos povos indígenas.	Realizar as ações preconizadas pela Portaria Estadual nº 635/2021 no município de Aceguá.
Qualificação do atendimento à população LGBT	Baixo número de cartão SUS com nome social nos municípios da região; Necessidade de acolher a população LGBT nos serviços de saúde e, em caso de necessidade de hormonioterapia, realizar encaminhamento em tempo oportuno.	Implantar ações de educação em saúde para acolhimento da população LGBT
Qualificação do atendimento à população negra e quilombola	Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde Fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo de vida	Retomada/implantação de ações de combate ao racismo institucional; Retomada/implantação dos projetos de financiamento referentes à ESFQ.
Qualificação do atendimento à Saúde Integral da Mulher	Baixas taxas de mamografia e citopatológicos nos resultados dos indicadores de saúde;	Ampliação do quantitativo de Exames Citopatológicos contratualizados;

	Necessidade de revisão população-alvo por faixas etárias preconizadas.	Contemplar nos resultados dos indicadores o quantitativo de Exames Citopatológicos realizados na saúde suplementar e comprados pelos municípios; Adoção de estratégias de busca de mulheres para a realização de exames de mamografias.
Qualificação do atendimento à Saúde Integral do Adolescente	Redução das morbimortalidades na população adolescente.	Implantação de ações específicas e continuadas de Atenção à Saúde do Adolescente; Atividades de Educação Permanente em Saúde.
Melhoria do acesso da população a medicamentos	Aumento das demandas judiciais; Aumento no financiamento; Falta de medicamento de responsabilidade do Estado.	Realizar levantamento de possíveis causas para judicialização; Garantir o fluxo do fornecimento dos medicamentos de forma administrativa em tempo hábil; Focar nas estratégias de gerenciamento de recursos; Otimizar o processo de acesso do paciente ao medicamento.
Diminuir os Índices de Mortalidade Fetal, Infantil e Materno.	Referência atual para atendimentos de Gestantes de Alto Risco dos Municípios (exceto Bagé) serem em Porto Alegre (GERCON); Altas Taxas de Mortalidade Fetal, Infantil e Materna; Encaminhamentos desnecessários aos serviços de referência, onerando o município em transporte;	Implantação de Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR tipo I) em Bagé para atendimento de todas gestantes da Região. Implantação do Guia do Pré-natal na Atenção Básica em todos os municípios; Elaboração e implementação dos Protocolos municipais de Pré-natal, Parto e Nascimento; Aumentar a oferta dos métodos contraceptivos (vasectomia, laqueadura, DIU); Disponibilizar Teste Rápido de Gravidez em todos os municípios da Região;

	Falha no fluxo da Rede que reflete no Planejamento Familiar;	Delinear o acesso do atendimento integrado: Ações educativas; organizar fluxo da rede de atendimento à gestante no planejamento familiar.
Diminuir Índices de morbimortalidades em Crianças	Nossa referência no momento só tem habilitação de UTIN e ainda não se organizou para distribuição dos leitos com os cuidados intermediários; Somente um município faz suplementação de ferro e vitamina A;	Habilitação de leitos de UTIN, UCINco e UCINca; Implementação da Política de Suplementação de Ferro e Vitamina A; Habilitar Casa da Gestante.
Melhorar o acesso da população à Rede de Atenção às Urgências impactando dos Índices de morbimortalidades	Elevados índices de Morbimortalidade relacionados a doenças do aparelho circulatório; Necessidade de ampliação do acesso na RAS de serviços de atenção especializada em Cardiologia; Necessidade de adequação do número de leitos; Necessidade de Protocolos nas Portas de Entrada.	Habilitação de Serviço de Hemodinâmica (Cateterismo) na Região de Saúde; Monitoramento e Avaliação das Portas de Entrada Hospitalares para qualificação; Habilitação base descentralizada SAMU 192 em Hulha Negra; Monitoramento e Avaliação da UTI para análise situacional e nova proposta ao PAR; Monitoramento e Avaliação dos hospitais para análise da necessidade de habilitação de leitos de retaguarda/cuidados prolongados; Habilitação de Unidade de Suporte Avançado (USA) para atendimento Regional; Estabelecimento de referência em Urgência e Emergência Oftalmológica;

		Revisão dos critérios de transporte de Urgência.
Altos Índices de morbimortalidades por condições sensíveis à Rede de Atenção Psicossocial	<p>Necessidade de moradia para pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não;</p> <p>Elevado número de internações psiquiátricas de longo prazo em Hospital Geral;</p> <p>Necessidade que o município tem sobre o acesso a informação do paciente internado.</p> <p>Excessiva demanda para atendimentos clínicos nos CAPS;</p> <p>Necessidade de melhoria na organização no atendimento hospitalar;</p>	<p>Implantar o Serviço Residencial Terapêutico no município de Dom Pedrito;</p> <p>Implantar Oficinas terapêuticas em todos os Municípios da Região;</p> <p>Implantação efetiva de um protocolo de referência e contrarreferência.</p> <p>Implantar AMENT em todos os municípios da Região;</p> <p>Implantar alas de Saúde Mental nos Hospitais Gerais da Região habilitados com esse serviço;</p>
Melhoria do acesso da população a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência	<p>Colocar em dia a entrega das próteses físicas e auditivas;</p> <p>Proporcionar integralidade no atendimento do usuário;</p> <p>Aumentar a acessibilidade dos espaços físicos dos serviços de Reabilitação Auditiva, Intelectual e Física;</p> <p>Qualificar, ampliar e diversificar as ações para as pessoas com deficiência.</p>	<p>Regularização de prazos para entrega de próteses;</p> <p>Efetivação do TEAcolhe junto ao Caminho da Luz em Bagé;</p> <p>Efetivação do Centro Especializado em Reabilitação Auditiva, Intelectual e Física (CER III) em Bagé;</p>

Qualificação do acesso a serviços de Média e Alta Complexidade	Vazios assistenciais; Falta de referência para consultas em nefrologia.	Aumentar o quantitativo de Ressonância Magnética com contraste; Colocar todos os exames Regionais no SISREG; Revisar as compras dos municípios e tentar prestadores; Pactuar referências em Urologia, Mastologia Geral e Nefrologia Geral; Repactuar com o serviço da Nefro Rim Sul Ltda (consultas).
Qualificação do acesso a serviços que são referenciados para Porto Alegre	Longo tempo de espera pelas consultas pelo GERCON.	Disponibilizar serviços e consultas com mais agilidade em reumatologia, endocrinologia, coloproctologia e urologia.
Qualificação do acesso a serviços que são referenciados para Pelotas (referência macrorregional)	Dificuldade de acesso às referências Macrorregionais; Longo tempo de espera pelas consultas e falta de acesso às listas de espera.	Criação de serviço Ambulatorial Regional em Atenção Cardiovascular e Cirurgia Vascular na Santa Casa de Caridade de Bagé; Repactuação das cotas de consultas; Acesso às listas de espera para facilitar a regulação.
Qualificação do acesso a serviços na Linha de Cuidado do AVC	Estabelecer protocolo de Urgência em Neurologia (AVC).	Habilitação de Serviço para o uso de trombolítico no AVC Isquêmico.
Qualificação da Rede para atendimento ao COVID-19	Estabelecer ambulatório Pós-Covid-19	Implantar Ambulatório Regional e/ou Municipal Pós-Covid-19.
Qualificação da Rede de Atenção às Doenças Crônicas em Cardiologia		Habilitação de Serviço de Hemodinâmica (Cateterismo) na Região de Saúde;

	<p>Elevados índices de Morbimortalidade relacionados a doenças do aparelho circulatório;</p> <p>Necessidade de ampliação do acesso na RAS de serviços de atenção especializada em Cardiologia.</p>	<p>Regularizar a linha de cuidado da referência regional do serviço cardiologia de média complexidade, pactuando cotas de consultas e exames.</p> <p>Pactuar referência em Angiologia;</p>
Qualificação da Rede de Atenção às Doenças Crônicas em Neurologia	Elevados índices de morbimortalidade relacionados a doenças neurológicas.	<p>Criar a Rede de Neurologia Regional de média complexidade;</p> <p>Contratualizar um prestador para Eletroencefalografia.</p>
Qualificação da Rede de Atenção às Doenças em Oncologia	Elevados índices de morbimortalidade relacionados às neoplasias.	Habilitação do Serviço de Radioterapia;
Baixa Cobertura de Imunizações em menores de 1 ano	<p>Baixa cobertura vacinal em menores de um ano;</p> <p>Reaparecimento de doenças imunopreveníveis.</p>	<p>Aumento da Cobertura Vacinal em menores de 1 ano;</p> <p>Ações de Educação Permanente visando à sensibilização dos profissionais de saúde.</p>
Baixa Cobertura de Imunizações em Febre Amarela	<p>Municípios da Região passaram a ser área de recomendação de risco da Febre Amarela;</p> <p>Baixa cobertura vacinal da população de 9 meses a 59 anos.</p>	<p>Aumento da Cobertura Vacinal em Febre Amarela;</p> <p>Ações de Educação Permanente visando à sensibilização dos profissionais de saúde.</p>
Reativação do Programa VIGIAR	<p>O programa é implantado prioritariamente em municípios onde há empreendimento que gere poluição atmosférica;</p> <p>Candiota é um município considerado prioritário por possuir atividade de extração de carvão mineral;</p>	Oficina de capacitação e apresentação do VIGIAR com as equipes de Vigilância Ambiental e Vigilância Epidemiológica dos municípios citados;

	<p>Lavras do Sul possui um projeto de extração de fosfato que levará para a categoria de prioritário;</p> <p>Bagé possui Unidade Sentinela implantada, mas encontra-se desativada;</p> <p>Dom Pedrito é considerado de Risco Médio para poluição atmosférica;</p> <p>Os dados da unidade sentinela construíram o histórico da qualidade do ar do município permitindo ligar o aumento de doenças respiratórias a alterações ambientais.</p>	<p>Reativação do programa em Candiota, definindo a pessoa de referência para alimentar a Unidade Sentinela com informações;</p> <p>Implantação da unidade sentinela e definição da pessoa de referência em Lavras do Sul e Dom Pedrito.</p>
<p>Qualificação do Programa VIGIÁGUA</p>	<p>Manter a vigilância com as doenças de veiculação hídricas nesses locais de grande fluxo de pessoas, como exemplo, as hepatites do grupo A, doenças diarréicas, protozoários, entre outros agravos.</p>	<p>Capacitação sobre VIGIÁGUA para os profissionais dos municípios;</p> <p>Melhorar as estruturas de algumas Soluções Alternativas Coletivas de abastecimento de água (SACs), junto aos municípios de Hulha Negra a SAC URCAMP Rural e Escolas Rurais, em lavras do Sul, a SAC de Ibaré, em Dom Pedrito a SAC de Torquato Severo, sendo que todas estas comunidades ainda não possuem tratamento de água adequado, conforme preconiza a legislação vigente.</p>
<p>Qualificação das Ações de Vigilância Epidemiológica</p>	<p>Devido à alta rotatividade de profissionais, faz-se necessário a definição de responsáveis nas áreas de vigilância epidemiológica e sistemas de informação (SINAN);</p> <p>Qualificação dos instrumentos de informação (fichas de notificação);</p> <p>Diminuir os sub-registros.</p>	<p>Capacitação em Vigilância Epidemiológica através de Educação Permanente com ênfase nas notificações de violência;</p> <p>Atualizar as fontes notificadoras dos municípios;</p> <p>Monitoramento das doenças diarréicas e capacitação do CEVS para Regional e Municípios;</p>

<p>Qualificação das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador</p>	<p>Aumento do número de notificações de acidentes e doenças no trabalho na atenção primária e demais fontes de notificações e qualificar estes dados. (Nos sistemas de Informação de agravos a saúde do trabalhador (SINAN e SIST), existem pouquíssimos dados notificados pela atenção primária na maioria dos municípios da regional);</p> <p>Necessidade de estruturar a rede de serviços para assistir a todo trabalhador vítima de agravo à saúde;</p> <p>Necessidade de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador.</p>	<p>Aumentar o número de notificações na Atenção básica e demais fontes notificadoras;</p> <p>Realizar ações de vigilância em saúde do trabalho;</p> <p>Investigar os óbitos relacionados ao trabalho;</p> <p>Estabelecimento de fluxos de atendimentos entre a AB, Cerest, referências técnicas em ST e outros serviços especializados (de média e alta complexidade);</p> <p>Ter um CEREST da 7ª CRS ou uma UREST ou UREST;</p> <p>Incorporar e ou ampliar conteúdos de ST nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes de atenção primária em saúde (para suporte técnico da equipe) (EAB, NASF, VISATS municípios e regional, CEREST), e demais portas de entrada (VISATs e Cerest);</p> <p>Discutir casos EAB na identificação dos agravos mais prevalentes relacionados ao trabalho (EAB, NASF, VISATS municipais e regional, CEREST).</p>
<p>Realizar as ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i> preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) e PEVCA</p>	<p>Todos os municípios da Região são considerados infestados e devem manter atualizadas ações de vigilância ambiental do vetor da dengue/zika/chikungunya/febre amarela;</p>	<p>Realização dos levantamentos de índice LIA/LIRA, 4x ao ano;</p> <p>Visitas aos Pontos Estratégicos (PEs), quinzenalmente e tratamento com larvicida. Este último, em caso de município infestado;</p> <p>Municípios infestados, devem ser realizados 6 ciclos de visita domiciliar, abrangendo, no mínimo, 80% dos imóveis em cada ciclo;</p> <p>Manter em todos os municípios infestados o número mínimo preconizado de 1 Agente de Combate de Endemias (ACE) para cada 800 imóveis urbanos;</p>

	As ações estão previstas no Manual do Programa Nacional de Controle da Dengue elaborado pelo Ministério da Saúde em 2002.	<p>Todos devem realizar ações de conscientização da população e mutirões de limpeza, conforme está estipulado nos respectivos planos de ação, devidamente aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde de cada município;</p> <p>Capacitação da CRS para a Educação;</p> <p>Elaboração/atualização do Plano de Contingência para ser executado em caso de surto epidêmico.</p>
Aumento da notificação de intoxicações causadas por agrotóxicos	<p>A intoxicação por agrotóxico está instituída no SINAN, sendo considerada de notificação compulsória;</p> <p>A ausência de registro dificulta a identificação das condições ambientais que estão causando doenças na população.</p>	<p>Divulgação do fluxo de informação a partir da identificação de intoxicação exógena pelo setor saúde;</p> <p>Realização de oficina da Coordenadoria com objetivo de sensibilizar os profissionais da Atenção Básica e demais técnicos de saúde;</p> <p>Divulgação dos riscos de intoxicação para trabalhadores do meio rural.</p>
Qualificação das Ações de Vigilância Sanitária	<p>Resolução nº 123/13 (SIVISA);</p> <p>Resolução CIB/RS nº 250/2007.</p>	<p>Educação permanente de fiscais sanitários;</p> <p>Implantação do SIVISA nos municípios de Bagé, Hulha Negra e Lavras do Sul. Nos demais já implantado;</p> <p>Realizar as ações de VISA preconizadas na pactuação e alimentar o SIA/SUS nos municípios;</p>
Estruturação das Ações de Vigilância Sanitária		<p>Publicação ou revisão da Lei de Criação da Vigilância Sanitária (que institua as instâncias de julgamento do PAS) e da Lei de Arrecadação de Taxas e Multas, com reversão dos valores arrecadados exclusivamente para subsidiar a estrutura e as ações de Vigilância Sanitária;</p>

	<p>Resolução nº 130/2000 (Todos os municípios da 7ªCRS estão certificados como Tipo III);</p> <p>Resolução CIB/RS nº 250/2007.</p>	<p>Publicação de Portaria de designação dos profissionais como fiscais sanitários;</p> <p>Destinação de profissionais suficientes com qualificação e formação conforme as atividades pactuadas (equipe mínima);</p> <p>Descentralização das ações pactuadas para os municípios;</p> <p>Destinação de profissionais suficientes com qualificação e formação na 7ª CRS (equipe mínima);</p>
Garantia de Espaço de Participação Social no SUS	<p>Manter espaços de participação social acessível à população;</p> <p>Legislação de Conselhos Municipais desatualizadas;</p>	<p>Manter a realização de Conferências Municipais de Saúde conforme periodicidade legal;</p> <p>Atualizar a legislação dos Conselhos Municipais de Saúde de acordo com as necessidades atuais da Participação Social.</p>
Qualificar o Serviço de Auditoria	<p>Dificuldade de acesso à informação para os serviços de auditoria;</p> <p>Grande área de atuação do serviço de Auditoria da Coordenadoria abrangendo também a 10ªCRS;</p> <p>Previsão de aposentadoria em curto prazo de servidores do setor de auditoria da Coordenadoria.</p>	<p>Melhorar o acesso aos dados para a realização dos serviços de auditoria;</p> <p>Reposição de pessoal na Equipe de Auditores da Coordenadoria;</p> <p>Qualificar o processo de trabalho dos auditores.</p>
Ouvidoria	<p>Ampliar e qualificar o acesso da população aos serviços de Ouvidoria do SUS</p>	<p>Implantar serviço de Ouvidoria do SUS em todos os Municípios;</p> <p>Qualificar através de Educação Permanente os Serviços de Ouvidoria já existentes;</p> <p>Divulgação para a população dos serviços existentes;</p>
Judicialização	<p>Grande número de processos judiciais para acessos a serviços e medicamentos</p>	<p>Estabelecer fluxos administrativos que reduzam o número de judicializações;</p> <p>Aumentar a comunicação de quais os serviços disponíveis pelo SUS à população;</p> <p>Apresentar uma proposta ao Poder Judiciário para diminuição das demandas judiciais.</p>

Qualificar a Gestão em Saúde	<p>Melhorar o Monitoramento e Avaliação dos serviços de saúde</p> <p>Estrutura da Coordenadoria Regional de Saúde</p>	<p>Manter Grupo de Trabalho Bipartite permanente de monitoramento e avaliação de indicadores e serviços de Saúde;</p> <p>Manter o preenchimento regular conforme prazos oficiais dos Instrumentos de Gestão nos Sistemas Oficiais (DIGISUS – Módulo Planejamento) e envio dos relatórios aos Conselhos Municipais e Câmaras de Vereadores;</p> <p>Manter Grupo de Trabalho Bipartite permanente de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde contratualizados;</p> <p>Tornar o contrato dos prestadores do SUS com o Estado mais transparente aos gestores municipais, deixando claro quais são as cotas previstas, através de uma regulação mais efetiva do que é previsto X com que é regulado;</p> <p>Avançar no uso de tecnologias / inovação na gestão pública Estadual e Municipal;</p> <p>Manter atualizada a PPI da região com referências “reais”;</p> <p>Estabelecer a necessidade de Profissionais de carreira para Ações de Gestão nos Municípios.</p> <p>Manter representantes da Região 22 (Pampa) nas Comissões de Avaliação de Contratos dos serviços que são Macrorregionais situados na Região 21 (Sul);</p> <p>Proporcionar Espaço Físico adequado de trabalho destinado para todos setores da 7ª CRS;</p> <p>Proporcionar acesso ao uso de novas ferramentas de trabalho, tecnologias e inovação para os servidores da 7ª CRS;</p> <p>Manter o quantitativo de servidores do quadro da 7ª CRS compatível com as necessidades técnicas específicas das áreas;</p>
Garantia de Financiamento adequado e suficiente da saúde	Transferências intergovernamentais em montante per capita menor em relação a outras regiões de saúde	Garantir financiamento adequado, regular e suficiente para as políticas de saúde pública conforme previsão legal;

		Garantir financiamento que minimize as desigualdades sociais da região em comparação com demais regiões do Estado, criando incentivo específico para a Região.
Implantação/ Efetivação NUMESC (Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva) nos municípios da Regional.	Resolução CIB/RS nº 590/2013 e alterada pela CIB/RS 320/2017;	Formalizar mediante Portaria a criação dos NUMESC nos municípios que já tem referência e realizam as ações de EP; Apoiar a implantação de NUMESC nos municípios que não tem referência, mas realizam as ações de EP.
Manutenção do Fórum Regional de Educação Permanente em Saúde e Outras Ações propostas pela CIES Regional	Fórum Regional ocorre anualmente desde 2014. Oficinas de EPS para servidores dos municípios Outras Ações Regionais propostas pela CIES (ex: Colóquio de Educação Permanente em Saúde, capacitações); Curso de Acolhimento em Saúde;	Fortalecer a CIES Regional, conforme previsto na PNEPS para implementação das ações de Educação Permanente na Região; Reconhecer o trabalho realizado pelos trabalhadores, gestores, estudantes da Saúde e controle social da Regional Manutenção das atividades de Educação Permanente em Saúde; Fortalecer a CIES Regional, conforme previsto na PNEPS para implementação das ações de Educação Permanente na Região; Capacitação para médicos quanto ao preenchimento de documentos, encaminhamentos, fluxos e etc. Replicar o Curso na Regional, tendo como multiplicadores os servidores dos municípios da 7ª CRS que realizaram o curso na turma Itinerários do Saber Macrorregião Sul (2018).

2.3 Capacidade Instalada

Apresentamos a seguir algumas informações que dizem respeito à capacidade instalada da macrorregião sul, à medida que descrevem dados da estrutura do serviços de saúde , incluindo número de equipes, de profissionais, serviços/equipamentos de diagnóstico e tratamento desde a atenção primária, até os níveis de maior complexidade.

Municípios	POP	Qt. eAP financiada	Qt. eSF financiada	Qt. Cadastros eAP financiada	Qt. Cadastros eSF financiada	Qt. Total de cadastros (limitado pela população IBGE)	Cobertura APS
Amaral Ferrador	7.136	0	2	0	4.718	4.718	66.11%
Arroio do Padre	2.966	3	3	2.475	11.362	13.837	76.09%
Arroio Grande	18.185	0	1	0	3.148	2.966	100%
Canguçu	56.370	9	5	6.446	18.303	24.749	43.9%
Capão do Leão	25.462	7	4	16.913	6.726	23.639	92.84%
Cerrito	6.005	0	3	0	7.036	6.005	100%
Chuí	6.832	0	1	0	3.110	3.110	45.52%
Herval	6.807	0	3	0	6.607	6.607	97.06%
Jaguarão	26.327	0	7	0	24.641	24.641	93.59%
Morro Redondo	6.609	0	3	0	7.491	6.609	100%
Pedras Altas	1.928	0	1	0	2.316	1.928	100%
Pedro Osório	7.683	0	2	0	7.120	7.120	92.67%
Pelotas	343.826	24	75	22.899	190.896	213.795	62.18%
Pinheiro Machado	12.122	0	5	0	11.098	11.098	91.55%
Piratini	20.743	1	4	924	11.837	12.761	61.51%
Rio Grande	212.881	6	44	6.238	127.292	133.530	62.72%
Santa Vitória do Palmar	29.298	0	14	0	30.631	29.298	100%
Santana da Boa Vista	8.037	0	2	0	4.803	4.803	59.76%
São José do Norte	27.866	1	6	1.816	15.152	16.968	60.89%
São Lourenço do Sul	43.501	0	14	0	39.400	39.400	90.57%
Turuçu	3.408	0	2	0	3.813	3.408	100%
R21	873.992						

Fonte: CNES

Figura 32: Cobertura APS, por município, R21, agosto de 2022.

Municípios	POP	Qt. eAP financiada	Qt. eSF financiada	Qt. Cadastros eAP financiada	Qt. Cadastros eSF financiada	Qt. Total de cadastros (limitado pela população IBGE)	Cobertura APS
ACEGUÁ	4.981	2	1	3.436	2.732	4.981	100%
BAGÉ	121.518	1	25	306	79.788	80.094	65.91%
CANDIOTA	9.707	0	4	0	6.623	6.623	68.22%
DOM PEDRITO	38.222	0	7	0	20.773	20.773	54.34%
HULHA NEGRA	6.894	0	2	0	5.475	5.475	79.41%
LAVRAS DO SUL	7.410	0	2	0	4.343	4.343	58.6%

Fonte: CNES

Figura 33: Cobertura APS, por município, R22, agosto de 2022.

Observa-se que em média a macrorregião sul possui 70% de cobertura de APS, ainda que se tenha uma variação de municípios com menos de 50% e alguns com 100%. Contudo, a cobertura da APS, incluindo as eSF, merece avaliação mais criteriosa, considerando problemas como equipes incompletas por falta de médicos ou redução do número de Agentes Comunitários de Saúde. Cabe ressaltar também, que houve impacto negativo na mudança do Programa Mais Médicos para o Médicos pelo Brasil, em que vários municípios tiveram diminuição de médicos financiados pelo programa.

Em relação ao número de estabelecimentos de saúde por região, apresentados no quadro a seguir, observa-se que há um série de serviços conforme cadastrados no CNES, que no geral espelham as tipologias de serviços, ainda que com necessidades de ajustes dos cadastros, que ainda utilizam nomenclaturas antigas ou equivocadas. Por exemplo, há em verdade 23 centros de atenção psicossocial e não 22. Assim como, a R21 tem 03 Unidades de Saúde Prisionais, dentre as UBS.

Tabela 03: Número de Estabelecimentos, por Região de Saúde, agosto de 2022.

Tipo de Estabelecimento	Região 21 Sul	Região 22 Pampa	Total
ACADEMIA DA SAÚDE	2	1	3
CENTRAL DE REGULAÇÃO	1	1	2
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	1	1	2
CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	-	1	1
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	1	4	5
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	22	4	26
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE	145	28	173
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	140	33	173
CONSULTÓRIO	1.047	258	1.305
COOPERATIVA	1	-	1
FARMÁCIA	166	18	184
HOSPITAL ESPECIALIZADO	2	-	2
HOSPITAL GERAL	22	5	27
LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA	6	3	9
POLICLÍNICA	29	4	33
OFICINA ORTOPÉDICA	-	1	1
POSTO DE SAÚDE	65	17	82
PRONTO ANTEDIMENTO	9	3	12
SECRETARIA DE SAÚDE	22	7	29
SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO (HOME CARE)	6	-	6
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	135	41	176
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	4	2	6
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCIA	23	7	30
UNIDADE MÓVEL FLUVIAL	1	-	1
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	9	2	11
POLO PREV.DE DOENCAS E AGRAVOS E PROMOCAO DA SAUDE	1	1	2
Total	1.860	442	2.302

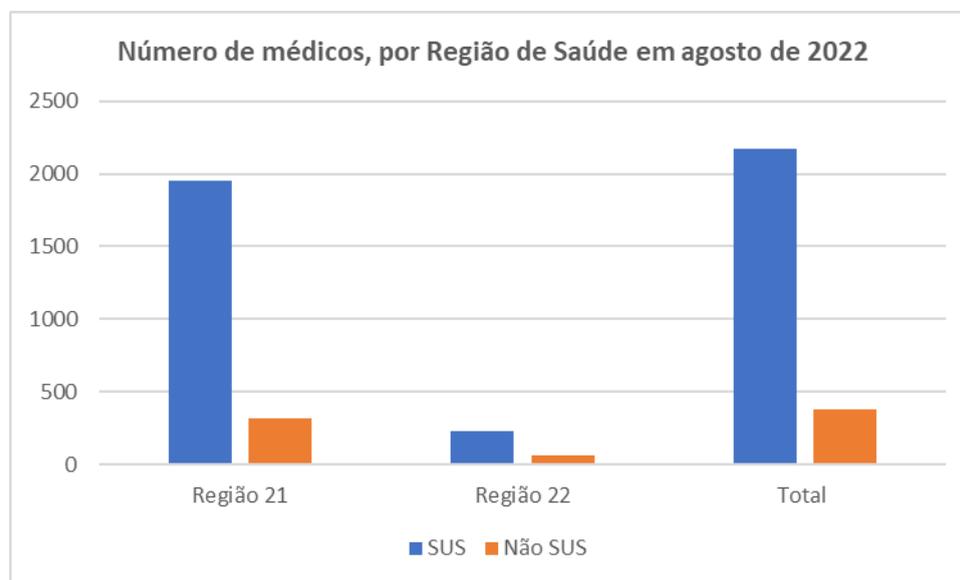
Fonte: Ministério da Saúde - CNES

Quanto ao número de médicos, destaca-se nos dados a seguir, a expressiva maioria de profissionais cadastrados no CNES, como do SUS, o que corrobora com a informação já comentada sobre a baixa cobertura da saúde suplementar na macrorregião. Assim como, em relação às especialidades, há algumas áreas com poucos e nenhum profissional, principalmente na Região 22, e que justificam determinados vazios assistenciais, como é o caso da imunologia e alergia, coloproctologia, câncer infantil, cirurgia vascular, urologia e outras.

Tabela 04: Número de Médicos, por Região de Saúde, agosto de 2022.

	Região 21	Região 22	Total
SUS	1949	225	2174
Não SUS	318	61	379
Total	2267	286	2553

Fonte: Ministério da Saúde - CNES



Fonte: Ministério da Saúde - CNES

Figura 34: Número de médicos por região de saúde em agosto de 2022.

Quadro 07: Número de Médicos SUS, por Região de Saúde, agosto de 2022.

Médicos	Região 21 Sul	Região 22 Pampa	Total
ANESTESISTA	47	4	51
Médico Anestesiologista	47	4	51
CIRURGIÃO GERAL	30	2	32
Médico Cirurgião Geral	30	2	32
CLÍNICO GERAL	654	116	770
Médico Clínico	653	116	769
Médico Generalista Alopata	1	-	1
GINECO OBSTETRA	90	5	95
Médico Ginecologista Obstetra	90	5	95
MÉDICO DE FAMÍLIA	119	29	148
Médico da estratégia de Saúde da Família	118	28	146
Médico de família e comunidade	1	1	2
PEDIATRA	181	19	200
Médico Pediatra	181	19	200
PSIQUIATRA	67	2	69
Médico psiquiatra	67	2	69
RADIOLOGISTA	45	3	48
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	45	3	48
SANITARISTA	1	-	1
Médico sanitarista	1	-	1
OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	715	45	760
Médico alergista e imunologista	2	-	2
Médico anatomopatologista	7	1	8
Médico angiologista	10	-	10
Médico broncoesofalogista	7	-	7
Médico Cardiologista Intervencionista	4	1	5
Médico cancerologista pediátrico	1	-	1
Médico cardiologista	77	15	92
Médico cirurgião de cabeça e pescoço	2	-	2
Médico cirurgião do aparelho digestivo	3	-	3
Médico cirurgião pediátrico	1	-	1
Médico cirurgião plástico	3	-	3
Médico citopatologista	1	-	1
Médico coloproctologista	1	-	1
Médico dermatologista	13	-	13

Médico do trabalho	2	-	2
Médico em cirurgia vascular	6	-	6
Médico em medicina intensiva	6	-	6
Médico em medicina nuclear	2	-	2
Médico em medicina preventiva e social	4	-	4
Médico endocrinologista e metabologista	7	-	7
Médico fisiatra	2	1	3
Médico gastroenterologista	9	-	9
Médico geneticista	2	-	2
Médico geriatra	1	-	1
Médico hematologista	4	-	4
Médico homeopata	1	-	1
Médico infectologista	14	1	15
Médico mastologista	1	-	1
Médico nefrologista	24	4	28
Médico neurocirurgião	1	-	1
Médico neurologista	27	12	39
Médico nutrologista	4	1	5
Médico oftalmologista	35	2	37
Médico oncologista clínico	22	3	25
Médico ortopedista e traumatologista	18	3	21
Médico otorrinolaringologista	5	1	6
Médico patologista	1	-	1
Médico pneumologista	11	-	11
Médico radioterapeuta	2	-	2
Médico residente	360	-	360
Médico reumatologista	5	-	5
Médico urologista	7	-	7
Total	1949	225	2174

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

Tabela 05: Odontologia, por Região de Saúde, agosto de 2022.

Região	Municípios	EQUIPE ODONTOLÓGICA	CIRURGIÃO DENTISTA	RAIOX DENTÁRIO	ENDODONTIA	PERIODONTIA
R21	Amaral Ferrador	X				
	Arroio do Padre	X	X	X		
	Arroio Grande	X	X			
	Canguçu	X	X	X	X	X
	Capão do Leão	X	X	X		
	Cerrito	X	X			
	Chuí	X	X			
	Herval	X		X		
	Jaguarão	X	X			
	Morro Redondo	X				
	Pedras Altas	X		X		
	Pedro Osório	X	X			
	Pelotas	X	X	X	X	X
	Pinheiro Machado	X	X	X		
	Piratini	X	X			
	Rio Grande	X	X	X		
	Santa Vitória do Palmar	X	X			
	Santana da Boa Vista	X				
São José do Norte	X	X				
São Lourenço do Sul	X	X		X	X	
Turuçu	X	X				
R22	Aceguá	X	X	X		
	Bagé	X	X	X	X	X
	Candiota	X	X	X		
	Dom Pedrito	X	X	X		
	Hulha Negra	X	X			
	Lavras do Sul	X				

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

Conforme tabela acima, há uma relativa cobertura na área de odontologia, com equipe mínima em todos os municípios, contudo uma baixa cobertura em endodontia e periodontia. E deve-se lembrar que a saúde bucal é essencial para prevenção de agravos à saúde decorrente de problemas odontológicos como doenças cardíacas e nutricionais, dentre outros.

Tabela 06: Serviços Diagnósticos, por Região de Saúde, agosto de 2022.

Região	Municípios	ANATOMOPATO.	PATOLOGIA CLÍNICA	COLPOSCOPIA	ECG	RX	ULTRA-SONOGRAFIA	ECOCARDIO	ENDOSCOPIA DAS VIAS DIGESTIVAS	HOLTER	MAMOGRAFIA	TESTE ERGOMÉTRICO	TOMOGRÁFIA	ENDOSCOPIA DAS VIAS AÉREAS	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA	ULTRASSOM COM DOPPLER
R21	Amaral Ferrador				X											
	Arroio do Padre		X		X		X	X								
	Arroio Grande	X	X		X	X	X	X	X	X						
	Canguçu	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
	Capão do Leão		X		X		X									X
	Cerrito						X									
	Chuí		X		X			X								
	Herval		X		X	X	X	X								
	Jaguarão		X		X	X	X	X			X	X	X			
	Morro Redondo		X		X	X										
	Pedras Altas				X	X	X	X								
	Pedro Osório				X		X									
	Pelotas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Pinheiro Machado		X		X	X	X	X			X					X
	Piratini	X	X		X	X	X	X	X		X					
	Rio Grande	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Santa Vitória do Palmar		X		X	X	X	X	X				X			
	Santana da Boa Vista		X		X	X										
	São José do Norte		X		X	X	X									
São Lourenço do Sul		X		X	X	X	X	X		X		X	X	X		
Turuçu		X		X	X	X	X									
R22	Aceguá	X	X		X	X	X	X								
	Bagé	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Candiota		X		X	X	X	X								X
	Dom Pedrito	X	X		X	X	X	X	X				X		X	
	Hulha Negra	X	X				X									
	Lavras do Sul		X		X	X										

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

Tabela 07: Serviços Atenção Especializada, por Região de Saúde, agosto de 2022.

Região	Municípios	FISIOTERAPIA	HEMOTERAPIA AMBULATORIAL	TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	HEMODINÂMICA	MEDICINA NUCLEAR	QUIMIOTERAPIA	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	RADIOTERAPIA	VIDEOCIRURGIA
R21	Amaral Ferrador	x								
	Arroio do Padre	x								
	Arroio Grande	x	x							
	Canguçu	x	x							
	Capão do Leão	x								
	Cerrito	x								
	Chuí	x								
	Herval	x								
	Jaguarão	x	x							x
	Morro Redondo	x								
	Pedras Altas	x								
	Pedro Osório	x								
	Pelotas	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Pinheiro Machado	x	x							
	Piratini	x	x							x
	Rio Grande	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Santa Vitória do Palmar	x	x							x
Santana da Boa Vista	x									
São José do Norte	x									
São Lourenço do Sul	x	x	x							
Turuçu	x									
R22	Aceguá	x	x							
	Bagé	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Candiota	x						x		
	Dom Pedrito	x	x							x
	Hulha Negra	x								
	Lavras do Sul	x	x							

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

Tabela 08: Número de Leitos, por Região de Saúde, agosto de 2022.

Região	Municípios	População	Nº LEITOS					Nº LEITOS	Nº LEITOS	Nº LEITOS	Nº LEITOS UNIDADE IN TERM. NEO.
			CLÍNICA	CIRURGIA	OBSTETRÍCIA	PEDIATRIA	PSIQUIATRIA	UTI- ADULTO	UTI- PEDIÁTRICA	UTI- NEONATAL	
R21	Amaral Ferrador	7136									
	Arroio do Padre	2966									
	Arroio Grande	18185	16	3	5	8	3	0	0	0	0
	Canguçu	56370	41	12	9	12	7	10	0	0	0
	Capão do Leão	25462									
	Cerrito	6005									
	Chuí	6832									
	Herval	6807	34	0	0	0	0	0	0	0	0
	Jaguarão	26327	24	9	11	6	3	0	0	0	0
	Morro Redondo	6609									
	Pedras Altas	1928									
	Pedro Osório	7683	17	3	5	7	4	0	0	0	0
	Pelotas	343826	253	51	73	46	218	83	10	19	0
	Pinheiro Machado	12122	49	2	0	0	0	0	0	0	0
	Piratini	20743	48	7	1	6	7	0	0	0	0
	Rio Grande	212881	94	69	40	21	30	35	10	0	0
	Santa Vitória do Palmar	29298	21	6	10	4	6	0	0	0	0
Santana da Boa Vista	8037	30	0	0	0	0	0	0	0	0	
São José do Norte	27866	37	0	0	6	0	0	0	0	0	
São Lourenço do Sul	43501	60	7	16	9	28	0	0	0	0	
Turuçu	3408										
Total R21		873992	407	127	129	76	276	118	20	19	0
R22	Aceguá	4981	15	7	5	6	0	0	0	0	0
	Bagé	121518	55	22	15	15	9	26	10	10	0
	Candiota	9707	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dom Pedrito	38222	54	4	8	14	7	10	0	0	0
	Hulha Negra	6894	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Lavras do Sul	7410	16	2	6	3	2	0	0	0	0
Total R22		188732	140	35	34	38	18	36	10	10	0
Total Macrorregião Sul		1062724	547	162	163	114	294	154	30	29	0

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

Nas tabelas acima, observa-se que em relação aos serviços diagnósticos nem todos municípios contam com a oferta de exames básicos, como de patologia clínica, anatomopatologia, ultrassonografia, radiografia e eletrocardiograma, assim como exames de imagem de maior complexidade, o que muitas vezes confere a baixa resolutividade de serviços de média complexidade ou de portas de entrada da RUE, ocasionando a encaminhamentos evitáveis e sobrecarga dos serviços de maior complexidade. Além de dificultar o diagnóstico precoce e tratamento oportuno de morbimortalidades, e em especial na área de oncologia.

No caso de serviços de tratamento especializado e de atenção às condições crônicas é notável a concentração nos municípios de Bagé, Pelotas e Rio Grande, com ofertas insuficientes para cobertura macrorregional.

Em relação ao número de leitos, há dados equivocados no CNES que necessitam ajustes, como 16 e não 26 leitos de UTI adulto em Bagé e zero em Dom Pedrito. Contudo, ainda que apresente uma cobertura significativa, é preciso considerar que as características da população, incluindo determinantes e condicionantes desfavoráveis como já apresentado anteriormente, as deficiências em relação à atenção primária, ao diagnóstico precoce, e tratamento oportuno em situação eletivas sobrecarregam a RUE e produzem maior demanda por acesso a internações, em especial em situações de emergência, e que corroboram com dados de mortalidade e morbidade.

Deste modo, no capítulo seguinte, apresenta-se um conjunto de diretrizes, objetivos, metas e indicadores que se constituem em uma proposta de planificação de ações para atenderem as prioridades sanitárias da macrorregião sul.

III- DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

O quadros a seguir, constituem-se na organização de um conjunto de diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI), possíveis de serem identificados até o momento presente deste processo de planejamento regional integrado, considerando a identificação e priorização das necessidades do espaço regional ampliado, e fazendo uma estreita relação com a Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021, apresentada na análise situacional, bem como a recente Pactuação Estadual de Indicadores de Saúde, conforme resolução CIB-RS nº151/2022 , que apresentam-se em destaque na cor laranja. Além da tipificação de indicadores, baseada em Donabedian (1999)*.

As metas propostas apresentam quantitativos com expectativa de alcance anual, contudo, entende-se que estas são previstas para um período de 04 anos, e devem ter como referência o Plano Estadual de Saúde, com monitoramento e ajustes de metas cada dois anos, conforme indicadores da pactuação estadual, apresentados no capítulo de M&A.

Quadro 8: Diretriz 1: Fortalecimento da atenção primária como ordenadora do cuidado e atenção integral em diferentes ciclos de vida.

Objetivos	Metas	Indicadores	Tipo de Indicador*
Ampliar o acesso e resolutividade da atenção básica	Reduzir em 10% ao ano a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) em 2% ao ano.	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas não Transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas)	Resultado
	Manter 100% das Equipes de ESF com 40h de médicos	Número de Equipes de ESF com 40h de médicos	Estrutura
	Ampliar para 100% cobertura populacional de ACS por equipe de ESF	Cobertura populacional de ACS por equipe de ESF	Estrutura
	Ampliar em 30% o percentual de equipes de ESF/APS com oferta de Práticas Integrativas e Complementares - PICs	Percentual de equipes de ESF/APS com oferta de Práticas Integrativas e Complementares - PICs	Estrutura
	Ampliar em 50% o percentual de equipes de ESF/APS com enfermeiros gestores por município	Percentual de equipes de ESF/APS com enfermeiros gestores por município	Estrutura
	Reduzir em 20% o número de encaminhamentos para consultas especializadas	Número de encaminhamentos para consultas especializadas	Processo
Ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde bucal	Ampliar em 30% a cobertura populacional de saúde bucal na AB	Cobertura populacional saúde bucal na AB	Estrutura
	Ampliar para no mínimo 12 atividades educativas em saúde bucal no PSE, por ano	Número de atividades educativas em saúde bucal no PSE, por ano	Processo

Qualificar a atenção à saúde da mulher	Ampliar no mínimo 0,1 ao ano a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de um determinado local e a população total da mesma faixa etária	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de um determinado local e a população total da mesma faixa etária	Processo
	Ampliar no mínimo 0,1 ao ano a razão de exames de mamografia de rastreamento, realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população total da mesma faixa etária.	Razão de exames de mamografia de rastreamento, realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população total da mesma faixa etária. (7)	Processo
	Reduzir em 20% ao ano a razão de Mortalidade Materna	Razão de Mortalidade Materna – RMM (4)	Resultado
Qualificar a atenção à saúde da Criança	Ampliar para no mínimo 60% a proporção de partos normais realizados no SUS e na saúde suplementar	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	Processo
	Reduzir a taxa de mortalidade infantil para 9.7	Taxa de mortalidade infantil (1)	Resultado
	Ampliar para 100% a cobertura do PIM/Criança Feliz	Cobertura do PIM/Criança Feliz	Estrutura
	Ampliar em 10% o número de famílias em situação de vulnerabilidade e risco social atendidas ao ano pelo Programa Primeira Infância Melhor (PIM)	Número de famílias em situação de vulnerabilidade e risco social atendidas ao ano pelo Programa Primeira Infância Melhor (PIM)	Processo
	Aumentar no mínimo 1% ao ano a cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do programa auxílio Brasil.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do programa auxílio Brasil. (15)	Processo
	Reduzir no mínimo 10% ao ano o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade (2)	Resultado

	Reduzir o número de casos novos de aids em menores de 5 anos para zero	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos (6)	Resultado
Qualificar a Saúde do Adolescente	Reduzir 10% ao ano a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos (10)	Resultado
Qualificar a Saúde do Idoso	Aumentar no mínimo para 7% o percentual de idosos com registro do procedimento “avaliação multidimensional da pessoa idosa”	Percentual de idosos com registro do procedimento “avaliação multidimensional da pessoa idosa” (13)	Processo
Controlar a obesidade	Reduzir pelo menos 1% ao ano o Percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta	Percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta (14)	Resultado
	Ampliar para no mínimo 12 atividades educativas com o Guia Alimentar da População Brasileira no PSE, por ano	Número de atividades educativas com o Guia Alimentar da População Brasileira no PSE, por ano	Processo
Qualificar a Saúde Mental na AB	Ampliar para 80% o número de municípios com Oficinas Terapêuticas na AB	Número de municípios com Oficinas Terapêuticas na AB	Estrutura
	Ampliar as ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica para no mínimo 12 ações ao ano	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (11)	Processo
Qualificar a Saúde do Homem	Ampliar para 60% o número de municípios com oferta de horário estendido para desenvolvimento de ações da saúde do homem	Número de municípios com oferta de horário estendido para desenvolvimento de ações da saúde do homem;	Estrutura

Quadro 9: Diretriz 2: Redução e prevenção de riscos e agravos à saúde da população, por meio de ações de vigilância, promoção e proteção da saúde.

Objetivos	Metas	Indicadores	Tipo de Indicador*
Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde, incluindo a Vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e da saúde do trabalhador.	Ampliar para 60% o número de municípios com ações de Vigilância e monitoramento das DCNT	Número de municípios com ações de Vigilância e monitoramento das DCNT	Processo
	Manter no mínimo 95% da proporção de registros de óbitos com causa básica definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Processo
	Manter no mínimo 75% da proporção de cobertura vacinal das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação, preconizadas para crianças menores de dois anos de idade (Pentavalente [3ª dose], Pneumocócica 10-valente [2ª dose], Poliomielite [3ª dose] e Tríplice viral [1ª dose])	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada	Processo
	Ampliar a cobertura vacinal para pelo menos 95% das crianças de 12 meses de idade com a primeira dose da vacina tríplice viral.	Cobertura vacinal da vacina tríplice viral, primeira dose (8)	Processo
	Ampliar para 90% a cobertura vacinal da Campanha Nacional contra Influenza	Cobertura vacinal da Campanha Nacional contra Influenza	Processo
	Manter no mínimo 80% da proporção de casos encerrados em até 60 dias após a notificação dentre as doenças de notificação compulsória imediata (DNCI)	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	Processo

	Manter 100% da proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Resultado
	Reduzir 10% ao ano o Coeficiente bruto de mortalidade por Aids	Coeficiente bruto de mortalidade por Aids (5)	Resultado
	Manter 100% de Testagem para HIV nos casos novos de tuberculose	Testagem para HIV nos casos novos de tuberculose (3)	
	Ampliar para 95% o Percentual de coleta de amostra por RT – PCR (diagnóstico padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG	Percentual de coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG (19)	Processo
	Manter Cinco coletas de amostras por semana com RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) realizado dos casos de síndrome gripal (SG) atendidos em cada unidades sentinelas (US)	Cinco coletas de amostras por semana com RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) realizado dos casos de síndrome gripal (SG) atendidos em cada unidades sentinelas (US) (20)	Processo
	Manter 100% da proporção de óbitos por Acidentes de Trabalho investigados	Proporção de Óbitos por Acidentes de Trabalho investigados (18)	Processo
	Aumentar em 10% ao ano a taxa de notificação de agravos relacionados ao trabalho	Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho (17)	Processo
	Manter no mínimo 95% da proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Resultado

	Ampliar para 78% a população abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC) com tratamento em relação à população abastecida por SAC	População abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC) com tratamento em relação à população abastecida por SAC (16)	Processo
	Aumentar o número de ciclos que atingem minimamente a cobertura de 80% de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Processo
	Reduzir o Índice de Infestação Predial pelo Aedes aegypti para menos de 1%	Índice de Infestação Predial pelo Aedes aegypti (9)	Resultado

Quadro 10: Diretriz 3: Garantia de acesso com qualidade a rede de atenção Secundária e Terciária.

