



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO
Macrorregião Missioneira
2022-2023



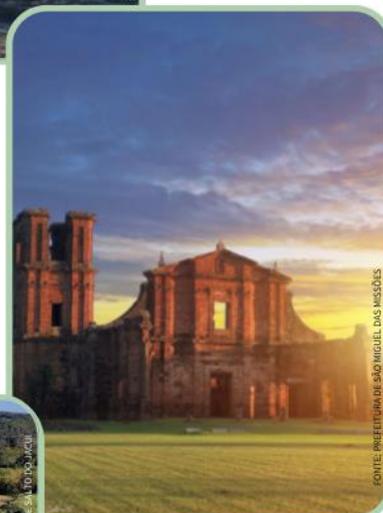
Rio Uruguai, Porto Vera Cruz (R14)



União das Etnias, Ijuí (R13)



Barragem da Usina Hidrelétrica Passo Real - Salto do Jacuí (R12)



Sítio Arqueológico de São Miguel Arcanjo,
São Miguel das Missões (R11)

- Região de Saúde 11 - Sete Povos das Missões
- Região de Saúde 12 - Portal das Missões
- Região de Saúde 13 – Região das Diversidades
- Região de Saúde 14 - Fronteira Noroeste

Governador do Estado do Rio Grande do Sul

Ranolfo Vieira Júnior

Secretária de Estado da Saúde

Arita Bergmann

Secretária Adjunta de Estado da Saúde

Ana Lúcia Pires Afonso da Costa

Presidente do Conselho Estadual de Saúde

Claudio Augustin

Assessoria de Gestão e Planejamento

Cristian Fabiano Guimarães

Assessoria de Comunicação Social

Neemias Freitas

Assessoria Jurídica

Maria Claudia Mulinari

Fundo Estadual de Saúde

Meriana Farid El Kek

Departamento de Auditoria do SUS

Bruno Naundorf

Ouvidoria do SUS/RS

Amanda Ciarlo Ramos

Departamento Administrativo

Vera Lucia da Silva Oliveira

Escola de Saúde Pública

Teresinha Valduga Cardoso

Departamento de Unidades Próprias

Suelen da Silva Arduin

**Departamento de Atenção
Primária e Políticas de Saúde**

Péricles Stehmann Nunes

**Departamento de Gestão
Da Atenção Especializada**

Lisiane Wasem Fagundes

**Departamento de Gestão da
Tecnologia e Informação**

Maurício Reckziegel

Departamento de Regulação Estadual

Eduardo de Albuquerque Nunes Elsade

Departamento de Assistência Farmacêutica

Simone Pacheco do Amaral

Centro Estadual de Vigilância em Saúde

Tani Maria Schilling Ranieri

**Departamento Estadual de
Sangue e Hemoderivados**

Katia Maria Minuzzi Brodt

**Coordenadores Regionais de Saúde
Macrorregião Missioneira**

9ª Coordenadoria Regional de Saúde

Débora Teichmann Rodrigues

12ª Coordenadoria Regional de Saúde

Rodrigo Reis

17ª Coordenadoria Regional de Saúde

Janaína da Silva

14ª Coordenadoria Regional de Saúde

Daiane da Rocha

Sumário

Introdução	7
I. ANÁLISE SITUACIONAL	11
1. Organização Do Território	11
2. Perfil Demográfico	12
3. Determinantes e Condicionantes	14
4. Perfil Epidemiológico	15
4.1. Morbidade e Mortalidade	15
5. Redes de Atenção à Saúde	24
5.2. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	24
5.1. Rede de Urgência e Emergência (RUE)	26
5.3. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).....	29
5.4. Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil (RAMPI).....	33
5.5. Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas.....	37
6. Capacidade Instalada	43
6.1. Atenção Primária em Saúde	43
6.2. Média e Alta Complexidade	49
6.3. Vigilância em Saúde	58
6.4. Assistência Farmacêutica	75
6.4. Educação Permanente	79
6.5. Ouvidoria do SUS	80
II. PRIORIZAÇÃO DAS NECESSIDADES	81
1. Prioridades Sanitárias e Respectivas Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores e Prazos de Execução.....	92
2. Responsabilidade Financeira dos Entes Federados.....	101
3. Organização dos Pontos de Atenção da RAS para Garantir Integralidade.....	105
4. Comitê Executivo de Governança das RAS.....	107
5. Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde	108
III. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	109
Considerações Finais	110
Referências	111

Quadros

Quadro 1. Coordenadorias regionais de saúde, regiões de saúde e municípios	12
Quadro 2. Ações e serviços da rede de atenção ao parto e nascimento.....	35
Quadro 3. Referências para atenção secundária e terciária relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis	42
Quadro 4. Referências por especialidade e por região de saúde.....	50
Quadro 5. Habilitações de especialidades pelo programa ASSISTIR RS	55
Quadro 6. Organização da Assistência Farmacêutica por componente.....	77
Quadro 7. Identificação das necessidades e ações ou serviços nas Redes de Atenção à Saúde	81
Quadro 8. Identificação das necessidades e ações ou serviços na capacidade instalada	85

Tabelas

Tabela 1. Número de serviços da Rede de Apoio à Saúde Mental.....	25
Tabela 2. Serviços da Rede de Atenção da Urgência e Emergência.....	27
Tabela 3. População com deficiência.....	29
Tabela 4. Serviços de referência de reabilitação auditiva, física, visual e intelectual.....	30
Tabela 5. Adesão a programas e linhas de cuidados relacionadas às doenças crônicas na APS.....	38
Tabela 6. Indicadores 6 e 7 do Programa Previne Brasil.....	40
Tabela 7. Série histórica de exames diagnósticos do trato gastrointestinal.....	41
Tabela 8. Série histórica da realização de exame citopatológico para rastreamento do câncer do colo de útero.....	41
Tabela 9. Série histórica da realização de exame de mamografia para rastreamento do câncer de mama.....	41
Tabela 10. Coberturas da Rede de Atenção Primária em Saúde nas regiões de saúde.....	43
Tabela 11. Percentual de municípios com adesão ao programa Rede Bem Cuidar.....	45
Tabela 12. Municípios com adesão ao programa Academia de Saúde.....	45
Tabela 13. Número de vagas do Programa Médicos pelo Brasil por região de saúde.....	46
Tabela 14. Adesão ao Programa Primeira Infância Melhor.....	47
Tabela 15. Municípios com unidades de saúde prisional.....	48
Tabela 16. Municípios com aldeias indígenas e unidades de saúde ESF/ESB com cobertura de população indígena por região de saúde.....	48
Tabela 17. Número de municípios com aldeias quilombolas e unidades de saúde ESF/ESB com cobertura população negra.....	48
Tabela 18. Número de estabelecimentos licenciados e em processo de licenciamento pelas Vigilâncias Sanitárias Estaduais.....	60
Tabela 19. Número de estabelecimentos licenciados e em processo de licenciamento pelas Vigilâncias Sanitárias dos municípios registrados no SIVISA.....	60
Tabela 20. Proporção de Salas de Vacinas no SI-PNI por região de saúde.....	62
Tabela 21. Casos de hanseníase por ano de diagnóstico e região.....	63
Tabela 22. Casos acumulados e óbitos por covid-19.....	68
Tabela 23. Cobertura vacinal contra covid-19 com esquema vacinal completo.....	68
Tabela 24. Percentual de serviços de saúde que realizaram notificação de violência.....	69
Tabela 25. Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.....	70
Tabela 26. Proporção de óbitos por acidentes de trabalho investigados.....	70
Tabela 27. Taxa de notificações de agravos (acidentes e doenças) relacionadas ao trabalho.....	71
Tabela 28. Número de casos confirmados de dengue por região de saúde.....	73
Tabela 29. Porcentagem de pessoas abastecidas por SACs que possuem água com desinfecção, ...	74
Tabela 30. Adesão dos municípios ao Programa Farmácia Cuidar+.....	79
Tabela 31. Recursos financeiros repassados para cada coordenadoria regional de saúde.....	104

Figuras

Figura 1. Mapa das regiões de saúde.....	11
Figura 2. Distribuição da população por faixa etária e sexo.....	12
Figura 3. Coeficiente de natalidade.....	13
Figura 4. Proporção de idosos na população.....	13
Figura 5. Percentual de cobertura vacinal por imunológico selecionado	14
Figura 6. Taxa de internação pelo SUS da população residente pelos 5 principais capítulos do CID	15
Figura 7. Taxa de mortalidade da população residente pelos 5 principais capítulos do CID	16
Figura 8. Cinco principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulo do CID.....	17
Figura 9. Cinco principais causas de mortalidade da população residente por grupo etário e capítulos do CID	18
Figura 10. Taxa de mortalidade por causas externas, 5 principais grupos do CID	19
Figura 11. Taxa de notificação por tipo de violência.....	19
Figura 12. Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia.....	20
Figura 13. Tipo de parto.....	21
Figura 14. Taxa de mortalidade materna	21
Figura 15. Taxa de internações SUS dos tipos de câncer mais prevalentes	22
Figura 16. Taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes.....	22
Figura 17. Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis.....	23
Figura 18. Cobertura populacional estimada pelas equipes de APS.....	43
Figura 19. Atividades educativas de vigilância em saúde preenchidas no SIA/SUS.....	59
Figura 20. Procedimentos de recebimento e atendimento a denúncias/reclamações aprovados no SIA/SUS.....	59
Figura 21. Proporção de causas de óbitos com causa básica definida por ano	62
Figura 22. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticada.....	63
Figura 23. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar	65
Figura 24. Número de notificações de casos de hepatites virais por ano.....	66
Figura 25. Número de casos e óbitos de SRAG por Influenza.....	66
Figura 26. Proporção de amostras de água com presença de <i>Escherichia coli</i> em soluções alternativas coletivas.....	75
Figura 27. Receita de impostos e transferências constitucionais e legais (RLIT) <i>per capita</i> e despesas com recursos municipais em ações e serviços públicos de saúde <i>per capita</i>	101
Figura 28. Percentual da receita própria municipal aplicada em ações e serviços públicos de saúde	102
Figura 29. Despesa total com ações e serviços públicos de saúde.....	102
Figura 30. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde,.....	103
Figura 31. Crescimento da transferência de recursos estaduais do RS aos fundos municipais.....	103
Figura 32. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde por subfunção orçamentária	104

Introdução

O Plano Regional Integrado (PRI) da Macrorregião para 2022-2023 é um instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que define as diretrizes, objetivos e metas para o período. É parte do processo de planejamento do SUS, a ser realizado no âmbito das macrorregiões de saúde, que servirá de base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, conforme §2º, art. 30, da Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2022). Visa promover a equidade macrorregional, bem como contribuir para a concretização do planejamento ascendente do SUS.

Esse processo requer um olhar local, para a população usuária e os serviços disponibilizados a nível macrorregional, extrapolando o contexto regional. Nessa lógica, a construção do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião envolveu a participação de servidores das quatro Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): 9ª, 12ª, 14ª e 17ª CRS, além da representação dos gestores e conselhos municipais de saúde. O documento está embasado nas informações do Portal Business Intelligence (BI), da Secretaria Estadual de Saúde (SES), que reúne dados relevantes sobre o diagnóstico macrorregional.

O plano está organizado de acordo com a Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 01/2017 (BRASIL, 2022), que orienta o processo de planejamento no SUS, dividindo-se em três partes. A primeira trata da análise situacional da saúde da Macrorregião; a segunda contém a diretriz, os objetivos, as metas e os indicadores de resultado para o período; por fim, a terceira parte dispõe sobre o método de monitoramento e avaliação das ações propostas.

Este Planejamento Regional Integrado teve como metodologia de trabalho as oficinas macrorregionais, com a discussão das etapas a serem desenvolvidas conforme documento de orientação Anexo X do portal BI-RS. O desenvolvimento das etapas do Plano Macrorregional do PRI teve a participação de todos os servidores das Coordenadorias Regionais de Saúde da macrorregião, conforme área técnica de atuação.

Para elaboração deste documento, o grupo adotou como ferramenta o Office 365, com edição de arquivo de texto compartilhado, sendo feita a alimentação de dados pelas respectivas áreas técnicas e apreciação nas oficinas macrorregionais.

Desejamos que este documento sirva de base para o planejamento e organização das redes de cuidado em saúde, fortalecendo o sistema como um todo, no contexto da regionalização do SUS.

Os representantes de cada região de saúde foram aprovados pelas respectivas Comissões Intergestores Regionais (CIR), conforme registro nos seguintes documentos:

- Deliberação da CIR Região 12 - Portal das Missões nº 09/2022, 9ª Coordenadoria Regional de Saúde, aprovada em 27 de abril de 2022;
- Deliberação da CIR Região 11 - Sete Povos das Missões nº 07/2022, 12ª Coordenadoria Regional de Saúde, aprovada em 05 de maio de 2022;
- Deliberação da CIR Região 13 - Diversidades nº 10/2022, 17ª Coordenadoria Regional de Saúde de Ijuí, aprovada em 28 de abril de 2022;
- Deliberação da CIR Região 14 - Fronteira Noroeste nº 10/2022, 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, aprovada em 17 de maio de 2022.

A seguir, detalhamos a composição do Grupo de Trabalho deste Planejamento Regional Integrado, formado por servidores das coordenadorias regionais e representantes dos municípios.

Grupo de Trabalho - Planejamento Regional Integrado Macrorregião Missioneira

Nome	Instituição	Titular/Suplente
Camila Manzotti	12ª Coordenadoria Regional de Saúde	Titular
Paula Cristina Hollweg	12ª Coordenadoria Regional de Saúde	Suplente
Walquiria Kessler Moscon	Entre-Ijuís	Titular
Daniana Pompeo	Santo Ângelo	Suplente
Ione Alles Ames	14ª Coordenadoria Regional de Saúde	Titular
Marcio Ceconi	14ª Coordenadoria Regional de Saúde	Suplente
Sandra Rodrigues Aquino	Tuparendi	Titular
Glaucia Milani Carmona	Porto Vera Cruz	Suplente
Adriana Poloniatto	Cruz Alta	Titular
Joice Marques	Ibirubá	Suplente
Priscila Bündchen Tirloni	9ª Coordenadoria Regional de Saúde	Titular
Patrícia Murussi de Abreu	9ª Coordenadoria Regional de Saúde	Suplente
Romário Heitor Malheiros	Panambi	Titular
Alison Sperotto	Ajuricaba	Suplente
Rozeli Rita Rodrigues	17ª Coordenadoria Regional de Saúde	Titular
Alexandre Atkinson	17ª Coordenadoria Regional de Saúde	Suplente

Gislaine Mella - Apoiadora do Planejamento Regional Integrado no período de dezembro de 2021 a dezembro de 2022.

Destacamos que, no desenvolvimento deste plano macrorregional, os Conselhos Municipais foram convidados a participar das oficinas, para acompanhamento dos trabalhos. A partir de agosto de 2022, o Conselho Estadual de Saúde deliberou a indicação da senhora Luciane Santuri Antes, Conselheira do Conselho Municipal de Saúde de Ijuí, como membro do Planejamento Regional Integrado.

Evolução do Planejamento Regional Integrado na Macrorregião

O Planejamento Regional Integrado na Macrorregião se iniciou em 2019, com a formação dos diagnósticos regionais de saúde das quatro regiões: Portal das Missões, Sete Povos das Missões, Região da Diversidade e Fronteira Noroeste. No entanto, devido à pandemia de covid-19, o governo do Estado do Rio Grande do Sul através da Secretaria Estadual de Saúde interrompeu o desenvolvimento do processo para focar no combate da pandemia.

Em julho de 2021, a SES, através da Assessoria de Gestão e Planejamento (Ageplan), realizou o processo seletivo para contratação de prestadores de serviços para apoio na construção dos sete planos macrorregionais do Estado do Rio Grande do Sul, sendo que, para a macrorregião, a apoiadora selecionada foi Gislaine Mella, contratada em 06 de dezembro de 2021.

O retorno do desenvolvimento dos trabalhos do processo do PRI ocorreu em dezembro de 2021, com a apresentação da apoiadora nas quatro Coordenadorias Regionais de Saúde (9ª, 12ª, 14ª, 17ª), e apresentação das legislações vigentes e alinhamento dos trabalhos. No mês de janeiro de 2022, foram realizadas as reuniões regionais e a formação dos grupos de monitoramento e avaliação, os

grupos do PRI das regiões de saúde e a pactuação nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), com aprovações dos grupos de trabalho.

Entre fevereiro e março de 2022, foram realizadas em todas as regionais de saúde, a atualização dos diagnósticos regionais, com oficinas online e presenciais para discussão do processo. Houve a participação dos técnicos das regionais, apoiadoras do Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), gestores dos municípios e conselhos de saúde, escolhidos na CIR.

Em 18 de março de 2022, na sede da 14ª CRS, em Santa Rosa, realizou-se primeira oficina com a presença dos coordenadores e técnicos das coordenadorias regionais de saúde, para organização e alinhamento dos trabalhos a serem desenvolvidos na construção do Planejamento Regional Integrado Macrorregião. Nesse encontro foi apresentada a legislação e notas técnicas do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde que disciplinam o processo, e definida a metodologia de trabalho com organização de reuniões online e presencial. Também ocorreu a solicitação formal de escolha e aprovação em CIR dos membros do Planejamento Regional Integrado Macrorregional, com resolução CIR.

Posteriormente, na data de 13 de abril de 2022, na sede da 12ª CRS, em Santo Ângelo, com a participação dos técnicos de cada área de atenção à saúde, membros do Planejamento Regional Integrado dos Municípios, conselhos de saúde e apoiadoras do COSEMS, foi iniciada a análise da identificação de necessidades elencadas por cada região de saúde para, após, realizar a priorização conforme matriz do portal BI-RS, com as 24 identificações de necessidades da macrorregião.

Na região Portal das Missões, em 05 de maio, foi finalizada a etapa de definições da identificação de necessidades, totalizando 24 propostas definidas pelo GTPRI macrorregional, bem como definição da metodologia que foi adotada através da ferramenta OneDrive, onde cada área técnica inseriu as primeiras informações do plano macrorregional do PRI e pactuação de mini reuniões com cada área técnica de forma online.

Em 1º de julho, na oficina PRI na sede da 17ª CRS, em Ijuí, foram verificadas as informações inseridas no documento e discutido o perfil demográfico e perfil epidemiológico. Na oportunidade, foi definido que neste ano não seriam inseridos os dados sociais e econômicos, visto que estão desatualizados há mais de 10 anos; diante do que, o grupo se comprometeu a inserir as informações na atualização do plano em 2023, após a divulgação dos dados do Censo Demográfico 2022 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Na data de 13 de julho, na sede da 14ª CRS, iniciou-se a verificação dos dados inseridos da capacidade instalada das redes de atenção em saúde e a discussão de quais seriam incluídos pelos técnicos das áreas de atenção primária, vigilâncias em saúde, assistência farmacêutica, ouvidoria e educação permanente.

Na sede da 9ª CRS, em Cruz Alta, no dia 05 de agosto, foi apresentada a capacidade instalada, sendo feitas alterações com base em solicitações da apoiadora do Ministério da Saúde, Bárbara Elisa Zwetsch. Ainda no mês de agosto, foi finalizado o levantamento da capacidade instalada, além da permanente revisão de todos os dados incluídos no plano.

Entre os meses de setembro e outubro, foi desenvolvida a análise das prioridades sanitárias e diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI), sendo exposta a parte conceitual e as definições de quais as metas seriam pactuadas na macrorregião. Houve reuniões presenciais nas quatro regiões de saúde e duas reuniões online para apresentação do Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção em Saúde (CEGRAS) aos membros do GTPRI macrorregional; e outra reunião com os coordenadores de saúde, para indicação de membros do CEGRAS e forma de funcionamento, conforme apresentado à Ageplan.

Na fase final do processo, na data de 25 de novembro de 2022 para realizadas as revisões do plano da macrorregião do Planejamento Regional Integrado e configurações do documento para sua entrega, na data de 30 de novembro de 2022.

Podemos destacar que, em relação ao desenvolvimento das redes de atenção à saúde na macrorregião, tivemos uma maior dificuldade em relação à rede da atenção às condições crônicas, por não haver planos regionais e macrorregionais; e das vigilâncias em saúde e assistência farmacêutica.

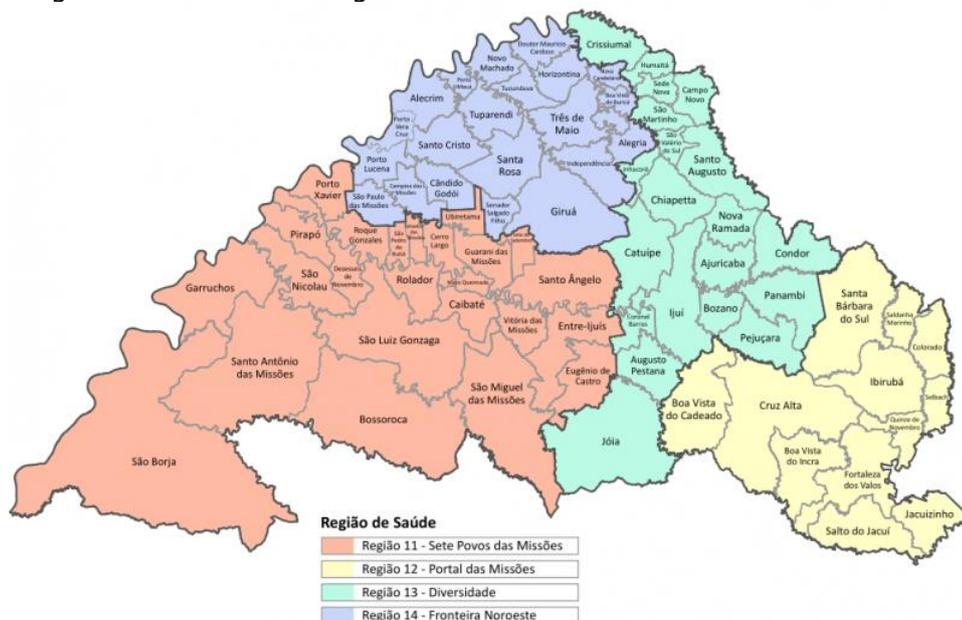
Por fim, em relação ao CEGRAS, o GTPRI macrorregional realizou algumas sugestões, que deverão ser analisadas no ano de 2023, referente a importantes dados da identificação de necessidades que não foi possível incluir na DOMI. Essas discussões devem ser feitas junto à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Cosems, por serem instâncias com maior poder de decisão. A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) será efetuada no ano de 2023, quando houver definição do novo orçamento do Estado e o CEGRAS implantado.

I. ANÁLISE SITUACIONAL

1. Organização Do Território

A macrorregião abrange 78 municípios, organizados geograficamente em quatro regiões de saúde: R11 - Sete Povos das Missões (24 municípios), R12 - Portal das Missões (12 municípios), R13 - Região da Diversidade (20 municípios) e R14 - Fronteira Noroeste (22 municípios), conforme figura 1 abaixo.

Figura 1. Mapa das regiões de saúde, Macrorregião Missioneira, 2022



Fonte: SES/RS

A organização dos municípios por coordenadorias regionais de saúde e por regiões de saúde pode ser visualizada no Quadro 1. Em destaque, o município sede de cada coordenadoria.

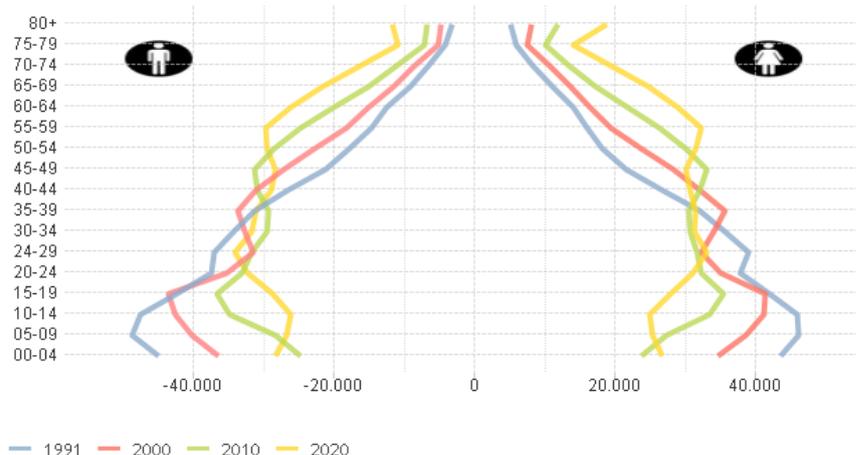
Quadro 1. Coordenadorias regionais de saúde, regiões de saúde e municípios da Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS
9ª CRS	R12 Portal das Missões	Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta , Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul e Selbach
12ª CRS	R11 Sete Povos das Missões	Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Dezesesseis de Novembro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo , Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama, Vitória das Missões
14ª CRS	R14 Fronteira Noroeste	Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Campinas das Missões, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa , Santo Cristo, São José do Inhacorá, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva e Tuparendi
17ª CRS	R13 Região da Diversidade	Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuípe, Coronel Barros, Chiapetta, Condor, Crissiumal, Humaitá, Ijuí , Inhacorá, Jóia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul e Sede Nova

2. Perfil Demográfico

A macrorregião possui uma população total de 904.646 habitantes. Dentre as regiões, a R11 é a maior, com população de 290.783 habitantes, equivalente a 32,1% da macrorregião. Já a R12, com 131.850 habitantes, é a de menor percentual populacional (14,6%). A R13 possui 241.798 habitantes, proporção de 26,7%, quase equivalente à R14, que tem população de 240.215 habitantes (26,6%).

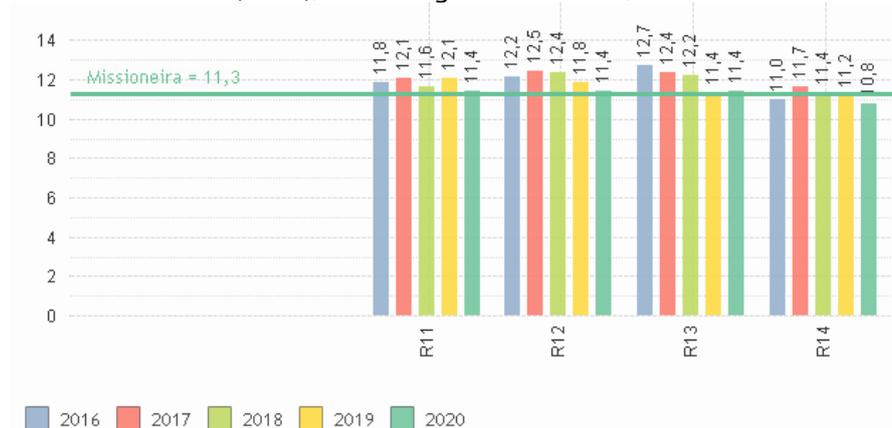
Figura 2. Distribuição da população por faixa etária e sexo, **Macrorregião Missioneira, RS, 1991, 2000, 2010 e 2020**



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

Quanto à distribuição da população por faixa etária (Figura 02), observa-se que de 1991 a 2020 houve uma redução significativa da população na faixa etária de 0 a 19 anos para ambos os sexos e um aumento significativo da população na faixa etária acima de 50 anos para ambos os sexos, mudando a configuração da base da pirâmide. Na faixa etária dos 20 aos 54 anos a população de ambos os sexos não apresentou variação significativa no período. Destaque para a população feminina de 20 a 44 anos, que em 2020 foi praticamente a mesma de 2010. A partir dos 60 anos percebe-se também um crescimento diferenciado na população feminina. Na distribuição da população por sexo, não se verifica diferença significativa entre os gêneros feminino e masculino.

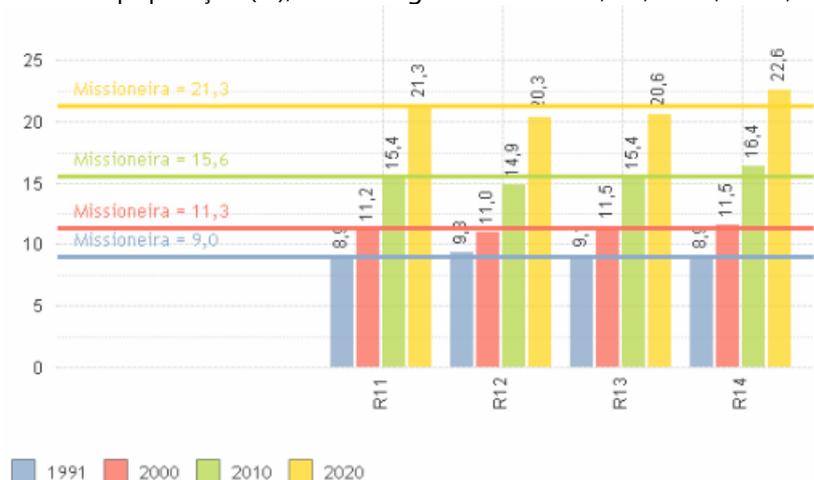
Figura 3. Coeficiente de natalidade (1.000), Macrorregião Missioneira, 2016-2020



Fonte: NIS/DTI/SES-RS

Em relação ao coeficiente geral de natalidade da macrorregião (Figura 03) o mesmo foi em média de 11,3 por 1.000 nascidos vivos no período de 2016 a 2020, abaixo do coeficiente de natalidade médio do Estado do RS (11,4). Não há variação significativa do coeficiente entre as quatro regiões de saúde, no entanto, verifica-se que as regiões 12 e 13 foram as que tiveram queda maior no coeficiente no período de 2016 a 2020. Da mesma forma, nas demais macrorregiões do estado também podemos observar uma queda no coeficiente de natalidade no período avaliado. A R14 foi a região que apresentou o menor coeficiente no ano de 2020, último ano avaliado, com taxa de 10,8 para cada 1.000 nascidos vivos, enquanto nas demais regiões de saúde o coeficiente foi de 11,4.

Figura 4. Proporção de idosos na população (%), Macrorregião Missioneira, RS, 1991, 2000, 2010, 2020



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

Conforme figura 4, podemos verificar que a proporção de idosos na população, em média, foi de 21,3% em 2020, na macrorregião. Isso representa aumento de 136% dessa população em relação ao ano de 1991, quando a proporção era de 9,0%; e também está acima do dado estadual, considerando que no Estado do RS, em 2020, a proporção média foi de 18,8%.

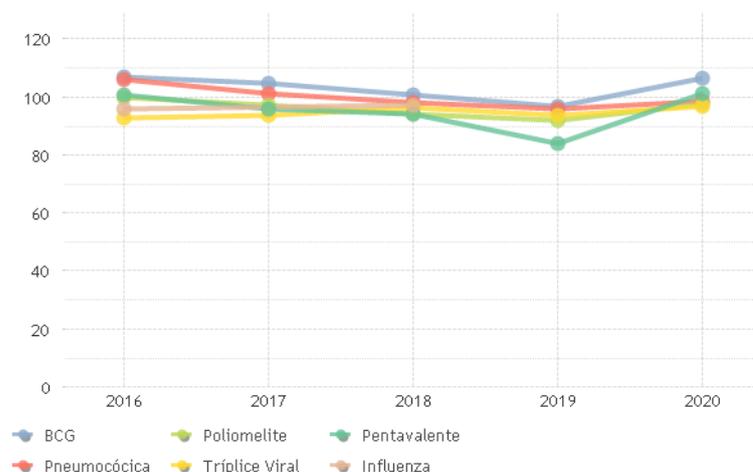
Em todas as regiões de saúde da macrorregião observa-se um aumento do percentual da população idosa durante o período de 1991 a 2020, sendo que a R14 foi a região que apresentou maior aumento, passando de 8,9% em 1991 para 22,6% em 2020 (variação de 154%). No Estado também podemos observar o crescimento da população idosa durante o período de 1991 a 2020, passando de 8,9% para 18,8% (aumento de 111% em 30 anos).

3. Determinantes e Condicionantes

Ao avaliar as coberturas vacinais na macrorregião (Figura 05), verifica-se que as vacinas BCG e Pneumocócica apresentaram coberturas acima de 95% em todos os anos avaliados. No entanto, também é possível apurar que no ano de 2019 três vacinas apresentaram coberturas abaixo de 95% na macrorregião: poliomielite, tríplice viral e pentavalente. Em relação à vacina da poliomielite, o resultado atingido foi de apenas 92,11%. Da mesma forma, a cobertura da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) atingiu a cobertura de 93,47%.

No caso da vacina pentavalente, os percentuais de cobertura ficaram abaixo do percentual esperado em 2019, devido à interdição pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 3.250.000 doses de imunizante, conforme Resolução CIB/RS nº 1.545/2019. Após essa medida, foi aberto um processo junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) com a solicitação de substituição dos imunobiológicos interditados, e a regularização se deu com o recebido de um novo quantitativo de outro laboratório (Serum Institute – Índia), sendo possível atender uma demanda extra rotina de aproximadamente 27% do solicitado pelo Estado.

Figura 5. Percentual de cobertura vacinal por imunológico selecionado (%), Macrorregião Missioneira, RS, 2016 a 2020.



Fonte: SI-PNI/DATASUS

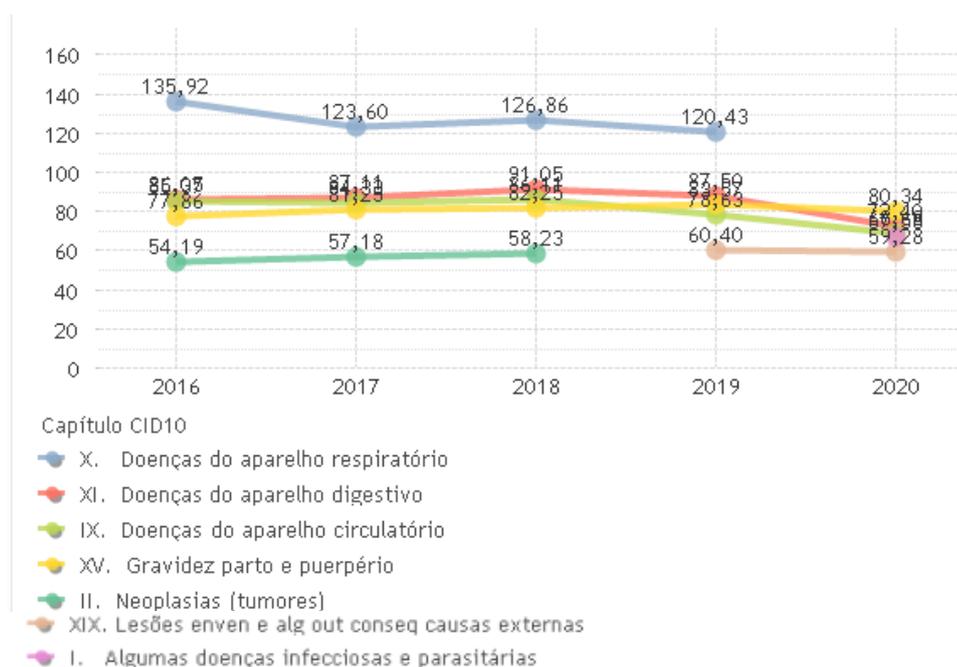
Cumpra mencionar que, embora existam dados populacionais mais atualizados, a saber, a estimativa populacional do Tribunal de Contas da União (TCU) de 2021, o qual inclusive é um dado acessível no site do departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o presente plano utilizou-se da mesma referência que é utilizada pelo Portal BI. Ao escolher esse padrão buscou-se evitar a produção de uma eventual assimetria analítica ao utilizar dois parâmetros distintos de base populacional, o que poderia inclusive produzir quiproquós aos leitores.

O Grupo de Trabalho que conduziu o Planejamento Regional Integrado na Macrorregião definiu que, em relação aos determinantes e condicionantes, renda média domiciliar, per capita e per capita por raça e cor; proporção de pessoas de baixa renda menor de ½ salário mínimo; taxa de desemprego por raça e cor; taxa de analfabetismo; níveis de escolaridade na população de 15 anos ou mais; disposição de esgotos domésticos e cobertura do lixo, serão incluídos no Plano Macro Regional do Planejamento Regional Integrado após os dados serem disponibilizados pelo Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) com base no Censo que está sendo realizado em 2022. Os dados disponíveis atualmente são referentes ao ano de 2010, portanto, devido ao lapso de 12 anos, não refletem a realidade atual.

4. Perfil Epidemiológico

4.1. Morbidade e Mortalidade

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

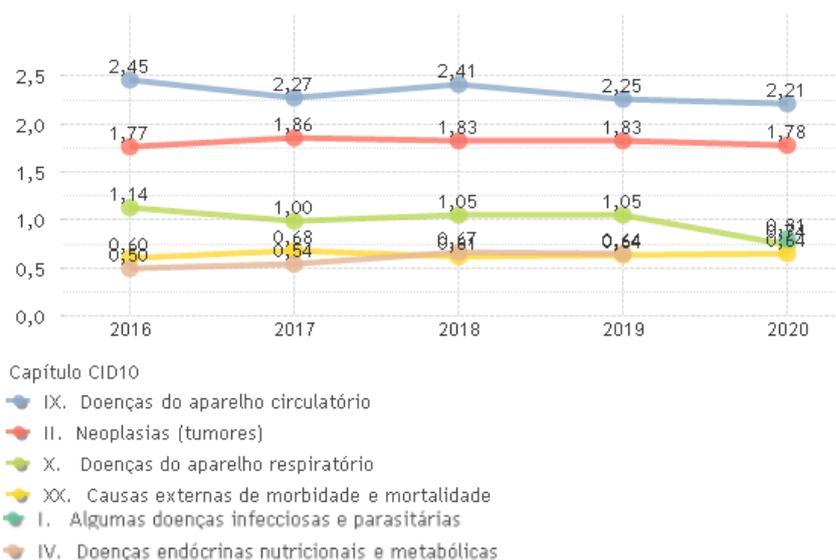


Fonte: SIH/DATASUS

Em relação às taxas de internação pelo SUS apresentadas na Figura 06, verificamos que durante o período de 2016 a 2018 os cinco principais grupos de causas de internação, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10) foram: doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho circulatório, gravidez, parto e puerpério e neoplasias (tumores). Já no ano de 2019, o grupo das neoplasias deixa de estar entre as principais causas de internação, sendo substituído pelas lesões por envenenamento e algumas outras consequências e causas externas.

No ano de 2020 também tivemos modificações importantes nas internações por grupos de causas, sendo que o grupo da gravidez, parto e puerpério passou a ocupar o primeiro lugar dentre os cinco principais grupos de causa de internação, com taxa de 80,34. Em segundo lugar, permanecem as internações do grupo das doenças do aparelho digestivo, com uma taxa de 72,4, conforme os anos anteriores. Em terceiro lugar estão as doenças do aparelho circulatório, com uma taxa de 68,68. Em quarto lugar tivemos a incorporação de um novo grupo dentre as principais causas de internação, algumas doenças infecciosas e parasitárias, com taxa de 67,58, o que decorre das internações por covid-19 terem sido inseridas nesse grupo. Em quinto lugar, da mesma forma que em 2019, tivemos as internações por lesões de envenenamento e algumas outras consequências e causas externas, com uma taxa de 59,28 para cada 10.000 habitantes.

