



**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

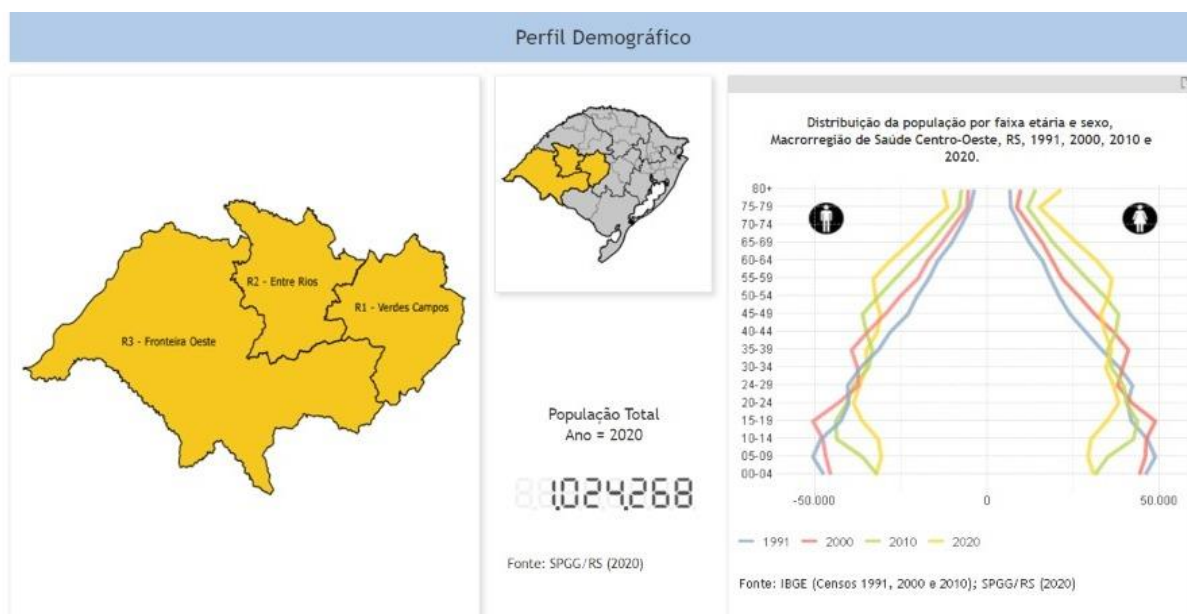
Uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a regionalização, orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, assim como os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006), com o objetivo de garantir acesso, resolutividade e qualidade nestas ações e 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.

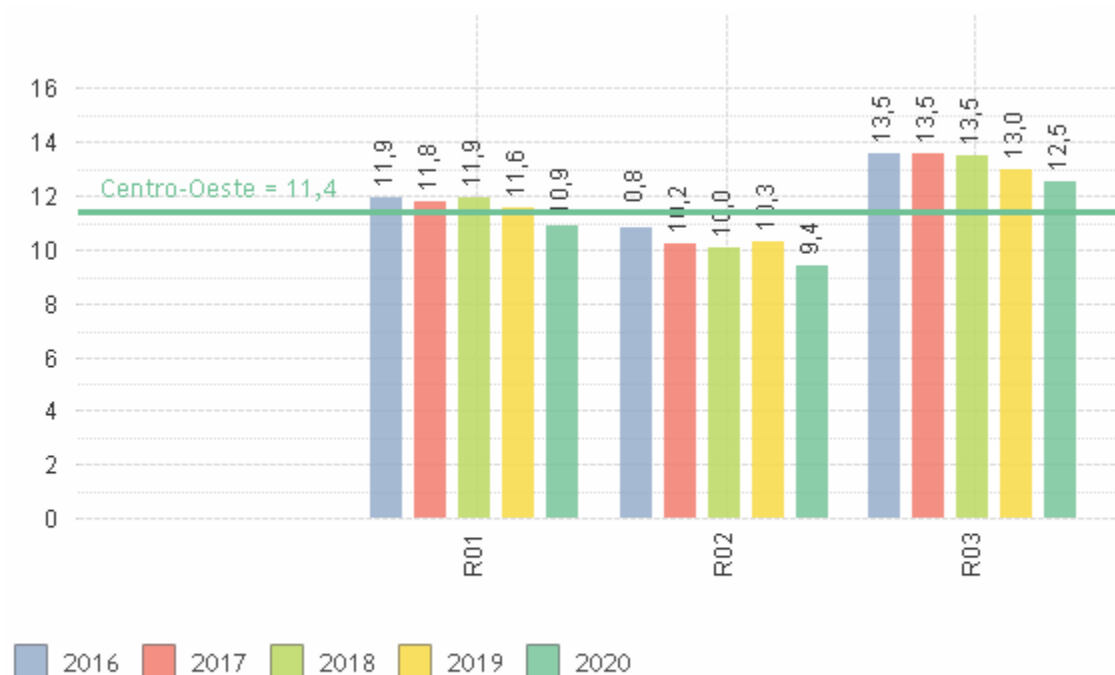
A macrorregião de saúde Centro-Oeste apresenta uma população total de 1.024.268 habitantes, conforme estimativa Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão do Estado do Rio Grande do Sul (SPGG/RS), para o ano de 2020. O gráfico acima demonstra o perfil etário populacional, onde as espirais representam 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, conseqüentemente, 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.

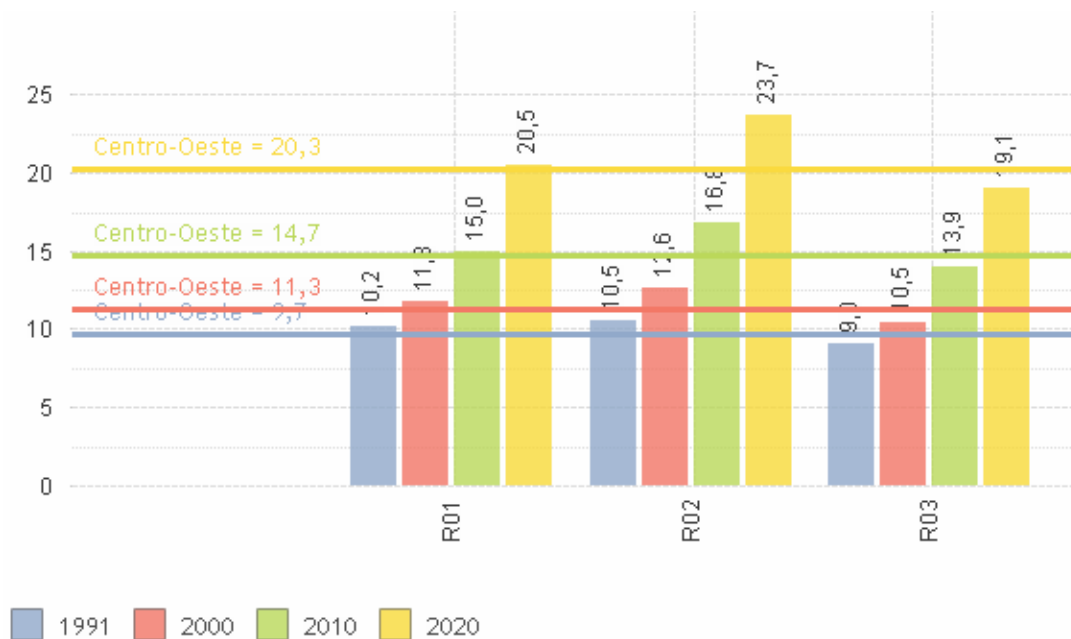
Figura 2. Coeficiente Geral de Natalidade (1.000), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



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).

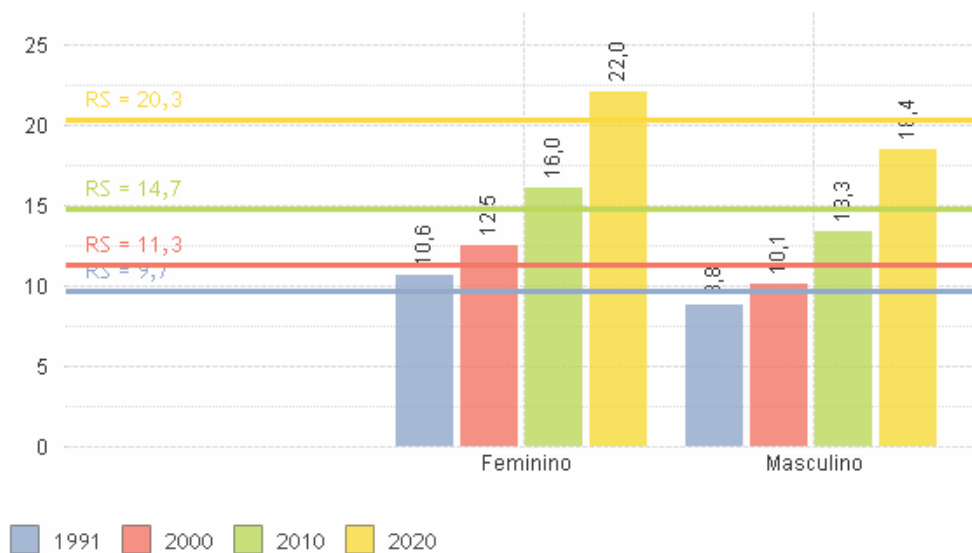
Figura 3. Proporção de idosos na população (%), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020.



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.

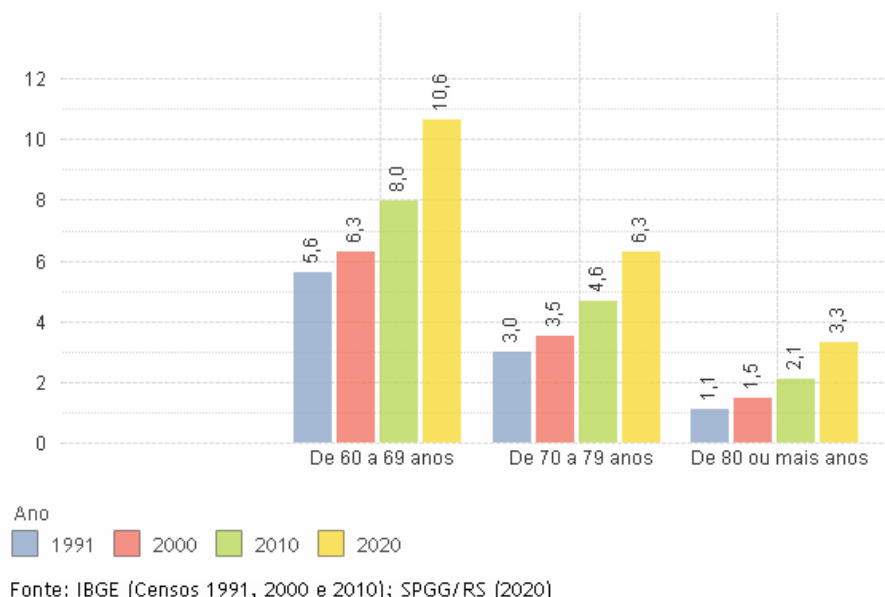
Figura 4. Proporção de idosos na população (%), por sexo, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020.



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

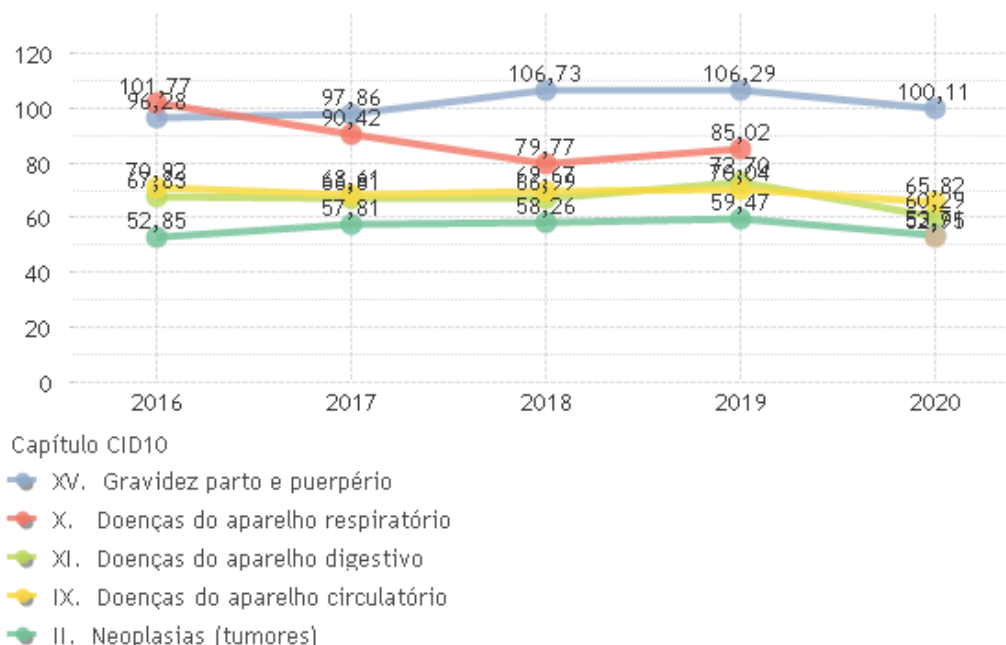


2. A IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO

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. Malf cong deformid 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.