Objetivos	Metas	Indicadores	Tipo de Indicador*
Qualificar a atenção especializada em saúde mental.	Reduzir 10% ao ano o Índice de Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais	Índice de Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (12)	Resultado
	Reduzir no mínimo 30% do número de Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais em Hospital Psiquiátrico, por município.	Número de Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais em Hospital Psiquiátrico, por município.	Resultado
	Ampliar o número de Serviços Residenciais Terapêuticos em pelo menos mais 1 por região	Número de Serviços Residenciais Terapêuticos por região	Estrutura
	Ampliar para 80% o número de municípios sem CAPS com eMAESM	Número de municípios sem CAPS com eMAESM	Estrutura

Qualificar a atenção a pessoas com deficiência	Ampliar em 10% o número de serviços habilitados para o atendimento das pessoas com deficiência	Número de serviços habilitados para o atendimento das pessoas com deficiência	Estrutura
	Ampliar para 60% o número de municípios com ações de matriciamento realizadas pelos Centros de Referência Regional e Macrorregional em Transtorno do Espectro Autista (TEA).	Número de municípios com ações de matriciamento realizadas pelos Centros de Referência Regional e Macrorregional em Transtorno do Espectro Autista (TEA).	Processo
Qualificar o atendimento em Urgência e Emergência	Reduzir para 10 minutos o tempo médio de resposta entre o chamado 192 e a chegada do SAMU no local	Tempo médio de resposta entre o chamado 192 e a chegada do SAMU no local	Processo
	Ampliar para 100% a cobertura de municípios com atendimento pré-hospitalar de urgência	Cobertura de municípios com atendimento pré-hospitalar de urgência	Estrutura
Ampliar e qualificar o acesso e a atenção secundária e terciária em saúde	Ampliar em 30% a oferta contratualizada de especialidades e linha de cuidado com vazio assistencial na macrorregião	Oferta contratualizada de especialidades e linha de cuidado com vazio assistencial na macrorregião	Estrutura
	Ampliar para 20 o número de especialidades e linha de cuidado com referência pactuada na macrorregião	Número de especialidades e linha de cuidado com referência pactuada na macrorregião	Processo
	Ampliar para 20 número de especialidades com consultas com referência pactuada e regulada na macrorregião	Ampliar o número de especialidades com consultas com referência pactuada na macrorregião	Processo
	Implantar ou ampliar em 40% o número de teleconsultas por ESF	Número de teleconsultas por ESF	Estrutura
Contribuir com o Planejamento Familiar	Ampliar em 30% a oferta de Vasectomia	Cobertura regional de oferta de Vasectomias	Estrutura
	Ampliar em 30% a oferta de Laqueadura	Cobertura regional de oferta de Laqueaduras	Estrutura

Diretriz 4: Fortalecimento da gestão e participação social

Objetivos	Metas	Indicadores	Tipo de Indicador*
Cumprir as exigências legais do Planejamento e do financiamento do setor saúde	Manter o percentual mínimo de aplicação de recursos próprios em saúde	Percentual de recursos próprios aplicados em saúde de acordo com a LC 141/2012.	Estrutura
	Ampliar em 60% o número de municípios com alimentação tempestiva dos instrumentos de gestão em saúde no Sistema DigiSUS	Ampliar o número de municípios com alimentação tempestiva dos instrumentos de gestão em saúde no Sistema DigiSUS	Processo
Fortalecer o controle social e a Ouvidoria	Manter no mínimo uma reunião mensal do Conselho Municipal de Saúde	Número de reuniões mensais do CMS realizadas	Processo
	Ampliar em 50% o percentual de conselheiros de saúde que participam de atividades de EP para o controle Social	Percentual de conselheiros de saúde que participam de atividades de EP para o controle Social	Processo
	Ampliar em 50% o número de municípios com Conselho do idoso	Número de municípios com Conselho do idoso	Processo
	Ampliar para 70% a taxa de resposta da Ouvidoria do SUS dentro do prazo legal	Taxa de resposta da Ouvidoria do SUS dentro do prazo legal	Processo
Contribuir com a comunicação e o uso das tecnologias de informação em saúde	Ampliar para 100% o número de municípios com pelo menos 50% de unidades de saúde informatizadas	Número de municípios com pelo menos 50% de unidades de saúde informatizadas	Estrutura
Qualificar a assistência farmacêutica	Reduzir em 40% o número de processos judiciais para fornecimento de medicamentos	Número de processos judiciais para fornecimento de medicamentos	Processo

Fortalecer as Ações de Educação Permanente em saúde	Ampliar para 60% o percentual de municípios com NUMESC	Percentual de municípios com NUMESC	Estrutura
	Implantar Política Municipal de Educação Permanente em 100% dos municípios com NUMESC	Percentual dos municípios com NUMESC com uma Política Municipal de Educação Permanente implantada	Processo
	Ampliar para 80% o número de municípios que desenvolvem pelo menos uma atividade de EPS por ano, para cada área ou setor da secretaria de saúde	Número de municípios que desenvolvem pelo menos uma atividade de EPS para cada área ou setor da secretaria de saúde	Processo
	Ampliar para 80% o número de municípios com pelo menos 60% do quadro de trabalhadores com pós-graduação <i>lato sensu</i> em Saúde Pública ou similar.	Número de municípios com pelo menos 60% do quadro de trabalhadores com pós-graduação <i>lato sensu</i> em Saúde Pública ou similar.	Estrutura

O conjunto de DOMI acima, subsidiaram a identificação das principais ações e fontes de recursos vinculados que podem contribuir com o alcance das metas propostas e pactuadas e que servem de referência para planos de saúde em nível municipal e estadual, conforme apresentadas nos quadros a seguir

Quadro 11: Ações

Fontes de Recursos	Ações específicas ou que contribuam para o alcance das metas propostas	Subfunções Orçamentárias
ATENÇÃO PRIMÁRIA	Desenvolvimento de ações de EPS para utilização do Guia Alimentar da População Brasileira; Desenvolvimento de ações de orientação e supervisão de atividades físicas; Qualificação das ações do Programa de Controle do tabagismo; Contratação (Concurso ou Seleção Pública) de ACS, Enfermeiros e médicos para ESF/APS; Adesão a Políticas e Programas de incentivo a cobertura de médicos em APS; Ações de EPS para utilização de PICs nas ESF/APS; Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco na APS; Qualificação dos profissionais para a abordagem à questões relacionadas ao Covid-19;	301- Atenção Básica; 122- Administração 306 - Alimentação e Nutrição

	<p>Monitoramento e acompanhamento permanente da solicitação e realização dos exames preventivos de câncer de mama e colo do útero; Busca ativa de mulheres para realização dos exames preventivos de câncer de mama e colo do útero; Qualificação e capacitação das equipes de ESF na coleta de material para exames citopatológicos, análise de resultados e condutas de tratamento; Qualificação das equipes de saúde para colocação de DIU e outros métodos de planejamento familiar. Adoção de estratégias de busca de mulheres para a realização de exames citopatológicos, mamografias e planejamento familiar – Disponibilização de Teste Rápido de Gravidez nas UBS; Qualificação do planejamento familiar, com regulação dos serviços de referência em saúde da mulher e garantia de colocação de DIU, laqueadura e vasectomia; Ações de EPS com Equipes de ESF/APS para o cuidado integral; Implantação, manutenção e ampliação da cobertura do PIM e Criança Feliz; Ampliação da cobertura de ESF; Qualificação do Pré-natal, incluindo ações com estratificação de risco, testagem e tratamento de sífilis e HIV, suplementação de ferro e vitamina A, envolvendo o parceiro e a utilização do guia do pré-natal; Criação e reativação do Comitê Regional e Municipal de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal; Qualificação das investigações de óbito materno-infantil; Qualificação da atenção ao pré-natal com vistas a aumentar a adesão das mulheres e dos profissionais ao parto normal - redução do parto cesáreo; Ações de Educação em Saúde nas escolas sobre saúde reprodutiva; Implantação ou fortalecimento do PSE; Manutenção de pessoal, equipamentos, e insumos para Vigilância Ambiental; Ações de EPS com os agentes de vigilância e ACS; Desenvolvimento de ações de matriciamento em saúde mental na atenção Básica; Realização de atividades de EPS em Saúde Mental; Aquisição de computadores; Investimentos em rede lógica da estrutura das unidades; Implantação de um sistema integrado de tecnologia de informação; Provimento de pessoal técnico especializado em TI; Ações de EPS para implantação e utilização das tecnologias de Informação; Intensificação da Política Nacional do Idoso, com ampliação e qualificação das ações para saúde do idoso; Ampliação do acesso das adolescentes aos serviços de saúde da APS; Ampliação da busca ativa de adolescentes para acesso às ações de planejamento familiar; Promoção de ações educativas intersetoriais - serviço de saúde e escola; Ampliação de ações no PSE e PIM voltados para planejamento familiar e gravidez na adolescência; Implantação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na saúde do homem; Ampliação da oferta e acesso regular de insumos e imunobiológicos; Ampliação das equipes de vacinação e dos horários de atendimento; Ampliação e qualificação das ações de busca ativa dos faltosos de vacinas; Aproveitamento de</p>	
--	--	--

	<p>oportunidade de vacinação quando usuário adentra o serviço de saúde; Desenvolvimentos de ações e campanhas de vacinação diárias e/ou semanais; Qualificação e ampliação do acesso para Vítimas de Violência Sexual e Acidente com Material Biológico para tratamento de HIV e IST's; Implantação do Protocolo Pós Exposição ao HIV ; Capacitação e desenvolvimento das equipes de saúde da APS/ESF e serviços de referência no acolhimento, tratamento e acompanhamento dos usuários expostos ao HIV e IST's; Qualificação do acesso e atendimento à população LGBTQIA+; Realização de diagnóstico precoce e tratamento da sífilis; Ampliação da testagem rápida de HIV e Sífilis no pré-natal, parto e puerpério (gestante e parceiro);</p>	
<p>ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR</p>	<p>Monitoramento e regulação do acesso a oferta de exames citopatológicos, mamografias e ultrassonografia de mamas; Qualificação do Pré-natal de alto risco; Garantia de acesso às referências de pré-natal e parto de risco habitual e de alto risco; Ações de EPS para atendimento ao parto em serviços públicos e privados; Realização de exame de Sintomáticos Dermatológicos e comunicantes de casos de classificação clínica dos casos de hanseníase; Acompanhamento ambulatorial e domiciliar; Avaliação dermato-neurológica; Identificação de Sintomáticos Respiratórios (SR) de Tuberculose; Realização ou Referência para Baciloscopia, realização ou referência para exame radiológico em SR c/baciloscopias negativas (BK); Tratamento supervisionado dos casos BK+; Tratamento auto administrado dos casos BK+; Ampliação e qualificação de serviços especializados de saúde mental; Garantia de acesso a serviços especializados em saúde mental da região; Desenvolvimento de ações de matriciamento em saúde mental na atenção Básica; Realização de atividades de EPS em Saúde Mental; Desenvolvimento e apoio a iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários, cooperativas sociais e dos Centros de Cultura e Convivência no RS, que visem à inclusão produtiva, à reinserção social, à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. Oferta de consultas por especialidades, conforme parâmetros de necessidades; Fortalecimentos dos mecanismos de regulação, controle e avaliação das solicitações de consultas especializadas; Fortalecimento de ações de matriciamento das equipes de saúde da atenção básica; Implantação do TeleSaúde; Aquisição de computadores; Investimentos em rede lógica da estrutura das unidades; Implantação de um sistema integrado de tecnologia de informação; provimento de pessoal técnico especializado em TI; EPS para implantação e utilização das tecnologias de Informação; Intensificação da Política Nacional do Idoso, com ampliação e qualificação das ações para saúde do</p>	<p>302-Atenção Hospitalar e Ambulatorial; 122- Administração 306 - Alimentação e Nutrição</p>

	<p>idoso; Ampliação da oferta macrorregional de Vasectomia e Laqueadura; Ampliação da habilitação de Leitos de UTI, UCINco e UCINca e Casa da Gestante; Regulação dos leitos Obstétricos e neonatais de alto risco e risco habitual pelo Estado; Implementação e regulação da oferta e acesso aos ambulatórios de gestação de alto risco; Realização de atividades de EPS sobre matriciamento da atenção básica com CAPS; Manutenção da equipe mínima dos CAPS; Alimentação oportuna dos registros de informação de CAPS; Qualificação e capacitação dos profissionais da RAPS Manutenção das ambulâncias do SAMU; EPS das equipes de SAMU; Manutenção das unidades de suporte básico e avançado com equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico; Implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos; Implementação de eMAESM (AMENT); Realização de ações regionais e municipais de EPS em Saúde Mental; Contratação de Supervisões Clínico-Institucionais; Qualificação da regulação da RAS em Reabilitação Intelectual; Fortalecimento e Qualificação das ações dos CMR e CRR do TEAcolhe; Habilitação de Centro Especializado em Reabilitação (CER) II e III - Auditiva, Intelectual e Física; Cumprimento de prazos de entrega dos Aparelhos Auditivos conforme estabelecido; Ampliação da oferta de exames de radiologia e tomografia de tórax; Habilitação de prestadores de serviço para o apoio diagnóstico; Qualificação da regulação em Reabilitação Intelectual Pactuação e Implantação de Laboratório de Próteses Dentárias; Implantação de consultório móvel para promover Saúde Bucal nos territórios; Articulação e pactuação de referência em Odontologia Especializada; Qualificação da RAS para criação e/ou pactuação de leitos geriátricos; Pactuação, implementação e habilitação da Equipe de Saúde Prisional (Bagé e Dom Pedrito); Ampliação e qualificação das Equipes de Saúde Prisional; Qualificação do acesso à Saúde para a população indígena - ações preconizadas pela Portaria Estadual nº 635/2021; Qualificação e ampliação do acesso para Vítimas de Violência Sexual e Acidente com Material Biológico para tratamento de HIV e IST's; Implantação do Protocolo Pós Exposição ao HIV ; Qualificação do acesso e atendimento à população LGBTQIA+ – processo transexualizador com tratamento hormonal na UBS/ESF e ambulatórios especializados; Implementação da Política de Suplementação de Ferro e Vitamina A; Habilitação de Serviço de Hemodinâmica (Cateterismo) na Região de Saúde; Qualificação, monitoramento e avaliação das Portas de Entrada Hospitalares; Habilitação de base descentralizada SAMU 192; Monitoramento e avaliação das UTI's para análise situacional e nova proposta ao PAR; Monitoramento e avaliação dos hospitais para análise da necessidade de habilitação de leitos de retaguarda/cuidados prolongados; Habilitação de Unidade de Suporte Avançado (USA) para</p>	
--	---	--

	<p>atendimento Regional; Qualificação e implantação de referência em Urgência e Emergência Oftalmológica; Revisão dos critérios de transporte de Urgência; Adequação dos parâmetros conforme necessidades de saúde para contratualização de prestadores de serviços; Acompanhamento e regulação da prestação dos serviços contratualizados; Ampliação da oferta de exames contratualizados; Articulação e pactuação de financiamento para implementação de serviço de raio-x nos municípios da região; Distribuição equânime das ofertas entre os municípios; Ampliação da oferta de Ressonância Magnética com contraste; Regionalização dos Serviços do Hospital Universitário de Bagé (tomografias, colonoscopias e endoscopias); Regulação regional da solicitação de exames pelo SISREG ou GERCON; Pactuação e habilitação de novos prestadores nas especialidades com vazios assistenciais; Ampliação de referências contratualizadas e de oferta em Urologia, Mastologia Geral, Nefrologia Geral, Cirurgia Pediátrica, Infectologia, Reumatologia, Endocrinologia, Imunologia e Alergia. Pactuação com o serviço da Nefro Rim Sul Ltda (consultas); Qualificação da regulação de acesso a consultas, exames e leitos hospitalares; Ampliação da oferta de leitos hospitalares nas especialidades com demanda reprimida; Ampliação do financiamento de ações e serviços de saúde na macrorregião sul; Fortalecimento das CACs com participação de representantes do gestores municipais e do controle social; Regulação da linha de cuidado da referência regional do serviço cardiologia – serviço de hemodinâmica; Articulação, pactuação e contratualização com ambulatorios Pós-Covid HU-FURG e HE-UFPel; Ampliação da oferta de consultas com bucomaxilofacial; Ampliação da oferta de contrapartida municipal para financiamento de procedimentos do CEO; Ampliação dos serviços especializados de saúde bucal.</p>	
--	--	--

<p>VIGILÂNCIA EM SAÚDE</p>	<p>Implantação de equipe de investigação de óbitos; Alimentação, monitoramento e análise dos Sistemas de Informação; Ações de EPS para preenchimento da declaração de óbito; Manutenção da Equipe e estrutura da vigilância em saúde; Ações de EPS para encerramento de casos; Identificação de Sintomáticos Dermatológicos e realização de exame de Sintomáticos Dermatológicos e comunicantes de casos de classificação clínica dos casos de hanseníase; Ações de educação permanente em saúde para identificação de agravos relacionados ao trabalho e alimentação dos sistemas; Identificação de Sintomáticos Respiratórios (SR), exame clínico de SR e comunicantes de Tuberculose; Realização ou Referência para Baciloscopia, realização ou referência para exame radiológico em SR c/baciloscopias negativas (BK); Tratamento supervisionado dos casos BK+; Tratamento auto administrado dos casos BK+; Implantação de equipe de investigação de óbitos; Ações de educação permanente em saúde para identificação de agravos relacionados ao trabalho; Manutenção de pessoal, equipamentos e insumos para análises da água; Atualização dos cadastros de serviço de abastecimento de água e de fontes alternativas; Inspeção de reservatórios coletivos de água; Atualização das informações no Sistema SISAGUA; Monitoramento permanente da qualidade da água; Manutenção de pessoal, equipamentos, e insumos para Vigilância Ambiental; Realização de ações de combate ao Aedes aegypti preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) e PEVCA; Ampliação e qualificação notificação de intoxicações causadas por agrotóxicos; Implantação da unidade sentinela do Programa VigiAr; Qualificação e capacitação da equipe profissional sobre VIGIÁGUA; Qualificação de estruturas de Soluções Alternativas Coletivas de abastecimento de água; Ampliação e qualificação notificação de intoxicações causadas por agrotóxicos; Ações de EPS com os agentes de vigilância e ACS; Aquisição de computadores para VS; Investimentos em rede lógica da estrutura das unidades; Implantação de um sistema integrado de tecnologia de informação; provimento de pessoal técnico especializado em TI; EPS para implantação e utilização das tecnologia de Informação; Capacitação e sensibilização da gestão e da RAS para o preenchimento das notificações de agravos a saúde do trabalhador; Ampliação e qualificação de equipes das VISATs por meio da EPS; Criação e capacitação das CISTS nos Conselhos Municipais de Saúde; Capacitação e sensibilização de sindicatos, associações de trabalhadores e CIPAs para a promoção da saúde do trabalhador; Estruturação e qualificação da vigilância sanitária municipal; Realização de inspeções sanitárias em Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas; Utilização do Sistema de Vigilância Sanitária (SIVISA); Ampliação e qualificação das ações do</p>	<p>305 - Vigilância epidemiológica;</p> <p>122- Administração</p> <p>304 - Vigilância Sanitária</p>
----------------------------	--	---

	<p>VIGIÁGUA; Criação e implementação de meios para o abastecimento de água potável para a população que não possui essa cobertura; Ampliação da oferta e acesso regular de insumos e imunobiológicos; Ampliação das equipes de vacinação e dos horários de atendimento; Ampliação e qualificação das ações de busca ativa de faltosos de vacinas; Aproveitamento de oportunidade de vacinação quando usuário adentra o serviço de saúde; Desenvolvimentos de ações e campanhas de vacinação diárias e/ou semanais; Qualificação das investigações de óbito materno-infantil; Qualificação e expansão do programa de controle de tuberculose; Descentralização do programa de controle da tuberculose para a APS; Ampliação das equipes do programa de controle da tuberculose; Ampliação das ações de busca ativa de pacientes; Sensibilização das equipes de saúde da RAS na notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados de doenças infectocontagiosas; Ampliação das ações de notificação compulsória; Qualificação e capacitação das equipes de saúde na identificação precoce de pacientes sintomáticos; Criação e ampliação dos comitês municipais de tuberculose e comorbidades infectocontagiosas; Ampliação e regulação de oferta de baciloscopia; Ampliação e manutenção das equipes de redução de danos, de consultório na rua e de saúde prisional ; Capacitação e qualificação dos profissionais na coleta de escarro para baciloscopia; Qualificação da regulação do acesso aos exames de raio-x e tomografia de tórax; Ampliação da oferta de exames de raio-x e tomografia de tórax; Habilitação de prestadores de serviço para o apoio diagnóstico; Implementação de ações intersetoriais de promoção da saúde, assistência social e EPS de prevenção de acidentes por causas externas; Implementação do GT intersetorial da saúde municipal; Fortalecimento do GT intersetorial da saúde regional; Criação de uma rede intersetorial de atenção as pessoas em situação de violência; Efetivação de ações do Programa Vida no Trânsito; Qualificação das informações obtidas no atendimento das vítimas de violência sexual; Qualificação e capacitação dos profissionais que atendem as vítimas de violência sexual; Criação de protocolos assistenciais para atendimento e notificação dos eventos na violência sexual; Qualificar o acolhimento das vítimas de violência sexual; Avaliar e monitorar os casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e óbitos por SRAG no sistema SIVEP-Gripe, semanalmente; Avaliar as notificações dos casos notificados suspeitos de COVID-19 no sistema de informação e-SUS Notifica ou por meio de Unidades Sentinela selecionadas; Organizar, monitorar e avaliar a campanha de vacinação da COVID-19 seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.</p>	
--	---	--

	Qualificação do processo de gestão dos indicadores sanitários; Qualificação e capacitação dos profissionais que atuam na VISA; Ampliação e contratação de fiscais sanitários;	
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Manutenção e monitoramento da disponibilidade dos imunobiológicos; Fornecimento de medicamentos; Ações de EPS em Assistência farmacêutica; Revisão e ampliação da REMUME baseada em protocolos técnicos; Implantação e/ou implementação de protocolos de prescrição, administração e dispensação de medicamentos na rede de saúde e farmácia municipal; Educação permanente das equipes de saúde sobre os protocolos de medicamentos; Controle de estoque de medicações da REMUME; Manutenção e aquisição oportuna de medicamentos da REMUME, com controle mensal de estoque por unidades de saúde; Qualificação do processo de trabalho e gestão de recursos das farmácias municipais, garantindo os medicamentos do REMUME e fluxo de fornecimento dos medicamentos à população; Qualificação dos fluxos de fornecimento de medicação à população; Identificação das causas de judicialização para qualificação dos processos de distribuição e fornecimento de medicações; Garantir o fluxo do fornecimento dos medicamentos de forma administrativa em tempo oportuno; Implementação do Projeto do Cuidado Farmacêutico	303-Suporte profilático e terapêutico; 122- Administração
GESTÃO EM SAÚDE	Pagamento de pessoal; Manutenção de equipamentos e estruturas físicas da secretaria de saúde; Manutenção das atividades administrativas; Manutenção de estrutura necessária para pleno funcionamento do CMS; participação e acompanhamento das reuniões do CMS; Garantia de recursos para participação de conselheiros em atividades de EP para o Controle social; Realização de atividades de EP para o controle Social. Instituição e implantação de NUMESC; Implantação de Residências Médicas e Multiprofissionais; Qualificação e ampliação do conselho municipal do idoso; Qualificação da gestão dos recursos financeiros em saúde; Fortalecimento e qualificação da Auditoria em Saúde; Fortalecimento e Qualificação das instâncias gestoras da regiões de saúde; Fortalecimento e qualificação de núcleos ou referências locais em Planejamento e Avaliação em Saúde; Instituir mecanismos para monitoramento e redução da judicialização em saúde.	122 – Administração geral

IV – RESPONSABILIDADE DOS ENTES FEDERADOS

A governança no Sistema Único de Saúde, histórica e estruturalmente envolve diferentes instâncias, instituições e atores da gestão e do controle social, apresentados a seguir que devem estar implicados no apoio e fortalecimento do processo de planejamento regional integrado e constituindo colegiados de governança das redes de saúde.

4.1 Instâncias de Pactuação Intergestores

4.2 Participação Social e Auditoria e Ouvidoria

As responsabilidades dos entes federados no espaço regional ampliado, como Macrorregião Sul, podem ser fortalecidas pela constituição do Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde – CEGRAS, a partir de uma série de ações como:

1. Acompanhar o funcionamento da RAS nos diversos pontos de atenção da rede;
2. Monitorar os objetivos e as metas da RAS que devem ser cumpridas em curto, médio e longo prazos;
3. Monitorar os indicadores estabelecidos no painel de bordo da RAS na Macrorregião;
4. Recomendar novos arranjos, fluxos e organização da RAS;
5. Recomendar capacitações e Educação Permanente para as equipes de saúde;
6. Recomendar medidas que favoreçam as articulações das políticas interinstitucionais;
7. Encaminhar para a CIB Estadual as recomendações. A Secretaria Estadual da Saúde deverá coordenar as reuniões do Comitê, que será organizado e começará a funcionar a partir da implantação das redes nas macrorregiões de saúde.

Assim que, compreende-se que o CEGRAS deve constituir-se de atores que representam a gestão e o controle social, como já vem se delineando com os grupos de trabalho, GTs regionais e macrorregionais, com a efetiva participação de gestores e trabalhadores das CRS, dos municípios, e dos Conselhos Municipais de Saúde, incluindo a representatividade dos segmentos usuários e prestadores de cada Região de Saúde.

4.3 Vigilância em Saúde

A vigilância em Saúde é definida como “processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde” (Portaria GM/MS 1.378/2013). Esta Portaria propõe um sistema de Vigilância em Saúde cujas ações sejam coordenadas com o conjunto das demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a garantir a integralidade da atenção à saúde da população.

Ademais, a Portaria 1.378/13 formaliza a necessidade de fomentar importantes mudanças, como as transições demográfica, epidemiológica e as relacionadas aos determinantes sociais. Neste cenário consolidam-se as formas de financiamento para Vigilância em Saúde e são implementados recursos variáveis mediante a qualificação de ações, verificadas pelo monitoramento de alguns indicadores específicos, onde os municípios passam a receber incentivos para qualificar sistemas de informações e/ou dados coletados em diferentes ações do sistema de vigilância.

4.3.1 Vigilância Epidemiológica

A Portaria GM/MS n. 204 de 17 de fevereiro de 2016 define a *Lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória* e apresenta as diretrizes de vigilância, realizada com base em estabelecimentos de saúde estratégicos para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública.

Para além do ato da notificação de casos suspeitos e/ou confirmados de doenças e agravos ocorrendo em um determinado território o diagnóstico epidemiológico prescindirá da produção de informações robustas que somente poderão ser viabilizadas pela consolidação e de dados obtidos pela notificação e pela investigação epidemiológica de campo de casos, surtos, epidemias ou outras formas de emergência em saúde.

A Vigilância Epidemiológica dispõe de Sistemas de informações próprios para inserção das notificações e respectivas investigações epidemiológicas, são estas: **Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN**, constando as notificações da maioria das doenças e agravos que compõem a Lista de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória; **SINAN DENGUE ON**

LINE, específico para a notificação de Dengue e Chikungunya; **SIVEP GRIPE**, específico para a vigilância da Gripe; **Sistema de Gerenciamento do Ambiente Laboratorial – GAL**, destinado a investigação epidemiológica ou controle/monitoramento de casos em tratamento; **SIVEP DDA** destinado ao monitoramento da doença diarreia.

4.3.1.1 Núcleos Hospitalares de Epidemiologia

A partir da Portaria 2.254 de 05 de agosto de 2010 foram instituídos no Brasil, os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, tendo por objetivo a execução da vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar, como parte integrante do subsistema de Vigilância epidemiológica do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

Na macrorregião sul existem dois Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, instalados na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e na Santa Casa de Caridade de Rio Grande, respectivamente. O financiamento dos núcleos se dá por meio de repasse do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) do município onde está localizado o hospital que alberga o NHE. Este tem sido um problema recorrente em ambos os NHEs localizados na área da 3ª CRS, uma vez que os hospitais têm encontrado dificuldades para acessar os recursos e os municípios alegam dificuldades para identificar os repasses no Fundo Municipal de Saúde, apesar do registro de tais repasses ser facilmente detectado mediante consulta *on line* no site do FNS.

4.3.1.1.1 Rede Sentinela da Gripe

A R21 faz parte da Rede Sentinela da Gripe através do município de Pelotas, desde 2011. Os NHE dos hospitais desenvolvem atividades de acordo com as normas do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e das respectivas normas estaduais e municipais complementares.

4.3.2 Vigilância Ambiental em Saúde

Conforme mencionado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde em sua página na internet, “A implantação da Vigilância Ambiental em Saúde, com um novo modelo de atenção, significa um avanço fundamental nas ações de promoção e proteção à saúde da população. Ela se dá por meio do monitoramento e do controle de uma variedade de problemas decorrentes do desequilíbrio do meio ambiente, visando a eliminar ou a reduzir a exposição humana a fatores prejudiciais à saúde.

Vigilância dos Riscos e Agravos Ambientais Biológicos:

Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes – PEVCA

Diante das diretrizes dos programas mencionados, os municípios devem realizar, ao longo de cada ano, as seguintes ações de combate ao Aedes:

- Levantamento de Índice (LI) – trata-se de visita domiciliar buscando criadouros em potencial e coleta de amostras para identificação laboratorial;
- Pesquisa em armadilhas (PA) – onde municípios não infestados monitoram o aparecimento de vetores em larvitampas;
- Pesquisa em pontos estratégicos (PE) – pesquisa e coleta de larvas em locais que devido à sua natureza são locais próprios para acúmulo de água e conseqüentemente, próprios para proliferação de mosquitos (borracharias, floriculturas, cemitérios...);
- Delimitação de foco – em caso de identificação de larvas de Aedes em PAs ou PEs, em municípios não infestados, visando combater o foco inicial;
- Pesquisa Vetorial Especial (PVE) – ação eventual em caso de denúncia ou notificação de pessoas doentes no local;
- Levantamento Rápido de Índices para Aedes (LIA/LIRAA) – métodos simplificados de amostragem que calculam os índices de infestação predial e o índice de Breteau, havendo o sorteio de quarteirões a serem trabalhados em cinco dias. São realizadas visitas domiciliares nos quarteirões sorteados obedecendo uma porcentagem específica de acordo com o número de imóveis do município.

Essa abordagem é feita quatro vezes ao ano, conforme calendário estipulado pelo Ministério da Saúde.

Vigilância Entomológica da Doença de Chagas

A Vigilância Entomológica tem como base a instalação e supervisão de Postos de Informação de Triatomíneos (PITs) principalmente na área rural dos municípios, onde os moradores podem levar insetos suspeitos e estes serão encaminhados para análise e identificação da espécie no LACEN. Caso seja identificado no laboratório um triatomíneo, A Vigilância Ambiental em Saúde, através da equipe técnica e dos agentes de controle de

endemias/agentes de combate a endemias (ACEs) e agentes de saúde pública da 3ªCRS-Pelotas, desencadeiam ações de campo (pesquisa entomológica e/ou controle vetorial), de acordo com as competências específicas de cada nível e seguindo o preconizado em normativas vigentes.

Vigilância Ambiental em Saúde de Escorpiões de Interesse em Saúde Pública

A Vigilância Ambiental em Saúde de Escorpiões de Interesse em Saúde Pública é relativamente nova e vem sendo gradualmente implantada, consiste basicamente de ações educativas de prevenção de acidentes, controle ambiental restrito às unidades domiciliares UD(s), atendimento da demanda espontânea da população, coleta, envio e identificação da espécie (esta última pelo LACEN), busca ativa de escorpiões e controle, conforme o preconizado no Manual de Controle de Escorpiões do Ministério da Saúde, 2019. As ações devem ser executadas respeitando a legislação ambiental, legislação em saúde pública, e demais legislações vigentes.

Programa Estadual de Controle e Profilaxia da Raiva

O Rio Grande do Sul é uma área em vias de controle para a raiva urbana. A partir de 1995, em acordo firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foram suspensas as campanhas de vacinações em caninos e felinos domésticos com fundamentação no argumento de que a raiva urbana (variantes 1 e 2 do vírus da raiva) estava controlada no RS, devido à baixa circulação viral em áreas urbanas e à evidência de que o cão já não era o principal reservatório da raiva no Estado. Entretanto, a vacinação privada de cães e gatos continua sendo estimulada pelas autoridades em saúde pública como uma atividade importante da posse responsável. As principais atividades realizadas são observação de cães e gatos agressores, vacinação e isolamento de cães e gatos, bloqueio vacinal e coleta de amostras para diagnóstico laboratorial.

Vigilância dos Riscos e Agravos Ambientais Não Biológicos

Esta Vigilância envolve a água para consumo humano, a exposição a solos contaminados, a exposição a poluentes atmosféricos e a substâncias prioritárias (agrotóxicos, mercúrio, chumbo, benzeno e outros). Dentre os Programas desenvolvidos na Vigilância dos

Riscos e Agravos Não Biológicos, o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VigiÁgua), estruturado a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenha um papel importante para garantir a qualidade e segurança da água para consumo humano no Brasil.

Instrumento de implementação das ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano, o VigiÁgua consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente, como parte integrante das ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos transmitidos pela água.

As ações desenvolvidas pelo VigiÁgua são as seguintes:

- Colaboração na gestão integrada dos recursos hídricos por meio da participação ativa nos Comitês de Bacias Hidrográficas, instituídos no âmbito da Política Estadual de Recursos Hídricos;
- Análise e interpretação informações de qualidade dos recursos hídricos, associando-as a possíveis impactos na produção da água para consumo humano;
- Cadastro e inspeção de sistemas e soluções alternativas de abastecimento para avaliar riscos inerentes aos processos de captação, tratamento e distribuição da água;
- Avaliação de relatórios de controle da qualidade da água produzidos pelos sistemas e soluções alternativas coletivas de abastecimento de água;
- Monitoramento sistemático da qualidade da água para consumo humano por meio da coleta de amostras e análises laboratoriais para fins de vigilância;
- Análise do perfil epidemiológico da população, relacionando a ocorrência de agravos com o consumo de água;
- Distribuição de Hipoclorito de Sódio 2,5%;
- Ações educativas em parceria com SEDUC, EMATER, ABES e outros órgãos;

- Interface com outras secretarias;

- Sistema de Vigilância do Teor de Fluoreto (VIGIFLUOR), programa que tem como objetivo a vigilância do teor de fluoreto na água para consumo humano, distribuída à população pela rede de abastecimento público, visando o benefício proporcionado pelo íon flúor para a saúde bucal, na prevenção e na diminuição da severidade da doença cárie dentária.

4.3.3 Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária (VISA) (Decreto Estadual nº 23.430/74), e Lei nº 8.080/90, pela Constituição Federal, e Lei Federal nº 6437/77. As competências e atribuições de cada esfera de gestão seguem, ainda, outras normatizações e pactuações.

No Rio Grande do Sul, as responsabilidades sanitárias em nível estadual e municipal estão definidas pelo MS através da ANVISA e suas normatizações e pela SES através do CEVS com as VISAs Estaduais e VISAs Municipais compondo assim o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

A Resolução CIB nº 250/07-RS disciplina a responsabilidade sanitária do Estado e Municípios em relação às ações de VISA e também dispõe sobre critérios e parâmetros relativos à organização, hierarquização, regionalização, e descentralização dos Serviços do sistema de vigilância sanitária do Estado do Rio Grande do Sul.

As ações de VISA propiciam um vínculo estreito com os setores econômico, jurídico, público e privado e com a organização econômica da sociedade e seu desenvolvimento tecnológico e científico que abrangem um amplo espectro dos elementos determinantes do processo saúde-doença-qualidade de vida e que podem ser entendidos como riscos ou problemas/necessidades de saúde relacionadas à produção, circulação e consumo de bens e serviços. Os estabelecimentos sujeitos a ações de VISA são aqueles cuja proposta é de assistência ou de interesse à saúde. Como exemplo temos, os consultórios, ambulatórios, clínicas, hospitais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, os setores ligados a produtos como alimentos, sangue, medicamentos, cosméticos e saneantes, os setores de correlatos e radiações, restaurantes, clínicas de estética e salões de beleza, supermercados, lancherias, depósito de alimentos, transporte de alimentos etc.

Em 2013, fica estabelecido e oficializado através da Resolução CIB 123/13 -RS o

Sistema de Informação de Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul (SIVISA/RS) como ferramenta de trabalho para qualificar a gestão dos órgãos de VISA em todas as esferas (municipal, regional e estadual) do SUS/RS.

Proclama a CIB/RS 123/2013: artigo 1º § 2º - fica definido o SIVISA/RS como instrumento para a padronização estadual do cadastramento e licenciamento dos estabelecimentos, serviços e equipamentos de interesse da VISA, cabendo à VISA das SMS sua alimentação e à Divisão de VISA do CEVS a coordenação, capacitação e apoio técnico aos municípios.

O SIVISA está sendo disponibilizado, sem custo, aos municípios. O CEVS e as Regionais buscam a adesão dos municípios do Estado ao SIVISA e disponibilizou treinamento aos servidores estaduais e municipais para implantação e operacionalização do SIVISA no período de 2018 a 2019 com agenda semanal para os encontros. O apoio aos municípios e o monitoramento do sistema seguem a cargo das Regionais e do CEVS.

Na Região 21 todos os municípios receberam um primeiro treinamento em SIVISA. Cadastrados no sistema temos 18 dos 22 municípios e operando o sistema em seu município temos 17 até o momento.

O SIVISA está organizando o sistema de VISA do RS e formando um banco de dados com informações em VISA, que conversa com outros sistemas de informação e também com outros órgãos, proporcionando condições de conhecimento, avaliação e monitoramento do universo de estabelecimentos sujeitos à VISA no RS.

A quantidade de funcionários da equipe de Vigilância em Saúde deve atender aos requisitos estabelecidos em Portaria SES (Portaria SES 34/2000). Porém, observa-se que os quadros esquemáticos do tamanho da equipe da referida portaria não dizem respeito exclusivamente à Vigilância Sanitária, mas à Vigilância em Saúde como um todo.

Os procedimentos (ações) de vigilância sanitária realizados pelos Estados e Municípios são alimentados, mês a mês, no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS para fins de repasse de recurso financeiro provenientes da ANVISA e Ministério da Saúde.

Em fevereiro/2020 publica-se a Lei Federal 13.979/2020 que estabelece medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de COVID 19 (2019). A partir deste momento coube aos Estados a competência precípua de monitoramento, orientação, alerta e

apoio aos municípios de modo integrado às respectivas Regiões, a adoção de ações necessárias para fixação e fiscalização das medidas sanitárias adequadas para prevenção e o enfrentamento à pandemia de COVID19 para preservação da saúde pública. Às equipes de VISA estadual e municipal voltaram suas ações para fiscalização do cumprimento das proibições e das determinações sanitárias estabelecidas a partir das publicações de decretos estaduais e municipais.

4.3.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador é o conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária em saúde do trabalhador, visando promover saúde e reduzir a morbimortalidade populacional dos trabalhadores sendo uma prioridade, estabelecida em 2012, por intermédio da Portaria nº. 1.823 /2012, a partir dos princípios e diretrizes da universalidade; integralidade; participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; descentralização; hierarquização; equidade e precaução, como também pela Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PESTT), no estado do Rio Grande do Sul através da Portaria Nº 1363, de 24 de dezembro de 2014.

4.4 Assistência Farmacêutica

4.4.1 Assistência Farmacêutica na Atenção Primária

A Assistência Farmacêutica exerce um papel fundamental na Atenção à Saúde, possui a finalidade de contribuir na melhoria da qualidade de vida da população, integrando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com o objetivo de apoiar as ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promover o seu uso racional (BRASIL, 2006).

A importância dos medicamentos na atenção à saúde é crescente seja na perspectiva econômica quanto na sanitária. Os gastos com medicamentos derivam de 03 fatores: aumento no número de pessoas que utilizam medicamentos, maior prescrição por pessoa e o custo relacionados a inovações tecnológicas. No ponto de vista sanitário, o manejo inadequado dos medicamentos pode resultar em desastre por reações adversas a medicamentos (VALENTE, 2004).

Para ter acesso aos medicamentos, o usuário precisa, primeiramente, ser atendido

por algum médico, os procedimentos, exames, e esclarecer a doença e o tratamento.

Com a receita, que contenha o nome do princípio ativo/denominação genérica (não pode ser o nome comercial do medicamento), o paciente deverá conferir se o medicamento solicitado consta na relação de medicamentos disponibilizados pelo SUS (RENAME) e verificar a qual Componente da Assistência Farmacêutica ele pertence.

O financiamento da Assistência Farmacêutica é responsabilidade dos três gestores do SUS (União, estados e municípios). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 698/2006 o financiamento da Assistência Farmacêutica com recursos federais foi organizado em um bloco (Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica) com seus componentes detalhados a seguir:

- Componente Básico da Assistência Farmacêutica – destinado à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica.

É composto por:

Parte fixa – valor per capita transferido aos estados, municípios e ao Distrito Federal conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Como contrapartida, estados e municípios devem alocar recursos próprios, de acordo com valores pactuados entre as três esferas de gestão.

Parte variável – valor per capita para aquisição de medicamentos para os programas Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e, ainda, Combate ao Tabagismo. Este recurso pode ser executado de forma centralizada pelo Ministério da Saúde ou de forma descentralizada, conforme pactuação. O medicamento insulina humana é parte do elenco do Grupo de Medicamentos de Hipertensão e Diabetes, que é adquirido pelo Ministério da Saúde e distribuído aos gestores.

- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – destinado ao custeio de ações relativas aos seguintes programas: o Controle de Endemias – Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas entre outras doenças; DST/Aids – Anti-retrovirais; Sangue e Hemoderivados; e imunobiológicos.

- Componente especializado da Assistência Farmacêutica : contempla o acesso a medicamentos previstos em Protocolos Clínicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2022, os municípios pertencentes a 3º Coordenadoria de saúde iniciaram uma mobilização para a criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica Regional, assim como estão em processo de discussão para a formulação de uma Relação de Medicamentos Essenciais Regional, com o objetivo de facilitar os processos de compras e diminuir a judicialização para acesso a medicamentos na Região.

4.4.2 Assistência Farmacêutica na Rede Materno-Infantil

A assistência farmacêutica na Rede Materno-Infantil, é responsável pelo apoio logístico, que consiste em fornecer medicamentos e insumos para a realização de ações e também a assistência direta às pacientes.

O farmacêutico deve participar ativamente nas ações de promoção de saúde e garantir o acesso aos medicamentos e insumos de saúde necessários para a organização desta rede.

Outra atividade importante é a educação em saúde relacionada ao planejamento reprodutivo que poderá abordar assuntos como métodos contraceptivos, uso de medicamentos durante a gestação, à amamentação e infância, dispensação de anticoncepcionais e anticoncepção de emergência.

O Ministério da Saúde garante o acesso a vasectomias e a laqueaduras pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além da compra e distribuição gratuita de diversos métodos contraceptivos como: cartelas de pílula combinada, ampolas injetáveis mensais, ampolas injetáveis trimestrais, cartelas de pílulas de emergência, cartelas de mini pílula, DIU, diafragma e anéis medidores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Os medicamentos chegam à Secretaria Estadual de Saúde e são repassados aos municípios conforme a demanda mensal.

Os usuários do SUS podem ter acesso a informações e métodos contraceptivos nas Unidades Básicas de Saúde.

A aplicação de palivizumabe é realizada na Santa Casa de Caridade de Bagé.

São repassadas às maternidades, mediante envio de pauta do Ministério da Saúde, Misoprostol 25 mcg 2 200 mcg utilizados para indução de partos vaginais, profilaxia e manejo da hemorragia puerperal, conforme protocolo recente da SES. Também é disponibilizado o Palivizumabe, medicação sazonal direcionada ao aumento da proteção das crianças contra a

infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) centralizada nos ambulatórios do Hospital Universitário São Francisco de Paula e Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

4.4.3 Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção Psicossocial

A Assistência Farmacêutica no CAPS possui a finalidade de proporcionar a assistência terapêutica integral, promoção e recuperação da saúde, a participação do farmacêutico é fundamental, pois este profissional pode estabelecer o primeiro contato com o usuário além de interagir com os demais profissionais da equipe de saúde mental buscando elaborar estratégias de adesão ao tratamento para esses pacientes (SILVA E LIMA, 2017).

Os medicamentos produzem curas, prolongam a vida e retardam o surgimento de complicações associadas às doenças, facilitando o convívio entre o indivíduo e sua enfermidade. Entretanto, nem sempre a utilização dos medicamentos se reflete no efeito terapêutico desejado. Desta forma, torna-se importante instruir o paciente acerca do uso dos medicamentos psicotrópicos através do serviço de Dispensação Farmacêutica (ZANELLA et al.,2015).

Segundo Pepe e Castro (2000) tão ou mais importante que o medicamento que o paciente recebeu, é a informação envolvida neste processo. O fluxo da informação, previamente iniciado na consulta médica, tem continuidade no recinto da farmácia.

No ato da dispensação, o farmacêutico deve informar e orientar o paciente sobre o uso adequado dos medicamentos, com ênfase no cumprimento da farmacoterapia, interação com outros medicamentos, alimentos e exames laboratoriais, reconhecimento de reações adversas potenciais e condições de conservação do produto para poder identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à farmacoterapia.

4.4.4 Assistência Farmacêutica na Rede de Urgência e Emergência

Os serviços que prestam atendimento de urgência/emergência deverão obrigatoriamente contar com assistência técnica do profissional farmacêutico.

De acordo com a Resolução nº 354 de 20 de setembro de 2000 são atribuições do farmacêutico nas atividades relacionadas às urgências/ emergências:

- Participar da padronização dos medicamentos e correlatos para uso no atendimento pré-hospitalar e hospitalar;

- Adquirir, armazenar, dispensar e adotar procedimentos de validação da qualidade dos medicamentos e correlatos destinados ao atendimento das urgências/emergências;
- Normatizar e/ou supervisionar os procedimentos de desinfecção dos materiais e equipamentos das ambulâncias;
- Realizar atividades educativas relacionadas ao controle da infecção hospitalar dirigidas aos profissionais envolvidos na manipulação de pacientes;
- Controlar os medicamentos psicoativos atendendo aos preceitos contidos na legislação sanitária vigente;
- Participar das discussões relacionadas a protocolos de tratamento e outros relacionados ao serviço de atendimento às urgências/emergências;

As unidades deverão ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou sejam para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte.

A delimitação deste espaço é fundamental, pois ao receber uma urgência, é imprescindível que toda a equipe saiba em qual ambiente da unidade encontram-se os equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento.

4.4.5 Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção às Doenças Crônicas

No Brasil, a inclusão da Assistência Farmacêutica nas Políticas Públicas deu-se por meio da publicação da Política Nacional de Medicamentos, tendo como principais finalidades: a garantia da necessária segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos e a promoção do uso racional dos medicamentos (BRASIL, 1998).

Com a perspectiva de enfrentar agravos na saúde pública e reduzir os gastos com medicamentos no orçamento familiar foi criado o Programa Farmácia Popular (BRASIL, 2004).

O Programa baseou-se na abertura de farmácias estatais, gerenciadas na esfera federal pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz, em parceria com gestores estaduais e municipais de saúde, conhecido como “Rede Própria do Programa Farmácia Popular”. Em 2006, mediante parceria com o comércio varejista farmacêutico em âmbito nacional, a

expansão do Programa ocorreu pela modalidade conhecida como “Aqui tem Farmácia Popular” (BRASIL, 2006), através do co-pagamento pelo Ministério da Saúde. O Programa foi aprimorado em 2011, com a criação do Programa Saúde Não Tem Preço no qual os medicamentos para hipertensão, diabetes e asma são ofertados nas drogarias sem custos para a população (COSTA; FRANCISCO; BARROS, 2014).

A rede de atenção tem como objetivo de enfrentar algumas doenças crônicas como cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, e o profissional farmacêutico deve assumir a sua parcela de responsabilidade fazendo o acolhimento do paciente e realizando o acompanhamento farmacoterapêutico (MANZINI et al., 2015).

4.4.6 Assistência Farmacêutica nos Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários

A assistência farmacêutica nos pontos de atenção à saúde secundário e terciário possui o objetivo de promover o uso seguro e racional de medicamentos, através da seleção, aquisição, recebimento, armazenamento, dispensação e controle dos medicamentos, permitindo que o paciente receba os medicamentos apropriados durante um período adequado de tempo, em doses ajustadas às suas necessidades individuais e a um custo mais acessível (PELENTIR et al., 2015).

A implantação do sistema de assistência farmacêutica na farmácia hospitalar consiste no acompanhamento ao tratamento do paciente, vigilância da doença e promoção da saúde, como meio de realizar uma melhor atenção ao usuário (VIEIRA, 2007).

Outro ponto importante da assistência farmacêutica é a avaliação de prescrições médicas buscando diminuir os erros em relação à dose, vias de administração, concentração, troca de medicamentos, interações medicamentosas e medicamentos fora da padronização. Assim, o farmacêutico consegue interagir junto ao médico e demais profissionais da saúde formando uma equipe multidisciplinar (NUNES et al., 2008; REIS et al., 2013).

A assistência farmacêutica é um processo dinâmico que consiste em fornecer aos serviços de saúde medicamentos de qualidade. Desta maneira, destaca-se a importância do farmacêutico como profissional de saúde indispensável na garantia do acesso a medicamentos e seu uso racional, lembrando que o profissional qualificado é a garantia desse acesso e de uma assistência farmacêutica de qualidade (BRUM, 2008).

4.5 Educação Permanente em Saúde

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) define Educação Permanente em Saúde (EPS) como aprendizagem significativa no trabalho, no qual o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano. A EPS visa transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde da população – a qual deve ser o foco de toda a ação no SUS. (Ministério da Saúde- PNEPS)

A EPS traz como marco conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Compreende que a transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica. Envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (Ministério da Saúde. 2014).

Trata-se de uma estratégia que perpassa todas as atividades e ações do cotidiano do trabalho e deve ser capaz de contribuir no aprimoramento dos processos formativos, assim como estabelecer um vínculo permanente com as práticas realizadas no ambiente de trabalho. Funciona como os elos da corrente, com potencial para garantir articulação entre os serviços de saúde e as instituições formadoras, trabalhadores do sistema, usuários e controle social.

A Educação em Saúde perpassa todos os segmentos, é fundamental no cotidiano do trabalho dos servidores da saúde, mas também assume papel importante nas ações que visem a promoção e a proteção à saúde, levando informações à população.

Valoriza o cotidiano como o lugar para que a ação seja realizada, mas também que seja refletida, buscando sempre as melhores práticas, e vê no trabalho coletivo, integrado e colaborativo as formas para sua real concretude.

A Escola de Saúde Pública (ESP) é responsável pela Política de Educação em Saúde Coletiva, assim como pelo assessoramento e cooperação técnica com os NURESCs e NUMESCs, promovendo a construção coletiva da integralidade das ações em saúde.

O Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) foi criado para promover

ações envolvendo os municípios e visando pensar as questões de saúde coletiva sob o olhar da educação. É a estrutura das Coordenadorias Regionais de Saúde, responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e capacitação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, através da educação continuada, junto aos Municípios e CRS, firmando a consolidação das diretrizes e princípios do SUS (www.esp.rs.gov.br).

Os Núcleos de Educação em Saúde Coletiva Municipais (NUMESCs) têm o importante papel de promover as ações de Educação Permanente e de Educação Continuada junto às equipes de saúde do município e em articulação com os NURESCs. Devem ser espaços coletivos, organizados, participativos, com o objetivo de planejar e executar ações de formação e capacitação destinada aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Visam também, a garantia de espaços democráticos e humanizados, de forma a permitir que trabalhadores se sintam acolhidos e fortalecidos no acolhimento ao outro.

Segundo Merhy (2005), todo processo que esteja comprometido com as questões da educação permanente tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria a força de produzir a capacidade de problematizar a si mesmo no agir, com isso podendo construir novos pactos de convivência, abordando os serviços de saúde desde os conceitos da atenção integral, humanizada, até uma maior qualidade de vida para a população.

Importante destacar que todas as políticas, todos os programas necessitam pensar ações de educação em saúde como estratégia da melhoria dos processos de trabalho, através da formação de profissionais de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Implantação do NUMESC é uma importante estratégia de gestão, trata-se de fator primordial para a consolidação da Educação Permanente no município, desenvolvendo o pensamento crítico, o processo analítico-reflexivo, os processos formativos, a busca por melhor eficácia nos serviços disponibilizados a população, a integração ensino-serviço, a potencialização do controle social, impactando diretamente na prevenção, na promoção e na assistência à saúde prestada à população. Ressalta-se que está contemplada na Política de Atenção Primária à Saúde, por seu potencial em produzir resultados significativos; além de compor ações previstas pela Vigilância em Saúde, de planejamento, monitoramento e avaliação em saúde.

A Região 21 possui atualmente 03 municípios com NUMESCs formalmente constituídos e outros 08 com representações dos Núcleos Municipais; o que representa um grande desafio estarmos ampliando a implantação de NUMESCs nos próximos anos. Constitui-se numa Região considerada Pólo educacional, o que determina que a presença do NUMESC contribui para o fortalecimento das ações de cooperação, a regulamentação dos campos de estágio, as residências multiprofissionais e médicas. A Região 22 possui 01 município com NUMESCs

As ações de Educação Permanente em Saúde precisam ser pensadas e construídas a partir das necessidades dos trabalhadores e da população, acompanhadas e mediadas pelo Controle Social e devem estar descritas nos instrumentos de gestão. A descentralização das ações permite uma adequação à realidade local e as peculiaridades de cada região, daí resultando a importância que cada município tenha o seu núcleo de educação constituído e formalizado para cumprir com as atribuições pertinentes.

4.6 Financiamento

A gestão e o financiamento no SUS são compartilhados entre as três esferas de governo: federal, estadual e municipal, conforme o que determina a Carta Magna de 1988, custeando as despesas de ações e serviços públicos de saúde. Os percentuais de aplicação financeira dos Municípios, Estados e União, no SUS, são definidos pela lei nº 141/2012. Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos Estados 12%. Em relação à União há premente subfinanciamento, especialmente em função da EC 95 e da imposição do teto de gastos, incluindo serviços essenciais como saúde e educação.

Os gráficos a seguir demonstram que a Macrorregião Sul, e a Região 21 apresentam uma série de indicadores financeiros desfavoráveis em relação às demais macrorregiões e regiões do estado do Rio Grande do Sul.

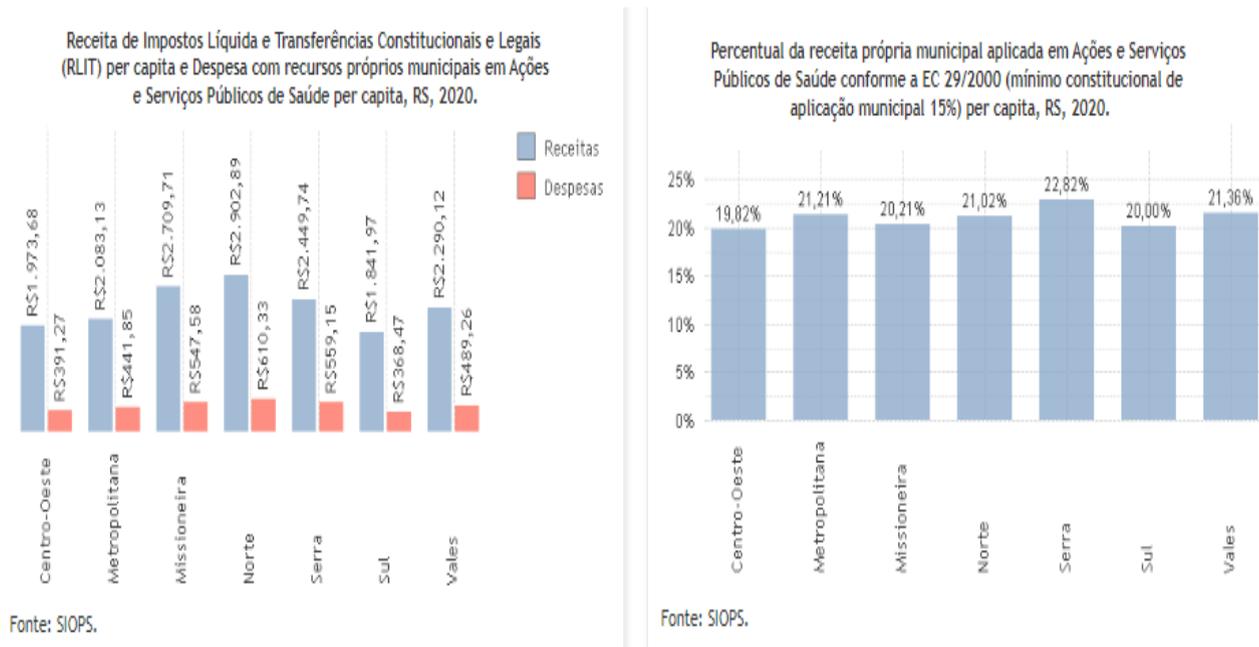
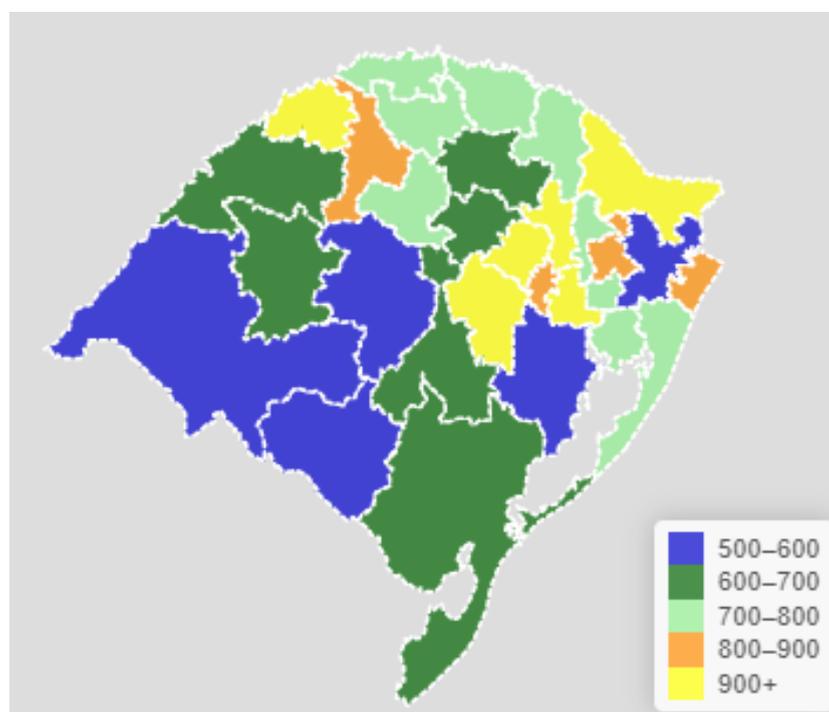


Figura 34: Receita de Impostos Líquida e Transferências Constitucionais e Legais (RLIT) per capita e Despesas com recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde per capita, RS, 2020.

A macrorregião sul apresenta o menor índice de receitas e o segundo menor índice de despesas entre as demais macrorregiões do estado.

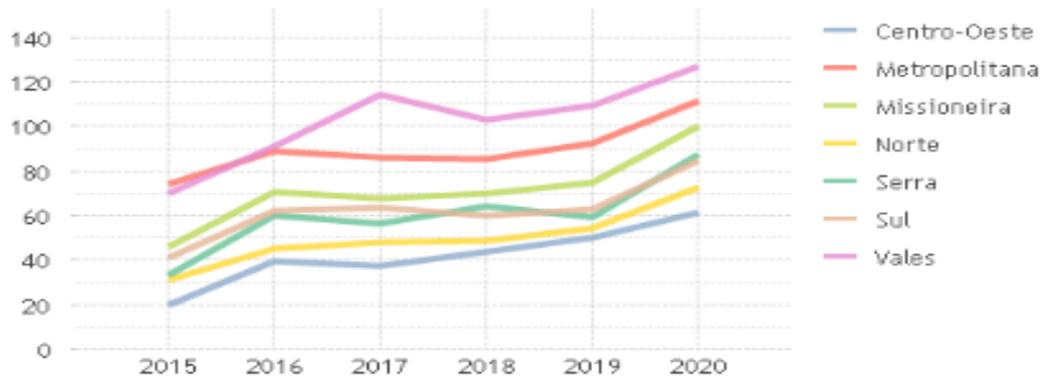


Fonte: SIOPS

Figura 35: Total de despesas em saúde per capita, por regiões, RS, 2020.

Observa-se notoriamente a situação da metade sul do RS, como sendo das regiões com menores despesas per capita em saúde.

Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde (Programas municipais e outros) per capita, RS, 2015 - 2020.*



Fonte: FPE.

Figura 36: Transferência de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde per capita, RS, 2015-2020.

Em relação a transferência de recursos estaduais, em 2020, está abaixo de 04 das 07 macrorregiões.

Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde (Programas municipais e outros) por subfunção orçamentária per capita, RS, 2020.*

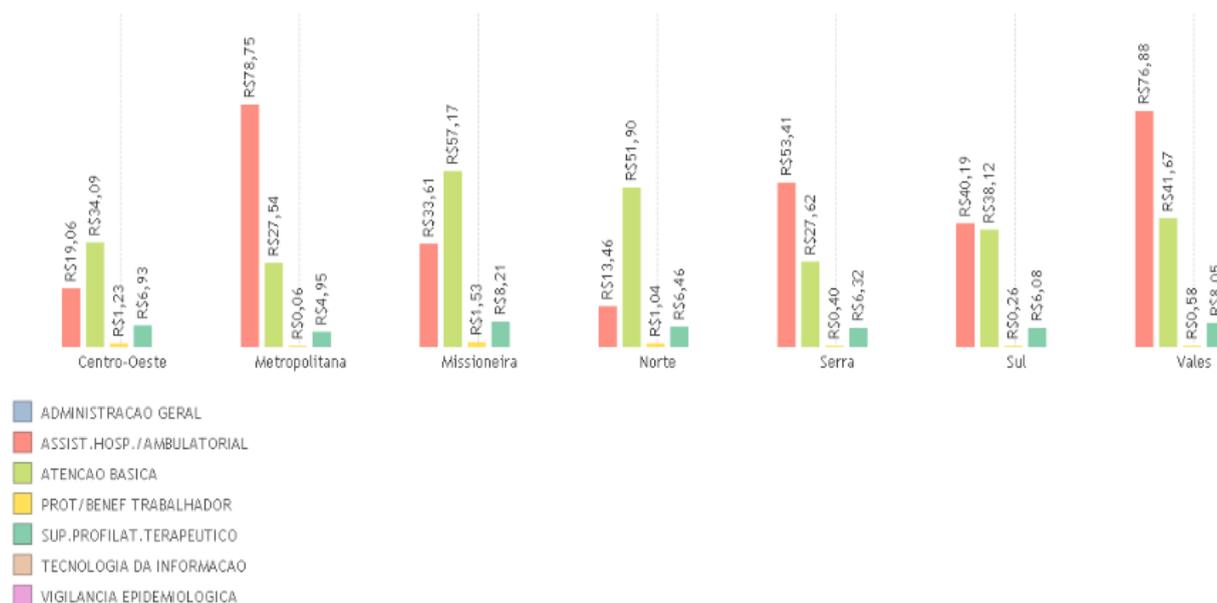
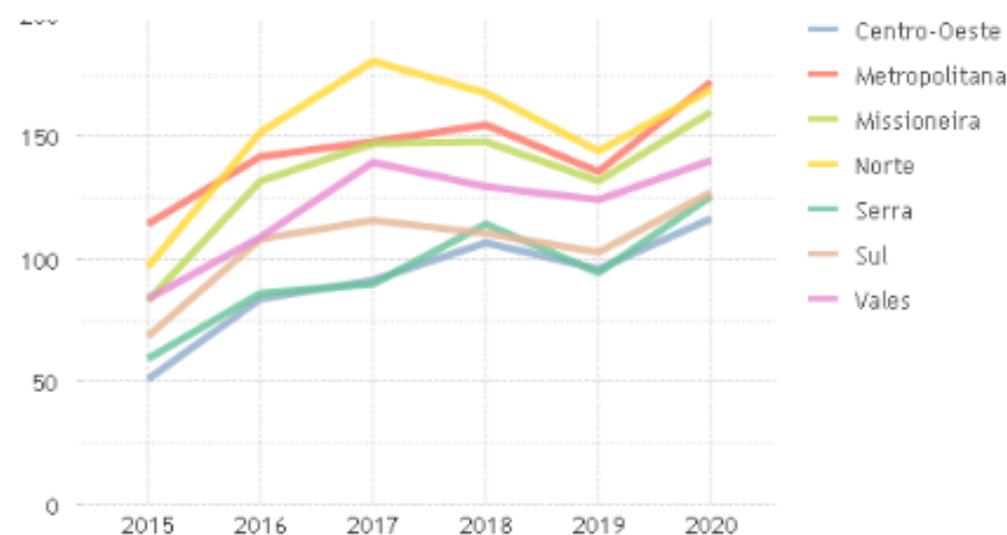


Figura 37 – Transferência de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde por subfunção orçamentária per capita, RS, 2020

A transferência de recursos estaduais de acordo com as subfunções orçamentárias variam de uma macrorregião para outra são na maioria em assistência hospitalar e ambulatorial. Na Macrorregião Sul há discreta maioria de recursos com assistência hospitalar e ambulatorial em relação à atenção básica. Entende-se que em ambas subfunções há necessidade de maiores investimento, principalmente na atenção básica, considerando que é neste nível que necessitamos elevar metas necessárias para reduzir internações por condições sensíveis à atenção básica e outras que dizem respeito a resolutividade desta reduzindo morbimortalidade e custos com os demais níveis de atenção à saúde.

Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, RS, 2015 - 2020.*



Fonte: FPE.

Figura 38 – Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita, RS, 2015-2020.

O financiamento e os repasses de recursos financeiros federais e estaduais dependem diretamente do nível de gestão municipal dos recursos da MAC. De acordo com SES/RS/DGAE/Monitoramento, em setembro de 2022, a Macrorregião Sul possui a seguinte situação, conforme a legislação vigente, sendo GPABA = Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, GPSMS = Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. A publicação da Portaria 2.023/04 GM estabeleceu que todos os municípios são responsáveis pela Atenção Básica em seu território. No quadro abaixo, NA = Não se Aplica - não existe hospital no município / não há produção MAC ambulatorial, e GE = Gestão Estadual.

É relevante destacar que em toda macrorregião apenas os municípios de Pelotas e São José do Norte possuem gestão de todos os prestadores do SUS localizados em seu território, e alguns outros municípios possuem assunção de parte da média complexidade como de CAPS, fisioterapia, e laboratórios de análises clínicas. De modo que a maioria dos prestadores ainda estão em gestão estadual.

Quadro 12: municípios com gestão de recurso federal, grupo de atenção especializada, aderidos ao pacto, gestão plena do sistema municipal e outros. CRS, conforme Decreto 55.606/2020 e Regiões de Saúde conforme as Resoluções 555/2012, 499/2014 CIB/RS e 119/21 CIB/RS, atualizados até competência setembro de 2022.

CRS	REGIÃO DE SAÚDE	Município	Situação conforme NOAS 01/2002	Situação conforme Portarias MS/GM 399/06, 699/06, 204/07 e 372/07 (Pacto pela Saúde)	AMBULATORIAL Mês de competência para início da gestão de prestadores ambulatoriais com produção MAC	HOSPITALAR Mês de competência para início da gestão de prestadores hospitalares com produção MAC	Gestão assumida pelo Município	Município com gestão de todos os prestadores amb. e hosp. (se houver) públicos e/ou privados localizados em seu território	Município com gestão de todos os prestadores amb. e hosp. (se houver) públicos e/ou privados localizados em seu território	Município com gestão de 1 ou mais prestadores amb. público e/ou privado localizado em seu território	Resolução CIB/RS Assunção Gestão	ANO DE ASSUNÇÃO TODOS PRESTADORES
7	R 22	Bagé	GPABA	NÃO	01/04/14	GE	Recebe recurso MAC para gestão da UPA (Portaria MS/GM 566/14). Assumiu a gestão dos CAPS.			X	266/14 760/14	
7	R22	Dom Pedrito	GPABA	NÃO	01/01/15	GE	Assumiu a gestão de CAPS.			X	760/14	
3	R 21	Arroio Grande	GPABA	NÃO	01/01/15	GE	Assumiu a gestão de CAPS.			X	760/14	
3	R 21	Canguçu	GPABA	NÃO	01/01/15	GE	Assumiu a gestão de CAPS. Assumiu a gestão do laboratório clínico. Assumiu gestão fisioterapia.			X	760/14 499/18 012/21	
3	R 21	Capão do Leão	*	NÃO	01/01/15	NA	Assumiu a gestão de CAPS. Assumiu a gestão de fisioterapia.			X	760/14 374/19	
3	R 21	Jaguarão	GPABA	NÃO	01/01/15	GE	Assumiu a gestão de CAPS. Assumiu a gestão de laboratório clínico.			X	760/14 220/18	

3	R 21	Pelotas	GPSMS	NÃO	01/08/00	01/08/00	Habilitação GPSMS. Gestão de todos os prestadores localizados em seu território excetuando HEMOPEL (CNES 2254107) e Laboratório Regional de Pelotas (CNES 2253542).	X			PT MS/GM 927/00	2000
3	R 21	Pinheiro Machado	GPABA	NÃO	01/01/15	GE	Assumiu a gestão de CAPS. Assumiu a gestão do laboratório clínico.			X	760/14 375/19	
3	R 21	Piratini	GPABA	NÃO	01/01/15	GE	Assumiu a gestão de CAPS.			X	760/14	
3	R 21	Rio Grande	GPABA	NÃO	01/01/15	GE	Assumiu a gestão de CAPS. Assumiu a gestão do laboratório clínico. Assumiu gestão fisioterapia e outros procedimentos.			X	760/14 041/19 242/20	
3	R 21	Santa Vitória do Palmar	GPABA	NÃO	01/01/15	GE	Assumiu a gestão de CAPS.			X	760/14	
3	R 21	São José do Norte	GPABA	NÃO	01/10/13	01/10/13	Assumiu a gestão de todos os prestadores de serviços ao SUS, localizados em seu território.	X			440/13	2013
3	R 21	São Lourenço do Sul	GPABA	NÃO	01/01/15	GE	Assumiu a gestão de CAPS. Assumiu a gestão de laboratório clínico.			X	760/14 197/18	

Em relação aos recursos federais em 2022, pode-se apresentar conforme os gráficos a seguir que, há maiores repasses em relação aos recursos de custeio da MAC em relação aos demais, principalmente na Região 21 em que já municípios gestores dos prestadores hospitalares, concentrando os repasses fundo a fundo, e se constituem em referência macrorregional de determinadas ofertas de serviços. Observando-se também que os recursos federais para AF e VS são significativamente menores. Assim como, o repasse de recursos federais de estrutura forma todos de emendas parlamentares.

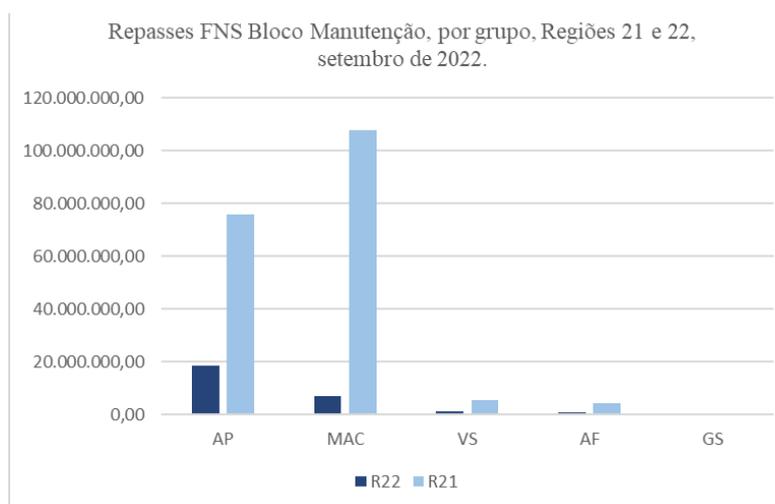


Figura 39: Repasses FNS bloco manutenção, por grupo, Regiões 21 e 22, setembro de 2022.

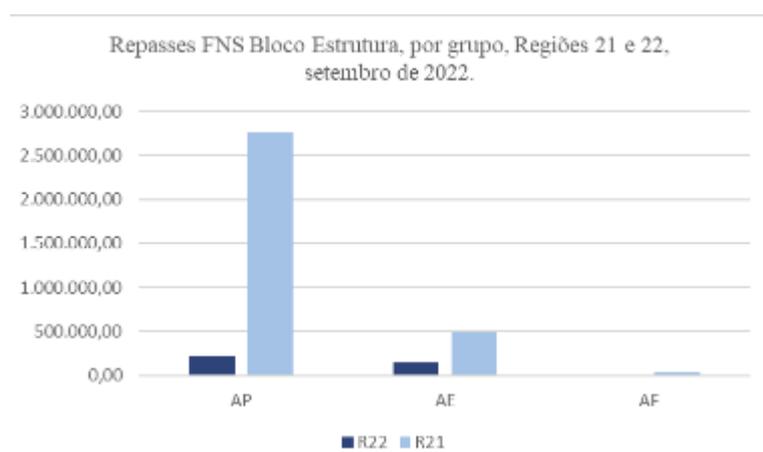


Figura 40: Repasses FNS bloco estrutura, por grupo, Regiões 21 e 22, setembro de 2022.

Região	Município	População 2021	Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)						Estruturação da Rede de Serviços Públicos de				Total
			AP	MAC	VS	AF	GS	Sub total	AP	AE	AF	Sub total	
R22	Acegná	4.981	1.931.621,44	197.271,00	40.190,63	34.547,12	1.047,69	2.204.677,88	0	0	0	0	2.204.677,88
	Bagé	121.518	9.953.920,43	6.051.942,25	888.706,50	552.536,32	11.641,00	17.458.746,50	99.996,00	51.701,00	0	151.697,00	17.610.493,50
	Candiota	9.707	1.889.538,86	197.271,00	31.948,81	44.091,36	1.164,10	2.164.014,13	0	99.843,00	0	99.843,00	2.263.857,13
	Dom Pedrito	38.222	2.604.317,67	452.016,00	149.969,33	187.421,60	1.513,33	3.395.237,93	0	0	0	0	3.395.237,93
	Hulha Negra	6.894	1.109.132,72	0	25.180,51	43.173,12	1.629,74	1.179.116,09	12.860,00	0	0	12.860,00	1.191.976,00
	Lavras	7.410	1.029.486,56	197.271,00	25.412,84	44.639,68	1.746,15	26.401.792,53	99.892,00	0	0	99.892,00	1.398.448,23
	Total Região 22	188.732	18.518.017,68	7.095.771,25	1.161.408,62	906.409,20	18.742,01	27.700.348,76	212.748,00	151.544,00		364.292,00	28.064.690,67
R21	Amaral Ferrador	7136	1.145.805,62	0	27.814,79	32.346,16	1.396,92	1.207.363,49	119.977,00	0	0	119.977,00	1.327.340,49
	Arroio do Padre	2966	509.235,50	0	26.402,69	13.511,68	0	549.149,87	349.923,00	0	0	349.923,00	899.072,87
	Arroio Grande	18185	2.704.185,92	372.870,00	48.880,59	84.157,20	2.095,38	3.212.189,09	0	245.720,00	0	245.720,00	3.457.909,09
	Canguçu	56370	3.671.746,98	1.076.019,12	168.504,67	257.835,76	2.211,79	5.176.318,32	0	0	0	0	5.176.318,32
	Capão do Leão	25462	3.010.677,94	834.522,57	70.253,22	116.641,44	1.164,10	4.033.259,27	350.215,00	249.321,00	0	599.536,00	4.632.795,27
	Cerrito	6005	1.380.873,29	0	33.442,43	43.131,60	1.396,92	1.458.844,24	99.424,00	0	43.543,00	142.967,00	1.601.811,24
	Chui	6832	531.090,40	0	33.101,25	30.577,12	698,46	595.467,23	0	0	0	0	595.467,23
	Herval	6807	1.291.765,81	118.125,00	73.556,69	31.380,08	1.164,10	1.515.991,68	0	0	0	0	1.515.991,68
	Jaguarão	26327	2.969.350,52	447.876,00	125.117,54	134.821,60	2.910,25	3.680.075,91	0	0	0	0	3.680.075,91
	Morro Redondo	6609	1.219.782,22	0	27.006,58	29.956,88	1.629,74	1.278.375,42	0	0	0	0	1.278.375,42
	Pedras Altas	1928	862.057,43	0	57.924,81	12.136,16	349,23	932.467,63	169.794,00	0	0	169.794,00	1.102.261,63
	Pedro Osório	7683	1.431.190,07	0	26.763,03	38.170,48	1.280,51	1.497.404,09	199.924,00	0	0	199.924,00	1.697.328,09
	Pelotas*	343826	22.009.712,10	90.558.358,40	1.995.993,49	1.573.717,92	27.938,40	116.165.720,31	0	0	0	0	116.165.720,31
	Pinheiro Machado	12122	1.436.339,42	838.368,00	58.118,42	72.505,92	1.629,74	2.406.961,50	100.000,00	0	0	100.000,00	2.506.961,50
	Piratini	20743	2.278.960,47	372.870,00	99.716,18	107.060,40	1.629,74	2.860.236,79	99.999,00	0	0	99.999,00	2.960.235,79
	Rio Grande	212881	14.083.899,77	6.959.607,58	1.855.402,16	962.399,20	24.562,51	23.885.871,22	239.788,00	0	0	239.788,00	24.125.659,22
	Santa Vitória do Palmar	29298	4.093.463,67	415.901,25	164.783,98	144.151,20	3.725,12	4.822.025,22	1.032.924,00	0	0	1.032.924,00	5.854.949,22
	Santana da Boa Vista	8037	1.086.713,80	118.125,00	37.360,90	40.903,12	1.978,97	1.285.081,79	0	0	0	0	1.285.081,79
	São José do Norte*	27866	3.170.989,13	2.893.723,43	109.629,92	126.826,88	0	6.301.169,36	0	0	0	0	6.301.169,36
	São Lourenço do Sul	43501	5.925.126,63	2.526.142,50	170.045,50	212.499,60	0	8.833.814,23	0	0	0	0	8.833.814,23
Turuçu	3408	939.582,21	0	35.234,42	18.402,00	116,41	993.335,04	0	0	0	0	993.335,04	
Total Região 21	873992	75.752.548,90	107.532.509,00	5.245.053,26	4.083.132,40	77.878,29	192.691.121,85	2.761.968,00	495.041,00	43.543,00	3.300.552,00	195.991.673,70	
Total Macrorregião Sul		1062729	94.270.566,58	114.628.280,30	6.406.461,88	4.989.541,60	96.620,30	220.391.470,60	2.974.716,00	646.585,00	43.543,00	3.664.844,00	224.056.314,60

Fonte: FNS

Figura 41: Transferências de recursos federais 2022, R21 e R22/município.

No quadro abaixo, descrevemos as ações do **Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)**, que foram objeto de transferências de recursos federais, em 2022.

Grupo/antigo bloco	Ações	Ações detalhadas
ATENÇÃO PRIMÁRIA	PISO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - DESEMPENHO
		INCENTIVO FINANCEIRO DA APS - CAPITAÇÃO PONDERADA
		AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
		PROGRAMA DE INFORMATIZAÇÃO DA APS
		INCENTIVO PARA AÇÕES ESTRATÉGICAS
	CV19 - CORONA VIRUS (COVID-19)	
IMPLEMENTAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA SAÚDE	IMPLEMENTAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA SAÚDE	
	IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE	
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA A SAÚDE	IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PARA A REDE CEGONHA	
	IMPLEM. DE POLIT. DE PROMOÇÃO A SAÚDE E ATENÇÃO DOENÇ CRON NAO TRANSMISSIVEIS (DCNT)	
ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS NO MAC	ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS NO MAC (CAPS, SAMU, consultas, exames, AIHs)
		SAMU 192
		FAEC - NEFROLOGIA
		FAEC - CIRURGIA BARIÁTRICA
		FAEC - TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CELULAS
		FAEC - TRATAMENTO DE DOENÇA MACULAR
		FAEC - HEMODINÂMICA EM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
		FAEC - DIAGNÓSTICO/TRATAMENTO EM ONCOLOGIA
		CV19 - CORONA VIRUS (COVID-19)
GESTÃO DO SUS	EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE	FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS TÉCNICOS DE SAÚDE E FORTALECIMENTO DAS ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS
	PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	CV19 - CORONA VIRUS (COVID-19)
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	INCENTIVO FINANCEIRO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA EXECUÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	INCENTIVO FINANCEIRO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS EXECUÇÃO AÇÕES VIGILÂNCIA SANITÁRIA
	INCENTIVO FINANCEIRO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE	INCENTIVO FINANCEIRO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE - DESPESAS DIVERSAS
		ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS
		INCENTIVO FINANCEIRO ÀS AÇÕES DE VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Figura 42: Ações do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO), 2022.

No Bloco Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO), os recursos transferidos foram todos de Emendas parlamentares, para as seguintes ações, conforme quadro abaixo:

Bloco	Grupo/antigo bloco	Ações	Ações detalhadas
Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)	ATENÇÃO PRIMÁRIA	INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PARA CUMPRIMENTO DAS METAS - NACIONAL	INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
	ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL PARA CUMPRIMENTO DAS METAS - NACIONAL	INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL
Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO)	ATENÇÃO PRIMÁRIA	ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE	ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE
	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Figura 43: Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO)

Observa-se também, que houve transferências ou repasses de recursos federais por meio de Emendas Parlamentares para o Bloco de Manutenção e Custeio, para atenção primária de todos os municípios da macrorregião e para MAC de municípios com gestão hospitalar. Contudo, observa-se relevante disparidade entre os valores e os municípios, conforme quadro abaixo:

Tabela 09: Recursos de Emendas Parlamentares.

Região	Município	População 2021	Manutenção das Ações e Serviços			Estruturação da Rede de Serviços Públicos			
			AP	MAC	Sub total	AP	AE	AF	Sub total
R21	Aceguá	4.981	1.045.418,00		1.045.418,00	0	0	0	0
	Bagé	121.518	2.420.140,00		2.420.140,00	99.996,00	51.701,00	0	151.697,00
	Candiota	9.707	700.050,00		700.050,00	0	99.843,00	0	99.843,00
	Dom Pedrito	38.222	680.000,00		680.000,00	0	0	0	0
	Hulha Negra	6.894	580.000,00		580.000,00	12.860,00	0	0	12.860,00
	Lavras	7.410	400.000,00		400.000,00	99.892,00	0	0	99.892,00
	Total Região 22	188.732	5.825.608,00	0,00	5.825.608,00	212.748,00	151.544,00	0	364.292,00
R22	Amaral Ferrador	7136	650.000,00		650.000,00	119.977,00	0	0	119.977,00
	Arroio do Padre	2966	150.000,00		150.000,00	349.923,00	0	0	349.923,00
	Arroio Grande	18185	1.500.000,00		1.500.000,00	0	245.720,00	0	245.720,00
	Canguçu,	56370	500.000,00		500.000,00	0	0	0	0
	Capão do Leão	25462	820.000,00		820.000,00	350.215,00	249.321,00	0	599.536,00
	Cerrito	6005	500.050,00		500.050,00	99.424,00	0	43.543,00	142.967,00
	Chuí	6832	200.250,00		200.250,00	0	0	0	0
	Herval	6807	140.050,00		140.050,00	0	0	0	0
	Jaguarão	26327	630.050,00		630.050,00	0	0	0	0
	Morro Redondo	6609	300.000,00		300.000,00	0	0	0	0
	Pedras Altas	1928	429.321,00		429.321,00	169.794,00	0	0	169.794,00
	Pedro Osório	7683	650.050,00		650.050,00	199.924,00	0	0	199.924,00
	Pelotas*	343826	300.000,00	3.157.734,00	3.457.734,00	0	0	0	0
	Pinheiro Machado	12122	150.000,00		150.000,00	100.000,00	0	0	100.000,00
	Piratini	20743	1.200.000,00		1.200.000,00	99.999,00	0	0	99.999,00
	Rio Grande	212881	960.487,00		960.487,00	239.788,00	0	0	239.788,00
	Santa Vitória do Palmar	29298	1.080.000,00		1.080.000,00	1.032.924,00	0	0	1.032.924,00
	Santana da Boa Vista	8037	450.000,00		450.000,00	0	0	0	0
	São José do Norte*	27866	1.000.000,00	380.000,00	1.380.000,00	0	0	0	0
	São Lourenço do Sul	43501	1.320.000,00		1.320.000,00	0	0	0	0
Turuçu	3408	460.000,00		460.000,00	0	0	0	0	
Total Região 21	873992	13.390.258,00	3.537.734,00	16.927.992,00	2.761.968,00	495.041,00	43.543,00	3.300.552,00	
Total Macrorregião Sul			19.215.866,00	3.537.734,00	22.753.600,00	2.974.716,00	646.585,00	43.543,00	3.664.844,00

Em relação ao financiamento estadual as tabelas a seguir, demonstram o valores repassados aos municípios em período recente e os programas e ações objetos de cofinanciamento da SES/RS, com destaque para o programa Assitir

Região	Município	População 2021	Valor total pago
R22	Aceguá	4.981	44.540,86
	Bagé	121.518	945.289,54
	Candiota	9.707	79.135,64
	Dom Pedrito	38.222	152.291,48
	Hulha Negra	6.894	40.107,49
	Lavras	7.410	101.822,32
	Total Região 22	188.732	1.363.187,33
R21	Amaral Ferrador	7136	25.938,99
	Arroio do Padre	2966	14.672,77
	Arroio Grande	18185	129.042,37
	Canguçu	56370	255.751,07
	Capão do Leão	25462	142.084,75
	Cerrito	6005	29.967,48
	Chuí	6832	22.987,20
	Herval	6807	52.641,23
	Jaguarão	26327	111.543,14
	Morro Redondo	6609	36.524,87
	Pedras Altas	1928	42.401,57
	Pedro Osório	7683	30.303,84
	Pelotas	343826	3.476.514,77
	Pinheiro Machado	12122	72.447,72
	Piratini	20743	72.381,67
	Rio Grande	212881	907.229,24
	Santa Vitória do Palmar	29298	168.998,14
	Santana da Boa Vista	8037	108.898,16
	São José do Norte	27866	637.446,50
São Lourenço do Sul	43501	317.264,40	
Turuçu	3408	37.962,70	
Total Região 21	873992	6.693.002,58	
Total Macrorregião Sul	1062729	8.056.190	

Fonte: FES/SES/RS

Figura 44: Valores estaduais totais pagos, por município, por região, setembro de 2022.

Projeto	Ações
PIAPS-PROG INCENT ATENCAO	PIAPS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (ESF, EAP, ESB) - PORTARIA SES 635/21. PROGRAMA PIAPS PRIMEIRA INFANCIA MELHOR (PIM) - PORTARIA SES 635/2021 E 843/2021. PIAPS SOCIODEMOGRÁFICO, CUSTEIO MENSAL RBC - PORTARIA SES/RS 635/21 E 843/21. PIAPS SAUDE QUILOMBOLA PIAPS SOCIODEMOGRÁFICO - PORTARIA 635/21. RETENÇÃO CONASEMS CIB 472/17 - R\$ 600,00. PROGRAMA PIAPS SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS - MUNICÍPIO COM 62 INDÍGENAS. PORTARIA SES 635/2021. PIAPS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL - Nº EQUIPES: 2. PORTARIA SES 635/2021, 755/2021 E 754/2021.
ATENCAO MEDIA ALTA COMPLE	PGTO PRESTADORES SUS SIA MEDIA COMPLEXIDADE.
CENTROS ESPECIALIDADES	CENTROS DE ESPECIALIDADE ODONTOLOGICA - RES CIB/RS 574/12 E PORTARIA 2.045 GM 12/09/14. PRODUÇÃO PROTESES DENTÁRIAS - 61 UNIDADES. RESOLUÇÃO CIB/RS 25/10, PORTARIA 562/09, DECRETO 47.279/10
ASSISTIR-INCENTIVOS	PROGRAMA ASSISTIR - DECRETO 56.015/21, PORTARIA SES 537/21, 446/2022 - HOSPITAL
OPER E MANUT HEMOCENTROS	Empenho prévio referente à minuta do terceiro aditivo ao convênio nº 1719/2019 para viabilizar o funcionamento do Hemocentro Regional de Pelotas, a fim de manter a realização dos procedimentos hemoterápicos e hematológicos para o Sistema Único de Saúde. F
ASSIST FARMACEUTICA	INCENTIVO FARMÁCIA BÁSICA E INSUMOS P/CONTROLE DIABETES - CONTRAPARTIDA ESTADUAL-RES. CIB/RS 008/20 INCENTIVO FARMÁCIA BÁSICA E INSUMOS P/CONTROLE DIABETES - CONTRAPARTIDA ESTADUAL-RES. CIB/RS 008/20
REDE ATENCAO PSICOSSOCIAL	CUSTEIO DAS OFICINAS TERAPÊUTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA TIPO I - CIB/RS 404/11 e 322/12 - CUSTEIO DE COMPOSIÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS - RESOLUÇÃO CIB/RS 234/14 e 305/14 - CUSTEIO DE ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO - RESOLUÇÃO CIB/RS 233/14 E 304/14 - CUSTEIO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS I - RESOLUÇÃO CIB/RS 100/2014 E PORTARIA 2103/2002 CUSTEIO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS II - RESOLUÇÃO CIB/RS 100/2014 E PORTARIA 17/2004 CUSTEIO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS INFANTIL - RESOLUÇÃO CIB/RS 100/2014 E PORTARIA 845/2006 - CUSTEIO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL Caps ad III - RESOLUÇÃO CIB/RS 242/2013 E PORTARIA GM/MS 1367/2014
REDE URG E EMERG-SAMU	INC ESTADUAL CUSTEIO E MANUT DE 1 UNIDADE(S) MÓVEL SUPORTE BÁSICO - USB/SAMU-RES CIB/RS 306/2008. INC ESTADUAL P/ CUSTEIO E MANUT 1 UNIDADE(S) MÓVEL SUPORTE AVANÇADO-USA/SAMU - RES CIB/RS 306/08. REPASSE P/ MANUTENÇÃO DAS MOTOLÂNCIAS - PROGRAMA SAMU - RESOLUÇÃO CIB/RS 075/10 e 304/2015. CUSTEIO E MANUT UPA 24H - PORTE I - HABILITADA - PORTARIA GM/MS 3524/2020. RES CIB/RS 250/17. COMP: 08/2022 VÍNC 4170 FUNDOS MUNICIPAIS DE SAUDE EMP/LIQ P/ CUSTEIO E MANUT UPA 24H - PORTE III - HABILITADA - PORTARIA GM/MS 1874/2021. RES CIB/RS 250/17.

Figura 45: Projetos e Ações com Cofinanciamento SES/RS, setembro de 2022.

Programa Assistir			
Município	Credor	SubProjeto	Valor pago SET/22
Região 21			
ARROIO GRANDE	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARROIO GRANDE	Santa Casa de Misericórdia de Arroio Grande	62.150,00
CANGUCU	HOSP DE CARIDADE DE CANGUCU	Hosp de Caridade de Canguçu	237.060,83
JAGUARAO	SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO	Santa Casa de Caridade de Jaguarao	179.540,00
PEDRO OSORIO	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEDRO OSORIO	Santa Casa de Misericórdia de Pedro Osório	66.200,00
PELOTAS	FUNDO MUN DE SAUDE DE PELOTAS	FMS-Hosp Espirita de Pelotas	240.000,00
PELOTAS	FUNDO MUN DE SAUDE DE PELOTAS	FMS-Soc Portuguesa de Benificencia-Pelotas	283.333,33
PELOTAS	FUNDO MUN DE SAUDE DE PELOTAS	FMS-Uqpel - Hospital Universitario Sao Francisco de Paula- Pelotas	972.541,67
PELOTAS	FUNDO MUN DE SAUDE DE PELOTAS	FMS-Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	524.308,33
PINHEIRO MACHADO	ASSOC ASSIST SOCIAL	Assoc Assist Social-Pinheiro Machado	202.868,83
PIRATINI	HOSP DE CARIDADE NOS SENHORA DA CONCEICAO	Hosp de Caridade Nos Senhora da Conceicao-Piratini	284.896,40
RIO GRANDE	ASSOC DE CARIDADE SANTA CASA DE RIO GRANDE	Assoc de Caridade Santa Casa de Rio Grande	878.212,25
RIO GRANDE	ASSOC DE CARIDADE SANTA CASA DE RIO GRANDE- HOSP PSIQUIATRICO	HOSP PSIQUIATRICO VICENCA MARIA DA FONTOURA-RIO GRANDE	80.351,36
SANTA VITORIA DO PALMAR	SANTA CASA MISERIC DE SANTA VITORIADO PALMAR	Santa Casa Miseric de Santa Vitoria do Palmar	123.245,00
SAO JOSE DO NORTE	FUNDO MUN DE SAUDE DE SAO JOSE DO NORTE	FMS-ASSOC HOSP E MATERNIDADE SAO FRANCISCO-SAO JOSE DO NORTE NORTE	545.135,08
SAO LOURENCO DO SUL	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE S L DO SUL	Santa Casa de Misericórdia de Sao Lourenço do Sul	379.133,33
TOTAL R21			6.257.062,24
Região 22			
ACEGUA	COMUNIDADE COLONIA NOVA HOSP	Comunidade Colonia Nova Hosp-Acegua	50.000,00
BAGE	HOSP UNIVERSITARIO URCAMP	Hosp Universitario Urcamp	148.100,00

Figura 46: Programa Assistir.

Diante das necessidades da macrorregião sul e devidas proposições de ações e serviços, espera-se contribuir com a ampliação e definição de investimentos ao encontro da qualificação e resolutividade da prestação de serviços e do cuidado integral à população deste território.

V – ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DAS RAS

Os instrumentos normativos do SUS vêm apontando, nos últimos anos, a necessidade de reorganização dos serviços e práticas visando à integralidade da atenção. Neste sentido, destaca-se a importância da superação da fragmentação entre as ações e serviços através da implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). As RAS são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (PORTER e TEISBERG, 2007), que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária, Secundária e Terciária (MENDES, 2011).

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



Fonte: Mendes, 2011

Figura 47: Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde.

A Portaria MS/GM N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010, define que a relação entre as redes de saúde são pautadas com base na Atenção Primária haja vista que a mesma faz a interligação e a comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde. Desta forma as ações e os serviços têm como objetivo garantir a integralidade de acordo com as necessidades da população.

Deste modo, procura-se apresentar neste capítulo, a organização dos principais pontos de atenção da RAS da macrorregião sul, considerando a capacidade instalada e os planos regionais das respectivas redes temáticas.

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

Tais considerações são extremamente relevantes no sentido de compreender que para além das estruturas de prestação de serviços é preciso também qualificar e investir nos processos e sistemas logísticos de acesso, regulação e demais instrumentos de governança das redes.

5.1 Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS), principal porta de entrada e centro de comunicação com a rede de atenção à saúde (RAS), deve ser ofertada a todas as pessoas considerando as demandas e necessidades do território e os determinantes e condicionantes de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade e pelas seguintes diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB 2017), é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada,

realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017).

A oferta e organização das ações e serviços de atenção básica a população deve considerar a cuidado centrado na pessoa e as necessidades de saúde existentes em cada território. Grande parte dos problemas de saúde das pessoas podem ser abordados e resolvidos neste nível de atenção, tendo a compreensão do processo saúde - doença de forma ampliada e dos diversos fatores que influenciam e /ou causam riscos ou danos às condições de saúde das pessoas. Para isso, é fundamental a integração entre a vigilância em saúde e a atenção básica, buscando estabelecer uma atenção integral e que de fato atenda às necessidades de saúde da população.

Para expansão e consolidação da atenção básica elencou-se como estratégia prioritária a saúde da família, em substituição às modalidades tradicionais. Inicialmente, criada em 1994 e instituída como programa saúde da família (PSF), foi gradativamente reorientando a atenção primária em saúde e se consolidando como modelo prioritário. Com a publicação da política de atenção básica em 2017, continua se afirmando as equipes de saúde da família (eSF) como estratégia prioritária, porém passa-se a reconhecer e financiar as equipes de atenção básica (eAB) como uma modalidade de atenção possível de ser adotada pelos municípios.

Em 2019, houve alteração na PNAB com relação às eABs, sendo instituído pelo ministério da saúde as equipes de atenção primária em saúde (eAPs), através da Portaria nº 2539, assim como cria as equipes de saúde bucal com carga horária diferenciada e dispõe sobre o seu financiamento. Destaca-se ainda que, a partir de 2020, ocorreu a mudança no financiamento, sendo estabelecido o programa previne brasil, que é composto por uma modalidade mista de financiamento e que trouxe várias mudanças para a atenção primária em saúde até os dias atuais, com a publicação de vários documentos e legislações.

Atualmente a **Atenção Primária à Saúde** na Macrorregião Sul conta com seguinte mapeamento:

Situação APS, por município, R21, agosto de 2022.

Municípios	População estimada IBGE 2021	Cobertura de APS - considera cadastro vinculado (%)	Teto de equipes	Tipologia IRECE	Equipe de Saúde da Família pagas (nº)	Cobertura Estimada de Saúde da Família (R.ASO) - considera nº de equipes %	Teto de ACS	Nº de ACS credenciados	Nº de ACS pagos	Cobertura Estimada de ACS (%) - considera ACS pagas	Nº de EAP de 20h pagas
Amaral Ferrador	7.136	66,11	4	Rur.Adj.	2	96	18	12	11	88,63	0
Arroio do Padre	2.966	100	1	Urbano	1	100	7	6	5	96,93	0
Arroio Grande	18.185	76,09	9	Urbano	3	56,58	45	17	17	53,75	2
Canguçu	56.370	43,9	28	Rur.Adj.	5	30,78	141	31	30	30,82	9
Capão do Leão	25.462	92,84	13	Urbano	4	54,19	64	12	10	22,58	1
Cerrito	6.005	100	3	Rur.Adj.	3	100	15	15	15	100	0
Chuí	6.832	45,52	3	Int. Rem.	1	50,49	17	5	5	42,06	0
Herval	6.807	97,06	3	Rur.Adj.	3	100	17	18	18	100	0
Jaguarião	26.327	93,59	13	Urbano	7	91,76	66	34	34	74,25	0
Morro Redondo	6.409	100	3	Rur.Adj.	3	100	17	12	12	100	0
Pedras Altas	1.928	100	1	Rur.Adj.	1	100	5	6	5	100	0
Pedro Osório	7.483	92,67	4	Rur.Adj.	2	89,8	19	11	11	82,32	0
Pelotas	313.826	62,18	172	Urbano	75	75,25	860	328	310	51,84	10
Pinheiro Machado	12.122	91,55	6	Rur.Adj.	5	100	30	15	13	81,66	0
Piratini	20.743	81,51	10	Rur.Adj.	4	66,52	52	16	15	41,48	1
Rio Grande	212.881	62,72	106	Urbano	44	72,75	532	190	190	52,36	3
Santa Vitória do Palmar	29.298	100	15	Urbano	14	100	73	46	44	86,35	0
Santana da Boa Vista	8.037	59,76	4	Rur.Adj.	2	85,85	20	11	11	78,89	0
São José do Norte	27.866	60,89	14	Int. Adj.	7	86,66	70	36	36	74,28	0
São Lourenço do Sul	43.501	90,57	22	Int. Adj.	14	100	109	65	63	83,27	0
Turuçu	3.408	100	2	Rur.Adj.	2	100	9	7	6	96,10	0
R21	873.992	79,23	436		202	83,64	2186	893	861	72,25	21

Fontes: e-gestor JUL/2022 e-gestor AGO/2022 e-gestor AGO/2022 e-gestor AGO/2022 Cálculo realizado conforme a Nota Metodológica e-gestor AGO/2022 e-gestor AGO/2022 e-gestor AGO/2022 Cálculo realizado conforme a Nota Metodológica e-gestor AGO/2022

Fonte: e-gestor

Situação APS, por município, R22, agosto de 2022.

Municípios	População estimada IBGE 2021	Cobertura de APS - considera cadastro vinculado (%)	Teto de equipes	Tipologia IBGE	Equipe de Saúde da Família pagas (nº)	Cobertura Estimada de Saúde da Família (R.ASO) - considera nº de equipes %	Teto de ACS	Nº de ACS credenciados	Nº de ACS pagos	Cobertura Estimada de ACS (%) - considera ACS pagas	Nº de EAP de 20h pagas
Aceguá	4.981	100	2	Urbano	1	69,26	12	11	11	100	0
Bagé	121.518	65,91	61	Urbano	25	70,97	304	129	122	57,72	1
Candiota	9.707	68,22	5	Urbano	4	100	24	20	15	88,85	0
Dom Pedrito	38.222	54,34	19	Urbano	6	54,15	96	26	23	34,6	0
Hulha Negra	6.894	79,41	3	Urbano	3	100	17	10	10	83,4	0
Lavras	7.410	58,6	4	Int. Adj.	2	93,11	19	9	3	23,27	0
Total Região 22	188.732		94		41		472	205	184		1

Fontes: e-gestor JUL/2022 e-gestor AGO/2022 e-gestor AGO/2022 e-gestor AGO/2022 Cálculo realizado conforme a Nota Metodológica e-gestor AGO/2022 e-gestor AGO/2022 e-gestor AGO/2022 Cálculo realizado conforme a Nota Metodológica e-gestor AGO/2022

Fonte: e-gestor

Figura 48: Situação APS, por município, R21, AGOSTO DE 2022.

A Atenção Secundária e Terciária à Saúde é caracterizada por ações e serviços de saúde no âmbito ambulatorial e hospitalar, realizados mediante procedimentos de maior densidade tecnológica, de **média e alta complexidade** regionalizados, sendo que os serviços de atenção terciária são mais densos tecnologicamente do que os serviços da atenção secundária, por isso tendem a ser concentrados em poucas regiões do Estado, e em poucos município de uma macrorregião.

Além das ofertas de média e alta complexidade apresentadas no capítulo da PGASS, e na descrição das redes temáticas que incluem pontos de atenção terciária e secundária. Incluímos a seguir informações sobre a atenção em IST/AIDS.

Quadro 13: Referências em IST/AIDS.

Serviços (cirurgia, consultas e exames)	Municípios	Referência	Forma de acesso regulado	Documento embasamento
SAE/Ambulatorial/C TA/UDM	Aceguá, Bagé, Candiota, Hulha Negra e Lavras do Sul	SAIS Bagé	Encaminha- mento da Atenção Primária / Livre demanda	Portaria GM/MS Conjunta nº 1/2013
	Dom Pedrito	SAE Dom Pedrito		
	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do leão, Cerrito, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santana Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço Sul, Turuçu	SAE de Pelotas SAE da FURG em Rio Grande		
Ambulatório Municipal de IST/AIDS	Rio Grande	Rio Grande	Encaminha- mento da Atenção Primária / Livre demanda	Resolução CIR/Região 21 nº 28/2018
	Santa Vitória do Palmar e Chuí	Santa Vitória do Palmar		
Análise de CD4 e Carga Viral	Todos os Municípios	Laboratório Hospital Universitário de Rio Grande (FURG)	Encaminha- do pelo serviço de Referência	Resolução CIB/RS nº 439/2017
Análise de Genotipagem	Todos os Municípios	Centro de Genomas de São Paulo	Encaminha- do pelo serviço de Referência	Rede estabelecida pelo DIAHV/MS
Referência para procedimentos de Lipodistrofia	Todos os Municípios	Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre	Agendame- nto direto no serviço	Resolução CIB/RS nº 521/2011

Referência para procedimentos de Lipoatrofia	Todos os Municípios	SAE Município de Pelotas	Agendamento direto no serviço	Resolução CIB/RS nº 521/2011
--	---------------------	--------------------------	-------------------------------	------------------------------

5.2 Redes Temáticas de Atenção à Saúde

As redes temáticas seguem as normativas e fundamentações técnicas de acordo com cada linha de cuidado específica e que são apresentadas detalhadamente nos respectivos Planos regionais. Neste Plano Macrorregional apresentamos uma descrição síntese nos quadros seguir, com os pontos de atenção de cada rede, a saber:

Quadro 14: Pontos de Atenção da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência.

Componente Assistencial	Serviço de Referência/Município	Municípios referenciados	Forma de acesso	DOC Referência
Reabilitação Auditiva (serviço de modalidade única)	OTHOS CLÍNICA (contratualização em processo)	Todos da região 21	GERCON	Habilitado pela Portaria MS/SAS 443 de 17/08/2022 Resolução CIB/RS nº161/2022
Reabilitação Intelectual (serviço de modalidade única)	APAE de Arroio Grande	Amaral Ferrador, Arroio Grande, Cristal, Herval, Pedro Osório e Turucu	GERCON	Resolução CIR/RS-R21 nº004/2021; Resolução CIB/RS nº 283/2013
	APAE de Canguçu	Canguçu, Capão do Leão, Morro Redondo e Santana da Boa Vista	GERCON	
	APAE de Jaguarão	Arroio do Padre, Jaguarão e São Lourenço do Sul	GERCON	
	APAE de Pelotas	Pelotas	AGHOS WEB - PELOTAS	
	APAE de Piratini	Cerrito, Chuí, Pedras Altas, Pinheiro Machado, Piratini e Santa Vitória do Palmar	GERCON	
	APAE de São José do Norte	São José do Norte e Rio Grande	GERCON	
	APAE de Bagé	Todos da R22	GERCON	
Reabilitação Física (serviço de modalidade única)	Serviço de Reabilitação Física de Bagé	Todos das regiões 21 e 22	GERCON	
Reabilitação Visual (serviço de modalidade única)	Centro de Reabilitação Visual Louis Braille em Pelotas	Todos das regiões 21 e 22	AGHOS WEB - PELOTAS	

Oficina ortopédica	Serviço de Reabilitação Física de Bagé	Todos das regiões 21 e 22	GERCON	
Reabilitação Auditiva (serviço de modalidade única)	Centro de Reabilitação Auditiva de Bagé	Todos Região 22	GERCON	
CMR TEA	Pelotas	Todos das regiões 21 e 22	Os pontos focais dos municípios acessam direto os CMR e CRRs.	
CRR TEA	São Lourenço do Sul	R21		
Atenção à pessoa ostomizada	3 e 7CRS Pelotas Rio Grande	Local e regional	Encaminhado pela Rede / GUD (Gerenciamento de usuários com deficiência)	

Quadro 15: Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas

Serviços Assistenciais em Cardiologia				
Componente Assistencial	Serviço de Referência/Município	Municípios referenciados	Forma de acesso	DOC Referência
CARDIOLOGIA CLÍNICA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CARDIOLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROCARDIOGRAMA, ECOCARDIOGRAMA, HOLTER, MAPA, TESTE DE ESFORÇO), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS; SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	Municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Rio Grande e referência	GERCON AGHOS	Resolução CIB/RS nº 246/2017 CIB/RS nº 50/2022 e atualizações
	SANTA CASA DO RIO GRANDE; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte	GERCON	
	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	Todos os municípios da R22		
CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA IMPLANTE DE CARDIODEFIBRILADOR E MARCAPASSO MULTI-SÍTIO; UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA; UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA EM PACIENTES ATÉ 18 ANOS	UNIDADES DE POA (Instituto do Cardiologia, Hospital São Lucas da PUC, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Santa Casa de Porto Alegre)	Todos os municípios da R21 e R22		

UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS DE CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA (HEMODINÂMICA)	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS; SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS	Todos da R22 e Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência	GERCON AGHOS	
	HOSPITAL SANTA CASA DO RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte	GERCON	
UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA VASCULAR COM SERVIÇO DE ANGIORRADIOLOGIA	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS	Todos da R22 e Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência	GERCON AGHOS	
	HOSPITAL SANTA CASA DO RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte	GERCON	
UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDÍACA	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS	Todos os municípios da R21 e R22	GERCON AGHOS	
UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO CIRURGIÃO VASCULAR, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES	SOCIEDADE PORTUGUESA BENEFICÊNCIA	Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência	GERCON AGHOS	
	HU Dr. MIGUEL RIET JÚNIOR	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte	GERCON	
HU URCAMP	HU URCAMP Bagé	Todos da R22	GERCON	
CIRURGIA VASCULAR PLANTÃO PRESENCIAL	HU SÃO FRANCISCO DE PAULA - UCPEL	Todos os municípios da R21 e R22	RUE	
Serviços Assistenciais em Oncologia				
Componente Assistencial	Serviço de Referência/Município	Municípios referenciados	Forma de acesso	DOC Referência

UNIDADE ONCOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E/OU CIRÚRGICO), INCLUSIVE NAS INTERCORRÊNCIAS DECORRENTES DO TRATAMENTO, NAS RECIDIVAS, METÁSTASES E CUIDADO PALIATIVO	FUNDAÇÃO DE APOIO UNIVERSITÁRIO DE PELOTAS; SANTA CASA DE PELOTAS	Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência	GERCON	CIB/RS nº 50/2022 e atualizações
	SANTA CASA DO RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte		
	SANTA CASA DE BAGÉ	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde		
UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO RADIOTERÁPICO	FUNDAÇÃO DE APOIO UNIVERSITÁRIO DE PELOTAS; SANTA CASA DE PELOTAS	Todos da R22 e Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência		
	SANTA CASA DO RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte		
UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER HEMATOLÓGICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	Todos os municípios da R21 e R22		
UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER PULMONAR	SANTA CASA DO RIO GRANDE	Todos os municípios da R22 e R21		
UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL	FUNDAÇÃO DE APOIO UNIVERSITÁRIO DE PELOTAS; SANTA CASA DE PELOTAS	Todos da R22 e Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência		
	SANTA CASA DO RIO GRANDE	Todos da R22 e Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte		
UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO, INCLUSIVE DO CÂNCER BUCAL	FUNDAÇÃO DE APOIO UNIVERSITÁRIO DE PELOTAS; SANTA CASA DE PELOTAS	Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência		
	SANTA CASA DO RIO GRANDE	Todos da R22 e Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte		

UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER INFANTO JUVENIL (0 A 17 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	Todos os municípios da R21 e R22		
UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER RARO (OFTALMOLÓGICO E PRIMÁRIO DE OSSO)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE			
UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM IODOTERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE			
UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM BRAQUITERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE			
Serviços Assistenciais em Neurologia				
Componente Assistencial	Serviço de Referência/Município	Municípios referenciados	Forma de acesso	DOC Referência
Neuro clínica MC UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEUROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROENCEFALOGRAMA E ELETRONEUROMIOGRAFIA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HU SÃO FRANCISCO DE PAULA; SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	Todos da R22 e Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência	GERCON AGHOS	CIB/RS nº 50/2022 e atualizações Resolução CIB/RS nº 306/2018 e Portaria SAS/MS nº 646/2008
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORRÊA JÚNIOR	Municípios da 21ª região de Saúde exceto Pelotas	GERCON	
	SANTA CASA DO RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, São José do Norte e Santa Vitória do Palmar		

Neurocirurgia MC UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEUROCIRURGIÃO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE MÉDIA COMPLEXIDADE E TRATAMENTO CIRURGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL DO CARPO 04.03.02.012-3	HU SÃO FRANCISCO DE PAULA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	Todos da R22 e Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência	GERCON AGHOS	
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORRÊA JÚNIOR	Chuí, Rio Grande, São José do Norte e Santa Vitória do Palmar	GERCON	
Neurocirurgia AC UNIDADE DE ASSISTÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA, ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA; SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	Todos da R22 e Municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Rio Grande e referência	GERCON AGHOS	
	SANTA CASA DE RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte	GERCON	
UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE PARA INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DA EPILEPSIA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital São Lucas da PUC, Santa Casa de Porto Alegre	R21 e R22	GERCON	
UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO ENDOVASCULAR AOS PORTADORES DE DOENÇAS DO SISTEMA NEUROVASCULAR	Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital São Lucas da PUC, Santa Casa de Porto Alegre, Hospital Cristo Redentor, Hospital Beneficência Portuguesa	R21 e R22	GERCON	
UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTÁXICA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital São Lucas da PUC, Santa Casa de Porto Alegre	R21 e R22	GERCON	
Serviços Assistenciais em Nefrologia				
Componente Assistencial	Serviço de Referência/Município	Municípios referenciados	Forma de acesso	DOC Referência

UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA COM MÉDICO NEFROLOGISTA, EXAMES COMPATÍVEIS COM A ESPECIALIDADE E HEMODIÁLISE AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA.	CENTRO DE NEFROLOGIA E DIÁLISE; SANTA CASA/ RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte	GERCON	Portaria GM/MS nº 389/2014 e Resolução CIB/RS nº 049/2007 CIB/RS nº 50/2022 e atualizações
	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO LOURENÇO DO SUL	Amaral Ferrador, São Lourenço do Sul e Turuçu		
	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA; SANTA CASA DE PELOTAS; HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE PAULA	Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini e Santana da Boa Vista		
	Nefro Rim LTDA/ Bagé	Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra, Lavras do Sul		
Unidade Transplante de Rim	Porto Alegre	R21 e R22	GERCON	
Linha de Cuidado Sobrepeso e Obesidade				
Componente Assistencial	Serviço de Referência/Município	Municípios referenciados	Forma de acesso	DOC Referência
SERVIÇO HABILITADO PELO MS, COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE OFERECE ASSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA, ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA E A CIRURGIA, INCLUSIVE, ATRAVÉS DE VÍDEO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO/ Porto Alegre	Todos das R21 e R22	GERCON	Resolução CIB/RS nº 589/2014

Quadro 16: Pontos de Atenção da Rede de Atenção às Urgências.

Componente Assistencial	Serviço de Referência/Município	Municípios referenciados	Forma de acesso	DOC Referência
Serviço de Atendimento Móvel de urgência SAMU 192 USB (Unidade Básica)	USB Capão do Leão	Local	Central de Regulação	Portariade Consolidação nº 03/2017 Anexo III Resolução CIB/RS nº 545/2018 Portaria GM/MS nº 825/2016. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011; Portaria nº 342, de 4 de março de 2013; Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014; Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012; Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013; Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002.
	USB Canguçu			
	USB Jaguarão			
	USB Piratini			
	USB Pinheiro Machado			
	USB Rio Grande			
	USB Santana da Boa Vista			
	USB São Lourenço do Sul			
	USB São José do Norte			
	USB Pelotas			
	USB Aceguá			
	USB Bagé			
	USB Candiota USB Dom Pedrito USB Lavras do Sul			
SAMU 192 USA (Unidade Avançada)	USA Pelotas	Local	Central de Regulação	
	USA Rio Grande			
	USA Bagé			
Motolância	Pelotas	Pelotas	Livre Demanda Porta de entrada RUE Central de Regulação	

Ambulancha	São José do Norte	Local	Livre Demanda Porta de entrada RUE Central de Regulação
UPA 24h	UPA Areal UBAI Navegantes	Pelotas	Livre Demanda Porta de entrada RUE Central de Regulação
	UPA Cassino UPA Junção	Rio Grande	
	UPA Padre Honorino João Muraro	Bagé	
Pronto Atendimento 24 horas	Hospital de Amaral Ferrador	Local e Regional	Livre Demanda Porta de entrada RUE Central de Regulação
	PA Arroio do Padre		
	PA Arroio Grande		
	PA Canguçu e PA HCC		
	PA Capão do Leão		
	PA Cerrito		
	PA Chuí		
	Hospital NSG Herval		
	SC de Jaguarão		
	PA Morro Redondo		
	PA Pedras Altas		
	SC de Pedro Osório		
	PS/UPAS Pelotas		
	PA Pinheiro Machado		
	HNSC Piratini		
PS/ SC e HU Rio Grande			
SC Santa Vitória do Palmar			
PA Santana da Boa Vista			
HM São José do Norte			

	SC e PA São Lourenço do Sul			
	PA Turuçu			
	PA de Aceguá	Local		
	PS de Bagé	Regional		
	PA de Candiota	Local		
	PA de Dom Pedrito	Local		
	PA de Lavras do Sul	Local		
Leitos de UTI	HE, HU, SC, SPB de Pelotas	Todos os municípios	GERINT e Portas de Entrada da RUE	
	SC e HU de Rio Grande			
	SC Bagé	Todos os municípios da Região 22		
Leitos de Clínicos de Retaguarda	HE Pelotas	Todos os municípios	GERINT e Portas de Entrada da RUE Regulação Municipal	
	SC de Bagé	Todos os municípios da Região 22		
EMAD Tipo I	Pelotas	Local		
	Bagé	Local		
EMAD Tipo II	Pinheiro Machado	Local		
EMAD Tipo II	Capão do Leão	Local		
EMAD Tipo II	Dom Pedrito	Local (em implantação)		

Quadro 17: Transporte para transferência entre serviços de urgência ou de serviços de urgência para internação.