Figura 7. Taxa de mortalidade da população residente pelos 5 principais capítulos do CID (1.000), Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: SIM / DATASUS.

Quanto às taxas de mortalidade (Figura 07) pelos cinco principais grupos de causa, no período de 2016 a 2020, temos em primeiro lugar os óbitos do grupo das doenças do aparelho circulatório, em segundo as neoplasias, em terceiro as doenças do aparelho respiratório e em quarto lugar os óbitos do grupo das causas externas de morbidade e mortalidade. O único grupo que teve variação significativa de queda na taxa foi o das doenças do aparelho respiratório, com redução aproximada de 25%. Como quinta causa de óbitos durante o período de 2016 a 2019 tivemos as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, sendo que este grupo foi substituído no ano de 2020 pelos óbitos do grupo de algumas doenças infecciosas e parasitárias, na qual foi inserido a doença do covid-19, podendo este fato também estar relacionado à redução da taxa de mortalidade do grupo das doenças do aparelho respiratório.

Figura 8. Cinco principais causas de internações pelo SUS da população residente por grupo etário e capítulo do CID (%), Macrorregião Missioneira, RS, 2020

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (53,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (14,3%)	X. Doenças do aparelho respiratório (12,7%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (5,3%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (4,2%)
01-09	X. Doenças do aparelho respiratório (22,6%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (16,8%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (15,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,5%)	II. Neoplasias (tumores) (7,1%)
10-19	XVI. Gravidez parto e puerpério (31,0%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (14,1%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (12,5%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (10,9%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (7,5%)
20-29	XV. Gravidez parto e puerpério (49,5%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (10,6%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (9,9%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (8,3%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (6,2%)
30-49	XV. Gravidez parto e puerpério (20,5%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (12,9%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (12,4%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (11,0%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (8,5%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (15,0%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (14,6%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (13,5%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (11,8%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (10,2%)
60-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (19,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (14,0%)	II. Neoplasias (tumores) (13,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (11,9%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (11,5%)
80+	X. Doenças do aparelho respiratório (20,7%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (20,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (17,0%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (8,2%)	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas (7,7%)

Fonte: SIH/DATASUS

Em relação às internações processadas em 2020 pelo DATASUS (Figura 08) pelos cinco principais grupos de causa por faixa etária, na macrorregião, podemos destacar que, nos menores de 1 ano, o primeiro grupo de causa esteve relacionado às internações originadas no período perinatal (53%); e na faixa etária de 01 a 09 anos as doenças do aparelho respiratório (22,6%). Na população entre 10 e 39 anos, estão em primeiro lugar as internações do grupo da gravidez, variando apenas os índices: 31% na faixa de 10 a 19 anos; 49,5% no grupo de 20 a 29 anos; e 20,5% na população de 30 a 49 anos.

Na faixa etária de 50 a 59 anos temos dois grupos de causas em destaque com percentuais semelhantes: neoplasias (15%) e doenças do aparelho digestivo (14,6%). Na faixa etária dos 60 a 79 anos, há também duas causas principais: doenças do aparelho circulatório (19%) e doenças infecciosas e parasitárias (14%). Na faixa etária acima dos 80 anos, sobressaem as internações dos grupos de doenças do aparelho respiratório (20,7%) e doenças do aparelho circulatório (20,7%).

Importante destacar o índice de internações por transtornos mentais e comportamentais, que representa a terceira causa com maior prevalência na faixa etária dos 10 a 49 anos. Da mesma forma, destaca-se também que as decorrentes de lesões por envenenamento e algumas outras consequências e causas externas aparece como causa de internação em todas as faixas etárias, exceto nos menores de 1 ano e entre 60 e 79 anos. As internações do grupo das doenças infecciosas e parasitárias, em que estão incluídas as internações do Covid-19, também aparecem em várias faixas etárias, principalmente na faixa etária dos menores de 10 anos e acima dos 50 anos.

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

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afec originadas no período perinatal (71,3%)	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas (18,8%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (5,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (3,8%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (1,3%)
01-09	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (45,0%)	VI. Doenças do sistema nervoso (20,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,0%)	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár (5,0%)	X. Doenças do aparelho respiratório (5,0%)
10-19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (62,3%)	II. Neoplasias (tumores) (7,5%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (5,7%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (3,8%)	VI. Doenças do sistema nervoso (3,8%)
20-29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (63,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,2%)	II. Neoplasias (tumores) (7,0%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (6,5%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (3,8%)
30-49	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (29,2%)	II. Neoplasias (tumores) (23,2%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,6%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (11,9%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (5,4%)
50-59	II. Neoplasias (tumores) (28,3%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (20,4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,6%)	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (10,4%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (7,1%)
60-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (27,3%)	II. Neoplasias (tumores) (26,9%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,9%)	X. Doenças do aparelho respiratório (8,4%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (8,3%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (33,7%)	II. Neoplasias (tumores) (14,5%)	X. Doenças do aparelho respiratório (13,1%)	VI. Doenças do sistema nervoso (8,0%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (7,4%)

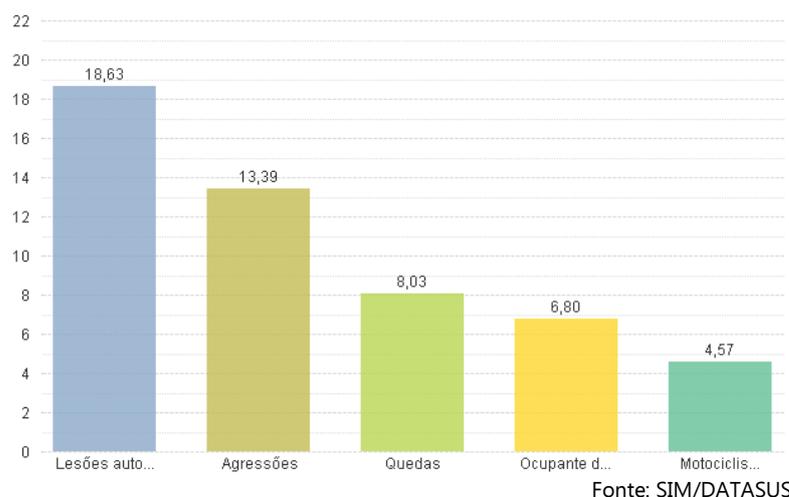
Fonte: SIM/DATASUS.

Fonte: SIM /DATASUS

Em relação aos óbitos de 2020 pelos cinco principais grupos de causa e faixa etária (Figura 09), destacamos que na faixa etária menor de 1 ano o principal grupo de óbito está relacionado às afecções originadas no período perinatal (61%). Nas faixas etárias de 01 a 19, 10 a 19, 20 a 29 e 30 a 49

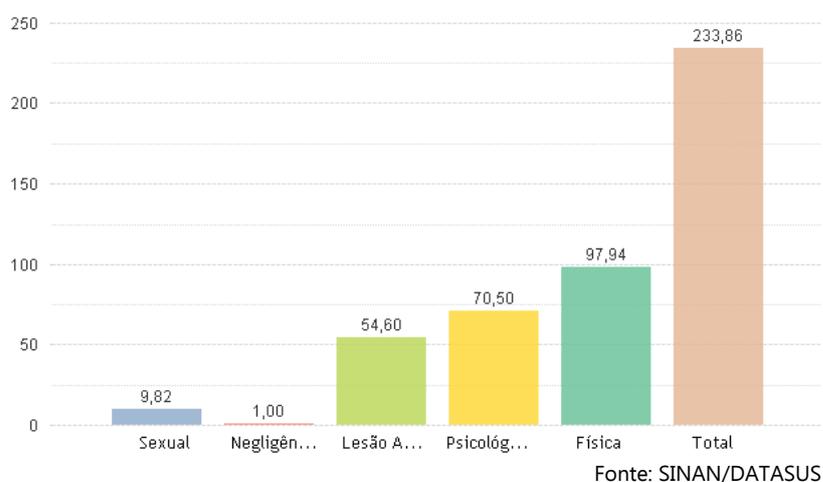
anos aparecem como principal grupo de causa os óbitos relacionados às causas externas de morbidade e mortalidade. Destacamos também os óbitos por neoplasias, que aparecem nas faixas etárias de 10 a 19 anos e de 30 a 49 anos como segunda causa de óbito, e na faixa etária de 20 a 29 anos como terceira causa. Já na faixa etária de 50 a 59 anos, representou a primeira causa de óbito (28,3%). Nas faixas etárias de 60 a 79 e acima de 80 anos, as doenças do aparelho circulatório aparecem como grupo principal de óbitos representando respectivamente 27,3 e 33,7%. Em segundo lugar para estas faixas etárias, estão também os óbitos relacionados ao grupo das neoplasias, representando 26,9% na faixa etária de 60 a 79 anos e 14,5% na faixa etária acima de 80 anos.

Figura 10. Taxa de mortalidade por causas externas, 5 principais grupos do CID (100.000 habitantes), Macrorregião Missioneira, RS, 2020.



Quanto à taxa de mortalidade por causas externas, no ano de 2020, na região de saúde (Figura 10) a causa que foi mais elevada foi lesões autoprovocadas com taxa de 18,63 seguida de agressões com 13,92. Outras causas foram quedas com 8,03, ocupante de automóvel traumatizado em um acidente de transporte com 6,8, e por último, motociclista traumatizado em um acidente de transporte com 4,57.

Figura 11. Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 Habitantes), Macrorregião Missioneira, RS, 2020.



Em relação à taxa de notificação por violência (Figura 11), a maior parte está relacionada à violência física (97,94%), seguida pela violência psicológica, com taxa de 70,50 – calculada para cada 100.000 habitantes.

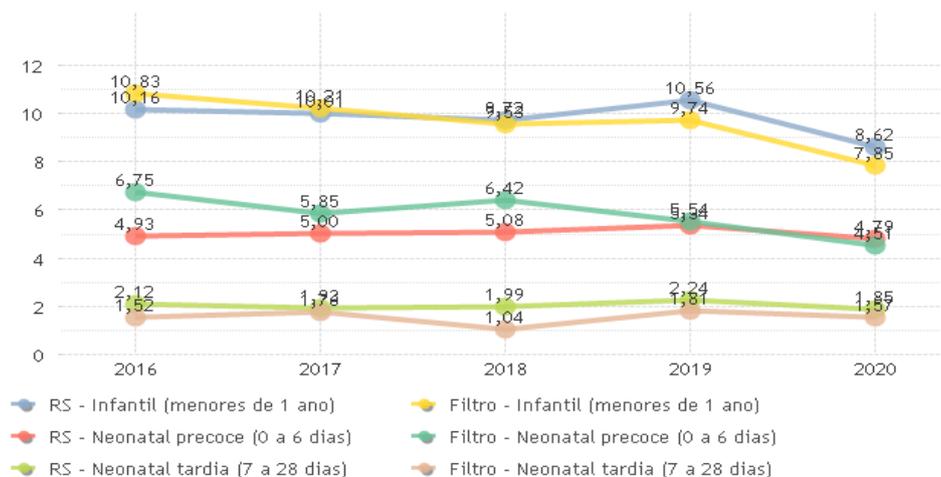
Em levantamento realizado junto ao Portal BI-RS, em relação às notificações de violência junto à Macrorregião, verifica-se que ocorreram 1.717 notificações no ano de 2020, no total. O maior número de notificações (841) foi na R13, cerca de 50% da macrorregião. Na R14 foram 524 notificações (31%); na R12, 270 notificações e na R11 apenas 82 notificações.

O maior volume de notificações foi do sexo feminino (1.364 notificações), equivalente a 79,4% do total. Quanto à faixa etária, a maior parte foi entre 20 e 59 anos, tendo sido realizadas 1.234 notificações (71,9%); seguido da faixa de 10 a 19 anos, com 289 notificações (16,8%).

Quanto ao local de ocorrência das violências, chama a atenção que a maior parte ocorreu na residência, 1.353 notificações, representando 78,8%. Em segundo lugar estão as notificações por violência em vias públicas, que representaram 8,7% do total.

No contexto das violências, destaca-se também a ocorrência de suicídios, que tem apresentado tendência de crescimento durante os últimos 5 anos, passando de 119 em 2016 para 166 em 2020. Dados preliminares de 2021 apontam número ainda maior, com registro de 180 suicídios.

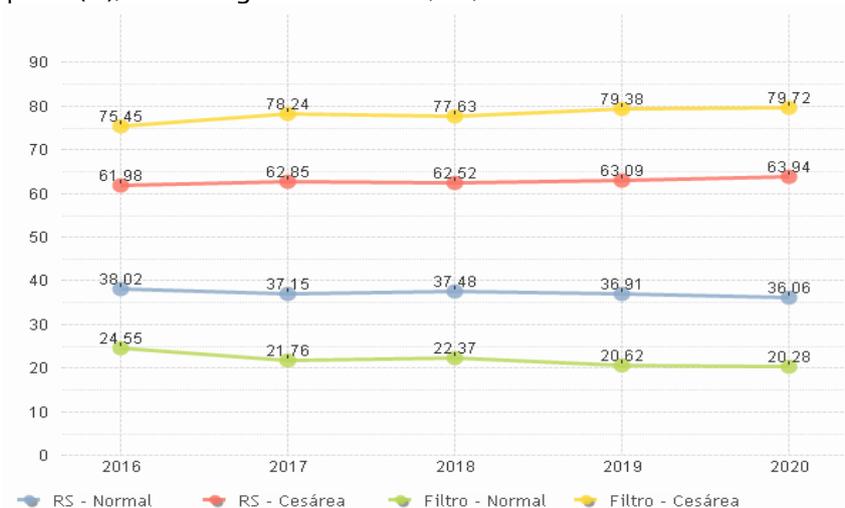
Figura 12. Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: SIM/DATASUS

As taxas de mortalidade infantil dizem respeito aos óbitos ocorridos até um ano de vida. Dados da figura 12 demonstram o total de óbitos infantis ocorridos na Macrorregião e no Estado, onde podemos verificar uma queda gradativa no período de 2016 (10,83) a 2020 (7,85) na macrorregião, no estado também se observa essa redução. A mortalidade neonatal, que são os óbitos ocorridos até 28 dias de vida, representam o maior número tanto na macrorregião quanto no Estado. Ainda, desse total de óbitos, o coeficiente maior está nos óbitos neonatais precoces, que são óbitos ocorridos de 0 a 6 dias, nos quais também há uma tendência de queda tanto na macrorregião quanto no Estado.

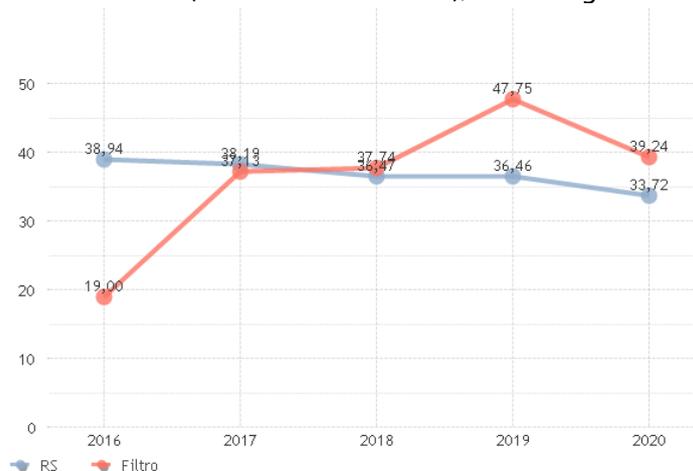
Figura 13. Tipo de parto (%), Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: SINASC/RS

Em relação à condição do parto, o percentual de partos cesáreos (Figura 13) aumentou gradativamente na macrorregião ao longo dos anos, passando de 75,45% em 2016 para 79,72% em 2020, variação de 4,27%. Além disso, observa-se que os percentuais de cesárea na macrorregião mantiveram-se em média 15% acima dos dados estaduais.

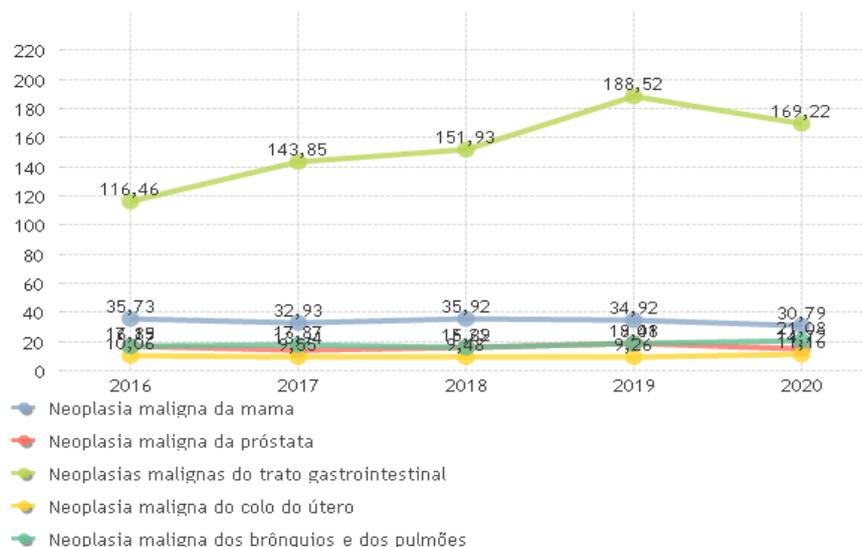
Figura 14. Taxa de mortalidade materna (100.000 nascido vivos), Macrorregião Missioneira, RS, 2016 a 2020.



Fonte: SIM/DATASUS

Analisando-se a variação da Taxa de Mortalidade Materna (Figura 14), verifica-se que a macrorregião saiu de um padrão abaixo para uma taxa acima da média do Estado, destacando-se o ano de 2019. Quanto aos dados estaduais, há um padrão de queda nos últimos anos, enquanto na macrorregião, embora tenha havido uma redução de 2019 para 2020, verifica-se um padrão de aumento da taxa.

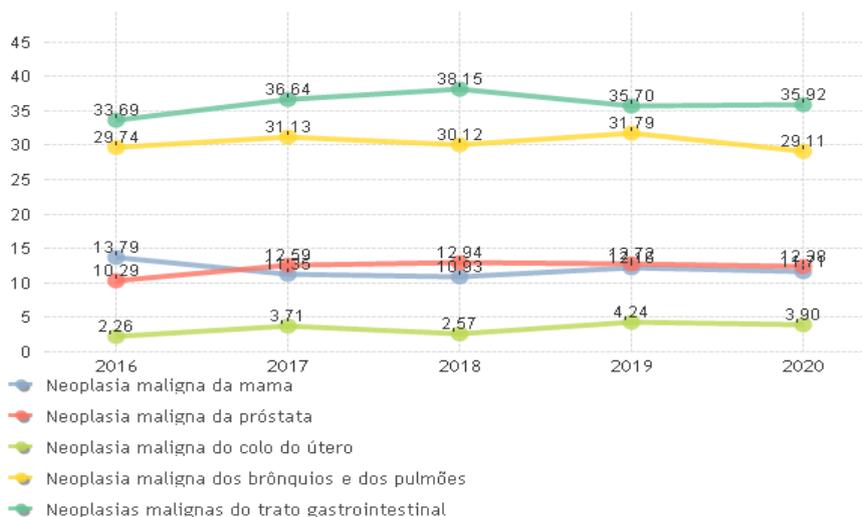
Figura 15. Taxa de internações SUS dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020



Fonte: SIH/DATASUS

Em relação às taxas de internação pelos diferentes tipos de câncer (Figura 15), as mais elevadas foram as internações relacionadas a neoplasias malignas do trato gastrointestinal. A taxa passou de 116,46 em 2016 para 169,22 em 2020, com aumento mais acentuado em 2019, quando a incidência foi de 188,52 para cada 100.000 habitantes. Em segundo lugar estão as internações por neoplasias malignas por câncer de mama, destacando-se a taxa de 30,79 em 2020, ano com redução significativa. Em terceiro lugar estão as internações por neoplasias malignas de brônquios e dos pulmões, taxa de 21,08 em 2019. Exceto pelas internações por neoplasias do trato gastrointestinal, as demais mantêm tendência linear estável durante período avaliado.

Figura 16. Taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes (100.000 habitantes), Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.

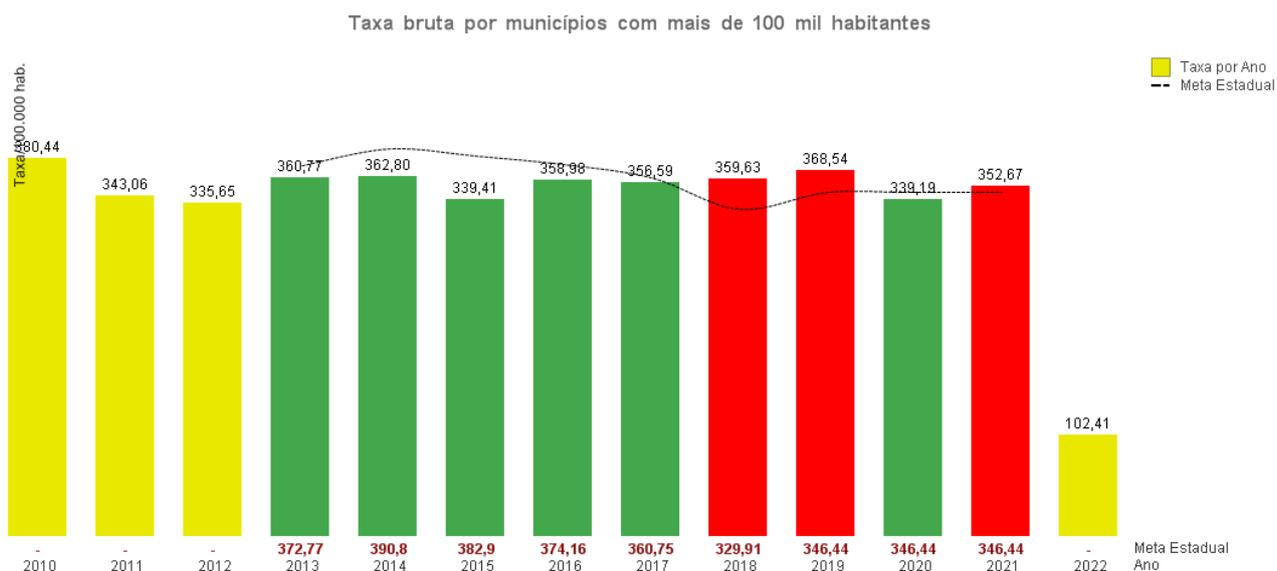


Fonte: SIM/DATASUS

Quanto à mortalidade por tipo de câncer (Figura 16), observa-se que, nas internações, prevalecem os óbitos por neoplasias malignas do trato gastrointestinal, com tendência linear estável no

período avaliado de 2016 a 2020; a taxa de 2020 foi de 35,92 para cada 100.000 habitantes. Em segundo lugar estão os óbitos por neoplasias malignas dos brônquios e dos pulmões, cuja taxa em 2020 foi de 29,11; em seguida ficam os óbitos por neoplasia maligna de próstata, com taxa de 12,38, acometendo homens; e os óbitos por neoplasia maligna de mama, com taxa de mortalidade 11,71, acometendo o grupo das mulheres.

Figura 17. Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), Macrorregião Missioneira RS, 2010-2022.



Fonte: SIM/ DATASUS, DGTI /RS

Conforme figura 17, observa-se tendência variável nos óbitos prematuros (faixa etária de 30 a 69 anos), decorridos das doenças não transmissíveis, sendo elas as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

Conforme informações levantadas junto ao Portal BI-RS, referentes ao ano de 2020, a R11 foi a região com a maior taxa de óbitos prematuros da macrorregião, com registro de 543 óbitos, levando à taxa de 364,49. Em segundo lugar está a R13 com 400 óbitos, taxa de 336,31. Em terceiro lugar a R14, com 407 óbitos, taxa de 326,57. A região com a menor ocorrência foi a R12, com 210 óbitos e taxa de 311,69 para cada 100.000 habitantes.

5. Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279/10, estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As redes estabelecidas na portaria dividem-se em: Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil (RAMPI), estabelecida por meio da Portaria nº 1.459/11; Rede de Urgência e Emergência (RUE), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.600/11; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 3.088/11, para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 793/12; e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, pela Portaria GM/MS nº 438/14.

5.2. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um instrumento para o cuidado integral à saúde mental da população. Pela diversidade dos estabelecimentos e serviços, as diretrizes e princípios da RAPS estão ancorados nos direitos humanos, e a execução de ações acontece via meios intra e inter-setoriais, em redes capilarizadas nos territórios. É instituída por meio da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (Portaria de origem nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011) e pela Portaria nº 3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017, que estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas.

A política busca promover uma maior integração e participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na RAPS, que é organizada pelos seguintes componentes: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada, Atenção às Urgências e Emergências, Atenção Residencial de Caráter Transitório e Atenção Hospitalar.

Os objetivos da RAPS são, principalmente, ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

As portas de entrada para o cuidado em saúde mental são os serviços da APS, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e os serviços de urgência e emergência, onde as pessoas são acolhidas, sejam elas referenciadas ou pela demanda espontânea. Na tabela 2 apresenta-se o quantitativo de serviços da RAPS da macrorregião, que está adequada quanto aos principais serviços, especialmente leitos em unidades especializadas em hospitais gerais.

Tabela 1. Número de serviços da Rede de Apoio à Saúde Mental, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

AÇÕES E SERVIÇOS	R11	R12	R13	R14	MACRO
Equipes de Redução de Danos (RD)	1	0	00	0	1
Leitos de Psiquiatria em Hospital Geral como serviço de referência (SHR) / nº de hospitais	72 (5)	11 (2)	58 (6)	62 (4)	203
Leitos de Psiquiatria Infanto Juvenil	0	0	0	10 (1)	10
Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB)	8	5	11	7	31
Oficina Terapêutica tipo 1	10	2	1	2	15
Oficina Terapêutica tipo 2	2	11	10	5	16
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	0	0	0	1	1
Unidade de Acolhimento (UA) Psicossocial Adulto	0	1*	0	0	1
Unidade de Acolhimento Psicossocial Infanto-Juvenil	0	0	0	0	0
CAPS AD	2	1	1	1	5
CAPS AD III	1	0	1	0	2
CAPS I	3	3	2	3	11
CAPS i	1	1	1	0	3
CAPS II	2	0	1	1	4
CAPS III	0	0	0	0	0
Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)	0	0	3	0	3

Fonte: Plano Macrorregional da RAPS – SES-RS

Identifica-se na macrorregião o vazio assistencial de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). É comum o problema da insuficiência ou ausência de apoio familiar, havendo uma grande dificuldade no cuidado dos pacientes portadores de transtorno mental. Acredita-se que a habilitação de SRT pode contribuir significativamente para a aquisição de autonomia e acompanhamento.

Identifica-se também a necessidade de serviços intermediários entre a atenção primária e especializada. Os municípios têm carência de profissionais e isso gera listas de espera, principalmente para atendimentos psicológicos e psiquiátricos. Nesse sentido, compreende-se a necessidade de diversificar os serviços do SUS através de ambulatórios de saúde mental, bem como de aprimorar os já existentes (NAAB, Oficinas Terapêuticas e CAPS), para incrementar a atenção integral às pessoas portadoras de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, propiciar assistência multiprofissional, ampliar os atendimentos individuais, promover a inserção através dos trabalhos de grupo, fortalecendo a coletividade.

Referente aos NAABs, há a necessidade de maior articulação entre equipes de referência e equipes matriciais para a efetivação da retaguarda técnica do NAAB e do cuidado compartilhado. É premente em relação a isso evitar a incompletude e rotatividade frequentes das equipes de apoio. Também em relação ao matriciamento, há a necessidade de ampliar e melhorar a articulação entre a APS e os CAPS. Por fim, com as melhorias na RAPS pretende-se diminuir as internações hospitalares, através do trabalho conjunto entre equipes especializadas e APS, bem como reduzir a judicialização em saúde mental, especialmente as internações hospitalares compulsórias.

Os Planos de Ação Regionais (PAR) da RAPS elaborados em 2022 traduzem a necessidade de novos serviços. Na R11 foram apontados principalmente os ambulatórios de saúde mental, as equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental (eMAESM) incentivadas pelo Ministério da Saúde. Cinco municípios da região manifestaram interesse em implantar: Cerro Largo, São Borja, São Luiz Gonzaga, Santo Antônio das Missões e Vitória das Missões. Ainda quanto a serviços custeados pelo MS, São Luiz Gonzaga indicou intensão de implantar SRT. Há também municípios que manifestaram interesse em equipes de custeio estadual, embora não haja recurso financeiro previsto

para isso até o momento. São Luiz Gonzaga e Santo Antônio das Missões citaram as oficinas terapêuticas e Cerro Largo o NAAB, equipe de apoio matricial.

Na R12, dentre as demandas que estão em andamento há uma unidade de acolhimento (UA) no município de Fortaleza dos Valos e um CAPS no município de Ibirubá, ambos já em fase de implantação. Porém, durante a formulação do PAR da RAPS, foram elencadas novas demandas com incentivo estadual: em Ibirubá, duas oficinas terapêuticas tipo II; em Quinze de Novembro, um NAAB; em Salto do Jacuí, uma equipe de composição de redução de danos (RD) e um acompanhante terapêutico (AT); em Cruz Alta um AT e uma equipe RD; e tanto em Saldanha Marinho quanto em Fortaleza dos Valos um novo serviço AT.

Há também propostas de implantação de novos serviços com custeio federal na R12: em Salto do Jacuí, implantação/habilitação de um CAPS 1, uma Ament tipo 1, e habilitação de 8 a 10 leitos hospitalares de referência em Saúde Mental; em Fortaleza dos Valos uma Ament tipo I; e em Santa Bárbara do Sul uma Ament tipo I.

As necessidades apontadas pelos vinte municípios da R13 foram: solicitações de 13 EMAESMs (Ambulatórios de Saúde Mental) nos municípios de Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Catuípe, Condor, Coronel Barros, Humaitá, Joia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto e São Valério do Sul. Já os municípios de Campo Novo, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Nova Ramada, Panambi, São Martinho e Sede Nova, oito no total, solicitaram SRTs e implantação e/ou habilitação de um CAPS tipo I para o município de Santo Augusto.

Foi também solicitada pelos municípios a implantação/ habilitação de serviços estaduais, como acompanhantes terapêuticos em Ajuricaba, Catuípe, Campo Novo, Ijuí, Nova Ramada, Chiapetta, Pejuçara e Sede Nova; oficinas terapêuticas nos municípios de Chiapetta e Crissiumal e, por fim foi, equipes RD nos municípios de Campo Novo e Pejuçara.

Na R14 as demandas levantadas e/ou necessidades de novos dispositivos foram: um CAPS 1 Regional para os municípios de Novo Machado, Tucunduva, Tuparendi, Dr. Maurício Cardoso e Porto Mauá; três AMENTs nos municípios de Nova Candelária, Santo Cristo e Alecrim; 20 oficinas terapêuticas para os municípios de Santa Rosa, Horizontina, Tuparendi, Porto Vera Cruz, Dr. Maurício Cardoso, Santo Cristo, Tucunduva, Boa Vista do Buricá, Campina das Missões e Três de Maio; e terceiro turno no CAPS II de Santa Rosa.

5.1. Rede de Urgência e Emergência (RUE)

Quanto à Rede de Urgência e Emergência, constitui-se o modelo de atenção na macrorregião mediante um diagnóstico dos serviços existentes, levando em consideração a quantidade de serviços ofertados, localização, acesso, complexidade e capacidade operacional e técnica conforme preconiza o Ministério da Saúde. O objetivo do diagnóstico situacional é subsidiar a compreensão dos arranjos organizativos de ações e serviços de saúde da rede no território e da coerência da solicitação dos pleitos de recursos financeiros.

A partir do Decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2022), que estabelece as regiões de saúde, verificou-se a necessidade de implantação, reestruturação e qualificação dos serviços dentro das regiões de saúde ou da macrorregião. Desta forma, apresentamos a tabela 3 expondo a capacidade instalada na macrorregião, bem como análise dos dados e os vazios assistenciais da RUE.

Tabela 2. Serviços da Rede de Atenção da Urgência e Emergência, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

AÇÕES E SERVIÇOS	R11	R12	R13	R14	MACRO
Cobertura de SAMU – Atendimento pré-hospitalar primário em Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA)	50%	0 %	65%	100%	60%
Cobertura de SAMU – atendimento pré-hospitalar primário em Unidade de Suporte Básico de Vida (USB)	100%	80 %	100%	100%	95%
Número de SAMU (USA)	02	0	01	01	04
Número de SAMU (USB)	10	02	04	08	24
Chamar – 192	0	08	0	0	08
Porta de Entrada Hospitalar Urgência e Emergência/ASSISTIR/RS (Porte Geral Tipo I)	06	05	07	08	26
Porta de Entrada Hospitalar Urgência e Emergência/ASSISTIR/RS (Porte Geral Tipo II)	0	01	0	04	05
Porta de Entrada Hospitalar Urgência e Emergência/ASSISTIR/RS (Porte Geral Tipo III)	02	0	0	01	03
Porta de Entrada Hospitalar Urgência e Emergência/ASSISTIR/RS (Porte Especializado I)	01	01	01	01	04
Porta de Entrada Hospitalar Urgência e Emergência/ASSISTIR/RS (Porte Especializado II)	01	0	0	0	0
Porta de Entrada Hospitalar Urgência e Emergência/MS (Tipo: Especializado Tipo I)	0	0	01	0	01
Porta de Entrada Hospitalar Urgência e Emergência/MS (Tipo: Especializado Tipo II)	0	1	0	0	1
Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 HORAS) (Opção de Custeio: II)	1	1	1	1	4
Leitos de Unidade de Cuidados Prolongados - UCP	0	0	25	40	65
Leitos de AVC	5 (III)	5 (III)	10 (III)	0	20
Leitos de Retaguarda	0	0	0	0	0
Leitos de UTI Adulto tipo II	20	20	13	26	79
Leitos de UTI Pediátrica Tipo II	0	0	0	10	10
Leitos de UTI Unidade Coronariana	0	0	2	0	2
EMAD (Equipe Multi. de Atenção Domiciliar) Tipo 1	0	0	0	1	1

FONTES: Plano Macrorregional da RUE – SES/RS

Conforme informações compiladas na tabela 2, a macrorregião possui um total de quatro bases de Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) Unidade de Suporte avançado, com cobertura de 60% da população. Somente a R14 possui 100% de cobertura populacional, tendo sua base localizada em Santa Rosa como referência para os 22 municípios da região.

A R11 possui duas bases Unidade de Suporte Avançado (USA), localizadas nos municípios de São Borja (atende somente o município sede); e de Santo Ângelo, que atende também os municípios de Eugênio de Castro, Sete de Setembro, São Miguel das Missões e Vitória das Missões. Dessa forma, há cobertura de USA a seis municípios e 54% da população regional, sem solicitação de ampliação.

A R12 no momento encontra-se sem cobertura populacional de transporte em USA. Há pleito aprovado no MS (SAIPS 130961) de uma USA que atuará junto à base já existente em Cruz Alta, que atualmente tem uma Unidade de Suporte Básico de Vida (USB) com cobertura para a população residente no município. A implantação da USA prevê uma cobertura de 100% da população residente na

R12, para esse tipo de serviço. Os municípios que não possuem cobertura SAMU 192 têm acesso à Central Estadual de Regulação das Urgências e Emergências através do Projeto Chamar 192, que possibilita o acesso das equipes que atuam nas ambulâncias municipais ao suporte do profissional regulador. No momento, há a adesão de oito dos nove municípios aptos ao projeto.

A R13 possui uma USA que está situada no município de Ijuí, com cobertura de 12 municípios e percentual de cobertura de 65% da população regional. Não possui solicitação de ampliação.

Em relação à cobertura de suporte básico, somente a R12 não possui cobertura de 100% da população. Os municípios que não têm cobertura SAMU acessam à Central de Regulação Estadual através do Projeto Chamar 192, dos municípios elegíveis na R12 apenas Boa Vista do Cadeado não aderiu. No total são 24 USB em toda macrorregião.

Quanto ao programa ASSISTIR Portas Abertas, a macrorregião possui um total de 37 unidades de porta de entrada hospitalar urgência e emergência/ASSISTIR/RS, sendo 26 unidades porte geral tipo I; cinco de porte geral tipo II; três de porte geral tipo III; e três de porte especializado tipo I.

Referente a portas de entrada, há duas unidades de porta de entrada hospitalar urgência e emergência porte especializado habilitadas pelo MS, junto ao Hospital de Caridade de Ijuí - HCI (tipo I) e Hospital São Vicente de Paulo de Cruz Alta (tipo II). O Hospital Vida e Saúde (HVS) de Santa Rosa possui solicitação para o MS de habilitação de porta de entrada especializada tipo I, aguardando diligências. Cada região de saúde possui uma unidade de pronto atendimento (UPA 24h).

Em relação aos leitos de cuidado prolongado, a Macrorregião possui um total de 65 leitos. Quarenta estão localizados na R14, sendo 20 no Hospital de Caridade de Alecrim e 20 leitos no Hospital São José, de Giruá, ambos referência para os 22 municípios da R14. Os demais 25 leitos são na R13, habilitados junto ao hospital de Ajuricaba. Importante mencionar que a R12 possui solicitação em processo de habilitação de leitos de unidade de cuidado prolongado (UCP) junto ao hospital Santa Barbara Beneficente, de Santa Bárbara do Sul.

Os leitos monitorados para o atendimento ao AVC somam um total de 25 habilitados para a macrorregião, todos de tipo III, desta forma divididos: 10 leitos para a R11, no Hospital de Santo Ângelo (2015); cinco na R12, junto ao Hospital São Vicente de Paulo de Cruz Alta (2018); e 10 leitos no HCI, pertencente à R13. A R14 não possui habilitação de leitos de AVC, porém tem solicitação junto ao MS de cinco leitos tipo II, aguardando deliberação de diligência.

Em relação a unidade de tratamento intensivo (UTI) adulto tipo II, todas as regiões de saúde possuem leitos, totalizando 79. Nesse quantitativo estão incluídos os leitos remanejados do enfrentamento à covid-19 aguardando habilitação definitiva pelo MS, sendo 10 do HVS/Abosco de Santa Rosa; 10 no Hospital São Vicente de Paulo de Cruz Alta e 10 leitos no Hospital Bom Pastor, de Ijuí.