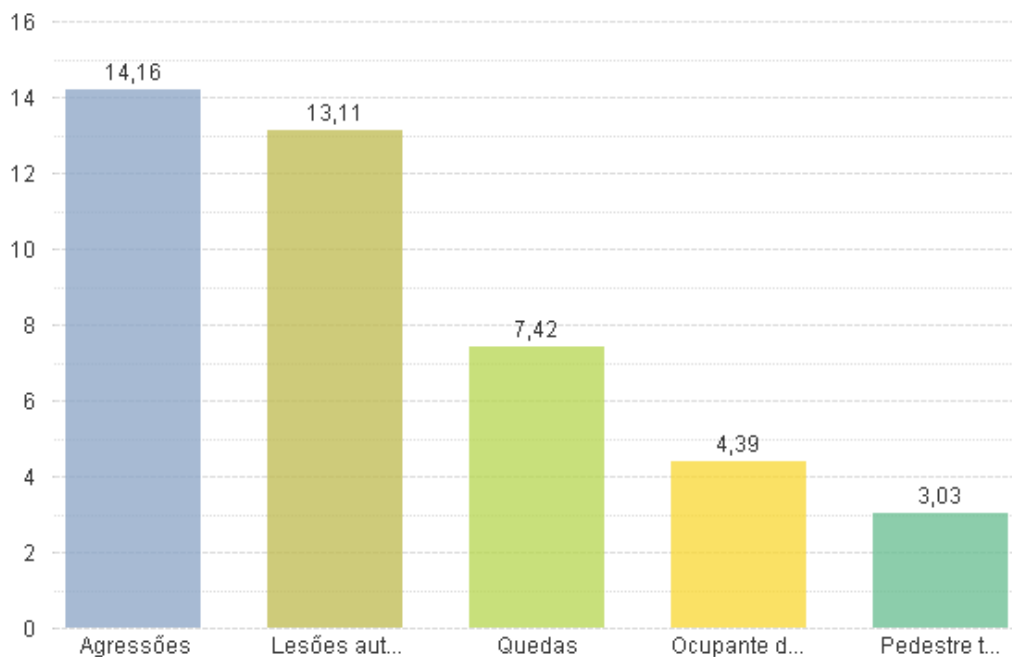
	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (55,8%)	XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (26,5%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (4,4%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (4,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (3,5%)
01-09	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).

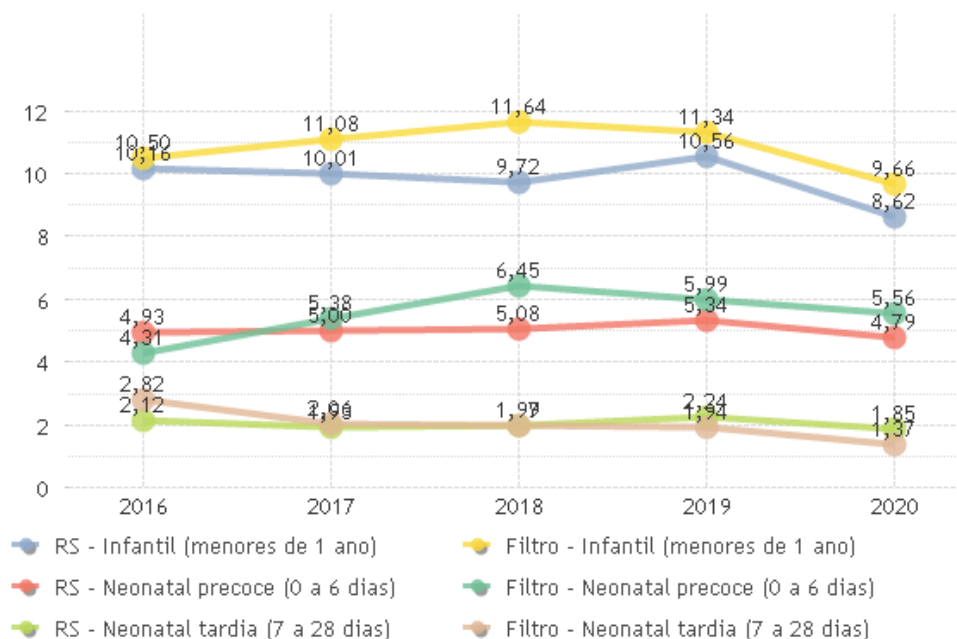
Figura 10. Taxa de mortalidade por causas externas, cinco principais grupos (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2020.



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.

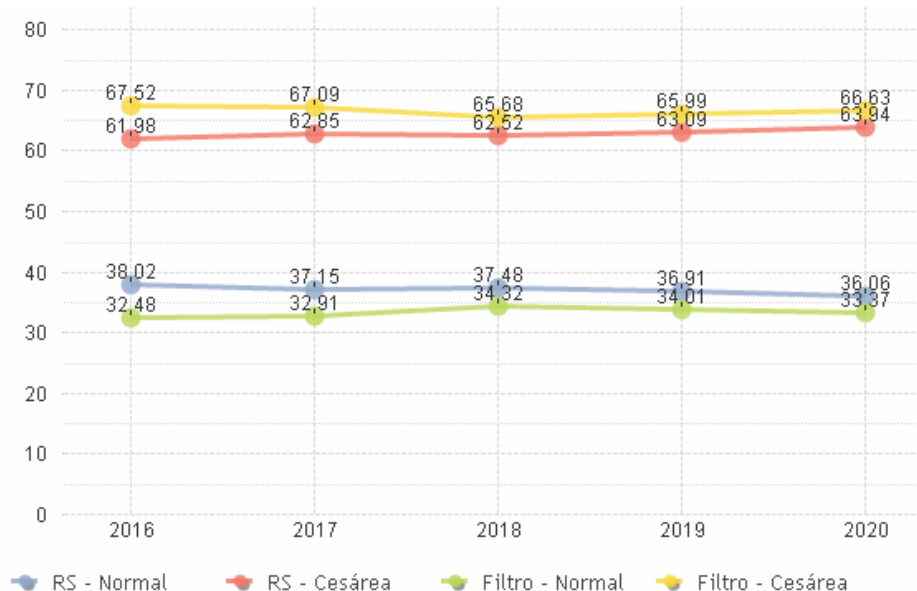
Figura 11. Taxa de Mortalidade Infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



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).

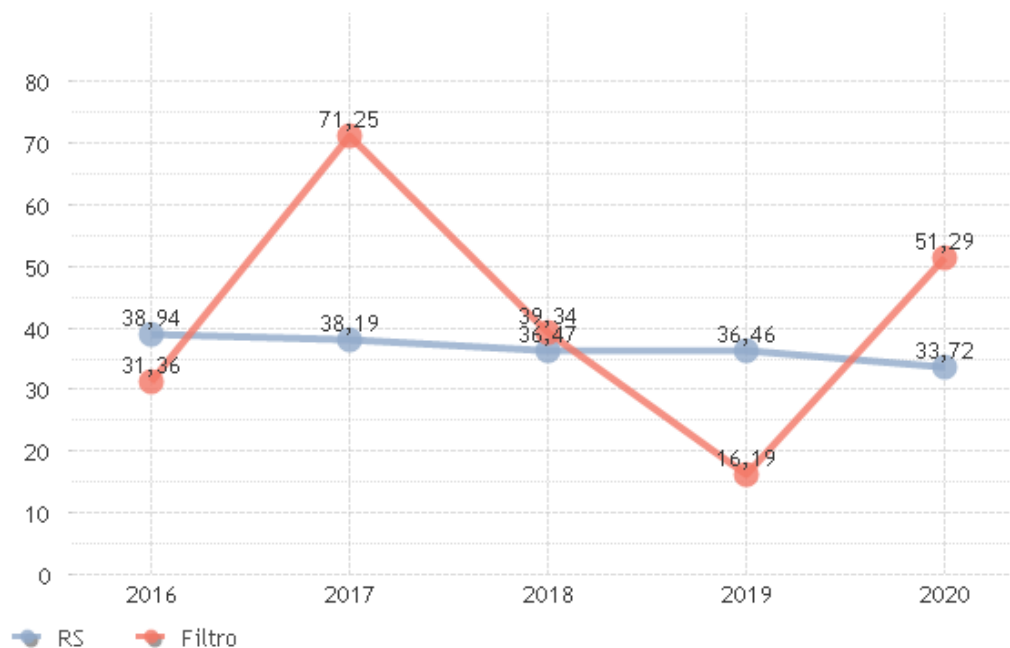
Figura 12. Tipo de Parto (%), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



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).

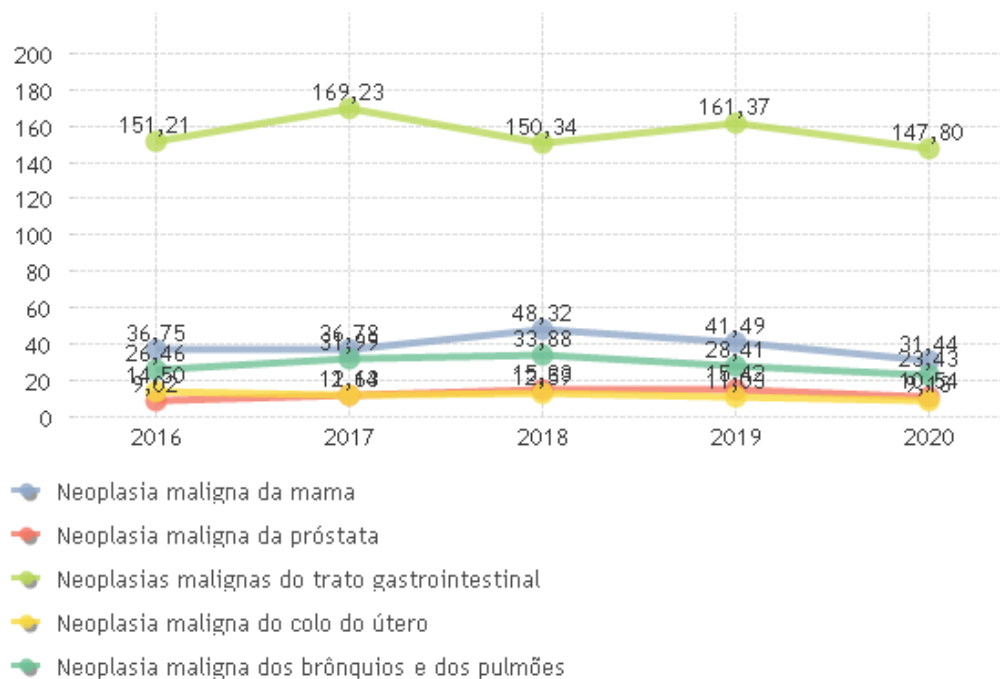
Figura 13. Taxa de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



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.

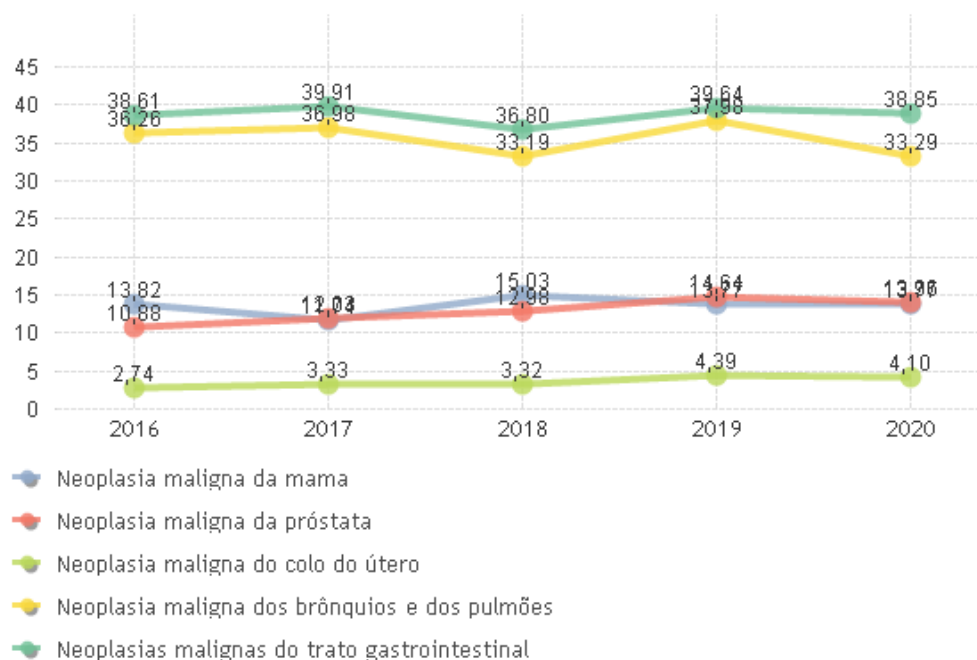


Fonte: SIH/DATASUS.

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).