Tipo		Conceito	Responsável
Transferência Pré-Hospitalar	Transporte de pacientes de um serviço de urgência para outro, com a finalidade de elucidação diagnóstica/ internação.	Município do serviço COM adesão/cobertura ao programa SAMU-192, Suporte AVANÇADO, IMPLANTADO.	Até 200 km: SAMU da área de cobertura da USA - Serviço onde o paciente se encontra. Mais de 200 km: SES/RS
		Município do serviço COM adesão/cobertura ao programa SAMU-192, Suporte AVANÇADO, IMPLANTADO e NÃO FUNCIONANTE.	Município sede da Unidade de Suporte Avançado - USA. Mais de 200 km: SES/RS
		Município SEM adesão/cobertura ao programa SAMU-192 Suporte AVANÇADO.	Até 200km: Município de Residência Mais de 200km: SES/RS

Quadro 18: Rede de Atenção Psicossocial.

Componente Atenção Básica em Saúde Mental				
Serviços	Município de Referência	Serviços/Municípios Referenciados	Forma de acesso	Documento embasamento
Oficina Terapêutica Tipo I ou II	Arroio Grande	UBS Locais	Atenção Municipal	Primária Resolução CIB/RS 404/2011e Resolução CIB/RS 193/2022
	Cerrito			
	Herval			
	Pelotas			
	Pinheiro Machado			
	Piratini			
	Rio Grande			
	São José do Norte			
	São Lourenço do Sul			
Dom Pedrito	Vinculado à UBS Dr. José Hamilton Torres			
Equipe Ambulatorial de Saúde Mental Tipos I, ou II, ou III	Capão do Leão	UBS Locais	Atenção Municipal	Primária Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 anexo V
	Pelotas			
	Rio Grande			
	São José do Norte			
	São Lourenço do Sul			
Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) – Municípios até 16 mil hab.	Candiota	Candiota vinculado à UBS de Dario Lassance	Atenção Municipal	Primária Resolução CIB/RS 403/2011
Equipes de Redução de Danos – Municípios a partir de 16 mil hab.	Pelotas	UBS Locais	Atenção Municipal	Primária Resolução CIB/RS 234/2014
	Rio Grande			
	São José do Norte			
	Santa Vitória do Palmar			

Acompanhante Terapêutico	Arroio Grande	UBS Locais	Atenção Primária Municipal e CAPS	Resolução 233/2014	CIB
	São Lourenço do Sul				
Componente Atenção Especializada					
Serviços	Município de Referência	Serviços/Municípios Referenciados	Forma de acesso	Documento embasamento	
CAPS I	Arroio Grande	Arroio Grande			
	Capão do Leão	Capão do Leão, Cerrito e Pedro Osório			
	Canguçu	Canguçu			
	Jaguarão	Jaguarão			
	Pinheiro Machado	Pinheiro Machado e Pedras Altas			
	Piratini	Piratini			
	São Lourenço do Sul	São Lourenço do Sul			
	Dom Pedrito	Dom Pedrito			
CAPS II	Pelotas	Pelotas	Atenção Primária / Demanda Espontânea / Rede de Urgência e Emergência / Rede Hospitalar / Rede Assistencial	Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 anexo V	
	Rio Grande	Rio Grande			
	Santa Vitória do Palmar	Santa Vitória do Palmar e Chuí			
	Bagé	Bagé			
CAPSad	Canguçu	Canguçu, Morro Redondo e Santana da Boa Vista			
	Rio Grande	Rio Grande			
	Bagé	Bagé			
CAPSi	Pelotas	Pelotas			
	Rio Grande	Rio Grande			
	São Lourenço do Sul	São Lourenço, Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Morro Redondo e Turuçu			
	Bagé	Bagé			
	Pelotas	Pelotas			

CAPSad III

	São Lourenço do Sul	São Lourenço, Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Turuçu, Arroio Grande, Herval, Capão do Leão e Jaguarão		
UAA	Pelotas	Pelotas	Encaminhado pelo CAPSad	Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 anexo V
	Bagé	Bagé	Encaminhado pelo CAPSad	
UAI	Pelotas	Pelotas	Encaminhado pelo CAPSad e CAPSi	
Serviço Residencial Terapêutico (SRT) - municípios com CAPS	Bagé	Bagé (vinculado a CAPS II)	Encaminhado pelo CAPS II	Portaria GM/MS nº 1.931/2018 -
	Pelotas	Pelotas (vinculados a CAPS II)	CAPS	Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 anexo V
	Rio Grande	Rio Grande (vinculado ao CAPS II)	CAPS	
Comunidade Terapêutica (CT)	Pelotas e Rio Grande	Todos os municípios	Regulação Regional (3ª e 7ª CRS) e estadual	Portaria SES/RS nº 591/2013
Componente Atenção Hospitalar				
Serviços	Município de Referência	Serviços/Municípios Referenciados	Forma de acesso	Documento embasamento
Leitos Atenção Integral Saúde Mental em Hospital Geral	SC Arroio Grande	Todos os municípios	GERINT Encaminhados pelos Pontos de Atenção da RAPS, de CAPS onde há CAPS	Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 anexo V. Portaria SES/RS 537/2021 (ASSISTIR); Contratualização
	SC Jaguarão			
	HCC - Canguçu			
	HNSC de Piratini			
	SC Pedro Osório			
	SC Santa Vitória do Palmar			
	HM de São José do Norte			
	SC de São Lourenço do Sul			
	Hospital São Luiz de Dom Pedrito			
Santa Casa de Bagé				

	Hospital Universitário de Bagé			
Leitos em Hospital Especializado	Hospital Espírita de Pelotas e HP Rio Grande	Todos os municípios		

Quadro 19: Rede Materno Infantil.

Componente Pré-Natal				
Serviços	Município de Referência	Serviços/Municípios Referenciados	Forma de acesso	Documento embasamento
Serviço de Planejamento Familiar	Todos Municípios	Atenção Primária	Busca Ativa / Demanda Espontânea	Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico (2002) Caderno de Atenção Básica 26 (2013) Caderno de Atenção Básica 32 (2012)
Pré-Natal de Risco Habitual (consultas, saúde bucal, exames clínicos e de imagem, testes rápidos)	Todos Municípios	Atenção Primária	Regulação Municipal	Caderno de Atenção Básica 32 (2012) Guia de Pré Natal na Atenção Básica do RS (2018)
Ambulatório de Gestação de Alto Risco (consultas e exames)	SANTA CASA DE BAGÉ	Todos da R22	GERCON e GERINT	Caderno de Atenção Básica 32 (2012) Guia de Pré Natal na Atenção Básica do RS (2018) Resolução CIB-RS nº 310/2014 CIB/RS nº 50/2022 e atualizações
	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	Todos da R21 e da R22		
	HU SÃO FRANCISCO DE PAULA	Municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte		
	HOSPITAL ESCOLA UFPEL	Municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte		
	HU Dr. MIGUEL RIET JÚNIOR	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte		

Componente Hospitalar				
Serviços	Município de Referência	Serviços/Municípios Referenciados	Forma de acesso	Documento embasamento
Maternidades de Risco Habitual (parto, exames, assistência farmacêutica, imunização, (testes de olho, coraçãozinho, orelhinha)	HOSPITAL SÃO LUIZ	Dom Pedrito	Encaminhamento da Unidade de realização do Pré- Natal e por demanda espontânea direto com prestador	Caderno de Atenção Básica 32 (2012) Manual prático para implementação da Rede Cegonha (2013); CIB/RS nº 50/2022 e atualizações
	SANTA CASA DE BAGÉ	Bagé Aceguá, Candiota e Hulha Negra e Pinheiro Machado		
	HOSPITAL CARIDADE Dr. VICTOR LANG – Caçapava do Sul	Lavras do Sul		
	SANTA CASA DE JAGUARÃO	Arroio Grande, Cerrito, Herval, Jaguarão, Pedras Altas e Pedro Osório		
	HOSPITAL CARIDADE DE CANGUÇU	Canguçu, Morro Redondo e Santana da Boa Vista		
	HU SÃO FRANCISCO DE PAULA - UCPEL; HOSPITAL ESCOLA UFPEL	Arroio do Padre, Capão do Leão e Pelotas		
	SANTA CASA DE SÃO LOURENÇO DO SUL	Amaral Ferrador, São Lourenço do Sul, Turuçu		
	SANTA CASA DE SANTA VITÓRIA DO PALMAR	Chuí e Santa Vitória do Palmar		
	HOSPITAL SANTA CASA DO RIO GRANDE; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET	Rio Grande e São José do Norte		
	Hospital de caridade Nossa Senhora da Conceição de Piratini	Piratini		

Maternidades que atende Gestação de Alto Risco - GAR (parto, exames, assistência farmacêutica, imunização, testes de olhinho, coraçãozinho, orelhinha)	SANTA CASA DE BAGÉ	Todos municípios da R22		
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET	Rio Grande, São José do Norte, Santa Vitória do Palmar, Chuí		
	HU SÃO FRANCISCO DE PAULA	Municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte		
	HOSPITAL ESCOLA UFPEL	Municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte		

Banco de Leite	Rio Grande H. Miguel Riet Correa jr Santa Casa de Bagé	Todos Municípios Municípios da Região 22	Maternidade, APS, Busca Ativa, demanda espontânea	Portaria de Consolidação nº3 (2017) Anexo II
Leito de UTI Neonatal	Rio Grande H. Miguel Riet Correa jr Pelotas Hospital São Francisco Bagé Santa Casa de Bagé Hospital Escola da UFPEL	Todos Municípios da R21 Todos Municípios da R22		Portaria de Consolidação nº3 (2017) Anexo II - Resoluções CIB/RS nº 608/13, 672/14; e Portaria MS/GM 930/2012 - CNES Parâmetro - Total de Nascidos Vivos de 2017
Leito Canguru	Rio Grande		Via Regulação Estadual / GAR	
Leito UCI Neonatal	H. Miguel Riet Correa jr	Todos Municípios da R21 e R22		
UCINCO - Unid. Cuidado Neonatal Intermediário Convencional	Pelotas Hospital São Francisco			
UCINCA - Unidade de Cuidado Neonatal Canguru				

Casa da Gestante	Todos Municípios	Pelotas H.U. São Francisco de Paula mantém no modelo Estadual	Encaminhado direto dos serviços	Caderno de Atenção Básica 32 (2012) Manual prático para implementação da Rede Cegonha (2013) Portaria de Consolidação nº3 (2017) Anexo II OBS: O custeio estadual foi desativado e os recursos foram realocados com incentivo ao plantão presencial
------------------	------------------	--	---------------------------------	--

Componente Puericultura e Puerpério

Serviços	Município de Referência	Serviços/Municípios Referenciados	Forma de acesso	Documento embasamento
Consulta Puericultura	Todos Municípios	Atenção Primária	Regulação Municipal	Caderno de Atenção Básica 33 (2012) PNAB (2018)
Consulta Puerpério				Caderno de Atenção Básica 32 (2012) Guia pré-natal AB Caderno Pré-natal de baixo risco AB
Teste do pézinho, olhinho, coraçõzinho e orelhinha	Todos Municípios	Atenção Primária	Regulação Municipal	Caderno de Atenção Básica 33 (2012)
Serviço de Imunização				
Ambulatório de Egressos de UTI Neonatal	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET	Todos municípios da R21 e R22	Direto no Prestador	CIB-RS nº 518/2011
	HU SÃO FRANCISCO DE PAULA - UCPEL	Todos municípios da R21 e R22		
	Hospital Escola da UFPEL	Todos municípios da R21		
	SANTA CASA DE BAGÉ	Todos municípios da R22		
Comitê Municipal de análise e investigação do óbito materno/infantil	Todos Municípios	Município de residência	N/A	Manual dos comitês de mortalidade materna (2009) Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno (2009)

Comitê Regional de análise e investigação do óbito materno/infantil	COSEMS; Hospitais de Referência; 3CRS - Desativado em fase de nova estruturação 7ªCRS – em atividade	-		
---	---	---	--	--

VI – PGASS

A programação geral das ações e serviços de saúde – PGASS, ainda é incipiente e aguarda um efetivo sistema de informações que instrumentalize e facilite este processo.

Contudo, espera-se identificar os principais vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da união, estados e municípios, bem como de outras fontes de recursos como as emendas parlamentares.

6.1 Regionalização da Média e Alta Complexidade

Trata-se do processo de revisão e pactuação de referências de média e alta complexidade desde setembro de 2020 com inicialmente 10 especialidades prioritárias. Desenvolvido pelos GTs do PRI, ora com reuniões semanais, ora quinzenais, e que contam com a participação efetiva da CRS, gestores e trabalhadores dos municípios e da apoiadora do Cosems-Sul e da Seção de Apoio do MS. Trabalho este, que tem se produzido intensamente, envolvendo estudos de parâmetro assistenciais, contratualização e produção de serviços, com constante avaliação de necessidades e ofertas, para identificação dos principais vazios assistenciais. Além, de revisão e acompanhamentos de contratos, principalmente após definições do Programa Assistir, e mais recentemente implantação do Gercon. Ações estas dinâmicas e ainda em curso, mas que vem se consolidando a partir da CIB/RS 50/2022, seguidas das CIB 105, 162, 199, 255 e 283, em permanentes atualizações. Atualmente conta com uma ferramenta online de busca das referências do RS, o Painel: <https://ti.saude.rs.gov.br/dgae/referencias>, além do Painel Power BI, desenvolvido pela Seção de Apoio Institucional e Articulação Interfederativa/MS, a partir de demanda e apoio das CRS, para macrorregião sul, com dados de georreferenciamento, conforme figura a seguir.

Figura 49: Referências da Atenção Especializada - Painel Power BI/MS.



Fonte: Painel Power BI/MS

Figura 50: Referências da Atenção Especializada - Painel DGTI/SES/RS.

O acesso aos serviços se dá através das Unidades Municipais de Saúde e/ou Estratégia de Saúde da Família dos municípios de residência dos usuários

Município de residência
Amaral Ferrador

Especialidade
CIRURGIA GERAL

UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVA CIRURGIA

Município de referência Canguçu/RS	Local 2232928 - HOSPITAL DE CARIDADE DE CANGUCU
---------------------------------------	--

Fonte: Painel DGTI/SES/RS

Os painéis necessitam ser constantemente atualizados de acordo com as Deliberações CIR e Resoluções CIB/RS, sendo o quadro abaixo representativo da CIB RS nº 382 de novembro de 2022.

Anexo – CIB RS nº 382/2022

REGIÃO DE SAÚDE	ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE HOSPITALAR	CNES	MUNICÍPIO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIOS REFERENCIADOS
21	ALERGIA E IMUNOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	2237571	PORTO ALEGRE	Municípios da 21ª Região de Saúde
21	ATENÇÃO MATERNO INFANTIL	AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO I	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	todos os municípios da 21ª Região de Saúde
			HOSPITAL ESCOLA UFPEL TIPO I	2252694	PELOTAS	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte
		AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO II	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Municípios da 21ª Região de Saúde
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 21ª Região de Saúde
		MATERNIDADE DE ALTO RISCO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	todos os municípios da 21ª Região de Saúde

			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	todos os municípios da 21ª Região de Saúde
			HOSPITAL ESCOLA UFPEL	2252694	PELOTAS	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte
		MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL	HOSPITAL CARIDADE DE CANGUÇU	2232928	CANGUÇU	Canguçu, Morro Redondo e Santana da Boa Vista
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Arroio do Padre, Capão do Leão e Pelotas
			HOSPITAL ESCOLA UFPEL	2252694	PELOTAS	Arroio do Padre, Capão do Leão e Pelotas
			SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO	2233401	JAGUARÃO	Arroio Grande, Cerrito, Herval, Jaguarão, Pedras Altas e Pedro Osório
			SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Rio Grande e São José do Norte
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Rio Grande e São José do Norte
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO LOURENÇO DO SUL	2233312	SÃO LOURENÇO DO SUL	Amaral Ferrador, São Lourenço do Sul e Turuçu
			HOSPITAL DE CARIDADE N. Srª DA CONCEIÇÃO DE PIRATINI	2233347	PIRATINI	Piratini
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA VITÓRIA DO PALMAR	2233398	SANTA VITÓRIA DO PALMAR	Chuí e Santa Vitória do Palmar

			SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Pinheiro Machado
		AMBULATÓRIO DE EGRESSO DE UTI NEONATAL (NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA)	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	todos os municípios da 21ª Região de Saúde
			HOSPITAL ESCOLA UFPEL	2252694	PELOTAS	todos os municípios da 21ª Região de Saúde
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	todos os municípios da 21ª Região de Saúde
			SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Pinheiro Machado
21	ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	REABILITAÇÃO AUDITIVA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	2237571	PORTO ALEGRE	todos os municípios da 21ª Região de Saúde
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	2237601	PORTO ALEGRE	todos os municípios da 21ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO AUDITIVA DE MÉDIA COMPLEXIDADE	OTHOS CLÍNICA	2863626	RIO GRANDE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
		RABILITAÇÃO AUDITIVA - IMPLANTE COCLEAR	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	2237601	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO FÍSICA	SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA E AUDITIVA DE BAGÉ	2261448	BAGÉ	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde

		REABILITAÇÃO VISUAL	ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL LOUIS BRAILLE	6521053	PELOTAS	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
21	ATENÇÃO AO PACIENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE	SERVIÇO HABILITADO PELO MS, COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE OFERECE ASSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA, ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA E A CIRURGIA, INCLUSIVE, ATRAVÉS DE VÍDEO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	2237571	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
21	CARDIOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROCARDIOGRAMA, ECOCARDIOGRAMA, HOLTER, MAPA, TESTE DE ESFORÇO), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte
			SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS	2252295	PELOTAS	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Rio Grande e referência
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Rio Grande e referência
21	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	PLANTÃO PRESENCIAL DE BUCOMAXILOFACIAL	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Pelotas
			SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Pelotas

		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS 04.14 (CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL) E 04.04.02 (CIRURGIA DA FACE E DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO)	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Pelotas
	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS		2253054	PELOTAS	Pelotas	
	SANTA CASA DO RIO GRANDE		2232995	RIO GRANDE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Pelotas	
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL ATÉ 11 ANOS, 11 MESES E VINTE E NOVE DIAS	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	2237571	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL A PARTIR DE 12 ANOS	HOSPITAL BRUNO BORN	2252287	LAJEADO	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
21	CIRURGIA CARDIOVASCULAR AC	CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA IMPLANTE DE CARDIODESFRIBILADOR E MARCAPASSO MULTI-SÍTIO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	----	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde

		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	----	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS DE CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA (HEMODINÂMICA)	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Rio Grande e referência
			SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS	2252295	PELOTAS	Municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Rio Grande e referência
			SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA VASCULAR COM SERVIÇO DE ANGIORRADIOLOGIA	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS	2252295	PELOTAS	Municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Rio Grande e referência
			SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDÍACA	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS	2252295	PELOTAS	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA EM PACIENTES ATÉ 18 ANOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	----	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
21	CIRURGIA GERAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA , EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVA CIRURGIA	HOSPITAL CARIDADE DE CANGUÇU	2232928	CANGUÇU	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Canguçu, Morro Redondo, Pinheiro Machado, Santana da Boa Vista e Turuçu
			SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Rio Grande e São José do Norte

			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Pelotas
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Rio Grande e São José do Norte
			SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO	2233401	JAGUARÃO	Arroio Grande, Capão do Leão, Cerrito, Herval, Jaguarão, Pedras Altas e Pedro Osório
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO LOURENÇO DO SUL	2233312	SÃO LOURENÇO DO SUL	São Lourenço do Sul
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA VITÓRIA DO PALMAR	2233398	SANTA VITÓRIA DO PALMAR	Chuí e Santa Vitória do Palmar
			HOSPITAL DE CARIDADE N. Srª DA CONCEIÇÃO DE PIRATINI	2233347	PIRATINI	Piratini
21	CIRURGIA TORÁCICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu
			HOSPITAL ESCOLA DA UFPEL	2252694	PELOTAS	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu

			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu
			SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, São José do Norte e Santa Vitória do Palmar
21	COLOPROCTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, INCLUSIVE BIÓPSIAS, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Pelotas
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Pelotas
21	DERMATOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Pelotas e Piratini
			HOSPITAL DE CARIDADE N. Srª DA CONCEIÇÃO DE PIRATINI	2233347	PIRATINI	Piratini
			HOSPITAL ESCOLA DA UFPEL	2252694	PELOTAS	Pelotas
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Pelotas
21	PEDIATRIA CLÍNICA E CIRURGICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO EM PACIENTES ATÉ 14 ANOS (13 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)	HOSPITAL DE CARIDADE DE CANGUÇU	2232928	CANGUÇU	Canguçu

			SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO	2233401	JAGUARÃO	Arroio Grande, Cerrito e Jaguarão
			HOSPITAL DE CARIDADE N. Srª DA CONCEIÇÃO DE PIRATINI	2233347	PIRATINI	Piratini
			IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA VITÓRIA DO PALMAR	2233398	SANTA VITÓRIA DO PALMAR	Chuí e Santa Vitória do Palmar
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Rio Grande e São José do Norte
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Capão do Leão, Herval, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pinheiro Machado, Pelotas , Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu
			HOSPITAL ESCOLA DA UFPEL	2252694	PELOTAS	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Capão do Leão, Herval, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pinheiro Machado, Pelotas , Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu
21	CIRURGIA VASCULAR (TRATAMENTO A VARIZES)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, São José do Norte e Santa Vitória do Palmar

			SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS	2252295	PELOTAS	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu
21	CIRURGIA VASCULAR	PLANTÃO PRESENCIAL	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
21	ENDOCRINOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL ESCOLA DA UFPEL	2252694	PELOTAS	Pelotas
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Pelotas
21	GASTROENTEROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, COLONOSCOPIA) E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, São José do Norte e Santa Vitória do Palmar
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Rio Grande e referência
			HOSPITAL ESCOLA UFPEL	2252694	PELOTAS	Municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Rio Grande e referência
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Rio Grande e referência
		COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)		UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE

21	GINECOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ECOGRAFIA TRANSVAGINAL, ECOGRAFIA MAMÁRIA, COLPOSCOPIA), TRATAMENTO CLÍNICO E CIRURGIA GINECOLÓGICA	HOSPITAL DE CARIDADE N. Srª DA CONCEIÇÃO DE PIRATINI	2233347	PIRATINI	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Cerrito, Morro Redondo, Pedro Osório, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu
			HOSPITAL ESCOLA DA UFPEL	2252694	PELOTAS	Pelotas
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Pelotas
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Pelotas
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte
			SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO	2233401	JAGUARÃO	Capão do Leão, Herval, Pedras Altas e Jaguarão
	MAMOGRAFIA	HOSPITAL CARIDADE DE CANGUÇU	2232928	CANGUÇU	Canguçu	
		SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO	2233401	JAGUARÃO	Arroio do Padre, Arroio Grande, Capão do Leão, Cerrito, Herval, Jaguarão e Pedras Altas	
		HOSPITAL DE CARIDADE N. Srª DA CONCEIÇÃO DE PIRATINI	2233347	PIRATINI	Morro Redondo, Piratini e Santana da Boa Vista	
		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Rio Grande e São José do Norte	

			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO LOURENÇO DO SUL	2233312	SÃO LOURENÇO DO SUL	Amaral Ferrador, São Lourenço do Sul e Turuçu
			POLICLÍNICA DO ESTADO	2232626	SANTA VITÓRIA DO PALMAR	Chuí e Santa Vitória do Palmar
			HOSPITAL PINHEIRO MACHADO	2233320	PINHEIRO MACHADO	Pedro Osório e Pinheiro Machado
			SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS	2252295	PELOTAS	Pelotas
			HOSPITAL ESCOLA DA UFPEL	2252694	PELOTAS	Pelotas
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Pelotas
21	HEMATOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HE UFPEL	2252694	PELOTAS	Pelotas
			SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Municípios da 21ª região de Saúde, EXCETO Pelotas
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Municípios da 21ª região de Saúde, EXCETO Pelotas

21	INFECTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 21ª região de Saúde
21	NEFROLOGIA - DOENÇA RENAL CRÔNICA	UNIDADE DE HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL	CENTRO DE NEFROLOGIA E DIÁLISE	2233304	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte
			SANTA CASA DE RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO LOURENÇO DO SUL	2233312	SÃO LOURENÇO DO SUL	Amaral Ferrador, São Lourenço do Sul e Turuçu
			SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS	2252295	PELOTAS	Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini e Santana da Boa Vista
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini e Santana da Boa Vista
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini e Santana da Boa Vista

21	NEUROCIRURGI A MC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, São José do Norte e Santa Vitória do Palmar
		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL DO CARPO 04.03.02.012-3	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, São José do Norte e Santa Vitória do Palmar
21	NEUROLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROENCEFALOGRAMA E ELETRONEUROMIOGRAFIA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Municípios da 21ª região de Saúde exceto Rio Grande e sua referência
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Municípios da 21ª região de Saúde exceto Pelotas
			SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, São José do Norte e Santa Vitória do Palmar
21	NEUROCIRURGI A AC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA E	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Rio Grande e referência

		NEUROCIRURGIA, HABILITAÇÃO MINISTERIAL, CFE. PORTARIA MS/SAS 756/2005, COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	225305	PELOTAS	Municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Rio Grande e referência
			SANTA CASA DE RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE À INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DA EPILEPSIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	----	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO ENDOVASCULAR AOS PORTADORES DE DOENÇAS DO SISTEMA NEUROVASCULAR	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	----	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTÁXICA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	----	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de saúde
21	OFTALMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES OFTALMOLÓGICOS, CIRURGIAS DO APARELHO DA VISÃO DE MC E AO TRATAMENTO DE AC CATARATA (Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	HOSPITAL PINHEIRO MACHADO	2233320	PINHEIRO MACHADO	Amaral Ferrador, Capão do Leão, Cerrito, Morro Redondo, Pedras Altas, Pinheiro Machado, Piratini e São Lourenço do Sul
			HOSPITAL DE CARIDADE Dr. VICTOR LANG	2234416	CAÇAPAVA DO SUL	Santana da Boa Vista
			CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE JAGUARÃO	3526151	JAGUARÃO	Arroio Grande, Arroio do Padre, Herval, Jaguarão e Pedro Osório
			SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS	2252295	PELOTAS	Canguçu, Pelotas e Turuçu

			SANTA CASA DE RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte
		CIRURGIA APARELHO DA VISÃO AC (exceto Facoeulsificação c/ implante de lente dobrável)	HOSPITAL BANCO DE OLHOS	2237881	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO PARA CORREÇÃO DO ESTRABISMO	HOSPITAL BANCO DE OLHOS	2237881	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
		TRATAMENTO À DOENÇA MACULAR RELACIONADA À IDADE E RETINOPATIA DIABÉTICA	SANTA CASA DE RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde, exceto Pelotas
			URCAMP	2261995	BAGÉ	Pelotas
		TRATAMENTO CLÍNICO DO GLAUCOMA COM TERAPIA MEDICAMENTOSA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
		ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OFTALMOLÓGICA	HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE	2778718	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
21	ONCOLOGIA	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E/OU CIRÚRGICO), INCLUSIVE NAS INTERCORRÊNCIAS DECORRENTES DO TRATAMENTO, NAS RECIDIVAS, METÁSTASES E CUIDADO PALIATIVO	SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte
			FUNDAÇÃO DE APOIO UNIVERSITÁRIO DE PELOTAS	2252694	PELOTAS	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Herval, Jaguarão, Moro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu

			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Herval, Jaguarão, Moro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO RADIOTERÁPICO		SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte
			FUNDAÇÃO DE APOIO UNIVERSITÁRIO DE PELOTAS	2252694	PELOTAS	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Herval, Jaguarão, Moro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Herval, Jaguarão, Moro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL		SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte
			HOSPITAL ESCOLA UFPEL	2252694	PELOTAS	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Herval, Jaguarão, Moro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu

			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Herval, Jaguarão, Moro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO, INCLUSIVE DO CÂNCER BUCAL		SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Chuí, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte
		HOSPITAL ESCOLA UFPEL	2252694	PELOTAS	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Herval, Jaguarão, Moro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu	
		SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Herval, Jaguarão, Moro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu	
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER INFANTO JUVENIL (0 A 18 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)		UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER RARO (OFTALMOLÓGICO E PRIMÁRIO DE OSSO)		UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM IODOTERAPIA		UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde

		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM BRAQUITERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
		UNIDADE PARA REALIZAÇÃO DO EXAME PET-CT (02.06.01.009-5)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	2237253	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 21ª Região de Saúde
21	OTORRINOLARI NGOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA , EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO DO OUVIDO, NARIZ E GARGANTA	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO LOURENÇO DO SUL	2233312	SÃO LOURENÇO DO SUL	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Chuí, Pedro Osório, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu
			HOSPITAL DE CARIDADE N. Srª DA CONCEIÇÃO DE PIRATINI	2233347	PIRATINI	Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pinheiro Machado, Piratini e Santana da Boa Vista
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Rio Grande
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Pelotas
21	PNEUMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL ESCOLA DA UFPEL	2252694	PELOTAS	Pelotas
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Municípios da 21ª região de Saúde exceto Pelotas
21	REUMATOLOGI A	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES PRÓPRIOS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVO TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Todos os municípios da 21ª região de Saúde

21	TRAUMATO-ORTOPEDIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO, INCLUSIVE DE "2º TEMPO" A ADULTOS, ADOLESCENTES E CRIANÇAS	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Pelotas
			HOSPITAL SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Pelotas
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Pelotas
			HOSPITAL DE CARIDADE N. Srª DA CONCEIÇÃO DE PIRATINI	2233347	PIRATINI	Piratini
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO LOURENÇO DO SUL	2233312	SÃO LOURENÇO DO SUL	Municípios da 21ª região de Saúde EXCETO Pelotas e Rio Grande
	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA (STO), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Pelotas	
		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Pelotas	
		SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Pelotas	
	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DE URGÊNCIA (STOU), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Pelotas	

			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Pelotas
			SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Pelotas
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (STOP) PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO À CORREÇÃO DAS DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS, EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (ART. 6º PT MS/SAS 90/2009)	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Pelotas
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Pelotas
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (STOP) PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO À CORREÇÃO DAS DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS DE COLUNA, EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (ART. 6º PT MS/SAS 90/2009)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	2237253	PORTO ALEGRE	Municípios da 21ª Região de Saúde
21	UROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO DO APARELHO URINÁRIO	HOSPITAL DE CARIDADE N. Srª DA CONCEIÇÃO DE PIRATINI	2233347	PIRATINI	Municípios da 21ª Região de Saúde, EXCETO Rio Grande e Pelotas
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Rio Grande
			HOSPITAL ESCOLA DA UFPEL	2252694	PELOTAS	Pelotas

		AValiação URODINÂMICA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	2237253	PORTO ALEGRE	Municípios da 21ª Região de Saúde
		LITOTRIPSIA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	2237253	PORTO ALEGRE	Municípios da 21ª Região de Saúde
22	ALERGIA E IMUNOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE	2237571	PORTO ALEGRE	Municípios da 22ª Região de Saúde
22	ATENÇÃO MATERNO INFANTIL	AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO I	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Municípios da 22ª Região de Saúde
		AMBULATÓRIO À GESTANTE DE ALTO RISCO TIPO II	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 22ª Região de Saúde
		MATERNIDADE DE ALTO RISCO	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Municípios da 22ª Região de Saúde
		MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL	HOSPITAL SÃO LUIZ	2262002	DOM PEDRITO	Dom Pedrito
			SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Aceguá, Bagé , Candiota e Hulha Negra
			HOSPITAL CARIDADE Dr. VICTOR LANG	2234416	CAÇAPAVA DO SUL	Lavras do Sul
		AMBULATÓRIO DE EGRESSO DE UTI NEONATAL (NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA)	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Municípios da 22ª Região de Saúde
			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Municípios da 22ª Região de Saúde

			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Municípios da 22ª Região de Saúde
22	ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	REABILITAÇÃO AUDITIVA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	2237571	PORTO ALEGRE	todos os municípios da 22ª Região de Saúde
			HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	2237601	PORTO ALEGRE	todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO AUDITIVA DE MÉDIA COMPLEXIDADE	SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA E AUDITIVA DE BAGÉ	2261448	BAGÉ	todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		RABILITAÇÃO AUDITIVA - IMPLANTE COCLEAR	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	2237601	PORTO ALEGRE	todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO FÍSICA	SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA E AUDITIVA DE BAGÉ	2261448	BAGÉ	todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		REABILITAÇÃO VISUAL	ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL LOUIS BRAILLE	6521053	PELOTAS	todos os municípios da 22ª Região de Saúde
22	ATENÇÃO AO PACIENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE	SERVIÇO HABILITADO PELO MS, COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE OFERECE ASSISTÊNCIA DIAGNÓSTICA, ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA E A CIRURGIA, INCLUSIVE, ATRAVÉS DE VÍDEO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	2237571	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
22	CARDIOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE(HOLTER, MAPA, TESTE DE ESFORÇO, ELETROCARDIOGRAMA, EOCARDIOGRAMA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Municípios da 22ª Região de Saúde

22	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS 04.14 (CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL) E 04.04.02 (CIRURGIA DA FACE E DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO)	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Municípios da 22ª Região de Saúde
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL ATÉ 11 ANOS, 11 MESES E VINTE E NOVE DIAS	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	2237571	PORTO ALEGRE	Municípios da 22ª região de Saúde
		CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LÁBIO PALATAL COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FORMA ORGANIZACIONAL 04.04.03 A PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL A PARTIR DE 12 ANOS	HOSPITAL BRUNO BORN	2252287	LAJEADO	Municípios da 22ª região de Saúde
22	CIRURGIA CARDIOVASCULAR	CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PARA IMPLANTE DE CARDIODESFRIBILADOR E MARCAPASSO MULTI-SÍTIO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	----	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	----	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde

		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS DE CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA (HEMODINÂMICA)	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
			SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS	2252295	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA VASCULAR COM SERVIÇO DE ANGIORRADIOLOGIA	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS	2252295	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDÍACA	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE PELOTAS	2252295	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA EM PACIENTES ATÉ 18 ANOS	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	----	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
22	CIRURGIA GERAL	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVA CIRURGIA	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Bagé, Candiota, Dom Pedrito e Lavras do Sul
			HOSPITAL DA COLÔNIA NOVA	2262010	ACEGUÁ	Aceguá e Hulha Negra
22	CIRURGIA TORÁCICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MC COM CONSULTA COM MÉDICO CIRURGIÃO TORÁCICO E/OU CIRURGIÃO GERAL E/OU CIRURGIÃO PEDIÁTRICO, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Municípios da 22ª Região de Saúde

22	COLOPROCTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES, INCLUSIVE BIÓPSIA, TRATAMENTOS CLÍNICO E CIRÚRGICO	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Municípios da 22ª região de Saúde
22	CIRURGIA VASCULAR (TRATAMENTO A VARIZES)	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES E TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES	HU URCAMP	2261995	BAGÉ	Municípios da 22ª região de Saúde
			SANTA CASA DE CARIDADE	2261987	BAGÉ	Municípios da 22ª Região de Saúde
22	DERMATOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	PRONTO ATENDIMENTO Dr. MAURÍCIO INFANTINI FILHO	2261316	BAGÉ	Bagé
			UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 22ª Região de Saúde, EXCETO Bagé
22	ENDOCRINOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 22ª região de Saúde
22	GASTROENTEROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, COLONOSCOPIA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Municípios da 22ª região de Saúde
		COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 22ª região de Saúde

22	GINECOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ECOGRAFIA MAMÁRIA, ECOGRAFIA TRANSVAGINAL, MAMOGRAFIA, COLPOSCOPIA), TRATAMENTO CLÍNICO E CIRURGIA GINECOLÓGICA	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Municípios da 22ª região de Saúde
22	HEMATOLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Municípios da 22ª região de Saúde
			SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Municípios da 22ª região de Saúde
22	INFECTOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Municípios da 22ª região de Saúde
22	NEFROLOGIA - DOENÇA RENAL CRÔNICA	UNIDADE DE HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL.	NEFRO RIM SUL	2261898	BAGÉ	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
22	NEUROLOGIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE (ELETROENCEFALOGRAMA, ELETRONEUROMIOGRAFIA), ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
22	NEUROCIRURGIA MC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE MÉDIA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde

		COMPLEXIDADE	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		ATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL DO CARPO 04.03.02.012-3	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
22	NEUROCIRURGI A AC	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA, HABILITAÇÃO MINISTERIAL, CFE. PORTARIA MS/SAS 756/2005, COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
			SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE À INVESTIGAÇÃO E TRATAMENTO DA EPILEPSIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	----	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO ENDOVASCULAR AOS PORTADORES DE DOENÇAS DO SISTEMA NEUROVASCULAR	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	----	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTÁXICA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE	----	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
22	OFTALMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MC COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES OFTALMOLÓGICOS, CIRURGIAS DO APARELHO DA VISÃO DE MC E AO TRATAMENTO DE CATARATA (Facoemulsificação c/ implante de lente	URCAMP	2261995	BAGÉ	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde

		dobrável)				
		TRATAMENTO À DOENÇA MACULAR RELACIONADA À IDADE E RETINOPATIA DIABÉTICA	URCAMP	2261995	BAGÉ	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		CIRURGIA APARELHO DA VISÃO AC (exceto Facoemulsificação c/ implante de lente dobrável)	HOSPITAL BANCO DE OLHOS	2237881	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO PARA CORREÇÃO DO ESTRABISMO	HOSPITAL BANCO DE OLHOS	2237881	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		TRATAMENTO CLÍNICO DO GLAUCOMA COM TERAPIA MEDICAMENTOSA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OFTALMOLÓGICA	HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE	2778718	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
22	ONCOLOGIA	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E/OU CIRÚRGICO, INCLUSIVE NAS INTERCORRÊNCIAS DECORRENTES DO TRATAMENTO, NAS RECIDIVAS, METÁSTASES E CUIDADO PALIATIVO	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER PULMONAR	SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde

	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO RADIOTERÁPICO	FUNDAÇÃO DE APOIO UNIVERSITÁRIO DE PELOTAS	2252694	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER HEMATOLÓGICO	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL	SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		FUNDAÇÃO DE APOIO UNIVERSITÁRIO DE PELOTAS	2252694	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS	2253054	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO, INCLUSIVE DO CÂNCER BUCAL	SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER INFANTO JUVENIL (0 A 17 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
	UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER RARO (OFTALMOLÓGICO E PRIMÁRIO DE OSSO)	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde

		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM IODOTERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		UNIDADE ONCOLÓGICA PARA TRATAMENTO COM BRAQUITERAPIA	UNIDADES DE PORTO ALEGRE		PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		UNIDADE PARA REALIZAÇÃO DO EXAME PET-CT (02.06.01.009-5)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	2237253	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
22	OTORRINOLARI NGOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO DE OUVIDO, NARIZ E GARGANTA	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Municípios da 22ª região de Saúde
22	PEDIATRIA CLÍNICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CLÍNICO EM PACIENTES ATÉ 14 ANOS (13 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	2261235	ACEGUÁ	Aceguá
			POSTO DE SAÚDE DE COLÔNIA NOVA	2261871	ACEGUÁ	Aceguá
			PAM Dr. MAURÍCIO INFANTINI FILHO	2261316	BAGÉ	Bagé
			CENTRO DE SAÚDE CAMILO GOMES	2261413	BAGÉ	Bagé
			CENTRO DE SAÚDE DARIO LASSANCE	2234297	CANDIOTA	Candiota

			PAM DOM PEDRITO	2261545	DOM PEDRITO	Dom Pedrito
			POSTO CENTRAL DOM PEDRITO	2234300	DOM PEDRITO	Dom Pedrito
			CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE	2261243	HULHA NEGRA	Hulha Negra
			UBS PROMORAR	3038890	LAVRAS DO SUL	Lavras do Sul
22	PEDIATRIA CIRÚRGICA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTES ATÉ 14 ANOS (13 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS)	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Municípios da 22ª região de Saúde
22	PNEUMOLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO CLÍNICO	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Municípios da 22ª região de Saúde
22	REUMATOLOGIA	AMBULATÓRIO DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES PRÓPRIOS À ESPECIALIDADE E RESPECTIVO TRATAMENTO CLÍNICO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA- UCPEL	2253046	PELOTAS	Todos os municípios da 22ª região de Saúde

22	TRAUMATO-ORTOPEDIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO, INCLUSIVE "2º TEMPO" A ADULTOS, ADOLESCENTES E CRIANÇAS	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA (STO), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
			SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DE URGÊNCIA (STOU), CFE. PT MS/SAS 90/2009 COM ATENDIMENTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
			SANTA CASA DO RIO GRANDE	2232995	RIO GRANDE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (STOP) PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO À CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (ART. 6º PT MS/SAS 90/2009)	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	2707675	RIO GRANDE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde

		UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE COM SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEdia PEDIÁTRICA (STOP) PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO À CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES CONGÊNITAS DE COLUNA EM PACIENTES ATÉ 21 ANOS DE IDADE (ART. 6º PT MS/SAS 90/2009)	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	2237253	PORTO ALEGRE	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
22	UROLOGIA	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA COM CONSULTA ESPECIALIZADA, EXAMES COMPATÍVEIS À ESPECIALIDADE, TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGÉ	2261987	BAGÉ	Todos os municípios da 22ª Região de Saúde
		AValiação URODINÂMICA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	2237253	PORTO ALEGRE	Municípios da 22ª Região de Saúde
		LITOTRIPSIA	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	2237253	PORTO ALEGRE	Municípios da 22ª Região de Saúde

6.2 Regulação em Saúde

A partir da Portaria nº 1.559, de 1º de Agosto de 2008, foi instituída pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

As ações de que trata a **Política Nacional de Regulação do SUS** estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

- I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os **sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde**, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e **executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;**
 - II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e
 - III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.
- Os Sistemas de Regulação destinam-se ao gerenciamento das ações de saúde

ambulatorial que não têm resolubilidade na atenção primária à saúde, isto é, no encaminhamento do usuário que necessita de consultas com especialistas, de exames especializados ou de terapias. Considerando a necessidade de estabelecer uma política nacional de regulação assistencial, foi indispensável desenvolver sistemas informatizados para apoiar as atividades dos complexos reguladores.

Sistema de Regulação - SISREG

O SISREG, é um sistema on-line desenvolvido pelo DATASUS – Departamento de Informática do SUS/MS – e criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório desde a rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

Os profissionais responsáveis pela regulação nos municípios, dispõem de login e senha para utilização do SISREG. Assim, podem acessá-lo como “solicitantes” e efetuarem as marcações das consultas e exames. Cada município possui sua respectiva cota de consultas e exames, que pode ser utilizada até a data da “liquidação”.

Os profissionais da regulação dos municípios efetuam as marcações de primeira consulta, definida como o primeiro atendimento do médico especialista ao paciente. Após a primeira consulta o paciente, orientado pelo médico, deve realizar o retorno, definido como uma nova consulta com o mesmo profissional. Vale salientar que o retorno não é marcado pelo profissional do município e sim pelo regulador do hospital, imediatamente após o paciente sair da primeira consulta. Considera-se um prazo de até 90 dias para a consulta de retorno, transcorrido este período, o paciente deve ser marcado em primeira consulta.

Este sistema foi amplamente utilizado pela SES para a regulação ambulatorial de consultas e exames regulados diretamente no Departamento de Regulação Estadual – DRE e coordenadorias regionais de saúde, contudo neste momento apenas para exames, até que seja substituído por outro sistema, e considerando a efetiva implantação do GERCON em todas as regiões do estado, em pleno processo de regulação das consultas ambulatoriais.

De acordo com a CIB RS nº 495/2018, foi pactuado 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).

Sistema de Administração Geral dos Hospitais – AGHOS Web

O AGHOS é um sistema de gestão e regulação de saúde, sendo utilizado no momento na macrorregião pelo município de Pelotas, até a migração completa ao Sistema GERCON. Através de um conjunto de ferramentas, oferece ao gestor meios para estruturar suas unidades e setores administrativos com ênfase na organização do atendimento final e integração corporativa.

Os profissionais da marcação e regulação de consultas dos municípios efetuam as solicitações, via sistema AGHOS, das consultas ambulatoriais de média e alta complexidade, sendo estas agendadas e reguladas pelo setor de regulação estadual.

O sistema permite o acompanhamento, por parte dos municípios, do andamento da solicitação, assim como a impressão do cupom (protocolo) para atendimento após o agendamento pela regulação do Município de Pelotas. É igualmente possível realizar o cancelamento das solicitações de consultas quando necessário

VII – VAZIOS ASSISTENCIAIS

Muitos dos vazios assistenciais foram apontados ao longo do texto, pela identificação de áreas que requerem maiores investimentos, qualificação de processos e ampliação de ofertas. Contudo, baseando nos parâmetro assistenciais do SUS, conforme determinadas especialidades, e a capacidade instalada da macrorregião, elencamos algumas deficiências relevantes que entende-se configurarem-se em vazios assistenciais pela oferta insuficiente, com poucas referências regionais, ou inexistente na macrorregião e que ainda se faz necessário referenciar para outras macrorregiões em especial ao município de Porto Alegre, como: Alergia e imunologia; Dermatologia; Hematologia; Gastro e coloproctologia; Oncologia Cardiolgia Infantil; Emergência Oftalmológica; Urologia; Cirurgia Plástica e Infectologia.

No quadro a seguir apresenta-se um exemplo de análise de alguns vazios assistenciais da macrorregião sul, com cerca de 1 milhão de habitantes, com base nos parâmetros SUS, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015.

Quadro 20: Número de médicos necessários X número de médicos existentes.

Especialidade	Número de médicos 40 horas/semana - Parâmetros SUS	Número Existente Macrorregião Sul - CNES 2022
Dermatologia	23	13
Coloproctologia	20	1
Urologia	30	7

IV- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e avaliação deste Plano de Ação deve considerar a avaliação das metas e indicadores propostos no DOMI, e especial os indicadores da pactuação estadual de cada região de saúde, de acordo com os quadros abaixo.

Quadro 21: Indicadores Pactuação Estadual 2022-2023, Região 21.

Indicadores Pactuação Estadual 2022-2023- Região 21										
INDICADOR	Série Histórica						Proposta de meta		Meta pactuada	
	Unidade	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2022	2023
1:Taxa de mortalidade infantil	taxa	10.92	13.03	12.72	8.99	10.88	9.7	9.6	9.7	9.6
2: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	número	169	150	139	135	111	87	73	87	73
3: Testagem para HIV nos casos novos de tuberculose	percentual	86,4	89,9	92,7	88,4	78,8	90	95	90	95
4: Razão de Mortalidade Materna - RMM	razão	18,83	48,26	82,08	42,82	67,32	44,88	33,66	44,88	33,66
5: Coeficiente bruto de mortalidade por Aids	taxa	11,72	12,63	8,16	9,55	11,5	8,6	7,01	8,6	7,01
6: Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	número	4	1	0	0	0	1	0	1	0
7: 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	razão	0,12	0,15	0,13	0,06	0,08	0,11	0,14	0,11	0,14
8: Cobertura vacinal da vacina tríplice viral, primeira dose	percentual	65,03	82,14	80,68	58,78	70,64	95	95	95	95
9: Índice de Infestação Predial pelo Aedes aegypti	percentual		0,5	0	0	0,2	< 1	< 1	< 1	< 1
10: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de	percentual	14,01%	12,85%	12,14%	11,28%	10,32%	11	10	11	10

10 a 19 anos										
11: Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	percentua l	21,73%	21,73%	30,43%	39,13%	39,13%	80	100	80	100
12: Índice de internações por Transtornos Mentais e comportamentais.	taxa	511,272	540,97	524,2	380,56	345,31	414,46	373,06	414,46	373,06
13: Percentual de idosos com registro do procedimento “avaliação multidimensional da pessoa idosa”	percentua l	n/a	-	-	-	-	7	10	7	10
14: Percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta	percentua l	70,16%	71,07%	72,60%	77,09%	79,26%	75,31	74,44	75,31	74,44
15: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do programa auxílio Brasil.	percentua l	69,03%	66,28%	71,94%	36,61%	61,40%	73,9	74,4	73,9	74,4
16: População abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC) com tratamento em relação à população abastecida por SAC	percentua l	55,74	44,45	24,46	32,28	51,44	75	78	75	78
17: Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho	taxa	21,68	29,67	32,42	35,64	37,82	40	45	40	45
18: Proporção de Óbitos por Acidentes de Trabalho investigados	%	59,09%	72,73%	92,86%	58,82%	100,00%	100	100	100	100
19: Percentual de coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG	%	-	-	98,50%	95,20%	89,10%	95	95	95	95
20: Cinco coletas de amostras por semana com RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) realizado dos casos de síndrome gripal (SG) atendidos em cada unidades sentinelas (US)	número	-	69	249	290	295	260	260	260	260

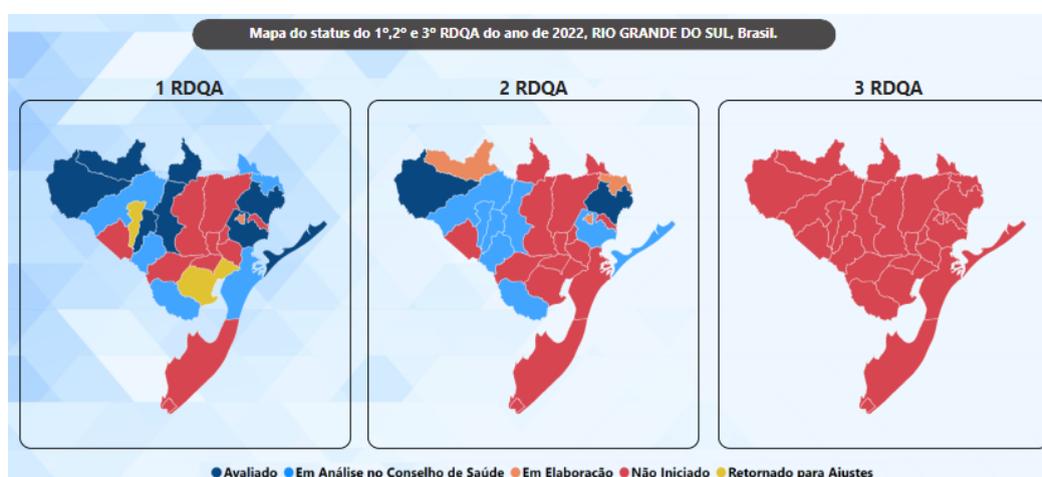
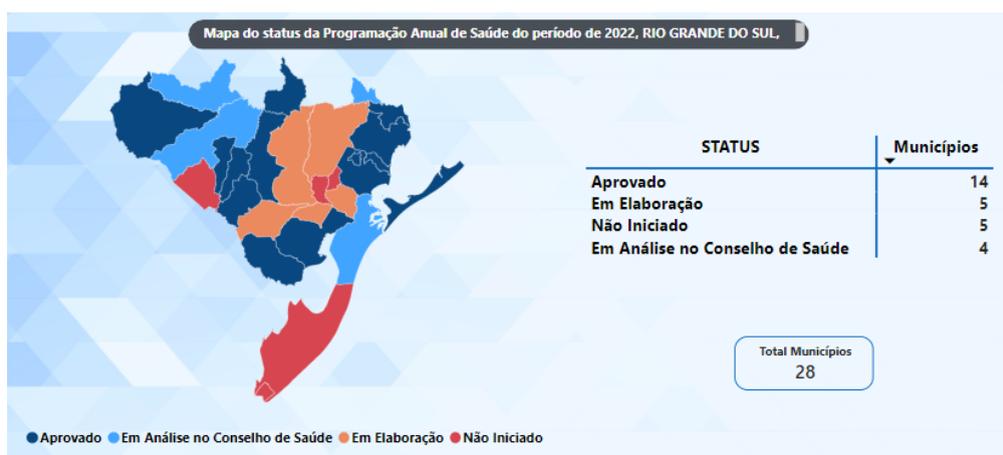
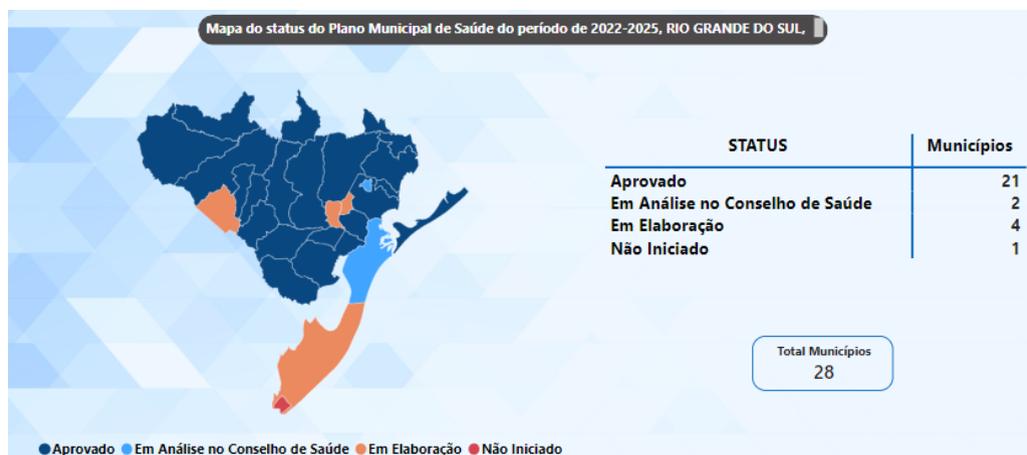
Quadro 22: Indicadores Pactuação Estadual 2022-2023, Região 22.