Em relação a leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) pediátrico tipo II, há somente 10 leitos em toda macrorregião, no HVS, de Santa Rosa, pertencente à R14.

A macrorregião possui ainda dois leitos de UTI unidade coronariana, habilitados junto ao HCI, o qual também é referência em Hemodinâmica para toda a macrorregião.

Na R14, o município de Santa Rosa possui também uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) tipo I habilitada pelo MS.

Ao avaliar a capacidade instalada detalhada, observa-se que a macrorregião tem como vazio assistencial na Rede de Urgência e Emergência a necessidade de ampliação, qualificação e manutenção dos leitos de UTI adulto e pediátrico, onde encontramos dificuldades em obter leitos quando necessário, devido à elevada demanda. Além disso, é importante qualificar os serviços existentes de UTI, ofertando um serviço de qualidade tanto em estrutura física quanto na assistência ao paciente.

5.3. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

Estima-se que existam em todo mundo mais de um bilhão de pessoas com deficiência, o que corresponde, aproximadamente, a 15% da população mundial (OMS, 2012). No Brasil, 45,6 milhões de pessoas (24% da população brasileira) declararam ter alguma deficiência auditiva, física, visual e/ou intelectual (IBGE, 2010).

O IBGE publicou a Nota Técnica 01/2018, que traz a releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington, onde identificam-se como pessoas com deficiência apenas os indivíduos que responderam ter muita dificuldade ou não conseguir de modo algum em uma ou mais questões no Censo 2010. Sendo assim, ao aplicar esta nova linha de corte, o percentual da população com alguma deficiência no Rio Grande do Sul passa a ser de 6,7%.

Tabela 3. População com deficiência, Macrorregião Missioneira, RS, 2019.

POPULAÇÃO	MACRORREGIÃO MISSIONEIRA	RS
TOTAL	945.020	11.377.23
COM DEFICIÊNCIA (6,7%)	63.316	762.275
COM DEFICIÊNCIA VISUAL (3,4%)	32.131	386.826
COM DEFICIÊNCIA FÍSICA (2,3%)	21.735	261.676
COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA (1,1%)	10.395	125.148
COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (1,4%)	13.230	159.280

Fonte: IBGE/Plano de Ação da Rede de Cuidados à Saúde da PcD do RS-2020

Os profissionais da área da saúde devem estar preparados para oferecer um tratamento adequado e de qualidade, dessa forma, fica clara a importância de conhecer o usuário com deficiência que irá receber cuidado para que o tratamento transcorra sem intercorrências.

A linha de cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho, sendo o trabalho em equipe um de seus fundamentos mais importantes. Essa estratégia de organização da atenção tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade das ações e dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (BRASIL, 1989; BRASIL, 2004).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), amparada pela portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012, visa ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, estomia e múltiplas deficiências, por meio de uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com deficiência, assim como iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades.

O SUS oferece uma RCPCD nas áreas auditiva, física, intelectual e visual, além de dispensação de bolsas e adjuvantes para pessoas com estomia. Os serviços de reabilitação contam com equipe multidisciplinar, onde o usuário é avaliado e contemplado com tratamento de acordo com suas necessidades, com o objetivo de garantir tanto a integralidade do cuidado quanto o fortalecimento da autonomia do usuário.

A RCPCD tem como porta de entrada a APS, que encaminha os usuários para os serviços especializados e hospitais de acordo com a necessidade de atendimento de cada um. Os casos são

cadastrados no sistema de gerenciamento de consultas (Gercon) e, a partir das informações descritas, são regulados através de classificação de risco e agendados automaticamente, conforme disponibilidade de agenda em cada serviço de reabilitação de referência.

Tabela 4. Serviços de referência de reabilitação auditiva, física, visual e intelectual, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

SERVIÇOS DE REFERÊNCIA	R11	R12	R13	R14
Reabilitação Auditiva	- CER II, São Borja - Centro Auditivo Pro Audi, Ijuí	- Centro Auditivo Pro Audi, Ijuí	- Centro Auditivo Pro Audi, Ijuí	- CER II, Santa Rosa - CER II, Três de Maio
Reabilitação Física	- CER II, São Borja - CER II - Hospital São José, Giruá	- CER III – UNIR, Ijuí	- CER III – UNIR, Ijuí	- CER II – Hospital São José, Giruá
Reabilitação Visual	- CER II – Hospital São José, Giruá	- CER III – UNIR, Ijuí	- CER III – UNIR, Ijuí	- CER II – Hospital São José, Giruá
Reabilitação Intelectual	- APAE, Santo Ângelo - APAE, São Borja	- CER III – UNIR, Ijuí - APAE, Santa Bárbara do Sul	- CER III – UNIR, Ijuí - APAE, Ijuí - APAE, Ajuricaba - APAE, Panambi	- APAE, Alegria - APAE, Boa Vista do Buricá - APAE, Giruá - APAE, Independência - APAE, Horizontina - APAE, Santa Rosa - CER II, Santa Rosa - CER II, Três de Maio

Fonte: Plano Macrorregional da Pessoa com Deficiência

Conforme apontado na tabela 4, a macrorregião possui um cenário distinto no que se refere à distribuição de serviços de reabilitação. São 12 serviços contratados em modalidade única para a reabilitação intelectual; dois centros especializados em reabilitação (CER) tipo II para reabilitação auditiva e intelectual, um CER II para física e visual, um CER II para auditiva e física e um CER III para física, intelectual e visual.

Entre as quatro regiões de saúde, observa-se que a R14 possui a maior cobertura de serviços para atendimento à população com deficiência, tendo nove serviços, enquanto a R13 conta com cinco, a R11 conta com três e a R12 somente um serviço, uma APAE (associação de pais e amigos dos excepcionais), referência apenas para dois municípios, o que aponta esta como a região de maior vazio assistencial.

A partir da Portaria 290/2021 SES/RS, que trata da Política de Atendimento Integrado à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, foram credenciados recentemente um Centro Macrorregional de Referência (CMR) localizado em Santa Rosa, junto à Fundação Municipal de Saúde (FUMSSAR), e quatro centros regionais de referência (CRR) para atendimento aos usuários com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Os CRRs estão localizados em Santa Rosa (APADA - R14); Santo Ângelo (Centro Missioneiro de Equoterapia - R11); em Ijuí (CAPS – R13) e em Cruz Alta (Prefeitura Municipal de Cruz Alta - R12). Dessa forma, como os usuários com TEA são atendidos na RCPD, haverá uma interface com esses novos serviços.

A atenção primária tem um papel muito importante na rede, desde a avaliação para o encaminhamento do usuário à atenção especializada até o acompanhamento/monitoramento dos pacientes no território. Nesse sentido, é essencial que os municípios contem com uma equipe multiprofissional adequada para atender essa demanda específica. Identificou-se que é preciso ampliar o número de profissionais na APS da área de reabilitação, especialmente fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, para desenvolver ações de prevenção das deficiências, detecção precoce e acompanhamento do processo de reabilitação e continuidade do cuidado após alta.

O programa Primeira Infância Melhor (PIM) desempenha uma função importante junto à APS na detecção precoce de atraso no desenvolvimento infantil e suspeita de deficiência e casos de TEA, os quais são encaminhados para a rede. Após o diagnóstico confirmado, o PIM continua atendendo sob orientação do profissional de referência da criança da atenção primária ou serviço especializado onde a criança esteja recebendo atendimento. Infelizmente, não há adesão de todos os municípios da macrorregião ao Programa, que funciona atualmente em apenas 33 do total de 78 municípios.

Há necessidade no que se refere à implantação/reestruturação dos serviços odontológicos para usuários com deficiência (CEO). Através do Programa Assistir, a macrorregião foi contemplada com um ambulatório para atendimento odontológico à pessoa com deficiência, no Hospital de Caridade de Crissiumal, o qual está em processo de implantação.

Existe ainda a necessidade urgente de reajustar os recursos financeiros destinados aos serviços especializados (APAEs e CERs). Os valores atuais são defasados, o que impacta diretamente na qualidade dos atendimentos ofertados, pois limita o número de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPMS) dispensadas por mês e o número de profissionais atuantes, e, assim, gera filas internas.

Triagens Neonatais

A triagem neonatal é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de diversas doenças congênitas, sintomáticas e assintomáticas, no período neonatal a tempo de interferir no curso das doenças, permitindo, desta forma, a instituição do tratamento precoce específico e diminuição ou eliminação das sequelas. O Ministério da Saúde preconiza que alguns testes devem ser feitos ainda na maternidade, porém identifica-se dificuldade para que sejam realizados desta forma, principalmente o teste do olhinho. Na macrorregião os serviços e organização das Triagens Neonatal estão descritos abaixo.

A triagem neonatal biológica (TNB), corriqueiramente conhecida como teste do pezinho, é um procedimento responsável por identificar precocemente indivíduos com doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológica, para que possa ser tratada em tempo oportuno, evitando as sequelas e até mesmo a morte. Os exames das crianças ainda hospitalizadas são coletados no próprio hospital, e as demais crianças buscam atendimento na unidade de saúde – nos municípios maiores em mais de uma unidade de saúde. Os materiais coletados são transportados ao Hospital Presidente Vargas, em Porto Alegre, e os resultados são enviados por sistema diretamente para os municípios. Posteriormente, são disponibilizados os relatórios para as coordenadorias regionais, a cargo do profissional responsável pela Rede Saúde da Criança.

Já a triagem auditiva neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação, o mais precocemente possível, da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Os exames são realizados nos serviços de referência nos municípios maiores, enquanto nos municípios menores os usuários são encaminhados para o serviço mais próximo. No caso de o bebê falhar no exame, é agendado o reteste no mesmo

serviço e, se necessário BERA triagem, BERA diagnóstico, imitanciometria ou consulta de otorrinolaringologista, estes são realizados no serviço de reabilitação auditiva credenciado. Os testes são feitos no período de até 30 dias após o nascimento.

A triagem visual neonatal (teste do olhinho) é realizada nos primeiros meses de vida do bebê e, no máximo, até a criança completar um ano de idade. Isso porque estudos mostram que 90% da visão se desenvolve nos dois primeiros anos de vida, enquanto o desenvolvimento dos outros 10% acontece entre os sete e nove anos de idade. O teste do olhinho é realizado nos recém-nascidos em algumas unidades de saúde nos municípios e em alguns hospitais vinculados às coordenadorias regionais.

O exame de oximetria de pulso (teste do coraçãozinho) é realizado nos recém-nascidos em algumas maternidades dos hospitais vinculados às coordenadorias regionais. Por fim, a avaliação do frênulo lingual (teste da linguinha) é realizada nos recém-nascidos, em maternidades de alguns hospitais da macrorregião ou, caso necessário, posteriormente, em algumas unidades de saúde nas consultas de puericultura.

Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas

O cuidado à pessoa com estomia acontece na atenção primária, de média e alta complexidade. O acompanhamento, cuidado e entrega dos dispositivos às pessoas estomizadas ou com incontinência urinária é feito na APS de cada município. O Estado gerencia o sistema de cadastro e solicitação dos dispositivos, bem como o seu envio às Secretarias Municipais de Saúde.

Nesse serviço, existem fragilidades quanto à alimentação e gestão dos sistemas. Entre os fatores que podem contribuir para isso está a constante rotatividade de profissionais nos municípios, o que dificulta a operacionalização dos sistemas - GUD (Gerenciamento de Usuários com Deficiência). Outro fator a destacar é que na maioria dos municípios ainda não foi implementada a Portaria N° 400, de 16 de novembro de 2009 do Ministério da Saúde, logo, poucos possuem uma equipe de profissionais capacitados como estomaterapeutas.

Na 12ª CRS foi pactuado em CIR que os municípios que integram a Regional de Saúde 11, possuam uma equipe de referência em atenção a pacientes estomizados, equipe composta por um médico(a) e um enfermeiro(a), neste sentido, atualmente tem-se 19 municípios com equipe de referência.

Assistência de Média e Alta Complexidade à Pessoa com Deficiência

O acesso da pessoa com deficiência aos serviços de reabilitação acontece através do sistema de regulação do Estado (GERCON). A solicitação de atendimento parte da atenção primária e é regulado e agendado pela regulação estadual.

Podemos destacar que evoluímos em relação à RCPD na regulação dos casos, através da padronização com um protocolo de saúde específico de encaminhamento, adotado na atenção primária para os pacientes que necessitam desse cuidado. Os profissionais da atenção primária, ao realizar os encaminhamentos, podem utilizar os protocolos de regulação ambulatorial para reabilitação auditiva (adulto/pediátrica), física, intelectual e visual, que estão disponíveis no site do TelesaúdeRS. Tratam-se de instrutivos que auxiliam os profissionais a realizar a descrição mínima e adequada dos encaminhamentos nas áreas de reabilitação.

Os bebês que nascem com fissura labiopalatina na macrorregião são encaminhados para a Fundação para Reabilitação das Deformidades Crânio-Faciais (FUNDEF), serviço localizado em Lajeado/RS. O primeiro acesso se dá através da coordenadoria regional de saúde, mediante uma ficha específica de encaminhamento enviada pela secretaria municipal de saúde.

Referente ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD), na macrorregião houve uma diminuição da demanda de usuários com deficiências que necessitam de atendimento especializado fora do Estado do Rio Grande do Sul. Avalia-se que isso decorre do avanço das referências no território estadual.

Quanto aos atendimentos de porta de entrada, eletivos e de urgência e emergência, os serviços novos contam com estrutura física adaptada para o atendimento de pessoas com deficiência. No que se refere à prioridade do atendimento aos usuários com deficiência, pacientes com mais de uma deficiência são priorizados e depende do protocolo de cada serviço/especialidade.

5.4. Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil (RAMPI)

No âmbito do SUS, a Rede Cegonha foi instituída por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, com objetivo de reafirmar a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses. Atualmente, a Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil (RAMPI), conforme o estabelecido na Portaria GM/MS n. 715/2022, conta com os seguintes componentes: Atenção Primária à Saúde (APS); Atenção Ambulatorial Especializada (AAE); Atenção Hospitalar (AH); Sistemas de Apoio; Sistemas Logísticos e Sistema de Governança.

Atenção Primária em Saúde

A APS realiza todo o pré-natal de risco habitual (PN), bem como introduz o acompanhamento do parceiro no pré-natal, mantendo o vínculo com a família, e após o parto realiza o atendimento de puericultura dos recém-nascidos e crianças. Além disso, as equipes de saúde da APS são orientadas para o cuidado especial de gestantes e recém-nascidos de risco, coordenando ações importantes para a redução da morbimortalidade e visando a melhoria da qualidade de vida da população atendida.

Na macrorregião, o pré-natal de risco habitual e o atendimento em puericultura são realizados na sua maioria pelos profissionais das equipes de estratégias de saúde da família (médicos e enfermeiros). Alguns municípios contam com ginecologista e pediatras de apoio na rede da APS. Durante o pré-natal, a gestante é orientada sobre os serviços de referência na emergência obstétrica e também sobre a maternidade de referência para o parto (conforme deliberações da regionalização do parto e especificidades regionais).

No pré-natal preconiza-se o cuidado prioritário com início precoce, estratificação de risco e reavaliação frequente, em conformidade ao Guia do Pré-natal na APS (2018), implementado na macrorregião. Quanto ao PN do parceiro, esse deve ser acolhido com consulta e exames conforme avaliação individual. Já o cuidado ao recém-nascido realizado pela equipe da APS, que inicia na primeira semana de vida e se mantém em toda a puericultura, é fundamentado na Nota Técnica 01/2019 - Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 anos na Atenção Básica.

Nos últimos dois anos vem se trabalhando a qualificação das equipes da APS na Macrorregião para os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil. Atualmente são avaliados três

indicadores relacionados ao cuidado das gestantes e um relacionado à imunização das crianças menores de 1 ano:

- Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação;
- Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- Indicador 5: Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenza e tipo B e Poliomielite Inativada.

Atenção Especializada - Média e Alta Complexidade

As gestantes estratificadas com alto risco são acompanhadas pelas equipes do Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR), sendo o cuidado compartilhado com as equipes de APS. Quanto ao acesso à atenção secundária, a primeira consulta no AGAR é regulada pelo sistema GERCON, através do documento de referência, e o reagendamento do seguimento é realizado pelo AGAR. Já o acesso ao plantão de emergência obstétrica (hospitais de referência para o parto) geralmente se dá via comunicação telefônica entre os serviços.

Quanto aos serviços especializados de RAMPI, analisando o quadro 2, observa-se que a macrorregião conta com estrutura adequada ou suficiente para alguns serviços, a exemplo de leitos obstétricos de risco habitual, AGAR e Ambulatório de Egressos de UTI Neonatal. No entanto, existem dificuldades quanto à oferta de outros serviços, havendo ausência de leitos canguru, de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal, de Centro de Parto Normal e de Casa da Gestante Bebê e Puérpera. Outro problema na rede é a insuficiência de leitos de UTI Neonatal, considerando que a espera por vaga implica nos óbitos neonatais.

Quadro 2. Ações e serviços da rede de atenção ao parto e nascimento, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

Ações e Serviços	R11	R12	R13	R14
Plano de Ação Regional Rede Cego-nha	Aprovado - Resoluções CIR nº 058/17 e 088/18 e CIB nº 028/19; aguarda Portaria MS	Aprovado - Resolução CIR 12 nº 21/2017	Aprovado - Resolução CIB/RS 25/2016 com entrada no MS em 01/03/16 – SIPAR 25000029958/16-89	Aprovado - Portaria GM/MS nº 3.209, de 5 de dezembro de 2019
Regionalização do Parto: Adesão a Política de Cofinanciamento da Rede da Atenção ao Parto e Nascimento (Portaria SES/RS nº359/2017), Referências no parto de risco habitual	Adesão de três maternidades, conforme CIR11/RS nº 038/17 e 052/19: Hospital Santo Ângelo; Hospital de São Luís Gonzaga; Fundação Ivan Goulart (São Borja)	Não houve a regionalização do parto	Adesão de 06 Maternidades, conforme CIB 016/17: Hospital de Caridade de Ijuí; Hospital Santo Antônio (Tenente Portela); Hospital de Caridade de Crissiumal; Hospital Bom Pastor (Santo Augusto); Hospital Panambi; Hospital de Caridade de Três Passos	Adesão de cinco Maternidades: Associação Hospitalar Padre Benedito Meister (Campina das Missões); Associação Hospitalar Oswaldo Cruz (Horizontalina); Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa); Hospital de Caridade de Santo Cristo; Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio)
Leitos obstétricos	35	23	30	37
Leitos obstétricos (GAR)	07 leitos (aguardando reestruturações para habilitação - Hospital Santo Ângelo)	Referência no Hospital de Caridade de Ijuí	Aguardando Habilitação para o Hospital Caridade Ijuí, 06 leitos GAR II – MS, NUP/SEI:2500000048495/2018-16, segundo portaria 1020/2013 MS	11 leitos - Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Maternidade de Alto Risco-ASSISTIR	0	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Centro de Parto Normal	0	0	0	0
Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR)	Hospital Santo Ângelo	Referência – Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Casa da Gestante Bebê e Puerpera	0	0	0	0
Leito canguru	0	0	0	0
UCI neonatal	0	0	0	0
Leitos UTI neonatal	08 - Hospital Santo Ângelo	Referência – Hospital de Caridade de Ijuí	08 - Hospital de Caridade de Ijuí	08 - Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Banco de Leite	01 - Hospital Santo Ângelo	0	01 - Hospital de Caridade de Ijuí	01 - Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Ambulatório de Egressos de UTI neonatal	01 - Hospital Santo Ângelo - Referência Macrorregional		01 - Hospital Vida e Saúde e Hospital Santo Ângelo para palivizumabe	
Comitê de Vigilância do Óbito	Comitê regional de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal	Comitê municipal de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal de Cruz Alta	Comitê regional de prevenção da mortalidade materna infantil e fetal; Comitê municipal de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal de Ijuí	Comitê municipal de mortalidade materna, infantil e fetal de Santa Rosa; Grupo Técnico de Análise e Monitoramento do Óbito Materno, Fetal e Infantil da 14ª CRS
Capacitações e oficinas às equipes	Guia do Pré-natal da APS para profissionais e coordenadores da APS			
	Previne Brasil e indicadores de desempenho para gestores, profissionais e coordenadores da APS		Revisão das rotinas do pré-natal com APS	
		Capacitação para inserção de DIU na APS para 7 profissionais da APS na 9ªCRS		

Fonte: CNES e SES/RS

Especificidades das Regiões de Saúde

Na R11, o desenho da linha de cuidado da gestante e do recém-nascido/criança está definido há algum tempo com as pactuações da rede cegonha. A última atualização se deu em 2019 com as definições das três maternidades de referência para parto de risco habitual e seus respectivos municípios de abrangência, conforme a proximidade geográfica e possibilidade de acesso aos usuários/municípios. Com relação ao parto de alto risco, o serviço de referência realiza a assistência aguardando reestruturações para habilitação federal. Já o PAR está aprovado no âmbito estadual e aguarda portaria federal. Destaca-se a insuficiência de leitos de UTI Neonatal na região, situação que se complica pelo vazio assistencial em Unidade de Cuidado Intermediário (UCI), que poderia liberar alguns leitos da UTI-Neo. Temos na região o Ambulatório de Egressos de UTI-Neo, serviço de referência macrorregional, embora muito atrelado à administração de Palivizumabe. Pontua-se a necessidade de capacitação das equipes para a inserção de dispositivo intrauterino (DIU) e de aumentar a resolutividade da APS no planejamento reprodutivo.

Para atendimento das gestantes de alto risco e partos nessas situações, a R12 é referenciada ao HCI, conforme pactuado em Deliberação CIR-12 nº 017/2021 e Resoluções CIB/RS nº 020/2022 e 050/2022. Porém, a referência não é resolutiva no que tange à assistência hospitalar e realização do parto de alto risco. Dessa forma, as gestantes acompanhadas no AGAR são encaminhadas para realização do parto de alto risco em maternidades de risco habitual da regional. Mesmo após várias discussões entre gestores e profissionais, municípios e a coordenadoria, não houve avanço nas negociações para regionalização dos partos. Apenas um hospital da R12 assumiu a regionalização dos partos, porém, após algum tempo solicitou desabilitação, alegando falta de profissionais e baixa remuneração. Alguns municípios menores custeiam os partos com recursos próprios, em hospitais locais ou através de convênio com hospitais de municípios vizinhos.

Na R13, a RAMPI é constituída através das equipes de ESF e das maternidades que são referência regional. Os 20 municípios realizam a captação, acompanhamento e pré-natal nas equipes de APS e ESF. Naqueles que possuem médico obstetra em seus quadros, o atendimento pré-natal é compartilhado com as ESFs. Os exames na atenção secundária são efetuados através de contratualização municipal ou estadual. Contudo, o quantitativo atualmente ofertado não é suficiente, ocorrendo complementação por parte dos municípios. Verifica-se, então, que o desafio é ofertar os exames de acordo com os parâmetros mínimos preconizados dentro da rede.

Através do programa Assistir, conforme deliberação CIR-13 nº 32/2021, aprovada em 25 de novembro de 2021, a o HCI passa ser referência para AGAR e para maternidade de Alto Risco para os municípios da R12 e R13. Então, em decorrência das mudanças macrorregional atreladas ao GERCON, a regulação das consultas para o AGAR-HCI passou a ser feita pela 9ª CRS. Em relação a leitos GAR, a R13 segue aguardando habilitação federal para o HCI.

A R14, por sua vez, possui PAR da Rede Cegonha aprovado com retificações através da Deliberação CIR nº 30/2018, Resolução CIB-RS nº 029/2019 e Portaria GM/MS nº 3.209, de 05 de dezembro de 2019. Ficaram estabelecidas cinco maternidades da região como referência para atendimento ao parto de risco habitual. O Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa foi estabelecido como referência para a gestação de alto risco (GAR) para todos os municípios pertencentes à R14. De acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a R14 possui necessidade de 28 leitos obstétricos, sendo seis de alto risco e 22 de risco habitual.

O PAR da R14 prevê solicitação de 16 leitos obstétricos de risco habitual para o HVS e ampliação de seis leitos de referência para atendimento GAR, além de solicitação de qualificação de dois leitos de UTI Adulto Tipo II. Em relação a UTI-Neo, a R14 possui cadastrados no Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (CNES) dez leitos, sendo oito habilitados para o SUS e qualificados como UTI-Neo Tipo II junto ao HVS. A região não possui Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo), com proposta de implementação de cinco leitos junto ao HVS, assim como a implantação de dois leitos na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINca).

A Portaria SES-RS nº 886/2021, com base na Portaria SES-RS nº 537/2021, a qual regulamentou o Programa de Incentivos Hospitalares – Assistir, habilitou o AGAR para o HVS de Santa Rosa, com referência para todos os municípios da R14. Além disso, o HVS, através do Of. 440/2021, fez solicitação para habilitação da Maternidade de Alto Risco através do programa Assistir como referência para todos os municípios da R14. A Resolução CIB/RS nº 211/2022 estabeleceu o HVS referência como Maternidade de Alto Risco, porém sem impacto financeiro até o momento.

O HVS também possui Banco de Leite Humano (BLH) e integra a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR), que se configura como ação estratégica da Política Nacional de Aleitamento Materno. Além de coletar, processar e distribuir leite humano a bebês prematuros e de baixo peso, os BLHs realizam atendimento de orientação e apoio à amamentação.

5.5. Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas

O Brasil atravessa uma transição demográfica importante, com o envelhecimento da população e seu alto impacto na saúde das pessoas idosas, bem como maior prevalência das doenças crônicas, aumento do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes, que pode acarretar o aumento de doenças crônicas na fase adulta. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o principal grupo de causa de morte no mundo. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por essas doenças.

As DCNT, principalmente as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, são causadas por vários fatores ligados às condições de vida dos sujeitos. Os principais fatores de risco comportamentais para o adoecimento por DCNT são: tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física. Todos podem ser modificados pela mudança de comportamento e por ações governamentais.

A formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tem se mostrado como forma de organização de sistemas de saúde eficaz para responder a alguns desses desafios estruturais e epidemiológicos, trazendo melhores resultados para os indicadores de saúde. A implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas ocorre por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando agravos de maior magnitude.

Conforme a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada pelos seguintes componentes: atenção primária, atenção especializada (ambulatorial especializada e hospitalar e urgência e emergência), sistema de apoio; sistemas logísticos; regulação e governança. Nesse contexto, existem alguns programas e incentivos para a promoção, prevenção e monitoramento da população acometida com essas condições, os quais são apresentados na tabela 5.

Tabela 5. Adesão a programas e linhas de cuidados relacionadas às doenças crônicas na APS, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

		Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade	Obesidade Infantil			Controle do Tabagismo	Estratégia Saúde Cardiovascular**	Academias de Saúde	Incentivo Atividade Física
			PSE	Crescer Saudável	PROTEJA*				
R11	Nº mun.	24	24	23	2	23	4	9	16
	% mun.	100	100	95,33	100	95,33	100	37,5	66,66
	Nº unid.	-	-	-	-	-	-	11	17
R12	Nº mun.	12	12	12	3	7	5	8	11
	% mun.	100	100	100	100	58,3	100	66,7	91,6
	Nº unid.	-	-	-	-	-	-	11	17
R13	Nº mun.	20	20	10	0	11	2	11	8
	% mun.	100	100	50	0	55	100	55	40
	Nº unid.	-	-	-	-	-	-	14	9
R14	Nº mun.	22	22	14	0	10	3	16	13
	% mun.	100	100	36,6	0	45,5	100	72,7	59,1
	Nº unid.	-	-	-	-	-	-	15	5

*PORTARIA GM/MS Nº 2.670, DE 13 DE OUTUBRO DE 2021 Define e habilita municípios com adesão ao recebimento de incentivo financeiro federal de custeio destinado à implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil no âmbito da Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA).

**A Portaria GM/MS nº 1.054, de 9 de maio de 2022 que instituiu incentivo financeiro federal para a implementação de ações da Estratégia de Saúde Cardiovascular na APS, definiu a lista de municípios elegíveis para o incentivo.

Conforme a tabela 5, todos os municípios das quatro regiões de saúde possuem implantada a Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade. Já no que se refere a programas que combatem à obesidade infantil, o programa Crescer Saudável apresenta uma adesão de 75,64% dos municípios da macrorregião (59), sendo que a R11 possui adesão de 23 municípios (95,33%); R12 de 100% dos municípios (12); R13 de 50% dos municípios (10) e R14 adesão de 14 municípios (63,6%). Já a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) apresenta adesão de 100% dos municípios da R11 e R12, enquanto que R13 e R14 não tiveram nenhum município elegível.

Todos os municípios da macrorregião têm adesão ao PSE, que possui várias ações, dentre elas a promoção da alimentação saudável e de práticas corporais e atividade física, que contribuem para a prevenção da obesidade. Outras ações relacionadas à prevenção de doenças crônicas são a prevenção e redução do consumo do álcool, prevenção do uso de drogas, controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer.

Em relação ao controle do tabagismo, 51 municípios da macrorregião (65,38%) possuem equipe capacitada para realizar o tratamento de pessoas para cessação do tabagismo. A R11 se destaca com profissionais capacitados em 23 municípios (95,33%); enquanto a R12 possui em 7 municípios (58,3%); R13 em 11 municípios (55%); e R14 em 10 municípios (45,5%).

Quanto à atividade física, existe o Incentivo à Atividade Física (IAF), ao qual 54 dos 78 municípios da macrorregião fizeram adesão, uma proporção de 69,23%. A maior taxa de adesão é na R12, com 11 municípios (91,6%) municípios; seguido da R11, com 16 municípios (66,66%); da R14, com adesão de 13 municípios (59,1%); enquanto na R13 houve adesão de 8 municípios (40%). Outra estratégia é o programa Academia de Saúde, que está implementado em 56,41% dos municípios da macrorregião: 9 municípios (37,5%) da R11; 8 da R12 (66,7%); 11 da R13 (55%); e 16 da R14 (72,7%).

Cumprir destacar, ainda, que todos os municípios elegíveis da macrorregião fizeram adesão ao incentivo financeiro Estratégia Saúde Cardiovascular.

5.5.1. Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO)

Na APS, destaca-se a implantação das Linhas de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no SUS (LCSO), que orientam o itinerário de cuidados dos usuários do SUS nas Redes de Atenção à Saúde. A LCSO busca promover, aos indivíduos com excesso de peso, o acesso a diversas ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O tratamento integral da obesidade é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal. A Portaria nº 424, de 19 março de 2013, redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Em seu anexo estabelece as indicações e critérios para o tratamento cirúrgico, apontando como um dos critérios os casos de indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal que devem realizar ações na APS e/ ou atenção ambulatorial especializada por no mínimo dois anos.

A Resolução CIB/RS nº 589/2014 habilita o Hospital Santo Ângelo como estabelecimento com Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade para a macrorregião. O serviço deve oferecer apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade, prestando, ainda, entre outros procedimentos, o serviço de cirurgia reparadora pós cirurgia bariátrica. Quanto à cirurgia reparadora pós-bariátrica, embora a habilitação exija que ocorra no serviço, o prestador não vem realizando, perante o que a Comissão de Avaliação de Contratos está solicitando que se cumpra os critérios da habilitação.

O Programa Assistir trouxe aporte financeiro para o Hospital Santo Ângelo, aumentando o número de cirurgias a serem realizadas, e ampliando a população que acessa este serviço, sendo referenciados os municípios de abrangência das seguintes coordenadorias regionais de saúde: 2ª CRS (Frederico Westphalen), 4ª CRS (Santa Maria), 9ª CRS (Cruz Alta), 10ª CRS (Alegrete) 11ª CRS (Erechim), 12ª CRS (Santo Ângelo), 14ª CRS (Santa Rosa), 15ª CRS (Palmeira das Missões) e 17ª CRS (Ijuí), totalizando uma população de 2.481.469. O acesso a esta especialidade se dá através do sistema GERCON, com regulação estadual.

5.5.2. Diabetes e Hipertensão

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, estima-se que 24,9% da população do Rio Grande do Sul maior de 18 anos tenha hipertensão e 7% tenha diabetes. Diante disso, o Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde da CRS, através da Coordenação Estadual de APS, elaborou e publicou duas notas técnicas referentes à diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), anexos às Resoluções CIB-RS nº 302/18 e nº 303/2018, respectivamente, a fim de orientar a organização do cuidado ao indivíduo portador dessas patologias a partir da atenção primária.

Com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de DM e HAS, faz-se necessária a normatização para acompanhamento na RAS. Em algumas situações, poderá haver a necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária, como nefrologia, cardiologia e endocrinologia, no caso de HAS, ou endocrinologia, no caso de DM. Algumas dessas especialidades, as regiões da macrorregião não possuem referência de serviço, como mostra a tabela 5.

A Portaria 2.979, de 12 novembro de 2019, instituiu o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Os indicadores 6 e 7 desse programa estão relacionados à atenção ao portador de DM e HAS. O indicador 6, Proporção de pessoas com

hipertensão com consulta e pressão arterial aferida no semestre, tem por objetivo identificar o contato entre a pessoa com hipertensão arterial e o serviço de saúde para atendimento e realização do procedimento de aferição da PA, que permite avaliar se a condição está controlada, visando a prevenção da morbimortalidade. Já o indicador 7, proporção de pessoas com diabetes com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre, tem por objetivo identificar o contato entre a pessoa com diabetes e o serviço de saúde para atendimento e solicitação do exame de hemoglobina glicada, com vistas à avaliação dos níveis glicêmicos e determinação se a condição está controlada, visando a prevenção da morbimortalidade. Para avaliar esses indicadores são utilizados dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Os dados da macrorregião estão apresentados na Tabela 6, em forma de média regional.

Tabela 6. Indicadores 6 e 7 do Programa Previne Brasil, Macrorregião Missioneira, RS, 2022 (1º quadrimestre)

INDICADOR	PERCENTUAL MÉDIO REGIONAL			
	Média regional do Q1 de 2022	R11	R12	R13
Proporção de pessoas hipertensas com consulta e pressão arterial aferida no semestre	26,7%	27,58%	22,35%	14,22%
Proporção de pessoas com diabetes com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	11,9%	19,41%	14,94%	6,45%

Fonte: SISAB

Pelo Programa Assistir, os hospitais têm a possibilidade de solicitar habilitação para Ambulatório de Condições Crônicas para Adultos e Pessoas Idosas, o qual terá foco na atenção à saúde e na estabilização das condições para a hipertensão arterial, diabetes e obesidade. No entanto, nenhum hospital da macrorregião solicitou habilitação.

5.5.3. Neoplasias

As estratégias para a detecção precoce do câncer são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença) e o rastreamento (aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar os pacientes com resultados alterados para investigação diagnóstica e tratamento) (WHO, 2007). A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer (WHO, 2017). Nessa estratégia, destaca-se a importância de a população e os profissionais estarem aptos para o reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos de câncer, bem como haver acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. O rastreamento do câncer é uma estratégia dirigida a um grupo populacional específico em que o balanço entre benefícios e riscos dessa prática é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade.

Os tipos de câncer que apresentaram maior taxa de mortalidade na macrorregião entre 2016 e 2020 foram neoplasia maligna do trato gastrointestinal e neoplasia maligna de brônquios e pulmões. Exames para diagnóstico de neoplasia do trato gastrointestinal, como endoscopia digestiva alta com biópsia e colonoscopia, estão com demanda reprimida. Os exames podem não estar sendo ofertados em número suficiente, como mostra a Tabela 7, visto a alta taxa de mortalidade por neoplasia do trato gastrointestinal que, se detectada precocemente, poderia ser tratada de forma resolutiva. Conclui-se que ambos exames deveriam ser mais acessíveis na APS para um rastreamento ou diagnóstico precoce adequados.

Tabela 7. Série histórica de exames diagnósticos do trato gastrointestinal (endoscopia, colonoscopia, retossigmoidoscopia - subgrupo 020901), Macrorregião Missioneira, 2017-2022.

Região	Parâmetro/ necessidade anual (2.350 exames/ 100.000 hab.)	2017		2018		2019		2020	
		PRODUÇÃO	%	PRODUÇÃO	%	PRODUÇÃO	%	PRODUÇÃO	%
R11	6.833	570	8	919	13	904	13	1.141	17
R12	3.098	491	16	661	21	476	15	313	10
R13	5.682	2.715	48	2.609	46	2.873	50	2.267	40
R14	5.645	2.047	36	1.394	25	1.368	24	714	13
Total Macro	21.258	5.823	27	5.583	26	5.621	26	4.435	21

Fonte: SIA/SUS

Na macrorregião, a população feminina tem acesso a exames preventivos, como o citopatológico do colo do útero, e exames de rastreamento, como mamografia. Porém, quanto aos exames em que exigem maior densidade tecnológica, como a mamografia, a cota não é suficiente. Há um falso resultado de que se disponibiliza cota suficiente, pois não há demanda reprimida, mas nota-se que muitas mulheres procuram os serviços privados para realizarem esse exame.

Também há deficiência no seguimento da usuária já diagnosticada com câncer. O hospital de referência não atende de maneira satisfatória e não realiza punções biópsias em número suficiente.

Tabela 8. Série histórica da realização de exame citopatológico para rastreamento do câncer do colo de útero, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.

Região	Parâmetro/ necessidade (39,80% da pop. fem. 25-64 anos)	2016		2017		2018		2019		2020	
		PRODUÇÃO	%								
R11	25.129	14.287	57	13.623	54	13.073	52	12.009	48	8.063	32
R12	13.772	6.477	47	6.489	47	6.241	45	5.944	43	3.436	25
R13	20.710	13.614	65	10.902	53	12.215	59	10.637	51	6.299	30
R14	20.700	12.405	60	12.762	62	11.966	58	12.108	58	8.378	40
Total Macro	80.311	46.783	58	43.776	55	43.495	54	40.698	51	26.176	33

Fonte: (SIA/SUS)

Tabela 9. Série histórica da realização de exame de mamografia para rastreamento do câncer de mama, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.

Região	Parâmetro/ necessidade (39,80% da pop. fem. 25-64 anos)	2016		2017		2018		2019		2020	
		PRODUÇÃO	%								
R11	15.835	11.207	71	10.922	69	10.982	69	11.637	73	7.104	45
R12	8.402	4.157	49	3.600	43	3.236	39	3.425	41	2.027	24
R13	12.729	8.584	67	8.058	63	8.736	69	7.842	62	4.182	33
R14	13.690	11.911	87	9.680	71	10.646	78	9.636	70	5.871	43
Total Macro	50.656	35.859	71	32.260	64	33.600	66	32.540	64	19.184	38

*Faixa Etária De 35 a 39 anos, de 40 a 44 anos, de 45 a 49 anos (1%), de 50 a 54 anos, de 55 a 69 anos (50%).