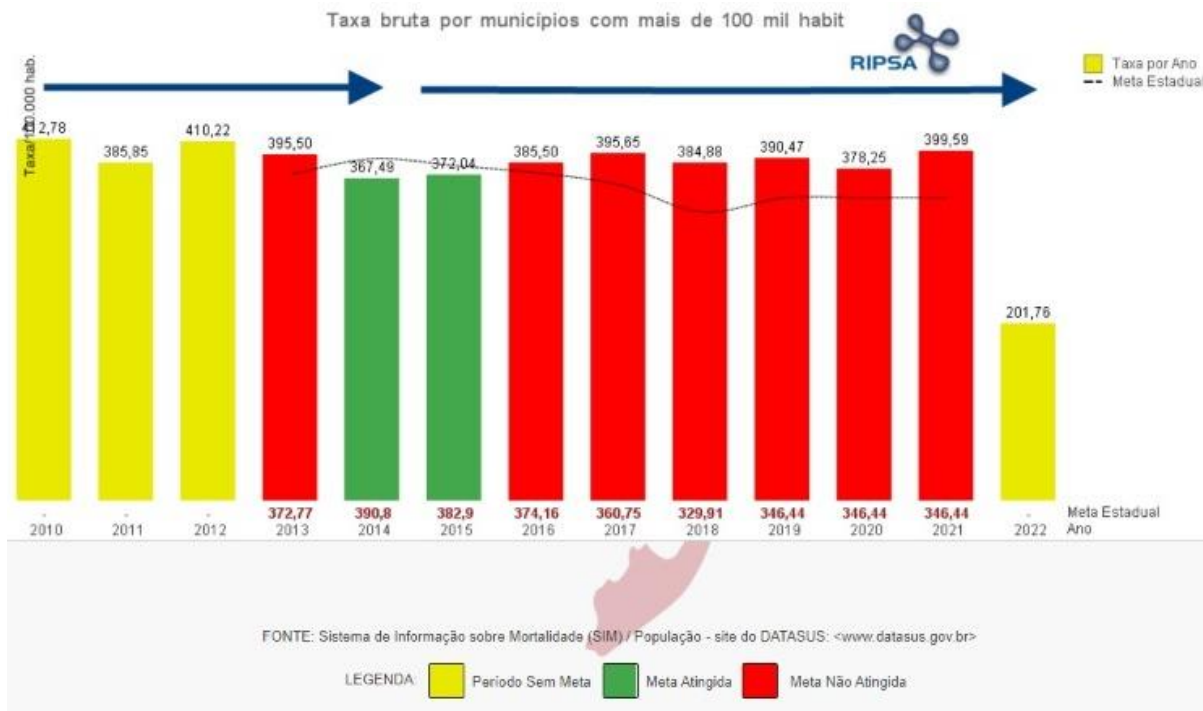
Figura 15. Taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



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
PRONTO 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

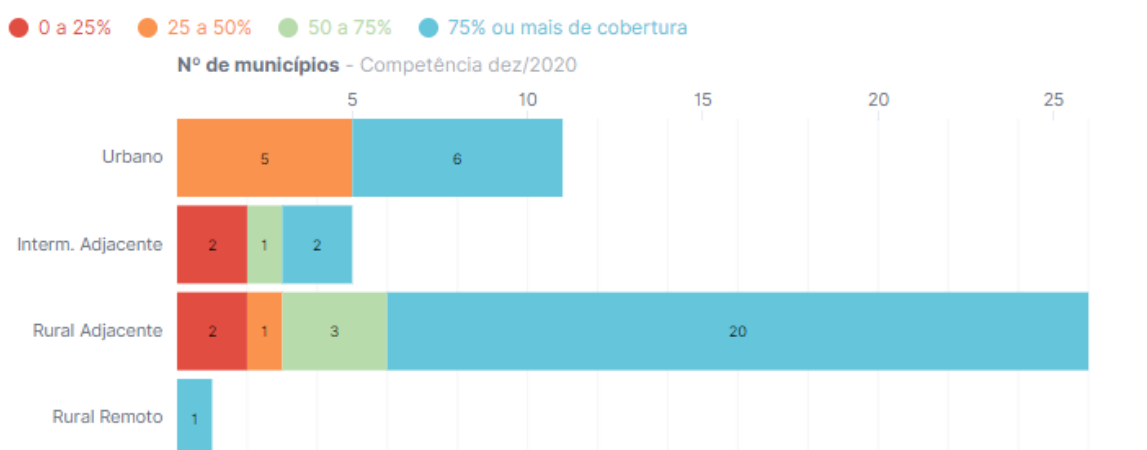
4.1.1 Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF)

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).

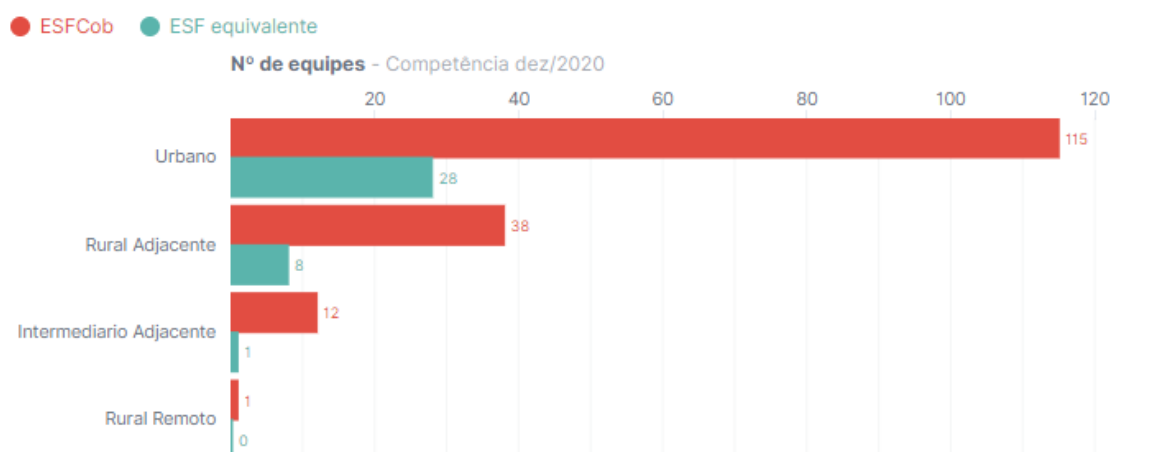
Grande parte dos municípios são classificados como rural adjacente, contando com 26 municípios, 11 são considerados urbanos, 5 intermediários adjacentes e 1 rural remoto (Figura 18). Os municípios de tipologia rural adjacente possuem as melhores coberturas de ESF. Entretanto, os municípios urbanos possuem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

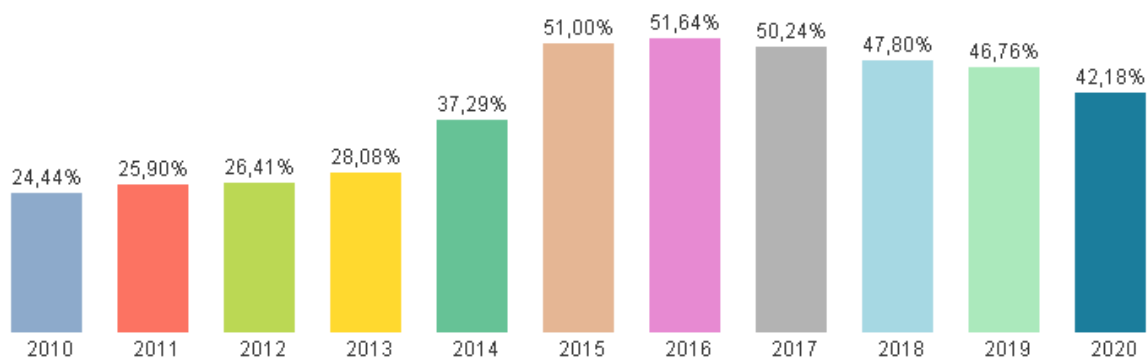
Figura 19. Número de equipes segundo a tipologia dos municípios, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, dezembro de 2020.



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, Jaguari, 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

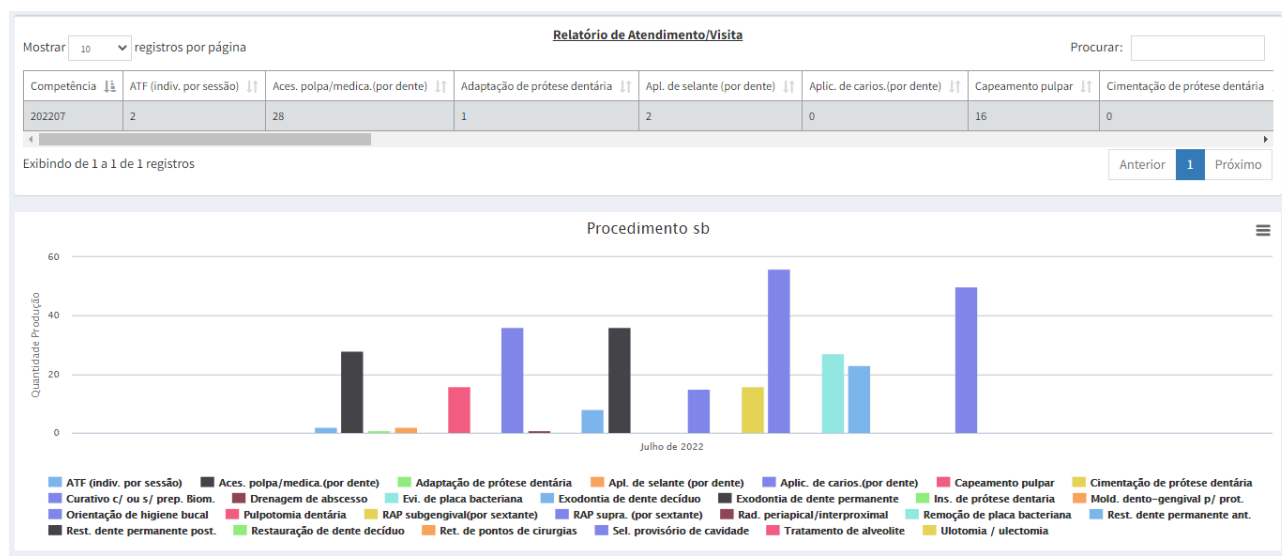
4.1.6.1 Organização da atenção à saúde bucal na Macrorregião de Saúde Centro-Oeste

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.



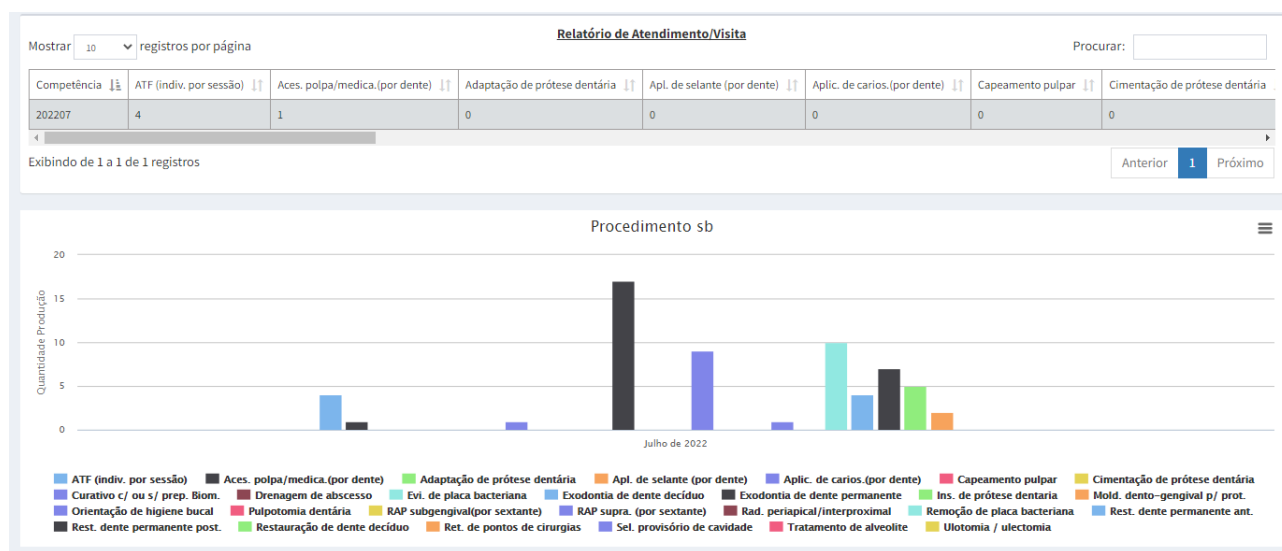
Ministério da Saúde 2022: [Secretária de Atenção Primária à Saúde \(SAPS/MS\)](#)

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.