Indicadores Pactuação Estadual 2022-2023- Região 22								
INDICADOR	UNIDADE	SÉRIE HISTÓRICA					META PACTUADA	
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1: Taxa de mortalidade infantil	Taxa	13,28	10,9	16,19	11,35	9,51	10,45	8,55
2: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Número	10	12	11	4	0	1	0
3: Testagem para HIV nos casos novos de tuberculose notificados no SINAN	Percentual	84,1	79,1	96,7	87,7	86,8	100	100
4: Razão de Mortalidade Materna - RMM	Razão	0	125,73	83,02	45,41	238,1	0	0
5: Coeficiente bruto de mortalidade por Aids	Taxa	8,69	7,04	3,24	4,86	6,48	3,8	2,7
6: Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade	Número	1	0	0	0	0	0	0
7: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária	Razão	0,16	0,14	0,14	0,09	0,1	0,25	0,28
8: Cobertura vacinal da vacina tríplice viral, primeira dose, para crianças de 01 ano de idade.	Percentual	87,3	88,13	92,7	94,98	80,87	95	95
9: Índice de Infestação Predial pelo Aedes aegypti	Percentual	s/inf	0,4	0,7	0,2	0,5	< 1%	< 1%
10: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10-19 anos (proporção de nascidos vivos de mulheres entre 10-19 anos)	Percentual	14,56	14,33	13,08	13,44	12,86	11,65	10,6
11: Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	Percentual	0	25	37,5	25	75	100	100
12: Índice de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC)	Taxa	274,97	312	306,35	223,53	199,1	202	193
13: Percentual de idosos com registro do procedimento "Avaliação"	Percentual	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf	7%	10%

Multidimensional da Pessoa Idosa”								
14: Percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta do RS	Percentual	68,43	69,56	73,4	77,75	81,58	77,8	77,4
15: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil	Percentual	56,91	68,43	67,12	37,01	41,92	48,3	53,2
16: População abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC) com tratamento em relação à população abastecida por SAC	Percentual	45	43,32	46,78	59,43	54,23	100	100
17: Taxa de notificações de agravos relacionados ao trabalho	Taxa	27,69	47,27	35,9	23,37	30,69	40	42
18: Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados	Percentual	75	80	100	0	25	100	100
19: Percentual de coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG	Percentual	s/inf	s/inf	97,4	95,3	94,1	100	100
20: Cinco coletas de amostras por semana com RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) realizado dos casos de síndrome gripal (SG) atendidos em cada unidades sentinelas (US)	número	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

Além dos indicadores de pactuação estadual com metas estabelecidas para dois anos, e repactuadas anualmente, considera-se extremamente importante o monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão em saúde. A construção dos instrumentos de gestão e alimentação tempestiva do Sistema DigiSUS tem sido ainda um grande desafio de gestão, com necessidade permanente de apoio regional aos municípios. Nos últimos ciclos de gestão municipal houve ampliação significativa dos instrumentos, principalmente dos planos de saúde elaborados a partir de conferências municipais de saúde, contudo, juntos com a Programação Anual de Saúde e os Relatórios de Gestão ainda precisam ser compatibilizados

entre si e com os instrumentos de gestão pública, de modo que representem de fato o planejamento e as necessidades locais, dentro dos prazos legais. As figuras a seguir, apresentam a situação dos instrumentos na macrorregião em novembro de 2022, mas observa-se que são 27 e não 28 municípios, com a saída de Cristal da R21:



Figuras 51, 52 e 52. Situação do Instrumentos de g

Fonte: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde - Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento - DGMP

Por fim, destaca-se a necessidade de permanente qualificação e fortalecimento dos instrumentos de gestão em todos os níveis, e em especial do Planejamento Regional Integrado, como apoio aos Planos municipais, balizador do Plano Estadual em Saúde, e acima de tudo, orientador de políticas e programas com seus respectivos investimentos ao encontro das necessidades prioritárias do território macrorregional.

REFERÊNCIAS

- ARTMANN E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Disponível em: http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_5429/5BCSTY9RH6.pdf
- BRASIL, DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- BRASIL. <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em 15/01/2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Coleção Progestores - para entender a gestão no SUS, v. 10, Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF, 10 nov. 1998. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 21 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF, 10 março 2006. Seção 1, p. 59. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-491.htm>. Acesso em: 22 jan 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5ª Ed. Brasília: MS; 2004.
- BRASIL. Portaria Nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004b, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF, 21 maio de 2004b. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm>. Acesso em: 21 jan. 2019.
- BRASIL, Portaria GM/MS nº 4.279/2010
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Caderno da Atenção Básica, nº 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, 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: Ministério da Saúde, 2017.

BRUM, L.F.S. Resenha: Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos. Caderno de Saúde Pública, v. 24, n.6, p.1457-58, 2008.

CAMPOS, S. R.; CUNHA, T. G. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. *In*:CAMPOS, G. W. S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. Revista e ampliada. São Paulo: Ed. Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

COSTA, K. S.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Conhecimento e Utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: um estudo de base populacional no município de Campinas/SP. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 23, n. 3, p. 397-408, 2014.

DONABEDIAN, Avedis. La Calidad de la Atención Medica: definición y métodos de evaluación. Ediciones Científicas La Prensa Medica Mexicana, S. A. Ediciones Copilco, S. A., 1984. MEIRELLES, MCP. Avaliação dos Processos de Gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial à Luz da Teoria da Ação Comunicativa. 2016. 250f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

MANZINI et al., 2015. O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS : diretrizes para ação Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019. Acessado em 18 de janeiro de 2019.<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/panorama>

MINISTÉRIO DA SAÚDE.Brasil. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 100 p.: il. – (Série A.

Normas e Manuais Técnicos).

NETO, J S M. ARTMANN, E. Política, gestão e participação em saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 17(12);3407-3416, 2012 NUNES, P.H.C.; PEREIRA, B.M.G.; NOMINATO, J.C.S.; ALBUQUERQUE, E.M.; SILVA, L.F.N.; CASTRO, I.R.S; CASTILHO, S.R. Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v.44, n.4, p.692-99, 2008.

O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS : diretrizes para ação / Fernanda Manzini...[et al.]. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p. : il.

PELENTIR, Mônica; DEUSCHLE, Viviane Cecília Kessler Nunes; DEUSCHLE, Regis Augusto Norbert. Importância da assistência e atenção farmacêutica no ambiente hospitalar. *Ciência e Tecnologia*, v. 1, n. 1, p. 20-28, 2015.

PEPE VLE, CASTRO CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cadernos Saúde Pública* 2000; 16(3):815-822.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (organizadores). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 484p.

Resolução Nº 354 de 20 de setembro de 2000

RICO, E. M. (org.). *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 1998.

RIVERA FJU, ARTMANN E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa.

SANTOS, Milton. *O espaço do cidadão*. São Paulo: Nobel, 1993.

SILVA, Sarah Nascimento; LIMA, Marina Guimarães. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 2025-2036, 2017.

UNITED, NATIONS. *Millenniun Declaration*. Geneva, 2000.

VALENTE, V. – O programa de benefícios farmacêuticos como estratégia de gestão da saúde. Curitiba, I Simpósio Internacional de Tecnologias Gerenciais em Saúde, 2004.

ZANELLA, Carolina Gomes; AGUIAR, Patricia Melo; STORPIRTIS, Sílvia. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 325-332



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
3ª Coordenadoria Regional de Saúde

Deliberação CIR 032/2022 - 21ª Região Sul

A COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL – CIR- Região 21/3ª CRS, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

Considerando um conjunto de normativas que dispõem sobre o princípio de regionalização no Sistema Único de Saúde que inclui o Decreto 7.508/2011; e

- Resolução CIT 23/2017: Estabelece diretrizes para a Regionalização, o PRI e a Governança das RAS;
- Resolução CIT 37/2018: Dispõe sobre o processo de PRI e a organização de macrorregiões de saúde;
- Resolução CIB/RS nº 188/2018: Dispõe sobre o processo e a agenda do PRI em 7 macrorregiões do estado do Rio Grande do Sul;
- As ações desenvolvidas pela R21 desde 2018, incluindo o Diagnóstico Regional de Saúde em 2019, a atualização das necessidades regionais em 2022, a recomposição dos Grupos de trabalho da Região 21 e da Macrorregião Sul;
- o Trabalho realizado pelo GT da Macrorregião Sul e a aprovação do texto final, na reunião de 30 de novembro de 2022, realizada em Aceguá.

DELIBERA:

Art.1º: Aprovar o Plano de Ação do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sul, em anexo.

Art. 2º: Esta Recomendação entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Cíntia Daniela M. Pereira Osório

Coordenadora Regional

ID 4781848/01

3ª CRS-SES

Cíntia Daniela Osório
Presidente da CIR R21
3ª CRS/SES

Santa Vitória do Palmar, 16 de dezembro de 2022.



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

**DELIBERAÇÃO Nº 024/2022
CIR/7ª CRS**

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL/7ª CRS, no uso de suas atribuições legais e considerando:

a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que 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;

o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a Organização das Macrorregiões de Saúde;

a Deliberação CIR nº 011/2019 que aprova o Diagnóstico Regional de Saúde da Região 22 – Pampa;

a Deliberação CIR nº 03/2022 que aprova a atualização das Necessidades de Saúde da Região Pampa;

as reuniões do Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sul (GT PRI), realizadas durante o ano de 2022;

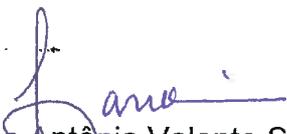
a pactuação realizada na reunião CIR do dia 06 de dezembro de 2022.

DELIBERA:

Art. 1º - Aprovar o Plano Macrorregional de Saúde da Macrorregião Sul;

Art. 2º Esta Deliberação entrará em vigor a partir de sua homologação pela CIB/RS e publicação no Diário Oficial do Estado.

Bagé, 06 de dezembro de 2022.


Eliana Antônia Valente Silveira
Coordenadora Regional de Saúde
7ª Coordenadoria Regional de Saúde/Bagé



**Governo do Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria da Saúde
Macrorregião de Saúde Vales**

PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE

Macrorregião de Saúde Vales, Rio Grande do Sul

Regiões de Saúde R27 – Jacuí Centro, R28 – Vale do Rio Pardo,
R29 – Vales e Montanhas e R30 – Vale da Luz

Dezembro de 2022

Governador do Estado do Rio Grande do Sul

Ranolfo Vieira Júnior

Secretária de Estado da Saúde

Arita Bergmann

Secretária Adjunta de Estado da Saúde

Ana Lúcia Pires Afonso da Costa

Presidente do Conselho Estadual de Saúde

Claudio Augustin

**Assessoria de Gestão e
Planejamento**

Cristian Fabiano Guimarães

**Assessoria de Comunicação
Social**

Neemias Freitas

Assessoria Jurídica

Maria Claudia Mulinari

Fundo Estadual de Saúde

Meriana Farid El Kek

**Departamento de Auditoria do
SUS**

Bruno Naundorf

Ouvidoria do SUS/RS

Amanda Ciarlo Ramos

Departamento Administrativo

Vera Lucia da Silva Oliveira

Escola de Saúde Pública

Teresinha Valduga Cardoso

**Departamento de Unidades
Próprias**

Suelen da Silva Arduin

**Departamento de Atenção Primária e Políticas
de Saúde**

Péricles Stehmann Nunes

**Departamento de Gestão da Atenção
Especializada**

Lisiane Wasem Fagundes

**Departamento de Gestão da Tecnologia e
Informação**

Maurício Reckziegel

Departamento de Regulação Estadual

Eduardo de Albuquerque Nunes Elsade

Departamento de Assistência Farmacêutica

Simone Pacheco do Amaral

Centro Estadual de Vigilância em Saúde

Tani Maria Schilling Ranieri

**Departamento Estadual de Sangue e
Hemoderivados**

Katia Maria Minuzzi Brodt

GT/PRI MACRORREGIONAL - Composição

O GT Macrorregional (Regiões de Saúde: 27, 28, 29 e 30, pertencentes, respectivamente, a 8ª CRS, 13ª CRS e 16ª CRS é constituído pelos seguintes membros: representantes das CIRs Regionais, técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde, apoiadora do PRI e apoiadoras do COSEMS.

8ª CRS	JÚLIO ROBERTO FERREIRA LOPES
8ª CRS	ROBERTA FERREIRA BILLIG
8ª CRS (suplente)	MÔNICA PORTO PANDOLFO
CIR 27/SMS	MILTON EDWINO KELLING
CIR 27/SMS (suplente)	ANA ILCE RUBERT FERON
13ª CRS	MARILUCI INOCÊNCIA REIS
13ª CRS	ARCÊNIO IVAN FISCHBORN
13ª CRS (suplente)	MARIZANE SOARES BARBOSA
CIR 28/SMS	SINARA CRISTINA KLAFKE DHIEHL
CIR 28/SMS (suplente)	SAMIA NASSERE
16ª CRS	RAFAELA FAGUNDES
16ª CRS	ALVARO GUSTAVO WAGNER JUNQUEIRA
16ª CRS (suplente)	GLADEMIR SCHWINGEL
CIR 29/SMS	ALEXANDRE REIS GARGIONE
CIR 29/SMS (suplente)	RAQUEL ANDRES OESTREICH
CIR 30/SMS	PAULO RICARDO MARMITT
CIR 30/SMS (suplente)	REGIANE MOLLMANN
APOIADORA PRI – MACRORREGIÃO VALES	JÉSSICA MAZUTTI PENSO DE CAMPOS
APOIADORA DO COSEMS – RS 27 e 28	KELLEN NUNES SVORMAN
APOIADORA DO COSEMS – RS 29 e 30	KELLY PORTOLAN

Fontes: Deliberação nº 033/2021, de 15 de dezembro de 2021 - Comissão Intergestora Regional – CIR 27; Deliberação nº 13/2022, de 24 de maio de 2022 - Comissão Intergestora Regional – CIR 28; Ata nº 012-12/2021, 30 de novembro de 2021, reunião conjunta das Comissões Intergestoras Regionais – CIR 29 e CIR 30.

8ª Coordenadoria Regional da Saúde (Região de Saúde 27)

Júlio Roberto Ferreira Lopes – Coordenador Regional
Rua Saldanha Marinho, 725, Bairro Centro
Cachoeira do Sul (RS)
CEP: 96.508-001
Telefones: (51) 3722-2255
E-mail: 8crs@saude.rs.gov.br

13ª Coordenadoria Regional da Saúde (Região de Saúde 28)

Mariluci Inocência Reis – Coordenadora Regional
Rua Júlio de Castilhos, 36, Bairro Centro
Santa Cruz do Sul (RS)
CEP: 96.810-156
Telefone: (51) 3713-1011
E-mail: 13crs@saude.rs.gov.br

16ª Coordenadoria Regional da Saúde (Regiões de Saúde 29 e 30)

Rafaela Fagundes – Coordenador Regional
Rua Irmão Emílio Conrado, 120, Bairro Florestal
Lajeado (RS)
CEP: 95.900-020
Telefone: (51) 3714-1470
E-mail: 16crs@saude.rs.gov.br

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
I IDENTIFICAÇÃO DO ESPAÇO REGIONAL AMPLIADO.....	07
1.1 Organização do Território	07
1.2 Perfil Demográfico Macrorregião Vales	08
1.3 Determinantes e Condicionantes da Saúde	13
II IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO, DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E DA CAPACIDADE INSTALADA	21
2.1 Perfil de Morbimortalidade	21
2.2 Necessidades de Saúde	40
2.3 Capacidade Instalada	46
III PRIORIDADES SANITÁRIAS MACRORREGIONAIS DE SAÚDE E RESPECTIVAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES E PRAZOS DE EXECUÇÃO	51
3.1 Prioridades Macrorregionais de Saúde	51
3.2 Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores e Prazos de Execução	54
3.3 Indicadores de Pactuação Estadual	61
3.3.1 Indicadores de Resultado Estadual	62
3.3.2 Indicadores da Macrorregional Vales	63
IV RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS NO ESPAÇO MACRORREGIONAL	68
4.1 Financiamento	68
4.2 Instâncias de Pactuação Intergestores	72
4.3 Planejamento Regional Integrado	74
4.4 Participação social	75
4.4.1 Controle social	75
4.4.2 Ouvidoria do SUS – Macrorregional Vales	76
V MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	85

INTRODUÇÃO

O presente Plano Macrorregional de Saúde é o principal instrumento de gestão das 04 (quatro) Regiões de Saúde pertencentes a 8ª CRS, a 13ª CRS e a 16ª CRS e tem o objetivo geral de **qualificar as Redes de Atenção SUS nas Regiões de Saúde pertencentes à Macrorregional Vales**. Na sua elaboração foram considerados a análise dos planos municipais de saúde, a organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional e macrorregional.

Objetivos específicos

- a) Identificar a situação de saúde na macrorregional, as necessidades de saúde da população e a sua capacidade instalada;
- b) Apresentar as prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e os prazos de execução;
- c) Identificar as responsabilidades dos entes federados no espaço macrorregional;
- d) Apresentar dados e informações que permitam a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população;
- f) Expressar a programação geral das ações e serviços de saúde;
- g) Identificar os vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da união, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

Quanto ao desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado, no primeiro capítulo, identificação do espaço regional integrado, buscou-se conhecer a situação da saúde na Macrorregional Vales, considerando-se os seguintes tópicos: organização do território, perfil demográfico e determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. No segundo capítulo foram abordadas informações sobre a situação de saúde no território, bem como as necessidades e a capacidade instalada da macrorregião.

O terceiro capítulo apresentou as prioridades macrorregionais, as diretrizes, objetivos, metas e indicadores de pactuação (DOMI), definidos a partir do levantamento das necessidades identificadas nos diagnósticos das 4 Regiões de Saúde (27, 28, 29 e 30). Aspectos como o financiamento, as instâncias de pactuação intergestores, o planejamento regional integrado, a participação e controle social e a ouvidoria do SUS foram abordados no quarto capítulo. Já, o monitoramento e a avaliação das metas, quinto e último capítulo, apresenta considerações sobre a institucionalização e a transparência do processo de prestação de contas perante os gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

I IDENTIFICAÇÃO DO ESPAÇO REGIONAL AMPLIADO

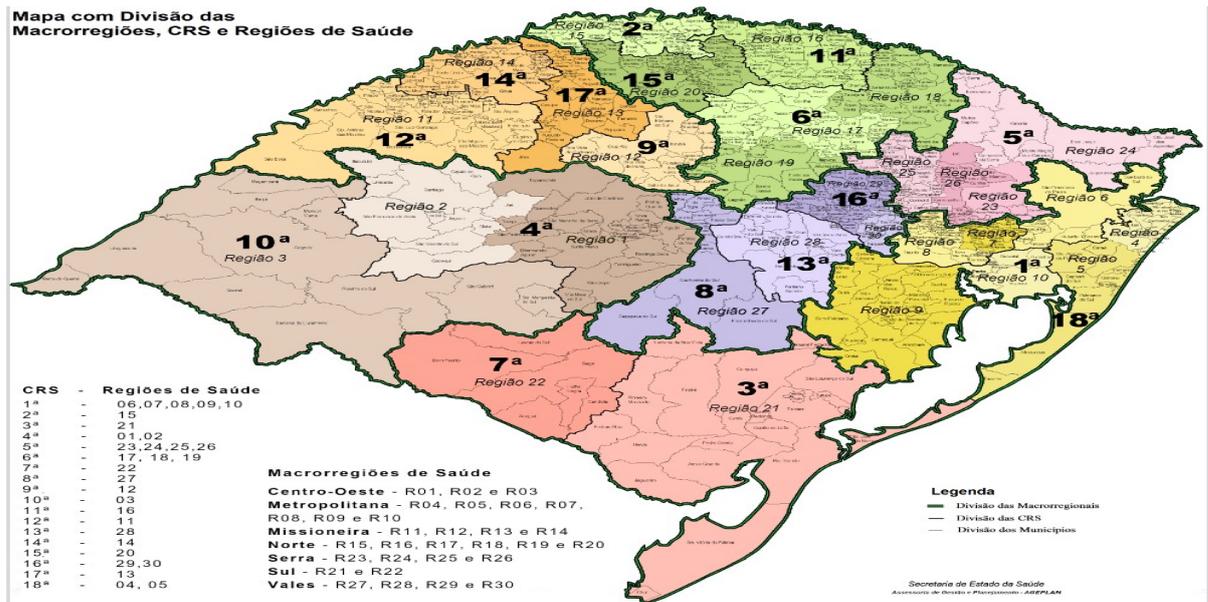
1.1 Organização do Território

O Estado do Rio Grande do Sul apresenta uma população de 11.286.500 habitantes, distribuídos em 497 municípios, em uma área territorial de 282.674 km². Os municípios estão organizados segundo características sociais, políticas e econômicas, principalmente.

Na área da Saúde, os 497 municípios compõem 30 Regiões de Saúde, (Figura 01), redefinidas em 2012, visando à atualização do perfil estadual a partir das características de cada região, como meios de transporte, concentração populacional e de equipamentos de saúde. As 30 Regiões de Saúde estão distribuídas político administrativamente em 19 (dezenove) Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), segundo o Plano Diretor de Regionalização – PDR/2002, revisado em 2010.

As Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) estão articuladas em 07 (sete) Macrorregiões de Saúde, sendo elas: Centro-Oeste (43 municípios), Metropolitana (89 municípios), Missioneira (79 municípios), Norte (147 municípios), Serra (49 municípios), Sul (28 municípios) e Vales (62 municípios), definidas conforme RESOLUÇÃO nº 188/18 - CIB/RS.

Figura 01: Mapa das Coordenadorias Regionais de Saúde do estado do Rio Grande do Sul.

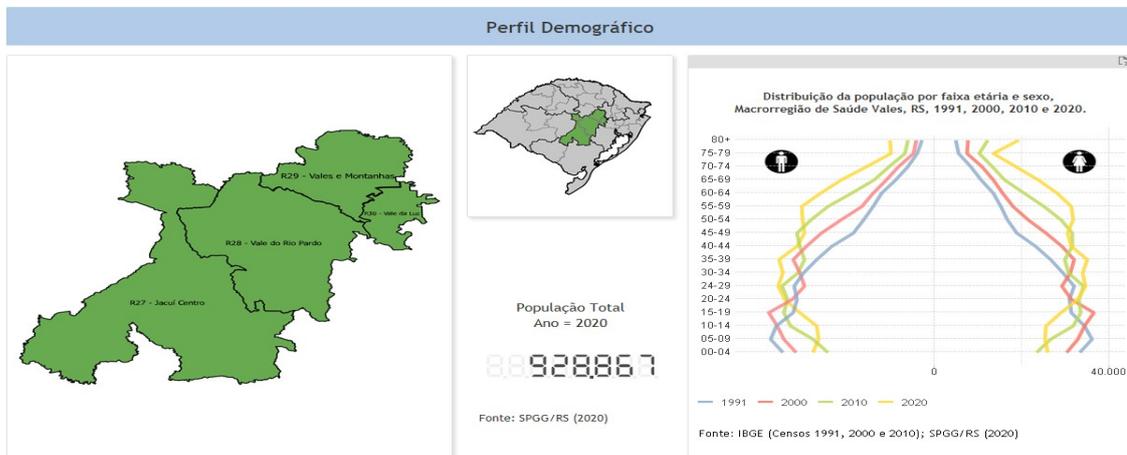


FONTE: SES AGEPLAN (2022)

1.2 Perfil Demográfico Macrorregião de Saúde Vales

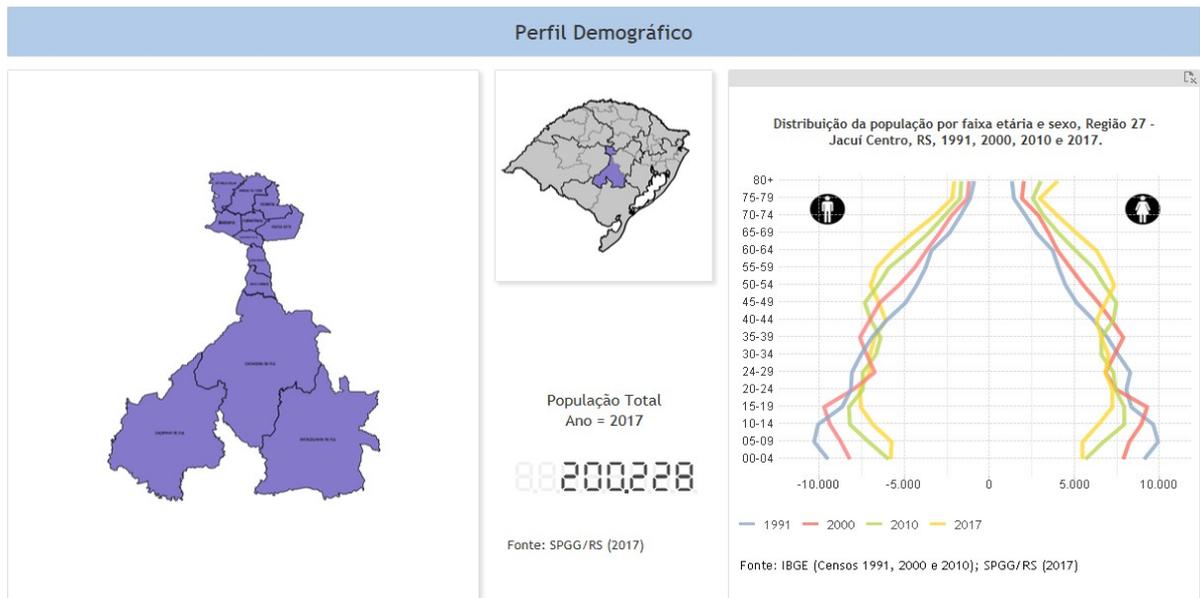
A Macrorregião Vales é composta pela **8ª CRS** (Região de Saúde 27), **13ª CRS** (Região de Saúde 28) e **16ª CRS** (Regiões de Saúde 29 e 30) totalizam 62 municípios, com uma população total de 928.867 habitantes (SPGG/RS, 2020). Por apresentarem maior complexidade instalada, os municípios de Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul e Lajeado são referências, não apenas regionais, mas também DA Macrorregião (Figura 02).

Figura 02: Mapa e população da Macrorregional Vales (RS 27, 28, 29 e 30).



A **8ª CRS (RS 27)**, com sede em Cachoeira do Sul, região Vale do Jacuí, é composta por 12 (doze) municípios (Figura 03), abrange uma população de 200.228 habitantes, SPGG/RS (2017), e uma área geográfica de 12.062.173 Km². Do total de municípios, 07 (sete) apresentam população inferior a 10 mil habitantes (58,3%), 02 (dois) apresentam população entre 10 e 20 mil (16,7%), 02 (dois) entre 20 e 50 mil (16,7%), e 01 (um) acima de 50 mil habitantes (8,3%), ou seja, a maioria de municípios apresenta pequeno e médio porte. O menor município, Lagoa Bonita do Sul, é constituído por uma população de 2.787 habitantes (DEE/SPGG Revisão, 2018.), e o maior, Cachoeira do Sul, com 84.009 habitantes.

Figura 03: Mapa e população da Região de Saúde 27 (Vinte e Sete)



1. Arroio do Tigre – população: 13452
2. Caçapava do Sul – população: 33583
3. Cachoeira do Sul – população: 84009
4. Cerro Branco – população: 4469
5. Encruzilhada do Sul – população: 24084
6. Estrela Velha – população: 3592
7. Ibarama – população: 4293
8. Lagoa Bonita do Sul – população: 2787
9. Novo Cabrais – população: 3667

10. Passa Sete – população: 4810

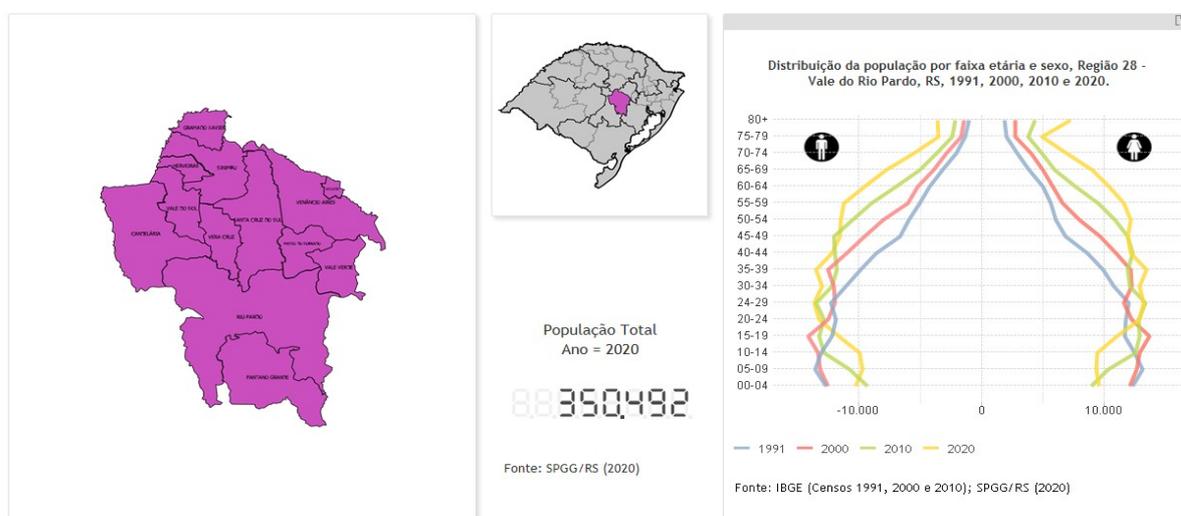
11. Segredo – população: 6955

12. Sobradinho – população: 14845

FONTE: DEE/SPGG Revisão, 2018.

A **13ª CRS (RS 28)**, com sede em Santa Cruz do Sul, Vale do Rio Pardo, é composta por 13 (treze) municípios (Figura 04), com uma população total de 350.492 habitantes (SPGG/RS, 2017). O município de Santa Cruz do Sul é referência regional, atendendo pacientes de outras regiões em alguns serviços. Apresenta área geográfica de 7.466,95 km². Entre os municípios, apenas Santa Cruz do Sul apresenta mais que 100 mil habitantes e, os demais, com exceção de Venâncio Aires, apresentam menos de 50.000 habitantes. Destes, 07 (sete) municípios são de pequeno porte com população inferior a 10.000 habitantes (DEE/SPGG Revisão, 2018). O de menor população, Herveiras, é constituído por 2.858 habitantes e o maior, Santa Cruz do Sul, com 128.619 habitantes.

Figura 04: Mapa e população da Região de Saúde 28 (Vinte e Oito)



1. Candelária – população: 30643

2. Gramado Xavier - população: 3969

3. Herveiras – população: 2858

4. Mato Leitão – população: 4549

5. Pantano Grande – população: 10101

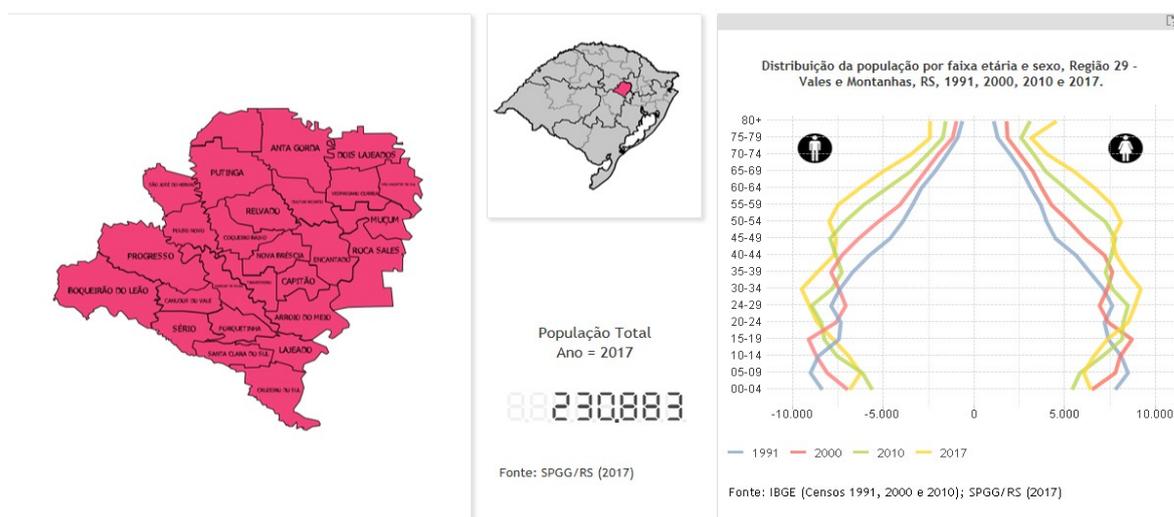
6. Passo do Sobrado – população: 6313

7. Rio Pardo – população: 38746
8. Santa Cruz do Sul – população: 128619
9. Sinimbu – população: 9874
10. Vale Verde – população: 3466
11. Vale do Sol – população: 11192
12. Venâncio Aires – população: 69322
13. Vera Cruz – população: 25599

FONTE: DEE/SPGG Revisão, 2018.

A **16ª CRS (RS 29 e 30)**, com sede no município de Lajeado, Vale do Taquari, é composta por 37 (trinta e sete) municípios (Figuras 05 e 06), com uma população total 361.095 habitantes, SPGG/RS (2017), e uma área geográfica de aproximadamente 8.769,85 Km². Os municípios dessa CRS apresentam características de médio e pequeno porte. O município de Lajeado apresenta 85.929 habitantes (DEE/SPGG – Revisão, 2018) e os treze menores não alcançam os 3.000 habitantes. O município com a menor população é Coqueiro Baixo com 1.425 habitantes.

Figura 05: Mapa e população da Região de Saúde 29 (Vales e Montanhas)

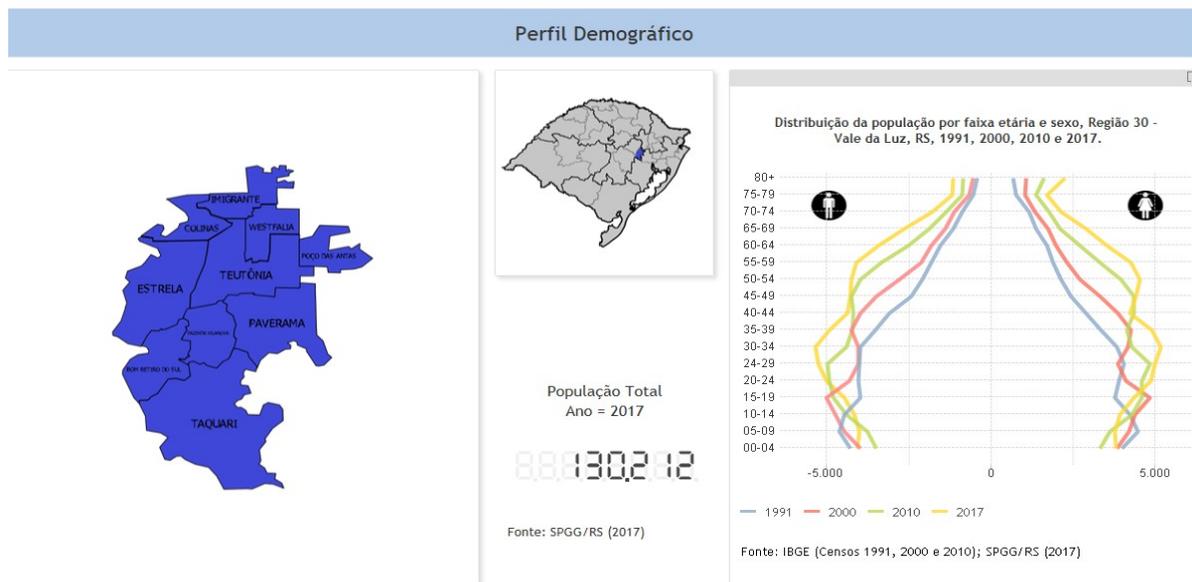


1. Anta Gorda – população: 6558
2. Arroio do Meio – população: 21012
3. Boqueirão do Leão – população: 7336
4. Canudos do Vale – população: 1687
5. Capitão – população: 3048

6. Coqueiro Baixo – população: 1425
7. Cruzeiro do Sul – população: 13122
8. Dois Lajeados – população: 3324
9. Doutor Ricardo – população: 2006
10. Encantado – população: 22476
11. Forquetinha – população: 2502
12. Ilópolis – população: 4252
13. Lajeado – população: 85929
14. Marques de Souza – população: 4228
15. Muçum – população: 5243
16. Nova Bréscia – população: 3275
17. Pouso Novo – população: 1799
18. Progresso – população: 5785
19. Putinga – população: 4066
20. Relvado – população: 2157
21. Roca Sales – população: 11563
22. Santa Clara do Sul – população: 6867
23. São José do Herval – população: 2176
24. São Valentim do Sul – população: 2386
25. Sério – população: 2174
26. Travesseiro – população: 2431
27. Vespasiano Correa – população: 2056

FONTE: DEE/SPGG Revisão, 2018.

Figura 06: Mapa e população da Região de Saúde 30 (Vale da Luz)



1. Bom Retiro do Sul – população: 12630
2. Colinas – população: 2466
3. Estrela – população: 34030
4. Fazenda Vilanova – população: 4373
5. Imigrante – população: 3249
6. Paverama – população: 8854
7. Poço das Antas – população: 2136
8. Taquari – população: 27053
9. Teutônia – população: 31895
10. Westfalia – população: 3088

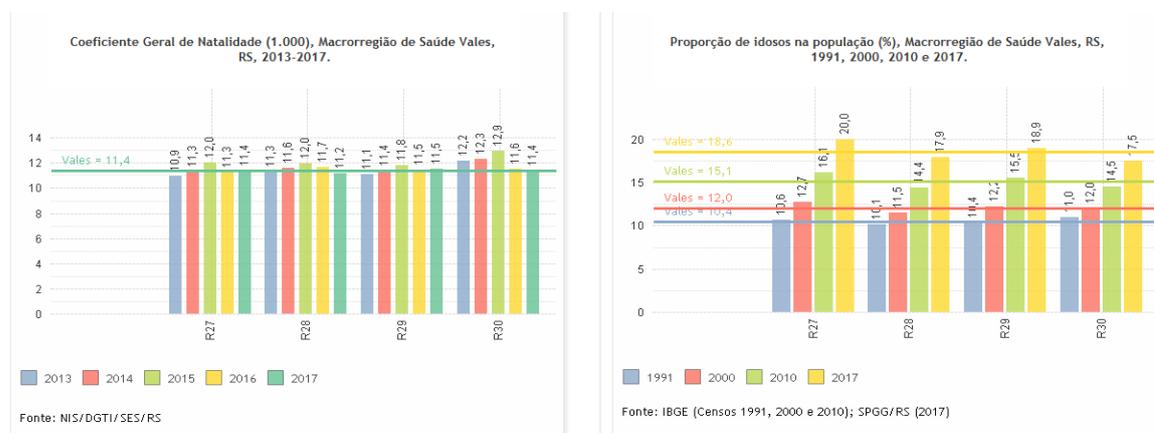
FONTE: DEE/SPGG Revisão, 2018.

1.3 Determinantes e Condicionantes da Saúde

O coeficiente geral de natalidade (1000) (Gráfico 01), na Macrorregião de Saúde Vales em 2017 foi de 11,4. O maior coeficiente de natalidade ocorreu na RS

30, em 2015, ou seja, 12,9. Já o menor apresentado no período foi 10,9, em 2013, na RS 27.

Gráfico 01: Coeficiente de natalidade e proporção de idosos na população.

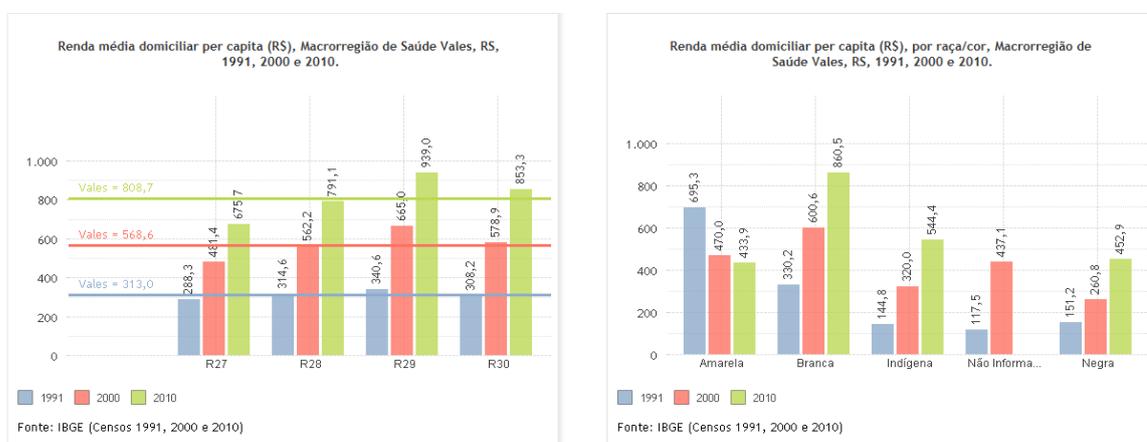


Quanto a proporção de idosos na população (%), Gráfico 01 no período de 1991 a 2017 verifica-se que em 2017 a média da Macrorregional Vales foi de 18,6 por cento da população. A RS 27 apresentou o maior percentual de pessoas idosas, 20, no ano de 2017. Já o segundo maior percentual ocorreu na RS 29, próximo dos 19. O menor percentual de idosos na população correspondeu a RS 30 com 17,5.

A renda média domiciliar per capita na Macrorregião (Gráfico 02) apresentou os seguintes valores: R\$ 313,0; R\$568,6 e R\$ 808,7; em 1991, 2000 e 2010, respectivamente. A RS que apresentou a maior renda em 2010, R\$ 939,00, foi a 29 - Vales e Montanhas. No mesmo ano a RS 30 - Vale da Luz teve a segunda renda

mais alta, ou seja, R\$ 853,30. A RS 27 obteve a menor renda domiciliar em 2010, valor próximo a R\$ 670,00.

Gráfico 02: Renda média domiciliar per capita e renda média domiciliar per capita por raça/cor

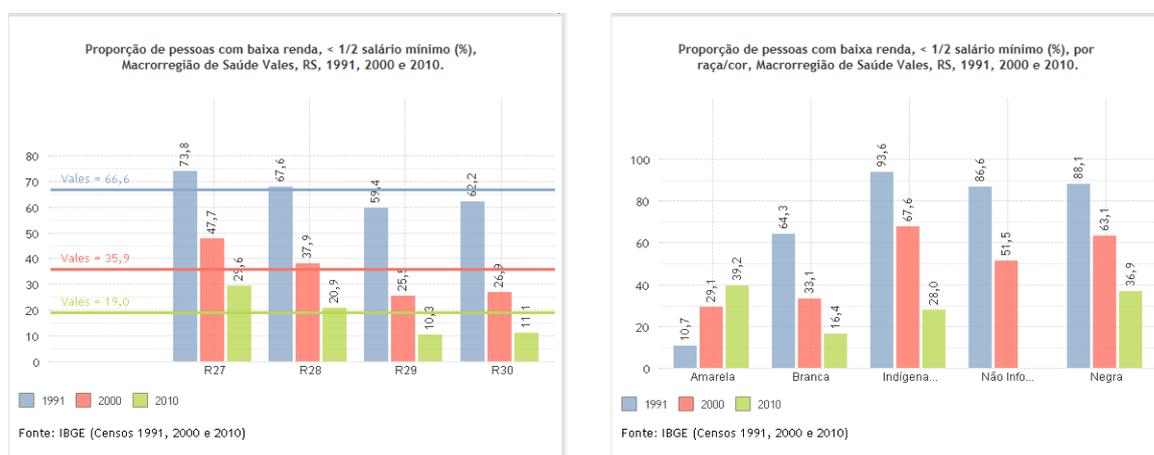


A renda média domiciliar por raça/cor (Gráfico 02) apresentou no ano de 2010 a raça branca com o maior valor R\$ 860,50 e a raça indígena com a segunda renda, ou seja, R\$ 544,40. A raça amarela apresentou a menor renda média domiciliar, valor de R\$ 433,90, no ano considerado. As raças branca, indígena e negra registraram aumento na renda média domiciliar no período considerado – 1991 a 2010, mantendo a desigualdade social.

A proporção de pessoas com baixa renda < ½ salário mínimo (%) (Gráfico 03), apresentou os seguintes percentuais: 66,6; 35,9 e 19,0, em 1991, 2000 e 2010, respectivamente. A RS 27 apresentou a maior proporção (%), em 2010, ou seja, 29,6. No mesmo ano a RS 28 obteve 20,9, de proporção de pessoas com baixa renda. A

RS 29 apresentou a menor proporção de pessoas com baixa renda < ½ salário mínimo (%) em 2010, percentuais próximos a 10.

Gráfico 03: Proporção de pessoas com baixa renda < ½ salário mínimo (%) e proporção de pessoas com baixa renda < ½ salário mínimo (%) por raça/cor.

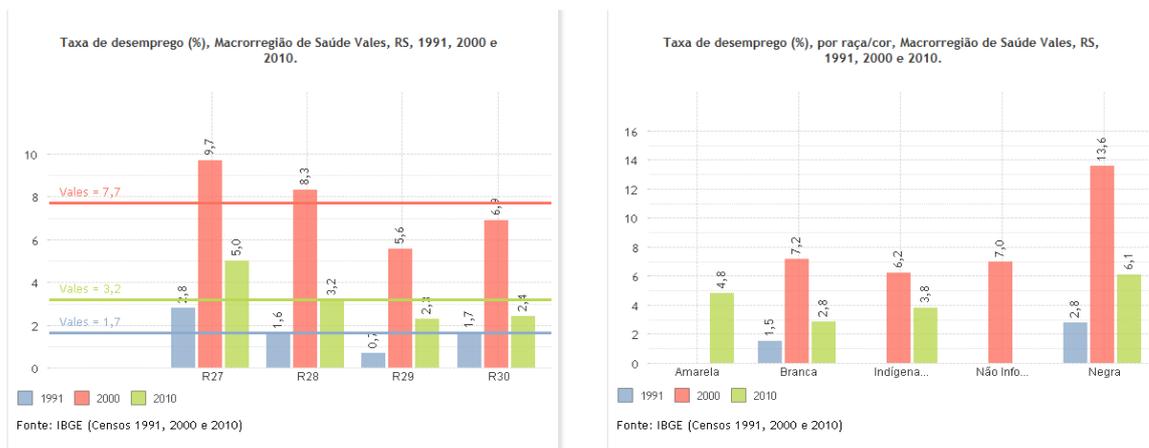


A proporção de pessoas com baixa renda < ½ salário mínimo (%) por raça/cor (Gráfico 03) apresentou no ano de 2010 a raça branca com o menor percentual 16,4 e a raça indígena com a segunda proporção, ou seja, 28,0%. As raças/cores amarela apresentou o maior percentual, 39,2, no ano considerado. As raças e cores – indígena, branca e negra - registraram redução na proporção de pessoas com baixa renda < ½ salário mínimo (%) no período considerado – 1991 a 2010.

A taxa de desemprego (%) na Macrorregional Vales (Gráfico 04) apresentou os seguintes percentuais: 1,7; 7,7 e 3,2, em 1991, 2000 e 2010, respectivamente. As regiões de saúde que apresentaram as maiores taxas de desemprego em 2010 foram RS 27 e RS 28, percentuais de 5,0 e 3,2. As regiões que apresentaram as menores

taxas de desemprego foram a Vales e Montanhas e a Vale da Luz, 2,3% e 2,4%, respectivamente.

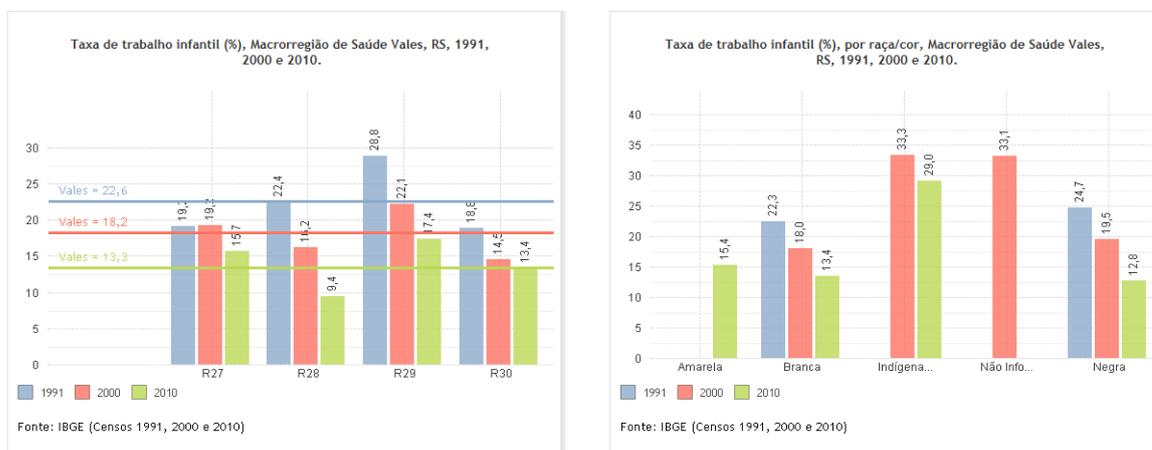
Gráfico 04: Taxa de desemprego (%) e taxa de desemprego (%) por raça/cor.



A taxa de desemprego (%) por raça/cor (Gráfico 04), ano de 2010, apresentou as raças branca e indígena com os menores percentuais, 2,8 e 3,8, respectivamente, A raça negra apresentou o maior percentual, 6,1, no ano considerado. As raças/cores – branca, indígena e negra - registraram redução na taxa de desemprego nos anos – 2000 a 2010.

A taxa de trabalho infantil (%) na Macro Vales (Gráfico 05) apresentou os seguintes percentuais: 22,6; 18,2 e 13,3, em 1991, 2000 e 2010, respectivamente. As Regiões de Saúde que apresentaram as maiores taxas de trabalho infantil em 2010 foram as RS 29 e RS 27, percentuais de 17,4 e 15,7. A RS 28 obteve a menor taxa de trabalho infantil em 2010, percentual de 9,4.

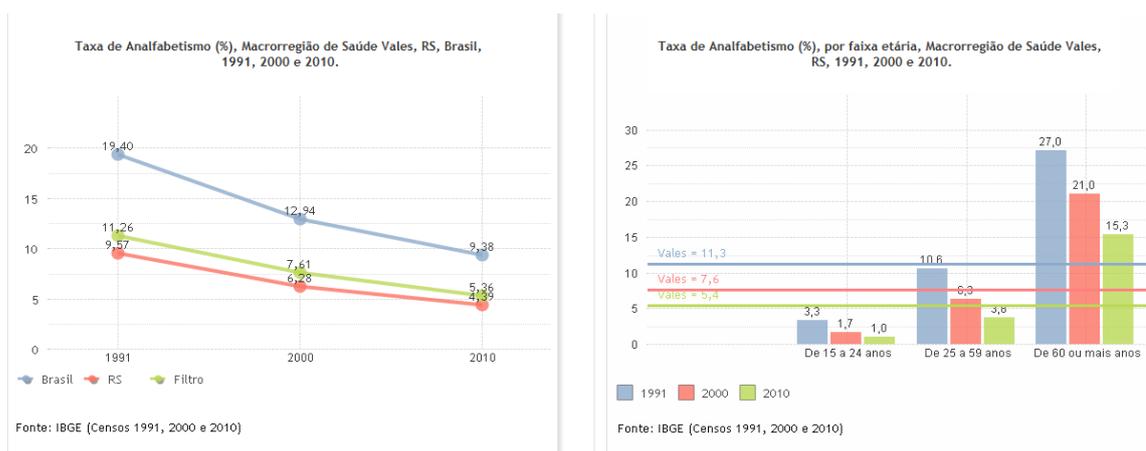
Gráfico 05: Taxa de trabalho infantil (%) e taxa de trabalho infantil (%) por raça/cor.



A taxa de trabalho infantil (%) por raça/cor (Gráfico 05) apresentou no ano de 2010 a raças negra e branca com os menores percentuais 12,8 e 13,4. A raça indígena apresentou o maior percentual, 29,0%, no ano considerado. As raças/cores – indígena, branca e negra - registraram redução na taxa de desemprego no período considerado – 2000 a 2010.

A taxa de analfabetismo (%) (Gráfico 06) considerando os anos 1991, 2000 e 2010 apresentou forte redução no Brasil no estado do Rio Grande do Sul e na Macrorregional Vales. No Brasil os percentuais foram de 19,40; 12,94 e 9,38, respectivamente. Também, verificou-se que os percentuais apresentados pela macrorregião e pelo estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2010, foram 5,36 e 4,39 respectivamente.

Gráfico 06: Taxa de analfabetismo (%) e taxa de analfabetismo (%) por faixa etária

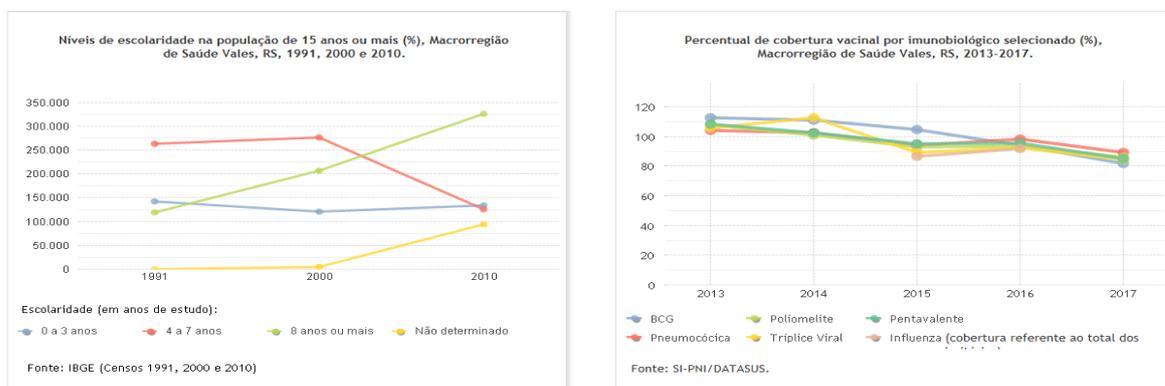


A taxa de analfabetismo (%), por faixa etária, Gráfico 06, apresentou os seguintes percentuais no anexo de 2010: 1,0 (De 15 a 24 anos); 3,8 (De 25 a 59 anos) e 15,3 (De 60 ou mais anos). A Macrorregional Vales apresentou redução nas taxas de analfabetismo em todos os grupos considerados, no período de 1991 a 2010.

Referente ao nível de escolaridade na população de 15 anos ou mais (%) (Gráfico 07), considerando os anos 1991, 2000 e 2010, verifica-se que no grupo anos de estudo (8 anos ou mais) apresentou um aumento importante no período. No

entanto, no grupo 4 a 7 anos houve redução acentuada entre 2000 e 2010. Já no grupo 0 a 3 anos os níveis de escolaridade permaneceram estáveis no período considerado.