Fonte: (SIA/SUS)

Observa-se nas tabelas com a série histórica dos dois exames iniciais para rastreamento e detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama que, na macrorregião, ainda temos que

avançar na busca ativa das mulheres para oportunizar estes exames a partir do cuidado da APS. Verifica-se também uma diminuição expressiva nos exames em 2020 relacionada à pandemia. De maneira geral, na macrorregião, existe uma boa oferta de exames e procedimentos, no entanto, mantém-se a ocorrência de óbito por câncer de colo de útero e alta taxa de mortalidade por câncer de mama entre as mulheres.

Destacamos que nos indicadores de desempenho o Programa Previne Brasil traz o Indicador 4, que avalia a cobertura do procedimento de coleta de citopatológico de colo uterino nos últimos três anos, na faixa etária preconizada. Nos próximos ciclos, espera-se que provavelmente apresentará indicador relacionado a mamografias. Contudo, neste pouco tempo de avaliação do indicador 4, verifica-se a necessidade de ampliar a busca ativa das mulheres que não estão acessando o exame.

5.5.4. Atenção Secundária e Terciária

Quadro 3. Referências para atenção secundária e terciária relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

Especialidade		R11	R12	R13	R14
Oncologia	Consulta médica	Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí	UNACON: Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
	Quimioterapia	Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde
	Radioterapia	Hospital de Caridade de Ijuí		Hospital Vida e Saúde	
Hematologia		Sem referência	Sem referência	Oncológico Hospital de Caridade de Ijuí	Oncológico: Hospital Vida e Saúde (exceto casos agudos)
Nefrologia	Consulta, internação, cirurgia, hemodiálise	Tratamento de doença renal crônica: Clínica Renal Dr. Gatz (Santo Ângelo); Nefrologia clínica: Hospital Vida e Saúde	Tratamento de doença renal crônica e nefrologia clínica: Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Tratamento de doença renal crônica: Hospital de Caridade de Ijuí	Tratamento de doença renal crônica e nefrologia clínica: Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Pneumologia		Sem referência			
Obesidade	Cirurgia Bariátrica; Cirurgia Plástica Reparadora	Hospital Santo Ângelo			
Cardiologia	Alta Complexidade	Hospital de Caridade de Ijuí			
	Média Complexidade	Hospital de Caridade de Ijuí Ambulatório ASSISTIR			
	Cardiologia Infantil	GERCON/Porto Alegre			
Endocrinologia		Sem referência			

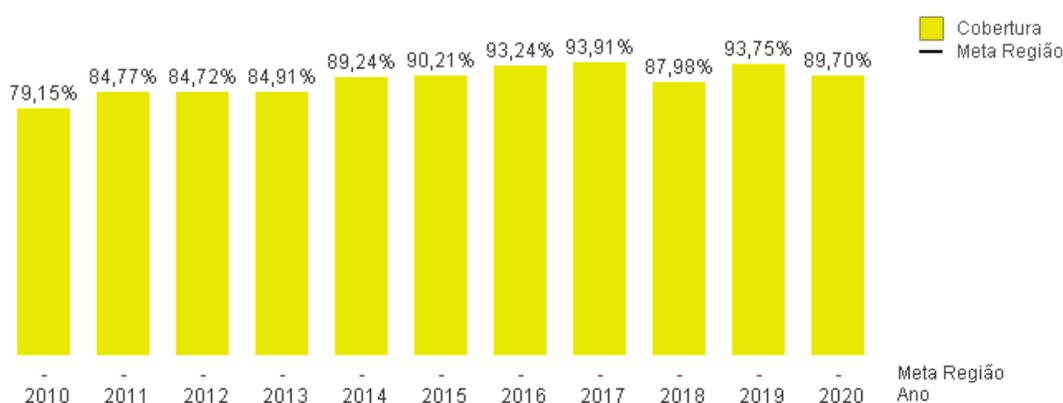
6. Capacidade Instalada

6.1. Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS), antes denominada Atenção Básica (AB), é principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Orienta-se pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, corresponsabilidade e humanização. Para atender esses princípios, a APS desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários.

As ações e os serviços da APS estão ofertados em todos os municípios de abrangência da macrorregião. O MS e o Estado do RS elencaram a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso da população ao SUS.

Figura 18. Cobertura populacional estimada pelas equipes de APS, por ano, Macrorregião Missioneira, RS, 2010 a 2020



Fonte: CNES/Datasus

Tabela 10. Coberturas da Rede de Atenção Primária em Saúde nas regiões de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2020.

Coberturas	R11	R12	R13	R14
Cobertura de ACS	81,53%	94,60%	84%	79,72%
Nº Equipes ESF	75	41	60	72
% Cobertura ESF	88,24%	94,89%	78,11	87,06%
Nº Equipes ESF c/ SB (40h)	46	28	52	35
% Cobertura SB	65,27%	79,84%	79,62%	65,08%
Nº Equipes eAP 20h	7	0	1	0
Nº Equipes eAP 30h	0	0	3	0
Nº Equipes ESB 20H	2	0	1	0
Nº Equipes ESB 30h	0	0	0	0
Equipe Saúde na Hora	0	0	0	2
CEO	3	0	3	0
LRPD	12	5	14	12

Fonte: Portal BI e Estema e-Gestor AB

A cobertura populacional pelas equipes de APS da macrorregião no ano de 2020, conforme figura 18, foi de 89,7%. Em comparação com a meta pactuada no Estado, que foi de 77,6%, a macrorregião apresenta excelente cobertura para a população. Destaca-se que a cobertura de ESF está em 81,92% em 2020 na macrorregião, conforme Tabela 11.

A principal prioridade é fortalecer a APS como ordenadora do cuidado garantindo o acesso, acolhimento, classificação de risco, estratificação de risco, identificação das necessidades de cuidado da população de referência da área adscrita da equipe de equipes de Saúde da Família (ESF) e de Atenção Primária (EAP), a organização da equipe para que essas necessidades dos usuários sejam supridas/atendidas, qualificação do planejamento, avaliação e o registro das informações através de protocolos e reunião de equipes.

Quanto às plataformas de gestão e registro, o SISAB é o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas da APS. Já o e-SUS é uma estratégia para reestruturar as informações da APS em nível nacional. Essa ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos sistemas de informação em saúde do MS, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

O Informatiza APS faz parte da estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde, o Conecte SUS. O programa apoia a informatização das unidades de saúde e a qualificação dos dados da Atenção Primária à Saúde de todo o país. O investimento na tecnologia da informação vai subsidiar a gestão dos serviços de saúde e a melhoria da clínica.

6.1.1. Programa Previne Brasil

O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Seu novo modelo de financiamento altera o cálculo das transferências aos municípios, que passam a ser distribuídas com base em quatro critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem.

O Previne Brasil equilibra valores financeiros *per capita* referentes à população efetivamente cadastrada nas ESFs e EAPs, com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal (ESB), informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, dentre outros programas.

6.1.2. Programa Estadual de Incentivos para a APS

O Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS) foi instituído no Estado do RS pelo Decreto Estadual nº 56.061, de 29 de agosto de 2021, e implementado através da Portaria SES nº 635/2021 (alterada pelas Portarias SES nº 754/2021, nº 843/2021 e nº 230/2022), a qual define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do programa, voltado à qualificação da APS no SUS. O PIAPS consiste no repasse de recursos financeiros aos municípios, para fins de custeio e investimento em serviços e ações de saúde, que fortaleçam e qualifiquem o processo de trabalho da APS no âmbito municipal, sendo constituído pelos componentes: sociodemográfico; incentivo para equipes da APS, incentivo à promoção da equidade em saúde, incentivo ao

Primeira Infância Melhor (PIM); e o componente estratégico de incentivo à qualificação da APS: Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS).

Tabela 11. Percentual de municípios com adesão ao programa Rede Bem Cuidar, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

	R12	R11	R13	R14
Número de municípios com adesão	11	24	20	20
Percentual de adesão	91,66%	100%	100%	90,90%

Fonte: SES/RS

A RBC/RS consiste em um projeto inserido no PIAPS que visa à integração entre a gestão estadual, os gestores municipais, os trabalhadores da saúde e as comunidades no fortalecimento dos atributos da APS. Na macrorregião, houve adesão de 96% dos municípios à RBC. Conforme Tabela 12, apenas três municípios não realizaram adesão.

6.1.3. Saúde Bucal

A Política Nacional de Saúde Bucal, através do “Programa Brasil Sorridente”, organiza a APS na saúde bucal, com Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Unidade Odontológica Móvel (UOM). No ano de 2020, a macrorregião contava com 164 ESB e uma UOM credenciada no MS e em funcionamento, alcançando cobertura de saúde bucal de 75,31%, superior à do Estado do RS, que foi de 44,62%.

Na atenção especializada, o programa é organizado em média complexidade, com centros de especialidade odontológica (CEO) e laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPD); e alta complexidade, com a assistência hospitalar. A macrorregião, em 2020, apresentava cinco CEOs municipais e um CEO Regional; bem como 39 municípios com o programa LRPD.

6.1.4. Academia de Saúde e Incentivo à Atividade Física na APS

Dentre as ações de promoção da Saúde na APS, uma das principais é estimular a população à redução do sedentarismo e prática de atividades físicas. Para isso, temos incentivos do MS do programa Academia de Saúde e Incentivo a Atividade Física na APS (IAF).

O programa Academia da Saúde tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados. A iniciativa estimula a criação de espaços públicos adequados para a prática de atividade física e de lazer, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais em nossa macrorregião temos poucas academias implantadas e em funcionamento. Na macrorregião, temos um total de 44 municípios que implantaram academias de saúde, conforme demonstrado na Tabela abaixo.

Tabela 12. Municípios com adesão ao programa Academia de Saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2022 (agosto).

		R11	R12	R13	R14	Macrorregião
Municípios com adesão	Número	9	8	11	16	48
	Proporção do total	37,5%	66,7%	55%	72,7%	62%

FONTE: Sistema e-Gestor AB de 12/08/2022

O IAF foi instituído pelo MS por meio da Portaria 1.105/2022 com o objetivo de incentivar a implementação de ações de fomento a atividades físicas na APS, incluindo a contratação de educadores físicos, compra de materiais de consumo e qualificação de ambientes relacionados à atividade física. A iniciativa também visa melhorar o cuidado das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, com a inserção de atividade física na rotina dos usuários das unidades de saúde.

Conforme Tabela 12, na macrorregião há 48 municípios com adesão às ações de atividade física na APS, o que representa uma cobertura de 62% do total. A região com o maior percentual de adesão é a R14, com 16 municípios aderidos (72,7% do total). Na sequência fica a R12, com adesão de 8 municípios (66,7%); a R13, onde há adesão de 11 municípios (55%); e a R11 possui o menor percentual de cobertura de municípios com adesão, sendo 9 (37,5% do total).

6.1.5. Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos à saúde e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Trata-se de uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as ESFs e EAPs. Na macrorregião, 100% dos municípios aderiram ao PSE.

6.1.6. TelessaúdeRS

O objetivo do TelessaúdeRS é possibilitar às pessoas um atendimento mais ágil e qualificado no SUS, por meio da telemedicina/telessaúde. Busca qualificar o trabalho das equipes de APS, ajudar na tomada de decisão clínica e gerencial e aumentar a resolutividade, fortalecendo os atributos da APS, orientados pelos princípios do SUS e pela melhor e mais atual evidência científica. Dentre as ações estão a teleducação, telediagnóstico e teleconsultoria, voltadas para todos os profissionais que trabalham na APS.

6.1.7. Programa Médicos pelo Brasil

O Programa Médicos pelo Brasil, antes denominado Programa Mais Médicos (PMM), é uma iniciativa do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS. Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBSs), além de novas vagas de graduação e residência médica para qualificar a formação desses profissionais. Assim, o programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam o SUS. Na Tabela 13 pode-se visualizar o dimensionamento de vagas do Programa Médicos pelo Brasil por região de saúde que compõe a macrorregião.

Tabela 13. Número de vagas do Programa Médicos pelo Brasil por região de saúde, Macrorregião Missio-
neira, RS, 2020.

	R11	R12	R13	R14
Número de municípios contemplados	23	12	19	20
Número total de vagas	39	21	26	31

Fonte: Portaria GM/MS Nº 3.352

6.1.8. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Essas importantes práticas são transversais em suas ações no SUS e podem estar presentes em todos os pontos da RAS, prioritariamente na APS com grande potencial de atuação.

Na macrorregião, está sendo estimulada a implementação dessas práticas nas UBSs/ESFs, buscando a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. Atualmente, a grande maioria dos municípios desenvolvem alguma prática integrativa e complementar, dentre as quais pode-se citar: auriculoterapia, dança circular, meditação, yoga, aromaterapia, arteterapia, Reiki, constelação familiar, musicoterapia, terapia comunitária integrativa, terapia de florais, quiropraxia, homeopatia, massoterapia e acupuntura.

6.1.9. Programa Primeira Infância Melhor

Política pública intersetorial de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) tem como objetivo apoiar as famílias que vivem em situação de vulnerabilidade, a partir de sua cultura e experiências, na promoção do desenvolvimento integral das crianças, desde a gestação até os seis anos de idade. A atuação do PIM se dá por meio de visitas domiciliares e atividades grupais, realizadas a partir de planos singulares de atendimento e articulação de ações em rede.

Atualmente o PIM é um dos componentes do PIAPS, de forma que está fortalecido como estratégia intersetorial da APS. Houve ampliação do recurso e o financiamento do programa passou a ser feito por indivíduo gestante e criança menor de seis anos atendido. Além disso, o PIM abriu processo para adesão de novos municípios e/ou ampliação/redução de meta de indivíduos atendidos.

O panorama da macrorregião em julho de 2022 é de 32 municípios com adesão ao PIM, com meta de atendimento de 2.870 indivíduos que corresponde a 10% da meta do Estado. No período analisado, alcançou-se 80% dessa meta, atendendo 2.292 indivíduos. Para esse atendimento às famílias, a macrorregião conta com 121 visitantes, que atendem em média 18,9 indivíduos cada.

Considerando que houve adesão de mais dois municípios no mais recente processo de novas adesões, Ijuí e Santo Ângelo, a macrorregião totalizará 34 municípios com PIM. Ijuí já está em fase de implementação, em vias de contratação de 16 visitantes e de capacitação da equipe.

Tabela 14. Adesão ao Programa Primeira Infância Melhor por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, Julho-2022.

		R11	R12	R13	R14
Número de Municípios	Com adesão	7	6	7	12
	Sem adesão	17	6	13	10
Números de Visitadores		28	39	44	34
Número de indivíduos	Meta	512	820	828	653
	Percentual atingido	102,7%	102%	53%	77,64%

Fonte: SISPIM

Há necessidade de ampliar o número de municípios com adesão ao programa na macrorregião, e para tanto contamos com a sensibilidade dos gestores com as questões da primeira infância e o empenho dos profissionais nas coordenadorias. Busca-se que novos municípios venham a aderir, de forma a abranger gestantes e as crianças de até três anos que estão em vulnerabilidade social e

afetiva e que não frequentam escolas de educação infantil. Atualmente, especialmente gestantes e crianças da zona rural - que é extensa na macrorregião - ficam desassistidas.

6.1.10. Equidade em Saúde

As Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são formadas por um conjunto de programas e ações governamentais de saúde, no âmbito do SUS, pensados para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. Por ser a principal porta de entrada no SUS, cabe à APS ser espaço de fomento à implementação de políticas e ações intersetoriais de promoção da equidade em saúde, acolhendo e articulando as demandas de grupos em situação de iniquidade no acesso e na assistência à saúde.

A promoção da equidade em saúde busca o enfrentamento do racismo, do racismo institucional, do preconceito e da discriminação no âmbito da APS, contra as seguintes populações específicas: população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis e intersexo (LGBTI); população negra, povos indígenas, população privada de liberdade e egressa do sistema prisional, população em situação de rua, migrantes, refugiados, apátridas, vítimas do tráfico de pessoas, povo cigano, população do campo, da floresta e das águas.

No território da macrorregião, com relação à população privada de liberdade, há oito unidades prisionais, as quais contam com uma equipe de Atenção Básica Prisional. A macrorregião conta também com um Centro de Atendimento Socioeducativo, localizado em Santo Ângelo (R11).

Tabela 15. Municípios com unidades de saúde prisional por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2021.

	R11	R12	R13	R14
Número de municípios	04	01	01	02

Fonte: Portaria GM/MS nº 2298/2021

Quanto aos povos indígenas, existem 11 comunidades na macrorregião, coordenadas pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Os serviços de atenção à saúde indígena são gerenciados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), vinculados aos DSEIs onde encontram-se os polos-base. Aos polos-base, por sua vez, estão vinculadas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que atuam nas UBSs localizadas dentro das áreas indígenas.

Referente à população remanescente de quilombos, existem seis comunidades certificadas pela Fundação Cultural Palmares na macrorregião, distribuídas conforme tabela 17.

Tabela 16. Municípios com aldeias indígenas e unidades de saúde ESF/ESB com cobertura de população indígena por região de saúde, Macrorregião Missioneira, 2022.

	R11	R12	R13	R14
Municípios com Aldeia Indígena	02	01	01	0
Unidades de Saúde ou ESF/ESB	01	01	01	0

Fonte: FUNAI (2022)

Tabela 17. Número de municípios com aldeias quilombolas e unidades de saúde ESF/ESB com cobertura população negra por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2021.

	R11	R12	R13	R14
Municípios com comunidade quilombola	0	04	01	01
Unidades de Saúde ou ESF/ESB	0	01	01	01

Fonte: IBGE

6.2. Média e Alta Complexidade

Cada CRS possui dois reguladores macrorregionais, os quais trabalham baseados nos protocolos de encaminhamento do Telessaúde/RegulaSUS, utilizando o critério de classificação de risco. Todos os casos devem ser cadastrados no GERCON, com um mínimo de informações compatíveis à doença, necessidade de atendimento, bem como anexados exames pertinentes, assim os reguladores avaliam caso a caso, classificando o risco e priorizando os mais graves. O agendamento é feito de forma automática pelo sistema, conforme disponibilidade de agenda e cotas disponíveis. Quanto aos exames, a maioria é agendada direto pelo prestador solicitante, algumas ofertas são distribuídas através de cotas, via sistema de regulação (SISREG). Percebe-se vazio assistencial na oferta de alguns exames, tanto de média quanto de alta complexidade, entre os quais cita-se endoscopia digestiva alta e baixa, ressonância magnética e tomografia.

O quadro 3 apresenta a distribuição das principais referências de especialidades junto à macrorregião, descritas por região de saúde. Dentre os prestadores que possuem maiores quantitativos de serviços e especialidades contratadas com referência para a macrorregião estão o Hospital Santo Ângelo, localizado na R11, Hospital de Caridade de Ijuí, pertencente à R13; Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio) e Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa, ambos pertencentes à R14.

Destaca-se que as referências de reumatologia, bucomaxilofacial, e na especialidade de odontologia hospitalar para atendimento à pessoa com deficiência são conquistas recentes e estão em fase de implantação.

A macrorregião possui um cenário distinto no que se refere à distribuição de serviços de reabilitação. Atualmente, conta com 12 serviços contratados em modalidade única para a reabilitação intelectual (APAEs de Alegria; Giruá; Santa Rosa; Independência; Horizontina; Boa Vista do Buricá; Santa Bárbara do Sul; Ajuricaba; Ijuí; Panambi; Santo Ângelo e São Borja); dois centros especializados em reabilitação (CER) Tipo II para reabilitação auditiva e intelectual, junto à FUMSSAR Santa Rosa e APAE Três de Maio; um CER Tipo II para reabilitação física e visual (Hospital São José de Giruá); um CER Tipo II para reabilitação auditiva e física (São Borja) e um CER Tipo III para física, intelectual e visual (UNIR Ijuí). O acesso dos usuários com deficiência aos serviços especializados é regulado através do sistema GERCON. A descrição detalhada dos serviços está no capítulo 5, das RAS.

Em relação às necessidades mais relevantes apontadas para a macrorregião estão a implantação de serviços nas especialidades de hematologia clínica e aguda, endocrinologia, gastroenterologia e referência para onco-hematologia aguda conforme pactuado. Nas áreas diagnósticas, a necessidade maior está na ampliação da oferta de exames de endoscopia digestiva alta e colonoscopia, especialmente para ampliação do diagnóstico precoce dos cânceres do aparelho digestivo.

Quadro 4. Referências por especialidade e por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

Especialidades	R11	R12	R13	R14
Cirurgia Vascular MC (Tratamento de Varizes)	Fundação Ivan Goulart (São Borja)	Sem referência CIB	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa); Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio)
Angiologia Vascular AC	Hospital de Caridade de Ijuí			
Cardiologia Clínica MC	Hospital de Caridade de Ijuí			
Cardiologia AC Geral	Hospital de Caridade de Ijuí			
Cirurgia Cardiovascular Pediátrica	Unidades de POA			
Cirurgia Cardiovascular Implante Cardio desfibrilador e marcapasso multissítio	Hospital São Vicente de Paulo (Passo Fundo)			
Neurologia Clínica	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)	Hospital São Vicente Paulo (Cruz Alta)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Neurocirurgia AC - Geral	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Neurocirurgia AC – Tratamento endovascular doenças sistema neurovascular	Hospital São Vicente de Paulo (Passo Fundo)			
Neurocirurgia AC/Cirurgia Funcional Estereotáxica	Unidades de Porto Alegre			
Traumatologia Média Complexidade	Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital São Luiz Gonzaga; Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí; Hospital de Caridade de Crissiumal; Hospital Panambi	Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio), Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Traumatologia AC Geral – STO/ STOU	Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Traumatologia AC Pediátrica - STOP – Deformidades Congênitas	Hospital Santo Ângelo			

Especialidades	R11	R12	R13	R14
Traumatologia AC (Casos Exclusivos Fratura Acetábulo e Deformidades Congênicas de Coluna até 21 anos)	Hospital São Vicente de Paulo (Passo Fundo)			
Cirurgia Geral	Hospital Ivan Goulart (São Borja); Hospital São Luiz Gonzaga; Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente Paulo (Cruz Alta); Hospital Aderbal Schneider (Salto do Jacuí); Hospital Annes Dias (Ibirubá); Hospital Santa Bárbara Beneficente (Santa Bárbara do Sul)	Hospital Bom Pastor (Santo Augusto); Hospital de Caridade de Ijuí; Hospital Bom Pastor (Ijuí)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa); Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio); Hospital Boa Vista (Boa Vista do Buricá); Hospital Padre Benedito Meister (Campina das Missões); Hospital Santo Afonso (Cândido Godói); Hospital São José (Giruá); Hospital Oswaldo Cruz (Horizontina); Hospital de Caridade de Santo Cristo; Associação Franciscana de Assistência à Saúde (São Paulo das Missões); Hospital Centro de Assistência Médico Social (Tuparendi)
Otorrinolaringologia Média Complexidade	Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio); Centro Auditivo Pró Audi (Ijuí)		Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Urologia Geral	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)	Hospital de Caridade de Ijuí		Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Urologia Litotripsia	Hospital de Caridade de Ijuí			
Urologia Avaliação Urodinâmica	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre			
Hematologia Clínica; Hematologia Oncológica	Sem oferta	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Sem referência	Sem oferta
Hematologia Oncológica	CACON – HCI	* Sem oferta	CACON – Hospital de Caridade de Ijuí	
Gastroenterologia	Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital Santo Ângelo * Sem oferta	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí * Sem oferta	Sem referência (gastro geral)

Especialidades	R11	R12	R13	R14
Gastro - Colangeopancreatografia	Unidades de Porto Alegre			
Coloproctologia	Hospital de Caridade de Ijuí * Sem oferta	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta) - oferta apenas para oncologia	Hospital de Caridade de Ijuí * Sem oferta	Sem referência CIB
Nefrologia	Clínica Renal Ivan Goulart (São Borja); Clínica Renal Dr. Gatz (Santo Ângelo)	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Bucomaxilofacial	Hospital Vida e Saúde/Abosco (Santa Rosa) - possui habilitação ainda sem oferta	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital Vida e Saúde/Abosco (Santa Rosa) - possui habilitação ainda sem oferta
Pneumologia	Hospital de Caridade de Ijuí - sem oferta			
Infectologia Clínica	Centro Especializado São Luiz Gonzaga; Centro de Especialidade de São Borja; Hospital Santo Ângelo * Sem oferta	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta) *Sem oferta	Hospital de Caridade de Ijuí * Sem oferta	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa) * Sem oferta
Atenção ao Paciente com Sobrepeso e Obesidade - Cirurgia Bariátrica; Cirurgia Plástica Reparadora - Pós Bariátrica	Hospital Santo Ângelo			
Oncologia	UNACON Fundação Ivan Goulart (São Borja) - onco geral; UNACON Hospital Santo Ângelo - onco geral; CACON Hospital de Caridade de Ijuí - hemato	Hospital São Vicente Paulo (Cruz Alta) - onco geral + hemato	CACON Hospital de Caridade de Ijuí - onco geral + hemato	UNACON Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa) - onco geral + radio + hemato
Onco Neurologia	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)	Hospital São Vicente Paulo- Cruz Alta	CACON Hospital de Caridade Ijuí	UNACON Hospital Vida e Saúde-
Onco Cabeça e Pescoço + Iodoterapia + braquiterapia + radioterapia	CACON Hospital de Caridade de Ijuí			
Onco Infante Juvenil	Hospital São Vicente de Paulo (Passo Fundo)			
Onco/Raro (Oftalmo, ossos)	Unidades de Porto Alegre			
Onco-PET CT	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre			

Especialidades	R11	R12	R13	R14
Endocrinologia	Hospital Santo Ângelo *Sem oferta			
Reumatologia	Hospital de Caridade de Ijuí *Possui habilitação ainda sem oferta			
Oftalmologia MC e AC	Hospital Santo Ângelo - MC geral e trat. de Glaucoma; Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio) = FACO/AC + trat. de retinopatia diabética + plantão urgência e emergência	Hospital São Roque (Faxinal do Sorturno) - MC geral + cirurgias de FACO/AC + trat. de Glaucoma + trat. retinopatia diabética + urgência e emergência	Hospital Bom Pastor (Ijuí) - MC Geral; Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio) - FACO/AC + trat. de retinopatia diabética + plantão urgência e emergência Hospital Santo Ângelo - trat. de glaucoma	Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio); MC Geral + FACO/AC + trat. de retinopatia diabética + plantão urgência e emergência; Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa) - oftalmo MC geral + urgência e emergência
Oftalmologia TTT e correção de estrabismo	Hospital de Olhos Lions (Passo Fundo)			
Ginecologia	Fundação Ivan Goulart (São Borja)	Sem definição em Resolução CIB	Sociedade Hospitalar Bom Pastor (Santo Augusto)	Hospital São José (Giruá)
Processo Transsexualizador	Hospital Municipal Casa de Saúde (Santa Maria)			
Dermatologia	Hospital Santo Ângelo	Hospital de Caridade de Ijuí		Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Alergia Imunológica	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)	Hospital de Caridade de Ijuí		Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Cirurgia Torácica	Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital São Luiz Gonzaga; Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo de Cruz Alta	Hospital de Caridade de Ijuí; Hospital Panambi	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)

MC= Média Complexidade; AC=Alta complexidade

Fonte: Resolução CIB RS 283/2022

6.2.1. Tele Oftalmologia

A plataforma do TeleOftalmo – Olhar Gaúcho é um recurso de grande valia para a regulação das filas de espera em oftalmologia, já que pacientes na grande lista de espera para consulta oftalmológica podem ser encaminhados para atendimento telediagnóstico. Cabe ao médico assistente do paciente acessar a plataforma do Telessaúde, disponível em www.plataformatelessaude.ufrgs.br, para solicitar o acesso. A equipe do TelessaúdeRS-UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) realiza o agendamento para uma das unidades remotas do estado. Posteriormente, a avaliação é feita por telemedicina pelos oftalmologistas do TelessaúdeRS-UFRGS, com apoio presencial da equipe de enfermagem do consultório remoto. Após o atendimento, o paciente recebe o encaminhamento adequado ao seu diagnóstico. Na macrorregião, esse serviço realiza atendimento somente para a R14.

6.2.2. Programa ASSISTIR RS

O Programa Estadual de Incentivos Hospitalares – ASSISTIR RS foi lançado em 02 de agosto de 2021 com a publicação dos Decretos nº 56.015/2021/RS e nº 56.016/2021/RS. O incentivo financeiro estadual, regulamentado pelas Portaria SES/RS nº 537/2021 e retificado pela Portaria SES/RS nº 882/2022, destina-se ao fomento de ações e de serviços de saúde nos hospitais contratualizados para prestação de serviços no SUS. No quadro 5 estão descritas as habilitações do programa ASSISTIR por especialidade E por região de saúde da macrorregião.

Quadro 5. Habilitações de especialidades pelo programa ASSISTIR RS por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2022

Especialidades	R11	R12	R13	R14
Porta de Entrada - RUE	Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital São Luiz Gonzaga; Hospital Santo Ângelo; Sociedade Hospitalar Roque Gonzales (Caibaté); Hospital de Caridade Santo Antônio (Roque Gonzales); Sociedade Hospitalar de Caridade Nossa Senhora dos Navegantes (Porto Xavier); Sociedade Hospitalar Santa Tereza (Guarani das Missões); Associação Hospitalar de Caridade Serro Azul (Cerro Largo)	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta); Hospital Annes Dias (Ibirubá); Hospital Santa Bárbara Beneficente (Santa Bárbara do Sul); Associação Hospitalar 15 de Novembro (Quinze de Novembro)	Hospital de Caridade de Ijuí; Hospital de Panambi; Hospital de São Martinho	Hospital de Caridade de Alecrim; Hospital de Caridade de Boa Vista do Buricá; Hospital Santo Afonso de Cândido Godoi; Hospital Padre Benedito Meister (Campina das Missões); Hospital São José (Giruá); Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa); Hospital Vida e Saúde/Abosco (Santa Rosa); Hospital São José (Porto Lucena); Associação Franciscana de Assistência à Saúde (São Paulo das Missões); Hospital de Caridade de Santo Cristo; Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio); Associação Hospitalar Tucunduva e Novo Machado (Tucunduva); Centro de Assistência Médico Social (Tuparendi)
Ambulatório Gestante de Alto Risco Tipo I	Hospital Santo Ângelo	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Maternidade de risco habitual	Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital São Luiz Gonzaga; Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí; Sociedade Hospitalar Bom Pastor (Santo Augusto); Hospital Panambi; Hospital Santo Antônio (Tenente Portela); Hospital de Caridade de Três Passos	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa); Hospital de Caridade de Santo Cristo; Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio)

Especialidades	R11	R12	R13	R14
Maternidade de alto risco	-	-	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Ambulatório de Especialidades - Ginecologia	Fundação Ivan Goulart (São Borja)	-	Hospital Bom Pastor (Santo Augusto)	Hospital São José (Giruá)
Ambulatório de Especialidades Clínicas - Cardiologia			Hospital de Caridade de Ijuí	
Ambulatório de Especialidades - Cirurgia Vascular	Fundação Ivan Goulart (São Borja)	-	-	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Ambulatório de Especialidades - Urologia		-	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Ambulatório de Especialidades Prioritárias - Cirurgia Geral	Hospital São Luiz Gonzaga; Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta); Hospital Santa Bárbara Beneficente (Santa Bárbara do Sul); Hospital Municipal Dr. Aderbal Schneider (Salto do Jacuí); Associação Hospitalar Annes Dias (Ibirubá)	Hospital Bom Pastor (Ijuí)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Ambulatório de Especialidades - Traumatologia	Hospital São Luiz Gonzaga (MC); Fundação Ivan Goulart (São Borja) (MC); Hospital Santo Ângelo (MC + AC)	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta) (MC + AC + Urgência)	Hospital de Caridade de Ijuí (MC) - Plantão Presencial + Ambulatório	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa) (MC + AC); Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio) (MC)
TS: Saúde Mental	Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital São Luiz Gonzaga; Hospital Santo Ângelo	Hospital Santa Bárbara Beneficente (Santa Bárbara do Sul); Associação Hospitalar 15 de Novembro (Quinze de Novembro)	Hospital Bom Pastor de Ijuí	Hospital Padre Benedito Meister (Campina das Missões); Hospital Vida e Saúde/Abosco (Santa Rosa)
SD: SM em hospital geral	Hospital Ivan Goulart, Hospital São Luiz Gonzaga	Hospital Santa Bárbara Beneficente (Santa Bárbara do Sul); Associação Hospitalar 15 de Novembro (Quinze de Novembro)	Hospital Bom Pastor de Ijuí	Hospital Padre Benedito Meister (Campina das Missões); Hospital Vida e Saúde/Abosco (Santa Rosa)
SD: Internação para Criança e Adolescente SM	-	-	-	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)

Especialidades	R11	R12	R13	R14
UTI e UCI	Fundação Ivan Goulart (São Borja); Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí; Hospital Bom Pastor (Ijuí)	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa); Hospital Vida e Saúde/Abosco (Santa Rosa); Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio)
Ambulatório de Especialidades – Cirurgia Reparadora	Hospital Santo Ângelo	-	-	-
Ambulatório de Especialidades Prioritárias - Oftalmologia	Hospital Santo Ângelo	-	Hospital Bom Pastor (Ijuí)	Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio) (Oftalmo MC + AC + DRMI + Plantão Presencial)
Ambulatório de Bucomaxilofacial/Plantão presencial	-	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	-	-
Bucomaxilofacial	-	-	-	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Ambulatório de Especialidades - Otorrinolaringologia	-	-	-	Hospital São Vicente de Paulo (Três de Maio)
Ambulatório de especialidades Clínicas em Neurologia	-	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	-	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Reumatologia	-	-	Hospital de Caridade de Ijuí	-
Centro de Referência Rede da Pessoa com Deficiência - Odontologia (Hospitalar)	-	-	Hospital de Caridade de Crissiumal	-
Oncologia (Exames)	Hospital Santo Ângelo	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	Hospital de Caridade de Ijuí	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)
Transplante - Captadores de Órgãos	-	Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta)	-	Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa)

MC= Média Complexidade; AC= Alta complexidade

Fonte: SES-RS

6.3. Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios. As responsabilidades e diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios são regulamentadas pela Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013. No âmbito das coordenadorias regionais de saúde, os núcleos regionais de vigilância em saúde são constituídos pela integração funcional, técnica, administrativa, operacional e de recursos dos setores de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica/imunizações, vigilância ambiental em saúde e vigilância em saúde do trabalhador, foram implantados através da Portaria SES/RS nº 22/2004.

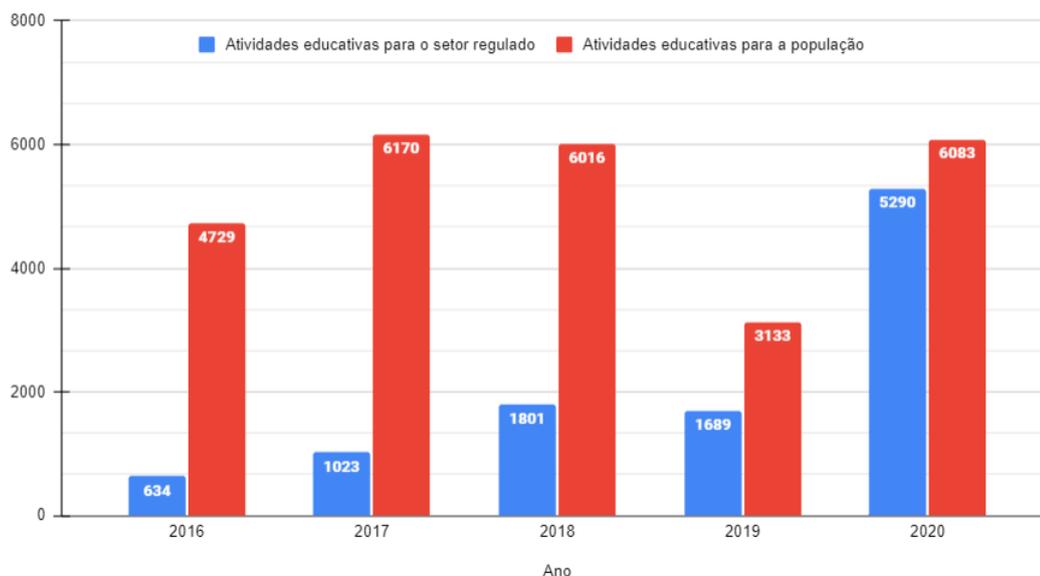
6.3.1. Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária (VISA) é definida como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde (Art. 6º, § 1º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). São desenvolvidas ações de orientação, fiscalização e monitoramento, recebimento e apuração de denúncias, atendimento às demandas judiciais e do Ministério Público, instauração de processo administrativo sanitário, análise e aprovação de projetos arquitetônicos e participação em ações intersetoriais em conjunto com as Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental e da Saúde do Trabalhador e demais órgãos.

A Resolução nº 250/07-CIB/RS disciplina a responsabilidade sanitária do Estado e dos municípios quanto às ações de Vigilância Sanitária. As ações estruturantes, definidas nas Resoluções nº 30/04-CIB/RS, nº 44/05-CIB/RS, nº 89/12-CIB/RS, nº 152/12-CIB/RS e nº 38/16-CIB/RS, são realizadas por todos os municípios do Estado. As ações estratégicas, definidas no Anexo V da Resolução nº 250/07-CIB/RS, são realizadas pela VISA do Estado e pelos municípios que as aderiram.

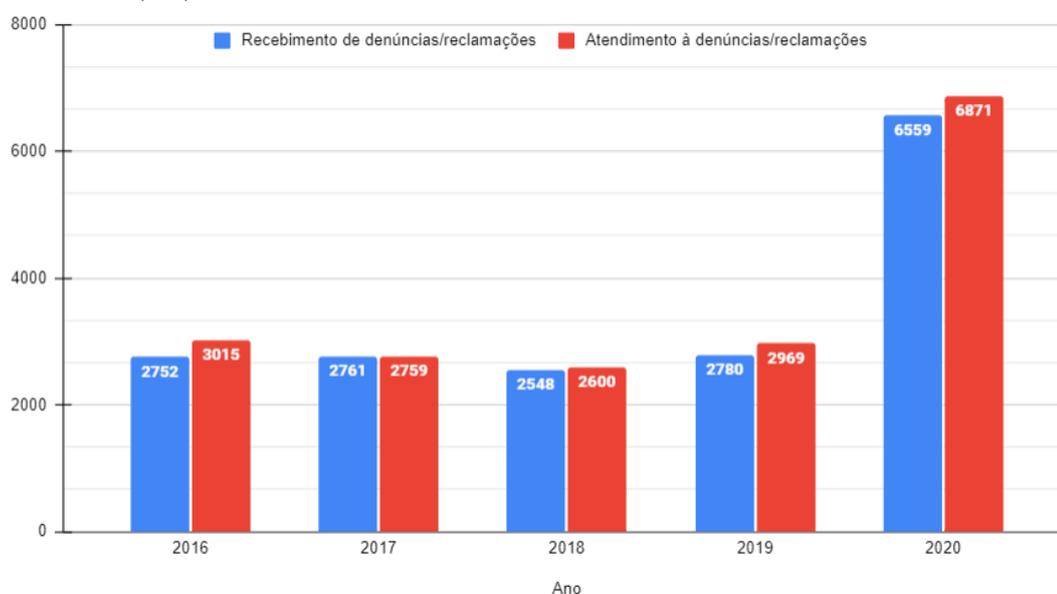
Os procedimentos de vigilância sanitária realizados pelo Estado e pelos municípios são registrados, mensalmente, no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). As Figuras 19 e 20 apresentam um levantamento dos procedimentos relativos às atividades educativas e às denúncias e reclamações preenchidas no período de 2016 a 2020, referentes às vigilâncias sanitárias integrantes da macrorregião. O conteúdo está filtrado pela variável "quantidade aprovada" no portal Tabnet/DATASUS.