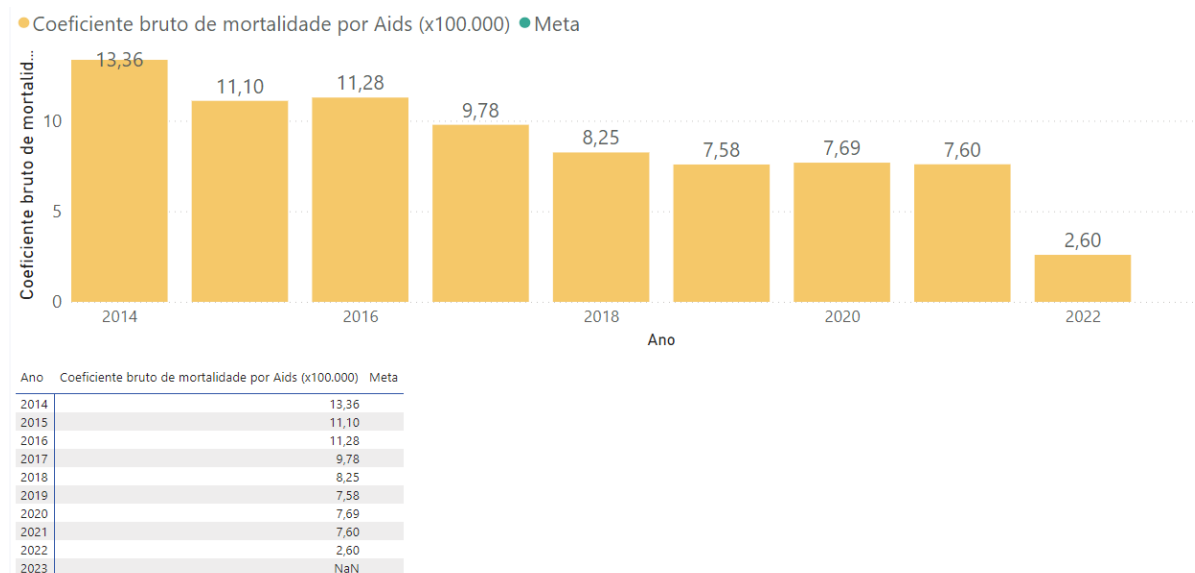
Existem dois serviços de Pronto-Atendimentos (PA) para urgências em Odontologia, ambos localizados no município de Santa Maria. O primeiro é o PA lotado no Pronto Atendimento Flávio Miguel Schneider, no bairro Patronato, que funciona das 19 às sete (7) horas da manhã do dia seguinte, durante a semana. 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).

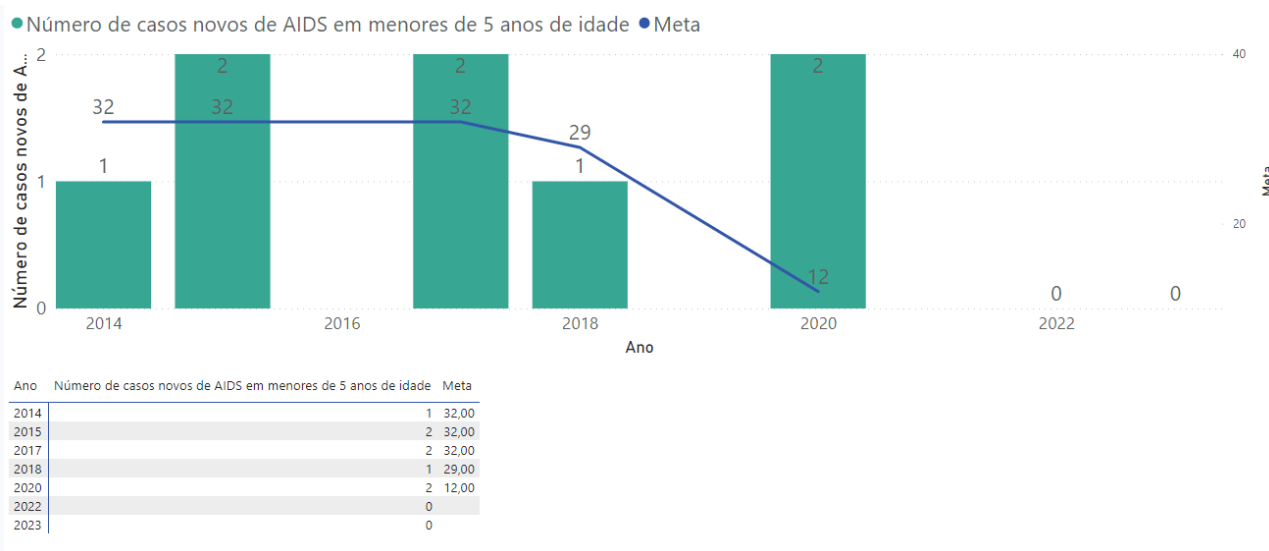
Figura 23. Coeficiente Bruto de Mortalidade por AIDS por 100.000 habitantes, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022.



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).

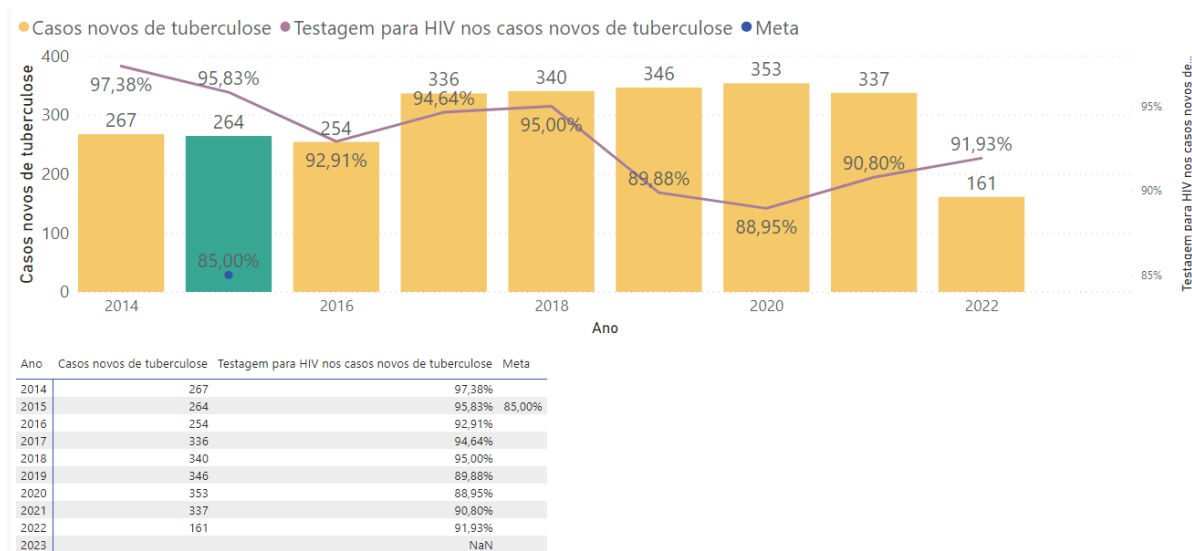
Figura 24. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022.



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.

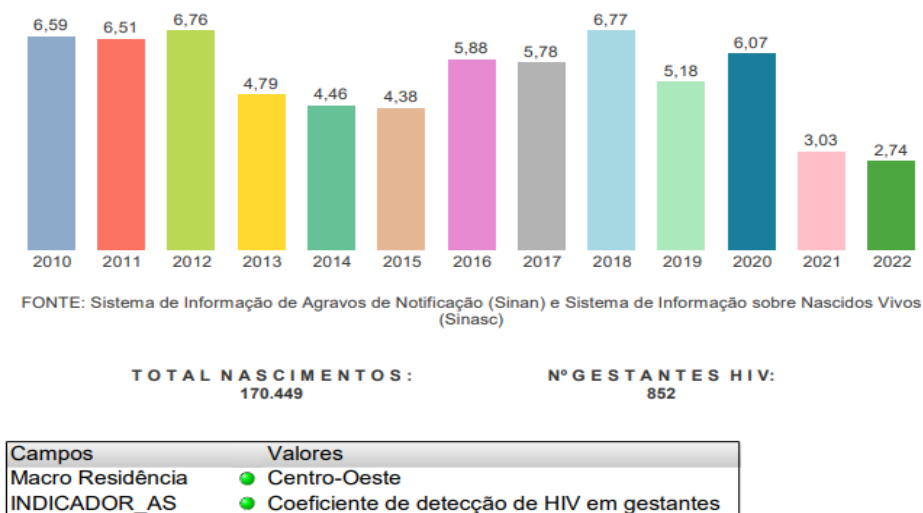
Figura 25. Testagem de HIV em casos novos de tuberculose, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022.



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).

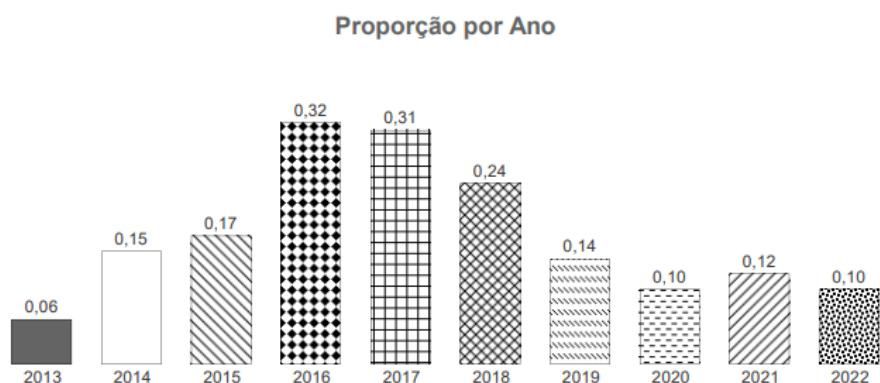
Figura 26. Coeficiente de detecção de HIV em gestantes (*1.000 nascidos vivos), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2010-2022.



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

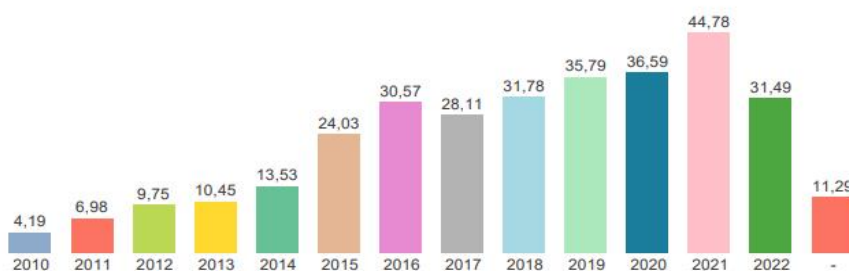
TOTAL TESTES:
13327

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, Uruguaiana, 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 Uruguaiana 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

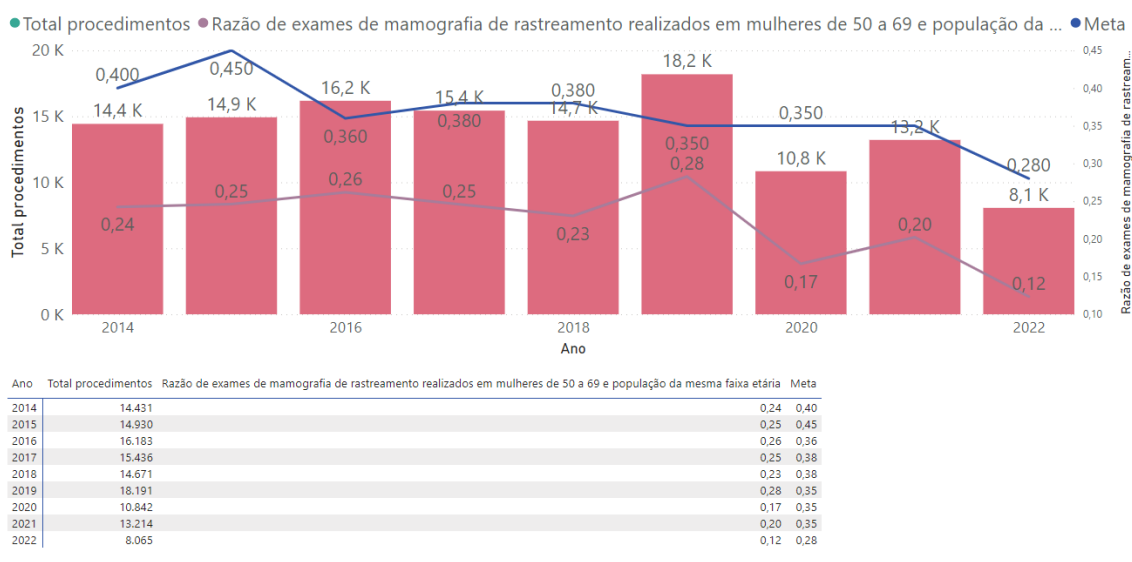
A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher visa promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência e recuperação da saúde. Busca a redução da morbimortalidade 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.

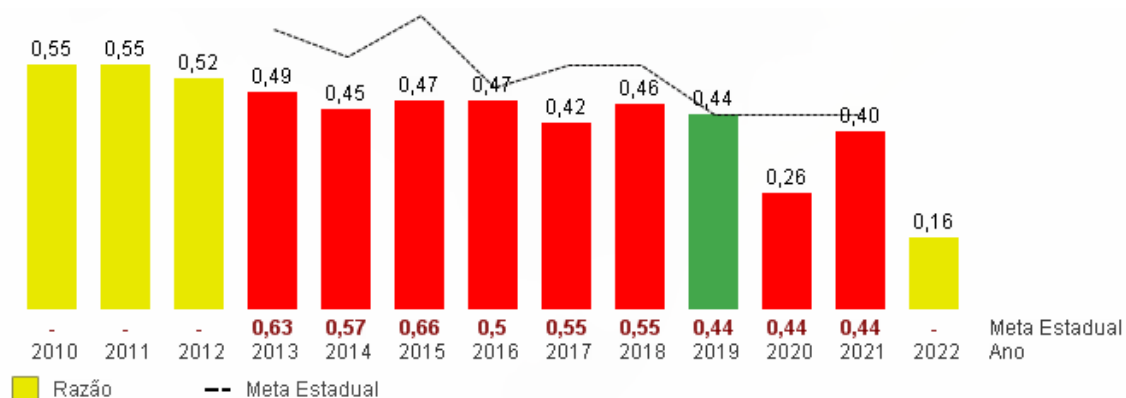
Figura 29. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022.