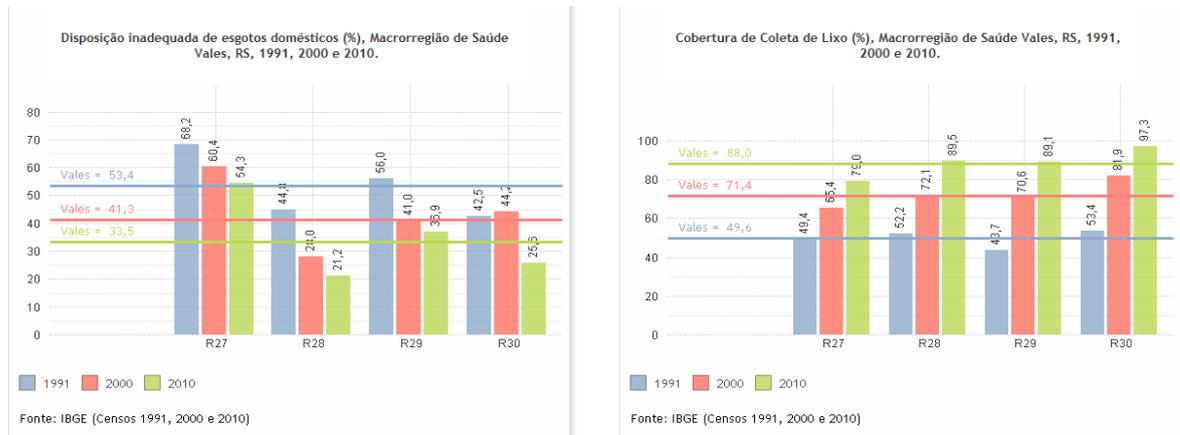
Gráfico 07: Nível de escolaridade na população de 15 anos ou mais e cobertura vacinal (%)



O percentual de cobertura vacinal por imunobiológico selecionado (Gráfico 07), considerando os anos 2013 a 2017, apresentou redução em todos os tipos de imunobiológicos na Macrorregional Vales. Os maiores percentuais registrados foram de cobertura vacinal para Pentavalente e Pneumocócica, entorno de 100% considerando o ano de 2017. Já o menor percentual foi em 2017 de BCG, ou seja, 80%.

A disposição inadequada de esgotos domésticos (%) (Gráfico 08) na Macrorregional, considerando os anos 1991; 2000 e 2010 apresentou os seguintes percentuais: 55,4; 41,3 e 33,5, respectivamente. As Regiões de Saúde que apresentaram as maiores taxas em 2010 foram a RS 27, 54,3% e a RS 29, 36,9%. Obtiveram as menores taxas de disposição inadequada de esgotos domésticos em 2010, as RS 28 e 30 com os seguintes percentuais: 21,2% e 25,6%, respectivamente.

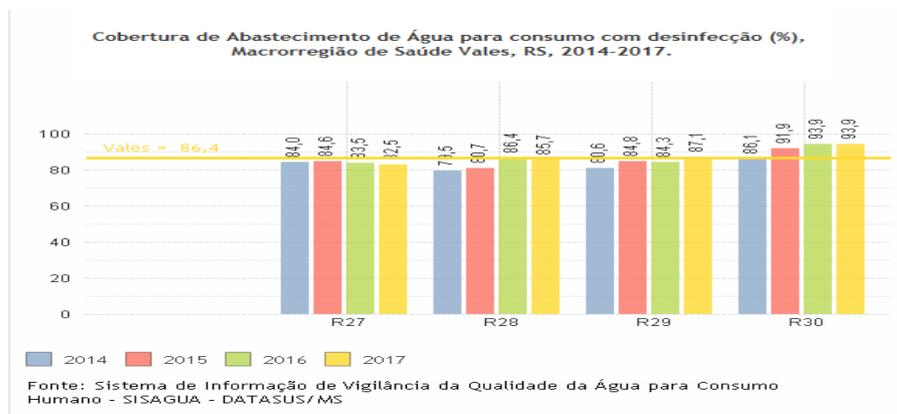
Gráfico 08: Disposição inadequada de esgotos domésticos e cobertura de coleta de lixo (%)



A cobertura de coleta de lixo (%) (Gráfico 08) considerando os anos 1991; 2000 e 2010 apresentou os seguintes percentuais: 49,6; 71,4 e 88,0, respectivamente. As RS que apresentaram as maiores taxas em 2010 foram RS 30, 97,3 e RS 28, 89,5. A Região de Saúde 27 obteve 79%, ou seja, a menor taxa de cobertura de lixo em 2010. No período 1991 a 2010 ocorreu um aumento acentuado nos percentuais de cobertura de coleta de lixo, em todas as Regiões de Saúde.

A cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção (%) (Gráfico 9), considerando os anos 2014, 2015, 2016 e 2017 apresentou o percentual de 86,4 na Macrorregional.

Gráfico 09: Cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção (%)



A Região de Saúde que apresentou o maior percentual de cobertura de abastecimento de água para consumo com desinfecção em 2017 foi a Vale da Luz

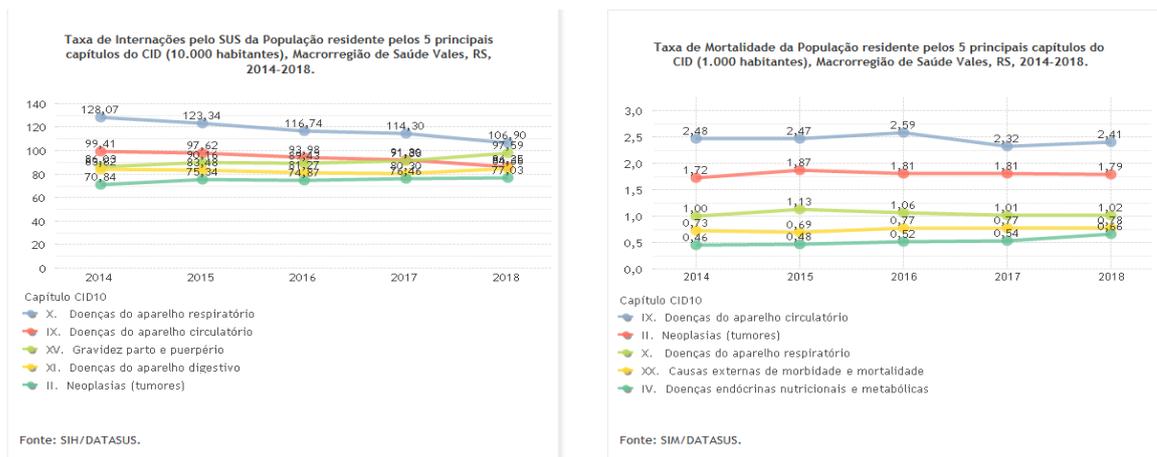
(RS 30), 93,9. Já a RS 27 obteve a menor taxa de cobertura no critério apresentado, em 2017, percentual de 82,5.

II IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO, DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E DA CAPACIDADE INSTALADA

2.1 Perfil de Morbimortalidade

A taxa de internações pelo SUS da população residente pelos 5 principais capítulos do CID (10.000 habitantes), período 2014-2018, na Macrorregional Vales (Gráfico 10), apresenta uma queda na taxa de internações das doenças do aparelho respiratório, ou seja, a taxa de 128,07 ocorrências em 2014 passou para 106,90 em 2018. Quanto às doenças do aparelho circulatório foram 99,41 ocorrências em 2014 e 84,25 em 2018. As taxas de neoplasias (tumores) e de gravidez parto e puerpério aumentaram no período considerado, sendo que em 2018, apresentaram taxas de 97,59 e 77,03, respectivamente.

Gráfico 10: Taxa de internações e de mortalidade da população residente pelos 5 principais capítulos do CID



As taxas de mortalidade da população residente pelos 5 principais capítulos do CID (1.000 habitantes), período 2014-2018, na Macrorregião (Gráfico 10), mantiveram-se estáveis no período. As doenças endócrinas nutricionais e metabólicas apresentaram o maior aumento, comparadas as demais doenças, taxa de 0,46 em 2014 para 0,66 em 2018. Já as taxas de mortalidade das doenças do

aparelho circulatório, respiratório, neoplasias (tumores) e causas externas de morbidade e mortalidade não apresentaram diferenças acentuadas no período, permanecendo estáveis.

Na Macrorregional Vales, as 5 principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos CID (%) (Figura 07), no ano de 2018, apresentou as situações relacionadas a gravidez parto e puerpério com percentual de 50,4, no grupo de 20 a 29 anos de idade; doenças do aparelho respiratório 43,6% em idade de 1 a 9 anos e algumas afecções originadas no período perinatal em menores de um ano, 43,4%. Já entre as maiores causas de internações nas faixas de 10 a 19 e 30 a 49 anos corresponde a gravidez, parto e puerpério com percentuais de 31,2 e 22,3. Nas faixas de idade dos 50-59; 60-79 e 80 anos ou mais, as principais causas de internação são as neoplasias (tumores) 17,5%; as doenças do aparelho circulatório, 19,7%; doenças do aparelho respiratório 27,2%, respectivamente.

Figura 07: 5 principais causas de internações e de mortalidade da população por grupo etário e capítulos CID (%)

5 principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Vales, RS, 2018.						5 principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID (%), Macrorregião de Saúde Vales, RS, 2018.					
	1º	2º	3º	4º	5º		1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (43,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (29,3%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,3%)	XVII. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas (4,6%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (3,4%)	Menor de 1 ano	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (65,4%)	XVII. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas (28,8%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (1,9%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (1,0%)	VI. Doenças do sistema nervoso (1,0%)
01-09	X. Doenças do aparelho respiratório (43,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,3%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (10,8%)	XIX. Lesões envenenamento e algumas causas externas (8,2%)	II. Neoplasias (tumores) (4,0%)	01-09	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (42,9%)	XVII. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas (17,9%)	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (10,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (7,1%)	II. Neoplasias (tumores) (7,1%)
10-19	XV. Gravidez parto e puerpério (31,2%)	XIX. Lesões envenenamento e algumas causas externas (12,3%)	X. Doenças do aparelho respiratório (10,4%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (10,3%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (9,4%)	10-19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (68,1%)	II. Neoplasias (tumores) (13,0%)	IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (4,3%)	VI. Doenças do sistema nervoso (4,3%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (2,9%)
20-29	XV. Gravidez parto e puerpério (50,4%)	XIX. Lesões envenenamento e algumas causas externas (9,9%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (9,4%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (7,8%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (5,2%)	20-29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (67,8%)	II. Neoplasias (tumores) (7,6%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (6,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (4,1%)	X. Doenças do aparelho respiratório (2,3%)
30-49	XV. Gravidez parto e puerpério (22,3%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (13,4%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (11,4%)	XIX. Lesões envenenamento e algumas causas externas (9,6%)	II. Neoplasias (tumores) (8,5%)	30-49	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (35,5%)	II. Neoplasias (tumores) (17,8%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (15,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (8,4%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (5,2%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (17,5%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (15,3%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (15,2%)	X. Doenças do aparelho respiratório (9,7%)	XIX. Lesões envenenamento e algumas causas externas (8,5%)	50-59	II. Neoplasias (tumores) (32,7%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (24,0%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (9,7%)	X. Doenças do aparelho respiratório (8,4%)	IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (6,0%)
60-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (19,7%)	X. Doenças do aparelho respiratório (17,6%)	II. Neoplasias (tumores) (16,5%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (12,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (6,0%)	60-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (28,9%)	II. Neoplasias (tumores) (27,1%)	X. Doenças do aparelho respiratório (12,9%)	IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (9,6%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (5,1%)
80+	X. Doenças do aparelho respiratório (27,2%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (20,1%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,7%)	II. Neoplasias (tumores) (7,3%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (7,2%)	80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (35,2%)	X. Doenças do aparelho respiratório (15,1%)	II. Neoplasias (tumores) (13,4%)	VI. Doenças do sistema nervoso (10,0%)	IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,9%)

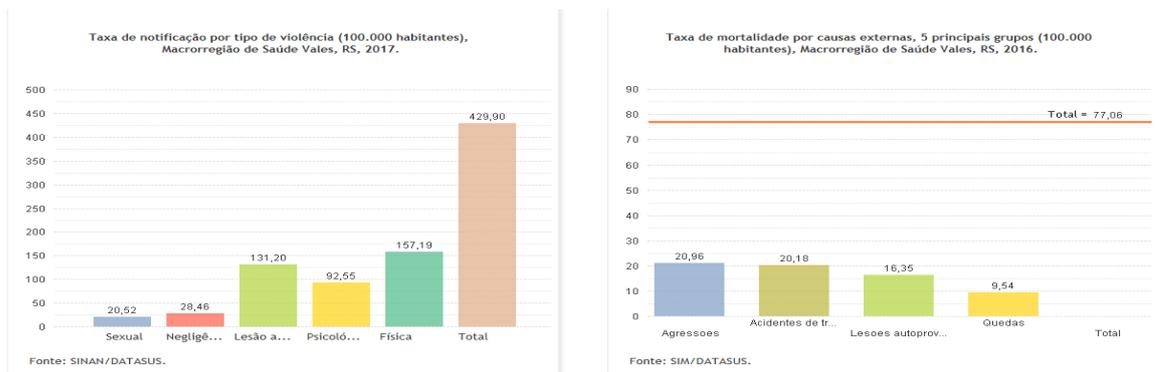
Fonte: SIH/DATASUS.

Fonte: SIM/DATASUS.

Entre as 5 principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos CID (%), Figura 07, no ano de 2018 “algumas afec. originadas no período perinatal” apresentou o percentual de 65,4, no grupo de menores de um ano. Já entre as maiores causas de mortalidade nas faixas de 01 a 09; 10 a 19; 20 a 29 e 30 a 49 anos corresponde às causas externas de morbidade e mortalidade com percentuais de 42,9; 68,1; 67,8 e 35,5, respectivamente. Na faixa de idade de 50 a 59 anos a principal causa de mortalidade corresponde às neoplasias (tumores), 32,7%. Já as doenças do aparelho circulatório apresentam os maiores percentuais nas faixas de idade 60-79 anos, 28,9% e 80 ou mais, 35,2%.

A taxa de notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), na Macrorregião, no ano de 2017 (Gráfico 11), apresentou um total de 429,90 notificações. Entre os tipos de violência que apresentaram as maiores taxas estão a física, 157,19; lesão autoprovocada 131,20 e psicológica 92,55.

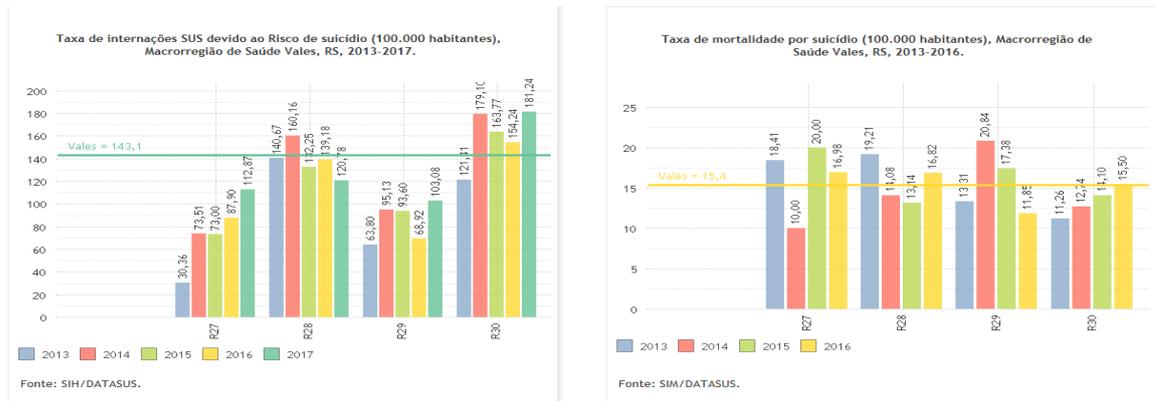
Gráfico 11: Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 habitantes) e de mortalidade por causas externas.



Quanto a taxa de mortalidade por causas externas, 5 principais grupos (100.000 habitantes), no ano de 2016 (Gráfico 11), observa-se que entre os maiores registros estão as agressões, os acidentes de trabalho e as lesões autoprovocadas com 20,96; 20,19 e 16,35, respectivamente.

A taxa de internações SUS devido ao risco de suicídio (100.000 habitantes), no período de 2013 a 2017, Gráfico 12, apresentou taxa de 143,1 na Macrorregião Vales, no ano de 2017. A Região de Saúde 30 apresentou a taxa de aproximadamente 181,24, no mesmo ano, a mais alta da Macrorregional e entre todos os anos do período. A RS que apresentou a taxa mais baixa foi a 29 – Vales e Montanhas, 103,08.

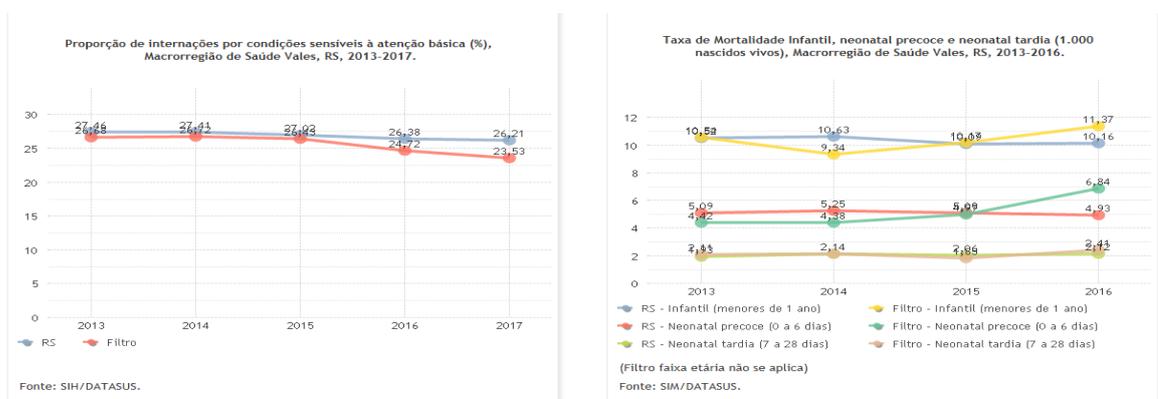
Gráfico 12: Taxa de internações SUS devido ao risco de suicídio e de mortalidade por suicídio por suicídio.



A taxa de mortalidade por suicídio (100.000 habitantes), no período de 2013 a 2016, na Macrorregional, Gráfico 12, apresentou taxa de 15,4, no ano de 2016. A RS 27 com taxa de aproximadamente 16,98 foi a mais alta entre as Regiões de Saúde. Já a Região de Saúde 29 apresentou a menor taxa no referido ano, 11,85.

A proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (%), período de 2013 a 2017 (Gráfico 13), apresentou no Rio Grande do Sul o percentual de 26,21, no ano de 2017. Na Macro Vales, no mesmo ano, a taxa correspondeu a 23,53%. Verificou-se que no período de 2013 a 2017 houve uma redução na proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica na Macrorregião de Saúde, fato relevante comparado às taxas do Rio Grande do Sul.

Gráfico 13: Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica e taxa de mortalidade infantil e neonatal

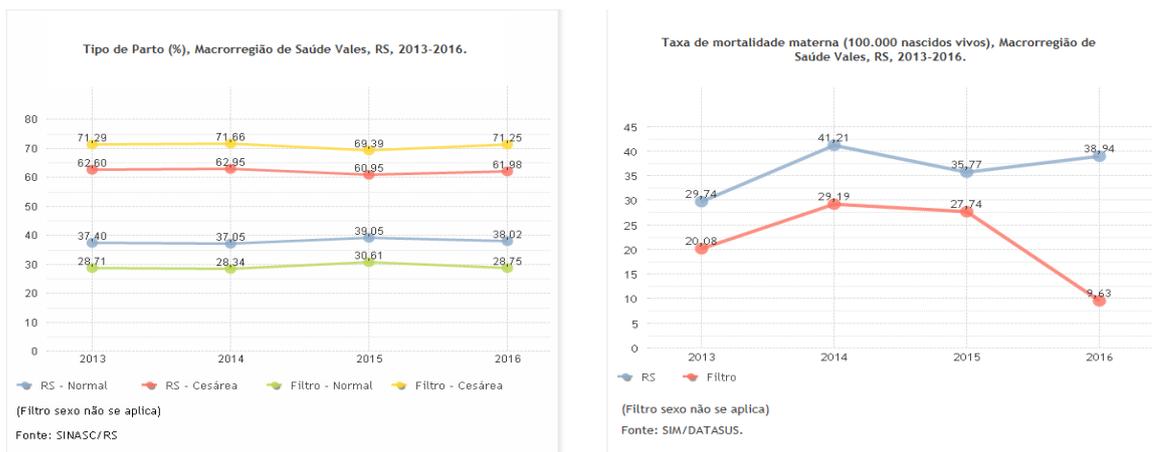


Quanto à taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), na Macrorregional, período de 2013 a 2016 (Gráfico 13), observou-se no período considerado, números semelhantes aos dados apresentados

pelo Rio Grande do Sul nos três grupos. No ano de 2016 as taxas de mortalidade foram 10,16 e 11,37 (menores de 1 ano); neonatal precoce (0 a 6 dias) com 4,93 e 6,84 e neonatal tardia (7 a 28 dias) 2,12 e 2,41, no estado do Rio Grande do Sul e Macrorregional Vales, respectivamente.

O tipo de parto (Gráfico 14), período de 2013 a 2016, apresentou a Macrorregional com percentuais acima dos apresentados pelo Rio Grande do Sul no parto cesárea. Observou-se que os registros permaneceram estáveis no período considerado. No ano de 2016 o percentual de parto cesárea foi 61,98% no Estado do Rio Grande do Sul. Na Macro Vales o percentual apresentado correspondeu a 71,25. Já os percentuais de parto normal, no período, mantiveram-se abaixo dos apresentados pelo Estado. No ano 2016, os percentuais de partos normais foram de 38,02% (Rio Grande do Sul) e 28,75% (Macro Vales).

Gráfico 14: Tipo de parto e taxa de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos)

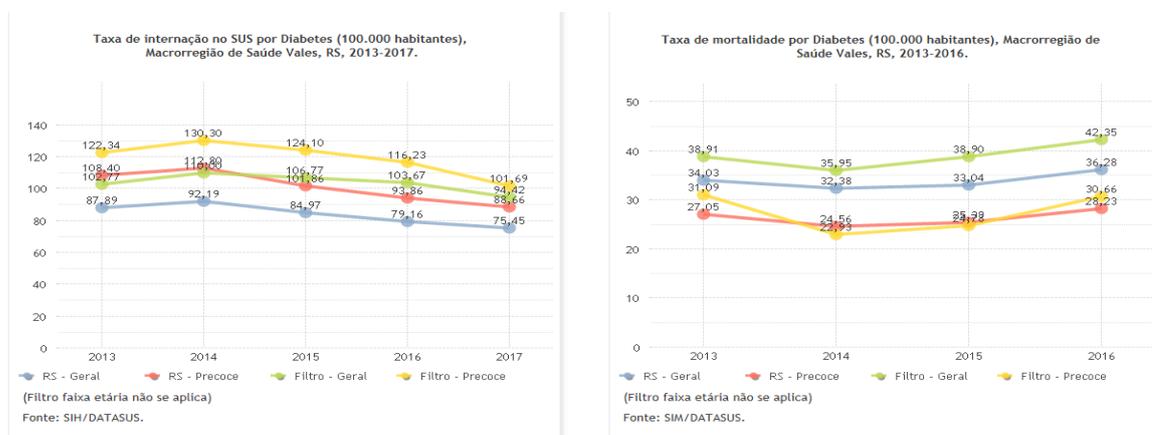


A taxa de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos) (Gráfico 14), período de 2013 a 2016, apresentou a Macrorregional com registro de queda nos anos de 2015 e 2016, ou seja, 27,74 e 9,63, respectivamente. No Rio Grande do Sul no ano de 2016 a taxa de mortalidade materna correspondeu a 38,94.

A taxa de internação no SUS por Diabetes (Gráfico 15), período de 2013 a 2017, apresentou a Macrorregional com número levemente acima do apresentado pelo Rio Grande do Sul considerando o Diabetes Geral. Os registros apresentaram queda no período considerado (2013 a 2017). Observou-se que no ano de 2017 o registro foi 75,45 no estado do Rio Grande do Sul e 94,42, na Macro Vales. As taxas de Diabetes Precoce da Macro mantiveram-se acima das apresentadas pelo Estado

no período de 2013 a 2017. Os registros apresentaram queda no período considerado. Observou-se que no ano de 2017 a taxa foi 88,66 no estado do Rio Grande do Sul e 101,69 na Macrorregional.

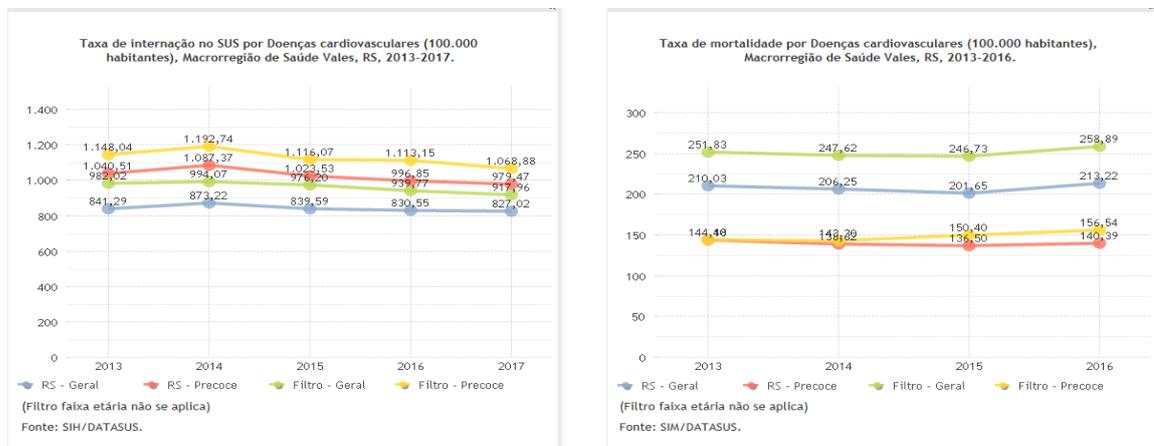
Gráfico 15: Taxa de internação e taxa de mortalidade por diabetes.



A taxa de mortalidade por Diabetes (Gráfico 15), período de 2013 a 2016, apresentou a Macrorregional com registros acima do apresentado pelo Rio Grande do Sul considerando o Diabetes Geral. Também, as taxas foram aumentando com o passar dos anos. Observou-se que no ano de 2016 a taxa foi 36,28 no estado do Rio Grande do Sul e 42,35, na Macro Vales. Quanto às taxas de mortalidade por Diabetes Precoce (100.000 habitantes), tanto no Rio Grande do Sul quanto na Macro, apresentaram aumento entre 2014 e 2016. Observou-se que no ano de 2016 a taxa foi 28,23 no estado do Rio Grande do Sul e 30,66 na Macrorregião.

Em relação a taxa de internação no SUS por doenças cardiovasculares (100.000), período de 2013 a 2017 (Gráfico 16), verificou-se que, a contar de 2014, ocorreu uma queda nos indicadores tanto do Estado quanto da Macrorregional. No ano de 2017 nas duas taxas – geral e precoce – os números da Macro foram mais elevados que os do Estado, ou seja, taxa de 917,96 e 1.068,88, respectivamente. As taxas do Estado em 2017 considerando os indicadores geral e precoce correspondem a 827,02 e 979,47, internações no SUS por doenças cardiovasculares (100.000 habitantes).

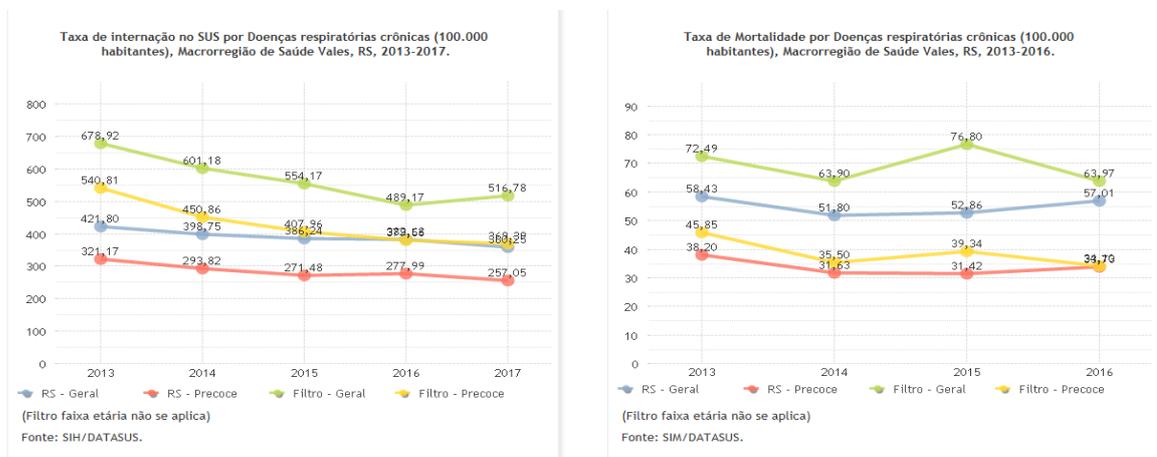
Gráfico 16: Taxa de internação e de mortalidade por doenças cardiovasculares (100.000 habitantes)



Quanto à taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares (100.000 habitantes), no período de 2013 a 2016 (Gráfico 16), comparando os números do Estado e da Macrorregional, verificou-se que os números da Macro foram superiores. Em 2016, em relação as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares pelo critério “geral” o Estado apresentou 213,22 de taxa, já a Macro Vales obteve 258,89. Quanto ao critério “precoce” a taxa da Macro foi de 156,54, enquanto a Estadual correspondeu a 140,39.

A taxa de internação por doenças respiratórias crônicas (100.000 habitantes) (Gráfico 17), período de 2013 a 2017, apresentou os números em queda, com exceção do Filtro-Geral na Macro, no ano de 2017, em que houve um aumento de taxa 489,17, em 2016 para 516,78, em 2017. No ano de 2017 o registro de taxa “Geral” foi de aproximadamente 360,25 no estado do Rio Grande do Sul. As taxas de internação Precoce na Macro e no RS registraram queda no período de 2013 a 2017. Observou-se que no ano de 2017 as taxas foram de 257,05 no estado do Rio Grande do Sul e, aproximadamente, 369,39 na Macro Vales.

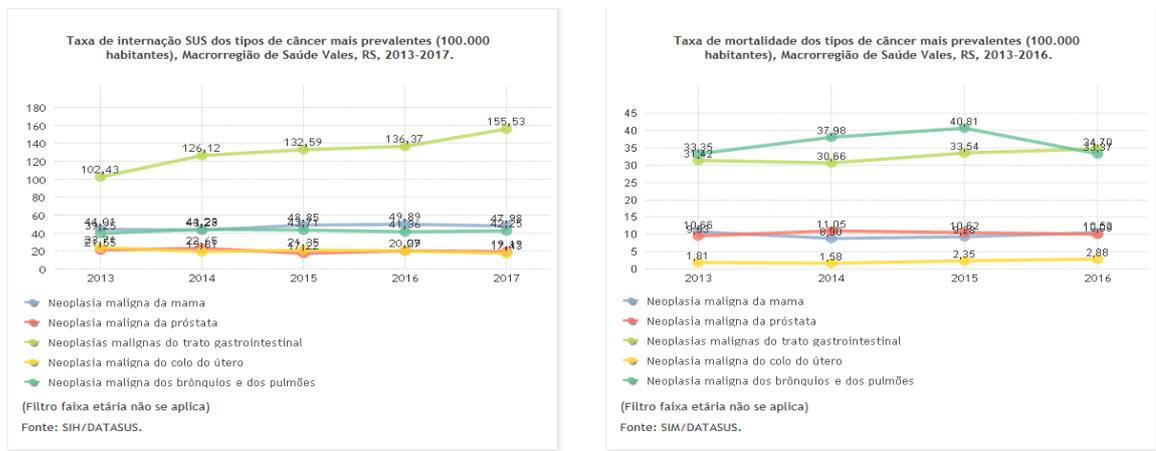
Gráfico 17: Taxa de internação e de mortalidade por doenças respiratórias crônicas



A taxa de mortalidade por doenças respiratórias crônicas 2013-2016 (Gráfico 17), período de 2013 a 2016, apresentou a Macro Vales com registros acima do apresentado pelo Rio Grande do Sul considerando a mortalidade por doenças respiratórias crônicas “Geral”. No ano de 2016 a taxa foi 57,01 no estado do Rio Grande do Sul e 63,97 na Macro. Quanto às taxas de mortalidade por doenças respiratórias crônicas “Precoce” da Macrorregional Vales e do estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2016, ambas permaneceram próximas a taxa 34.

A taxa de internação por tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes) (Gráfico 18), período de 2013 a 2017, apresentou a Macrorregional com números em elevação, considerando as neoplasias malignas do trato gastrointestinal. Nos anos de 2013 e 2017 os registros foram de 102,43 e 155,53, respectivamente. As demais neoplasias mantiveram-se estáveis no período.

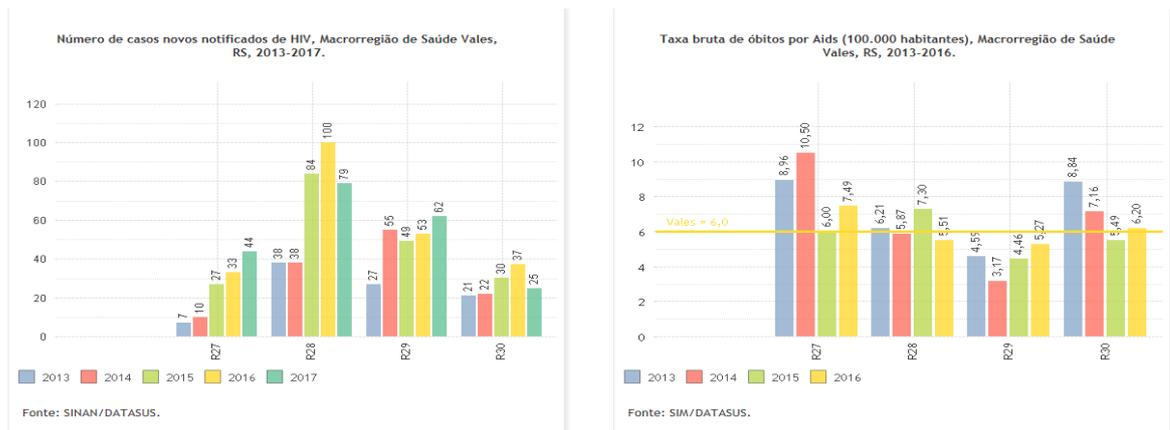
Gráfico 18: Taxa de internação e de mortalidade por tipos de câncer mais prevalentes



Quanto às taxas de mortalidade por tipos de câncer mais prevalentes (Gráfico 18), no período de 2013 a 2016, as neoplasias malignas dos brônquios e dos pulmões registram queda nos números, ou seja, 40,81 em 2015 para 33,37, em 2016. A neoplasia maligna do trato gastrointestinal apresentou leve aumento 33,54 para 34,70, nos anos de 2015 e 2016, respectivamente. Quantos às neoplasias malignas da mama, da próstata e do colo do útero, mantiveram-se estáveis no período considerado.

Sobre os casos novos notificados de HIV no período de 2013 a 2017 (Gráfico 19), a Região de Saúde 28 apresentou os maiores números em relação as demais RS da Macrorregional Vales. Nos anos de 2015 a 2017 os números apresentados foram os seguintes: 84, 100 e 79, respectivamente. No ano de 2017 as Regiões de Saúde 30 e 27 apresentaram os menores números de casos novos notificados de HIV, ou seja, 25 e 44 casos, respectivamente.

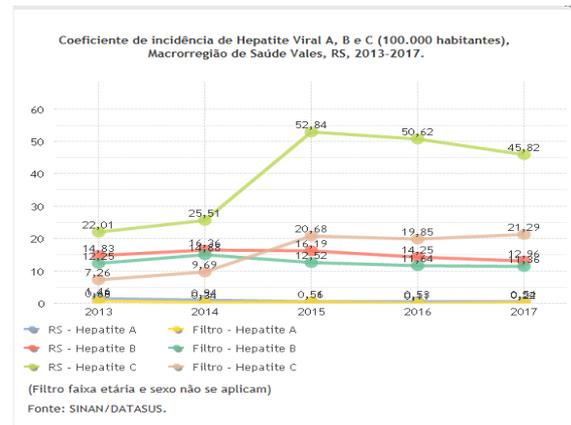
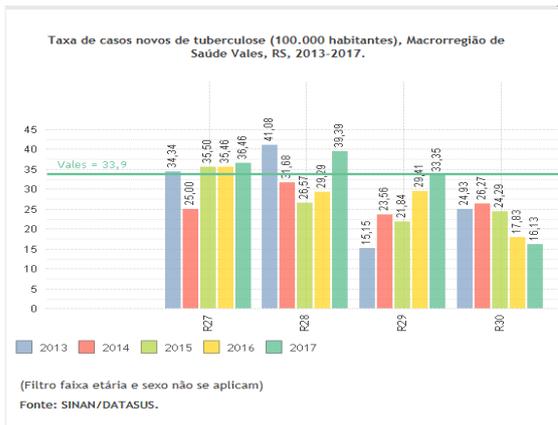
Gráfico 19: Casos novos notificados de HIV e taxa bruta de óbitos por Aids



Quanto à taxa bruta de óbitos por AIDS (100.000 habitantes), de 2013 a 2016 (Gráfico 19), a média da Macrorregional foi de 6,0. A RS com a maior taxa, em 2016, foi a Região de Saúde 27 com 7,49. Acrescenta-se que no mesmo ano a menor taxa bruta de óbitos ocorreu na RS 29, taxa de 5,27.

A taxa de casos novos de tuberculose (100.000 habitantes) (Gráfico 20), apresentou uma média de 33,9, considerando o ano de 2017. A RS 28 apresentou a maior taxa no mesmo ano, ou seja, 39,99. Ainda em 2017, a Região de Saúde 30 obteve 16,13, a menor taxa da Macrorregional Vales.

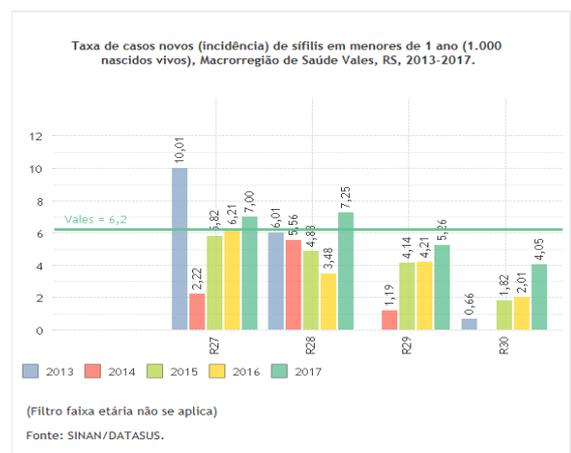
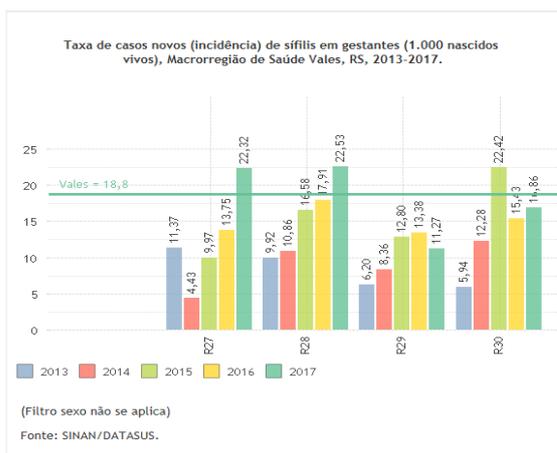
Gráfico 20: Casos novos de tuberculose e incidências de Hepatite Viral A, B e C



Quanto ao coeficiente de incidência de hepatite viral A, B e C (100.000) (Gráfico 20), considerando o ano de 2017, verificou que o maior coeficiente 45,82 corresponde a Hepatite C, no Rio Grande do Sul. Na Macrorregional Vales o referido coeficiente foi de 21,29, no mesmo ano. Na Macrorregional, com exceção da Hepatite C que aumentou, as Hepatites Virais A e B permaneceram estáveis.

A taxa de casos novos (incidência) de sífilis em gestantes (1.000 nascidos vivos), período 2013 a 2017 (Gráfico 21), apresenta a média de 18,8 na Macrorregional Vales. No período considerado a maior taxa ocorreu no ano de 2017, na RS 28, taxa de 22,53. Ainda no ano de 2017 a menor taxa de casos novos foi registrada na Região de Saúde 29, ou seja, 11,27.

Gráfico 21: Casos novos (incidência) de sífilis em gestantes e em menores de 1 ano.



Em relação a taxa de casos novos (incidência) de sífilis em menores de 1 ano (1.000 nascidos vivos), período 2013 a 2017, na Macro Vales (Gráfico 21), a média no ano de 2017 correspondeu a 6,2. A maior incidência no ano de 2017 ocorreu na RS 28, taxa de 7,25. No mesmo ano a menor taxa foi 4,05, na Região de Saúde 30.

A seguir as Figuras 08 a 10 apresentam os Determinantes/condicionantes e morbididades – **Atenção Primária** na Macrorregional Vales.

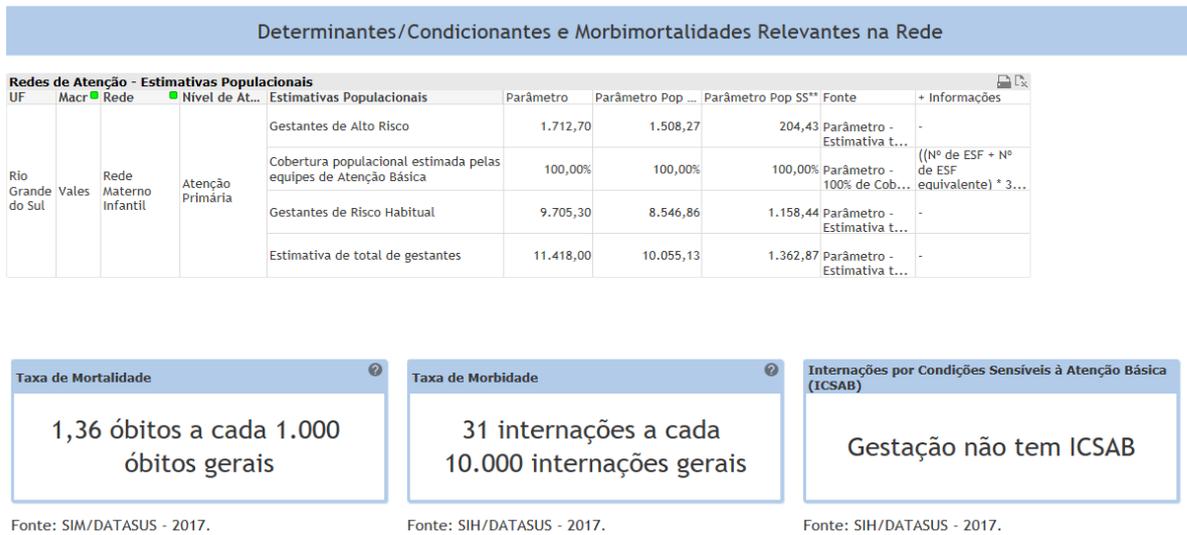
A Figura 08: Determinantes/condicionantes e morbididades – Diabetes Mellitus – Atenção Primária apresenta as taxas de mortalidade, morbidade e internações. Na rede de atenção às doenças e condições crônicas – atenção primária, diabetes mellitus, correspondem a 54,63 óbitos a cada 1.000 óbitos gerais, 126 internações a cada 10.000 internações gerais e 2,37% do total de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).

Figura 08: Determinantes/condicionantes e morbimortalidades – Diabetes Mellitus – Atenção Primária.



A Figura 09: Determinantes/condicionantes e morbimortalidades – gestação pré-natal – Atenção Primária apresenta a cobertura estimada pelas equipes de atenção básica. As taxas de mortalidade, morbidade e internações, na rede materno infantil – Atenção Primária, gestação pré-natal, correspondem a 1,36 óbitos a cada 1.000 óbitos gerais, 31 (trinta e uma) internações a cada 10.000 internações gerais e não verificou-se nenhuma internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).

Figura 09: Determinantes/condicionantes e morbimortalidades – gestação pré-natal – Atenção Primária



A Figura 10 apresenta a cobertura estimada pelas equipes de atenção básica. As taxas de mortalidade, morbidade e internações, na rede de atenção às doenças crônicas e condições crônicas – Atenção Primária, hipertensão arterial sistêmica, correspondem a 23,72 óbitos a cada 1.000 óbitos gerais, 26 internações a cada 10.000 internações gerais e 0,75% do total de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).

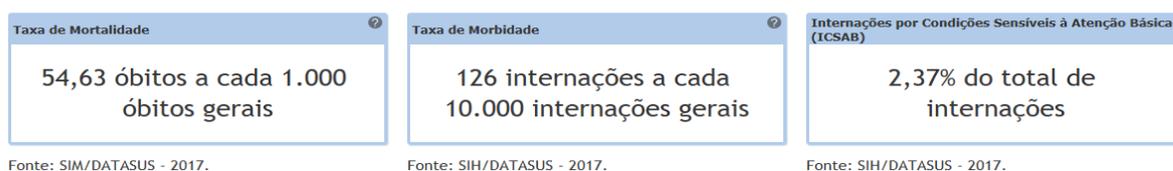
Figura 10: Determinantes/condicionantes e morbimortalidades – hipertensão arterial sistêmica – Atenção Primária



Nas Figuras 11 a 16, da **Atenção Secundária** a seguir, Macrorregional Vales, visualizam-se os parâmetros de consulta por especialidade, onde estão listadas as especialidades e exames que devem ser ofertados para cada usuário de uma condição estratificada em alto e muito alto risco. Ressalta-se que o parâmetro especializado da RAS foi definido com base na população da condição escolhida.

A Figura 11 apresenta as taxas de mortalidade, morbidade e internações, na rede de atenção às doenças crônicas e condições crônicas – Atenção Secundária, Diabetes Mellitus. A taxa de mortalidade corresponde a 54,63 óbitos a cada 1.000 óbitos gerais, 126 internações a cada 10.000 internações gerais e 2,37% do total de Internações por condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)

Figura 11: Taxas de mortalidade, morbidade e internações – Diabetes Mellitus – Atenção Secundária



A Figura 12 apresenta as Necessidades de Ações e Serviços da População na Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, nível de atenção: Atenção Secundária.

Figura 12: Necessidades de Ações e Serviços da População – Diabetes Mellitus – Atenção Secundária

Necessidades de Ações e Serviços da População na Linha de Cuidado										
Redes de Atenção				Ações e Serviços	Parâmetro	Parâmetro Pop SUS Exclusivo*	Parâmetro Pop SS**	Executado	Fonte	+ Informações
UF	Macr Rede	Rede	Nível de Atenção							
Rio Grande do Sul	Vales	Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas	Atenção Secundária	Consulta de endocrinologista para diabéticos de alto e muito alto risco	29.421,82	25.994,40	3.427,42	DI	Parâmetro - População S...	2 consultas por pessoa com diabetes classifi...
				Teste ergométrico	543,94	481,85	62,09	1.263	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				04.05.03.004-5 - Fotocoagulação a laser	10.297,64	9.098,04	1.199,60	36	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.05.009-2 - Dosagem de microalbumina na urina	49.036,37	43.324,00	5.712,37	4.467	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina	66.199,10	58.487,39	7.711,70	147.917	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.01.047-3 - Dosagem de glicose	63.747,28	56.321,19	7.426,08	176.142	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.01.050-3 - Dosagem de hemoglobina glicosilada	127.494,56	112.642,39	14.852,17	23.435	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.11.06.010-0 - Fundoscopia	49.036,37	43.324,00	5.712,37	3.154	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.01.029-5 - Dosagem de colesterol total	44.132,73	38.991,60	5.141,13	127.779	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	44.132,73	38.991,60	5.141,13	93.639	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.11.06.017-8 - Retinografia colorida binocular	49.036,37	43.324,00	5.712,37	1.547	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	44.132,73	38.991,60	5.141,13	44.199	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	44.132,73	38.991,60	5.141,13	123.313	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...

DI - Dado Indisponível

NA - Não se aplica

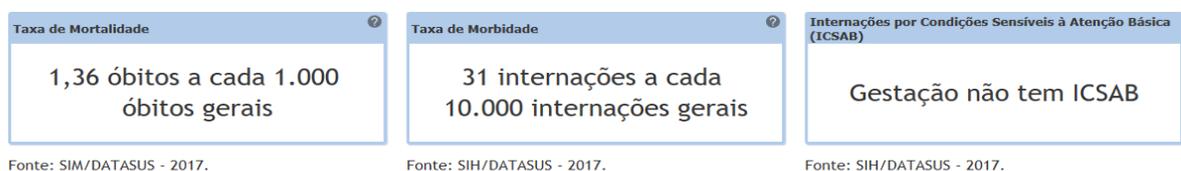
*** - Parâmetro calculado baseado na população atendida somente pelo SUS

**** Parâmetro Pop SS - Parâmetro calculado baseado na população com cobertura de plano de saúde suplementar Ambulatorial e Hospitalar.

FONTE: DATASUS - 2017

A Figura 13 apresenta as taxas de mortalidade, morbidade e internações, na rede materno infantil – Atenção Secundária, gestação pré-natal, correspondem a 1,36 óbitos a cada 1.000 óbitos gerais, 31 (trinta e uma) internações a cada 10.000 internações gerais e não verificou-se nenhuma internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), respectivamente.

Figura 13: Taxas de mortalidade, morbidade e internações – gestação pré-natal – Atenção Secundária



Fonte: SIM/DATASUS - 2017.

Fonte: SIH/DATASUS - 2017.

Fonte: SIH/DATASUS - 2017.

A Figura 14 apresenta as Necessidades de Ações e Serviços da População na Rede Materno Infantil, nível de Atenção Secundária, Macrorregião Vales.

Figura 14: Necessidades de Ações e Serviços da População – gestação pré-natal – Atenção Secundária

Necessidades de Ações e Serviços da População na Linha de Cuidado										
Redes de Atenção										
UF	Macr	Rede	Nível de Atenção	Ações e Serviços	Parâmetro	Parâmetro Pop SUS Exclusivo ¹	Parâmetro Pop SS ²	Executado	Fonte	+ Informações
Rio Grande do Sul	Vales	Rede Materno Infantil	Atenção Secundária	Fator RH	11.418,00	10.055,13	1.362,87	DI	Parâmetro - Estimativa t...	Período = 1ª Consulta
				ECG-Eletrocardiograma	513,81	452,48	61,33	DI	Parâmetro - Baseado na ...	-
				Teste Coombs indireto para RH negativo	22.836,00	20.110,26	2.725,74	DI	Parâmetro - Estimativa t...	2 Exames / Gestante - Quantitativo de...
				Consulta psicossocial	1.712,70	1.508,27	204,43	DI	Parâmetro - Baseado na ...	-
				Teste de tolerância à glicose	11.418,00	10.055,13	1.362,87	DI	Parâmetro - Estimativa t...	Entre 24ª e 28ª semana
				Teste rápido (TR) para detecção de HIV	34.254,00	30.165,39	4.088,61	DI	Parâmetro - Estimativa t...	3 exames por gestante - Resolução 251/...
				ABO	11.418,00	10.055,13	1.362,87	DI	Parâmetro - Estimativa t...	Período = 1ª Consulta
				Ultrassom obstétrico com Doppler	1.712,70	1.508,27	204,43	DI	Parâmetro - Baseado na ...	-
				Antibiograma	22.836,00	20.110,26	2.725,74	DI	Parâmetro - Estimativa t...	2 exames por gestante - Portaria Nº1631...
				Dosagem de ureia, creatinina e ácido úrico	1.712,70	1.508,27	204,43	DI	Parâmetro - Baseado na ...	-
				Toxoplasmose IgM	34.254,00	30.165,39	4.088,61	DI	Parâmetro - Estimativa t...	3 exames por gestante - Resolução 251/...
				Eletroforese de hemoglobina	11.418,00	10.055,13	1.362,87	DI	Parâmetro - Estimativa t...	Período = 1ª consulta
				Tococardiografia ante-parto	1.712,70	1.508,27	204,43	DI	Parâmetro - Baseado na ...	-
									Período = Quando	

DI - Dado Indisponível

NA - Não se aplica

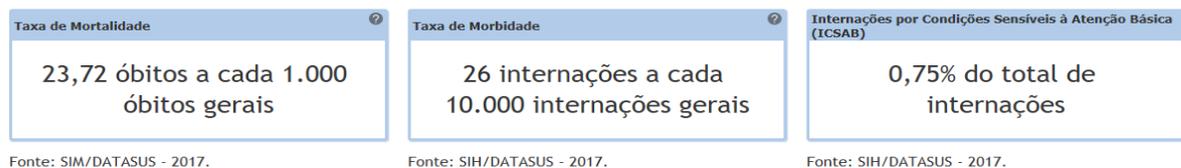
*** - Parâmetro calculado baseado na população atendida somente pelo SUS

**** Parâmetro Pop SS - Parâmetro calculado baseado na população com cobertura de plano de saúde suplementar Ambulatorial e Hospitalar.

FONTE: DATASUS - 2017

A Figura 15 apresenta as taxas de mortalidade, morbidade e internações, na rede de atenção às doenças crônicas e condições crônicas – Atenção Secundária, hipertensão arterial sistêmica, correspondem a 23,72 óbitos a cada 1.000 óbitos gerais, 26 internações a cada 10.000 internações gerais e 0,75% do total de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), respectivamente.

Figura 15: Taxas de mortalidade, morbidade e internações – rede de atenção às doenças e condições crônicas – hipertensão arterial sistêmica – Atenção Secundária



A Figura 16 apresenta as Necessidades de Ações e Serviços da População na Rede de Atenção às Condições Crônicas, nível de Atenção Secundária, Macrorregião Vales.

Figura 16: Necessidades de Ações Serviços da População na rede atenção às doenças e condições crônicas – hipertensão arterial sistêmica – Atenção Secundária

Necessidades de Ações e Serviços da População na Linha de Cuidado										
Redes de Atenção										
UF	Macr	Rede	Nível de Atenção	Ações e Serviços	Parâmetro	Parâmetro Pop SUS Exclusivo*	Parâmetro Pop SS**	Executado	Fonte	+ Informações
Rio Grande do Sul	Vales	Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas	Atenção Secundária	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	152.083,81	134.367,18	17.716,63	93.639	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.01.029-5 - Dosagem de colesterol total	152.083,81	134.367,18	17.716,63	127.779	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina	152.083,81	134.367,18	17.716,63	147.917	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				Consulta Médica Endocrinologia	2.266,43	2.007,71	258,72	0	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				Consulta Médica Cardiologia	54.394,44	48.185,10	6.209,34	15	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.05.001-7 - Análise de caract. físicos, elementos e sedimento da urina	152.083,81	134.367,18	17.716,63	147.710	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	152.083,81	134.367,18	17.716,63	123.313	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.01.047-3 - Dosagem de glicose	152.083,81	134.367,18	17.716,63	176.142	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.01.060-0 - Dosagem de potássio	152.083,81	134.367,18	17.716,63	35.009	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.11.06.010-0 - Fundoscopia	152.083,81	134.367,18	17.716,63	3.154	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma	152.083,81	134.367,18	17.716,63	40.325	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	152.083,81	134.367,18	17.716,63	44.199	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...
				Consulta Médica Nefrologia	14.505,18	12.849,36	1.655,82	6	Parâmetro - População S...	Parâmetro calculado e quantitativo ex...