Figura 19. Atividades educativas de vigilância em saúde preenchidas no SIA/SUS, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: Tabnet/DATASUS

Figura 20. Procedimentos de recebimento e atendimento a denúncias/reclamações aprovados no SIA/SUS, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: Tabnet/DATASUS

Nota-se um aumento expressivo no número de atividades educativas promovidas para a população (aumento de 94,16% em relação a 2019) e para o setor regulado (aumento de 213,20% em relação a 2019) em 2020, e das denúncias e reclamações recebidas (aumento de 135,93% em relação a 2019) e atendidas (aumento de 131,42% em relação a 2019) pela VISA em 2020, muitas das quais associadas à pandemia de covid-19.

Eventuais inconsistências no preenchimento do SIA/SUS ocorrem, muitas vezes, em virtude de dificuldades frequentemente encontradas pela VISA, tais como a indisponibilidade de recursos humanos em número suficiente e devidamente capacitados, a alta rotatividade de fiscais sanitários nos

municípios, a indisponibilidade de veículos, de equipamentos e de materiais adequados ao desenvolvimento das atividades. Nesse sentido, as informações do SIA/SUS podem não demonstrar a realidade das ações desenvolvidas pela VISA.

A quantidade mínima de fiscais nos municípios deve atender aos requisitos da Portaria SES nº 34/2000. Contudo, essa Portaria não prevê apenas o quantitativo de fiscais que devem compor a VISA, mas a Vigilância em Saúde como um todo, encontrando-se criticamente defasada em relação à real necessidade de equipes mínimas de VISA, tanto em relação à diversificação de atividades e de sua complexidade sanitária, quanto em relação ao aumento expressivo da demanda de atendimentos.

Em conformidade ao Art. 4º da Resolução nº 250/07-CIB/RS, todos os níveis do Sistema de Vigilância Sanitária do Estado do RS devem alimentar os sistemas nacionais e estaduais de informação. No âmbito estadual, esse sistema é o SIVISA-RS, conforme pactuação estabelecida pela Resolução nº 123/13-CIB/RS.

As Tabelas 18 e 19 apresentam, respectivamente, o número de estabelecimentos licenciados e em processo de licenciamento no SIVISA-RS pelas VISAs das CRSs e dos municípios integrantes da macrorregião.

Tabela 18. Número de estabelecimentos licenciados e em processo de licenciamento pelas Vigilâncias Sanitárias Estaduais, por área técnica e região de saúde, Macrorregião Missioneira, 09/05/2022.

Área Técnica	R11	R12	R13	R14	Total Macro
Alimentos	95	27	104	80	306
Cosméticos, Produtos de Higiene e Saneantes	1	3	2	6	12
Estabelecimentos de Saúde	65	30	50	72	217
Medicamentos	24	13	30	25	92
Produtos para Saúde	1	1	0	1	3
Radiações	43	27	71	56	197
Sangue	8	4	7	14	33
TOTAL	237	105	264	254	860

Fonte: SIVISA-RS

Tabela 19. Número de estabelecimentos licenciados e em processo de licenciamento pelas Vigilâncias Sanitárias dos municípios registrados no SIVISA, por região de saúde, Macrorregião Missioneira, 10/05/2022.

R11	Bossoroca	97	Mato Queimado	22	São Borja	885
	Caibaté	87	Pirapó	0	São Luiz Gonzaga	311
	Cerro Largo	333	Porto Xavier	250	São Miguel das Missões	0
	Dezesseis de Novembro	0	Rolador	0	São Nicolau	0
	Entre-Ijuís	115	Roque Gonzales	178	São Pedro do Butiá:	132
	Eugênio de Castro	34	Salvador das Missões	89	Sete de Setembro	22
	Garruchos	34	Santo Ângelo	0	Ubiretama	15
R12	Guarani das Missões	187	Santo Antônio das Missões	147	Vitória das Missões	2
	Boa Vista do Cadeado	1	Fortaleza dos Valos	82	Saldanha Marinho	67
	Boa Vista do Incra	42	Ibirubá	330	Salto do Jacuí	68
	Colorado	48	Jacuzinho	17	Santa Bárbara do Sul	2
	Cruz Alta	1228	Quinze de Novembro	45	Selbach	150

R13	Ajuricaba	87	Coronel Barros	26	Panambi	0
	Augusto Pestana	0	Crissiumal	249	Pejuçara	0
	Bozano	0	Humaitá	0	Santo Augusto	292
	Campo Novo	76	Ijuí	1075	São Martinho	0
	Catuípe	77	Inhacorá	11	São Valério do Sul	0
	Chiapetta	22	Jóia	0	Sede Nova	35
	Condor	0	Nova Ramada	16		
R14	Alecrim	47	Horizontina	440	Santa Rosa	50
	Alegria	78	Independência	53	Santo Cristo	1
	Boa Vista do Buricá	130	Nova Candelária	50	São José do Inhacorá	54
	Campina das Missões	123	Novo Machado	89	Senador Salgado Filho	26
	Cândido Godói	177	Porto Lucena	32	Três de Maio	353
	Doutor Maurício Cardoso	77	Porto Mauá	0	Tucunduva	199
	Giruá	472	Porto Vera Cruz	0	Tuparendi	74

Fonte: SIVISA-RS

Em relação aos municípios que ainda não licenciaram estabelecimentos através do SIVISA-RS, os respectivos fiscais sanitários têm sido treinados pelas CRSs e deverão aderir ao sistema para cumprimento da pactuação estabelecida pela Resolução nº 123/13-CIB/RS.

6.2.2. Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

Proporção de Salas de Vacinas no SI-PNI

De acordo com o Programa Nacional de Imunizações, a macrorregião possui uma boa proporção de salas de vacinas com equipes atuando nas ações de vacinação que são propostas pelo MS com o objetivo de erradicar, controlar eliminar doenças imunossupressoras. Pode-se destacar que a R12 tem a maior proporção de sala de cadastradas no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), com 78,04%; enquanto a R14 fica com o menor valor, tendo 54,16% de salas cadastradas. Quanto a salas de vacinas privadas, o maior número (15) está cadastrado na R11, enquanto a R12 tem o menor quantitativo de salas de vacinas privadas: 7.

Identificamos em nossas necessidades que não possuímos na macrorregião um Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), mas existe demanda para criação, como abrangência Macrorregional.

Tabela 20. Proporção de Salas de Vacinas no SI-PNI por região de saúde, Macrorregião Missioneira, 2022.

		R11	R12	R13	R14
Rede pública	ESFs	75	41	71	72
	EAPs	-	-	5	-
	Salas de vacina	52	32	44	39
	Proporção de salas cadastradas no SI-PNI	69,3%	78,04%	62%	54,16%
Salas de vacina privadas		15	7	10	12

Fonte: SI-PNI

Proporção de registro de óbitos por causa definida

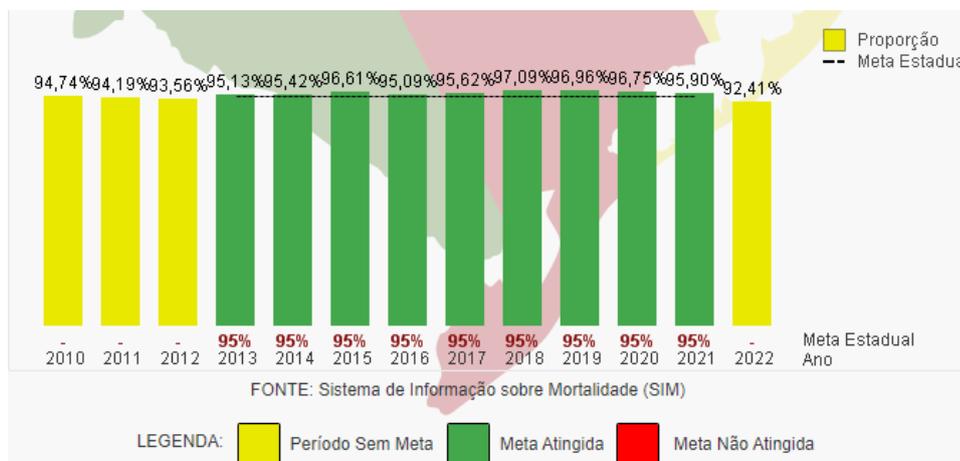
A proporção de óbitos por causas mal definidas é expressa através do percentual dos óbitos por causas mal definidas, ocorridos em determinado local e período, sendo um indicador da qualidade das estatísticas de causas de morte e que tem por objetivo avaliar indiretamente o acesso e da disponibilidade dos serviços de saúde. As causas mal definidas originam-se de declarações de óbitos, diagnósticos imprecisos e expressões dúbias, nada significativos, impossibilitada a determinação da causa básica. A preconização é de que ao menos 95% dos óbitos sejam de causas definidas.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi desenvolvido pelo MS para coletar dados sobre mortalidade no país, sendo que ainda nem todos os municípios possuem acesso ao sistema. Nesses casos, as informações são registradas manualmente em planilhas de acordo com o calendário epidemiológico e remetidas à respectiva CRS. O objetivo é, no decorrer do tempo, descentralizar a digitação das declarações de óbitos para mais alguns municípios de médio porte.

A SES disponibiliza treinamento específico de capacitação em causa básica de óbito para os profissionais que atuam na codificação das Declarações de Óbito (DOs). O codificador, tendo em mãos uma DO, deverá atribuir, na parte médica, um código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) a cada doença e elencar a causa básica do óbito.

As DOs codificadas por causas mal definidas são encaminhadas ao município de residência do paciente para que o setor responsável realize a investigação do óbito, a fim de qualificar esse dado, através do preenchimento da Ficha de Investigação de Óbito com Causa Mal Definida.

Figura 21. Proporção de causas de óbitos com causa básica definida por ano, Macrorregião Missioneira, RS, 2010-2022.



Fonte: SIM/DATASUS

A macrorregião atingiu a meta de 95% de proporção de registros de óbitos com causa bem definida no ano de 2016 a 2020 (Figura 21). Ressalta-se a importância e esforço para manter a meta

de óbitos com causas bem definidas, através das investigações dos óbitos com causas mal definidas, tanto em nível domiciliar, ambulatorial e hospitalar, como também o preenchimento adequado da causa do óbito na declaração de óbito e digitação dos dados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em tempo oportuno.

Hanseníase

Na macrorregião, no período de 2016 a 2021, foram diagnosticados um total de 86 casos da doença. A R14 apresentou o maior número de casos notificados no período, no total de 32, o que representou 37% do total de casos da macrorregião. Na R11 foram notificados 22 casos; na R13, 14 casos; e na R12 apenas oito casos no período, conforme detalhado na Tabela 22.

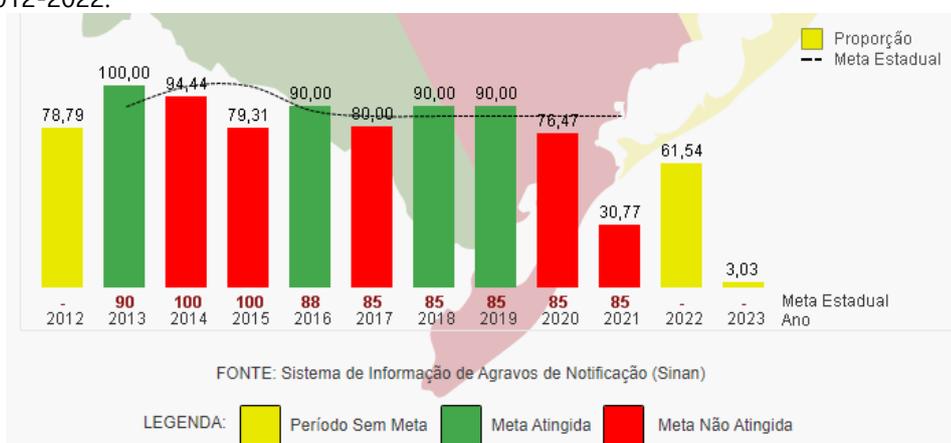
Tabela 21. Casos de hanseníase por ano de diagnóstico e região, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2021.

Região de Saúde	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
R11	1	4	2	5	6	4	22
R12	-	2	4	1	-	1	08
R13	5	4	1	1	1	2	14
R14	9	5	9	7	1	1	32
TOTAL	15	15	16	14	8	8	86

Fonte: SINAN/DATASUS

Observa-se que a macrorregião vem oscilando quanto à proporção de cura dos casos novos de hanseníase, não atingindo a meta nos anos de 2020 e 2021 provavelmente pela pandemia de covid-19, que acarretou na demora diagnóstica e também no registro desatualizado nos sistemas de informação. O cotidiano de trabalho mostra que as doenças se mantiveram presentes paralelamente à pandemia da covid-19, bem como a distribuição dos tratamentos. Porém, devido ao foco voltado às ações de enfrentamento à pandemia e sobrecarga de trabalho profissional, visto que os trabalhadores foram designados a atuar quase que inteiramente no enfrentamento da pandemia, esses dados possivelmente não tenham sido atualizados nos sistemas de informação, acarretando no indicador abaixo da meta estadual. Vale salientar que as informações para os anos de 2021 e 2022 são parciais, pois o ano de corte se encerra nove meses após o encerramento do ano.

Figura 22. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticada nos anos de corte, Macrorregião Missioneira, RS, 2012-2022.



Fonte: SINAN/DATASUS

Nas regiões R11, R12 e R13 não existem ambulatórios de referência regional, sendo que alguns municípios possuem referências no seu Serviço de Atendimento Especializado (SAE) municipal. Os

demais atendem na rede de APS, com encaminhamento a profissionais da rede privada ou ao Ambulatório de Dermatologia Sanitária do município de Porto Alegre. Na R14, por sua vez, foi aprovado em CIR a implantação de um ambulatório de dermatologia no HCI. Atualmente, no entanto, na R14 também não há um ambulatório dermatoneurológico que sirva de referência para atendimentos de hanseníase. O atendimento é realizado na APS quando há profissionais capacitados para fazê-lo e, quando necessário, o município encaminha para a especialidade conforme serviço contratualizado localmente.

Desse modo, visto que há um número considerável de casos diagnosticados de hanseníase na macrorregião, e devido à distância da macrorregião do município de Porto Alegre, mostra-se importante a implementação de um serviço de apoio diagnóstico de referência a nível macrorregional para dar suporte a esses casos, quando necessário, e desse modo aumentar aceitação do tratamento e consequente evolução para a cura. Além disso, é de suma importância que se invista em capacitação dos profissionais de saúde para, assim, manter-se um registro adequado e atualizado dos casos de hanseníase nos sistemas de informação. É necessário também orientar melhor sobre a importância da busca ativa de contatos, uma vez que dessa forma serão identificados muitos casos silenciosos; bem como propor ações de acompanhamento das doses supervisionadas, pois são essas as ações importantes para uma boa evolução da doença e sua consequente cura.

Tuberculose

Percebe-se que nos últimos cinco anos não foi possível atingir, na macrorregião, a meta preconizada pelo MS de no mínimo de 75% de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar, e pela OMS de 85%, para redução da incidência. Vários aspectos podem estar relacionados à queda das taxas de cura das pessoas com tuberculose, destacando-se a população em situação de rua (PSR), pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), população privada de liberdade (PPL) e pessoas que convivem com extrema pobreza. A Nota Informativa Conjunta 01/2021/ SES-RS - Tuberculose na Atenção Básica reforça a necessidade de cada vez mais agregar as ações de prevenção e controle na APS.

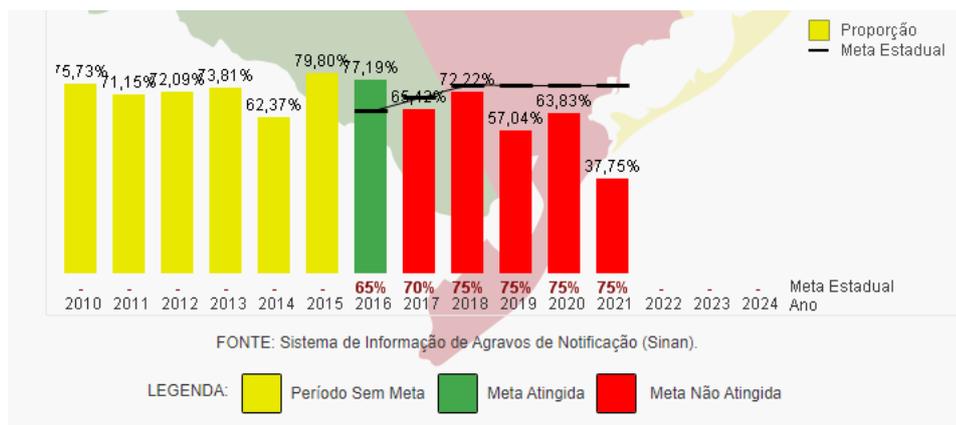
A referência primária para a atenção a pessoas com tuberculose é realizada na sua maioria pelos serviços de Vigilância Epidemiológica e APS. A logística de distribuição de medicamentos, vacinas e insumos para os serviços municipais é realizada pelas coordenações regionais de tuberculose. Está estabelecida como referência terciária para toda a macrorregião o Hospital Sanatório Partenon (Porto Alegre) para matriciamento às equipes e atendimento de casos, quando necessário.

Quanto às especificidades regionais, na R11 a atenção aos usuários se dá de forma centralizada em alguns municípios, nos SAEs, e com descentralização de algumas ações, como TDO e busca ativa. Os demais municípios o fazem na APS. Já na R12, o município de Cruz Alta centraliza os tratamentos de tuberculose, realizando busca ativa e Tratamento Diretamente Observado (TDO) na APS, enquanto os demais municípios realizam o atendimento de tuberculose na rede de APS.

Na R13, a APS realiza o atendimento a pacientes e, nos casos mais complicados, conta com o apoio - tanto matricial quanto com agendamento de consultas - do Hospital Sanatório Parthenon. Nos casos em que existe dificuldade do paciente em acessar esse serviço na Capital, alguns municípios realizam o custeio de serviço suplementado com especialistas da região.

Por fim, na R14 o município Santa Rosa centraliza os casos de tuberculose desse município no SAE, não sendo referência secundária para a região.

Figura 23. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar, Macrorregião Missioneira, RS, 2012-2022



Fonte: SINAN/DATASUS

Observa-se que há necessidade de ampliar a busca de sintomáticos respiratórios, pois o diagnóstico precoce possibilita o aumento da chance de cura. Nas regiões R11, R12 e R14 a meta de 1% de sintomáticos respiratórios sendo testados (baciloscopias de escarro) não está sendo alcançada. Na R11 e R13 há alguns municípios que não coletaram baciloscopias no ano de 2021 e, dentre aqueles que coletaram, mesmo para indivíduos em tratamento, avalia-se que a capacidade de resposta do laboratório em relação à realização dos exames e liberação dos resultados em tempo oportuno está aquém do ideal.

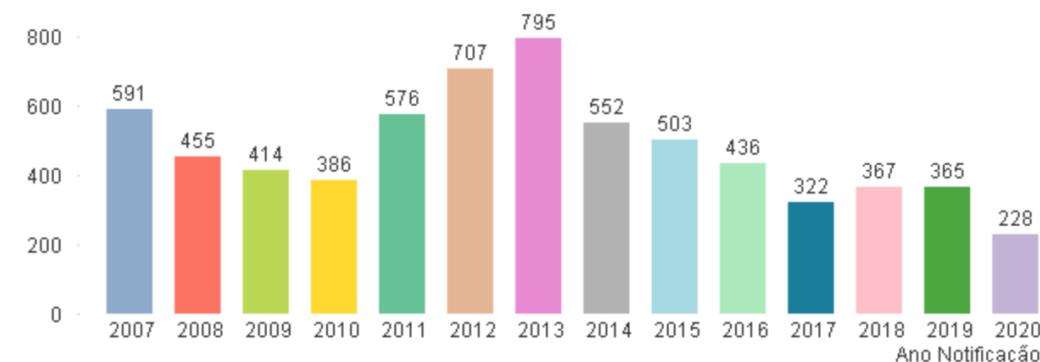
Outra estratégia importante para o aumento da cura da tuberculose é o TDO, que objetiva vincular o indivíduo aos cuidados e ao serviço, identificar dificuldades enfrentadas e intervir oportunamente frente a situações que representem riscos à tomada dos medicamentos. No período de 2016 a 2020 foram notificados na macrorregião 881 casos de tuberculose; e desse total, 182 pessoas (20,1%) tiveram acesso ao TDO.

Hepatites Virais

As Hepatites Virais (HVs) são um conjunto de doenças de distribuição universal com características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais heterogêneas que tem em comum o tropismo primário pelos tecidos hepáticos. O Rio Grande do Sul apresenta a maior taxa de detecção de casos de Hepatite C do país, e está comprometido, assim como o restante do país, com a implementação da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) para o alcance dos objetivos do desenvolvimento sustentável com vistas à eliminação das hepatites como problema de saúde pública, até o ano de 2030. Algumas das ações que estão sendo articuladas e vêm sendo implantadas na macrorregião são: a articulação de fluxos de trabalho para aprimorar a busca ativa de indivíduos localizados nos bancos de sangue, o estabelecimento de planos de trabalho para a microeliminação da hepatite C em serviços de diálise, o incentivo da testagem rápida para hepatite C durante a gestação e nas unidades que realizam parto.

Na macrorregião, os municípios de Cruz Alta, Ijuí, Santa Rosa, Santo Ângelo e São Borja estão entre os de maior risco, pois o somatório de carga das doenças hepatite B e hepatite C é considerado muito relevante pelo MS.

Figura 24. Número de notificações de casos de hepatites virais por ano, Macrorregião Missioneira, RS, 2007-2020



Fonte: SINAN/DATASUS

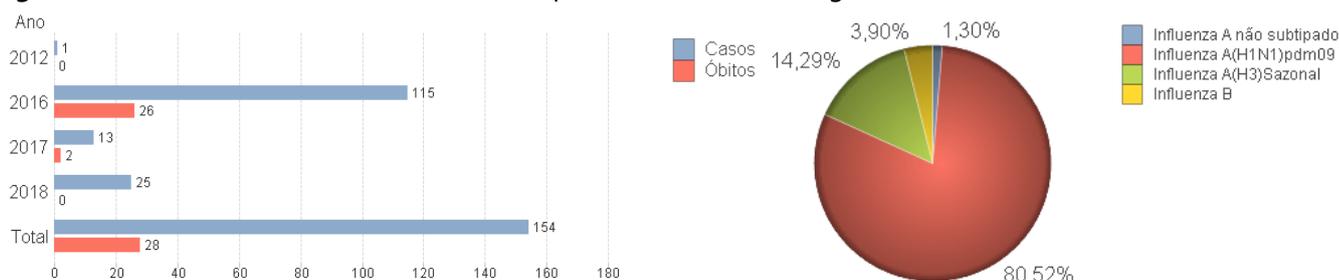
Apesar dos esforços para identificar e tratar os casos de hepatites, conforme o gráfico acima, houve queda nas notificações em 2020. Na macrorregião, o número de notificações diminuiu em 37,5% comparativamente aos valores atingidos no ano de 2019.

Quanto à rede de atenção, cumpre citar que o SAE de Santo Ângelo (R11) e o SAE de Ijuí (R13) somente realizam atendimentos às hepatites virais para o próprio município sede. O mesmo também ocorre com São Borja e São Luiz Gonzaga, ambos pertencentes à R11. Para os demais municípios, não há serviço de referência estabelecido para atendimento específico a hepatites virais, mas existe a oferta para agendamento via GERCON nas especialidades de gastroenterologia para hepatites virais adulto e pediátrica e infectologia, com prestadores de Porto Alegre. O mesmo ocorre na R14, visto que o SAE de Santa Rosa não realiza atendimento às hepatites virais, nem para Santa Rosa tampouco para o restante da região. Além da oferta das especialidades citadas pelo Gercon, existe também a possibilidade de compra de serviço suplementado com especialistas da própria região. Por outro lado, na R12, após o diagnóstico o SAE Regional de Cruz Alta realiza todo o atendimento de hepatites virais aos pacientes.

Influenza

A vigilância da influenza no Estado do RS está estruturada em três estratégias: (a) vigilância universal de casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) hospitalizados, (b) vigilância em unidades sentinelas da síndrome gripal (SG) e (c) vigilância de surtos de SG em instituições/comunidades fechadas. A detecção dos vírus influenza por esses sistemas de vigilância permite avaliar como os agentes estão circulando na comunidade, quais locais são mais atingidos e quais pessoas estão sendo mais acometidas. Possibilita, também, o monitoramento da ocorrência de possíveis alterações genéticas nos vírus, a avaliação do impacto da vacinação e do uso de antiviral no desfecho de gravidade.

Figura 25. Número de casos e óbitos de SRAG por Influenza, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: SINAN INFLUENZA – BI-RS

No período de 2012 a 2019 foram notificados na macrorregião 278 casos de SRAG por influenza e, desses, 48 evoluíram para óbito. Houve predominância da Influenza A H1N1. Já no período de 2020 e 2021, devido à pandemia, foram priorizados os diagnósticos de SRAG por covid-19 pelos laboratórios de saúde pública, impossibilitando a identificação da Influenza entre os casos de SRAG.

A estratégia de vacinação contra a influenza foi incorporada no Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 1999, com o propósito de reduzir internações, complicações e óbitos na população-alvo. A vacinação contra a influenza permite minimizar a carga e prevenir o surgimento de complicações decorrentes da doença, reduzindo os sintomas nos grupos prioritários, que podem ser confundidos com os da covid-19, além de reduzir sobrecarga sobre os serviços de saúde. Em 2022, realizou-se a 24ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza para os grupos prioritários estabelecidos no informe técnico do MS.

As campanhas de vacinação contra a Influenza ocorreram mesmo durante o período de Pandemia. No entanto, identificou-se a queda nas coberturas vacinais, não sendo possível vacinar pelo menos 90% dos grupos elegíveis. Entre as possíveis causas da baixa cobertura vacinal percebe-se a divulgação de notícias falsas a respeito dos imunizantes, causando insegurança à população. Associado a isto, a sobrecarga dos profissionais de saúde com a vacinação contra a covid-19 dificulta a busca ativa de faltosos.

Percebe-se a necessidade de maior investimento na estrutura das salas de vacina nas regionais, considerando o número cada vez maior de imunizantes a serem armazenados e distribuídos. Para a manutenção adequada da rede de frio, há necessidade de investir na segurança dos imunobiológicos com geradores ou equipamentos que possam ser acionados quando houver falta de energia elétrica.

Covid-19

A doença coronavírus 2019 (covid-19), causada pelo vírus SARS-CoV-2, foi detectada inicialmente em Wuhan, na China, em dezembro de 2019 e declarada pela OMS, em 30 de janeiro de 2020, como uma emergência de saúde pública de importância internacional. No dia 11 de março foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, mantendo-se até o momento (agosto de 2022).

A pandemia de covid-19 no Brasil teve início no final de fevereiro de 2020. Ainda no mês de março de 2020 as coordenadorias regionais de saúde iniciaram, junto com os municípios de abrangência, a construção de planos de contingência municipais e regionais. No mesmo período, foram instituídos os Centros de Operações de Emergências da Saúde (COEs) dos níveis estadual, regional e municipal.

Houve a necessidade de organizar a rede de atenção para as SGs e SRAGs, destacando-se: sistemas de informação (SIVEP, E-SUS notifica), estrutura ambulatorial e hospitalar (UBSs, pronto-atendimentos, leitos de internação e UTI), equipes de APS, vigilância epidemiológica, atenção hospitalar, apoio para o diagnóstico (fluxos para coletas e envio de amostras), EPIs, e tantas outras ações na rede de apoio. Além disso, a estrutura de atendimento hospitalar, tanto de leitos clínicos como de UTI, teve que ser adaptada à nova realidade, sendo disponibilizados para a macrorregião um total de 111 leitos de UTI.

Tabela 22. Casos acumulados e óbitos por covid-19 por região de saúde, RS, 2020 a 23/08/2022.

Região de Saúde	Número de Casos Confirmados	Incidência Acumulada (100 mil hab.)	Óbitos	Mortalidade Acumulada (100 mil hab.)
R11	66.727	23.861,8	1.076	384,8
R12	48.390	31.867,8	595	391,8
R13	66.933	29.191,0	742	323,6
R14	59.697	26.661,2	599	267,5
RS	2.694.453	23.682,8	40.733	358,0

Fonte: SES/RS

Tabela 23. Cobertura vacinal contra covid-19 com esquema vacinal completo por região de saúde, RS, 23/08/2022.

Região de Saúde	População Residente (%)	Adultos (18 ou mais %)	Adolescentes (12 – 17 anos %)	Crianças (5 a 11 anos %)
R11	69,6	71,4	95,6	57,5
R12	64,0	66,1	86,7	53,3
R13	57,6	59,9	84,0	41,4
R14	57,2	58,7	86,9	42,8
RS	57,6	60,2	75,8	45,8

Fonte: SES/RS

Conforme pode-se visualizar na tabela 23, o grupo etário com melhores coberturas para covid-19 na macrorregião é o dos adolescentes. Populações mais vulneráveis apresentam menores coberturas. A falta de autonomia das equipes das CRSs para distribuir e/ou redistribuir as doses nas diversas faixas etárias ainda não contempladas pode ser um entrave para a melhoria das coberturas. Além disso, a comunicação oportuna às equipes de saúde sobre as estratégias definidas para a vacinação poderia contribuir para a melhoria das coberturas. Aliado a isso, as informações falsas, constantemente divulgadas à população causam insegurança, impactando na cobertura vacinal.

Vigilância das Violências

No que se refere à Vigilância Epidemiológica das Violências, observou-se que no ano de 2021 76% dos municípios da macrorregião realizaram pelo menos uma notificação de caso de violência. Ainda assim, de modo geral, ao fim do ano de 2021, 72% dos serviços encontravam-se “silenciosos” no que concerne às notificações de qualquer tipologia de violência. Atualmente, a macrorregião não possui serviço especializado para atenção à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei, como também serviços especializados para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual.

A partir desses dados epidemiológicos faz-se necessário a discussão entre os profissionais responsáveis pelo Grupo de Trabalho das Violências nas regiões de saúde (vigilância epidemiológica, ações em saúde e educação permanente), afim de planejar as ações e possibilidades de enfrentamento dessa situação na macrorregião. Identificou-se o baixo percentual de serviços que notificam casos de violência, tendo a partir dessa análise os seguintes objetivos a serem alcançados: qualificar a rede de atenção às pessoas vítimas de violência, ampliar o percentual de serviços que notificam casos de violência e estabelecer fluxos municipais de atenção à pessoa vítima de violência. Os dados levantados encontram-se na tabela 24.

Tabela 24. Percentual de serviços de saúde que realizaram notificação de violência por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2021.

Região de Saúde	Número de serviços de saúde	Número de serviços de saúde com notificação de violência	% de serviços de saúde com notificação de violência	Número de notificações ano base 2021
R11	233	40	17	183
R12	92	24	26	199
R13	119	38	32	1066
R14	169	41	24	535
Total Macro	517	143	28	1983

Fonte: BI-RS/CNES

6.2.3. Vigilância em Saúde do Trabalhador

A saúde do trabalhador é o conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e a recuperação e reabilitação da saúde daqueles submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, sendo a vigilância em saúde do trabalhador (VISAT) um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. A macrorregião conta com profissionais de referência técnica que dão suporte técnico para as ações de VISAT nos municípios de suas respectivas áreas de abrangência, sendo que compete a cada um dos municípios definir o(s) servidor(es) público(s) que é(são) responsável(eis) pelas ações de VISAT em seu território.

Da mesma forma, a Portaria nº 1363, de 24 de dezembro de 2014 institui a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Estado do Rio Grande do Sul, sendo que no Art. 2º – A Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará as seguintes diretrizes:

- I – Promover a saúde, o ambiente e o processo de trabalho saudável;
- II – Garantir a integralidade na atenção da saúde do trabalhador e da trabalhadora;
- III – Fortalecer a participação da comunidade, dos trabalhadores e das trabalhadoras e do controle social;
- IV – Respeitar os princípios da prevenção e da precaução.

Indicadores pactuados relacionados à saúde do trabalhador (2016 – 2020)

Dentre os indicadores pactuados no RS na série de histórica de 2016 a 2020, constam três relacionados à saúde do trabalhador, que são: proporção do preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho; proporção de óbitos por acidentes de trabalho investigados; e taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho. Tais indicadores foram definidos estabelecendo metas a serem alcançadas, de modo a reforçar e intensificar pontos fragilizados nos processos relacionados à VISAT, as quais são de suma importância para se diagnosticar fragilidades da região e assim se estabelecer ações e estratégias preventivas. A seguir, detalha-se a série histórica dos indicadores mencionados.

O indicador 23 refere-se à proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. Como pode ser observado na tabela 25, apenas no ano de 2020 a macrorregião conseguiu alcançar a meta de no mínimo 95% de preenchimento, a qual era pactuada para o período da série histórica.

Tabela 25. Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.

MACRORREGIÃO MISSIONEIRA	ANO	PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO
	2016	92,99%
	2017	91,42%
	2018	94,86%
	2019	94,25%
	2020	97,99%

Fonte: Portal BI-RS.

Quanto ao indicador RS 03 - Proporção de óbitos por acidentes de trabalho investigados, cumpre destacar que o Protocolo Técnico de Investigação de Óbitos Relacionados ao Trabalho no Rio Grande do Sul (2020) descreve que a expressão de maior gravidade do acidente de trabalho é a morte do trabalhador, existindo impacto social na família e na comunidade. Os óbitos de trabalhadores são passíveis de prevenção, e são indicadores de condições de risco no trabalho que precisam ser eliminadas. A investigação de cada um deles impõe-se a fim de que se corrijam as condições que os ocasionaram e seja evitado a ocorrência de novos casos. Para isso, a VISAT do município onde ocorreu o acidente necessita realizar a investigação do óbito relacionado ao trabalho no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST).

Tabela 26. Proporção de óbitos por acidentes de trabalho investigados (indicador RS 03) por ano e região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020

Região de Saúde	2016	2017	2018	2019	2020
R11	30,77%	40,00%	25,00%	40,00%	50,00%
R12	66,67%	20,00%	50,00%	100,00%	50,00%
R13	80,00%	57,14%	62,50%	100,00%	66,67%
R14	0,00%	88,89%	100,00%	100,00%	100,00%
Média Macrorregião	43,48%	62,50%	60,00%	80,65%	76,00%

Fonte: BI-RS e SIM/DATASUS.

Como pode ser observado na tabela 26, a macrorregião não conseguiu atingir a meta de 100% nas investigações dos óbitos relacionados ao trabalho, em nenhum dos anos. Apenas algumas regiões de saúde, isoladamente, em diferentes anos, conseguiram atingir a porcentagem de 100%.

Entre as dificuldades encontradas para satisfazer o indicador RS 03 - Proporção de óbitos por acidentes de trabalho investigados, destaca-se a rotatividade de profissionais e também o acúmulo de funções pelos responsáveis das VISATs municipais. Referente à rotatividade, percebe-se que, quando ocorre óbito por acidente de trabalho, o novo responsável pela VISAT municipal possui dúvidas para acesso ao sistema de investigação e em como realizar a investigação. Cabe ressaltar que nesses casos tanto as VISATs das regionais como os CERESTs estão à disposição para sanar as possíveis dúvidas e realizar os auxílios cabíveis. Quanto ao acúmulo de funções, muitos profissionais acabam priorizando outras ações, como imunizações, atendimentos ambulatoriais, relegando a VISAT.

Referente ao indicador RS 04 - Taxa de Notificações de Agravos (acidentes e doenças) relacionadas ao trabalho, atualmente, a Resolução CIB/RS nº 189/2020 e Nota Técnica de Orientações para Notificações de Agravos nº 01/2020 DVST/CEVS/SES (2020), bem como a NOTA INFORMATIVA Nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS de 26 de julho de 2019, trazem as orientações sobre as notificações dos agravos relacionados ao trabalho.

A definição do sistema para a notificação desses agravos relacionados ao trabalho sofreu alterações no período da série histórica, conforme normativas citadas. Quase a totalidade dos agravos eram notificados no SIST/RINA, e passaram a ser notificados conforme definição da Nota Técnica de Orientações para Notificações de Agravos nº 01/2020 DVST/CEVS/SES:

3. ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO

Os sistemas SIST e SINAN são complementares e excludentes, portanto os agravos notificados no SIST não serão notificados no SINAN, e os agravos notificados no SINAN não serão notificados no SIST.

3.1. Notificações através do SINAN (por todos os profissionais e estabelecimentos de saúde, públicos e privados)

- Acidente de trabalho - **todos**
- Acidente de trabalho com exposição a material Biológico
- Intoxicação Exógena, relacionadas ao trabalho, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados
- Violência doméstica e/ou outras violências, incluindo trabalho infantil

- Câncer relacionado ao trabalho
- Dermatoses ocupacionais
- Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT)
- Perda auditiva induzida por ruído (PAIR), relacionada ao trabalho
- Pneumoconioses relacionadas ao trabalho
- Transtornos mentais relacionados ao trabalho

Conforme o Portal BI-RS, referente às notificações de saúde do trabalhador (SINAN e SIST/RINA), a partir do ano de 2018 os municípios necessitam atingir a taxa de 40 notificações para cada 10.000 habitantes. O indicador é mensurado pelo RS 4 - Taxa de Notificações de Agravos (acidentes e doenças) relacionadas ao trabalho. Na tabela 27, é apresentada a série histórica das informações sobre as taxas de notificações dos agravos relacionados ao trabalho no período de 2016 a 2020. Observa-se que, a partir de 2017, a macrorregião conseguiu atingir a taxa mínima de 40, conforme pactuação com seus municípios. A região de saúde com a menor taxa de notificações é a R11.

Tabela 27. Taxa de notificações de agravos (acidentes e doenças) relacionadas ao trabalho (indicador RS 04) por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.