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.

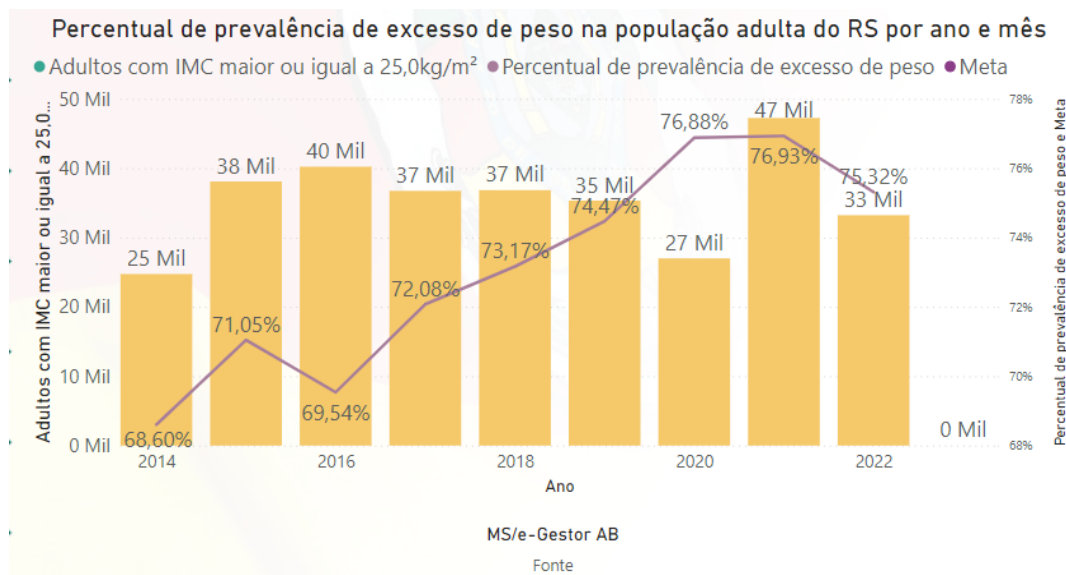
A PNAN tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. É uma 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.

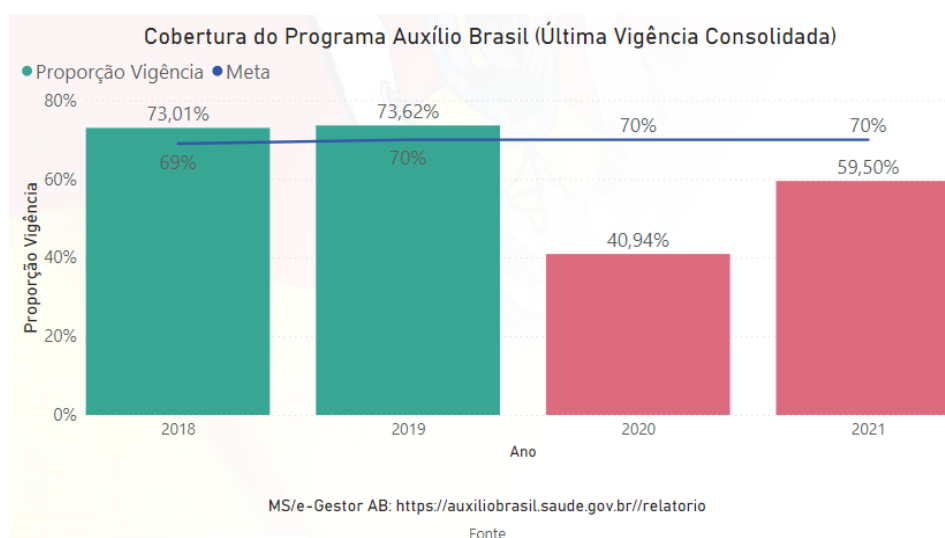
4.1.15.1 Programa Auxílio Brasil

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

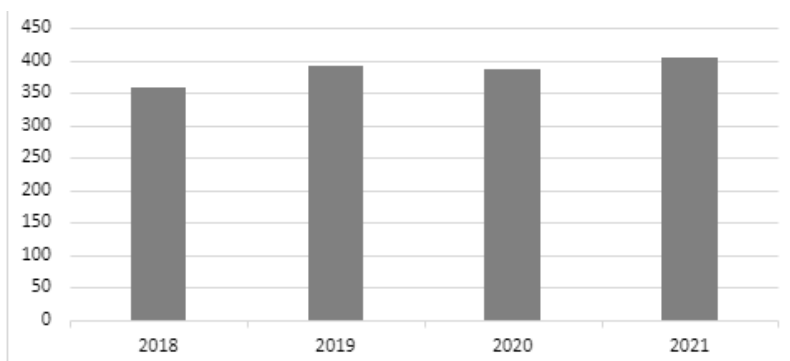
pouca variação do coeficiente de incidência de tuberculose geral - sendo que ocorreu diminuição em 2020 por conta da pandemia do coronavírus.

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.

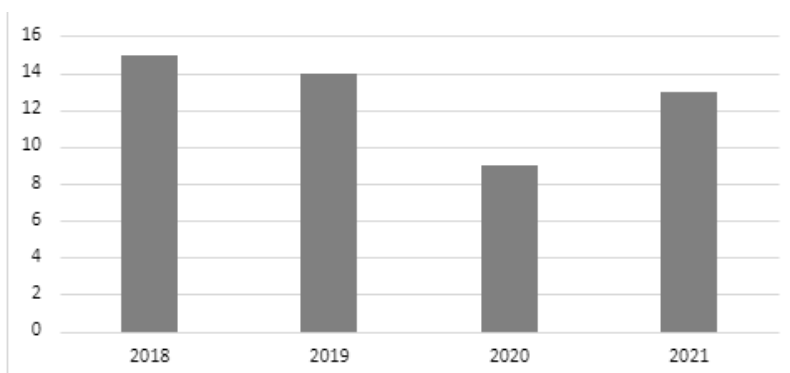


Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

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.

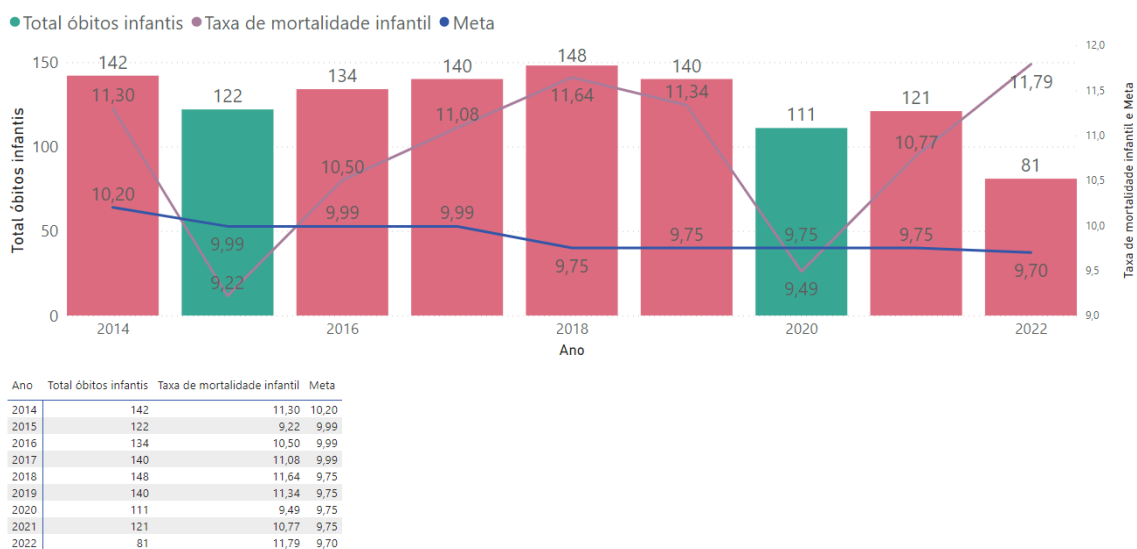
Na macrorregião de saúde Centro-Oeste, a RAMI organiza-se a partir destes componentes, seguindo os princípios e diretrizes preconizados na Portaria supracitada. As ações são voltadas para a qualidade do cuidado no pré-natal, parto e puerpério, bem como ao recém-nascido e à criança, e para a redução da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

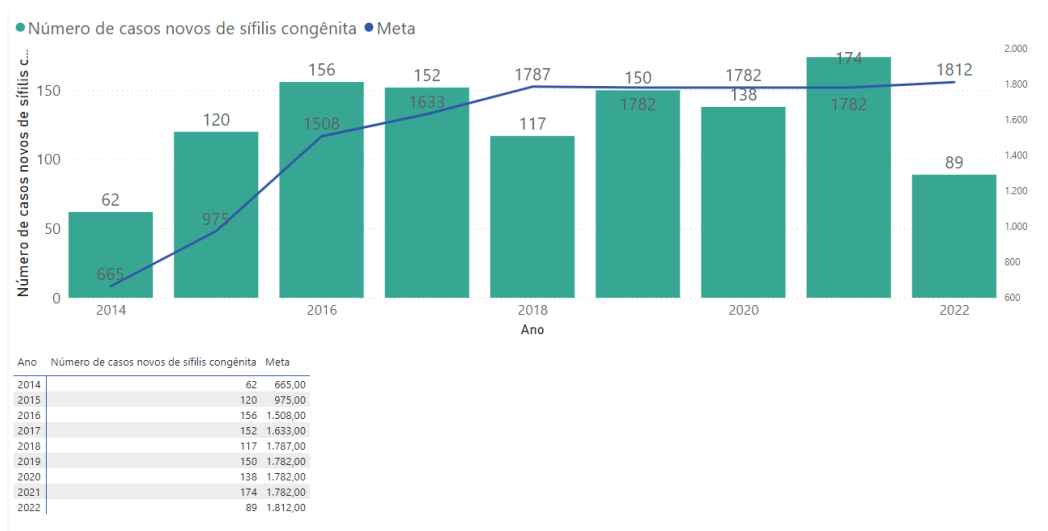


Fonte: SIM/SINASC. Disponível em: bi.saude.rs.gov.br. Acesso em: 13/09/2022.

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.

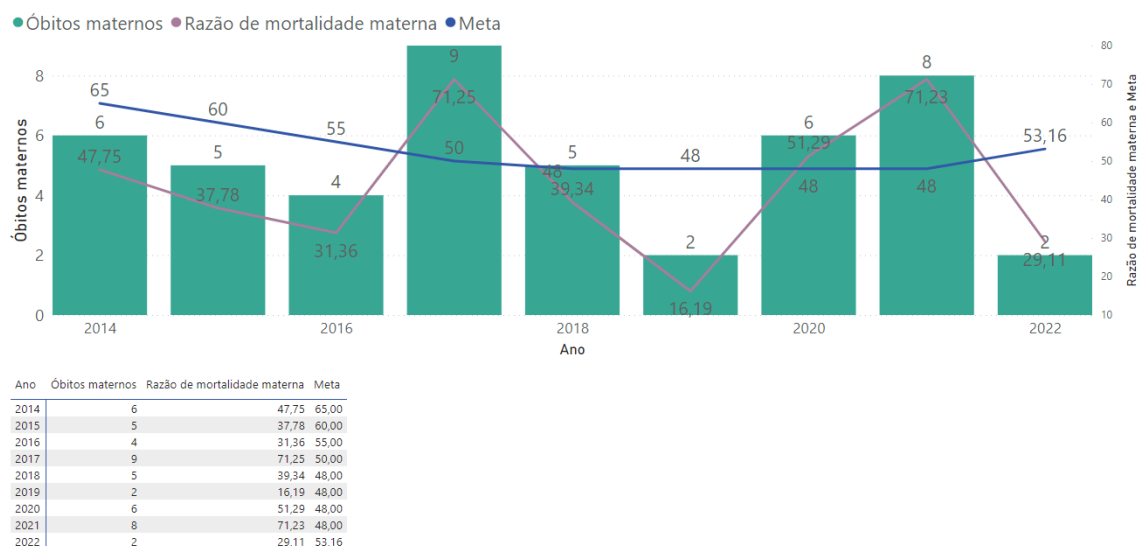


Fonte: SINAN. Disponível em: bi.saude.rs.gov.br. Acesso em: 13/09/2022.

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.