DI - Dado Indisponível

NA - Não se aplica

*** - Parâmetro calculado baseado na população atendida somente pelo SUS

**** Parâmetro Pop SS - Parâmetro calculado baseado na população com cobertura de plano de saúde suplementar Ambulatorial e Hospitalar.

FONTE: DATASUS – 2017

Com relação à **Atenção Terciária**, Figuras 17 a 22, tendo em vista que não há parâmetros esperados para os desfechos clínicos que possam ocorrer em cada condição de saúde, elencou-se os quantitativos executados das internações pelos capítulos CID, bem como alguns procedimentos cirúrgicos que reflitam as complicações crônicas de HAS e DM, constantes no SIGTAP. Para a condição gestação, foram elencados os parâmetros de leitos obstétricos, UTI e UCI.

A Figura 17 apresenta as taxas de mortalidade, morbidade e internações, na rede de atenção às doenças crônicas e condições crônicas – atenção terciária, Diabetes Mellitus, correspondem a 55,36 óbitos a cada 1.000 óbitos gerais, 140 internações a cada 10.000 internações gerais e 2,57% do total de internações (ICSAB), respectivamente.

Figura 17: Taxas de mortalidade, morbidade e internações – rede de atenção às doenças e condições crônicas – Diabetes Mellitus - Atenção Terciária



A Figura 18 apresenta as Necessidades de Ações e Serviços da População na Rede de Atenção às Condições Crônicas, nível de Atenção Terciária, Macrorregião Vales.

Figura 18: Necessidades de Ações e Serviços da População - Diabetes Mellitus

Necessidades de Ações e Serviços da População na Linha de Cuidado										
Redes de Atenção				Ações e Serviços	Parâmetro	Parâmetro Pop SUS Exclusivo*	Parâmetro Pop SS**	Executado	Fonte	+ Informações
UF	Macr o	Rede	Nível de Atenção							
Rio Grande do Sul	Vales	Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas	Atenção Terciária	Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades (c/ stent nao recoberto)	DI	DI	DI	1	Executado - Sistema de I...	-
				Revascularizacão por ponte / tromboendarterectomia de outras artérias distais	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia coronariana c/ implante de dois stents	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia coronariana primária	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia coronariana	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia coronariana c/ implante de stent	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Revascularizacão por ponte / tromboendarterectomia femuro-poplitea distal	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia em enxerto coronariano (c/ implante de stent)	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Amputação / Desarticulação de membros inferiores	DI	DI	DI	17	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia com implante de duplo stent em aorta/arteria pulmonar e ramos	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia intraluminal de vasos do pescoco / troncos supra-aorticos (sem stent)	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia em enxerto coronariano	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades (sem stent)	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Amputação / desarticulação de pé e						

DI - Dado Indisponível
 NA - Não se aplica
 *** - Parâmetro calculado baseado na população atendida somente pelo SUS
 **** Parâmetro Pop SS - Parâmetro calculado baseado na população com cobertura de plano de saúde suplementar Ambulatorial e Hospitalar.

FONTE: DATASUS – 2017

A Figura 19 apresenta as taxas de mortalidade, morbidade e internações, na rede de atenção às doenças crônicas e condições crônicas – atenção terciária, gestação pré-natal, correspondem a 1,36 óbitos a cada 1.000 óbitos gerais, 31 internações a cada 10.000 internações gerais e não verificou-se nenhuma internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), respectivamente.

Figura 19: Taxas de mortalidade, morbidade e internações – rede de atenção às doenças e condições crônicas – Gestação Pré-natal – Atenção Terciária



A Figura 20 apresenta as Necessidades de Ações e Serviços da População na Rede Materno Infantil, nível de Atenção Terciária, Macrorregião Vales.

Figura 20: Necessidades de Ações e Serviços da População – Gestação Pré-natal

Necessidades de Ações e Serviços da População na Linha de Cuidado										
Redes de Atenção				Ações e Serviços	Parâmetro	Parâmetro Pop SUS Exclusivo*	Parâmetro Pop SS**	Executado	Fonte	+ Informações
UF	Macr o	Rede	Nível de Atenção							
Rio Grande do Sul	Vales	Rede Materno Infantil	Atenção Terciária	UCI neonatal	20,58	18,10	2,48	10	Parâmetro - 02 leitos para c...	Na coluna Executado
				UTI adulto	1,35	1,19	0,16	66	Parâmetro - 15 do total de l...	Ocorrência o va...
				UTI neonatal	20,58	18,10	2,48	35	0 608/13, 672/14 CIB/...	Na coluna Executado
				Leitos obstétricos	135,18	119,05	16,14	314	Parâmetro - (Gestantes E...	Ocorrência o va...
				Leito canguru	10,29	9,05	1,24	11	0 608/13, 672/14 CIB/...	Na coluna Executado
				Leitos obstétricos(GAR)	20,28	17,86	2,42	DI	Parâmetro - 15% do total ...	-

DI - Dado Indisponível

NA - Não se aplica

*** - Parâmetro calculado baseado na população atendida somente pelo SUS

**** Parâmetro Pop SS - Parâmetro calculado baseado na população com cobertura de plano de saúde suplementar Ambulatorial e Hospitalar.

FONTE: DATASUS – 2017

As Figuras 21 e 22 apresentam a cobertura estimada pelas equipes de atenção básica de 100%. As taxas de mortalidade, morbidade e internações, na rede de atenção às doenças crônicas e condições crônicas – atenção terciária, hipertensão arterial sistêmica, correspondem a 23,49 óbitos a cada 1.000 óbitos gerais, 27 internações a cada 10.000 internações gerais e 0,76% do total de internações.

Figura 21: Taxas de mortalidade, morbidade e internações – rede de atenção às doenças e condições crônicas – Hipertensão Arterial Sistêmica – Atenção Terciária



A Figura 22 apresenta as Necessidades de Ações e Serviços da População na Rede de Atenção às Doenças Crônicas, Nível de Atenção Terciário, Macrorregião Vales.

Figura 22: Necessidades de Ações e Serviços da População – Hipertensão Arterial Sistêmica

Necessidades de Ações e Serviços da População na Linha de Cuidado										
Redes de Atenção				Ações e Serviços	Parâmetro	Parâmetro Pop SUS Exclusivo*	Parâmetro Pop SS**	Executado	Fonte	+ Informações
UF	Macr o	Rede	Nível de Atenção							
Rio Grande do Sul	Vales	Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas	Atenção Terciária	Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades (c/ stent nao recoberto)	DI	DI	DI	40	Executado - Sistema de I...	-
				Revascularizacao por ponte / tromboendarterectomia de outras arterias distais	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia coronariana c/ implante de dois stents	DI	DI	DI	136	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia coronariana primária	DI	DI	DI	97	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia coronariana	DI	DI	DI	39	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia coronariana c/ implante de stent	DI	DI	DI	408	Executado - Sistema de I...	-
				Revascularizacao por ponte / tromboendarterectomia femuro-poplitea distal	DI	DI	DI	5	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia em enxerto coronariano (c/ implante de stent)	DI	DI	DI	2	Executado - Sistema de I...	-
				Amputação / Desarticulação de membros inferiores	DI	DI	DI	33	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia com implante de duplo stent em aorta/arteria pulmonar e ramos	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia intraluminal de vasos do pescoco / troncos supra-aorticos (sem stent)	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia em enxerto coronariano	DI	DI	DI	0	Executado - Sistema de I...	-
				Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades (sem stent)	DI	DI	DI	34	Executado - Sistema de I...	-
				Amputação / desarticulação de pé e

DI - Dado Indisponível
 NA - Não se aplica
 *** - Parâmetro calculado baseado na população atendida somente pelo SUS
 **** Parâmetro Pop SS - Parâmetro calculado baseado na população com cobertura de plano de saúde suplementar Ambulatorial e Hospitalar.

FONTE: SIH/DATASUS – 2017

2.2 Necessidades de Saúde

A próxima etapa do PRI corresponde à identificação das necessidades de saúde do território macrorregional. A priorização das necessidades será abordada na Seção III; 3.1.

2.2.1 REDE MATERNA – PATERNA - INFANTIL

REGIÃO DE SAÚDE	NÍVEL SECUNDÁRIO NECESSIDADES REGIÃO DE SAÚDE
RS 27	Implantação de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal na Região.
RS 28	Criação de uma referência regional para laqueaduras e vasectomias. Necessidade de referência para triagem auditiva neonatal, teste do coraçãozinho, teste da linguinha, teste de reflexo vermelho (teste do olhinho) e teste de triagem neonatal (teste do pezinho), com a realização de todos esses exames nas maternidades.
RS 29 e 30	Qualificação da Rede de Atenção Materna Paterna e Infantil com foco na atenção ao pré-natal, ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses. Qualificação da atenção hospitalar à gestação, à perda gestacional, ao parto, ao nascimento, ao pós parto e ao recém-nascido.

2.2.2 REDE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

REGIÃO DE SAÚDE	NÍVEL SECUNDÁRIO NECESSIDADES REGIÃO DE SAÚDE
RS 27	Implementação do cuidado farmacêutico conforme políticas públicas e perfil epidemiológico local priorizando pessoas idosas, insulino dependentes, asmáticas e portadoras de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e criar fluxos de referência e contrarreferência com a rede.
RS 28	Implantação do cuidado farmacêutico através da prestação de serviços da farmácia clínica
RS 29 e 30	Efetivação do processo de implantação e atuação das Comissões de Farmácia Terapêutica junto aos municípios da Região de Saúde. Qualificação da atuação do profissional Farmacêutico no desempenho das ações em saúde como foco no cuidado farmacêutico.

2.2.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS

REGIÃO DE SAÚDE	NÍVEL SECUNDÁRIO NECESSIDADES REGIÃO DE SAÚDE
RS 27	Ampliação de equipes interdisciplinares (nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico etc.).
RS 28	Inserção da gestão e a operacionalização das diretrizes da Política de Alimentação e Nutrição na composição do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, tendo assim, uma coordenação única comprometida com a articulação intersetorial, diminuindo o risco de pulverização e fragmentação das ações. Fornecimento de insumos adequados para os pacientes diabéticos e demais crônicos.
RS 29 e 30	Desenvolvimento de estratégias para a organização e implementação da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas na Macrorregional Vales.

2.2.4 REDE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

REGIÃO DE SAÚDE	NÍVEL SECUNDÁRIO NECESSIDADES REGIÃO DE SAÚDE
RS 27	Ampliação do acesso e qualificar a rede de atenção a saúde das pessoas com deficiência, melhorando o atendimento e diminuindo o tempo em fila de espera, tanto para primeiro acesso quanto para filas internas dos serviços de reabilitação.
RS 27 e 28	Habilitação do Centro Especializado em Reabilitação (CER) auditiva e intelectual.
RS 29 e 30	Qualificação do fluxo de encaminhamento em reabilitação auditiva, física e intelectual. Ampliação da oferta dos serviços em reabilitação auditiva.

2.2.5 REDE ATENÇÃO À EDUCAÇÃO EM SAÚDE

REGIÃO DE SAÚDE	NÍVEL SECUNDÁRIO NECESSIDADES REGIÃO DE SAÚDE
RS 27	Desenvolver ações de educação em saúde coletiva, ampliando e aprimorando a rede de educação em saúde de forma interdisciplinar, promovendo assim a qualificação dos profissionais nas diferentes áreas da saúde.
RS 28	<p>Construção de uma visão da Atenção à Educação em Saúde com o desenvolvimento do trabalho de forma intersetorial com as áreas que contribuem para a Saúde Coletiva como a Educação e Assistência Social, junto às demais Políticas e Programas de Saúde;</p> <p>Ampliação em 70% (setenta por cento) o número de municípios com NUMESC, naqueles municípios que ainda não os têm, e/ou ter uma pessoa responsável no município pela condução e planejamento do processo de Educação em Saúde no município;</p>
RS 29 e 30	Ampliação e aprimoramento da rede de atenção e educação em saúde.

2.2.6 REDE ATENÇÃO PRIMÁRIA

REGIÃO DE SAÚDE	NÍVEL SECUNDÁRIO NECESSIDADES REGIÃO DE SAÚDE
RS 27 e 28	Aumento do número de profissionais da rede que executam PICs nos municípios - Práticas Integrativas e Complementares.
RS 29 e 30	<p>Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.</p> <p>Ampliação da cobertura de Estratégia de Saúde da Família ESF e Equipe de Atenção Primária EAP.</p>

2.2.7 REDE VIGILÂNCIA

REGIÃO DE SAÚDE	NÍVEL SECUNDÁRIO NECESSIDADES REGIÃO DE SAÚDE
RS 27 e 28	Ampliação e qualificação de ações educativas de vigilância em saúde para profissionais de saúde, comunidade, bem como para todo o setor regulado (estabelecimentos sujeitos a fiscalização sanitária).
RS 29 e 30	Sanitária: Fortalecimento das ações em vigilância sanitária com foco na CIB 250.
	Ambiental: Fortalecimento das ações de controle ao Aedes (PEVCA Programa Estadual de Vigilância e Controle ao Aedes).
	Epidemiológica: Qualificação e fortalecimento das ações em vigilância epidemiológica visando a identificação oportuna de agravos de notificação compulsória. Qualificação das equipes para a notificação de negativas/positivas de paralisia flácida aguda, tétano, neonatal e doenças exantemáticas.
	Trabalhador: Fortalecimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador na área de abrangência.

2.2.8 REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

REGIÃO DE SAÚDE	NÍVEL SECUNDÁRIO NECESSIDADES REGIÃO DE SAÚDE
RS 27 e 28	Ampliação da cobertura de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e Emergência na Região.
RS 29 e 30	Qualificação da Rede de Urgências e Emergências no atendimento às demandas da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS.
	Consolidação do atendimento SAMU em todos os municípios pertencentes a Região de Saúde 29.

2.2.9 REDE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

REGIÃO DE SAÚDE	NÍVEL SECUNDÁRIO NECESSIDADES REGIÃO DE SAÚDE
RS 27	Implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos na região.
RS 28	Garantir acesso e qualificação do cuidado para pessoas em situação de rua que fazem uso de álcool e outras drogas, com o fortalecimento das ações matriciais na APS e Rede Intersetorial;
RS 29 e 30	Fortalecimento e qualificação das estratégias de cuidado em saúde mental na atenção primária em saúde.
	Construção de estratégias na rede de atenção psicossocial voltadas para a desinstitucionalização (serviço residencial terapêutico) e reabilitação psicossocial (oficinas de trabalho e renda).
	Fortalecimento de ações de atenção em saúde mental para transtornos mentais moderados (ambulatórios de saúde mental).
	NÍVEL TERCIÁRIO NECESSIDADES MACRORREGIÃO DE SAÚDE
	Estabelecimento e qualificação dos fluxos de acesso aos leitos de saúde mental e a RUE.

2.2.10 REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR

REGIÃO DE SAÚDE	NÍVEL SECUNDÁRIO NECESSIDADES REGIÃO DE SAÚDE
RS 27 e 28	Recomposição de teto para aumentar o número de atendimentos de Média e Alta complexidade como consultas/exames/procedimentos cirúrgicos nas diversas especialidades.
RS 29 e 30	Fortalecimento da instância regional de pactuação da assistência.
	Qualificação das redes de atenção à saúde conforme diagnóstico regional discutido em CIR.

2.3 Capacidade Instalada

Conforme apresentado na Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, e nas Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado (Brasil, 2018), a capacidade instalada apresenta relação direta à identificação das condições gerais presentes de saúde às demandas de saúde da população. O dimensionamento da capacidade instalada de produção de serviços constitui-se de um conjunto de informações que poderá subsidiar as diversas etapas do Planejamento Regional Integrado observando os critérios de infraestrutura, organização e produção de serviços no território macrorregional.

A Figura 23 apresenta a quantidade - segundo o Tipo de Estabelecimento - existente na Macrorregional Vales. O período apresentado corresponde a fevereiro de 2022. Os dados são do Ministério da Saúde, mais precisamente do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Figura 23: CNES – Estabelecimentos por tipo – Macrorregional Vales

DATASUS	
▶ CNES - ESTABELECIMENTOS POR TIPO - RIO GRANDE DO SUL	
Quantidade segundo Tipo de Estabelecimento	
Macrorregião de Saúde: 4308 VALES	
Período: Fev/2022	
Tipo de Estabelecimento	Quantidade
ACADEMIA DA SAÚDE	33
CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	2
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	23
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	188
CENTRAL DE NOTIF. CAPTAÇÃO E DISTR. ÓRGÃOS ESTADUA	1
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	236
CONSULTÓRIO	1.759
COOPERATIVA	2
FARMÁCIA	118
HOSPITAL GERAL	34
LABORATORIO DE SAÚDE PÚBLICA	1
POLICLÍNICA	41
POSTO DE SAÚDE	113
PRONTO ANTE-DIAGNÓSTICO	7
SECRETARIA DE SAÚDE	65
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ISOLADO (HOME CARE)	7
UNIDADE DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL	1
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNÓSE E TERAPIA	395
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	7
UNIDADE MISTA	1
UNIDADE MOVEL DE NÍVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	25
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	7
POLO PREV.DE DOENÇAS E AGRAVOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE	3
TOTAL	3.070

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Nota:

A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos que:

- Até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Esfera Administrativa".
- De junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como "Natureza" e "Esfera Administrativa", como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".
- A partir de novembro de 2015, estão disponíveis como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

FONTE: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabrs.def> (abr 2022)

<<https://datasus.saude.rs.gov.br/cnes-estabelecimentos>>

A Figura 24 apresenta a quantidade - segundo o Tipo de Estabelecimento - existente na Região de Saúde 27 – Vinte e Sete. O período apresentado corresponde a fevereiro de 2022. Os dados são do Ministério da Saúde, mais precisamente do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Figura 24: CNES – Estabelecimentos por tipo – RS 27

DATASUS	
▶ CNES - ESTABELECIMENTOS POR TIPO - RIO GRANDE DO SUL	
Quantidade segundo Tipo de Estabelecimento Região de Saúde (CIR): 43027 Região 27 - Jacuí Centro Período: Fev/2022	
Tipo de Estabelecimento	Quantidade
ACADEMIA DA SAÚDE	5
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	5
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	49
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	29
CONSULTÓRIO	268
COOPERATIVA	1
FARMÁCIA	23
HOSPITAL GERAL	7
POLICLÍNICA	12
POSTO DE SAÚDE	23
PRONTO ATENDIMENTO	1
SECRETARIA DE SAÚDE	13
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ISOLADO(HOME CARE)	4
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	51
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	2
UNIDADE MOVEL DE NÍVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	5
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1
POLO PREV.DE DOENÇAS E AGRAVOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE	1
TOTAL	500

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Nota:

A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos que:

- Até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Esfera Administrativa".
- De junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como "Natureza" e "Esfera Administrativa", como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".
- A partir de novembro de 2015, estão disponíveis como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

FONTE: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabrs.def> (abr 2022)

<<https://datasus.saude.rs.gov.br/cnes-estabelecimentos>>

A Figura 25 apresenta a quantidade - segundo o Tipo de Estabelecimento - existente na Região de Saúde 28 – Vinte e Oito. O período apresentado corresponde a fevereiro de 2022. Os dados são do Ministério da Saúde, mais precisamente do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Figura 25: CNES – Estabelecimentos por tipo – RS 28

DATASUS	
▶ CNES - ESTABELECIMENTOS POR TIPO - RIO GRANDE DO SUL	
Quantidade segundo Tipo de Estabelecimento Região de Saúde (CIR): 43028 Região 28 - Vinte e Oito Período: Fev/2022	
Tipo de Estabelecimento	Quantidade
ACADEMIA DA SAÚDE	8
CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	2
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	12
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	89
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	70
CONSULTÓRIO	783
FARMÁCIA	58
HOSPITAL GERAL	9
LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA	1
POLICLÍNICA	14
POSTO DE SAÚDE	32
PRONTO ATENDIMENTO	4
SECRETARIA DE SAÚDE	14
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ISOLADO (HOME CARE)	2
UNIDADE DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL	1
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	236
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	2
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	13
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	4
POLO PREV.DE DOENÇAS E AGRAVOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE	1
TOTAL	1.356

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Nota:

A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos que:

- Até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Esfera Administrativa".
- De junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como "Natureza" e "Esfera Administrativa", como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".
- A partir de novembro de 2015, estão disponíveis como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

FONTE: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabrs.def> (abr 2022)

<<https://datasus.saude.rs.gov.br/cnes-estabelecimentos>>

A Figura 26 apresenta a quantidade - segundo o Tipo de Estabelecimento - existente na Região de Saúde 29 – Vales e Montanhas. O período apresentado corresponde a fevereiro de 2022. Os dados são do Ministério da Saúde, mais precisamente do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Figura 26: CNES – Estabelecimentos por tipo – RS 29

DATASUS	
» CNES - ESTABELECIMENTOS POR TIPO - RIO GRANDE DO SUL	
Quantidade segundo Tipo de Estabelecimento	
Região de Saúde (CIR): 43029 Região 29 - Vales e Montanhas	
Período: Fev/2022	
Tipo de Estabelecimento	Quantidade
ACADEMIA DA SAÚDE	17
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	4
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE	27
CENTRAL DE NOTIF. CAPTAÇÃO E DISTR. ÓRGÃOS ESTADUA	1
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	83
CONSULTORIO	514
COOPERATIVA	1
FARMACIA	20
HOSPITAL GERAL	14
POLICLINICA	12
POSTO DE SAUDE	44
PRONTO ATENDIMENTO	2
SECRETARIA DE SAUDE	28
SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO(HOME CARE)	1
UNIDADE DE SERVICO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	82
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	2
UNIDADE MISTA	1
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	4
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1
TOTAL	858

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Nota:

A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos que:

- Até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Esfera Administrativa".
- De junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como "Natureza" e "Esfera Administrativa", como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".
- A partir de novembro de 2015, estão disponíveis como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

FONTE: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabrs.def> (abr 2022)

<<https://datasus.saude.rs.gov.br/cnes-estabelecimentos>>

A Figura 27 apresenta a quantidade - segundo o Tipo de Estabelecimento - existente na Região de Saúde 30 – Vale da Luz. O período apresentado corresponde a fevereiro de 2022. Os dados são do Ministério da Saúde, mais precisamente do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Figura 27: CNES – Estabelecimentos por tipo – RS 30

DATASUS	
» CNES - ESTABELECIMENTOS POR TIPO - RIO GRANDE DO SUL	
Quantidade segundo Tipo de Estabelecimento Região de Saúde (CIR): 43030 Região 30 - Vale da Luz Período: Fev/2022	
Tipo de Estabelecimento	Quantidade
ACADEMIA DA SAÚDE	3
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	2
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	23
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	54
CONSULTÓRIO	194
FARMÁCIA	17
HOSPITAL GERAL	4
POLICLÍNICA	3
POSTO DE SAÚDE	14
SECRETARIA DE SAÚDE	10
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	26
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	1
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	3
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	1
POLO PREV.DE DOENÇAS E AGRAVOS E PROMOCÃO DA SAÚDE	1
TOTAL	356

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Nota:

A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos que:

- Até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Esfera Administrativa".
- De junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como "Natureza" e "Esfera Administrativa", como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".
- A partir de novembro de 2015, estão disponíveis como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

FONTE: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabrs.def> (abr 2022)

<<https://datasus.saude.rs.gov.br/cnes-estabelecimentos>>

A priorização das necessidades será abordada na Seção III, a seguir.

III PRIORIDADES SANITÁRIAS MACRORREGIONAIS DE SAÚDE E RESPECTIVAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES E PRAZOS DE EXECUÇÃO

3.1. Prioridades Sanitárias Macrorregionais de Saúde

3.1.1 REDE MATERNA-PATERNA-INFANTIL

1	Qualificação da Rede de Atenção Materna Paterna e Infantil com foco na atenção ao pré-natal, ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses.
2	Qualificação da atenção hospitalar à gestação, à perda gestacional, ao parto, ao nascimento, ao pós parto e ao recém-nascido.
3	Criação de uma referência regional para laqueaduras e vasectomias.

3.1.2 REDE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

4	Implantação do cuidado farmacêutico através da prestação de serviços da farmácia clínica.
5	Implementação do cuidado farmacêutico conforme políticas públicas e perfil epidemiológico local priorizando pessoas idosas, insulino-dependentes, asmáticas e portadoras de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e criar fluxos de referência e contrarreferência com a rede.

3.1.3 REDE: DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS

6	Desenvolvimento de estratégias para a organização e implementação da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas na Macrorregional Vales.
---	---

3.1.4 REDE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

7	Ampliação do acesso e qualificar a rede de atenção a saúde das pessoas com deficiência, melhorando o atendimento e diminuindo o tempo em fila de espera, tanto para primeiro acesso quanto para filas internas dos serviços de reabilitação.
---	--

3.1.5 REDE ATENÇÃO À EDUCAÇÃO EM SAÚDE

8	Desenvolvimento ações de educação em saúde coletiva, ampliando e aprimorando a rede de educação em saúde de forma interdisciplinar, promovendo assim a qualificação dos profissionais nas diferentes áreas da saúde.
9	Desenvolvimento do trabalho de educação em saúde, de forma intersetorial e regional, com as áreas que contribuem para a Saúde Coletiva como a Educação e a Assistência Social, entre outras, junto às demais Políticas e Programas de Saúde.

3.1.6 REDE ATENÇÃO PRIMÁRIA

10	Ampliação da cobertura de ESF/EAP.
----	------------------------------------

3.1.7 REDE VIGILÂNCIA

11	Ampliação e qualificação de ações educativas de vigilância em saúde para profissionais de saúde, comunidade, bem como para todo o setor regulado (estabelecimentos sujeitos a fiscalização sanitária).
12	Ambiental: Fortalecimento das ações de controle ao AEDES (PEVCA).
13	Trabalhador: Fortalecimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador na área de abrangência.

3.1.8 REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

14	Qualificação da Rede de Urgências e Emergências no atendimento às demandas da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS.
15	Ampliação da cobertura de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e Emergência na Região.

3.1.9 REDE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

16	Implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos na Região.
17	Fortalecimento e qualificação das estratégias de cuidado em saúde mental na atenção primária em saúde.
18	Estabelecimento e qualificação dos fluxos de acesso aos leitos de saúde mental e a RUE.
19	Fortalecimento de ações de atenção em saúde mental para transtornos mentais moderados (ambulatórios de saúde mental).

3.1.10 REDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR

20	Recomposição de teto para aumentar o número de atendimentos de Média e Alta complexidade como consultas/exames/procedimentos cirúrgicos nas diversas especialidades.
21	Qualificação das redes de atenção à saúde conforme diagnóstico regional discutido em CIR.

Fonte: Encontro GT/PRI Macrorregional, 06 de julho de 2022, Santa Cruz do Sul.

3.2. Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores e Prazos de Execução

Diretriz: *Fortalecer o SUS na Macrorregional Vales considerando a saúde de forma ampla, com universalidade, equidade, integralidade, gratuidade, participação social e financiamento tripartite, de forma descentralizada e regionalizada, visando à promoção da saúde e à prevenção dos riscos a doenças.*

3.2.1. Rede Materna, Paterna e Infantil

Objetivo: **Qualificar a Rede de Atenção Materna Paterna e Infantil com foco na atenção ao pré-natal, ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses.**

Metas e Indicadores e Prazos de Execução:

- Reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil de 9,57 (2021 BI) para 8,00 até 2025 na Macrorregional Vales.
- Reduzir para zero o número de óbitos maternos nos períodos de 2022 a 2025 na Macrorregional Vales.
- Garantir 100% do acesso ao ambulatório de egressos de UTI Neonatal existente na Macrorregião.

Objetivo: **Qualificar a atenção hospitalar à gestação, à perda gestacional, ao parto, ao nascimento, ao pós-parto e ao recém-nascido.**

Metas e Indicadores e Prazos de Execução:

- Ampliar de 15 (2022 TABNET) para 21 até 2025 o número de leitos de UTI e UCI na Macrorregional.
- Implantar na Macrorregional a Casa da Gestante Bebês e Puérpera.

- Implantar serviço de referência para atender em 100% a cobertura em laqueaduras e vasectomias solicitadas nas 04 Regiões de Saúde da Macrorregional Vales.

3.2.2. Rede Assistência Farmacêutica

Objetivo: Implantar o cuidado farmacêutico através da prestação de serviços da farmácia clínica.

Metas e Indicadores e Prazos de Execução:

- Implantar, no mínimo, 01 consultório farmacêutico nos municípios com mais de 20 mil habitantes e disponibilizar reserva de agenda, mínima de 20h mensais, em consultório que pode ser compartilhado, para realização de serviços clínicos farmacêuticos, nos municípios com menos de 20 mil habitantes.

- Realizar atendimentos de serviços clínicos farmacêuticos para 50% dos usuários com asma e DPOC em uso de medicamentos do componente especializado.

Objetivo: Implementar o cuidado farmacêutico conforme políticas públicas e perfil epidemiológico local priorizando pessoas idosas, insulíndependentes, asmáticas e portadoras de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Metas e Indicadores e Prazos de Execução:

- Estimular/oportunizar a qualificação de no mínimo 70% dos farmacêuticos para o cuidado farmacêutico através da participação de cursos e ações de educação permanente relacionados às linhas de cuidado prioritárias.

- Ampliar a atuação do farmacêutico no cuidado farmacêutico para outras patologias, além da asma e DPOC, em todos os 62 municípios da Macro Vales, aumentando registro de

ações gradativamente, sendo percentual mínimo de aumento 10% em 04 (quatro) anos.

3.2.3. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Objetivo: Desenvolver estratégias para a organização e implementação da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas na Macrorregional Vales.

Metas e Indicadores e Prazos de Execução:

- 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 393,22 (2021 BI - média 4 Regiões de Saúde) para 385,57 até 2025.
- Reduzir a taxa de prevalência de excesso de peso na população adulta para 71,49% em 2022 e 69% em 2025.
- Implantar serviço de referência Macrorregional na área de endocrinologia, com toda a linha de cuidado, com abrangência a todas as faixas etárias.
- Implantar ambulatório Macrorregional de Crônicos Adultos e Idosos (situações específicas).

3.2.4. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Objetivo: Ampliar o acesso e qualificar a rede de atenção a saúde das pessoas com deficiência, melhorando o atendimento e diminuindo o tempo em fila de espera, tanto para primeiro acesso quanto para filas internas dos serviços de reabilitação.

Metas e Indicadores e Prazos de Execução:

- Habilitação de 01 Centro Especializado em Reabilitação (CER) nas especialidades auditiva e Intelectual para referência da Macrorregião Vales.

- Ampliar no mínimo 10% o número de atendimentos/acompanhamentos em reabilitação física, mental, visual e múltiplas deficiências (forma 030107) em relação a produção realizada no ano de 2021 pelos estabelecimentos da Macro Vales.

3.2.5. Rede de Atenção e Educação à Saúde

Objetivo: Desenvolver ações de educação em saúde coletiva, ampliando e aprimorando a rede de educação em saúde de forma interdisciplinar, promovendo assim a qualificação dos profissionais nas diferentes áreas da saúde.

Metas e Indicadores e Prazos de Execução:

- Desenvolver 80% das propostas dos Planos de Ações Regionais, para a qualificação dos profissionais da Rede de Assistência em Saúde para o trabalho sensibilizando-os para o atendimento nos diferentes ciclos de vida e no ambiente.

3.2.6. Rede de Atenção Primária

Objetivo: Ampliar a cobertura de ESF/EAP.

Metas e Indicadores e Prazos de Execução:

- Ampliar a cobertura de equipes de saúde bucal na atenção primária de 54,88% (2021 BI) para 60% até 2025, na Macrorregional Vales.

- Ampliar a cobertura de Estratégica Saúde da Família de 49,48% (2020 BI) para 65,00% até 2025 na Macrorregional Vales.

3.2.7. Rede Vigilância

Objetivo: Ampliar e garantir o acesso ao tratamento das Hepatites virais B e C.

Metas e Indicadores e Prazos de Execução:

- Ampliar em 10% os Testes Rápidos utilizados anualmente para Hepatites B (35.082 - 2021) e C (35.339 - 2021) até 2025. (Fonte: SislogLab).

Objetivo: Ambiental: Fortalecer as ações de controle ao Aedes (PEVCA).**Metas e Indicadores e Prazos de Execução:**

- Aumentar o percentual de municípios com risco baixo de transmissão de doenças pelo *Aedes aegypti* de 46% - 29 municípios, para 70% - 44 municípios LIRAA/LIA com IIP < 1% (RS27: 10 de 12 municípios – 83%; RS28: 08 de 13 municípios – 61%; RS29 e RS 30: 11 de 37 municípios – 30%).
- Garantir o mínimo de 01 Agente de Combate às Endemias (ACE) por município da Macrorregional: 48 para 62 municípios no total (RS27: 08 de 12 municípios; RS28: 12 de 13 municípios; RS29 e RS 30: 28 de 37 municípios).

Objetivo: Ampliar o acesso à água tratada na Macrorregional**Metas e Indicadores e Prazos de Execução:**

- Ampliar o acesso à água tratada (com desinfecção) para a população abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC). Meta mínima de 75% na relação: população abastecida por SAC com tratamento/população abastecida por SAC (RS27: 06 de 12 municípios - 50%; RS28: 12 de 13 municípios – 92%; RS29 e RS 30: 35 de 37 municípios - 95%).

Objetivo: Trabalhador: Fortalecer as ações de vigilância em saúde do trabalhador na área de abrangência.**Metas e Indicadores e Prazos de Execução:**

- Garantir a execução das ações de Vigilância aos Ambientes e Processos de Trabalho - VAPT pelas equipes municipais de Vigilância em Saúde: 1 VAPT para os anos de 2022 e 2023, os municípios que conseguirem fazer mais poderão realizar. E 2 VAPT para os anos de 2024 e 2025.
- Ampliar a notificação de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho - DART, com atenção aos casos de Doenças. 40 notificações/10.000hab em 2022; 42 notificações/10.000hab em 2023; 46 notificações/10.000hab em 2024; 50

notificações/10.000hab em 2025 (lembrando que se o município já vinha notificando acima destas metas, não pode reduzir).

- Monitorar e investigar os óbitos relacionados ao trabalho em 75% de óbitos investigados em 2022; 80% em 2023; 95% em 2024 e 100% em 2025.

- Garantir profissional Responsável Técnico para articular as ações de Saúde do Trabalhador nos municípios: 01 Responsável Técnico por município, com jornada mínima de 8h/semana, para 100% dos municípios (municípios que já possuem responsável Técnico com jornada superior a 8h/semana ou maior número de profissionais para a Saúde do trabalhador e/ou equipe de Vigilância em Saúde do Trabalhador, devem manter ou ampliar a estrutura disponível).

3.2.8. Rede Urgência e Emergências

Objetivo: Ampliar a cobertura de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e Emergência na Região.

Metas e Indicadores e Prazos de Execução:

- Rever 100% das referências pactuadas em CIR referentes às Portas de Entrada de Urgência e Emergência estaduais e federais incentivadas com possibilidade de ampliação de cobertura de municípios.

- Propor na construção do aditivo ao PAR da RAU da macrorregião, a inclusão de novos pleitos de Porta de Entrada Federal para os hospitais que cumpram os requisitos mínimos.

3.2.9. Rede Atenção Psicossocial

Objetivo: Fortalecer e qualificar as estratégias de cuidado em saúde mental na Atenção Primária em Saúde.

Metas e Indicadores e Prazos de Execução:

- Ampliar a cobertura de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) de 4 existentes para 13, nas suas diferentes modalidades, conforme planos de ação regionais da RAPS. (RS27:2

SRTs existentes +1 novo = 3 SRTs; RS28: 2 existentes + 6 novos = 8 SRTs; RS29: nenhum SRT existente +1 novo = 1SRT; RS30: nenhum SRT existente +1 novo = 1SRT).

Ampliar o número de dispositivos de saúde mental na Atenção Básica de 81 existentes para 238 dispositivos, conforme planos de ação regionais da RAPS (RS27: 19 existentes + 29 novos = 48; RS28: 31 existentes + 64 novos = 95; RS29: 25 existentes + 47 novos = 72; RS30: 7 existentes + 16 = 23).

- Ampliar o número de leitos de saúde mental na Macrorregional Vales de 171 leitos para 190 leitos, conforme planos de ação regional da RAPS. (RS27 possui 31 leitos + 3 novos = 34; RS28 possui 65 leitos + 8 novos = 73; RS29 possui 45 leitos + 8 novos = 53; RS30 manterá os 30 existentes).

Objetivo: Qualificar os fluxos de acesso aos leitos de saúde mental na RUE.

Metas e Indicadores e Prazos de Execução:

- Realizar capacitações abordando Saúde Mental e seus requisitos em 100% das Portas de Entrada de Urgência e Emergência, na Macrorregional Vales.

3.2.10. Rede Atenção Especializada e Hospitalar

Objetivo: Recompôr o teto para aumentar o número de atendimentos de Média e Alta complexidade como consultas/exames/procedimentos cirúrgicos nas diversas especialidades.

Metas e Indicadores e Prazos de Execução:

- Reorganizar o teto da Média Complexidade de cada município em gestão municipal com base na produção do (SIA) Sistema de Informações Ambulatoriais) e (SIH) Sistema de Informações Hospitalares de modo a garantir financiamento adequado das Unidades Assistenciais.

- Implementar serviços ambulatoriais/hospitalares nas especialidades não existentes na Região e/ou Macrorregião.

Objetivo: Qualificar as redes de atenção à saúde conforme diagnóstico regional discutido em CIR.

Metas e Indicadores e Prazos de Execução:

- Implementar em 100% os sistemas de regulação de ações e serviços de saúde vigentes (GERCON, SISREG, GERINT ou outros a serem disponibilizados), de forma integral e articulada.

3.3. Indicadores de Pactuação Estadual

A Nota Técnica nº 20/2021 DGIP/SE/MS, traz que o conjunto das normas para o Planejamento Regional Integrado apresenta uma nova perspectiva para o processo de pactuação de indicadores, assegurando o princípio constitucional de ascendência do processo. A regionalização da Saúde constitui-se um processo de pactuação política entre os entes federativos, que decidem solidariamente acerca da pactuação de indicadores.

Assim, na perspectiva da regionalização e da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), recomenda-se que os esforços da gestão se concentrem no processo de Planejamento Regional Integrado, em que também ocorre a discussão acerca de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) a serem perseguidos pelo conjunto de municípios, pelos estados e pela União, no âmbito de um espaço territorial ampliado que é a macrorregião de saúde.

Dessa forma, os indicadores pactuados foram contemplados na seção número III, da estrutura do Plano, conforme definido pela Resolução CIT nº 37, art. 2º, III: “c. *As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução.*”

Para dar continuidade nesta compatibilização de planejamentos, o período da pactuação estadual de indicadores será bianual, mesma periodicidade prevista para a revisão do plano macrorregional de saúde. Este período justifica-se porque a troca das gestões municipal e estadual ocorrem em períodos diferentes, com intervalo de dois (2) em dois (2) anos.

A definição dos indicadores de saúde da Pactuação Estadual de Indicadores tem previsão de ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS) de maio de 2022. Maiores informações podem ser encontradas na Nota Técnica desse processo estadual de pactuação de indicadores.

3.3.1 Indicadores de Resultado Estadual

Figura 26: Indicadores de Resultado

Com o intuito de acompanhar as ações realizadas pelo Estado na área da saúde, de acordo com a Diretriz, os Objetivos e as Metas estabelecidos no PES 2020-2023, foram elencados 17 indicadores de resultado em saúde para mensurar os resultados para o cidadão. Esses serão monitorados e avaliados periodicamente, conforme descrito no capítulo de Monitoramento e Avaliação.

INDICADORES DE RESULTADO	
1.	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
2.	Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos.
3.	Taxa de mortalidade por Aids.
4.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.
5.	Taxa de mortalidade infantil.
6.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.
7.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.
8.	Percentual de municípios com risco médio e alto de transmissão de doenças pelo <i>Aedes aegypti</i> .
9.	Cobertura vacinal de triplice viral, dose única, em crianças de 1 ano de idade.
10.	Cobertura vacinal da Campanha Nacional contra Influenza.
11.	Índice de óbitos por suicídio no Estado.
12.	Taxa de prevalência de excesso de peso na população adulta.
13.	Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho.
14.	Percentual da população que utiliza água com desinfecção fornecida por sistema de abastecimento e Soluções Alternativas Coletivas.
15.	Percentual de cura de casos novos de tuberculose.
16.	Cobertura vacinal da Campanha Nacional contra a COVID-19.
17.	Número de hospitalizações confirmadas para COVID-19.

FONTE: Plano Estadual de Saúde (2020-2023). Rio Grande do Sul.

3.3.2. Indicadores da Macrorregional Vales

Pactuação Estadual de Indicadores (2022-2023) – Regiões de Saúde (27, 28, 29 e 30)

Com o intuito de acompanhar as ações realizadas pela Macrorregional Vales na área da saúde, de acordo com a Diretriz, os Objetivos e as Metas estabelecidos no PES 2020-2023, foram elencados 19/20 indicadores de resultado em saúde para mensurar os resultados para o cidadão. Esses serão monitorados e avaliados periodicamente, conforme descrito no capítulo de Monitoramento e Avaliação.

RS27 – Jacuí Centro

Indicador	2022	2022	2023	2023	Unidade de Medida
	Meta Proposta	Meta Pactuada	Meta Proposta	Meta Pactuada	
Indicador 1: Taxa de mortalidade infantil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Taxa/1000hab.
Indicador 2: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Absoluto
Indicador 3: Testagem para HIV nos casos novos de tuberculose notificados no SINAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Proporção
Indicador 4: Razão de Mortalidade Materna - RMM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Taxa/100000hab.
Indicador 5: Coeficiente bruto de mortalidade por Aids	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Coeficiente Bruto
Indicador 6: Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Absoluto
Indicador 7: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Razão
Indicador 8: Cobertura vacinal para Vacina Tríplice Viral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 9: Índice de Infestação Predial pelo Aedes aegypti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 10: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 11: Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual

Indicador 12: Índice de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Proporção
Indicador 13: Percentual de idosos com registro do procedimento Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 14: Percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta do RS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 15: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 16: População abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC) com tratamento em relação à população abastecida por SAC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 17: Taxa de notificações de agravos relacionados ao trabalho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Taxa/10.000hab
Indicador 18: Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 19: Percentual de coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual

FONTE: <https://ti.saude.rs.gov.br/qlikview/PortalBI/index.php> (2022)

RS 28 – Vale do Rio Pardo

Indicador	2022 Meta Proposta	2022 Meta Pactuada	2023 Meta Proposta	2023 Meta Pactuada	Unidade de Medida
Indicador 1: Taxa de mortalidade infantil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Taxa/1000hab.
Indicador 2: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Absoluto
Indicador 3: Testagem para HIV nos casos novos de tuberculose notificados no SINAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Proporção
Indicador 4: Razão de Mortalidade Materna - RMM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Taxa/100000hab.
Indicador 5: Coeficiente bruto de mortalidade por Aids	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Coeficiente Bruto
Indicador 6: Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Absoluto
Indicador 7: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Razão

Indicador 8: Cobertura vacinal para Vacina Tríplice Viral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 9: Índice de Infestação Predial pelo Aedes aegypti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 10: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 11: Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 12: Índice de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Proporção
Indicador 13: Percentual de idosos com registro do procedimento Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 14: Percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta do RS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 15: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 16: População abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC) com tratamento em relação à população abastecida por SAC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 17: Taxa de notificações de agravos relacionados ao trabalho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Taxa/10.000hab
Indicador 18: Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 19: Percentual de coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual

FONTE: <https://ti.saude.rs.gov.br/qlikview/PortalBI/index.php> (2022)

RS 29 – Vales e Montanhas

Indicador	2022 Meta Proposta	2022 Meta Pactuada	2023 Meta Proposta	2023 Meta Pactuada	Unidade de Medida
Indicador 1: Taxa de mortalidade infantil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Taxa/1000hab.
Indicador 2: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Absoluto
Indicador 3: Testagem para HIV nos casos novos de tuberculose notificados no SINAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Proporção

Indicador 4: Razão de Mortalidade Materna - RMM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Taxa/100000hab.
Indicador 5: Coeficiente bruto de mortalidade por Aids	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Coeficiente Bruto
Indicador 6: Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Absoluto
Indicador 7: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Razão
Indicador 8: Cobertura vacinal para Vacina Tríplice Viral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 9: Índice de Infestação Predial pelo Aedes aegypti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 10: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 11: Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 12: Índice de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Proporção
Indicador 13: Percentual de idosos com registro do procedimento Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 14: Percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta do RS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 15: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 16: População abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC) com tratamento em relação à população abastecida por SAC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 17: Taxa de notificações de agravos relacionados ao trabalho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Taxa/10.000hab
Indicador 18: Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 19: Percentual de coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual

FONTE: <https://ti.saude.rs.gov.br/glikview/PortalBI/index.php> (2022)

RS 30 – Vale da Luz

Indicador	2022 Meta Proposta	2022 Meta Pactuada	2023 Meta Proposta	2023 Meta Pactuada	Unidade de Medida
Indicador 1: Taxa de mortalidade infantil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Taxa/1000hab.
Indicador 2: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Absoluto
Indicador 3: Testagem para HIV nos casos novos de tuberculose notificados no SINAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Proporção
Indicador 4: Razão de Mortalidade Materna - RMM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Taxa/100000hab.
Indicador 5: Coeficiente bruto de mortalidade por Aids	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Coeficiente Bruto
Indicador 6: Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Absoluto
Indicador 7: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Razão
Indicador 8: Cobertura vacinal para Vacina Tríplice Viral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 9: Índice de Infestação Predial pelo Aedes aegypti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 10: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 11: Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 12: Índice de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Proporção
Indicador 13: Percentual de idosos com registro do procedimento Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 14: Percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta do RS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 15: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 16: População abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC) com tratamento em relação à população abastecida por SAC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual

Indicador 17: Taxa de notificações de agravos relacionados ao trabalho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Taxa/10.000hab
Indicador 18: Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual
Indicador 19: Percentual de coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Percentual

FONTE: <https://ti.saude.rs.gov.br/qlikview/PortalBI/index.php> (2022)

IV RESPONSABILIDADES DO ENTES FEDERADOS NO ESPAÇO MACRORREGIONAL

Após a Macrorregião de Saúde definir suas prioridades sanitárias, com suas respectivas Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI), os gestores discutiram e identificaram as responsabilidades individuais e solidárias de cada ente em relação ao que foi pactuado, incluindo questões relativas à operacionalização das pactuações apresentadas no Planejamento Regional Integrado, sejam elas expressas por meio das DOMI, nas Ações e Serviços de Saúde ou no financiamento.

No âmbito das ações e serviços, utilizou-se os compromissos elencados nos Planos de Saúde (municipais, estadual ou nacional), que apresentaram correspondência com as prioridades da macrorregião de saúde em questão. Sublinha-se que as responsabilidades dos entes federativos estão positivadas na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no Capítulo IV - Da Competência e das Atribuições, entre os artigos 15 a 19 (BRASIL, 1990).

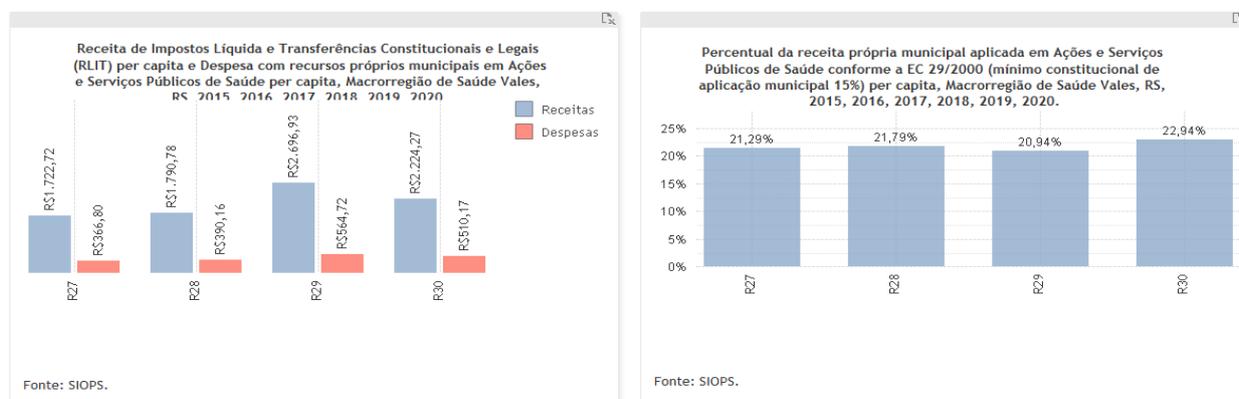
Nesse sentido, para este tópico, utilizou-se as informações e dados apresentados no Painel BI PRI <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>, aba Financiamento. O período para a análise de dados (série temporal de cinco (5) anos, foi os anos de 2016 a 2020. Além dos recursos financeiros do Programa Avançar na Saúde – Rede Hospitalar (obras e equipamentos) – Disponível em: <<https://drive.google.com/drive/folders/1zvFK20jji-ynJzH6E9MjUCbWbeWCXExZ?usp=sharing>>

4.1 Financiamento

De acordo com o Gráfico 22, a Macrorregional Vales apresentou as Regiões de Saúde 29 e 30, considerando o período 2015 a 2020, com os maiores valores de receitas de impostos líquidas e transferências constitucionais legais per capita, ou seja, R\$ 2.696,93 e 2.224,27, respectivamente. Já a RS 27 apresentou o valor de R\$ 1.722,72, o menor valor entre as 04 (quatro) Regiões de Saúde. Quanto às despesas com recursos

próprios municipais em ações e serviços públicos de saúde per capita, a RS 29 aplicou R\$ 564,72 que corresponde ao maior valor aplicado na Macrorregional Vales.

Gráfico 22: Receita de impostos líquida e transferências e receita própria municipal aplicada.

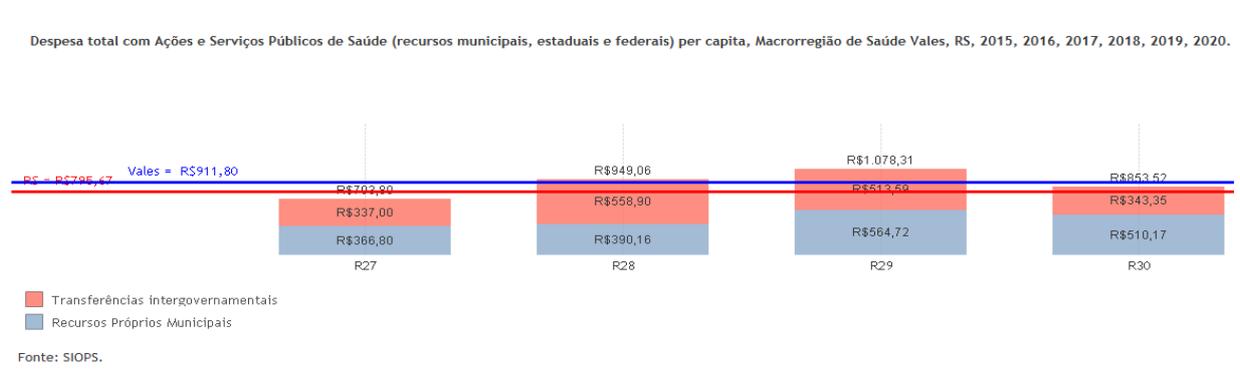


Sobre o percentual da receita própria municipal aplicada em ações e serviços públicos de saúde conforme a EC 29/2000 per capita, considerando o período 2015 a 2020, a RS 30 apresentou 22,94% corresponde ao maior percentual. Já o menor percentual aplicado foi 20,94, da RS 29 (Gráfico 29),

No Gráfico 23 verificou-se que a despesa total com ações e serviços públicos de saúde, período 2015 a 2020, apresentou o valor per capita estadual de RS 795,67. Já a média da Macrorregião correspondeu a R\$ 911,80. A RS 29 obteve o valor total de R\$ 1.078,31 de recursos próprios municipais e transferências intragovernamentais dispendidos com ações e serviços públicos de saúde, valor superior às médias dispendidas pela Macrorregional Vales e pelo estado do Rio Grande do Sul. A RS 27

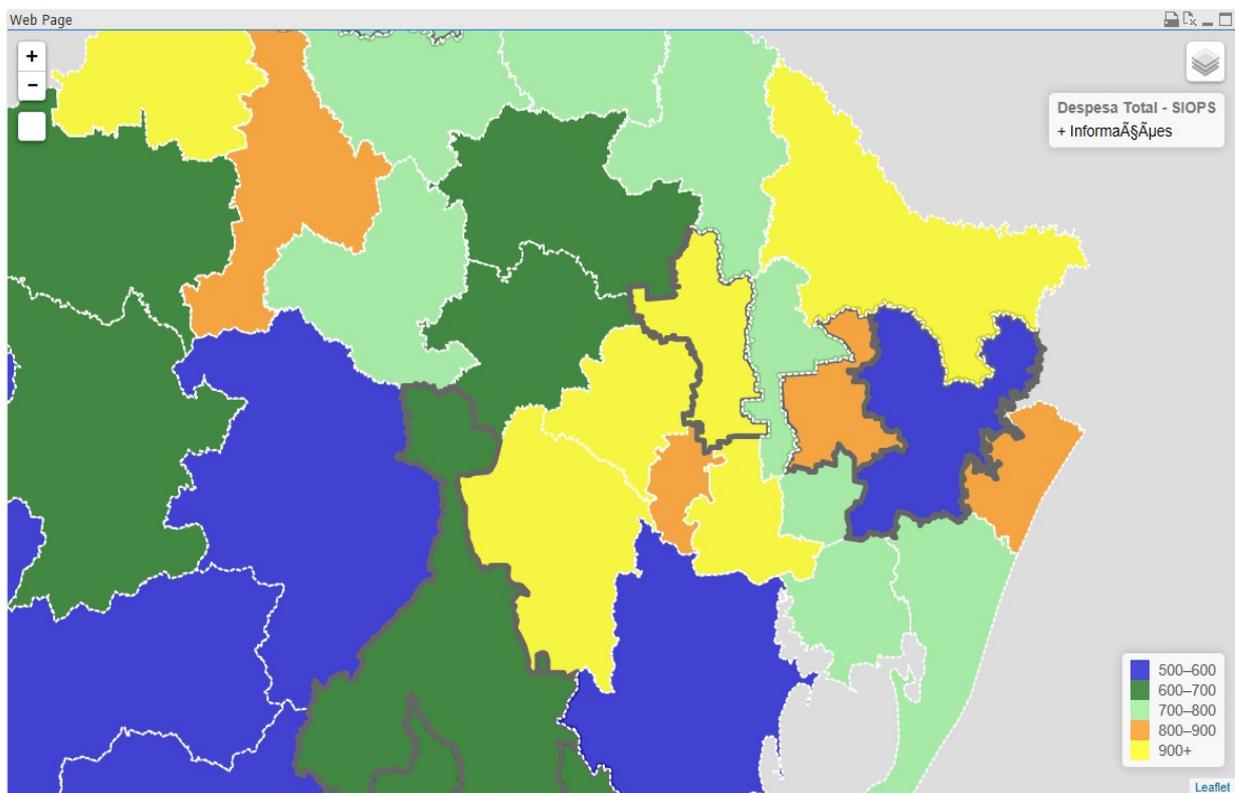
apresentou no período considerado a menor despesa total entre as 04 (quatro) Regiões de Saúde, valor aproximado a R\$ 703,00 per capita.