Região de Saúde	2016	2017	2018	2019	2020
R11	12,52	21,93	23,43	19,23	15,26
R12	30,77	48,44	50,55	52,58	48,37
R13	34,41	56,39	75,47	61,70	54,01
R14	55,40	80,69	94,02	106,54	118,28
Média Macrorregião	32,16	50,23	59,49	58,10	57,23

Fonte: BI-RS, Sistema de informação em saúde do trabalhador (SIST), SINAN e População IBGE/TCU

Referente às dificuldades em satisfazer o indicador da taxa de notificações de agravos relacionadas ao trabalho, percebe-se, pelos relatos dos responsáveis pelas VISATs municipais, a necessidade de constante conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância da realização das referidas notificações, bem como a redução da rotatividade de profissionais de saúde, principalmente nos hospitais. Isso requer que as VISATs municipais precisem reforçar, aos estabelecimentos de saúde, a necessidade de realizar a notificação dos agravos relacionados ao trabalho quando ocorrem nos seus municípios.

Também é possível ampliar as atuações em prevenção por parte dos municípios, com o desenvolvimento de palestras ou campanhas educativas, juntamente a VISAT a nível regional e CERESTs, buscando primar pelo trabalho preventivo na diminuição dos óbitos e agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho.

Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), criados a partir da Portaria Ministerial nº 1.679/2002, têm o papel de prover retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS, juntamente às áreas técnicas de saúde do trabalhador, nos âmbitos estaduais e municipais de saúde. São centros articuladores e organizadores das ações intra e intersectoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e base epidemiológica.

Na macrorregião, há dois centros de referência: o CEREST Fronteira Noroeste, com sede em Santa Rosa, possui abrangência de 22 municípios pertencentes à R14; e o CEREST Missões, em Ijuí, possui abrangência de 56 municípios da R11, R12 e R13. Ambos têm o objetivo principal de fornecer retaguarda técnica em saúde do trabalhador aos municípios das respectivas áreas de abrangência, desenvolvendo, para tanto, ações de assistência especializada, como avaliação multidisciplinar para nexos causais, realização de terapias e metodologias de reabilitação; e ações de vigilância, como inspeções nos locais de trabalho, auxílio nas investigações dos óbitos relacionados ao trabalho e notificações dos agravos relacionados ao trabalho, dentre outras.

Quanto ao acesso ao serviço desenvolvido pelos CERESTs, é dirigido a todos os trabalhadores das áreas rural e urbana, autônomos, domésticos ou aposentados oriundos do mercado formal ou informal, encaminhados pela rede básica de saúde.

6.2.4. Vigilância Ambiental

A Vigilância Ambiental em Saúde é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana. Tem a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde. A Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde está organizada de acordo com os fatores ambientais de risco à saúde.

Vigilância dos Riscos e Agravos Ambientais Biológicos

A vigilância ambiental dos fatores de riscos biológicos possui três áreas de concentração: vetores, hospedeiros e reservatórios, e animais peçonhentos. Dentre essas três áreas, a vigilância de vetores é a que demanda atenção especial na macrorregião.

A finalidade da vigilância de fatores de riscos biológicos relacionados aos vetores (*Anopheles*, *Aedes aegypti*, *Culex*, flebótomos e triatomíneos) transmissores de doenças (malária, febre amarela, dengue, zika, chikungunya, leishmanioses, entre outras) é o mapeamento de áreas de risco em determinados territórios utilizando a vigilância entomológica (características, presença, índices de infestação, avaliação da eficácia dos métodos de controle), bem como suas relações com a vigilância epidemiológica quanto à incidência e prevalência dessas doenças e do impacto das ações de controle, além da interação com a rede de laboratórios de saúde pública e a inter-relação com as ações de saneamento, visando o controle ou a eliminação dos riscos.

Quanto aos vetores presentes na macrorregião, evidencia-se a presença do *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, nos 78 municípios. Como pode ser visto na Tabela 28, as quatro regiões pertencentes à macrorregião apresentaram casos de dengue nos últimos anos.

Tabela 28. Número de casos confirmados de dengue por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2017-2021

Região de Saúde	2017	2018	2019	2020	2021
R11	1	2	44	683	32
R12	0	1	11	42	55
R13	0	1	88	198	58
R14	1	1	64	601	23
Total Macrorregião	2	5	207	1524	168

Fonte: SINAN NET/CEVS - DGTI/SES-RS

Além da Dengue, registram-se também alguns casos de Chikungunya e Zika vírus, arboviroses igualmente transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Para o controle dos casos dessas arboviroses, existe o Programa Estadual de Vigilância e Controle do *Aedes aegypti*, o qual realiza continuamente ações para redução dos índices de infestação nos municípios, bem como atividades de monitoramento da presença do vetor. Essas ações são executadas pelas equipes municipais de vigilância ambiental em saúde, por meio dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), supervisionadas pelas equipes das coordenadorias regionais de saúde. As atividades são norteadas pelas visitas domiciliares, as quais devem abranger, no mínimo, 80% do território cadastrado a cada dois meses, e pelo levantamento do índice de infestação predial (IIP). Em relação a esse indicador, com levantamento feito trimestralmente, a macrorregião apresentou valores entre 0% a 14% no período de 2017 a 2021, uma vez que o MS preconiza valores abaixo de 1%. Essa variação sujeita-se à sazonalidade, aos recursos humanos insuficientes nas vigilâncias municipais e ao envolvimento de gestores e da população no combate à infestação.

Devido à complexidade do controle das arboviroses, considera-se fundamental a implementação de ações baseadas na intersetorialidade, com envolvimento e responsabilização dos gestores e da sociedade, uma vez que o controle dos vetores é uma ação de responsabilidade coletiva, não se restringindo ao setor saúde. A contratação de equipes de ACE com vínculo direto com os executivos municipais, a composição de comitês municipais de enfrentamento de arboviroses, a criação de arcabouço legal efetivo para respaldar ações da vigilância em saúde, bem como a realização de práticas educativas e de mobilização social são medidas necessárias para prevenção e controle dos casos de arboviroses na macrorregião.

Apesar do controle de arboviroses ser a prioridade das equipes de vigilância ambiental em saúde, merece destaque a ocorrência de casos de raiva herbívora, felina e em animais silvestres, bem como casos de leishmaniose visceral canina e acidentes ocasionados por escorpião amarelo (*Tityus serrulatus*). Realiza-se ainda a vigilância de epizootias com foco na circulação do vírus da febre amarela. Esses agravos também são alvos de ação de vigilância permanente por parte das equipes municipais e regionais.

Vigilância dos Riscos e Agravos Ambientais Não Biológicos

A vigilância ambiental dos fatores de riscos e agravos ambientais não biológicos, por sua vez, é voltada a quatro áreas: água para consumo humano, exposição a solos contaminados, exposição a poluentes atmosféricos e substâncias prioritárias (agrotóxicos, mercúrio, chumbo, benzeno e outros). Nesse contexto, destaca-se o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA), visto sua importância na macrorregião.

A água utilizada para consumo humano é um bem essencial que garante saúde e qualidade de vida à população, quando distribuída em quantidade suficiente e com qualidade que atenda ao padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente (Portaria de Consolidação nº 5, Anexo XX,

alterado pela Portaria GM/MS nº 888 de 04 de maio de 2021). Diante disso, cabe ressaltar que, dentre as enfermidades relacionadas com a água, destacam-se aquelas transmitidas pela ingestão de água contaminada por microrganismos, situação que pode ser minimizada, ou até mesmo evitada, mediante a adoção do tratamento das águas de abastecimento.

Diversos municípios da macrorregião são abastecidos exclusivamente por poços (soluções alternativas coletivas - SAC). As SAC captam água em aquíferos freáticos, bastante susceptíveis à contaminação direta, tanto pela inexistência de redes coletoras de esgotos, acarretando o emprego extensivo de fossas negras, como pela escavação e revestimento inadequados dos poços. A contaminação pode ocorrer também na etapa de distribuição da água, pois existe a possibilidade de corrosão biológica dos dutos, causada tanto pela ação de algas quanto de bactérias.

Nesse sentido, o VIGIAGUA desenvolve ações para assegurar a qualidade dos sistemas e soluções alternativas de abastecimento de água, identificando e intervindo em situações de risco à saúde dos consumidores. Quanto ao controle da presença de organismos em águas de abastecimento, esse pode ser feito de forma preventiva ou corretiva e o método mais utilizado é a desinfecção. À vista disso, o Art. 24 da Portaria nº 888/2021 determina que toda água para consumo humano fornecida coletivamente deverá passar por processo de desinfecção ou adição de desinfetante para manutenção dos residuais mínimos na rede de distribuição.

Considerando a população total da macrorregião, estima-se que aproximadamente 195 mil pessoas são abastecidas por soluções alternativas coletivas (SAC), e, dessas, aproximadamente 105 mil, ou seja, 54% do total, possuem abastecimento por água com desinfecção, conforme dados de 2021. Na tabela 29 apresenta-se a série histórica do indicador.

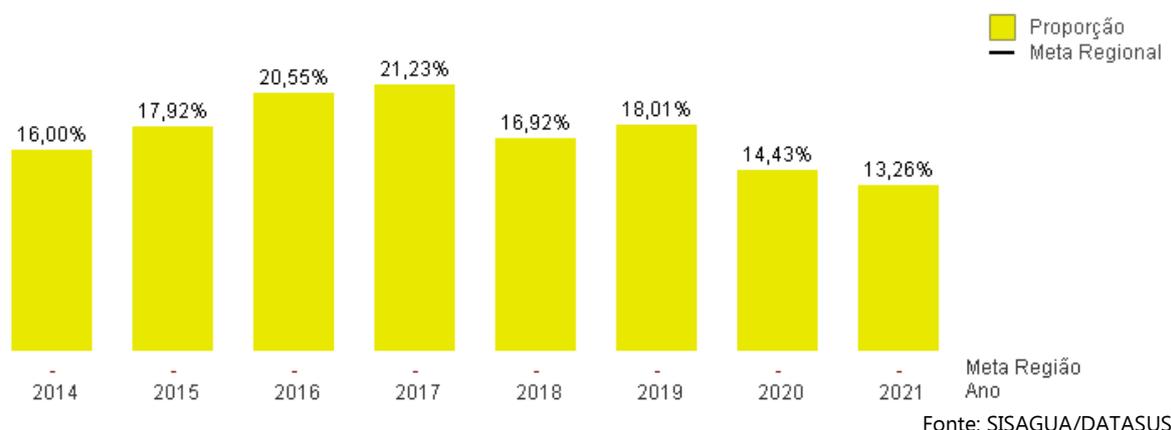
Tabela 29. Porcentagem de pessoas abastecidas por SACs que possuem água com desinfecção, por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2017-2021

Região de Saúde	2017	2018	2019	2020	2021
R11	36%	41%	41%	45%	51%
R12	52%	52%	55%	61%	65%
R13	27%	28%	32%	34%	35%
R14	36%	41%	52%	64%	66%
Média Macrorregião	38%	41%	45%	51%	54%

Fonte: SISAGUA/DATASUS

Sabe-se que a presença de *Escherichia coli* ocorre devido à ausência ou ineficiência da etapa de desinfecção. Entretanto, tal contaminação pode ocorrer pela recontaminação da água durante sua distribuição ou armazenamento. Dessa forma, vale destacar a importância da manutenção sanitária adequada dos sistemas de captação e dos reservatórios de água, bem como a promoção de educação sanitária, a fim de orientar a população sobre a adoção de hábitos de higiene pessoal, alimentar e doméstica. Na figura 26, segue informação da proporção de amostras de água com presença de *E. coli*, em SACs, no período de 2014 a 2021, verificando-se percentuais elevados em relação aos parâmetros ideais.

Figura 26. Proporção de amostras de água com presença de *Escherichia coli* em soluções alternativas coletivas na Macrorregião Missioneira, RS, 2014-2021.



Não apenas na macrorregião, mas em todo o Brasil, no geral, vigiar e monitorar a água consumida apresenta alguns obstáculos que comprometem o alcance dos objetivos propostos pelo Programa, tais como: o reduzido número ou a falta de profissionais qualificados e específicos para o programa; o baixo aporte financeiro; a deficiência nas coletas de amostras de água e análises de dados gerados pela vigilância; a deficiência de instrumentos de georreferenciamento para mapeamento dos poços; e a integração ineficiente entre departamentos e setores, restringindo-se isso basicamente a situações de surto. Portanto, faz-se necessário repensar as ações articuladas entre as três esferas (federal, estadual e municipal), e dessas com os demais setores que possuem competências relacionadas ao abastecimento de água, como por exemplo o setor de saneamento e o de recursos hídricos, para que haja um amparo, de fato, aos profissionais e gestores municipais na tomada de decisões e execução das ações.

6.4. Assistência Farmacêutica

No âmbito do SUS, a Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e outros profissionais de saúde, tendo o medicamento como insumo essencial, visando seu acesso e uso racional. Além das atividades logísticas, que envolvem o abastecimento de medicamentos através do ciclo da assistência farmacêutica, entre as atribuições dos profissionais farmacêuticos estão o trabalho em prol da segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação do uso, bem como a educação permanente dos profissionais de saúde e educação em saúde ao paciente e à comunidade.

A organização da Assistência Farmacêutica está fundamentada na descentralização da gestão, sendo o financiamento de responsabilidade das três esferas de governo, de acordo com a pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) através da Portaria de Consolidação GM/MS nº 06/2017. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é o instrumento norteador para a garantia do acesso à assistência farmacêutica e para promoção do uso racional de medicamentos nos diferentes níveis de complexidade das Redes de Atenção à Saúde.

A esfera municipal é a porta de entrada dos usuários para o acesso aos medicamentos elencados na RENAME. Para a resolutividade de problemas comuns e menos complexos da população, são disponibilizados medicamentos através da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), cujo

financiamento é tripartite, conforme Portaria de Consolidação nº 3193/2019 e Resoluções CIB/RS nº 459/2017 e nº 008/2020 (Componente Básico). O controle de doenças e agravos específicos, com potencial perfil endêmico, engloba um conjunto de medicamentos e insumos de programas definidos e subsidiados pelo MS (Componente Estratégico). Além disso, para os tratamentos de doenças raras e/ou de uso crônico prolongado, o MS estabelece linhas de cuidados descritos através de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), com características e responsabilidades que envolvem os três entes federativos (Componente Especializado).

Importante mencionar a fitoterapia, que é um dos recursos terapêuticos que integram as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). A Política Intersetorial de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PIPMF) foi instituída pela Lei Estadual 12.560/2006 e, em 2017, através da Portaria SES/RS Nº 588/2017, foi instituída a Relação Estadual de Plantas Medicinais de Interesse do Sistema Único de Saúde (REPLAME/RS), cujo objetivo é a seleção de plantas medicinais e fitoterápicos em Farmácias Vivas e nortear as ações da política na Assistência Farmacêutica. O modelo "Farmácia Viva", financiado pelo MS por meio de Projeto Arranjo Produtivo Local de Plantas Medicinais, não está presente na macrorregião, enquanto que a fitoterapia com medicamentos industrializados segue a dinâmica da aquisição dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

O acesso aos medicamentos oncológicos, por sua vez, acontece através dos estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). A aquisição é de responsabilidade dessas unidades, ocorrendo a dispensação diretamente aos usuários do SUS, sendo que o ressarcimento é realizado pelo MS conforme o código do procedimento registrado no subsistema Autorização de Procedimento de Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial (APAC-SIA). Por outro lado, em situações específicas, o MS realiza a aquisição de seis fármacos, totalizando nove apresentações, que são distribuídos às secretarias estaduais de saúde, responsáveis pelo repasse aos hospitais habilitados.

O quadro 5 detalha a organização da Assistência Farmacêutica na macrorregião, de acordo com os componentes pactuados em Resolução CIT, bem como a estruturação e acesso ao elenco fornecido pelo Estado do RS, além de informações de gestão e acesso aos medicamentos oncológicos.

Quadro 6. Organização da Assistência Farmacêutica por componente na Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

Componente Assistência Farmacêutica	Elenco de Medicamentos e Insumos	Responsáveis Pela Gestão	Local de Dispensação	Nº de unidades executoras	Nº de municípios	População de abrangência
Componente Básico (CBAF)	Medicamentos fornecidos para os principais agravos de saúde e programas da Atenção Primária.	Municípios: aquisição, programação e dispensação. Exceção: Insulinas NPH/Regular e contraceptivos seguem a mesma logística do Componente Estratégico.	Farmácias Municipais	R11: 24 farmácias	24	290.783
				R12: 12 farmácias	12	131.850
				R13: 24 farmácias	20	241.798
				R14: 22 farmácias	22	240.215
Componente Estratégico (CESAF)	Medicamentos e insumos disponibilizados para programas específicos do Ministério da saúde para o controle de doenças e agravos específicos e com potencial impacto endêmico como Hanseníase, Hepatites Virais B e C, HIV/Aids, Sífilis, Influenza, Tabagismo, Toxoplasmose, Tuberculose, Vírus Sincial Respiratório (VSR), além de hemoderivados e pró-coagulantes e o programa de alimentação e nutrição.	MS: aquisição e distribuição; SES: programação e distribuição; SMS: programação e dispensação.	Farmácias Municipais	Idem CBAF	Idem CBAF	Idem CBAF
			Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM): atendimento dos usuários sob terapia antirretroviral (HIV e Hepatites B e C), tratamento de doenças oportunistas (doenças secundárias ao HIV), e distribuição de fórmula infantil para filhos de mães HIV positivo.	R11: 3 UDM	24	290.783
				R12: 1 UDM	12	131.850
				R13: 1 UDM	20	241.798
				R14: 2 UDM	22	240.215
			Serviço de Atendimento Especializado (SAE): distribuição de preservativos, testagem para HIV e Sífilis e sessões de aconselhamento.	R11: 3 SAE	24	290.783
				R12: 1 SAE	12	131.850
				R13: 1 SAE	20	241.798
				R14: 1 SAE	22	240.215
			Serviço de Saúde de Referência para Aplicação de Palivizumabe: polo de aplicação do medicamento Palivizumabe, indicado para prevenção da infecção respiratória pelo vírus sincial respiratório em crianças que atendem os critérios de inclusão, e demais acompanhamentos.	Hospital de Caridade de Santo Ângelo: é a referência macrorregional para a aplicação do medicamento Palivizumabe	78	904.646

Componente Assistência Farmacêutica	Elenco de Medicamentos e Insumos	Responsáveis Pela Gestão	Local de Dispensação	Nº de unidades executoras	Nº de municípios	População de abrangência
Componente Especializado (CEAF)	Acesso aos medicamentos de acordo com critérios definidos em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) publicados pelo Ministério da Saúde. Busca garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para algumas situações clínicas, principalmente, agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade.	MS: aquisição e distribuição do elenco do grupo 1A; SES: aquisição, programação e distribuição do elenco dos grupos 1B e 2; Municípios: Aquisição, programação e dispensação do grupo 3; encaminhamento de processos administrativos para o acesso e dispensação dos Grupos 1 e 2.	Farmácias de Medicamentos Especiais (FME)	R11: 24 farmácias	24	290.783
				R12: 12 farmácias	12	131.850
				R13: 20 farmácias	20	241.798
				R14: 22 farmácias	22	240.215
Programa de Medicamentos Especiais SES/RS	Grupo de medicamentos e terapias nutricionais para o tratamento de doenças de prevalência no Estado do Rio Grande do Sul, não contemplados nos programas de saúde do MS.	SES: aquisição, programação e dispensação	Farmácias de Medicamentos Especiais (FME)	Idem CEAF	Idem CEAF	Idem CEAF
Medicamentos Oncológicos	O fornecimento de medicamentos ocorre de 2 formas: - Medicamentos são adquiridos pelos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia, com ressarcimento pelo Ministério da Saúde conforme o código do procedimento registrado na APAC- SIA. - Aquisição centralizada pelo MS e fornecimento aos hospitais habilitados.	UNACON e CACON: Aquisição, programação e dispensação; MS: Aquisição centralizada e distribuição; SES: Programação e Distribuição aos hospitais habilitados.	UNACON e CACON	R11: Hospital Santo Ângelo e Hospital Ivan Goulart (São Borja) são habilitados UNACON	24	290.783
				R12: Hospital São Vicente de Paulo (Cruz Alta) é habilitado UNACON	12	131.850
				R13: Hospital de Caridade de Ijuí está habilitado CACON	78	
				R14: Hospital Vida e Saúde (Santa Rosa) é habilitado UNACON.	22	240.215

Fonte: DEAF-SES-RS

Há uma demanda por indicadores que permitam uma avaliação da qualidade sob os aspectos de estrutura, processos e resultados no âmbito da Assistência Farmacêutica. A estrutura apresentada no quadro 6, quando comparada à população adscrita às respectivas regiões, permite ampliar o olhar crítico sobre a mesma. Nessa perspectiva, o DEAF instituiu a Divisão de Monitoramento e Avaliação das Ações e Serviços de Assistência Farmacêutica (DAMA), que permitirá a definição de indicadores claros, de fácil mensuração, consistentes, válidos e, sobretudo, úteis para o processo de aprimoramento da Assistência Farmacêutica na SES/RS.

Com a finalidade de contribuir para a ampliação, qualificação e promoção dos serviços farmacêuticos nas farmácias de medicamentos especiais (FME) nos municípios, o Estado do RS instituiu, através da Portaria SES nº 649/2021, o Programa Farmácia Cuidar+. Os recursos destinados ao financiamento do programa foram transferidos na modalidade fundo a fundo aos municípios, mediante assinatura de um termo de adesão. Em contrapartida, os municípios se comprometeram no cumprimento de algumas responsabilidades, entre elas a prestação de serviços farmacêuticos. Além das transferências financeiras mencionadas na Portaria SES/RS nº 649/21, os municípios que aderiram ao programa também receberam complementação de recursos através da Portaria SES/RS nº 928/2021, totalizando a transferência de R\$ 70 mil a R\$ 200 mil de acordo com o porte do município. A tabela 30 apresenta o número de municípios por região de saúde que aderiram ao Programa, bem como a proporção de adesão com relação ao total de municípios.

Tabela 30. Adesão dos municípios ao Programa Farmácia Cuidar+ nas regiões de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

Região de Saúde	Número de municípios que aderiram	Percentual de adesão
R11	21	87,5%
R12	12	100%
R13	19	95%
R14	20	90,9%
Total Macrorregião	72	92,3%

Fonte: DEAF-SES/RS

As atividades de aquisição e de distribuição consolidaram-se, histórica e institucionalmente, como foco e limite das atividades relacionadas aos medicamentos no país. No entanto, a situação de saúde da população brasileira e a atual organização do SUS em redes com foco na ação e serviços de saúde impõem aos gestores e profissionais o desafio da garantia da integralidade do cuidado. Sendo assim, considerando que o cuidado farmacêutico é operacionalizado por meio dos serviços farmacêuticos e ações de educação em saúde, o seu desenvolvimento e implantação ainda são desafios para as equipes da Assistência Farmacêutica.

6.4. Educação Permanente

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004, tem como estratégia a formação e o desenvolvimento de ações educativas para os trabalhadores do SUS. No RS, o Plano Estadual de Educação Permanente foi aprovado através da Resolução nº 020/2019 - CIB/RS, 24 de janeiro de 2019. Em 2022, no dia 08 de novembro, foi publicada no Diário Oficial a Portaria nº 1.112/2022, que instituiu a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva do Estado do RS.

Os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESCs) atuam, juntamente com a Escola de Saúde Pública, na execução da política de educação em saúde no Estado, sendo que todas as coordenadorias regionais possuem essa referência organizando, planejando e avaliando a política de educação em saúde nos territórios de abrangência.

Atualmente, na R11 o processo de educação permanente em saúde está parcialmente em funcionamento, necessitando de reestruturação. Dos municípios pesquisados, quatro tem portaria para funcionamento dos núcleos municipais (NUMESCs), mas a maioria está inativa. Já na R12, nenhum município tem NUMESC implantado e atuante. Além disso, alguns municípios sequer possuem representação da educação permanente, devido à rotatividade de funcionários nas secretarias de saúde.

Na R13 há 17 municípios com NUMESCs, cujo foco está no fortalecimento da qualificação profissional dos trabalhadores da saúde para a transformação das práticas cotidianas, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho. Por fim, na R14 existem quatro NUMESCs criados em lei, mas apenas no município de Santa Rosa o núcleo municipal atua de maneira efetiva.

6.5. Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria do SUS constitui um espaço democrático onde o cidadão pode solicitar informações sobre ações e serviços de saúde ou registrar suas sugestões, elogios, solicitações, reclamações ou denúncias. Usuários do SUS, profissionais de saúde, gestores, prestadores de serviço e organizações da sociedade civil podem acessar os diversos canais de atendimento: telefone, e-mail, carta, formulário web, pessoalmente. Cabe à Ouvidoria gerenciar o recebimento e registro das demandas, encaminhando-as aos responsáveis e zelando pelo sigilo no tratamento dos dados e pela eficiência nas respostas. Diante da necessidade apresentada pelo cidadão, a Ouvidoria orienta, encaminha, acompanha a demanda e responde ao usuário sobre as providências adotadas. Além disso, os dados levantados são compilados em relatórios gerenciais, que contribuem como subsídio à gestão na avaliação dos serviços e ações de saúde, bem como em iniciativas para suprir as necessidades identificadas.

No período de 2016 a 2020, houve registro e tratamento de 1.706 manifestações na macrorregião, conforme dados do sistema OuvidorSUS. Todas as demandas são protocoladas nesse sistema, o qual permite o encaminhamento aos pontos de análise e resposta, que estão organizados em rede a nível nacional. Na macrorregião, a rede da Ouvidoria do SUS é constituída por quatro ouvidorias regionais, cinco ouvidorias municipais, 63 interlocutores de sub-rede nos municípios, 22 interlocutores de sub-rede em hospitais e sete interlocutores em setores internos das coordenadorias regionais de saúde.

Faz-se necessário fortalecer a Ouvidoria do SUS como canal para acolhimento e registro das manifestações dos cidadãos, bem como sensibilizar a sociedade, trabalhadores de saúde e gestores acerca do trabalho desenvolvido. Para tanto, é imprescindível a divulgação ampla e permanente dos diferentes meios de atendimento, em unidades de saúde, dependências de prestadores de serviço e nas instâncias de gestão do SUS.

II. PRIORIZAÇÃO DAS NECESSIDADES

A organização de um sistema de saúde, bem como o planejamento das ações a serem desenvolvidas e dos serviços necessários para a população, deve ser pensada de acordo com as carências e vulnerabilidades de determinado espaço. Conhecer o perfil demográfico, social e de saúde de uma região permite identificar as necessidades em saúde desta comunidade.

A identificação das necessidades da Macrorregião Missioneira foi classificada através do anexo IX do Portal BI-RS, sendo aplicado o método em 85 necessidades identificadas nas quatro regiões de saúde através dos diagnósticos regionais. Dessas, foram priorizadas 24 necessidades para compor o Plano Macrorregional de Saúde, conforme apresentado nos quadros 7 e 8.

Quadro 7. Identificação das necessidades e ações ou serviços nas Redes de Atenção à Saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2022.

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)		
Serviços de suporte para RAPS visando melhorar e qualificar o acesso na atenção à saúde mental, impactando redução mental.	É necessário criar serviços de suporte principalmente para as situações que não se configuram demanda para CAPS, direcionando os fluxos de forma dinâmica e correta. Portaria de Consolidação nº 3.	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação de dispositivos da RAPS (NAAB, OT, AMENT) e habilitação conforme demanda e necessidade do serviço de origem; - Adequar a carga horária das equipes e dos serviços habilitados para fortalecer estratégias de serviços/ atendimentos visando a redução das internações/tratamento compulsório.
Rede de Urgência e Emergência (RUE)		
Ampliação, qualificação, e manutenção dos incentivos financeiros de UTI	A macrorregião está geograficamente distante de outras regiões que possuem serviços de UTIs contratualizados, como a Metropolitana de Porto Alegre, necessitando manter de forma qualificada os leitos de UTI na macrorregião para garantir o acesso de pacientes graves.	Ampliar o quantitativo de leitos disponibilizados para a macrorregião através de habilitação federal e garantir recursos de custeio, qualificação e incentivos para manutenção dos leitos existentes e/ou novos a serem implantados.
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)		
Ampliar e qualificar o número de profissionais da área de reabilitação na APS, especialmente fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.	Grande demanda na área da reabilitação em todos os níveis de atenção.	Desenvolver ações de prevenção das deficiências, detecção precoce, acompanhamento do processo de reabilitação e continuidade do cuidado após alta.

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
Implantação/reestruturação dos serviços odontológicos para usuários com deficiência.	Atualmente a macrorregião não possui um serviço habilitado para atender pessoas com deficiência que necessitam de atendimento odontológico com sedação. A atenção integral à saúde das pessoas com deficiência inclui a saúde bucal e a assistência odontológica, acompanhadas de procedimentos anestésicos e outros. Em casos específicos, deve ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da seqüela assim o exigir, conforme Portaria nº 2 de 28/09/2017.	Implantação de serviço ambulatorial e hospitalar para atendimento odontológico à população com deficiência da macrorregião.
Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil (RAMPI)		

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
<p>Ampliação dos leitos de UTI Neonatal e ampliação de leitos canguru, qualificando e humanizando a assistência materno-paterno-infantil.</p>	<p>Portaria GM/MS nº 930 de 10/05/2012, que institui o cuidado progressivo neonatal; Portaria SAS/MS nº 650 de 5/10/11, que formata o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha; Portaria GM/MS nº 569 de 01/06/00, que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias de incentivos para implantação e funcionamento dos leitos de UTI neonatal, UCI neonatal e leito canguru; - Qualificação/humanização do Pré-Natal na APS; - Constituição e implementação do Grupo Condutor da RAMPI; - Fortalecimento do Comitê Regional de Prevenção e Enfrentamento da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal; - Estímulo à criação/reativação dos comitês municipais; - Orientação às gestões municipais para garantir o acesso das gestantes aos hospitais (principalmente em feriados/final de semana); - Reestruturação do AGAR para a assistência às gestantes de alto risco com uma estrutura física e equipe exclusiva para o ambulatório; - Aprimoramento da avaliação das metas qualitativas dos contratos hospitalares; - Promoção de capacitações e incentivos para doulas no SUS; - Qualificação das equipes de saúde através de educação permanente; - Realização de campanhas, entre outras ações, para humanização do parto e diminuição dos partos cesarianos desnecessários.
Rede de Atenção às Pessoas com Condições e Doenças Crônicas		
<p>Melhorar a estrutura dos serviços para o atendimento dos portadores de DCNT, promover formação profissional e educação permanente e implantar em cada região de saúde um ambulatório de especialidades para usuários com doenças crônicas HAS e DM.</p>	<p>As condições crônicas são as principais causas de morbimortalidade e necessitam postura proativa das equipes, frente às condições de saúde. Existem equipes despreparadas, com estrutura física e materiais inadequados. Há necessidade de investimento em serviço de referência regional de apoio diagnóstico e terapêutico para</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a estrutura do serviço investindo em espaço físico, equipamentos, profissionais qualificados, materiais e exames para atendimentos aos crônicos na APS; - Promover qualificação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição e atualização de conhecimentos, habilidades e atitudes

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
	casos de risco elevado para HAS e DM, com atendimento multiprofissional.	dos profissionais para o cuidado em saúde; - Pactuar, habilitar e contratar serviços para efetivar os ambulatórios de especialidades HAS e DM na lógica das RAS.
Reduzir a taxa de internação e mortalidade por neoplasias	<p>O tipo de câncer que apresenta maior taxa de internação no SUS é o das neoplasias malignas do trato gastrointestinal, para ambos os sexos.</p> <p>Para as mulheres, o segundo tipo que mais internou foi a neoplasia maligna de mama, e, para os homens, neoplasias malignas de próstata e de brônquios e pulmões.</p> <p>Os tipos de cânceres que apresentaram maior taxa de mortalidade entre 2016 e 2020 foram neoplasia maligna do trato gastrointestinal e neoplasia maligna de brônquios e pulmões. Exames para diagnóstico de neoplasia do trato gastrointestinal, como endoscopia digestiva alta e colonoscopia, estão com demanda reprimida.</p>	<p>- Utilizar o Programa Saúde na Escola (PSE) para orientar as crianças desde pequenas a adquirirem hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada e prática de atividade física, visando a promoção da saúde e prevenção de doenças como o câncer;</p> <p>- Revisar o número de exames diagnósticos disponíveis para neoplasias pelo SUS para uma possível adequação nos contratos dos prestadores.</p>

Quadro 8. Identificação das necessidades e ações ou serviços na capacidade instalada, Macrorregião Missio-
neira, RS, 2022

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
Atenção Primária em Saúde		
<p>Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, aumentando a resolutividade.</p>	<p>Garantir a integralidade do cuidado ao usuário, aumentando o acesso e a resolutividade da APS.</p> <p>Garantir a compatibilidade e integração dos sistemas de informações na APS Portaria nº 2.436, 21 de setembro de 2017.</p> <p>Portaria nº 3194, de 28 de novembro de 2017;</p> <p>Decreto nº 56.062, de 29 de agosto de 2021 – Rede Bem Cuidar RS;</p> <p>Portaria SES nº 635/2021 – Portaria PI-APS;</p> <p>Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016;</p> <p>Portaria GM nº 702 de 21 de março de 2018 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – MS;</p> <p>Nota Técnica PEPIC- RS/ DAS nº 01/2017 Orientações Para a Inserção de Práticas Integrativas e Complementares nas Redes de Atenção à Saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar um atendimento humanizado e acolhedor nos serviços de saúde, nas ESFs e UBSs; - Reivindicar junto ao MS a implementação e integração dos sistemas de informação E-SUS/RAS, CNES, CADSUS, SIASI, SIA-SUS; - Sensibilizar os gestores municipais da importância das equipes com todos os profissionais exigidos em Portaria Ministerial, e manter carga horária completa desses profissionais, sem rotatividade técnica (médicos, enfermeiros ...); - Qualificar e fortalecer o Telessaúde, visando incentivar o uso dessa ferramenta como recurso para aumento da resolutividade na APS; - Incentivar estratégias que reduzam a rotatividade de profissionais na APS, através de concursos públicos (planos de carreira, cargos e salários); - Estimular os profissionais das equipes da APS na realização e participação de ações de educação permanente, através das ações do NUMESC e ou reuniões de equipe, inserindo temas como: incentivo de realização de pequenos procedimentos ambulatoriais, inserção do DIU e tratamento de feridas; - Qualificação do acolhimento no atendimento da APS, através de capacitações, cursos, discussões com as equipes de saúde e gestão e adoção de fluxos de acolhimento, envolvendo a participação da comunidade no processo.