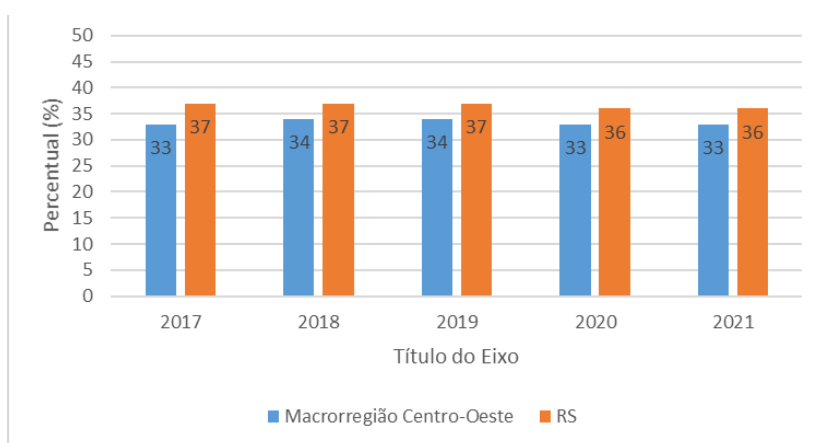


Fonte: SIM/SINASC. Disponível em: bi.saude.rs.gov.br. Acesso em: 13/09/2022.

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

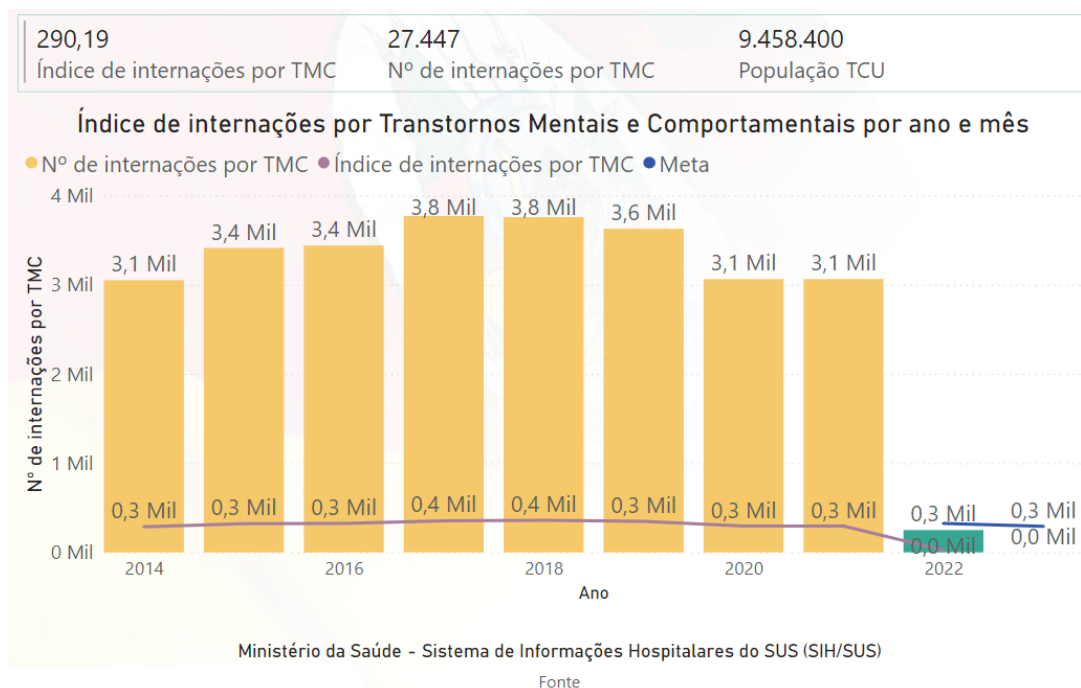
Figura 39. Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2014-2022.



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 detém 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.

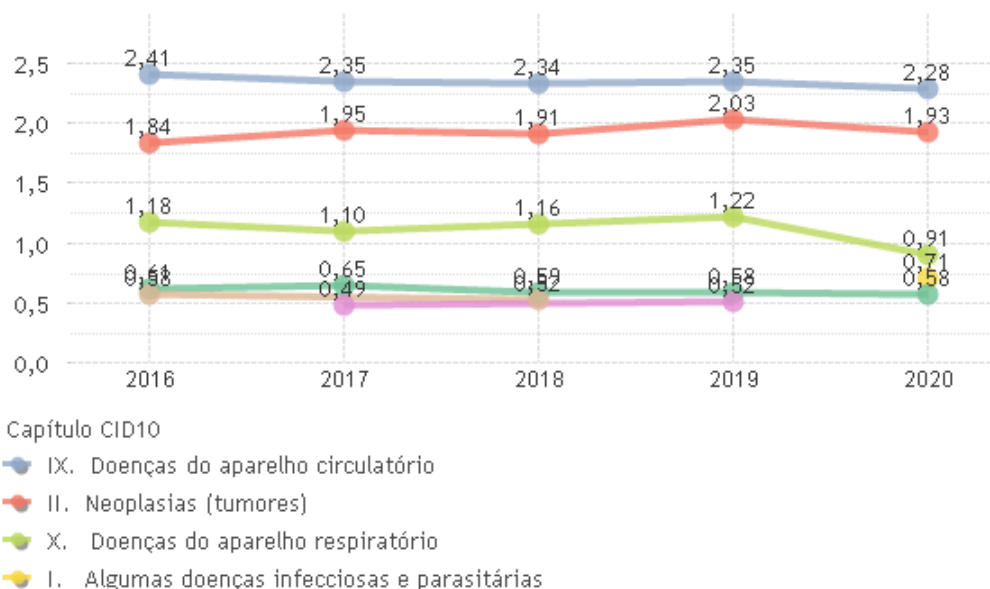
Com relação à Reabilitação Intelectual, a análise macrorregional revela problemas significativos quanto à fila de espera interna e às grandes distâncias percorridas pelos usuários para acessar o serviço, seja no CER II ou seja nas APAEs. Destaca-se que os usuários da reabilitação intelectual necessitam 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.

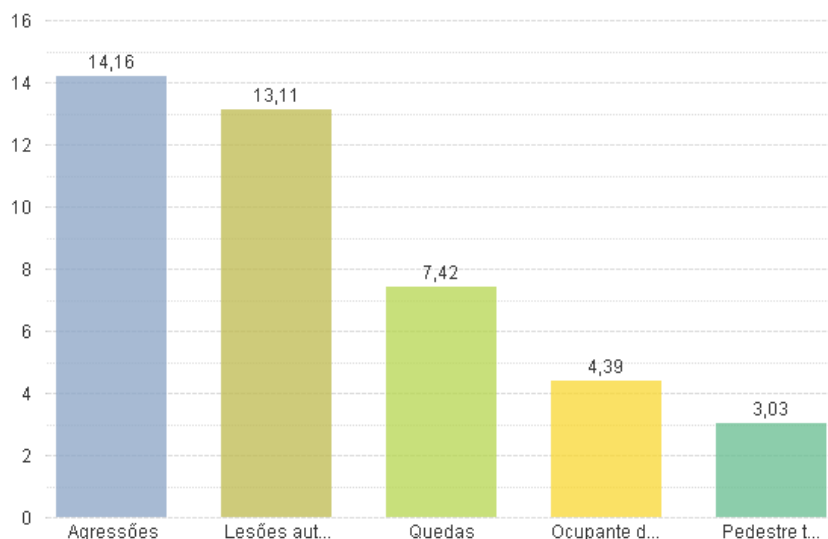
Figura 41. Taxa de Mortalidade da população residente pelos cinco principais capítulos do CID (1.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2016-2020.



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).

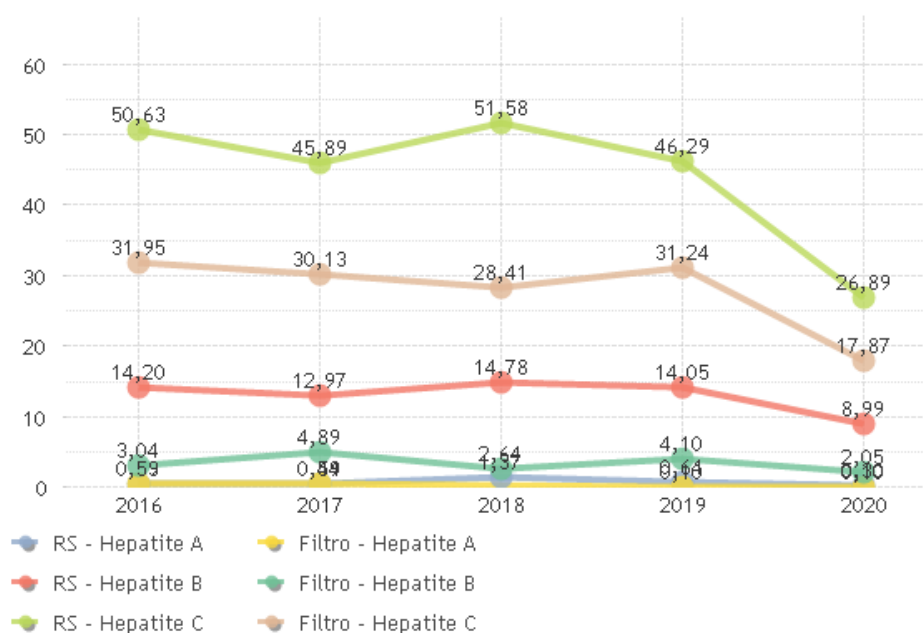
Apesar da abordagem integralizada, a qual é preconizada na PNVS, a Vigilância em Saúde subdivide-se em quatro componentes: Vigilância Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, tendo distintos graus de desenvolvimento e institucionalização.

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.



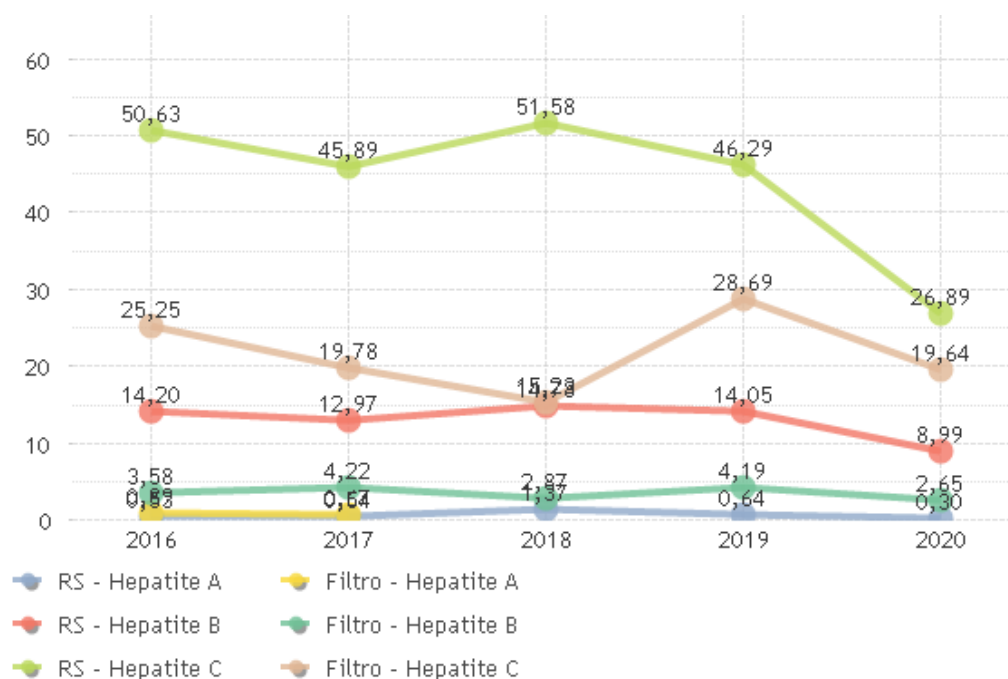
Fonte: SINAN/DATASUS.

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.



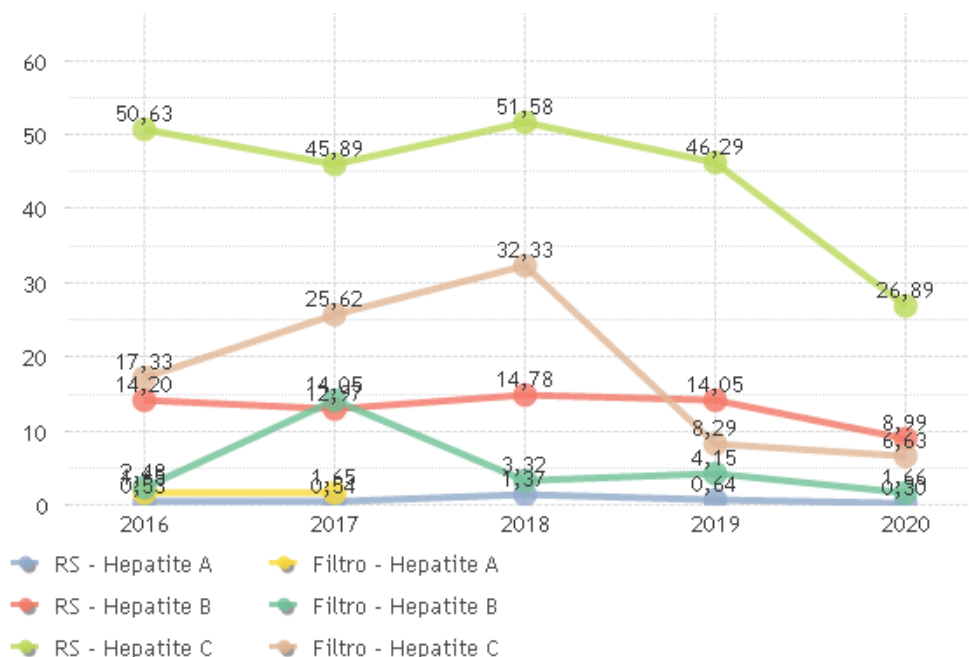
Fonte: SINAN/DATASUS.