Gráfico 23: Despesa total com ações e serviços públicos de saúde per capita.



De acordo com a Figura 28: Despesa total SIOPS – Regiões de Saúde, verifica-se que a RS 30 apresenta despesa entre R\$ 800,00 até R\$ 900,00, cor laranja. As Regiões de Saúde 28 e 29, são apresentadas com a cor amarela, despesa superior aos R\$ 900,00. A RS 27 aparece com a cor verde, despesa entre R\$ 700,00 até R\$ 800,00.

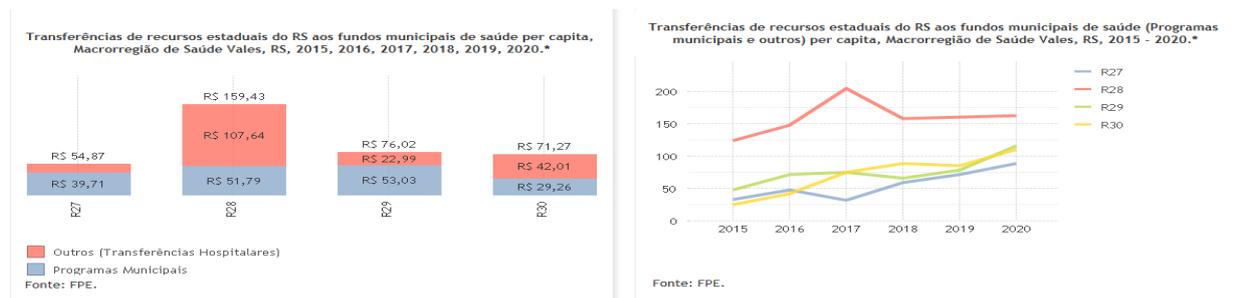
Figura 28: Despesa total SIOPS – Regiões de Saúde.



FONTE: SIOPS; https://bi.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc_Novo.htm?document=Painel%20PRI.qvw&host=QVS@sespaeas28&sid=r2t7718t65bbpotb795k3mqnu9

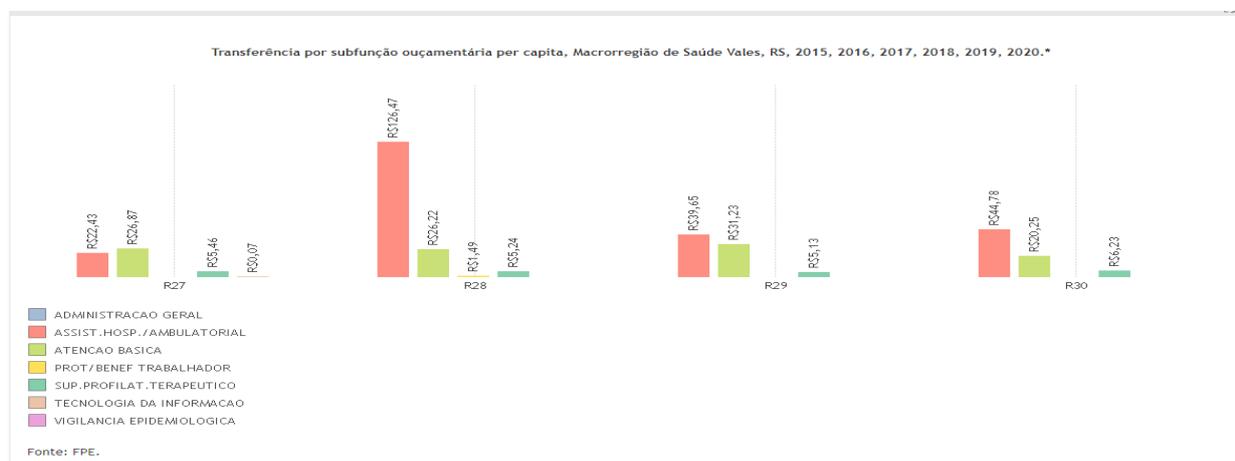
O Gráfico 24 apresenta as transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde per capita (período 2015 a 2020). A RS 28 recebeu R\$ 159,43, o valor corresponde a maior média per capita entre as Regiões de Saúde da Macro Vales. Acrescenta-se que as transferências de recursos estaduais do RS para Região de Saúde 27 foram as menores no período apresentado, ou seja, R\$ 54,87, considerando os programas municipais e outros (transferências hospitalares).

Gráfico 24: Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde.



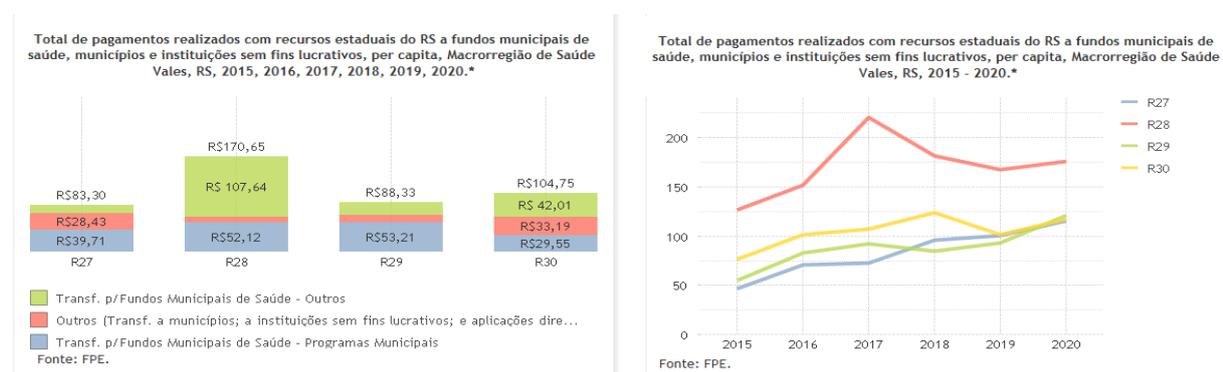
No período 2015 a 2020 (Gráfico 25), as transferências de recursos estaduais por subfunção orçamentária per capita para a Macroregião Vales apresentou o maior valor para a ASSISTÊNCIA HOSPITALAR/AMBULATORIAL da Região de Saúde 28, ou seja, R\$ 126,47. Com exceção da RS 27, as demais regiões receberam os recursos maiores na referida subfunção. A segunda maior transferência de recursos por subfunção foi realizada para a ATENÇÃO BÁSICA. A RS 29 recebeu o maior volume de recursos per capita na subfunção, R\$ 31,23.

Gráfico 25: Transferências por subfunção orçamentária per capita.



O Gráfico 26 apresenta o total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos, per capita (período 2015 a 2020), a RS 28 recebeu o total de R\$ 170,65, maior valor per capita registrado na Macrorregional. A RS 27 recebeu o menor valor per capita no período R\$ 83,30.

Gráfico 26: Total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos.



Considerando os anos de 2015 a 2020, total de pagamentos realizados com recursos estaduais do RS a fundos municipais de saúde, municípios e instituições sem fins lucrativos (Gráfico 26), verifica-se que os valores totais pagos aumentaram no período considerado. Com exceção da RS 28, as demais RS da Macrorregional Vales receberam recursos em quantidades semelhantes, considerando o ano de 2020.

4.2 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 Rio Grande do Sul, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) foi instituída pela Portaria SES/RS N°09/1993, e constitui-se em instância colegiada de pactuação consensual, com caráter deliberativo para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. A CIB/RS é constituída paritariamente por 7 membros efetivos e respectivos suplentes representantes da gestão estadual do SUS e 7 membros efetivos e respectivos suplentes representantes dos municípios.

Dentre as principais **atribuições da CIB/RS**, destacam-se:

Atuar como instância estadual de pactuação dos instrumentos e mecanismos para implementação, regulação, acompanhamento e avaliação dos modelos organizacionais do SUS, nos aspectos comuns à atuação das esferas de governo, em consonância com as diretrizes constitucionais e normas pactuadas em âmbito federal e consubstanciada nos Planos de Saúde;

Atuar como instância de pactuação da operacionalização das Políticas Estaduais de Atenção à Saúde;

Promover a articulação interfederativa, de forma a garantir a execução das ações e a direção única em cada instância; pactuar diretrizes gerais sobre as Regiões de Saúde.

Integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais 218 aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos; pactuar critérios para distribuição, alocação e utilização de recursos federais e estaduais, com base nas necessidades de saúde do Estado e Regiões de Saúde, de acordo com as Políticas de Saúde dos entes federados, consubstanciada nos seus Planos de Saúde;

Estabelecer interlocução permanente com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com o Conselho Estadual de Saúde (CES) e com as demais CIB; manter contato permanente com as CIR, para acompanhamento e assessoramento do processo organizacional de regionalização das Políticas Públicas no Estado; e

Acompanhar, analisar e homologar as questões pactuadas nas CIR.

Quanto à **CIR** – Comissão Intergestores Regional, a Coordenadoria Regional de Saúde é o órgão responsável pelas estruturas operacionais e administrativas, sendo sua responsabilidade proporcionar condições técnicas e físicas para o funcionamento das reuniões dos Grupos de Trabalho, da SETEC e do Plenário.

Compete à CIR:

Pactuar, por consenso, estratégias para a implantação e operacionalização do SUS no âmbito regional;

Assessorar, analisar e emitir parecer sobre os assuntos referentes ao SUS no seu território;

Instituir e apoiar um processo dinâmico de planejamento regional, promovendo a articulação de forma integrada entre os gestores do SUS em âmbito regional;

Participar da elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos, que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS no âmbito regional e municipal;

Criar Grupos de Trabalho para estudo de temas específicos, bem como grupos que tenham por finalidade o controle, a avaliação e a fiscalização da execução dos serviços prestados;

Articular-se com outras CIR's, com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento do SUS regional e estadual;

Propor alterações na conformação da Região de Saúde a partir da realidade locorregional;

Analisar e propor medidas que visem à qualificação dos modelos técnico, assistencial e de gestão dos serviços de saúde no âmbito regional;

Atualizar e acompanhar a programação e pactuação regional na quantificação das Ações e Serviços de Saúde;

Definir linhas prioritárias para alocação de investimentos no âmbito regional;

Pactuar diretrizes de âmbito regional, a respeito da organização das Redes de Atenção à Saúde, para garantir a integralidade da atenção;

Constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento da Região de Saúde;

Pactuar estratégias para a implantação e operacionalização das Políticas de Formação e Educação Permanente para os trabalhadores do SUS, em âmbito regional;

Divulgar suas ações através de mecanismos de comunicação social, em especial junto aos Conselhos de Saúde;

Observar o cumprimento das deliberações da CIB no âmbito regional;

Exercer outras competências que venham a ser definidas na legislação e normas do SUS.

4.3 Planejamento Regional Integrado (PRI)

O RS iniciou o processo de regionalização e descentralização da gestão de serviços do SUS desde o Plano Diretor de Regionalização (RS, 2002). A partir do Decreto Nº 7.508/2011, organizou-se o território em Regiões de Saúde para composição e articulação das RAS. Através da Resolução CIB/ RS Nº 555/2012, o RS definiu as 30 Regiões de Saúde e instituiu a Comissão Intergestores Regionais (CIR) para promoção da gestão compartilhada. Em 2018, foram estabelecidas as sete Macrorregiões de Saúde

do Estado, além de um cronograma para implementação do Planejamento Regional Integrado (PRI).

O PRI no estado do RS é instituído e coordenado pela SES/RS, conforme Art. 2º da Resolução CIT Nº 37/2018, em articulação com os municípios e participação da União, a partir das definições realizadas na CIB/RS. No RS, o processo de PRI está estabelecido pela Resolução nº188/2018 - CIB/RS. Visando a concretizar um planejamento ascendente e de maneira regionalizada, o Estado, de forma tripartite, elaborou 30 Diagnósticos Regionais de Saúde para embasar o planejamento Macrorregional e Estadual. A partir das normativas nacionais, a SES/RS elaborou um Documento Guia e um Painel de *Business Intelligence (BI)*, orientando a elaboração dos Diagnósticos Regionais de Saúde. Estes documentos são compostos por dois capítulos: (1) Análise Situacional (considerando os temas: Panorama Demográfico; Determinantes e Condicionantes; Perfil Epidemiológico; Estrutura do Sistema; Rede de Atenção à Saúde; Financiamento) e (2) Identificação das Necessidades Regionais.

4.4 Participação Social

4.4.1 Controle Social

O Conselho Estadual de Saúde (CES) é a instância estadual de controle social do SUS. Criado pela Lei Nº 10.097/1994, consiste em um órgão permanente, colegiado e deliberativo, com atribuição de controle e fiscalização de políticas públicas de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. O CES/RS é composto por 52 conselheiros de saúde titulares e respectivos suplentes, representantes de entidades da sociedade civil organizada e órgãos públicos, distribuídos em três segmentos: usuários, trabalhadores de saúde e governo/prestadores, com paridade do segmento usuário ante os demais. Pelo fato de a Lei Estadual Nº 10.097/1994 ter nominado entidades, impedindo sua substituição em caso de desinteresse ou extinção, o CES encontra dificuldade em regular sua composição. Para sanar este e outros problemas, está em debate o anteprojeto de Lei que altera a Lei Nº 10.097/1994.

A abrangência de atuação do CES/RS é estadual, sem prejuízo da independência e autonomia que possuem os 497 Conselhos Municipais de Saúde quanto à sua esfera de atuação. A estrutura do CES/RS é composta por Plenária, Mesa Diretora, Comissão Permanente de Fiscalização, Comissões Temáticas, Secretaria Executiva e Assessoria

Técnica. A Plenária se constitui no órgão máximo de deliberação e compreende reuniões ordinárias quinzenais e reuniões extraordinárias, sempre que necessário. Já a Mesa Diretora é o órgão diretivo, formado por oito conselheiros, de forma paritária. O atual quantitativo de recursos humanos existentes no CES/RS é insuficiente, tanto em servidores de nível médio, quanto de nível superior, o que dificulta a manutenção do pleno e regular funcionamento do CES/RS, bem como a análise e deliberação das políticas de saúde.

A cada quatro anos, o CES/RS realiza a Conferência Estadual de Saúde, momento em que avalia a situação da saúde no Estado e propõe diretrizes para as políticas de saúde, sendo etapa da Conferência Nacional de Saúde. A 8ª Conferência Estadual de Saúde, ocorrida em 2019, validou Conferências Municipais de Saúde. Nesse mesmo ano, dos 420 municípios que promoveram conferências, 389 tiveram suas delegações validadas para a conferência estadual, e a delegação gaúcha foi composta por 144 delegados eleitos na etapa estadual para a XVI Conferência Nacional. Ainda, o CES/RS realiza conferências temáticas, como a de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a da Saúde da Mulher e a de Vigilância em Saúde, além de promover anualmente a Plenária Estadual de Conselhos e Plenárias Regionais de Conselhos, e a cada três anos, a eleição dos Coordenadores e Plenárias. Com intuito de ampliar ainda mais as ações de Controle Social, o CES/RS propõe e efetua ações de Educação Permanente para este fim. Nesse sentido, a criação do *site* e de diversas redes sociais facilitou o processo de comunicação do CES/RS com os Conselhos Municipais de Saúde e com a população em geral, aumentando o alcance dos debates promovidos.

4.4.2 Ouvidoria do SUS – Macrorregional Vales

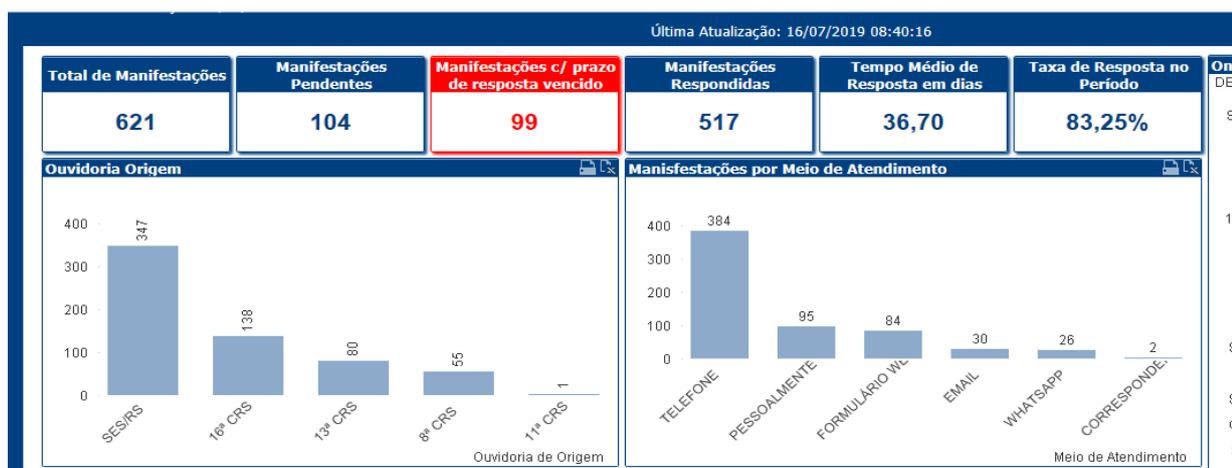
A Ouvidoria do SUS – SES/RS é um espaço de cidadania em saúde, potente canal de comunicação entre cidadão e gestores do SUS, que contribui para a disseminação de informações e qualificação das ações e dos serviços de saúde no RS. O acolhimento das manifestações do cidadão é realizado via telefone (0800-6450-644), aplicativo de mensagens WhatsApp (51-98405-4165), formulário web <www.saude.rs.gov.br/contato>, e-mail: ouvidoria-sus@saude.rs.gov.br, presencialmente e/ou por correspondência (na Avenida Borges de Medeiros, 1501, térreo – Porto Alegre ou nas sedes das CRS). Implantada em janeiro de 2012, a Ouvidoria do SUS constitui uma rede integrada ao Sistema Estadual de Ouvidoria do Poder Executivo Estadual (SEO/RS), conforme Decreto

RS Nº 51.999/2014. É composta por 17 Ouvidorias Regionais presentes nas CRS, pelo Disque Vigilância no CEVS e oito interlocutores nos departamentos da SES/RS, que atuam de modo articulado com o objetivo de ampliar os espaços de escuta na Secretaria. A Ouvidoria do SUS também tem investido na implantação de ouvidorias municipais e cadastro de interlocutores nas demais SMS, a fim de assegurar o tratamento adequado das manifestações em todo território gaúcho.

De 2015 a 2019, foram registradas 34.203 manifestações no sistema OuvidorSUS e realizados 27.285 atendimentos pelos demais canais de atendimento, relacionados, principalmente, à assistência farmacêutica (41%) e à assistência em saúde (20,7%). A taxa de resposta da Ouvidoria do SUS neste período foi de 97,3%, evidenciando o compromisso dos gestores e servidores da SES/RS em assegurar aos cidadãos o direito à informação sobre sua saúde e potencial dos serviços de saúde. No entanto, persiste o desafio de aprimorar a taxa de resposta dentro do prazo previsto em lei (30 dias), cujo percentual tem aumentado a cada ano.

Na Macrorregional Vales a ouvidoria tem sua atuação pautada na resolutividade, obedecendo sempre que possível o cumprimento dos prazos estipulados para a conclusão das demandas recebidas, primando sempre pela qualidade da escuta e respostas adequadas aos cidadãos. No ano de 2016 iniciou-se o registro de demandas na condição de Ouvidoria de Atendimento, o que possibilitou o maior reconhecimento da Ouvidoria Regional como instrumento de cidadania, na medida que se proporcionou a aproximação do usuário-cidadão e a gestão do SUS.

Gráfico 27: Ouvidoria - informações gerais (junho 2018 a junho 2019).

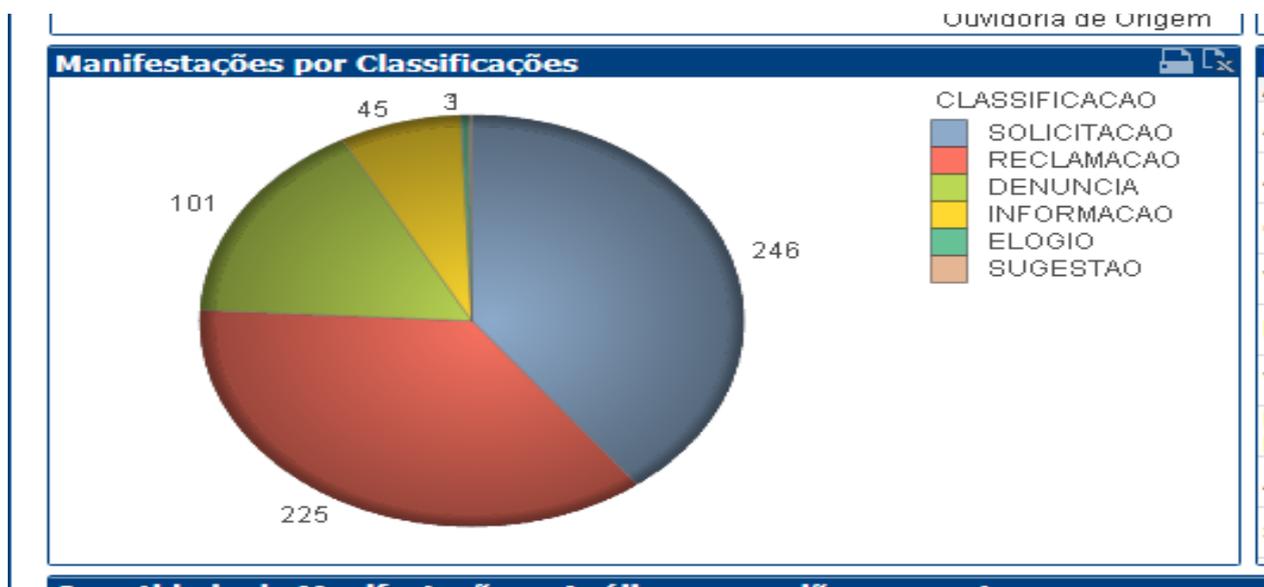


FONTE: BI (2022)

No período de junho de 2018 a junho de 2019 (Gráfico 27), verificou-se um total de 621 manifestações. Acrescenta-se que desse total 517 manifestações foram respondidas, correspondendo a um total de 83,25% a taxa de respostas no período considerado. Observou-se que 99% das manifestações apresentaram o prazo de resposta vencido. Quanto à origem da manifestação, 273 ocorreram na 16ª, 13ª e 8ª CRSs e 347 na SES. Quanto ao meio de atendimento (Gráfico 27), 384 foram realizadas por meio do telefone.

O Gráfico 28 apresentou as manifestações classificadas por grupo de ocorrências. O grupo “solicitação” correspondeu a 39,67% do total, ou seja, 246 ocorrências. As “reclamações” obtiveram 225 ocorrências, 36,29%. O grupo das “denúncias” ficou na terceira posição apresentando 16,29% (101 manifestações).

Gráfico 28: Ouvidoria - manifestações por classificações (junho 2018 a junho 2019).



FONTE: BI(2022)

Entre as manifestações por assunto (Figura 29), a Assistência à Saúde destaca-se entre os assuntos, apresentando 31,40% do total, ou seja, 195 ocorrências. Essa informação está relacionada ao diagnóstico de necessidade da Macrorregional Vales. Entre os motivos que levaram a dificuldade de acesso estão a indisponibilidade de serviços demandados na região, problemas no atendimento e filas de espera. Existe relação entre os dados apresentados no BI com aqueles do planejamento/regulação regional.

Figura 29: Ouvidoria - manifestações por assunto (junho 2018 a junho 2019).

Meio de Atendimento		
Manifestações por Assunto		
ASSUNTO	Absoluto	Relativo
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	195	31,40%
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	171	27,54%
GESTÃO	101	16,26%
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	33	5,31%
PRODUTOS PARA SAÚDE/CORRELATOS	28	4,51%
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	28	4,51%
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA/ PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ESF/...	9	1,45%
ALIMENTO	8	1,29%
SAMU	8	1,29%

Fonte: BI (2022)

A Assistência Farmacêutica, apresenta percentual de 27,54, ou seja, 171 das manifestações por assunto, entre solicitações e reclamações. A manifestação tem relação com o diagnóstico de necessidade regional representando a dificuldade de acesso aos medicamentos especializados e/ou não padronizados (judiciais). A gestão correspondeu a 16,26% apresentando 101 manifestações.

V MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Monitoramento e Avaliação são ferramentas de promoção de melhorias e de efetividade na gestão, apresentam-se como funções estratégicas de planejamento. No SUS elas fundamentam a tomada de decisão e o controle social sobre os rumos da política de saúde, induzindo a alocação dos recursos disponíveis de forma adequada e permitindo a solução de possíveis problemas de execução das ações e programas.

O monitoramento está relacionado ao acompanhamento contínuo de uma política, a partir da coleta e análise sistemática de dados, a fim de verificar se sua implementação está de acordo com os objetivos e as metas planejadas. Acrescenta-se que, este processo, também produz informações que permitem a correção de rumos e a revisão de ações propostas para o atingimento dos objetivos estabelecidos. Quanto à avaliação, fundamenta-se na análise dos efeitos de uma política para determinar a capacidade de gerar mudanças planejadas, ou seja, estabelece uma relação de causa e efeito, inferindo um julgamento de valor sobre a intervenção. O processo de monitoramento e avaliação no nível Macrorregional privilegia a utilização das ferramentas de apoio legalmente instituídas pelo sistema de planejamento do SUS, assim como da administração pública estadual.

As ações e os recursos necessários para atingir as metas propostas neste Plano Macrorregional foram definidas pelas respectivas gestões nos níveis municipal, estadual e federal, na respectiva Programação Anual de Saúde (PAS). A cada quatro meses, através do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), a gestão monitora a oferta e a produção de serviços públicos, os indicadores de saúde e financeiros, bem como as auditorias realizadas no período. Anualmente, as ações propostas são avaliadas através do Relatório Anual de Saúde (RAG), momento para a elaboração de propostas para a próxima PAS e/ou realizados os direcionamentos dos respectivos Planos de Saúde.

O DGMP/DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) é a plataforma digital que tem por objetivo possibilitar, aos gestores do estado e dos municípios, o registro de dados do Plano de Saúde (PS) e da Programação Anual de Saúde (PAS), bem como a elaboração e o envio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG).
<https://portalsage.saude.gov.br/painelInstrumentoPlanejamento>

O financiamento do Sistema Único de Saúde é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, como determina a Constituição Federal de 1988, fazendo valer o direito de acesso da população. Para garantir tanto o acesso da população como o financiamento do SUS foi criado Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que constitui instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina, em orçamento, a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde – ASPS.
<http://siops.datasus.gov.br/munntransm.phpS=1&UF=43;&Ano=2021&Periodo=&Ordenacao=Codigo>

O SIOPS corresponde a um sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. O SIOPS possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito da união, estados, municípios, sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas. Neste sistema que gestores da união, estados e municípios declaram todos os anos os dados sobre gastos públicos em saúde. São essas declarações que permitem as transferências constitucionais de recursos para a oferta de ASPS.

No estado do Rio Grande do Sul, a cada quatro meses, utiliza-se o Monitoramento da Gestão da Saúde MGS, ferramenta eletrônica que permite o monitoramento da gestão em Saúde e o gerenciamento das informações relativas à utilização dos recursos financeiros. <https://secweb.procergs.com.br/mgs/public/transparencia.jsp>

A legislação do SUS assegura a transparência e a visibilidade da gestão da saúde, divulgando as informações sobre a situação de saúde da população e sobre os serviços disponíveis. Entre as formas de promover a transparência e divulgar os resultados à sociedade estão: a consulta e o acesso aos resultados esperados sobre a política de saúde por meio eletrônico de acesso público e meio físico (incluindo impressos como boletins e informativos), apresentação e discussão no Conselho de Saúde e a realização de audiências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Planejamento Regional Integrado (PRI) da Macrorregional Vales tem como objetivo **qualificar as Redes de Atenção SUS nas Regiões de Saúde pertencentes à Macrorregional Vales** e está em constante aperfeiçoamento devido à complexidade que a situação de saúde impõe aos diversos agentes envolvidos. Na perspectiva técnica este planejamento será monitorado e analisado continuamente pelos técnicos das Coordenadorias Regionais da Saúde/Secretaria de Estado da Saúde, gestores municipais, COSEMS e Conselhos Municipais de Saúde. Para tanto, serão necessários o estabelecimento mecanismos de acompanhamento do cumprimento das diretrizes e metas estabelecidas nos planos municipais e macrorregional de saúde. Acrescenta-se que a legislação do SUS assegura a transparência e a visibilidade da gestão da saúde, a partir da ampla divulgação das informações sobre a situação de saúde da população e sobre os serviços disponíveis.

Necessário ressaltar, entre as *potencialidades do PRI*, que o seu processo de elaboração envolveu diversos agentes de influência interessados em contribuir para que o planejamento se tornasse efetivo, ou seja, eficiente e eficaz. Entre eles, técnicos responsáveis pelo PRI na CRS; representantes do COSEMS; representante nomeado pelo Conselho Municipal de Saúde; representantes do GT/PRI Regional; representantes do GT/PRI Macrorregional; gestores/representantes das 04 (quatro) Regiões de Saúde na CIR – 62 (sessenta e dois); técnicos (as) da AGEPLAN; técnicos (as) do Ministério; prestadora contratada para apoio à elaboração do PRI; funcionários das redes nas CRSs; coordenadores(as) CRS.

Na elaboração do PRI verificou-se que a consolidação das informações gerais no documento foi uma atividade com baixa complexidade, pouco grau de dificuldade. Quanto

ao trabalho de identificação e levantamento das necessidades e prioridades, houve uma exigência maior dos envolvidos na tarefa. No entanto, as atividades de criação dos objetivos e definição das metas quantificadas apresentaram alto grau de complexidade, entre as razões para esta dificuldade estão os seguintes fatores: a) Não existe ou é parcial a relação institucional entre os coordenadores/técnicos das políticas, programas e ações das diversas redes, considerando-se as três coordenadorias. b) A meta foi proposta, mas existe dificuldade para quantificá-la. c) Falta de clareza de quem deverá acompanhar os resultados alcançados (metas) para propor ações de manutenção ou melhoria destes resultados. Também, não se sabe quem acompanhará a atualização periódica dos objetivos e metas do plano com base nos resultados apresentados. d) Definição clara de autoridade e responsabilidade e das tarefas que cada agente deverá executar no processo de planejamento, elaboração, execução, verificação e atuação corretiva e/ou melhoria do PRI, quando necessário.

Ainda sobre dificuldades, observando-se o aspecto integração dos trabalhos realizados, verificou-se que as CIRs da Macrorregião dos Vales apresentam tamanhos e características particulares na atuação dos seus representantes, além de serem fóruns para discussão de temas prioritariamente regionais. Também, as formas de interações e processos de trabalho são diferentes, de acordo com a Regional. Outra dificuldade encontrada foi a coleta de dados nas diversas bases, são dados desatualizados em muitos casos, utilizando critérios diferentes de cálculo e apresentação. (BI, e-Gestor, SES, entre outras). Acrescenta-se que alguns sistemas não apresentam informações macrorregionais.

Outros aspectos que geram dificuldades na elaboração do PRI estão relacionados aos coordenadores/técnicos das redes - políticas, programas e ações - **no nível das CRS**, entre eles: a) Desconhecimento dos técnicos das áreas sobre os seus processos de trabalho e suas responsabilidades, visão estreita da sua atuação, ausência de visão sistêmica (origem da dificuldade na própria CRS). b) Baixo nível de interação entre coordenadores/técnicos das redes (Macrorregional). c) PAR Urgências e Emergências – organização por Macrorregional. d) PAR Saúde Mental – por Região de Saúde (discussão entre CRSs ocorreu durante a definição das metas). e) Regulação está se organizando por Macrorregional. f) Assistência Farmacêutica - (discussão entre CRSs ocorreu durante a definição das metas). g) Existe muita colaboração/participação, não existe envolvimento (alto grau de sugestões, críticas, opiniões – médio/baixo grau de envolvimento na execução de tarefas).

Quando ao desempenho dos coordenadores/técnicos das redes - políticas, programas e ações – **considerando-se o Estado/Nível Central**, as dificuldades podem estar nos seguintes fatores: a) Relação institucional e formal desses agentes com os técnicos das CRSs. b) Percepção e ações sobre a integração Macrorregional das políticas, ações e programas propostos. Ressalta-se que a integração entre os técnicos das três CRSs e, em algumas situações com o Nível Central, iniciou-se, principalmente, durante o processo de definição das metas – Saúde Mental, Vigilância, Urgências e Emergências, CEREST, Assistência Farmacêutica. Anteriormente à definição das metas o trabalho foi realizado somente entre os técnicos da regional). Também, constatou-se a dificuldade em quantificar metas, em razão da mesma depender de recursos financeiros para ampliar os serviços. Ex: Habilitação de serviços na regionalização - CIB 50; Serviços de reabilitação SPD- Saúde da Pessoa com Deficiência.

Para finalizar, entre *as perspectivas e apontamentos futuros* para a efetivação do PRI na macrorregional, estão a organização dos pontos de atenção das RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço macrorregional. Também a construção da programação geral das ações e serviços de saúde, além da identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços para orientação da alocação articulada dos recursos de investimentos e de custeio da União, Estados e municípios a nível macrorregional, bem como de emendas parlamentares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 de set. de 1990.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1980**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

BRASIL. **PRC nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Arts 94 a 101**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. **PRC nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo I**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 19 de dezembro de 2010**, que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**, que introduziu significativas mudanças no planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculando a reformulação dos processos de programação das ações e serviços de saúde.

BRASIL. **Ministério da Saúde. DATASUS**. CNES 2022.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017**, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017**, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017**, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017**, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. **Resolução CIT nº 01, de 29 de setembro de 2011**. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

BRASIL. **Resolução CIT nº 010, de 08 de dezembro de 2016**. Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado de despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do sistema Único de Saúde.

BRASIL. **Resolução CIT nº 023, de 17 de agosto de 2017**, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

BRASIL. **Resolução CIT nº 037, de 22 de março de 2018**, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde;

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. 8º Coordenadoria Regional da Saúde. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. 13º Coordenadoria Regional da Saúde. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. 16º Coordenadoria Regional da Saúde. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. **Site da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.** Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br>. Acesso em: nov 2022.

RIO GRANDE DO SUL. DOE/RS, em 13 de janeiro de 2021, do Decreto Nº 55.718, de 12 de janeiro de 2021 (Anexo I).

RIO GRANDE DO SUL. Plano Estadual de Saúde (2020-2023). Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202103/31105430-plano-estadual-de-saude-2020-2023.pdf>. Acesso em: set 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Portal BI. Planejamento Regional Integrado.** <https://bi.saude.rs.gov.br>. Acesso em: abr 2022.



**GOVERNO DO ESTADO DO
RIO GRANDE DO SUL**

SECRETARIA DA SAÚDE

**8ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
Ata nº 14-2022**

1 Aos vinte e nove dias do mês de novembro de dois mil e vinte dois, às nove
2 horas, foi realizada a reunião presencial da Comissão Intergestores Regional -
3 CIR da Oitava Coordenadoria Regional de Saúde – CRS, realizada na
4 Cafeteria Anita, na Rua Reinoldo Seitenfus, número oitenta e cinco, centro,
5 município de Arroio do Tigre. O Presidente da Comissão, Júlio Roberto Ferreira
6 Lopes, deu as boas-vindas a todos, agradecendo suas presenças e de
7 imediato passou a pauta. **Aprovação das Atas números cinco e seis, de**
8 **dois mil e vinte e dois:** Júlio, ressalta que as referidas atas foram
9 encaminhadas previamente por e-mail aos membros da Comissão para leitura,
10 colocou em discussão. Após análise, as Atas foram aprovadas sem correção.
11 **Atualização de membros da Comissão Intergestores Regional:** Júlio
12 passou a pauta para Mônica Porto Pandolfo para apresentar as substituições
13 de representantes na Secretaria Técnica e da Comissão Intergestores
14 Regional. Foram substituídos os seguintes membros representantes dos
15 municípios da Região: Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeira do Sul – foi
16 substituído membro titular Simone Netto Mônico por Débora Dickel de Jesus
17 Pessoa; e foi substituído membro suplente Thatiane Veiga Siqueira, da
18 Secretaria Municipal de Saúde de Cerro Branco, por Simone Netto Mônico, da
19 Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeira do Sul. Também foi substituído o
20 seguinte membro titular da Comissão Intergestores Regional representante do
21 Núcleo Regional de Vigilância em Saúde da Oitava Coordenadoria Regional de
22 Saúde: Flávio Thumé da Silva por André Dalcin. Os demais representantes da
23 Comissão Intergestores Regional e da sua Secretaria Técnica permanecem
24 inalterados. **Rediscussão do Regimento Interno da Comissão Intergestores**
25 **Regional para inclusão da Regulação Regional como membro da**
26 **Comissão:** Mônica explanou sobre a importância da referida pauta ser
27 aprimorada e discutida em uma reunião da Secretaria Técnica para melhor
28 representatividade e estruturação da Comissão para atender as
29 demandas/necessidades atuais da Região. **Apresentação do Planejamento**



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

**8ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
Ata nº 14-2022**

30 **Regional Integrado da Macrorregião de Saúde Vales:** Roberta Ferreira Billig
31 salienta que o que Plano Macrorregional foi encaminhado por E-mail aos
32 membros para leitura e análise prévia. Explanou sobre o processo de
33 construção do Plano Macrorregional de Saúde da Macrorregião dos Vales, que
34 é resultante do Planejamento Regional Integrado, que foi construído através de
35 oficinas regionais (com técnicos da Regional, Apoiadora do Conselho de
36 Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul, técnicos e gestores
37 municipais), reuniões de trabalho, levantamentos e análises de dados. Salienta
38 que o Diagnóstico e as Necessidades Regionais estão disponíveis no Portal BI
39 (ferramentas de Business Intelligence BI) na íntegra. Após explanação, foi
40 aberto espaço para sugestões, apontamentos. Não houve manifestações
41 contrárias. Foi dada ciência do Plano Macrorregional de Saúde – Macrorregião
42 Vales a esta Comissão. Na sequência, será encaminhado para pactuação pela
43 Comissão Intergestores Bipartite. Na oportunidade agradeceu a participação de
44 Milton Edwino Kelling, de Cachoeira do Sul, e de Diana Paula Rauber Mergen,
45 de Arroio do Tigre, pela participação no processo de construção como
46 representantes do Grupo Técnico de Planejamento Regional Integrado
47 Macrorregional. **Atualização do Grupo Técnico de Planejamento Regional**
48 **Integrado Macrorregional:** Roberta solicitou apreciação da Comissão para
49 atualização dos representantes dos municípios no Grupo Técnico de
50 Planejamento Regional Integrado da Oitava Coordenadoria Regional de Saúde,
51 que compõem o Grupo de Trabalho Planejamento Regional Integrado da
52 Macrorregião dos Vales, considerando que a Secretária Municipal de Saúde de
53 Arroio do Tigre vem participando ativamente na construção do Plano. Foi
54 pactuada a substituição de Ana Ilce Rubert Feron, de Segredo, por Diana Paula
55 Rauber Mergen, de Arroio do Tigre. **DigiSUS:** Roberta explanou a importância
56 dos gestores municipais cumprirem os prazos dos instrumentos de gestão no
57 Sistema DigiSUS. Em outubro do corrente ano foi disponibilizada pela Oitava



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

**8ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
Ata nº 14-2022**

58 Coordenadoria Regional de Saúde, em parceria com a Superintendência do
59 Ministério da Saúde no Rio Grande do Sul, uma oficina prática sobre os
60 Instrumentos de Gestão. Foram disponibilizadas duas a três vagas por
61 município aos responsáveis pelo Sistema de cada município e aos Presidentes
62 dos Conselhos Municipais de Saúde da Regional proporcionando, assim,
63 esclarecimentos e suporte aos municípios para trabalharem com o Sistema
64 DigiSUS, considerando que o não cumprimento dos prazos está sendo
65 apontado pelo Tribunal de Contas do Estado. Salaria que é necessário uma
66 atenção especial dos municípios em relação a Programação Anual de Saúde,
67 que deve ser elaborada e apreciada pelo Conselho Municipal de Saúde e
68 inserida no DigiSUS antes da Lei de Diretrizes Orçamentárias. Outra
69 observação importante é que o responsável deve ter conhecimento na área e
70 saber analisar as informações colocadas no Sistema. Kellen Nunes, apoiadora
71 do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, complementa sobre a
72 importância de ser um profissional de carreira para dar seguimento e conhecer
73 melhor o Sistema. Roberta informou que realizou um levantamento de todos os
74 municípios da Regional com o Status de cada instrumento no DigiSUS e
75 consultou os gestores se concordam que seja entregue um resumo com o
76 Status de cada município, ao que todos concordaram. Foi realizada orientação
77 individual aos municípios que estão com prazos expirados, com exceção dos
78 municípios de Lagoa Bonita do Sul e Encruzilhada do Sul, que não estavam
79 presentes na reunião, mas que serão contatados posteriormente. **Oncogastro**
80 **do Hospital de Caridade e Beneficência:** Roberta realizou a leitura do E-mail
81 do Núcleo Regional de Regulação da Coordenadoria, que transmitiu a
82 informação recebida da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia do
83 Hospital de Caridade de Beneficência, que estão ocorrendo diversos casos
84 graves de atendimento no Setor de Emergência do Hospital de pacientes da
85 especialidade oncologia gastrointestinal e/ou proctologia. É uma situação que
86 precisa ser verificada em cada município, uma vez que no Sistema de



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

**8ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
Ata nº 14-2022**

87 Gerenciamento de Consultas não existe fila de espera no momento no Serviço.
88 Solicitou que os gestores e os agendadores informem o porquê destes casos
89 não estarem sendo cadastrados via Sistema de Gerenciamento de Consultas.
90 Como possível causa do agravamento dos casos e os pacientes estarem
91 parando na emergência do Hospital, foi apontado que eles precisam realizar
92 exames complementares para comprovação de diagnóstico oncológico ou não,
93 para poder cadastrar na especialidade de Oncologia. Os municípios disseram
94 que o Sistema de Gerenciamento de Consultas pendencia as solicitações dos
95 pacientes sem a comprovação dos exames com o diagnóstico e apontam a
96 necessidade de rever esse fluxo porque está previsto que a Oncologia deve
97 atender casos de alta suspeita. A Secretaria Municipal de Saúde de Segredo
98 relatou que são necessários exames para comprovação do diagnóstico para
99 cadastrar os pacientes no Sistema. **Abrangência dos serviços de Traumatologia-
100 ortopedia e Cirurgia Vascular da Região:** Mônica Porto Pandolfo e Carina
101 Bassan Dotto relataram que, conforme combinado na reunião da Comissão
102 Intergestores Regional do dia nove de novembro e na reunião da Secretaria
103 Técnica do dia vinte e três de novembro, a extensão da abrangência das
104 atuais referências dos serviços de Traumatologia-ortopedia e de Cirurgia Vascular
105 do Hospital de Caridade e Beneficência e do Hospital Santa Bárbara a todos os
106 municípios da Região precisa ser revista. Destaque-se que os quantitativos
107 contratados permanecerão os mesmos. Foi solicitado que cada município
108 discutisse com sua equipe de Planejamento, de Regulação/Agendamento, de
109 Transportes/Remoções e trouxesse para esta reunião se conseguirão organizar
110 a logística e realizar o transporte dos pacientes caso o Hospital de Caridade e
111 Beneficência e o Hospital Santa Bárbara se tornassem referência para todos os
112 municípios da Região nos Ambulatórios de Traumatologia-ortopedia e de Cirurgia
113 Vascular. Isso está sendo proposto considerando que atualmente a Região
114 possui dois serviços de Traumatologia-ortopedia e dois serviços de Cirurgia
115 Vascular (ambos em Cachoeira do Sul e em Encruzilhada do Sul); que foi



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

**8ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
Ata nº 14-2022**

116 identificado pela Coordenadoria que tem sobrado vagas no Ambulatório de
117 Cirurgia Vascular do Hospital Santa Bárbara, o que dificulta o cumprimento do
118 contrato e a manutenção deste serviço a longo prazo; que atualmente há fila de
119 espera expressiva dos residentes em Cachoeira do Sul no Ambulatório de
120 Cirurgia Vascular do Hospital de Caridade e Beneficência; que há expressiva
121 fila de espera de toda a Região para consulta e cirurgia eletiva de Traumato-
122 ortopedia de Média Complexidade; que os pacientes que aguardam cirurgia
123 eletiva de traumatologia no Hospital de Caridade e Beneficência não são
124 chamados desde julho de dois mil e dezenove. Após discussão, foi pactuado
125 que a abrangência do Ambulatório de Traumato-ortopedia do Hospital de
126 Caridade e Beneficência será para todos os municípios da Região, com
127 exceção de Caçapava do Sul e Encruzilhada do Sul. A abrangência do
128 Ambulatório de Traumato-ortopedia do Hospital Santa Bárbara será para todos
129 os municípios da Região, com exceção de Segredo e de Sobradinho. A
130 abrangência do Ambulatório de Cirurgia Vascular do Hospital de Caridade e
131 Beneficência será para todos os municípios da Região, com exceção de
132 Caçapava do Sul e de Encruzilhada do Sul. A abrangência do Ambulatório de
133 Cirurgia Vascular do Hospital Santa Bárbara será para todos os municípios,
134 com exceção do município de Sobradinho. Mônica falou que esta alteração
135 deverá ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite para se efetivar.
136 Lembrando que, se essa proposta se concretizar, os pacientes serão
137 agendados no Sistema de Gerenciamento de Consultas por ordem de
138 prioridade para a primeira vaga disponível em qualquer um dos
139 hospitais, impossibilitando à Secretaria Municipal de Saúde de origem e/ou ao
140 paciente a escolha do prestador. Neusa Maria Ravello Billig, gestora da
141 saúde do município de Estrela Velha, solicitou pauta para relatar a situação de
142 uma gestante do seu município no último final de semana, a qual teve
143 dificuldades de acesso na transferência da paciente em que estava em
144 acompanhamento pelo Ambulatório de Gestante de Alto Risco do Hospital de



**GOVERNO DO ESTADO DO
RIO GRANDE DO SUL**

SECRETARIA DA SAÚDE

**8ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
Ata nº 14-2022**

145 Caridade e Beneficência e pelo Hospital Presidente Vargas de Porto Alegre.
146 Júlio relatou o envolvimento de toda a rede e a dificuldade de aceite da
147 paciente pelo Hospital de Caridade e Beneficência por não disponibilizar de
148 leito de UTI Neonatal no momento, além de vaga disponível na UTI adulto para
149 gestante. Devido à gravidade da situação, foi solicitado e entregue ofício pelo
150 município para a Coordenadoria pedindo esclarecimento e providências ao
151 exposto. A Coordenadoria encaminhará o Ofício à responsável pela Saúde da
152 Mulher Regional. **Encerramento do ano e planejamento do próximo ano do**
153 **Conselho das Secretarias Municipais de Saúde:** Kellen Nunes agradeceu a
154 parceria de todos durante o ano. Em seguida entregou uma mensagem para
155 cada participante, realizando uma dinâmica reflexiva utilizando mensagens
156 otimistas para o próximo ano. **Encerramento do ano da Oitava**
157 **Coordenadoria Regional de Saúde:** Júlio agradeceu a todos pelo
158 companheirismo e união durante essa gestão que se encerra. Não sabe se
159 permanecerá na próxima gestão, mas deixa a certeza de que cumpriu com seu
160 papel, estando comprometido e empenhado em colaborar com as demandas
161 postas, muitas delas difíceis de resolver, mas sempre buscando fazer o
162 possível que estava ao seu alcance. Nada mais havendo a tratar, lavrei esta
163 ATA, que vai assinada por mim, Mônica Porto Pandolfo, pelo Presidente da
164 Comissão Intergestores Regional, Júlio Roberto Ferreira Lopes, e pelo Vice-
165 Presidente da Comissão Intergestores Regional, Ivancur Seckler. Arroio do
166 Tigre, vinte e nove de novembro de dois mil e vinte dois.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
13ª COORDENADORIA REGIONAL
28ª REGIÃO DE SAÚDE – VALE DO RIO PARDO
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DO VALE DO RIO PARDO

DELIBERAÇÃO N.º 23/2022-CIR-VRP

A Comissão Intergestores Regional do Vale do Rio Pardo, da 28ª Região, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais e considerando:

- a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;
- o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que 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 três esferas de governo; e revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993;
- a Resolução CIT nº 10, de 8 de dezembro de 2016, que dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde;
- a construção dos diagnósticos regionais com levantamento das necessidades de cada região de saúde no ano de 2019;
- a Portaria GM nº 1.812, de 22 de julho 2020, que institui, para o exercício de 2020, incentivo financeiro de custeio, aos Estados e ao Distrito Federal, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- a Portaria GM nº 3065, de 11 de novembro de 2020, que homologou o projeto do RS que busca o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à

organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da implementação do Planejamento Regional Integrado (PRI) no Estado do Rio Grande do Sul;

- a necessidade de construção do planejamento da saúde ascendente, integrado e regionalizado;
- a Resolução n.º 067/2019-CIB/RS: Homologa o Regimento Interno da Comissão Intergestores Regional /CIR, da Região de Saúde 28 – Vale do Rio Pardo, da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde;
- a Resolução CIB nº 188/2018: Aprova a proposta de cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado – Res. CIT nº 037/18;
- a Deliberação n.º 13/2021-CIR-VRP: Institui o Grupo de Trabalho (GT) para construir e propor o Planejamento Regional Integrado (PRI) do território da 28ª Região de Saúde, abreviado como GTPRI-28, e agregá-lo à proposta de construção do Plano Macrorregional Integrado da Região de Saúde dos Vales, junto aos respectivos Grupos Técnicos (GTs) da 27ª, 29ª e 30ª Regiões de Saúde;
- a Deliberação 22/2021-CIR-VRP: Aprova, no âmbito da 28ª Região de Saúde, integrante da Macrorregião dos Vales, o Documento Técnico: “Proposta de planejamento das etapas do Planejamento Regional Integrado (PRI) da Macrorregião Vales do Estado do Rio Grande do Sul;
- a Deliberação 10/2022-CIR-VRP, que Aprova o documento técnico intitulado: “Diagnóstico Regional de Saúde – atualização das necessidades da Região de Saúde 28;
- a Deliberação 11/2022-CIR-VRP: Aprova a relação de Prioridade para integrar o Planejamento Regional Integrado (PRI) da Região de Saúde 28, para subsidiar a elaboração de documento intitulado: Diagnóstico Macrorregional de Saúde – Atualização das Necessidades, Macrovalés/RS.
- a necessidade de construção do Planejamento da Saúde ascendente, integrado e regionalizado;
- a Ata n.º 15/2022-CIR-VRP: registra a apresentação e aprovação da proposta em Plenária desta CIR-VRP;

DELIBERA:

Art. 1º – Aprovar a inclusão, a partir de sugestão do Centro Regional em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales (CEREST Vales) e dos técnicos Regional da 13ª CRS integrantes das Vigilâncias da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – Ambiental, Saúde do Trabalhador e Epidemiológica –, na Rede de Vigilância os seguintes objetivos:

Art. 2º – Objetivo: ampliar e garantir o acesso ao tratamento das Hepatites Virais B e C. Visa, ampliar em 10% (dez por cento) os Testes Rápidos aplicados anualmente para detecção de Hepatites B até 2025.

Art. 3º - Objetivo: Ampliar o acesso à água tratada na Macrorregional.

I – Ampliar o acesso à água tratada (com desinfecção) para a população abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC).

II – Meta mínima de 75% (setenta e cinco por cento) na relação: população abastecida por SAC com tratamento/população abastecida por SAC RS28: 12 de 13 municípios – 92% - noventa e dois por cento.

Art. 4º - Objetivo Vigilância em Saúde do Trabalhador: fortalecer as ações de vigilância em saúde do trabalhador na área de abrangência.

I – Garantir a execução das ações de Vigilância aos Ambientes e Processos de Trabalho (VAPT) pelas equipes municipais de Vigilância em Saúde:

a – 01 VAPT para os anos de 2022 e 2023.

b – 02 VAPT para os anos de 2024 e 2025.

c – Aqueles municípios que conseguirem fazer mais poderão fazê-lo.

II – Ampliar a notificação de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART), com atenção aos casos de Doenças. Em caso de o município já vir notificando acima destas metas, não poderá reduzir esse valor.

a – 40 (quarenta) notificações/10.000hab em 2022;

b – 42 (quarenta e duas) notificações/10.000hab em 2023;

c – 46 (quarenta e seis) notificações/10.000hab em 2024;

d – 50 (cinquenta) notificações/10.000hab em 2025.

III – Monitorar e investigar os óbitos relacionados ao trabalho.

a – 75% de óbitos investigados em 2022;

b – 80% de óbitos investigados em 2023;

c – 95% de óbitos investigados em 2024;

d – 100% de óbitos investigados em 2025.

IV - Garantir profissional Responsável Técnico para articular as ações de Saúde do Trabalhador nos municípios:

a – 01 (um) Responsável Técnico por município, com jornada de pelo menos 8 h semanais, para 100% (cem por cento) dos municípios.

b – Municípios que já possuem responsável Técnico com jornada superior a 8 h semanais ou maior número de profissionais para a Saúde do trabalhador e/ou equipe de Vigilância em Saúde do Trabalhador, devem manter ou ampliar a estrutura disponível.

Art. 5º – A Deliberação nº. 11/2022-CIR-VRP, de 14 de dezembro de 2021, e demais deliberações que tratem do tema Planejamento Regional Integrado (PRI) na Região de Saúde 28 não será revogada, sendo o conteúdo da presente Deliberação de natureza aditiva e complementar.

Art. 6º – Esta deliberação entra em vigor a partir de sua publicação na CIB/RS.

Santa cruz do Sul, 22 de novembro de 2022.

MARILUCI INOCÊNCIA REIS

Presidente da Comissão Intergestores Regional do Vale do Rio Pardo

28ª Região de Saúde da SES/RS