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
Aumentar o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB), para que 100% das ESF e EAP tenham ESB vinculadas, e ampliar a rede de atenção secundária em SB nas regiões de saúde R12, R13 e R14.	Todas as ESF e EAP devem ter ESB vinculadas para que todos os usuários dessas equipes tenham acesso ao atendimento odontológico.	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o número de ESBs em todos os municípios que ainda tem ESFs ou EAPs sem ESB, e ampliar o incentivo financeiro para a ESB; - Implantar Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e referências hospitalares para atendimento odontológico.
Atenção Secundária e Terciária		
Implantar referência ambulatorial e hospitalar (linha de cuidado) nas seguintes especialidades, por ordem prioritária: <ul style="list-style-type: none"> - Hematologia Clínica; - Endocrinologia; - Gastroenterologia; - Onco-hematologia aguda (referência regional). 	As especialidades, elencadas por ordem de maior necessidade, são muito importantes para o atendimento dos usuários da macrorregião, considerando principalmente a distância dos demais centros habilitados e a fila de espera considerável para acessar esses serviços, já que a maioria são inexistentes ou disponibilizados em quantitativo insuficiente frente à demanda.	Ampliar o quantitativo contratualizado dessas especialidades com os prestadores de serviço e pactuar uma referência fora da macrorregião para especialidade de onco-hematologia aguda, já que não há disponível no território da macrorregião.
Ampliar oferta de exames de endoscopia digestiva alta e colonoscopia	Os cânceres do aparelho digestivo estão entre as neoplasias que mais acometem a população da macrorregião, sendo necessário o acesso ao diagnóstico precoce.	Ampliar o quantitativo de exames contratualizados com os prestadores de serviço da região, priorizando os UNACONs e CACONs.
Vigilâncias em Saúde		
Vigilância Sanitária		
Reformulação e reestruturação das vigilâncias sanitárias regionais e municipais, garantindo-se a aplicação dos recursos para o fortalecimento das ações desenvolvidas.	A alta demanda de ações de vigilância sanitária contrasta com o número insuficiente de fiscais sanitários nos municípios, assim como o acúmulo de funções por esses profissionais, que, muitas vezes, assumem responsabilidades relativas a outras áreas, como obras, tributária, epidemiológica e/ou ambiental, além de suas atribuições na área sanitária. Além disso, faz-se necessária a disponibilidade de infraestrutura compatível com as atividades desenvolvidas (veículos, computadores, tablets, internet, entre outros).	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da qualificação e do número mínimo de fiscais sanitários que devem compor as equipes municipais e regionais; Regulamentação e a padronização dos processos de trabalho, inclusive no tocante à exclusividade de atuação dos fiscais sanitários na área sanitária; - Aplicação de recursos financeiros para aparelhamento das vigilâncias sanitárias municipais e regionais.
Vigilância Ambiental		
Número de agentes de combate às endemias em número adequado (1 ACE para cada 800 imóveis), vinculados através de concurso ou contratos por	É necessário desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção de arboviroses, como as provocadas pelo <i>Aedes aegypti</i> , sendo que a macrorre-	<ul style="list-style-type: none"> - Integração das atividades ACS/ACE. - Constituição de equipes permanentes e em número adequado para a realização das ações dentro

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
<p>tempo indeterminado, estabelecendo um vínculo duradouro do agente com a vigilância no município, podendo, dessa forma, realizar as ações no que tange a diminuir o índice de infestação do <i>Aedes aegypti</i> e no controle de outras arboviroses.</p>	<p>gião tem 100% dos municípios infestados. Além disso, realizar a vigilância do <i>Triatoma infestans</i> (vetor da doença de Chagas); da presença de flebotomíneos (vetores da Leishmaniose); de <i>Tityus serrulatus</i> (escorpião amarelo) e acidentes por outros animais peçonhentos nos municípios. Os programas trabalhados na Vigilância Ambiental englobam diversas demandas. Dessa forma, faz-se necessário que as equipes de ACEs dos municípios tenham condições de realizar as ações rotineiras dos programas, ou atender as ocorrências assim que elas aconteçam, como preconizado, por exemplo, no Programa Estadual de Controle e Prevenção da Raiva, Febre Amarela, Leishmaniose, entre outros. Para a execução dessas atividades, é necessário conhecimento específico, que se adquire com capacitações, mas sobretudo com o tempo de experiência na execução dos programas.</p>	<p>da Vigilância Ambiental, através da realização de concursos públicos ou contratação de ACEs por tempo indeterminado, considerando que os municípios podem utilizar, para a constituição das suas equipes, recursos da Assistência Financeira Complementar da União aos ACEs (AFC), definida pela Lei nº 12.994/2014, e regulamentada pelo Decreto nº 8.474/2015.</p>
<p>Ampliação da cobertura de abastecimento de água para consumo humano com desinfecção.</p>	<p>Na maioria dos municípios a cobertura de abastecimento de água para consumo humano com desinfecção não atinge a totalidade do abastecimento. A desinfecção, se aplicada da maneira correta, garante a diminuição efetiva do risco que a população do município corre em relação a doenças de veiculação hídrica, causadas por patógenos presentes na água.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir o acesso a água tratada para a população urbana e rural; - Maior investimento em tratamento de água com cloro em poços artesianos principalmente nas áreas rurais; - Ampliar o percentual de análises em amostras de água para consumo humano, conforme Diretriz Nacional do Plano de Amostragem do VIGIAGUA; - Manter 100% de inspeções em ETA; - Promover ações intersetoriais estimulando as secretarias responsáveis pelo saneamento básico dos municípios; - Implantar a desinfecção nas formas de abastecimento de água para consumo humano; - Estimular as equipes de vigilância epidemiológica municipais a ampliar a investigação dos surtos de doenças de transmissão hídrica

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
		<p>e alimentar, aumentando as notificações;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar recursos para desinfecção da água; - Realizar atividades educativas junto à população, orientando sobre a necessidade de realizar o tratamento (desinfecção) da água para consumo humano.
Vigilância em Saúde do Trabalhador		
<p>Implantação/ampliação/fortalecimento das vigilâncias em saúde do trabalhador (VISATs) nos municípios da macrorregião.</p>	<p>Há municípios que não possuem a VISAT implantada efetivamente, visto que os servidores designados para tal função acumulam várias outras atividades no município, de forma a não conseguir cumprir todas as atribuições designadas. Existem municípios que, em determinados anos, sequer realizam alguma notificação de agravo relacionado ao trabalho, tampouco fazem a investigação dos óbitos possivelmente relacionados ao trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar gestões municipais para a importância da efetiva implantação dessa vigilância, no intuito de possibilitar que os servidores designados para a VISAT possuam carga horária suficiente à realização das atividades, mesmo que não sejam exclusivos para tal função, ou ainda designar servidores para atuação exclusiva na VISAT; - Aumentar o número de notificações dos agravos relacionados ao trabalho; - Realizar a investigação de todos os óbitos relacionados ao trabalho, com a devida notificação nos sistemas SIST e SINAN.
Vigilância Epidemiológica		
<p>Assegurar as condições adequadas à Rede de Frio, visando garantir a qualidade dos imunobiológicos oferecidos à população.</p>	<p>Os imunobiológicos são produtos termolábeis e fotossensíveis. Assim, devem percorrer toda a Cadeia de Frio de forma a manter sua eficácia e potência, ou seja, sua capacidade de resposta. Nesse contexto, as Centrais Regionais de Rede de Frio (CRRF), subordinadas à SES, ocupam posição estratégica no armazenamento e distribuição dos imunobiológicos, visando abastecer os municípios. Essas centrais preservam um valioso estoque, o qual precisa ser mantido, rigorosamente, entre 2º e 8°C. Apesar dessa expressiva importância, em nenhuma das CRRF da macrorregião os sistemas de condicionamento de emergência estão em</p>	<p>Agilizar o processo de aquisição e manutenção dos grupos geradores de energia elétrica para as CRRF da macrorregião.</p>

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
	condições de funcionar com autonomia, em caso de falha na energia elétrica.	
Qualificar a atenção integral à pessoa em situação de violência	Violência é considerada um problema de saúde pública e violação dos direitos humanos, gerando graves consequências no âmbito individual e social. Atualmente, as ações de vigilância enfatizam as notificações, que são compulsórias a todos os profissionais de saúde. No entanto, por se tratar de um fenômeno complexo, deve ser analisada sob os aspectos individuais, sociais, ambientais e jurídicos, necessitando de uma ação multiprofissional e intersetorial. Apesar disso, são identificados municípios silenciosos mesmo quanto às notificações.	<ul style="list-style-type: none"> - Designar um profissional de referência para vigilância da violência em cada município; - Esclarecer o preenchimento da ficha de notificação e familiarizar os profissionais com este documento como parte da rotina dos serviços; - Identificar e monitorar os casos de violência notificados; - Identificar fatores de risco, áreas e população de maior vulnerabilidade; - Monitorar os encaminhamentos para rede de atenção; <p>Intervir nos casos para prevenir recidivas e as consequências.</p>
Assistência Farmacêutica		
Fortalecimento da Assistência Farmacêutica nos municípios, com foco na valorização da equipe.	<p>As atividades da Assistência Farmacêutica (comissão de farmácia terapêutica municipal, elaboração da REMUME e protocolos de acesso aos medicamentos do componente básico, gerenciamento das etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, implementação do cuidado farmacêutico, educação permanente da equipe e comunidade) requerem profissionais qualificados e experientes, na busca pela qualidade do serviço, segurança do paciente e garantia do uso correto de medicamentos. A implementação de serviços farmacêuticos demanda uma equipe de apoio para o profissional farmacêutico.</p> <p>A atual condição de trabalho dos profissionais farmacêuticos, como a infraestrutura das farmácias, organização dos serviços, força de trabalho e capacidade de gestão, não são suficientes para garantir a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir previsão orçamentária para investimentos prioritários na ampliação e qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica, com estímulo à educação permanente e continuidade de servidores concursados no setor, especialmente no âmbito municipal, responsável pelo acolhimento de todas as demandas relacionadas aos medicamentos; - Assegurar a estruturação da ambiência dos serviços de farmácia, visando a humanização do atendimento e a melhoria das condições de trabalho aos profissionais.

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
<p>Implementar as unidades e centros de assistência de alta complexidade em oncologia (UNACONS e CACONS) como órgãos dispensadores de medicamentos oncológicos judicializados.</p>	<p>O acesso a medicamentos oncológicos no SUS ocorre através dos CACONS/UNACONS que, de acordo com a portaria SAES/MS Nº 1399 de 17 dezembro de 2019, devem estabelecer protocolos para tratamento das diferentes condições de saúde, baseados nas recomendações da Conitec. Há, entretanto, um volumoso número de prescrições fora dos protocolos, com geração de inúmeras ações judiciais contra os três entes (município, estado e união). Quando a SES é parte no processo, os tratamentos são cadastrados no sistema AME, que faz o gerenciamento dos medicamentos do componente Especial e especializado da Assistência Farmacêutica. Nos casos em que o órgão adquire os medicamentos, esses são enviados para os municípios através das CRSs. O paciente, ao receber na farmácia de medicamentos especializados do seu município, leva o seu medicamento até o CACON/UNACON, para aplicação. Quando se trata de medicamentos termolábeis, há uma preocupação com o acondicionamento dos mesmos pelo paciente, já que o acondicionamento fora das especificações compromete a segurança e eficácia do produto, não sendo permitido, inclusive, o uso por outro paciente em caso de interrupção do tratamento.</p>	<p>- Estabelecer um fluxo de dispensação de medicamentos termolábeis adquiridos pela SES para atendimento de demandas judiciais, através dos CACONS/UNACONS. Esses centros e unidades seriam órgãos dispensadores de medicamentos através do sistema AME, gerenciando estoque com a possibilidade, inclusive, de otimização de doses entre pacientes.</p>
Gestão e Financiamento		
<p>Incentivar a criação e qualificação de equipes administrativa de gestão em todos municípios para planejar e direcionar o desenvolvimento das atividades de forma alinhada, maximizando o uso dos recursos e promovendo de forma coerente toda instituição.</p>	<p>É visível a qualidade e bom andamento dos trabalhos nos municípios que montaram uma equipe administrativa com a finalidade de organizar a instituição com planejamento, utilizando metodologias de administração de empresas. Esses se destacam com relação aos municípios que não têm equipe com profissionais ligados à área administrativa, usando de forma descoordenada os recursos físicos, financeiros e de pessoas.</p>	<p>Criar legislação que defina uma equipe mínima de administração com profissionais da área, para desenvolver e manter a continuidade das atividades de gestão, pois a frequente troca de Secretários de Saúde, afeta drasticamente o andamento dos serviços nos municípios. Grupos com um profissional de administração, um de contabilidade e um de técnico nível médio aprimorariam muito os serviços da saúde.</p>

Necessidade Macrorregional de Saúde identificada na Análise Situacional	Justificativa/embasamento	Necessidade Macrorregional de Ação ou Serviços de Saúde
Educação em Saúde		
Recurso fixo	Necessidade de destinação de recurso fixo específico para a educação em saúde.	Alocar recurso fixo para investimento em educação em saúde, destinado aos municípios.
Educação continuada para trabalhadores de saúde do SUS	Qualificação continuada de servidores municipais e estaduais.	Prever ações de educação em saúde em planos e programas.
Criação de indicadores	Avaliar as ações de educação em saúde através de indicadores quantitativos e qualitativos.	Criar indicadores quantitativos e qualitativos a nível municipal e estadual.
Ouvidoria do SUS		
Fortalecimento e divulgação permanente da Ouvidoria do SUS como canal de atendimento e registro das manifestações dos usuários.	Muitas reclamações, solicitações e sugestões chegam todos os dias aos mais diversos setores da assistência e gestão em saúde, mas se não forem direcionadas à Ouvidoria não é possível o encaminhamento para o(s) setor(es) responsável(is), e desta forma também não ocorre o registro para fins estatísticos e de subsídio à gestão.	Sensibilização dos trabalhadores sobre o papel da ouvidoria e a importância de direcionar os usuários para os canais de atendimento; Inclusão, como cláusula nos contratos com prestadores de serviço, da afixação obrigatória de material visual informando o credenciamento ao SUS e os canais de atendimento da Ouvidoria; Inserção de informações sobre a Ouvidoria em materiais visuais de demais setores, programas e campanhas da SES/RS.

1. Prioridades Sanitárias e Respectivas Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores e Prazos de Execução

Rede de Atenção às Urgências e Emergências

• **Diretriz 1:** Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão de serviços, articulada às redes de atenção à saúde.

Objetivo 1.1: Implementação da Rede de Atenção às Urgências.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Ampliar o número de leitos de UTI de Adulto 79 para 109 na macrorregião	Número de leitos novos de UTI adulto habilitados.	Número absoluto	2022	0	10	10	10	MS SES
Ampliar a qualificação de 24 para 56 leitos de UTI Adulto Tipo II	Número de leitos qualificados	Número Absoluto	2022	16	8	8	0	MS

Rede de Atenção Psicossocial

• **Diretriz 2:** Ampliar e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial

Objetivo 2.1: Implementar ações para qualificar a assistência em Saúde Mental

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Implantar de 103 para 161 dispositivos da RAPS	Número de serviços habilitados em Saúde Mental	Número absoluto	2018	14	14	14	16	SMS SES
Reduzir a taxa de internação por TMC de 437,52 para 338,21	Taxa de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC)	Taxa/ 100.000	2018	437,45	393,71	375,79	338,21	SMS SES
Ampliar a integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental, através das ações de matriciamento realizadas pelo CAPS nas equipes da Atenção Básica de 54,17% para 62,60%	Percentual de ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipe de atenção básica.	Percentual	2021	56,14	58,43	60,30	62,60	SMS SES

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

• **Diretriz 3:** Assistência integral e promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Objetivo 3.1: Fomentar e ampliar o acesso da população aos serviços da rede de cuidado a pessoa com deficiência.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Implementar a qualificação profissionais da APS em saúde e dos serviços especializados na RPD de 0 para 16	Número de capacitações	Número absoluto	2022	4	4	4	4	SMS SES
Ampliar os serviços especializados na reabilitação intelectual, na R11; R12; e R13 de 07 para 10	Número de serviços habilitados na reabilitação intelectual - APAES	Número absoluto	2014	0	1	2	0	SES MS
Ampliar o serviço de atendimento odontológico hospitalar à população com deficiência no Hospital de Caridade de Crissiumal de 0 para 360.	Número de atendimentos em consultas e cirurgias.	Número absoluto	2022	360	360	360	360	SES

Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil

• **Diretriz 4:** Promoção da atenção à saúde da mulher e da criança.

Objetivo 4.1: Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna-Paterno-Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Ampliar o número de leitos de UTI Neonatal de 24 para 34 na macrorregião	Número de leitos novos habilitados	Número Absoluto	2022	0	0	0	10	SES MS
Implantar leitos de UCINCO de 0 para 10.	Número de leitos novos habilitados.	Número Absoluto	2022	0	0	0	0	SES MS
Implantação e Habilitação de Leitos Gestação de Alto Risco de 11 para 24.	Número de leitos novos habilitados.	Número Absoluto	2022	0	13	0		SES MS
Aumentar o percentual de partos normais de 19,28% para 30%	Proporção de partos normais	Percentual	2021	20%	22%	25%	30%	SES
Reduzir a gravidez na adolescência na faixa	Proporção de gravidez na	Percentual	2021	9,20	8,95	8,45	8,30	SES SMS

etária de 10 a 19 anos de 9,45 para 8,30%	adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos							
Desenvolver atividades de educação permanente para equipes de saúde de APS e maternidades de 0 para 32.	Número de Ações de Educação permanente desenvolvidas	Número Absoluto	2021	8	8	8	8	SES
Reduzir o número de casos de sífilis congênita de 37 para 30	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Número Absoluto	2021	34	3	32	30	SMS SES
Reduzir o número de óbitos maternos – Taxa de 132,38 para 37,78/100.000	Razão de mortalidade materna	Taxa/100.000	2021	91,65	61,10	61,10	37,78	SES SMS
Manter taxa de óbitos infantis abaixo de 9,65/1.000 por ano	Taxa de mortalidade infantil	Taxa/1.000 habitantes	2021	9,65	9,65	9,3	9,3	SES SMS
Manter o número de casos de AIDS em menores de 5 anos inferior a 1 caso por ano	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	Número absoluto	0	0	0	0	0	SES SMS

Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas

• **Diretriz 5:** Garantia da atenção à saúde dos portadores de doenças crônicas, com estímulo do fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Objetivo 5.1: Melhoria das condições das pessoas com doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Realizar o Plano Macrorregional da RADCC, de 0 para 1.	Número de planos da macrorregião	Número Absoluta	2022	0	1	0	0	SES MS
Reduzir a prevalência de excesso de peso na população adulta de 75,27 para 72,00% através da implementação de ações preventivas e assistenciais	Percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta do RS	Percentual	2021	74,02	73,04	73,00	72,00	SMS SES

Promover formação profissional e educação permanente RADCC de 4 para 16	Número de ações de educação permanente desenvolvidas	Número absoluto	2022	4	4	4	4	SMS SES MS
Implantar Ambulatório de especialidades para usuários com doenças crônicas HAS e DM em cada região de saúde de 0 para 4.	Número de ambulatórios implantados	Número absoluto	2022	1	1	1	1	SES
Reduzir taxa de internação por neoplasias de 58,23 para 53,2	Taxa de internação por neoplasias	Taxa/1.000	2018	58,0	56,8	55,5	53,2	SMS SES MS
Reduzir taxa de mortalidade por neoplasias de 1,78 para 1,6	Taxa de mortalidade por neoplasias	Taxa/10.000	2021	1,75	1,7	1,65	1,6	SMS SES MS

Atenção Primária em Saúde

• **Diretriz 6:** Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, aumentando a resolutividade.

Objetivo 6.1: Fortalecer a APS como ordenadora do cuidado das Redes de Atenção à Saúde.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Criar comitês de avaliação da APS, municipais, regionais e macrorregional, de 0 para 20.	Número de comitês instituídos e atuante	Número Absoluto	-	5	5	5	5	SMS SES
Ampliar o percentual de município com uso dos protocolos na APS, conforme as Redes de Atenção à Saúde de 15% para 30%.	Percentual de município com implementação e uso dos protocolos na APS, conforme as RAS	Percentual	2022	15%	20%	25%	30%	SMS SES
Desenvolver ações de educação permanente de acolhimento no atendimento da APS nas regiões de saúde de 0 para 16	Número de ações em educação permanente para as equipes APS.	Número absoluto	-	4	4	4	4	SES
Aumentar o número de equipes de saúde bucal (ESBs) vinculadas a ESF e EAP de 62% para 100%	Cobertura de equipe de ESB em todas as ESF e EAP.	Percentual	2021	70%	80%	90%	100%	SMS SES

Ampliar a rede de atenção secundária em Saúde Bucal com implantação de CEOs nas regiões 11, 12 e 14, de 3 para 7	Número de CEOs Regionais e/ou municipais implantados	Número Absoluto	2021	0	1	1	2	SES MS SMS
Aumentar o rastreamento de mamografias realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de 0,33 para 0,42	Razão de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Razão	2021	0,36	0,38	0,40	0,42	SES SMS
Aumentar o percentual de registro de procedimento multidimensional da pessoa idosa de 0% para 15%	Percentual de idosos com registro do procedimento multidimensional da pessoa idosa	Percentual	2021	10	12	14	15	SES SMS
Aumentar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil de 75,41 para 85,5%	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil	Percentual	2021	76	82,84	84	85,5	SES SMS

Atenção Secundária e Terciária em Saúde

• **Diretriz 7:** Garantia de acesso da população a serviços de qualidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante implementação de serviços de atenção especializada

Objetivo 7.1: Garantir acesso a serviços da atenção especializada em saúde

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Ampliar o quantitativo contratualizado das especialidades A, B, C de 0 para 9	A) Número de serviços especializado de hematologia implementados - referências macro.	Número Absoluto	2022	0	1	0	0	SES MS
	B) Número de serviços especializados de	Número Absoluto	2022	0	2	2	0	SES MS

	endocrinologia regionais implementados.							
	C) Número de serviços especializados de gastroenterologia regionais implementados	Número Absoluto	2022	0	2	2	0	SES MS
Pactuar referência para especialidade de onco-hematologia, de 0 para 1.	Número de serviços de onco-hematologia pactuados na macrorregião	Número Absoluto	2022	0	01	0	0	SES MS
Ampliar a oferta do quantitativo de exames de endoscopia (grupo 020901) de 4.435 para 5.765	Número ofertado de endoscopias do grupo 020901	Número	2021	4.878	5.100	5.322	5.765	SES MS
Ampliar a oferta do quantitativo de exames de colonoscopia partindo do quantitativo de 1.278 exames-SIA de 2021 para 1661	Percentual de oferta ampliada dos serviços de endoscopia	Percentual	2021	10% (.1405)	15% (1.469)	20% (1.533)	30% (1.661)	SES MS

Vigilância em Saúde

• **Diretriz 8:** Fortalecimento e qualificação das ações de vigilância em saúde, visando a promoção e a proteção da saúde da população e a prevenção de doenças e agravos.

Objetivo 8.1: Fortalecer, qualificar e ampliar as equipes e as ações de vigilância em saúde.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Aumentar o percentual de municípios que utilizam o SI-VISA-RS na macrorregião de 71,8% para 95%	Percentual de municípios que utilizam o SI-VISA-RS	Percentual	75%	80%	85%	90%	95%	SMS
Aumentar o percentual de municípios com publicação de ato legal com definição das instâncias hierárquicas para análise e julgamento das defesas e recursos no	Percentual de municípios com publicação de ato legal com definição das instâncias hierárquicas para	Percentual	-	70%	80%	85%	90%	SMS

âmbito dos processos administrativos sanitários na macrorregião de 70% para 90%	análise e julgamento das defesas e recursos no âmbito dos processos administrativos sanitários							
Aumentar o percentual de municípios com publicação de ato legal com designação oficial dos servidores que realizam ações de fiscalização em Vigilância Sanitária na macrorregião de 70% para 100%	Percentual de municípios com publicação de ato legal com designação oficial dos servidores que realizam ações de fiscalização em Vigilância Sanitária, habilitando-os a exercê-las	Percentual	-	70%	80%	90%	100%	SMS
Aumentar o acesso a água tratada para a população urbana e rural de 55,55% para 84%	População abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC) com tratamento em relação à população abastecida por SAC	Percentual	2021	75 %	78%	82 %	84%	SMS SES
Aumentar a taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) pactuada relacionados ao trabalho de 40 para 42	Taxa de notificações de agravos relacionados ao trabalho	Taxa/ 10.000	2022	42	42	42	42	SMS SES
Aumentar percentual de investigações dos óbitos relacionados ao trabalho de 76,77% para 90%	Percentual de óbitos relacionados ao trabalho investigados	Percentual	2021	80%	80%	90%	90%	SMS SES
Realizar aquisição de geradores de energia elétrica para as Centrais de Frios de 0 para 4.	Número de geradores adquiridos	Número absoluto	2022	0	2	2	0	SES
Aumentar percentual de municípios com referência de profissional capacitado para vigilância da violência de 80% nas ESFs para 95%.	Percentual de municípios com referência de profissional capacitado para vigilância da violência nas ESFs	Percentual	2022	80%	90%	95%		SMS

Aumentar o número unidades notificadas das Violências de 20% para 35%.	Percentual de unidades notificadas.	Percentual	2021	20%	25%	30%	35%	SMS SES
Realizar atividades de educação permanente para os profissionais das redes de atenção à violência de 0 para 16.	Número de ações em educação permanente desenvolvidas para profissionais das redes de atenção à violência	Número Absoluto	2022	4	4	4	4	SMS SES MS
Ampliar o número de testagens de HIV em pacientes com tuberculose de 72,9% para 90% a fim de possibilitar o início do uso de antirretrovirais em tempo oportuno	Testagem para HIV nos casos novos de tuberculose notificado no SINAN	Proporção	2021	85	90	90	90	SES SMS
Ampliar a cobertura vacinal da tríplice viral primeira dose para crianças de 12 meses de 84,75% para 95%	Cobertura vacinal para vacina da tríplice viral	Percentual	2021	95%	95%	95%	95%	SES SMS
Reduzir índice de infestação predial pelo <i>Aedes aegypti</i> de 1,8 para menos que 1	Índice de infestação predial pelo <i>Aedes aegypti</i>	Percentual	2021	1	1	1	1	SES SMS
Manter percentual de coleta de amostra por RT-PCR de 95%	Percentual de coleta de amostra por RT-PCR (diagnósticos padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG	Percentual	2021	95%	95%	95%	95%	SES SMS
Manter o coeficiente bruto de mortalidade por AIDS abaixo de 5,82	Coeficiente bruto de mortalidade por AIDS	Coeficiente Bruto	2021	5,67	5,10	5,10	5,10	SES SMS

Assistência Farmacêutica

- **Diretriz 9:** Fortalecimento da Assistência Farmacêutica.

Objetivo 9.1: Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios, capacitando equipes de atenção farmacêutica visando a promoção de assistência humanizada.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Aumentar o número de capacitações da Assistência Farmacêutica na macrorregião de 1 para 2.	Número de capacitações anuais da Assistência Farmacêutica na macrorregião	Número absoluto	2022	1	1	2	2	SMS SES
Realizar levantamento de municípios que possuem REMUME.	Número de levantamentos realizados	Número absoluto	2022	1	-	-	-	SMS SES
Estabelecer e monitorar indicadores macrorregionais e estaduais para AF de 0 para 5	Número de indicadores da AF implantados	Número absoluto	2022	1	1	1	2	SMS SES MS
Habilitar centros de oncologia (UNACONs e CACONs) como órgãos dispensadores de medicamentos oncológicos no sistema AME de 0 para 5.	Número de UNACONs e CACONs habilitados à dispensação no sistema AME	Número absoluto	2022	0	1	1	3	SES

Educação Permanente e Ouvidoria

- **Diretriz 10:** Fortalecimento das ações de educação em saúde e a utilização dos canais de atendimento da Ouvidoria do SUS

Objetivo 10.1: Promover e fortalecer a Política de Educação em Saúde.

Objetivo 10.2: Fortalecer a Ouvidoria do SUS.

Meta	Indicador	Unidade de Medida	Linha de base (Ano)	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Entes Federados
Aumentar o número de ações de educação permanente em saúde com envolvimento dos NURESCs de 7 para 26 ao ano.	Número de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	Número absoluto	2021	25	25	26	26	SMS SES MS
Realizar levantamento de número de estabelecimentos vinculados ao SUS	Número de levantamentos realizados.	Número absoluto	-	1	-	-	-	SMS SES

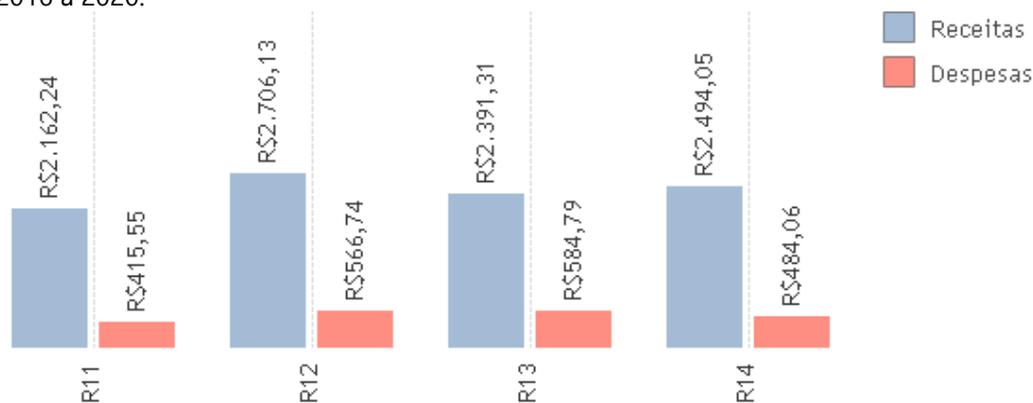
(CNES) com divulgação da Ouvidoria								
Ampliar o número de estabelecimentos vinculados ao SUS (CNES) com divulgação da Ouvidoria de 10% para 50%	Percentual de estabelecimentos com identificação visual dos canais de atendimento da Ouvidoria do SUS	Percentual	2023	-	30%	40%	50%	SMS SES

2. Responsabilidade Financeira dos Entes Federados

De acordo com a Lei Complementar nº 141 de 2012, interfere-se a responsabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) como tripartite (União, Estados e Municípios), exigindo-se, no repasse de recursos aos fundos de saúde, os percentuais mínimos de acordo com cada esfera governamental, de forma a garantir a continuidade dos trabalhos realizados. Os valores mínimos da arrecadação de impostos estão definidos em: municípios 15%, estados 12% e à União valor empenhado no exercício anterior, acrescido de no mínimo o percentual de variação do PIB do ano anterior.

Nas figuras 27 a 32 são analisados indicadores financeiros da macrorregião, no período de 2016 a 2020.

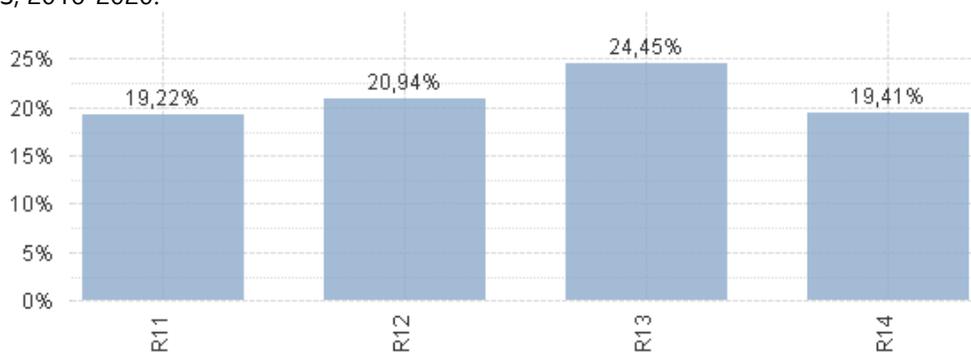
Figura 27. Receita de impostos e transferências constitucionais e legais (RLIT) *per capita* e despesas com recursos municipais em ações e serviços públicos de saúde *per capita*, por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2016 a 2020.



Fonte: SIOPS

Em relação às receitas de impostos líquidos e transferências legais, conforme figura 27, verifica-se que a R12 apresentou o maior valor no período de 2016 a 2020, de R\$ 2.706,13 *per capita*. Por outro lado, a região com menor valor foi a R11, com R\$ 2.162,24. A R13 e 14 atingiram receitas muito semelhantes. Referente aos recursos próprios municipais aplicados em ações e serviços públicos de saúde, observa-se que a R13 apresentou o maior valor *per capita* transferido, atingindo R\$ 584,79, enquanto a R11 foi a região de saúde com menor percentual recursos próprios aplicados em saúde.

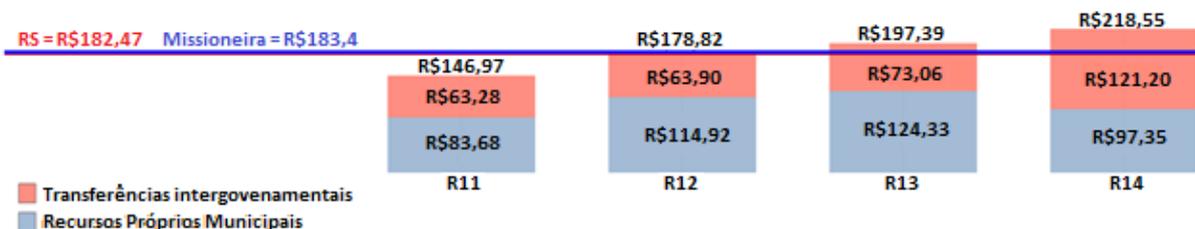
Figura 28. Percentual da receita própria municipal aplicada em ações e serviços públicos de saúde conforme a EC 29/2000 (mínimo constitucional de aplicação municipal 15%) per capita, por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: SIOPS

O artigo 7 do capítulo III, seção I da Lei Complementar nº 141 determina que os municípios devem aplicar no mínimo 15% da arrecadação de impostos em ações e serviços públicos de saúde. Observando informações constantes no Figura 28, no período de 2016 a 2020 verifica-se que todas as regiões de saúde da macrorregião atendem ao estabelecido pela lei. A R13 teve o maior percentual de recursos aplicados em saúde, de 24,45%, quase 10% superior ao mínimo estabelecido. Em segunda posição ficou a R12, com o percentual de 20,94%, seguida da R14 (19,41%) e R11 (19,22%).

Figura 29. Despesa total com ações e serviços públicos de saúde (recursos municipais, estaduais e federais) *per capita*, por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020



Fonte: SIOPS

Quanto ao total despesas com ações e serviços públicos de saúde (Figura 29), observa-se que a média de recursos per capita aplicado na macrorregião foi de R\$ 183,41 *per capita*, acompanhando tendência do Estado, que teve resultado semelhante. Dentre as regiões, a R14 teve o maior valor de despesa *per capita*, tendo aplicado R\$ 218,55, acima da média do Estado e da macrorregião, da mesma forma que a R13, que teve despesa de R\$ 197,39 *per capita*. Na R12, a despesa foi de R\$ 178,82, ficando próximo a média da macrorregião, enquanto a menor despesa por habitante foi na R11, de R\$ 146,97. Referem-se a estes recursos de despesa as transferências intergovernamentais (Estado e União) e recursos próprios municipais.

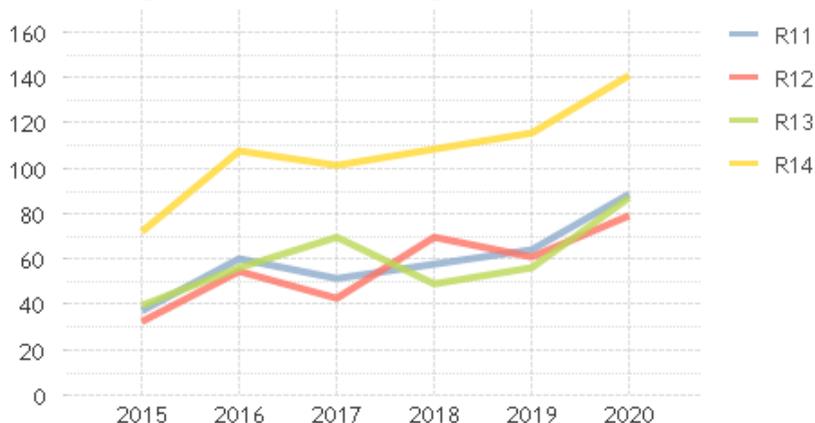
Figura 30. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde, *per capita*, por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Fonte: FPE/RS

Em relação às transferências de recursos estaduais para os fundos municipais de saúde, conforme figura 30, podemos verificar que a R14 foi a região com maior quantitativo de recursos repassados *per capita*, sendo que para programas municipais foram R\$ 70,16 e para transferências hospitalares R\$ 44,43 totalizando, R\$ 114,59. Na demais regiões de saúde o quantitativo total foi de aproximadamente R\$ 63,00 *per capita*, somando recursos de programas municipais e transferências hospitalares.

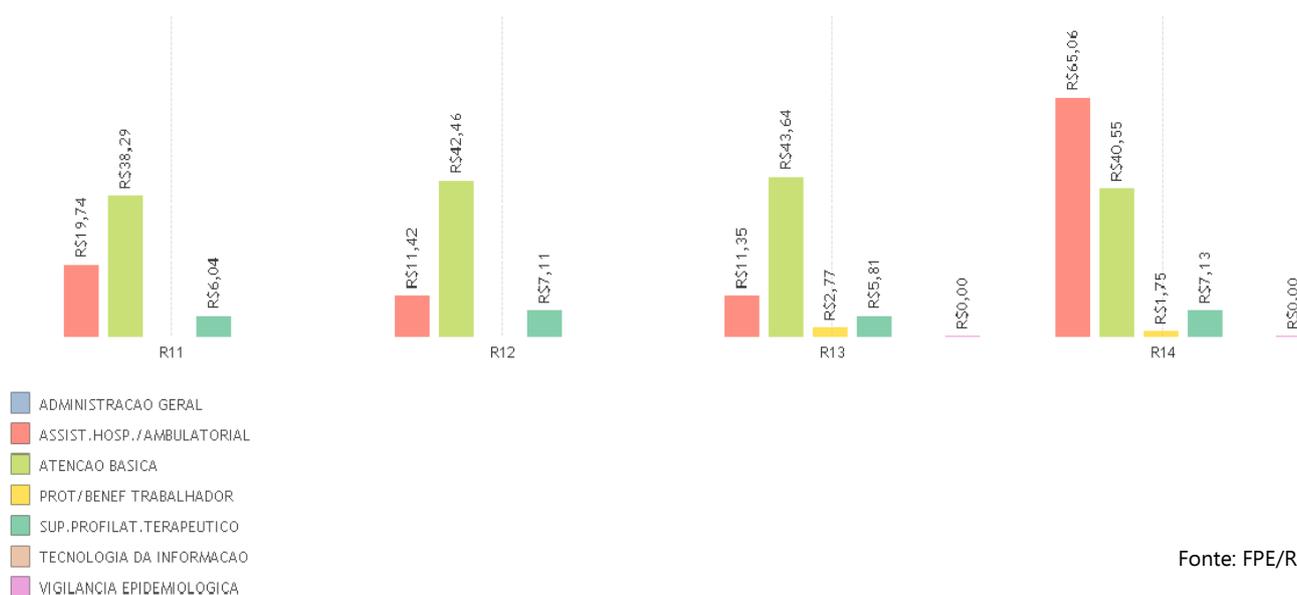
Figura 31. Crescimento da transferência de recursos estaduais do RS aos fundos municipais (programas municipais e outros) *per capita*, por região de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2015-2020.



Fonte: FPE/RS

Nas transferências de recursos estaduais para os fundos municipais de saúde (figura 31), pode-se verificar que a R14 foi a região com maior volume de recursos repassados no período de 2015 a 2020, com tendência de crescimento. Nas demais regiões de saúde, as transferências são em níveis próximos, com tendência de crescimento especialmente de 2019 a 2020.

Figura 32. Transferências de recursos estaduais do RS aos fundos municipais de saúde por subfunção orçamentária, *per capita*, Macrorregião Missioneira, RS, 2016-2020.



Em relação às transferências de recursos estaduais por subfunção orçamentária *per capita*, conforme figura 32, constata-se que nas regiões R11, R12 e R13 o maior quantitativo de transferências foi para a subfunção atenção básica (APS), sendo que na R13 foi de R\$ 8,76, na R12 de R\$ 8,22 e na R11 de R\$ 7,33 *per capita*. Na R14, a transferência de recurso maior foi para a subfunção da assistência hospitalar e ambulatorial, em que o valor *per capita* foi de R\$ 12,93. Nas demais regiões essa subfunção representou também o segundo lugar na transferência de recursos estaduais.

Tabela 31. Recursos financeiros repassados para cada coordenadoria regional de saúde, Macrorregião Missioneira, RS, 2021 a 31/06/2022

Programa Assistir					
Ano	R11	R12	R13	R14	Total Macro
2021	R\$ 9.649.466,38	R\$ 3.150.876,75	R\$ 6.651.216,21	R\$ 8.730.989,87	R\$ 28.182.549,21
2022	R\$ 17.930.845,73	R\$ 5.900.516,02	R\$ 12.437.291,02	R\$ 19.641.462,05	R\$ 55.910.114,82
Programa Avançar					
	R11	R12	R13	R14	Total Macro
2021	R\$ 4.364.877,69	R\$ 4.405.624,44	R\$ 4.789.619,20	R\$ 3.495.778,04	R\$ 17.055.899,37
2022	R\$ 2.270.000,00	R\$ 1.130.000,00	R\$ 4.451.816,60	R\$ 6.001.071,12	R\$ 13.852.887,72
Emendas Parlamentares Estaduais					
	R11	R12	R13	R14	Total Macro
2021	R\$ 1.963.000,00	R\$ 490.000,00	R\$ 1.942.000,00	R\$ 1.870.000,00	R\$ 6.265.000,00
2022	R\$ 1.885.000,00	R\$ 670.000,00	R\$ 880.000,00	R\$ 1.790.000,00	R\$ 5.225.000,00
Emendas Parlamentares Federais					
	R11	R12	R13	R14	Total Macro
2021	R\$ 7.516.608,00	R\$ 1.155.000,00	R\$ 4.404.062,00	R\$ 4.162.780,00	R\$ 17.238.450,00
2022	R\$ 9.908.117,00	R\$ 3.693.203,00	R\$ 10.539.461,00	R\$ 6.176.495,00	R\$ 30.317.276,00
Pagamentos MAC					
	R11	R12	R13	R14	Total Macro
2021	R\$ 39.248.266,31	R\$ 12.101.055,87	R\$ 61.430.062,20	R\$ 16.890.973,33	R\$ 129.670.357,71
Programas Municipais					
	R11	R12	R13	R14	Total Macro
2021	R\$ 19.880.371,38	R\$ 8.729.061,32	R\$ 17.446.213,50	R\$ 19.102.349,15	R\$ 65.157.995,35

Fonte: SES/RS

O orçamento do Estado não se restringe por macrorregião, este levantamento foi feito com base nos repasses do ano de 2021 e 1º semestre de 2022, contendo valores fixos e variáveis, assim a previsão orçamentária de 2023 e 2024 certamente será diferente do somatório destes aqui expostos, mas proverão de acordo com as políticas de saúde aderidas pelos municípios e entidades conveniadas ao Estado do Rio Grande do Sul, e estabelecidas nas respectivas portarias e contratos que as regem.