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.



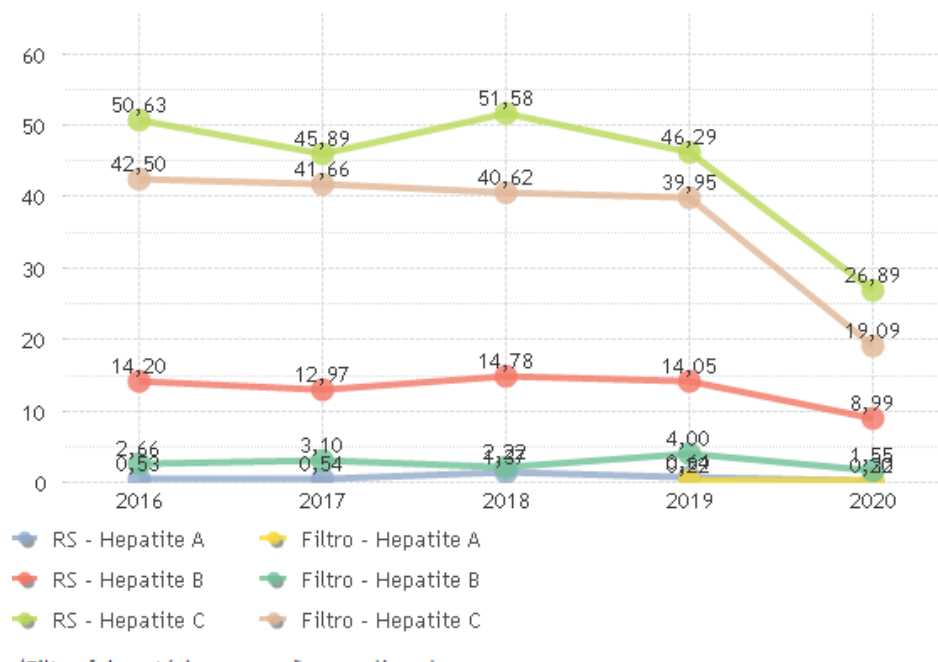
Fonte: SINAN/DATASUS.

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.

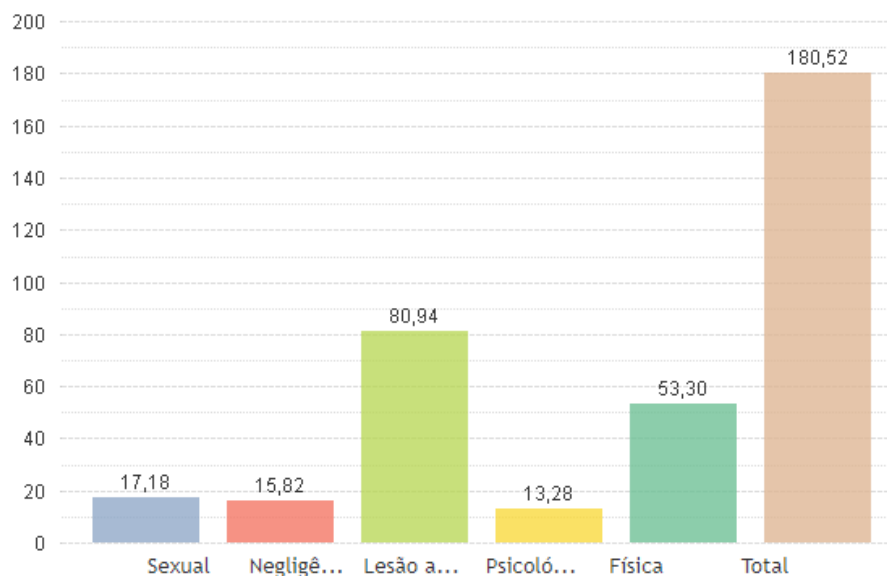
4.5.1.3 Violências

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.

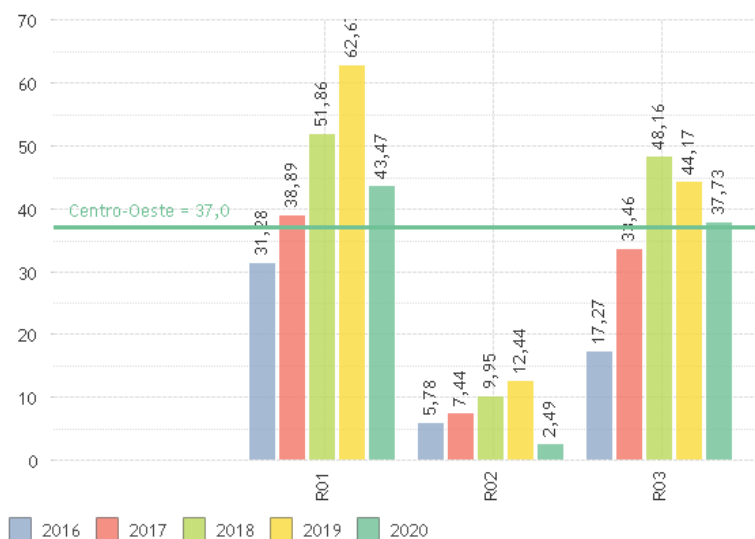
Figura 47. Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 habitantes), Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2020.



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.

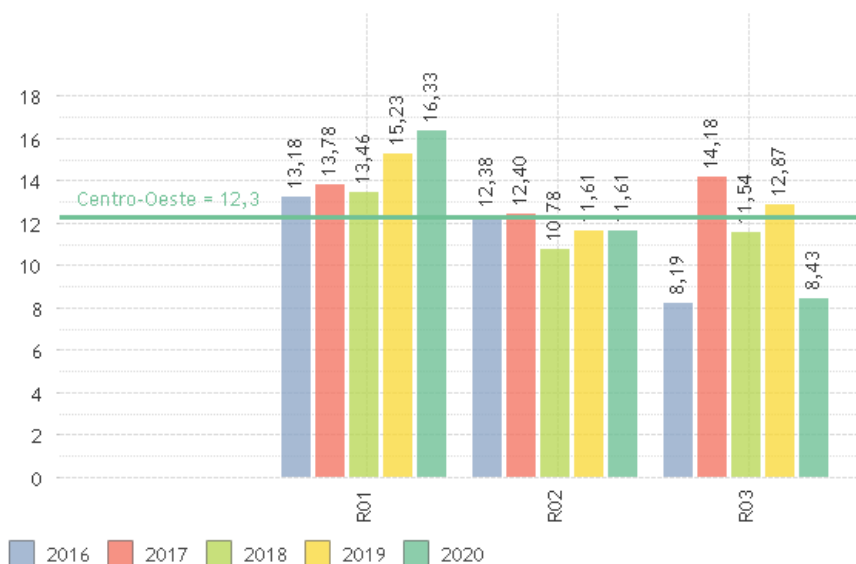


Fonte: SIH/DATASUS.

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.

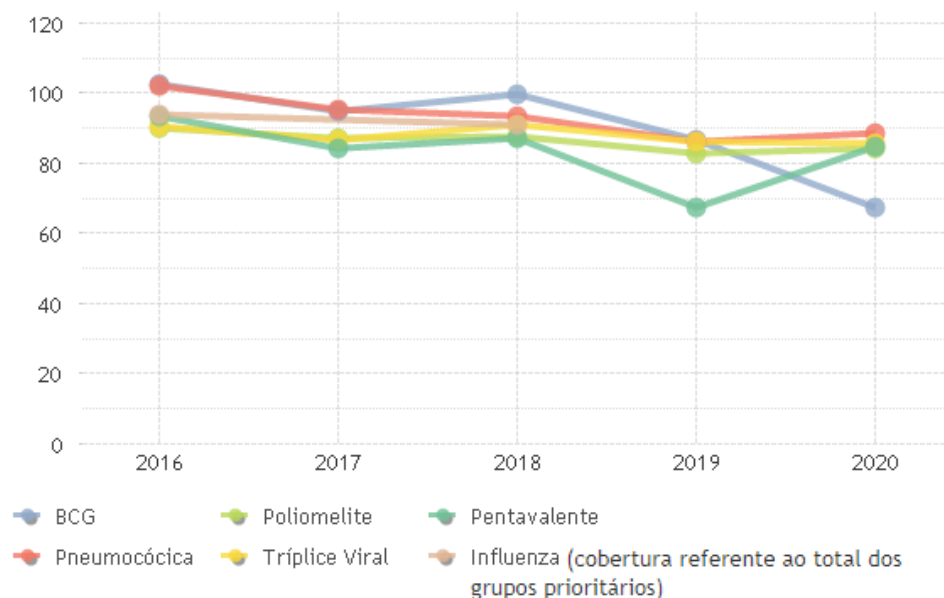


Fonte: SIM/DATASUS.

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-

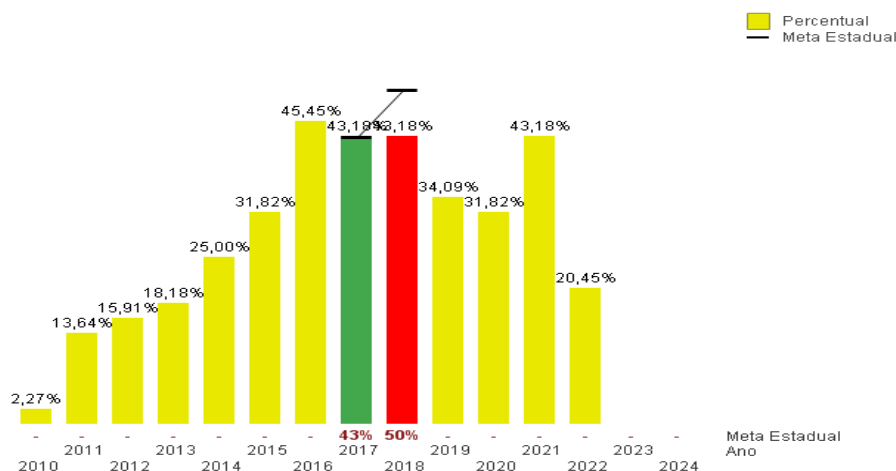
central, estadual-regional e municipal. De acordo com a referida Resolução, os municípios que optarem por desenvolver tais ações receberão incentivo financeiro federal referente ao Piso Estratégico do TFVISA e a partir disso passam a realizar algumas ações de vigilância que compõem as ações estratégicas. 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

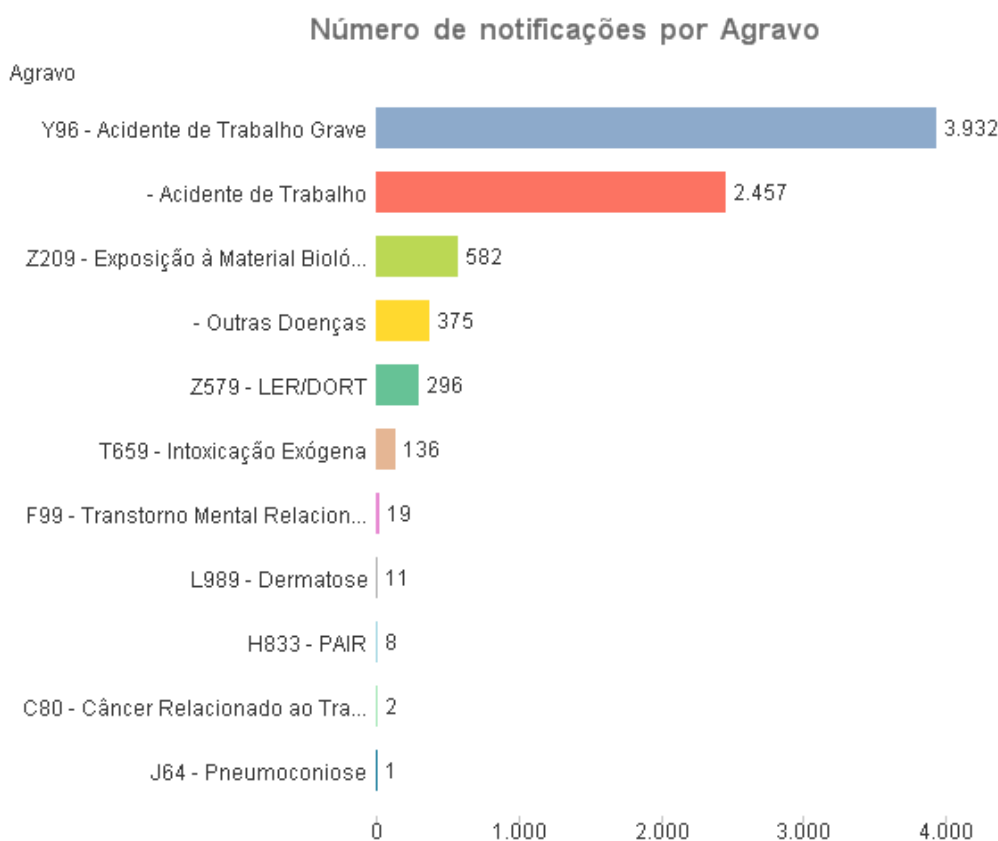
A Saúde do Trabalhador é o conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das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