3. Organização dos Pontos de Atenção da RAS para Garantir Integralidade

As **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** organizam-se por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, locais onde são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação dos pontos de atenção secundária e terciária. Nas RAS o centro de comunicação é a **Atenção Primária à Saúde (APS)**, sendo esta ordenadora do cuidado.

A macrorregião possui uma boa cobertura da APS e de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Identifica-se a necessidade de ampliação das Equipes de Saúde Bucal e de alguns programas de saúde voltadas a prevenção à saúde, como Academia de Saúde e Incentivo à Atividade Física. Quanto aos desafios da APS, as novas modalidades de financiamento têm suscitado mudanças no modelo por vezes ainda médico-centrado e voltado a questões curativas para um modelo mais voltado às necessidades do usuário, à prevenção e busca ativa. O principal desafio da APS é aumentar o acesso das pessoas, vínculo entre população e equipe, e criar mecanismos que induzam à responsabilização dos gestores, profissionais e usuários para garantir a qualidade e resolutividade do cuidado. Pode-se citar processos de educação permanente como a planificação da saúde; implementação de protocolos clínicos; priorização de profissionais concursados e planos de carreira, cargos e salários para os profissionais da APS com a finalidade de reduzir a rotatividade, possibilitar o vínculo entre usuários e profissionais mais implicados à APS; e uma gestão que se compromete com uma equipe ampliada podem contribuir para a qualidade desse nível de atenção à saúde.

A **Rede de Atenção às Urgências (RUE)** tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas. A RUE responde pelo atendimento de necessidades em diferentes condições: agudas e ou crônicas agudizadas, podendo ser de ordem clínica, e ou cirúrgica. Conforme avaliação do perfil epidemiológico e demográfico levantado na macrorregião evidencia-se que os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência estão relacionados à alta morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório, como infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), além do aumento relativo às violências e aos acidentes de trânsito.

O enfrentamento das situações de urgência e emergência e de suas causas requer não apenas a assistência imediata, mas inclui ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, o tratamento contínuo das doenças crônicas, a reabilitação e os cuidados paliativos. Em relação aos componentes que constituem a RUE, a macrorregião possui 60% de cobertura SAMU suporte avançado e 95% suporte básico, cuja regulação é realizada pela Central Estadual Médica de Regulação das Urgências. Os municípios que não atendem os critérios para implantação de base SAMU podem aderir

ao Projeto Chamar 192, o que possibilita a qualificação das equipes existentes nos municípios, a aquisição de equipamentos e insumos, além do acesso regulado ao serviço de transporte e resgate. Cada região de saúde possui uma UPA 24 horas. A macrorregião conta com um total de 47 unidades hospitalares, sendo que destas 38 com habilitação estadual de portas abertas de urgência e emergência e dois hospitais com incentivo federal de porta de entrada de urgência. Os hospitais também disponibilizam serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório pelas linhas de cuidados prioritárias. Em relação aos leitos de cuidado intensivo, a macrorregião tem um total de 79 leitos de UTI adulto e 10 leitos de UTI pediátricos. Existem ainda 65 leitos de Unidade de Cuidado Prolongado (UCP), com referência para duas regiões de saúde (R13, R14). Em relação ao componente de atenção domiciliar, existe apenas uma equipe em toda a macrorregião.

A macrorregião está geograficamente distante de outras regiões que possuem serviços de UTIs contratualizados, como por exemplo a Metropolitana de Porto Alegre, necessitando, dessa forma, qualificar os leitos existentes e ampliar com novos leitos, afim de garantir o acesso de pacientes graves. Acrescenta-se que a qualificação dos profissionais é indispensável, assim como os processos de acolhimento e regulação de acesso dos usuários.

Em relação à **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, pela complexidade das situações clínicas e psicossociais que envolvem o trabalho em saúde mental na APS, principalmente após a pandemia de covid-19, identifica-se como demanda a implantação de equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental e de serviços residenciais terapêuticos. As estratégias de implantação desses novos serviços visam a melhoria na qualidade dos atendimentos e efetivação das ações de matriciamento, bem como a reabilitação psicossocial dos usuários com quadros moderados e graves, assistindo-os, acompanhando-os e contribuindo para (re)integrá-los socialmente. O objetivo é proporcionar um serviço qualificado e com redução dos vazios assistenciais, fortalecendo a rede com os serviços em andamento: CAPS, NAAB, OT, UA e Hospitais.

A **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência** na macrorregião apresenta cenário distinto em suas regiões de saúde no que se refere à distribuição dos serviços de reabilitação. Nesse sentido, é preciso fortalecer os vazios assistenciais existentes, com a implantação e qualificação dos serviços, com ênfase para reabilitação intelectual e assistência odontológica à pessoa com deficiência.

Em todos os seus níveis de atenção, a macrorregião demanda por profissionais especializados nas diferentes áreas de reabilitação, especialmente fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Somado a isso, tem-se a necessidade de garantir qualificação aos profissionais que atuam na APS e nos serviços especializados da RCPD.

Conforme a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, a **Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas** é estruturada pelos componentes da atenção primária, atenção especializada, sistema de apoio; sistemas logísticos; regulação e governança. Na macrorregião, não se tem muito bem estabelecida essa rede, pois não há referência para todas as especialidades que são preconizadas para as linhas de cuidado do DM e HAS, por exemplo. A macrorregião não tem referência para endocrinologia para o cuidado da pessoa com diabetes e hipertensão, e pneumologia para as doenças pulmonares. Como apresentado no DOMI, objetiva-se elaborar o Plano Macrorregional da Rede de Atenção às Condições e Doenças Crônicas, organizando todos os pontos da rede e buscando referências nessas especialidades para, assim, atender às demandas preconizadas para essa rede.

O plano macrorregional no âmbito da **Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil** identificou que essa rede está em organização, com alguns vazios assistenciais em determinadas regiões e serviços. Prioriza-se a ampliação de leitos de UTI neonatal, bem como leitos de unidade de cuidado intermediário convencional. Outras demandas em destaque se referem à capacitação dos profissionais para a qualificação e humanização do cuidado em toda a rede.

4. Comitê Executivo de Governança das RAS

O GT-PRI da Macrorregião Missioneira analisou a legislação vigente referente ao Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS), conforme Resoluções CIT 37/2018 e CIT 23/2017 e CIB/RS nº 150/2022, referente ao modelo de governança que será instituído a partir do planejamento e discussões do CEGRAS. A partir disso, o grupo de trabalho do PRI e os coordenadores regionais de saúde efetuaram o estudo conceitual e realizaram duas reuniões com intensa discussão sobre o CEGRAS. Durante esse processo, houve alguns posicionamentos e questionamentos sobre o CEGRAS, por ser um processo novo, mas concluiu-se que as dúvidas serão supridas conforme o comitê for constituído, em 2023.

Na construção das prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI), o GT-PRI macrorregional observou que algumas das propostas apontadas na identificação de necessidades não poderiam ser incluídas, mas que são de grande importância no processo de construção do PRI. Dessa forma, o GT-PRI sugere que essas demandas sejam consideradas para que em 2023 o CEGRAS possa, junto às CIR R111, R12, R13 e R14, à CIB/RS e ao COSEMS, avaliar e formular propostas que venham contemplar estas demandas importantes, sendo elas:

Rede de Atenção Materno-Paterno-Infantil:

- Aumentar o valor referente às unidades de cuidado intermediário neonatal canguru, sendo que a macrorregião possui necessidade desse serviço, mas os prestadores hospitalares não pactuam devido ao valor de custeio ser muito baixo.

Rede de Atenção Psicossocial:

- Reduzir judicialização em saúde mental;
- Regularização de repasse financeiro do MS aos hospitais habilitados para saúde mental, em atraso há mais de um ano e meio.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

- Garantir e ampliar o número de profissionais de reabilitação efetivos;
- Ampliar e garantir o financiamento para os serviços habilitados com aumento dos valores da tabela SUS para consultas, exames e OPMs.

Vigilância Sanitária:

- Encaminhar para CIB/RS e COSEMS proposição de pactuação das equipes mínimas que devem compor as vigilâncias sanitárias municipais, no que se refere ao número de profissionais e sua qualificação, em virtude da fragilidade de regulamentações sobre o tema.

- Criar comitê(s) estadual e/ou regional(is) para realização de ações de planejamento, revisão e atualização das normativas sanitárias e padronização dos processos de trabalho das vigilâncias sanitárias das coordenadorias regionais de saúde e dos municípios.

- Ampliação dos recursos financeiros das VISAs.

Vigilância Ambiental:

- Constituir equipes com quadro efetivo e em número adequado para a realização das ações dentro da Vigilância Ambiental

Assistência Farmacêutica:

- Assegurar e ampliar recursos para contratação e efetivação de profissionais da Assistência Farmacêutica.

- Constituir legislação para equipe mínima para Assistência Farmacêutica.

Gestão e Financiamento:

- Incentivar a criação e qualificação de uma equipe administrativa de gestão em todos municípios, que buscará planejar e direcionar o desenvolvimento das atividades de forma alinhada, maximizando o uso dos recursos, e promovendo de forma coerente toda instituição.

O grupo de trabalho do PRI da Macrorregião Missioneira não definiu o planejamento e funcionamento do CEGRAS, aguardando as orientações da Ageplan/SES-RS, após aprovação dos planos macrorregionais, e da aprovação pela CIB/RS com definição dos membros e modo de funcionamento. Dessa forma, essa etapa ficará para desenvolver no ano de 2023.

5. Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde

Na Macrorregião Missioneira, o grupo de trabalho do Planejamento Regional Integrado não chegou a realizar a análise e discussões da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), sendo proposto pelo departamento da Ageplan/SES-RS será desenvolvida em 2023.

III. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Os membros do GTPRI Macrorregião Missioneira deverão atualizar o Plano Macrorregional do Planejamento Regional Integrado no ano de 2023 para inclusão das informações do perfil demográfico. Além disso, após quatro anos todos os itens do documento deverão ser revisados, ou a qualquer tempo por solicitação do CEGRAS para alteração ou nova pactuação. A coordenação desse trabalho se dará pelas quatro coordenadorias regionais de saúde, junto com os membros do GTPRI Macrorregional.

O CEGRAS será pactuado pela SES/RS e COSEMS/RS através da CIB/RS. O monitoramento deverá ocorrer através de envio de relatórios e avaliação, conforme a necessidade e no quadrimestre.

Considerações Finais

Avalia-se que o Planejamento Regional Integrado (PRI) cumpriu com o objetivo proposto, uma vez que promoveu a equidade regional, contribuiu significativamente para a concretização do planejamento ascendente do SUS e com certeza será essencial como embasamento para o Plano Estadual de Saúde 2023-2026.

As reflexões suscitadas a partir da metodologia proposta permitiram uma compreensão mais ampla acerca de todos os componentes que permeiam a saúde no âmbito regional. Além disso, evidenciou alguns desafios latentes no que tange às regiões de saúde estarem cada vez mais comprometidas e organizadas de forma integrada na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Também através deste estudo foi possível perceber a importância da necessidade de ampliar a discussão sobre a organização do modelo de regionalização e governança, bem como a necessidade de definição de estratégias de mecanismos que promovam mais cooperação entre os entes federados.

Espera-se, no mínimo, que esse processo desenvolvido fomente profundas reflexões sobre a premência da institucionalização do PRI, na medida em que individualmente os entes municipais, onde de fato ocorre a experimentação do planejamento em saúde, encontram-se de certa forma fragilizados politicamente e deficientes de condições técnicas para ampliar articulações e garantir a integralidade e equidade da atenção à saúde.

Conclui-se, portanto, que o processo do Planejamento Regional Integrado Macrorregional foi desenvolvido de forma participativa com todos os integrantes das coordenadorias regionais de saúde, representantes dos municípios, conselhos municipais de saúde e apoiadores do COSEMS. O foco é um SUS humanizado, qualificado e organizado, sempre buscando a melhoria contínua e as condições econômicas necessárias para a ampliação de serviços nas RAS, Atenção Primária em Saúde, Vigilâncias em Saúde, Assistência Farmacêutica, Educação Permanente e Ouvidoria.

Por fim, constatou-se que o processo do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Missioneira foi uma construção ascendente e em busca de um planejamento organizado e qualificado para os próximos quatro anos.

Referências

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três (três) esferas de governo. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em 2022.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm. Acesso em 2022.

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

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12994.htm. Acesso em 2022.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015. Regulamenta o disposto no § 1º do art. 9º-C e no § 1º do art. 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/d8474.htm. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 01, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização

e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 05, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017_comp.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 06, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html#TITULOI.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3193, de 09 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3.193-de-9-de-dezembro-de-2019-232399751>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 888, de 04 de maio de 2021. Altera o Anexo XX da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2021/prt0888_24_05_2021_rep.html. Acesso em: 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.105, de 15 de maio de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à

Saúde (APS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1105_17_05_2022.html#:~:text=PORTARIA%20GM%20FMS%20N%201.105%2C%20DE%2015%20DE%20MAIO,atividade%20f-sica%20na%20Aten%20Prim%20a%20Sa%20de%20%28APS%29. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único do SUS a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostromizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.209, de 5 de dezembro de 2019. Aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC do Estado do Rio Grande do Sul e Municípios de Cachoeira do Sul e Santa Rosa. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/12/portaria3209.pdf>. Acesso em 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.670, de 13 de outubro de 2021. Define e habilita municípios com adesão ao recebimento de incentivo financeiro federal de custeio destinado à implementação das ações de prevenção e atenção à obesidade infantil no âmbito da Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2670_15_10_2021.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.054, de 9 de maio de 2022. Institui incentivo financeiro federal de custeio para apoio à implementação de ações da Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.054-de-9-de-maio-de-2022-400449596>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: 2004. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.298, de 9 de setembro de 2021. Dispõe sobre as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2298_10_09_2021.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 424 de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada a Saúde. Portaria SAES/MS Nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Disponível em:

<https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/sites/default/files/biblioteca/PORTARIA%20SAES%20N%201399%2C%20DE%2017%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202019.pdf#:~:text=PORTARIA%20SAES%2FMS%20N%201399%2C%20DE%2017%20DE%20DEZEMBRO,ESPECIALIZADA%20À%20SAÚDE%2C%20no%20uso%20de%20suas%20atribuições%2C>. Acesso em 24 outubro 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 364 p.: il. ISBN 978-85-334-2696-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. NOTA INFORMATIVA Nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS de 26 de julho de 2019. Orientação sobre as novas definições dos agravos e doenças relacionados ao trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Disponível em: <https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/Nota-Informativa-94-definicao-de-casos.pdf>. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.679/2002. Dispõe sobre a estrutura da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/rede-nacional-atencao-integral-saude-trabalhador-renast>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 - Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Disponível em PNEPS - Português (Brasil) (www.gov.br).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS Nº 650 de 5 de outubro de 2011 que formata o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 930 de 10/05/2012 que instituiu o cuidado progressivo neonatal. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html#:~:text=Define%20as%20diretrizes%20e%20objetivos,%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html#:~:text=Define%20as%20diretrizes%20e%20objetivos,%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.436, 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3194, de 8 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Ambulatorial. (SIA/SUS) Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. TABNET. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qars.def>. Acesso em: 09 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRASIL. CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo 2010. Resultados. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo Demográfico 2010. Nota técnica 01/2018. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf. Acesso em 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank - São Paulo: SEDPcD, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 290 de 05 de abril de 2021. Define as normas para implantação e funcionamento e institui incentivo financeiro estadual para os Centros de Referência em Transtorno do Espectro do Autismo, em Macrorregionais e Regionais, do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202104/07164524-portaria-290-05-04-21-tea.pdf>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Atenção Básica do RS. Guia do pré-Natal na Atenção básica. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Atenção Básica do RS. Nota Técnica 01/2019 - Assistência à saúde da criança de 0 a 2 anos na atenção básica. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/18161725-nota-tecnica-saude-da-crianca.pdf>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Resolução CIB nº 029/2019. Aprovar a atualização do Plano de Ação da Rede Cegonha da 14ª CRS, que compõe a região de saúde 14 – Fronteira Noroeste. Disponíveis em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190216/06111659-cibr029-19.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Resoluções CIB. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/resolucoes-cib>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução CIB/RS nº 020/2022. Aprova a Associação Hospital de Caridade de Ijuí (HCI) como referência para Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) e para Maternidade de Alto Risco para todos os municípios da 9ª e 17ª CRS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202201/28112752-cibr020-22.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução CIB/RS nº 050/2022. Pactuar as referências da atenção especializada no Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202203/16093836-cibr050-22.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria nº 537/2021. Regulamenta, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR - Programa de Incentivos Hospitalares. PROA 21/2000-0079506-0. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/23104422-portaria-ses-n-537-2021.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria nº 886/2021 Altera a Portaria SES/RS nº 639, de 14 de setembro de 2021, que habilita os hospitais prestadores de serviç s SUS ao recebimento dos recursos financeiros do ASSISTIR - Programa de Incentivos Hospitalares, e habilita novos prestadores ao recebimento dos recursos financeiros do ASSISTIR - Programa de Incentivos Hospitalares.

PROA nº 21/2000- 0097797-4. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/23104646-886.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução CIB/RS nº 211/2022 Pactua a atualização dos Anexo I e II da Resolução nº 050/22 – CIB/RS, que estabelecem as referências da atenção especializada no estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/17092734-cibr211-22.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS nº 589/2014. Habilita o Hospital Santo Ângelo como estabelecimento com Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade para a macrorregião. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120317-resolucao-cib-589-2014-aprova-a-linha-de-cuidado-do-sobrepeso-e-obesidade.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS nº 302 de 09 de agosto de 2018. Aprovar a Nota Técnica de atenção ao indivíduo portador de Diabetes Mellitus na Atenção Básica no Rio Grande do Sul, conforme Anexo desta Resolução. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201911/22151908-cib302-2018-versao-com-figura.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB/RS nº 303 de 09 de agosto de 2018. Aprovar a Nota Técnica de atenção ao indivíduo portador de Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica no Rio Grande do Sul, conforme Anexo desta Resolução. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201812/11115617-cib-303-18-reformulada-has.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Decreto Estadual nº 56.061 de 29 de agosto de 2021. Institui Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde - PIAPS para qualificação da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde - SUS no Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=589370>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria SES Nº 635/2021. Define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), instituído pelo Decreto Estadual nº 56.061 de 29 de agosto de 2021. PROA 21/2000-0093086-2. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=589879>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 754/2021. Altera a redação do Art. 13 do CAPÍTULO II - Das Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), do Anexo II do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), conforme instituído na Portaria SES-RS nº 635 de 29 de agosto de 2021. PROA 21/2000- 0118662-8. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202110/29163619-754.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 843/2021. Altera a Portaria SES nº 635, de 01 de setembro de 2021, que define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS). PROA 21/2000- 0093086-2. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/03143749-843.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 230/2022. Revoga o Art. 4º, altera a redação do Art. 7º e acrescenta os §§3º e 4º ao Art. 10 todos do Anexo IV – Componente de Incentivo ao Primeira Infância Melhor da Portaria SES nº 635/21 de 01 de setembro de 2021, que define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS). PROA 21/2000-0093086- 2. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202204/27100824-230.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB RS 283/2022. Pactuar a atualização dos Anexo I e II da Resolução nº 050/22 – CIB/RS, que estabelecem as referências da atenção especializada no estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/15162217-cibr283-22.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Decreto nº 56.015, de 2 de agosto de 2021. Institui Programa de Incentivos Hospitalares - ASSISTIR para a qualificação da atenção secundária e terciária em saúde nos hospitais contratualizados para prestação de serviços no Sistema Único de Saúde – SUS. Texto Original (*atualizado em 11/07/21*) | Texto Compilado (*atualizado em 13/07/22*). Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/03114804-decreto-56-015.pdf>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Decreto nº 56.016, de 2021. Estabelece a Unidade de Incentivo Hospitalar (UIH) de que trata o financiamento do Programa de Incentivos Hospitalares – ASSISTIR. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/03114943-decreto-56-016.pdf>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES/RS nº 882/2022. Altera a Portaria SES/RS n. 537/2021, que regulamenta no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR – Programa de Incentivos Hospitalares, instituído pelo Decreto n. 56.015/2012. PROA 21/2000-0079506-0. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/17151047-portaria-882-537-alteracao-v6-para-publicacao-1.pdf>. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 22, de 29 de junho de 2004. Define a implantação dos Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde nas Coordenadorias Regionais, estabelece sua estrutura básica, atribuições e diretrizes para sua administração, gerenciamento, funcionamento e integração. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202102/01151028-22-04-122-2906-2906.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 30, de 6 de outubro de 2004. Define a rede de baixa complexidade da VISA. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170243/23104332-1340912627-cibr030-04.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 44, de 4 de maio de 2005. Altera a Resolução nº 30/04-CIB/RS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170240/23104056-1340906000-cibr044-05.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 140, de 22 de agosto de 2007. Altera a Resolução nº 44/05-CIB/RS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170246/23104652-1340744190-cibr140-07.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 250, de 5 de dezembro de 2007. Aprova o Regulamento Técnico que disciplina a responsabilidade sanitária de municípios em relação às ações de Vigilância Sanitária, e dispõe sobre critérios e parâmetros relativos à organização, hierarquização, regionalização, e descentralização dos Serviços do Sistema de Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170247/23104757-1340812965-cibr250-07.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 89, de 9 de março de 2012. Altera a Resolução nº 250/07-CIB/RS, do Regulamento Técnico das ações de VISA correspondentes ao Piso Estruturante. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170211/23101141-1338843754-cibr089-12.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 152, de 19 de abril de 2012. A fiscalização de Drogarias passa a integrar a relação de ações de Vigilância Sanitária correspondentes ao Piso Estruturante. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170212/23101202-1338845317-cibr152-12.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 123, de 22 de abril de 2013. Sistema de Informação em Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul (SIVISA/RS). Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170251/23105156-1367335244-cibr123-13.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução CIB nº 38, de 22 de fevereiro de 2016. Acrescenta ao Artigo 1º da Resolução nº 089/12 – CIB/RS, no item clínica médica com procedimentos, a expressão “não cirúrgicos”. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170217/23111701-1456321823-cibr038-16.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 34/2000, de 22 de setembro de 2000. Dentre outros assuntos, estabelece, em seus Anexos 2 e 3, as equipes mínimas para Vigilância em Saúde. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202102/17145038-34-00-184-2209-1509.pdf>

SIVISA-RS, Sistema de Informação em Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul, 2022. Disponível em: <<https://secweb.procergs.com.br/vis/logon.xhtml>>. Acesso em: 09/05/2022 e 10/05/2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria nº 1363, de 24 de dezembro de 2014 institui a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://cevs.rs.gov.br/dvst-pe>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Nota Técnica Conjunta 01, de outubro de 2021. Em revisão. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Protocolo Técnico de Investigação de Óbitos Relacionados ao Trabalho no Rio Grande do Sul. 2020. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/trabalhador>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Nota Técnica de Orientações para Notificações de Agravos nº 01/2020 DVST/CEVS/SES. 2020. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/trabalhador>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução CIB/RS nº 189/2020. Institui a notificação universal de todos os agravos de notificação compulsória relacionados ao trabalho no Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/trabalhador>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Resolução CIB nº 459, de 09 de outubro de 2017. Revoga a Resolução nº 645 - CIB/RS, de 06 de dezembro de 2013 e dá outras providências. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171031/18113141-cibr459-17.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Resolução CIB nº 008, de 17 de janeiro de 2020. Dá nova redação ao Art. 4ª da Resolução nº 459/17 – CIB/RS. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/23160601-cibr008-20.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 12.560, de 12 de julho de 2006. Institui a Política Intersetorial de Plantas Medicinais e de Medicamentos Fitoterápicos no Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. Disponível em: <https://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/12.560.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Portaria nº 588/2017, de 05 de dezembro de 2017. Institui a Relação Estadual de Plantas Medicinais de interesse do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul e listas complementares. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171201/22110143-portaria-replame-rio-grande-do-sul.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Portaria nº 649/2021, de 14 de setembro de 2021. Institui o Programa Farmácia Cuidar+ no Estado do Rio Grande do Sul e regulamenta a transferência de recursos destinados à sua implementação em 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/21113922-649-republicacao.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Portaria nº 928/2021, de 30 de dezembro de 2021. Dispõe sobre o repasse financeiro estadual de complementação ao recurso aplicado aos Eixos Estrutura e Cuidado Farmacêutico do Programa Farmácia Cuidar+. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202201/07140045-928-republicacao.pdf>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Resolução nº 020/19 – CIB/RS, de 24 de janeiro de 2019.- Aprovar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, Porto Alegre – RS. Disponível em 020 (saude.rs.gov.br).

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. Decreto nº 56.062, de 29 de agosto de 2021. Institui Rede Bem Cuidar RS, dentro do componente estratégico de incentivo à qualificação da Atenção Primária à Saúde do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde - PIAPS - no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rs/decreto-n-56062-2021-rio-grande-do-sul-institui-rede-bem-cuidar-rs-dentro-do-componente-estrategico-de-incentivo-a-qualificacao-da-atencao-primaria-a-saude-do-programa-estadual-de-incentivos-para-atencao-primaria-a-saude-piaps-no-sistema-unico-de-saude-sus>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Portaria nº 1.112/2022, 08 de novembro de 2022 - Institui a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva do Estado do Rio Grande do Sul. Diário Oficial do Estado.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES nº 635, de 1º de setembro de 2021. Define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), instituído pelo o Decreto Estadual nº 56.061, 29 de agosto de 2021. PROA 21/2000- 0093086-2. Disponível em <https://atencao-basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202205/23152407-portaria-ses-rs-635-2021-e-suas-alteracoes.pdf>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Nota Técnica PEPIC- RS/ DAS nº 01/2017 Orientações Para a Inserção de Práticas Integrativas e Complementares na Rede de Atenção à Saúde. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1146515>. Acesso em 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Plano de Ação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do Estado do Rio Grande do Sul - Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202209/27165610-30093438-cibr270-20.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/trabalhador>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Painel Coronavírus RS. Disponível em <https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>. Data de acesso: 03/08/2022

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2020-2023/ Organização Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão - Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portal Bi. Disponível em: <https://ti.saude.rs.gov.br/qlikview/PortalBI/index.php>. Acesso em maio de 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. 9ª Coordenadoria Regional de Saúde. Deliberação nº 09/2022 – CIR/Região 12 - Portal das Missões, de 27 de abril de 2022. Aprova indicação de representantes para o Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado Macrorregional.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. 12ª Coordenadoria Regional de Saúde. Deliberação nº 07/2022 – CIR/Região 11 - Sete Povos das Missões, de 05 de maio de 2022. Aprova indicação de representantes para o Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado Macrorregional.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. 17ª Coordenadoria Regional de Saúde. Deliberação nº 10/2022 – CIR/Região 13 - Diversidades, de 28 de abril de 2022. Aprova indicação de representantes para o Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado Macrorregional.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. 14ª Coordenadoria Regional de Saúde. Deliberação nº 10/2022 – CIR/Região 14 - Fronteira Noroeste, de 17 de maio de 2022. Aprova indicação de representantes para o Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado Macrorregional.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Early detection. Geneva: WHO, 2007. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes, module 3). Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43743/9241547338_eng.pdf... Acesso em: 28/07/2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Registro de Reunião Ordinária CIR – Região 11 – 06/12/2022

Aos seis dias do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e dois, reuniram-se no auditório da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), com sede em Santo Ângelo/RS, situada na Av. Brasil 622, centro, às nove horas da manhã, o coordenador regional e presidente desta comissão Sr. Rodrigo Reis, servidores(as) da 12ªCRS; gestores(as) e representantes dos municípios de abrangência da Região de Saúde 11; representante do Hospital Santo Ângelo; representante do Hospital de Porto Xavier, conforme lista de presença. Após saudar os presentes, Rodrigo convida o servidor Ronaldo Arnold para passar informes gerais. Arnold fez um chamado sobre as Conferências Municipais de Saúde que ocorrem a cada dois anos nos municípios; a etapa municipal deve ocorrer entre os meses de novembro de 2022 e março de 2023, os municípios devem informar ao Conselho Estadual de Saúde a data que pretendem realizar a conferência, o link para acesso ao cadastro e demais orientações serão enviados por e-mail aos municípios desta regional. Arnold, menciona também sobre a atuação dos Núcleos de Educação em Saúde Coletiva Estadual e Municipais (NURESC; NUMESC) e divulga a Portaria de nº 1.112/2022 que institui a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde Coletiva do Estado do Rio Grande do Sul, desta forma, tem-se metas a serem atingidas em relação a este âmbito e para tanto está previsto que o Estado passará a custear estas ações de forma mais efetiva. Rodrigo, presidente da comissão, passa para as pautas deliberativas, segue com a palavra a servidora Carla Bortolini que apresenta a **primeira deliberação**, que refere-se a pactuação do acesso à especialidade de oncologia para tumores ósseos primários para o município de Passo Fundo, sendo referência para os municípios da Região de Saúde 11, que após colocada em votação é aprovada por unanimidade entre os presentes. A pedido do presidente Carla também faz alguns destaques sobre o sistema de gerenciamento de consultas (GERCON), fala da necessidade de realizar encaminhamentos com informações qualificadas, sendo primordial utilizar dos protocolos do telessaúde disponíveis na internet, fazer uso do guia que apresenta informações das referências regionais para o adequado cadastro do paciente. Enfatiza que, de acordo com o setor jurídico da 12ªCRS, é elevado o índice de judicialização de atendimentos que podem ser disponibilizados administrativamente, e na grande maioria, são casos que nunca foram encaminhados e/ou registrados no sistema, reforça que a solicitação deve ser feita de forma adequada pela atenção básica, a qual precisa ter o conhecimento da rede de serviços disponível. O presidente reforça que a 12ªCRS está com defeitos em suas linhas telefônicas, nas próximas semanas será instalado um sistema de voip (ligação via internet), para corrigir essa falha. Seguindo as deliberações, a **segunda deliberação** é exposta por Aline Sommerfeldt, Coordenadora Administrativa da Associação Hospital de Caridade Nossa Senhora dos Navegantes do município de Porto Xavier, e se refere ao pedido de solicitação para habilitar ambulatório de cardiologia para o Hospital, Aline oportuniza aos presentes assistir um vídeo gravado pelo médico cardiologista que atende no hospital o qual esclarece com maiores detalhes sobre a proposta de implantação do ambulatório em cardiologia. Após ser colocada em votação, a proposta é aprovada por unanimidade entre os presentes. A **terceira deliberação**, é apresentada pela servidora Liliane Schnorrenberger, versa sobre a pactuação de referência para ambulatório de egressos de UTI Neonatal para o Hospital Santo Ângelo que atenderá todos os municípios da Região de Saúde 11, que após colocada em votação é aprovada por unanimidade entre os presentes. Retomando

os informes, a servidora Camila Manzotti, passa informes referente ao monitoramento da “rede bem cuidar”, reforça sobre a necessidade de atingir as metas do programa, uma vez que a Região de Saúde 11 está com baixa classificação no que se refere ao cumprimento de metas do programa em nível de Estado. Reforça sobre a composição das equipes, cargas horárias e funções; o material utilizado pra explanação será disponibilizado aos gestores e coordenadores da atenção básica. Rodrigo Reis, reforça que dia nove deste mês, nesta cidade acontece a entrega do selo bronze da “rede bem cuidar” aos nove municípios que atingiram as metas, convida a todos a se fazer presentes, a entrega da premiação será realizada pela Secretaria de Saúde Arita Bergmann, que também fará a inauguração do centro de imagem do Hospital Santo Ângelo. Com a palavra a servidora Liliane enfatiza sobre a publicação do guia da saúde do homem, que vai ser enviado por e-mail, uma ferramenta de orientação para implementar ações em saúde para esse público. Trouxe dados das ações realizadas pelos municípios da regional e faz um chamado para que se intensifiquem as ações neste âmbito. Rodrigo Reis destaca da necessidade de criar estratégias para envolver esse público e desenvolver ações de cuidado e prevenção a saúde do homem de forma contínua, rompendo com as barreiras culturais e sensibilizando o público masculino para o cuidado em saúde todo ano. A servidora Carla Bortolini destaca que os atendimentos eletivos para cateterismo ainda não foram retomados em função da falta de insumo para os procedimentos, e para esse ano ainda não há previsão de retomada, portanto, neste momento seguem os atendimentos de emergência pelo plantão de cardiologia do Hospital de Caridade de Ijuí. De parte dos presentes houve um questionamento sobre a situação das cirurgias de otorrinolaringologia, Rodrigo Reis destaca que estas cirurgias não foram previstas em contrato, por esse motivo não estão ocorrendo. Após questionamento sobre cirurgia vascular média, Carla reforça sobre a necessidade do correto encaminhamento do paciente, descrição do quadro de forma detalhada, utilizar dos protocolos do telessaúde para haver a correta classificação do paciente; aproveita para reforçar que os procedimentos de endoscopia e colonoscopia são agendados dez atendimentos eletivos mês, porém, ainda sobraram vagas, destaca aos municípios ficar atentos ao e-mail que estão sendo enviados para não perder as vagas. Na sequência a servidora Paula Hollweg fez uma apresentação geral do Planejamento Regional Integrado Macrorregional realizado no decorrer do ano de dois mil e vinte e dois, que envolveu um trabalho entre servidores, gestores, conselheiros de saúde da macrorregião missioneira. O documento final foi disponibilizado aos gestores e coordenadores da atenção básica por e-mail e aplicativo de mensagem, para que estes possam ter conhecimento deste material. O presidente da comissão lembra aos gestores a necessidade de manter os sistemas Digisus e MGS atualizados para evitar inserção no CADIN e bloqueio de recursos. Por fim, a servidora Lisete dos Anjos apresentou uma mensagem alusiva ao Natal e Final de Ano, e Rodrigo Reis agradece a presença de todos, deseja boas festas e um excelente ano novo. Sem mais para o momento, dá-se por encerrada a reunião da comissão.



Rodrigo Reis

Presidente da CIR R11

Coordenador Regional de Saúde – 12ª CRS



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
9ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE - CRUZ ALTA**

Cruz Alta, 14 de dezembro de 2022.

DELIBERAÇÃO CIR - 25/2022

A Comissão Intergestores Regional – CIR 12 – Portal das Missões, pertencente a 9 CRS, no uso de suas atribuições, delibera:

- Pela aprovação do Documento Final do PRI – Planejamento Regional Integrado da Macro Região de Saúde Missioneira.


Débora Teichmann Rodrigues

Presidente - CIR 12



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
CIR – 13ª Região de Saúde
17CRS - Ijuí**

DELIBERAÇÃO Nº 24/2022 - CIR

A CIR - Comissão Intergestores Regional da 13ª Região de Saúde, pertencente a 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, no uso de suas atribuições legais e, considerando:

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

a Resolução CIT nº 10, de 08 de dezembro de 2016, que dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

a Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde;

a Resolução CIB/RS nº 188/2018 que aprova a proposta de cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado, e define as Macrorregiões de Saúde do Rio Grande do Sul;

a Resolução CIT nº 44, de 25 de abril de 2019, que define que o acordo de colaboração entre os entes

federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado;

a Portaria nº 1.812, de 22 de julho de 2020, que institui, para o exercício de 2020, incentivo financeiro de custeio, aos Estados e ao Distrito Federal, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

a Portaria nº 3.065, de 11 de novembro de 2020, que homologa o resultado da Avaliação de Projetos, nos termos da Portaria nº 1.812/GM/MS, de 22 de julho de 2020, e autoriza a transferência de incentivos financeiros de custeio aos estados e ao Distrito Federal, com projeto homologado, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde – RAS, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

RESOLVE:

Art. 1º – Deliberar *ad referendum*, junto a Comissão Intergestores Regional – CIR, enquanto espaço de gestão compartilhada do SUS, pela aprovação do PRI - Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Missioneira 2022-2023, contemplando as regiões de saúde: Região de Saúde 11 - Sete Povos das Missões, Região de Saúde 12 - Portal das Missões, Região de Saúde 13 – Região das Diversidades e Região de Saúde 14 - Fronteira Noroeste.

Art. 2º - Esta deliberação entrará em vigor a partir da aprovação da Comissão Intergestora Bipartite – CIB/RS.

Ijuí, 19 de dezembro de 2022.


Janaina da Silva
Coordenadora da CIR – 13ª Região de Saúde



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
Macrorregião de Saúde – Missioneira
Coordenadoria Regional de Saúde – 14ª CRS

DELIBERAÇÃO Nº 26/2022 – CIR – 14ª CRS

A **Comissão Intergestores Regional – CIR**, da Região de Saúde R14 pertencente a 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, no uso de suas atribuições legais e, considerando:

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

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

a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

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

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

a Resolução CIT nº 10, de 08 de dezembro de 2016, que dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

a Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde;



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
Macrorregião de Saúde – Missioneira
Coordenadoria Regional de Saúde – 14ª CRS**

a Resolução CIB/RS nº 188/2018 que aprova a proposta de cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado, e define as Macrorregiões de Saúde do Rio Grande do Sul;

a Resolução CIT nº 44, de 25 de abril de 2019, que define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado;

a Resolução CES/RS nº 12/2020 que aprova o Plano Estadual de Saúde 2020-2023;

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

a pactuação realizada na Reunião da CIR da Região de Saúde – R14 no dia 20 de dezembro de 2022.

DELIBERA:

Art. 1º – Aprovar o PRI – Planejamento Regional Integrado em Saúde da Macromissioneira compreendendo as Regiões 11 – Sete Povos das Missões, Região 12 – Portal das Missões, Região 13- Diversidade e Região 14- Fronteira Noroeste .

Art. 2º – Esta deliberação será encaminhada, conforme estabelecido na Resolução CIB/RS nº 174/2016.

Daiane da Rocha Ferreira
Coordenadora Regional da Saúde
ID: 4799518/01
14ª CRS - Santa Rosa - RS

Santa Rosa, 20 de Dezembro de 2022.


Daiane Ferreira da Rocha

Presidente da Comissão Intergestora Regional (CIR) - Fronteira Noroeste