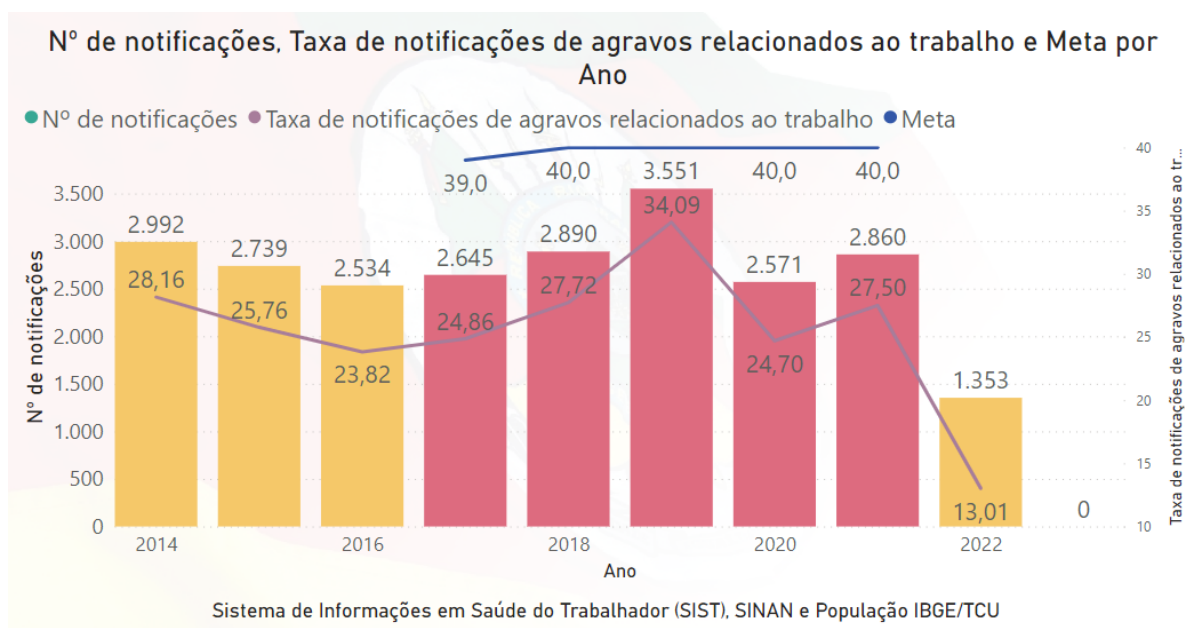
Figura 52. Número de notificações por localidade da empresa e agravo, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2019-2021.



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.

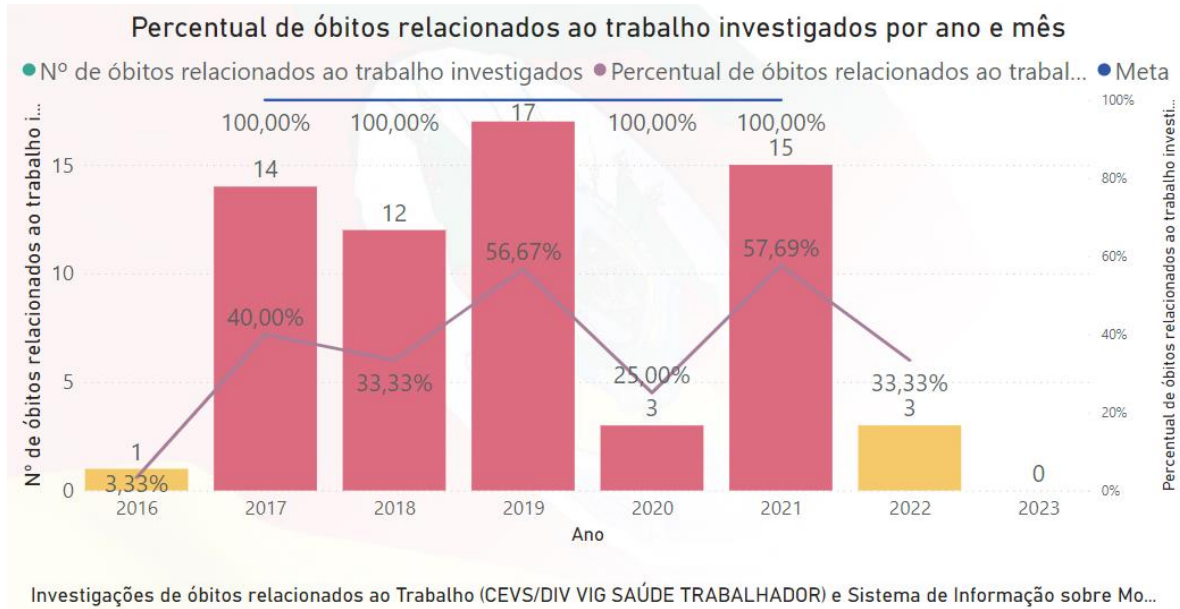


Na Figura 53 apresenta-se a taxa e o número de notificações de agravos relacionados ao trabalho do ano de 2014 até o ano de 2022. Serão analisados os últimos três anos, desconsiderando os dados de 2022 que ainda são preliminares. A população base para o cálculo do indicador é de 1.040.136 conforme dados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

No ano de 2019 o número de notificações de agravos relacionados ao trabalho foi de 3.551 notificações na macrorregião de saúde Centro-Oeste, correspondente a uma taxa de 34,09% 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

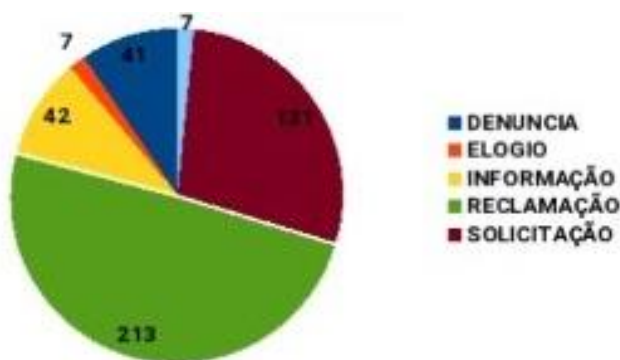
como necessidade macrorregional de saúde implementar a Vigilância em Saúde do Trabalhador nos municípios para garantir a linha de cuidado em nível local e melhoria dos indicadores epidemiológicos.

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.

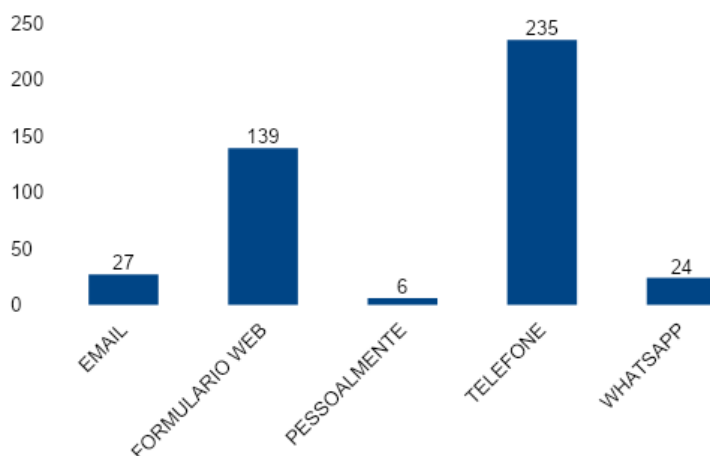
Figura 55. Classificação das demandas de Ouvidoria, Região de Saúde R1, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2019-2021.



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.

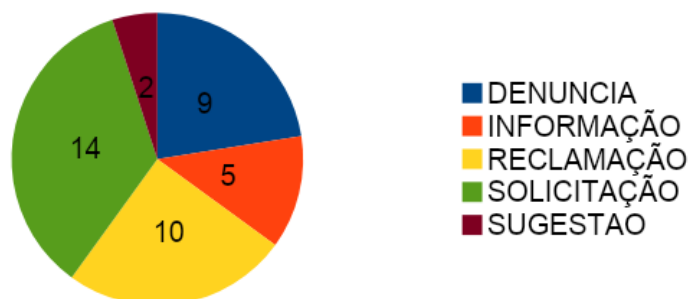
ASSUNTO	Qt Manifestações	%
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	95	22%
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	93	22%
GESTÃO	90	21%
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	43	10%
COMUNICAÇÃO	42	10%
ALIMENTO	22	5%
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	13	3%
SAMU	11	3%
PRODUTOS PARA SAÚDE/CORRELATOS	6	1%
ORIENTAÇÕES EM SAÚDE	3	1%
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	3	1%
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.

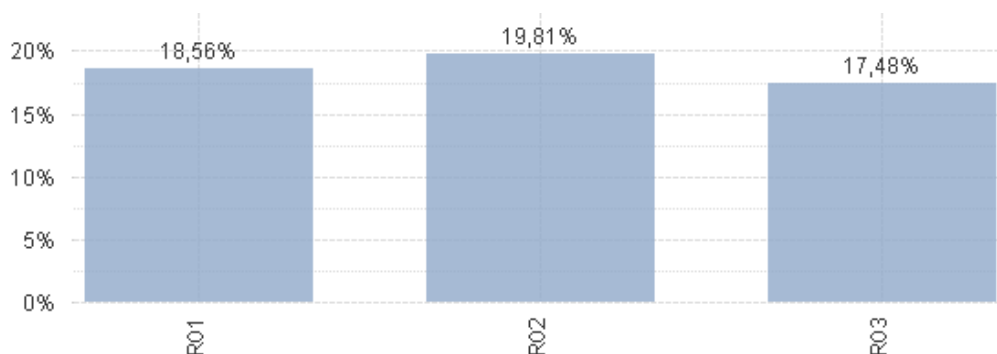
Figura 58. Receita de Impostos Líquida e Transferências Constitucionais e Legais (RLIT) *per capita* e Despesa com recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde *per capita*, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2021.



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).

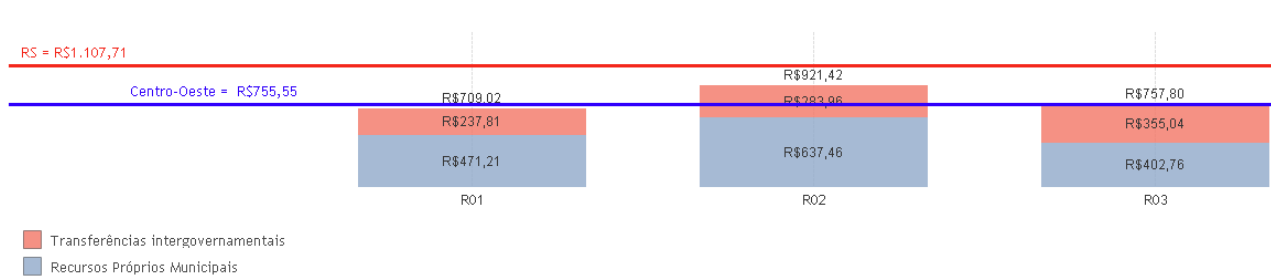
Figura 59. Percentual da receita própria municipal aplicada em Ações e Serviços Públicos de Saúde, conforme a Emenda Constitucional (EC) 29/2000, considerando o mínimo constitucional de aplicação municipal 15%, *per capita*, Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, RS, 2021.



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.

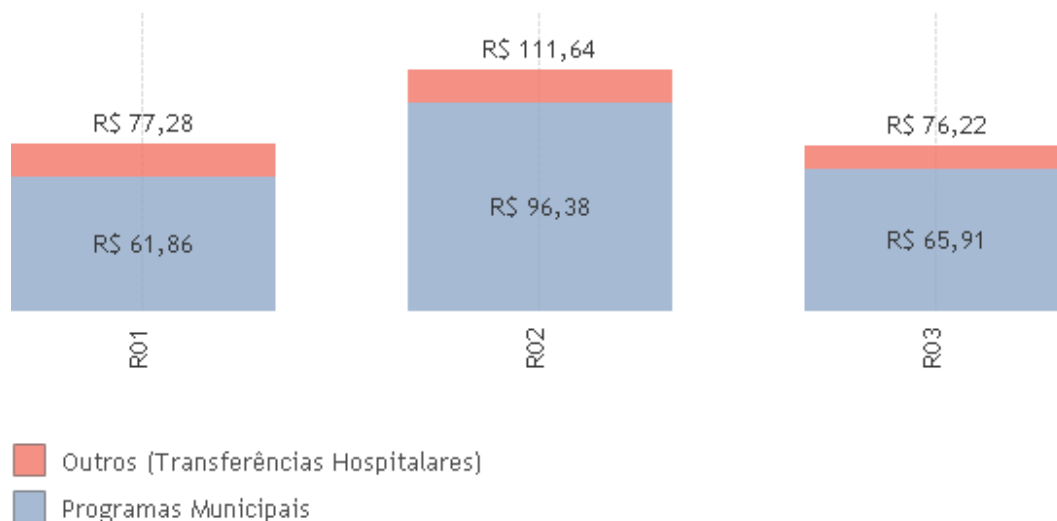


Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

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. **Crterios 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>